

W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

Elżbiety Krajewskiej-Kułąk

Cecylii Reginy Łukaszuk

Jolanty Lewko

Wojciecha Kułąk

Tom XIX

W drodze do brzegu życia

Tom XIX

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



W drodze do brzegu życia

Tom XIX

**Praca zbiorowa pod redakcją
Prof. dr hab. med. Elżbiety Krajewskiej-Kulak
Dr hab. n. o. zdrowiu Cecylii Reginy Łukaszuk
Dr hab. n. o. zdrowiu Jolanty Lewko
Prof. dr hab. n. med. Wojciecha Kulaka**

Białystok 2020

Recenzenci monografii

Prof. dr hab. n. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska
Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy

Dr hab. n. o zdr. Katarzyna Van Damme-Ostapowicz
Western Norway University of Applied Sciences, Faculty of Health and Social Sciences,
Førde, Norway

Dr n. med. Andrei Shpakou
Prof. Uniwersytetu im. Janka Kupały w Grodnie

Recenzenci rozdziałów

Baranowska Anna, Bejda Grzegorz, Cybulski Mateusz, Fiłon Joanna, Guzowski Andrzej,
Jankowiak Barbara, Klimaszewska Krystyna, Kowalczyk Krystyna, Kowalewska Beata,
Krajewska-Kułak Elżbieta, Krajewska-Ferishah Katarzyna, Kułak Wojciech, Kułak-Bejda
Agnieszka, Kułak Piotr, Lankau Agnieszka, Lewko Jolanta, Łukaszuk Cecylia, Rolka
Hanna, Sierakowska Matylda, Szyszko-Perłowska Agnieszka

ISBN - 978-83-957032-5-6
Wydanie I
Białystok 2020

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak
Zdjęcia: Wojciech Kułak

Za zgodność z prawami autorskimi użytych w tekście cytowań, fotografii, rycin i tabel
odpowiedzialność ponoszą autorzy poszczególnych rozdziałów
Materiały zawarte w mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów
naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk:
"Duchno" Teresa Duchnowska, 15-501 Białystok, ul. Baranowicka 115/307

*Nie bójcie się śmierci. To może dziwnie zabrzmieć, śmierć nie może być smutna i straszna.
Ona jest tak oczywista jak życie. Zaprzeczanie temu jest idiotyzmem.
Albo my tę śmierć weźmiemy za rogi, przygotujemy się na nią przez godne życie, przez
niełamanie sumienia, albo nas rozpacz wdepcze w ziemię, zniszczy nasze człowieczeństwo.
Dlatego bardzo was proszę: odwagi! Nie bójcie się zwłaszcza bycia blisko, kochania się i
– tu was zaskoczeniem – także umierania.*

ks. Jan Kaczkowski

Szanowni Państwo

Przesłanie Hospicjum Św. Krzysztofa brzmiało „*Liczysz się, ponieważ jesteś tym kim jesteś. Liczysz się do ostatniej chwili swojego życia. Zrobimy wszystko co w naszej mocy, nie tylko pomagając ci spokojnie umrzeć, ale także żyć aż do śmierci*”, stąd w tomie XIX zawarte są prace dotyczące interdyscyplinarnych wyzwań opieki paliatywnej, w tym opieki psychologicznej w procesie leczenia, problemów związanych z terapią chorób nowotworowych, przygotowania personelu do opieki nad pacjentem umierającym, funkcjonowania placówek opieki paliatywnej i perinatalnej, czy budowania poczucia własnej wartości osób chorujących przewlekle.

Inne prace stwarzają ponownie okazję do rozważań nt. oceny moralnej samobójstwa, ochronie przed szkodliwymi treściami w mediach, problemu niedożywienia młodzieży i seniorów, postrzegania osób niepełnosprawnych, czy też wybranych aspektów zdrowia psychicznego, problemów uzależnień, stereotypizacji i dyskryminacji oraz roli wsparcia w tych kwestiach, bowiem niestety jak twierdził Bertrand Russell „*Zwyczaj lekkomyślnego przylepiania etykietek służy wygodzie ludzi, którzy chcą się wydać bystrzy bez konieczności myślenia, niewielki jednak ma związek z rzeczywistością*”.

Kolejne prace przybliżają problematykę roli zwierząt w naszym życiu. Jest to bardzo ważny aspekt naszej codzienności, ponieważ jak twierdzi Roger A. Caras „*Psy dały nam absolutne wszystko. Jesteśmy centrum ich wszechświata. Jesteśmy w centrum ich miłości, wiary i zaufania. Służą nam w zamian za resztki jedzenia. To bez wątpienia najlepsza oferta, jaką kiedykolwiek miał człowiek*”.

Redaktorzy podręcznika

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak,

Dr hab. n. o zdrowiu med. Cecylia R. Łukaszuk

Dr hab n.o zdrowiu Jolanta Lewko,

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Kułak

SPIS TREŚCI

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ I PERINATALNEJ

Paulina Aniśko, Beata Olejnik, Elżbieta Krajewska-Kulak: Epidemiologia i specyfika chorób nowotworowych u dzieci.....	Str. 13
Michalina Krzyżak, Karolina Supińska, Paulina Chomicka, Agnieszka Paszko, Małgorzata Żendzian-Piotrowska, Dominik Maślach: Obciążenie nowotworami głowy i szyi w krajach Unii Europejskiej.....	Str. 35
Anna Ślifirczyk, Paweł Piszcz, Mariusz Celiński, Katarzyna Adamczewska: Nowotwory złośliwe narządu rodnego w populacji kobiet miasta Biała Podlaska – czynniki ryzyka zachorowania.....	Str. 48
Agnieszka Turczyńska, Beata Olejnik, Elżbieta Krajewska-Kulak: Rozwój i zadania opieki hospicyjnej/paliatywnej.....	Str. 59
Alicja Idzior, Grzegorz Kostyla, Martyna Ostańska, Jan Gnus, Stanisław Ferenc, Willy Hauzer, Anna Kurzelewska: Wyzwania opieki terapeutycznej i paliatywnej nad pacjentami z niewydolnością serca.....	Str. 74
Agnieszka Turczyńska, Beata Olejnik, Elżbieta Krajewska-Kulak: Rola opieki pielęgniarzkiej nad pacjentem w stanie terminalnym w percepcji rodziny chorego.....	Str. 83
Joanna Chorbińska, Wojciech Krajewski: Opieka paliatywna nad pacjentami z rakiem nerkowokomórkowym.....	Str. 106
Klaudia Mazurek, Jarosław Markowski, Krzysztof Siemianowicz, Ewa Pierzchała, Wirginia Likus: Radioterapia pacjentów onkologicznych – uszkodzenia popromienne skóry i podstawowe metody jej pielęgnacji.....	Str. 122
Jakub Pietrzak, Joanna Moćkun, Hanna Popowicz, Maciej Śliwiński, Wioletta Mędrzyska-Dąbrowska - Utrata dziecka w okresie okołoporodowym – syndrom osieroconych rodziców.....	Str. 135
Izabela Chmiel, Iwona Repka, Ewelina Matła: Ocena wpływu akceptacji choroby nowotworowej na jakość życia chorych powyżej 60 roku życia.....	Str. 140
Kaja Komorowska, Krystyna Klimaszewska: Rola i znaczenie fizjoterapii u kobiet po mastektomii.....	Str. 163
Barbara Głowacka: Poczucie szczęścia kobiet po mastektomii.....	Str. 182
Barbara Głowacka: Ocena wsparcia małżeńskiego kobiet po mastektomii.....	Str. 193
Beata Jurczak, Barbara Jankowiak: Ocena stopnia akceptacji choroby a poziom samooceny u pacjentek z rakiem piersi.....	Str. 200
Anna Tałaj, Joanna Wojtyniak: Jakość życia mężczyzn po przebytej orchidektomii z powodu nowotworu jądra.....	Str. 238
Anna Tałaj, Joanna Wojtyniak: Jakość życia w ujęciu ogólnym oraz w aspekcie choroby nowotworowej.....	Str. 254

Tomasz Rogoziński, Alina Szewczyk, Natalia Markiewicz, Stanisław Ferenc, Willy Hauzer, Krzysztof Dorna, Jan Gnus: Zaburzenia lękowe w obliczu wysokiego ryzyka śmierci.....	Str. 260
Aleksandra Banera, Joanna Myślińska, Aneta Hauzer, Bartosz Kurzelewski, Karolina Pawlak, Karolina Radzikowska, Jan Gnus: Efekty zastosowania Treningu Redukcji Stresu Opartego na Uważności (MBSR) u chorych na raka piersi.....	Str. 267
Barbara Barnaś, Jan Gnus, Paweł Barnaś, Natalia Markiewicz, Anna Kolcz, Willy Hauzer, Wojciech Borowicz: Powikłania dermatologiczne leczenia przeciwnowotworowego.....	Str. 275
Katarzyna Kuśmierczyk, Jan Bieniasz, Konrad Dendys, Mikołaj Kreń, Michał Karaszewski, Bartosz Kurzelewski, Jan Gnus: Wpływ choroby nowotworowej oraz leczenia onkologicznego na życie seksualne kobiet.....	Str. 285
Martyna Zimoch, Urszula Porycka, Zuzanna Szczepaniak, Piotr Modelski: Ból jako problem medyczny, psychologiczny i społeczny towarzyszący pacjentom u schyłku życia.....	Str. 301
Anna Ślifirczyk, Iwona Siwek, Patrycja Bucior, Martyna Krukowska: Ból i cierpienie w terminalnej fazie choroby nowotworowej.....	Str. 319
Michał Piwoński, Klaudia Żak, Julita Szarpak, Paweł Stanicki, Patrycja Gierszon: Zastosowanie kannabinoidów w objawowym leczeniu u pacjentów onkologicznych oraz z przewlekłymi zespołami bólowymi.....	Str. 327
Anna Ślifirczyk, Teresa Michalczuk, Katarzyna Olechwiruk: Analiza stanu wiedzy personelu medycznego o leczeniu bólu nowotworowego u pacjentów hospitalizowanych w oddziale medycyny paliatywnej.....	Str. 337
Wioletta Sopol, Zofia Nowak-Kapusta - Wiedza i opinie kobiet na temat schorzeń nowotworowych narządu rodne.....	Str. 348
Karolina Mikołajczak, Daria Matyja, Karina Lissak: Analiza wybranych przyczyn i możliwości leczenia niedożywienia u osób starszych.....	Str. 364
Grzegorz Jodłowski, Jakub Młodzik, Jan Gnus, Anna Kurzelewska, Willy Hauzer, Stanisław Ferenc, Małgorzata Paprocka-Borowicz: Czy czas leczy wszystkie rany? Profilaktyka i leczenie odleżyn.....	Str. 380
Alina Szewczyk, Tomasz Rogoziński Natalia Markiewicz, Jadwiga Kuciel-Lewandowska, Sebastian Fedorowicz, Krzysztof Dorna, Jan Gnus: Aspekty psychologiczne terminalnie chorych pacjentów i ich opiekunów – przypadki medyczne..	Str. 397
Anna Ślifirczyk, Teresa Michalczuk, Jowita Kowalczyk, Agnieszka Łukaszuk: Ocena zapotrzebowania pracowników hospicjum w Białej Podlaskiej na wsparcie psychologiczne.....	Str. 404

CIERPIENIE, CHOROBA, ŚMIERĆ I ŻAŁOBA ZWIERZĄT

Renata Bociarska, Agnieszka Serafin, Alicja Diak: Pies na złamane serce - terapeutyczny udział psa w Tako Tsubo.....	Str. 425
---	-----------------

Renata Bociarska, Andrzej Guzowski, Elżbieta Krajewska-Kulak: Wpływ obecności psa na samopoczucie i poziom satysfakcji życiowej wolontariuszy schroniska..... **Str. 436**

Joanna Myślińska, Aleksandra Banera, Bartosz Kurzelewski, Aneta Hauzer, Małgorzata Paprocka-Borowicz, Natalia Markiewicz, Jan Gnus: Zooterapia, czyli uzdrawiająca moc zwierząt **Str. 448**

ŚMIERĆ SPOŁECZNA

Joanna Niewiadomska, Kamila Przepiórka, Karolina Saturska, Stanisław Ferenc, Jan Gnus, Krzysztof Dorna, Sebastian Fedorowicz: Kiedy życie traci sens - Analiza przypadków samobójstw w społeczeństwie polskim w latach 2017-2019..... **Str. 457**

Michalina Grzelka, Michał Turniak, Karolina Radzikowska, Sebastian Fedorowicz, Jan Gnus, Michał Karaszewski, Anna Kołcz: Dążenie do szczęścia, czy zatracanie się w reklamowych algorytmach, czyli jak marketing wpływa na nasze decyzje..... **Str. 477**

Natalia Markiewicz, Magdalena Noparlik, Monika Skorupka, Jan Gnus, Wojciech Borowicz, Michał Karaszewski, Michał Kasperczak: Medycyna chińska- połączenie tradycji z metodami konwencjonalnymi..... **Str. 489**

Agnieszka Paszko, Aleksandra Orłowska, Małgorzata Żendzian-Piotrowska, Michalina Krzyżak: Ocena sytuacji epidemiologicznej w zakresie zgonów uwarunkowanych spożyciem alkoholu w Polsce..... **Str. 520**

Klaudia Wijata, Zofia Hak, Jan Gnus, Krzysztof Dorna, Anna Kołcz, Karolina Pawlak, Jakub Migoń: Problem samobójstw wśród dzieci i młodzieży..... **Str. 538**

Patrycja Bolla, Natalia Markiewicz, Jan Gnus, Wojciech Borowicz, Bartosz Kurzelewski, Karolina Pawlak, Krzysztof Dorna: Umarli za życia - osoby wykluczone społecznie ze względu na chorobę..... **Str. 549**

Karina Lissak, Daria Matyja, Karolina Mikołajczak: Godne starzenie się osób zakażonych HIV i z zespołem AIDS: współczesne wyzwania w terapii i leczenie bólu..... **Str. 561**

Katarzyna Kurek, Maryna Czakieta, Martyna Gworys, Wojciech Kolasa, Jan Gnus, Anna Kołcz, Karolina Pawlak: Ocena wiedzy studentów Wydziału Lekarskiego na temat leczenia medyczną marihuaną w Polsce..... **Str. 568**

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICY JNEJ I PERINATALNEJ



Epidemiologia i specyfika chorób nowotworowych u dzieci

Paulina Aniśko¹, Beata Olejnik², Elżbieta Krajewska-Kulak³

1. Studentka Studiów Doktoranckich, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WYBRANE ASPEKTY EPIDEMIOLOGII CHOROÓB NOWOTWOROWYCH U DZIECI

Choroby nowotworowe są jednym z nierozwiązanych problemów współczesnego świata, a wystąpienie choroby onkologicznej jest wydarzeniem krytycznym w życiu chorego. Powoduje nagłe wytrącenie jednostki oraz najbliższego otoczenia z dotychczasowego funkcjonowania. Taka sytuacja może wywołać kryzys psychologiczny, a także zagraża podstawowym wartościom niezbędnym dla życia człowieka oraz stanowi zagrożenie dla samego życia. Szacuje się, że aktualna liczba zachorowań na świecie wynosi ok. 11 mln, a według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia (WHO - *World Health Organization*) w ciągu najbliższych 20 lat wzrośnie dwukrotnie [1].

Choroby nowotworowe diagnozowane *de novo* dotyczą najczęściej osób w wieku starszym i dojrzałym. U dzieci zachorowania występują znacznie rzadziej niż u dorosłych, gdyż stanowią jedynie ok. 1% wszystkich zachorowań [2,3]. Mimo, iż odsetek dzieci zmagających się z chorobą nowotworową jest niższy, niż w populacji osób dorosłych, nowotwory są najczęstszą przyczyną zgonów wśród dzieci tuż po wypadkach, urazach i zatruciach [4,5].

Wśród populacji osób poniżej 18. roku życia w Polsce znajduje się około 8 milionów osób, a pośród nich diagnozuje się około 1.100-1.200 nowych zachorowań na choroby nowotworowe rocznie [6].

Porównywanie liczby nowych zachorowań pomiędzy różnymi krajami jest utrudnione, na co ma wpływ różna struktura wiekowa występująca w każdym z państw, która może mieć

wpływ na rozkład zachorowań, które są zależne od wieku. Aby ułatwić porównania dotyczące zachorowań w poszczególnych państwach, określono tzw. standardową populację świata, w której każda poszczególna grupa wiekowa charakteryzuje się idealną liczebnością [6,7].

Informacje na temat populacji statystycznej pozwalają na określenie standardowego współczynnika zachorowalności. Jest on obliczany na podstawie danych pozyskanych z narodowych rejestrów nowotworów dziecięcych działających w każdym z państw.

W Polsce rejestr taki działa od roku 1995. Współczynnik powyższy opisuje liczbę zachorowań *de novo* dzieloną przez liczbę populacji w danym wieku. Dzięki zastosowaniu takiego rozwiązania populację różnych krajów można obiektywnie porównywać między sobą (Tab. 1.) [3,7,8].

Tabela 1. Populacja polska a populacja standardowa Europy [8]

Grupa wiekowa	Polska	Standardowa	
0-4 lata	1 780 631	8%	3 040 000
5-9 lat	1 982 614	7%	2 666 000
10-14 lat	2 425 930	7%	2 666 000
15-17 lat	1 674 930	4,5%	1 710 000
0-17 lat	7 836 799	26,5%	10 109 750

Standaryzowany współczynnik zachorowalności na białaczki na 1mln dzieci w Polsce w roku 2004 wynosił 35,4, natomiast na chłoniaki 21,2. Porównując te dane z innymi krajami europejskimi można stwierdzić, iż w Polsce notuje się niższy wskaźnik zachorowalności na białaczki, natomiast jest on zdecydowanie wyższy w przypadku chłoniaków (Polska 21,2/1mln, Europa 15,2/1mln), a także nowotworów zarodkowych (Polska 6,3/1mln, Europa 4,5/1mln) - Tab. II [8].

Choroby nowotworowe układu krwiotwórczego - białaczki, są najczęstszymi nowotworami wieku dziecięcego w Polsce, stanowiąc 26% wszystkich nowotworów dziecięcych (Ryc.1).

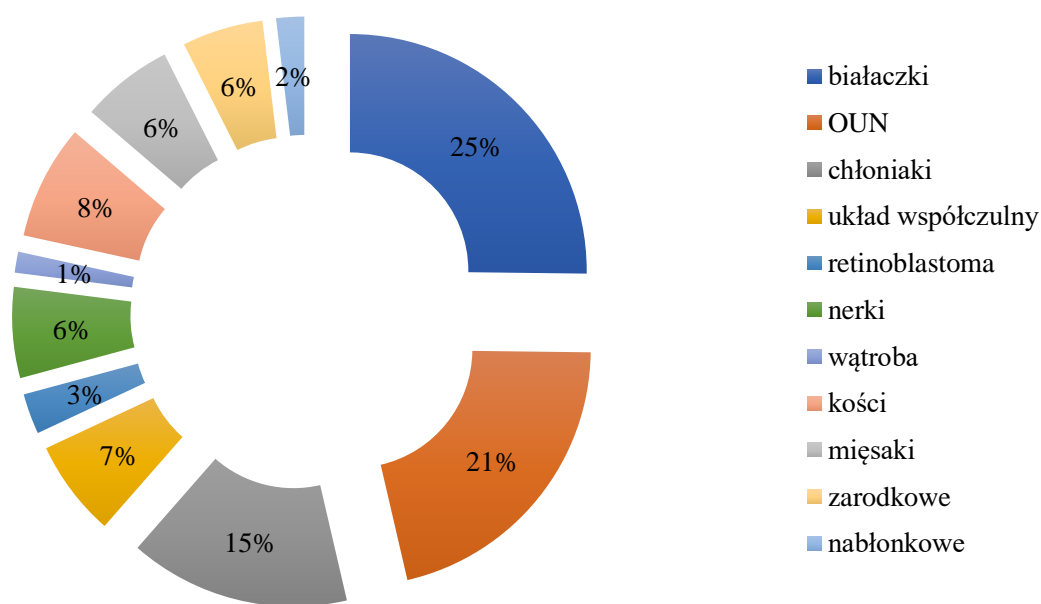
Pośród wszystkich zachorowań na białaczki, zdecydowaną większość (80%) stanowi ostra białaczka limfoblastyczna (ang. *acute lymphoblastic leukemia*; ALL).

Na drugim miejscu, pod względem częstości znajduje się ostra białaczka nielimfoblastyczna (ang. *Acute non-lyphoblastic leukemia*; ANLL) występująca u 15-20% pacjentów (Ryc.1) [2].

Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego znajdują się na drugim miejscu pod względem częstości występowania u dzieci i młodzieży, stanowiąc 22% zachorowań. Trzecim najczęściej występującym nowotworem u dzieci są chłoniaki - 15% [2].

Tabela II. Standaryzowany współczynnik zachorowalności na 1mln dzieci i młodzieży w Polsce w 2004r [8]

	Polska	Europa
Białaczki	35,4	44,0
Chłoniaki	21,2	15,2
Nowotwory OUN	29,8	29,9
Nowotwory układu współczulnego	9,3	11,2
Retinoblastoma	3,7	4,1
Nowotwory nerek	7,4	8,8
Nowotwory wątroby	1,3	1,5
Nowotwory kości	6,0	5,5
Mięsaki tkanek miękkich	10,6	9,1
Nowotwory zarodkowe	6,3	4,5
Nowotwory nabłonkowe	2,7	4,1
Inne nowotwory	0,4	0,6
Ogółem	134,1	138,5



Rycina 1. Częstość występowania poszczególnych nowotworów u dzieci [2]

W ciągu ostatnich 50. lat w Polsce dokonał się ogromny postęp dotyczący diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych u dzieci. Wynikiem tego jest wzrost uzyskanych całkowitych remisji, liczby trwałych wyleczeń oraz wydłużenie przeżycia chorych [2]. Przeżywalność 5-letnia wśród dzieci ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową szacuje się między 75-79% [9]. W związku ze zwiększeniem wykrywalności oraz podniesienia poziomu leczenia, liczba dzieci oraz młodzieży, które przebyły leczenie przeciwnowotworowe wzrasta z każdym rokiem. Obecnie grupa ta liczy około 10.000 osób. Jest to niezwykle istotne, gdyż osoby te będą w przyszłości wymagały kompleksowego i specjalistycznego monitorowania pod kątem wystąpienia nawrotu choroby, a także pojawienia się tzw. późnych powikłań leczenia [10].

SPECYFIKA CHOROBY NOWOTWOROWEJ U DZIECKA

Nowotwory wieku dziecięcego wykazują bardzo duże zróżnicowanie typu histologicznego, a także umiejscowienia anatomicznego, a zapadalność na poszczególne ich rodzaje jest zdecydowanie odrębna, niż u osób dorosłych [8]. Nowotwory, które najczęściej występują w wieku dziecięcym - białaczki oraz chłoniaki - wykazują się rzadkim występowaniem w populacji osób dorosłych. Natomiast nowotwory często występujące wśród osób dorosłych - rak płuca, rak żołądka, rak gruczołu sutkowego, rak jelita grubego - rzadko występują u dzieci [8]. Istnieje również wiele różnic między występowaniem np. ogniska pierwotnego, stadium wykrycia choroby, odpowiedzi na leczenie, czy rokowania między populacjami osób dorosłych i dzieci. Najważniejsze odmienności w obu grupach zostały zebrane w Tab. III [11].

Tabela III. Różnice między nowotworami wieku rozwojowego oraz dorosłych [11]

	Dzieci	Dorośli
Ognisko pierwotne	tkanki	narządy
Histopatologia	nie-nabłonkowe	nabłonkowe
Stadium	80% rozsiane	lokalne i regionalne
Badanie przesiewowe	neuroblastoma- katecholaminy inne- bez znaczenia	mammografia, kolonoskopia, cytologia
Odpowiedź na leczenie	chemio i radio-wrażliwe	słabo wrażliwe
Rokowanie	>60% 5-letnie przeżycie	<50% 5-letnie przeżycie

Nowotwory wieku dziecięcego klasyfikowane są na podstawie rodzaju tkanki z jakiej powstały, natomiast u osób dorosłych klasyfikacja jest dokonywana na podstawie umiejscowienia narządowego nowotworu [8,12].

Klasyfikacja nowotworów dziecięcych (*International Classification of Childhood Cancer* ver. 3 - ICCC) dzieli nowotwory wieku rozwojowego na 12 grup klasyfikacyjnych (Tab. IV). W zakresie poszczególnych grup mogą zostać wyłonione ewentualne podtypy [8,12].

Tabela IV. Międzynarodowa Klasyfikacja Nowotworów Dziecięcych, zmodyfikowana w celu pokazania rzadkich nowotworów [12]

International Classification of Childhood Cancer (ICCC)	
I.	Białaczki
II.	Chłoniaki
III.	Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego
IV.	Nowotwory układu współczulnego
V.	<i>Retinoblastoma</i>
VI.	Guzy nerek
	a. Guz Wilmsa, <i>rhabdoid and clear cell sarcoma</i>
	b. Rak nerki
	c. Inne złośliwe guzy nerek
VII.	Guzy wątroby
	a. <i>Hepatoblastoma</i>
	b. Hepatic carcinoma
	c. Niesklasyfikowane złośliwe nowotwory wątroby
VIII.	Złośliwe guzy kości
IX.	Mięsaki tkanek miękkich
X.	Guzy germinalne
XI.	Raki i inne złośliwe nowotwory pochodzenia nabłonkowego
	a. Rak kory nadnerczy
	b. Raki tarczycy
	c. Rak jamy nosowo-gardłowej
	d. Czerniak skóry
	e. Inne i niesklasyfikowane raki
XII.	Inne i niesklasyfikowane nowotwory

Nowotwory rzadkie w populacji dzieci i młodych dorosłych wykazują się coraz częstszym występowaniem. Kryterium histologiczne określa tzw. nowotwory rzadkie, jako "guzy pierwotne o budowie histologicznej typowej dla wieku dorosłego" [12]. Przykładem takiego nowotworu są raki pochodzenia nabłonkowego, stanowiące <10% wszystkich rodzajów sklasyfikowanych do konkretnej grupy klinicznej wyróżnionej w ICCO [12].

Specyfika histologiczna nowotworów dziecięcych jest zależna od wieku dziecka w momencie zachorowania [13]. W pierwszym roku życia można zaobserwować guzy embrionalne, takie jak nerczak zarodkowy (*nephroblastoma*), nerwiak zarodkowy współczulny (*neuroblastoma*) oraz siatkówczak (*retinoblastoma*). Przełom między 2. a 4. rokiem życia dziecka jest szczytem zachorowań na białaczki, spośród których najczęstszym rodzajem jest ostra białaczka limfoblastyczna. U dzieci w wieku szkolnym oraz wśród nastolatków najczęściej występują nowotwory tkanek miękkich, guzy kości oraz chłoniaki zarówno ziarnicze (HL; *Hodgkin lymphoma*), jak i te nieziarnicze (NHL; *non-Hodgkin lymphoma*). U nastolatków, a także młodych dorosłych, można zaobserwować występowanie nowotworów nabłonkowych zaliczanych do kategorii guzów rzadkich [13,14].

Głównymi czynnikami zwiększającymi ryzyko powstania nowotworów wieku dziecięcego są osobnicze predyspozycje do powstania choroby, ale także niektóre zespoły chorobowe, np. polipowatość jelit, wrodzone niedobory odporności oraz przewlekła choroba zapalna jelit [10]. Oprócz czynników osobniczych (endogennych) ogromne znaczenie mają czynniki egzogenne (pochodzące ze środowiska), do których można zaliczyć promieniowanie jonizujące, ekspozycje na dym tytoniowy, narażenie na leki alkilujące, rozpuszczalniki w tym benzen, a także leki i czynniki biologiczne: chlorambucyl, fenylbutazon, wirusy np. Epstein-Barr, czy WZW B (Wirusowe Zapalenie Wątroby typ B) [15,16].

Rozpoznanie trwania procesu nowotworowego we wczesnym etapie sprawia często wiele trudności, gdyż objawy bywają niespecyficzne oraz mogą naśladować różne, często popularnie występujące choroby wieku dziecięcego. Udowodniono, że tzw. czujność onkologiczna lekarzy rodzinnych ma fundamentalne znaczenie dla wczesnego rozpoznania choroby, jak również dla późniejszego rokowania pacjenta. Dolegliwości o niejasnej etiologii, które się powtarzają, nawracają, powinny nasunąć podejrzenie nowotworu. W Tab. V zebrano najczęściej występujące objawy kliniczne, które mogą sugerować podejrzenie nowotworu u dzieci [11].

Trudność we wczesnym rozpoznaniu choroby nowotworowej stanowią powszechnie występujące objawy chorobowe, bardzo często przypominające schorzenia infekcyjne, np. gorączka, ból, kaszel, utrata przytomności, osłabienie, wymioty, zaburzenia w oddawaniu

moczu i stolca, a także hepato- i splenomegalia [14]. Zjawisko to może być przyczyną nieprawidłowej diagnozy w początkowym okresie choroby. Jednak dostrzec można objawy chorobowe, które już w początkowym etapie choroby budzą niepokój onkologiczny zarówno lekarzy pierwszego kontaktu, jak i rodziców, a należą do nich między innymi: powiększenie się węzłów chłonnych, objawy skazy krwotocznej, szybko narastająca niedokrwistość, powiększanie się obwodu brzucha oraz obecność guza w tkankach [14].

Tabela V. Najczęściej występujące objawy kliniczne mogące sugerować nowotwór u dzieci [11]

Objawy	Podjęrzewana choroba nowotworowa
Przewlekły wyciek z ucha, nawracające zapalenie uszu	<i>Rhabdomyosarcoma, Langerhans cell histiocytosis</i>
Przewlekłe zaczerwienienie, bolesność gałki ocznej, zez, "koci błysk"	<i>Retinoblastoma</i>
Wytrzeszcz gałki ocznej, krwiał okularowy, zwężenie szpary powiekowej	<i>Neuroblastoma, Rhabdomyosarcoma, Leukemia, Retinoblastoma</i>
Poranne bóle głowy, wymioty, zaburzenia równowagi	Guzy mózgu
Obrzęk, zgrubienie, guz okolicy szyi nie odpowiadający na antybiotykoterapię	<i>Lymphogranulomatosis maligna, Lymphoma, Leukaemia, Rhabdomyosarcoma</i>
Guz brzucha, "duży brzuch"	<i>Nephroblastoma, Neuroblastoma, Hepatoblastoma, Lymphoma, Tumor germinale</i>
Krwawienie z dróg rodnych	<i>Rhabdomyosarcoma, Yolk sac tumor</i>
Obrzęk w okolicy kości lub stawu, bóle kostne, utykanie	<i>Osteosarcoma, Ewing sarcoma, PNET (Peripheral Primitive Neuroectodermal Tumor; Prymitywny Guz Neuroendokryny_ Leukaemia</i>
Oslabienie, niechęć do nauki i zabawy, bledosc powlok skórných	<i>Leukaemia, Lymphoma</i>
Chudnięcie	<i>Lymphogranulomatosis maligna,</i>

	zaawansowane stadia pozostałych nowotworów
Niebolesne zgrubienie, obrzęk tkanek miękkich	<i>Rhabdomyosarcoma</i>

Charakterystyczną cechą dolegliwości bólowych występujących w procesie nowotworowym jest narastanie poziomu bólu w czasie oraz zmniejszająca się efektywność leków przeciwbólowych [14,17,18,19]. Gorączka, jako początkowy objaw choroby nowotworowej, może być oporna na podawane leki przeciwgorączkowe oraz stosowaną antybiotykoterapię. Łącznie z tym objawem mogą pojawić się nocne bóle kostne mogące sugerować nowotwór kości. Rodzaj zaburzeń mikcyjnych może sugerować konkretny rodzaj nowotworu, np. poliuria występuje w przebiegu guzów zarodkowych, szyszyniaków oraz histiocytozy, zaś oliguria i anuria pojawiają się w przebiegu guzów Wilmsa, chłoniaków typu B i neuroblastomy. Biegunka występuje w rozsianej postaci neuroblastomy, chłoniaków nieziarnicznych, histiocytozy X i raka rdzeniastego nadnerczy. Zaparcia natomiast są obserwowane przy guzach ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i rdzenia kręgowego, a także guzów nowotworowych uciskających określone struktury przewodu pokarmowego. Bardzo częstym objawem występującym w przebiegu nowotworów OUN są wymioty związane ze wzrostem ciśnienia śródczaszkowego. Uporczywy, nieefektywny kaszel może sygnalizować guz śródpiersia (HL - *Hodgkin's lymphoma*; Chłoniak Hodgkina, NHL - *Non-Hodgkin's lymphoma*; chłoniak nieziarniczny i *neuroblastoma*) [14,17,18,19]. W przypadku pojawienia się, a w następstwie utrzymywania się bądź narastania alarmujących objawów klinicznych, niezwykle istotne jest przeprowadzenie diagnostyki różnicowej, która będzie uwzględniała podłoże onkologiczne [14].

GERMINALNE NOWOTWORY U DZIECI – WYBRANE ASPEKTY

Stanowią około 3-6,3% wszystkich nowotworów złośliwych wieku rozwojowego i wywodzą się z pierwotnych komórek rozrodczych na różnych etapach ich różnicowania [3,6,20].

W Polsce rozpoznaje się rocznie 40-90 przypadków tych nowotworów, w tym częściej u dziewczynek i głównie między 1. i 6. rokiem życia oraz w wieku dojrzewania i u młodych dorosłych [3,6,20].

Ich rozwojowi sprzyjają [3,6,20]:

- ataksja-teleangiektazja
- dysgeneza gonad

- polipowatość jelit
- zespół Klinefeltera
- zespół Turnera
- zwiększone ryzyko wystąpienia dotyczy także chłopców z niezstąpionymi jądrami.

Objawy kliniczne zależne są od [3,6,20]:

- lokalizacji ogniska pierwotnego
- obecności ewentualnych przerzutów
- stadium zaawansowania choroby.

Ognisko pierwotne może być usytuowane wewnątrzczaszkowo (10% guzów) lub pozaczaszkowo (90% guzów) - u dzieci najczęściej w okolicy krzyżowej kręgosłupa, następnie w jajnikach, jądrach, okolicy zaotrzewnowej (tylna część jamy brzusznej), śródpiersiu (klatka piersiowa), szyi, podstawie czaszki i wewnątrzczaszkowo. Dają przerzuty do płuc, wątroby, węzłów chłonnych, mózgu i kości [3,6,20].

Guzy jajnika mogą powodować [3,6,20]:

- ból w podbrzuszu
- objawy ucisku na sąsiednie narządy (drogi moczowe, przewód pokarmowy)
- objawy „ostrego brzucha”.

Guzy zlokalizowane w obrębie jąder dają objawy [3,6,20]:

- powiększenia jądra (zwykle niebolesne)
- uczucia wzrostu ciężaru jądra.

Przy lokalizacji w okolicy zaotrzewnowej stwierdza się objawy guza w jamie brzusznej. Guzy okolicy krzyżowej kręgosłupa - przy wzroście na zewnątrz od kości krzyżowej powodują zniekształcenie okolicy krzyżowo-odbytniczej, a przy rozroście do wnętrza miednicy - zaburzenia defekacji lub mikcji oraz objawy neurologiczne związane z uciskiem na korzenie nerwowe (niedowłady, zaburzenia czucia, porażenia kończyn dolnych) [3,6,20].

Guzy zlokalizowane w okolicy śródpiersiowej ujawniają się wraz z powiększaniem masy guza, przyjmując postać narastającej niewydolności oddechowej, a u starszych dzieci początkowo mogą być bezobjawowe.

Nowotwory germinalne mają zróżnicowaną budowę histologiczną oraz różny stopień złośliwości. Według WHO (*World Health Organization*) sklasyfikowane są jako guzy [3,6,20]

- nasieniakowate,
- nienasieniakowate.

W diagnostyce wykorzystuje się [3,6,20].

- badania laboratoryjne z oceną markerów nowotworowych i funkcji podstawowych narządów oraz z badaniami wirusologicznymi
- badania obrazowe z oceną ogniska pierwotnego i poszukiwanie miejsc ewentualnych przerzutów odległych
- biopsja tkanki nowotworowej i badanie histopatologiczne
- ocena szpiku kostnego przy podejrzeniu przerzutów do szpiku.

Guzy germinalne łagodne są leczone wyłącznie operacyjnie [3,6,20].

NOWOTWORY KOŚCI U DZIECI – WYBRANE ASPEKTY

Stanowią 7% wszystkich nowotworów u dzieci [3,6,21].

Mięsak kościopochodny (*osteosarcoma*)

Najczęstszy nowotwór kości u dzieci, ze szczytem zachorowań na 15.-19. rok życia (w okresie skoku pokwitaniowego), a którego komórki wytwarzają tzw. kostninę [3,6,21].

Za czynniki ryzyka uważa się [3,6,21]:

- pacjenci z siatkówczakiem, z obecną mutacją genetyczną w komórkach (gen RB1)
- pacjenci z zespołem Li-Fraumeni
- wcześniejsza radioterapia (wystąpienie mięsaka w obszarze napromieniania)
- rodziny, w których stwierdzano zachorowania na raka sutka w młodym wieku lub inne nowotwory złośliwe u dzieci i młodzieży.

Najczęściej zajmowane są kości szybko rosnące – przynasady kości udowej, piszczelowej i ramiennej, a także strzałka i kości płaskie (kość łopatki, kości miednicy). Nowotwór często daje przerzuty, zwłaszcza do płuc [3,6,21].

Początek choroby jest nietypowy, a objawy często łączone z przebytych urazem, więc nowotwór kości należy podejrzewać w każdym przypadku niezgodności objawów z charakterem urazu, przy braku poprzedzającego urazu oraz gdy dolegliwości się przedłużają. Objawy nowotworu to [3,6,21]:

- narastanie natężenia bólu
- częste występowanie bólów nocnych
- ograniczenie ruchomości
- obrzęk
- może być też wysięk w stawie, gdy proces nowotworowy rozprzestrzeni się na staw
- może również wystąpić patologiczne złamanie kości.

W mięsaku kościopochodnym ocena stadium zaawansowania procesu nowotworowego dokonywana jest na podstawie [3,6,21]:

- wywiadu
- badania klinicznego
- badania obrazowego.

Podstawowym badaniem w ocenie stopnia miejscowego zaawansowania procesu nowotworowego (naciekanie kości i jamy szpikowej) jest badanie za pomocą rezonansu magnetycznego, co ułatwia precyzyjne określenie rozrostu nowotworu w otaczających tkankach oraz ocenę stosunku masy nowotworowej do nerwów i naczyń krwionośnych [3,6,21].

Podstawowymi badaniami diagnostycznymi są badania [3,6,21]:

- obrazowe: RTG kończyny, rezonans magnetyczny kończyny, RTG i tomografia komputerowa klatki piersiowej oraz scyntygrafia kości
- biochemiczne krwi – do oceny wydolności nerek i wątroby
- histopatologiczne

Stosuje się leczenie skojarzone - chemioterapia, napromienianie, leczenie chirurgiczne.

Mięsak Ewinga

Złośliwy nowotwór głównie kości, który może się jednak pojawiać w innych tkankach [3,6,21]. Występuje w każdym wieku, częściej u chłopców, zwykle powyżej 10. roku życia i daje przerzuty do płuc, kości, czasami do szpiku i opłucnej [3,6,21].

Nie zostały określone jednoznacznie czynniki predysponujące do wystąpienia mięsaka Ewinga, jednak sugeruje się uczestnictwo czynników genetycznych [3,6,21].

Guz może się lokalizować w obrębie całego kośćca, częściej centralnie, w zakresie kości miednicy i kręgosłupa. Najczęściej zlokalizowany jest w kości udowej (trzon), piszczelowej, strzałce, kości miednicy, kości tułowia, kręgosłupa, obojczyku. W przypadku, gdy dotyczy żebra, objawy mogą sugerować zapalenie płuc. Objawy mięsaka to [3,6,21]:

- ból, obrzęk, ograniczenie ruchomości kończyny
- sugerujące proces zapalny („maska zapalna”) – gorączka, utrata masy ciała, leukocytoza (podwyższenie liczby białych krwinek krwi), podwyższone OB.
- zlokalizowany w kręgosłupie może wywołać objawy ucisku na rdzeń kręgowy.

Na podstawie standardowego badania histologicznego trudno jest ustalić jednoznaczne rozpoznanie, ale charakterystyczna jest obecność antygenu CD99 w badaniu materiału z biopsji [3,6,21].

Ze względu na to, że u ponad 90% chorych z mięsakiem Ewinga stwierdza się charakterystyczne zaburzenia genetyczne, w rozpoznaniu często przydatne jest badanie cytogenetyczne [3,6,21].

Diagnostyka obejmuje te same badania, co przy podejrzeniu mięsaka kościopochodnego, przy czym pobiera się również szpik do badania [3,6,21].

W leczeniu mięsaka Ewinga stosowane są takie same zasady, jak w przypadku mięsaka kościopochodnego, czyli terapia skojarzona - chemioterapia przedoperacyjna, zabieg operacyjny radykalny, chemioterapia pooperacyjna, radioterapia oraz w określonych przypadkach - megachemioterapia z autologiczną transplantacją hematopoetycznych komórek macierzystych.

NOWOTWORY TKANEK MIĘKKICH U DZIECI – WYBRANE ASPEKTY

Mięsaki tkanek miękkich stanowią ok. 5-8% wszystkich nowotworów dziecięcych, głównie u dzieci w wieku od 2. do 6. roku życia oraz od 15 do 19 lat. To różnorodna grupa szybko rosnących i wysoce złośliwych nowotworów, obejmujących guzy mięśni, tkanki łącznej, tkanki podporowej i naczyniowej [3,6,21]. Występują praktycznie we wszystkich miejscach ciała – w obrębie głowy, szyi, w kończynach górnych i dolnych, w okolicy miednicy i układu moczowo-płciowego, a także w klatce piersiowej i okolicach płuc. Są guzami inwazyjnymi miejscowo, często nawracającymi w miejscu ogniska pierwotnego oraz tworzącymi, najczęściej przez krew, odległe przerzuty do płuc, kości, szpiku i ośrodkowego układu nerwowego. W około 20% przypadków w chwili rozpoznania prezentują rozсіяną postać choroby. Nazwy ich pochodzą od tkanki, z której się wywodzą [3,6,21]:

- z mięśnia gładkiego – *leiomyosarcoma*
- z mięśnia poprzecznie prążkowanego – *rhabdomyosarcoma*,
- z tkanki łącznej włóknistej – *fibrosarcoma*.

Najczęstszym nowotworem z tej grupy jest mięsak prążkowanokomórkowy (*rhabdomyosarcoma*) [3,6,21].

Mięsaki tkanek miękkich, głównie mięsak prążkowanokomórkowy, częściej występują u dzieci z wrodzonymi wadami ośrodkowego układu nerwowego, moczopłciowego,

przewodu pokarmowego oraz serca. Zwiększone ryzyko dotyczy także dzieci z neurofibromatozą i w rodzinach z zespołem Li-Fraumeni [3,6,21].

Objawy kliniczne są uzależnione od lokalizacji nowotworu [3,6,21]:

- przy zajęciu nosogardzieli - nosowa mowa, trudności w oddychaniu, zaburzenia połykania
- przy zajęciu krtani – chrypka
- przy lokalizacji oczodołowej - wytrzeszcz gałki ocznej, czasem zwężenie szpary powiekowej
- w układzie moczowo-płciowym - zaburzenia oddawania moczu, zastój moczu, wodonercze, krwinkomocz, krwiomocz
- przy lokalizacji kończynowej - bóle i zaburzenia chodu
- w obrębie jamy brzusznej - bóle brzucha utrzymujące się dłużej niż tydzień, wyczuwalny guz lub obrzęk, twardy i mało bolesny przy dotykaniu

Do celów terapeutycznych oraz w zależności od wrażliwości na chemioterapię mięsaki tkanek miękkich u dzieci dzieli się na następujące grupy guzów [3,6,21]:

- RMS (Mięśniakomięsak prążkowanokomórkowy, *rhabdomyosarcoma*) z korzystnym rokowaniem,
- RMS z niekorzystnym rokowaniem,
- RMS-like,
- nie-RMS.

Rozpoznanie opiera się na wywiadzie, badaniu fizykalnym, obrazowym i histopatologicznym oraz na badaniach laboratoryjnych i molekularnych, a leczenie obejmuje postępowanie chirurgiczne oraz chemio- i radioterapię [3,6,21].

NOWOTWORY OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO (GUZY MÓZGU I RDZENIA KRĘGOWEGO) U DZIECI – WYBRANE ASPEKTY

Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego (OUN) stanowią ok. 20% wszystkich nowotworów, rozpoznawanych z reguły u dzieci w wieku od 1. do 10. roku życia, nieco częściej u chłopców, jako najczęściej gwiaździaki (*astrocytoma*), następnie rdzeniaki (*medulloblastoma*) i wyściółczaki (*ependymoma*) [3,6,22].

Przyczyna powstawania guzów mózgu jest nieznana, a zwiększone ryzyko ich rozwoju związane jest z niedoborami immunologicznymi, chorobami genetycznymi (nerwiako-

włókniakowatość typu I i II, stwardnienie guzowate, zespół Li-Fraumeni, choroba von Hippel-Lindau) oraz działaniem promieniowania, pestycydów i nitrozamin [3,6,22].

Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego są klasyfikowane ze względu na [3,6,22]:

- lokalizację,
- typ histologiczny,
- stopień złośliwości komórek guza.

W przypadku glejaków o niskim stopniu złośliwości rozróżnia się [3,6,22]:

- typ I – lite guzy z niewielkim naciekiem z otaczających tkanek lub bez, które mogą być całkowicie usunięte,
- typ II – lite guzy otoczone strefą izolowanych komórek naciekających tkanki mózgu,
- typ III – rozrosty rozlane, naciekające rozległe bez wyraźnego wytworzenia tego guza, a możliwość radykalnej operacji jest w tych przypadkach trudna.

Guzy mózgu mogą być zlokalizowane w obrębie czaszki powyżej namiotu mózdzku (nadnamiotowe) lub poniżej w tylnej jamie czaszki, obejmującej pień mózgu oraz mózdzek (podnamiotowe) [3,6,22].

U dzieci poniżej 1. roku życia większość nowotworów zlokalizowana jest w górnej części mózgu, w wieku pomiędzy 1. a 12. rokiem życia - w dolnej części mózgu, a po pokwitaniu – ponownie w górnej części mózgu [3,6,22].

Guzy rdzenia kręgowego najczęściej umiejscawiają się w odcinku piersiowym, lędźwiowo-krzyżowym, rzadziej w odcinku szyjnym i wyróżnia się wśród nich guzy [3,6,22]:

- zewnątrzoponowe - okalające kanał kręgowy (zwojak zarodkowy, tłuszczak, włókniak)
- wewnątrzoponowe zewnątrzrdzeniowe - powodujące ucisk rdzenia
- wewnątrzrdzeniowe - niszczące tkankę nerwową i rosną naciekająco.

Ze względu na rodzaj komórek, z jakich nowotwory mózgu są zbudowane, rozróżnia się [3,6,22]:

- gwiaździaki
- glejaki
- wyściółczaki
- rdzeniaki
- niskozróżnicowane guzy neuroektodermalne (PNET)
- nowotwory wywodzące się z pierwotnych komórek rozrodczych.

Guzy podnamiotowe (tylna jama czaszki) to glejaki – pień mózgu oraz *medulloblastoma* (rdzeniak) – mózdzek. Guzy nadnamiotowe (półkule mózgowie, podwzgórze,

przysadka, jądra podkorowe, szyszynka) – to glejaki, wyściółczaki, niskozróżnicowany guz neuroektodermalny (PNET), guzy z pierwotnych komórek rozrodczych, czaszkogardlaki oraz szyszyniaki [3,6,22].

Pierwsze wstępne objawy mogą być słabo zaznaczone i podobne do występujących w częstych chorobach wieku dziecięcego. Mogą być też związane ze wzrostem ciśnienia wewnątrzczaszkowego (poranne wymioty na czczo, bóle głowy, różne objawy neurologiczne - pojawienie się zez, zaburzeń połykania, zaburzeń chodu, utrzymania równowagi). Czasami pierwszym objawem są drgawki lub zaburzenia widzenia [3,6,22].

Guzy zlokalizowane w rdzeniu kręgowym dają objawy kliniczne, takie jak [3,6,22]:

- bóle grzbietu i kończyn, szczególnie w porze nocnej,
- niedowłady kończyn,
- zaburzenia chodu,
- skrzywienia kręgosłupa,
- zaburzenia czucia i funkcji zwieraczy.

W nowotworach szybko rosnących objawy pojawiają się wcześniej przy stosunkowo małych rozmiarach guza, a w wolno rosnących - pojawiają się w momencie, kiedy rozmiary guza są duże [3,6,22]. Ze względu na różną lokalizację guzów występuje różnorodność dodatkowych objawów neurologicznych i ogólnoustrojowych. U niemowląt najczęściej stwierdza się [3,6,22]:

- zmiany zachowania - niepokój, nadpobudliwość, płaczliwość i przeculica
- powiększanie obwodu głowy
- uwypuklenie ciemiączka.

W diagnozowaniu nowotworów układu nerwowego największą rolę odgrywają badania obrazowe, głównie tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny, pozwalające na wykrycie guza oraz określenie jego lokalizacji i rozległości [3,6,22]. Oprócz badań obrazowych konieczne jest wykonanie badań - dna oka, płynu mózgowo-rdzeniowego, elektroencefalograficznego, oznaczania stężenia biomarkerów nowotworowych (α -fetoproteina, β -HCG) oraz biochemicznych w surowicy krwi. W przypadku guzów o dużej złośliwości (*medulloblastoma*, *ependymoma*) wskazane jest badanie szpiku, scyntygrafia kości (badanie kości po podaniu znacznika) oraz tomografia komputerowa jamy brzusznej [3,6,22].

W leczeniu niezwykle istotna jest możliwość operacyjnego wycięcia całego guza. Uzupełnieniem leczenia chirurgicznego jest w większości nowotworów mózgu chemioterapia i radioterapia [3,6,22].

NOWOTWORY AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO U DZIECI - WYBRANE ASPEKTY

Nerwiak zarodkowy współczulny (*neuroblastoma*)

Neuroblastoma (nerwiak zarodkowy współczulny) to jeden z najczęstszych nowotworów współczulnego układu nerwowego wieku dziecięcego (ok. 5- 7% wszystkich nowotworów), głównie małych dzieci, średnio w wieku 2 lat [3,6,22]. W Polsce rozpoznaje się rocznie około 60-70 nowych zachorowań, w tym 25% u dzieci poniżej 1. roku życia, gdzie współczynnik wyleczalności wynosi prawie 90%. *Neuroblastoma* często jest już obecna po urodzeniu, ale rozpoznanie jest stawiane później, kiedy pojawiają się pierwsze objawy choroby. Wyróżnia się postać dziedziczną i sporadyczną [3,6,22].

Dotychczas nie poznano przyczyny *neuroblastoma*, a jego objawy różnią się ze względu na lokalizację guza [3,6,22]. Guz może rozwijać się wszędzie tam, gdzie znajdują się embrionalne komórki części współczulnej układu autonomicznego i objawia się guzem/masami guzowatymi w obrębie jamy brzusznej albo wokół rdzenia kręgowego, klatki piersiowej, szyi lub miednicy. Najczęstsze umiejscowienia ogniska pierwotnego to: okolica zaotrzewnowa jamy brzusznej (60-80%), tylne śródpiersie (15%), szyja (2-5%), miednica (2-5%) [3,6,22]. Mnogość prezentacji klinicznych wynika z różnych pierwotnych umiejscowień choroby, obecnych zaburzeń metabolicznych, a przede wszystkim z różnorodnych objawów spowodowanych przerzutami. Zasadnicze objawy *neuroblastoma* to [3,6,22]:

- utrata apetytu,
- nudności,
- utrata masy ciała,
- bóle brzucha,
- zaparcia,
- trudności w oddawaniu moczu,
- zmiany ze strony oczu: zaburzenia widzenia, brak reakcji źrenic na światło, opadanie powiek,
- bóle w klatce piersiowej,
- utrudnienia w oddychaniu,
- utrzymujący się kaszel,
- bóle lub drętwienie dolnych kończyn,
- bezwład,

- niemożność stania,
- potykanie się,
- bóle kości,
- gorączka,
- drażliwość,
- osłabienie,
- bóle pleców.

Wśród objawów klinicznych wyróżnia się także [3,6,22]:

- napadowe pocenie,
- napadowe zaczerwienienie twarzy,
- bóle głowy,
- kołatanie serca,
- nadciśnienie,
- wodniste biegunki,
- hipokaliemia (obniżenie stężenia potasu)
- nieregularne mimowolne ruchy gałek ocznych
- nieskoordynowane ruchy ciała (zespół opsoklonii i mioklonii).

Stopień zaawansowania ocenia się wg dwóch systemów, opierając się na ocenie wielkości guza, jego lokalizacji, możliwości resekcji oraz istnieniu ewentualnych przerzutów, a także ocenie radykalności operacji wycięcia guza oraz związanego z tym zabiegiem ryzyka dla pacjenta [3,6,22]:

- Międzynarodowej Grupy ds. Oceny Grup Ryzyka w NBL (INRGSS, *International Neuroblastoma Risk Group Stage System*)
- Międzynarodowej Klasyfikacji Oceny Stopnia Zaawansowania Neuroblastoma (INSS *International Neuroblastoma Staging System*).

Rozpoznanie guza ustala się na podstawie [3,6,22]:

- wyniku badania histopatologicznego,
- stwierdzenia w szpiku kostnym komórek nowotworowych wskazujących na charakterystykę guza z równoczesnym stwierdzeniem charakterystycznych zaburzeń metabolicznych.

Sposób postępowania terapeutycznego u dzieci z NBL zależy od wieku dziecka, stopnia zaawansowania i cech biologicznych choroby [3,6,22]. W przypadku noworodków i niemowląt, przy bezobjawowym guzie nadnercza (stwierdzony prenatalnie) lub u niemowlęcia

do 90. dnia życia - postępowanie ogranicza się do obserwacji uwzględniającej również kontrolne badania obrazowe i biochemiczne, a w razie wystąpienia niepokojących objawów - usuwa się guz. W przypadkach nieoperacyjnego guza stosuje się chemioterapię i resekcję guza, a potem ewentualnie kontynuuje się tę samą chemioterapię. W przypadku dzieci powyżej 1. roku życia – w grupie niskiego oraz pośredniego ryzyka – zaleca się całkowite usunięcie guza, a chemioterapię wprowadza w razie wznowy choroby [3,6,22].

Siatkówczak (*retinoblastoma*)

To najczęściej stwierdzany pierwotny złośliwy guz wewnątrzgałkowy u dzieci (ok. 4 przypadki na 1 milion dzieci rocznie - w Polsce ok. 20-30 nowych przypadków każdego roku) [3,6,22]. Występuje w postaci [3,6,22]:

- dziedzicznej (40%) - jedno- lub obustronnie, wielogniskowej - w wywiadzie stwierdza się najczęściej rodzinne występowanie choroby, ale u niektórych pacjentów może dojść do pojawienia się wrodzonej mutacji przekazanej w komórkach rozrodczych przez zdrowego wcześniej rodzica;
- sporadycznej (ok. 60%) - dotyczy tylko jednej gałki ocznej.

Objawy kliniczne są zróżnicowane w zależności od wieku pacjenta [3,6,23]:

- początkowo guz, zwłaszcza umiejscowiony na obwodzie dna oka, może nie dawać żadnych objawów klinicznych
- pierwszym objawem może być zez
- w bardziej zaawansowanych stadiach choroby - pojawienie się białego odbłasku ze źrenicy, zaczerwienienie spojówek, zmętnienie ciała szklistego, zmieniona barwa tęczęwki, samoistny wylew krwi do komory przedniej oka, stany zapalne gałki ocznej, jaskra, wytrzeszcz, a nawet zanik gałki ocznej.

Do oceny zaawansowania choroby stosuje się klasyfikację dzielącą proces na wewnątrz- lub pozagałkowy [3,6,22]:

- przy siatkówczaku pozagałkowym I stopień zaawansowania dotyczy zasadniczo choroby wewnątrzgałkowej
- II stopień obejmuje zmiany wewnątrzocodołowe
- III stopień jest stwierdzany w przypadkach przerzutów wewnątrzczaszkowych.

Rozpoznanie opiera się na [3,6,22]:

- badaniu okulistycznym (ocena przedniego odcinka gałki ocznej i dna oka)

- badania obrazowe: USG, tomografia komputerowa oraz rezonans magnetyczny gałek ocznych i oczodołów, a czasami również całej czaszki.

Sposób leczenia to zabiegi chirurgiczne oraz chemioterapia wielolekowa [3,6,22].

NOWOTWORY NERKI– WYBRANE ASPEKTY

Guz Wilmsa (*Nephroblastoma* – nerczak płodowy)

To najczęstszy złośliwy nowotwór nerek u dzieci (ok. 97% nowotworów tego narządu i 7-8% nowotworów złośliwych u dzieci) [3,6,23]. W Polsce rejestruje się od 70 do 80 nowych przypadków tego guza rocznie, najczęściej (80%) u dzieci od 2. do 5. roku życia, średnio w wieku 3,7 lat. W 5% przypadków guz rozwija się równocześnie w dwóch nerkach i współistnieje wtedy z nefroblastomatozą (zmiany przedrakowe) [3,6,23].

Przyczyny powstawania tego guza nie są znane, ale u ok. 10% chorych jego występowanie powiązane jest z pewnymi zaburzeniami rozwojowymi, jak np. wrodzony brak tęczówki (aniridia) oraz liczne zespoły genetyczne występujące w młodym wieku (w 1-2% przypadków są predyspozycje genetyczne) [3,6,23].

Objawy kliniczne są z reguły mało charakterystyczne, najczęściej jest to guz w obrębie jamy brzusznej, a co za tym idzie - powiększanie się obwodu brzucha. Dzieci są zazwyczaj w dobrym stanie ogólnym i rzadko widoczne są objawy wyniszczenia. Czasami pojawiają się [3,6,23]:

- bóle brzucha,
- wymioty,
- krwimocz,
- zaparcia,
- zmniejszenie masy ciała,
- infekcje dróg moczowych,
- biegunki,
- brak łaknienia,
- objawy ostrego brzucha,
- nadciśnienie,
- niekiedy występują wyżki temperatury ciała.

Klasyfikacja guzów nerek u dzieci według Międzynarodowego Towarzystwa Pediatriów i Onkologów (SIOP – fr. Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique) uwzględnia zmiany

mikroskopowe (martwicze) powstałe pod wpływem wstępnej chemioterapii i wyróżnia trzy grupy o określonym stopniu złośliwości, co ma wpływ na rokowanie [3,6,23]:

- o niskim ryzyku powstawania wznowy i przerzutów
- ryzyku pośrednim powstawania wznowy i przerzutów
- wysokim ryzyku powstawania wznowy i przerzutów.

Najczęściej rozpoznanie guza Wilmsa jest możliwe, gdy guz osiąga dość duże rozmiary i podstawowe znaczenie mają prawidłowo wykonane badania obrazowe - w pierwszej kolejności - ultrasonografia jamy brzusznej i nerek [3,6,23].

W leczeniu stosuje się zazwyczaj cztery cykle leczenia chemicznego przedoperacyjnego, potem zabieg operacyjny (najczęściej usunięcie chorej nerki) i chemioterapia tzw. pooperacyjna po zabiegu operacyjnym i zagojeniu się rany [3,6,23]. Niemowlęta poniżej 6. miesiąca życia operuje się bez chemioterapii wstępnej [3,6,23]. Można także zastosować radioterapię [3,6,23].

PIERWOTNE NOWOTWORY WĄTROBY- WYBRANE ZAGADNIENIA

Hepatoblastoma (wątrobiak zarodkowy)

Najczęstszym nowotworem pierwotnym wątroby jest wątrobiak zarodkowy (ok. 75% nowotworów wątroby, głównie u małych dzieci poniżej 2. roku życia) [3,6,23].

Może współistnieć z niektórymi zespołami genetycznymi. U niemowlęcia stwierdza się powiększanie rozmiarów brzucha, utratę apetytu, gorączkę, wymioty, żółtaczkę [3,6,23].

U 90% dzieci jest podwyższone stężenie alfa-feto proteiny (AFP) w surowicy krwi (główne znaczenie u dzieci między 6. miesiącem a 3. rokiem życia, ponieważ u dzieci młodszych jest on fizjologicznie podwyższony) [3,6,23]. Należy wykonać również oznaczenie innych markerów nowotworowych, takich jak: antygen karcyno-embrionalny (CEA) i beta-HCG. Istotne są również badania obrazowe: USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny. Badania enzymów wątrobowych w początkowej fazie choroby zazwyczaj nie wykazują zmian [3,6,23].

Leczenie obejmuje chemioterapię przedoperacyjną, zabieg operacyjny oraz chemioterapię pooperacyjną [3,6,23].

Hepatocarcinoma (rak wątroby)

Bardzo rzadki wśród dzieci, występujący głównie u dzieci starszych, o złym rokowaniu [3,6,23].

PIŚMIENNICTWO

1. Deręgowska J.: Dziecko z chorobą nowotworową w rodzinie. Diagnostyka. Wsparcie. WSNHiD, Poznań 2010.
2. Potrykowska A., Strzelecki Z., Szymborski J., Witkowski J.: Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski. Rządowa Rada Ludności, Warszawa 2014.
3. Chybicka A.: Onkologia i hematologia dziecięca. Tom I. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
4. Chybicka A.: Od objawu do nowotworu: wczesne rozpoznawanie chorób nowotworowych u dzieci. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013.
5. Absalon D., Słowiński J., Ślesak B., Zawiasa A.: Wykorzystanie Geograficznych Systemów Informacyjnych (GIS) w analizie przestrzennej zachorowań na nowotwory mózgu oraz białaczkę u dzieci w województwie śląskim. [w:] Zagrożenia zdrowotne wśród dzieci i młodzieży. Tom II. Seń M., Dębska G. (red.). Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne Sp. z o.o. - Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011: 89-98.
6. Perek D., Dembowska-Bagińska B.: Choroby nowotworowe u dzieci. [w:] *Pediatrics*. Tom I. Kawalec W., Grenda R., Kulus M., (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018: 493-558.
7. Arora R., Eden T., Kapoor G.: Epidemiology of childhood cancer in India. *Indian Journal of Cancer* 2009; 45: 264-273.
8. Kowalczyk J.: Epidemiologia nowotworów dziecięcych. [w:] Wprowadzenie do onkologii i hematologii dziecięcej. Skrypt dla lekarzy specjalizujących się w onkologii i hematologii dziecięcej. Kowalczyk R. (red.). Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011: 5-18.
9. Howard S., Metzger M., Wilimas J., Quintana Y.: Childhood Cancer Epidemiology in Low-Income Countries. *Cancer* 2008; 112: 461-472.
10. Helka M., Musiał P., Stojko M., Moździerz A.: Nowotwory złośliwe u dzieci i młodzieży na terenie województwa śląskiego. *Review and Research on Cancer Treatment* 2016; 2: 18-25.
11. Krawczuk-Rybak M., Kaliszewski J.: *Kompendium Onkologii Dziecięcej: dla studentów VI roku Wydziału Lekarskiego AM. Akademia Medyczna, Białystok 2000.*
12. Balcerska A.: Epidemiologia chorób nowotworowych u dzieci. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2009; 3: 61-63.

13. Chybicka A.: Od objawu do nowotworu: wczesne rozpoznawanie chorób nowotworowych u dzieci. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009.
14. Stachowicz-Stencel T., Krawczyk M., Balcerska A.: Wczesna diagnostyka choroby nowotworowej u dzieci. Forum Medycyny Rodzinnej 2010; 4: 431-437.
15. Wierzbowska A.: Ostra białaczka szpikowa. [w:] Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych, Tom II. Krzakowski M., Warzocha K. (red.). Via Medica, Gdańsk 2013: 753-767.
16. Belson M., Kingsley B.: Risk factors Acute Leukemia in Children: A Review. Environ Health Perspectives 2007; 115: 138-145.
17. Bień E., Krawczyk M., Balcerska A.: Guzy ośrodkowego układu nerwowego u dzieci - trudności diagnostyczne. Forum Medycyny Rodzinnej 2011; 5: 69-75.
18. Niedźwiecki M., Płoszyńska A., Maciejka-Kapuścińska L., Balcerska A.: Maski kliniczne chorób rozrostowych układu krwiotwórczego u dzieci - prezentacja przypadków. Forum Medycyny Rodzinnej 2009; 3: 143-153.
19. Bolanowski M., Bednarczuk T.: Nowotwory neuroendokrynne jelita cienkiego i wyrostka robaczkowego - zasady postępowania (rekomendowane przez Polską Sieć Guzów Neuroendokrynnych). Endokrynologia Polska 2013; 64: 480-493.
20. <http://onkologia.org.pl/nowotwory-dzieci-germinalne/>, (dostęp 3.01.2020).
21. <http://onkologia.org.pl/nowotwory-dzieci-nowotwory-kosci-tkanek-miekkich/> (dostęp 3.01.2020).
22. <http://onkologia.org.pl/nowotwory-dzieci-nowotwory-osrodkowego-ukladu-nerwowego/>, (dostęp 3.01.2020).
23. <http://onkologia.org.pl/nowotwory-dzieci-nowotwory-nerki-watroby/>, (dostęp 3.01.2020).

Obciążenie nowotworami głowy i szyi w krajach Unii Europejskiej

Michalina Krzyżak¹, Karolina Supińska², Paulina Chomicka³, Agnieszka Paszko¹, Małgorzata Żendzian-Piotrowska¹, Dominik Maślach⁴

1. Zakład Higieny, Epidemiologii i Ergonomii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Studenckie Koło Naukowe Epidemiologii i Profilaktyki Chorób Cywilizacyjnych
3. Studenckie Koło Naukowe Zdrowia Publicznego
4. Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Nowotwory głowy i szyi (NGS) to szerokie pojęcie obejmujące zmiany nowotworowe umiejscowione w górnej części układu oddechowego i układu pokarmowego: wargę, jamę ustną, gardło, jamę nosową, krtani. Ze względu na podobieństwo diagnostyczne i terapeutyczne ujęte zostały w jedną grupę “nowotwory narządów głowy i szyi”. Umiejscowienie nowotworu decyduje o przebiegu klinicznym, jak również o rokowaniu [1].

Zróżnicowana anatomia głowy i szyi pod względem morfologicznym oraz czynnościowym decyduje o jakości życia poprzez funkcje, jakie pełnią narządy znajdujące się na stosunkowo niewielkiej powierzchni. Upośledzenie ważnych struktur utrudnia podstawowe czynności życiowe, tj. mowa, oddychanie, połykanie, żucie. Może dojść do uszkodzeń funkcji układu nerwowego, jak również do zaburzeń lub całkowitej utraty zmysłów wzroku, smaku, węchu czy słuchu [1,2].

Z szacunków Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC) wynika, iż w 2018 roku na świecie na NGS zachorowało ponad 710 000 osób, standaryzowany według wieku współczynnik zachorowalności (ASR) wynosił $8,1/10^5$, co stanowiło 4% wszystkich zachorowań na raka, u kolejnych 177 500 ($ASR\ 2,0/10^5$) osób zdiagnozowano raka krtani. Liczba zgonów na świecie z powodu NGS w 2018 roku wynosiła ponad 358 500 ($ASR\ 4,0/10^5$), z powodu raka krtani blisko 95 000 ($ASR\ 1,0/10^5$), co w strukturze zgonów stanowiło 5%. W Europie liczba zachorowań na NGS wynosiła ponad 121 000 ($ASR\ 9,0/10^5$), na raka krtani blisko 40 000 ($ASR\ 2,9/10^5$), co łącznie stanowi 4% zachorowań na nowotwory złośliwe.

Obciążenie nowotworami głowy i szyi w krajach Unii Europejskiej

Liczba zgonów w Europie wynosiła ponad 53000 (ASR 3,8/10⁵) z powodu NGS i blisko 20000 z powodu raka krtani (1,2/10⁵) [3,4].

Nowotwór złośliwy narządów głowy i szyi rozwija się na skutek oddziaływania czynników fizycznych, biologicznych, jak i chemicznych pochodzenia środowiskowego. Udowodnione podłoże egzogenne prowadzące do rozwoju raków głowy i szyi, to: palenie tytoniu zarówno czynne, jak i bierne, żucie tytoniu, żucie betelu, picie alkoholu wysokoprocentowego, zakażenia wirusowe i grzybicze. Narażone na zachorowanie są także osoby nieprawidłowo odżywiające się z niedoborami pokarmowymi. Ryzyko wzrasta również wśród osób zmagających się z chorobami jamy ustnej oraz u osób nieprawidłowo dbających o higienę jamy ustnej [5,6,7].

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej w zakresie zachorowalności na nowotwory złośliwe głowy i szyi w Polsce i w krajach Unii Europejskiej (UE).

MATERIAŁ I METODA

Źródło informacji stanowiła baza danych Globocan 2012 [8] oraz Globocan 2018 [9] Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem, działającej pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia. Agencja ta gromadzi i analizuje informacje o zachorowaniach i zgonach na nowotwory złośliwe z 184 krajów, w tym także z Polski.

Do analizy włączono 28 krajów Unii Europejskiej: Austria, Belgia, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Malta, Niemcy, Polska, Portugalia, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Węgry, Włochy, Wielka Brytania.

Do analiza sytuacji epidemiologicznej w Polsce zostały wykorzystane również informacje Krajowego Rejestru Nowotworów [10].

Do oceny obciążenia nowotworami głowy i szyi zastosowano standaryzowane według „populacji standardowej świata” współczynnik zachorowalność u mężczyzn i kobiet oddzielnie. Wartości współczynników wyrażono na 100 000 ludności. Do oceny różnicy w zachorowalności mężczyzn i kobiet zastosowano *wskaźnik mężczyźni/kobiety*, który obliczono jako iloraz współczynnika zachorowalności u mężczyzn i kobiet.

Obciążenie nowotworami głowy i szyi w krajach Unii Europejskiej

Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 nowotworom głowy i szyi odpowiadają kody C00-C14 oraz C32. Rozpoznanie według umiejscowienia nowotworu zostały zaszeregowane do 4 grup zgodnie z tabelą I.

Tabela I. Nowotwory głowy i szyi według klasyfikacji ICD-10

Warga, jama ustna	
C00-C008	Nowotwory złośliwe: wargi, nasady nosa, innych i nieokreślonych części języka, podniebienia, dziąseł, dna jamy ustnej, innych i nieokreślonych części jamy ustnej, ślinianki przyusznej, innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych.
Inne części gardła	
C09-C10 C12-C14	Nowotwory złośliwe: migdałka, części ustnej gardła, zachyłka gruszkowatego, części krtaniowej gardła, o innym i bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła.
Nosogardziel	
C11	Nowotwór złośliwy części nosowej gardła
Krtani	
C32	Nowotwór złośliwy krtani

WYNIKI

W 2018 roku w Polsce standaryzowany współczynnik zachorowalności na nowotwory głowy i szyi łącznie wśród mężczyzn wynosił $25,8/10^5$. W porównaniu z rokiem 2012 nastąpił wzrost wartości współczynnika o $3,5/10^5$, tj. o ponad 16% (Tabela II). Średnia wartość ASR w krajach UE była niższa niż w Polsce i w 2012 roku wynosiła $19,4/10^5$, zaś w roku 2018 – $19,5/10^5$.

W Polsce u mężczyzn wśród lokalizacji dominował rak krtani (w 2018 roku – $9,0/10^5$) oraz nowotwory „wargi i jamy ustnej” (w 2018 roku – $8,7/10^5$). Największy wzrost ASR odnotowano z powodu nowotworów „innej części gardła”, z $4,6/10^5$ do $7,5/10^5$, tj. o ponad 63%.

W 2018 roku wśród krajów UE najwyższą wartość ASR z powodu ogółu NGS odnotowano na Węgrzech – $39,5/10^5$, najniższą zaś na Cyprze – $9,3/10^5$. Polska wraz z Litwą (ASR – $21,8/10^5$), Portugalią (ASR – $24,6/10^5$), Francją (ASR – $27,7/10^5$), Łotwą (ASR – $28,2/10^5$), Słowacją (ASR – $32,5/10^5$) i Rumunią (ASR – $34,7/10^5$) należy do krajów najwyższego ryzyka zachorowania mężczyzn na nowotwory głowy i szyi.

Obciążenie nowotworami głowy i szyi w krajach Unii Europejskiej

Największy wzrost zachorowalności na NGS nastąpił w Grecji (o 64%), na Cyprze (o 49%), Łotwie (o 48%), w Szwecji (o 25%), Wielkiej Brytanii (o 25%), Luksemburgu (o 24%), Francji (o 22%). W Polsce odnotowano 16% wzrost zachorowalności mężczyzn na NGS.

Tabela II. Standaryzowany współczynnik zachorowalności wśród mężczyzn na nowotwory głowy i szyi w krajach Unii Europejskiej w latach 2012 i 2018

Kraje UE	C32			C00-C08			C11			C09-C14			Łącznie		
	2012	2018	% zmiana	2012	2018	% zmiana	2012	2018	% zmiana	2012	2018	% zmiana	2012	2018	% zmiana
Cypr	2,9	4,7	62%	2,7	3,3	22%	0,3	0,5	77%	0,3	0,7	143%	6,2	9,3	49%
Szwecja	1,6	1,3	-19%	4,1	7,7	88%	0,3	0,3	0%	2,4	1,2	-50%	8,4	10,5	25%
Finlandia	2,0	1,9	-5%	5,0	7,2	44%	0,2	0,2	-15%	1,9	1,3	-32%	9,1	10,6	16%
Malta	5,2	4,5	-13%	5,2	2,4	-54%	2,9	1,6	-45%	2,7	2,4	-11%	16,0	10,9	-32%
Holandia	4,0	3,1	-23%	5,7	5,8	2%	0,4	0,4	2%	2,9	3,1	7%	13,0	12,4	-5%
Włochy	6,3	4,4	-30%	4,1	4,8	17%	0,7	1,0	37%	2,4	2,8	17%	13,5	13,0	-4%
Austria	3,5	2,7	-23%	6,0	5,0	-17%	0,5	0,4	-26%	5,5	5,4	-2%	15,5	13,5	-13%
Grecja	4,5	6,8	51%	2,3	4,8	109%	0,3	1,5	400%	1,3	0,7	-47%	8,4	13,8	64%
Irlandia	4,7	4,5	-4%	5,3	5,8	9%	0,6	0,5	-10%	2,8	3,2	14%	13,4	14,0	5%
Niemcy	4,6	3,3	-28%	8,6	6,6	-23%	0,5	0,4	-14%	8,0	4,9	-39%	21,7	15,2	-30%
Wielka Brytania	3,3	3,2	-3%	6,2	7,6	23%	0,5	0,4	-20%	3,4	5,6	65%	13,4	16,8	25%
Hiszpania	7,8	5,4	-31%	7,4	6,9	-7%	0,8	0,8	-3%	3,9	4,3	10%	19,9	17,4	-13%
Estonia	5,6	6,2	11%	6,7	6,4	-4%	0,3	0,1	-63%	3,8	4,8	26%	16,4	17,5	7%
Dania	4,3	3,5	-19%	6,9	5,8	-16%	0,4	0,4	-10%	5,7	8,8	54%	17,3	18,5	7%
Słowenia	5,1	3,5	-31%	7,6	5,8	-24%	0,3	0,4	40%	7,1	9,0	27%	20,1	18,7	-7%
Czechy	5,6	5,2	-7%	7,1	6,9	-3%	0,6	0,5	-12%	5,5	6,2	13%	18,8	18,8	0%
Bułgaria	10,2	8,7	-15%	6,8	6,3	-7%	1,0	1,0	0%	3,2	3,4	6%	21,2	19,4	-8%
Luksemburg	3,9	5,5	41%	6,5	8,3	28%	0	0,4	0%	5,6	5,6	0%	16,0	19,8	24%
Belgia	6,7	4,9	-27%	8,7	7,5	-14%	0,7	0,7	-3%	6,7	7,0	4%	22,8	20,1	-12%
Chorwacja	9,4	7,3	-22%	8,1	7,3	-10%	0,5	0,8	58%	6,0	5,3	-12%	24,0	20,7	-14%
Litwa	8,0	6,8	-15%	7,5	7,7	3%	0,3	0,4	27%	5,9	6,9	17%	21,7	21,8	0%
Portugalia	9,7	6,2	-36%	11,6	8,2	-29%	1,5	1,3	-13%	7,9	8,9	13%	30,7	24,6	-20%
Polska	8,4	9,0	7%	8,5	8,7	2%	0,8	0,6	-24%	4,6	7,5	63%	22,3	25,8	16%
Francja	5,6	5,0	-11%	7,8	10,1	29%	0,5	0,9	76%	8,8	11,7	33%	22,7	27,7	22%
Łotwa	8,5	7,2	-15%	5,6	15,6	179%	0,5	0,3	-46%	4,4	5,1	16%	19,0	28,2	48%
Słowacja	6,9	8,7	26%	11,4	11,9	4%	0,7	0,7	0%	10,1	11,2	11%	29,1	32,5	12%
Rumunia	10,4	9,9	-5%	10,0	10,9	9%	2,2	2,1	-5%	9,9	11,8	19%	32,5	34,7	7%
Węgry	12,3	12	-2%	15,7	12,8	-18%	1,3	1,0	-25%	12,8	13,7	7%	42,1	39,5	-6%
EU-28	6,1	5,6	-8,2%	7,1	7,4	4%	0,7	0,7	0%	5,2	5,8	11,5%	19,1	19,5	2%

Ryzyko zachorowania na podstawie wartości ASR z 2018 roku.

niskie

średnie

wysokie

Obciążenie nowotworami głowy i szyi w krajach Unii Europejskiej

Standaryzowany współczynnik zachorowalności na NGS wśród kobiet w Polsce w roku 2018 roku wynosił $6,0/10^5$ i była to wartość o 42% niż w roku 2012 roku i był to jeden z najwyższych wzrostów zachorowalności wśród krajów UE (Tabela III).

Tabela III. Standaryzowany współczynnik zachorowalności wśród kobiet na nowotwory głowy i szyi w krajach Unii Europejskiej w latach 2012 i 2018

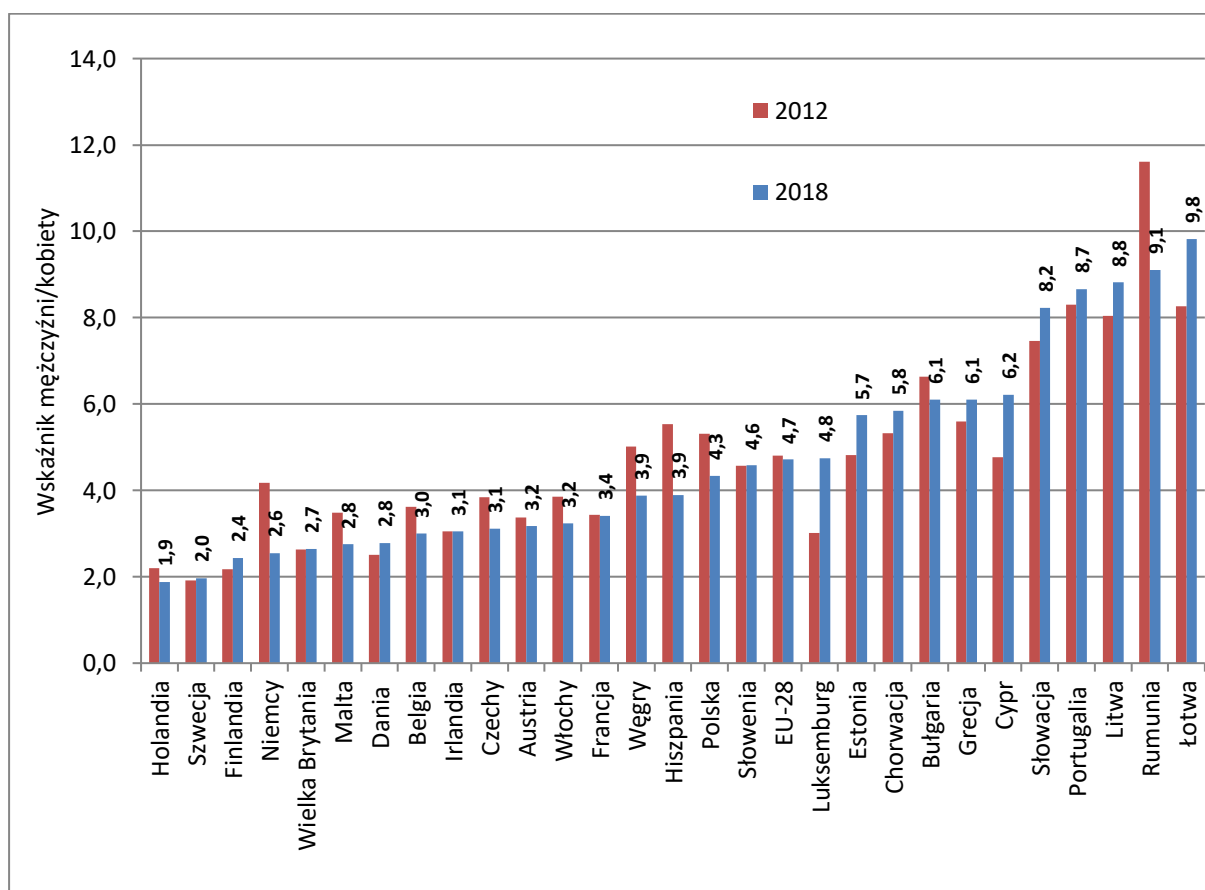
Kraje UE	C32			C00-C08			C11			C09-C14			Łącznie		
	2012	2018	%	2012	2018	%	2012	2018	%	2012	2018	%	2012	2018	%
Cypr	0,4	0,2	-50%	0,9	1,2	33%	0,0	0,1	0%	0,0	0,0	0%	1,3	1,5	15%
Grecja	0,3	0,4	33%	0,9	1,5	67%	0,1	0,3	160%	0,2	0,1	-55%	1,5	2,3	51%
Litwa	0,4	0,4	0%	1,8	1,6	-11%	0,1	0,1	-50%	0,4	0,5	15%	2,7	2,5	-9%
Portugalia	0,3	0,3	0%	2,5	1,8	-28%	0,5	0,3	-32%	0,4	0,4	0%	3,7	2,8	-23%
Łotwa	0,5	0,4	-20%	1,4	1,8	29%	0,0	0,1	0%	0,4	0,6	60%	2,3	2,9	25%
Estonia	0,3	0,5	67%	2,8	2,1	-25%	0,0	0,0	0%	0,3	0,4	30%	3,4	3,1	-10%
Bułgaria	0,5	0,6	20%	1,9	1,9	0%	0,4	0,3	-23%	0,4	0,4	5%	3,2	3,2	-1%
Rumunia	0,4	0,5	25%	1,6	1,6	0%	0,3	0,8	160%	0,5	0,9	88%	2,8	3,8	36%
Luksemburg	0,3	0,9	300%	3,9	2,1	-46%	0,0	0,0	0%	1,1	1,2	9%	5,3	4,2	-21%
Malta	0,9	0,9	0%	2,8	2,6	-7%	0,6	0,5	-22%	0,3	0,0	-100%	4,6	4,0	-14%
Słowacja	0,5	0,4	-20%	2,4	2,5	4%	0,2	0,1	-30%	0,8	0,9	13%	3,9	4,0	1%
Włochy	0,5	0,7	40%	2,1	2,4	14%	0,3	0,3	10%	0,6	0,6	3%	3,5	4,0	14%
Słowenia	0,5	0,7	40%	2,7	2,3	-15%	0,1	0,0	-100%	1,1	1,1	0%	4,4	4,1	-7%
Chorwacja	0,8	0,7	-12%	2,7	2,0	-26%	0,2	0,2	-15%	0,8	0,7	-14%	4,5	3,5	-21%
Austria	0,6	0,5	-17%	2,5	2,3	-8%	0,2	0,1	-35%	1,3	1,3	0%	4,6	4,3	-8%
Finlandia	0,2	0,2	0%	3,3	3,2	-3%	0,1	0,1	10%	0,6	0,8	35%	4,2	4,3	3%
Hiszpania	0,7	0,6	-14%	2,3	2,9	26%	0,2	0,3	55%	0,4	0,6	58%	3,6	4,5	24%
Irlandia	0,9	0,6	-33%	2,4	3,0	25%	0,1	0,1	10%	1,0	0,9	-14%	4,4	4,6	5%
Szwecja	0,3	0,3	0%	3,0	4,1	37%	0,1	0,2	50%	1,0	0,8	-21%	4,4	5,3	21%
Niemcy	0,5	0,8	60%	2,9	3,4	17%	0,2	0,2	-20%	1,6	1,6	0%	5,2	6,0	15%
Czechy	0,5	0,6	20%	2,9	3,5	21%	0,2	0,2	-20%	1,3	1,8	38%	4,9	6,1	23%
Wielka Brytania	0,7	0,7	0%	3,2	3,9	22%	0,2	0,1	-30%	1,0	1,6	60%	5,1	6,4	25%
Holandia	0,8	1,0	25%	3,8	4,1	8%	0,2	0,2	0%	1,1	1,3	18%	5,9	6,6	12%
Francja	1,0	0,7	-30%	3,5	4,4	26%	0,2	0,2	-15%	1,9	2,9	53%	6,6	8,1	23%
Polska	0,9	1,2	33%	2,4	2,8	17%	0,2	0,3	25%	0,7	1,7	143%	4,2	6,0	42%
Dania	0,9	0,9	0%	3,9	3,2	-18%	0,2	0,2	0%	1,9	2,4	26%	6,9	6,7	-4%
Belgia	1,1	1,0	-9%	3,3	3,8	15%	0,2	0,2	0%	1,7	1,7	0%	6,3	6,7	6%
Węgry	1,4	2,0	43%	4,6	4,8	4%	0,4	0,5	18%	2,0	2,9	45%	8,4	10,2	21%
EU-28	0,6	0,7	17%	2,7	2,7	0%	0,2	0,2	6%	0,9	1,1	22%	4,4	4,7	8%

Ryzyko zachorowania na podstawie wartości ASR z 2018 roku.
niskie
średnie
wysokie

Obciążenie nowotworami głowy i szyi w krajach Unii Europejskiej

Dominującą lokalizacją wśród kobiet były nowotwory „wargi i jamy ustnej”, w Polsce w 2018 roku wartość ASR w tej grupie wynosiła $2,8/10^5$. Średnia wartość ASR w krajach Unii Europejskiej wśród kobiet w 2018 roku była na poziomie $4,7/10^5$. Krajem o najwyższym współczynniku zachorowalności były Węgry ($ASR = 10,2/10^5$), najniższym natomiast Cypr ($ASR = 1,5/10^5$). Największą zmianę procentową zaobserwowano w Grecji (wzrost o 51%).

We wszystkich krajach Unii Europejskiej NGS występują kilkakrotnie częściej u mężczyzn niż kobiet, średnio blisko 5-krotnie częściej (Rycina 1).



Rycina 1. Wskaźnik mężczyźni/kobiety zachorowalności na nowotwory głowy i szyi w latach 2012 i 2018 w krajach Unii Europejskiej

Najmniejsza różnica w zachorowalności mężczyzn i kobiet występowała w Holandii (1,9 w 2018 r.), Szwecji (2,0 w 2018 r.), Finlandii (2,4 w 2018 r.), Wielkiej Brytanii (2,7 w 2018 r.). W Polsce różnica ta w analizowanym okresie uległa zmniejszeniu i w 2018 roku wskaźnik mężczyźni/kobiety wynosił 4,3. Największa różnica w zachorowalności pomiędzy mężczyznami i kobietami występowała na Łotwie (9,8 w 2018 r.), Litwie (8,8 w 2018 r.), Słowacji (8,2 w 2018 r.), w Rumunii (9,1 w 2018 r.) i Portugalii (8,7 w 2018 r.).

DYSKUSJA

Poszczególne lokalizacje nowotworów złośliwych w obrębie głowy i szyi (C00-C14) występują rzadko. Jednak jako grupa uzupełniona o raka krtani (C32) nowotwory te stanowią istotny problem zdrowia publicznego. Występowanie podobnych czynników etiologicznych nowotworów głowy i szyi również powoduje, iż w badaniach epidemiologicznych rozpatrywane są łącznie.

W 2018 roku na świecie na NGS zachorowało ponad 710 000 osób, a u 177 500 zdiagnozowano raka krtani. Liczba zgonów na świecie z powodu NGS w 2018 roku wynosiła ponad 358 500, z powodu raka krtani blisko 95000. W Europie liczba zachorowań na NGS wynosiła ponad 121 000, na raka krtani blisko 40 000. Liczba zgonów w Europie wynosiła ponad 53000 z powodu NGS i blisko 20000 z powodu raka krtani [3,4]. W Polsce w 2017 roku zarejestrowano 4168 nowych zachorowań na nowotwory głowy i szyi i 2224 na raka krtani. W tym samym roku z powodu NGS zmarło w Polsce 2970 osób oraz 1580 z powodu raka krtani [11].

Wyniki prezentowanych badań wskazały na istotne różnice w poziomie zachorowalności na NGS w krajach Unii Europejskiej, jak również różnice w kierunku i poziomie zmian ich występowania. Wśród mężczyzn najwyższa zachorowalność występowała na Węgrzech, w Rumunii, na Słowacji, Łotwie, we Francji, w Polsce, Portugalii, na Litwie, w Chorwacji i Belgii. Spośród krajów o najwyższej zachorowalności znaczący wzrost nastąpił na Łotwie, we Francji, w Polsce, na Słowacji i w Rumunii.

Krajami o najniższej zachorowalności wśród mężczyzn były: Cypr, Szwecja, Finlandia, Malta, Holandia, Włochy, Austria i Grecja. Jednak w 4 państwach z tej grupy odnotowano najwyższy wzrost zachorowań (Grecja, Cypr, Szwecja, Finlandia). Znaczące obniżenie współczynnika zachorowalności odnotowano na Malcie, w Austrii, Niemczech, Hiszpanii, Belgii, Chorwacji i Portugalii.

Nowotwory regionu głowy i szyi stanowią znacznie większe zagrożenie życia mężczyzn w porównaniu z kobietami. Jednak wzrost zagrożenia NGS wśród kobiet był większy niż wśród mężczyzn. Wyniki prezentowanych badań wskazują na istotnie wyższą zachorowalność wśród mężczyzn we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Wskazują również na istotne różnice w tym zakresie pomiędzy poszczególnymi państwami.

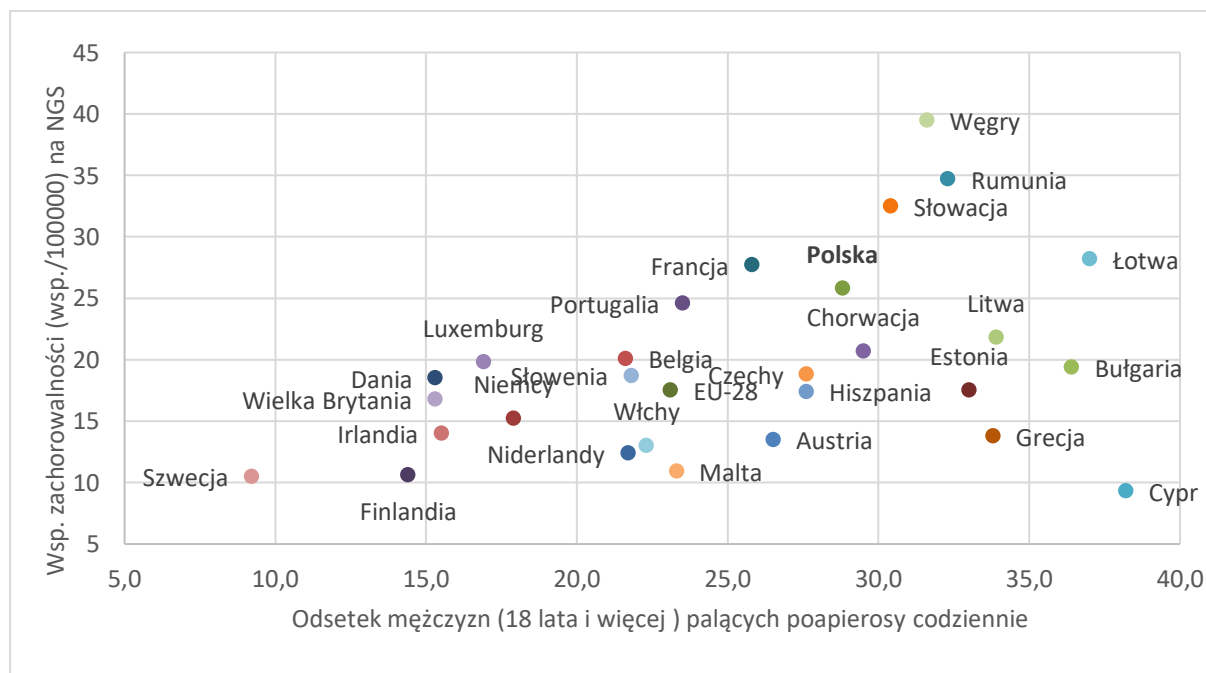
Krajami o najwyższej zachorowalności wśród kobiet były: Węgry, Belgia, Dania, Polska, Francja, Holandia, Wielka Brytania, Czechy i Niemcy. We wszystkich wymienionych państwach, z wyjątkiem Danii, nastąpił znaczny wzrost zachorowalności na NGS u kobiet.

Obciążenie nowotworami głowy i szyi w krajach Unii Europejskiej

Najniższa zachorowalności na NGS była na Cyprze, w Grecji, na Litwie, w Portugalii, na Łotwie, w Estonii i Bułgarii. Podobnie jak u mężczyzn największy wzrost zachorowalności miał miejsce w Grecji, zachorowalność wzrosła również w Rumunii, na Łotwie, w Hiszpanii, Szwecji, na Cyprze i we Włoszech.

Podstawowym, a zarazem najlepiej poznanym karcynogenem jest dym tytoniowy, który odpowiada za około 80% zachorowań na NGS. Związek pomiędzy paleniem tytoniu a występowaniem NGS został udokumentowany w licznych badaniach epidemiologicznych, których wyniki zostały zebrane w monografii IARC [12]. Ryzyko zachorowania na NGS wzrasta wraz z długością okresu palenia, jak i liczbą wypalanych papierosów.

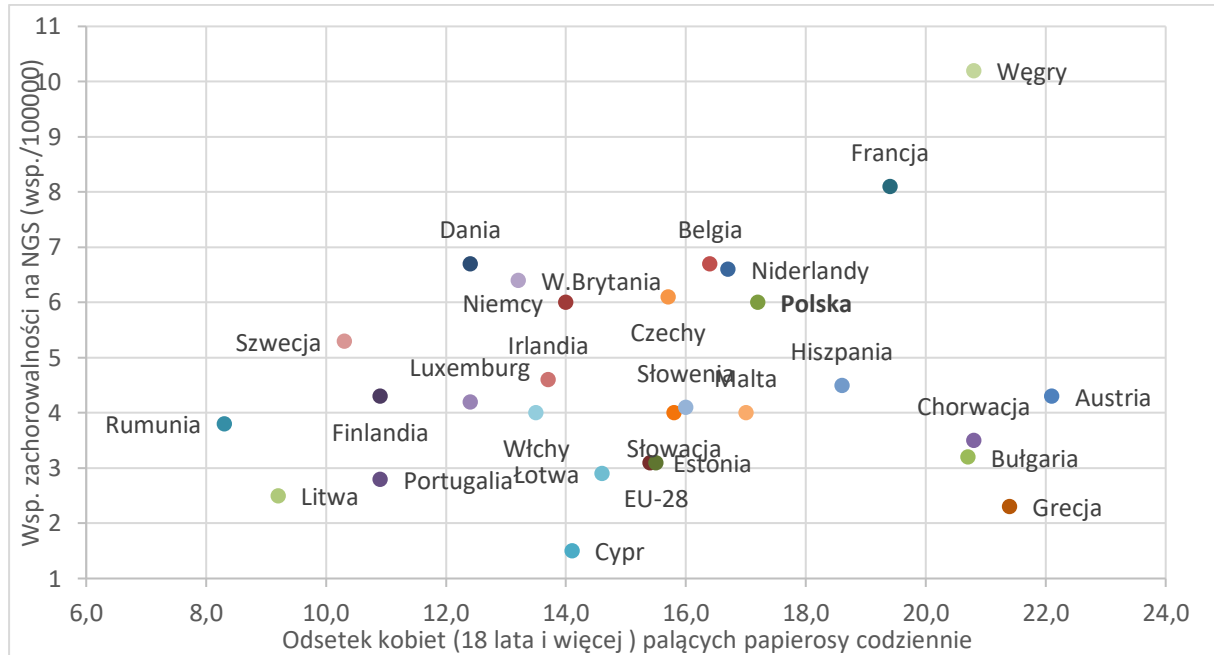
Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród mężczyzn w krajach UE jest bardzo zróżnicowane pomiędzy krajami i wynosi od 9,2% w Szwecji do 38,2% na Cyprze. Średnia w krajach UE to 23,1% mężczyzn codziennie palących tytoń. W Polsce w 2014 roku 28,8% mężczyzn paliło papierosy [13]. W krajach Europy Północnej (Szwecja, Finlandia) niski poziom rozpowszechnienia palenia tytoniu u mężczyzn korespondował z niskimi wartościami ASR z powodu NGS, zaś w krajach Europy Wschodniej (Węgry, Rumunia, Słowacja, Polska) wraz z odsetkiem palących codziennie mężczyzn rosła zachorowalność na NGS. W Grecji i na Cyprze, pomimo najwyższego wśród krajów UE odsetka palących papierosy mężczyzn, zachorowalność na NGS była na najniższym poziomie, jednak wzrost zachorowalności w tych właśnie krajach był najwyższy w latach 2012-2018.



Rycina 2. Zachorowalność (ASR w 2018 r.) na nowotwory głowy i szyi i palenie tytoniu (dane Eurostat, 2014 r.) wśród mężczyzn w krajach UE

Obciążenie nowotworami głowy i szyi w krajach Unii Europejskiej

We wszystkich krajach UE, z wyjątkiem Szwecji, rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród kobiet jest niższe niż wśród mężczyzn. Średnio w krajach UE odsetek palących mężczyzn jest o 70% wyższy niż u kobiet. Związek pomiędzy rozpowszechnieniem palenia tytoniu i zachorowalnością na NGS jest wyraźniej widoczny w populacji mężczyzn.



Rycina 3. Zachorowalność (ASR w 2018 r.) na nowotwory głowy i szyi i palenie tytoniu (dane Eurostat, 2014 r.) wśród kobiet w krajach UE

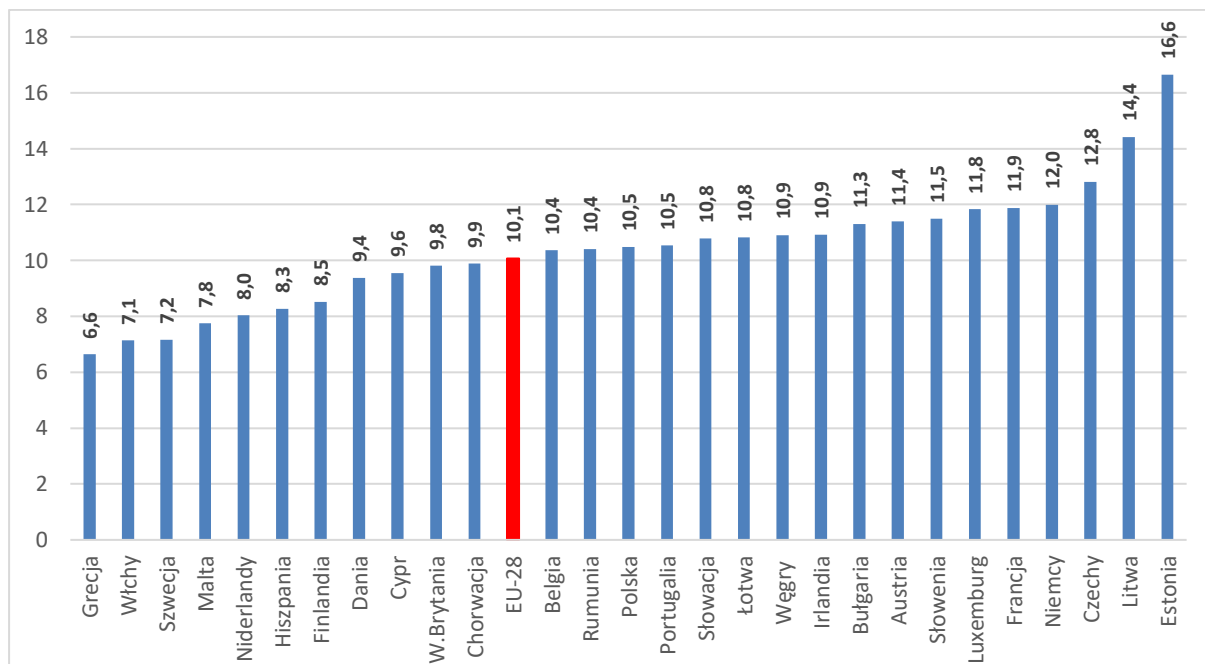
Wyniki badań epidemiologicznych [14,15] prowadzonych od ponad 30 lat jednoznacznie dowodzą, iż wzrost ryzyka NGS wiąże się ze wzrostem ilości i częstotliwości spożywania alkoholu, dowodzą również, iż około 75% zachorowań na nowotwory płaskonabłonkowe narządów głowy i szyi w krajach Europy i Stanach Zjednoczonych Ameryki spowodowane jest jednoczesnym paleniem tytoniu i spożywaniem wysokoprocentowego alkoholu. Ryzyko zachorowania jest wprost proporcjonalne do częstotliwości i rozmiaru ekspozycji. Wpływ każdego z wymienionych czynników osobno jest trudny do oszacowania, a ich kancerogenne działanie na organizm człowieka jest synergistyczne.

Ilość spożywanego alkoholu różni się w poszczególnych państwach UE. Najwięcej, powyżej 11 litrów czystego alkoholu na głowę mieszkańca, w UE pije się w Estonii, na Litwie, w Czechach, Niemczech, Francji, Luksemburgu, Słowenii, Austrii oraz Bułgarii [16].

Codziennie spożywanie 47,5 grama czystego etanolu zwiększa ryzyko nowotworu gardła 4,5-krotnie, a raka krtani aż 7,2-krotnie. Jako kluczowy czynnik wskazuje się głównie alkohol wysokoprocentowy, jednak dowiedziono, że to wino ma istotny wpływ na wzrost ryzyka rozwoju choroby. Etanol stanowi znaczące źródło energii (7,1 kcal/g), odpowiedzialny

Obciążenie nowotworami głowy i szyi w krajach Unii Europejskiej

jest za połowę kalorycznego zapotrzebowania u osób uzależnionych od alkoholu. W konsekwencji zastępuje potrzebne składniki pokarmowe, co prowadzi do niedożywienia u alkoholików, którzy w grupie chorych na nowotwory głowy i szyi stanowią ok. 40% [17,18].



Rycina 4. Konsumpcja alkoholu w krajach UE w przeliczeniu na 1 mieszkańca w wieku 15 lat i więcej w 2015 roku (dane: WHO HFA-DB)

Nieprawidłowa higiena jamy ustnej to kolejny czynnik odpowiedzialny za zachorowania na nowotwory obrębu głowy i szyi. Głównie dotyczący nowotworów jamy ustnej. Uszkodzenia mechaniczne i zaniedbania stomatologiczne w połączeniu z paleniem tytoniu i/lub spożywaniem alkoholu są czynnikiem mogącym prowadzić do rozwoju nowotworów w obrębie narządów głowy i szyi. Udowodniono, iż utrata ponad dwudziestu zębów lub uszkodzonych więcej niż 5, lub źle dopasowana proteza zębowa przyczyniają się do wzrostu ryzyka zachorowania na nowotwór jamy ustnej [5]. Jednym z najważniejszych czynników powodujących niedostatki higieny jamy ustnej, jak również brak systematycznych kontroli stomatologicznych są czynniki ekonomiczne [19].

Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, iż za pobudzenie procesu nowotworowego w niektórych regionach głowy i szyi, a w szczególności migdałkach podniebiennych odpowiedzialny jest wirus brodawczaka ludzkiego (HPV, ang. *Human Papilloma Virus*). Różne typy wirusa HPV przyczyniają się do rozwoju pewnych nowotworów narządów głowy i szyi, są to głównie rak gardła środkowego i przede wszystkim rak migdałka. Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem uznała niektóre wirusy HPV za silnie

Obciążenie nowotworami głowy i szyi w krajach Unii Europejskiej

kancerogenne w jamie ustnej i gardle środkowym, ograniczone działanie w krtani oraz zupełnie niewykazujące onkogenego potencjału w zatokach. Typy wysokiego ryzyka 16 i 18 są przyczyną 70% zachorowań na raka szyjki macicy. Przypuszcza się, iż właśnie te typy pełnią kluczową rolę w rozwoju nowotworów narządów głowy i szyi [20,21].

Różnice występujące w poziomie, jak również dynamice i kierunkach zmian zachorowalności na NGS pomiędzy krajami Unii Europejskiej wskazują na występowanie znacznych różnic w narażeniu na czynniki ryzyka rozwoju tych nowotworów związanych ze stylem życia (palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, sposób żywienia, nawyki higieniczne), narażeniem na czynniki środowiskowe (promieniowanie UV), rozpowszechnieniem zakażenia wirusem HPV, uwarunkowaniami społeczno-ekonomicznymi, czy związanymi z organizacją systemu ochrony zdrowia.

WNIOSKI

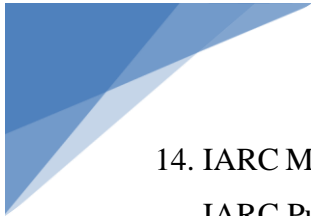
1. Wyniki przedstawionych badań wskazały na znaczne zróżnicowanie rozpowszechnienia nowotworów głowy i szyi pomiędzy krajami UE. Zróżnicowanie występowało również w zakresie kierunku i tempa zmian współczynnika zachorowalności.
2. Sytuacja epidemiologiczna zachorowalności na nowotwory głowy i szyi we wszystkich krajach UE różni się znacząco w zależności od płci. Zachorowalność kobiet jest znacznie niższa niż mężczyzn. U kobiet stwierdzono większy wzrost zagrożenia nowotworami głowy i szyi w analizowanym okresie.
3. Polska na tle krajów UE charakteryzowała się wysokim poziomem zachorowalności na nowotwory głowy i szyi zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. U obu płci nastąpił wzrost zachorowalności, u kobiet był to jeden z najwyższych wzrostów wśród krajów UE.

PIŚMIENNICTWO

1. Kawecki A, Nawrocki S.: Nowotwory nabłonkowe narządów głowy i szyi. [w:] Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Krzakowski M, Warzocha K. (red.). Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2013: 1-3.
2. Golusińska E., Kardach H., Wegner A., Sówka M., Golusiński W.: Ocena stanu zdrowotnego jamy ustnej chorych z nowotworami głowy i szyi leczonych onkologicznie. *Otorynolaryngologia* 2013; 12(1): 48-54.

Obciążenie nowotworami głowy i szyi w krajach Unii Europejskiej

3. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R.L., Torre L.A., Jemal A.: Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer Journal for Clinicians* 2018; 68 (6):394–424.
4. Ferlay J., Colombet M., Soerjomataram I., Mathers C., Parkin D.M., Piñeros M., Znaor A., Bray F.: Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *The International Journal of Cancer* 2019; 144 (8):1941–1953.
5. Hashim, D., Sartori, S., Brennan, P., Curado, M.P., Wünsch-Filho, V., Divaris, K., Olshan, A.F., Zavallos, J.P., Winn, D.M., Franceschi, S., Castellsagué, X., Lissowska, J., Rudnai, P., Matsuo, K., Morgenstern, H., Chen, C., Vaughan, T.L., Hofmann, J N., D'Souza, G., Haddad, R.I., Boffetta, P.: The role of oral hygiene in head and neck cancer: results from International Head and Neck Cancer Epidemiology (INHANCE) consortium. *Annals of oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology* 2016; 27(8), 1619–1625.
6. Hashibe M., Hunt J., Wei M., Buys S., Gren L., Lee Y.C.: Tobacco, alcohol, body mass index, physical activity, and the risk of head and neck cancer in the prostate, lung, colorectal, and ovarian (PLCO) cohort. *Head Neck* 2013; 35(7):914-922.
7. Lissowska J., Pilarska A., Pilarski P., Samolczyk-Wanyura D., Piekarczyk J., Bardin-Mikołajczak A., Zatonski W., Herrero R., Munoz N., & Franceschi S.: Smoking, alcohol, diet, dentition and sexual practices in the epidemiology of oral cancer in Poland. *European Journal of Cancer Prevention: the Official Journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)* 2003; 12(1), 25–33.
8. GLOBOCAN 2012, http://globocan.iarc.fr/Pages/summary_table_site_sel.aspx. (data dostępu: 15.11.2017).
9. GLOBOCAN 2018, http://globocan.iarc.fr/Pages/summary_table_site_sel.aspx. (data dostępu: 12.12.2019).
10. Krajowy Rejestr Nowotworów, <http://onkologia.org.pl/nawotwory-wargi-jamy-ustnej-gardlac00-c06-d00-0/> (data dostępu: 13.02.2018)
11. Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy. <http://onkologia.org.pl/raporty/> (data dostępu: 5/02/2020).
12. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Publications, Lyon 2004: Vol 83.
13. <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do> (data dostępu: 15.04.2020).



Obciążenie nowotworami głowy i szyi w krajach Unii Europejskiej

14. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Alcohol Drinking. IARC Publications, Lyon 1988.: Vol 01.44.
15. Kabat G.C., Chanj C.J., Wynder E.L.: The rol of tabacco, alcohol use, and body mass index in oral and pharyngal cancer. *International Journal on Cancer* 1989; 43: 190-194.
16. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_426-3050-pure-alcohol-consumption-litres-per-capita-age-15plus/ (data dostępu: 15.04.2020).
17. Strycharz-Dudziak M., Polz-Dacewicz M., Gołąbek W., Świetlicki M., Kupisz K.: Palenie papierosów i spożywanie alkoholu w grupie chorych z nowotworami złośliwymi jamy ustnej. *Przegląd Lekarski* 2009; 66: 10.
18. Śledź J.: Nowotwory jamy ustnej - dane epidemiologiczne i czynniki ryzyka zachorowania. *Biuletyn Wydziału Farmacji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*, 2015; 2: 6-12.
19. Piotrowska D.E., Pędziński B., Jankowska D., Milewski R., Szpak A.: Przyczyny niekorzystania z opieki stomatologicznej w Polsce. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2018; 24(3): 191-194.
20. D'Souza G., Dempsey A.: The role of HPV in head and neck cancer and review of the HPV vaccine. *Preventive Medicine* 2011; 53 Suppl 1(Suppl 1): S5-S11.
21. Gillison M.L., Chaturvedi A.K., Anderson W.F., Fakhry C.: Epidemiology of Human Papillomavirus-Positive Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. *Journal of Clinical Oncology* 2015; 3(29): 3235-3242.

Nowotwory złośliwe narządu rodowego w populacji kobiet miasta Biała Podlaska – czynniki ryzyka zachorowania

Anna Ślifirczyk¹, Paweł Piszcz¹, Mariusz Celiński¹, Katarzyna Adamczewska²

1. Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Wydziału Nauk o Zdrowiu
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej, Oddział Onkologii Klinicznej

WSTĘP

Pomimo dynamicznego postępu w dziedzinie profilaktyki, diagnozowania, a przede wszystkim leczenia nowotworów złośliwych oraz wyniki terapii nie są w każdym przypadku zadowalające. Ogromnym wyzwaniem dla systemu opieki medycznej jest aspekt zapobiegania i leczenia nowotworów złośliwych, który stanowi kluczowy problemem zdrowia publicznego. W Polsce nowotwory złośliwe są jedną z głównych przyczyn przedwczesnych zgonów w populacji przed 65. rokiem życia. Ponad 25% zgonów mężczyzn i ponad 45% zgonów kobiet w przedziale wieku 20 – 64 lat są spowodowane przez nowotwory [1].

Skuteczna walka z nowotworem i szacowanie potrzeb w obszarze świadczeń medycznych powinno być oparte na znajomości sytuacji epidemiologicznej oraz znajomości w zakresie nowotworów złośliwych charakterystycznych dla danego regionu geograficznego [2].

W krajach uprzemysłowionych, w statystykach pierwsze miejsce zajmuje rak płuca, następnie odpowiednio piersi, prostaty i jelita grubego. Ponad 30% nowotworów wywołana jest paleniem tytoniu, a około 10% rozwija się w wyniku przewlekłych infekcji. Wśród krajów średnio rozwiniętych i o niskim poziomie zasobów finansowych przeważają nowotwory żołądka, wątroby, jamy ustnej, a także szyjki macicy [2].

W XXI wieku problemem w tych krajach są zmiany związane ze stylem życia, szczególnie zmiana nawyków żywieniowych, siedzący tryb życia, wzrost masy ciała, urodzenie pierwszego dziecka po 30. roku życia [2].

Jedną z doskonałych metod walki z chorobą nowotworową jest zapobieganie i prewencja. Wprowadzenie tych działań umożliwia zredukowanie ryzyka występowania niektórych odmian raka, tj.: raka szyjki macicy, jajnika czy raka endometrium [1].

Profilaktyka pierwszego stopnia (pierwotna) jest to zapobieganie nowotworom złośliwym poprzez podjęcie działań, wpływających na obniżenie ryzyka zachorowania [1]. Jej głównym zadaniem jest skuteczne zmniejszenie umieralności oraz zapadalności na nowotwory złośliwe poprzez zebranie i skupienie się na czynnikach mających wpływ na: rozwój choroby, poznanie mechanizmów jej rozwoju oraz promowanie zachowań sprzyjających zdrowiu. Obok prewencji pierwotnej ogromne znaczenie przypisuje się również prewencji wtórnej, która polega na skryningu. Umożliwia wykrywanie stanów we wczesnym stadium choroby. Należy pracować nad świadomością, że nowotwór wcześnie wykryty przekłada się na większe szanse wyleczenia. Ma to wpływ również na minimalne ryzyko powstania przerzutów czy wznowy stanu chorobowego, co łącznie wpływa na wydłużenie życia i poprawę jego komfortu. Podawanie różnego rodzaju naturalnych albo syntetycznych substancji wpływających na zmniejszenie ryzyka wystąpienia raka lub prawdopodobieństwo wystąpienia odnowy choroby nosi nazwę chemioprewencji [1].

Postęp wiedzy medycznej spowodował między innymi wprowadzenie unowocześnionych metod znieczulania, co zwiększyło możliwości w przeprowadzaniu bezpiecznych operacji chorych. Dzięki temu wykazujemy również bezpieczniejszą i skuteczniejszą walkę z zakażeniami. Wysokospecjalistyczny sprzęt do badań obrazowych, umożliwia precyzyjniejszą lokalizację zmian i ich ocenę [1].

Dalszy postęp dotyczący kontrolowania nowotworów złośliwych w Polsce wynika tylko z wielokierunkowych działań obejmujących profilaktykę pierwotną dotyczącą rzucenia palenia, dbania o prawidłową masę ciała, utrzymywanie aktywności fizycznej na określonym poziomie spożywanie odpowiedniej ilości warzyw i owoców i ograniczeniu do minimum produktów tłuszczu pochodzenia zwierzęcego, ograniczenia ilości spożywanego alkoholu, a także unikania promieniowania słonecznego w nadmiarze [1].

CEL PRACY

Poznanie poziomu wiedzy kobiet na temat czynników ryzyka zachorowań na nowotwory złośliwe dróg rodnych.

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone za pośrednictwem autorskiego kwestionariusza ankiety. Badaniem zostały objęte kobiety, które wyraziły dobrowolną zgodę na uczestnictwo w anonimowym badaniu ankietowym.

Warunkiem, od którego zależało uczestnictwo w badaniu był obowiązek ukończenia 18. roku życia. Badanie zostało przeprowadzone w województwie lubelskim wśród kobiet zamieszkujących obszar miasta Biała Podlaska.

Ankieta została podzielona na dwie części. W pierwszej części został zawarty kwestionariusz osobowy zawierający pytania związane z czynnikami socjo-ekonomicznymi. Drugą część składa się z pytań na temat czynników ryzyka chorób nowotworowych oraz zagadnień z tym związanych.

WYNIKI

Ponad połowa osób, które wyraziły chęć uczestnictwa w badaniu jest w grupie wiekowej od 18 do 25 lat - 57,28% (n=59). Drugą pod względem liczności jest grupa osób w wieku od 26 do 36 lat - 30,09% (n=31). Najmniej liczne są osoby w wieku od 37 do 57 lat - 12,62% (n=13). Osoby powyżej 50. roku życia nie brały udziału w badaniu.

Zdecydowana większość kobiet uczestniczących w badaniu posiada wykształcenie wyższe - 73,78%. Niewielki odsetek uczestniczek posiada wykształcenie zawodowe - 15,53% (n=16) lub średnie - 10,67% (n=11).

Prawie połowa badanych oceniła swój poziom wiedzy na poziomie dobrym - 43,68% (n=45), a nawet, bardzo dobrym - 19,41% (n=20). Pozostałe osoby oceniały swoją wiedzę na poziomie przeciętnym - 25,24 (n=26) i słabym - 11,65% (12).

Badane osoby korzystały głównie z dwóch dominujących źródeł. Pierwszym z nich jest prasa - 43,68% (n=45) oraz internet - 37,86% (n=39). Źródła, takie jak telewizja (11,65%), gazetki informacyjne (6,7%) oraz informację zaczerpnięte podczas rozmowy ze znajomymi były wybierane zdecydowanie rzadziej.

W pytaniu dotyczącym przeprowadzania konsultacji z lekarzem ginekologiem ponad połowa badanych odpowiedziała, że odbywa takie konsultacje co najmniej raz w roku - 60,19%

(n=62). Drugą grupę stanowiły kobiety, odwiedzające gabinet ginekologiczny przynajmniej raz na 3 lata - 21,35% (n=22). Niewielki odsetek odwiedza gabinet ginekologiczny co pół roku (7,76%) lub w uzasadnionych sytuacjach (4,85%).

Ponad połowa uczestniczek badania nie miała szczepienia przeciwko HPV - 57,28% (n=59) lub nie wie, czy miało wykonane w młodości szczepienie - 29,12% (n=30). Tylko niewielki odsetek badanych kobiet było zaszczepionych przeciwko HPV - 13,59% (n=14).

Praktycznie wszystkie badane kobiety stwierdziły, że potrafią samodzielnie przeprowadzić badanie piersi pod kątem prewencji przeciwnowotworowej. Pozytywna odpowiedź została wybrana przez - 97,08% (n=100) osób.

Ponad połowa respondentek nie wykonuje badania cytologicznego - 58,25% (n=60) lub wykonuje je przynajmniej raz w ciągu 3 lat - 24,27% (n=25). Tylko niewielki odsetek badanych kobiet wykonuje badanie przynajmniej raz w roku - 12,62% (n=13) lub co 6 miesięcy - 4,85% (n=5).

Według badanych respondentek najczęstszym objawem wskazującym za zakażenie wirusem HPV są zmiany skórne w postaci brodawek - 66,01% (n=68) oraz nieprzyjemny zapach śluzu - 45,63% (n=47).

Praktycznie wszystkie uczestniczki badania stosują formę antykoncepcji. W badanej grupie najczęściej spotykano się z przyjmowaniem tabletek antykoncepcyjnych - 41,74% (n=43) oraz używaniem prezerwatyw - 28,15% (n=29). Pozostałe respondentki wybierały również plastry hormonalne - 10,67% (n=11) lub miały założoną spiralę domaciczną - 7,76% (n=8). Dokładnie 11,65% kobiet stwierdziło, że nie używa żadnej formy antykoncepcji.

Prawie połowa badanych kobiet posiada stałego partnera seksualnego - 45,63% (n=47). Praktycznie druga połowa respondentek odbywa przygodne kontakty seksualne - 38,80% (n=41). Tylko 15% respondentek przyznało że obecnie ma abstynencję seksualną.

Najczęściej wskazywanymi czynnikami sprzyjającymi rozwojowi choroby nowotworowej w badanej grupie było palenie wyrobów tytoniowych (86,40%), zaburzenia hormonalne (64,07%), mutacje genetyczne (64,07%). Prawie połowa badanych wskazywała również czynniki, takie jak przyjmowanie antykoncepcji hormonalnej (46,60%) lub stres (41,74%).

Tylko 36,86% badanych kobiet stwierdziło, że wykonuje badania profilaktyczne w kierunku chorób nowotworowych. Pozostałe - 63,10% nie widzi takiej potrzeby.

W pytaniu dotyczącym objawów mogących świadczyć o zmianie nowotworowej w piersi badane osoby najczęściej wybierały objawy, takie jak wyczuwalny palpacyjnie guzek, wyciek z sutka, zmiany w okolicy sutka. Mniej niż połowa wybierała odpowiedzi, takie jak zmiana wielkości piersi, owrzodzenia w okolicy piersi. Sporadycznie wybierane były objawy, takie jak zmarszczenie skóry wokół piersi, zmiana koloru skóry w okolicy piersi lub wysypka w okolicach sutka.

Tylko niewielki odsetek badanych kobiet miał styczność z chorobą nowotworową w rodzinie - 11,65% (n=12).

Dokładnie połowa badanej grupy stwierdziła, że samobadanie piersi powinno być przeprowadzone co najmniej raz w miesiącu - 51,45% (n=53). Drugą pod względem częstości wyboru był czas, co najmniej raz na pół roku - 24,27% (n=25). Pozostałe respondentki stwierdziły, że badanie powinno być przeprowadzane co najmniej raz na rok - 14,56% (n=15). Pozostałe uczestniczki nie wiedziały, jaki jest zalecana częstotliwość badania.

Niewiele ponad połowa uczestniczek badania miała przeprowadzone badanie mammograficzne piersi - 57,28% (n=59).

Badanie nie wykazało istotnie statystycznego związku między zachorowaniami w rodzinie a częstotliwością prowadzonych konsultacji ginekologicznych.

Tabela I. Zachorowania w rodzinie a częstotliwość prowadzonych konsultacji ginekologicznych

	Zachorowanie w rodzinie	Brak zachorowań
Przynajmniej raz w ciągu 6 miesięcy		6
Przynajmniej raz w ciągu roku	3	60
Przynajmniej raz w ciągu 3 lat	4	18
W uzasadnionych przypadkach		5
Nie wykonuje	5	1

$$\chi^2_{obl} 13,986 = <\chi^2_{0,05;4} = 7,543$$

Nie występuje istotnie statystyczna zależność wskazująca na to, by wykształcenie miało wpływ na częstotliwość wizyt w gabinecie ginekologicznym.

Tabela II. Wykształcenie a częstotliwość wizyt u ginekologa

	Wyższe	Zawodowe	Średnie
Przynajmniej raz w ciągu 6 miesięcy	6	0	2
Przynajmniej raz w ciągu roku	49	8	5
Przynajmniej raz w ciągu 3 lat	15	4	3
W uzasadnionych przypadkach	2	2	1
Nie wykonuje	4	2	0

$$\chi_{obl}^2 17,03859 = <\chi_{0,05;4}^2 = 5,9915$$

Nie występuje istotnie statystyczna zależność wskazująca na to, by wiek badanych respondentek miał wpływ na chęć wykonywania badań profilaktycznych w kierunku chorób nowotworowych.

Tabela III. Wiek a wykonywanie badań profilaktycznych w kierunku chorób nowotworowych

	Wykonuje	Nie wykonuje
18-25 lat	14	45
26-36 lat	16	15
37-50 lat	8	5
50 lat i <	0	0

$$\chi_{obl}^2 11,432 = <\chi_{0,05;3}^2 = 2,543$$

Badanie wykazało istotną statystycznie zależność między posiadanym wykształceniem a znajomością najczęstszych chorób nowotworowych wśród kobiet.

Tabela IV. Posiadane wykształcenie a znajomość chorób nowotworowych.

	Zawodowe	Średnie	Wyższe
Rak sutka	4	3	40
Rak trzonu macicy	7	10	20
Rak jajników	5	5	7
Rak szyjki macicy	2	0	0

$$\chi_{obl}^2 5,034 = <\chi_{0,05;3}^2 = 6,321$$

DYSKUSJA

Niniejsze badania zostały przeprowadzone w województwie lubelskim w miejscowości Biała Podlaska i ukierunkowane zostały na poznanie poziomu wiedzy kobiet, w zakresie znajomości czynników ryzyka chorób nowotworowych. Większość uczestniczek stanowiły młode kobiety w grupach wiekowych 18 -25 lat - 57,28% (n=59) oraz 26-35 lat - 30,09% (n=31). W większości były to kobiety niezamężne - 61,16% (n=62), studentki - 75,72% (n=78) posiadające wykształcenie wyższe - 73,78% (n=76).

Ponad połowa badanych kobiet oceniła swój poziom wiedzy na temat chorób nowotworowych, specyficznych dla grupy kobiet na poziomie dobrym - 43,68% (n=45) lub bardzo dobrym - 19,41% (n=20). Dominującym źródłem, z którego korzystały w celu pozyskania informacji w badanym zakresie była prasa - 43,68% (n=45) oraz Internet - 37,86% (n=39).

Większość badanych kobiet widziała potrzebę prowadzenia regularnej kontroli zdrowia. Ponad połowa z nich przynajmniej raz w roku uczęszczała na badanie ginekologiczne - 60,19% (n=62). Niestety, respondentki nie widziały potrzeby prowadzenia profilaktycznych badań w kierunku chorób nowotworowych - 63,10% (n=65). Ponad połowa z nich stwierdziła, że nie zalicza się do grupy ryzyka choroby nowotworowej - 66,01% (n=61). Podobne wyniki można zaobserwować w badaniach Przysady, który wykazał niski poziom świadomości kobiet na temat badań profilaktycznych. W badaniach autora 41% uczestniczek badania posiadało wiedzę na poziomie niskim, a 59% respondentów posiadało wykazało się niemal fragmentaryczną wiedzą w badanym zakresie [3].

Niestety, większość badanych kobiet nie wykonała badania cytologicznego - 58,25% (n=60). Prawidłowa częstotliwość badania cytologicznego jest propagowana przez stosunkowo niewielki odsetek badanych kobiet - 24,27% (n=25). Jest to bardzo niepokojąca tendencja ze względu na fakt, iż pierwsze badanie cytologiczne powinno zostać wykonane najpóźniej w wieku 21 lat lub wcześniej, jeżeli inicjacja seksualna odbyła się wcześniej. Należy podkreślić, że wirus HPV jest przenoszony drogą płciową, a badane kobiety wskazały wysoką aktywność seksualną. Ryzyko zakażenia wirusem HPV zdecydowanie zmniejsza się w przypadku posiadania jednego, stałego partnera seksualnego (45,63%) i analogicznie zwiększa się w przypadku prowadzenia przygodnych kontaktów seksualnych (39,80%). Częsta zmiana partnerów seksualnych zwiększa ryzyko prawdopodobieństwa, że jeden z nich był chory. Jeżeli chodzi o kobiety, które nie

rozpoczęły współżycia seksualnego (14,56%) prowadzenie regularnych badań cytologicznych powinno zostać rozpoczęte po 21. roku życia i kontynuowane co 3 lata. Jako najczęstsze objawy zakażenia wirusem HPV wskazywano zmiany skórne w postaci brodawek w okolicy intymnej - 66,01% (n=68) oraz nieprzyjemny zapach śluzu - 45,63% (n=47). Brodawki stanowią jeden z najbardziej charakterystycznych objawów zakażenia, równocześnie świadcząc o zaawansowanym stadium choroby. Z kolei nieprzyjemny zapach śluzu nie musi od razu oznaczać zakażenia wirusem. W związku z czym, dolegliwość powinna zostać skonsultowana z lekarzem w celu wykluczenia innych jednostek chorobowych. Tylko 21,53% badanej grupy kobiet wybrało świąd oraz pieczenie, jest to jak najbardziej charakterystyczny objaw dla wirusa HPV. Podobnie jak wcześniej omówiony nieprzyjemny zapach śluzu, może być bagatelizowany przez dłuższy czas [3].

Zdecydowana większość kobiet stosuje różnorodne formy antykoncepcji, takie jak tabletki antykoncepcyjne (41,74%) lub prezerwatywy (28,%). Niestety żadna z metod, nawet prezerwatywy nie są w stanie zapewnić całkowitej ochrony przed zakażeniem wirusem. W związku z tym, nie można stwierdzić, że prezerwatywy zabezpieczają przed zakażeniem. Dodatkowo długotrwałe przyjmowanie doustnych środków antykoncepcyjnych prowadzi do zmian w składzie śluzu szyjkowego, a co za tym idzie, zmiany reakcji autoimmunologicznej na zakażenie. Finalnie stosowanie antykoncepcji może zwiększać ryzyko wystąpienia zakażenia wirusem HPV.

Wyniki badań własnych wykazały przeciętny poziom wiedzy na temat objawów wskazujących na choroby nowotworowe narządów rodnych kobiety. Prawie połowa badanych kobieta potrafiła wskazać obarczony największą zachorowalnością nowotwór w populacji kobiet, czyli raka sutka - 45,63% (n=47). Jednakże tylko niewiele ponad połowa z nich wykonała badanie mammograficzne piersi - 57,28% (n=59). Podobne wyniki zaobserwowano w badaniach Przysady, gdzie 53% badanej grupy kobiet miało przeprowadzone w/w badanie. Badanie mammograficzne piersi jest obecnie najważniejszą metodą obrazowania piersi w kierunku chorób nowotworowych. Pozwala na wykrycie nawet kilkumilimetrowych zmian, ocenę lokalizacji guza oraz wykonanie biopsji. Diagnostyka raka sutka w większości opiera się na ocenie mammograficznej i pozwala zdiagnozować chorobę w bardzo wczesnym stadium.

W swoich badaniach Dziukowa i Wesołowska podkreślają, że rak piersi wykryty we wczesnym stadium nie daje przerzutów do węzłów chłonnych oraz jest wyleczalny w 90%

przypadkach. Należy nadmienić, że w/w nowotwór początkowo rozwija się niemal bezobjawowo, a rokowania w zaawansowanym stadium nie są pozytywne [4].

Większość kobiet stwierdziła, że potrafi samodzielnie wykonać badanie piersi -97,08% (n=100). Niestety tylko niewielka część z nich potrafiła wskazać zalecany czas badania, czyli okres 2-3 dni po menstruacji - 31,06% (n=32). Pozostałe kobiety wybierały nieprawidłowe odpowiedzi, a nawet twierdziły, że menstruacja nie ma wpływu na badanie (16,50%). Tylko połowa badanej grupy wiedziała, że samobadanie piersi powinno być prowadzone w miesięcznych odstępach. Całkowicie odmienne wnioski sformułował Przysada, w którego badaniach 79% kobiet wiedziało, w jakim momencie cyklu i z jaką częstotliwością powinno wykonywać się badanie. W wynikach Gaj, 78% grupy znało prawidłową technikę badania piersi ale tylko 25% przeprowadzało regularne badanie piersi. Badane kobiety znały większość charakterystycznych objawów, takich jak wyczuwalny palpacyjnie guz (75,72%), zmiana kształtu piersi (43,68%) i wyciek z brodawki sutkowej (74,75%) [3,5].

Badane kobiety wykazały się przeciętnym poziomem wiedzy na temat znajomości czynników choroby nowotworowej, ze szczególnym uwzględnieniem populacji żeńskiej. Wskazane odpowiedzi były prawidłowe, jednakże były wybierane wybiórczo. Najczęściej wybierały czynniki, takie jak palenie papierosów (84,40%), zaburzenia hormonalne (64,07%) oraz mutacje genetyczne (64,07%). Wiele istotnych czynników sprzyjających rozwojowi choroby nowotworowej zostało pominiętych, tj. dodatni wywiad nowotworowy w rodzinie - 24,27% , otyłość - 9,70%, niski poziom aktywności fizycznej - 22,33%. Podobne wyniki odnośnie znajomości czynników rozwoju chorób nowotworowych otrzymał Adamowicz i współautorzy. Badacze wykazali, że ogólny poziom wiedzy kobiet na temat nowotworów był niski. Badane kobiety jako główne źródła ryzyka wskazywały otyłość, palenie papierosów oraz promieniowanie ultrafioletowe. Dodatkowo, zdecydowana większość z nich stwierdziła, że zmiana zachowań zdrowotnych nie prowadzi do obniżenia ryzyka choroby nowotworowej. Florek-Łuszczka w badaniach prowadzonych na terenach wiejskich województwa lubelskiego wykazała, że kobiety za czynniki ryzyka raka uważały skażenie środowiska, stres, leki hormonalne oraz palenie tytoniu [6,7,8].

Znajomość czynników ryzyka chorób nowotworowych jest ważnym krokiem w kierunku wprowadzenia właściwych zachowań zdrowotnych w życie. Jednakże sama znajomość niebezpieczeństw nie uchroni nas przed zachorowaniem, najważniejszym działaniem jest

rezygnacja z czynników zależnych od nas. Tylko dzięki posiadaniu wiedzy w zakresie profilaktyki oraz objawów, realnym staje się uchronienie nie tylko swojego zdrowia, lecz również zdrowia rodziny. Niezależnie od wieku, nowotwór to pojęcie, które budzi lęk i obawy. W związku z tym, pracownicy ochrony zdrowia powinni dążyć do zwiększenia świadomości onkologicznej, zwłaszcza wśród młodych osób.

WNIOSKI

1. Poziom wiedzy na temat czynników ryzyka nowotworów złośliwych wśród kobiet kształtuje się na poziomie przeciętnym.
2. Wyraźny deficyt wiedzy można zaobserwować w poziomie wiedzy na temat zakażeń wirusem HPV przy czym, ponad połowa kobiet nie była szczepiona przeciwko niemu – 57,28%. Respondentki nie znają wszystkich czynników ryzyka rozwoju chorób nowotworowych. Najczęściej wskazywały czynniki, takie jak palenie papierosów (84,40%), mutacje genetyczne (64,07%) oraz zaburzenia hormonalne (64,07%)
3. Ponad połowa badanych uczestniczek badania nie widziała potrzeby przeprowadzenia badań profilaktycznych w kierunku rozwoju chorób nowotworowych - 63,10 (n=65). Dodatkowo ponad połowa respondentek - 58,25%, nie wykonuje badania cytologicznego. Badane kobiety deklarują znajomość techniki badania piersi, jednakże nie znają wskazanego zakresu czasu. Podobnie 57,28% kobiet nie miało nigdy wykonanego badania mammograficznego piersi.
4. Połowa badanych kobiet nie wie, który nowotwór narządów rodnych obarczony jest ryzykiem największej zachorowalności. Rak sutka został wybrany przez prawie połowę badanych kobiet - 45,63% (n=47). Drugim najczęściej wybieranym nowotworem był rak trzonu macicy - 35,92% (n=37) .

PIŚMIENNICTWO

1. Zatoński W.: Europejski kodeks walki z rakiem. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie, Warszawa 2011.
2. Dyzmann – Sroka A., Plucińska A., Trojanowski M., Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce. Zasady rejestracji nowotworów złośliwych. Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie, Poznań 2009; 5: 67.

3. Gaj P., Kluska A., Nowakowska A., Bałabas A., Piątkowska M., Dąbrowska M., Niwińska A., Ostrowski J.: Wysoka częstotliwość mutacji BRCA 1 w polskich założycielach kobiet z rakiem piersi innym niż rodzina Familial Cancer 2012; 11(4): 623-628.
4. Dziukowa J., Wesołowska E.: Mammografia w diagnostyce raka sutka. Wydawnictwo Medi Page, Warszawa 2016.
5. Przysada G., Bojczuk T., Kuzniar A.: Poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki wczesnego rozpoznawania raka piersi. Young Sport Science 2011; 3: 129-136.
6. Dobrzyń D., Staropolska H., Kołodziej W.: Świadomość kobiet w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych [w:] Promocja zdrowia w hierarchii wartości. Praca zbiorowa. Biblioteka Neuro Centrum, Lublin 2005: 272-276.
7. Florek-Łuszczki M.: Poziom wiedzy mieszkanek wsi na temat czynników ryzyka zachorowania na nowotwory oraz zasady profilaktyki. Medycyna Ogólna 2010; 16(3): 406-415.
8. Charzyńska G., Bartosiewicz A., Bogusz R.: Opinia społeczna na temat chorób nowotworowych - badanie retrospektywne. Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu 2014; 20(3): 223-228.

Rozwój i zadania opieki hospicyjnej/paliatywnej

Agnieszka Turczyńska¹, Beata Olejnik², Elżbieta Krajewska-Kulak³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

HISTORIA, ROZWÓJ I ZADANIA OPIEKI HOSPICYJNEJ/PALIATYWNEJ

Na samym początku podjęcia rozważań na temat opieki hospicyjnej i paliatywnej nad pacjentami w stanie terminalnym należałoby przedstawić rozumienie definicji „pacjenta terminalnie chorego”.

W roku 2002 Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) bardzo szeroko określiła definicję opieki paliatywnej, jako *„postępowanie, które ma na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin stojących przed problemami związanymi z chorobą ograniczającą życie przez zapobieganie i łagodzenie cierpienia dzięki wczesnemu wykrywaniu, ocenie i leczeniu bólu i innych objawów fizycznych oraz problemów psychosocjalnych i duchowych”* [1].

We wstępie jednego z oxfordzkich podręczników opieki paliatywnej możemy przeczytać następujące słowa: *„Medycyna paliatywna to przede wszystkim wiedza i miłosierdzie w działaniu”* [2].

Pomimo wielu odkryć i wynalazków, coraz większych możliwości wykorzystania wielu leków i środków łagodzących ból, czy przybywania osób wykształconych w dziedzinie opieki nad terminalnie chorymi – pozostają niezmiennie zasady i metody medycyny paliatywnej rozumianej jako troskliwa opieka nad chorym i umierającym. Jest to przede wszystkim praktyczne dzielenie się zdobytą wiedzą oraz okazywanie miłosierdzia choremu oraz jego rodzinie [3].

Na przełomie XX i XXI wieku dokonał się bardzo imponujący rozwój opieki paliatywnej, a aktualnie ta dziedzina medycyny staje się coraz ważniejszym elementem systemu opieki zdrowotnej, a także odrębnym działem nauk medycznych, dynamicznie się rozwijającym [2].

Zakres opieki paliatywnej w znacznym stopniu rozprzestrzeniła się na całą dziedzinę praktyki medycznej, a kursy i szkolenia z medycyny paliatywnej stanowią standardy edukacyjne w zakresie intensywnego leczenia paliatywnego. Obecnie zapotrzebowanie na rozwój opieki hospicyjnej i paliatywnej w znacznym stopniu wynika z potrzeb społeczeństwa. Pacjenci oraz ich rodziny szukają pomocy i wykwalifikowanych osób, którzy będą w stanie im pomóc w najtrudniejszych egzystencjalnych momentach (ból, cierpienie, zbliżająca się śmierć). Zdecydowanie można stwierdzić, iż rozwój idei medycyny paliatywnej stwarza szansę na nadanie, w całym systemie opieki zdrowotnej, głęboko humanistycznego wymiaru, w tym także postawie lekarza, pielęgniarki i personelu medycznego. W Polsce medycyna paliatywna posiada dobrą perspektywę rozwoju, dzięki znakomitej kadrze oraz systematycznemu podnoszeniu kwalifikacji i zdobywaniu wiedzy przez personel medyczny [2].

Przedstawienie historii medycyny paliatywnej jest niezwykle ciekawe, ponieważ ta dziedzina, w rozumieniu opieki nad chorymi i umierającymi, jako odrębna specjalizacja w medycynie funkcjonuje zaledwie od połowy lat osiemdziesiątych dwudziestego wieku.

Na przełomie XIX i XX wieku rozwój ruchu tworzenia hospicjów zakładał pewne innowacje wprowadzane przez zwolenników medycyny, których wspólną charakterystyczną wartością było „całościowe” traktowanie umierających pacjentów, co przedstawiano jako „opiekę holistyczną” [2]. Zmniejszenie i wyeliminowanie bólu i dolegliwości bólowych miało takie samo znaczenie i wartość, jak procedury terapeutyczne i diagnostyczne. Współczesna medycyna paliatywna jest bowiem bardziej oparta na uporządkowanych i usystematyzowanych doświadczeniach poprzednich generacji lekarzy oraz osób opiekującymi się chorymi, niż na nowatorskich założeniach opieki nad chorymi [2].

Obecnie powinno spodziewać się rozwoju tej dziedziny medycyny, dlatego tak ważne jest podnoszenie kwalifikacji oraz szerzenie wiedzy wśród pracowników ochrony zdrowia, a także edukacja społeczeństwa. Do holistycznej opieki hospicyjnej zalicza się m.in. zagadnienia językowe, kulturowe oraz emocjonalne związane z istniejącą chorobą i stanem zdrowia, a w konsekwencji śmiercią [2]. We współczesnym świecie coraz częściej zaczynają pojawiać się liczne dylematy etyczne powiązane z ciągłym postępem technicznym, który ma możliwość przedłużania okresu umierania.

Początkowo hospicja, datowane na pierwsze wieki po narodzeniu Chrystusa, tworzone były przy kościołach, które obejmowały swoją opieką umierających, biednych i bezdomnych. W epoce średniowiecza określano w ten sposób miejsca dla podróżnych i pielgrzymów. Opieka nad chorymi dla wielu zgromadzeń duchownych stała się wówczas podstawowym elementem

reguły zakonnej. W roku 1842 w Lyonie został założony przez Jeanie Garnier pierwszy dom wyłącznie dla umierających, któremu nadano nazwę Hospicjum Kalwaria [4].

Za kolebkę nowoczesnej opieki hospicyjnej oraz miejsce największego rozwoju tej dziedziny uważana jest Anglia, zaś za twórcę współczesnej opieki paliatywnej uznaje się Cecile Saunders, pielęgniarkę i lekarzkę, która w roku 1967 w Londynie założyła Hospicjum św. Krzysztofa. Powyższe hospicjum uważane jest za światowe centrum opieki hospicyjnej, miejsce, w którym tworzyły się podstawy medycyny paliatywnej, a także ośrodek edukacji personelu medycznego oraz wolontariuszy [4,5].

Tabela I. Etapy rozwoju opieki paliatywnej w Polsce [8]

Rok	Wydarzenia
Lata 60. XX w.	Hanna Chrzanowska (pielęgniarka i instruktorka pielęgniarstwa) organizuje domową opiekę pielęgniarską nad osobami przewlekle chorymi i umierającymi na terenie parafii krakowskich.
1976	Rozpoczęcie działalności pierwszej grupy wolontariuszy opiekujących się umierającymi przy parafii kościoła Arka Pana w Bieńczycach Nowej Hucie.
1978	Prowadzenie przez Cecile Saunders wykładów w Krakowie, Warszawie i Gdańsku, inspirowanych do działania duszpasterzy i środowisko medyczne.
1981	Powstanie Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Hospicjum” w Krakowie w efekcie działań Towarzystwa w 1996 roku powstaje Hospicjum św. Łazarza, wzorowane na angielskim St. Christopher’s Hospice.
1983	Powstanie pierwszego hospicjum domowego w Gdańsku – Hospicjum Pallottinum, założonego z inicjatywy śp. ks. Eugeniusza Dutkiewicza i prof. Joanny Muszkowskiej-Penson.
1985	Powstanie Hospicjum św. Jana Kantego w Poznaniu, założone przez ks. Ryszarda Mikołajczyka. W kraju intensywnie rozwija się ruch hospicyjny
1987	Powstanie pierwszego zespołu opieki paliatywnej domowej z poradnią przy Klinice Onkologii z inicjatywy prof. Jacka Łuczaka w Poznaniu.
1991	Ukazanie się Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zawierającej podstawy prawne rozwijania opieki paliatywno-hospicyjnej. Powstanie Ogólnopolskiego Forum Ruchu Hospicyjnego, opublikowanie Karty Hospicjum, określające główne założenia ruchu hospicyjnego. Powstanie Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej im. Aleksandra Lewińskiego i Antoniny Mazur.
1992	Powstanie Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego.
1993	Powstanie Krajowej Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej.
1994	Rozpoczęcie pracy zespołu opieki paliatywnej dla dzieci w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie.
1998	Przyjęcie Programu Rozwoju Opieki Paliatywnej w Polsce.
1999	Rozpoczęcie działalności Towarzystwa Rozwijania Opieki Paliatywnej w Europie Środkowo-Wschodniej ECEPT. W kraju medycyna paliatywna staje się szczegółową specjalizacją medyczną, a opieka paliatywna specjalizacją pielęgniarską.
2002	Powstanie Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej.

W Polsce w roku 1983, w Gdańsku założono pierwsze hospicjum – Hospicjum Pallottinum [4-7]. Poniżej w tabeli I zostały przedstawione niektóre wydarzenia obrazujące historię ruchu hospicyjnego oraz powstanie w Polsce opieki paliatywnej [8].

Aktualna definicja opieki paliatywnej zawiera wiele jej aspektów: *„Opieka paliatywna jest to aktywna, całościowa opieka nad pacjentem z zaawansowaną, postępującą chorobą. Podstawowe znaczenie ma leczenie bólu i innych objawów oraz zapewnienie wsparcia psychologicznego, społecznego i duchowego. Celem opieki paliatywnej jest uzyskanie najlepszej jakości życia pacjentów i ich rodzin. Wiele aspektów opieki paliatywnej można zastosować we wcześniejszych etapach choroby, w połączeniu z innymi metodami leczenia”* [2]. Należy jednak pamiętać, aby mimo postępującej choroby i nieuniknionego momentu śmierci, nigdy nie zaniechać opieki nad pacjentem oraz jego rodziną.

Zgodnie z definicją WHO opieka paliatywna oraz hospicyjna (OPH) wyrażają się jako określenia jednoznaczne, przy czym opieka hospicyjna tradycyjnie nawiązuje do społecznego ruchu hospicyjnego, który zwracał największą uwagę na duchowe towarzyszenie chorym.

Opieka paliatywna nad pacjentem w schyłkowej fazie życia ma na celu zapobieganie oraz uśmierzanie bólu i innych objawów somatycznych występujących u chorego, a także łagodzenie cierpienia duchowego i psychicznego wraz z problemami socjalnymi. W świadczeniach paliatywno – hospicyjnych nie należy jednak pomijać rodziny chorego, którą trzeba objąć opieką zarówno w czasie trwania choroby, jak i również w okresie osierocenia i po śmierci chorego [9].

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 roku, w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej dokładnie przedstawia świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej, jako: *„wszechstronną, całościową opiekę nad świadczeniobiorcami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Opieka ta ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych”*. Nawiązując do powyższego, Rozporządzenia zaleca się udzielać świadczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, nie stosować metod diagnostyki i terapii z dziedziny medycyny niekonwencjonalnej [10].

Opieka paliatywna powołuje się na trzy podstawowe zasady, takie jak [10]:

- a. leczenie choroby podstawowej,
- b. łagodzenie objawów,
- c. opieka psychospołeczna.

Powyższe zasady są ze sobą współzależne i jednocześnie wymagają współpracy specjalistów z wielu dziedzin, w związku z tym opieka paliatywno-hospicyjna obejmuje wszechstronne działania – opieka holistyczna – interdyscyplinarnego zespołu, w skład którego wchodzi: lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, farmaceuta, psycholog, fizjoterapeuta, duszpasterz oraz wolontariusze.

Tabela II. Zadania członków zespołu opieki paliatywno-hospicyjnej

Członek Zespołu	Zadania
Lekarz	<ul style="list-style-type: none"> • leczenie bólu; • łagodzenie innych uciążliwych objawów choroby; • koordynacja pracy zespołu terapeutycznego; • przekazywanie informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta i postępowania medycznego;
Pielęgniarka	<ul style="list-style-type: none"> • pielęgnacja chorego; • profilaktyka i leczenie odleżyn; • edukacja chorego i jego rodziny; • współdziałanie z lekarzem w zakresie leczenia bólu i łagodzenia uciążliwych objawów;
Farmaceuta	<ul style="list-style-type: none"> • zaopatrywanie w leki i materiały medyczne; • udział w rozwiązywaniu problemów lekowych, edukacja pacjenta w zakresie sposobów i dróg podawania leków;
Rehabilitant	<ul style="list-style-type: none"> • usprawnianie chorego; • włączenie rodziny w rehabilitację; • prowadzenie terapii zajęciowej;
Psycholog	<ul style="list-style-type: none"> • udzielania wsparcia psychicznego choremu, rodzinie i osobom opiekującym się nim; • przygotowanie chorego i jego rodziny do przyjęcia niepomyślnych informacji;
Osoba duchowna	<ul style="list-style-type: none"> • posługa sakramentami; • wspieranie duchowe rodziny pacjenta w okresie choroby i osierocenia; • towarzyszenie w modlitwie;
Pracownik socjalny	<ul style="list-style-type: none"> • pomoc w rozwiązywaniu problemów socjalnych; • troska o zaspokajanie podstawowych potrzeb społecznych; • doradzanie w zakresie świadczeń przysługujących choremu w związku z chorobą i niepełnosprawnością;
Wolontariusz	<ul style="list-style-type: none"> • towarzyszenie choremu, rozmowa, wysłuchanie; • pomoc pacjentów w wykonywaniu codziennych czynności; • udział w akcjach charytatywnych i innych działaniach mających na celu wsparcie ośrodka opieki paliatywnej.

Należy zwrócić uwagę, że świadczenia opieki paliatywno – hospicyjnej obejmują całościową, wszechstronną dynamiczną i zespołową opiekę nad pacjentami chorymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu oraz postępujące choroby.

Podstawowe zadania członków zespołu opieki paliatywno – hospicyjnej przedstawia tabela II [11].

Do zadań opieki paliatywnej zalicza się [12,13]:

- Zwalczanie bólu i innych objawów choroby;
- Leczenie objawowe dolegliwości somatycznych;
- Pomaganie w rozwiązywaniu problemów społecznych;
- Wspieranie członków rodziny w czasie trwania choroby oraz osierocenia;
- Łagodzenie cierpień duchowych i psychicznych;
- Pielęgnowanie i opieka nad osobą chorą;
- Edukowanie zdrowotne członków rodziny, opiekunów.

Podstawowym celem i założeniem opieki paliatywnej jest nastawienie na jak najlepszą jakość życia pacjentów i ich rodzin [15]. Ponadto opieka paliatywno – hospicyjna, ponieważ respektuje umieranie jako naturalne zjawisko, afirmuje życie każdego człowieka i sprzeciwia się eutanazji [15,16,17].

Przede wszystkim dąży do poprawy samopoczucia chorego i umożliwia złagodzenie bólu oraz innych objawów choroby, tym samym sprzeciwia się stosowaniu uporczywej terapii, której celem jest przedłużenie życia chorego za wszelką cenę. Opieka paliatywna zapewnia wsparcie zarówno dla chorych, jak i również wsparcie dla rodziny chorego, która także zmaga się z chorobą pacjenta i jego otoczeniem [2].

Celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorego (WHO 2002, IAHPIC - *International Association for Hospice and Palliative Care* 2008). Można wyróżnić [18]:

- opiekę opartą na zasadach opieki paliatywnej (*Palliative Care Approach*),
- interwencje z dziedziny medycyny paliatywnej,
- specjalistyczną opiekę paliatywną
- opiekę u schyłku życia (*End of Life Care*).

Warto pamiętać, że leczenie paliatywne jest formą terapii przede wszystkim nastawioną na łagodzenie dolegliwości bólowych [17].

Opieka paliatywno-hospicyjna respektuje podstawowe prawa człowieka, które wynikają z prawa do życia, obowiązku troski o życie, a także prawa dogodnego umierania. Ponadto Saunders, założycielka współczesnego ruchu hospicyjnego i zarazem prekursorka opieki paliatywnej podkreśla, że w hospicjum dokonuje się przejście od „*cure system*”, czyli systemu uzdrawiania, aktywnego leczenia, do „*care system*”, czyli systemu polegającym na leczeniu objawowym, dążącym do wyeliminowania objawów choroby [14].

SATYSFAKCJA Z OPIEKI MEDYCZNEJ, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM ROLI CHORYCH I ICH RODZIN

Istotą i najważniejszą domeną pielęgniarstwa jest troska o człowieka oraz jego zdrowie, zaś obowiązkiem pielęgniarki jest przede wszystkim wykonywanie powierzonych zadań z należytą starannością i dbałością, mając na celu jak najwyższą jakość wykonywanej pracy. W ochronie zdrowia pacjent ma bowiem prawo do świadczeń medycznych udzielanych mu na jakościowo odpowiednim poziomie [19].

Jakość opieki medycznej może być klasyfikowana z punktu widzenia zarówno świadczeniodawcy (lekarze, pielęgniarki i inne podmioty medyczne), jak i świadczeniobiorcy (pacjent, rodzina pacjenta). W związku z tym, badanie satysfakcji pacjenta i jego rodziny pod kątem udzielanych usług medycznych jest jednym ze sposobów oceny jakości opieki medycznej [20].

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. z dnia 31 marca 2009 r.) w art. 8. wyraźnie podkreśla, że: „*Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych*” [21].

Z ustawy jasno wynika, że pacjent ma prawo oczekiwać, iż świadczenia otrzymane przez niego w danej placówce medycznej będą odpowiadały wymaganiom zdobytej i aktualnej wiedzy medycznej, a jakość opieki sprawowanej w zakładzie opieki zdrowotnej będzie stosownie wysoka [21].

Postrzeżenie przez pacjenta i jego rodzinę jakości świadczonych usług oraz otrzymanej opieki (jego satysfakcja), mogą jednak w znacznym stopniu różnić się od tej ocenianej na podstawie obiektywnych danych i wskaźników, określonych wytycznych i standardów, preferowanych przez jednostki akredytujące szpitale, kadre kierowniczą, czy świadczeniodawców [21].

Należy pamiętać, że pacjent dokonuje oceny na podstawie subiektywnej opinii oraz własnych kryteriów. Jednakże to właśnie pacjent, jego podstawowe potrzeby, pragnienia oraz oczekiwania powinny stać się centrum uwagi personelu medycznego. Posiada on bowiem prawo do współdecydowania o przebiegu leczenia oraz pielęgnowania, jak i do oceny jakości świadczonej opieki medycznej [22].

Poczucie odczuwania satysfakcji jest niewątpliwie zjawiskiem psychicznym, bardzo subiektywnym uczuciem przyjemności i zadowolenia, na które wpływ mają pewne istotne cechy, takie jak postawa, zachowanie, reakcje [23,24].

Należy mieć na uwadze, iż jakość opieki pielęgniarskiej, postrzeganej z perspektywy pacjenta, zależy od wielu czynników [25].

W literaturze fachowej wyróżnia się osiem kategorii czynników mających wpływ na satysfakcję pacjenta i jego rodziny, pod kątem opieki pielęgniarskiej [25,26]:

- czynniki socjodemograficzne (np. płeć, wiek, wykształcenie pacjenta);
- oczekiwania pacjenta wobec opieki oraz wcześniejsze doświadczenia z pobytu;
- środowisko zewnętrzne (posiłki, hałas, czystość pomieszczeń, komfort);
- komunikowanie się i przekazywanie informacji;
- zaangażowanie oraz współuczestniczenie w podejmowaniu decyzji związanych z opieką;
- relacje interpersonalne między pacjentem, jego rodziną a pielęgniarką;
- organizacja opieki zdrowotnej;
- umiejętności techniczno – manualne.

Na podstawie przeprowadzonych badań [26,27] wynika, że z punktu widzenia pacjenta, na jakość i tym samym satysfakcję z opieki medycznej, mogą składać się czynniki, które bardzo często nie są związane z usługą medyczną w tym, takie jak np. poziom kultury osobistej, różnorodność, rzetelność, szybkość reagowania, czy też niezawodność [19,28].

W przypadku pacjentów i ich rodzin szczególne znaczenie ma nie tylko dostępność do opieki zdrowotnej, ale przede wszystkim odpowiednia jakość świadczonych usług medycznych, takich jak [29]:

- odpowiedzialność i niezawodność personelu medycznego wykonującego swoje zadania zgodnie z panującymi standardami, zdobytą wiedzą, etyką, rzetelnie i terminowo;
- cechy, takie jak wrażliwość, uprzejmość, gotowość i chęć udzielenia pomocy;
- kompetencje personelu medycznego;
- zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi pod względem psychicznym i fizycznym;
- dobra komunikatywność, umiejętność aktywnego słuchania oraz nawiązywania rozmowy z pacjentem.

Oczekiwania pacjentów wobec pielęgniarek dotyczą nie tylko posiadania wysokich kompetencji zawodowych oraz wiedzy, lecz indywidualnego podejścia do chorego, dobrego i

przyjacielskiego traktowania, doradzania, właściwej postawy komunikacji i informowania, a także wspierania psychicznego i fizycznego oraz dobrej współpracy w zespole terapeutycznym [28,29].

Ważnym elementem wpływającym na satysfakcję pacjentów z opieki medycznej jest sposób komunikowania się i przekazywania informacji. Chory i jego rodzina oczekuje bowiem, że informacje będą przekazane w zrozumiałym i prostym dla niego języku [23,28].

Na pozytywne postrzeżenie opieki pielęgniarskiej mają wpływ także relacje występujące między pacjentem, rodziną chorego a pielęgniarką, które charakteryzują się empatią, szacunkiem, zrozumieniem, zaufaniem, szczerością, indywidualnym podejściem do pacjenta, cierpliwością ze strony pielęgniarki [23,28].

Poświęcanie uwagi pacjentowi, zaangażowanie emocjonalne w opiekę nad chorym są często ważniejsze niż umiejętności techniczno–manualne, a z pewnością pozytywnie wpływają na ocenę opieki pielęgniarskiej [28].

Na podstawie powyższych danych można określić względem pacjenta cechy „dobrego pielęgowania”, do których zalicza się [29]: zaspokajanie podstawowych potrzeb (opiekowanie się pacjentem, sprawdzanie czy nic się nie dzieje, reagowanie na prośby, podjęcie walki z bólem, zapewnienie informacji o stanie zdrowia, troski i dbałości o otoczenie); uprzejme traktowanie (pozytywne nastawienie do chorego, cierpliwość, respektowanie praw pacjenta, miłe traktowanie i zapewnienie troski); zapewnienie troski (okazywanie zainteresowania, bycie przy pacjencie); udzielanie pomocy (wykonywanie zleconych zabiegów na czas, punktualność, unikanie niepotrzebnej zwłoki) oraz bycie kompetentnym i wykwalifikowanym (wykonywanie poprawnie merytorycznie zdobytych umiejętności, dążenie do doskonałości).

Podkreślić należy, że celem działań i podejmowanych czynności pielęgniarskich powinien być usatysfakcjonowany pacjent, zaś jego ocena jakości opieki powinnością zawodową pielęgniarek [29].

FUNKCJE ZAWODOWE PIELĘGNIAREK

Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej zawiera przyrzeczenie, które określa podstawowe funkcje zawodowe pielęgniarek oraz istotę wykonywania zawodu. Do tych funkcji zalicza się [30]:

- sprawowanie profesjonalnej opieki nad życiem i zdrowiem ludzkim;
- przeciwdziałanie cierpieniu

- zapobieganie chorobom
- uczestniczenie w procesie terapeutycznym
- niesienie pomocy każdemu człowiekowi
- okazywanie pacjentowi należytego szacunku
- przestrzegania tajemnicy zawodowej
- postępowanie mające na względzie przede wszystkim dobro pacjenta
- rzetelnie wypełnianie obowiązków wynikających z pracy w tym zawodzie
- doskonalenie swoich umiejętności i zdobywanie wiedzy.

Współcześnie pielęgniarstwo rozumiane jest jako [31]:

- pielęgnowanie w zdrowiu i chorobie
- pomoc w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych człowieka, który jest jednostką biopsychospołeczną, kulturową i duchową
- świadczenie opieki pielęgniarstwa
- udział w procesie terapeutycznym pacjenta.

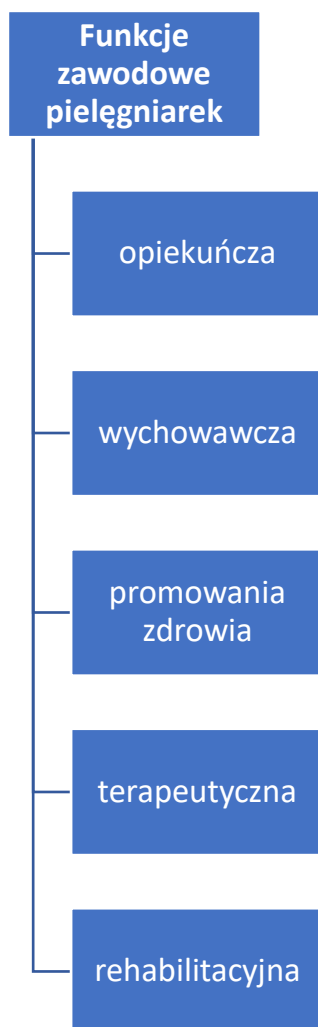
Rola opieki pielęgniarstwa oraz jej funkcje w systemie ochrony zdrowia rozwijają się wraz z rolą pacjenta w opiece zdrowotnej. Obecnie zarówno pacjent, jak i jego rodzina, dysponują znaczną wiedzą na temat zdrowia, jednostki chorobowej, czy opieki medycznej. Aktywnie uczestniczy w procesie leczenia i pielęgnowania w związku z posiadaniem pełnej świadomości prawa do podejmowania samodzielnych decyzji w sprawie własnego zdrowia [31,32].

Zawód pielęgniarstwa jest samodzielnym zawodem mającym określone cele oraz zadania, co określa Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz.U. 2011 Nr 174 poz. 1039) oraz Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz niektórych innych ustaw (Poz. 1640) [33].

Funkcja i rola pielęgniarstwa w ochronie zdrowia polega na realizowaniu działań mających służyć wzmocnieniu, przywracaniu i poprawie zdrowia chorego, które wynikają z procesu diagnozowania, usprawniania i leczenia.

Według Ustawy o zawodzie, wykonywanie zawodu pielęgniarstwa ma na celu udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i z zakresu promocji zdrowia [33].

Poniższa rycina 1 przedstawia funkcje zawodowe pielęgniarstwa.



Rycina 1. Funkcje zawodowe pielęgniarek

Funkcja opiekuńcza ma na celu asystowanie, wspieranie, towarzyszenie, pomaganie w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych pacjenta, co objawia się gotowością do niesienia pomocy oraz wyrażania szacunku do drugiego człowieka [34].

W tabeli III przedstawiono funkcje pielęgniarki wynikające z zadań pielęgniarstwa z uwzględnieniem zakresu działań pielęgniarstkich [34,35].

Do wykonywania zawodu pielęgniarki zalicza się również prowadzenie prac naukowo – badawczych oraz nauczanie zawodu w dziedzinie pielęgniarstwa [35].

W 1993 roku WHO do zadań pielęgniarstwa zaliczyła [36]:

- świadczenia i zarządzanie opieką;
- edukację pacjentów oraz personelu zajmującego się opieką zdrowotną;
- realizację roli jako członka zespołu opieki zdrowotnej;
- podejmowanie działań na rzecz rozwoju praktyki pielęgniarstkiej.

Tabela III. Charakterystyka funkcji zawodowej pielęgniarki

Funkcja zawodowa	Charakterystyka - zakres działań
Opiekuńcza	Asystowanie, wspieranie, towarzyszenie, pomaganie w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych pacjenta, gotowość do niesienia pomocy oraz wyrażania szacunku do drugiego człowieka.
Wychowawcza	Kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych, pobudzania poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie, przygotowywanie pacjenta do współpracy w zakresie pielęgnowania i samoopieki.
Promowania zdrowia	Promowanie zachowań prozdrowotnych w społeczeństwie oraz indywidualnych jednostek, propagowanie zdrowego stylu życia, edukowanie.
Terapeutyczna	Udzielanie pomocy w sytuacjach zagrożenia zdrowia bądź życia, wykonywanie zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych.
Rehabilitacyjna	Pomaganie pacjentowi w uzyskaniu pełnej niezależności i umiejętności poradzenia w zaistniałej sytuacji życiowej, która jest następstwem choroby, urazu.

SPECYFIKA PRACY PIELEŃNIAREK OPIEKI HOSPICYJNE/PALIATYWNEJ

Osoby dotknięte chorobą nowotworową spotykają się z ogromnym cierpieniem. Zarówno pacjent, jak i rodzina chorego nie są w stanie poradzić z trudnościami i istniejącymi problemami związanymi z chorobą. W takiej sytuacji znaczenia w kontekście roli pielęgniarki nabierają słowa Gabriela Garcia Marqueza - „*Być może dla świata jesteś tylko człowiekiem, ale dla niektórych ludzi jesteś całym światem*” [37].

Opieka paliatywna i hospicyjna oferuje bowiem pomoc i wsparcie, której celem jest poprawa życia osób dotkniętych chorobą w możliwie najszerszym zakresie [38]. W opiece paliatywnej bardzo dużą rolę odgrywa zespół interdyscyplinarny, a wśród nich pielęgniarki wykonujące przy pacjencie czynności pielęgnacyjno – opiekuńcze.

Specyfika zawodu i pracy pielęgniarek opiera się na przejęciu odpowiedzialności nad chorym [39]. W opiece hospicyjnej podstawowym zadaniem pielęgniarki jest niesienie ulgi i wsparcia w cierpieniu fizycznym oraz psychicznym, związane z okazywaniem troski, mając na celu dobro każdego pacjenta, niezależnie od występujących różnic kulturowych i poglądów religijnych. Tym samym pielęgniarka zdobywa zaufanie chorego [39]. Aby należycie wypełniać obowiązki przy pacjencie objętym opieką paliatywną potrzebne jest dobre przygotowanie, systematyczne zdobywanie wiedzy oraz wrażliwość i umiejętność radzenia z sytuacjami stresującymi i trudnymi [39]. Podkreślić należy, że to właśnie pielęgniarka w zespole terapeutycznym jest osobą, która ma najwięcej styczności z pacjentem i jego bliskimi.

W związku z tym kluczową rolą pielęgniarki opieki paliatywnej i hospicyjnej jest zapewnienie optymalnie możliwej jakości życia chorego, z podtrzymywaniem nadziei. Pielęgniarki opieki hospicyjnej i paliatywnej współtworzą tzw. pielęgniarstwo otwarte i nastawione na drugiego człowieka. Ważne w nim jest nie tylko „zatrzymanie się” przy umierającym, ale także udzielanie wsparcia i pomocy rodzinie chorego w czasie choroby oraz osierocenia [38,39].

W opiece paliatywnej chory i jego rodzina są najważniejsi. Opieka nad pacjentem charakteryzuje się przede wszystkim umiejętnością obserwacji i dostrzegania jego potrzeb, bardzo często sygnalizowanych mową niewerbalną. Pielęgniarka hospicyjna powinna ofiarować choremu złagodzenie jego dolegliwości bólowych, obecność przy nim w trudnych momentach oraz wsparcie dla niego i bliskich [39,40]. Powinna widzieć potrzeby chorego w kontekście całościowym, bio-psycho-społecznym, dbać o jego komfort fizyczny, rzetelnie wykonywać zabiegi pielęgnacyjne, a także różnicować dolegliwości zgłaszane przez chorego, mając na uwadze, że nie zawsze będą one związane z występowaniem choroby podstawowej [41]. Specyfiką pracy pielęgniarki hospicyjnej i paliatywnej jest zdolność i umiejętność komunikacji werbalnej i niewerbalnej, ponieważ tylko aktywne słuchanie chorego może ułatwić porozumienie się z chorym oraz jego rodziną [41,42]. W przypadku pacjenta w ostatniej fazie choroby terminalnej bardzo ważne jest wsparcie duchowe. Poczucie bezpieczeństwa zapewnia mu dotyk, obecność pielęgniarki, szczerść podczas rozmów, wykonywanie zabiegów i akceptacja chorego. To właśnie okazanie odrobiny miłości, zainteresowania i cierpliwości może przyczynić się do zmniejszenia cierpienia i pomóc choremu spokojnie odejść z tego świata [42].

Podstawą skutecznej opieki paliatywnej jest dobre porozumiewanie się z pacjentem i jego bliskimi, tzw. „czytanie między wierszami”. Ważna jest otwartość na drugiego człowieka oraz słuchanie z odpowiednią empatią chorego oraz jego rodziny, aby móc określić aktualne jego potrzeby fizyczne, emocjonalne i psychospołeczne. W opiece paliatywnej liczą się bowiem nie tylko kompetencje medyczne pielęgniarki, ale przede wszystkim jej podejście do chorego, kompetencje osobowościowe [41]. Praca pielęgniarki z chorym w stanie paliatywnym związana jest z wieloma trudnościami. Pielęgniarki hospicyjne narażone są także na różne reakcje pacjentów, np. spotykają się z krzykiem, płaczem, złością, a niekiedy agresją chorego i jego bliskich. Takie sytuacje uczą je pokory i cierpliwości względem drugiego człowieka [40].

Personel medyczny uczestniczy w niezwykłym „misterium” odchodzenia człowieka z tego świata, dba o jego komfort fizyczny i psychiczny, skupia się na likwidowaniu dolegliwości bólowych, pielęgnowaniu chorego [43]. Jednocześnie spotykane są na co dzień z perspektywą śmierci, bezsilnością, czy niemożnością zmiany sytuacji chorego, wiąże się z wystąpieniem

frustracji, zadawaniem sobie pytań dotyczących życia, śmierci. Opieka hospicyjna/paliatywna nad umierającymi pacjentami jest szczególną opieką, która uczy przede wszystkim, jak stawać się człowiekiem. Zauważenie przez pielęgniarkę potrzeb pacjenta i jego bliskich, rozmowa, odczytywanie niewerbalnych sygnałów, a także towarzyszenie i dawanie wsparcia wymaga nie tylko posiadania, ale także nieustającego uczenia się wrażliwości [42,43].

PIŚMIENNICTWO

1. Doyle D.: Wstęp [W:] Opieka paliatywna, Watson M.S., Lucas C. F., Kübler A., (red.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007: 6.
2. Aszyk P.: Stan terminalny [w:] Encyklopedia bioetyki, Muszala A. (red.). Polwen, Radom 2005: 419.
3. Krakowiak P., Janowicz A.: Historia i współczesność wolontariatu hospicyjnego [W:] Podręcznik wolontariusza hospicyjnego. Krakowiak P., Modlińska A. (red.). Biblioteka Fundacji Hospicyjnej. Gdańsk 2008: 17–26.
4. Łuczak J.: Co to jest leczenie objawowe (paliatywne), opieka paliatywna-hospicyjna i dlaczego warto z nich korzystać? Przewodnik Terapeutyczny 2007; 3: 1–21.
5. www.oncology.am.poznan.pl/hospice/historia.htm (data dostępu 07.09.2019).
6. <http://ptfarm.pl/pub/File/FarmacjaPolska/Opiekapaliatywna.pdf/> (data dostępu 21.01.2019)
7. www.fmr.viamedica.pl (data dostępu 21.01.2019)
8. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. Program rozwoju opieki paliatywnej w onkologii. Ministerstwo Zdrowia 2005.
9. Zarządzenie Nr 53/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (DzU nr 139, poz. 1138).
11. De Walden-Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
12. De Walden – Gałuszko K.: U kresu. Wyd. Medyczne MAK-med, Gdańsk 1996.
13. Bartoszek A.: Opieka paliatywna jako alternatywa dla eutanazji [w:] Eutanazja w dyskusji, Morciniec P. Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2001: 152.

14. Ciałkowska-Rysz A.: Opieka paliatywna – definicja, zalecenia organizacyjne. *Medycyna Paliatywna* 2011; 10: 7–8.
15. Richardson E.: Opieka paliatywna dla pielęgniarek. Fundacja Pomoc Krakowskiemu Hospicjum, Kraków 1997.
16. De Walden-Gałuszko K.: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
17. Rekomendacje Rady Europy (Re 2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej (Council of Europe, Strasbourg, 2003, tłum. polskie ECEPT Hospicjum Palium Poznań 2004.
18. Burda K.: Analiza problematyki satysfakcji pacjenta w powiązaniu z zagadnieniami dotyczącymi jakości opieki zdrowotnej. *Antidotum* 2003; 01: 61-80.
19. Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. CEM, Warszawa 1998.
20. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z dnia 31 marca 2009 r.) Dz.U. 2009.52.417. <http://prawo.sejm.gov.pl>, (data dostępu 28.02.2019r.
21. Łukomska A., Rość D., Jachimowicz-Wołoszynek D.: Satysfakcja pacjenta z podstawowej opieki zdrowotnej. *Annales Academiae Medicae Bydgosiensis* 2004; 18(2): 41-46.
22. Kulczycka K.: Kryteria oceniające satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej. *Zdrowie Publiczne* 2001; 111(1): 53-56.
23. Kapała W.: Praca pielęgniarek w oczach klientów (pacjentów). *medyk.pl Internetowa Klinika Zarządzania*. <http://www.emedyk.pl/artykul/>. (dostęp 28.02.2019).
24. Juszczak K., Jaracz K.: Jakość opieki pielęgniarskiej w świetle aktualnych badań – przegląd literatury. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2008; 4(17): 321-326.
25. Johansson P., Oleni M., Fridlund B.: Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Nordic Collage of Caring Sciences. Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2002; 16: 337-344.
26. Józwicka M., Ślusarz R., Szewczyk M., Tafelski M., Beuth W.: Satysfakcja pacjenta z opieki medycznej - sposoby przeprowadzania badań. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia, Suppl. XVI, 7, Sectio D*, 2005; 40: 65-67.
27. Grabska K., Stefańska W.: Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17(1): 8-12.
28. Szczerbińska K.: Jakość opieki zdrowotnej [w:] *Zdrowie Publiczne. Tom II. Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk C. (red.). Vesalius, Kraków 200: 141–184.*

29. „Kodeks etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej” z dn. 9 grudnia 2003 roku. <http://prawo.sejm.gov.pl/>, (data dostępu 28.02.2019).
30. Krymska B.: Pielęgniarstwo – zawód samodzielny. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2005; 6: 4.
31. Mess E.: Kompetencje pielęgniarek. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2006; 5: 4-5.
32. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 Nr 174 poz. 1039). <http://prawo.sejm.gov.pl/> (data dostępu 28.02.2019).
33. Górajek-Jóźwik J.: Pielęgniarka: rola i funkcje zawodowe [w:] *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*, Górajek-Jóźwik J. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007: 42-46.
34. Ciechaniewicz W.: *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia*,. PZWL, Warszawa 2001.
35. Krupienicz A.: *Podstawy pielęgniarstwa*. Edra, Wrocław 2018.
36. Marquez G.: *Miłość w czasach zarazy*. Wyd. Muza S.A. 2002.
37. Głowacka A.: Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej i hospicyjnej. [w:] *Holistyczna opieka paliatywna. Materiały wykorzystane podczas kursu w Ośrodku Caritas Diecezji Płockiej w Popowie k. Warszawy*. Wyd. BIBLOS, Tarnów 2003: 69–72.
38. Kaptacz A.: *Organizacja i zarządzanie w opiece paliatywnej*. W: *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.). Wyd. PZWL, Warszawa 2005: 26–35.
39. Jankowiak B.: *Komunikowanie z pacjentem umierającym*. [w:] *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. (red.). Czelej, Lublin 2003: 241–244.
40. Pyszkowska J., Kaptacz A.: *Rola pielęgniarki w łagodzeniu bólu i cierpienia*. [w:] *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.). Warszawa Wyd. PZWL, 2005: 61–81.
41. Grzywocz K.: *Współczucie w kierownictwie duchowym „Życie Duchowe”*, Wiosna 46/2006. Wydawnictwo WAM, Kraków 2006, 25–26.
42. Kostrzanowska Z: *Ogólna etyka pielęgniarstwa*. [W:] *Etyka w pracy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studentów pielęgniarskich studiów licencjackich*. Wrońska I., Mariański J. (red.). Wyd. Czelej, Lublin 2002, 141, 151.
43. Pyszkowska J.: *Opieka paliatywna – formy realizacji, zasady współpracy z lekarzem rodzinnym*. *Przewodnik Lekarza* 2007; 2: 198-201.

Wyzwania opieki terapeutycznej i paliatywnej nad pacjentami z niewydolnością serca

Alicja Idzior¹, Grzegorz Kostyla¹, Martyna Ostańska¹, Jan Gnus^{1,2}, Stanisław Ferenc², Willy Hauzer², Anna Kurzelewska¹

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław

WSTĘP

Niewydolność serca można najlepiej zdefiniować jako stan, w którym w wyniku zaburzeń czynności skurczowej serca dochodzi do zmniejszenia pojemności minutowej serca (czyli objętości krwi, jaką tłoczy serce w ciągu minuty do naczyń krwionośnych ciała) w stosunku do zapotrzebowania metabolicznego tkanek ustroju, co powoduje objawy kliniczne [1].

Liczba chorych na niewydolność serca wciąż rośnie zarówno w Polsce, jak i na świecie, głównie z powodu prężnego rozwoju kardiologii inwazyjnej i związanej z tym wzrastającą liczbą przeprowadzanych interwencji wieńcowych, które zwiększyły przeżywalność w grupie chorych z ostrym zespołem wieńcowym (tzw. zawałem serca). Niewydolność serca pojawia się u tych pacjentów jako powikłanie uszkodzenia serca w mechanizmie jego niedokrwienia i obumarcia komórek kurczliwych serca. Rosnąca liczba chorych wymaga intensywnego rozwoju gałęzi kardiologii, która ma na celu kompleksową opiekę nad grupą chorych dotkniętych niewydolnością serca [2].

W Polsce w 2018 roku wdrożony został program Kompleksowej Opieki nad Pacjentami z Niewydolnością Serca (KONS). Rokowanie w NS jest wciąż niekorzystne, poprawia się jednak coraz bardziej dzięki farmakoterapii oraz możliwości wszczepiania urządzeń, takich jak ICD (wszczepialny kardiowerter-defibrylator) [2].

Według danych rejestrowych European Society of Cardiology umieralność roczna chorych leczonych ambulatoryjnie wynosi 6,4%, a chorych hospitalizowanych z powodu dekompensacji krążenia aż 23,6% [2].

Niewątpliwie opieka nad pacjentami z niewydolnością serca przysparza wiele trudności, głównie w zakresie terapeutycznym oraz opieki paliatywnej, ponieważ obniża poziom życia pacjentów w szerokim zakresie, istotnie większym niż inne choroby przewlekłe [3]. Niekorzystny wpływ choroby na jakość życia ma złożony charakter i wypływa z obecności objawów przedmiotowych oraz podmiotowych, poczucia bezpośredniego zagrożenia życia, wielokrotnych hospitalizacji, świadomości zapadnięcia na chorobę nieuleczalną. Praktycznie wszystkie objawy są dla pacjenta uciążliwe i ograniczają jego aktywność życiową. Są to: duszność, *orthopnoe* (przyjmowanie pozycji stojącej lub siedzącej w celu ułatwienia oddychania), napadowa duszność nocna, pogorszenie tolerancji wysiłku, obrzęki, świszczący oddech [1]. Nasilenie objawów może być oczywiście różne w zależności od czasu trwania choroby, predyspozycji osobniczych i zaawansowania uszkodzenia serca. Do oceny ciężkości choroby służy klasyfikacja niewydolności serca wg New York Heart Association, wyróżniająca cztery stopnie zaawansowania niewydolności serca na podstawie stopnia ograniczenia tolerancji wysiłku fizycznego, będącego wiodącym problemem chorych.

TRUDNOŚCI TERAPEUTYCZNE NIEWYDOLNOŚCI SERCA

Niewydolność serca jest jedną z niewielu chorób układu sercowo-naczyniowego, na którą częstość zapadania zwiększa się w ostatnim czasie [4]. Obecnie można śmiało pokusić się o określenie liczby przypadków NS mianem epidemii [5]. Sukcesem terapeutycznym, do którego dąży się podczas leczenia, jest zminimalizowanie częstości zaostrzeń oraz zapewnienie choremu nie tylko komfortu codziennej egzystencji, ale również komfortu psychicznego. Do sposobów leczenia niewydolności serca należą: zmiana stylu życia (leczenie niefarmakologiczne) oraz leczenie farmakologiczne. Obie metody muszą pozostać zarówno pod kontrolą chorego świadomego swojej choroby, jak i specjalisty, doradzającego i nadzorującego proces terapeutyczny. Często sama możliwość edukacji chorego, a także jego rodziny jest utrudniona lub niemożliwa. Ogromna zależność skuteczności leczenia od chęci, motywacji i dyscypliny pacjenta zwykle nie jest niestety korzystnym czynnikiem rokowniczym.

Podobnie jak w innych krajach Europy, tak i w Polsce wzrasta częstość otyłości, która jest czynnikiem niekorzystnie rokującym u pacjenta z NS. Trudnością pojawiającą się przy próbie normalizacji masy ciała jest jej właściwe określenie. Zaburzenia krążenia w tkankach obwodowych oraz cechy zastoju krwi i obrzęki, niekiedy wodobrzusze (płyn zbierający się w jamie brzusznej) prowadzą do zafałszowania masy tkanek przez gromadzący się w nich płyn.

Dlatego niezmiernie ważne jest, aby chory uzyskał informację, w jaki sposób ma on zredukować lub utrzymać masę ciała na odpowiednim poziomie. Dobór aktywności fizycznej jest również elementem, który powinien być objęty nadzorem specjalisty, najlepiej osoby wykwalifikowanej w rehabilitacji kardiologicznej. Niewydolności serca w dużym odsetku przypadków towarzyszą cukrzyca i niewydolność nerek. Często występują istotne zaburzenia rytmu — najczęściej migotanie przedsionków.

W trosce nad schorzeniami współistniejącymi chory także nie powinien pozostać sam, wymaga on łatwego dostępu do specjalisty, mogącego udzielić rady oraz kontrolować przebieg leczenia.

Kolejnym problemem terapeutycznym jest pojawienie się zaostrzeń NS polegających na rozwoju objawów ostrej niewydolności serca u chorych z dotychczas unormowaną NS, czyli powiększenia się duszności mogącej wynikać z obrzęku płuc (gromadzenie płynu w płucach, który utrudnia oddychanie), osłabienia przepływu krwi w obwodowych częściach ciała (np. oziębienie skóry), czy nawet dekompensacji (uogólniony stan bezpośrednio zagrażający życiu pacjenta).

Chory z ustabilizowaną chorobą musi znać objawy oraz przyczyny zaostrzeń choroby i sam reagować lub wcześniej się zwracać o pomoc lekarską. Szybki wzrost masy ciała będzie objawem gromadzenia się płynu w ciele chorego i to on powinien być sygnałem alarmującym o potrzebie zmiany leczenia, nim dojdzie do zaostrzenia NS.

Czynnikami wywołującymi zaostrzenia są m.in. zła kontrola ciśnienia tętniczego, nieprzestrzeganie podaży sodu i płynów oraz zaleceń dotyczących rodzaju i dawek stosowanych leków. Wymienienie tych czynników wzmacnia przekonanie o roli chorego w procesie terapeutycznym, a przede wszystkim o jego edukacji w zakresie troski o własną chorobę.

Regularny pomiar poziomu cukru we krwi, pomiar masy ciała (ilości wody w organizmie) oraz pomiar ciśnienia to elementy, które chory musi regularnie kontrolować. Dla pacjenta jest to oczywiście uciążliwe z przyczyn logistycznych, większość osób starszych może mieć też problemy z zapamiętaniem schematu dawkowania swoich leków.

Ze strony lekarza natomiast trudnością jest dobranie odpowiednich leków, które nie będą wchodziły ze sobą w interakcje. Chęć dodania kolejnego leku, zmiany obecnego lub jego dawkowania jest podstawą rozwijania farmakoterapii niewydolności serca w przypadku nieskuteczności dotychczasowego leczenia i dalszego występowania objawów. Będzie się to wiązało zwykle ze sporymi trudnościami i koniecznością konsultacji z lekarzami innych specjalizacji, pod których opieką znajduje się pacjent.

Wyzwania opieki paliatywnej

Obecnie w społeczeństwie powszechne stało się utożsamianie medycyny paliatywnej wyłącznie z opieką nad chorymi umierającymi z powodu choroby nowotworowej. Zapomina się przy tym, że specjalistyczna opieka paliatywna nie jest przeznaczona tylko dla umierających chorych, kiedy zwykle za późno już na jakiegokolwiek działania lecznicze. Mogą z niej skorzystać również pacjenci ze złożonymi lub przewlekłymi problemami zdrowotnymi, do których z całą pewnością możemy zaliczyć niewydolność serca. Według aktualnej definicji opieki paliatywnej (OP) opracowanej przez WHO, polega ona na promocji zdrowia fizycznego i psychospołecznego, niezależnie od rozpoznania i rokowania [6]. Natomiast aktualna definicja OP, opublikowana przez EAPC (*European Association for Palliative Care*) w 2018 roku, określa OP jako całościową, aktywną opiekę nad osobami cierpiącymi z powodu chorób niepoddających się leczeniu przyczynowemu [7]. Najważniejszą zmianą w porównaniu z poprzednimi definicjami jest pominięcie ryzyka zgonu lub złego rokowania jako kryterium kwalifikującego do OP. Ma to szczególne znaczenie w opiece nad osobami z NS, ponieważ ocena rokowania nie jest u nich często łatwa, a dodatkowo potrzeby chorych i ich najbliższych, które mogą zostać zaspokojone dzięki włączeniu OP, nie muszą mieć związku z ryzykiem zgonu.

Nadrzędnym celem OP jest przede wszystkim poprawa jakości życia chorych i ich rodzin w obliczu problemów spowodowanych chorobami ograniczającymi życie. W odróżnieniu od "medycyny klasycznej" opieka paliatywna jest sprawowana przez cały wielodyscyplinarny zespół, w którego skład oprócz lekarzy różnych specjalności (m.in. kardiolog, internista, psychiatra) i wykwalifikowanych pielęgniarek wchodzi: psycholog, fizjoterapeuta, dietetyk, pracownik socjalny, opiekun duchowy (lub kapelan) i wolontariusze oraz inne osoby lub specjaliści w zależności od aktualnych potrzeb. Na podkreślenie zasługuje również fakt, że OP może być sprawowana w każdym miejscu pobytu chorego – w szpitalu, w domu, czy w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Należy pamiętać, że OP stanowi uzupełnienie opieki kardiologicznej i może być stosowana proporcjonalnie do potrzeb na każdym etapie choroby, jeśli specjalistyczne leczenie kardiologiczne nie pozwala na zadowalające opanowanie objawów chorobowych. Jest więc komplementarną, a nie alternatywną formą leczenia. Jeśli stan chorego się poprawia, opiekę paliatywną można ograniczyć lub wstrzymać. Jeśli natomiast stan chorego się pogarsza, dotychczasowe leczenie przyczynowe stopniowo się ogranicza na korzyść interwencji paliatywnych.

Opracowano kryteria służące kwalifikowaniu chorych z niewydolnością serca do specjalistycznej opieki paliatywnej. Kryteria te zakładają, że wszyscy pacjenci z NS kierowani do opieki paliatywnej muszą: być poddani konsultacji kardiologicznej, mieć świadomość rozpoznania NS oraz akceptować wspólnie z zespołem kardiologicznym skierowanie do opieki paliatywnej. Dodatkowo powinno być obecne przynajmniej jedno kryterium uzasadniające skierowanie: objawy NS pomimo optymalnego leczenia (np. duszność w spoczynku lub przy minimalnym wysiłku); utrzymujące się lub nasilające objawy fizyczne lub psychologiczne pomimo optymalnego leczenia NS; sytuacja, w której przyjęcie do szpitala nie jest najlepszą/jedyną/preferowaną opcją lub w której korzystniejsza może być opieka paliatywna obecnie lub w przyszłości; sytuacja, gdy rodzina lub opiekunowie mogą potrzebować wsparcia obecnie lub w przyszłości; a także więcej niż 2 hospitalizacje z powodu NS w ciągu ostatnich 6 miesięcy [8]. Z kolei według wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego ESC (*European Society of Cardiology*) dotyczących diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca [9] pacjenci z NS, u których należy rozważyć postępowanie charakterystyczne dla schyłkowego okresu życia to osoby, u których stwierdzamy: postępujący spadek sprawności (fizycznej i mentalnej) i niesamodzielność w zakresie większości aktywności życia codziennego, ciężkie objawy NS z towarzyszącą niską jakością życia, mimo zoptymalizowanej farmakoterapii i innych metod postępowania, częste hospitalizacje lub inne poważne epizody dekompensacji mimo optymalnego leczenia, wykluczenie możliwości przeszczepienia serca i mechanicznego wspomaganie krążenia czy bliski koniec życia w ocenie klinicznej.

Zasadnicze znaczenie dla właściwego wdrożenia zasad nowoczesnej OP mają: określenie momentu, w którym powinno się rozpocząć OP i zdefiniować plan opieki; ocena i leczenie dolegliwości najczęstszych u chorych z NS (szczególnie duszności, bólu i depresji); analiza i w miarę możliwości rozwiązywanie kontrowersji etycznych; opieka duchowa; opieka nad osobami zbliżającymi się do śmierci uwzględniająca aktywne leczenie dolegliwości i łagodzenie cierpienia przez optymalnie dopasowane leczenie paliatywne i dostosowane do sytuacji leczenie kardiologiczne (odstawienie zbędnych leków, modyfikacja dawkowania leków, które będą kontynuowane oraz modyfikacja aktywności wszczepionych urządzeń elektronicznych) [10].

W schyłkowym okresie życia pozostawia się tylko leki i metody leczenia poprawiające komfort pacjenta i zmniejszające nasilenie dolegliwości. Wycofanie niektórych leków, uznanych za podstawowe w określonych jednostkach chorobowych lub ograniczenie ich dawek, nie tylko nie wpływa niekorzystnie na stan zdrowia chorych w schyłkowym okresie

chorób przewlekłych, lecz wręcz poprawia jakość ich życia, ponieważ ograniczeniu ulegają objawy uboczne spowodowane dużymi dawkami leków, które były optymalne w mniej zaawansowanym stadium choroby. Minimalizacja leczenia musi się jednak wiązać ze świadomą zmianą jego celu w OP i zaakceptowaniem skupienia się na kontroli objawów, nie zaś na modyfikowaniu przebiegu choroby. Odpowiedni plan postępowania, oprócz dyskusji na temat wstrzymania podawania leków, które nie mają bezpośredniego wpływu na poprawę w zakresie objawów lub jakości życia, powinien zawierać również udokumentowanie decyzji pacjenta dotyczącej ewentualnego postępowania resuscytacyjnego; uwzględnienie inaktywacji u schyłku życia urządzeń, takich jak stymulatory i/lub implantowane kardiowertery-defibrylatory (zgodnie z lokalnymi regulacjami prawnymi); wskazanie preferowanego miejsca opieki u schyłku życia i zgonu; oraz wsparcie emocjonalne pacjenta i jego rodziny z uwzględnieniem opieki psychologicznej i duchowej.

Jednym z ogromnych wyzwań opieki paliatywnej są problemy natury emocjonalnej występujące u pacjentów z NS. Schyłkowa choroba serca, szczególnie NS, jest bardzo obciążającym rozpoznaniem zarówno somatycznie, jak i psychicznie. Depresja jest częstą chorobą współistniejącą w NS, która nie tylko znacznie obniża jakość życia, ale też zwiększa ryzyko występowania poważnych zdarzeń niepożądanych związanych z układem krążenia, a nawet samobójstw. Niestety brak jest leczenia przyczynowego depresji. Dlatego też u chorych z NS należy aktywnie poszukiwać depresji i w razie wskazań adekwatnie ją leczyć dostępnymi środkami objawowymi (metody nefarmakologiczne – psychoterapia, terapia behawioralna; farmakoterapia – selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny albo serotoniny i noradrenaliny).

Podstawowym warunkiem dobrej opieki terminalnej jest akceptacja złej prognozy. Nie zawsze się jednak to udaje, a pacjentom z NS na każdym etapie choroby może towarzyszyć ciągły strach przed zaostrzeniami choroby oraz nagłym zgonem sercowym. Ponadto komunikacja z pacjentami i ich rodzinami jest zwykle niedostateczna, a sposoby oceny rokowania i potencjalnego czasu przeżycia w NS, nawet przy wykorzystaniu najbardziej zaawansowanych technologii, są dalekie od doskonałości. Dlatego tak ważny w leczeniu paliatywnym jest element opieki psychologicznej i duchowej, której niejednokrotnie brakuje na wcześniejszych etapach opieki terapeutycznej u pacjentów kardiologicznych.

Choroby serca, a w szczególności NS, powodują u pacjentów znaczną niepełnosprawność i cierpienie, co często wiąże się z nieodzowną koniecznością wdrożenia OP. Jednak zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami dotyczącymi refundacji medycznej, choroby serca i układu krążenia podlegające OP to wyłącznie kardiomiopatie

wrodzone (grupa genetycznie uwarunkowanych nieprawidłowości w budowie mięśnia sercowego). Choć choroby serca wymagające leczenia paliatywnego obejmują szereg rozpoznań, to jednak po analizie wskazań wykazane kardiomiopatie są rzadkie, a obecne wytyczne nie obejmują m.in. powszechnie występującej w polskiej populacji niewydolności serca i jego uszkodzeń w wyniku choroby niedokrwiennej serca. W konsekwencji choroby serca powodujące schyłkową niewydolność mogą być objęte refundowanym pobytem w hospicjach i oddziałach paliatywnych, tylko jeżeli towarzyszy im dodatkowo jednostka chorobowa objęta wskazaniem do leczenia, np. niewydolność oddechowa, odleżyny lub choroba nowotworowa [11]. Skutkuje to tym, iż chorzy ze schyłkowymi chorobami serca przed śmiercią przebywają na oddziałach kardiologicznych, oddziałach chorób wewnętrznych, w ośrodkach opieki długoterminowej oraz w domu pod opieką lekarza rodzinnego. Pacjenci są odsyłani ze szpitali, gdyż nie ma dla nich możliwości leczenia, jednocześnie ich leczenie jest zbyt trudne, aby pozostali w domu pod opieką rodziny. Sytuacja chorych ze schyłkowymi chorobami serca jest niekomfortowa, gdyż nie ma dla nich miejsca na specjalistycznych oddziałach kardiologicznych. W chwili zakończenia procesu leczenia pacjentów nie kieruje się do hospicjów i oddziałów paliatywnych, gdyż nie podlegają wskazaniom do tej opieki według ubezpieczyciela. W większości wynika to z braku jasnych wskazań do objęcia opieką paliatywno-hospicyjną, ryzyka braku opłacenia świadczenia przez ubezpieczyciela oraz z braku świadomości lekarzy i rodzin chorych o konieczności i możliwościach takiej opieki [11].

PODSUMOWANIE

Niewydolność serca rozpatruje się obecnie jako poważny problem kliniczny, a także społeczny. Zjawisko starzenia się populacji oraz nieustanny postęp w leczeniu chorób układu krążenia, który zmniejsza bezpośrednią śmiertelność sprawiają, iż liczba pacjentów z tą jednostką chorobową stale rośnie, można więc mówić o swego rodzaju epidemii XXI wieku.

Wydatki na służbę zdrowia w tej grupie pacjentów są bardzo niedoszacowane i będą ciągle wzrastać, co w najbliższej przyszłości może wymagać nowych rozwiązań zarówno organizacyjnych, jak i finansowych. Leczenie tej jednostki chorobowej jest niewątpliwie procesem trudnym, żmudnym i czasochłonnym, angażującym wielu fachowców różnej specjalności oraz niezliczoną ilość środków.

Częste hospitalizacje u osób z nasilonymi objawami NS wiążą się nie tylko

z poważnymi obciążeniami ekonomicznymi, ale przede wszystkim ze znacznym cierpieniem ludzkim. Dlatego tak istotne jest, aby wdrażać zasady postępowania, które zadbają o jakość życia pacjentów z NS od chwili ustalenia rozpoznania aż do okresu umierania. Unikanie czynników ryzyka wystąpienia dysfunkcji mięśnia sercowego i jej progresji do niewydolności oraz sytuacji powodujących zaostrzenie objawów, a także przestrzeganie zaleceń dotyczących leczenia farmakologicznego i niefarmakologicznego prowadzą zarówno do poprawy komfortu życia chorych, jak i do jego wydłużenia.

Nieustanny postęp wiedzy w zakresie etiopatogenezy pozwala na podejmowanie działań, które mają na celu początkowo zapobieganie chorobom prowadzącym do rozwoju NS m.in. poprzez zmianę stylu życia, a w przypadku już ich wystąpienia do zwolnienia progresji bezobjawowej dysfunkcji serca do w pełni objawowej niewydolności.

Niestety NS ma charakter postępujący, a terapia na ogół jedynie spowalnia jej przebieg, co oznacza, że choroba ta od chwili wystąpienia będzie towarzyszyła pacjentowi przez całe jego życie, a u części chorych stanie się również przyczyną śmierci. Z tego powodu uzyskanie pełnych korzyści z postępu medycyny jest możliwe wyłącznie dzięki współpracy lekarzy na różnych poziomach opieki, od podstawowej do wysokospecjalistycznej, wraz z chorymi, rozumiejącymi w pełni istotę swojego schorzenia i chcącymi współpracować w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

Rozwój opieki terapeutycznej oraz paliatywnej nad chorymi na NS jest idealnym przykładem holistycznego, zespołowego spojrzenia na cierpiącego człowieka, kiedy leczenie wykracza poza bariery jednej specjalności i wymaga niejednokrotnie współpracy lekarzy zajmujących się różnymi dziedzinami medycyny. Ponadto oczekuje się, że dołączenie OP do opieki kardiologicznej może spowodować znaczną poprawę jakości życia i dobrostanu, a także zmniejszyć cierpienie wywołane przez NS u istotnej części tej grupy pacjentów.

OP koncentruje się głównie na zwalczaniu objawów, wsparciu emocjonalnym i poprawie komunikacji między pacjentami i ich rodzinami. Idealne wydaje się więc jej rozpoczęcie na wczesnym etapie choroby i wzmocnianie wraz z jej postępem.

Nie ulega wątpliwości, że opieka terapeutyczna i paliatywna nad pacjentami z NS jest i będzie szczególnym wyzwaniem dla systemu służby zdrowia wielu społeczeństw. W celu uzyskania optymalnej opieki nad tymi chorymi należy skoordynować podstawową opiekę medyczną z postępowaniem wdrażanym przez zespół zajmujący się leczeniem niewydolności serca oraz ze specjalistyczną opieką paliatywną. Tylko w ten sposób system opieki zdrowotnej może dać szansę poważnie cierpiącym, często pozbawionym szans wyleczenia i wymagającym specjalistycznej opieki, chorym z niewydolnością serca.

PIŚMIENNICTWO

1. Gajewski P.: Interna Szczeklika 2019/20 Mały Podręcznik. Medycyna Praktyczna, Kraków 2019.
2. Niewiński P., Ponikowski P.: Niewydolność serca – postępy 2018/2019. Medycyna Praktyczna 2019; 7-8: 92–104.
3. Mamcarz A., Mościcka S., Wójcik D.: Jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. Forum Medycyny Rodzinnej 2015; 9(6): 435-442.
4. Korwecki J.: Problemy i błędy w postępowaniu z chorymi z niewydolnością serca. Choroby Naczyń i Serca 2010; 7(2): 72-79.
5. Mitkowski P.: Niewydolność serca - epidemia XXI wieku. Choroby Serca i Naczyń 2004; 1 (1): 43-50.
6. WHO Definition of Palliative Care <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (data dostępu: 10 marca 2020).
7. LeBlanc T.: Integraing Palliative Care Aside Curative Treatment in Hemato-Oncological Diseases. Palliative Medicine 2018: 3-330.
8. Harding R., Beynon T., Hodson F., Coady E., Kinirons M., Selman L., Higginson I.: Provision of palliative care for chronic heart failure inpatients: how much do we need? BMC Palliat. Care 2009; 29; 8:8.
9. Ponikowski P., Voors AA, Anker S.D., Bueno H.: Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca w 2016 roku, Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca w 2016 roku. Kardiologia Polska 2016; 74(10): 1037-1147.
10. Sobański P., Grodzicki T., Krajnik M.: Opieka paliatywna nad chorymi z niewydolnością serca. Omówienie stanowiska ekspertów European Association for Palliative Care 2019. Medycyna Praktyczna 2019; 10: 10-18.
11. Jakubów P., Juszcyk G., Hirnle T.: Niewydolność serca w medycynie paliatywnej. Medycyna paliatywna 2016; 8(2): 55-64.

Rola opieki pielęgniarstwa nad pacjentem w stanie terminalnym w percepcji rodziny chorego

Agnieszka Turczyńska¹, Beata Olejnik², Elżbieta Krajewska-Kulak³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

Na świecie w ostatnich latach ewidentnie wzrosło zainteresowanie problematyką śmierci i umierania, w tym różnego rodzaju formami społecznego zaangażowania w opiekę nad umierającymi. Konsekwencją powyższego jest tworzenie się ruchu hospicyjnego.

W roku 2002 Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) zdefiniowała pojęcie opieki paliatywnej i za jej cel postawiła poprawę jakości życia chorego przewlekle i jego rodziny, poprzez ulżenie cierpieniu fizycznemu, psychosocjalnemu oraz duchowemu. Każdy pacjent jest bowiem inny, różnie przeżywa swoją chorobę i umieranie, ale każdy jest całością biologiczno-psychiczno-duchowo-socjalną. Uważa się, iż opiekę paliatywną/hospicyjną powinien sprawować zespół wielodyscyplinarny, złożony z lekarza, pielęgniarki, pracownika socjalnego, psychologa, rehabilitanta, terapeuty zajęciowego, kapelana, wolontariuszy oraz kwalifikowanych opiekunów niemedycznych, przy współudziale przeszkolonych członków rodziny/opiekunów [cyt. za 1].

Wyniki badań Pietruk [2] poświadczają, iż główny problem w podjęciu opieki/opiekowaniu się pacjentem w stanie terminalnym stanowią rozmowy z chorym o śmierci oraz brak umiejętności psychologicznych. Według Bartusek [3], dla pielęgniarek problem w opiece nad chorym umierającym stanowiła wzrastająca liczba chorych na schorzenia przewlekle (19,32%) oraz brak wiedzy społeczeństwa na temat opieki paliatywnej (19,7%).

W opiece nad chorymi terminalnie istnieje bezwzględna potrzeba umiejętności doskonałej obserwacji, dostrzegania wszystkich potrzeb (również tych nie sygnalizowanych werbalnie) rodziny pacjenta i samego chorego [4]. Przyczyn cierpienia chorych w terminalnej fazie chorób nieuleczalnych jest wiele, a odczuwanie każdej z nich potęguje następne. Pacjent wymaga częściej i wszechstronnej pomocy. Opieka paliatywna to nie tylko fachowa pomoc lekarska i pielęgnacja, ale także usiłowanie zrozumienia tego, co chory przeżywa i czuje [4].

Jan Paweł II, w roku 1987, stwierdził: *„Nieraz onieśmiela nas to, że nie możemy „uzdrowić”, że nie możemy nic pomóc. Przewyciężajmy to onieśmielenie. Ważne jest, żeby przysiąc. Żeby być przy człowieku cierpiącym. Może nawet bardziej niż uzdrowienia potrzebuje on człowieka, ludzkiego serca, ludzkiej solidarności”* [4].

Celem pracy była analiza opieki pielęgniarstwa nad pacjentem w stanie terminalnym w percepcji rodziny chorego.

Analizę danych przeprowadzono na podstawie autorskiego kwestionariusza w grupie 120 osób, będących rodziną pacjentów hospitalizowanych w Białostockim Centrum Onkologii.

Otrzymane dane opracowano za pomocą programu Microsoft Excel 2003.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku R-I-002/189/2018 oraz Dyrekcji Białostockiego Centrum Onkologii

Badanie przeprowadzono w grupie 120 osób, będących rodziną pacjentów hospitalizowanych w Białostockim Centrum Onkologii, metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankietowego. Rozdano 120 ankiet, zwrótnie zebrano 120 ankiet.

Autorski kwestionariusz ankiety składał się z 26 pytań, podzielonych na następujące części:

- część I - pytania o płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stopień pokrewieństwa względem pacjenta, warunki socjalno-bytowe.
- część II - pytania o to, czy ktoś z rodziny badanych zmagał się już wcześniej z chorobą nowotworową, znają objawy choroby nowotworowej, czy wiedzą, co może wpływać na powstawanie nowotworu, z jakich źródeł czerpią informacje dotyczące choroby nowotworowej i leczenia, jakie są ich zdaniem czynniki zwiększające ryzyko

wystąpienia nowotworu, czy znają sposoby leczenia choroby nowotworowej, co według nich jest najważniejsze w zapewnieniu komfortu pacjentowi.

- część III - pytania o to, czy ich zdaniem zawód pielęgniarki jest zawodem zaufania publicznego, w jaki sposób ich zdaniem pielęgniarka powinna wykonywać zawód, jakie wykształcenie powinny mieć pielęgniarki opiekujące się ich rodziną, jakie cechy dotyczące umiejętności zawodowych powinny charakteryzować, według badanych, członków zespołu pielęgniarstwa, jakie czynności są najważniejsze w pracy pielęgniarki, czy chcieliby, aby pielęgniarki omawiały z chorym i jego rodziną jego problemy zdrowotne, czy chcieliby, aby pielęgniarki uczyły chorego i jego rodzinę właściwego postępowania w chorobie, czy chcieliby, aby pielęgniarki udzielały wsparcia choremu i jego rodzinie, w jakiej według nich atmosferze powinny przebiegać zabiegi/czynności wykonywane przez pielęgniarki, jak oceniają w czasie obecnego pobytu członka rodziny w szpitalu wymienione w ankiecie postępowanie pielęgniarek, jakie ich zdaniem cechy powinna posiadać pielęgniarka oraz czy w trakcie pobytu spotkali się z wymienionymi w ankiecie zachowaniami pielęgniarek.

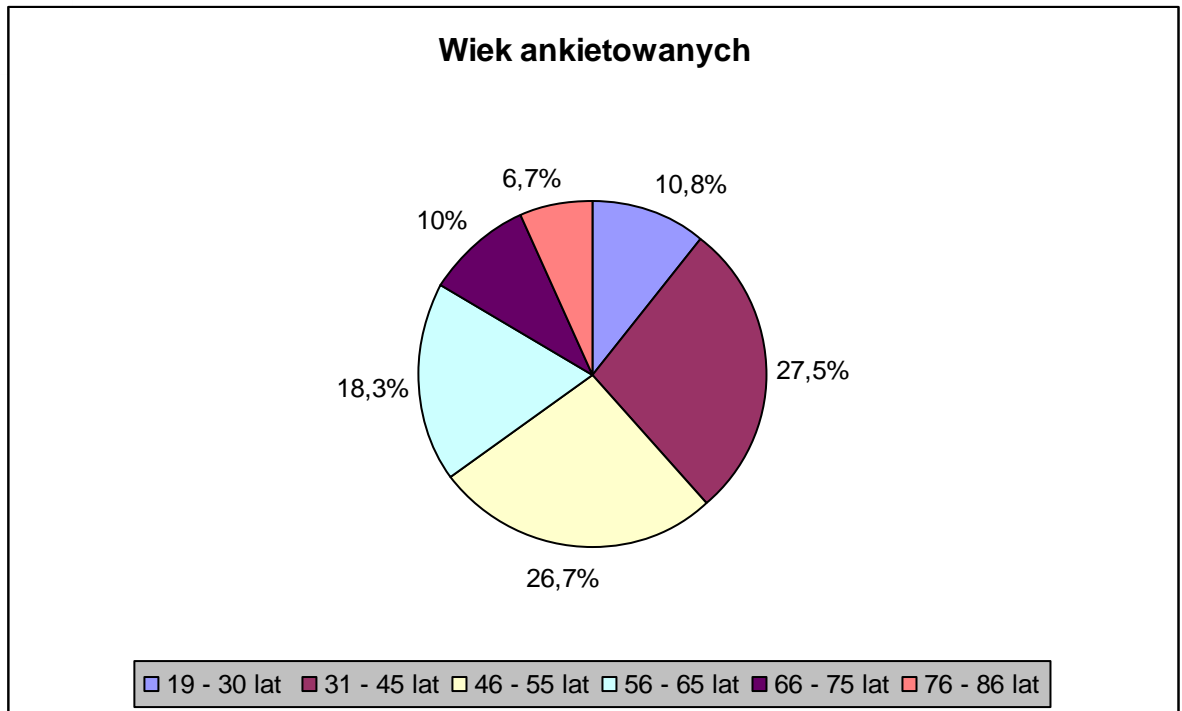
WYNIKI BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone wśród 120 osób, będących rodziną pacjentów hospitalizowanych w Białostockim Centrum Onkologii, w tym 67 kobiet i 53 mężczyzn.

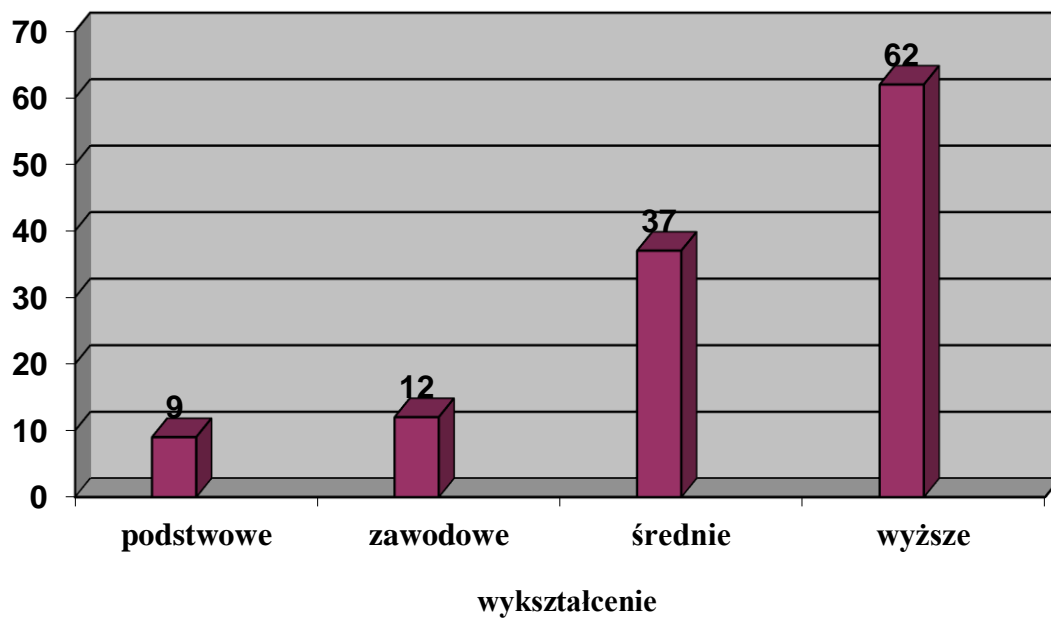
Przedział wiekowy pacjentów obejmował 19-86 lat, średnia wieku wynosiła 66,4 lat. Ankietowani zostali podzieleni na 6 grup wiekowych, z czego najliczniejszą grupę stanowiły osoby mieszczące się w przedziale 31-45 lat (27,5%) oraz 46-55 lat (26,7%), a najmniejszą - w przedziale 76-86 lat (6,7%). Szczegółowe dane przedstawia Ryc. 1.

Pierwsza część ankiety dotyczyła ogólnych informacji osobowych o respondentach. Badani odpowiadali na pytania dotyczące wykształcenia, miejsca zamieszkania, stopnia pokrewieństwa względem pacjenta oraz określali warunki socjalno – bytowe.

Ponad połowa badanych posiadała wykształcenie wyższe (52%), drugą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (31%), a najmniej było ankietowanych, którzy ukończyli szkołę podstawową (7%) i zawodową (10%). Wykształcenie badanych obrazuje Ryc. 2.

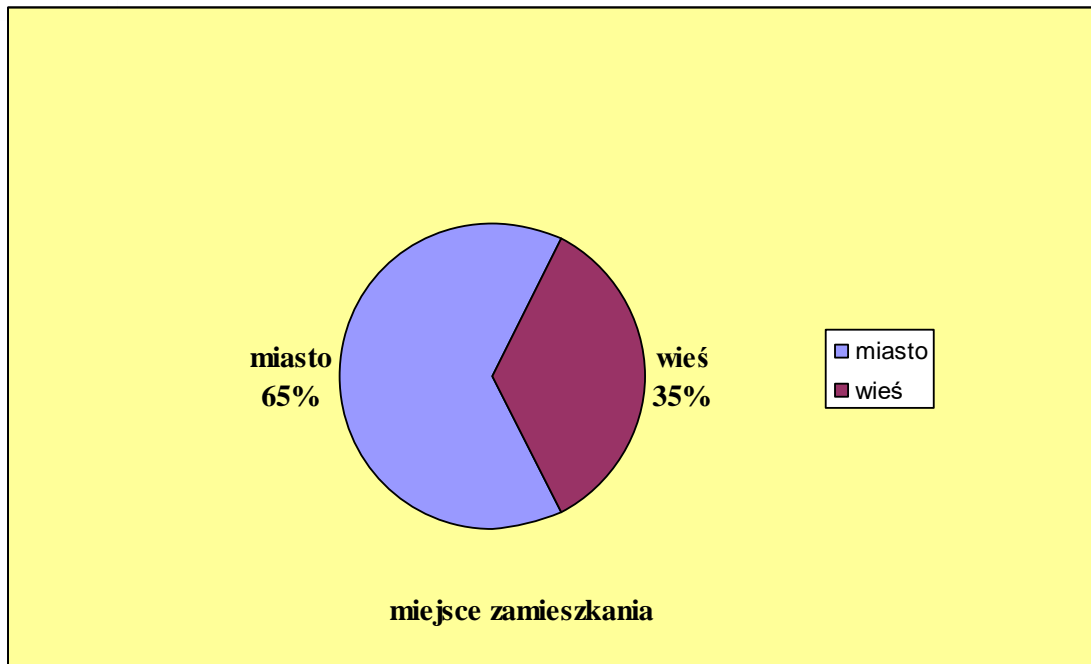


Rycina 1. Wiek ankietowanych



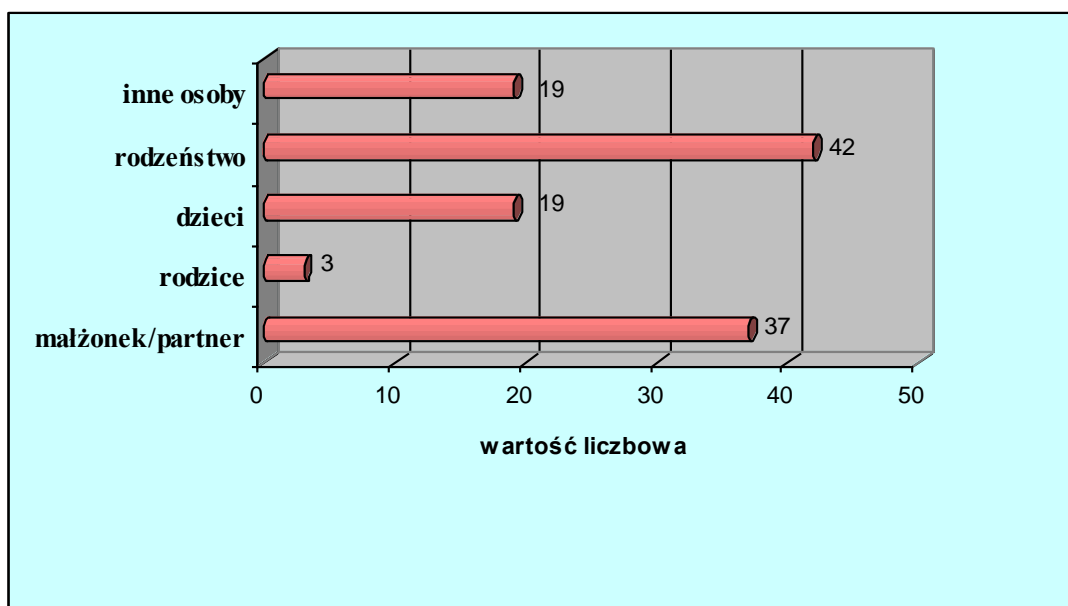
Rycina 2. Wykształcenie badanych

Rycina 3 przedstawia miejsce zamieszkania ankietowanych. Zdecydowana większość (65%) to osoby mieszkające w mieście. Natomiast osoby zamieszkujące na wsi stanowiły mniejszą część ankietowanych (35%).



Rycina 3. Miejsce zamieszkania

35% wszystkich ankietowanych zadeklarowało stopień pokrewieństwa względem pacjenta jako rodzeństwo, 31% - jako małżonek/partner, 16% - jako dzieci, 2% - jako rodzice 16% - jako inne osoby. Powyższe wyniki obrazuje Ryc. 4.



Rycina 4. Stopień pokrewieństwa względem pacjenta

Z odpowiedzi ankietowanych wynika, że 95% oceniło swoje warunki socjalno – bytowe jako dobre, a tylko 9% badanych jako średnie.

Druga część ankiety dotyczyła sprawdzenia wiedzy respondentów na temat informacji dotyczących choroby nowotworowej, jej objawów, metod leczenia, ryzyka wystąpienia. Badani odpowiadali, czy ktoś z rodziny wcześniej zmagał się z chorobą nowotworową i z jakich źródeł czerpią informacje dotyczące choroby nowotworowej.

Na pytanie dotyczące wystąpienia w rodzinie choroby nowotworowej 44% ankietowanych odpowiedziało „TAK”, 40% udzieliło odpowiedzi negatywnej, zaś 16% zaznaczyło odpowiedź „NIE WIEM”. 47 osób (44%) zaznaczając wariant odpowiedzi pozytywnej, określiło dokładnie, jaki to był nowotwór. Tabela I przedstawia wymienione dane.

Tabela I. Analiza wystąpienia w rodzinie choroby nowotworowej

Nowotwór	Liczebność	Częstość
piersi	14	30 %
żołądka	11	24%
prostaty	4	9%
pluc	8	17%
jelita grubego	6	12%
trzustki	3	6%
szyjki macicy	1	2%

O objawach choroby nowotworowej słyszało 81 badanych (67,5%). Reszta – 39 osób (19%) stwierdziła, że nic na ten temat jej nie wiadomo.

Podobnie przedstawiały się odpowiedzi dotyczące wiedzy na temat wpływu powstawania nowotworów. Zdaniem 79% badanych posiadali oni wiedzę dotyczącą powstawania chorób nowotworowych, zaś w opinii 21% takiej wiedzy nie mieli.

Kolejne pytanie dotyczyło źródeł informacji na temat leczenia oraz choroby nowotworowej. Ankietowani mieli za zadanie zaznaczyć, jakie według nich są źródła informacji. Mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź spośród zaproponowanych dziewięciu. Badani ze wszystkich wymienionych potencjalnych źródeł informacji najczęściej (46,7%) preferowali Internet, zaś najrzadziej (0,8%) ulotki. Tabela II przedstawia zbiorcze zestawienie odpowiedzi wraz z udziałem odsetkowym wybranych opcji.

Tabela II. Analiza odpowiedzi związanych z informacją od kogo badani dowiedzieli się o leczeniu choroby nowotworowej

Źródło informacji	Ankietowani (N=120)	
	Liczebność	Częstość
lekarz	10	8,3%
pielęgniarka/ położna	48	40%
telewizja	40	33,3%
prasa	35	29,2%
Internet	56	46,7%
znajomi	30	25%
ulotki	1	0,8%
żadne	15	12,5%

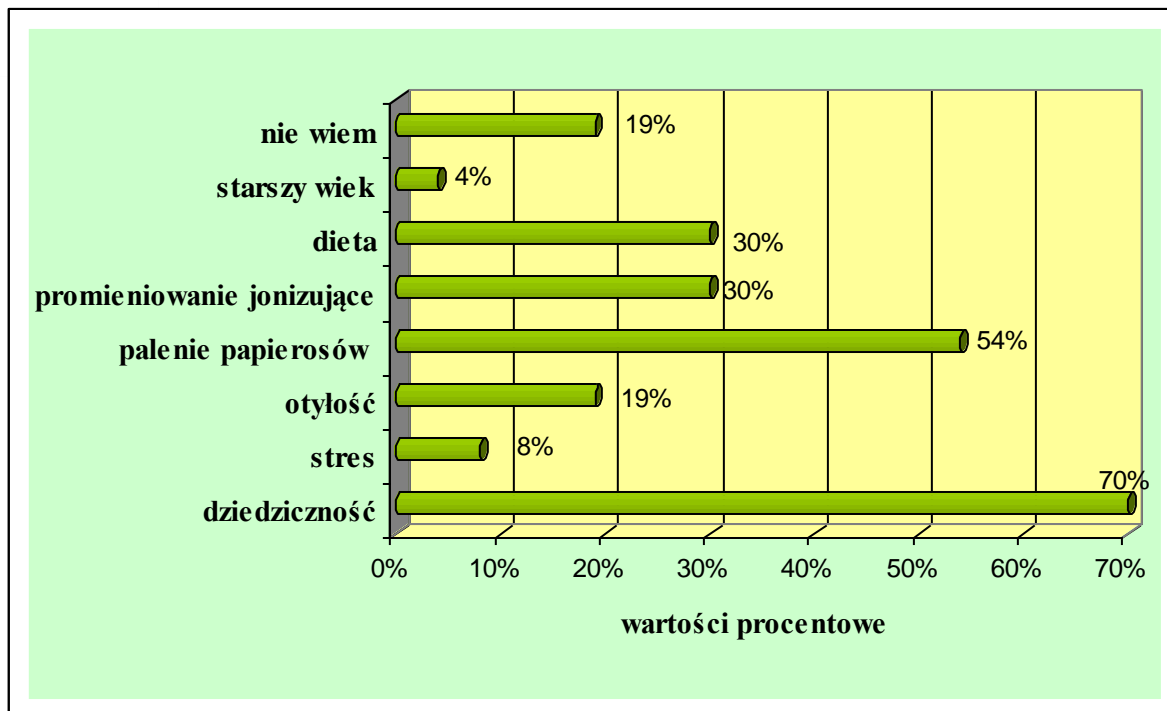
Kolejne pytanie dotyczyło czynników zwiększających ryzyko wystąpienia nowotworu. Również i w tym przypadku ankietowani mogli dokonać wielokrotnego wyboru z 15 odpowiedzi (tj. dziedziczność, aktywność fizyczna, aktywność seksualna, stres, otyłość, palenie tytoniu, bezdietność, leki, ciąża przed 25. r.ż., promieniowanie jonizujące, infekcje bakteryjne, dieta, starszy wiek, promieniowanie ultrafioletowe, nie wiem).

Według ankietowanych czynnikiem sprzyjającym powstawaniu nowotworów jest dziedziczność (70% respondentów), następnie palenie papierosów (54%). Tyle samo, bo po 19% ankietowanych wskazało dietę i promieniowanie jonizujące. Inni preferowali starszy wiek (4%) oraz stres (8%). Powyższe wyniki obrazuje Ryc. 5.

Posiadanie wiedzy na temat sposobów leczenia choroby nowotworowej zadeklarowała znaczna większość, bo aż 70% badanych, reszta respondentów 30% przyznała, że takiej wiedzy nie posiada.

Według ankietowanych najważniejsze w zapewnieniu komfortu pacjentowi jest pielęgnacja chorego przy współudziale rodziny (50,8%). Dość często respondenci zwracali także uwagę na walkę z bólem (37%). 28% odpowiadających twierdziło, że zapewnienie kontaktu z rodziną wiąże się z zwiększeniem komfortu pacjenta. Najmniej ważną czynnością w zapewnieniu komfortu chorego, było według badanych, zapewnienie wygody (3%). Żaden z respondentów nie zaznaczył metody wnikliwej obserwacji, zapewnienia spokoju oraz kontaktu z duchownym.

Dane obrazuje Tabela III.



Rycina 5. Czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia nowotworu

Tabela III. Analiza metod zwiększających komfort

Metody zwiększające komfort pacjenta	Ankietowani (N=120)	
	Liczebność	Częstość
pielęgnacja chorego przy udziale rodziny	61	50,8%
walka z bólem	30	25%
zapewnienie kontaktu z rodziną	16	13,4%
zapewnienie wygody	13	10,8%
zapewnienie spokoju	0	0%
wnikliwa obserwacja	0	0%
zapewnienie kontaktu z duchownym	0	0%

Kolejna III część ankiety dotyczyła informacji odnośnie postrzegania pielęgniarki i pielęgniarstwa, jako zawodu zaufania publicznego, oceny roli opieki pielęgniarstwa nad chorymi dotkniętymi chorobą nowotworową. W tej części ankietowani udzielali także odpowiedzi na pytania, w jaki sposób ich zdaniem pielęgniarka powinna wykonywać zawód, jakie mieć wykształcenie oraz jakie cechy dotyczące umiejętności zawodowych powinny charakteryzować, według badanych, członków zespołu pielęgniarstwa.

Zdecydowana większość, bo 98 osób ankietowanych (82%) uważało że zawód pielęgniarki jest zawodem zaufania publicznego. Zaledwie 22 osoby (18% badanych) nie wiedziały tego. Bardzo podobnie ankietowani w kolejnym pytaniu udzielali odpowiedzi na temat wykonywanego zawodu przez pielęgniarkę. 85% z nich stwierdziło, że pielęgniarka powinna wykonywać swój zawód z poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, z należytą starannością, z dbałością o bezpieczeństwo pacjenta oraz wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej, zaś 15% badanych trudno było stwierdzić.

Odpowiedzi odnośnie posiadanego wykształcenia przez pielęgniarkę, która opiekuje się pacjentem, przedstawiano poniżej w tabeli IV.

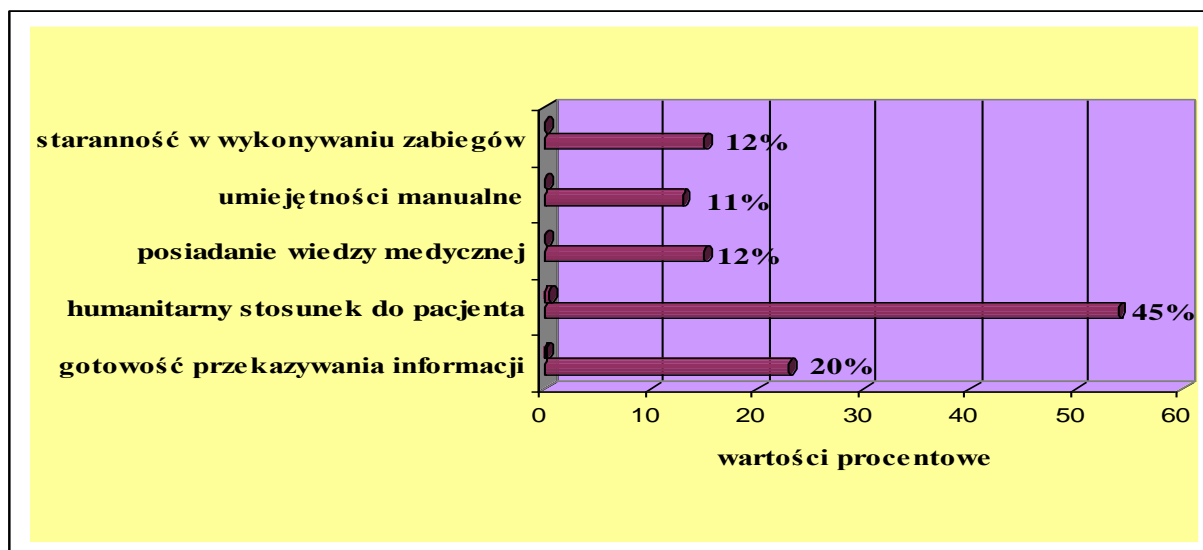
Tabela IV. Analiza odpowiedzi o wykształceniu pielęgniarki opiekującej się pacjentem z rodziny ankietowanych

Wykształcenie	Ankietowani (N=120)	
	Liczebność	Częstość
licencjackie	2	1,6%
średnie (pielęgniarka dyplomowana)	0	0%
wyższe (mgr pielęgniarstwa)	40	33,4%
nie ma to znaczenia	52	43,3%
nie mam zdania	26	21,7%

Ankietowanych zapytano, jakie cechy dotyczące umiejętności zawodowych powinny charakteryzować członków zespołu pielęgniarstwa. Mogli wybrać jedną spośród siedmiu odpowiedzi: gotowość i umiejętność przekazywania informacji medycznych, humanitarny stosunek do pacjenta, posiadanie rozległej wiedzy medycznej, umiejętności manualne, umiejętność obserwacji, staranność i dokładność w wykonywaniu zabiegów, inne. Wyniki przedstawia Ryc. 6.

Zauważono zależność pomiędzy wiekiem ankietowanych a umiejętnościami zawodowymi, jakie powinny charakteryzować członków zespołu pielęgniarstwa. Osoby starsze (powyżej 60. r.ż.) częściej wskazywały na cechę humanitarnego stosunku do pacjenta (89%) oraz umiejętność przekazywania informacji medycznych (31%). Natomiast osoby młodsze najczęściej wskazywały odpowiedź – umiejętności manualne (77%). Podobną zależność wykazano biorąc pod uwagę wykształcenie respondentów. Osoby z wyższym wykształceniem częściej zaznaczały odpowiedź posiadania rozległej wiedzy medycznej (60%),

zaś badani z wykształceniem średnim i zawodowym wskazywały na cechę umiejętności manualnych (69%).



Rycina 6. Cechy dotyczące umiejętności zawodowych charakteryzujące członków zespołu pielęgniarstwa

W kolejnych etapach badania respondenci udzielali odpowiedzi na pytania związane z wykonywaniem czynności przez pielęgniarkę. 42 osoby (35% badanych) uważało, że edukowanie chorych jest najważniejsze w pracy pielęgniarki. Nieco mniej, bo 30 badanych (25%) za takie uważało udzielanie wsparcia pacjentowi, 22 osoby (19%) - czynności higieniczne. Najmniej ankietowanych (2,5%) uważało usprawnianie pacjentów, jako najmniej ważne w pracy pielęgniarki. Osoby, które już wcześniej miały do czynienia z chorobą nowotworową uważały, że najważniejsze w pracy pielęgniarki jest pomaganie pacjentowi w czynnościach samoobsługowych (21%) oraz czynnościach higienicznych (38%). Natomiast respondenci, którzy wcześniej w rodzinie nie mieli styczności z chorobą nowotworową stwierdzili, że czynnościami najważniejszymi w opiece pielęgniarstwa jest edukowanie chorych (48%) oraz udzielanie wsparcia pacjentowi (35%).

Kolejne trzy pytania dotyczyły tego, czy respondenci chcieliby, aby pielęgniarki omawiały z chorym i jego rodziną jego problemy zdrowotne, uczyły chorego i jego rodzinę właściwego postępowania w chorobie oraz udzielały wsparcia choremu i jego rodzinie.

87 osób (73% badanych) chciałoby, żeby pielęgniarki omawiały zarówno z chorym, jak i jego rodziną problemy zdrowotne. 3 badanych (3% badanych) nie zgadzało się z tym, a 30 osób (24% badanych) nie miało zdania na ten temat. Stwierdzono istotną zależność pomiędzy płcią ankietowanych a chęcią omawiania z chorymi i rodziną jego problemów zdrowotnych

($p=0,001$). Kobiety (77%) częściej wyrażały taką zgodę na omówienie z pielęgniarką problemów zdrowotnych, niż mężczyźni (23%). Również osoby, które już wcześniej miały styczność w rodzinie z chorobą nowotworową chętniej wyrażały chęć podjęcia rozmowy z pielęgniarką (54%), niż osoby nie mające wcześniej do czynienia z chorobą nowotworową (46%).

Bardzo podobnie było w pytaniu o to, czy chcieliby, aby pielęgniarki uczyły chorego i jego rodzinę właściwego postępowania w chorobie. 90 osób (75%) wyrażało taką chęć, 13 (11%) nie zgadzało się, a 17 osobom (14%) trudno było cokolwiek stwierdzić.

Wśród ankietowanych z rozpoznaniem w rodzinie nowotworem częściej wyrażało zgodę na to, aby pielęgniarki uczyły chorego i jego rodzinę właściwego postępowania w chorobie (53%), niż badani, którzy nie mieli rozpoznanej w rodzinie choroby nowotworowej (47%).

W sytuacji, kiedy to pielęgniarki udzielałyby wsparcia choremu i jego rodzinie, zgodę wśród chorego, jak i rodziny pacjenta wyraziło 82% osób, 1% ankietowanych nie wyraziło takiej zgody, a 17% nie miało zdania na ten temat.

Ankietowani powyżej 60.r.ż. częściej zgłaszali chęć udzielenia wsparcia zarówno choremu, jak i rodzinie (43%), niż osoby młodsze (26%). Podobnie zauważano zależność pomiędzy posiadanym wykształceniem respondentów a zgodą na udzielenie przez pielęgniarki wsparcia choremu i jego rodzinie.

Osoby z wyższym wykształceniem rzadziej (32%), niż osoby posiadające wykształcenie średnie i zawodowe (56%), chcieliby, aby pielęgniarki udzielały wsparcia.

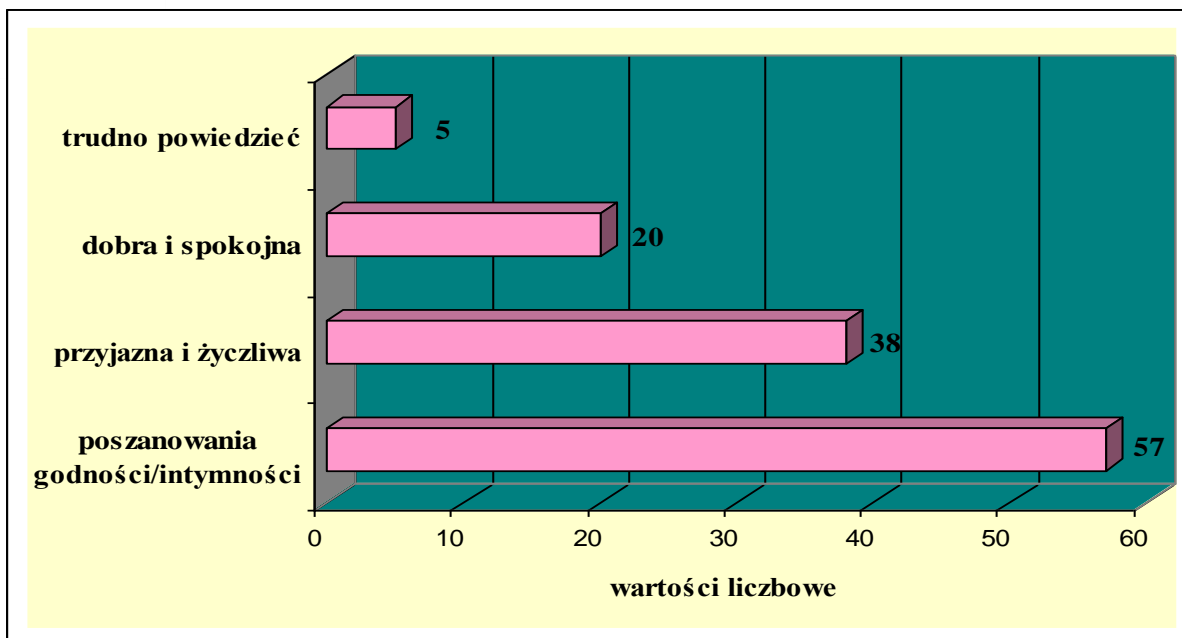
Według ankietowanych zabiegi/czynności wykonywane przez pielęgniarkę powinny przebiegać w atmosferze poszanowania godności/intymności (47%), przyjaznej i życzliwej (32%), w dobrej i spokojnej (17%). Problem z odpowiedzią miało 4% badanych.

Rycina 7 przedstawia odpowiedzi ankietowanych dotyczące atmosfery podczas zabiegów/czynności wykonywanych przez pielęgniarkę.

Kobiety częściej (83%), niż mężczyźni (17%) wskazywały na atmosferę poszanowania godności i intymności (83%). Natomiast mężczyźni znacznie częściej (84%), niż kobiety (16%), sugerowali przyjazną i życzliwą atmosferę podczas zabiegów pielęgniarstwa.

Atmosfera dobra i spokojna, jaka powinna przebiegać podczas zabiegów i czynności pielęgniarstwa była jednakowo wybierana przez ankietowanych (50% kobiet i 50% mężczyzn).

Powyższe zależności przedstawiono w tabeli V z uwzględnieniem podziału na płeć.



Rycina 7. Atmosfera panująca podczas zabiegów/czynności wykonywanych przez pielęgniarkę

Tabela V. Analiza atmosfery panującej podczas zabiegów/czynności wykonywanych przez pielęgniarkę według płci

Atmosfera panująca podczas czynności/zabiegów pielęgniarskich	Kobiety (N=67)	Mężczyźni (N=53)
poszanowania godności/intymności chorego	83%	17%
przyjazna i życzliwa	16%	84%
dobra i spokojna	50%	50%
trudno powiedzieć	80%	20%

Ostatnie trzy pytania w III części ankiety dotyczyły oceny przez ankietowanych pracy i opieki pielęgniarskiej podczas pobytu w szpitalu. 42% respondentów oceniło dobrze, a 58% - bardzo dobrze czynności i pracę zespołu pielęgniarskiego w czasie trwania hospitalizacji.

Na pytanie, jakie cechy powinna posiadać pielęgniarka, badani odpowiadali różnie. Można było wybrać więcej niż jedną odpowiedź. Zebrane ogólne dane ankietowanych zestawiono w poniższej tabeli VI.

Najczęściej wybierano budzenie zaufania (49%), empatię (40%), delikatność (30%) oraz poszanowanie godności innych (33%). Natomiast wśród wybranych odpowiedzi badanych najmniej odpowiedzi wybrało cechę: czujność (3%), cierpliwość (6%), uczciwość (6%). Osoby powyżej 50. r.ż. najczęściej wybierali cechy, takie jak: poszanowanie godności innych osób (80%) oraz empatia (78%), zaś osoby poniżej 50. r.ż. uważały, że pielęgniarka powinna cechować się profesjonalizmem (60%) oraz schludnością i poczuciem estetyki (76%). Wśród

odpowiedzi ankietowanych można zauważyć, że osoby, które już wcześniej miały styczność w rodzinie z chorobą nowotworową częściej wybierały takie cechy, jak: opiekuńczość (84%), delikatność (80%), powołanie (58%) oraz zaufanie (62%). Badani, którzy nie mieli rozpoznanej w rodzinie choroby nowotworowej uważali, że pielęgniarka powinna posiadać cechy, takie jak: komunikatywność (78%), pracowitość (72%) oraz odpowiedzialność (70%).

Tabela VI. Analiza odpowiedzi o cechy jakie powinna posiadać pielęgniarka

Cechy	Liczebność	Częstość
asertywność	0	0%
bezinteresowność	17	14%
budzić zaufanie	49	41%
cierpliwość	7	6%
czujność	4	3%
czułość	12	10%
delikatność	35	30%
dobroć	12	10%
empatia	48	40%
komunikatywność	28	24%
odpowiedzialność	17	14%
opanowanie	0	0%
opiekuńczość	22	18%
poszanowanie godności innych	40	33%
powołanie	14	12%
pracowitość	14	12%
profesjonalność	20	17%
punktualność	0	0%
samodzielność	0	0%
schludność, poczucie estetyki	30	25%
sumienność	0	0%
szczerłość	0	0%
tolerancyjność	15	13%
uczciwość	7	6%
uczynność	15	13%
uprzejmość	28	24%
wyrozumiałość	15	13%

Ostatnie pytanie dotyczyło oceny przez ankietowanych pracy zespołu pielęgniarstwa w czasie pobytu członka rodziny w szpitalu. Respondenci bardzo dobrze oceniali czas

hospitalizacji oraz opiekę pielęgniarstwa. 83% uważało, że chory otrzymał wystarczająco dużo wsparcia, życzliwości i uprzejmości. Jedynie 2% ankietowanych nie podzielało takiego zdania, a 15% miało problem z jednoznaczną deklaracją.

Zadowolenie z warunków panujących na oddziale wyraziło 92% badanych, 1% nie zgodziło się z tym stwierdzeniem, a 7% nie miało zdania

Podobnie, 96% badanych, jako dobrą, oceniło atmosferę panującą na oddziale, a 4% nie miało w tej kwestii zdania. Zdaniem ankietowanych pielęgniarki pracujące na oddziale są życzliwe i uprzejme (92%). Odmienną opinię wyraził 1% badanych, a 7% miało problem z deklaracją.

Wszyscy respondenci jednogłośnie odpowiedzieli, że pielęgniarka umożliwiła im kontakt z chorym.

Nieco słabiej ankietowani ocenili ilość czasu, jaki pielęgniarka poświęcała na rozmowę z rodziną chorego. 58% uznało, że była to wystarczająca ilość czasu, 35% nie mogło się jednoznacznie w tej kwestii wypowiedzieć, a 7% uważało, że pielęgniarki nie poświęcały im wystarczającej ilości czasu na rozmowę.

Zbliżone wyniki uzyskano pytając badanych odnośnie przekazywania informacji dotyczących opieki i pielęgnacji chorego. Zadowolonych z powyższego było 71% ankietowanych, natomiast 29% nie miało zdania w tej kwestii.

Na pytanie o jasność i zrozumiałość udzielanych informacji 42% badanych potwierdziło, że były one zrozumiałe. Natomiast 46% odpowiadających miało problem z deklaracją, zaś 12% podało, że udzielane informacje dla nich były niejasne i niezrozumiałe.

Z analizy danych wynika również, że osoby powyżej 50.r.ż. częściej były zadowolone z otrzymywanego wsparcia (78%), niż osoby poniżej 50. r.ż. (21%).

Wykazano także zależność pomiędzy wiekiem badanych a pytaniem dotyczącym przekazywania informacji w sposób jasny i zrozumiały.

Osoby starsze częściej (64%), niż osoby młodsze (36%) twierdziły, że udzielane dla nich informacje są nie do końca jasne i zrozumiałe. Podobna zależność występowała między wykształceniem ankietowanych a jasnością odbieranych komunikatów.

W przypadku osób posiadających wykształcenie wyższe częściej udzielane komunikaty dotyczące choroby, opieki pielęgniarstwa były jasne i zrozumiałe (68%), niż dla osób posiadających wykształcenie średnie i zawodowe (32%).

Uzyskane wyniki przedstawia tabela VII.

Tabela VII. Analiza oceny pracy pielęgniarki w szpitalu

Czy w czasie pobytu Państwa członka rodziny w szpitalu....	Tak	Nie	Trudno powiedzieć
w Państwa opinii chory otrzymuje wystarczająco wsparcia, życzliwości i uprzejmości?	100 (83%)	2 (2%)	18 (15%)
pielęgniarka poświęcała wystarczającą ilość czasu na rozmowę z Państwem?	70 (58%)	8 (7%)	42 (35%)
pielęgniarka zawsze chętnie udzielała Państwu informacji?	90 (75%)	0 (0%)	30 (25%)
Państwo otrzymujecie wystarczająco wsparcia?	95 (80%)	10 (8%)	15 (12%)
jesteście Państwo zadowoleni z warunków jakie panują na oddziale?	110 (92%)	1 (1%)	9 (7%)
pielęgniarka dostarczała Państwu informacji dotyczących opieki i pielęgnacji chorego?	85 (71%)	0 (0%)	35 (29%)
udzielane Państwu informacje były jasne, zrozumiałe?	50 (42%)	15 (12%)	55 (46%)
pielęgniarka umożliwiła Państwu kontakt z chorym?	120 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
na oddziale panuje dobra atmosfera?	115 (96%)	0 (0%)	5 (4%)
Państwa zdaniem pielęgniarki na oddziale są życzliwe i uprzejme?	110 (92%)	1 (1%)	9 (7%)
respektowano Państwa wartości?	108 (90%)	0 (0%)	12 (10%)

DYSKUSJA

Na początku powstania i rozwoju pielęgniarstwa rola pielęgniarki była znacznie ograniczona do niesienia opiekuńczej pomocy chorym. Obecnie pielęgniarstwo stało się ważną dziedziną medyczną, a personel pielęgniarstwa stanowi zasadnicze ogniwo w łańcuchu zapewnienia kompleksowej opieki pacjentowi oraz jego rodzinie [5,6].

Działania pielęgniarstwa w znaczącym stopniu są ukierunkowane już nie tylko na realizację roli opiekuńczej, ale również na promocję zdrowia, edukację zdrowotną, działalność naukową, współdziałanie w zespole interdyscyplinarnym oraz wysokospecjalistycznym leczeniu chorego [7,8].

Pielęgniarka realizuje swoje zadania zawodowe, pracując na rzecz człowieka i jego środowiska, własnego zawodu oraz nauki o pielęgnowaniu. Współcześnie pielęgniarka winna charakteryzować się wyrażaniem własnej opinii i pracy w interdyscyplinarnym zespole,

wysokim profesjonalizmem, nieustanną otwartością na pojawiające się zmiany, umiejętnością podejmowania decyzji oraz nawiązywaniem kontaktu i porozumiewaniem się z ludźmi [9,10].

Opinia pacjentów i ich rodzin powinna być obiektywnym wskaźnikiem pracy pielęgniarek. W opinii Mahoń [11] wyniki badań naukowych wskazują, iż satysfakcja z opieki pielęgniarstwa jest najważniejszym wskaźnikiem zadowolenia pacjenta z całościowej opieki świadczonej w szpitalu. Jakość opieki pielęgniarstwa, postrzegana i odczuwana przez pacjenta, czyli jego satysfakcja, jest jednym z mierników ewaluacji opieki pielęgniarstwa i całościowej opieki świadczonej w danej placówce ochrony zdrowia.

Badania Lemke [12] pozwoliły na stwierdzenie, że pacjenci, którzy ocenili swój pobyt w szpitalu jako bardzo satysfakcjonujący, w 95% ocenili również opiekę pielęgniarstwa jako bardzo satysfakcjonującą. Chorzy, którzy ocenili całościowy pobyt mniej satysfakcjonująco, tylko w 34% ocenili opiekę pielęgniarstwa bardzo dobrze [12].

W opinii Otani i wsp. [13] spośród atrybutów mających wpływ na ocenę całościowego zadowolenia z pobytu w szpitalu, opieka pielęgniarstwa miała największe znaczenie. W następnej kolejności były to procedura przyjęcia do szpitala, miłe otoczenie, podejście do rodziny i bliskich, opieka lekarska i proces wypisu ze szpitala. Analiza statystyczna wykazała, iż wpływ opieki pielęgniarstwa na ogólną satysfakcję z hospitalizacji był 3,5 razy większy, niż procedury przyjęcia do szpitala. Zdaniem autorów, w celu poprawy zadowolenia z całościowego pobytu w szpitalu należy więc najpierw poprawić zadowolenie z opieki pielęgniarstwa [13].

W zawodzie pielęgniarki ważnym elementem jest poczucie odpowiedzialności za dokładne i rzetelne wykonywanie powierzonych obowiązków, na odpowiednio wysokim poziomie ze stanem aktualnej wiedzy medycznej oraz odpowiedzialność za rozwój edukacyjny oraz pogłębianie własnej wiedzy gwarantuje wysoki poziom wykonywanych usług medycznych przez pielęgniarki [14,15].

Podobnie samodzielność w wykonywaniu i podejmowaniu pewnych czynności medycznych zwiększa odpowiedzialność za ponoszone decyzje. Personel pielęgniarstwa jest zobowiązany zaakceptować osobistą, a także zawodową odpowiedzialność za wykonywaną pracę [8]. Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek polega w znaczącym stopniu na przestrzeganiu i respektowaniu zasad etyki zawodowej oraz panujących obecnie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki [16].

Pielęgniarka, pełniąc funkcję wychowawczą, odpowiada m.in. za motywowanie pacjenta do zmian oraz za naukę nowych umiejętności, tak aby pacjent był zdolny do samoopieki po powrocie ze szpitala [17]. W badaniu Glińskiej i wsp. [18] 50% ankietowanych

potwierdziło prowadzenie przez pielęgniarki edukacji na temat zdrowia i umiejętności życia z chorobą. Z kolei wyniki badań własnych wskazują, że przekonanych o tym, iż pielęgniarki dostarczają informacji dotyczących samopielęgnacji było 80% pacjentów.

Niepokojące jest jednak zdanie respondentów na temat jasności przekazywanych komunikatów i informacji. W badaniach własnych tylko 25% badanych wyraziło pozytywną ocenę w kwestii przekazywania jasnych i zrozumiałych komunikatów informacyjnych oraz dostarczania wiedzy do samodzielnej opieki. Dużo wyższą ocenę pracy pielęgniarek w tym aspekcie wskazują wyniki badań Zhao i Akkadechanunt [19]. Także w badaniu Grochans i wsp. [20] na pytanie dotyczące komunikowania się i przekazania w jasny i zrozumiały sposób informacji przez pielęgniarki, aż 76% ankietowanych odpowiedziało twierdząco. W badaniu Mickiewicz i wsp. [21] zdaniem 78,6% członków rodziny informacje były udzielane w hospicjum w sposób wyczerpujący, a pobieżnie zdaniem 18%. Z kolei częstość rozmów z pielęgniarką za wystraszające uznało 63,7% członków rodzin. Raczej zadowolonych z tego było 34,1%, a niezadowolonych - 31%. O tym, że rodzina uzyskuje od personelu hospicjum pełen zakres informacji o procesie diagnozowania chorego przekonanych było 87,8% członków rodzin chorych [21].

Komunikacja między pacjentem a pielęgniarką jest ważnym elementem służącym do oceny jego problemów zdrowotnych. Rozmowa z pacjentem oraz jego rodziną pozwala na zdobycie zaufania, a to prowadzi do nawiązania pozytywnej relacji [22]. W badaniu Zhao i Akkadechanunt [19] pacjenci wyrazili opinię, że ilość czasu przeznaczana przez pielęgniarki dla pacjenta jest wystarczająca i zadowalająca. We własnych badaniach również ankietowani ocenili, że ilość czasu poświęcana przez pielęgniarkę na rozmowę z pacjentami oraz rodziną chorego jest wystarczająca. Podobne wyniki uzyskał w swoich badaniach Wasilewski [22].

Praca pielęgniarki nieustannie związana jest z kontaktem z drugim człowiekiem. Kluczowym celem opieki pielęgniarstwa jest nie tylko zaspokojenie wszystkich somatycznych potrzeb pacjenta, ale przede wszystkim wsparcie psychiczne pacjenta rozumiane jako szanowanie osobistej godności i holistyczne podejście. W związku z tym praca pielęgniarki wymaga znajomości zasad etycznego postępowania [23,24]. Wyniki obecnych badań wykazały, że zdecydowana większość ankietowanych (88%) nie zgadzała się z założeniem, że pielęgniarki zwracają się do nich i chorego w sposób lekceważący. Bardzo podobne wyniki uzyskali Mohammed i Odetola [25].

Larrabee i Bolden [26] przeprowadzili badanie, chcąc zidentyfikować komponenty opieki pielęgniarstwa, ważne dla jakości opieki z perspektywy hospitalizowanych pacjentów. Następnie porównali uzyskane wyniki z podobnymi badaniami innych autorów. Badaniem

objęli 597 pacjentów, którzy musieli odpowiedzieć na pytanie „co to jest dobra opieka pielęgniarstwa?”. Powyższe pozwoliło określić im pięć grup tematycznych dotyczących cech „dobrego pielęgnowania” [26]:

- 79,1% badanych - zaspokajanie potrzeb, w tym sprawdzanie, czy wszystko w porządku, opiekowanie się, walka z bólem, zapewnianie informacji, reagowanie na prośby, dbałość o otoczenie
- 54,6% - uprzejme traktowanie, w tym: respektowanie praw, miłe traktowanie, cierpliwość, pozytywne nastawienie
- 34,2% - troszczenie się, w tym: bycie „dla mnie”, okazywanie troski i zainteresowania
- 32,1% - bycie kompetentnym, w tym poprawne merytorycznie wykonywanie umiejętności, dążenie do doskonałości
- 29,1% - szybka pomoc, w tym: bycie na czas, wykonywanie zabiegów punktualnie, unikanie zbędnej zwłoki.

W przeprowadzonych badaniach ponad połowa respondentów podała, że pielęgniarki zdecydowanie szybko reagowały na wezwania chorego. Równie dobrze te zagadnienie opieki pielęgniarstwa było ocenione przez ankietowanych w badaniach przeprowadzonych u innych autorów [27-33].

Ewidentnie sprawdzono, że zachowanie i postawa i pielęgniarek mają duży wpływ na samopoczucie chorego w trakcie jego pobytu w szpitalu, a także wiążą się z szybkim powrotem do zdrowia [28]. W badaniach własnych respondenci w większości ocenili atmosferę panującą na oddziale jako dobrą i był to wynik nieco wyższy niż w badaniu Zhao i Akkadechanunt [19]. Ponad 78% respondentów w badaniu Wyrzykowskiej [32] spotkało się ze znaczną życzliwością, uprzejmością i wyrozumiałością ze strony zespołu pielęgniarstwa. Potwierdzają to także wyniki badań własnych oraz dostępnych w literaturze przedmiotu [21,22, 26,33].

W literaturze różnych autorów oraz ich badaniach, a także badaniach własnych bardzo wysoko ocenione okazało się okazywanie troski, szacunku przez pielęgniarki podczas pracy z pacjentem oraz jego rodziną [18,21].

W piśmiennictwie dotyczącym satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarstwa Johansson i wsp. [31] stwierdzają, że im był wyższy poziom wykształcenia badanych, tym ich oczekiwania odnośnie opieki pielęgniarstwa były większe. W prowadzeniu odpowiedniej pielęgnacji oraz stosowaniu leczenia, poznanie stanu emocjonalnego chorego i sposobu jego zachowania się, może być kluczowym elementem [32]. Na funkcję wsparcia emocjonalnego i psychicznego w

pracy pielęgniarki z pacjentem i jego rodziną rozumianego jako wyznacznik jakości opieki, wielu autorów zwraca uwagę w swoich badaniach [21,33,34]. W badaniu Glińskiej i wsp. [18] zaledwie jedna piąta respondentów przyznała, że może zawsze liczyć na pomoc personelu pielęgniarstwa w zakresie rozwiązywania swoich problemów występujących w różnych sferach życia. We własnych badaniach zdecydowana większość ankietowanych wyraziła opinię, że pielęgniarki są chętne i gotowe nieść pomoc. Taka sama liczba badanych potwierdziła, że pielęgniarki mają czas na rozmowę oraz wysłuchują wszystkich pojawiających się wątpliwości. Natomiast 3% ankietowanych twierdziło, że trudno im stwierdzić, czy pielęgniarki interesują się potrzebami pacjentów.

Johansson i wsp. [31] wykazali, że im więcej uwagi pielęgniarka poświęcała pacjentowi, tym wyższy był poziom jego satysfakcji, a zaangażowanie emocjonalne w opiekę nad pacjentem dodatkowo wpływało na podniesienie jego poziomu satysfakcji. Pacjenci wyrażali opinię, że zaangażowanie emocjonalne pielęgniarki w opiekę było dla nich nawet ważniejsze, niż sprawność manualno – techniczna [31].

Badania Grabskiej i Stefańskiej [10], przeprowadzone wśród 90 dorosłych pacjentów czterech różnych oddziałów Szpitala Wojewódzkiego we Włocławku wykazały, iż badani najbardziej cenili u pielęgniarki staranność i dokładność w wykonywaniu zabiegów oraz serdeczność i uprzejmość w podejściu do chorego. Pacjenci wysoko oceniali poziom wykształcenia pielęgniarki oraz posiadane przez nią specjalizacje. Zdecydowana większość badanych oczekiwała od pielęgniarki troskliwej opieki, a także wsparcia. Respondenci darzyli pielęgniarkę dużym zaufaniem oraz dobrze oceniają jej profesjonalizm [10].

Obecnie, jako cechy najczęściej wybierano budzenie zaufania (49%), empatię (40%), delikatność (30%) oraz poszanowanie godności innych (33%). Natomiast wśród wybranych odpowiedzi badanych najmniej odpowiedzi wybrało cechę: czujność (3%), cierpliwość (6%), uczciwość (6%).

W przeprowadzonych badaniach Mohammed i Odetoli 56% respondentów wyraziło opinię, że pielęgniarka poświęcała wystarczającą ilość czasu na rozmowę z pacjentem oraz jego rodziną [25]. Natomiast badania Grochans i wsp. [20] wykazały znacznie wyższą ocenę odnośnie zainteresowania pacjentem oraz czasu spędzonego na rozmowie, gdyż 94% ankietowanych udzieliło pozytywnej odpowiedzi.

Nieznaczną część obecnie badanych uważała, że trudno jest stwierdzić, czy chory otrzymuje wystarczająco wsparcia, życzliwości i uprzejmości ze strony personelu pielęgniarstwa podczas pobytu w szpitalu. Takie wyniki mogą wiązać się z brakiem dostatecznej ilości czasu dla rodziny chorego oraz samego pacjenta.

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta biorecy usług medycznych posiadają pełne prawo do uzyskania informacji na temat czynności, zabiegów i wszelkich podejmowanych działań pielęgnacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę [35]. Analizując badania wielu autorów jasno wynika, że w ocenie 80% ankietowanych, personel pielęgniarstwa w należyty sposób przekazuje informacje, które dotyczą celu wykonywanych badań oraz wyjaśnienia sposobu zachowania się podczas podejmowanych czynności i zabiegów pielęgniarstwa [21,24,28-31]. Również wyniki badań własnych potwierdzają powyższe stwierdzenia dotyczące wyjaśnienia danej procedury medycznej przez pielęgniarkę przed przystąpieniem do wykonania danej czynności. Podobnie ten aspekt ocenili respondenci w badaniu Mohammed i Odetoli [25] oraz Wasilewskiego [22].

WNIOSKI

1. Ankietowani mieli świadomość objawów choroby nowotworowej, głównie w związku z tym, że ktoś wcześniej w rodzinie zmagał się z tą chorobą i uznali dziedziczność jako czynnik znacząco zwiększający ryzyko wystąpienia nowotworów.
2. Blisko połowa respondentów uznała Internet jako najlepsze źródło informacji dotyczące choroby nowotworowej i jej leczenia.
3. W większości respondenci uważali, że pielęgniarka powinna wykonywać swój zawód przestrzegając zasad etyki zawodowej oraz poszanowania godności i praw pacjentów.
4. Według ankietowanych najważniejsze umiejętności charakteryzujące pielęgniarki to przede wszystkim humanitarny stosunek do pacjenta, a cechy w pracy to edukowanie chorych oraz udzielanie pacjentowi wsparcia.
5. Cechy, które cenili respondenci w pracy pielęgniarki to zaufanie, empatia oraz poszanowanie godności innych.
6. Zdecydowana większość badanych pozytywnie oceniła stosunek pracy oraz podejście do pacjenta i jego rodziny w czasie pobytu w szpitalu.

PIŚMIENNICTWO

1. Pyszkowska J. Opieka paliatywna – formy realizacji, zasady współpracy z lekarzem rodzinnym. Przewodnik Lekarza, 2007; 2: 198-201.

2. Pietruk K.: Postrzeganie opieki paliatywnej przez środowisko medyczne w aspekcie higieny psychicznej i epidemiologii. Hospicjum to przede wszystkim życie. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2009; 90: 120-125.
3. Bartusek M.: Opieka paliatywna/hospicyjna w świetle wypowiedzi pielęgniarek i lekarzy. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio D* 2004; 14: 103-109.
4. Orzoł M.: Zasady opieki terminalnej nad pacjentami z chorobą nowotworową, *Medycyna po Dyplomie*, 2012, <https://podyplomie.pl/medycyna/10632,zasady-opieki-terminalnej-nad-pacjentami-z-choroba-nowotworowa> (dostęp 13.12.2019).
5. Kózka M., Gabryś T., Brzyski P., Ogarek M., Cisek M., Przewoźniak L., Ksykiewicz-Dorota A., Gajda K., Brzostek T.: Wybrane czynniki determinujące ocenę jakości opieki pielęgniarstwa w szpitalach pełniących stały dyżur. Wyniki projektu RN4CAST. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2012; 10(4): 278–288.
6. Wołowski T., Piątek W., Nowalińska M.: Ocena jakości opieki pielęgniarek uzdrowskich przez kuracjuszy. *Annales Academiae Medicae Gedanensis* 2010; 40: 109–116.
7. Dalkowska A., Dalkowski P., Gaworska-Krzemińska A., Krzemiński M.: Historyczno-prawne regulacje zawodu pielęgniarki. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15(2–3): 115–119.
8. Glińska J., Lewandowska M.: Autonomiczność zawodu pielęgniarstwa w świadomości pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji zawodowych. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15(4): 249–253.
9. Siwek M., Chmiel I., Dzierga K.: Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez społeczeństwo z województwa małopolskiego. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2012; (4): 73–78.
10. Grabska K., Stefańska K.: Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17(1): 8–12.
11. Mahoń P.Y.: An analysis of the concept of patient satisfaction as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 24: 1241-1248.
12. Lemke R.W.: Identifying consumer satisfaction through patient surveys. *Health Progress* 1987; 68(2): 56-58.
13. Otani K., Kurz R. S.: The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions. *The Journal of Healthcare Management* 2004; 46: 181-196.

14. Burhans L.M., Alligood M.R.: Quality nursing care in the words of nurses. *The Journal of Advanced Nursing* 2010; 66(8): 1689–1697.
15. Gawęł G., Pater B., Potok H., Ogonowska D.: Świadomość odpowiedzialności zawodowej wśród pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18(2): 105–110.
16. Gotlib J., Maliszewska A.: Próba oceny wiedzy pielęgniarek na temat zakresu odpowiedzialności zawodowej w świetle znowelizowanych przepisów prawnych – doniesienie wstępne. *Zdrowie Publiczne* 2013; 123(1): 57–61.
17. Ciechaniewicz W.: Pielęgniarka – świadczeniodawca opieki pielęgniarstwa [W:] Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniaczek K. (red.). *Podstawy pielęgniarstwa*. Czelej, Lublin 2009: 325–346.
18. Glińska J., Bednarska A., Brosowska B., Lewandowska M.: Analiza poziomu jakości opieki pielęgniarstwa w opinii pielęgniarek i pacjentów. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2012; 4: 151–160.
19. Zhao S.H., Akkadechanunt T.: Patient's perceptions of quality nursing care in a Chinese hospital. *International Journal of Nursing & Midwifery Research* 2011; 3(9): 145–149.
20. Grochans E., Wieder-Huszla S., Jurczak A., Stanisławska M., Janic E., Szych Z.: Wsparcie emocjonalne jako wyznacznik jakości opieki pielęgniarstwa. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2009; 90(2): 236–239.
21. Mickiewicz I., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Kędziora-Kornatowska K., Muszyńska-Roslan K.: Hospice workers' and family of hospice patients' perception of hospice care. *Progress in Health Sciences* 2011; 1(2): 106-112.
22. Wasilewski T.P.: Ocena jakości usług świadczonych przez pielęgniarki. *Zdrowie i Dobrostan* 2015; 2: 393–401.
23. Szczerbińska K.: Jakość opieki zdrowotnej [w:] *Zdrowie Publiczne*. Tom II. Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk C. (red.). Vesalius, Kraków 2001: 141–184.
24. Pikor K., Tereszkievicz J., Bar K.: Życie i praca w ochronie zdrowia. *Przegląd Urologiczny* 2012; 2: 72,35–38.
25. Mohammed M.A., Odetola T.D.: Evaluation of patients' perception of nursing care in selected health institutions in Edo state, Nigeria. *International Journal of Medicine and Medical Sciences* 2014; 5(1): 12–19.
26. Larrabee J., Bolden L.: Defining Patient-Perceived Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing Care Quality* 2001; 16: 34-60.
27. Sierpińska L., Dzirba A.: Poziom satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarstwa. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011; 1: 18–22.

28. Szutarska A., Andruszkiewicz A.: Czynniki wyznaczające stan psychiczny i wpływające na ocenę opieki pielęgniarstwa. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2010; 1: 1–5.
29. Wyrzykowska M.: Ocena opieki pielęgniarstwa w opinii pacjentów. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2007; 1: 3–10.
30. Lisowska B., Smolak A., Wielgus M.: Ocena pracy personelu medycznego. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2014; 8: 310–320.
31. Johansson P., Oleni M., Fridlund B.: Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2002; 16(4), 337–344.
32. Kurowska K., Bystryk R.: Rola wsparcia i przekonań dotyczących zdrowia w zmaganiu się z problemami wieku geriatrycznego. *Geriatrics* 2013; 7: 5–11.
33. Mróz J.: Wsparcie od personelu medycznego a dynamika stanu emocjonalnego u pacjentów po zawale serca. *Folia Cardiologica Excerpta* 2013; 8(1): 9–13.
34. Wiśniewska L., Paczkowska B., Białobrzaska B.: Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne wśród pacjentów leczonych nerkozastępczo. *Forum Nefrologiczne* 2010; 3(1): 63-70.
35. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm. <http://prawo.sejm.gov.pl/> (dostęp 09.03.2019r.).

Opieka paliatywna nad pacjentami z rakiem nerkowokomórkowym

Joanna Chorbińska, Wojciech Krajewski²

Joanna Chorbińska¹,

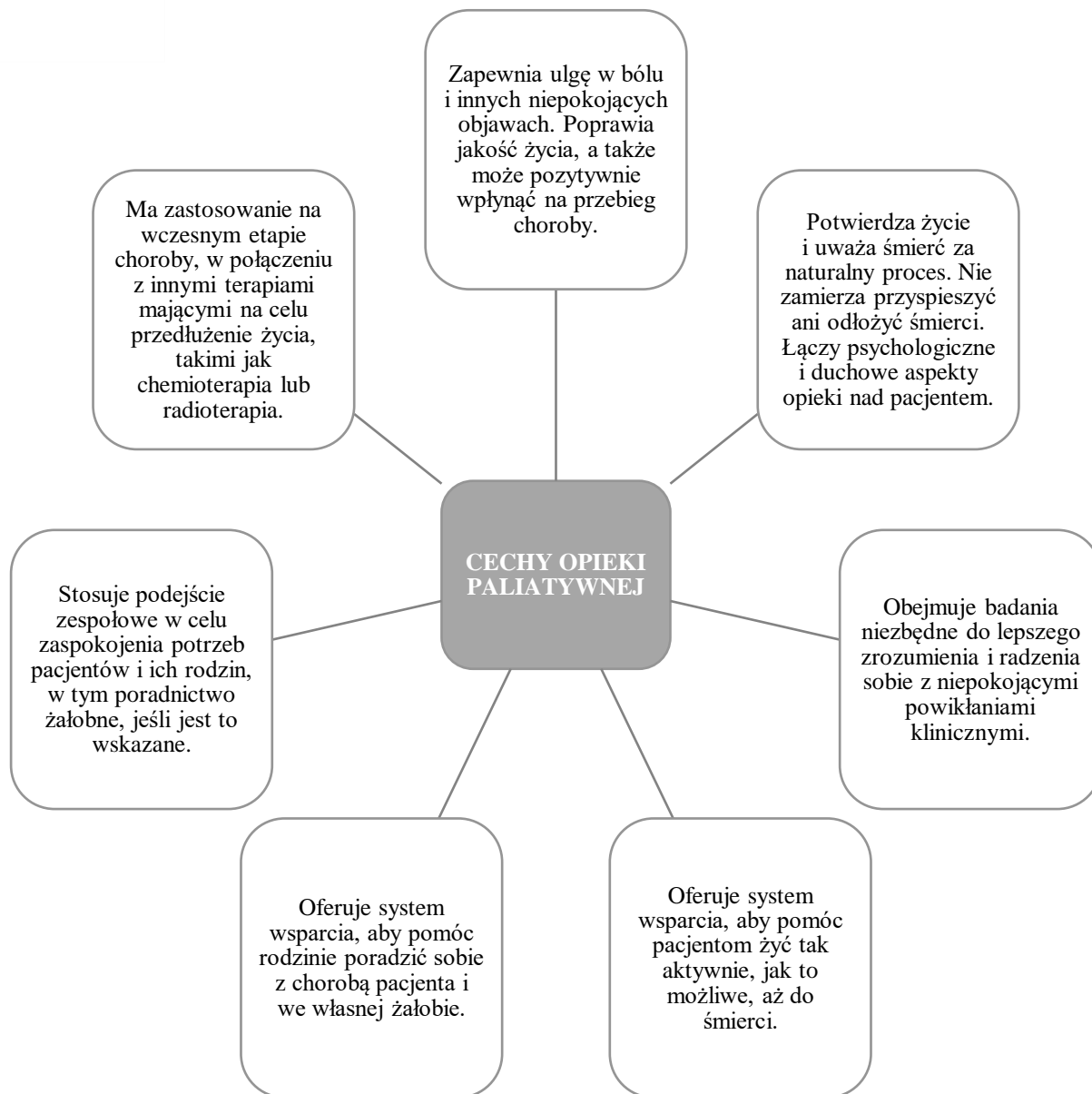
1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Absolwentka Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław
2. Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej, Wrocław

WSTĘP

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opieka paliatywna to „*podejście, które poprawia jakość życia pacjentów i ich rodzin stojących w obliczu problemów związanych z chorobą zagrażającą życiu, przez zapobieganie i łagodzenie cierpienia przez wczesną identyfikację i nienaganną ocenę oraz leczenie bólu i innych problemów fizycznych, psychospołecznych i duchownych*” [1].

Niestety w społeczeństwie powszechnie panuje przekonanie, że opieka paliatywna oferowana jest chorym w końcowym stadium choroby nowotworowej, będącym już u kresu życia i jej rozpoczęcie jest jednoznaczne z odstąpieniem od dalszego leczenia. Natomiast działania z zakresu opieki paliatywnej są stosowane już na wczesnych etapach choroby, w połączeniu z leczeniem ukierunkowanym na wyzdrowienie lub w połączeniu z innymi terapiami mającymi na celu przedłużenie życia, takimi jak chemioterapia, radioterapia, hormonoterapia, czy chirurgia. Opieka paliatywna pozwala na poprawę jakości życia przez działania mające na celu poprawę funkcjonowania pacjenta oraz ulżenie mu w cierpieniu i może w ten sposób wpłynąć na przebieg choroby. Ma charakter dynamiczny i powinna być prowadzona przez wielodyscyplinarny zespół, którego celem jest zaspokojenie potrzeb nie tylko pacjenta, lecz również jego rodziny. Idea opieki paliatywnej zakłada, że śmierć to naturalny proces, a jej celem nie jest ani przyspieszenie, ani odłożenie śmierci (Ryc. 1.) [1,2,3].

Nowotwory stanowią drugą, po chorobach układu krążenia, przyczynę zgonów w Polsce. Według danych GUS w 2017 roku z powodu nowotworów zmarło 106 941 osób, w tym 99 643 osoby z powodu nowotworów złośliwych, co stanowi odpowiednio 26,5% i 24,7% wszystkich zgonów. Ze względu na płeć nowotwory złośliwe w 2017 roku spowodowały 26,3% zgonów mężczyzn i 23,1% zgonów kobiet [4,5].



Rycina 1. Cechy opieki paliatywnej wg WHO

Wobec stałego postępu w zakresie leczenia i wprowadzania nowych metod terapii nowotworów, w tym terapii celowanych, choroby nowotworowe zyskują coraz bardziej przewlekły charakter. Stawia to przed opieką paliatywną szereg kolejnych wyzwań, m.in. w zakresie zwalczania skutków ubocznych nowych terapii.

Jednym z nowotworów, w którym postępy w zakresie metody leczenia doprowadziły do wydłużenia oczekiwanej długości życia, jest rak nerkowokomórkowy. Celem tego opracowania jest przybliżenie wybranych elementów opieki paliatywnej stosowanej u pacjentów z zaawansowanym rakiem nerkowokomórkowym.

RAK NERKOWOKOMÓRKOWY (RCC – *renal cell carcinoma*)

Rak nerkowokomórkowy (RCC) jest jednym z najczęstszych nowotworów w populacji ogólnej – stanowi około 3% wszystkich nowotworów złośliwych [6,7,8]. Według Krajowego Rejestru Nowotworów z 2017 roku RCC zajmuje 5. miejsce, co do częstości występowania nowotworów w Polsce u mężczyzn, a 8. u kobiet i stanowi odpowiednio 3,8% i 2,5% wszystkich nowotworów. W przypadku zgonów klasyfikuje się na 9. miejscu u mężczyzn oraz na 11. u kobiet (2,8% i 2,08% wszystkich nowotworów) [5]. RCC jest najczęstszym nowotworem litym nerki (około 90%). Mężczyźni chorują około 1,5 razy częściej niż kobiety. Szczyt zachorowalności przypada między 60. a 70. rokiem życia [7,8,9].

W momencie rozpoznania RCC przerzuty występują u około 20-30% pacjentów, zaś u 20-30% chorych po leczeniu operacyjnym dochodzi do nawrotu choroby [10]. Średni wskaźnik 5-letniego przeżycia, niezależnie od stopnia zaawansowania, wynosi 49% [8]. Mediana przeżycia u pacjentów z przerzutami w momencie rozpoznania wynosi 6–12 miesięcy, a wskaźnik 5-letniego przeżycia wynosi mniej niż 10% [11,12,13].

Ze względu na oporność RCC na radioterapię i chemioterapię przez wiele lat immunoterapia była podstawą leczenia w zaawansowanym stadium. Jednak charakteryzuje się ono małą skutecznością – mediana całkowitego czasu przeżycia chorych leczonych immunoterapią ulega wydłużeniu o 4 miesiące [7,10]. Nowe metody leczenia, z wykorzystaniem inhibitorów receptorów kinaz tyrozynowych, inhibitorów kinazy serynowo-treoninowej mTOR oraz przeciwciał anti-VEGF, doprowadziły do wydłużenia oczekiwanej długości życia z 12 nawet do 24 miesięcy [14]. Wobec postępów terapeutycznych opieka paliatywna odgrywa bardzo ważną rolę w opiece nad pacjentami z zaawansowanym RCC. Pacjenci doświadczają wielu dolegliwości, których zaopatrzenie dzięki różnym opcjom opieki paliatywnej prowadzi do poprawy jakości życia. Są to m. in. zespoły paraneoplastyczne, ból, krwawienie, zaburzenia oddechowe i neurologiczne spowodowane przerzutami.

ZESPOŁY PARANEUPLASTYCZNE (PNS – *PARANEUOPLASTIC SYNDORMES*)

Zespoły paranowotworowe/paraneoplastyczne są to zaburzenia funkcjonowania układów i narządów, które nie są bezpośrednio związane z rozwojem nowotworu, ani zmian przerzutowych [15]. RCC jest najczęstszym z nowotworów urologicznych, który powoduje rozwój PNS – występują u około 30% pacjentów [8,16].

Do najczęstszych PNS związanych z RCC należą: hiperkalcemia (uwalnianie peptydu podobnego do parathormonu) [17], zespół anoreksja-kaheksja, czerwienica (wytwarzanie erytropoetyny) [18], nadciśnienie (uwalnianie reniny) [19] i upośledzenie funkcji wątroby, tzw. zespół Stauffer'a (uwalnianie czynnika stymulującego tworzenie kolonii granulocytów i makrofagów) [11,14]. Nefrektomia prowadzi zazwyczaj do ustąpienia większości objawów. W przypadku, gdy po zabiegu utrzymują się dolegliwości, należy podejrzewać chorobę przerzutową, a rokowanie jest złe [11,14,20].

Hiperkalcemia

Hiperkalcemia należy do jednego z najczęstszych PSN występujących u pacjentów z RCC i dotyka nawet 13-20% chorych z przerzutami [16,20]. Uważa się, że jest spowodowana uwalnianiem przez nowotwór peptydu podobnego do parathormonu (PTHrP – *parathyroid hormone-related protein*) [17,21].

PTHrP dzięki zdolności do wiązania się z receptorami dla parathormonu w obrębie kości i nerek nasila resorpcję kości, zmniejsza klirens nerkowy wapnia oraz hamuje wchłanianie zwrotne fosforu [16,19,20].

Objawy hiperkalcemii są niespecyficzne i obejmują bóle głowy, osłabienie, utratę apetytu, zaparcia, nudności, wymioty, wielomocz, zwiększone pragnienie, a w bardziej zaawansowanym stadium może dojść do odwodnienia i śpiączki [16,19,20].

Najskuteczniejszą metodą leczenia, szczególnie w ciężkich przypadkach, jest nefrektomia [16,19,20]. W przypadku łagodnej hiperkalcemii podstawowe postępowanie, wystarczające w większości przypadków, obejmuje nawadnianie drogą doustną lub dożylną [16,22]. W razie potrzeby zastosowanie mają bisfosfoniany (hamowanie osteoklastów i resorpcji kości) lub kalcytonina (sprzyja wbudowywaniu wapnia do kości) [16,20]. Bisfosfoniany preferowane są w postaci dożylnej, np. pamidronian, zoledronian, gdyż w postaci doustnej, np. etodronian, aledronian, powodują objawy dyspeptyczne i refluksowe, co może prowadzić do zaprzestania przyjmowania leku przez chorego. Podczas stosowania kalcytoniny wymagane są codzienne zastrzyki podskórne [22]. W przypadkach opornych na leczenie można zastosować środek chelatujący EDTA (kwas etylenodiaminotetraoctowy) lub mitramycynę, która zmniejsza stężenie wapnia w surowicy poprzez hamowanie syntezy RNA w osteoklastach. Należy pamiętać, że stosowanie mitramycyny grozi zahamowaniem czynności szpiku [23]. W przypadku bardzo wysokich poziomów kalcemii może być konieczne zastosowanie hemodializy [16].

Zespół kacheksja-anoreksja (CACS – *cancer anorexia-cachexia syndrome*)

Zespół kacheksja-anoreksja to kolejny PNS często występujący u pacjentów z RCC [14]. Charakteryzuje się anoreksją oraz mimowolną utratą masy ciała, której towarzyszy utrata masy mięśniowej z lub bez utraty tkanki tłuszczowej [24,25]. Jest to stan hiperkatabolizmu i zaawansowanego niedożywienia białkowego prowadzący do pogorszenia ogólnej sprawności, jakości życia i cierpienia psychicznego. CACS może powodować nasilenie toksyczności terapii przeciwnowotworowej oraz zmniejszenie odpowiedzi na terapię, co w efekcie prowadzi do skrócenia czasu przeżycia [24,26]. Patogeneza tego PNS nie została jeszcze w pełni wyjaśniona, jednak pod uwagę bierze się zaburzenie równowagi między anabolizmem i katabolizmem spowodowane działaniem licznych mediatorów, w tym cytokin, neuropeptydów i neuroprzekazników [24,25,27].

Objawy CACS prowadzą do zmniejszenia podaży pokarmu. Należą do nich utrata apetytu, wczesne uczucie sytości, zmiana odczuwania smaku i zapachu pokarmów, przewlekłe zmęczenie, nudności, wymioty [11,24].

Kacheksję należy podejrzewać wtedy, jeśli w ciągu sześciu miesięcy zaobserwuje się mimowolną utratę masy ciała większą niż 5 procent masy wyjściowej, szczególnie w połączeniu z zanikiem mięśni [28].

Idealną i najskuteczniejszą metodą leczenia jest wyleczenie nowotworu, jednak często nie jest to możliwe do osiągnięcia [24,26]. Pacjenci powinni uzyskać zindywidualizowaną opiekę w zakresie leczenia żywieniowego. Zalecane jest spożywanie małych i częstych posiłków w postaci łatwej do przyjęcia. Należy unikać pokarmów wysokotłuszczowych, ponieważ tłuszcz opóźnia opróżnianie żołądka i może zaostrić wczesne uczucie sytości i objawy anoreksji. Wobec zmienionego odczuwania smaku i zapachów należy unikać skrajnych temperatur i intensywnego smaku żywności [24]. Kolejnym sposobem postępowania mającym na celu poprawę apetytu jest farmakoterapia. Wyróżniamy dwie najczęściej stosowane grupy leków – syntetyczne pochodne progesteronu (medroksyprogesteron, octan megestrolu) zalecane do stosowania przez dłuższy okres czasu (od tygodni do miesięcy) i glikokortykosteroidy zalecane do stosowania przez krótszy okres [26]. Mechanizm działania syntetycznych pochodnych progesteronu nie został jeszcze poznany. Leki podaje się w formie doustnej, np. octanu megestrolu w dawce 400–800mg na dobę. Zaleca się, aby rozpocząć od jak najniższej dawki i stopniowo ją zwiększać zgodnie z odpowiedzią kliniczną oraz kontynuować leczenie przez co najmniej 8 tygodni. Kortykosteroidy są szeroko stosowane ze względu na ich właściwości przeciwwymiotne, stymulację apetytu i działanie euforyzujące,

jednak efekt ten jest ograniczony w czasie do 4-6 tygodni [26,27]. Obecnie najczęściej wybieraną opcją wydaje się zastosowanie deksametazonu w dawkach 2–8 mg [27].

OBJAWY ZWIĄZANE Z GUZEM

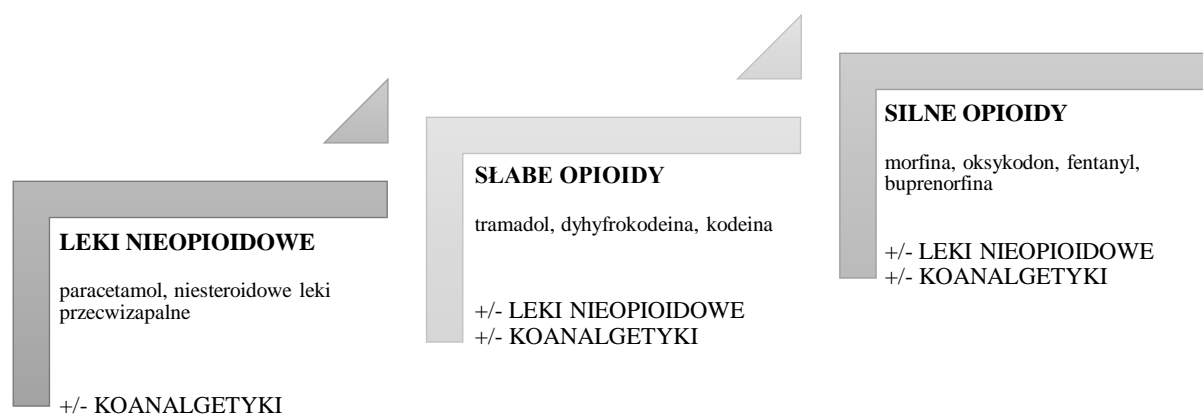
RCC jest obecnie najczęściej rozpoznawany przypadkowo podczas badań obrazowych wykonywanych z innych przyczyn. Klasyczna triada objawów – ból w okolicy lędźwiowej, krwimocz oraz wyczuwalny palpacyjnie guz - jest obecnie obserwowana głównie u pacjentów w zaawansowanym stadium [7]. Chorzy mogą również doświadczać uporczywych dolegliwości spowodowanych PNS. Istnieje także ryzyko gwałtownego, zagrażającego życiu krwotoku z guza [29]. Obecnie aspekt zgłaszania bólu odgrywa coraz większe znaczenie i jest uznawany przez niektórych autorów za czwarty z parametrów życiowych po tętnie, ciśnieniu krwi i temperaturze [22]. Ból związany z guzem zgłaszany jest przez 60-80% pacjentów. Może być on spowodowany rozrostem guza, naciekaniem tkanek miękkich i sąsiadujących narządów wewnętrznych, naciekaniem i uciskiem splotów nerwowych, a także przerzutami m.in. do kości [12,22]. Postępowanie w przypadku przerzutów oraz zespołów paranowotworowych zostało omówione w odpowiednich fragmentach niniejszej pracy.

Nefrektomia paliatywna jest najbardziej agresywną formą postępowania u pacjentów z zaawansowanym RCC pozwalającą na redukcję bólu, krwimocz, zaopatrzenie krwawienia opornego na inne formy terapii lub złagodzenie niektórych objawów PNS. Zabieg nie jest wolny od powikłań, dlatego niezbędna jest staranna selekcja pacjentów podczas kwalifikacji do operacji [11]. Obecnie, ze względu na dostępność technik mniej inwazyjnych, np. embolizacji, nefrektomia wykonywana jest bardzo rzadko, głównie z powodu uporczywych, opornych na leczenie objawów PNS [29].

Paliatywna embolizacja guza nerki jest bezpiecznym postępowaniem u pacjentów z zaawansowanym RCC. Pozwala na ustąpienie dolegliwości, takich jak krwimocz i ból w okolicy lędźwiowej u ponad 90% pacjentów. Dodatkowo wiąże się z mniejszym odsetkiem powikłań w stosunku do nefrektomii paliatywnej [12,14,29,30]. Zabieg polega na zablokowaniu dopływu krwi tętniczej do określonego obszaru [30,31]. Procedura wykonywana jest najczęściej przez zespół radiologów interwencyjnych, a materiał zatorowy podawany jest przez cewnik wprowadzony przez tętnicę udową do naczynia docelowego pod kontrolą radiologiczną [12,29,31]. Najczęstszym powikłaniem zabiegu jest tzw. zespół poembolizacyjny, który objawia się zwykle w ciągu 1-3 dni po embolizacji w postaci bólu brzucha, głowy, okolicy lędźwiowej, gorączki, nudności, wymiotów, leukocytozy,

podwyższonego ciśnienia tętniczego oraz dolegliwości przypominających niedrożność porażenną jelit. Do innych, rzadszych powikłań należą nefropatia kontrastowa i przypadkowa embolizacja nieprawidłowej okolicy [12,29,32].

Kolejną metodą zwalczania bólu jest leczenie objawowe. Farmakoterapia powinna być stosowana dopiero po wyczerpaniu możliwości postępowania przyczynowego, np. radioterapii paliatywnej w przypadku przerzutów do kości lub interwencji chirurgicznych. Uzupełniającą rolę pełni fizjoterapia, np. masaże, przezskórna elektrostymulacja nerwów (TENS – *transcutaneous electrical nerve stimulation*), termoterapia [12,33]. Leczenie bólu nowotworowego opiera się na schemacie opracowanym przez WHO, tzw. drabinie analgetycznej (Ryc. 2) [34]. Farmakoterapia powinna być dostosowana indywidualnie do pacjenta i zawierać zarówno leki przeciwbólowe z określonego stopnia drabiny, ale również leki adjuwantowe (koanalgetyki), czy leki wspomagające, mające na celu zmniejszenie działań niepożądanych spowodowanych stosowaniem opioidów [35].



Rycina 2. Drabina analgetyczna wg WHO

W miarę możliwości leki przeciwbólowe należy stosować w postaci preparatów doustnych lub plastrów, które są dla pacjenta proste w użyciu. Oprócz leku o długim czasie działania przyjmowanego w stałych odstępach czasu (tzw. lek podstawowy), w momencie wystąpienia bólu przebijającego zaleca się stosowanie dodatkowego leku o szybkim i krótkim czasie działania [12,22,36]. W przypadku bólu neuropatycznego korzystne jest dołączenie leku adjuwantowego, np. leku przeciwdrgawkowego, czy przeciwdepresyjnego [22,35,36].

Przerzuty do kości

Przerzuty do kości są wykrywane u około 1/3 pacjentów z zaawansowanym RCC [37]. Przerzuty mają głównie charakter osteolityczny, są silnie unaczynione i często rozrastają się w

sposób ekspansywny. Lokalizują się najczęściej w kręgosłupie i miednicy, rzadziej w żebrach [38-41]. Przerzutowa choroba kości powoduje występowanie incydentów/powikłań związanych z układem kostnym (SREs – *skeletal-related events*), do których zaliczane są: złamania patologiczne, interwencje chirurgiczne (w celu leczenia lub zapobiegania złamaniom), paliatywna radioterapia lub operacja w celu złagodzenia bólu kości, ucisk rdzenia kręgowego, hiperkalcemia związana z chorobą nowotworową [37,38,40].

Najczęstsze interwencje u pacjentów z zajęciem kości w przebiegu RCC jest to postępowanie przeciwbólowe oraz zaopatrzenie złamań. Główne metody stosowane w celu analgezji to paliatywne leczenie operacyjne i radioterapia. Resekcja chirurgiczna zmian przerzutowych zapewnia ulgę w bólu, przywraca funkcjonalność i mobilność oraz poprawia jakość życia [41,42]. Operacyjna dekompresja rdzenia kręgowego przed zastosowaniem radioterapii pozwala na osiągnięcie lepszych wyników niż sama radioterapia [22,40]. Radioterapia w monoterapii przeważnie jest stosowana w najcięższych przypadkach [22,43]. Alternatywnymi, małoinwazyjnymi metodami pozwalającymi na redukcję bólu są przeszskórna wertebroplastyka (podanie cementu kostnego do zmian kostnych) lub przeszskórna embolizacja [14,22,41,44].

Dodatkowo stosuje się preparaty o działaniu ukierunkowanym na tkankę kostną. Bisfosfoniany, głównie kwas zoledronowy, hamują aktywność osteoklastów i zmniejszają adhezję komórek nowotworowych do macierzy kostnej [38,40,41]. Niestety rzadkim powikłaniem długotrwałej terapii bisfosfonianami jest rozwój martwicy kości szczękowych [45]. Innym stosowanym preparatem jest denosumab - ludzkie monoklonalne przeciwciało wiążące się z ligandem RANK (RANKL), który to bierze udział w przebudowie kości objętej przerzutami nowotworowymi. Denosumab powoduje zahamowanie tworzenia się i przeżycia osteoklastów, a także prowadzi do ich apoptozy. W efekcie dochodzi do zmniejszenia resorpcji kości [40,41]. Jest to preparat podawany podskórnym, co może być zaletą w porównaniu z dożylnym leczeniem bisfosfonianami, a także wydaje się być mniej nefrotoksyczny niż bisfosfoniany, co może być szczególnie korzystne dla pacjentów z RCC, którzy mają tylko jedną nerkę [40].

Oprócz leczenia objawowego, istotną rolę w opiece paliatywnej nad pacjentami z przerzutami do kości odgrywa zapobieganie złamaniom. Profilaktyczna stabilizacja chirurgiczna przerzutów grożących złamaniem patologicznym pozwala na zmniejszenie zachorowalności, redukcję bólu, zachowanie mobilności oraz poprawę jakości życia [41,46]. Ponadto ważnym elementem jest odpowiednie zaopatrzenie ortopedyczne, np. orteza

kręgosłupa. Dodatkowo należy zabezpieczyć pacjenta przed upadkami i wspomagać lokomocję, np. za pomocą laski, kuli lub chodzika [33].

Przerzuty do płuc

Przerzuty RCC najczęściej lokalizują się w płucach i występują u 75% pacjentów w zaawansowanym stadium [43,47,48]. Rzadko powodują dolegliwości, które dzieli się na dwie grupy. Obie mogą występować jednocześnie u pacjenta. Pierwsza z nich spowodowana jest wrastaniem przerzutów do światła oskrzeli i obejmuje krwawienie, krwioplucie oraz niedrożność dróg oddechowych objawiająca się dusznością [11,22,49,50]. Ze względu na obfite unaczynienie istnieje ryzyko poważnego krwotoku płucnego [48]. Do drugiej grupy dolegliwości należy duszność spowodowana zajęciem bardzo dużej ilości mięszu płucnego przez przerzuty, co prowadzi do zaburzenia równowagi między wentylacją a perfuzją [14,22,49]. Postępowanie paliatywne usprawniające oddychanie może w znaczący sposób poprawić jakość życia pacjentów.

W przypadku zmian wrastających do światła dróg oddechowych powodujących niedrożność lub krwawienie zastosowanie mają techniki miejscowe, wykonywane w trakcie bronchoskopii. Technika stosowaną najczęściej jest fototerapia laserowa z użyciem lasera Nd:YAG z wprowadzeniem stentu lub bez, co zapewnia pacjentowi szybkie ustąpienie dolegliwości [11,48,49]. Do pozostałych metod należą krioterapia, elektrokoagulacja, terapia fotodynamiczna oraz brachyterapia [48,49].

Pacjenci z rozległym zajęciem mięszu płucnego, którzy nie odpowiadają na leczenie systemowe stanowią wyzwanie dla opieki paliatywnej. Nowo zaproponowaną formą terapii pozwalającą na redukcję duszności jest stosowanie IL-2 w postaci wziewnej [51].

Alternatywną metodą jest chirurgiczne usunięcie zmian przerzutowych do płuc, o ile pozwalają na to warunki techniczne i stan kliniczny pacjenta [43,47].

W okresie terminalnym w zwalczaniu duszności można stosować opioidy systemowe w małych dawkach, najlepiej w formie doustnej lub przezskórnej. Prowadzi to do redukcji uczucia duszności, a także zmniejsza się niepokój i lęk [22,52]. W przypadku skurczu oskrzeli, skuteczne może okazać się dodatkowe zastosowanie leku rozszerzającego oskrzela, np. salmeterolu lub albuterolu, a w przypadku zalegania wydzieliny, preparatów rozrzedzających wydzielinę oskrzelową oraz wprowadzenie fizjoterapii. W celu zmniejszenia uczucia duszności i bólu można również rozważyć podaż podtlenku azotu lub opioidów w postaci wziewnej, szczególnie pacjentom, którzy ze względu na stan ogólny nie są w stanie przyjmować ich w formie doustnej [22,53,54].

Przerzuty do mózgu

RCC jest jednym z jednym z najczęstszych nowotworów przerzutujących do mózgu. W zależności od źródła przerzuty RCC do mózgu występują u od 4% do 48% pacjentów [55]. Objawy neurologiczne zależą od lokalizacji przerzutów w mózgu. Do objawów, które sugerują obecność przerzutów w OUN należą: drgawki, zmiana zachowania, deficyty ruchowe, zaburzenia czucia, bóle głowy, splątanie [56].

Podstawową metodą postępowania jest resekcja chirurgiczna zmian przerzutowych z/bez napromienianiem całego mózgu [22,56]. Leczenie operacyjne pozwala na uzyskanie potwierdzenia histopatologicznego oraz szybkie ustąpienie objawów neurologicznych [55]. Nową metodą stosowaną coraz powszechniej zarówno w monoterapii, jak i w połączeniu z napromienianiem całego mózgu jest radiochirurgia stereotaktyczna [57]. Pozwala ona na dostarczenie wysokiej pojedynczej dawki na precyzyjnie zdefiniowany obszar minimalizując dawkę promieniowania dostarczoną sąsiadującym tkankom [43]. W najbardziej zaawansowanych stadiach paliatywne napromienianie całego mózgu pozostaje najlepszym wyborem. Dodatkowo ostatnie badania wykazały, że leczenie systemowe sunitynibem, inhibitorem receptorowych kinaz tyrozynowych, wydłuża okres przeżycia pacjentów z przerzutami do mózgu [22,56,58,59].

POSUMOWANIE

Wbrew powszechnemu pogładowi opieka paliatywna nie ogranicza się li tylko do opieki nad pacjentami u schyłku życia. Jest to multidyscyplinarne i proaktywne postępowanie obejmujące leczenie objawowe oraz wsparcie socjalne, psychologiczne i duchowe, mające na celu poprawę jakości życia pacjentów z zaawansowaną chorobą zagrażającą życiu. Obejmuje nie tylko pacjenta, lecz również jego rodzinę zarówno w trakcie choroby, jak i w okresie żałoby. Opieka paliatywna i terapia lecznicza nie powinny być postrzegane jako wzajemnie wykluczające się postępowania. Stanowią one elementy całościowej opieki nad pacjentem, już w momencie rozpoznania, jednak wraz z postępem choroby dochodzi do przejścia od terapii głównie leczniczej do terapii głównie paliatywnej.

W dziedzinie urologii w codziennej praktyce głównym aspektem zainteresowania lekarzy pozostaje terapia ukierunkowana na wyleczenie, a szkolenie medyczne często nieodpowiednio przygotowuje urologów do opieki paliatywnej nad pacjentami z zaawansowanymi nowotworami złośliwymi. Wobec stałego rozwoju terapii prowadzących do

wydłużenia przewidywanego okresu życia pacjentów onkologicznych, w tym pacjentów z RCC, należy położyć większy nacisk na rozpowszechnienie wiedzy z zakresu medycyny paliatywnej, np. w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie urologii. Należy również zaznaczyć, że opieka paliatywna powinna stać się standardowym i powszechnie stosowanym elementem opieki nad pacjentami urologicznymi cierpiącymi z powodu choroby nowotworowej.

PIŚMIENNICTWO

1. WHO Definition of Palliative Care. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (data dostępu: 7.05.2020).
2. Kurczewska U., Jasińska M., Orszulak-Michalak D.: Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia . Część I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej. *Farmacja Polska* 2008; 66(2): 93–100.
3. Buss T., Lichodziejewska-Niemierko M.: Opieka paliatywna w Polsce - od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego). *Forum Medycyny Rodzinnej* 2008; 2(4): 277–85.
4. Główny Urząd Statystyczny. Rocznik Demograficzny, 2019; https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5515/3/12/1/rocznik_demograficzny_2018.pdf (data dostępu: 7.05.2020).
5. Didkowska J., Wojciechowska U., Czaderny K., Olasek P., Ciuba A.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2017 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów. 2019. http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2017.pdf (data dostępu: 7.05. 2020).
6. Ferlay J., Colombet M., Soerjomataram I., Dyba T., Randi G., Bettio M., Gavin A., Visser O., Bray F.: Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *European Journal of Cancer* 2018; 103: 356–87.
7. Stelmach A., Potemski P., Borówka A., Chłosta P.L., Demkow T., Fijuth J., Jaszczyński J., Wysocki P.J.: Nowotwory układu moczowo-płciowego. [w:] Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. 2013; http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_07_Nowotwory_ukladu_moczowo-plciowego_20130301.pdf (data dostępu: 7.05.2020).
8. Ljungberg B., Albiges L., Bensalah K., Bex A., Giles R.H., Hora M., Kuczyk M.A., Lam T., Marconi L., Merseburger A.S., Powles T., Staehler M., Volpe A.: EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma. The European Association of Urology. 2020; <https://uroweb.org/guideline/renal-cell-carcinoma/> (data dostępu: 7.05.2020).
9. Thorstenson A., Bergman M., Scherman-Plogell A.H., Hosseinnia S., Ljungberg B.,

- Adolfsson J., Lundstam S.: Tumour characteristics and surgical treatment of renal cell carcinoma in Sweden 2005-2010: A population-based study from the National Swedish Kidney Cancer Register. *Scandinavian Journal of Urology* 2014; 48(3): 231–238.
10. Motzer R.J., Bander N.H., Nanus D.M.: Renal-Cell Carcinoma. *New England Journal of Medicine* 1996; 335(12): 865–875.
 11. Ok J-H., Mseyer F.J., Evans C.P.: Medical and surgical palliative care of patients with urological malignancies. *Journal of Urology* 2005; 174(4): 1177–1182.
 12. Kurosch M., Buse S., Bedke J., Wagener N., Haferkamp A., Hohenfellner M.: Palliative und supportive Therapie des Nierenzellkarzinoms. *Urologe* 2007; 46: 40–44.
 13. Chow W.H., Devesa S.S., Warren J.L., Fraumeni J.F.: Rising incidence of renal cell cancer in the United States. *JAMA* 1999; 281(17): 1628–1631.
 14. Wu J.N., Meyers F.J., Evans C.P.: Palliative Care in Urology. *Surgical Clinics of North America* 2011; 91(2): 429–444.
 15. Krawczyk-Lipiec J., Kraj L.: Zespoły paranowotworowe – przegląd najczęstszych jednostek. *Onkologia po Dyplomie*. 2017; <https://podyplomie.pl/onkologia/27298,zespoły-paranowotworowe-przegląd-najczęstszych-jednostek> (data dostępu: 8.05.2020).
 16. Sacco E., Pinto F., Sasso F., Racioppi M., Gulino G., Volpe A., Bassi P.: Paraneoplastic syndromes in patients with urological malignancies. *Urologia Internationalis* 2009; 83(1): 1–11.
 17. Buckle R.M., McMillan M., Mallinson C.: Ectopic Secretion of Parathyroid Hormone by a Renal Adenocarcinoma in a Patient with Hypercalcaemia. *British Medical Journal* 1970; 4(5773): 724–726.
 18. Hammond D., Winnick S.: Paraneoplastic erythrocytosis and ectopic erythropoietins. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1974; (230): 219–227.
 19. Palapattu G.S., Kristo B., Rajfer J.: Paraneoplastic syndromes in urologic malignancy: the many faces of renal cell carcinoma. *Reviews in urology* 2002; 4(4): 163–170.
 20. Hegemann M., Kroeger N., Stenzl A., Bedke J.: Rare and changeable as a chameleon: paraneoplastic syndromes in renal cell carcinoma. *World Journal of Urology* 2018; 36(6): 849–854.
 21. Goldberg M.F., Tashjian A.H., Order S.E., Dammin G.J.: Renal adenocarcinoma containing a parathyroid hormone-like substance and associated with marked hypercalcemia. *The American Journal of Medicine* 1964; 36: 805-814.
 22. Turner J.S., Cheung E.M., George J., Quinn D.I.: Pain management, supportive and

- palliative care in patients with renal cell carcinoma. *BJU International* 2007; 99(5): 1305–1312.
23. Tattersall M.H.N.: Hypercalcaemia: historical perspectives and present management. *Supportive Care in Cancer* 1993; 1(1): 19–25.
 24. Muliawati Y., Haroen H., Rotty L.W.A.: Cancer Anorexia - Cachexia Syndrome. *Acta Medica Indonesiana* 2012; 44(2): 154–162.
 25. Ramos E.J.B, Suzuki S., Marks D., Inui A., Asakawa A., Meguid M.M.: Cancer anorexia-cachexia syndrome: cytokines and neuropeptides. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care* 2004; 7(4): 427–434.
 26. Inui A.: Cancer Anorexia-Cachexia Syndrome: Current Issues in Research and Management. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2002; 52(2): 72–91.
 27. Modlińska A., Wyszadko A.: Zespół wyniszczenia w przebiegu choroby nowotworowej z uwzględnieniem leczenia octanem megestrolu. *Medycyna Paliatywna* 2012; (2): 67–74.
 28. Fearon K., Strasser F., Anker S.D., Bosaeus I., Bruera E., Fainsinger R.L., Jatoi A., Loprinzi C., MacDonald N., Mantovani G., Davis M., Muscaritoli M., Ottery F., Radbruch L., Ravasco P., Walsh D., Wilcock A., Kaasa S., Baracos V.E.: Definition and classification of cancer cachexia: An international consensus. *The Lancet Oncology* 2011; 12(5): 489–495.
 29. Campbell S.C., Flanigan R.C., Clark J.I.: Nephrectomy in metastatic renal cell carcinoma. *Current Treatment Options in Oncology* 2003; 4(5): 363–372.
 30. Hallscheidt P., Besharati S., Noeldge G., Haferkamp A., Lopez R., Kauffmann G.W.: Präoperative und palliative embolisation des nierenzellkarzinoms: Nachsorge von 49 patienten. *RöFo - Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen und der bildgebenden Verfahren* 2006; 178(4): 391–399.
 31. Brzozowski K., Zukowski P., Jaroń B., Twarkowski P.: Embolizacja naczyń nerkowych jako część strategii kompleksowego leczenia chorych z rakiem nerki. *Współczesna Onkologia* 2005; 9(3): 89–91.
 32. Maxwell N.J., Amer N.S., Rogers E., Kiely D., Sweeney P., Brady A.P.: Renal artery embolisation in the palliative treatment of renal carcinoma. *British Journal of Radiology* 2007; 80(2007): 96–102.
 33. Pyszora A., Wójcik A.: Fizjoterapia w opiece paliatywnej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2010; 4(4): 159–167.
 34. WHO's cancer pain ladder for adults. <https://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/> (data dostępu 10.05.2020)

35. Leppert W.: Postępy w farmakoterapii bólu nowotworowego analgetykami opioidowymi. *Onkologia Polska* 2007; 13(2): 67–73.
36. Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T.: Podstawowe zasady farmakoterapii bólu u chorych na nowotwory i inne przewlekłe, postępujące, zagrażające życiu choroby. *Medycyna Paliatywna* 2014; 6(1): 1–6.
37. Santini D., Procopio G., Porta C., Ibrahim T., Barni S., Mazzara C., Fontana A., Berruti A., Berardi R., Vincenzi B., Ortega C., Ottaviani D., Carteni G., Lanzetta G., Virzi V., Santoni M., Silvestris N., Satolli M.A., Collovà E., Russo A., Badalamenti G., Fedeli S.L., Tanca F.M., Adamo V., Maiello E., Sabbatini R., Felici A., Cinieri S., Tonini G., Bracarda S.: Natural history of malignant bone disease in renal cancer: Final results of an italian bone metastasis survey. *PLoS One* 2013; 8(12): 1–7.
38. Sahi C., Knox J.J., Clemons M., Joshua A.M., Broom R.: Renal cell carcinoma bone metastases: clinical advances. *Therapeutic Advances in Medical Oncology* 2010; 2(2): 75–83.
39. Zekri J., Ahmed N., Coleman R.E., Hancock B.W.: The skeletal metastatic complications of renal cell carcinoma. *International Journal of Oncology* 2001; 19(2): 379–382.
40. Woodward E., Jagdev S., McParland L., Clark K., Gregory W., Newsham A., Rogerson S., Hayward K., Selby P., Brown J.: Skeletal complications and survival in renal cancer patients with bone metastases. *Bone* 2011; 48(1): 160–166.
41. Guida A., Escudier B., Albiges L.: Treating patients with renal cell carcinoma and bone metastases. *Expert Review of Anticancer Therapy* 2018; 18(11): 1135–1143.
42. Kollender Y., Bickels J., Price W.M., Kellar K.L., Chen J., Merimsky O., Meller I., Malawer M.M.: Metastatic renal cell carcinoma of bone: Indications and technique of surgical intervention. *Journal of Urology* 2000; 164(5): 1505–1508.
43. Dabestani S., Marconi L., Hofmann F., Stewart F., Lam T.B.L., Canfield S.E., Staehler M., Powles T., Ljungberg B., Bex A.: Local treatments for metastases of renal cell carcinoma: A systematic review. *The Lancet Oncology* 2014; 15(12): 549–561.
44. Pellerin O., Medioni J., Vulser C., Déan C., Oudard S., Sapoval M.: Management of painful pelvic bone metastasis of renal cell carcinoma using embolization, radio-frequency ablation, and cementoplasty: A prospective evaluation of efficacy and safety. *CardioVascular and Interventional Radiology* 2014; 37(3): 730–736.
45. Murphy J., Mannion C.J.: Medication-related osteonecrosis of the jaws and quality of life: review and structured analysis. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2020;
46. Ristevski B., Jenkinson R.J., Stephen D.J.G., Finkelstein J., Schemitsch E.H., McKee

- M.D., Kreder H.J.: Mortality and complications following stabilization of femoral metastatic lesions: A population-based study of regional variation and outcome. *Canadian Journal of Surgery* 2009; 52(4): 302–308.
47. Assouad J., Petkova B., Berna P., Dujon A., Foucault C., Riquet M.: Renal Cell Carcinoma Lung Metastases Surgery: Pathologic Findings and Prognostic Factors. *Annals of Thoracic Surgery* 2007; 84(4): 1114–1120.
48. Chan A.L., Juarez M.M., Albertson T.E., Morrissey B.M., Allen R.P., Meyers F.J. : Laser Treatment of Endobronchial Renal Cell Carcinoma. *Journal of Bronchology* 2004; 11(2): 92–97.
49. Chan A.L., Yoneda K.Y., Allen R.P., Albertson T.E.: Advances in the management of endobronchial lung malignancies. *Current Opinion in Pulmonary Medicine* 2003; 9(4): 301–308.
50. Katsimbri P.P., Bamias A.T., Froudarakis M.E., Peponis I.A., Constantopoulos S.H., Pavlidis N.A.: Endobronchial metastases secondary to solid tumors: Report of eight cases and review of the literature. *Lung Cancer* 2000; 28(2): 163–170.
51. Merimsky O., Gez E., Weitzen R., Nehushtan H., Rubinov R., Hayat H., Peretz, T., Ben-Shahar M., Biran H., Katsenelson R., Mermershtein, V., Loven D., Karminsky N., Neumann A., Matcejevsky D., Inbar M.: Targeting pulmonary metastases of renal cell carcinoma by inhalation in interleukin-2. *Annals of Oncology* 2004; 15(4): 610–612.
52. Clemens K.E., Klaschik E.: Objawowe leczenie duszności silnymi opioidami i wpływ tej terapii na wentylację u chorych leczonych paliatywnie. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008; 2(4): 138–191.
53. Parlow J.L., Milne B., Tod D.A., Stewart G.I., Griffiths J.M., Dudgeon D.J.: Self-administered nitrous oxide for the management of incident pain in terminally ill patients: A blinded case series. *Palliative Medicine* 2005; 19(1): 3–8.
54. Coyne P.J., Viswanathan R., Smith T.J.: Nebulized fentanyl citrate improves patients' perception of breathing, respiratory rate, and oxygen saturation in dyspnea. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002; 23(2): 157–160.
55. Zhuang W., Li Y., Chen P., Wang J., Liu W., Chen J.: Do renal cell carcinoma patients with brain metastases still need nephrectomy?. *International Urology and Nephrology* 2019; 51(6): 941–949.
56. Remon J., Lianes P., Martínez S.; Brain metastases from renal cell carcinoma. Should we change the current standard? *Cancer Treatment Reviews* 2012; 38(4): 249–257.
57. Mucha-Małecka A., Gliński B., Jakubowicz E.: Radiochirurgia stereotaktyczna w praktyce

klinicznej. *Onkologia w Praktyce Klinicznej* 2013; 9(4): 123–127.

58. Gore M.E., Hariharan S., Porta C., Bracarda S., Hawkins R., Bjarnason G.A., Oudard, S., Lee S.H., Carteni G., Nieto A., Yuan J., Szczylik C.: Sunitinib in metastatic renal cell carcinoma patients with brain metastases. *Cancer* 2011; 117(3): 501–509.
59. Koutras A.K., Krikelis D., Alexandrou N., Starakis .I, Kalofonos H.P.: Brain metastasis in renal cell cancer responding to sunitinib. *Anticancer Research* 2007; 27(6): 4255–4257.

Radioterapia pacjentów onkologicznych – uszkodzenia popromienne skóry i podstawowe metody jej pielęgnacji

Klaudia Mazurek¹, Jarosław Markowski², Krzysztof Siemianowicz³,
Ewa Pierzchała¹, Wirginia Likus⁴

1. Zakład Medycyny Estetycznej Katedry Kosmetologii, Wydział Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Katedra i Klinika Laryngologii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
3. Katedra i Zakład Biochemii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
4. Zakład Anatomii Katedry Nauk Podstawowych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

EPIDEMIOLOGIA CHORÓB NOWOTWOROWYCH

Choroby nowotworowe pozostają znaczącym wyzwaniem dla współczesnej medycyny. Stanowią wiodącą przyczynę zgonów na świecie [1].

Bez wątpienia na rozwój globalnej „epidemii” chorób nowotworowych wpływ ma obserwowane zjawisko starzenia się społeczeństwa, a także wiele czynników związanych ze stylem życia, w postaci niskiej aktywności fizycznej, otyłości, ułatwionego dostępu do używek czy też zmodyfikowane wzorce rozrodczości, szczególnie obserwowane w krajach o wysokim poziomie dochodu (HIC – *high-income countries*) [1].

Najczęściej diagnozowanym nowotworem złośliwym w populacji ludzkiej jest obecnie rak płuc, który stanowi blisko 12% wszystkich przypadków nowotworów i jest przyczyną 18,4% wszystkich zgonów wywołanych chorobą nowotworową [2].

Poddając analizie profil chorób nowotworowych w grupie mężczyzn można zaobserwować, iż najczęściej rejestrowany jest rak płuc, a następnie kolejno nowotwory złośliwe prostaty, jelita grubego, żołądka oraz wątroby [2].

Z kolei w grupie kobiet dominuje rak piersi. Znaczącą liczbę przypadków stanowi także rak jelita grubego, płuc oraz szyjki macicy [2].

Profile notowanych schorzeń onkologicznych w poszczególnych krajach wskazują na istotną różnorodność geograficzną [2]. Analizując onkologiczną mapę świata, można zaobserwować, iż w przypadku mężczyzn rak płuc jest rejestrowany głównie w Azji, Europie Środkowej i Wschodniej, Afryce Północnej oraz w Indonezji. Z kolei nowotwory złośliwe prostaty dominują w obu Amerykach, Australii, Nowej Zelandii, Europie Zachodniej oraz Afryce Środkowej i Południowej [2]. W odniesieniu do kobiet, rak piersi, jest dominującym w 154 krajach świata. Z kolei największa liczba przypadków raka szyjki macicy odnotowywana jest w Boliwii, Afryce Zachodniej i Południowej oraz na Madagaskarze [2].

W Polsce w 2017 roku choroby nowotworowe stanowiły drugą, co do częstości, przyczynę zgonów. Szacuje się, iż obecnie w populacji polskiej żyje ponad 500 tys. osób z chorobą nowotworową, którą rozpoznano w ciągu ostatnich 5 lat [3].

Analizując najnowszą strukturę zachorowań w Polsce można zauważyć, iż najczęściej diagnozowanym nowotworem złośliwym wśród mężczyzn jest nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, zaś w przypadku kobiet – rak piersi [3].

Niepokojącym jest fakt diagnozowania chorób nowotworowych w populacji osób młodych. Poddając szczegółowej analizie współczynnik zachorowalności wśród osób w wieku 20-44 lata, można zaobserwować, iż jest on 2-krotnie wyższy w odniesieniu do kobiet [3].

Programy wczesnej diagnostyki oraz szybko wdrażane, niejednokrotnie innowacyjne modele leczenia powodują, iż znaczna część nowotworów złośliwych jest obecnie wyleczalnych.

Coraz częściej w terapii chorób nowotworowych wykorzystywana jest immunoterapia, hormonoterapia, terapia genowa. Jednak nadal podstawę leczenia zdecydowanej większości chorób nowotworowych stanowią zabiegi chirurgiczne, chemioterapia (CTH – *chemotherapy*) oraz radioterapia (RTH – *radiotherapy*).

Ostateczny schemat leczenia jest wypadkową wielu czynników, do których zalicza się rodzaj nowotworu oraz stopień jego zaawansowania, choroby współistniejące, wiek oraz ogólną kondycję pacjenta.

RADIOTERAPIA DAWNIEJ I DZIŚ

Mimo znacznej eskalacji problemu chorób onkologicznych w czasach obecnych należy zaznaczyć, iż przypadki guzów nowotworowych znane były już w czasach starożytnych. Jedne

z najstarszych opisów zmian rozrostowych można odnaleźć w słynnym egipskim papirusie George'a Ebersa, pochodzącym najprawdopodobniej z XV w. p.n.e.

Pierwsze kliniczne opisy nowotworów oraz skuteczności ich leczenia pojawiły się za czasów ojca medycyny – Hipokratesa, natomiast inwazyjna resekcja zmienionych tkanek opisana została już w I wieku n.e. przez Aureliusza Corneliusa Celsusa [4].

Zdecydowanie młodszą, lecz niezwykle prężnie rozwijającą się metodą walki z nowotworami złośliwymi jest licząca nieco ponad 100 lat radioterapia.

Przełomem w radiobiologii stało się odkrycie w 1895 r. przez Wilhelma Conrada Röntgena nieznanego dotąd promieniowanie X oraz zdefiniowane rok później przez Henri'ego Becquerela zjawisko naturalnej promieniotwórczości. Te przełomowe wydarzenia stały się fundamentem wykorzystywanym przez medycynę zarówno w diagnostyce obrazowej, jak i w walce z nowotworami złośliwymi [5].

Pionierem w wykorzystaniu promieniowania X w leczeniu chorób nowotworowych określa się często Emila Grubbé, który w 1896 roku wykorzystał innowacyjną wówczas metodę w terapii raka piersi. Podczas swoich prac zaobserwował również niepokojące uszkodzenia skóry na swoim lewym przedramieniu, będące konsekwencją narażenia na promieniowanie jonizujące [6]. Nieznany mechanizm uszkodzeń po wielu latach został poznany i zdefiniowany jako odczyn popromienny skóry.

Radioterapia stanowi dzisiaj jeden z głównych filarów terapii onkologicznej. Wykorzystywane obecnie nowoczesne akceleratory umożliwiają precyzyjne napromienianie w krótkim czasie, przy zachowaniu pełnego komfortu dla pacjenta w trakcie zabiegu. Radioterapia ma charakter terapii miejscowej, w której zniszczenie komórek guza następuje poprzez zastosowanie promieniowania jonizującego. Statystyki wskazują, iż RTH - radioterapia (radiotherapy) stosuje się u ponad 60% pacjentów onkologicznych. Stanowi ważny aspekt zarówno w leczeniu radykalnym, jak i paliatywnym. Najczęściej stosowana jest w połączeniu z chemioterapią i/lub zabiegiem chirurgicznym. U blisko 50% pacjentów onkologicznych, u których włączono radioterapię, ma ona charakter terapii radykalnej, której celem jest wyleczenie pacjenta [7,8].

EFEKTYWNOŚĆ I MECHANIZM DZIAŁANIA RADIOTERAPII

Radioterapia stanowi istotną metodę leczenia nowotworów złośliwych regionu głowy i szyi. Na wczesnych etapach choroby radioterapię uznaje się za metodę równorzędną chirurgii, zaś jej zastosowanie daje znaczny odsetek wyleczenia chorych [8].

Należy jednak podkreślić, iż ostateczna efektywność radioterapii w przebiegu chorób rozrostowych jest bezpośrednio zależna od promieniowrażliwości tkanki guza. Promieniowrażliwość definiuje i pozycjonuje zarówno komórki niezmienione, jak i komórki nowotworowe, pod względem wrażliwości na promieniowanie jonizujące. Różne typy nowotworów wykazują odmienny poziom wrażliwości na promieniowanie jonizujące.

Nowotworami charakteryzującymi się najwyższą czułością, w przypadku których dawki terapeutyczne ulegają redukcji do 25–45 Gy, są m.in. nasieniaki, białaczki oraz chłoniaki. Nowotworami wykazującymi średni poziom wrażliwości na promieniowanie jonizujące są, m.in. raki płaskonabłonkowe skóry oraz szyjki macicy, zaś dawki terapeutyczne dla tej grupy zmian złośliwych wynoszą zazwyczaj 60–70 Gy.

Choroby rozrostowe wymagające dużych dawek terapeutycznych (ponad 70 Gy) definiowane są jako nowotwory o niskiej promienioczułości. Zalicza się do nich, m.in. czerniaka złośliwego czy glejaka wielopostaciowego [9,10].

Również raki płaskonabłonkowe rejonu głowy i szyi, w przeważającej mierze charakteryzują się średnią bądź niską promieniowrażliwością [11].

Odpowiedni dobór parametrów promieniowania jonizującego przyczynia się do całkowitego lub częściowego zniszczenia tkanki guza. Niemożliwa jest jednak skuteczna eliminacja komórek nowotworowych przy jednoczesnym braku uszkodzeń komórek zdrowych, znajdujących się w polu terapeutycznym.

Biologiczne następstwa wpływu promieniowania jonizującego na żywą materię w dużym stopniu zależne są od mocy dawki zastosowanego promieniowania. Zazwyczaj wzrost mocy zwiększa efektywność. Istnieją jednak odstępstwa od tej reguły, gdzie to redukcja mocy promieniowania zwiększa pulę komórek ulegających mechanizmom destrukcyjnym. Zjawisko określane jako IDRE - *inverse dose rate effect*, czyli efekt odwrotnie zależny od mocy dawki promieniowania, który paradoksalnie powoduje wzmożoną peroksydację oraz nasiloną apoptozę komórek w sytuacji redukcji mocy dawki emitowanego promieniowania [12].

Zakres uszkodzeń komórek zależy także od stopnia ich natlenowania. Hal Gray i Hugho Thomlinson w 1955 roku zaobserwowali, iż komórki znajdujące się w stanie deficytu tlenowego są prawie 3-krotnie mniej wrażliwe na działanie promieniowania jonizującego w porównaniu do komórek prawidłowo natlenowanych, co dało początek definicji tzw. efektu tlenowego. Obecność zjawiska hipoksji w guzach nowotworowych w widoczny sposób przekłada się na oporność leczenia z zastosowaniem promieniowania jonizującego [5].

Promieniowanie jonizujące, wykorzystywane w RTH, uszkadza komórki w sposób bezpośredni oraz pośredni przede wszystkim działając na błony biologiczne oraz DNA. Wolne

elektrony powstałe na skutek absorpcji fotonu uszkodzają struktury komórkowe. Intensyfikacja uszkodzeń wynika także ze zjawiska radiolizy wody oraz powstania znacznej ilości, działających destrukcyjnie, reaktywnych form tlenu. Przede wszystkim na uwagę zasługuje rodnik hydroksylowy, którego obarcza się odpowiedzialnością za większość uszkodzeń w strukturach DNA. Na skutek oddziaływania z cząsteczką deoksyrybozy dochodzi zarówno do pęknięć pojedynczych, jak i podwójnych nici DNA, mogących ostatecznie powodować śmierć komórki [10,13]. Promieniowanie jonizujące może zatem zarówno zaburzać metabolizm komórki, jak i upośledzać jej zdolności reprodukcyjne. W terapii onkologicznej najistotniejsze jest uzyskanie efektu zniszczenia komórek nowotworowych.

POPROMIENNE USZKODZENIE SKÓRY

Niezwykle skomplikowane zjawiska zachodzące w trakcie radioterapii mają bardzo prosty cel – wyleczenie pacjenta (radioterapia radykalna) bądź w sytuacji znacznego zaawansowania choroby - poprawa komfortu i wydłużenie życia pacjenta (radioterapia paliatywna).

Należy jednak pamiętać, iż współczesna RTH, mimo swej skuteczności i wysokiej precyzji działania, niesie ryzyko działań niepożądanych. Podczas każdego napromieniania uszkodzeniu ulegają bowiem nie tylko komórki nowotworowe, ale także tkanki zdrowe.

Szczególnie podatne na uszkodzenia są komórki szybko dzielące się, w tym m.in. komórki płciowe, komórki szpiku czy nabłonka.

Uszkodzenia komórek prawidłowych, do których dochodzi w trakcie kolejnych sesji radioterapii, manifestują się klinicznie w postaci tzw. odczynów popromiennych. Niezależnie od lokalizacji guza i związanego z nim obszaru poddanego napromienianiu, skóra uszkodzana jest w mniejszym bądź większym stopniu u każdego pacjenta leczonego tą metodą.

Popromienne zapalenie skóry należy do najpowszechniejszych działań niepożądanych radioterapii [14,15]. Szacuje się, iż może ono dotyczyć 80–95% pacjentów, u których zastosowano tę formę leczenia [16,17].

Zasadniczo dokonuje się podziału na odczyny popromienne wczesne oraz późne. Odczyny wczesne mogą rozwijać się już w trakcie radioterapii bądź niedługo po jej zakończeniu (zazwyczaj do 3–6 miesięcy od zakończenia RTH). Pierwsze symptomy pojawiają się najczęściej w czasie pierwszych 2–3 tygodni od rozpoczęcia terapii [8]. Pacjenci zgłaszają tkliwość obszaru poddanego napromienianiu, która stopniowo intensyfikuje się. Wraz z kolejnymi otrzymywanymi dawkami promieniowania widoczny jest rumień, zaś pacjenci

odczuwają pieczenie skóry, a nawet ból. Często przyrównują je do silnego poparzenia słonecznego. Pojawia się narastające złuszczenie naskórka. Początkowo złuszczenie określa się jako drobnopłatowe, suche, a wraz z kolejnymi dawkami promieniowania zmienia się na złuszczenie o charakterze „mokrym”. Duży problem stanowi również rozwijający się stan zapalny błon śluzowych. Pacjenci z nowotworami regionu głowy i szyi poddani RTH mogą zgłaszać uciążliwą suchość jamy ustnej związaną z deficytem produkcji śliny. Często pojawia się dyskomfort, a nawet znaczny ból, szczególnie podczas połykania, co w wielu przypadkach wymusza modyfikację diety na półpłynną bądź płynną. Stopniowo może dochodzić do uszkodzenia struktury gruczołów potowych i łojowych, naczyń krwionośnych, a także mieszków włosowych [7,8,18].

Promieniowanie powoduje uszkodzenie komórek śródbłonka naczyń oraz wzrost ich przepuszczalności, znaczny spadek ilości komórek Langerhansa zaangażowanych w mechanizmy odpornościowe. Z skrajnych przypadkach na skórze mogą pojawiać się uciążliwe owrzodzenia [18,19].

Następstwa radioterapii mogą ujawniać się również wiele miesięcy po zakończeniu leczenia (powyżej 6 miesięcy od zakończenia RTH) w formie późnych odczynów popromiennych. Obserwując skórę pacjentów, po około roku od zakończenia cyklu radioterapii, widoczne jest jej definitywne ścieńczenie oraz znaczna podatność na urazy mechaniczne oraz infekcje. Długotrwała stymulacja skóry promieniowaniem jonizującym inicjuje tworzenie sieci teleangiektazji w napromienianym obszarze [20]. Widoczne są ogniska lokalnego zwłóknienia skóry, któremu może towarzyszyć stałe przerzedzenie bądź całkowita utrata włosów w obszarze napromienianym. Pojawiają się zaburzenia pigmentacji skóry, a nawet ogniska martwicy. Należy pamiętać, iż późne powikłania po radioterapii nie ograniczają się wyłącznie do skóry. Uszkodzenia mogą bowiem dotyczyć również innych narządów, znajdujących się w obrębie pola terapeutycznego, co manifestuje się zaburzeniami ich funkcji. Niewątpliwie najpoważniejszą konsekwencją prowadzonej terapii z wykorzystaniem promieniowania jonizującego jest ryzyko wystąpienia wtórnego nowotworu w tkankach poddanych napromienianiu [7,8,18].

Należy zaznaczyć, iż intensyfikacja odczynów popromiennych jest osobniczo zależna. Stanowi wypadkową wielu czynników, na które składają się m.in. choroby współistniejące, ogólna kondycja pacjenta, jednoczasowa bądź poprzedzająca napromienianie chemioterapia, zabieg chirurgiczny w polu terapeutycznym, a także lokalizacja nowotworu. Najbardziej wrażliwe na działanie promieniowania jonizującego są bowiem okolice pach i pachwin, krocze, piersi, a także region głowy i szyi [21,22].

KLASYFIKACJA ODCZYNÓW POPROMIENNYCH

W celu ujednoczenia i ułatwienia obiektywnej oceny nasilenia odczynów popromiennych na przestrzeni lat stworzono, a następnie również zmodyfikowano, wiele klasyfikacji oceniających zarówno wczesne, jak i późne odczyny popromienne. Skala RTOG/EORTC (*Radiation Therapy Oncology Group/European Organization for Research and Treatment of Cancer*) stworzona w 1984 roku jest jedną z najczęściej wymienianych w kontekście oceny zarówno wczesnych, jak i późnych uszkodzeń popromiennych [23]. W poniższej tabeli (tabela I) przedstawiono klasyfikację odczynów popromiennych skóry według kryteriów RTOG/EORTC.

Tabela I. Nasilenie wczesnych i późnych odczynów popromiennych skóry wg RTOG/EORTC [7,24]

	wczesny odczyn popromienny		późny odczyn popromienny
Stopień	charakterystyka zmian		charakterystyka zmian
0	brak		brak
I	blady rumień, utrata włosów, zmniejszenie potliwości, suche łuszczenie		rumień, lekka atrofia, częściowa utrata włosów
II	wyraźny rumień, płatowe łuszczenie, umiarkowany obrzęk		epitelioza wysepkowa, umiarkowana teleangiektazja, całkowita utrata włosów
III	znaczny obrzęk, łuszczenie		epitelioza rozlana, znaczna teleangiektazja
IV	martwica, owrzodzenie, krwotoki		owrzodzenie
V	śmierć		śmierć

Innym systemem wykorzystywanym w ocenie uszkodzeń popromiennych jest skala LENT-SOMA (*Late Effect Normal Tissue Task Force – Subjective, Objective, Management, Analytic*), koncentrująca się na ocenie odległych uszkodzeń popromiennych, czy też skala NCI CTCAE (*National Cancer Institute – Common Terminology Criteria for Adverse Events*) zaproponowana przez amerykański Narodowy Instytut Nowotworów (*National Cancer Institute*), która ulega regularnym aktualizacjom. Skala ta niezwykle precyzyjnie pozycjonuje działania uboczne, będące skutkiem leczenia przeciwnowotworowego. Ważnym systemem, w kontekście oceny popromiennego zapalenia skóry, jest także skala RISRAS (*Radiation-Induced Skin Reaction Assessment Scale*). Dokładnie określa stopień nasilenia poszczególnych objawów, takich jak rumień, łuszczenie na sucho, łuszczenie na mokro, martwica, a także

zwraca uwagę na subiektywne odczucia zgłaszane przez samego pacjenta (ból, pieczenie, świąd) [25,26].

Niezwykle istotna jest również ocena popromiennego uszkodzenia błon śluzowych. Powszechnie stosowany w radioterapii i laryngologii system Dische'a uwzględnia obecność i nasilenie kilku zmiennych, m.in. rumienia, epiteliolizy, obrzęku, krwawień, a także stopień dolegliwości wynikających z uszkodzenia błony śluzowej (ból, zaburzenia połykania) [7,23].

PODSTAWOWE ZASADY PIELĘGNACJI SKÓRY Z POPROMIENNYM ZAPALENIEM

Niezwykle ważną kwestią jest edukacja pacjentów rozpoczynających radioterapię. Nadrzędne jest oczywiście przygotowanie optymalnego planu leczenia oraz przedstawienie choremu kolejnych jego etapów, jednak nie należy pomijać zagadnienia, jakim jest popromienne zapalenie skóry. Obecność dokuczliwych, ostrych odczynów popromiennych może przyczynić się bowiem do podjęcia decyzji przez pacjenta o przerwaniu leczenia.

W zależności od rodzaju RTH oraz obszaru poddanego napromienianiu, powinny zostać przedstawione pacjentowi przez personel medyczny zasady higieny i pielęgnacji skóry, które mogą ograniczyć rozwój popromiennego zapalenia skóry oraz związanych z nim dysfunkcji. Niestety nie ma złotego standardu w zakresie zapobiegania reakcjom skórny, wywołanym promieniowaniem jonizującym [27]. Mimo rozwijającej się dziedziny, jaką jest onkokosmetyka nadal brakuje badań prowadzonych na jednorodnej, licznej grupie probantów.

Zasadniczo zalecane jest delikatne mycie skóry wodą z dodatkiem łagodnych środków myjących o neutralnym pH [18]. Należy jednak pamiętać o technicznych rysunkach na skórze wykonywanych przed rozpoczęciem napromieniania. Oczyszczanie skóry bowiem nie może doprowadzić do ich usunięcia. Niedopuszczalne jest również poprawianie wyznaczonych linii samodzielnie przez pacjenta. Zakazane są gorące kąpiele oraz długotrwałe prysznice, a także intensywne pocieranie skóry podczas jej osuszania.

Interesujące wyniki przyniosły badania dotyczące stosowania na skórę poddaną działaniu promieniowania jonizującego preparatów zawierających w swoim składzie sukralfat – zasadową sól glinową ośmiosiarczanu sacharozy, która tworzy na powierzchni skóry powłokę przypominającą opatrunek ochronny, a także wykazuje właściwości przeciwzapalne. Wykorzystywany do leczenia choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy sukralfat znalazł zastosowanie również w pielęgnacji uszkodzeń skóry, w tym popromiennego jej zapalenia. Ważna wydaje się technologia postaci preparatów wykorzystywanych w pielęgnacji skóry

poddanej działaniu promieniowania jonizującego. Zastosowanie żelowego preparatu zawierającego w swoim składzie sukralfat może ograniczyć ostre reakcje popromienne [28]. Również preparaty zawierające w swoim składzie wyciąg z nagietka (*Calendula officinalis*) były sprawdzane pod kątem skuteczności w łagodzeniu dolegliwości indukowanych promieniowaniem jonizującym. Pomimo obiecujących dowodów uzyskiwanych w laboratorium, potwierdzających mechanizm działania nagietka w zapobieganiu uszkodzeń skóry wywołanych RTH, badania kliniczne nie dały jednoznacznych wyników. W świetle kontrowersji zasadne jest więc prowadzenie dalszych obserwacji [29].

Celowe wydaje się wprowadzanie do dermokosmetyków dedykowanych skórze poddanej radioterapii kwasu hialuronowego, który zapewnia optymalne nawilżenie, a także dekspantenolu (prowitaminy B5), działającego łagodząco, nawilżająco i przeciwświądowo. Składnik ten promuje epitelizację uszkodzonej powierzchni naskórka. Kremy i maści z dodatkiem dekspantenolu są od wielu lat rekomendowane przez liczne ośrodki radioterapii w odniesieniu do pielęgnacji skóry pacjentów [30].

Destrukcja płaszcza hydrolipidowego, uszkodzona skóra i ogólny spadek odporności chorego, w połączeniu z niewłaściwą higieną sprzyjają rozwojowi zakażeń wirusowych oraz bakteryjnych, nie tylko w obrębie błon śluzowych, ale także skóry pacjenta [8]. Dodatek jonów srebra w dermosmetykach i lekach stosowanych miejscowo zabezpiecza skórę przed potencjalnym rozwojem infekcji. Stosunkowo nowym składnikiem dermokosmetyków dedykowanych pacjentom leczonym z wykorzystaniem radioterapii jest kwas foliowy, który zabezpiecza komórki skóry oraz usprawnia naprawę DNA [25,31].

Obecnie koncerny dermokosmetyczne i farmaceutyczne zauważają rosnącą liczbę pacjentów onkologicznych leczonych radioterapią i starają się wyjść im naprzeciw. W aptekach dostępnych jest wiele produktów dedykowanych skórze poddanej działaniu promieniowania jonizującego. Niezwykle ważne zatem jest indywidualne dopasowanie produktu do potrzeb i rodzaju terapii pacjenta. Jak wskazują niektóre badania, dla chorych niezwykle ważna jest postać samego produktu – jego konsystencja, szybkość wchłaniania, a co za tym idzie wygoda stosowania [32].

Intensywne odczyny popromienne wymagają zastosowania farmakoterapii, której często podstawę stanowią glikokortykosteroidy stosowane miejscowo. Obszar poddany napromienianiu nie powinien ulegać dodatkowemu podrażnieniu przez odzież. Zalecane są delikatne, naturalne tkaniny. Optymistyczne wydają się również wyniki badań dotyczące zastosowania innowacyjnych miękkich silikonowych opatrunków w leczeniu popromiennego zapalenia skóry [27].

Mimo braku jednorodnych standardów dotyczących zasad pielęgnacji skóry narażonej na promieniowanie jonizujące zasadne wydaje się, aby zasygnalizować pacjentowi konieczność wprowadzenia nowych nawyków higienicznych oraz pielęgnacyjnych. Ilość dostępnych produktów dla pacjentów poddanych radioterapii wymusza niejako poświęcenie większej uwagi temu zagadnieniu przez personel sprawujący opiekę na chorymi.

Rozległe badania z dziedziny psychodermatologii wskazują, iż wygląd zewnętrzny *oraz body image*, czyli subiektywny obraz własnego ciała, tworzony w umyśle każdego człowieka ma niezwykle istotny wpływ na samoakceptację, zadowolenie oraz poczucie własnej wartości, które nabierają szczególnego znaczenia w obliczu choroby nowotworowej [33].

PODSUMOWANIE

Pacjenci onkologiczni poddani radioterapii wymagają holistycznej opieki. Kwestią nadrzędną jest oczywiście opracowanie optymalnego planu leczenia. Należy jednak pamiętać, iż dla większości pacjentów pojęcie radioterapii jest pojęciem nowym, nieznanym, niosącym za sobą wiele niewiadomych. Ważne, aby personel medyczny przed rozpoczęciem cyklu napromieniania przybliżył choremu, na czym polega ta forma terapii oraz udzielił podstawowych informacji dotyczących odczuć oraz zmian skórnych pojawiających się wraz z kolejnymi dawkami promieniowania otrzymywanymi przez pacjenta. Często brak podstawowych informacji stanowi źródło znacznego stresu dla pacjenta. Należy pamiętać, iż pojawienie się odczynów popromiennych może w istotny sposób obniżać jakość życia chorych, zaś kwestią bezsporną jest fakt, iż kondycja psychiczna ma znaczący wpływ na powodzenie całego leczenia. Niezwykle istotna jest zatem edukacja w zakresie popromiennego zapalenia skóry oraz zasad jej pielęgnacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Torre L.A., Siegel R.L., Ward E.M., Jemal A.: Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends - An Update. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2016; 25(1): 16-27.
2. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R.L., Torre L.A., Jemal A.: Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA A Cancer Journal for Clinicians* 2018; 68(6): 394-424.
3. Didkowska J., Wojciechowska U., Czaderny K., Olasek P., Ciuba A.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2017 roku. Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie. Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2019.

4. Mould R.F.: Rozwój wiedzy o raku od najdawniejszych czasów do końca XVIII wieku. Nowotwory. Journal of Oncology 2008; 58: 172-185.
5. Gasińska A.: Wczoraj, dziś i jutro radiobiologii klinicznej. Nowotwory Journal of Oncology 2012; 62(6): 455-463.
6. Mould R.F.: Promienie X w latach 1896-1897. Nowotwory – Journal of Oncology 2011; 61(6): 590-600.
7. Ziółkowska E., Biedka M., Windorbska W.: Odczyn popromienny u chorych na raka regionu głowy i szyi: mechanizmy i konsekwencje. Otorinolaryngologia 2011; 10(4): 147-153.
8. Osuch-Wójcikiewicz E., Bruzgielewicz A.: Powikłania po radioterapii nowotworów głowy i szyi. Otorinolaryngologia 2010; 9(1): 1-6.
9. Dyczka J., Jassem J., Fijuth J.: Radioterapia nowotworów [w:] Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Kordek R. (red.). Via Medica, Gdańsk 2007: 79-88.
10. Augustyniak M.: Znaczenia radioterapii paliatywnej w leczeniu chorych na nowotwory. Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue 2012; 3: 10-15.
11. Gliński B., Ząbek M., Urbański J.: Podstawowe zasady postępowania z chorymi na raka płaskonabłonkowego głowy i szyi. Współczesna Onkologia 2006; 10(6): 263-267.
12. Przybyszewski W.M., Wideł M., Szurko A., Maniakowski Z.: Wpływ mocy dawki na komórkowe, biochemiczne i molekularne efekty promieniowania jonizującego. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej 2008; 62: 468-477.
13. Roszkowski K, Foksiński M.: Wpływ promieniowania jonizującego na DNA komórki. Współczesna Onkologia 2005; 9(7): 284–286.
14. Chan R.J., Mann J., Tripcony L., Keller J., Cheuk R., Blades R., Keogh S., Poole C., Walsh C.: Natural oil based emulsion containing allantoin versus aqueous cream for managing radiation-induced skin reactions in patients with cancer: a phase 3, double-blind, randomized, controlled trial. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2014; 90: 756–64.
15. Ho A.Y., Olm-Shipman M., Zhang Z., Siu C.T., Wilgucki M., Phung A., Arnold B.B., Porinchak M., Lacouture M., McCormick B., Powell S.N., Gelblum D.Y.: A randomized trial of mometasone furoate 0.1% to reduce high-grade acute radiation dermatitis in breast cancer patients receiving postmastectomy radiation. International Journal of Radiation Oncology Biology Physics 2018; 101: 325–333.
16. Ryan J.L.: Ionizing radiation: the good, the bad, and the ugly. The Journal of Investigative Dermatology 2012; 132: 985-993.

17. de Andrade M., Clapis M.J., do Nascimento T.G., Gozzo T.de O., de Almeida A.M.: Prevention of skin reactions due to teletherapy in women with breast cancer: a comprehensive review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2012; 20(3): 604-611.
18. Topczewska-Bruns J., Filipowski T.: Leczenie popromiennego zapalenia skóry w świetle medycyny opartej na faktach. *Współczesna Onkologia* 2010; 14(3): 223-228.
19. Stryczyńska G.: Assessment of the effectiveness and results of application research of soft cream AQUASTOP® RADIOTERAPIA (Ziołolek sp. z o.o.) in patients with dry and irritated skin, receiving radiotherapy. *Contemporary Oncology* 2011; 1(15): 59-65.
20. Ryan J.L.: Ionizing radiation: the good, the bad, and the ugly. *The Journal of Investigative Dermatology* 2012; 132: 985-993.
21. Michalewska J.: Odczyny popromienne w radioterapii oraz popromienne zapalenie skóry. *Letters in Oncology Science*, 2017; 14(3): 104-109.
22. Topczewska-Bruns J., Filipowski T., Demska M.: Pielęgnacja i ochrona skóry w trakcie i po radioterapii. *Opieka Onkologiczna* 2014; 2: 56-58.
23. Milecki P.: Wybrane aspekty objawów ubocznych radioterapii nowotworów głowy i szyi. *Postępy Chirurgii Głowy i Szyi* 2004; 1: 15-32.
24. Białas P., Bartoś B., Bodusz A.: Wczesne i późne odczyny popromienne u pacjentek z rakiem szyjki macicy. Klasyfikacja EORTC/RTOG i ocena wybranych parametrów morfologicznych krwi obwodowej. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2017; 2(51): 168-175.
25. Wiśniewski M., Graczyk M., Szpinda M., Brzozowska-Mańkowska S.: Popromienne zapalenie skóry – zasady postępowania. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2013; 7(2): 41-45.
26. Ziółkowska E., Wiśniewski T., Króliczewska D., Zuza-Witkowska A., Kaczmarek E.: Ocena przebiegu odczynu popromiennego ze strony skóry z wykorzystaniem skali RISRAS. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012; 20(2): 233-239.
27. Herst P.M.: Protecting the radiation-damaged skin from friction: a mini review. *Journal of Medical Radiation Sciences* 2014; 61(2): 119–125.
28. Kouloulis V., Asimakopoulos C., Tolia M., Filippou G., Platoni K., Dilvoi M., Beli I., Georgakopoulos J., Patatoukas G., Kelekis N.: Sucralfate gel as a radioprotector against radiation induced dermatitis in a hypo-fractionated schedule: a non-randomized study. *Hippokratia* 2013; 17(2):126-129.

29. Kodiyan J., Amber K.T.: A review of the use of topical calendula in the prevention and treatment of radiotherapy-induced skin reactions. *Antioxidants (Basel)* 2015; 4(2): 293-303.
30. Censabella S., Claes S., Orlandini M., Braekers R., Thijs H., Bulens P.: Retrospective study of radiotherapy-induced skin reactions in breast cancer patients: reduced incidence of moist desquamation with a hydroactive colloid gel versus dexpanthenol. *European Journal Oncology Nursing* 2014; 18(5): 499-504.
31. Vincent C., Dębowska R., Eris I.: Pielęgnacja skóry po radioterapii. *Współczesna Onkologia* 2007; 11(4): 223–226.
32. Sebastia Sabater, Rafael Leon, Cesar Esteban, Jose Luis Añon and Meritxell Arenas.: Patients' view of the differences in topical creams for radiation dermatitis prevention. A pilot study of cosmetic properties. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy* 2019; 24(4); 347-354.
33. Cash T.F, Fleming E.: The impact of body-image experiences: Development of the Body Image Quality of Life Inventory. *The International Journal of Eating Disorders* 2002; 31: 455-460.

Utrata dziecka w okresie okołoporodowym – syndrom osieroconych rodziców

**Jakub Pietrzak^{1,3}, Joanna Moćkun^{1,2}, Hanna Popowicz¹, Maciej Śliwiński⁴,
Wioletta Mędrzyska-Dąbrowska³**

1. Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny
2. Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Gdański Uniwersytet Medyczny
3. Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki, Gdański Uniwersytet Medyczny
4. Zakład Fizjoterapii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Jedną z najbardziej dotkliwych strat, jaka może spotkać człowieka jest utrata dziecka w okresie okołoporodowym. Jest to równocześnie jedno z najpoważniejszych powikłań położniczych trudne do przewidzenia [1,2]. Martwe urodzenie jest to zgon płodu następujący przed wydaleniem bądź wydobyciem z jamy macicy [3].

Światowa Organizacja Zdrowia rozróżnia poronienie zatrzymane w przypadku śmierci płodu poniżej 22. tygodnia ciąży lub poniżej 500g i ciążę obumarłą powyżej 23. tygodnia ciąży [4]. Powikłanie to występuje częściej w krajach o średnich i niskich dochodach społeczeństwa. Do czynników ryzyka możemy zaliczyć również niskie wykształcenie, nadużywanie leków i alkoholu, otyłość przed ciążą, wiek kobiety poniżej 15. roku życia oraz powyżej 45, wysoki przyrost masy ciała w czasie ciąży [5].

Sytuacja niepowodzenia położniczego może mieć długotrwałe konsekwencje nie tylko dla matki, ale również dla całej rodziny. Badania wykazują, że depresję diagnozuje się u 20% kobiet, które doświadczyły straty dziecka w okresie okołoporodowym, a co piąta kobieta doznaje stresu pourazowego w kolejnej ciąży [6,7]. Badacze udowodnili również, że jakość i styl opieki nad kobietą po stracie dziecka mogą istotnie wpłynąć na stan psychiczny i sposób przeżywania żałoby [7,8].

W ciągu ostatnich lat zupełnie zmienił się styl opieki nad rodzicami po śmierci okołoporodowej dziecka. Jeszcze kilka lat wstecz nieżyjące dziecko zabierane było natychmiast od rodziców, którzy nie mieli możliwości zobaczenia go czy pożegnania się z nim. Postępowanie takie było tłumaczone dobrem rodziców. Uznawano, że jeśli uniemożliwi się

pożegnanie dziecka to uchroni się rodziców przed przeżywaniem żałoby i cierpienia po stracie [9]. Jednakże z punktu widzenia psychologii zdrowia przeżycie żałoby jest koniecznym elementem do osiągnięcia dobrostanu. Warto zauważyć, że według definicji Zeanaha żałoba to naturalny proces. Jest ona jednak skomplikowaną, psychologiczną sekwencją związaną ze wszystkimi bolesnymi i negatywnymi emocjami, czyli smutkiem, złością, poczuciem winy, lękiem i oplakiwaniem. Dodatkowo pojawiają się reakcje behawioralne, takie jak: brak apetytu, płacz czy szukanie [10].

Warto zauważyć, że więź emocjonalna pomiędzy matką a dzieckiem tworzy się już przed porodem. Według badaczy już w trzecim trymestrze ciąży u matki pojawia się wykształcony i stabilny obraz dziecka, który pozwala jej przewidywać funkcjonowanie emocjonalno-społeczne. Dane te świadczą, iż pomimo braku fizycznego kontaktu dla większości rodziców dziecko nie jest odbierane jako płód, ale jako określony syn czy córka. Dla praktyki klinicznej istotny jest fakt, że personel medyczny i rodzice zupełnie inaczej mogą postrzegać i odbierać utratę dziecka przed jego urodzeniem [11].

Do sytuacji silnie urazowych, a dokładniej traumatycznych zaliczyć możemy, między innymi sytuację utraty dziecka oraz oczekiwanie na poród martwego dziecka. W języku medycznym trauma oznacza po prostu uszkodzenie tkanek. Natomiast w aspekcie psychologicznym termin ten używany jest w sensie metaforycznym. Używanie takiej terminologii ma za zadanie ukazać, że umysł ludzi może również zostać uszkodzony, zraniony zaistniałymi wydarzeniami. Do zdarzeń o takim potencjale zaliczyć można właśnie wewnątrzmaciczne obumarcie płodu. Doświadczenie traumy prowadzi do dezorganizacji zachowania, mianowicie: załamaniu ulegają wypracowane sposoby radzenia sobie z życiem, istniejąca organizacja obronna i dotychczasowa struktura psychologiczna. Śmierć dziecka w okresie okołoporodowym powoduje również bardzo bolesną utratę wiary w podstawową dobroć świata i zaufanie do niego. Należy pamiętać o tym, że psychiczne konsekwencje wydarzenia traumatycznego nie należą ani do błahych, ani do łatwo przemijających. W związku z powyższym bardzo dużą rolę w takich sytuacjach ma określona forma pomocy, dokładniej wiedza personelu medycznego dotycząca sytuacji emocjonalnej osieroconych rodziców oraz możliwość konsultacji i pomocy psychologicznej [12]. Badacze dowiedli, że mniejszy odsetek komplikacji psychospołecznych występuje u osób, które otrzymały wsparcie ze strony personelu medycznego. Warto jednak zaznaczyć, że wsparcie powinno oznaczać zrozumienie procesów żałoby oraz umożliwienie rodzicom wyrażenia uczuć, których doświadczają w tej trudnej sytuacji [13]. Rodziców, którzy doświadczają starty można podzielić na dwie zasadnicze grupy. Pierwsza z nich to kobiety, które płaczą i przeżywają.

Druga grupa to kobiety, które radzą sobie z sytuacją przez zaprzeczanie i wypieranie. Okazuje się, że najczęściej pierwsza grupa korzysta z pomocy psychologa na oddziale szpitalnym i jest to lepszy sposób na poradzenie sobie z traumatycznym przeżyciem. W późniejszym okresie skutkuje to tym, że kobiety z drugiej grupy mają większe problemy emocjonalne. Powrót do równowagi po wydarzeniu traumatycznym jest zdolnością do życia z tym, co się wydarzyło, a nie zdolnością do pominięcia tego i powrotu do porządku codziennego [12].

Głównym kierunkiem badań i obserwacji klinicznych jest określenie, jakiego rodzaju wsparcia oczekują rodzice po stracie. Badanie, które zostało przeprowadzone w Szwecji miało na celu ukazać, które z rodzajów wsparcia było najbardziej istotne i wspierające. Okazało się, że dla rodziców po stracie dziecka w okresie okołoporodowym najodpowiedniejszą formą pomocy psychologicznej było: udzielenie wsparcia w momencie otrzymania informacji, pomoc w spotkaniu się z dzieckiem i pożegnaniu z nim, wytłumaczenie śmierci i omówienie procesu żałoby. Bardzo istotne okazało się również zapewnienie opieki psychologicznej. Problem, na który badacze zwrócili również uwagę, to sposób i odpowiedni moment przekazywania trudnych informacji przez personel [14].

Nadal w niektórych placówkach kontrowersje budzi chęć kontaktu rodziców ze zmarłym dzieckiem, niezależnie od czasu, w jakim doszło do śmierci. Skandynawskie badania dowodzą, że możliwość pożegnania się z dzieckiem, wystarczający czas dla rodziców na tą sytuację korzystnie wpływają na proces przeżywania żałoby oraz zmniejszają odsetek psychospołecznych komplikacji [14,15].

Odmienne wyniki uzyskali badacze brytyjscy. Kobiety, które wzięły udział w eksperymencie i miały możliwość zobaczenia oraz pożegnania się z dzieckiem doświadczyły więcej lęku i niepokoju w kolejnej ciąży. W tej grupie badanych 21% kobiet doświadczyło depresji, a 14% miało objawy stresu pourazowego. Natomiast w grupie kobiet, które nie widziały dziecka 18% doświadczyło depresji, a 6% stresu pourazowego. Okazało się również, że najwyższy odsetek depresji, bo aż 39% był w grupie kobiet, które widziały i dotykały dziecko. Należy jednak zauważyć, że badacze podają, iż w Wielkiej Brytanii kontakt z martwym dzieckiem jest przydany bardziej personelowi medycznemu jako spełnienie kolejnego etapu procedury medycznej niż rodzicom [8].

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że najistotniejsze jest indywidualne podejście do rodziców, którzy doświadczyli utraty dziecka w okresie okołoporodowym. Okazuje się, że kluczowe jest umożliwienie im podjęcia decyzji dotyczącej kontaktu z dzieckiem, ale nie zmuszanie i narzucanie im tego. Badania dowodzą również, że większość kobiet podejmowała decyzję pod wpływem sugestii personelu.

Na podstawie zebranego materiału można więc wyciągnąć następujące wnioski: rodzicom powinno zapewnić się możliwość wyrażenia swoich emocji oraz opiekę psychologa, informacje przekazywane na temat śmierci dziecka powinny być jasne i zrozumiałe, a okazanie zrozumienia i współczucia będzie cenniejsze niż dawanie rad oraz pocieszanie. Należy również pozostawić decyzję o kontakcie z dzieckiem rodzicom oraz zapewnić im wystarczający czas na pożegnanie się. Powinniśmy pamiętać również, że utrata dziecka w okresie okołoporodowym jest trudnym przeżyciem dla personelu medycznego. W tym przypadku również wartościowa może okazać się opieka psychologa i możliwość omówienia tych sytuacji. Skutkiem tego będzie ochrona przed wypaleniem zawodowym oraz pogłębianie własnych umiejętności komunikacyjnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Sanders C.: Jak przeżyć stratę dziecka. GWP, Gdańsk 2001: 216.
2. Resnik R., Creasy R. K., Iams J.D., Lockwood Ch.J., Morre TH., Thomes-Greene M.F.: Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice, Elsevier, Philadelphia 2013.
3. Jaworski S.: Ciąża obumarła [w:] Położnictwo i Ginekologia. Tom 1 Położnictwo. Bręborowicz G.H. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2007: 146-151.
4. Devi Wold .AS., Pham N., Arci A.: Anatomic factors in recurrent pregnancy loss. Seminars in reproductive medicine 2006; 24: 25-32.
5. ACOG Practice Bulletin No. 102: Management of stillbirth. Obstetrics and Gynecology, 2009; 112 (3): 748-7461.
6. Forrest G.C., Standish E., Baum J.D.: Support after perinatal death: A study of support and counseling after perinatal bereavement. British Medical Journal 1982; 25: 1475.
7. Hughes P.M., Turton P., Evans C.D.H.: Stillbirth as a risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: Cohort study. British Medical Journal 1999; 318: 1721.
8. Hughes P.M., Turton P., Hopper E., Evans C.D.H.: Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study. Lancet 2002; 360: 114.
9. Hughes P., Turton G., McGauley A., Fonagy P.: Factors that predict infant disorganization in mothers classified as U in pregnancy. Attachment & Human Development 2006; 8: 113.
10. Benoit D., Parker K.C., Zeanah C.H.: Mother's Representations of their infants assessed perinatally: stability and association with infant's attachment classifications. The Journal of Child Psychology and Psychiatry 1997; 38: 307.

11. Crawford A., Benoit D.: Caregivers' disrupted representations of the unborn child predict later infant caregiver disorganized attachment and disrupted interactions. *Infant Mental Health Journal*, 2009; 30: 124.
12. Garland J.: *Czym jest trauma*. Oficyna Ingenium, Warszawa 2009.
13. Bielan Z., Machaj A., Stakowska I.: Psychoseksualne konsekwencje straty dziecka w okresie ciąży i porodu. *Seksuologia Polska* 2010; 8: 41-46
14. Salfund K., Sjorgen B., Wredling R.: The role of caregivers after a stillbirth: Views and experiences of parents. *Birth* 2004; 31: 132.
15. Surkan P.J., Radestad I., Cnattingius S., Stineck G., Dickman P.W.: Events after stillbirth in relation to maternal depressive symptoms: A brief report. *BRITH* 2008; 35: 153.

Ocena wpływu akceptacji choroby nowotworowej na jakość życia chorych powyżej 60. roku życia

Izabela Chmiel¹, Iwona Repka¹, Ewelina Matla²

Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM Kraków

WSTĘP

Wraz z rozwojem medycyny wzrasta jakość udzielanych świadczeń medycznych, a z nimi wzrastają oczekiwania pacjentów. Spełnienie oczekiwań pacjentów wiąże się z poprawieniem relacji z pacjentem, współpracą w przebiegu leczenia, a co za tym idzie poprawą wyników leczenia gwarantującą akceptację choroby oraz poprawę jakości życia chorego [1- 4].

W naukach medycznych bada się jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia (ang.: *Health related quality of life* – HQRL). Autorem wyżej wymienionej definicji jest Shipper [5]. Według tej definicji, jakość życia to subiektywna ocena aktualnej sytuacji życiowej jednostki. Na wynik tej oceny wpływa choroba i leczenie pacjenta. Ocena dokonywana jest w trzech wymiarach – fizycznym, psychicznym oraz społecznym.

Światowa Organizacja Zdrowia (ŚOZ, *World Health Organization* – WHO) natomiast definiuje jakość życia jako indywidualny sposób postrzegania przez człowieka swojej pozycji życiowej. Jest on rozpatrywany w kontekście kulturowym i systemie wartości, z którym człowiek się utożsamia, a także w odniesieniu do oczekiwań w stosunku do jednostki, postawionych przez środowisko. Według WHO, na jakość życia jednostki wpływa stopień zaspokojonych potrzeb, między innymi takich, jak sen, picie i jedzenie, poczucie bezpieczeństwa, seks, aktywność, unikanie bólu, miłość, komunikacja, kontakt fizyczny, poczucie własnej wartości [6].

Mówiąc o akceptacji choroby mamy na myśli przede wszystkim jej pozytywny wpływ na przebieg leczenia. Pacjent, akceptujący diagnozę, podejmuje walkę o zdrowie i życie. Jest optymistycznie nastawiony do choroby, procesu leczenia, personelu medycznego oraz stosuje się do jego zaleceń. Poprzez pozytywne nastawienie współpracujący pacjent ma duży udział

w poprawie jakości swojego życia [1,2,3]. Udowodniono, że akceptacja choroby ma ścisły związek z lepszą jakością życia pacjenta. Udowodniono, że im wyższy jest stopień akceptacji choroby, tym jakość życia jest lepsza, ponieważ szybciej następuje poprawa wyników leczenia, a także poprawia się jego kontakt ze społeczeństwem, sytuacja interpersonalna [3,6,7,8,9].

CEL PRACY

Głównym celem przeprowadzonego badania była ocena wpływu akceptacji choroby nowotworowej na jakość życia chorych powyżej 60. roku życia.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono od 29.02.2016 do 26.05.2017 roku w Oddziale Radioterapii w jednym z krakowskich szpitali specjalistycznych [10].

W badaniu uczestniczyło 73 pacjentów. Przed przystąpieniem do badania uzyskano zgodę na ich przeprowadzenie od osób zarządzających w/w placówką. Poinformowano wszystkich uczestników badania o jego celu, zachowaniu pełnej anonimowości oraz dobrowolności uczestnictwa.

Wyznaczono następujące kryteria dopuszczające do badań:

- pacjent pozostający w leczeniu radioterapią stereotaktyczną lub tradycyjną,
- podstawowa diagnoza lekarska: choroba nowotworowa,
- wiek powyżej 60. roku życia,
- wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań,
- pacjent z rozpoznanym i histopatologicznie potwierdzonym nowotworem,
- pobyt stacjonarny w oddziale onkologicznym w wybranej placówce.

Za kryteria wykluczające z badań przyjęto:

- brak zgody lub wycofanie po jej wcześniejszym udzieleniu,
- wiek poniżej 60. roku życia,
- niepełna lub błędnie wypełniona ankieta kwestionariusza,
- nierozpoznany nowotwór,
- zakwalifikowanie do leczenia chemioterapią,
- pacjenci z zaburzeniami poznawczymi (weryfikacja za pomocą skali CAS),
- pacjent niewspółpracujący,

- pacjent zakwalifikowany do leczenia radioterapią paliatywną,
- leczenie ambulatoryjne pacjenta.

W badaniu zastosowane zostały dwie metody badawcze – analizę literatury przedmiotu oraz metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety.

Kwestionariusz w czterech częściach obejmował dane socjodemograficzne (7 pytań), ogólną ocenę stanu zdrowia (16 pytań - suma punktów odnoszących się do stanu zdrowia zawierała się pomiędzy 0 a 31 punktami, przy czym 31 punktów odpowiadało najgorszemu z wyznaczonych na podstawie badań własnych ogólnemu stanowi zdrowia) oraz dwie skale standaryzowane: ACIT-F (wersja 4) oraz akceptacji choroby AIS [11,12].

Kwestionariusz FACIT-F służy do oceny jakości życia pacjentów cierpiących z powodu chorób przewlekłych, uwzględniając 4 dziedziny ich życia. Pytania w arkuszu dotyczą samopoczucia pacjenta w ciągu ostatnich 7 dni. Na arkusz składa się pięć części oceniających: stan fizyczny (7 pytań), życie rodzinne i towarzyskie (7 pytań), stan emocjonalny (6 pytań), funkcjonowanie w życiu codziennym (7 pytań) oraz pytania dotyczące zmęczenia (13 pytań). Łącznie kwestionariusz zawiera 41 pytań, na które pacjent odpowiada przy pomocy pięciostopniowej skali Likerta. Łącznie pacjent może uzyskać od 0 do 164 punktów. W każdej z ocenianych dziedzin uzyskanie minimum 50% z maksymalnej możliwej ilości punktów jest oceną pozytywną (wynik łączny ze wszystkich dziedzin życia powyżej 82 punktów oznacza zadowalającą jakość życia pacjentów). Wynik ogólny skali ma kierunek pozytywny, co oznacza, że im większą liczbę punktów uzyskał pacjent tym wyższa jest jakość i sprawność jego życia.

Skala akceptacji choroby (ang.: *Acceptance of Illness Scale – AIS*) opracowana przez Felton, Revenson, Hinrichsen została na język polski przetłumaczona przez Juczyńskiego, a w 2001 roku wydana przez Pracownię Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Jest stosowana do oceny poziomu akceptacji choroby w różnych jednostkach chorobowych, najczęściej w przebiegu chorób przewlekłych.

Skala AIS zawiera osiem pytań, które dotyczą ograniczeń narzuconych przez chorobę nowotworową. Pytania nawiązują do braku samowystarczalności, poczucia zależności, obniżenia własnej wartości. Posiada pięciostopniową skalę odpowiedzi na pytanie, gdzie 1 znaczy *zdecydowanie zgadzam się*, a 5 jest odpowiednikiem *zupełnie nie zgadzam się*. Łącznie za wszystkie odpowiedzi można było zdobyć od 8 do 40 punktów. Im niższy wynik został osiągnięty, tym stopień akceptacji choroby przez pacjenta jest niższy. Wynik akceptacji choroby na podstawie skali AIS można przedstawić w następujących przedziałach punktowych:

od 8 do 18 punktów wskazuje na brak akceptacji choroby, od 19 do 29 punktów wskazuje na średni poziom akceptacji choroby, od 30 do 40 punktów wskazuje na wysoki poziom akceptacji choroby.

Do opracowania danych uzyskanych na podstawie kwestionariusza ankiety stworzono autorski arkusz kalkulacyjny w oparciu o program Excel. Wyznaczając korelacje zachodzące pomiędzy wybranymi czynnikami i zmiennymi zastosowano aplikację STATISTICA 10. W obliczeniach przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, a w oparciu o wartość współczynnika korelacji R określono wartość siły związku oraz jej charakter (siłę i kierunek).

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 73 pacjentów, wśród których było 25 (34,2%) kobiet i 48 (65,8%) mężczyzn. Wszyscy badani mieli ukończony 60. rok życia, najstarszym badanym pacjentem była kobieta w wieku 86 lat. Badani, ze względu na wiek, zostali podzieleni na pięć grup: do 65. roku życia włącznie, od 66. do 70. roku życia, od 71. do 75. roku życia, od 76. do 80. roku życia oraz powyżej 80. roku życia. Najliczniejszą grupę wiekową stanowiło 28 (38,4%) badanych w wieku do 65 lat, przy czym jej większość stanowiło 22 (45,8% M) badanych mężczyzn. Średnia wieku całej badanej grupy wynosiła 69,5 lat.

Mieszkańcami wsi było zaledwie 10 (13,7%) badanych, natomiast spośród pozostałych, mieszkających w mieście 63 (86,3%) badanych, mieszkańcami Krakowa było 46 (63,0%) osób.

Niewiele ponad połowa, 37 (50,7%) badanych posiadała wykształcenie zawodowe. Najmniej, 8 (11,0%) badanych zadeklarowało ukończenie szkoły podstawowej, natomiast po 14 (19,2%) badanych posiadało wykształcenie średnie lub wyższe.

Czynnych zawodowo było 17 (23,3%) badanych, natomiast jako bezrobotny określił się tylko 1 (2,1% M) z badanych mężczyzn. Ponad połowa, 37 (50,7%) badanych przebywała na emeryturze, natomiast pozostałych 18 (24,7%) badanych pobierało rentę.

Zdecydowana większość, 44 (60,3%) badanych, określała swoją sytuację materialną jako dobrą lub wystarczającą, średnią zadeklarowało 29 (39,7%) badanych. Nikt z badanych nie określił swojej sytuacji materialnej jako „zła/niewystarczająca”.

Najwięcej osób zarówno wśród badanych kobiet, jak i badanych mężczyzn, pozostawało w związku małżeńskim – 57 (78,1%) badanych. W badanej grupie były 2 (8,0% K) panny, 1 (2,1% M) rozwodnik, a pozostałych 13 (17,8%) badanych to 9 (36,0% K) wdów oraz 4 (8,3% M) wdowców.

Stan zdrowia badanej grupy

Do najczęściej występujących chorób w grupie badanych należały schorzenia związane z układem krążenia, które dotyczyły 48 (65,8%) badanych, Trzydziestu (17,8%) badanych nie uskarżało się na żadne współistniejące choroby. Zbliżona liczba badanych cierpiała na choroby układów dokrewnego, trawiennego i moczowo-płciowego, odpowiednio: 17 (23,3%), 16 (21,9%) i 15 (20,5%) badanych.

Co piąty, 16 (21,9%) badanych, nie przyjmował żadnych leków związanych z chorobami współistniejącymi. Dla pozostałej części badanej grupy średnia ilość przyjmowanych leków wynosiła około czterech. Najmniejsza średnia leków przyjmowanych w związku z chorobami współistniejącymi wystąpiła w grupie mężczyzn wieku od 71 do 75 lat oraz między 76. a 80. r.ż. i wyniosła ona 2,2, natomiast największą średnią zaobserwowano w najmłodszej grupie wiekowej kobiet – do 65. roku życia.

Tylko 7 (9,6%) badanych zadeklarowało, że odczuwa skutki uboczne leczenia chorób współistniejących, przy czym grupą wiekową najbardziej „podatną” na odczuwanie skutków ubocznych była grupa powyżej 80. r.ż.

U 16 (21,9%) badanych chorobę nowotworową zdiagnozowano w ostatnim półroczu, u 13 (17,8%) badanych dwa lata temu, natomiast trzy lata temu u 9 (12,3%) badanych.

Wobec 12 (16,4%) badanych nie zastosowano żadnego z rodzajów leczenia, natomiast radioterapię zastosowano u 43 (58,9%) badanych, chemioterapię u 46 (63,0%) badanych, a leczenie chirurgiczne u 26 (35,6%) badanych.

Przerzuty stwierdzono u 9 (12,3%) badanych, z czego u 3 (12,0% K) badanych kobiet i u 6 (12,5% M) badanych mężczyzn. W stosunku do pacjentów z przerzutami zastosowano w jednym przypadku leczenie chirurgiczne – u 1 (4,0% K) badanej kobiety, natomiast 8 (11,0%) badanych pacjentów poddano radioterapii, a 6 (8,2%) badanych – chemioterapii. Jedna (4,0% K) badana kobieta była poddawana zarówno radio-, jak i chemioterapii, natomiast tym obu sposobom leczenia było poddawanych 5 (10,4% M) badanych mężczyzn.

Tylko 1 (1,4%) badany mężczyzna w chwili przeprowadzania badania był poddawany szóstemu cyklowi radioterapii, natomiast w trakcie piątego cyklu nie znajdował się nikt z badanych. Czwartemu i trzeciemu cyklowi radioterapii było poddawanych po 9 (12,3%) badanych. Najwięcej, bo po 27 (37,0%) badanych było w trakcie pierwszego i drugiego cyklu radioterapii.

Wśród badanych pacjentów zastosowano cykle radioterapii w seriach obejmujących: 10, 15, 23, 25, 28, 30, 33 oraz 35 zabiegów. Najwięcej, po 19 (26,0%) badanych, pobierało

radioterapię w seriach obejmujących 30 oraz 35 zabiegów. Żadna z badanych kobiet nie miała radioterapii rozpisanej na 10 zabiegów, podczas gdy taką serię pobierało 5 (10,4% M) badanych mężczyzn, którzy z kolei nie mieli radioterapii rozłożonej na 15 sesji, natomiast przyjmowała ją tylko 1 (4,0% K) badana kobieta. Blisko jedna trzecia, 8 (32,0% K) badanych kobiet miało rozpisaną radioterapię w cyklu 25 zabiegów, 2 (8,0% K) kobiety na 28 zabiegów, 3 (12,0% K) badane na 33 i tylko 1 (4,0% K) badana kobieta otrzymywała radioterapię w cyklu obejmującym 35 sesji. Radioterapię rozłożoną na 35 zabiegów przyjmowało najwięcej, bo aż 18 (37,5% M) badanych mężczyzn, natomiast drugą pod względem liczebności grupę stanowiło 11 (22,9% M) badanych mężczyzn, którzy radioterapię mieli rozłożoną na 30 zabiegów. Siedmiu (14,6% M) badanych mężczyzn przyjmowało radioterapię rozłożoną na 25, a 4 (8,3% M) badanych mężczyzn na 33 sesje.

W badanej grupie powikłania radioterapii nie wystąpiły u 43 (58,9%). Najczęstszym z powikłań było zaczerwienienie miejsca naświetlania, które stwierdzono u 22 (30,1%) badanych. U 7 (9,6%) badanych wystąpiła epitelioza wysypkowa, natomiast epitelioza rozlana miała miejsce tylko w przypadku 1 (1,4% M) badanego mężczyzny.

Minimalna łączna punktacja ogólnej oceny stanu zdrowia była równa 6, a maksymalna (odpowiadająca najgorszemu stanowi zdrowia wśród badanych) 31 punktów. W najlepszym stanie, uzyskując ocenę pomiędzy 6. a 10. punktami, było 8 (11,0%) badanych. W dwóch kolejnych przedziałach punktowych, tj.: 11-15 i 16-20 punktów, było po 20 (27,4%) badanych. Osiemnaścioro (24,7%) badanych uzyskało od 21 do 25 punktów, natomiast w przedziale od 26 do 30 punktów znalazło się 5 (6,8%) badanych. W najgorszym stanie znajdowało się 2 (4,2% M) badanych mężczyzn, którzy uzyskali powyżej 30 punktów. Żadna z kobiet nie otrzymała powyżej 30 punktów.

Skala FACIT-F (Wersja 4)

Tylko 13 (17,8%) badanych posiadało ocenę stanu fizycznego (PWB) wyższą od 50% i było to 9 (36,0% K) badanych kobiet oraz 4 (8,3% M) badanych mężczyzn.

Życie rodzinne i towarzyskie (SWB) oceniono powyżej 50% u 58 (79,5%) badanych. Ocenę taką otrzymało 21 (84% K) badanych kobiet oraz 37 (77,1%) badanych mężczyzn.

Stan emocjonalny (EWB) 33 (45,2%) badanych, tj. 12 (48,0% K) badanych kobiet i 21 (43,8% M) badanych mężczyzn został oceniony powyżej granicy 50%.

Prawie trzy czwarte, 53 (72,6%) badanych uzyskało ocenę dotyczącą funkcjonowania w życiu codziennym (FWB) wyższą niż 50%. Była to ponad połowa, 13 (52,0% K) badanych kobiet oraz 40 (83,3% M) badanych mężczyzn.

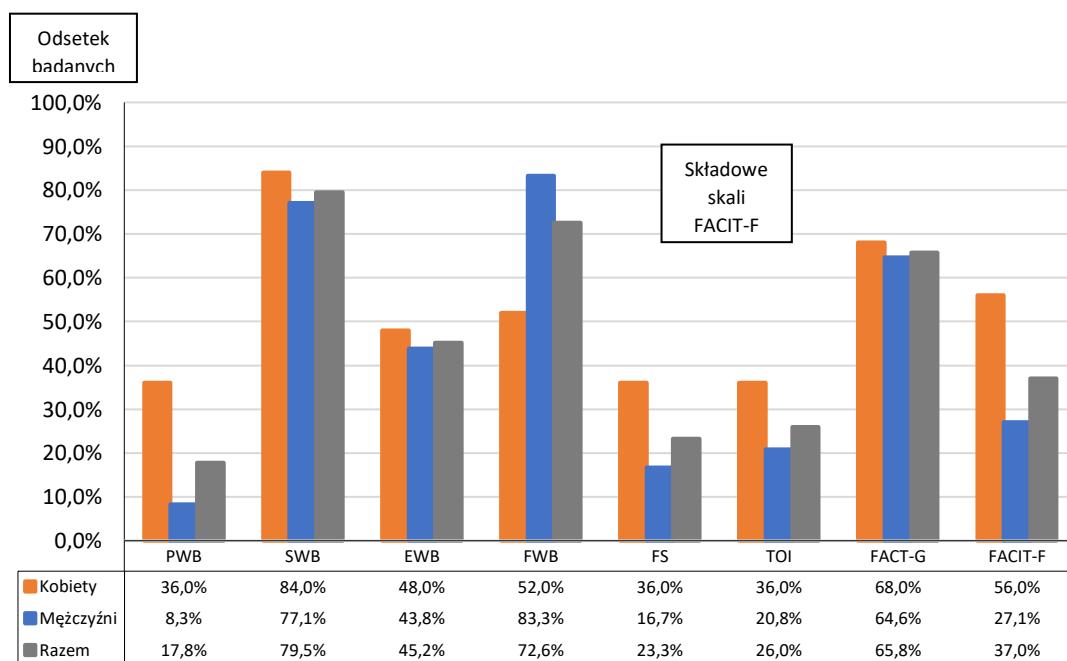
Oceniając inne dolegliwości (FS) wynik powyżej 50% otrzymało 17 (23,3%) badanych i było to 9 (36,0% K) badanych kobiet oraz 8 (16,7% M) badanych mężczyzn.

Sprawność funkcjonalną (TOI) wyższą niż 50% stwierdzono u 19 (26,0%) badanych, z czego 9 (36,0% K) z nich to badane kobiety, a 10 (20,8% M) badani mężczyźni.

Wyznaczoną skalą FACIT-F jakość życia (FACT-G) powyżej 50% uzyskało 48 (65,8%) badanych: 17 (68,0% K) badane kobiety i 31 (64,6% M) badani mężczyźni.

Wynik ogólny oceny funkcjonalności osoby przewlekle chorej większy niż 50% stwierdzono u 27 (37,0%) badanych i było to 14 (56,0% K) badanych kobiet oraz 13 (27,1% M) badanych mężczyzn.

Szczegółowe zestawienie uzyskanych wyników przedstawiono na Ryc. 1. FACIT-F Odsetek badanych spełniających kryterium poprawności 50%.



Rycina 1. FACIT-F Odsetek badanych spełniających kryterium poprawności 50%

Skala akceptacji choroby AIS

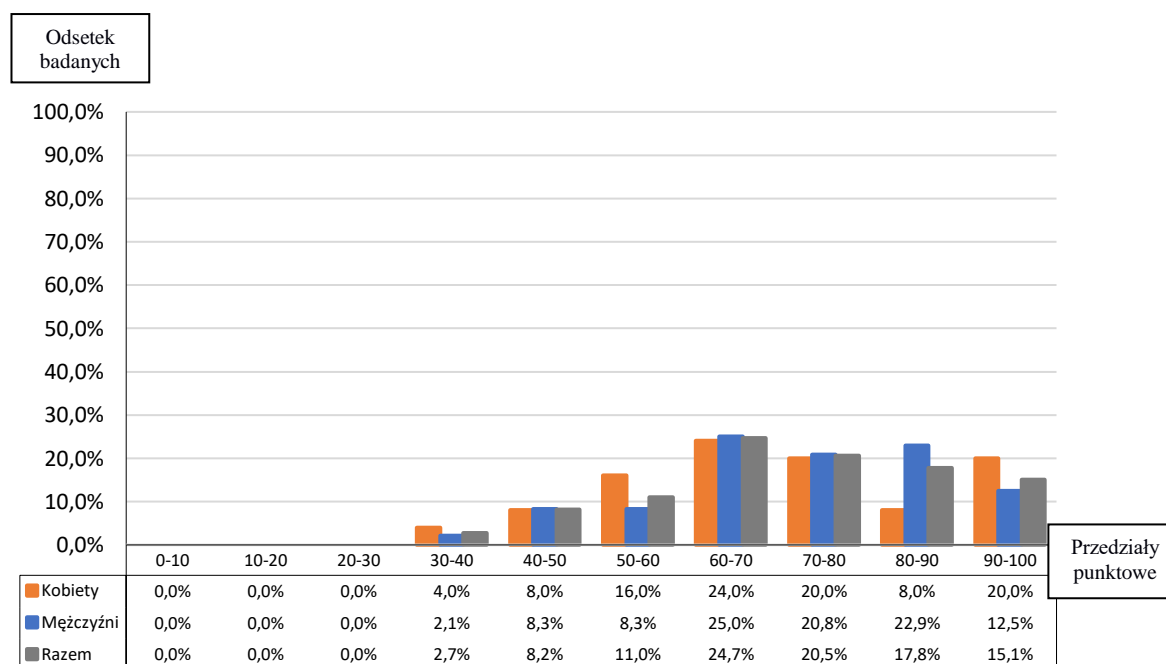
Żadnemu z badanych nie przyznano oceny dotyczącej poziomu akceptacji choroby poniżej 30%, a ocenę pomiędzy 30% a 40% otrzymało tylko 2 (2,7%) badanych: 1 (4,0% K)

badana kobieta oraz 1 (2,1% M) badany mężczyzna. Najczęściej otrzymywana ocena zawierała się pomiędzy 60% a 70% i otrzymało ją 18 (24,7%) badanych, z czego 6 (24,0% K) to badane kobiety, a 12 (25,0% M) badani mężczyźni.

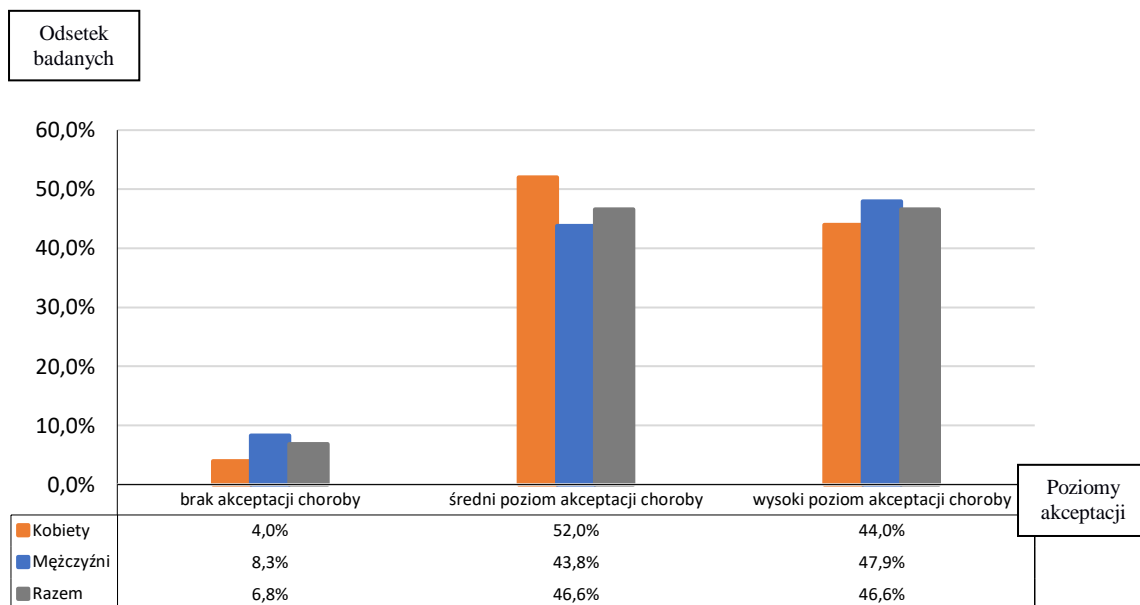
Drugą pod względem liczebności grupą było 15 (20%) badanych, którzy otrzymali oceny w granicach 70%-80%, a kolejną stanowiło 13 (17,8%) badanych: 2 (8,0% K) badane kobiety oraz 11 (22,9% M) badanych mężczyzn, których oceny poziomu akceptacji choroby zawierały się pomiędzy 80% a 90%.

Najwyższe oceny, ponad 90%, otrzymało 11 (15,1%) badanych, z czego 5 (20,0% K) stanowiły badane kobiety, a 6 (12,5% M) badani mężczyźni. Szczegółowe zestawienie uzyskanych wyników przedstawiono na Ryc. 2. AIS Stopień akceptacji choroby w badanej grupie – skala punktowa.

Zgodnie z przyjętą interpretacją uzyskanych wyników brak akceptacji stwierdzono u 5 (6,8%) badanych: 1 (4,0% K) badanej kobiety i 4 (8,3% M) badanych mężczyzn. Średni oraz wysoki poziom akceptacji stwierdzono u tej samej liczby – 34 (46,6%) badanych, przy czym średni wystąpił u 13 (52,0% K) badanych kobiet i 21 (43,8% M) badanych mężczyzn, natomiast wysoki reprezentowało 11 (44,0% K) badanych kobiet oraz 23 (47,9% M) badanych mężczyzn. Szczegółowe zestawienie uzyskanych wyników przedstawiono na Ryc. 3. AIS Akceptacja choroby w badanej grupie.



Rycina 2. AIS Stopień akceptacji choroby w badanej grupie – skala punktowa



Rycina 3. AIS Akceptacja choroby w badanej grupie

Korelacje wybranych czynników

Przy omawianiu współczynników korelacji odniesiono się tylko do tych wyliczonych wartości, dla których poziom istotności wyznaczający granicę istotnych statystycznie wyników, nie przekroczył wartości $p = 0,05$. Najwyższa korelacja, o praktycznie pełnej zależności, wystąpiła w 11 przypadkach, a największa wartość współczynnika korelacji $R = 0,94$ ($p < 0,001$) zaszła między sprawnością funkcjonowania a wynikiem ogólnym w grupie badanych kobiet. Prawie pełna zależność najczęściej miała miejsce w przypadku związków zachodzących pomiędzy badanymi czynnikami a sprawnością funkcjonowania oraz stopniem akceptacji choroby. Częściej tak silna korelacja występowała w grupie badanych kobiet (5 przypadków), niż w grupie badanych mężczyzn (3 przypadki). Pozostałe współczynniki najwyższej korelacji dotyczyły związków zachodzących w całej badanej grupie. Najniższa wartość z klasy korelacji praktycznie pełnej $R=0,81$ ($p < 0,001$) dotyczyła związku pomiędzy uzyskanym wynikiem ogólnym a stanem fizycznym badanych kobiet.

Korelacja wysoka, o bardzo dużej zależności, gdzie wartość współczynnika korelacji należy do przedziału $0,6 \leq R < 0,8$ wystąpiła w grupie badanych kobiet dziesięciokrotnie, wśród badanych mężczyzn pięciokrotnie, a sześć razy dla całej badanej grupy. Najczęściej, 6 razy, korelacja wysoka występowała pomiędzy związkami stanu fizycznego a innymi dolegliwościami, sprawnością funkcjonowania oraz wynikiem ogólnym. Dla całej badanej grupy korelacja między sprawnością funkcjonowania a stanem fizycznym była równa

$R=0,79$ ($p<0,001$), natomiast najniższą wartość z tego przedziału miał związek między ogólną oceną stanu zdrowia a czasem, jaki upłynął od zdiagnozowania choroby w grupie kobiet i był równy $R=0,60$ ($p<0,001$). Istotne statystycznie, a więc takie, dla których poziom istotności $p<0,001$, korelacje umiarkowane występowały najczęściej w grupie badanych kobiet – 19 przypadków. Po 13 związków tej kategorii odnotowano w zależnościach między wybranymi czynnikami zarówno wyznaczanymi dla samych badanych mężczyzn, jak i dla całej badanej grupy. W grupie badanych kobiet nie stwierdzono istotnych statystycznie korelacji niskich, o wyraźnej zależności. Siedem tego typu związków wystąpiło w grupie badanych mężczyzn oraz 15 odnoszących się do całej grupy badanych.

Tabela I. Korelacje - wiek

WIEK						0
PARAMETR	K		M		K + M	
	R	p	R	p	R	p
czas od zdiagnozowania choroby	0,04		-0,16		-0,08	
cykl	-0,04		-0,08		-0,05	
dzień radioterapii	-0,35	0,086	0,07		-0,05	
ogólna ocena stanu zdrowia	-0,09		-0,04		-0,06	
stan fizyczny	-0,30	0,145	0,04		-0,04	
życie rodzinne i towarzyskie	-0,11		-0,07		-0,06	
stan emocjonalny	-0,20	0,338	0,19		0,06	
funkcjonowanie w życiu codziennym	0,06		0,12		0,04	
inne dolegliwości	-0,26	0,209	-0,02		-0,04	
sprawność funkcjonowania	-0,35	0,086	0,06		-0,03	
jakość życia	-0,30	0,145	0,13		-0,01	
wynik ogólny	-0,36	0,077	0,09		-0,03	
stopień akceptacji choroby	0,30	0,145	0,00		0,10	

Jedynym czynnikiem, którego korelacje z pozostałymi nie były istotnie statystycznie był wiek badanych. Zestawienie uzyskanych wyników przedstawiono w tabelach korelacji od I -XIV. W tabelach korelacje najwyższe zaznaczono na ciemnoczerwono, wysokie na czerwono, umiarkowane na pomarańczowo i niskie na żółto. Te z odpowiadających poszczególnym korelacjom poziomy istotności, które spełniały założony graniczny poziom istotności $p = 0,05$, zostały zaznaczone na zielono. W górnym, prawym rogu tabeli, na zielonym polu zamieszczono liczbę odpowiadającą ilości istotnych statystycznie zależności dla danego czynnika (parametru).

Tabela II. Korelacje –czas od zdiagnozowania choroby

CZAS OD ZDIAGNOZOWANIA CHOROBY						11
PARAMETR	K		M		K + M	
	R	p	R	p	R	p
wiek	0,04		-0,16		-0,08	
cykl	0,77	<0,001	0,74	<0,001	0,75	<0,001
dzień radioterapii	0,04		0,53	<0,001	0,40	<0,001
ogólna ocena stanu zdrowia	0,60	0,002	0,46	0,001	0,50	<0,001
stan fizyczny	0,03		0,06		0,07	
życie rodzinne i towarzyskie	0,01		-0,21	0,152	-0,12	
stan emocjonalny	0,23	0,269	-0,20	0,173	-0,08	
funkcjonowanie w życiu codziennym	-0,05		-0,28	0,054	-0,23	0,05
inne dolegliwości	0,23	0,269	0,26	0,074	0,27	0,021
sprawność funkcjonowania	0,17		0,08		0,13	
jakość życia	0,09		-0,31	0,032	-0,17	
wynik ogólny	0,19		-0,09		0,02	
stopień akceptacji choroby	0,02		-0,21	0,152	-0,14	

Tabela III. Korelacje –cykl

CYKL						10
PARAMETR	K		M		K + M	
	R	p	R	p	R	p
wiek	-0,04		-0,08		-0,05	
czas od zdiagnozowania choroby	0,77	<0,001	0,74	<0,001	0,75	<0,001
dzień radioterapii	-0,05		0,41	0,004	0,29	0,013
ogólna ocena stanu zdrowia	0,66	<0,001	0,57	<0,001	0,58	<0,001
stan fizyczny	0,03		0,10		0,10	
życie rodzinne i towarzyskie	0,00		0,08		0,07	
stan emocjonalny	0,25	0,228	-0,34	0,018	-0,18	
funkcjonowanie w życiu codziennym	0,06		-0,22	0,133	-0,16	
inne dolegliwości	0,23	0,269	0,24	0,101	0,25	0,033
sprawność funkcjonowania	0,23	0,269	0,11		0,16	
jakość życia	0,15		-0,18		-0,07	
wynik ogólny	0,24	0,248	-0,01		0,09	
stopień akceptacji choroby	0,09		-0,10		-0,05	

Tabela IV. Korelacje –dzień radioterapii

DZIEŃ RADIOTERAPII						17
PARAMETR	K		M		K + M	
	R	p	R	p	R	p
wiek	-0,35	0,086	0,07		-0,05	
czas od zdiagnozowania choroby	0,04		0,53	<0,001	0,40	<0,001
cykl	-0,05		0,41	0,004	0,29	0,013
ogólna ocena stanu zdrowia	0,24	0,248	0,46	0,001	0,38	0,001
stan fizyczny	0,57	0,003	0,31	0,032	0,43	<0,001
życie rodzinne i towarzyskie	0,26	0,209	-0,28	0,054	-0,06	
stan emocjonalny	0,01		0,16		0,12	
funkcjonowanie w życiu codziennym	-0,13		-0,20	0,173	-0,21	0,075
inne dolegliwości	0,34	0,096	0,38	0,008	0,38	0,001
sprawność funkcjonowania	0,54	0,005	0,32	0,027	0,42	<0,001
jakość życia	0,44	0,028	-0,02		0,15	
wynik ogólny	0,50	0,011	0,19		0,33	0,004
stopień akceptacji choroby	0,03		-0,05		-0,03	

Tabela V. Korelacje –ogólna ocena stanu zdrowia

OGÓLNA OCENA STANU ZDROWIA						16
PARAMETR	K		M		K + M	
	R	p	R	p	R	p
wiek	-0,09		-0,04		-0,06	
czas od zdiagnozowania choroby	0,60	0,002	0,46	0,001	0,50	<0,00
cykl	0,66	<0,001	0,57	<0,001	0,58	<0,001
dzień radioterapii	0,24	0,248	0,46	0,001	0,38	0,001
stan fizyczny	0,43	0,032	0,09		0,21	0,075
życie rodzinne i towarzyskie	0,02		-0,14		-0,08	
stan emocjonalny	0,56	0,004	-0,13		0,09	
funkcjonowanie w życiu codziennym	-0,17		-0,21	0,152	-0,18	
inne dolegliwości	0,31	0,132	0,43	0,002	0,36	0,002
sprawność funkcjonowania	0,41	0,042	0,26	0,074	0,29	0,013
jakość życia	0,42	0,037	-0,19		0,02	
wynik ogólny	0,47	0,018	0,10		0,22	0,061
stopień akceptacji choroby	-0,17		-0,14		-0,15	

Tabela VI. Korelacje –stan fizyczny

STAN FIZYCZNY						22
PARAMETR	K		M		K + M	
	R	p	R	p	R	p
wiek	-0,30	0,145	0,04		-0,04	
czas od zdiagnozowania choroby	0,03		0,06		0,07	
cykl	0,03		0,10		0,10	
dzień radioterapii	0,57	0,003	0,31	0,032	0,43	<0,001
ogólna ocena stanu zdrowia	0,43	0,032	0,09		0,21	0,075
życie rodzinne i towarzyskie	0,21	0,321	0,07		0,17	
stan emocjonalny	0,42	0,037	0,25	0,087	0,31	0,008
funkcjonowanie w życiu codziennym	-0,52	0,008	-0,34	0,018	-0,46	<0,001
inne dolegliwości	0,62	0,001	0,57	<0,001	0,63	<0,001
sprawność funkcjonowania	0,84	<0,001	0,73	<0,001	0,79	<0,001
jakość życia	0,66	<0,001	0,47	0,001	0,55	<0,001
wynik ogólny	0,81	<0,001	0,67	<0,001	0,75	<0,001
stopień akceptacji choroby	-0,36	0,077	-0,18		-0,26	0,026

Tabela VII. Korelacje –życie rodzinne i towarzyskie

ŻYCIE RODZINNE I TOWARZYSKIE						7
PARAMETR	K		M		K + M	
	R	p	R	p	R	p
wiek	-0,11		-0,07		-0,06	
czas od zdiagnozowania choroby	0,01		-0,21	0,152	-0,12	
cykl	0,00		0,08		0,07	
dzień radioterapii	0,26	0,209	-0,28	0,054	-0,06	
ogólna ocena stanu zdrowia	0,02		-0,14		-0,08	
stan fizyczny	0,21		0,07		0,17	
stan emocjonalny	-0,32	0,119	-0,01		-0,11	
funkcjonowanie w życiu codziennym	0,34	0,096	0,14		0,17	
inne dolegliwości	-0,05		-0,14		-0,06	
sprawność funkcjonowania	0,25	0,228	0,00		0,13	
jakość życia	0,73	<0,001	0,60	<0,001	0,65	<0,001
wynik ogólny	0,49	0,013	0,38	0,008	0,44	<0,001
stopień akceptacji choroby	0,48	0,015	-0,02		0,17	

Tabela VIII. Korelacje –stan emocjonalny

STAN EMOCJONALNY						14
PARAMETR	K		M		K + M	
	R	p	R	p	R	p
wiek	-0,20	0,338	0,19		0,06	
czas od zdiagnozowania choroby	0,23	0,269	-0,20	0,173	-0,08	
cykl	0,25	0,228	-0,34	0,018	-0,18	
dzień radioterapii	0,01		0,16		0,12	
ogólna ocena stanu zdrowia	0,56	0,004	-0,13		0,09	
stan fizyczny	0,42	0,037	0,25	0,087	0,31	0,008
życie rodzinne i towarzyskie	-0,32	0,119	-0,01		-0,11	
funkcjonowanie w życiu codziennym	-0,46	0,021	-0,01		-0,16	
inne dolegliwości	0,45	0,024	0,21	0,152	0,29	0,013
sprawność funkcjonowania	0,38	0,061	0,27	0,063	0,31	0,008
jakość życia	0,26	0,209	0,58	<0,001	0,48	<0,001
wynik ogólny	0,44	0,028	0,56	<0,001	0,51	0,001
stopień akceptacji choroby	-0,58	0,002	0,10		-0,13	

Tabela IX. Korelacje –funkcjonowanie w życiu codziennym

FUNKCJONOWANIE W ŻYCIU CODZIENNYM						9
PARAMETR	K		M		K + M	
	R	p	R	p	R	p
wiek	0,06		0,12		0,04	
czas od zdiagnozowania choroby	-0,05		-0,28	0,054	-0,23	0,05
cykl	0,06		-0,22	0,133	-0,16	
dzień radioterapii	-0,13		-0,20	0,173	-0,21	0,075
ogólna ocena stanu zdrowia	-0,17		-0,21	0,152	-0,18	
stan fizyczny	-0,52	0,008	-0,34	0,018	-0,46	<0,001
życie rodzinne i towarzyskie	0,34	0,096	0,14		0,17	
stan emocjonalny	-0,46	0,021	-0,01		-0,16	
inne dolegliwości	-0,63	0,001	-0,36	0,012	-0,50	<0,001
sprawność funkcjonowania	-0,32	0,119	0,08		-0,13	
jakość życia	0,17		0,40	0,005	0,27	0,021
wynik ogólny	-0,23	0,269	0,11		-0,09	
stopień akceptacji choroby	0,50	0,011	0,58	<0,001	0,55	<0,001

Tabela X. Korelacje –inne dolegliwości

INNE DOLEGLIWOŚCI						22
PARAMETR	K		M		K + M	
	R	p	R	p	R	p
wiek	-0,26	0,209	-0,02		-0,04	
czas od zdiagnozowania choroby	0,23	0,269	0,26	0,074	0,27	0,023
cykl	0,23	0,269	0,24	0,101	0,25	0,033
dzień radioterapii	0,34	0,096	0,38	0,008	0,38	0,001
ogólna ocena stanu zdrowia	0,31	0,132	0,43	0,002	0,36	0,002
stan fizyczny	0,62	0,001	0,57	<0,001	0,63	<0,001
życie rodzinne i towarzyskie	-0,05		-0,14		-0,06	
stan emocjonalny	0,45	0,024	0,21	0,152	0,29	0,013
funkcjonowanie w życiu codziennym	-0,63	0,001	-0,36	0,012	-0,50	<0,001
sprawność funkcjonowania	0,84	<0,001	0,83	<0,001	0,85	<0,001
jakość życia	0,24	0,248	0,12		0,19	
wynik ogólny	0,72	<0,001	0,65	<0,001	0,70	<0,001
stopień akceptacji choroby	-0,61	0,001	-0,13		-0,32	0,006

Tabela XI. Korelacje –sprawność funkcjonowania

SPRAWNOŚĆ FUNKCJONOWANIA						19
PARAMETR	K		M		K + M	
	R	p	R	p	R	p
wiek	-0,35	0,086	0,06		-0,03	
czas od zdiagnozowania choroby	0,17		0,08		0,13	
cykl	0,23	0,269	0,11		0,16	
dzień radioterapii	0,54	0,005	0,32	0,027	0,42	<0,001
ogólna ocena stanu zdrowia	0,41	0,042	0,26	0,074	0,29	0,013
stan fizyczny	0,84	<0,001	0,73	<0,001	0,79	<0,001
życie rodzinne i towarzyskie	0,25	0,228	0,00		0,13	
stan emocjonalny	0,38	0,061	0,27	0,063	0,31	0,008
funkcjonowanie w życiu codziennym	-0,32	0,119	0,08		-0,13	
inne dolegliwości	0,84	<0,001	0,83	<0,001	0,85	<0,001
jakość życia	0,66	<0,001	0,52	<0,001	0,58	<0,001
wynik ogólny	0,94	<0,001	0,86	<0,001	0,90	<0,001
stopień akceptacji choroby	-0,45	0,024	0,11		-0,11	

Tabela XII. Korelacje –jakość życia

JAKOŚĆ ŻYCIA						19
PARAMETR	K		M		K + M	
	R	p	R	p	R	p
Wiek	-0,30	0,145	0,13		-0,01	
czas od zdiagnozowania choroby	0,09		-0,31	0,032	-0,17	
Cykl	0,15		-0,18		-0,07	
dzień radioterapii	0,44	0,028	-0,02		0,15	
ogólna ocena stanu zdrowia	0,42	0,037	-0,19		0,02	
stan fizyczny	0,66	<0,001	0,47	0,001	0,55	<0,001
życie rodzinne i towarzyskie	0,73	<0,001	0,60	<0,001	0,65	<0,001
stan emocjonalny	0,26	0,209	0,58	<0,001	0,48	<0,001
funkcjonowanie w życiu codziennym	0,17		0,40	0,005	0,27	0,021
inne dolegliwości	0,24	0,248	0,12		0,19	
sprawność funkcjonowania	0,66	<0,001	0,52	<0,001	0,58	<0,001
wynik ogólny	0,84	<0,001	0,83	<0,001	0,83	<0,001
stopień akceptacji choroby	0,05		0,24	0,101	0,16	

Tabela XIII. Korelacje –wynik ogólny

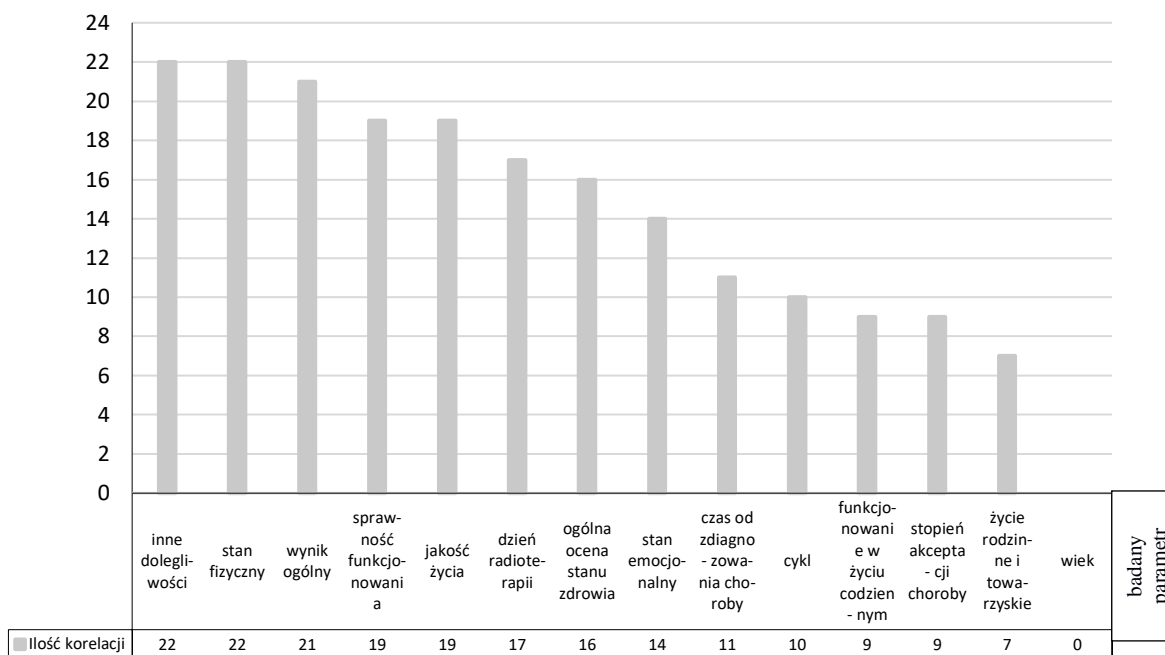
WYNIK OGÓLNY						21
PARAMETR	K		M		K + M	
	R	p	R	p	R	p
Wiek	-0,36	0,077	0,09		-0,03	
czas od zdiagnozowania choroby	0,19		-0,09		0,02	
Cykl	0,24	0,248	-0,01		0,09	
dzień radioterapii	0,50	0,011	0,19		0,33	0,004
ogólna ocena stanu zdrowia	0,47	0,018	0,10		0,22	0,061
stan fizyczny	0,81	<0,001	0,67	<0,001	0,75	<0,001
życie rodzinne i towarzyskie	0,49	0,013	0,38	0,008	0,44	<0,001
stan emocjonalny	0,44	0,028	0,56	<0,001	0,51	0,001
funkcjonowanie w życiu codziennym	-0,23	0,269	0,11		-0,09	
inne dolegliwości	0,72	<0,001	0,65	<0,001	0,70	<0,001
sprawność funkcjonowania	0,94	<0,001	0,86	<0,001	0,90	<0,001
jakość życia	0,84	<0,001	0,83	<0,001	0,83	<0,001
stopień akceptacji choroby	-0,30	0,145	0,12		-0,06	

Tabela XIV. Korelacje – stopień akceptacji choroby

STOPIEŃ AKCEPTACJI CHOROBY						9
PARAMETR	K		M		K + M	
	R	p	R	p	R	p
Wiek	0,30	0,145	0,00		0,10	
czas od zdiagnozowania choroby	0,02		-0,21	0,152	-0,14	
Cykl	0,09		-0,10		-0,05	
dzień radioterapii	0,03		-0,05		-0,03	
ogólna ocena stanu zdrowia	-0,17		-0,14		-0,15	
stan fizyczny	-0,36	0,077	-0,18		-0,26	0,026
życie rodzinne i towarzyskie	0,48	0,015	-0,02		0,17	
stan emocjonalny	-0,58	0,002	0,10		-0,13	
funkcjonowanie w życiu codziennym	0,50	0,011	0,58	<0,001	0,55	<0,001
inne dolegliwości	-0,61	0,001	-0,13		-0,32	0,006
sprawność funkcjonowania	-0,45	0,024	0,11		-0,11	
jakość życia	0,05		0,24	0,101	0,16	
wynik ogólny	-0,30	0,145	0,12		-0,06	
stopień akceptacji choroby	-0,30	0,145	0,12		-0,06	

W grupie badanych kobiet najwyższe korelacje (zależność praktycznie pełna) wystąpiła w 5 przypadkach, przy czym ze stopniem akceptacji choroby oraz sprawnością funkcjonowania była związana po trzy razy – w jednym z tych przypadków dotyczyła właśnie korelacji między nimi. Korelacje wysokie, o bardzo dużej, znaczącej zależności, stwierdzono 10 razy, natomiast korelacje umiarkowane 19 razy. W grupie badanych kobiet nie wystąpiły korelacje najsłabsze, niskie. Wśród badanych mężczyzn korelacje najmocniejsze ($0,8 < R \leq 1,0$) wystąpiły trzykrotnie i dotyczyły stopnia akceptacji choroby, jakości życia, sprawności funkcjonowania oraz innych dolegliwości. Pięciokrotnie stwierdzono korelacje wysokie ($0,6 < R \leq 0,8$), umiarkowane ($0,4 < R \leq 0,6$) 13 razy, natomiast niskie ($0,4 < R \leq 0,6$) zaobserwowano tylko siedmiokrotnie. W odniesieniu do całej badanej grupy statystycznie istotne związki pomiędzy wybranymi parametrami stwierdzono 37 razy i było to 15 korelacji o niskim stopniu zależności, 13 korelacji umiarkowanych, 6 wysokich i 3 o najwyższym stopniu zależności.

Ogólnie, najwięcej, 22 związki odnotowano w kategoriach „Inne dolegliwości” oraz „Stan fizyczny”, 21 korelacji dotyczyło parametru „Wynik ogólny”, a najmniej, oprócz „Wiek” (0 związków), po 9 zależności w kategoriach „Funkcjonowanie w życiu codziennym” oraz „Stopień akceptacji choroby”. Szczegółowe zestawienie uzyskanych wyników przedstawiono na Ryc. 4. Ilość korelacji – zestawienie ogólne.



Rycina 4. Ilość korelacji – zestawienie ogólne

Dwie korelacje umiarkowane, o ujemnym charakterze ($R = -0,41$ przy $p = 0,042$ dla obu przypadków) wystąpiły w grupie badanych kobiet pomiędzy wykształceniem a sprawnością funkcjonowania i wynikiem ogólnym.

W grupie badanych mężczyzn stwierdzono korelacje niskie, o wyraźnej zależności pomiędzy sytuacją materialną a: sprawnością funkcjonowania ($R = 0,36$; $p = 0,015$), jakością życia ($R = 0,25$; $p = 0,032$) oraz wynikiem ogólnym ($R = 0,32$; $p = 0,012$).

Szczegółowe zestawienie uzyskanych wyników przedstawiono w Tabeli XV. Korelacje – wykształcenie oraz Tabeli XVI. Korelacje – sytuacja materialna.

Tabela XV. Korelacje – wykształcenie

WYKSZTAŁCENIE						2
PARAMETR	K		M		K + M	
	R	p	R	p	R	p
życie rodzinne i towarzyskie	-0,06		0,03		0,01	
stan emocjonalny	-0,34	0,096	0,09		-0,05	
sprawność funkcjonowania	-0,41	0,042	-0,12		-0,19	
jakość życia	-0,35	0,086	0,01		-0,11	
wynik ogólny	-0,41	0,042	-0,04		-0,16	
stopień akceptacji choroby	0,04		0,11		0,07	

Tabela XVI. Korelacje – sytuacja materialna

SYTUACJA MATERIALNA						6
PARAMETR	K		M		K + M	
	R	p	R	p	R	p
życie rodzinne i towarzyskie	-0,11		0,12		0,03	
stan emocjonalny	0,28	0,327	-0,01		0,08	
sprawność funkcjonowania	0,08		0,36	0,015	0,24	0,041
jakość życia	0,16		0,25	0,032	0,21	0,026
wynik ogólny	0,10		0,32	0,012	0,21	0,033
stopień akceptacji choroby	-0,07		0,05		0,01	

DYSKUSJA

Jakość życia w powiązaniu ze zdrowiem pacjenta to zagadnienie, które było przedmiotem wielu badań. Badania te, przeprowadzane na różnych liczbowo grupach badanych, dotyczyły różnych jednostek chorobowych i różnych etapów ich rozwoju. Wykorzystywano różne standaryzowane narzędzia badawcze, którymi oceniano badanych obu płci, w różnym wieku [13-19].

Często jakość życia była przedmiotem badań wśród pacjentów z chorobą nowotworową [13,17,18]. Według de Walden- Gałuszko badania te są źródłem informacji na temat konsekwencji i objawów choroby nowotworowej oraz stanu psychologicznego, społecznego i duchowego badanych osób [20]. Część z tych badań nie tylko oceniało jakość życia chorego, ale dotyczyło również oceny wpływu na nią różnych czynników. Do najczęściej omawianych czynników należały: akceptacja choroby, wykonany zabieg operacyjny, choroby współistniejące, stopień zaawansowania choroby, wiek pacjenta, rodzaj opieki (stacjonarna, domowa, długoterminowa) [13,14,15,16].

Przeprowadzone badania własne miały na celu nie tylko określenie symptomatycznych czynników towarzyszących pacjentom cierpiącym na chorobę nowotworową, ale i poziom jakości ich życia, składowe elementów mających wpływ na ostateczną ocenę oraz wyznaczenie ich wzajemnych powiązań, siły i rodzaju zależności.

W niniejszej pracy przedstawiono wyniki wpływu akceptacji choroby nowotworowej na jakość życia chorych powyżej 60. roku życia. Badanie, w którym uczestniczyło 73 pacjentów, przeprowadzono w jednym z krakowskich szpitali specjalistycznych. Przy zbieraniu materiału i danych zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem

autorskiego kwestionariusza ankiety oraz dwóch skal standaryzowanych FACIT-F (wersja 4) i AIS. Wymienione standaryzowane narzędzia badawcze wykorzystali w swych badaniach także inni badacze. Podobnie jak w badaniach własnych uzyskane dane zakodowano i wprowadzono do programu Excel i Statistica. W obliczeniach przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$ [2,3,7,9, 13,14,15,21,22,23].

Na podstawie analizy dostępnych opracowań w literaturze przedmiotu stwierdzono, że brak jest badań, w których, w stosunku do pacjentów powyżej 60. roku życia ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową, zastosowano te dwa konkretne narzędzia badawcze.

W wyniku podjętych badań stwierdzono, że średnia wartość FACIT-F wynosiła 37,0% (co odpowiada 60-61 punktów). Muszalik, w badaniach z 2009 roku, otrzymała zbliżone wartości FACIT-F dla kobiet i mężczyzn, odpowiednio 74,3 i 74,8 punktów (45,1% i 45,6%) [14]. Występującą różnicę pomiędzy wynikami badań należy tłumaczyć faktem, że w badaniach Muszalik grupę badaną stanowili pensjonariusze DPS z chorobami nowotworowymi oraz pacjenci domowego hospicjum z chorobami przewlekłymi.

W badaniach własnych udział wzięli wyłącznie chorzy z rozpoznaniem nowotworowym, a ponadto z ograniczoną ilością chorób współistniejących. Tak więc można założyć, że były to grupy o zróżnicowanym ogólnym poziomie zdrowia, co bezpośrednio przełożyło się na wyniki badań FACIT-F.

Według badań własnych ogólną ocenę akceptacji choroby na wysokim i średnim poziomie uzyskało po 34 (46,6%) badanych, natomiast u pozostałych 5 (6,8%) badanych choroba nie została zaakceptowana.

Szeroka gama rozbieżności wyników otrzymanych w badaniach prowadzonych w innych ośrodkach może świadczyć, że na ogólną akceptację choroby ma wpływ wiele czynników. Na przykład wyniki badań Kozieł z 2016 [21] (choroba nowotworowa gruczołu piersiowego: 36% wysoki – 44% średni – 20% niski) i Lawandowskiej-Abucewicz z 2016 [2], (mastektomia, odpowiednio: 42% – 30% – 28%) są bardzo zbliżone, jednak w stosunku do badań Gościckiej z 2016 [9], (POChP, odpowiednio: 10% – 65% – 25%) lub Zielinskiej-Więczkowskiej z 2016 [3], (pacjenci opieki paliatywnej, odpowiednio: 11,4% – 34,2% – 54,4%) występują już znaczące różnice. Oprócz choroby podstawowej takimi czynnikami mogą być również wiek badanych: u Kozieł [21] – średnia 57 lat, w badaniach własnych – 69,5 lat, a u Kaźmierczak z 2015 [9], (rak szyjki macicy, odpowiednio: 46% - 40% - 14%) – 35,9 lat, a także czynniki socjodemograficzne.

WNIOSKI

1. Ogólny stan zdrowia badanych jest co najmniej niezadowolający i jest to związane z kryteriami określającymi badaną grupę: rodzajem choroby, wiekiem oraz wdrożoną procedurą hospitalizacji.
2. Akceptacja choroby nowotworowej w badanej grupie, bez względu na wiek i płeć badanych, jest na bardzo wysokim poziomie, jednak żaden z badanych nie zaakceptował w pełni swojej choroby.
3. Stopień akceptacji choroby nowotworowej jest przede wszystkim skorelowany dodatnio z funkcjonowaniem w życiu codziennym, jednakże nie bez znaczenia pozostają takie czynniki, jak życie rodzinne i towarzyskie badanych, a w przypadku badanych kobiet również ich stan emocjonalny.
4. Specyfika procesu leczenia (cykle radioterapii) pozostają w niejako „przeciwnych” korelacjach ze stanami emocjonalnymi badanych kobiet i badanych mężczyzn. Kolejne cykle wpływają destabilizująco na stan emocjonalny kobiet, natomiast mężczyźni, w miarę upływu czasu, przestają odczuwać – w sensie emocjonalnym – oddziaływanie radioterapii.
5. Jakość życia badanych pacjentów cierpiących z powodu choroby przewlekłej, wyznaczona przy użyciu kwestionariusza FACIT-F dla całej grupy, kształtuje się na poziomie 37,0%, a więc sporo poniżej poziomu 50% będącego dolną granicą zadowalającej jakości życia.
6. W badanej grupie stwierdzono bardzo dużą, i to o różnym stopniu, natężeniu i charakterze, ilość korelacji zachodzących pomiędzy wybranymi do analizy parametrami, co dowodzi, że większość aspektów życia i zdiagnozowanej choroby dotyczących badanych pozostają ze sobą w ścisłych związkach i nie jest możliwe rozpatrywanie każdego z nich z osobna, bez uwzględniania wpływu pozostałych.

PIŚMIENNICTWO

1. Andruszkiewicz A., Kubica A., Nowik M., Marzec A., Banaszkiewicz M.: Poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik akceptacji choroby w grupie pacjentów przewlekle chorych. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 2: 239-245.
2. Lewandowska-Abucewicz T., Kęcka K., Brodowski J.: Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii w województwie zachodniopomorskim – badania wstępne. *Family Medicine & Primary Care Review* 2016; 2: 143-148.

3. Zielińska-Więczkowska H., Żychlińska E.: Akceptacja choroby nowotworowej i jej związek z jakością życia osób starszych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową. *Medycyna Rodzinna* 2015; 5: 151-156.
4. Andruszkiewicz A., Basińska M.: Stan psychiczny pacjentów na etapie wczesnej i późnej starości a ich oczekiwania wobec lekarza. *Psychiatria Polska* 2016; 50: 1001-1014.
5. De Walden-Gałuszko K.: Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. [w:] *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Mesza J.(red.). Centrum Onkologii, Warszawa 1997: 77-81.
6. Leppert W., Forycka M., de Walden-Gałuszko K., Majkiewicz M., Buss T.: Ocena jakości życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej. *Psychoonkologia* 2014; 1: 17-29.
7. Sowa M., Głowacka-Mrotek I., Nowikiewicz T., Zegarski W.: Ocena czynników wpływających na stopień akceptacji zachorowania na raka piersi u kobiet poddanych leczeniu oszczędzającemu gruczoł piersiowy: analiza odległa po upływie 5 lat od zabiegu – badanie wstępne. *Pielęgniarstwo Polskie* 2018; 1(67): 58-65.
8. Lewandowska-Abucewicz T., Kęcka K., Brodowski J.: Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii w województwie zachodniopomorskim – badania wstępne. *Family Medicine & Primary Care Review* 2016; 2: 143-148.
9. Kaźmierczak M., Kubiak I., Gebuza G., Gierszewska M., Mieczkowska E.: Czynniki determinujące akceptację choroby przez kobiety leczone z powodu zmian patologicznych szyjki macicy. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2015; 2: 181-186.
10. Matla E.: Akceptacja choroby nowotworowej a jakość życia chorych w starszym wieku. Praca magisterska. Promotor dr n.o zdr. Chmiel I. UJCM WNZ Kierunek: Pielęgniarstwo 2018.
11. Skala FACIT: <http://www.phie.pl/pdf/phe-2009/phe-2009-4-569.pdf>. (data dostępu 10.11.2017).
12. AIS - Skala Akceptacji Choroby: <https://www.practest.com.pl/ais-skala-akceptacji-choroby> (data dostępu 10.11.2017).
13. Wieczorek K., Reinhard P., Krawczyk-Kuliś M., Helbig G., Kyrucz-Krzemien Sł.: Czynniki wpływające na jakość życia pacjentów z nowotworami układu krwiotwórczego leczonych transplantacją macierzystymi komórkami krwiotwórczymi. *Postępy Nauk Medycznych* 2016; 29(12C): 4-13.

14. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., Sury M., Kornatowski T.: Ocena funkcjonalna pacjentów w starszym wieku w odniesieniu do jakości życia w świetle kwestionariusza Oceny Funkcjonalnej Przewlekłe Chorych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2009; 90 (4): 569-576.
15. Golon K., Kaczmarek-Borowska B.: Zespół przewlekłego zmęczenia u chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego. *Problemy Nauk Stosowanych* 2017; 6: 127-134.
16. Burzyńska M., Pikala M., Kondak K., Maniecka-Bryła I.: Jakość życia osób starszych korzystających z pomocy instytucjonalnej. *Folia Oeconomica* 2017; 3(329): 131- 145.
17. Guzińska K., Dziedziul J., Rudnik A.: Psychologiczne uwarunkowania jakości życia pacjentek poddanych radioterapii w odniesieniu do stopnia zaawansowania choroby i wieku. *Psychoonkologia* 2014, 2, 51-58.
18. Wysokiński M., Kulina D., Wadas T., Augustowska-Kruszyńska K.: Jakość życia związana ze stanem zdrowia osób w podeszłym wieku objętych opieką długoterminową. *Gerontologia Polska* 2015; 1: 24-28
19. Mościcka S., Wójcik D., Mamcarz A.: Jakość życia w chorobie niedokrwiennej serca. *Choroby serca i naczyń* 2015; 5: 282-288.
20. De Walden-Gałuszko K., Majkiewicz M.: Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych. *Akademia Medyczna, Gdańsk* 2001.
21. Koziół P., Lomper K., Uchmanowicz B., Polański J.: Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2016; 10(1): 28–36
22. Gościcka M.: Ocena akceptacji choroby przewlekłej na przykładzie pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2016; 2(1): 35-51.
23. Maż M., Bodys-Cupak I.: Akceptacja choroby nowotworowej przez osoby starsze a poziom odczuwanego zmęczenia. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2019; 1(58): 35-43.

Rola i znaczenie fizjoterapii u kobiet po mastektomii

Kaja Komorowska¹, Krystyna Klimaszewska²

1. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, kierunek fizjoterapia w PWSiP, Łomża
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Choroba nowotworowa dotyczy głównie osób dorosłych, a jej występowanie u osób młodych oraz dzieci stanowi około 1% wszystkich zachorowań. Przyczyną tego niewielkiego odsetku występowania chorób nowotworowych u dzieci może być czas, który jest potrzebny do rozwoju raka. Nowotwór jest to zmiana chorobowa najczęściej o podłożu genetycznym. Cały proces powstawania nowotworu spowodowany jest nakładaniem się zaburzonych struktur DNA. Nowotwory, zaraz obok chorób układu krążenia, rozległych urazów oraz wypadków, są jedną z głównych przyczyn zgonów w naszych czasach.

W obecnych czasach rak piersi jest jednym z najczęściej występujących u kobiet nowotworów. Jest to jeden z największych problemów onkologicznych zarówno w krajach rozwiniętych, jak i w krajach rozwijających się. Na chwilę obecną obserwuje się ciągły wzrost zachorowań na raka piersi, jednakże dzięki postępom technologicznym i diagnostycznym medycyny, umieralność na ten nowotwór utrzymuje się stałym poziomie.

Rak piersi jest nie tylko problemem zdrowotnym, który dotyka kobietę. Jest również problemem społecznym. Każda kobieta chce czuć się piękną zarówno dla siebie, jak i dla swojej rodziny, i osób bliskich. W opinii społecznej pierś jest atrybutem kobiecości oraz macierzyństwa. W momencie, gdy kobieta dowiaduje się o swojej chorobie jest to dla niej silnie przeżycie traumatyczne. Dzieje się tak, ponieważ choroba ta jest powszechna, jej przebieg jest ciężki oraz drastyczny, a także wywołuje stały niepokój zarówno wśród kobiet zdrowych, jak i chorych. Odjęcie piersi wywołuje u kobiety stres, uczucie wstydu przed partnerem, rodziną oraz całym społeczeństwem.

Ważnym czynnikiem wspomagającym proces leczenia nowotworu jest czas, w którym kobieta zgłosi się z problemem do lekarza. Ponad 60% pacjentek odwiedza gabinety lekarskie już z zaawansowaną postacią nowotworu. Pomimo dużego rozwoju technologii i medycyny,

rozpoznanie i leczenie tego nowotworu nadal nie powoduje zmniejszenia umieralności. Częstość zachorowań gwałtownie wzrasta po 40. roku życia. W Polsce rak piersi stanowi ponad 20% wszystkich nowotworów złośliwych u kobiet i w dalszym ciągu znajduje się na pierwszej pozycji wśród innych przypadków zachorowań na nowotwory. Dodatkowo przypadłość ta powoduje ponad sześć tysięcy zgonów rocznie.

NOWOTWÓR GRUCZOŁU SUTKOWEGO

Rak piersi jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych nowotworów zarówno u kobiet w Polsce, jak i na świecie. Choroba ta nie jest tylko problemem medycznym, jest ona również problemem społecznym. Samo słowo „nowotwór” wzbudza szczególne obawy oraz wywołuje stres. Nowotwory gruczołów sutkowych u kobiet w 80% przypadków wykazują charakter łagodny [1,2].

Nowotwór gruczołu sutkowego powstaje poprzez nieprawidłowe namnażanie się komórek, wychodzących z jednego pnia. Komórki zwiększają licznę swoją ilość, dodatkowo zmieniając swoją strukturę. Ponadto, podczas licznego namnażania się zmienionych komórek dochodzi do niszczenia zdrowych struktur w pierwotnej lokalizacji, a w późniejszym okresie również do naciekania i powolnego niszczenia struktur sąsiadujących. Komórki te są przenoszone do różnych miejsc organizmu drogą krwionośną oraz limfatyczną [1,2].

Rak sutka rozwija się z komórek gronek, płacików sutka i przewodów mlecznych. Wzrost i metoda rozprzestrzeniania się tego nowotworu zależy od konkretnej lokalizacji, w której znajduje się ognisko nowotworu. Wcześniej podane czynniki wpływają również na odpowiedź na leczenie [2].

EPIDEMIOLOGIA

Zarówno w Polsce, jak i na świecie nowotwór gruczołu piersiowego jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet. Rak piersi jest drugim, co do częstości występowania, nowotworem. W 2018 roku standaryzowany współczynnik zachorowalności w Polsce wynosił 59.1 na 100 000 badanych kobiet. W porównaniu do roku 2008 współczynnik zachorowalności wynosił 48.9 na 100 000 badanych kobiet. Liczba zgonów spowodowanych przez chorobę nowotworową rozwijającą się w obrębie piersi kobiety wynosi około 6 tysięcy i jest ona drugą, zaraz po raku płuc, przyczyną zgonów spowodowaną chorobą nowotworową.

CZYNNIKI RYZYKA

Etiologia powstawania nowotworu piersi w dalszym ciągu pozostaje nieznana, jednak dzięki wieloletnim badaniom prowadzonym na całym świecie znane są nam już prawdopodobne czynniki występowania nowotworów. Ustalono również wiele czynników, które przyczyniają się do zwiększenia ryzyka zachorowania [2].

Czynnikiem, który jest najczęściej wymieniany jako bardzo ważny, wręcz najważniejszy, jest płeć. Rak sutka u mężczyzn występuje prawie 100 razy rzadziej niż u kobiet i śmiało można wskazać, że 99% zachorowań na nowotwór gruczołu piersiowego diagnozowana jest u kobiet [3,4,5].

Za najistotniejszy czynnik ryzyka zachorowania na nowotwór piersi uważa się wiek. Zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn ryzyko zwiększa się wraz z procesem starzenia. Najwięcej przypadków zachorowań dotyczy kobiet po 50. roku życia. Częstość występowania nowotworu rośnie szybko wraz z wiekiem w okresie rozrodczym, a po okresie menopauzy zdecydowanie rośnie wolniej [3,5].

Pierwszym odkrytym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka piersi jest obciążenie rodzinne. Pierwsze doniesienia o rodzinnej przypadłości zachorowań na tę chorobę pochodzą z około 100 roku n. e. z Rzymu. Ryzyko wystąpienia nowotworu zwiększa się nawet kilkukrotnie, jeśli wystąpił on u bliskich pierwszego stopnia pokrewieństwa – matki, siostry, córki [4,5].

Obecnie uważa się, że najpewniejszym kryterium dziedziczenia raka piersi jest stwierdzenie obecności mutacji genu supresorowego BRCA1, który zlokalizowany jest w ramieniu chromosomu 17. Obecność tej mutacji genu jest równoznaczna z 90% ryzykiem zachorowania na raka piersi. U około 50% nosicielek tych mutacji diagnozuje się nowotwór piersi przed 50. rokiem życia. Pozostała część zachorowań na dziedzicznego raka piersi ma rzekomo być uzależniona od mutacji genu BRCA2, który zlokalizowany jest w chromosomie 13 [4,5].

Wiele badań epidemiologicznych przeprowadzanych na całym świecie wykazuje również, że jednym z czynników ryzyka zachorowania na nowotwór gruczołu sutkowego jest zbyt młody wiek, w którym wystąpiła pierwsza miesiączka oraz zbyt późny okres, w którym wystąpiła menopauza. Wystąpienie miesiączki przed 12. rokiem życia znacznie zwiększa ryzyko nawet o 50% w stosunku do kobiet, które miały pierwszą miesiączkę w wieku 15 lat bądź później. Kobiety, u których menopauza wystąpiła po 50. roku życia mają aż dwa razy

większe ryzyko zachorowania na raka piersi niż te, u których menopauza wystąpiła przed 40 rokiem życia [4].

Kolejnym kryterium reproduktywnym, który ma wpływ na zachorowanie na chorobę nowotworową gruczołu piersiowego jest poród. Badania wykazały, że kobiety, które nie rodziły dzieci mają znacznie większe ryzyko zachorowania na raka piersi, niż kobiety, które urodziły dzieci. Jednakże nieródki są obarczone podobnym ryzykiem zachorowania do kobiet, które pierwsze dziecko urodziły po 30. roku życia [4].

Równie ważnym czynnikiem podwyższającym ryzyko wystąpienia raka piersi jest styl życia kobiety. Według badań otyłość zwiększa ryzyko zachorowania dwukrotnie po menopauzie, zaś zmniejsza przed menopauzą. Niektórzy naukowcy sugerują, że otyłość utrudnia wykrycie raka piersi. Coraz więcej badań epidemiologicznych sugeruje również, że spożywanie alkoholu, nawet w średnich ilościach, może znacznie zwiększać ryzyko zachorowania na raka sutka. W dalszym ciągu trwają badania nad wpływem czynników środowiskowych na wystąpienie nowotworu gruczołu piersiowego [3,4].

OBJAWY KLINICZNE

Objawy raka piersi mogą być różne u każdej kobiety, jednak najczęściej stwierdza się występowanie niewielkiego guzka w obrębie gruczołu sutkowego, stwardnienie piersi, zmianę wyglądu piersi, zmiany skórne, nacieki, wciąganie skóry w obrębie guza, zniekształcenia brodawki i otoczki sutkowej, przewlekły stan zapalny, wycieki z brodawek oraz owrzodzenia piersi. Często również obserwuje się zgrubienia, powiększenia i stwardnienia węzłów pachowych lub nadobojczykowych węzłów chłonnych. Zdarza się również, że cały proces chorobowy przebiega bez większych objawów, a dopiero późniejsze bóle w okolicach narządów sąsiadujących mogą okazać się pierwszymi symptomami chorobowymi [1].

DIAGNOSTYKA

Podstawą rozpoznania choroby nowotworowej piersi jest wykonanie badania histopatologicznego i cytologicznego. Równie ważne są metody wspomagające badanie histopatologiczne, a należą do nich: wywiad, badanie przedmiotowe oraz mammografia. Celem diagnostyki, poza rozpoznaniem choroby, jest również ocenienie jej stopnia zaawansowania, co umożliwia podjęcie decyzji o dalszym leczeniu [5].

Szczegółowy wywiad przeprowadzony przez lekarza pozwala ustalić najważniejsze informacje, które często wpływają na decyzję o przeprowadzaniu kolejnych badań. Pozwala on ustalić rodzaj oraz nasilenie objawów i dodatkowo stwierdzić istnienie czynników ryzyka występujących u kobiety. Każdy dobry wywiad powinien zawierać pytania o wiek, datę wystąpienia pierwszej i ostatniej miesiączki, przebyte choroby narządów płciowych, obciążenia genetyczne w rodzinie, zabiegi w obrębie narządów rodnych, liczbę porodów, przyjmowanie preparatów hormonalnych. Wywiad jest uzupełnieniem badania przedmiotowego [4,5].

Badanie przedmiotowe piersi jest bardzo ważnym elementem podczas diagnostyki raka gruczołu sutkowego. Badanie to składa się z dwóch części – oglądania oraz badania palpacyjnego. Należy pamiętać, że badanie podmiotowe dotyczy zawsze obu piersi, okolicznych węzłów chłonnych oraz innych narządów i tkanek. Wstępne oglądanie pacjentki należy przeprowadzać w dobrze oświetlonym pomieszczeniu, a kobieta powinna być rozebrana do pasa [5].

Oglądanie przeprowadza się w pozycji siedzącej z opuszczonymi kończynami górnymi, a następnie z uniesionymi ku górze. Lekarz podczas badania zwraca uwagę na zarys sutków, symetrię, wielkość, zmiany skórne, owrzodzenia, pogrubienia, wciągnięcia. W trakcie oglądania lekarz również obserwuje, czy na kończynach górnych nie występuje obrzęk, który może świadczyć o upośledzonym odpływie chłonki [5].

Badanie palpacyjne lekarz przeprowadza delikatnie uciskając palcami na poszczególne części piersi. Badanie okolicznych węzłów chłonnych jest również częścią uzupełniającą badanie samych gruczołów sutkowych. Obejmuje ono obustronne porównanie węzłów pachowych, nadobojczykowych i podobojczykowych [5].

Badanie mammograficzne jest jedną z najważniejszych metod rozpoznawania raka piersi. Podczas badania sutek zostaje ściśnięty z obu stron dwiema płytami, co umożliwia osiągnięcie lepszej jakości obrazu. Takiej kontroli poddawane są oba sutki, dzięki czemu zmiany, które nie zostały wykryte podczas badania palpacyjnego mogą zostać uwidocznione oraz można poddać różnicowaniu ewentualne zmiany znalezione w piersi i stwierdzić, czy występują one symetrycznie po obu stronach [4,5].

Ostateczne i pewne rozpoznanie nowotworu ustala się na podstawie badania histopatologicznego. Materiał, który potrzebny jest do wykonania tego badania uzyskuje się poprzez wykonanie przezskórnej biopsji gruboigłowej bądź poprzez wycięcie chirurgiczne zmiany. Pobieranie materiału do badania metodą biopsji gruboigłowej wykonuje się specjalnie wytworzoną igłą, która pozwala na wycięcie niewielkiego fragmentu zmiany. W metodzie chirurgicznej należy pobrać do badania zmianę w całości wraz z marginesem zdrowych tkanek.

Jeżeli zmiana ma charakter łagodny, usunięcie jej ma ostateczną formę leczenia, jeżeli natomiast znaleziono tkanki wskazujące na nowotwór należy stosować dalsze leczenie [4,5].

PROFILAKTYKA

W ówczesnych czasach jako najsilniejszą broń w procesie walki z rakiem piersi określa się wiedzę. Jest ona niezbędna do wczesnego wykrycia choroby oraz do jej zwalczania. Profilaktykę możemy podzielić na pierwotną oraz profilaktykę wtórną.

Głównym celem działań określanych pod nazwą profilaktyki pierwotnej jest zmniejszenie zachorowalności na raka piersi, co wiąże się z eliminacją bądź modyfikacją niektórych czynników mających związek ze zwiększeniem ryzyka zachorowania na raka piersi. Wśród czynników, które mogą mieć związek z zachorowalnością na nowotwór gruczołu sutkowego wymienia się spożywanie alkoholu, dietę, w której zawarte są tłuszcze nasycone oraz otyłość. Ważnymi elementami profilaktyki pierwotnej mogą być zatem: dieta bogata w warzywa i owoce, aktywność fizyczna, ograniczenie spożywania alkoholu oraz produktów zawierających tłuszcze nasycone, zwiększenie spożywania ryb morskich oraz utrzymywanie właściwej masy ciała [6].

Profilaktyka wtórna ma decydujący wpływ w przypadku raka piersi i polega ona na wczesnym wykrywaniu choroby w momencie, gdy nie występują jeszcze objawy kliniczne, jednak jej wczesne symptomy są uwidocznione przy użyciu badań przesiewowych. Każda kobieta, która skończyła 20. rok życia powinna samodzielnie wykonywać regularne badania piersi. Samobadanie powinno składać się z oglądania oraz badania dotykiem. Dodatkowym ważnym czynnikiem profilaktyki wtórnej są oględziny i badania wykonane przez lekarzy. Nawet, jeśli samobadanie nie wzbudza wątpliwości, należy zgłosić się na badanie do lekarza raz w roku [6].

LECZENIE NOWOTWORU GRUCZOŁU SUTKOWEGO

Zarówno w Polsce, jak i na świecie obserwujemy ciągły rozwój medycyny i technologii, co prowadzi do powstawania nowych, zupełnie odmiennych sposobów leczenia. Kilkanaście lat temu kobiety, u których wykryto raka piersi były leczone radykalną mastektomią wraz z wycięciem węzłów chłonnych znajdujących się w obrębie dołu pachowego. Obecnie leczenie jest bardziej oszczędzające i selektywne w stosunku do gruczołu piersiowego, jak również węzłów chłonnych. Zabiegi chirurgiczne, które mają swoje zastosowanie u kobiet z

rozpoznanym nowotworem gruczołu piersiowego można podzielić na trzy grupy: diagnostyczne, terapeutyczne i odtwórcze. Należy również podkreślić fakt, że ówczesne leczenie raka sutka jest leczeniem skojarzonym i powinno być prowadzone wielodyscyplinarnie [7].

LECZENIE CHIRURGICZNE

Leczenie oszczędzające piersi składa się z dwóch części: chirurgicznej, w której wykonywany jest zabieg oszczędzający pierś i diagnostyka węzłów chłonnych pachowych oraz radioterapii piersi.

Lumpektomia jest zabiegiem polegającym na szerokim wycięciu guza wraz z około 1-centymetrowym marginesem zdrowej tkanki okalającej zmianę. Kwadrantektomia jest to zabieg, który polega na usunięciu jednego segmentu piersi wraz z guzem i około 2-3-centymetrowym marginesem zdrowych tkanek, fragmentem skóry i powięzi mięśniowej. Do leczenia oszczędzającego mogą zakwalifikować się pacjentki, które chcą zachować gruczoł piersiowy, rak piersi wyrażony jest w I i II stopniu zaawansowania, a wymiar zmiany nie przekracza 3 cm. Przeciwwskazaniami do tego typu leczenia zmiany nowotworowej przede wszystkim są: rak wielośrodkowy, przebyta radioterapia, duży rozmiar guza oraz rozległe mikrozwapnienia uwidocznione w mammografii. Ważnym czynnikiem przeprowadzenia leczenia oszczędzającego piersi jest sama zgoda pacjentki [7,8].

Mastektomia to leczenie operacyjne polegające na całkowitym usunięciu piersi. Tę metodę leczenia stosuje się u pacjentek z nowotworem gruczołu piersiowego, których niestety nie można zakwalifikować do leczenia oszczędzającego. Bezpośrednim wskazaniem do przeprowadzenia tego typu leczenia jest obecność wielośrodkowego guza, wznowa nowotworu, I i II trymestr ciąży. Większość pacjentek po tym zabiegu nie wymaga radioterapii. Kobiety z dużym ryzykiem nawrotu choroby są poddawane napromieniowaniu, co powoduje zredukowanie się ryzyka oraz wydłużenie przeżycia [7].

Do najczęściej wykonywanych rodzajów mastektomii należy: amputacja radykalna zmodyfikowana, amputacja prosta i amputacja podskórna. Amputacja sposobem Maddena, czyli amputacja radykalna zmodyfikowana polega na usunięciu całej piersi i węzłów chłonnych pachowych, z zachowaniem mięśni piersiowych. Amputacja prosta jest to usunięcie całkowite piersi z oszczędzeniem węzłów chłonnych pachowych. Mastektomia podskórna polega na wycięciu gruczołu piersiowego z zaoszczędzeniem skóry, jednak bez brodawki i otoczki [7,8].

LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE

Bezpośrednią decyzję o leczeniu uzupełniającym podejmuje się na podstawie wyniku badania histopatologicznego usuniętych tkanek. Na dobór metody wpływa również rodzaj zastosowanego leczenia chirurgicznego.

Radioterapia jest podstawową metodą leczenia raka piersi, zaraz po zastosowaniu leczenia chirurgicznego. Stosuje się ją prawie we wszystkich stopniach zaawansowania rozwoju nowotworu. W zależności od zaistniałej sytuacji może być połączona z zabiegiem chirurgicznym, jak również być elementem leczenia radykalnego. Radioterapia wykorzystuje w swoim działaniu promieniowanie jonizujące, które aktywnie niszczy dzielące się komórki nowotworowe. Celem tego leczenia jest eliminacja pozostałych komórek nowotworowych i ostatecznie zapobiegnięcie nawrotowi choroby. Pacjentka poddana radioterapii przez 5 dni w tygodniu w cyklu 6 tygodni otrzymuje dawkę promieniowania w okolice operowanej piersi. Jest to leczenie bezbolesne, jednak mogą wystąpić objawy uboczne [7].

LECZENIE SYSTEMOWE

Mianem leczenia systemowego określa się podstawową metodę walki z rakiem piersi i znajduje się zaraz obok leczenia chirurgicznego, jak i radioterapii. Jest elementem terapii skojarzonej, dzięki temu może być łączona z zabiegiem operacyjnym. Coraz częściej farmakoterapię wprowadza się jeszcze przed planowanym zabiegiem chirurgicznym i kontynuuje się ją po operacji. Leczenie systemowe raka piersi obejmuje chemioterapię, terapię celowaną i hormonoterapię.

Hormonoterapia jest najstarszą formą leczenia systemowego raka piersi. Polega na zmianie środowiska hormonalnego, w którym rozwijał się nowotwór. Prowadzi to do zaburzenia rozrastania się komórek choroby, a to finalnie doprowadza do regresji choroby. Hormonoterapia okazuje się szczególnie skuteczna u kobiet, które przebyły menopauzę.

Chemioterapia polega na podawaniu leków niszczących komórki nowotworowe w postaci kroplówek, iniekcji dożylnych, domięśniowo lub doustnie. Leczenie z zastosowaniem leków jest toksyczne i gorzej tolerowane przez pacjentki w porównaniu z innymi metodami leczenia systemowego.

Terapia celowana kierowana jest głównie do kobiet, u których wykazano nadekspresję receptora HER-2 na powierzchni komórek nowotworu. W tej metodzie leczenia, podobnie jak

w chemioterapii, stosuje się lek, a dokładniej przeciwciało monoklonalne, które skierowane jest przeciwko działaniu tego receptora [7].

REHABILITACJA PO ZABIEGU MASTEKTOMII

Fizjoterapia w leczeniu pacjentek chorych na nowotwór piersi jest integralną częścią postępowania. W głównej mierze jest ona nastawiona na ograniczanie negatywnych następstw procesu leczenia. Jest to proces złożony i długotrwały, przynoszący duże efekty. Leczenie chirurgiczne powiązane jest z uszkodzeniem i wycięciem tkanek miękkich, które powodują chorobę. Łączy się to również z czynnikami, które znacznie zwiększają ryzyko powikłań występujących po operacji. Do głównych czynników wzmagających zagrożenie wystąpienia powikłań pooperacyjnych zalicza się między innymi ból, który powoduje ograniczenie aktywności ruchowej, spływanie oddechu, a ostatecznie prowadzi do zaburzeń czynności układu oddechowego i powikłań zakrzepowo – zatorowych, unieruchomienie, które prowadzi do rozwoju zakrzepicy żył głębokich, ograniczenie aktywności ruchowej oraz lęk.

Fizjoterapia kobiet ze zdiagnozowanym nowotworem piersi rozpoczyna się już przed leczeniem chirurgicznym i obejmuje nie tylko usprawnianie ruchem, ale także leczenie zdrowia psychicznego chorej. Głównym celem fizjoterapii jest zapobieganie zaburzeniom czynnościowym oraz przywrócenie prawidłowej, fizjologicznej czynności wszystkich narządów i układów.

REHABILITACJA PRZED ZABIEGIEM CHIRURGICZNYM

Postępowanie fizjoterapeutyczne podczas pobytu w szpitalu przed zabiegiem operacyjnym ma na celu przygotowanie fizyczne i psychiczne pacjentki do zabiegu operacyjnego, jak również zapobieganie wczesnym następstwom leczenia chirurgicznego. W okresie przedoperacyjnym pacjentka zapoznawana jest z całym procesem postępowania leczniczego i dodatkowo powinna otrzymać pełen plan usprawniania od zespołu rehabilitacyjnego.

W okresie przedoperacyjnym pacjentkę uczy się ćwiczeń oddechowych, ćwiczeń efektywnego kaszlu, jak również odpowiedniego układania kończyny górnej. Pacjentkę należy również poinformować o bezpośrednim stanie organizmu zaraz po zabiegu, możliwości pojawienia się bólu w okolicy rany pooperacyjnej, łopatki i kończyny górnej, konieczności przyjmowania odpowiednich pozycji z użyciem klina oraz problemów z samoobsługą. Każda

pacjentka powinna być świadoma problemów, które mogą wystąpić po operacji, co ułatwia proces rehabilitacji zaraz po zabiegu chirurgicznym, jak również poprawia stan psychiczny pacjentki [9].

REHABILITACJA PO ZABIEGU CHIRURGICZNYM

Fizjoterapia pacjentek po mastektomii jest specyficzna, co wynika głównie z istoty częściowego upośledzenia fizycznego, jak i psychicznego. Zasadnicze usprawnianie pacjentki po operacji rozpoczyna się już w pierwszej dobie po zabiegu. We wczesnej fizjoterapii wyróżnia się trzy etapy.

W pierwszym etapie, obejmującym trzy pierwsze doby po zabiegu, wykonuje się intensywne ćwiczenia oddechowe oraz efektywnego kaszlu i ćwiczenia przeciwzkrzepowe. Wszystkie ćwiczenia wykonuje się głównie w pozycji leżącej bądź półsiedzącej. Ćwiczenia oddechowe są bardzo istotne w procesie wczesnej rehabilitacji. Opatrunki uciskające klatkę piersiową mogą powodować przekrwienie płuc i wywoływać ból. Dzięki stosowaniu ćwiczeń oddechowych, tkanki płuc rozszerzają się prawidłowo, a dodatkowo powodują łatwiejsze odkształcanie wydzieliny pozostałej w drzewie oskrzelowym. Ćwiczenia oddechowe oraz efektywny kaszel w pierwszych dniach po operacji mogą sprawiać pacjentce ból, dlatego też ważna jest opieka fizjoterapeuty nad pacjentką. Fizjoterapeuta powinien instruować pacjentkę, jak odpowiednio wykonywać ćwiczenia i zabezpieczać klatkę piersiową po obu stronach. Pacjentkę układa się w pozycji półsiedzącej, co dodatkowo zapobiega powstawaniu powikłań ze strony układu oddechowego [9].

Wykonywanie ćwiczeń oddechowych poprawia wydolność układu oddechowego, który to zapewnia prawidłową wymianę gazową. Zarówno mięśnie oddechowe, jak i tkanka płucna bardzo łatwo poddają się działaniu ćwiczeń i można je bez problemu kształtować. Dzięki ćwiczeniom oddechowym zwiększa się pojemność życiowa płuc oraz poprawia utlenowanie krwi krążącej w organizmie, co z kolei prowadzi do poprawienia ogólnej wydolności całego organizmu. Poprzez uzyskanie prawidłowej czynności oddechowej, kształtujemy mięśnie, które wpływają na budowę klatki piersiowej i jednocześnie na postawę ciała [9]. Ćwiczenia oddechowe w zakresie kinezyterapii znajdują swoje miejsce wśród ćwiczeń podstawowych. Pomimo że w wielu przypadkach w wykonanie tych ćwiczeń zaangażowany jest cały organizm, to określane są jako ćwiczenia działające miejscowo [10].

Aby ćwiczenia oddechowe spełniały swoje funkcje, należy nauczyć pacjenta prawidłowych zasad oddychania. Należy uświadomić pacjenta, że wdech wykonujemy nosem,

a wydech ustami, który powinien być dwa razy dłuższy niż wdech. Dodatkowo podczas wykonywania ćwiczeń oddechowych, pacjent powinien znajdować się w pozycji wygodnej, być odprężony i rozluźniony, co zwiększa działanie ćwiczeń [11].

Ćwiczenia efektywnego kaszlu wykonywane są u osób, u których zalega wydzielina w oskrzelach. Ćwiczenia mają na celu odkrztuszenie zalegającej wydzieliny. Należy pamiętać, aby pacjent zawsze miał przy sobie chusteczki bądź ligninę. Ćwiczenia efektywnego kaszlu wykonywane są w tzw. pozycji woźnicy, czyli siadzie ze spuszczonej nogami, z pochyleniem tułowia ku przodowi. Pozycja ta sprawia, że mięśnie są rozluźnione i łatwiej pozbyć się zalegającej wydzieliny [11].

Ćwiczenia przeciwzakrzepowe, polegające głównie na ruchach w obrębie rąk i stóp zmniejszają ryzyko występowania zakrzepów oraz zatorów płucnych. Od pierwszej doby po zabiegu chirurgicznym pacjentka ma ułożoną kończynę górną na klinie, który zapewnia uniesienie jej powyżej poziomu barku i tym samym zapobiega występowaniu obrzęków w obrębie kończyny górnej. Przez pierwsze trzy doby po zabiegu operacyjnym włącza się stopniowo ćwiczenia czynne wolne stawów kończyny górnej oraz ćwiczenia samowspomagane, które pacjentka wykonuje przy użyciu kończyny nieoperowanej. Podczas wykonywania ćwiczeń czynnych wolnych należy pamiętać, by ruchy były wykonywane symetrycznie po obu stronach oraz żeby ruch był prowadzony płynnie [9,10,11].

W drugim etapie procesu rehabilitacyjnego, obejmującym kolejne trzy doby po wykonanym zabiegu chirurgicznym rozszerza się znacznie zakres fizjoterapii o ćwiczenia stawu ramiennego wykonywane tym razem w pozycji siedzącej. Stosuje się ćwiczenia wspomagane, samowspomagane oraz czynne wolne stawu ramiennego we wszystkich płaszczyznach. W miarę możliwości, pacjentka powinna wykonywać większość ćwiczeń samodzielnie pod obserwacją fizjoterapeuty. Nie należy zapominać o ćwiczeniach wykonywanych w pierwszych dobach po operacji. W dalszym ciągu należy wykonywać ćwiczenia oddechowe, jak również ćwiczenia przeciwzakrzepowe, izometryczne i ćwiczenia efektywnego kaszlu [9].

W trzecim etapie po zabiegu chirurgicznym, obejmującym siódmą, ósmą i dziewiątą dobę po zabiegu, do ćwiczeń dołącza się przyrządy, takie jak laski gimnastyczne. Pacjentka wykonuje ćwiczenia samowspomagane trzymając w obu dłoniach laskę gimnastyczną. Ćwiczenia są wykonywane we wszystkich płaszczyznach ruchu. Dodatkowo pacjentki powinny jak najczęściej wykonywać proste ćwiczenia polegające na „wchodzeniu” i „schodzeniu” palcami po ścianie zarówno w pozycji stojącej przodem, jak i bokiem operowanym. W tym okresie dołącza się ćwiczenia czynne okolicy szyi, jak również delikatny

masaż kończyny górnej, z ominięciem okolicy, która została poddana operacji. Po odpowiednim poinstruowaniu pacjentki, masaż może wykonywać samodzielnie, jako forma automasażu [9].

FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA

Po opuszczeniu szpitala, pacjentki powinny zgłosić się do zakładów bądź przychodni rehabilitacyjnych, gdzie w dalszym ciągu będą prowadzone działania fizjoterapeutyczne mające na celu przywrócenie chorej pełnej sprawności fizycznej, jak i psychicznej po zabiegu mastektomii.

W pierwszym etapie stosuje się ćwiczenia w odciążeniu w systemie blozkowym. Pacjentka przyjmuje pozycje leżenia tyłem, leżenia bokiem po stronie nieoperowanej oraz w pozycji siedzącej. Ćwiczenia w systemie blozkowym prowadzą do odzyskania wcześniej posiadanego zakresu ruchomości w stawach. Po odzyskaniu poprawy zakresu ruchomości wprowadza się ćwiczenia samowspomagane. W kolejnym etapie wprowadza się ćwiczenia czynne wolne z przyborami. Ćwiczenia są oparte na dynamicznej pracy mięśni kończyn górnych. W tym etapie również nie może zabraknąć ćwiczeń oddechowych oraz ogólnokondycyjnych. Głównym celem tych ćwiczeń jest poprawa zakresu ruchu oraz poprawa ogólnej kondycji pacjentki. W trzecim etapie pacjentki mogą uczestniczyć w ćwiczeniach grupowych w zależności od dalszych metod leczenia (chemio- bądź radioterapia) [9]. W pierwszej fazie fizjoterapii ambulatoryjnej pacjentki, u których dokonano usunięcia węzłów chłonnych pachowych, muszą poznać zasady i techniki automasażu, który wspomaga przepływ chłonki w kończynie po stronie operowanej. W automasażu wykonuje się techniki masażu klasycznego, często połączone z technikami drenażu limfatycznego. Oprócz takiej formy masażu, stosowany jest masaż aquavibronem, który znajduje zastosowanie w leczeniu obrzęku limfatycznego wtórnego [12].

W celu rozluźnienia napięcia mięśniowego występującego w kończynie górnej po stronie operowanej stosuje się zabiegi z zakresu hydroterapii. Masaż wirowy częściowy kończyny górnej stosowany jest jako forma uzupełnienia zachowawczego leczenia obrzęku. Masaż wirowy całkowity stosowany jest u pacjentek, u których rany pooperacyjne są już w pełni zagojone. Zabieg ten stosuje się w celu rozluźnienia tkanek skórno-mięśniowych.

Zabiegi fizykoterapeutyczne stosowane u kobiet po mastektomii wciąż wzbudzają wiele kontrowersji i często uważane są za zbędne i mało efektywne. Najczęściej jednak stosuje się zabiegi z zakresu elektrostymulacji u pacjentek z problemem tzw. „łopatki odstającej”,

jonoforezę jodową w przypadku przerostu blizn pooperacyjnych, jak również zmiękczenia blizny oraz masaże pneumatyczne i elektrostymulacje zdrowych mięśni w procesie leczenia zachowawczego obrzęku [9,12].

Odpowiedni dobór zabiegów z zakresu fizykoterapii oraz kinezyterapii wraz z rehabilitacją psychiczną kobiety po mastektomii piersi powoduje poprawę sprawności psychicznej, jak również poprawę jakości życia pacjentki, co w ostateczności pomaga w procesie powrotu do zdrowia do stanu przed operacją.

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród kobiet. Ten problem onkologiczny dotyka 20% chorujących pacjentek. Najczęściej choroba ta występuje w przedziale wiekowym 40-60 lat, jednak badania wykazują, że liczba zachorowań u osób młodych znacznie wzrasta, a średni wiek osób chorujących na nowotwór gruczołu sutka zmniejsza się. W 10% przypadków czynnikiem występowania raka piersi jest czynnik genetyczny. Główną metodą leczenia raka piersi jest leczenie chirurgiczne skojarzone z metodami ogólnoustrojowymi.

Rehabilitacja u kobiet cierpiących na nowotwór gruczołu sutkowego wprowadzana jest już przed leczeniem chirurgicznym, jednak dopiero po mastektomii i wypisaniu ze szpitala, pacjentka poddawana jest intensywnej rehabilitacji, która ma na celu przystosowanie organizmu oraz pacjentki do nowego trybu życia.

Celem pracy było określenie roli rehabilitacji w procesie leczenia raka piersi.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badanie ankietowe zostało przeprowadzone od marca do kwietnia w 2019 roku na dwóch forach internetowych łączących kobiety po zabiegach mastektomii.

Badaniem objęto 50 kobiet należących do internetowych klubów amazoнок.

Kwestionariusz ankiety był w pełni anonimowy i składał się z 23 pytań: jednego pytania otwartego, dwóch pytań wielokrotnego wyboru i dwudziestu pytań zamkniętych.

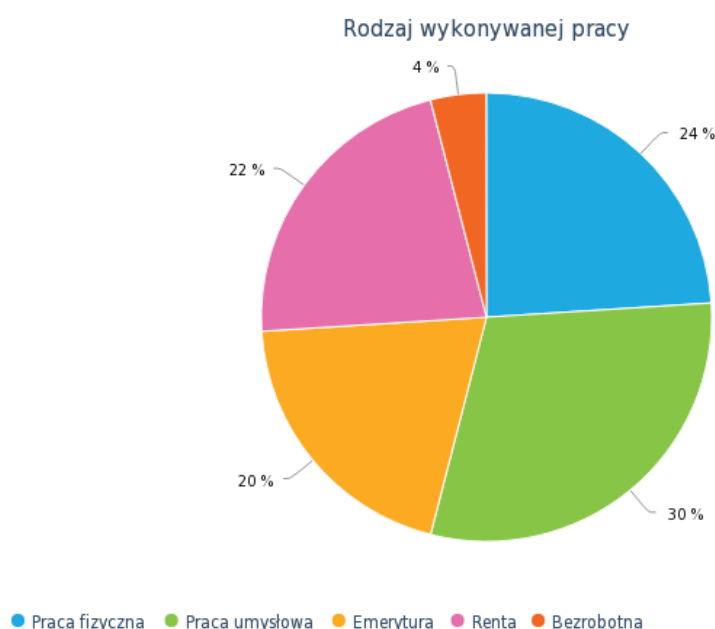
Zebrano podstawowe informacje na temat rodzaju wykonanego zabiegu, rodzaju rehabilitacji przeprowadzonej w okresie pooperacyjnym, jak również roli pomocy fizjoterapeutycznej w procesie zdrowienia.

WYNIKI BADAŃ

Ponad połowa badanych kobiet, aż 64%, to kobiety po 50. roku życia. Średni wiek badanych osób wynosi 43 lata. Zaledwie 4% osób badanych znajdowało się w przedziale 20-30 lat. 70% badanych kobiet zamieszkuje tereny miejskie, natomiast pozostałe kobiety zamieszkują obszary wiejskie.

Prawie połowa ankietowanych kobiet posiada wykształcenie średnie. Ponad ¼ badanych posiada wykształcenie wyższe. Aż 16% kobiet zakończyło swoją edukację na poziomie podstawowym. Pozostałe kobiety posiadają wykształcenie zawodowe.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że 15 kobiet wykonuje pracę umysłową natomiast 12 kobiet pracę fizyczną. 11 osób badanych otrzymuje rentę, a 10 emeryturę. Tylko dwie badane kobiety posiadały status osoby bezrobotnej, co przedstawia obrazowo Rycina 1.

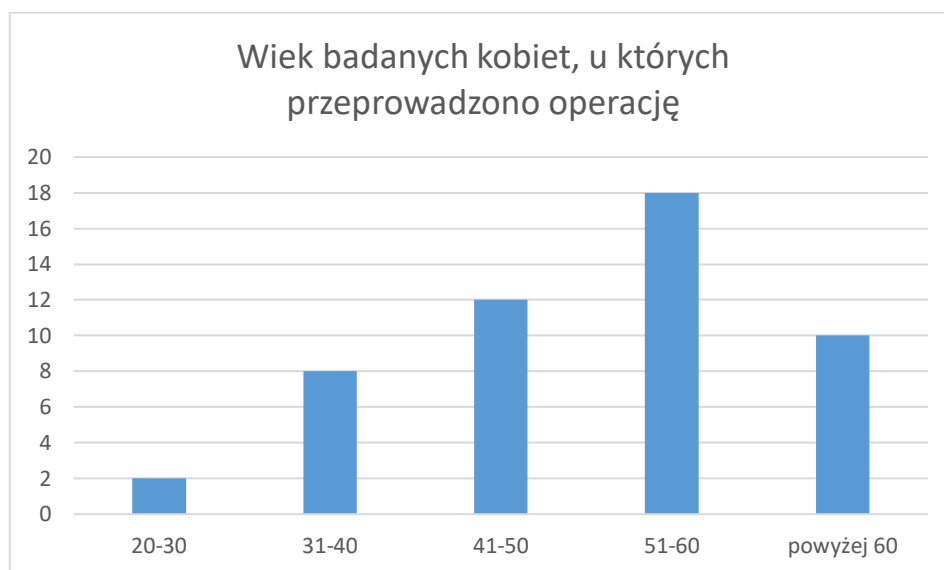


Rycina 1. Rodzaj wykonywanej pracy w grupie badanych kobiet

Średni wiek kobiet, w którym wykonano zabieg mastektomii wynosi 51 lat. U 5 badanych kobiet operację przeprowadzono w wieku 55 lat. Najwięcej operacji, aż 18, przeprowadzono u kobiet w przedziale wiekowym 51-60 lat (Ryc.2).

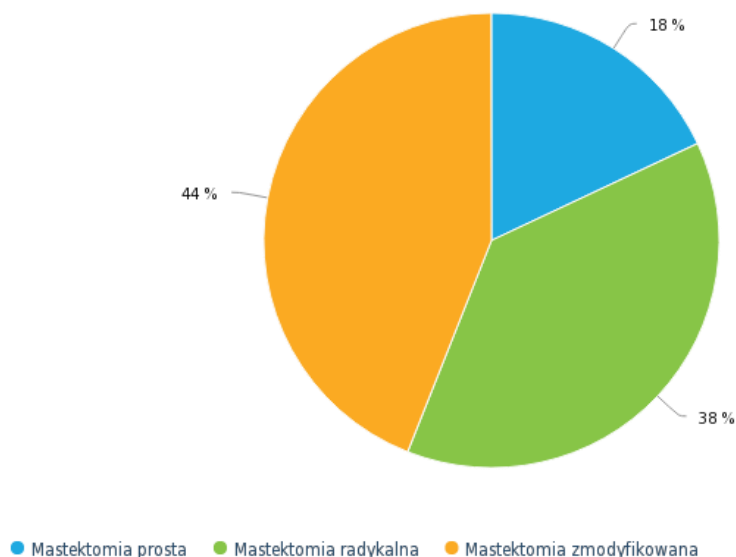
U 22 badanych kobiet wykonano zabieg mastektomii zmodyfikowanej, co stanowiło prawie połowę osób badanych. U 19 kobiet biorących udział w ankiecie wykonano

mastektomię radykalną, natomiast u 9 kobiet przeprowadzono mastektomię prostą. Dokładne dane przedstawia Rycina 3.



Rycina 2. Wiek osób badanych, w którym wykonano operację

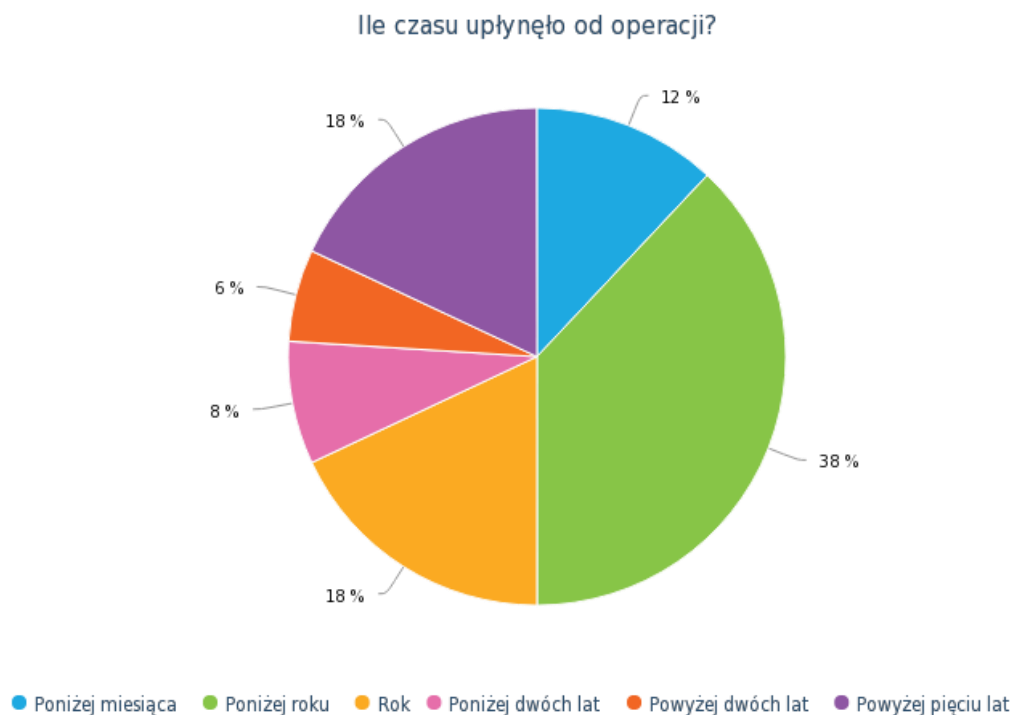
Jaki rodzaj mastektomii został u Pani wykonany?



Rycina 3. Rodzaj wykonanej mastektomii

U 50% badanych kobiet operacja została przeprowadzona poniżej roku od daty wypełnienia ankiety. U 6% kobiet operacja została wykonana powyżej dwóch lat, natomiast u 18% kobiet, powyżej pięciu lat (Ryc. 4).

U ponad połowy osób badanych, aż u 62%, po zabiegu operacyjnym nie wystąpiły żadne powikłania.



Rycina 4. Czas od wykonania operacji

W przypadku 64% osób badanych, rehabilitacja została wdrożona od razu po zabiegu operacyjnym. U 18% osób poddanych badaniu ankietowemu rehabilitacja rozpoczęła się tydzień po zabiegu operacyjnym. Tylko u 4% osób, rehabilitacja została wdrożona już przed zabiegiem operacyjnym. Dokładniejsze wyniki przedstawia Rycina 5.

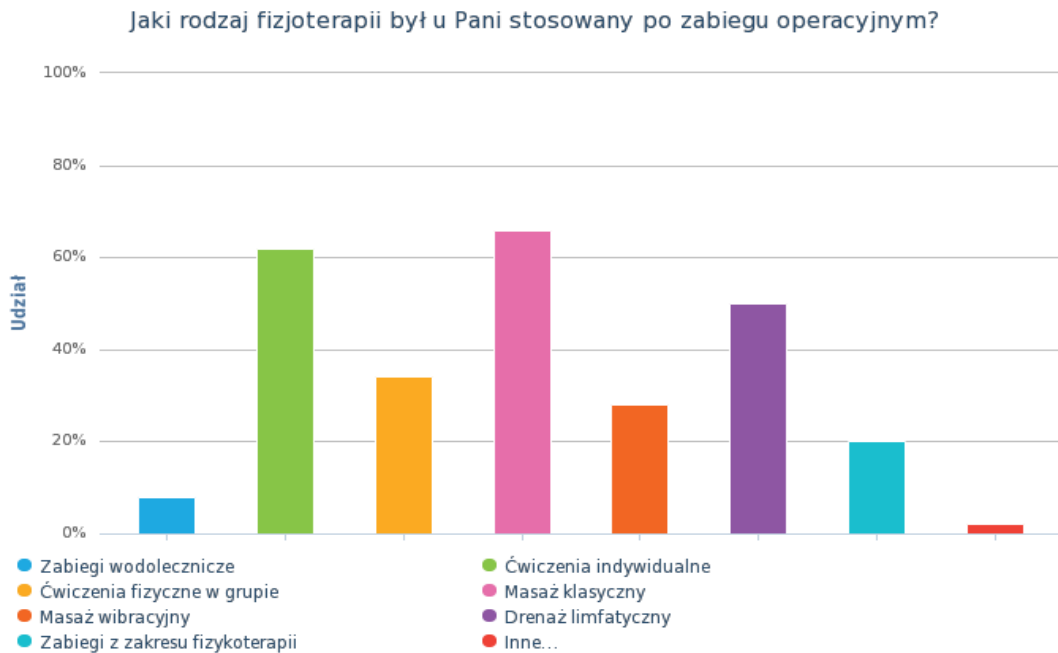
Najpopularniejszymi zabiegami fizjoterapeutycznymi wykonywanymi u kobiet po mastektomii piersi były masaż klasyczny – aż 66%, ćwiczenia indywidualne – 62% oraz drenaż limfatyczny – 50%. W przypadku 20% ankietowanych kobiet zostały zlecone również inne zabiegi z zakresu fizykoterapii. Pozostałe badane kobiety, które nie uczęszczały na ćwiczenia indywidualne, miały zajęcia przeprowadzane w grupie. Tylko 4% kobiet nie miały zleconych ćwiczeń. Jedna z osób ankietowanych miała zlecone zabiegi mobilizacji barku. Dokładne dane zawiera Rycina 6.

Zarówno masaż klasyczny, jak i ćwiczenia indywidualne – 32% - według badanych były najbardziej efektywnymi zabiegami, które zostały wykonane podczas rehabilitacji. Według badanych drenaż limfatyczny – 14% - oraz masaż wibracyjny – 10% - również są

efektywnymi zabiegami. Według ankietowanych zabiegi wodolecznicze nie były efektywne (Ryc.7).



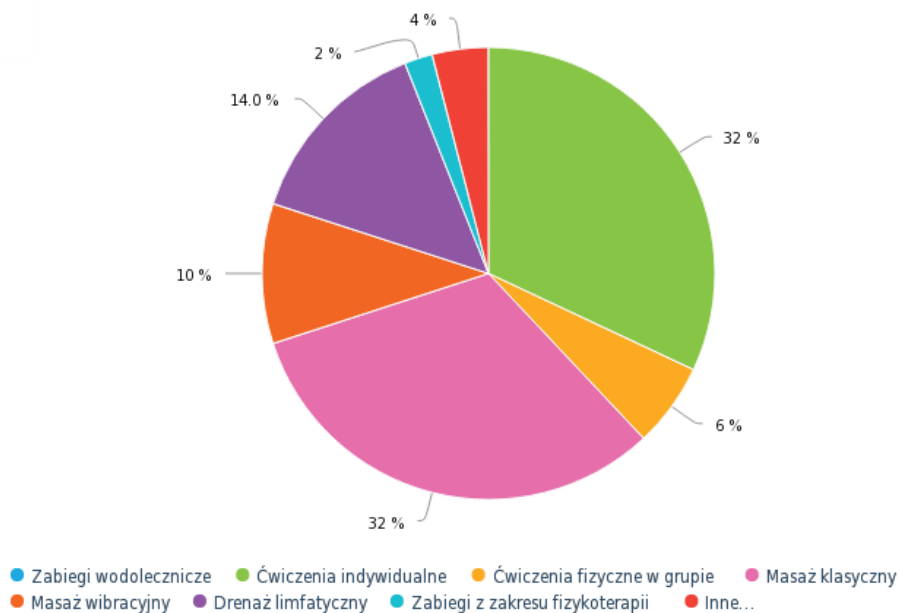
Rycina 5. Okres, w którym została wdrożona rehabilitacja



Rycina 6. Zabiegi fizjoterapeutyczne

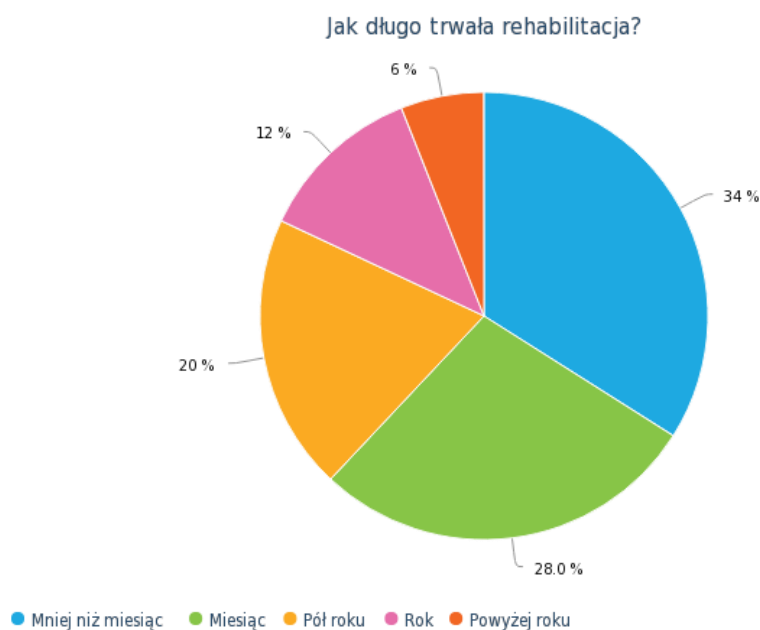
Rola i znaczenie fizjoterapii u kobiet po mastektomii

Który z wykonywanych zabiegów był według Pani najbardziej efektywny?



Rycina 7. Efektywność wykonywanych zabiegów

W przypadku 17 kobiet rehabilitacja po zabiegu mastektomii trwała krócej niż miesiąc. U 14 badanych proces usprawniania trwał miesiąc. Tylko u 3 badanych kobiet rehabilitacja trwała dłużej niż rok. Dokładne dane zawarto na Rycinie 8.



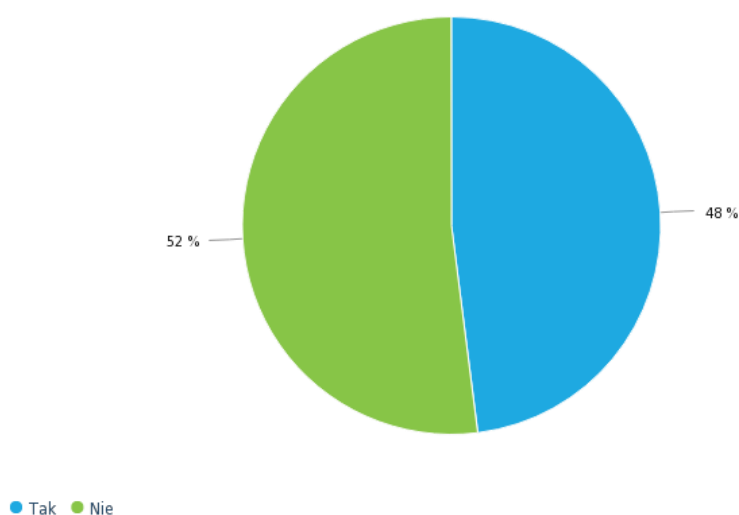
Rycina 8. Czas trwania rehabilitacji

Wszystkie ankietowane kobiety oceniły rehabilitację w procesie zdrowienia jako pomocną. Ponad 50% kobiet uważa, że rehabilitacja zdecydowanie pomogła w procesie powrotu do zdrowia.

U prawie wszystkich kobiet nie wystąpiły trudności z wykonywaniem czynności życia codziennego. Zaledwie 8% osób badanych ma trudności z takimi czynnościami, jak noszenie ciężkich przedmiotów, wieszanie firanek, jak również wykonywaniem czynności wymagających nacisku dłoni na dany przedmiot.

U 26 ankietowanych kobiet nie występują bóle kończyny górnej po stronie operowanej. Pozostałe kobiety skarżą się na ból występujący w kończynie górnej po stronie operowanej. Dokładne wyniki przedstawiono na Rycinie 9.

Czy występują u Pani bóle kończyny górnej po stronie operowanej?



Rycina 9. Występowanie bóli po stronie kończynie operowanej

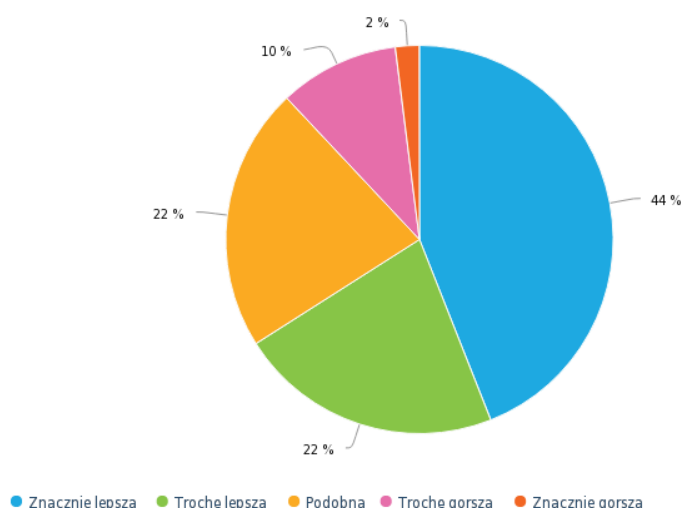
W przypadku 38 (76%) kobiet nie występowało ograniczenie ruchomości kończyny górnej po stronie operowanej. Pozostałe 12 (24%) kobiet ma problem z ruchomością w obrębie kończyny górnej.

Ponad połowa ankietowanych kobiet – 58% - zna zasady automasażu, jednak tylko 46% kobiet stosuje u siebie automasaż.

Ponad połowa ankietowanych kobiet – 66% - ocenia swoją sprawność jako lepszą w stosunku do okresu przed operacją. W przypadku 12% badanych kobiet sprawność po operacji zmniejszyła się. Pozostałe kobiety oceniają sprawność podobnie do sprawności sprzed operacji. Dokładne dane zostały ukazane na rycinie 10.

Rola i znaczenie fizjoterapii u kobiet po mastektomii

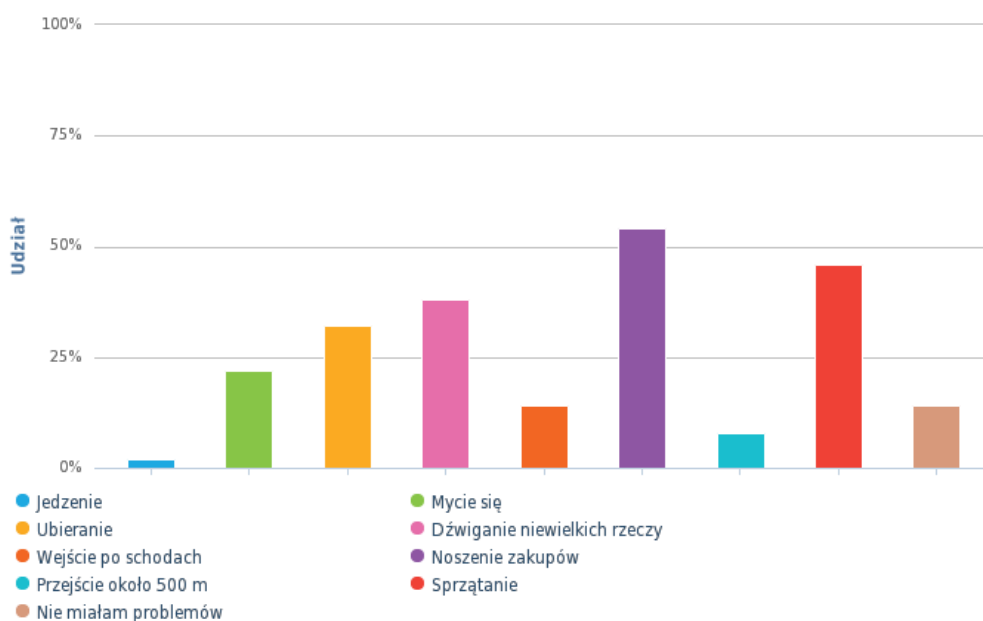
Jak ocenia Pani swoją sprawność fizyczną w stosunku do okresu przed operacją?



Rycina 10. Ocena sprawności fizycznej do okresu przed operacją

Tylko 7% ankietowanych kobiet nie miało żadnych problemów z wykonywaniem czynności życia codziennego po operacji. U większości ankietowanych kobiet – 54% - występowały problemy z noszeniem zakupów oraz ze sprzątaniem – 46%. U 38% kobiet ankietowanych występowały również problemy z dźwiganiem niewielkich rzeczy, ubieraniem się – 32%. Wyniki przedstawiono na Rycinie 11.

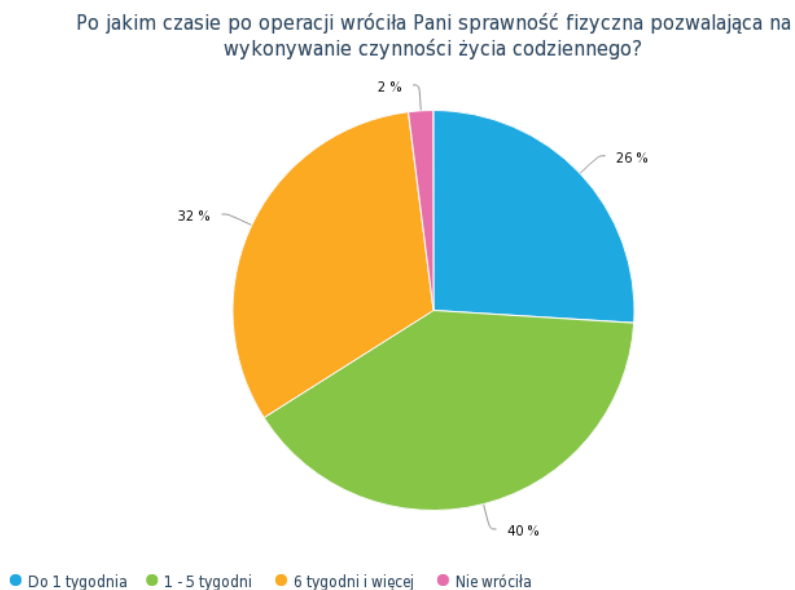
Z jakimi czynnościami po operacji miała Pani problem?



Rycina 11. Problemy życia codziennego po operacji

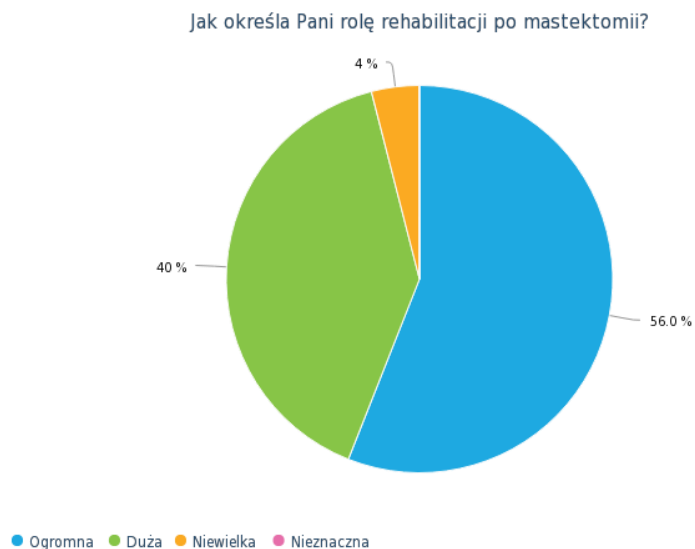
Rola i znaczenie fizjoterapii u kobiet po mastektomii

W przypadku 66% ankietowanych kobiet sprawność fizyczna pozwalająca na wykonywanie czynności życia codziennego wróciła do 5 tygodni od czasu operacji. Tylko 32% ankietowanych potrzebowała więcej niż 5 tygodni, natomiast u zaledwie 2% osób badanych sprawność nie wróciła (Ryc.12)



Rycina 12. Czas zdrowienia po zabiegu operacyjnym

Ponad 56% osób ankietowanych określa rolę fizjoterapeutyczną w procesie zdrowienia jako ogromną, zaledwie 4% osób badanych uważa, że rola rehabilitacji jest niewielka. Pozostałe osoby ankietowane uważają, że rehabilitacja spełnia dużą rolę w procesie zdrowienia (Ryc.13).



Rycina 13. Rola rehabilitacji

Wszystkie osoby ankietowane uważają, że pomoc fizjoterapeutyczna jest niezbędna do powrotu do zdrowia po zabiegu mastektomii.

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Rehabilitacja po mastektomii spełnia bardzo ważną funkcję w procesie zdrowienia i w osiągnięciu optymalnej jakości życia pacjentki. Skuteczność fizjoterapii została udowodniona na podstawie licznych badań i obserwacji naukowych. Wprowadzenie wczesnej rehabilitacji fizycznej, jak również psychicznej pozwala poprawić sprawność ruchową, która sprawia, że pacjentka może powrócić do sprawności sprzed operacji [13,14]. Po dokonaniu analizy badań własnych można jasno stwierdzić, że rehabilitacja jest nieodzownym elementem leczenia pacjentek, które przeżyły zabieg mastektomii. Fizjoterapia jest niezastąpionym elementem procesu uzdrawiania, który pomaga w szybszym powrocie do pełni sprawności. Największą popularnością cieszą się ćwiczenia fizyczne, które według pacjentek są najbardziej skuteczne. Równie dużą efektywnością cieszy się masaż, który niweluje dolegliwości bólowe.

Według badań przeprowadzonych przez Kalinowskiego i Kawulską, rehabilitacja jest bardzo istotnym elementem leczenia usprawniającego po zabiegu mastektomii. Przeprowadzone czynności i zabiegi fizjoterapeutyczne mają na celu ograniczenie nieprawidłowych i złych czynników fizjologicznych obejmujących sferę zarówno psychiczną, jak fizyczną. Jest to proces długotrwały i złożony, jednak jego efekty są ogromne. Według autorów przeprowadzonego badania, jak również odpowiedzi zebranych od ankietowanych kobiet, czas oczekiwania na rehabilitację powinien ulec skróceniu, co powinno skutkować większą szansą na całkowity powrót do zdrowia [13].

Jednym z zaleceń dla kobiet zmagających się ze skutkami mastektomii jest aktywny tryb życia. Każda kobieta, która odczuwa ból przy wykonaniu danego ruchu, stara się go ograniczyć, co powoduje niekorzystny wpływ na pracę całego organizmu i prowadzi do wielu niekorzystnych powikłań, między innymi do zastoju przepływu chłonki. Szereg autorów w swoich badaniach naukowych przedstawia pozytywny wpływ aktywności fizycznej w aspekcie powrotu do sprawności sprzed operacji. Dlatego tak ważne jest wdrożenie w życie pacjentki systematycznej aktywności fizycznej, która powoduje poprawienie jakości życia [14,15]. Wielu autorów w swoich badaniach podkreśla pozytywny wpływ aktywności fizycznej nie tylko w aspekcie poprawy parametrów wydolnościowych, ale również ma duży wpływ na poprawę postawy ciała, siły mięśniowej oraz zakresu ruchomości w stawach. Można wobec tego

stwierdzić, że aktywność fizyczna ma działanie wielopłaszczyznowe. Wszystkie wyżej wymienione aspekty opowiadają się za lepszą jakością życia kobiet po mastektomii [15,16].

W badaniach przeprowadzonych przez Lis i Rębak, obejmujących kobiety ze Świętokrzyskiego Klubu „Amazonki” wykazano, że aktywność fizyczna rozpoczęta zaraz po zabiegu odjęcia piersi wpływa nie tylko na poprawę pod względem fizycznym, ale również poprawia ona samopoczucie i opóźnia proces starzenia. Według większości kobiet aktywność fizyczna jest również dobrym sposobem na zapobieganie chorobom nowotworowym [17,18,19].

Bardzo ważną rolę odgrywa również świadomość onkologiczna ukierunkowana na nowotwór piersi. Polecane są badania mammograficzne i nauka samobadania piersi. Oba te badania służą wczesnemu wykrywaniu raka. Badania potwierdzają, że świadomość zagrożenia, wynikająca z choroby nowotworowej, jest znacznie większa u kobiet, które zostały poddane zabiegowi mastektomii [17,20].

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Rehabilitacja u kobiet po mastektomii piersi jest bardzo ważnym elementem leczenia.
2. Fizjoterapia prowadzona zaraz po zabiegu operacyjnym pomaga w szybszym osiągnięciu optymalnego stanu zdrowia.
3. Sprawność fizyczna po okresie rehabilitacji ulega znacznej poprawie w stosunku do okresu przed operacją.
4. Najefektywniejszą metodą rehabilitacji po zabiegu mastektomii są ćwiczenia ruchowe i masaż.

PIŚMIENNICTWO

1. Kordek R., Jassem J., Krzakowski M., Jeziorski A.: Onkologia, podręcznik dla studentów i lekarzy. Medical Press, Gdańsk 2003.
2. Koper A.: Pielęgniarstwo Onkologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
3. Kopytek E., Puchalski Z., Szwarz – Woźniak J.: Pielęgnowanie pacjentki po mastektomii Świadomość kobiet na temat nowotworów w ginekologii, Zeszyty naukowe, WSA, Łomża 2013; 52: 35-45.

4. Jassem J., Krzakowski M.: Rak piersi. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2009.
5. Korzeniowski S., Ryś J., Łuczyńska E.: Diagnostyka i leczenie raka piersi. Informator dla chorych. Wydawnictwo EGIS, Łódź 2011.
6. Wkaczuk – Włach J., Sobstyl M., Jakiel G.: Rak piersi – znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Przegląd menopauzalny 2012; 4: 343-347.
7. Markowska J., Mądry R.: Zarys ginekologii onkologicznej Tom II. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Poznań 2012.
8. Noszczyk W.: Chirurgia Tom 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
9. Mikołajewska E.: Fizjoterapia po mastektomii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
10. Zembaty A.: Kinezyterapia Tom II. Wydawnictwo Kasper, Kraków 2003.
11. Fiodorenko-Dumas Ż.: Kinezyterapia w praktyce. Wydawnictwo GWM, Wrocław 2009, 85-116.
12. Lipińska A., Opuchlik A.: Fizykoterapia w onkologii [w:] Wielka fizjoterapia, Śliwiński Z., Sieroń A. (red.) Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2014, tom I, 289-293.
13. Kalinowski P., Krawulska A.: Rola fizjoterapii po mastektomii w opinii pacjentek. Medycyna Ogólna Nauki o Zdrowiu 2012; 18(4): 291-296.
14. Zwolińska J., Homenda M., Kwolek A., Misiór A.: Wpływ kompleksowej rehabilitacji na funkcję kończyny górnej u pacjentek po mastektomii. Fizjoterapia 2013; 21(2): 7-24.
15. Madetko R., Ćwiertnia B.: Rehabilitacja po mastektomii. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16(4): 397-400.
16. Ridan T., Zdebska S., Ogrodzka K., Opuchlik A.: Ocena poziomu aktywności fizycznej kobiet po zabiegu jednostronnej mastektomii. Problemy Higieny i Epidemiologii 2015; 96(1): 181-186.
17. Lis K., Rębak D.: Aktywność fizyczna kobiet po mastektomii z klubu „Amazonki” w Kielcach. Pielęgniarstwo Polskie 2005; 3: 262-266.
18. Malicka I., Barczyk K., Hanuszkiewicz J.: Postawa ciała kobiet po leczeniu raka piersi. Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2010; 12: 353-361.
19. Hanuszkiewicz J., Malicka I., Stefańska M.: Postawa ciała a czynność mięśni tułowia kobiet po leczeniu raka piersi. Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2011; 13: 45-57.
20. Kaczmarek-Borowska B., Czaja E., Golon K.: Aktywność fizyczna kobiet po mastektomii. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego 2015; 13 (3): 223–231.

Poczucie szczęścia kobiet po mastektomii

Barbara Głowacka

Wydział Nauk o Zdrowiu, Elbląska Uczelnia Humanistyczno – Ekonomiczna w Elblągu

WSTĘP

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym i stanowi 20% wszystkich nowotworów występujących u kobiet w Polsce. Pomimo znacznego postępu w leczeniu i diagnostyce nadal obserwuje się wzrost zachorowalności i umieralności. Szczyt zachorowania przypada pomiędzy 50.-59. rokiem życia, w okresie menopauzalnym w okresie największych zaburzeń hormonalnych. Obserwuje się jednak wzrost zachorowalności u kobiet około 40.-45. roku życia [1]. Obecnie, dzięki programom badań przesiewowych, wykrywa się coraz więcej przypadków w początkowym stadium choroby, co pozwala wcześniej wdrożyć leczenie. Mastektomia jest jedną z podstawowych metod leczenia nowotworów piersi. Leczenie tą metodą jest przyczyną zaburzeń psychicznych i społecznych u kobiet. Amputacja piersi, „atrybutu kobiecości i macierzyństwa”, skutkuje często: niską samooceną, brakiem akceptacji swojego ciała, lękiem o utratę kobiecości, relacjami intymnymi z partnerem. Amputacja piersi jest zabiegiem okaleczającym powodującym nie tylko ból i blizny fizyczne, ale również cierpienie i uraz psychiczny. Zabieg odjęcia piersi zaburza wizerunek własnego ciała. Piersi są głównie kojarzone z atrakcyjnością fizyczną, macierzyństwem i kobiecością, są silnym bodźcem erotycznym. Dlatego też amputacja sutka powoduje utratę własnej wartości. Zaburza relacje społeczne i towarzyskie. Pojawia się izolacja i wycofanie z życia społecznego. Następuje ograniczenie aktywności fizycznej i uzależnienia od innych. Następuje zmiana pełnionych ról społecznych w rodzinie. np.: matki i żony. Wiele kobiet nie akceptuje swojego okaleczonego ciała, co prowadzi do zaburzeń w sferze seksualnej, intymnej. W wielu przypadkach kobiety boją się utraty kobiecości i odrzucenia ze strony mężczyzn. O ogromną rolę w procesie leczenia odgrywa wsparcie rodziny, przyjaciół. Wspólne podejmowanie działań zmierzających do walki z chorobą, świadomość, że w tej nierównej walce mamy wsparcie najbliższych, napawa nadzieją. Nadzieja na lepsze jutro na dalszą przyszłość mają pozytywny wpływ na funkcjonowanie kobiet na różnych płaszczyznach psychospołecznych [2,3,4].

Właściwą strategią w walce z chorobą jest profilaktyka. W myśl starego porzekadła „*lepiej zapobiegać niż leczyć*”. Profilaktyka onkologiczna obejmuje zarówno profilaktykę pierwotną, jak i wtórną. Istotą profilaktyki pierwotnej jest redukcja bądź eliminacja czynników ryzyka rozwoju choroby poprzez rozpowszechnianie wiedzy na temat zachorowalności na nowotwory i propagowanie zachowania prozdrowotnego. Profilaktyka wtórna to trzy metody: samobadanie piersi, kliniczne badanie piersi przez lekarza, badanie mammograficzne. Samobadanie piersi i badanie kliniczne nie wykrywają przedklinicznych postaci raka i można uzyskać jednostkowe korzyści, to nie ma efektu populacyjnego wyrażonego zmniejszeniem umieralności. Skuteczną metodą wczesnego wykrywania zmian nowotworowych jest długookresowe, masowe, zorganizowane badanie mammograficzne zdrowych kobiet (skryning) [5,6]. Celem badań przesiewowych jest zmniejszenie umieralności z powodu danej jednostki chorobowej w danej populacji. Wymagają one spełnienia pewnych warunków: choroba musi być problemem w danej populacji, test przesiewowy powinien być czuły, wczesne wykrycie zmian powinno zapewnić duży odsetek wyleczeń, wykrywanie powinno być procesem ciągłym, korzyści wynikające ze zmniejszenia umieralności powinny przewyższać poniesione koszty. Skryning obejmuje grupę kobiet określoną pod względem wieku, miejsca zamieszkania oraz aktywności. Ma charakter populacyjny [7].

Ogromną rolę w leczeniu wspomagającym po odjęciu piersi odgrywa rehabilitacja. Zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej. Swoim zakresem obejmuje uzyskanie optymalnej sprawności psychofizycznej. Zawiera określony zestaw ćwiczeń odpowiednio dobrany indywidualnie do pacjentki, zasady postępowania w życiu codziennym oraz zasady psychoterapeutyczne. We wczesnym okresie pooperacyjnym ma ona charakter indywidualny i prowadzona jest przez psychologa. Powinny dominować metody rehabilitacji społecznej, ze względu na możliwość szybszego powrotu do codzienności, radzenia sobie z przeciwnościami i optymalnej adaptacji do zmienionych warunków życia [5,8]. Dużą rolę odgrywa psychoterapia grupowa, której zaletą jest pozytywne oddziaływanie członków na siebie. Rehabilitacja fizyczna polega na zwiększeniu siły mięśniowej kończyny po stronie operowanej, zwalczanie obrzęków i zapobieganie zastoju chłonki. Ćwiczenia pozwalają również na korygowanie zmian postawy, która występuje w następstwie amputacji [8].

Pojęcie „jakość życia” (quality of life) początkowo oznaczało „dobre życie” w sensie konsumpcyjnym i określało stan posiadania. Do chwili obecnej przeszło stopniową ewolucję i rozszerzone zostało o obszar „być” zamiast „mieć”. Co spowodowało wprowadzenie nowych kryteriów: edukacji, wolności, szczęścia [2]. Przez wiele lat określano jakość życia jako zjawisko

wielowymiarowe, a jako podstawowe jego obszary uznano poczucie jednostki, jej stan psychiczny, społeczny i sprawność fizyczną. Sprawność ruchowa została poznana najwcześniej i najdogłębniej. Długo czas sprawność fizyczną uważano za czynnik zdolności przystosowania się do warunków choroby. Uwagę na to zwrócił Karnofsky [2] twierdząc, że efektem końcowym leczenia powinna być nie tylko poprawa subiektywnie odczuwalna przez pacjenta, ale również poprawa aktywności i sprawności fizycznej. Pojęcie jakości odwołuje się do stopnia, w jakim ludzie cieszą się życiem i czerpią z niego radość. Zmienia się ono w zależności od choroby, procesu zdrowienia, cierpienia. Człowiek ocenia jakość przez porównanie ze standardem własnych doświadczeń lub przyjętego systemu wartości, a niekiedy porównuje z sytuacją innych osób. Tak więc dla każdego z nas pojęcie i ocena jakości życia będzie miała inny wymiar i inne oczekiwania. Różne sposoby oceny własnych relacji z otoczeniem, osiągnięć, sukcesów i niepowodzeń w zmaganiu się z codziennością. Indywidualne możliwości osiągania celów, dążeń i pragnień według Rostowskiej, za Tomaszewski [9], niezależnie od zmieniających się okoliczności, istnieją stałe wymiary wpływające na jakość życia, np. bogactwo przeżyć, poziom świadomości, aktywność, twórczość, uczestnictwo w życiu społecznym. Poziom jakości życia wzrasta wraz z rozwojem jednostki. Szczęście powodowane jest doświadczeniem, powodzeniem, zadowoleniem, chwilą, która wyzwala w człowieku pozytywne emocje.

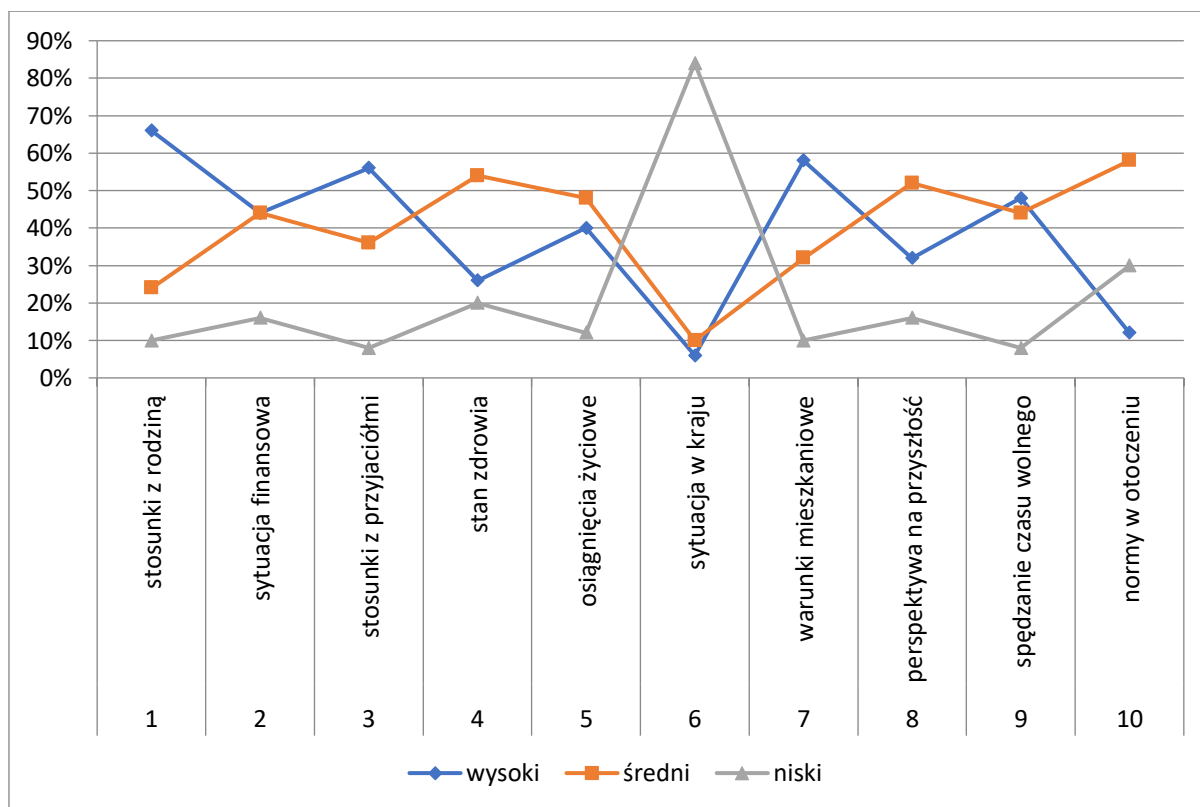
Szczęście przez każdego z nas odczuwane i przeżywane jest inaczej. Każdy pragnie być szczęśliwy niezależnie od wieku, płci czy wykształcenia, jednak nie zawsze wiemy, jak osiągnąć cel. Poczucie bycia szczęśliwym odczuwamy bardzo subiektywnie, ważniejsze znaczenie przypisuje się jednak temu, co człowiek przeżył niż temu, jakie okoliczności spowodowały ten stan. Szczęście nie może stać się celem nadrzędnym działania, jest jednak tym, co spotyka człowieka niezależnie od jego działań [10].

Kwestionariusz Poczucia Szczęścia (K.P.Sz) J. Czapińskiego nawiązuje do trójwarstwowej „teorii cebulowej” i składa się z trzech podstawowych części: satysfakcji cząstkowych, oceny poznawczej życia oraz pragnienia życia. Satysfakcje cząstkowe warstwa zewnętrzna, najpłytsza, zawiera elementy z życia codziennego, bieżące doświadczenia, odnoszą się one do poszczególnych aspektów życia i stanowią pytania: stosunki z rodziną, sytuację finansową, stosunki z przyjaciółmi, stan zdrowia, osiągnięcia życiowe, sytuację w kraju, warunki mieszkaniowe, perspektywę na przyszłość, sposób spędzania wolnego czasu oraz normy moralne w otoczeniu. Bilans afektywny i ocena poznawcza to warstwa pośrednia teorii, ocenia ona jakość życia jako całości życia, ogólnej jego satysfakcji, dokonuje bilansu emocjonalnego. Określa miarę dobrostanu, pozwala na subiektywną ocenę doświadczanej wartości życia, ogólnie nazywany dobrostanem „subiektywnym”, w kwestionariuszu zawiera

Poczucie szczęścia kobiet po mastektomii

pytania o ocenę swojego życia dziś, ocenę życia jako całości, ocenę swojego życia, ocenę sprzed 5 lat oraz ocenę za 5 lat. Pragnienie życia warstwa najgłębsza teorii, stanowi najgłębszą, najważniejszą i najsilniejszą wolę życia związaną z ogólnym dobrostanem psychicznym jednostki i jego pragnieniem życia. Składają się na nią pytania o myśli samobójcze, wiara w nadrzędny porządek świata i pragnienie życia [10,11].

Ocenę jakości życia kobiet badano na podstawie Kwestionariusza Poczucia Szczęścia. Kwestionariusz składa się z trzech części oceniających jakość życia, skonstruowany i opisany według teorii cebulowej J. Czapińskiego. Warstwa zewnętrzna, przedstawiona na Wykresie 1, zawiera 10 pytań cząstkowych, najbardziej powierzchowna zależna od czynników zewnętrznych, najmniej stabilna w największym stopniu mamy na nią wpływ [10].



Rycina 1. Graficzny obraz odpowiedzi cząstkowych (opracowanie własne)

Czynniki opisujące warstwę zewnętrzną poczucia szczęścia, są najmniej stabilne, najbardziej zależne od nas, do naszych wrażliwości, nastawienia i oczekiwań. Składają się na nią nasze codzienne drobne radości, sukcesy oraz niepowodzenia, porażki, obcowanie w środowisku, społeczeństwie. Pytania odnoszące się do warstwy zewnętrznej poczucia szczęścia dotyczą życia codziennego, zadowolenia z otaczającego nas świata, zadowolenia z samego siebie i czerpania radości z życia. Wśród badanych 66% respondentek wysoko oceniło swoje

Poczucie szczęścia kobiet po mastektomii

kontakty z rodziną, przyjaciółmi oraz sposób spędzania wolnego czasu. Tylko 10% ocenia je nisko. Z oceny wynika, że swoje zadowolenie z sytuacji mieszkaniowej wysoko i średnio odpowiednio ocenia po 40% ankietowanych. Średnio wypada ocena własnej sytuacji finansowej, która często wynika z czasowej niezdolności do pracy i utraty części dochodów. Natomiast 48% respondentek wysoko oceniła również swoje dotychczasowe osiągnięcia życiowe. Najgorzej oceniono sytuację w kraju, aż 84% respondentek wyraziło swoje niezadowolenie z obecnej sytuacji społeczno - politycznej panującej w kraju.

W tabeli I przedstawione zostały średnie wyniki pytań cząstkowych warstwy zewnętrznej Kwestionariusza Poczucia Szczęścia. Rozkład średnich wyników, które oscylują w granicy 2,5 świadczą o zadowoleniu respondentek ze stosunków z rodziną i przyjaciółmi oraz z zadowolenia z warunków mieszkaniowych. Najniżej ocenione zostało zadowolenie z sytuacji w kraju.

Tabela I. Rozkład wyników średnich Kwestionariusza Poczucia Szczęścia -warstwa zewnętrzna

K.P.Sz. warstwa zewnętrzna	Ważne	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Stosunki z rodziną	50	2,3800	2,0000	1,292	1,00	6,00
Sytuacja finansowa	50	3,0200	3,0000	1,186	1,00	5,00
Stosunki z przyjaciółmi	50	2,58000	2,0000	1,126	1,00	5,00
Stan zdrowia	50	3,2800	3,0000	1,278	1,00	6,00
Osiągnięcia życiowe	50	2,8400	3,0000	1,330	1,00	6,00
Sytuacja w kraju	50	5,0400	5,0000	1,142	1,00	6,00
Warunki mieszkaniowe	50	2,5400	2,0000	1,265	1,00	6,00
Perspektywa na przyszłość	50	3,2400	3,0000	1,188	1,00	6,00
Spędzanie wolnego czasu	50	2,7800	3,0000	1,234	1,00	6,00
Normy moralne w otoczeniu	50	3,7800	4,0000	1,130	2,00	6,00

Bilans afektywny i ocena poznawcza to warstwa pośrednia teorii, ocenia ona jakość życia jako całości życia, ogólnej jego satysfakcji, dokonuje bilansu emocjonalnego. Określa miarę dobrostanu, pozwala na subiektywną ocenę doświadczanej wartości życia, ogólnie nazywany dobrostanem „subiektywnym,„. Warstwa pośrednia odnosi się do przeszłości

i przyszłości, napawa pewną nadzieją. Pozwala ona na przezwyciężanie problemów i niepowodzeń, zależna jest od naszego nastroju czy doświadczenia. Kwestionariusz zawiera pytania o ocenę swojego życia dziś, ocenę życia jako całości, ocenę sprzed 5 lat oraz ocenę za 5 lat. Badane kobiety dokonały oceny swojego życia w obecnym momencie, w chwilach trudnych pełnych żalu i cierpienia, kiedy przeżywają chwile zwątpienia, buntu i załamania. Pomimo wielu przykrych i bolesnych doświadczeń, jakich w ostatnim okresie życia doświadczyły swoje dotychczasowe życie 68% badanych kobiet określiło jako bardzo szczęśliwe, natomiast 18% respondentek ocenia swoje życie z różnych powodów jako nieszczęśliwe. Kobiety dokonując oceny swojego życia sprzed 5 lat wysoko oceniło zadowolenie z przeszłości, natomiast 2% badanych wyraziło swoje niezadowolenie. Pytanie to dotyczyło oceny swojego życia przed chorobą, przed diagnozą, która dla wielu oznacza druzgocący wyrok, z którym trudno się pogodzić. Oceniając swoje życie za 5 lat należy optymistycznie spojrzeć w przyszłość. Ponad połowa respondentek prognozując przyszłość oceniła wysoko (34%) i bardzo wysoko (28%) swoje przyszłe życie. Wiele z tych kobiet jest pełnych wiary i nadziei na lepsze jutro na pokonanie choroby. Jak wiele drzemie w nich siły do walki z chorobą do pokonywania codziennych słabości i stawienia czoła w radzeniu sobie z uciążliwymi skutkami ubocznymi leczenia, które powoduje zmiany w funkcjonowaniu i wyglądzie zewnętrznym.

Tabela II przedstawia wyniki warstwy pośredniej poczucia szczęścia, określa zadowolenie z życia jako całości, określa przeszłość i szacuje przyszłość naszego życia.

Tabela II. Rozkład wyników średnich Kwestionariusza Poczucia Szczęścia -warstwa pośrednia

K. P. Sz. warstwa pośrednia	Ważne	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Ocena życia dziś	50	2,0400	2,0000	,570	1,00	3,00
Ocena życia całości	50	3,0600	3,0000	1,114	2,00	6,00
Ocena swojego życia	50	7,0600	7,5000	1,596	4,00	9,00
Ocena sprzed 5 lat	50	6,9800	7,0000	2,045	2,00	10,00
Ocena za 5 lat	50	7,0200	8,0000	2,325	2,00	10,00

Dokonuje analizy, zmusza do przemyśleń i refleksji. Wartościuje się dotychczasowe poczynania i decyzje. Dokonuje bilansu całego życia. Pozwala na oczekiwanie „czegoś

dobrego”, daje pewną nadzieję na lepsze jutro. Dąży do realizacji założonych celów, pomaga przetrwać problemy i trudy życia codziennego [10].

Ocena obecnego życia oscyluje na granicy 2 punktów, co oznacza dość niskie zadowolenie z życia w ostatnich dniach. Ocena całości życia respondentki oceniły na granicy 3 punktów co oznacza średni stopień zadowolenia z życia. Na taką ocenę wpływ miały zdecydowanie przeżycia i doświadczenia ostatnich miesięcy. Na pytanie oceniające swoje życie jako całości uzyskano średnią na poziomie 7. Wynik taki oznacza wysoką ocenę jakości swojego życia. Również życie sprzed 5 lat respondentki oceniły na poziomie 7 punktów, natomiast za 5 lat uzyskano 8 punktów. Wysokie wyniki oznaczają wysoką ocenę swojego życia oraz bardzo optymistyczne spojrzenie w przyszłość. Dokonanie oceny życia uzależnione jest od doświadczeń przywoływanych z pamięci oraz czy stanowią one źródło obecnych przeżyć i są punktem odniesienia do aktualnych przeżyć.

Tabela III przedstawia wyniki warstwy najgłębszej pragnienia życia.

Tabela III. Rozkład wyników średnich Kwestionariusza Poczucia Szczęścia-warstwa najgłębsza

K.P. Sz. warstwa najgłębsza	Ważne	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Myśli samobójcze	50	3,8200	4,0000	,388	3,00	4,00
Wiara w nadrzędny porządek świata	50	1,5400	2,0000	,503	1,00	2,00
Pragnienie życia	50	7,9200	9,0000	1,549	3,00	9,00

Warstwa ta stanowi najgłębszą, najważniejszą i najsilniejszą wolę życia związaną z ogólnym dobrostanem psychicznym jednostki i jego pragnieniem życia. składają się na nią pytania o myśli samobójcze, wiara w nadrzędny porządek świata i pragnienie życia. Warstwa najgłębsza i najbardziej stabilna najmniej zależna od czynników zewnętrznych, niezwykle silna pozwala przetrwać najtrudniejsze chwile. Słabnie jedynie w zaburzeniach psychicznych. Określa poczucie szczęścia, pragnienie życia, stanowi najważniejszą i najsilniejszą wolę życia jako nadrzędnej i najważniejszej wartości. Niezależna od naszej woli, potrzeb czy wykształcenia, niezwykle silna, pozwala przetrwać najtrudniejsze chwile w życiu człowieka. Siła jej słabnie tylko w zaburzeniach i chorobach psychicznych. Dotyczy skłonności do myśli

samobójczych i pragnienia życia. Walka z chorobą jest ogromnym wyzwaniem i ciężką próbą, na którą wystawia los. Pomimo ciężkich, często dramatycznych przeżyć, bólu i cierpienia w kobietach po zabiegu mastektomii obserwuje się silne poczucie pragnienia życia [10,11].

Pytanie o myśli samobójcze otrzymało średnią 3,8 punktów. Wynik taki świadczy o tym, że myśli samobójcze pojawiają się wśród kobiet jednak pragnienie, ocenione na poziomie 8 punktów życia jest bardzo silne. Wola życia w warstwie głębokiej poczucia szczęścia u osób przewlekle chorych jest niezwykle silna. Chorzy mają nadzieję, której nie należy im odbierać. Pomimo choroby, często bezradności wobec negatywnych skutków leczenia onkologicznego wola życia jest silna. Następuje przewartościowanie dążeń i celów życiowych, stopniowa akceptacja choroby i powolne przystosowywanie się do życia z nią. Nie każdy jest w stanie w pełni zaakceptować chorobę i jej następstwa, ale każdy uczy się żyć z chorobą i radzić sobie z jej skutkami.

WNIOSKI

Zebrany w trakcie badania materiał pozwala na wysunięcie następujących wniosków:

1. Poczucie szczęścia badanych kobiet jest wysokie pomimo negatywnych przeżyć i leczenia onkologicznego.
2. Wsparcie rodziny podczas leczenia i rehabilitacji ma korzystny wpływ na stan psychiczny i powrót do aktywności społecznej.
3. Badane kobiety wykazują bardzo silną wolę życia.
4. Poczucie szczęścia badanych kobiet sprzed okresu choroby jest niższe niż obecnie

DYSKUSJA

Nowotwór piersi pozostaje nadal w czołówce przyczyn zgonów wśród kobiet. Wzrost zachorowalności na raka piersi oraz związany z nim zabieg mastektomii powoduje lęk, niepokój i strach o przyszłe życie, zdrowie, leczenie oraz zmiany, jakie zachodzą w trakcie leczenia [1]. Mastektomia jest czynnikiem nasilającym lęk związany z utratą zdrowia i zagrożeniem życia. Zabieg wiąże się z fizycznym okaleczeniem, ale pozostawia również głębokie zmiany w psychice kobiety. Mika [8] uważa, że niepewność dotycząca leczenia, problemy osobiste i zawodowe mają wpływ na psychikę kobiet, u których bardzo często dominuje lęk przed śmiercią i kalectwem. Piersi kobiece traktowane są jako symbol kobiecości i macierzyństwa. Utrata ich powoduje zachwianie dotychczasowej samooceny i obrazu

własnego ciała. Następuje obawa przed akceptacją ze strony rodziny i otoczenia. Ubytek piersi określany jest jako syndrom połowy kobiety „half woman complex” [8].

Analiza materiału własnego wykazała, że (66%) relacje rodzinne i wsparcie najbliższych jest bardzo ważne. Ułatwia walkę z chorobą, pomaga zaakceptować zmiany fizyczne w wyglądzie wynikające z leczenia onkologicznego oraz samej utraty piersi.

Najliczniejszą grupą w badaniu były kobiety w przedziale 51-60 lat i stanowiły 44% badanej populacji. 50% badanych kobiet legitymowało się wykształceniem średnim. Zdecydowana większość (64%) była aktywna zawodowo przed zabiegiem, natomiast po zabiegu do pracy wróciło 30% ankietowanych, a 46% pozostało nieaktywnych zawodowo. Zmianę aktywności zawodowej potwierdza również Łuczak [12] w swoich badaniach przeprowadzonych na 50 kobietach po zabiegu mastektomii, dowodzi zmianę aktywności zawodowej przed zabiegiem z 98% kobiet na 28% nieaktywnych po zabiegu.

Analiza wyników warstwy zewnętrznej pytań dotyczących cząstkowych satysfakcji poczucia szczęścia w większości pytań pokazała ogólne średnie zadowolenie z życia badanych kobiet. Najwyższy wskaźnik zadowolenia 66% zanotowano na pytanie o stosunki z rodziną, a stosunki z przyjaciółmi na wysokim poziomie określono na 56% zadowolenia. Sposób spędzania wolnego czasu 48% ankietowanych wskazało wysoki stopień zadowolenia (44% określiło jako średni). Wyniki pokazują, jak ważne jest obcowanie z bliskimi osobami. To rodzina, przyjaciele dają wsparcie, siłę do walki o każdy dzień i pozwalają z nadzieją patrzeć w przyszłość. To oni dają nam w tych drobnych cząstkach dnia codziennego wiele satysfakcji, ciepła i wsparcia. Badanie warstwy pośredniej oceny swojego życia, jakiego mogły się spodziewać 50% kobiet oceniło na bardzo wysokim poziomie zadowolenia, 68% kobiet pomimo dramatycznych przeżyć, trudnych chwil i ciężkiej choroby, codziennej walki o swoje życie dziś oceniają na średnim poziomie zadowolenia. Badane kobiety są pełne oczekiwania, nadziei i wiary. Wśród badanych 34% kobiet z dużym optymizmem patrzy w przyszłość, oceniając swoje życie za 5 lat na wysokim poziomie, natomiast 28% ma nadzieję na bardzo wysoki poziom zadowolenia. Analiza tych wyników pokazuje, jakie drzemią w nich niezliczone pokłady siły do walki z chorobą i z jej uciążliwymi skutkami w sferze fizycznej i psychicznej.

Analiza wyników warstwy najgłębszej poczucia szczęścia pokazuje jakże bardzo silne jest pragnienie i wola życia, pomimo ogromnego lęku i walki o życie. Wśród badanych kobiet 82% nigdy nie przejawiało myśli samobójczych, pomimo negatywnych emocji, które przy długotrwałym nasileniu mogą powodować depresję [13]. Bardzo silne pragnienie życia wykazuje 70% badanych kobiet, a 20% silne, oznacza to, że pomimo bólu i cierpienia

pragnienie życia wśród kobiet jest silne. Okres choroby wymaga od rodziny dużo ciepła, troski i zrozumienia dając tym samym wsparcie psychiczne oraz akceptację zmian zachodzących w trakcie leczenia. Ważną rolę odgrywa również pomoc w codziennych pracach domowych i przejęcie przez współmałżonka większości obowiązków domowych związanych z prowadzeniem domu, wychowaniem dzieci czy zakupach [9]. Pozwala przetrwać niejedną kryzys, chwile zwątpienia i załamania. Kobiety podejmując walkę z chorobą o dalsze życie muszą mieć oparcie, muszą wierzyć, że nie walczą same i mają dla kogo żyć [14].

Duże znaczenie w ostatnim czasie przypisuje się grupom wzajemnego wsparcia, które działają wielowymiarowo na rzecz kobiet z nowotworem piersi. Kluby Amazonek są bardzo ważnym elementem w codziennym funkcjonowaniu kobiet po mastektomii. Są one ponadto źródłem informacji, udzielają wsparcia psychicznego, pomagają w znalezieniu motywacji powrotu do zdrowia. Czynne uczestnictwo pozytywnie wpływa na powrót do aktywności życiowej i społecznej [14]. Ponadto kluby są miejscem wspólnych spotkań towarzyskich co sprawia, że dzielenie się swoimi doświadczeniami i emocjami sprzyja poprawie leczenia, niweluje negatywne emocje oraz poszerza zakres wiedzy na temat samej choroby [15]. Wspólne przeżycia, zmaganie się z chorobą i wspólne dążenie do odzyskania sprawności psychofizycznej jednoczy kobiety i pozwala łatwiej znieść i zaakceptować zaistniałą sytuację, bo kto zrozumie drugiego człowieka tak dobrze, jak nie ten, który tego samego doświadczył [13,15]. Najwięcej problemów u kobiet po mastektomii uwidacznia się w sferze życia psychicznego i seksualnego. Problem stanowi powrót do społeczeństwa, do pracy zawodowej, a także do pełnej sprawności psychofizycznej [8].

PIŚMIENNICTWO

1. Musiał Z., Sendecka W., Zalewska-Puchała J.: Jakość życia kobiet po mastektomii. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013; 21: 38-46.
2. de Walden Gałuszko K.: Jakość życia – rozważania ogólne. [W:] *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, de Walden Gałuszko K, Majkovicz M. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
3. de Walden Gałuszko K.: Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. [W:] *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Meyza J. (red.). Wydawnictwo Centrum Onkologii, Warszawa 1997.
4. de Walden Gałuszko K.: *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011.

5. Lewandowska A.: Profilaktyka raka piersi wśród kobiet. *Onkologia Polska* 2011; 14: 131 – 134.
6. Nagadowska M.: Skryning mammograficzny – fakty i kontrowersje. *Medycyna Praktyczna* 2011; 5: 56 - 60.
7. Jokiel M.: Społeczne aspekty wczesnego wykrywania raka piersi po wprowadzeniu w Polsce skryningów populacyjnych. *Przegląd Epidemiologiczny* 2009; 63(3): 445 – 449.
8. Mika K.: *Po odjęciu piersi*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2005.
9. Rostowska T.: *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2009.
10. Czapiński J.: *Psychologia szczęścia*. Wydawnictwo Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1994.
11. Czapiński J.: *Psychologia pozytywna: nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2004.
12. Łuczak E., Lisowski J.: Charakterystyka społeczna i zmiany trybu życia kobiet po mastektomii. *Kwartalnik Ortopedyczny* 2007; 4: 363 – 370.
13. Wiśniewska L.A., Karolska M.: Doświadczenie choroby nowotworowej w relacjach kobiet po mastektomii. *Psychoonkologia* 2017; 21: 75-85.
14. Glińska J.: Kontrola emocji u pacjentów z nowotworem gruczołu piersiowego. Rola wsparcia społecznego. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2014; 1: 41-47. 4.
15. Chwałczyńska A., Woźniewski M.: Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiadomości Lekarskie* 2004; 7–8: 312 – 315.

Ocena wsparcia małżeńskiego kobiet po mastektomii

Barbara Głowacka

Wydział Nauk o Zdrowiu Elbląska Uczelnia Humanistyczno – Ekonomiczna w Elblągu

WSTĘP

Celem badań była ocena wsparcia małżonka (partnera życiowego) w okresie leczenia chirurgicznego, onkologicznego oraz rehabilitacji po odjęciu piersi. Wsparcie najbliższych ma ogromny wpływ na radzenie sobie z chorobą, powrót do aktywności społecznej oraz akceptację powstałych w trakcie leczenia zmian fizycznych.

Najczęściej występującym nowotworem wśród wszystkich nowotworów występujących wśród kobiet w Polsce jest nowotwór piersi. Szczyt zachorowania występuje po 50. roku życia w okresie menopauzy, największych zaburzeń hormonalnych [1]. Podstawowym leczeniem nowotworu piersi jest mastektomia. Dla każdej kobiety odjęcie piersi jest przeżyciem traumatycznym. Amputacja piersi jest zabiegiem okaleczającym, powodującym nie tylko ból i blizny fizyczne, ale przede wszystkim cierpienie i uraz psychiczny. Zabieg odjęcia piersi zaburza wizerunek własnego ciała [2].

Ogromną rolę w procesie rehabilitacji, leczenia i adaptacji po usunięciu gruczołu piersiowego jest wsparcie psychiczne oraz społeczne. Odpowiednio dostosowane do jednostki wsparcie ułatwia w złożonych procesach radzenie sobie ze stresem, chorobą i własnymi słabościami. Naturalne i dobrze rozwinięte potrzeby wsparcia są podstawą do poszukiwania wsparcia społecznego i powrotu do równowagi społecznej jednostki. Podniesienie samooceny redukuje poczucie lęku i wzmacnia efektywne sposoby radzenia sobie w sytuacji trudnej. Wsparciem dla kobiety po mastektomii może być rodzina, mąż, dzieci, przyjaciele oraz inne kobiety, które doświadczyły podobnych przeżyć [3]. Szczególną rolę odgrywa podsystem małżeński, który stanowi podstawę życia rodzinnego. Role wszystkich członków są zależne od siebie, a stopień ich zaangażowania w realizację celów decyduje o jakości życia małżeńskiego i rodzinnego [4]. Jakość funkcjonowania małżeństwa w dużej mierze zależy od realizacji założeń na odpowiednim poziomie, zgodny z oczekiwaniami dotyczącymi ważnych wymiarów osobowości, głównie w kontaktach interpersonalnych. Główną rolę odgrywa przede wszystkim

zgodność partnerów, wzajemna otwartość, intymność relacji, samorealizacja, miłość, zaangażowanie i wsparcie małżeńskie

Każda choroba przewlekła zaliczana do nienormalnych sytuacji stresowych stanowi ogromne wyzwanie dla całego systemu rodzinnego. Pojawienie się jej nagle i niespodziewane zaburza całe dotychczasowe poczucie bezpieczeństwa, prowadzi do pojawienia się kryzysu w rodzinie. Wywiera ona wpływ na życie rodzinne we wszystkich jego aspektach. Zmusza do trwałej zmiany dotychczasowego trybu życia. Troska i opieka nad chorym wymaga poświęcenia, wsparcia i elastyczności do pozostałych członków rodziny. Pełna akceptacja rodziny, zrozumienie partnera życiowego powoduje poprawę jakości życia, podnosi własną wartość, ułatwia powrót w miarę możliwości do „normalnego życia”, do czynności codziennych. Ogromne wsparcie, miłość i troska drugiej osoby to siła napędowa każdego człowieka i związku [5]. Znaczącą rolę w leczeniu onkologicznym i akceptacji własnego okaleczonego ciała odgrywa wsparcie małżonka, które korzystnie wpływa na poziom zadowolenia małżeńskiego. Szczególnego znaczenia relacje między partnerami nabierają, kiedy pojawia się choroba przewlekła, kiedy jedno z partnerów wymaga opieki i akceptacji drugiego.

Rodzina to podstawowa jednostka społeczna, której uczestnictwa doświadczamy w różnych dziedzinach i na różnych etapach życia. Jest ona najbardziej uniwersalną formą kontaktów społecznych i osobistych. Kształtuje pewne postawy wobec obowiązujących norm i zasad, a także wobec zdrowia i choroby. Zetknięcie z chorobą jest najtrudniejszym czasem w życiu każdego. Walka z nią obciąża stosunki społeczne i życie rodzinne. Hospitalizacja, długotrwałe leczenie i rehabilitacja wystawiają na ciężką próbę każdą rodzinę, gdyż każdy członek rodziny indywidualnie radzi sobie z emocjami. Pojawienie się choroby nowotworowej w związkach małżeńskich może potęgować problemy socjalne, zdrowotne, emocjonalne i powodować rozluźnienie więzi, co prowadzi do rozpadu związku i sytuacji konfliktowych. Doświadczenia, jakich dostarcza choroba, wspólne przeżycia i trudne sytuacje mogą cementować związek i zbliżać do siebie pary małżeńskie. Leczenie wymaga dużego zaangażowania rodziny, poświęcenia i wsparcia. Dla pacjentek takim wsparciem jest przede wszystkim partner życiowy. Ta specyficzna więź i miłość w małżeństwie (związku) stanowi podstawę do codziennej troski i starań o najbliższych, realizacji wspólnych zadań, pomocy i wzajemnych świadczeń w każdej dziedzinie życia rodziny [6,7].

Mastektomia jest podstawową metodą leczenia nowotworu piersi. Amputacja jest zabiegiem okaleczającym, powodującym blizny fizyczne, cierpienie i uraz psychiczny oraz wycofanie społeczne. Zabieg odjęcia piersi zaburza wizerunek własnego ciała, pojawia się

niechęć, brak akceptacji. Piersi głównie kojarzone są z atrakcyjnością fizyczną, kobiecością. Amputacja sutka powoduje utratę własnej wartości, zaburza relacje społeczne i towarzyskie. Następuje ograniczenie sprawności i aktywności fizycznej, następuje uzależnienie od innych osób. Następuje zmiana pełnionych ról społecznych w rodzinie, np.: matki i żony. Wiele kobiet nie akceptuje swojego okaleczonego ciała obawiając się utraty atrakcyjności, co prowadzi do zaburzeń w sferze seksualnej i intymnej. Według Miki „*Odjęcie piersi jest ciężkim przeżyciem dla każdej kobiety, ale może być ceną, jaką zapłacić trzeba, aby żyć*” [2].

Jednak pozostawia wiele następstw natury psychicznej: strach, lęk i przygnębienie, często depresję. Terapia powinna obejmować całą rodzinę. Silne wsparcie psychiczne ze strony najbliższych, zachęcanie do aktywnego życia i pozytywne nastawienia do leczenia pomaga w odzyskaniu równowagi życiowej przez kobietę.

Małżeństwo to związek dwóch osób, zazwyczaj kobiety i mężczyzny, zawarty prawnie i społecznie. Regulowany zasadami, obyczajami i przekonaniem, określa prawa i obowiązki stron małżeństwa. Powszechnie małżeństwu przypisuje się rolę założycielską rodziny, a co za tym idzie opieki, wychowania i socjalizacji dzieci pojawiających się w tych rodzinach. Według Rostowskiego [7], za fundamentalny wymiar związku małżeńskiego uważa się: przystosowanie małżeńskie, szczęście małżeńskie, zadowolenie małżeńskie, stałość małżeńską, powodzenie – sukces małżeński. Dobry związek to zjawisko wielowymiarowe co oznacza, że tworzący go partnerzy cechują się wysokim przystosowaniem małżeńskim, zadowoleniem, czują się szczęśliwi i stanowią prawidłowo funkcjonujący system interpersonalny. Według Plopy [4] „życie w małżeństwie może być pełne namiętności, szczęścia, a nie tylko zaangażowania, ale także dramatów i rozczarowań, mających swoje skutki nie tylko w poczuciu jakości życia samych małżonków, ale także szerszego grona osób, przede wszystkim dzieci.” Człowiek, jako istota społeczna odczuwa potrzebę przebywania w bliskich i trwałych związkach uczuciowych, które zaspakajają jego potrzeby miłości, bezpieczeństwa i przynależności. Realizacja tych potrzeb jest możliwa w stabilnej, zdrowej, dobrze funkcjonującej rodzinie o prawidłowych relacjach interpersonalnych i wysokiej empatii [8]. Otwartość i bezpośredni charakter relacji w małżeństwie sprawia, że właśnie od małżonka przede wszystkim oczekujemy wsparcia w sytuacjach trudnych, a jego brak nie może być zastąpiony z innych źródeł [6].

BADANIA WŁASNE

Badaniem objęto 50 kobiet po zabiegu mastektomii, pozostających w stałych związkach małżeńskich, wszystkie panie posiadały dzieci. Respondentki różnicowało: wykształcenie,

wiek, miejsce zamieszkania, długość stażu małżeńskiego oraz okres, jaki upłynął od zabiegu. Badanie przeprowadzono za pomocą Kwestionariusza Dobranego Małżeństwa – (KDM- 2), opracowanego przez M. Plopa i J. Rostowskiego w 1987 roku. Otrzymujemy wynik pomiaru czynników: intymność, samorealizacja, podobieństwo, rozczarowanie.

Intymność – oznacza poziom odczuwania satysfakcji z bycia w bliskiej relacji z partnerem. Partnerzy odczuwają więź emocjonalną, czują się blisko, są przekonani o łączącym ich uczuciu. Partnerzy pokazują potrzebę budowania związku opartego na zaufaniu, otwartości, prawdzie. U partnera występuje motywacja dbania o związek, o jego wysoką jakość i dbanie o szczęście swoje i partnera.

Samorealizacja – partner czerpie z małżeństwa wysoką satysfakcję, która jest dla niego bodźcem do realizacji swoich życiowych zadań i swojego systemu wartości. Pełnione role w małżeństwie dają poczucie spełnienia, przynależności, satysfakcji z bycia z kimś kochanym. Jest to sposób na szczęśliwe i udane życie.

Podobieństwo – między partnerami wytwarza się poziom zgodności i osiągnięcia ważnych celów małżeńskich i rodzinnych, są zgodni co do spędzania wolnego czasu i organizacji życia rodzinnego. Ujawniają się podobne poglądy, kultywowanie rodzinnych tradycji i sposobu wychowania dzieci.

Rozczarowanie – pojawia się poczucie porażki życiowej, która wynika z zawarcia i pozostawania w związku małżeńskim. Wspólne życia zaburza poczucie niezależności, pojawiają się myśli o zerwaniu związku małżeńskiego, ułożenia sobie życia osobno. Występuje unikanie wspólnych zbliżeń uczuciowych do partnera, wspólne rozwiązywanie problemów. Wspólne przebywanie razem nie daje przyjemności i satysfakcji. Pojawia się brak odpowiedzialności za budowanie relacji w związku i odpowiedzialności za niego.

Wyniki uzyskane w badaniu przy pomocy Kwestionariusza Dobranego Małżeństwa zostały odniesione do norm stenowych zawartych w literaturze M. Plopy [9], przedstawiono poniżej w tabeli 1.

Otrzymały wynik ogólny zadowolenia z jakości związku małżeńskiego oscyluje w granicy 4 stena, co odpowiada średniej ocenie jakości związku badanych kobiet, ale mieści się w granicy normy do ogólnej populacji kobiet. Badane kobiety nisko oceniły intymność na poziomie 4 stena co oznacza, że poziom odczuwanej bliskości z partnerem jest słabszy w porównaniu do grupy kobiet populacji, co potwierdza również analiza literatury [4].

Dowodzi to, że wiele kobiet nie akceptuje swojego okaleczonego ciała. Pojawiają się przygnębienie, lęk, strach, często pojawiają się stany depresyjne, prowadzi to do zaburzeń w sferze seksualnej i intymnej. Pojawia się niepewność jutra, strach o dzieci i rodzinę.

Tabela1. Statystyka opisowa grupy badanej według kwestionariusza KDM – 2 (opracowanie własne)

Relacje	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe	Sten
Intymność	50	9,00	40,00	28,06	6,84347	4
Samorealizacja	50	15,00	35,00	25,08	5,10238	3
Podobieństwo	50	8,00	35,00	25,76	5,68406	5
Rozczarowanie	50	10,00	48,00	21,88	8,53000	6
Wynik ogólny	50	50,00	159,00	117,02	22,91643	4

Partnerzy odczuwają mniejszą więź emocjonalną i radość z obcowania. Badane panie na poziomie 3-ego stena oceniły satysfakcję z samorealizacji w związku. Wynik poniżej normy oznacza brak bodźców w małżeństwie do realizacji swoich celów. Zmienia się wartość realizacji własnych marzeń, planów. Dokonuje się przewartościowania celu życia, które staje się wartością nadrzędną. Pojawia się walka o powrót do sprawności, akceptacji choroby i radzenia sobie z jej skutkami. Samorealizacja pozostaje sprawą drugorzędną. Pełnione role rodzinne przestają dawać radość lub dają mniejsze zadowolenie, niepewność i strach, wypierają poczucie zadowolenia. Niezmienna pozostaje potrzeba bycia z kimś bliskim, dzielenie trosk dnia codziennego. W granicy normy zostały ocenione podobieństwo 5 i rozczarowanie 6 sten. Oba wymiary pozostają na poziomie średnim i nie odbiegają od normy populacji średniej kobiet zdrowych, pozostających w związkach małżeńskich. Osiągnięcie takiego wyniku może sugerować, że poziom zgodności i osiągnięcia wspólnych celów u respondentek w każdej dziedzinie życia pozostaje na niezmiennym poziomie i nadal daje satysfakcję. Niezmiennie pozostają wspólne poglądy, a wspólne spędzanie czasu i poczucie bliskości drugiej osoby daje radość i przyjemność.

DYSKUSJA

Nowotwór piersi pozostaje nadal w czołówce przyczyn zgonów wśród kobiet. Wzrost zachorowalności na raka piersi oraz związany z nim zabieg mastektomii powoduje lęk, niepokój i strach o przyszłe życie, zdrowie, leczenie oraz zmiany, jakie zachodzą w trakcie leczenia. Mastektomia jest czynnikiem nasilającym lęk związany z utratą zdrowia

i zagrożeniem życia. Zabieg wiąże się z fizycznym okaleczeniem, ale pozostawia również głębokie zmiany w psychice kobiety. Utrata sutka powoduje zachwianie dotychczasowej samooceny i obrazu własnego ciała. Następuje obawa przed akceptacją ze strony rodziny i otoczenia.

Dane dotyczące wsparcia małżeńskiego wśród badanych kobiet oscylują w granicy 4 stena (wynik ogólny z całości badania), co oznacza niższe zadowolenie z życia małżeńskiego w stosunku do populacji ogólnej kobiet. Nie można zbudować szczęśliwego i trwałego związku bez wzajemnego zaufania, miłości i szacunku. Wspólne zadowolenie i realizacja wspólnych celów musi wypływać od małżonków i być w pełni przez nich akceptowane [9]. Okres choroby wymaga od partnera dużo ciepła, troski i zrozumienia, dając tym samym wsparcie psychiczne oraz akceptację zmian zachodzących w trakcie leczenia. Ważną rolę odgrywa również pomoc w codziennych pracach domowych i przejęcie przez współmałżonka większości obowiązków domowych związanych z prowadzeniem domu, wychowaniem dzieci czy zakupach [8]. Wspieranie siebie wzajemnie to siła napędowa szczęśliwego związku. Wsparcia partnerowi udzielamy słowami, czynami, gestami i bezwarunkową aprobatą. Akceptujemy takim, jakim jest, dajemy poczucie przynależności. Duże znaczenie przypisuje się terapii psychologicznej, która powinna obejmować całą rodzinę, uczy ona postępowania z chorobą i jej skutkami. Małżonek powinien stanowić filar, oparcie dla kobiety. Wspólne przeżywanie choroby, wspólna walka z nią i terapia umacnia relacje między małżonkami. Pozwala przetrwać niejedną kryzys, chwile zwątpienia i załamania. Kobiety, podejmując walkę z chorobą o dalsze życie, muszą mieć oparcie, muszą wierzyć, że nie walczą same i mają dla kogo żyć.

Na podstawie badań stwierdzono większe zadowolenie u osób pozostających w związkach małżeńskich, rodzina dostarcza wsparcia społecznego, łagodzi stres zewnętrzny i nadaje sens życiu, przychodzące na świat dzieci dostarczają zarówno zmartwień, jak i wiele radości, jednak niewątpliwie są sensem życia małżeńskiego. Dla każdego człowieka bliscy odgrywają ogromną rolę w prawidłowym funkcjonowaniu zdrowia psychicznego, jak i fizycznego. Szczególnego znaczenia bliskość nabiera w sytuacji kryzysowej, kiedy oczekujemy wsparcia, pomocy i bezwzględnej akceptacji. Zaufanie w związku pomaga łatwiej zaakceptować niedoskonałości ciała związane z zabiegiem oraz skutkami leczenia. Okazane wsparcie małżeńskie ze strony partnera pozwala łatwiej przezwyciężyć trudy choroby i podjąć walkę z nią. Związek, w którym brakuje poczucia bezpieczeństwa, oparcia w drugiej osobie, nie spełnia naszych oczekiwań, staje się kruchy i przytłaczający, chyli się ku schyłkowi, mamy poczucie osamotnienia. Według Rostowskiego [7,8] empatia pozostaje w ścisłym związku z powodzeniem i zadowoleniem ze związku, a szczególnie ze szczęściem małżeńskim i jego

wysoką jakością. Działania wspierające mają stworzyć poczucie przynależności, opieki i podwyższenia samooceny. Wspieranie siebie wzajemnie to siła napędowa szczęśliwego związku. Wsparcia partnerowi udzielamy słowami, czynami, gestami i bezwarunkową aprobatą. Akceptujemy takim, jakim jest, dajemy poczucie przynależności.

WNIOSKI

Na podstawie zebranego materiału w trakcie badania wysunięto wnioski:

- 1) Poziom życia małżeńskiego badanej grupy jest niższy niż poziom życia małżeńskiego populacji kobiet zdrowych i oscyluje w granicy 4 stena.
- 2) Okazane wsparcie małżeńskie ze strony partnera pozwala łatwiej przezwyciężyć trudy choroby i podjąć walkę z nią.
- 3) Satysfakcja samorealizacja w związku badanej grupy jest niższa niż kobiet zdrowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Musiał Z., Sendecka W., Zalewska-Puchała J.: Jakość życia kobiet po mastektomii. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013; 21: 38-46.
2. Mika K.: *Po odjęciu piersi*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2005.
3. Sęk H., Cieślak R.: Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia wybrane koncepcje teoretyczne [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Sęk H., Cieślak R. (red). Wydawnictwo PWN, Warszawa 2005.
4. Plopa M.: *Psychologia rodziny. Teoria i badania*. Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno – Ekonomicznej, Elbląg 2004.
5. de Walden Gałuszko K.: *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011.
6. Kawczyńska – Butrym Z.: *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*. Wyd. Makmed, Lublin 2008.
7. Rostowski J.: *Zarys psychologii małżeństwa*. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1987.
8. Rostowska T.: *Percepcja relacji małżeńskich i poziom empatii partnerów a jakość życia*. [w:] *Psychospołeczne aspekty życia rodzinnego*. Rostowska T., Peplińska A. (red.). Wydawnictwo Difin, Warszawa 2010.
9. Plopa M.: *Więzi w małżeństwie i rodzinie metody badań*. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2006.

Ocena stopnia akceptacji choroby a poziom samooceny u pacjentek z rakiem piersi

Beata Jurczak¹, Barbara Jankowiak²

1. Blok Operacyjny, Białostockie Centrum Onkologii
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Najczęstszym nowotworem złośliwym kobiet jest rak piersi. Co roku stwierdza się w Polsce ponad 17 000 nowych zachorowań na raka piersi. Na tej podstawie można oszacować, że w Polsce zachoruje co 8 – 10 kobieta na nowotwór piersi. U mężczyzn występuje niezwykle rzadko – 100 000 osób na rok. W Polsce 5500 zgonów spowodowanych jest rakiem piersi [1,2].

Zachorowalność na raka piersi zależna jest od stopnia rozwoju danego kraju. Im wyższy poziom rozwoju kraju, tym prawie 5 – krotnie wzrasta ryzyko zachorowania na raka piersi. Przez ostatnie dekady utrzymywał się względnie szybki wzrost zachorowalności, ale obecnie zaobserwować można zmniejszenie tempa tego wzrostu, stabilizację, a nawet zmniejszającą się zachorowalność. Jednocześnie w krajach, w których do tej pory był niski wskaźnik zachorowalności obserwuje się wzrost zachorowań w związku z zachodzącymi tam zmianami stylu życia. W wyniku tego w skali świata zachorowalność i umieralność wykazują stałą tendencję wzrostową. W latach 2008 – 2012 roku wskaźnik zachorowalności wzrósł o 20%, a wskaźnik umieralności wzrósł o 14% [3,4].

Rak piersi jest obecnie czwartym rozpoznawalnym na świecie nowotworem złośliwym u kobiet. W 2012 roku zanotowano 1,7 miliona nowych zachorowań, a 6,3 miliona chorych żyło z chorobą rozpoznaną we wcześniejszych latach. Według statystyk rak piersi pozostaje pierwszą przyczyną umieralności z powodu nowotworów u kobiet. Na tle krajów Europy Zachodniej Polska ma niskie, ale rosnące ryzyko zachorowania na raka piersi. Do 2010 roku stanowił on w Polsce najczęstszą przyczynę zgonów u kobiet. Mimo wzrostu zachorowalności w ostatnich latach umieralność wykazuje łagodną tendencję malejącą. Obserwowane różnice w zachorowalności i umieralności są wynikiem znaczącej poprawy skuteczności leczenia tego nowotworu [1,4].

ETIOLOGIA, CZYNNIKI RYZYKA ORAZ OBJAWY RAKA PIERSI

W większości przypadków etiologia raka piersi nie jest znana, lecz udało się zidentyfikować szereg czynników zwiększających ryzyko zachorowania. Czynniki ryzyka zachorowania na raka piersi to [2,5,6]:

1. Obecność mutacji w genie BRCA - 1 oraz BRCA - 2 zwiększają ryzyko do 80% do zachorowania na raka piersi.
2. Obecność mutacji w genach ATM, BRIP1, CHEK2, PALB2 zwiększona predyspozycja 2 – krotnie do zachorowania na raka piersi.
3. Obecność mutacji w genach TP53 i PTEN związana z zespołami zachorowań na różne nowotwory złośliwe.
4. Rodzinne predyspozycje występowania raka piersi u krewnych w pierwszym stopniu powinowactwa około 2 – krotny wzrost zachorowania i około 3 – 6 - krotny wzrost ryzyka, jeżeli rak piersi wystąpił u dwóch najbliższych krewnych.
5. Występowanie w rodzinie zachorowań na raka obu piersi lub w młodym wieku – przed 45-tym rokiem życia.
6. Łagodne przerosty piersi z proliferacją, np. z hiperplazją wewnątrzprzewodową, co wiąże się z 4 -5 – krotnym ryzykiem zachorowania.
7. Wiek – ryzyko zachorowania po 50-tym roku życia.
8. Przebyty rak piersi, rak jajnika, rak endometrium w wywiadzie.
9. Aktywność hormonalna - pierwsza miesiączka przed 12-tym rokiem życia, ryzyko zachorowania na raka piersi wzrasta o 30% lub menopauza powyżej 55-go roku życia, pierwsza donoszona ciąża po 30-tym roku życia, bezdzietność.
10. Stosowanie hormonalnej terapii zastępczej – wzrost ryzyka o około 2,7% na każdy rok jej stosowania, a doustnych hormonalnych środków antykoncepcyjnych – wzrost ryzyka 1,25 – krotny.
11. Dieta bogata w tłuszcze nasycone – nieznaczny wzrost ryzyka zachorowania.
12. Spożywanie alkoholu – wzrost ryzyka o 9% na każde 10 gramów czystego alkoholu dziennie.
13. Ekspozycja na promieniowanie jonizujące – np. przebyta radioterapia klatki piersiowej lub wykonywanie badań mammograficznych w młodym wieku.
14. Protekcyjny wpływ na zachorowanie na raka piersi ma liczba urodzonych dzieci i karmienie piersią.

Około 5 – 10% zachorowań na raka piersi wiąże się z dziedzicznymi mutacjami, głównie w genach BRCA-1 i BRCA-2, pozostałe 90 – 95% wynika z występowania sporadycznych mutacji w komórkach somatycznych. Główną przyczyną transformacji są zmiany w genomie, które przyczyniają się do zaburzenia systemów regulujących metabolizm komórki [1,4]. Objawy raka piersi, to [2,4,7]: wyczuwalny guz piersi, wyciek z brodawki piersi, zmiany na skórze piersi, wciągnięcie brodawki, owrzodzenie brodawki, obrzęk piersi, nadmierna ciepłota piersi, skórka pomarańczowa, czyli zaczerwienie i pogrubienie skóry piersi, powiększenie pachowych węzłów chłonnych po stronie wystąpienia nowotworu oraz wyraźna asymetria sutków.

DIAGNOZOWANIE RAKA PIERSI

W przypadku podejrzenia raka piersi należy przeprowadzić pełne badanie podmiotowe i badanie przedmiotowe z badaniem palpacyjnym obu piersi i okolicznych węzłów chłonnych.

W wywiadzie powinny zostać uwzględnione czynniki zachorowania. Ważne jest również przeprowadzenie badania ginekologicznego. Jeżeli w badaniu palpacyjnym wyczuwalny jest guz piersi należy wykonać mammografię, u młodych kobiet i kobiet w ciąży należy przeprowadzić badanie USG piersi.

W zależności od stopnia klinicznego zaawansowania miejscowego i intencji leczenia wykonuje się rtg klatki piersiowej, rezonans magnetyczny, badanie mikroskopowe – biopsja cienkoigłowa, biopsja gruboigłowa, biopsja otwarta i badania dodatkowe w zależności od wskazań klinicznych, np. scyntygrafia kości, badanie USG lub KT jamy brzusznej.

Rozpoznanie onkologiczne nie może być postawione jedynie na podstawie badania obrazowego.

Prawdziwe rozpoznanie możliwe jest na podstawie badania mikroskopowego zmiany. Ważnym elementem są badania przesiewowe w kierunku raka piersi [1-4]:

- samodzielne i okresowe badanie piersi od 20-go roku życia,
- przez lekarza badanie piersi co 3 lata u kobiet w wieku 20 – 30 lat i corocznie u kobiet w wieku powyżej 40-go roku życia
- mammografia wykonywana co roku u kobiet od 40- go roku życia.

W Polsce badania przesiewowe obejmują kobiety w wieku 50 – 69 lat.

Badania wykonywane są co 24 miesiące, a u kobiet, które są z wysokiego ryzyka wykonuje się co 12 miesięcy [1- 4].

LECZENIE RAKA PIERSI

Podstawowym sposobem leczenia raka piersi jest *leczenie chirurgiczne*. Zabiegi chirurgiczne można ogólnie podzielić na radykalne amputacje piersi oraz operacje oszczędzające gruczoł piersiowy. Podstawowym dążeniem jest wykonywanie u jak największego odsetka chorych operacji oszczędzających pierś. Leczenie chirurgiczne oszczędzające pierś BCT (*breast conserving therapy*) jest tak samo skuteczne, jak amputacja piersi. BCT powinno być połączone z radioterapią na obszar łoży po guzie [2,8].

Ważnym elementem leczenia chorych na raka piersi są operacje rekonstrukcyjne, które wykonuje się na życzenie pacjentki. Przeciwwskazaniem jest potwierdzony uogólniony proces choroby nowotworowej. Niekorzystne czynniki chorobowe nie wykluczają przeprowadzenia rekonstrukcji piersi w trybie odroczonym. Najczęstszym sposobem rekonstrukcji jest wykorzystanie protezy piersi lub zastosowanie tkanek własnych [4,8].

Radioterapia jest leczeniem uzupełniającym – adjuwantowym u chorych na raka piersi po leczeniu chirurgicznym oraz jako metoda leczenia paliatywnego. Jest to leczenie miejscowe. Skuteczność jej zależy od określenia w sposób precyzyjny anatomicznej lokalizacji i potencjalnych dróg szerzenia się nowotworu [2].

Pooperacyjna radioterapia stanowi składową leczenia wszystkich chorych poddanych zabiegowi oszczędzającemu, gdyż kilkakrotnie zmniejsza ryzyko wystąpienia wznowy. Obecnie częściej stosuje się napromienianie piersi metodą modulacji intensywności wiązki IMRT - *intensity modulated radiotherapy* z jednoczasowym dodatkiem na łożę guza SIB - *simultaneous integrated boost*. Jeśli u chorych leczonych z zachowaniem piersi istnieją wskazania do uzupełniającej chemioterapii, zazwyczaj poprzedza ona radioterapię. Jeżeli po amputacji piersi istnieje wskazanie do uzupełniającej radioterapii, trzeba przeprowadzić ją po zakończeniu uzupełniającej chemioterapii. Radioterapia jest bezwzględnym przeciwwskazaniem podczas ciąży [2,3].

Chemioterapia jest metodą leczenia systemowego. Może być ona stosowana w ramach leczenia przedoperacyjnego, pooperacyjnego lub mieć charakter leczenia paliatywnego. W leczeniu przedoperacyjnym stosuje się pierwotnie chemioterapię przez okres 4 – 6 miesięcy w celu zmniejszenia guza w takim stopniu, aby możliwe było przeprowadzenie radykalnego leczenia operacyjnego. U pewnej liczby chorych możliwe jest wówczas przeprowadzenie oszczędzającego zabiegu operacyjnego.

Chemioterapia może być jednolekowa lub wielolekowa. Chemioterapia wielolekowa pozwala uzyskać wyższy odsetek odpowiedzi i dłuższy czas do progresji, przy podobnym

całkowitym czasie przeżycia, ale kosztem większej toksyczności niż chemioterapia jednolekowa. Wybór metody zależny jest od klinicznego przebiegu choroby, lokalizacji przerzutów, stanu sprawności chorej oraz jej preferencji. U chorych, u których występuje ograniczony rozsiew nowotworu i bez nasilonych dolegliwości preferowane jest stosowanie kolejnych pojedynczych leków. U chorych z dużymi lub szybko nasilającymi się dolegliwościami np. bólowymi, stosuje się chemioterapię wielolekową [2,4].

Hormonoterapia jest to metoda leczenia systemowego i stosowana jest u chorych, u których występuje ekspresja receptora estrogenowego. Warunkiem rozpoczęcia hormonoterapii jest brak przeciwwskazań do tego leczenia. Stosuje się ją przez kilka lat pod warunkiem, że tolerancja leczenia jest dobra i nie doszło do nawrotu raka piersi.

Wybór metody leczenia hormonalnego zależny jest od stanu menopauzalnego chorych, od wcześniejszego przebytego leczenia hormonalnego, od spodziewanych objawów niepożądanych, a także od współistniejących chorób. Chorym przed menopauzą wcześniej nieleczonych tamoksifenu lub też ukończyły terapię tym lekiem przed co najmniej 12 miesiącami zaleca się skojarzenie tamoksifenu z farmakologiczną lub chirurgiczną kastracją. U chorych po menopauzie należy uwzględnić rodzaj uzupełniającej hormonoterapii po leczeniu operacyjnym oraz czas wolny od nawrotu choroby [2,4].

Leczenie systemowe polega na zastosowaniu chemioterapii, hormonoterapii oraz leczenia celowanego. Większość chorych po pierwotnym leczeniu operacyjnym ma wskazania do uzupełniającego leczenia systemowego. Jego rozpoczęcie powinno nastąpić nie później niż po 8 tygodniach od operacji, a najlepszym rozwiązaniem byłoby rozpoczęcie leczenia w ciągu 4 tygodni od zabiegu. Można odstąpić od systemowego leczenia uzupełniającego u pacjentek, u których występuje niskie ryzyko nawrotu raka piersi oraz przy braku niekorzystnych czynników rokowniczych. Zaliczamy do nich średnicę guza powyżej 1 cm, obecność przerzutów w węzłach chłonnych okolicy pachowej, brak ekspresji receptora estrogenowego w komórkach raka piersi oraz wiek poniżej 35-go roku życia. Leczenie systemowe stosowane może być samodzielnie lub w skojarzeniu z metodami miejscowego postępowania. Ma ono na celu przedłużenie przeżycia oraz poprawę jakości życia [1,2,4].

CHOROBA NOWOTWOROWA JAKO ŹRÓDŁO STRESU

Choroba nowotworowa jest chorobą przewlekłą, która wywołuje uczucie lęku i bezradności wobec cierpienia i postępującej destrukcji. Jest chorobą o niepewnym rokowaniu, która stanowi poważne wyzwanie pod względem fizycznym, emocjonalnym, rodzinnym,

społecznym, duchowym oraz materialnym. Stany emocjonalne ulegają intensywności, zmienności oraz nasileniu, co wynika z przeżyć związanych z niepewnością dalszego losu. Granice między bólem fizycznym a psychicznym zacierają się. Choroba nowotworowa powoduje zagrożenie różnych dążeń ludzkich i nierzadko wymuszają zmiany lub modyfikują dotychczasowy styl życia, co zaburza możliwości pełnienia ważnych ról społecznych w rodzinie i pracy oraz realizowaniu planów życiowych.

Na silny i przewlekły stres psychologiczny wpływa długi czas trwania choroby, trudne leczenie, remisje i zaostrzenia choroby oraz ciągła niepewność dalszego losu. Jest to nieprzyjemne przeżycie o podłożu psychologicznym, społecznym i duchowym. Emocje te mają różne nasilenie i zależą od zaawansowania choroby, niepełnosprawności, działań niepożądanych leczenia oraz od indywidualnych cech chorego. Wsparcie społeczne i poczucie koherencji, czyli trwała orientacja jednostki wobec rzeczywistości odgrywa tu istotną rolę i składa się na nią poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności.

Emocje związane ze stresem psychologicznym mogą przybierać na intensywności od adaptacyjnego strachu przed nową sytuacją do paraliżujących stanów. Do emocji tych zaliczamy: uczucie smutku, beznadziei, lęku, poczucia winy, niepokoju, paniki, zniechęcenia, przygnębienia, niepewności. Nadmierne i przekraczające możliwości adaptacyjne chorych objawy przewlekłego stresu psychologicznego są wskazaniem do interwencji psychoonkologicznej [4,9,10].

Na świecie uznaje się przewlekły stres psychologiczny za szósty objaw życiowy u chorych na nowotwory, obok tętna, ciśnienia tętniczego, temperatury ciała, oddechu i bólu, który pozwala na holistyczne postrzeganie pacjentów i odpowiednie podejście do leczenia [4].

Im chory odczuwa większy przewlekły stres psychologiczny, tym jest większe prawdopodobieństwo nasilenia napięcia emocjonalnego i dezorganizacja funkcjonowania. Przystają działać dotychczasowe mechanizmy obronne i przystosowawcze, zostaje utracona zdolność adaptacyjna, a to prowadzi do nieadekwatnych reakcji emocjonalnych, takich jak złość czy poczucie osaczenia, a także prowadzi do nieprawidłowego funkcjonowania w sferze poznawczej, czyli wyolbrzymianie lub pomniejszanie problemów.

Do oceny subiektywnego nasilenia nieprzyjemnych napięć psychicznych i emocjonalnych oraz jako narzędzie skryningowe do wykrywania przewlekłego stresu psychologicznego stosuje się tak zwany „termometr dystresu”. Dostarcza on informacji, które pozwalają na dokładne poznanie potrzeb chorych na nowotwory i dostosowanie do nich formy pomocy medycznej, psychicznej i społecznej [10,11].

Do sytuacji obciążających szczególnie psychicznie oraz stanowią wskazania do pomocy psychoonkologicznej zaliczamy:

- okres od wystąpienia niepokojącego objawu do ustalenia diagnozy
- rozpoznanie i oczekiwanie na rozpoczęcie leczenia
- leczenie
- zakończenie leczenia
- nawrót choroby
- zakończenie leczenia przyczynowego i przejście do opieki paliatywnej
- okres terminalny i umieranie [10,12].

Wymienione sytuacje kryzysowe cechuje reakcja szokowa oraz intensywne emocje takie jak lęk, smutek, złość, trudności w komunikacji z lekarzem, ogólnym pogorszeniem funkcjonowania.

Okresem, który determinuje większość późniejszych zachowań chorego jest okres oczekiwania na rozpoznanie. Długo przed rozpoznaniem wielu chorych nabywa trwałych stereotypów myślowych dotyczących wielu aspektów życia. Stereotypy te są konstrukcją myślową, która zawiera komponent poznawczy i emocjonalny oraz behawioralny i ukierunkowują działania danej jednostki. Dlatego też okres oczekiwania na rozpoznanie nowotworu jest bardzo wyczerpującym czasem, w którym występują silne emocje. Może to być paraliżujący lęk i poczucie bezradności, przygnębienie związane z przewidywaniem złych wiadomości oraz utrata dotychczas posiadanych wartości. To powoduje, że towarzyszy im silna koncentracja myśli, uwagi i wyobraźni wokół jednego problemu, trudności w skupieniu uwagi, pobudzenie psychoruchowe, czynnościowe i zaburzenie pamięci.

Niepewność dalszego losu oraz lękowe wyobrażenia na temat konsekwencji leczenia, jak i przewidywanie śmierci stają się dla wielu chorych stałymi wyznacznikami myślenia o chorobie, co powoduje wybór środków zaradczych. Reakcja na rozpoznanie zależna jest od: czasu od wystąpienia niepokojących objawów do ustalenia rozpoznania, subiektywnej percepcji choroby – wyzwanie, wróg, kara, słabość, ulga, korzyść, strata, wartość oraz cech osobowościowych, jak i temperamentu, umiejscowienia kontroli zdrowia, optymizmu lub pesymizmu, wsparcia społecznego, relacji z personelem medycznym.

Dysfunkcje psychiczne nasilają się tym bardziej im większe jest zaskoczenie rozpoznaniem i zaawansowaniem choroby oraz im bardziej obciążająca jest forma leczenia. Początkowo są one bardzo intensywne, ale z czasem powracają do względnej równowagi, aby powrócić w innej trudnej sytuacji w przebiegu choroby. Reakcje na wiadomość o chorobie

przebiegają etapowo. Pierwszym etapem jest reakcja szokowa i niedowierzanie połączone z zaburzeniami integracji funkcji psychicznych na wiadomość o chorobie. Znając rozpoznanie i perspektywę leczenia wielu chorych przyjmuje postawę izolacji, a dominującymi emocjami są lęk, złość, gniew, żal oraz zazdrość. Normalną fazą procesu przystosowawczego jest przejściowa złość. U niektórych chorych po spontanicznym wyrażeniu złości następuje ulga, którą przekształcają w emocjonalną akceptację. Niestety u niektórych chorych złość pozostaje trwale zakorzenioną emocją o destruktywnym wpływie [4,13].

Dotychczasowe życie podporządkowane zaczyna być procedurom szpitalnym i medycznym oraz każde odnaleźć się w zupełnie nowej roli, jaką jest rola chorego na nowotwór. Choroba nowotworowa powoduje skojarzenia z niewyobrażalnym cierpieniem i bólem, a to z kolei wywołuje silny lęk, który może być powodem myśli samobójczych. Rzeczywistej próby samobójczej dokonuje niewielu pacjentów, pozostawiają wspomniane wyjście w okres objawów trudnych do wytrzymania.

Okres leczenia powoduje wiele reakcji emocjonalnych dlatego, że mimo stosowania różnych metod postępowania nie przynosi szybkiej poprawy i z czasem coraz bardziej upośledza stan psychofizyczny. W kontaktach interpersonalnych przeszkodą jest konieczność hospitalizacji, przewlekłe leczenie, osłabienie odporności, zmiany w obrazie ciała, słabość fizyczna, problemy emocjonalne, a również zmiany jakości w odgrywaniu ról społecznych z utratą sensu życia [14].

Najlepiej akceptowane jest przez chorych leczenie chirurgiczne, które uważają za najbardziej skuteczne w pozbyciu się choroby. Poziom zaburzeń emocjonalnych im jest wyższy przed zabiegiem, tym większy będzie po zabiegu. Umiarkowany lęk przed operacją daje lepszy przebieg pooperacyjny. Zbyt niski poziom lęku przed operacją jest również niekorzystny ze względu na mechanizmy obronne chorego. Chodzi tu o wyparcie powagi sytuacji, jak i pomniejszenie znaczenia zabiegu operacyjnego, następuje psychiczna dekompensacja, która wynika z załamania dotychczasowych mechanizmów obronnych. Przejawy dekompensacji psychicznej to zaburzone reakcje i zachowania, objawy psychopatologiczne, czyli depresja, paniczny lęk, schizofrenia oraz niesprawne odgrywanie ról społecznych. Dlatego ważne jest korzystanie z pomocy psychoonkologa. Na zaangażowanie pacjenta w procesie leczenia ogromny wpływ mają następstwa zabiegów chirurgicznych [4,13].

Dużo silniejszy niepokój budzą chemioterapia i radioterapia niż leczenie chirurgiczne. Jest to spowodowane tym, iż obie te metody leczenia uznawane są za wyniszczające organizm. U chorego poddawanych tym metodom częściej można zaobserwować niestabilność emocjonalną, nerwowość, zaburzenia snu, nasilone zmęczenie oraz depresję. Leki, które stosuje

się w chemioterapii dają wiele niepożądanych działań na obwodowy i ośrodkowy układ nerwowy, co skutkuje silnymi objawami wegetatywnymi, czuciowymi i ruchowymi, zaburzeniami słuchu, spowolnieniem reakcji psychomotorycznych i depresją. Następstwa chemioterapii, z którymi muszą sobie radzić chorzy to utrata włosów, zapalenie błon śluzowych jamy ustnej, zmiany skórne, brak apetytu, zaparcia, zmiana masy ciała, stany zapalne dróg rodnych, niedokrwistość, zespół przewlekłego zmęczenia i mogą znosić je dobrze, ale w przypadku leczenia paliatywnego bardzo ważne jest kontrolowanie działań niepożądanych w celu poprawy jakości życia w chorobie. Objawy, które stanowią widoczny stygmat choroby powodują niepokój, który jest istotnym skutkiem psychologicznym. Istnieje wprost proporcjonalna zależność między nasileniem niepożądanych działań chemioterapii a poziomem depresji i lęku [4,9].

Radioterapia wiąże się głównie z obawą przed skutkami przedawkowania promieniowania. Lęk związany z nią jest silniejszy przed jej rozpoczęciem, a po zakończeniu leczenia wiąże się z obawą nawrotu choroby. Chorzy muszą zmagać się w trakcie jej stosowania na nasilone uczucie zmęczenia i brak sił oraz na zaburzenia lękowe, np. fobie związane z ciasnymi pomieszczeniami.

Zakończenie leczenia przeciwnowotworowego staje się obawą nawrotu choroby. Wynika to z wiedzy pozyskiwanej od innych osób lub z Internetu. Lęk ujawnia się często w hipochondrycznych zachowaniach i nadwrażliwości na sygnały przekazywane przez organizm.

Poważnym kryzysem jest nawrót choroby nowotworowej. Pojawia się załamanie wiary w sens leczenia i zwątpienie w możliwość wyleczenia, niechęć do ponownego przechodzenia przez trud terapii i silniejszy lęk przed działaniami niepożądanymi niż za pierwszym razem. Pojawia się obawa i lęk o przyszłość, cierpienie i śmierć. Kolejne cykle leczenia stwarzają problemy o charakterze psychospołecznym związane z pracą, domem, relacjami i codziennym funkcjonowaniem. Chorzy muszą znaleźć sens w leczeniu, które pomoże wydłużyć im życie.

Bez względu na stan zdrowia chorzy, którzy poddawani są leczeniu, mają nadzieję na wyzdrowienie. Decyzja o zaprzestaniu leczenia przyczynowego oraz przedstawienie choremu rzeczywistego stanu zdrowia wprowadza zamęt i zagubienie. Chorzy muszą poradzić sobie z poczuciem nadchodzącego końca życia i z ogromem możliwych strat takich jak rodzina, dom, praca, przyjaciele, ciała i umysłu. Świadomość upływającego czasu wyzwala wiele różnych emocji i zachowań. W oczekiwaniu na śmierć chory przeżywa własną żalobę. Wiele spraw nabiera innego wymiaru. Sprawy wcześniej ważne przestają mieć znaczenie, a sprawy dotychczas nieważne wysuwają się na pierwszy plan [9,13,15].

Celem pracy była ocena stopnia akceptacji choroby u pacjentek z rakiem piersi oraz określenie poziomu samooceny w zależności od stopnia akceptacji choroby u pacjentek z rakiem piersi.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badaniem zostało objętych 100 pacjentek ze zdiagnozowanym rakiem piersi. Miejscem przeprowadzonych badań było Białostockie Centrum Onkologii.

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem standaryzowanej Skali Akceptacji Choroby (AIS) oraz kwestionariusza SES, badającego Ogólny Poziom Samooceny. Wykorzystano również ankietę metryczkową.

Skala Akceptacji Choroby (AIS) – służy ona do oceny akceptacji choroby somatycznej. Przeznaczona jest dla osób dorosłych. Zawiera ona osiem stwierdzeń, które opisują negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Badani mają za zadanie zaznaczyć od jednego do pięciu, w jakim stopniu zgadzają się z poszczególnymi stwierdzeniami. Pozwala ona obiektywnie ocenić stopień przystosowania do choroby. Niski wynik w skali AIS świadczy o nieprzystosowaniu do choroby i może wskazywać na potrzebę uzyskania dodatkowego wsparcia w przeżywaniu trudności związanych z chorobą. Im większa akceptacja choroby, tym mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego oraz lepsze przystosowanie do choroby. Stopień akceptacji choroby był sumą wszystkich punktów, które mieściły się w zakresie od 8 do 40 punktów. Przedział punktowy 8 – 18 oznaczał brak akceptacji choroby, 19 – 29 średnia akceptacja choroby i 30 – 40 dobra akceptacja choroby.

Ogólny Poziom Samooceny (SES) – metoda ta opracowana została przez Morrisa Roserberga w 1965 roku. Ocenia poziom ogólnej samooceny, czyli stosunek do własnej osoby. Składa się z dziesięciu stwierdzeń diagnostycznych. Badani mają za zadanie wskazać na czterostopniowej skali, w jakim stopniu zgadzają się z każdym z tych stwierdzeń.

Ankieta metryczkowa składała się z danych, które zawierają takie informacje, jak: wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, aktywność zawodowa, sytuacja finansowa, czas trwania choroby oraz zastosowane leczenie.

WYNIKI

Najliczniejszą grupą była grupa kobiet w wieku 60 – 69 lat (29%). Kobiety w wieku 50 – 59 lat stanowiły 25%, a kobiety w wieku 40-49 lat – 20% badanych. Najliczniejszą grupą

pod względem miejsca zamieszkania były kobiety mieszkające w mieście i stanowiły 81%, a jedynie 19% stanowiły kobiety mieszkające na wsi. Pod względem wykształcenia najliczniejszą grupę stanowiły kobiety ze średnim wykształceniem 48% oraz z wyższym wykształceniem (34%). W badanej grupie 63% stanowiły mężatki, 19% wdowy, 10% osoby rozwiedzione i 8% panny. Najliczniejszą grupą badaną pod względem aktywności zawodowej stanowiły kobiety pracujące na etacie -45%, na emeryturze - 40%, będące na rencie- 7%, a jedynie 3% to osoby bezrobotne. Najliczniejszą grupą badaną, bo stanowiącą aż 86% były kobiety chorujące do 5 lat, a po 2% stanowiły kobiety chorujące 11 – 20 lat i powyżej 21 lat.

Skala Akceptacji Choroby (AIS)

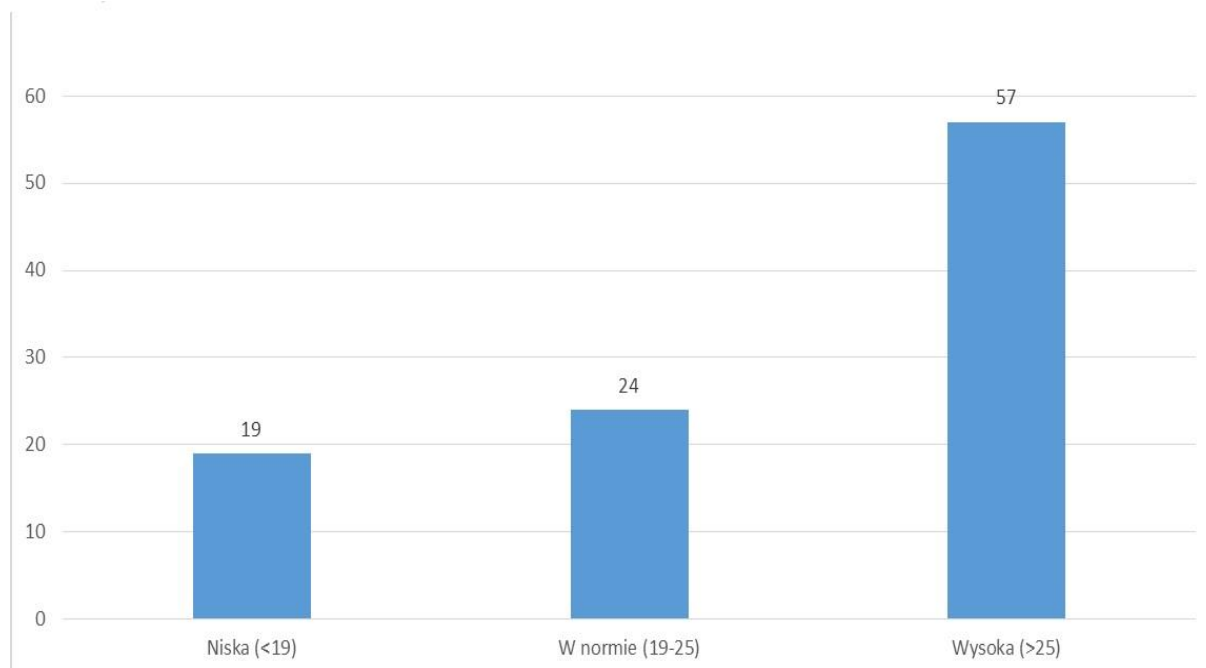
Poziom akceptacji choroby w badanej grupie był wysoki i mieścił się w 57%, jedynie 19% badanych wykazało niski poziom akceptacji choroby. Po przeliczeniu wyników surowych na steny najwięcej, bo aż 51% kobiet mieściło się na poziomie 7 i 8 stena, co daje wynik wysokiej akceptacji choroby w odpowiedzi na pytanie dotyczące bycia ciężarem dla innych. Najniższy wynik 6% uzyskano również w tym samym pytaniu, mieścił się on na poziomie 3 i 4 stena, co daje wynik niskiej akceptacji choroby (Tabela I, Tabela II, Rycina 1).

Tabela I. Wyniki surowe i rzetelność skali AIS

AIS	Średnia	SD	alfa Croncha	Korelacja ze skalą
	26,43	8,471	0,861	0,442
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	3,18	1,32196823	0,8411398	0,6323456
Z powodu złego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego co najbardziej lubię	3,21	1,358639025	0,8454511	0,5886319
Choroba sprawia, że czasem czuję się nie potrzebny	3,52	1,526302722	0,842092	0,6167002
Problemy ze zdrowie sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	3,17	1,51033109	0,8420694	0,6168059
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	3,65	1,602342036	0,8424817	0,6151771
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	3,41	1,569044295	0,8379349	0,6511921
Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być	3,22	1,473634962	0,8363393	0,666551
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3,07	1,471427878	0,8583357	0,4713159

Tabela II. Poziom akceptacji choroby – wartości stenowe

AIS	Bardzo niska (1-2 sten)	Niska (3-4 sten)	Przeciętna (5-6 sten)	Wysoka (7-8 sten)	Bardzo wysoka (9-10 sten)
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	16	13	27	44	0
Z powodu złego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego co najbardziej lubię	16	12	31	41	0
Choroba sprawia, że czasem czuję się nie potrzebny	16	13	28	43	0
Problemy ze zdrowie sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	0	35	16	49	0
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	20	6	23	51	0
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	20	12	29	39	0
Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być	20	14	16	50	0
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	0	33	27	40	0



Rycina 1. Poziom akceptacji choroby w badanej grupie

Ogólny Poziom Samooceny (SES)

W skali SES całkowitą punktację stanowi suma punktów poszczególnych pytań. Wyniki w pytaniach 1, 2, 4, 6, i 7 są wynikami odwróconymi.

Do uzyskania było możliwe od 10 do 40 punktów. Na podstawie norm stenowych można stwierdzić, czy dany wynik jest niski, czy wysoki.

Im wyższy wynik stena tym wyższa samoocena.

Po przeliczeniu wyników surowych na steny najwięcej, bo aż 100% badanych kobiet, króro odpowiedziały na pytanie, iż posiada wiele pozytywnych cech mieściło się na poziomie 5 i 6 stena, co daje wynik przeciętnej samooceny.

Natomiast po 4% kobiet odpowiedziało, iż sądzą, że nie wiedzie im się oraz że są osobami, które są w takim samym stopniu wartościowe, jak inni, mieściło się na poziomie 1 i 2 stena oraz 7 i 8 stena, co daje wynik niskiej samooceny w przypadku odpowiedzi, że nie wiedzie im się i wysokiej samooceny w przypadku poczucia własnej wartości.

Wyniki obrazują Tabela III i Tabela IV.

Tabela III. Wyniki surowe i rzetelność skali SES

SES	Średnia	SD	alfa Cronbacha	Korelacja ze skalą
		21,890	3,001	0,860
Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.	3,560	0,608	0,690	0,267
Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.	3,530	0,577	0,692	0,250
Ogólnie biorąc jestem skłonny(a) sądzić, że nie wiedzie mi się	2,830	0,842	0,672	0,381
Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi	3,280	0,683	0,674	0,369
Uważam, że nie mam wielu powodów, aby być z siebie dumn(ą)y.	2,710	0,967	0,735	0,099
Lubię siebie.	3,290	0,624	0,667	0,426
Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolon(a)y.	3,210	0,591	0,662	0,465
Chciał(a)bym mieć więcej szacunku dla samego siebie.	2,330	0,865	0,694	0,273
Czasami czuję się beużyteczn(a)y.	2,900	0,810	0,629	0,594
Niekiedy uważam, że jestem do niczego.	2,990	0,798	0,629	0,595

Tabela IV. Poziom samooceny – wartości stenowe

SES	Bardzo niska (1-2 sten)	Niska (3-4 sten)	Przeciętna (5-6 sten)	Wysoka (7-8 sten)	Bardzo wysoka (9-10 sten)
Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.	0	0	0	4	96
Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.	0	0	100	0	0
Ogólnie biorąc jestem skłonny(a) sądzić, że nie wiedzie mi się	4	35	0	61	0
Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi	2	42	0	56	0
Uważam, że nie mam wielu powodów, aby być z siebie dumn(a)y.	8	21	51	20	0
Lubię siebie.	9	0	52	39	0
Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolon(a)y.	14	23	41	22	0
Chciał(a)bym mieć więcej szacunku dla samego siebie.	7	0	56	37	0
Czasami czuję się bezużyteczn(a)y.	7	0	64	29	0
Niekiedy uważam, że jestem do niczego.	16	0	45	29	10

Zestawienie statystyczne szczegółowe

Zestawienie statystyczne powstało na podstawie testu X_2 , za pomocą którego porównano wskaźniki struktur w badanych populacjach. W skali AIS $\alpha=0,05$, określone też jako p, 4 stopnie swobody określone jako df, gdzie wartość odczytana z tablic to 9,4877. W skali SES $\alpha=0,05$, 3 stopnie swobody określone jako df, gdzie wartość odczytana z tablic to 7,815.

Wynik testu, w którym jest brak statystycznej zależności między badanymi zmiennymi zaznaczony jest kolorem czerwonym. Brak statystycznej zależności oznacza, że na odpowiedź nie ma wpływu badana zmienna, np. miejsce zamieszkania nie wpływa na udzielaną odpowiedź.

W odpowiedziach na pytania zawartych w ankiecie AIS pomiędzy grupą kobiet ze wsi a grupą kobiet z miasta, przy α równym 0,05 i 4 stopniach swobody jest brak statystycznie istotnej różnicy. Na udzielaną odpowiedź nie ma znaczenia miejsce zamieszkania (Tabela V).

Tabela V. Zróznicowanie statystyczne grupy badawczej pod względem miejsca zamieszkania

Miejsce zamieszkania	AIS										p=0,05 ; df=4, (9,4877)
	wieś (n=19)					miasto (n=81)					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	4 (21,1%)	3 (15,8%)	4 (21,1%)	5 (26,3%)	3 (15,8%)	12 (14,8%)	10 (12,3%)	23 (28,4%)	20 (24,7%)	16 (19,8%)	p=0,965
Z powodu złego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego co najbardziej lubię	2 (10,5%)	4 (21,1%)	7 (36,8%)	2 (10,5%)	4 (21,1%)	14 (17,3%)	8 (9,9%)	24 (29,6%)	15 (18,5%)	20 (24,7%)	p=2,963
Choroba sprawia, że czasem czuję się nie potrzebny	5 (26,3%)	2 (10,5%)	1 (5,3%)	2 (10,5%)	9 (47,4%)	11 (13,6%)	11 (13,6%)	16 (19,8%)	9 (11,1%)	34 (42,0%)	p=3,680
Problemy ze zdrowie sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	4 (21,1%)	2 (10,5%)	3 (15,8%)	4 (21,1%)	6 (31,6%)	19 (23,5%)	10 (12,3%)	13 (16,0%)	19 (23,5%)	20 (24,7%)	p=0,401
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	4 (21,1%)	2 (10,5%)	3 (15,8%)	1 (5,3%)	9 (47,4%)	16 (19,8%)	4 (4,9%)	11 (13,6%)	8 (9,9%)	42 (51,9%)	p=1,292
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	5 (26,3%)	3 (15,8%)	4 (21,1%)	2 (10,5%)	5 (26,3%)	15 (18,5%)	9 (11,1%)	10 (12,3%)	13 (16,0%)	34 (42,0%)	p=2,863
Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być	3 (15,8%)	4 (21,1%)	4 (21,1%)	3 (15,8%)	5 (26,3%)	17 (21,0%)	10 (12,3%)	12 (14,8%)	21 (25,9%)	21 (25,9%)	p=2,075
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	6 (31,6%)	1 (5,3%)	6 (31,6%)	2 (10,5%)	4 (21,1%)	18 (22,2%)	8 (9,9%)	21 (25,9%)	14 (17,3%)	20 (24,7%)	p=1,632

W odpowiedziach na pytania w ankiecie AIS pomiędzy grupą kobiet ze względu na wiek do 40-go roku życia a grupą kobiet powyżej 40-go roku życia przy alfa równym 0,05 i stopniach swobody brak jest statystycznie istotnej różnicy. Na udzielaną odpowiedź nie ma znaczenia wiek badanych kobiet (Tabela VI).

Tabela VI. Zróżnicowanie statystyczne grupy badawczej pod względem wieku

AIS											p=0,05 ; df=4, (9,4877)
Wiek	do 40 r. ż. (n=12)					powyżej 40 r.ż. (n=88)					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	2 (16,7%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	3 (25,0%)	4 (33,3%)	14 (15,9%)	11 (12,5%)	26 (29,5%)	22 (25,0%)	15 (17,0%)	p=3,379
Z powodu złego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego co najbardziej lubię	2 (16,7%)	1 (8,3%)	2 (16,7%)	3 (25,0%)	4 (33,3%)	14 (15,9%)	11 (12,5%)	29 (33,0%)	14 (15,9%)	20 (22,7%)	p=2,069
Choroba sprawia, że czasem czuję się nie potrzebny	2 (16,7%)	0 (0,0%)	2 (16,7%)	0 (0,0%)	8 (66,7%)	14 (15,9%)	13 (14,8%)	15 (17,0%)	11 (12,5%)	35 (39,8%)	p=5,054
Problemy ze zdrowie sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	4 (33,3%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	4 (33,3%)	3 (25,0%)	19 (21,6%)	11 (12,5%)	16 (18,2%)	19 (21,6%)	23 (26,1%)	p=3,606
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	2 (16,7%)	1 (8,3%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	6 (50,0%)	18 (20,5%)	5 (5,7%)	12 (13,6%)	8 (9,1%)	45 (51,1%)	p=0,278
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	1 (8,3%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	1 (8,3%)	7 (58,3%)	19 (21,6%)	10 (11,4%)	13 (14,8%)	14 (15,9%)	32 (36,4%)	p=3,199
Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być	3 (25,0%)	1 (8,3%)	1 (8,3%)	1 (8,3%)	6 (50,0%)	17 (19,3%)	13 (14,8%)	15 (17,0%)	23 (26,1%)	20 (22,7%)	p=5,400
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3 (25,0%)	3 (25,0%)	0 (0,0%)	3 (25,0%)	3 (25,0%)	21 (23,9%)	6 (6,8%)	27 (30,7%)	13 (14,8%)	21 (23,9%)	p=8,262

W odpowiedziach na pytania zawarte w ankiecie AIS pomiędzy grupą kobiet wolnych a grupą kobiet będących w związku, przy alfa równym 0,05 i 4 stopniach swobody brak jest statystycznie istotnej różnicy. Na udzielaną odpowiedź nie ma znaczenia stan cywilny badanych kobiet (Tabela VII).

Tabela VII. Zróznicowanie statystyczne grupy badawczej pod względem stanu cywilnego

AIS											p=0,05 ; df=4, (9,4877)
Stan cywilny	wolna (n=37)					w związku (n=63)					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	6 (16,2%)	4 (10,8%)	6 (16,2%)	12 (32,4%)	9 (24,3%)	10 (15,9%)	9 (14,3%)	21 (33,3%)	13 (20,6%)	10 (15,9%)	p=4,922
Z powodu złego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego co najbardziej lubię	3 (8,1%)	6 (16,2%)	12 (32,4%)	4 (10,8%)	12 (32,4%)	13 (20,6%)	6 (9,5%)	19 (30,2%)	13 (20,6%)	12 (19,0%)	p=6,258
Choroba sprawia, że czasem czuję się nie potrzebny	5 (13,5%)	4 (10,8%)	7 (18,9%)	6 (16,2%)	15 (40,5%)	11 (17,5%)	9 (14,3%)	10 (15,9%)	5 (7,9%)	28 (44,4%)	p=2,106
Problemy ze zdrowie sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	5 (13,5%)	6 (16,2%)	7 (18,9%)	9 (24,3%)	10 (27,0%)	18 (28,6%)	6 (9,5%)	9 (14,3%)	14 (22,2%)	16 (25,4%)	p=3,549
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	7 (18,9%)	4 (10,8%)	6 (16,2%)	2 (5,4%)	18 (48,6%)	13 (20,6%)	2 (3,2%)	8 (12,7%)	7 (11,1%)	33 (52,4%)	p=3,413
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	8 (21,6%)	5 (13,5%)	7 (18,9%)	5 (13,5%)	12 (32,4%)	12 (19,0%)	7 (11,1%)	7 (11,1%)	10 (15,9%)	27 (42,9%)	p=1,940
Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być	6 (16,2%)	6 (16,2%)	5 (13,5%)	9 (24,3%)	11 (29,7%)	14 (22,2%)	8 (12,7%)	11 (17,5%)	15 (23,8%)	15 (23,8%)	p=1,170
Myszę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	7 (18,9%)	5 (13,5%)	9 (24,3%)	7 (18,9%)	9 (24,3%)	17 (27,0%)	4 (6,3%)	18 (28,6%)	9 (14,3%)	15 (23,8%)	p=2,432

W odpowiedziach na pytania w ankiecie AIS pomiędzy grupą kobiet chorujących do pięciu lat a grupą kobiet chorującą powyżej pięciu lat jest statystycznie istotna różnica w odpowiedzi na pytanie „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę”, przy alfa równym 11,110 i 4 stopniach swobody.

Kobiety, których czas trwania choroby wynosi do pięciu lat mają większy problem z przystosowaniem się do ograniczeń wynikających z choroby.

Ocena stopnia akceptacji choroby a poziom samooceny u pacjentek z rakiem piersi

Natomiast kobiety, których czas trwania choroby jest dłuższy niż pięć lat mają mniejszy problem z przystosowaniem się do ograniczeń wynikających z choroby, łatwiej akceptują zaistniałą sytuację (Tabela VIII).

Tabela VIII. Zróżnicowanie statystyczne grupy badawczej pod względem czasu trwania choroby

AIS											p=0,05 ; df=4, (9,4877)
Czas trwania choroby	do pięciu lat (n=86)					powyżej pięciu lat (n=14)					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	13 (15,1%)	10 (11,6%)	25 (29,1%)	25 (29,1%)	13 (15,1%)	3 (21,4%)	3 (21,4%)	2 (14,3%)	0 (0,0%)	6 (42,9%)	p=11,110
Z powodu złego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego co najbardziej lubię	12 (14,0%)	12 (14,0%)	29 (33,7%)	14 (16,3%)	19 (22,1%)	4 (28,6%)	0 (0,0%)	2 (14,3%)	3 (21,4%)	5 (35,7%)	p=6,147
Choroba sprawia, że czasem czuję się nie potrzebny	13 (15,1%)	11 (12,8%)	14 (16,3%)	10 (11,6%)	38 (44,2%)	3 (21,4%)	2 (14,3%)	3 (21,4%)	1 (7,1%)	5 (35,7%)	p=0,929
Problemy ze zdrowie sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	19 (22,1%)	11 (12,8%)	15 (17,4%)	20 (23,3%)	21 (24,4%)	4 (28,6%)	1 (7,1%)	1 (7,1%)	3 (21,4%)	5 (35,7%)	p=1,946
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	16 (18,6%)	6 (7,0%)	13 (15,1%)	8 (9,3%)	43 (50,0%)	4 (28,6%)	0 (0,0%)	1 (7,1%)	1 (7,1%)	8 (57,1%)	p=2,304
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	15 (17,4%)	10 (11,6%)	13 (15,1%)	13 (15,1%)	35 (40,7%)	5 (35,7%)	2 (14,3%)	1 (7,1%)	2 (14,3%)	4 (28,6%)	p=3,087
Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być	16 (18,6%)	11 (12,8%)	15 (17,4%)	22 (25,6%)	22 (25,6%)	4 (28,6%)	3 (21,4%)	1 (7,1%)	2 (14,3%)	4 (28,6%)	p=2,719
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	19 (22,1%)	8 (9,3%)	27 (31,4%)	14 (16,3%)	18 (20,9%)	5 (35,7%)	1 (7,1%)	0 (0,0%)	2 (14,3%)	6 (42,9%)	p=7,830

W odpowiedziach na pytania zawarte w ankiecie AIS pomiędzy grupą kobiet z wykształceniem średnim i niższym a grupą kobiet z wykształceniem wyższym, przy alfa równym 0,05 i 4 stopniach swobody brak jest statystycznie istotnej różnicy.

Na udzielaną odpowiedź nie ma znaczenia wykształcenie badanych kobiet (Tabela IX).

Tabela IX. Zróznicowanie statystyczne grupy badawczej pod względem wykształcenia

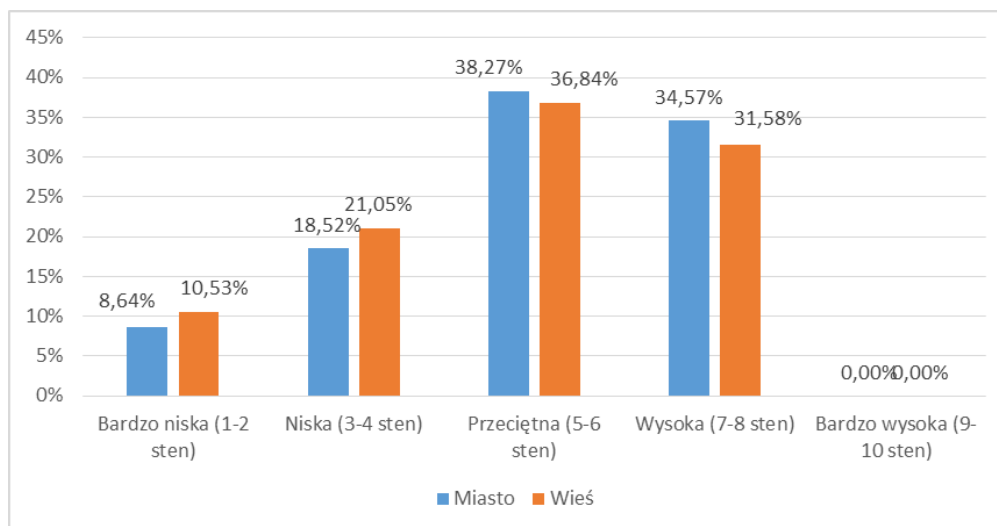
AIS											p=0,05 ; df=4, (9,4877)
Wykształcenia	średnie i niższe (n=66)					wyższe (n=34)					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	11 (16,7%)	9 (13,6%)	22 (33,3%)	15 (22,7%)	9 (13,6%)	5 (14,7%)	4 (11,8%)	5 (14,7%)	10 (29,4%)	10 (29,4%)	p=6,338
Z powodu złego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego co najbardziej lubię	11 (16,7%)	8 (12,1%)	25 (37,9%)	8 (12,1%)	14 (21,2%)	5 (14,7%)	4 (11,8%)	6 (17,6%)	9 (26,5%)	10 (29,4%)	p=6,366
Choroba sprawia, że czasem czuję się nie potrzebny	12 (18,2%)	10 (15,2%)	12 (18,2%)	5 (7,6%)	27 (40,9%)	4 (11,8%)	3 (8,8%)	5 (14,7%)	6 (17,6%)	16 (47,1%)	p=3,694
Problemy ze zdrowie sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	15 (22,7%)	9 (13,6%)	11 (16,7%)	14 (21,2%)	17 (25,8%)	8 (23,5%)	3 (8,8%)	5 (14,7%)	9 (26,5%)	9 (26,5%)	p=0,768
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	16 (24,2%)	4 (6,1%)	8 (12,1%)	4 (6,1%)	34 (51,5%)	4 (11,8%)	2 (5,9%)	6 (17,6%)	5 (14,7%)	17 (50,0%)	p=4,111
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	16 (24,2%)	6 (9,1%)	11 (16,7%)	8 (12,1%)	25 (37,9%)	4 (11,8%)	6 (17,6%)	3 (8,8%)	7 (20,6%)	14 (41,2%)	p=5,237
Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być	14 (21,2%)	8 (12,1%)	14 (21,2%)	16 (24,2%)	14 (21,2%)	6 (17,6%)	6 (17,6%)	2 (5,9%)	8 (23,5%)	12 (35,3%)	p=5,644
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	18 (27,3%)	4 (6,1%)	20 (30,3%)	7 (10,6%)	17 (25,8%)	6 (17,6%)	5 (14,7%)	7 (20,6%)	9 (26,5%)	7 (20,6%)	p=7,294

Po przeliczeniu wyników surowych na steny najczęściej, bo 38,27% kobiet mieszkających w mieście mieściło się na poziomie 5 i 6 stena, co daje wynik przeciętnej akceptacji choroby.

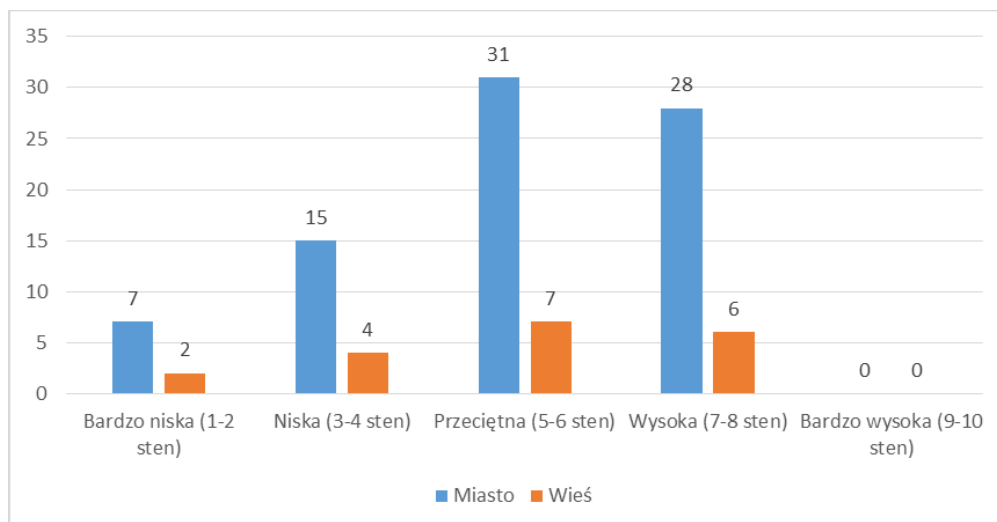
Natomiast 8,64% kobiet mieściło się na poziomie 1 i 2 stena, co daje wynik bardzo niskiej akceptacji choroby. Natomiast w grupie kobiet mieszkających na wsi 36,84% mieściło się na poziomie 5 i 6 stena, przeciętna akceptacja choroby, a 10,53% mieściło się na poziomie 1 i 2 stena, co daje bardzo niską akceptację choroby (Tabela X, Rycina 2, Rycina 3).

Tabela X. Poziom akceptacji choroby – wartości punktowe

	Średnia	Me	Moda	SD	Min	Max
Miasto	26,7037	27	24	8,380699	9	40
Wieś	25,26316	24	28	8,98667	8	40
Grupa badana	26,37374	27	24	8,471477	8	40



Rycina 2. Rozkład procentowy według miejsca zamieszkania – wartości stenowe



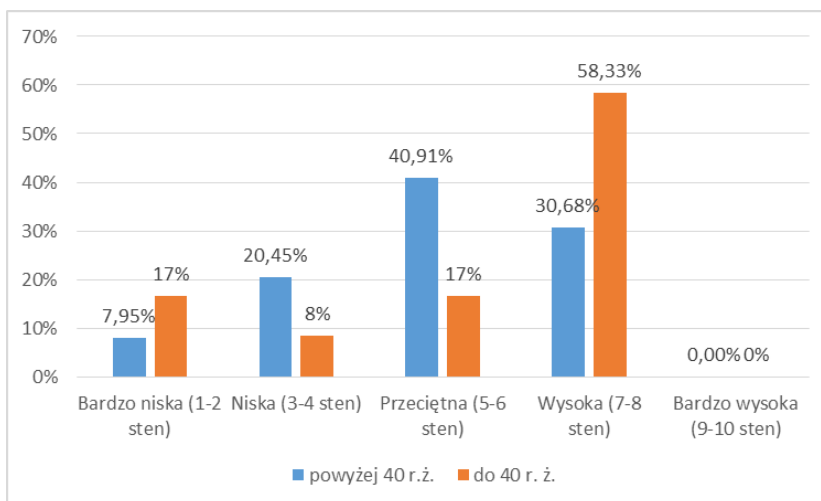
Rycina 3. Rozkład ilościowy według miejsca zamieszkania – wartości stenowe

Po przeliczeniu wyników surowych na steny najczęściej, bo aż 40,91% kobiet powyżej 40-go roku życia mieściło się na poziomie 5 i 6 stena, co daje wynik przeciętnej akceptacji choroby. Natomiast 7,59% mieściło się na poziomie 1 i 2 stena, co daje wynik bardzo niskiej akceptacji choroby. Kobiety do 40-go roku życia w 58,33% mieściło się na poziomie 7 i 8 stena,

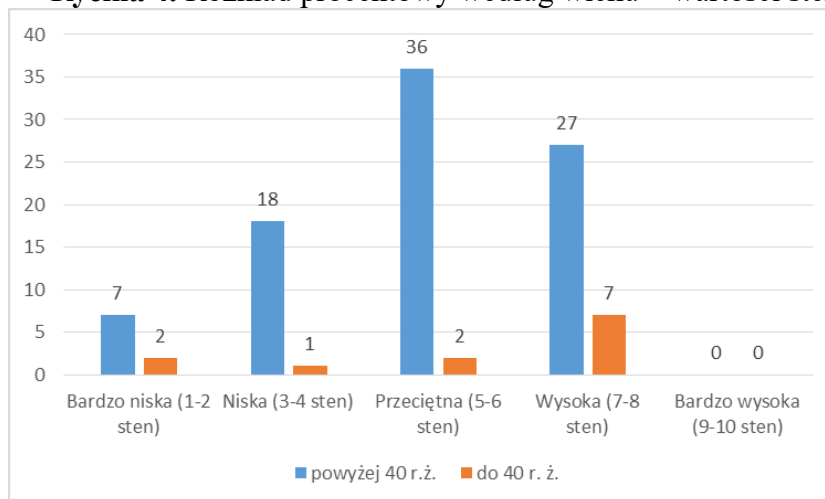
co daje wynik wysokiej akceptacji choroby, a 8% mieściło się na poziomie 3 i 4 stena co daje wynik niskiej akceptacji choroby (Tabela XI, Rycina 4, Rycina 5).

Tabela XI. Poziom akceptacji choroby – wartości punktowe

	Średnia	Me	Moda	SD	Min	Max
powyżej 40 r.ż.	26,20455	26,5	24	8,278429	8	40
do 40 r. ż.	28,08333	32	32	10,02232	9	39
Grupa badana	26,35354	27	24	8,471637	8	40



Rycina 4. Rozkład procentowy według wieku – wartości stenowe



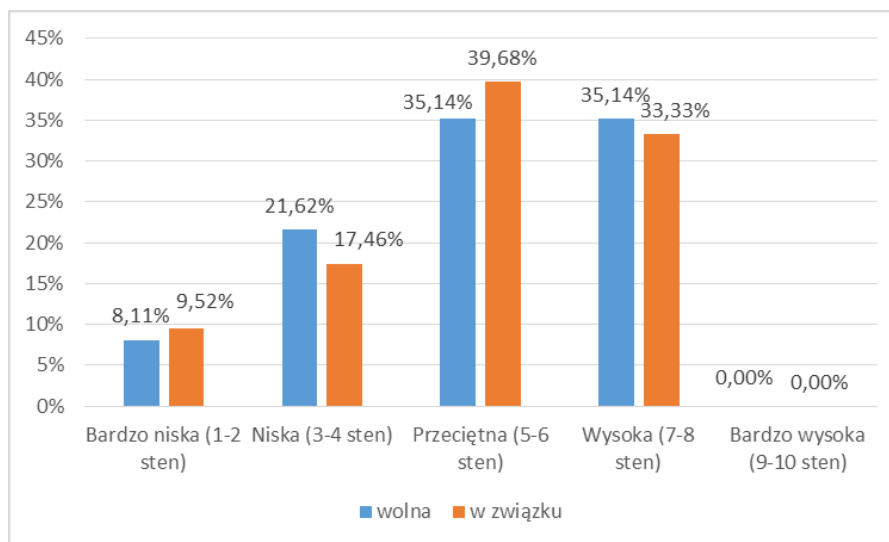
Rycina 5. Rozkład ilościowy według wieku – wartości stenowe

Po przeliczeniu wyników surowych na steny najwięcej, bo aż 35% kobiet wolnych mieściło się na poziomie 5 i 6 stena oraz tyle samo, bo również 35% na poziomie 7 i 8 stena, co daje przeciętny i wysoki poziom akceptacji choroby. 8% stanowiły kobiety na poziomie 1 i 2 stena, co daje bardzo niski poziom akceptacji choroby. Kobiety w związku w 40% mieściło się na poziomie 5 i 6 stena, co daje przeciętny wynik akceptacji choroby, a 10% mieściło się na

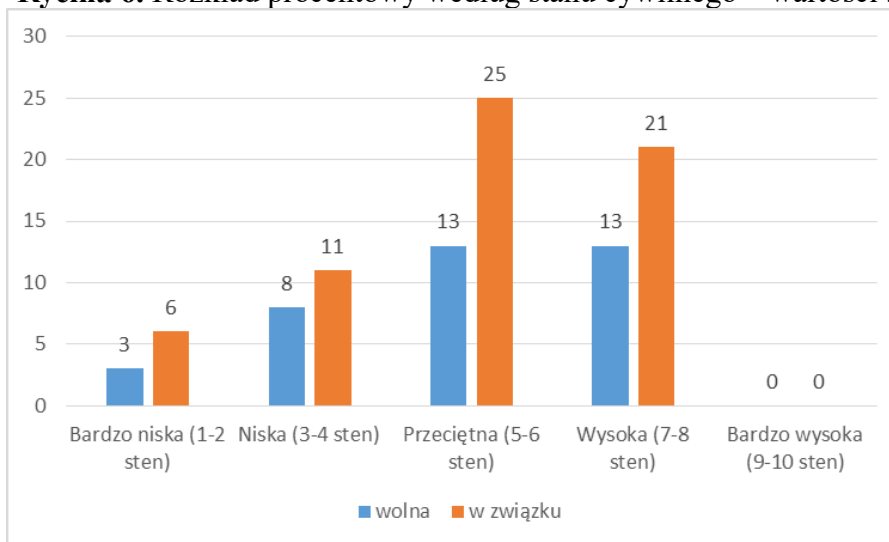
poziomie 1 i 2 stena, co daje bardzo niski poziom akceptacji choroby (Tabela XII, Rycina 6, Rycina 7).

Tabela XII. Poziom akceptacji choroby – wartości punktowe

	Średnia	Me	Moda	SD	Min	Max
wolna	27,02703	27	39	9,208952	8	40
w związku	26,07937	26	24	8,062861	9	40
Grupa badana	26,43	27	24	8,471288	8	40



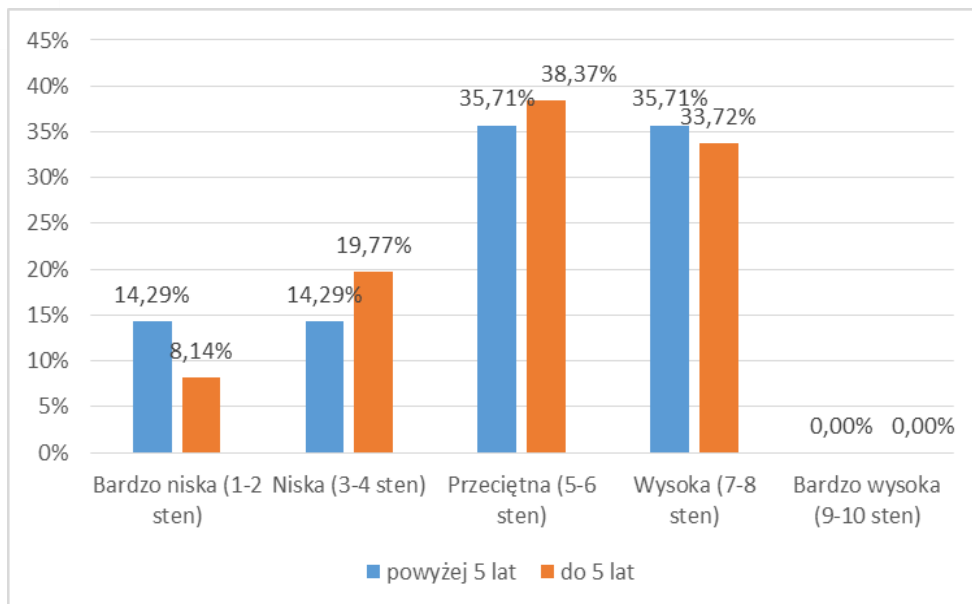
Rycina 6. Rozkład procentowy według stanu cywilnego – wartości stenowe



Rycina 7. Rozkład ilościowy według stanu cywilnego – wartości stenowe

Tabela XIII. Poziom akceptacji choroby – wartości punktowe

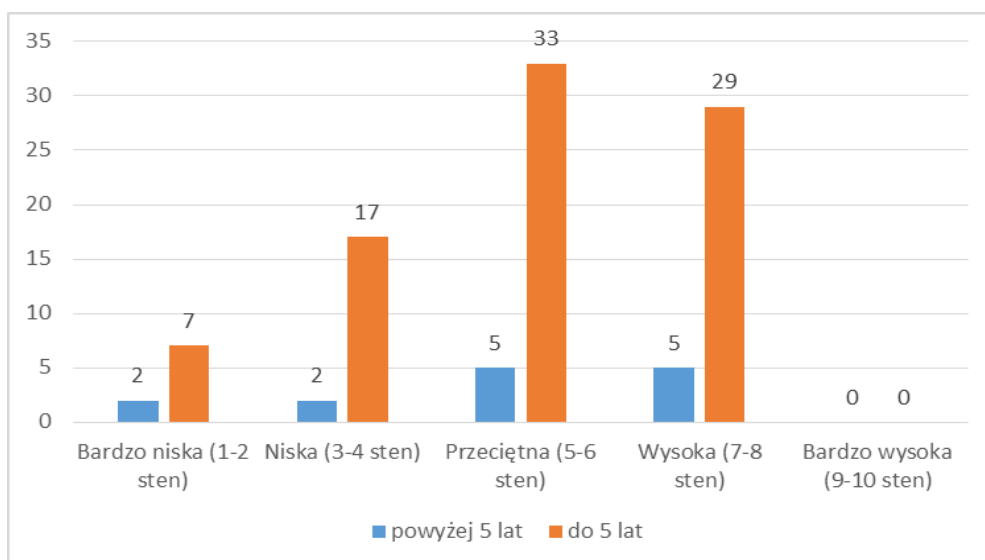
	Średnia	Me	Moda	SD	Min	Max
powyżej 5 lat	25,71429	26	26	9,8483	8	39
do 5 lat	26,54651	27	24	8,285575	9	40
Grupa badana	26,43	27	24	8,471288	8	40



Rycina 8. Rozkład procentowy według czasu leczenia – wartości stenowe

Po przeliczeniu wyników surowych na steny najwięcej, bo aż 36% kobiet leczonych powyżej pięciu lat mieściło się na poziomie 5 i 6 stena oraz 7 i 8 stena, co daje wynik przeciętnej i wysokiej akceptacji choroby, a 14% kobiet mieściło się na poziomie 1 i 2 stena oraz 3 i 4 stena, co daje bardzo niski i niski poziom akceptacji choroby.

Kobiety leczone do pięciu lat stanowiły 38% na poziomie 5 i 6 stena, co daje przeciętny poziom akceptacji choroby, a 8% kobiet mieściło się na poziomie 1 i 2 stena, co daje bardzo niski poziom akceptacji choroby (Tabela XIII, Rycina 8, Rycina 9).

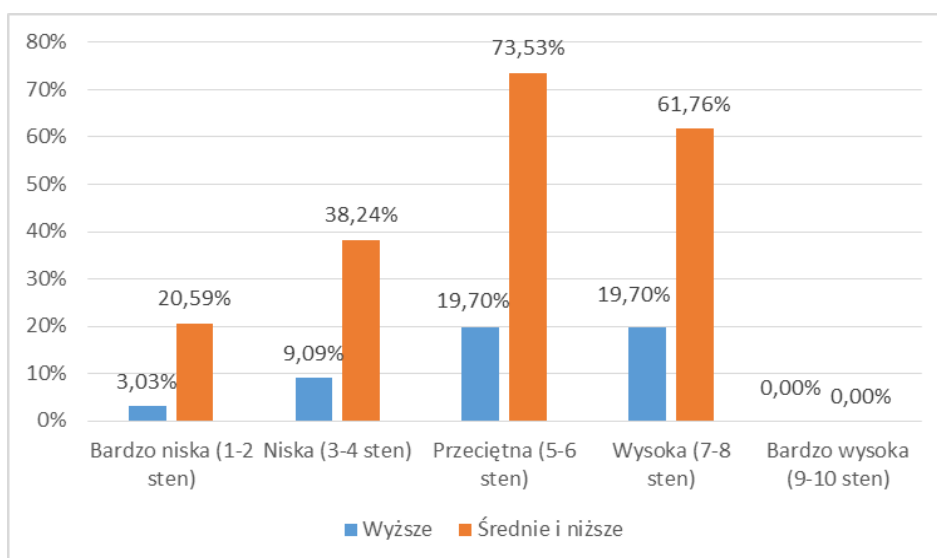


Rycina 9. Rozkład ilościowy według czasu leczenia – wartości stenowe

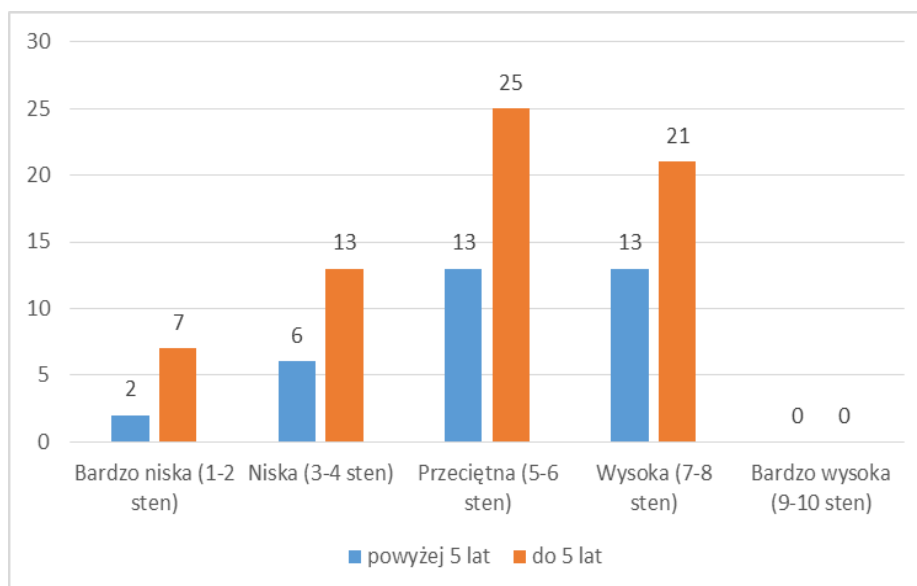
Po przeliczeniu wyników surowych na steny najwięcej bo, aż 20% kobiet z wyższym wykształceniem mieściło się na poziomie 5 i 6 stena oraz 7 i 8 stena, co daje wynik przeciętnej i wysokiego poziomu akceptacji choroby. 3% kobiet mieściło się na poziomie 1 i 2 stena, co daje wynik bardzo niskiego poziomu akceptacji choroby.

Tabela XIV. Poziom akceptacji choroby – wartości punktowe

	Średnia	Me	Moda	SD	Min	Max
Wyższe	28	28	23	8,286535	9	40
Średnie i niższe	25,62121	26	24	8,513817	8	40
Grupa badana	26,43	27	24	8,471288	8	40



Rycina 10. Rozkład procentowy według wykształcenia



Rycina 11. Rozkład ilościowy według wykształcenia

Ocena stopnia akceptacji choroby a poziom samooceny u pacjentek z rakiem piersi

Kobiety ze średnim i niższym wykształceniem w 74% mieściło się na poziomie 5 i 6 stena, co daje wynik przeciętnej akceptacji choroby, a 21% mieściło się na poziomie 1 i 2 stena, co daje wynik bardzo niskiej akceptacji choroby (Tabela 14, Rycina 10, Rycina 11).

W odpowiedziach na pytania zawartych pomiędzy grupą kobiet z wykształceniem średnim i niższym a grupą kobiet z wykształceniem wyższym, przy alfa równym 0,05 i 3 stopniach swobody brak jest statystycznie istotnej różnicy (Tabela XV).

Tabela XV. Zróżnicowanie statystyczne badanej grupy pod względem wykształcenia

SES									p=0,05 ; df=3, (7,815)
Wykształcenie	Wyższe (n=34)				Średnie i niższe (n= 66)				
	1	2	3	4	1	2	3	4	
Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.	23 (67,6%)	9 (26,5%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)	38 (57,6%)	26 (39,4%)	2 (3,0%)	0 (0,0%)	p=3,386
Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.	24 (70,6%)	9 (26,5%)	0 (0,0%)	1 (2,9%)	32 (48,5%)	33 (50,0%)	1 (1,5%)	0 (0,0%)	p=7,372
Ogólnie biorąc jestem skłonny(a) sądzić, że nie wiedzie mi się	1 (2,9%)	6 (17,6%)	18 (52,9%)	9 (26,5%)	7 (10,6%)	15 (22,7%)	33 (50,0%)	11 (16,7%)	p=3,040
Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi	16 (47,1%)	17 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (2,9%)	23 (34,8%)	35 (53,0%)	7 (10,6%)	1 (1,5%)	p=4,732
Uważam, że nie mam wielu powodów, aby być z siebie dumn(a)y.	5 (14,7%)	5 (14,7%)	13 (38,2%)	11 (32,4%)	9 (13,6%)	18 (27,3%)	28 (42,4%)	11 (16,7%)	p=4,165
Lubię siebie.	13 (38,2%)	19 (55,9%)	2 (5,9%)	0 (0,0%)	24 (36,4%)	37 (56,1%)	4 (6,1%)	1 (1,5%)	p=0,538
Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolony(a).	11 (32,4%)	21 (61,8%)	2 (5,9%)	0 (0,0%)	18 (27,3%)	43 (65,2%)	4 (6,1%)	1 (1,5%)	p=0,756
Chciał(a)bym mieć więcej szacunku dla samego siebie.	6 (17,6%)	12 (35,3%)	12 (35,3%)	4 (11,8%)	10 (15,2%)	33 (50,0%)	17 (25,8%)	6 (9,1%)	p=2,030
Czasami czuję się bezużyteczny(a).	3 (8,8%)	5 (14,7%)	16 (47,1%)	10 (29,4%)	3 (4,5%)	15 (22,7%)	36 (54,5%)	12 (18,2%)	p=2,935
Niekiedy uważam, że jestem do niczego.	1 (2,9%)	6 (17,6%)	17 (50,0%)	10 (29,4%)	3 (4,5%)	14 (21,2%)	32 (48,5%)	17 (25,8%)	p=0,408

W odpowiedziach na pytania zawartych w ankiecie SES pomiędzy grupą kobiet w związku a grupą kobiet w stanie wolnym jest statystycznie istotna różnica w odpowiedzi na pytanie „Ogólnie biorąc jestem skłonny sądzić, że nie wiedzie mi się”, przy alfa równym 9,827 i 3 stopniach swobody.

Kobiety będące w związku mają większe poczucie gorszego powodzenia w swoim życiu niż kobiet będące w stanie wolnym (Tabela XVI).

Tabela XVI. Zróznicowanie statystyczne badanej grupy pod względem stanu cywilnego

SES									p=0,05 ; df=3, (7,815)
Stan cywilny	W związku (n=63)				Wolna (n= 37)				
	1	2	3	4	1	2	3	4	
Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.	39 (61,9%)	22 (34,9%)	2 (3,2%)	0 (0,0%)	22 (59,5%)	13 (35,1%)	1 (2,7%)	1 (2,7%)	p=1,743
Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.	37 (58,7%)	25 (39,7%)	1 (1,6%)	0 (0,0%)	19 (51,4%)	17 (45,9%)	0 (0,0%)	1 (2,7%)	p=2,734
Ogólnie biorąc jestem skłonny(a) sądzić, że nie wiedzie mi się	2 (3,2%)	16 (25,4%)	29 (46,0%)	16 (25,4%)	6 (16,2%)	5 (13,5%)	22 (59,5%)	4 (10,8%)	p=9,827
Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi	24 (38,1%)	34 (54,0%)	3 (4,8%)	2 (3,2%)	15 (40,5%)	18 (48,6%)	4 (10,8%)	0 (0,0%)	p=2,556
Uważam, że nie mam wielu powodów, aby być z siebie dumn(ą)y.	7 (11,1%)	16 (25,4%)	24 (38,1%)	16 (25,4%)	7 (18,9%)	7 (18,9%)	17 (45,9%)	6 (16,2%)	p=2,684
Lubię siebie.	19 (30,2%)	40 (63,5%)	4 (6,3%)	0 (0,0%)	18 (48,6%)	16 (43,2%)	2 (5,4%)	1 (2,7%)	p=5,598
Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolony(a).	16 (25,4%)	43 (68,3%)	4 (6,3%)	0 (0,0%)	13 (35,1%)	21 (56,8%)	2 (5,4%)	1 (2,7%)	p=2,981
Chciał(a)bym mieć więcej szacunku dla samego siebie.	10 (15,9%)	29 (46,0%)	18 (28,6%)	6 (9,5%)	6 (16,2%)	16 (43,2%)	11 (29,7%)	4 (10,8%)	p=0,091
Czasami czuję się beзуżyteczn(a)y.	3 (4,8%)	11 (17,5%)	32 (50,8%)	17 (27,0%)	3 (8,1%)	9 (24,3%)	20 (54,1%)	5 (13,5%)	p=2,954
Niekiedy uważam, że jestem do niczego.	2 (3,2%)	8 (12,7%)	34 (54,0%)	19 (30,2%)	2 (5,4%)	12 (32,4%)	15 (40,5%)	8 (21,6%)	p=6,316

W odpowiedziach na pytania zawartych w ankiecie SES pomiędzy grupą kobiet do 40-go roku życia, a grupą kobiet powyżej 40-go roku życia jest statystycznie istotna różnica w odpowiedzi na pytanie „Niekiedy uważam, że jestem do niczego”, przy alfa równym 9,794 i 3 stopniach swobody.

Kobiety do 40 roku życia mają gorszą samoocenę swojej osoby niż kobiety po 40 roku życia, które mają lepszą samoocenę swojej osoby (Tabela XVII).

Tabela XVII. Zróżnicowanie statystyczne badanej grupy pod względem wieku

SES									p=0,05 ; df=3, (7,815)
Wiek	do 40 r.ż. (n=12)				powyżej 40 r.ż. (n= 88)				
	1	2	3	4	1	2	3	4	
Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.	8 (66,7%)	3 (25,0%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	53 (60,2%)	32 (36,4%)	2 (2,3%)	1 (1,1%)	p=1,891
Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.	6 (50,0%)	6 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	50 (56,8%)	36 (40,9%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	p=0,568
Ogólnie biorąc jestem skłonny(a) sądzić, że nie wiedzie mi się	0 (0,0%)	2 (16,7%)	5 (41,7%)	5 (41,7%)	8 (9,1%)	19 (21,6%)	46 (52,3%)	15 (17,0%)	p=4,647
Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi	7 (58,3%)	5 (41,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	32 (36,4%)	47 (53,4%)	7 (8,0%)	2 (2,3%)	p=2,814
Uważam, że nie mam wielu powodów, aby być z siebie dumn(a)y(m).	1 (8,3%)	3 (25,0%)	4 (33,3%)	4 (33,3%)	13 (14,8%)	20 (22,7%)	37 (42,0%)	18 (20,5%)	p=1,328
Lubię siebie.	4 (33,3%)	7 (58,3%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	33 (37,5%)	49 (55,7%)	5 (5,7%)	1 (1,1%)	p=0,323
Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolon(a)y.	4 (33,3%)	6 (50,0%)	2 (16,7%)	0 (0,0%)	25 (28,4%)	58 (65,9%)	4 (4,5%)	1 (1,1%)	p=3,228
Chciał(a)bym mieć więcej szacunku dla samego siebie.	0 (0,0%)	5 (41,7%)	5 (41,7%)	2 (16,7%)	16 (18,2%)	40 (45,5%)	24 (27,3%)	8 (9,1%)	p=3,576
Czasami czuję się bezużyteczn(a)y.	0 (0,0%)	5 (41,7%)	3 (25,0%)	4 (33,3%)	6 (6,8%)	15 (17,0%)	49 (55,7%)	18 (20,5%)	p=6,727
Niekiedy uważam, że jestem do niczego.	0 (0,0%)	6 (50,0%)	2 (16,7%)	4 (33,3%)	4 (4,5%)	14 (15,9%)	47 (53,4%)	23 (26,1%)	p=9,794

W odpowiedziach na pytania zawarte w ankiecie SES pomiędzy grupą kobiet ze wsi a grupą kobiet z miasta jest statystycznie istotna różnica w odpowiedzi na pytanie „Niekiedy uważam, że jestem do niczego”, przy alfa równym 8,410 i 3 stopniach swobody.

Kobiety ze wsi odpowiedziały na to pytanie w takim samym procencie, że zgadzają się z tym stwierdzeniem, jak również, że nie zgadzają się z nim. To znaczy, że ich samoocena była w takim samym stopniu niska, jak i wysoka.

Natomiast kobiety z miasta w porównaniu do kobiet ze wsi mają wyższą samoocenę swojej osoby (Tabela XVIII).

W odpowiedziach na pytania zawartych w ankiecie SES pomiędzy grupą kobiet chorujących do pięciu lat a grupą kobiet chorujących powyżej pięciu lat, przy alfa równym 0,05 i 3 stopniach swobody brak jest statystycznie istotnej różnicy.

Na udzielaną odpowiedź nie ma wpływu czas trwania choroby u badanych kobiet (Tabela XIX).

Tabela XVIII. Zróżnicowanie statystyczne badanej grupy pod względem miejsca zamieszkania

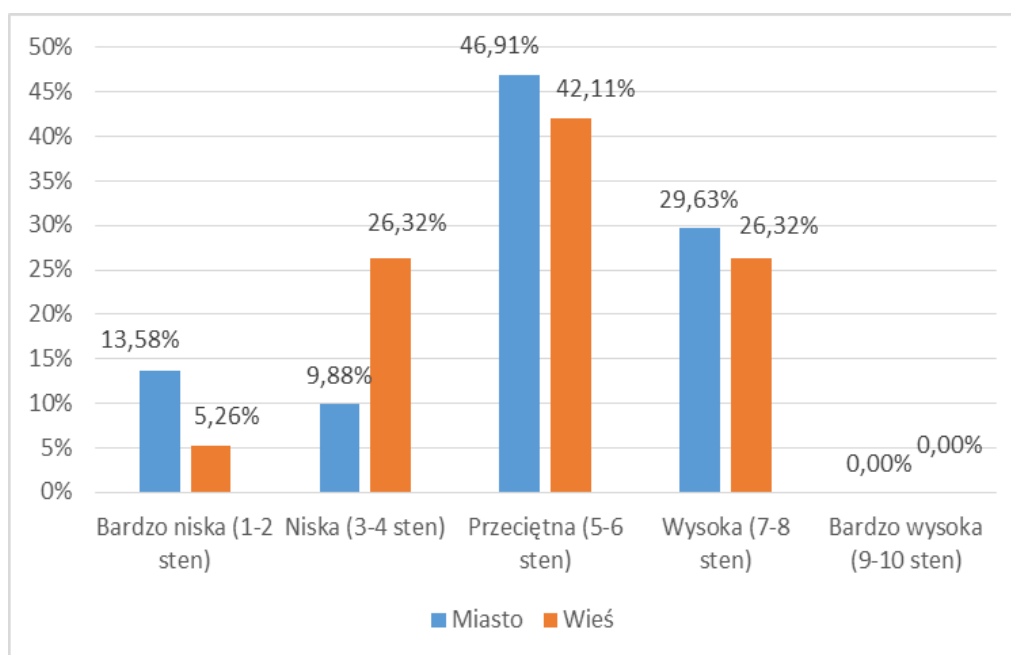
Miejsce zamieszkania	SES								p=0,05 : df=3, (7,815)
	wieś (n=19)				miasto (n= 81)				
	1	2	3	4	1	2	3	4	
Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.	10 (83,3%)	8 (66,7%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	51 (58,0%)	27 (30,7%)	2 (2,3%)	1 (1,1%)	p=1,243
Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.	8 (66,7%)	10 (83,3%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	48 (54,5%)	32 (36,4%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	p=5,938
Ogólnie biorąc jestem skłonny(a) sądzić, że nie wiecie mi się	0 (0,0%)	4 (33,3%)	12 (100,0%)	3 (25,0%)	8 (9,1%)	17 (19,3%)	39 (44,3%)	17 (19,3%)	p=2,764
Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi	6 (50,0%)	10 (83,3%)	3 (25,0%)	0 (0,0%)	33 (37,5%)	42 (47,7%)	4 (4,5%)	2 (2,3%)	p=3,391
Uważam, że nie mam wielu powodów, aby być z siebie dumn(a)y(m).	2 (16,7%)	5 (41,7%)	10 (83,3%)	2 (16,7%)	12 (13,6%)	18 (20,5%)	31 (35,2%)	20 (22,7%)	p=2,492
Lubię siebie.	5 (41,7%)	13 (108,3%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	32 (36,4%)	43 (48,9%)	5 (5,7%)	1 (1,1%)	p=1,626
Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolony(a)y.	4 (33,3%)	14 (116,7%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	25 (28,4%)	50 (56,8%)	5 (5,7%)	1 (1,1%)	p=1,110
Chciał(a)bym mieć więcej szacunku dla samego siebie.	2 (16,7%)	11 (91,7%)	6 (50,0%)	0 (0,0%)	14 (15,9%)	34 (38,6%)	23 (26,1%)	10 (11,4%)	p=3,705
Czasami czuję się bezużyteczny(a)y.	1 (8,3%)	5 (41,7%)	11 (91,7%)	2 (16,7%)	5 (5,7%)	15 (17,0%)	41 (46,6%)	20 (22,7%)	p=2,049
Niekiedy uważam, że jestem do niczego.	1 (8,3%)	8 (66,7%)	8 (66,7%)	2 (16,7%)	3 (3,4%)	12 (13,6%)	41 (46,6%)	25 (28,4%)	p=8,410

Po przeliczeniu wyników surowych na steny najczęściej, bo aż 47% kobiet mieszkających w mieście mieściło się na poziomie 5 i 6 stena, co daje wynik przeciętnej samooceny i 10% mieściło się na poziomie 3 i 4 stena, co daje niski wynik samooceny. Kobiety mieszkające na wsi w 42% mieściły się na poziomie 5 i 6 stena, co daje wynik przeciętnej akceptacji choroby, a 5% mieściło się na poziomie bardzo niskiego poziomu samooceny (Tabela XX, Rycina 12, Rycina 13).

Po przeliczeniu wyników surowych na steny najczęściej, bo aż 49% kobiet powyżej 40 roku życia mieściło się na poziomie 5 i 6 stena, co daje wynik przeciętnej samooceny, a 11% mieściło się na poziomie 3 i 4 stena, co daje niski wynik samooceny. Kobiety poniżej 40. roku życia w 42% mieściło się na poziomie 7 i 8 stena, co daje wynik wysokiej samooceny, a 8% mieściło się na poziomie 1 i 2 stena, co daje wynik bardzo niskiej samooceny (Tabela XXI, Rycina 14, Rycina 15).

Tabela XIX. Zróżnicowanie statystyczne badanej grupy pod względem czasu trwania choroby

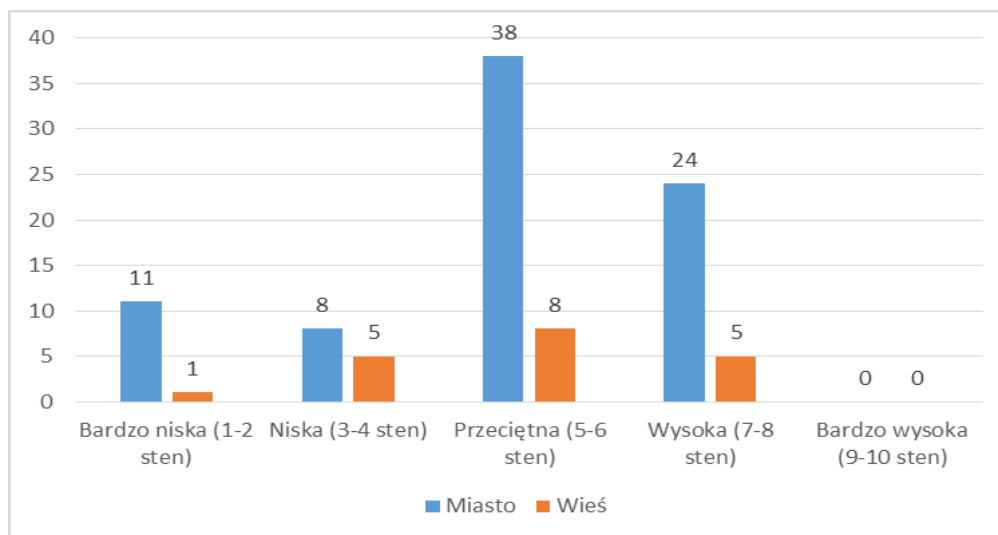
SES									p=0,05 ; df=3, (7,815)
Czas trwania choroby	Do 5 lat(n=86)				Powyżej 5 lat(n= 14)				
	1	2	3	4	1	2	3	4	
Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.	54 (62,8%)	28 (32,6%)	3 (3,5%)	1 (1,2%)	7 (50,0%)	7 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	p=2,021
Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.	49 (57,0%)	35 (40,7%)	1 (1,2%)	1 (1,2%)	7 (50,0%)	7 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	p=0,678
Ogólnie biorąc jestem skłonny(a) sądzić, że nie wiedzie mi się	6 (7,0%)	20 (23,3%)	44 (51,2%)	16 (18,6%)	2 (14,3%)	1 (7,1%)	7 (50,0%)	4 (28,6%)	p=2,893
Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi	33 (38,4%)	44 (51,2%)	7 (8,1%)	2 (2,3%)	6 (42,9%)	8 (57,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	p=1,610
Uważam, że nie mam wielu powodów, aby być z siebie dumn(a)y(m).	11 (12,8%)	20 (23,3%)	35 (40,7%)	20 (23,3%)	3 (21,4%)	3 (21,4%)	6 (42,9%)	2 (14,3%)	p=1,113
Lubię siebie.	33 (38,4%)	48 (55,8%)	4 (4,7%)	1 (1,2%)	4 (28,6%)	8 (57,1%)	2 (14,3%)	0 (0,0%)	p=2,342
Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolony(a)y.	25 (29,1%)	56 (65,1%)	4 (4,7%)	1 (1,2%)	4 (28,6%)	8 (57,1%)	2 (14,3%)	0 (0,0%)	p=2,146
Chciał(a)bym mieć więcej szacunku dla samego siebie.	14 (16,3%)	39 (45,3%)	24 (27,9%)	9 (10,5%)	2 (14,3%)	6 (42,9%)	5 (35,7%)	1 (7,1%)	p=0,432
Czasami czuję się bezużyteczn(a)y.	5 (5,8%)	17 (19,8%)	44 (51,2%)	20 (23,3%)	1 (7,1%)	3 (21,4%)	8 (57,1%)	2 (14,3%)	p=0,575
Niekiedy uważam, że jestem do niczego.	3 (3,5%)	17 (19,8%)	41 (47,7%)	25 (29,1%)	1 (7,1%)	3 (21,4%)	8 (57,1%)	2 (14,3%)	p=1,614



Rycina 12. Rozkład procentowy według miejsca zamieszkania – wartości stenowe

Tabela XX. Poziom samooceny – wartości punktowe

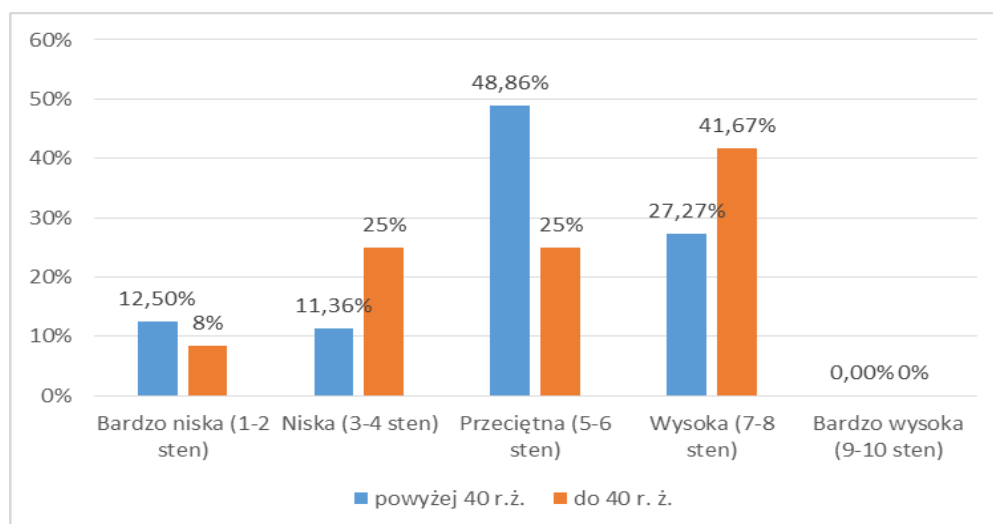
	Średnia	Me	Moda	SD	Min	Max
Miasto	21,92593	22	22	3,129608	13	31
Wieś	21,73684	22	23	2,445906	16	25
Grupa badana	21,87879	22	22	3,001351	13	31



Rycina 13. Rozkład ilościowy według miejsca zamieszkania – wartości stenowe

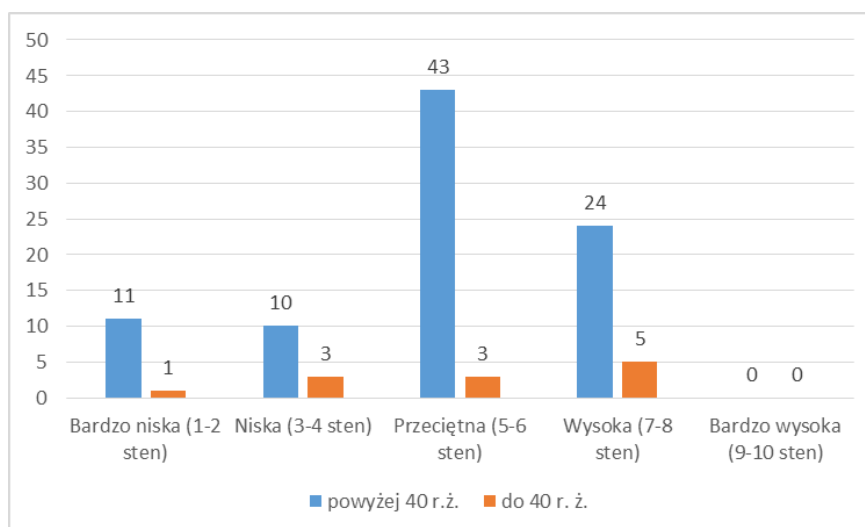
Tabela XXI. Poziom samooceny – wartości punktowe

	Średnia	Me	Moda	SD	Min	Max
powyżej 40 r.ż.	21,79545	22	22	2,975606	13	31
do 40 r. ż.	22,58333	22	20	3,232177	17	28
Grupa badana	21,90909	22	22	3,001391	13	31



Rycina 14. Rozkład procentowy według wieku – wartości stenowe

Ocena stopnia akceptacji choroby a poziom samooceny u pacjentek z rakiem piersi

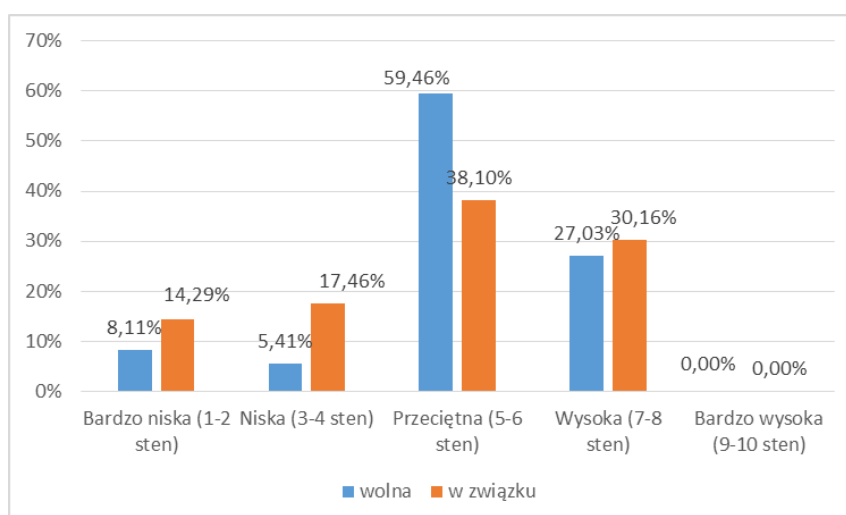


Rycina 15. Rozkład ilościowy według wieku – wartości stenowe

Po przeliczeniu wyników surowych na steny najwięcej, bo aż 59% kobiet wolnych mieściło się na poziomie 5 i 6 stena, co daje wynik przeciętnej samooceny, a 5% mieściło się na poziomie 3 i 4 stena, co daje niską samoocenę. Natomiast kobiety w związku w 38% mieściły się na poziomie 5 i 6 stena, co daje przeciętną samoocenę, a 14% mieściło się na poziomie 1 i 2 stena, co daje bardzo niską samoocenę (Tabela XXII, Rycina 16, Rycina 17).

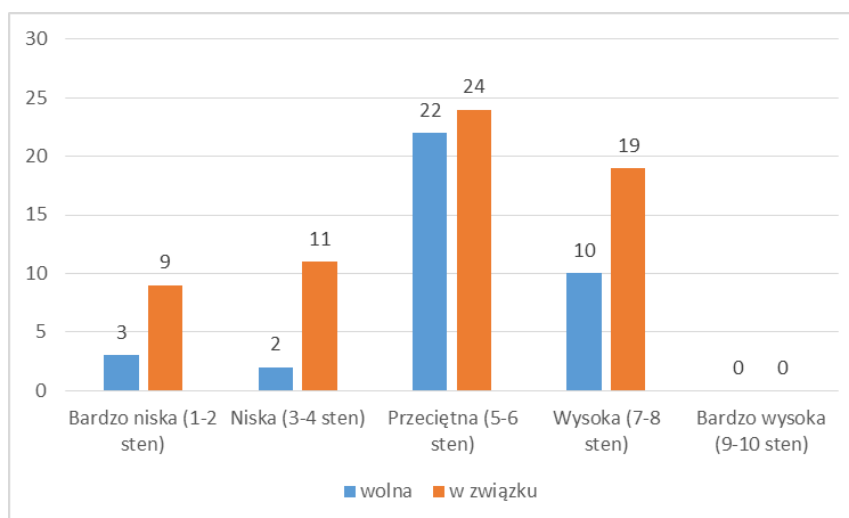
Tabela XXII. Poziom samooceny – wartości punktowe

	Średnia	Me	Moda	SD	Min	Max
wolna	21,21622	22	22	2,776591	17	28
w związku	22,28571	22	24	3,300258	13	31
Grupa badana	21,89	22	22	3,00133	13	31



Rycina 16. Rozkład procentowy według stanu cywilnego

Ocena stopnia akceptacji choroby a poziom samooceny u pacjentek z rakiem piersi

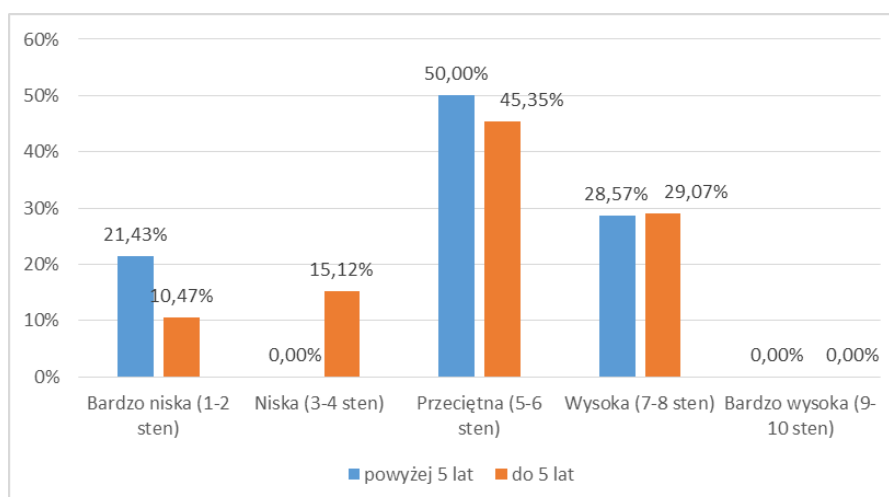


Rycina 17. Rozkład ilościowy według stanu cywilnego

Po przeliczeniu wyników surowych na steny najczęściej, bo aż 50% kobiet leczonych powyżej pięciu lat mieściło się na poziomie 5 i 6 stena, co daje wynik przeciętnej samooceny, a 21% mieściło się na poziomie 1 i 2 stena, co daje bardzo niską samoocenę. Natomiast w grupie kobiet leczonych do pięciu lat w 45% mieściły się na poziomie 5 i 6 stena, co daje wynik przeciętnej samooceny, a 10% mieściło się na poziomie 1 i 2 stena, co daje bardzo niską samoocenę (Tabela XXIII, Rycina 18, Rycina 19).

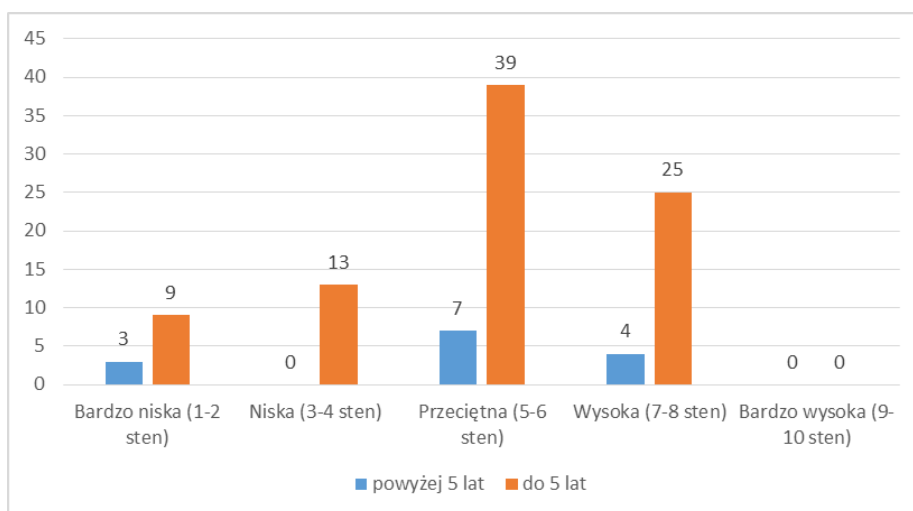
Tabela XXIII. Poziom samooceny – wartości punktowe

	Średnia	Me	Moda	SD	Min	Max
powyżej 5 lat	21,64286	22	22	3,543296	16	28
do 5 lat	21,93023	22	22	2,92571	13	31
Grupa badana	21,89	22	22	3,00133	13	31



Rycina 18. Rozkład procentowy według czasu choroby – wartości stenowe

Ocena stopnia akceptacji choroby a poziom samooceny u pacjentek z rakiem piersi

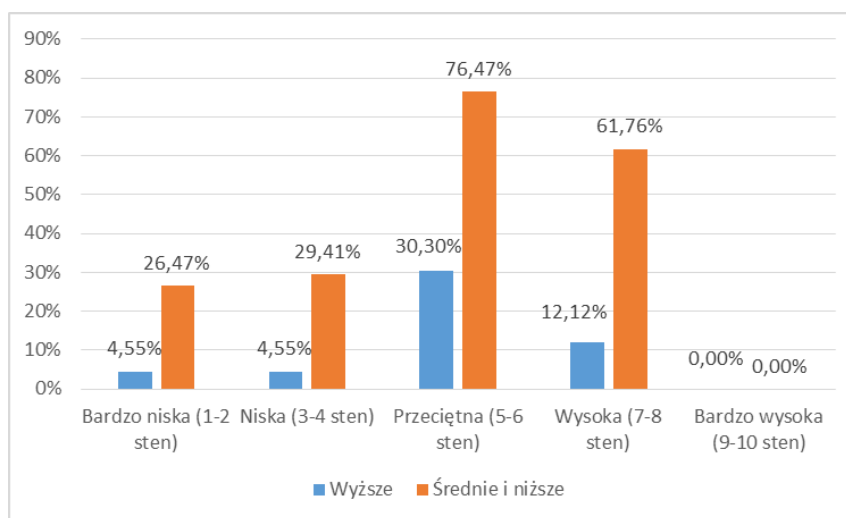


Rycina 19. Rozkład ilościowy według czasu choroby – wartości stenowe

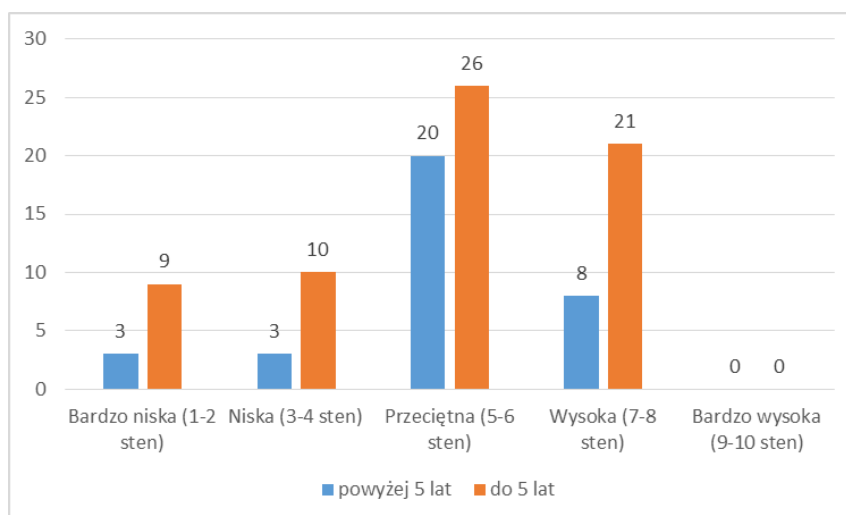
Po przeliczeniu wyników surowych na steny najczęściej, bo aż 30% kobiet z wykształceniem wyższym mieściło się na poziomie 5 i 6 stena, co daje wynik przeciętnej samooceny, a po 5% mieściło się na poziomie 1 i 2 stena oraz 3 i 4 stena, co daje wynik na bardzo niskim i niskim poziomie samooceny. Kobiety ze średnim i niższym wykształceniem w 76% mieściły się na poziomie 5 i 6 stena, co daje wynik przeciętnej samooceny, a 26% mieściło się na poziomie 1 i 2 stena, co daje wynik bardzo niskiej samooceny (Tabela XXIV, Rycina 20, Rycina 21).

Tabela XXIV. Poziom samooceny – wartości punktowe

	Średnia	Me	Moda	SD	Min	Max
Wyższe	22,11765	22	22	2,920821	15	31
Średnie i niższe	21,77273	22	22	3,057377	13	28
Grupa badana	21,89	22	22	3,00133	13	31



Rycina 20. Rozkład procentowy według wykształcenia – wartości stenowe



Rycina 21. Rozkład ilościowy według wykształcenia – wartości stenowe

DYSKUSJA

Najczęstszym nowotworem złośliwym kobiet jest rak piersi. Co roku stwierdza się w Polsce ponad 17 000 nowych zachorowań na raka piersi [1,2].

Rak piersi jest obecnie czwartym rozpoznawalnym na świecie nowotworem złośliwym u kobiet. Krzakowski i wsp. [4] oraz Jeziorski i wsp. [1] twierdzą, że do 2010 roku stanowił on w Polsce najczęstszą przyczynę zgonów u kobiet. Didkowska również twierdzi, że zajmuje on pierwsze miejsce wśród przyczyn zgonów u kobiet [16].

Ważnym elementem są badania przesiewowe w kierunku raka piersi. W Polsce badania przesiewowe obejmują kobiety w wieku 50 – 69 lat. Badania własne wykazały, że kobiety w wieku 50 – 59 lat stanowiły 25%, a w wieku 60 – 69 lat było ich 29%. Stanowiło to ponad połowę badanych pacjentek. Według Jassem i wsp. [17] oraz Deptały i wsp. [2] badania powinny być wykonywane co 24 miesiące, a u kobiet z wysokiego ryzyka co 12 miesięcy.

Leder [18], Bujak [19] twierdzą, że choroba nowotworowa ma ogromny wpływ na jakość życia. Jest to sytuacja stresowa, która wpływa na czynności organizmu, na stan psychiczny i funkcjonowanie człowieka. Koziół [20] stwierdza, że najczęściej występującymi zaburzeniami są depresja i zaburzenia lękowe.

W przeprowadzonych badaniach stwierdzono, że ważnym elementem jest akceptacja choroby, jak również samoocena w trakcie trwania choroby. Ponad połowa badanych kobiet, bo aż 57% mieściło się na poziomie wysokiej akceptacji choroby, a 96% badanych kobiet czuło się w pełni wartościowymi osobami przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.

Choroba nowotworowa powoduje zmiany, takie jak konieczność pobytu w szpitalu, leczenie, ból, co stwarza sytuację zależności od innych osób. Wyniki własne wykazują, że 49% badanych kobiet czuje się niezależna, a badania Nowickiego i Ostrowskiej [21] wykazują, że aż 67% pacjentek czuje się niezależna. 60% badanych kobiet uważa, że nie jest ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół mimo negatywnych zmian związanych z chorobą, a u Nowickiego i Ostrowskiej 36% [21]. Rodzaj zastosowanego leczenia, według Kozieł i wsp., ma ogromne znaczenie [20]. Wszystkie aspekty związane z leczeniem składają się na jakość życia pacjentek, co wpływać może na powodzenie procesu leczenia. Jest to czas wielu reakcji emocjonalnych. Według Krzakowskiego i wsp. [4] i Kokoszki [14] konieczne leczenie oraz przewlekłe leczenie, osłabienie odporności, zmiany w obrazie ciała, słabość fizyczna, problemy emocjonalne i zmiany jakości w odgrywaniu ról społecznych z utratą sensu życia powodują, że trudno jest zaakceptować chorobę. Ważna jest wtedy akceptacja ze strony partnera, rodziny czy przyjaciół. Z badań własnych wynika, że 54% czuje się pełnowartościowymi osobami i 60% nie czuje się ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół, a w badaniach Nowickiego i Ostrowskiej było to 64% [21]. Samowystarczalnymi czuło się 50% badanych kobiet w naszej pracy, a u Nowickiego i Ostrowskiej 44% [21].

Badania własne wykazały, że na akceptację choroby miał wpływ czas trwania choroby. Pacjentki chorujące do pięciu lat miały gorszą akceptację choroby niż pacjentki chorujące powyżej pięciu lat ($p = 11,110$). Na akceptację choroby nie miał wpływu wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania i stan cywilny. Pawlik i Karczmarek – Borowska [22] w swoich badaniach również nie wykazały istotnych statystycznie różnic pomiędzy akceptacją a wiekiem, miejscem zamieszkania, wykształceniem. Jedynie wykazały, że na akceptację ma wpływ czas trwania choroby. Natomiast Nowicki i Ostrowska wykazali, że kobiety mieszkające w mieście cechowała większa akceptacja choroby [21].

Choroba nowotworowa ma ogromny wpływ na samoocenę chorych. Niska samoocena odbija się negatywnie w każdym aspekcie życia [4,11]. W badaniach własnych wpływ na samoocenę miał wiek, miejsce zamieszkania i stan cywilny. Kobiety do 40. roku życia na pytanie „Niekiedy uważam, że jestem do niczego” miały gorszą samoocenę niż kobiety po 40. roku życia. Również na to samo pytanie kobiety mieszkające na wsi odpowiedziały w takim samym procencie. wyrażając zgodę na to pytanie i nie zgadzając się z nim. Samoocena w tym przypadku była tak samo wysoka. jak i niska. W porównaniu do kobiet ze wsi kobiety z miasta miały wyższą samoocenę. Na pytanie „Nie wiedzie mi się” kobiety będące w związku miały niższą samoocenę w porównaniu do kobiet będących w stanie wolnym. Krzakowski i wsp. [4]

oraz Jeziorski i wsp. [1] stwierdzają, że obniżona samoocena jest przyczyną depresji i występuje u około 55% chorych w postaci łagodnych objawów.

Akceptacja, że jest się w roli chorego jest procesem zmian, który ma na celu przywrócenie równowagi funkcjonalnej i emocjonalnej, a także poczucia kontroli nad własnym życiem [18,19].

Akceptacja choroby daje poczucie bezpieczeństwa i zmniejsza nasilenie negatywnych emocji związanych z chorobą. Większa akceptacja daje lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego [18,19].

WNIOSKI

1. Większość pacjentek (44%) nie ma kłopotu z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę.
2. Na akceptację choroby nie miał wpływu wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie i stan cywilny badanych kobiet.
3. Wpływ na akceptację choroby miał czas trwania choroby. Wyższy poziom akceptacji choroby miały kobiety chorujące powyżej pięciu lat.
4. Akceptacja choroby ma duży wpływ na samoocenę badanych kobiet. Im wyższa akceptacja choroby tym wyższa była samoocena.
5. Kobiety z rakiem piersi w 96% czuły się osobami w pełni wartościowymi.
6. Na samoocenę miał wpływ wiek, miejsce zamieszkania i stan cywilny. Kobiety po 40-tym roku życia, mieszkające w mieście i stanu wolnego miały wyższą samoocenę niż kobiety do 40-go roku życia, mieszkające na wsi i będące w związku.

PIŚMIENNICTWO

1. Jeziorski A., Rutkowski P.: Kompendium chirurgii onkologicznej. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2014.
2. Deptała A., Wojtukiewicz M.Z.: Onkologia w praktyce lekarza rodzinnego. Wydawnictwo AsteriaMed, Gdańsk 2016.
3. Jassem J., Krzakowski M., Bobek – Billewicz B., Duchnowska R.: Rak piersi [w:] Zalecenia postępowania diagnostyczno – terapeutycznego w nowotworach złośliwych, pod redakcją M. Krzakowskiego, K. Warzochy. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2013: 212 – 263.

4. Krzakowski M., Potemski P., Warzocha K., Wysocki P.: Onkologia kliniczna. Tom 2. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2014.
5. Dimitrow S.D., Matouskova E., Forejt J.: Expression of BRCA1, NBR1 and NBR2 genes in human breast cancer cells. *Folia Biologica* 2001; 47: 120 – 127.
6. Monninkhof E.M., Elias S.G., Vlems F.A., van der Tweel I, Schuit AJ, Voskuil DW, van Leeuwen FE; TFPAC.: Physical activity and breast cancer: a systematic review. *Epidemiology* 2007; 18: 137 – 157.
7. Harris J.R.: Diseases of the breast. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia 2005.
8. Małek A., Deptała A.: Leczenie chirurgiczne i skojarzone nowotworów piersi [w:] *Chirurgia nowotworów*, Frączek M. (red.). Wydawnictwo Alfa – Medica Press, Bielsko-Biała 2003: 134 – 155.
9. Koczyńska – Tyszko A.: Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór [w:] *Zmagając się z chorobą nowotworową*, Kubacka– Jasiocka D, Łosiak W (red.). Wydawnictwo UJ, Kraków 1999: 125 – 143.
10. de Walden – Gałuszko K.: *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
11. Jarema M.: *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2007.
12. Kosowicz M.: Psychologiczne aspekty nad umierającym i ich rodzinami [w:] *Prawda umierania i tajemnica śmierci*, Górecki M. (red.). Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2010: 258 – 271.
13. Araszkiwicz A., Bartkowiak W., Starzec W.: Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2004; 4: 157 – 166.
14. Kokoszka A.: Krótka metoda oceny poczucia wpływu na przebieg choroby. *Przegląd Lekarski* 2005; 62: 742 – 745.
15. Kübler – Ross E.: *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 1998.
16. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2005. Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej – Curie, Warszawa 2009.
17. Jassem J. Krzakowski M.: *Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy*. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2014.

18. Leder S.: Jakość życia a psychiatria konsultacyjna i psychoterapia [w:] Jakość życia w chorobie nowotworowej, Meyzy J. (red.). Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej – Curie, Warszawa 1997: 210 – 241.
19. Bujak G., Tombarkiewicz M.: Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jako nowy problem kliniczny. Wiadomości Lekarskie 2005; 58(1 – 2): 67 – 70.
20. Kozieł P., Lomper K., Uchmanowicz B., Polański J.: Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10(1), 28 -36.
21. Nowicki A., Ostrowska Ż.: Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. Polski Merkuriusz Lekarski 2008; 24(143), 403 – 407.
22. Pawlik M., Karczmarek – Borowska B.: Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków 2013; 2: 203 – 211.

Jakość życia mężczyzn po przebytej orchidektomii z powodu nowotworu jądra

Anna Tałaj¹, Joanna Wojtyniak²

1. Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Elbląska Uczelnia Humanistyczno–Ekonomiczna w Elblągu
2. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie

WSTĘP

Nowotwór jądra niedający przerzutów jest niemal w każdym przypadku uleczalny. Nowotwory ograniczone do jądra prawie w 100% kończą się sukcesem terapeutycznym, natomiast nowotwory uogólnione w 80% [1].

Nowotwory jąder leczy się przez zabieg usunięcia jądra – orchidektomię oraz dodatkowo chory poddawany jest chemio - oraz/lub radioterapii. Resekcja jądra jest operacją, po której pacjenci szybko odzyskują siły i wracają do stanu, w jakim byli przed zabiegiem [2].

Chorzy mogą być pionizowani już w 1. dobie po zabiegu, rana jest niewielka i szybko się goi [2].

Usunięcie jednego jądra nie powinno zmieniać zdolności mężczyzn do prowadzenia aktywnego życia seksualnego. Mężczyzna z jednym jądrem zachowuje zdolności rozrodcze [2]. Jednak mężczyźni po operacji usunięcia jądra tracą część siebie. Zabieg ten może spowodować zaburzenia w poczuciu męskości, pewności siebie, może wkraść się wstyd i dyskomfort podczas stosunku płciowego.

Pacjenci po zakończonej terapii powinni zostać objęci programem badań kontrolnych. Zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Onkologicznego chorych należy obserwować przez 5-10 lat od zakończenia procesu leczenia. Istotną rolę odgrywają okresowe badania markerów nowotworowych, badania obrazowe w odpowiednich odstępach czasowych oraz comiesięczne samobadanie jądra [1].

Pojawia się również potrzeba skupienia się na pacjentach jak funkcjonują w sferze życia psychicznej i społecznej. Postrzeganie pacjenta poprzez wielowymiarową płaszczyznę, a

nie jedynie koncentrowanie się na braku dolegliwości fizycznych, spowodowało rozwój działań na rzecz jakości życia.

Jakość życia można definiować na wiele sposobów, zależnie od dziedziny, w której będzie ona badana. W medycynie problem ten pojawił się w latach 70. Próby zdefiniowania jakości życia doprowadziły do stworzenia przez Schipper'a i jego współpracowników nowego pojęcia – HRQOL (ang. *Health related quality of life*) – jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia. Pojęcie to rozumiane jest jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta. HRQOL obejmuje cztery dziedziny: sprawność ruchową i stan fizyczny, psychikę, stan społeczny i warunki ekonomiczne oraz objawy somatyczne. Autor zwraca uwagę, że HRQOL ocenia przede wszystkim subiektywne odczucia pacjenta [3].

Przy WHO w 1994 roku powołano sekcję WHOQOL (ang. *World Health Organization Quality of life*), która zdefiniowała jakość życia jako „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” [4].

Choroba powoduje dezorganizację dotychczasowego stanu fizycznego, psychicznego i społecznego. Stawia człowieka w nowej sytuacji, w której trudno się odnaleźć. Choremu zaczyna brakować zdolności do zaspokajania własnych potrzeb, do samorealizacji, do wykonywania obowiązków wynikających z ról społecznych jakie pełni, co przyczynia się do braku zadowolenia z własnego życia. Chorzy, oprócz zmagania się z objawami somatycznymi, toczą walkę o zachowanie jak najlepszego życia psychicznego i społecznego, dlatego badając jakość życia pacjentów należy wziąć pod uwagę nie tylko widoczne w wynikach badań efekty leczenia. Analiza jakości życia powinna uwzględnić cztery sfery:

1. Sferę fizyczną – sprawność podstawowych funkcji fizjologicznych oraz stopień aktywności, czyli zdolność do samoobsługi
2. Sferę psychiczną – stopień dopasowania się do choroby, istnienie odczuć pozytywnych lub negatywnych oraz występowanie zaburzeń psychicznych
3. Sferę społeczną – kontakty interpersonalne, zdolność i chęć do podejmowania aktywności społecznych, warunki materialno – bytowe
4. Sferę doznań somatycznych – jakie objawy somatyczne występują w codziennym życiu i jaki wywierają wpływ na jakość życia.

Ocena jakości życia jest zmienna w czasie i ulega wahaniom, należy o tym pamiętać podczas interpretacji wyników. Badania nad jakością życia zyskują coraz większe znaczenie,

szczególnie w onkologii. Narodowy Instytut Raka w USA oraz Europejska Organizacja Badania i Leczenia Raka (EORTC) powołały grupy badawcze do oceny jakości życia [3].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie jakości życia mężczyzn po orchidektomii wykonanej z powodu nowotworu jądra.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety składającego się z 21 pytań oraz wykorzystano wskaźnik WHOQOL – BREF, który jest międzynarodowym narzędziem badawczym służącym ocenie jakości życia zaproponowanym przez WHO. Dodatkowo z niektórymi chorymi przeprowadzono wywiad.

Kwestionariusz WHOQOL-BREF jest stosunkowo nowym narzędziem służącym do oceny jakości życia. Stanowi skróconą wersję kwestionariusza WHOQOL-100. Umożliwia ocenę sytuacji życiowej człowieka, będącej konsekwencją choroby i stosowanej terapii. W poszczególnych dziedzinach życia indywidualnej ocenie podlegają:

- w dziedzinie fizycznej: czynności życia codziennego, zdolność do pracy, energia i zmęczenie, mobilność, zależność od leków i leczenia, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen
- w dziedzinie psychologicznej: wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia, samoocena, duchowość, religia, osobista wiara, myślenie, uczenie się, pamięć, koncentracja
- w dziedzinie relacji społecznych: związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna
- w środowisku funkcjonowania: zasoby finansowe, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, wolność, zdrowie i opieka zdrowotna (dostępność i jakość), możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności, środowisko domowe, możliwości i uczestniczenie w rekreacji i wypoczynku, środowisko fizyczne

Ponadto WHOQOL-BREF zawiera także pozycje analizowane odrębnie:

- pytanie 1 (WHO1) - indywidualna ogólna percepcja jakości życia
- pytanie 2 (WHO2) - indywidualna ogólna percepcja własnego zdrowia [5].

Udział w badaniu był anonimowy, a udzielenie odpowiedzi na zawarte pytania było jednoznaczne z wyrażeniem zgody na wykorzystanie zebranych danych w celach naukowych.

CHARAKTERYSTYKA BADANYCH

Badanie przeprowadzono wśród 150 mężczyzn pochodzących z różnych krajów na świecie (m. in. z: Polski, Meksyku, Anglii, Stanów Zjednoczonych). Ankietowani wypełniali kwestionariusze internetowo za pośrednictwem formularza utworzonego w Dysku Google. Respondentów pozyskano poprzez kontakt za pomocą stron internetowych stowarzyszeń zrzeszających mężczyzn z nowotworem jądra.

Analiz dokonywano przy użyciu programu SPSS. Istotność różnic w średnich wynikach pomiędzy dwiema grupami sprawdzano za pomocą testu t Studenta dla prób niezależnych. Korelacje pomiędzy zmiennymi sprawdzono za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana. Współczynnik ten przyjmuje wartości od +1 (silna korelacja dodatnia, wraz ze wzrostem jednej zmiennej, następuje wzrost drugiej zmiennej), poprzez 0 (brak korelacji) do -1 (silna korelacja ujemna, wzrost wartości jednej zmiennej, był powiązany ze spadkiem wartości drugiej zmiennej). W analizach statystycznych przyjęto poziom istotności $p = 0,05$.

WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

Ankietę badawczą wypełniło 150 mężczyzn po zabiegu orchidektomii:

- W analizowanej grupie najwięcej osób było w wieku od 25 do 35 lat (36%) oraz w wieku od 35 do 50 lat (47%). Pozostali respondenci byli w wieku poniżej 25 lat (7%) lub w wieku powyżej 50 lat (10%).
- Większość osób mieszkała w miastach do 100 tys. mieszkańców (44%) i powyżej 100 tys. mieszkańców (39%). Na wsi mieszkało 17% ankietowanych.
- Dominowały osoby z wykształceniem wyższym (75%), rzadziej średnim (22%), zawodowym (3%) i podstawowym (1%).
- Znaczący odsetek ankietowanych był aktywny zawodowo, 2% pracowało w sektorze rolniczym, 25% w sektorze przemysłu i budownictwa, najwięcej osób pracowało w sektorze usług (65%). Pozostali respondenci uczyli się (1%), byli bezrobotni (5%) oraz pobierali rentę lub emeryturę (2%).

Jakość życia mężczyzn po przebytej orchidektomii z powodu nowotworu jądra

- W związku małżeńskim było większość respondentów (65%), pozostali byli w stanie kawalerskim (20%), w związku partnerskim (7%), rozwiedzeni (7%) lub w stanie wdowim (1%) (Tab. I).
- Średnia liczba posiadanych dzieci wynosiła 1,2, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 1,20. Co najmniej połowa respondentów posiadała przynajmniej jedno dziecko. Rozkład zmiennej kształtował się od 0 do 5 dzieci (Tab. II).

Tabela I: Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

		N	%
Wiek	18-25 lat	11	7,3%
	25-35 lat	54	36,0%
	35-50 lat	70	46,7%
	Powyżej 50 lat	15	10,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś	25	16,7%
	Miasto do 100 tys. Mieszkańców	66	44,0%
	Miasto powyżej 100 tys. Mieszkańców	59	39,3%
Wykształcenie	Podstawowe	2	1,3%
	Zawodowe	4	2,7%
	Średnie	32	21,5%
	Wyższe	111	74,5%
Status zawodowy	Uczący się	2	1,3%
	Bezrobotny	7	4,7%
	Praca w sektorze rolniczym	3	2,0%
	Praca w sektorze przemysłu i budownictwa	37	24,7%
	Praca w sektorze usług	98	65,3%
	Renta/Emerytura	3	2,0%
Stan cywilny	Kawaler	29	19,5%
	W związku partnerskim	11	7,4%
	Żonaty	97	65,1%
	Rozwiedziony	11	7,4%
	Wdowiec	1	0,7%

Tabela II: Miary tendencji centralnej oraz rozproszenia. Liczba posiadanych dzieci

Zmienne	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Liczba posiadanych dzieci	1,2	1,20	1,0	0,0	0,0	5,0

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna

Większość mężczyzn miała przeprowadzony zabieg orchidektomii z powodu nowotworu jądra (99%). Najczęściej usunięto jedno jądro (95%), rzadziej oba jądra (5%). Blisko 22% ankietowanych miało przeprowadzony zabieg nie później niż rok temu, najwięcej mężczyzn zabieg miało od 1 do 5 lat temu (43%), 21% od 5 do 20 lat temu, a 15% ponad 10 lat temu. Większość osób nie przyjmowała leków i nie była w trakcie chemio- lub radioterapii (81%), 13% przyjmowało leki, 3% było w trakcie terapii, również 3% przyjmowało leki i była w trakcie terapii. 77% mężczyzn nie cierpiało na inne choroby. Wśród pozostałych najczęściej występujące choroby współistniejące to miażdżyca (48%), rzadziej ankietowani chorowali na cukrzycę (26%), nadciśnienie tętnicze (15%), nadczynność (7%) i niedoczynność (7%) tarczycy. Wśród innych chorób wymieniali depresję (4%). Większość osób uważała, że ich stan zdrowia jest bardzo dobry (28%) i dobry (33%). Doskonałym stanem zdrowia cieszyło się 13% mężczyzn. Pozostali ankietowani uważali, że ich stan zdrowia jest średni (20%) i słaby (6%). Analiza korelacyjna wykazała statystycznie istotny związek między wykształceniem a oceną aktualnego stanu zdrowia ($p = 0,025$). Osoby z wyższym stopniem wykształcenia częściej uważały, że ich stan zdrowia jest bardzo dobry (Tab. III).

Tabela III. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana. Związek między wykształceniem, a oceną aktualnego stanu zdrowia

		Ocena aktualnego stanu zdrowia?
Wykształcenie	Współczynnik korelacji	-0,18
	Istotność (dwustronna)	0,025

Większość osób uważała, że ich aktualna kondycja psychiczna w porównaniu ze stanem, w jakim ankietowany był, kiedy znał diagnozę i oczekiwał na zabieg była dużo lepsza (31%) i lepsza (28%), 15% ankietowanych nie odczuło żadnych zmian w tym kierunku, a pozostałe osoby uważały, że ich kondycja jest gorsza (17%) lub dużo gorsza (9%). Analiza korelacyjna za pomocą współczynnika rang Spearmana wykazała statystycznie istotny związek między oceną obecnego stanu zdrowia a oceną aktualnej kondycji psychicznej

($p < 0,001$). Mężczyźni, którzy wysoko oceniali aktualny stan swojego zdrowia, wysoko również oceniali swoją kondycję psychiczną (Tab. IV).

Tabela IV: Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana. Związek między oceną aktualnego stanu zdrowia, a oceną aktualnej kondycji psychicznej

		Ocena aktualnej kondycji psychicznej
Ocena aktualnego stanu zdrowia	Współczynnik korelacji	0,38
	Istotność (dwustronna)	<0,001

Najczęściej posiadane zainteresowania to: muzyka (46%), rzadziej bieganie (29%), jazda na rowerze (28%), pływanie (24%), gra w piłkę nożną (22%), literatura (17%) i gra w piłkę siatkową (6%). Żadnych zainteresowań nie miało 11% respondentów. Ponad połowa ankietowanych nadal kontynuowała rozwój swoich zainteresowań (53%). Pozostałe osoby uważały, że obecny stan zdrowia uniemożliwia ankietowanemu kontynuowanie rozwoju własnych zainteresowań w stopniu: nieznacznym (27%), znacznym (14%) lub całkowicie zrezygnowali ze swoich zainteresowań (6%). Analiza za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana wykazała statystycznie istotny związek między wiekiem ($p = 0,034$), oceną aktualnego stanu zdrowia ($p < 0,001$), oceną aktualnej kondycji psychicznej ($p < 0,001$) a kontynuowaniem rozwoju własnych zainteresowań. Częściej swoje zainteresowania kontynuowały osoby w starszym wieku, wyżej oceniające swoje zdrowie i kondycję psychiczną (Tab. V).

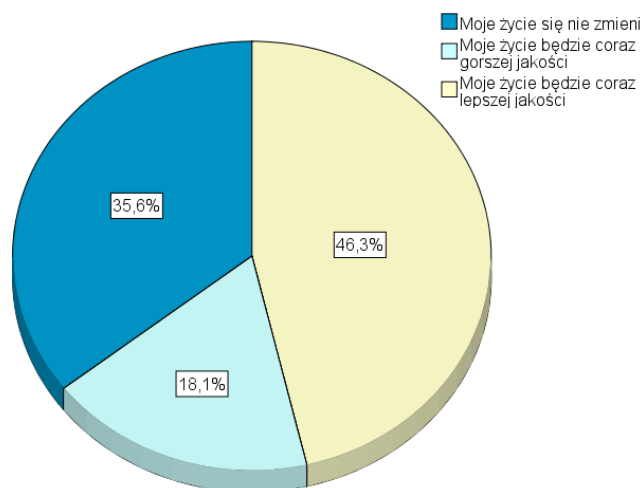
Większość osób uważała, że przebyta operacja nie wpłynęła na poczucie męskości (47%), 33% mężczyzn czuło się mniej męsko, 7% czuło się silniejszym. Również przebyta operacja w większości przypadków nie miała wpływu na relacje z partnerką (54%), duży odsetek mężczyzn uważał, że zbliżył się w relacjach z partnerką (36%). Pozostali mężczyźni zostali porzuceni przez partnerkę (7%) lub sami się z nią rozstali (3%). Blisko połowa ankietowanych uważała, że nie nastąpiły żadne zmiany w życiu intymnym (47%), duży odsetek respondentów odczuwał mniejszy popęd seksualny (42%). Inne rzadziej występujące zmiany to: problemy z erekcją (17%), z ejakulacją (12%), doznania wstydu (12%), ból podczas stosunku (10%) lub całkowita rezygnacja z życia seksualnego (8%). Spośród osób starających się o dziecko większość z nich uważała, że partnerka nie miała problemu z zajściem w ciążę (40%), mniejszy odsetek osób miało problemy, ale nie z powodu przebytej

operacji (13%). Pozostałe osoby są w trakcie starań i mają takie problemy z powodu przebytej operacji (33%) oraz z innych powodów niż stan ich zdrowia (15%).

Tabela V. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana. Związek między wiekiem, oceną aktualnego stanu zdrowia, oceną aktualnej kondycji psychicznej a kontynuowaniem rozwoju własnych zainteresowań

		Czy obecny stan zdrowia uniemożliwia ankietowanemu kontynuowanie rozwoju własnych zainteresowań?
Wiek	Współczynnik korelacji	-0,18
	Istotność (dwustronna)	0,034
Ocena aktualnego stanu zdrowia?	Współczynnik korelacji	0,52
	Istotność (dwustronna)	<0,001
Ocena aktualnej kondycji psychicznej	Współczynnik korelacji	0,37
	Istotność (dwustronna)	<0,001

Duży odsetek osób nie radził sobie z aktualną sytuacją zdrowotną (64%). Pozostałe osoby radziły sobie korzystając ze wsparcia najbliższych (43%), nie myślą o chorobie (34%), należeli do różnych stowarzyszeń, grup wsparcia (15%), korzystali z pomocy psychiatry (8%) lub psychologa (8%). Większość osób uważała, że ich życie będzie coraz lepszej jakości (46%) lub nie zmieni się w ogóle (36%), pozostałe osoby uważały, że ich życie będzie coraz gorszej jakości (18%) (Wyk. 1).



Rycina 1. Wizja ankietowanego na przyszłość, n = 149

ANALIZA KWESTIONARIUSZA WHOQOL-BREF

Ankietowani musieli za pomocą 5 punktowej skali ocenić swoją jakość życia, gdzie ocena 1 oznaczała bardzo złą jakość życia, a ocena 5 bardzo dobrą jakość życia. Średnia ocena wynosiła 3,8, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 0,99. Mediana rozkładu ocen wynosiła 4,0. Najczęściej uważano, że jakość życia ankietowanych jest dobra (51%) i bardzo dobra (23%). Respondenci musieli za pomocą 5 punktowej skali ocenić stan swojego zdrowia, gdzie ocena 1 oznaczała bardzo duże niezadowolenie, a ocena 5 bardzo duże zadowolenie. Średnia ocena wynosiła 3,4, przy odchyleniu wynoszącym 1,07. Mediana rozkładu ocen wynosiła 4. Najwięcej osób było zadowolonych ze stanu swojego zdrowia (43%) i ani zadowolonych, ani niezadowolonych (37%) (Tab. VI).

Tabela VI. Miary tendencji centralnej oraz rozproszenia. Wyniki kwestionariusza WHOQOL-BREF (pytania 1 i 2)

Zmienne:	M	SD	Me	Mo	Min.	Maks.
Ogólna jakość życia	3,8	0,99	4,0	4,0	1,0	5,0
Samoocena stanu	3,4	1,07	4,0	4,0	1,0	5,0

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna

Surowe wyniki kwestionariusza WHOQOL-BREF przekształcono tak, by wyniki mieściły w przedziale od 0 do 100. Najwyższą jakość życia stwierdzono dla wymiaru środowisko (średni wynik = 70,6 punktów) i dla wymiaru fizycznego (średnia = 68,5 punktów). Najniższą jakość stwierdzono dla domeny psychologicznej (średnia = 62,1 punktów) i społecznej (średnia = 62,7) (Tab. VII).

Tabela VII. Miary tendencji centralnej oraz rozproszenia. Wyniki kwestionariusza WHOQOL-BREF (dane transformowane od 0 do 100)

Domena:	M	SD	Me	Mo	Min.	Maks.
Fizyczna	68,5	20,07	71,4	71,4	0,0	100,0
Psychologiczna	62,1	20,05	66,7	75,0	4,2	100,0
Społeczna	62,7	24,40	66,7	75,0	0,0	100,0
Środowisko	70,6	18,94	75,0	81,3	15,6	100,0

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna

Analiza korelacyjna nie wykazała statystycznie istotnych powiązań między wiekiem a oceną jakości życia ($p = 0,804$), samooceną zdrowia ($p = 0,910$), wymiarami jakości życia: fizycznym ($p = 0,408$), psychologicznym ($p = 0,147$), społecznym ($p = 0,359$). Stwierdzono statystycznie istotne powiązania między wiekiem a funkcjonowaniem w środowisku ($p = 0,005$). Starsi ankietowani cechowali się wyższą jakością życia w tej domenie niż młodszy respondenci (Tab. VIII).

Tabela VIII. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana. Związek między wiekiem, a wynikami kwestionariusza WHOQOL-BREF

		Wiek
Ogólna jakość życia	Współczynnik korelacji	0,02
	Istotność (dwustronna)	0,804
Samoocena stanu zdrowia	Współczynnik korelacji	-0,01
	Istotność (dwustronna)	0,910
Fizyczna	Współczynnik korelacji	0,07
	Istotność (dwustronna)	0,408
Psychologiczna	Współczynnik korelacji	0,12
	Istotność (dwustronna)	0,147
Społeczna	Współczynnik korelacji	0,08
	Istotność (dwustronna)	0,359
Funkcjonowanie w środowisku	Współczynnik korelacji	0,23
	Istotność (dwustronna)	0,005

Analiza korelacyjna nie wykazała statystycznie istotnych powiązań między:

- miejscem zamieszkania a oceną jakości życia ($p = 0,732$), samooceną zdrowia ($p = 0,688$), wymiarami jakości życia: fizycznym ($p = 0,204$), psychologicznym ($p = 0,816$), społecznym ($p = 0,944$), funkcjonowaniem w środowisku ($p = 0,954$)
- poziomem wykształcenia a samooceną zdrowia ($p = 0,279$), wymiarami jakości życia: fizycznym ($p = 0,708$), psychologicznym ($p = 0,215$), społecznym ($p = 0,722$), funkcjonowaniem w środowisku ($p = 0,583$)
- czasem, jaki upłynął od momentu zabiegu a oceną jakości życia ($p = 0,562$), samooceną zdrowia ($p = 0,973$), wymiarami jakości życia: fizycznym ($p = 0,849$),

Jakość życia mężczyzn po przebytej orchidektomii z powodu nowotworu jądra

psychologicznym ($p = 0,485$), społecznym ($p = 0,460$), funkcjonowaniem w środowisku ($p = 0,674$)

- samotnymi mężczyznami a mężczyznami będącymi w związku. Wartości średnie wraz z odchyleniami oraz wyniki testu zawarto w Tabeli IX.

Tabela IX. Wyniki testu t Studenta dla prób niezależnych. Jakość życia respondentów. Porównanie mężczyzn będących w związku i mężczyzn samotnych

Różnica dla domeny:	Samotni		W związku		Test t Studenta	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
Ogólna jakość życia	3,8	0,89	3,8	1,03	0,13	0,897
Samoocena stanu zdrowia	3,5	1,00	3,3	1,09	1,28	0,203
Fizycznej	68,9	19,60	68,1	20,29	0,21	0,833
Psychologicznej	62,8	18,61	61,6	20,63	0,33	0,743
Społecznej	59,3	26,69	63,9	23,57	-1,01	0,313
Środowisko	70,1	19,11	70,6	19,00	-0,15	0,884

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *t* – wartość testu t Studenta, *p* – poziom istotności

Analiza korelacyjna za pomocą współczynnika rang Spearmana wykazała statystycznie istotne powiązanie między wykształceniem a ogólną jakością życia ($p = 0,018$).

Osoby z wyższym stopniem wykształcenia, cechowały się lepszą jakością życia. Ankietowani, którzy nie przyjmowali leków i nie byli w trakcie terapii, niż osoby, które przyjmowały leki lub były w trakcie terapii, cechowali się lepszą:

- ogólną jakością życia ($p = 0,006$),
- samooceną stanu zdrowia ($p = 0,003$)
- jakością życia w domenie fizycznej ($p = 0,003$), psychologicznej ($p < 0,001$), społecznej ($p = 0,001$) i środowiskowej ($p < 0,001$)

Analiza za pomocą testu t Studenta dla prób niezależnych wykazała, że osoby aktywne zawodowo, niż osoby nieaktywne zawodowo (Tab. X), cieszyły się większą:

- ogólną jakością życia ($p = 0,017$),
- stanem zdrowia ($p = 0,037$) i

- jakością życia w domenie fizycznej ($p = 0,031$)

Tabela X: Wyniki testu t Studenta dla prób niezależnych. Jakość życia respondentów. Porównanie osób aktywnych i nieaktywnych zawodowo

Różnica dla domeny:	Nieaktywne zawodowo		Aktywne zawodowo		Test t Studenta	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
Ogólna jakość życia	3,2	1,11	3,9	0,96	-2,42	0,017
Samoocena stanu zdrowia	2,8	1,29	3,4	1,04	-2,10	0,037
Fizyczna	56,5	28,73	69,5	18,93	-2,18	0,031
Psychologiczna	54,5	24,06	62,7	19,63	-1,37	0,173
Spoleczna	56,3	26,38	63,3	24,24	-0,96	0,340
Środowisko	62,5	22,81	71,3	18,49	-1,55	0,124

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *t* – wartość testu t Studenta, *p* – poziom istotności

DYSKUSJA

Coraz częściej zwraca się uwagę w medycynie na konieczność holistycznego spojrzenia na pacjenta, czyli uwzględniania każdej sfery jego życia, a nie wyłącznie skupianie się na walce z chorobą. Takie podejście gwarantuje realizację założeń WHO, która definiuje zdrowie jako „pełnię dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby i niedomagania” [6]. Nowotwór jądra jest schorzeniem, które łatwo poddaje się leczeniu. Gdyby rozpatrywać tę jednostkę chorobową uwzględniając jedynie aspekty sfery fizycznej, można byłoby stwierdzić, że po zabiegu usunięciu jądra chory szybko wraca do pełni sił i niewiele w jego życiu ulega zmianie. Jednak biorąc pod uwagę fakt, iż pacjent został zmuszony do walki z chorobą nowotworową, a dodatkowo nowotwór dotyczy narządów płciowych, można się spodziewać wielu trudności, szczególnie w sferze psychicznej i społecznej.

Analizując jakość życia ocenia się wszystkie obszary życia badanej grupy. Na podstawie przedstawionych wyników można stwierdzić, że jakość życia mężczyzn po orchidektomii ulega pogorszeniu. W pytaniach zawartych w autorskim kwestionariuszu ankietowani zazwyczaj oceniali swój stan zdrowia oraz swoją kondycję psychiczną jako dobrą i bardzo dobrą, jako doskonałą tylko 12%. W wynikach uzyskanych z wskaźnika WHOQOL-BREF żaden z respondentów nie zdobył maksymalnej liczby punktów. Najlepiej ocenili jakość

życia w domenie środowisko i fizycznej, gorzej wypadła dziedzina społeczna i psychologiczna. Ocena jakości życia była ściśle zależna od oceny stanu własnego zdrowia. Pomimo dosyć dobrej oceny jakości życia, chorzy nie radzą sobie z sytuacją, w jakiej się znajdują, szukają wsparcia wśród najbliższych, starają się nie myśleć o chorobie, jednak czasem potrzebują skorzystać z pomocy psychologa lub psychiatry. Ponad połowa osób uważa, że ich życie się nie zmieni lub będzie gorszej jakości.

Uzyskane wyniki badań odpowiadały założeniom pracy. Pomimo tego, że nowotwór dotyczy jądra – męskiej gonady, większość nie traci poczucia męskości, z takim problemem według zebranych danych zmagają się 1/3 mężczyzn. Choroba nie ma także bardzo negatywnego wpływu na relacje z partnerką. Nieznaczny odsetek badanych twierdził, że po orchidektomii rozstali się ze swoimi partnerkami (10%). Najważniejszym aspektem mogącym wpływać na jakość życia mężczyzn po orchidektomii są problemy, jakie pojawiają się w ich życiu seksualnym. Ponad połowa respondentów odpowiedziała, że ich życie intymne zmieniło się. Najczęściej odczuwali zmniejszony popęd seksualny, ale też mieli trudności z erekcją, ejakulacją, doznawali uczucia wstydu i bólu podczas stosunku. 8% osób całkowicie zrezygnowało z aktywnego życia seksualnego. Należy zwrócić uwagę również na fakt, że aż 33% mężczyzn zadeklarowało, że mają problemy z poczęciem dziecka z powodu przebytej operacji. Zastanawiające jest to, skąd wynikają powyższe dolegliwości, skoro z medycznego punktu widzenia jedno jądro powinno produkować wystarczającą ilość testosteronu i plemników, aby przedstawionych problemów nie było. Warto pamiętać, że zarówno chemioterapia i radioterapia mogą wpływać na niepłodność. W przeprowadzonym badaniu nasuwa się wniosek, że poziom testosteronu po zastosowanej terapii może ulec zmniejszeniu. W badaniach 13% osób przyznało, że przyjmuje leki, jednak pytanie nie było sprecyzowane, jakie to leki. Podczas spontanicznych rozmów z chorymi ustalono, że część osób przyjmuje suplementację hormonalną (testosteron). Jak odpowiedział jeden z respondentów: „Po orchidektomii mój poziom testosteronu pozostał niski. Myślę, że to jest powód, przez który nie jestem tak silny jak wcześniej.” Inny mężczyzna (jeden z założycieli stowarzyszenia zrzeszającego mężczyzn z nowotworem jądra) opisał życie po orchidektomii w następujący sposób: „Większość mężczyzn ma zmniejszony popęd seksualny i cierpi na depresję. Nagły spadek testosteronu może wpływać na wiele rzeczy, np. takie jak przyrost masy ciała, utrata pamięci itp.” Warto zatem zwrócić uwagę, jak funkcjonują mężczyźni po orchidektomii, którzy suplementują testosteron. Być może powinno się przeprowadzić badania wśród większej grupy osób różnicując badanych na mężczyzn, którzy przyjmują testosteron i którzy nie przyjmują oraz dodatkowo sprawdzić, jak na jakość życia może wpływać protezowanie jądra.

Badanie pokazało, że prawie połowa uważała, że przebyta operacja uniemożliwia im kontynuowanie rozwoju zainteresowań w różnym stopniu. Uzyskane wyniki są zaskakujące, ponieważ przebycie orchidektomii nie wpływa na ograniczenie aktywności fizycznej. Taka postawa może wynikać z ogólnej rezygnacji chorego, tak jak pokazują zebrane dane, ponad 60% mężczyzn odpowiedziało, że nie radzi sobie z sytuacją, w jakiej się znajduje oraz ponad połowa nie posiada nadziei na poprawę jakości życia. Przedstawioną tezę można poprzeć wynikami badań, jakie uzyskały Kurowska i Jaworska. Sprawdzały one zależność między poczuciem koherencji a stylami radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka jądnika i jądra. Poczucie koherencji, czyli zrozumiałości, sensowności i zaradności było obniżone. Spadek poczucia koherencji odpowiada za zmniejszenie wiary w sens życia, jego uporządkowanie i przewidywalność, a co za tym idzie, wpływa na negatywne nastawienie [7].

Podobne badania z wykorzystaniem wskaźnika WHOQOL-BREF przeprowadzili M. Osmańska, A. Borkowska i R. Makarewicz. Wśród 111 mężczyzn z rozpoznaniem złośliwego zarodkowego nowotworu jądra i poddanych orchidektomii 58% było zadowolonych z jakości swojego życia oraz ponad 50% oceniło swój stan zdrowia jako dobry (byli zadowoleni lub bardzo zadowoleni). Uwzględniając poszczególne dziedziny życia najlepiej wypadła domena społeczna i środowisko, gorzej fizyczna, a najslabiej psychologiczna. Autorzy poddali korelacji ocenę jakości życia z nasileniem cech lęku i depresji mierzonych za pomocą skali HADS (Szpitalna Skala Lęku i Depresji). Wykazano silną korelację między gorszą sprawnością psychiczną a cechami lęku i depresji. Wyższe nasilenie cech lęku i depresji wiązało się z gorszym funkcjonowaniem społecznym, gorszą ogólną percepcją jakości życia i gorszą oceną własnego stanu zdrowia, również osoby o słabszej kondycji fizycznej prezentowały większe nasilenie depresji [8]. Norwescy badacze przeprowadzili ocenę 1408 pacjentów, którzy zakończyli leczenie co najmniej 11 lat od rozpoznania nowotworu jądra. Badania przeprowadzili również z wykorzystaniem skali HADS. Stwierdzili wśród badanych ogólnie podwyższony poziom lęku i depresji, zaburzenia lękowe rozpoznano u 19% mężczyzn, a u 10% zaburzenia depresyjne. Zaburzenia lękowe były związane z młodym wiekiem badanych, strachem przed remisją choroby, trudnościami ekonomicznymi, problemem alkoholowym i zaburzeniami seksualnymi [9].

Jak wynika z przeprowadzonych własnych badań oraz z badań innych autorów, jakość życia pacjentów po orchidektomii z rozpoznaniem nowotworem jądra nie jest na najgorszym poziomie według subiektywnej oceny chorych. Jednak znaczna część pacjentów pomimo dobrej kondycji fizycznej ma trudności w funkcjonowaniu sfery psychicznej. Można wyciągnąć wniosek, iż przebycie choroby nowotworowej wiąże się z doznaniem silnego stresu, który

mocno wpływa na psychikę chorych i zabiera im potencjalne siły i możliwości na powrót do życia sprzed postawienia diagnozy.

WNIOSKI

Na podstawie uzyskanych wyników można postawić następujące wnioski:

1. Jakość życia w ujęciu ogólnym jest na dosyć dobrym poziomie, ale nie na najwyższym. Jakość życia jest w dużym stopniu zależna od samooceny własnego stanu zdrowia.
2. W poszczególnych dziedzinach życia najgorzej wypadła domena psychologiczna i społeczna, najlepiej środowisko i dziedzina fizyczna.
3. Zarówno poziom wykształcenia, jak i aktywność zawodowa mają wpływ na ocenę jakości życia. Im osoby posiadają wyższy poziom wykształcenia tym lepiej oceniają jakość swojego życia, również większe zadowolenie wykazują mężczyźni aktywni zawodowo.
4. Przebycie orchidektomii u wielu mężczyzn decyduje o zaprzestaniu lub ograniczeniu rozwoju własnych zainteresowań.
5. Orchidektomia nie zawsze wpływa negatywnie na poczucie męskości, często nic nie zmienia w tej kwestii.
6. Podobnie wyniki kształtowały się w obszarze relacji z partnerką, najczęściej zabieg nie miał żadnego wpływu na związek z partnerką, rzadko relacje uległy pogorszeniu.
7. Orchidektomia powoduje negatywne zmiany w życiu seksualnym, największy problem stanowi zmniejszony popęd seksualny, a także problemy z erekcją, ejakulacją, doznania wstydu, czy bólu podczas stosunku płciowego. Czasami jest powodem rezygnacji z aktywnego życia seksualnego.
8. Usunięcie jądra może stać się źródłem problemów związanych z chęcią poczęcia dziecka, jednak taka sytuacja zdarza się rzadko.
9. Poczucie dosyć dobrej jakości życia nie jest równoznaczne z poczuciem kontroli nad swoim stanem zdrowia. Chorzy nie radzą sobie z sytuacją, w jakiej się znajdują, szukają wsparcia wśród najbliższych, starają się nie myśleć o chorobie, jednak czasem potrzebują skorzystać z pomocy psychologa lub psychiatry.
10. Wizja przyszłości mężczyzn po orchidektomii zazwyczaj jest pesymistyczna, tzn. zakładają, że nic się nie zmieni w ich życiu albo jakość ich życia będzie gorsza.
11. Należy zwrócić większą uwagę na holistyczne spojrzenie na pacjentów z nowotworem jądra.

12. Warto rozważyć wdrożenie terapii mogącej zminimalizować negatywne skutki orchidektomii. Należałoby przeprowadzić badania, które pozwoliłyby ocenić, jak na jakość życia wpływa substytuowanie testosteronu oraz wstawianie protez jądra. Dodatkowo każdy chory powinien być objęty pomocą psychologa.

PIŚMIENNICTWO

1. Didkowska J.: Epidemiologia nowotworów układu moczowo – płciowego w Polsce [w:] Nowotwory układu moczowo – płciowego. Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Jassem J., Krzakowski M., Senkus-Konefka E., Zdrojowy R. (red.). Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2013: 1-11.
2. <https://eurologia.pl/g/386,orchidektomia-operacja-usuniecia-jadra> (data dostępu 24.03.2020).
3. de Walden – Gałuszko K., Majkiewicz M. (red.): Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
4. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine* 1995; 41: 1403-1409.
5. Cieślik B., Podbielska H.: Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria biomedyczna* 2015; 2: 102-135.
6. Porozumienie z dn. 22 lipca 1946 r. zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Dz. U. Nr 61, poz. 477.
7. Kurowska K., Jaworska M.: Poczucie koherencji (SOC) a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka jądra. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 4: 429-434.
8. Osmańska M., Borkowska A., Makarewicz R.: Ocena jakości życia, nasilenia cech lęku i depresji u pacjentów ze złośliwym zarodkowym nowotworem jądra w trakcie chemioterapii i po zakończonym leczeniu onkologicznym. *Psychiatria Polska* 2010; 4: 543-556.
9. Dahl A.A., Haaland C.F., Mykletun A., Bremnes R., Dahl O., Klepp O., Wist E., Fosså S.D.: Study of anxiety disorder and depression in long-term survivors of testicular cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2005; 23: 2389–2395.

Jakość życia w ujęciu ogólnym oraz w aspekcie choroby nowotworowej

Anna Talaj¹, Joanna Wojtyniak²

1. Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Elbląska Uczelnia Humanistyczno–Ekonomiczna w Elblągu
2. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie

WPROWADZENIE

Obecnie istnieje wiele modeli jakości życia. Jakość życia człowieka w dużej mierze zależy od przyjętej filozofii życia, hierarchii oraz oczekiwań wobec własnego życia. Należy pamiętać, że jest także efektem wychowania człowieka. Badanie nad jakością życia w ostatnich latach zyskało na znaczeniu. Prowadzenie takich badań jest przejawem troski o dobro pacjenta, ale także wyrazem zaangażowania ludzi wielu profesji. Pojęcie jakości jest uzupełnieniem oceny stanu zdrowia człowieka [1]. Diagnoza choroby przewlekłej niesie za sobą bardzo wiele zmian z sferze biologicznej, psychicznej i społecznej, a także bywa trudnym doświadczeniem dla osób z otoczenia.

Dla ekonomistów predyktorami jakości życia są warunki bytowe, a w szczególności zasobność finansowa społeczeństwa. Przedstawiciele medycyny widzą determinanty szczęścia w dobrym zdrowiu, traktowanym jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Socjologowie szukają istoty jakości życia w obszarze stosunków społecznych, a pedagodzy widzą ją w wychowaniu i wartościach. Dla psychologów, zależnie od wyznawanego paradygmatu, jest to jakość dorastania, więź z obiektem przywiązania, lub zdolność do samorealizacji.

Pytanie o jakość życia człowieka jest więc pytaniem retorycznym. Już od zarania dziejów próbowano zgłębić tajemnicę szczęścia. W tym celu poszukiwano uwarunkowań satysfakcji oraz zadowolenia z życia. Niestety do dziś żadnemu badaczowi natury ludzkiej nie udało się stworzyć uniwersalnej recepty gwarantującej szczęście [2].

Jakość życia odnosi się do poczucia szczęścia. Rozważania na temat szczęśliwego życia toczą się od wieków, natomiast pojęcie jakości życia pojawiło się dopiero w latach 60. XX wieku. Początkowo oznaczało „dobre życie”, z czasem zaczęto zwracać uwagę na kryteria

związane z „być” zamiast „mieć”. Poczucie dobrej jakości życia jest subiektywne i zależy od sposobu postrzegania danej osoby. Istotnym czynnikiem warunkującym satysfakcję z jakości życia jest system wartości, jaki posiada jednostka. Świat wartości należy do duchowej sfery człowieka i świadczy o indywidualności w postrzeganiu tej samej sytuacji przez różne osoby. Dla jednych posiadanie zdrowia i kochającej się rodziny, przy jednoczesnym braku pieniędzy na niektóre potrzeby może dawać wrażenie szczęścia, a dla innych tylko dobre materialne warunki mogą gwarantować zadowolenie z życia [3]. Tak samo może być w przypadku choroby, która spowoduje ograniczenie aktywności ruchowej. Dla kogoś, kto bardzo lubi sport, może być to powodem znacznego spadku jakości życia, natomiast dla innej osoby, która nigdy nie była aktywna fizycznie, jakość życia może się obniżyć w niewielkim stopniu. Hunt i McKenna wiążą jakość życia ze sferą motywacji, tzn. ze zdolnością i możliwościami człowieka do zaspokajania potrzeb. Im stopień spełnienia określonych dla człowieka potrzeb jest wyższy, tym jakość życia jest lepsza [4]. Pojęcie jakości życia może być definiowane różnie zależnie od specjalności osoby, która je opisuje. Jakość życia można odnosić do normy klinicznej, społecznej lub indywidualnej. Rozwój medycyny, szczególnie pod względem technicznym przyczynił się do znacznej poprawy w diagnozowaniu i leczeniu chorych. Problemem jednak stało się traktowanie pacjenta zbyt przedmiotowo. Leczenie skupia się na terapii mającej zlikwidować chorobę, pomijana zostaje natomiast sfera psychiczna chorego, która w istotny sposób decyduje o jakości życia. Obecnie wzrasta długość lat życia, jednak jednocześnie wzrasta liczba osób żyjących z chorobą przewlekłą, czy chorobą nowotworową. Medycyna pozwala zachować życie, ale ma niewielki wpływ na zapewnienie odpowiedniej jego jakości. Zaczęto więc prowadzić badania, mające na celu ocenę jakości życia pacjentów, zwraca się większą uwagę na holistyczne spojrzenie na chorego i podejmuje się działania wpływające na lepsze poczucie zadowolenia z życia.

Postrzeganie pacjenta poprzez wielowymiarową płaszczyznę, a nie jedynie koncentrowanie się na braku dolegliwości fizycznych, spowodowało rozwój działań na rzecz jakości życia. Problem ten pojawił się w medycynie w latach 70. Próby zdefiniowania jakości życia doprowadziły do stworzenia przez Schipper'a i jego współpracowników nowego pojęcia – HRQOL (ang. *Health related quality of life*) – jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia. Pojęcie to rozumiane jest jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta”. HRQOL obejmuje cztery dziedziny: sprawność ruchową i stan fizyczny, psychikę, stan społeczny i warunki ekonomiczne oraz objawy somatyczne. Autor zwraca uwagę, że HRQOL ocenia przede wszystkim subiektywne odczucia pacjenta [2]. Przy WHO w 1994 roku powołano sekcję WHOQOL (ang. *World Health Organization Quality of*

life), która zdefiniowała jakość życia jako „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” [4].

Choroba powoduje dezorganizację dotychczasowego stanu fizycznego, psychicznego i społecznego. Stawia człowieka w nowej sytuacji, w której trudno się odnaleźć. Choremu zaczyna brakować zdolności do zaspokajania własnych potrzeb, do samorealizacji, do wykonywania obowiązków wynikających z ról społecznych jakie pełni, co przyczynia się do braku zadowolenia z własnego życia. Zdrowym mechanizmem obronnym jest szukanie sposobu, aby pokonać chorobę. Najlepszym rozwiązaniem jest pozbycie się problemu, czyli aktywny udział w procesie leczenia, który doprowadzi do wyzdrowienia, jednak nie zawsze jest to osiągalne. W przypadku chorób przewlekłych lub nagłych wypadków, które spowodują niepełnosprawność różnego stopnia, zasadnicze staje się nauczenie życia w nowych warunkach, odnalezienie sensu i poszukanie pozytywnych aspektów aktualnej sytuacji. Czasem pokonanie choroby jest niemożliwe, wtedy najtrudniej jest zrozumieć otaczającą rzeczywistość i dostosować się do niej. W przypadku chorób nieuleczalnych człowiek skupia się na dokonaniu w sobie zmian w sposobach reagowania na przeciwności. Reakcje na chorobę warunkują subiektywną ocenę jakości swojego życia. Chorzy oprócz zmagania się z objawami somatycznymi toczą walkę o zachowanie jak najlepszego życia psychicznego i społecznego, dlatego badając jakość życia pacjentów należy wziąć pod uwagę nie tylko widoczne w wynikach badań efekty leczenia.

Oceniając jakość życia należy uwzględnić cztery sfery:

1. Sferę fizyczną – sprawność podstawowych funkcji fizjologicznych oraz stopień aktywności, czyli zdolność do samoobsługi
2. Sferę psychiczną – stopień dopasowania się do choroby, istnienie odczuć pozytywnych lub negatywnych oraz występowanie zaburzeń psychicznych
3. Sferę społeczną – kontakty interpersonalne, zdolność i chęć do podejmowania aktywności społecznych, warunki materialno – bytowe
4. Sferę doznań somatycznych – jakie objawy somatyczne występują w codziennym życiu i jaki wywierają wpływ na jakość życia.

Ocena jakości życia jest zmienna w czasie i ulega wahaniom należy o tym pamiętać podczas interpretacji wyników [5].

Nowotwory należą do chorób, które wywołują strach związany ze śmiercią w cierpieniu. Przybierają one jednak różne formy w zależności od typu nowotworu, czasu jego wykrycia,

zaawansowania, sposobu leczenia. Obecnie medycyna daje możliwości wdrożenia szybkiego i w miarę efektywnego leczenia nowotworów, jednak wyleczenie zależy od wielu czynników.

Im wcześniej nowotwór zostaje wykryty, tym prognozy są lepsze, również zmiany łagodne lub złośliwe w początkowym etapie zaawansowania dają większe nadzieje na sukces terapeutyczny.

Gorzej jest, kiedy nowotwór jest wykryty zbyt późno, kiedy jest złośliwy i w zaawansowanym stadium oraz kiedy daje przerzuty, wówczas terapia skupia się na zminimalizowaniu nasilenia objawów, na utrzymaniu jak najdłużej, jak najlepszej jakości życia. Na tym etapie chorym najczęściej zajmuje się medycyna paliatywna.

Ze względu na stereotypowe myślenie o chorobie nowotworowej, nawet wówczas, gdy nie powoduje ona nieprzyjemnych dolegliwości fizycznych ani ograniczeń ruchowych czy społecznych, stanowi ona duże obciążenie psychiczne.

Zdiagnozowanie nowotworu wiąże się z koniecznością rozpoczęcia jak najszybciej leczenia, najczęściej w warunkach szpitalnych.

Dla chorego sama diagnoza jest ogromnym ciosem, dodatkowo wchodzi on w nową rolę – rolę pacjenta, sytuacja, w jakiej się znalazł jest dla niego źródłem wielu przykrych emocji i stresu.

Psychoonkolodzy wyróżnili reakcje chorych na nowotwór w poszczególnych fazach [6]:

- Faza pierwsza – diagnoza - Zwykle uczucia, jakie się pojawiają w tym momencie to: szok, gniew, złość, lęk, żal, rozpacz, poczucie niesprawiedliwości, pytania „dlaczego ja?”.
- Faza druga – leczenie - Na tym etapie chory zazwyczaj zaakceptował chorobę i podjął próbę walki. Ma nadzieję, że zastosowane leczenie przyniesie odpowiednie efekty i pokona nowotwór. Negatywne emocje związane są z prowadzonymi zabiegami terapeutycznymi, są to: wstyd, izolowanie się, chęć ukrycia choroby i skutków leczenia, lęk przed skutkami terapii, przed leczeniem, przed bólem, poczucie bezradności i beznadziejności, poczucie utraty kontroli, lęk przed utratą samodzielności i konieczności korzystania z pomocy innych.
- Faza trzecia – remisja i zakończenie leczenia - Jest to wyczekiwany czas przez chorego i jego najbliższych, pojawia się radość i chęć zmiany swojego dotychczasowego życia. Z drugiej strony osoby, których całe życie skupiło się na chorobie mogą odczuwać lęk przed odnalezieniem się w sytuacji jej braku. Pojawia się lęk przed powrotem do

normalności, do pracy, do szkoły oraz najczęściej lęk przed nawrotem choroby i przerzutami.

- Faza czwarta – nawrót lub przerzut - Chory ponownie odczuwa złość, rozpacz, lęk, strach przed leczeniem, bólem, skutkami ubocznymi, nasila się strach przed śmiercią. Pacjenci najczęściej tracą nadzieję, mają poczucie beznadziejności, braku sensu, często dochodzi do depresji i konieczna jest pomoc psychologa.
- Faza piąta – przedterminalna i terminalna - W tej fazie zazwyczaj nie ma szans na wyzdrowienie, chory odczuwa lęk przed śmiercią, lęk przed bólem, cierpieniem oraz lęk o swoich bliskich. Jest to czas, w którym pacjent, o ile starczy mu sił, może zamknąć wszystkie sprawy i przygotować się do rozstania.

Pomimo trudnej sytuacji, w jakiej znajduje się chory, istnieje możliwość, że dostosuje się on do sytuacji, przewartościowując swoje położenie życiowe. Przedmiotem badań nad jakością życia nie jest zatem obiektywna ocena stanu zaawansowania choroby, tylko ocena własnej sytuacji życiowej chorych [7]. Wraz z postępem choroby, pacjentowi coraz trudniej jest jednak wyrazić swoje potrzeby, nasilają się dolegliwości somatyczne, apatia, znużenie i psychiczne zubożenie. Pojawiają się wówczas trudności w subiektywnej ocenie jakości życia, działania mające na celu poprawę zadowolenia powinny skupiać się na odpowiedniej kontroli objawów fizycznych, zapewnieniu spokoju, ciszy i obecności przy pacjencie. Wnikliwa obserwacja chorego pozwala na obiektywną ocenę jego jakości życia. Badania nad jakością życia zyskują coraz większe znaczenie, szczególnie w onkologii. Narodowy Instytut Raka w USA oraz Europejska Organizacja Badania i Leczenia Raka (EORTC) powołały grupy badawcze do oceny jakości życia [2].

PIŚMIENNICTWO

1. Chrobak M.: Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17(2): 123.
2. Jankowska M.: Wpływ hemodializoterapii na jakość życia pacjenta Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna, Elbląg 2014.
3. Wnuk M., Marcinkowski J.T.: Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze inderdyscyplinarnym, *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012; 93: 21-26.
4. De Walden-Gałuszko K., Majkovicz M.: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
5. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine* 1995; 41: 1403-1409.

6. <http://www.sarcoma.pl/psychoonkologia/reakcje-psychiczne-na-chorobe-nowotworowa-na-jej-roznych-etapach/> (data dostępu 28.05.2020).
7. Leppert W., Forycka M., De Walden–Gałaszko K., Majkowicz M., Buss T.: Ocena jakości życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej. *Psychoonkologia* 2014; 1: 17-29.

Zaburzenia lękowe w obliczu wysokiego ryzyka śmierci

Tomasz Rogoziński^{1,4}, Alina Szewczyk^{1,2}, Natalia Markiewicz¹, Stanisław Ferenc², Willy Hauzer², Krzysztof Dorna³, Jan Gnus^{1,2}

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław
3. Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu, Wrocław
4. Milickie Centrum Medyczne - Oddział Ogólnopsychiatryczny, Milicz

WSTĘP

Zaburzenia lękowe, nazywane poprzednio nerwicowymi, są szerokim workiem pojęć psychopatologii psychiatrycznej, w którym genezą powstających objawów jest powstający w ośrodkowym układzie nerwowym lęk manifestujący się, między innymi, zaburzoną czynnością układu autonomicznego. Sam lęk, czyli niepokój jest zaburzeniem aktualnego stanu psychicznego, które objawia się jako nadmierny, nieadekwatny do aktualnych wydarzeń dyskomfort psychiczny i strach przed pewnymi zjawiskami, obiektami [1].

W klasyfikacji zaburzeń lękowych wg ICD-10 wyróżniamy: zaburzenia lękowe w postaci fobii, inne zaburzenia lękowe (z napadami lęku, zaburzenie lękowe uogólnione, zaburzenia depresyjno-lękowe mieszane), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, inne zaburzenia nerwicowe (neurastenia, zespół depersonalizacji-derealizacji). W niektórych momentach życia człowieka występuje szczególnie narażenie na wystąpienie zaburzeń lękowych, a szczególnie w stanach terminalnych i przedterminalnych.

CEL PRACY

Istnieje wiele doniesień, że osoby doświadczające diagnozy choroby nieuleczalnej prowadzącej niechybnie do śmierci w bliżej określonym czasie są narażone na wyższe praw-

dopodobieństwo rozwinięcia zaburzenia psychicznego, szczególnie zaburzeń lękowych, zaburzeń nastroju i zaburzeń snu [2]. Wspomniani chorzy zmagają się ze skrajnie zmienioną sytuacją życiową. W znacznej mierze wpływa na to częsta konieczność łagodzenia bólu, częste pobyty w instytucjach medycznych, a także zwiększona ilość obowiązków związanych ze sprawami administracyjnymi.

Istnieje wobec tego wiele programów terapeutycznych, które obok stricte pomocy somatycznej oferują także rozbudowaną pomoc psychologiczno-psychiatryczną dla terminalnie chorych [3].

Istnieje potrzeba uwidocznienia najczęstszych zaburzeń lękowych w tej grupie chorych, łatwiejszą diagnostykę dla personelu medycznego niebędącego psychologami lub psychiatrami, zajmującego się pacjentami paliatywnymi, a także indywidualne dostosowanie protokołów psychoterapeutycznych oraz psychofarmakologicznych mogących być bezpiecznie stosowanych u pacjentów terminalnie chorych, u których najczęściej mamy do czynienia z polifarmakoterapią i negatywnymi skutkami owej polipragmazji.

LĘK W CHOROBAH ŚMIERTELNYCH

Zgodnie z definicją choroba terminalna oznacza chorobę, której leczenie przyczynowe jest nieznane i we wszystkich przypadkach nieuchronnie prowadzi do śmierci; lub stadium danej choroby jest tak zaawansowane, że nie można już jej leczyć przyczynowo [4]. Istnieje wiele doniesień, że zaburzenia stanu psychicznego, głównie w postaci zaburzeń lękowych występują znacznie częściej w populacji chorych ze stanem terminalnym [1]. Głównymi trudnościami, na jakie może napotkać personel zajmujący się głównie dobrotanem fizycznym chorego może stać się brak wystarczającego szkolenia z zakresu profilaktyki zaburzeń lękowych i leczenia u chorych leczonych paliatywnie [5]. Często lęk, który wysuwa się na pierwszy plan w zauważalnej psychopatologii jest jedynie częścią składową całego spektrum objawów, u osób w podeszłym wieku często towarzyszy przebiegowi zaburzeń psychotycznych czy otępieniu [6]. Najczęstszymi zaburzeniami lękowymi w tej grupie chorych jest zaburzenie adaptacyjne, zaburzenie lękowe uogólnione oraz zaburzenie lękowe z napadami lęku panicznego [7]. Rzadziej nasilają się objawy dotychczas rozpoznanych zaburzeń psychicznych, jak zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (ruminacje dotyczące śmierci, załatwienia spraw administracyjnych) oraz myśli rezygnacyjnych towarzyszących wielu zaburzeniom („jestem ciężarem dla innych”). Istnieje wówczas konieczność diagnozy i leczenia podstawowego zaburzenia psychicznego, co dobrze dobierając farmakoterapię będzie skut-

kowało wycofaniem się dolegliwości lękowych. Przede wszystkim diagnostykę różnicową powinniśmy zacząć od tego, kiedy wystąpił stresor, w tym przypadku diagnoza choroby nieuleczalnej, określenie prognozy długości przeżycia, znaczne pogorszenie stanu zdrowia. Pomoc może to dobrać leczenie w zależności od fazy traumy [8].

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

Właściwym wyborem u pacjentów, którym pozostało kilka dni przeżycia byłoby włączenie substancji z grupy benzodiazepin krótko lub długo działających. Z kolei u osób, u których czas przeżycia to kilka tygodni lub więcej należałoby rozważyć wprowadzenie do terapii leków z grupy przeciwdepresyjnych w podanej kolejności: SSRI, SNRI, TLPD, inne. Przy diagnostyce zespołów otępiennych i organicznych często jedyną możliwością farmakologicznej deeskalacji lęku i pobudzenia psychoruchowego stają się leki przeciwpsychotyczne zarówno pierwszej, jak i kolejnych generacji. Oczywiście w tym wszystkim warto pamiętać również o diagnostyce otępienia i dobrania prawidłowego leczenia w tym schorzeniu. Dobrym wyjściem przy dużej komponentce afektywnej opisywanych zaburzeń byłoby włączenie leków z grupy tymoleptyków [7].

Podstawowym i najlepiej tolerowanym lekiem z grupy SSRI u pacjentów w podeszłym wieku z obciążeniami kardiologicznymi jest sertralina [9]. Obiecujące doniesienia w leczeniu zespołów lękowych, szczególnie zaburzenia lękowego z napadami lęku panicznego posiada citalopram [10].

W stosunkowo szybkim znoszeniu towarzyszących objawów depresyjnych zauważono w tej grupie pacjentów skuteczne działanie escitalopramu [11].

Kolejnym szczeblem leczenia objawów lękowych i depresyjnych w tej grupie chorych powinno być wprowadzenie leków z grupy SNRI, w tym wenlafaksyny i duloksetyny, zwłaszcza na ich dodatkowe działanie przeciwbólowe w określonych dawkach. Nie można tu jednak zapomnieć o przeciwwskazaniach do stosowania ich z niektórymi chemioterapeutykami, jak np. używany w terapii raka sutka tamoxifen [12].

W przypadku doboru leku benzodiazepinowego powinniśmy ocenić ewentualne ryzyko uzależnienia u pacjentów, u których prognoza przeżycia jest dosyć długa lub bliżej nieokreślona. Warto w swoich wyborach kierować się między innymi dobrą tolerancją leczenia i niskim ryzykiem interakcji. Zakładając, że większość podawanych leków jest metabolizowana w wątrobie i nerkach najkorzystniejszym wyborem w tej grupie leków byłby lorazepam, który wykazuje najmniejszą z dostępnych nefro- i hepatotoksyczność [13].

Pośród substancji stosowanych w otępieniu i stanowiących dobre uzupełnienie leczenia przeciwlękowego w pierwszym rzucie zaleca się stosowanie donepezylu oraz rywastygminy, a następnie potencjalizowanie ich efektu terapeutycznego memantyną [7].

W przypadku towarzyszącego dużego pobudzenia psychoruchowego bez odpowiedzi na postępowanie behawioralne niezbędne włączenie jest leków przeciwpsychotycznych, a w tej grupie wskazania rejestracyjne uzyskują z najlepszą tolerancją jako pierwszy rzut leczenia kwetiapina oraz tiapryd [14].

Z metod nieco starszych, ale również uzyskujących dobrą tolerancję, zwłaszcza metaboliczną i kardiologiczną na uwagę zasługują pernazyna oraz haloperidol [15].

W całym procesie chorobowym najbliżsi chorego są narażeni na różne reakcje psychiczne [11]. Z metod farmakologicznych nieco mniej tolerowanych metabolicznie, ale pozwalających na szybką redukcję objawów pobudzenia psychoruchowego, towarzyszących lękowi przy występujących objawach pozapiramidowych spowodowanych przez działanie leków przeciwpsychotycznych, miejsce terapii kolejnego rzutu zajmują leki normotymiczne z najczęściej stosowanych u osób w podeszłym wieku walproinianem sodu lub kwasem walproinowym [7,16].

WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE I PSYCHOTERAPIA

U pacjentów leczonych paliatywnie duże znaczenie odgrywa psychoterapia grupowa. Powinna być to forma terapii psychologicznej, która mimo tego, że prowadzona jest grupowo, koncentruje się na indywidualnym pacjencie. Cechą charakterystyczną prawidłowo prowadzonej grupy terapeutycznej utworzonej na oddziale jest to, że każdy z uczestników może formułować, realizować i ewentualnie modyfikować swoje własne, indywidualne cele. Metodą opartą na Evidence Based Medicine w tej grupie chorych jest terapia poznawczo-behawioralna [17].

Do głównych celów prowadzonych w tym nurcie protokołów terapeutycznych należą:

- akceptacja przez pacjenta swojej choroby i ograniczeń z niej wynikających,
- obniżenie napięcia psychicznego i niepokoju,
- poprawa komunikacji z otoczeniem,
- przeżywanie choroby bez „zapadania się w cierpienie”,
- dawanie i branie wsparcia i zachęty,
- pomoc w dostrzeganiu uzdolnień i możliwości swoich i innych,

- zwiększenie, uzyskanie lub odzyskanie zaufania do siebie i innych.

Do głównych celów terapeutycznych należą także:

- uczenie się otwartości i szczerości wobec otoczenia,
- lepsze radzenie sobie w sytuacjach stresowych,
- wzrost samooceny,
- budowanie niezależności osobistej przy jednoczesnym uświadomieniu współzależności od innych osób,
- rozszerzenie możliwości działania,
- uczenie się przeżywania uczuć bez konieczności poddawania się im,
- poprawa wglądu w treść i siłę własnych emocji i inne.

WNIOSKI

Zaburzenia lękowe to jedne z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych w grupie pacjentów w stanie terminalnym. Właściwa diagnoza, a następnie podejście psychologiczne stanowią główny element dobrostanu psychicznego w ostatnich dniach życia. Postępowanie to powinno obejmować skuteczną redukcję objawów lękowych zarówno metodami farmakologicznymi oraz za pomocą interwencji psychologicznych. Istnieje konieczność edukacji personelu na różnym szczeblu zajmującego się pacjentem w stanie terminalnym o dostępnych protokołach leczniczych w celu poprawy humanitaryzmu procesu umierania.

PIŚMIENNICTWO

1. Gałęcki P., Szulc A.: Psychiatria. Wydawnictwo Edra Urban&Partner, Wrocław 2018.
2. Seddigh R., Azarnik S., Memaryan N., Hadi F.: Spirituality as a sociocultural determinant of health in the context of medical curriculum: A call for action. *The Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2020 Feb 17; 34: 6.
3. Simon S.T., Pralong A., Radbruch L., Bausewein C., Voltz R.: The Palliative Care of Patients With Incurable Cancer. *CMAJ Deutsches Ärzteblatt International* 2020; 14, 116(7): 108-115.
4. Nolan P.: What does terminal illness mean? <https://www.mariecurie.org.uk/who/terminal-illness-definition> (data dostępu 24.05.2020).

5. Adamkiewicz-Piejko A., Kubicz D.: Oddział Stacjonarny Medycyny Paliatywnej, Kraków, Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie; Zakład Dydaktyki Medycznej Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Elementy medycyny paliatywnej w opiece długoterminowej i geriatrii. <https://www.mp.pl/geriatria/wytyczne/140960,elementy-medycyny-paliatywnej-w-opiece-dlugoterminowej-i-geriatrii>, (data dostępu 24.05.2020).
6. Aldus C.F., Arthur A, Dennington-Price A., Millac P., Richmond P., Dening T., Fox C., Matthews F.E., Robinson L., Stephan B.C.M., Brayne C., Savva G.M.: Undiagnosed dementia in primary care: a record linkage study. Southampton (UK). NIHR Journals Library 2020.
7. Marek J.: Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2015.
8. Popiel A.: Trauma, stresor traumatyczny – czym jest uraz psychiczny. Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie, <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/74803,trauma-stresor-traumatyczny-czym-jest-uraz-psychiczny> (data dostępu 24.05.2020).
9. Silverstein-Metzler M.G., Justice J.N., Appt S.E., Groban L., Kitzman D.W., Carr J.J., Register T.C., Shively C.A.: Long-term sertraline treatment and depression effects on carotid artery atherosclerosis in premenopausal female primates. *Menopause* 2017; 24(10): 1175-1184.
10. Zimmermann F.M., El Farissi M., Tonino P.A.L.: Cardiac Outcomes After Treatment for Depression in Patients With Acute Coronary Syndrome. *JAMA* 2018; 27, 320(20): 2151-2152.
11. Glass O.M., Hermida A.P., Hershenberg R., Schwartz A.C.: Considerations and Current Trends in the Management of the Geriatric Patient on a Consultation-Liaison Service. *Current Psychiatry Reports* 2020; 22(5): 21.
12. Hussaarts K.G.A.M., Berger F.A., Binkhorst L., Oomen-de Hoop E., van Leeuwen R.W.F., van Alphen R.J, Mathijssen-van Stein D., de Groot N.M.S., Mathijssen R.H.J., van Gelder T.: The Risk of QTc-Interval Prolongation in Breast Cancer Patients Treated with Tamoxifen in Combination with Serotonin Reuptake Inhibitors, *Pharmaceutical Research* 2019; 37(1): 7.
13. Cosci F., Chouinard G.: Acute and Persistent Withdrawal Syndromes Following Discontinuation of Psychotropic Medications. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2020; 7: 1-24.

14. Canal M., Desanti C.R., Santoni J.P.: A new oral formulation of tiapride (drops): pharmacokinetic profile and therapeutic applications., *Clinical Drug Investigation* 1998; 15(5): 455-460.
15. Gareri P., De Fazio P., Stilo M., Ferreri G., De Sarro G.: Conventional and atypical antipsychotics in the elderly: a review. *Clinical Drug Investigation* 2003; 23(5) 287-322.
16. Williamson D., Frenette A.J., Burry L.D., Perreault M., Charbonney E., Lamontagne F., Potvin M.J., Giguère J.F., Mehta S., Bernard F.: Pharmacological interventions for agitated behaviours in patients with traumatic brain injury: a systematic review. *BMJ Open* 2019 Jul 9; 9(7): e029604.
17. Landa-Ramírez E., Greer J.A., Sánchez-Román S., Manolov R., Salado-Avila M.M., Templos-Esteban L.A., Riveros-Rosas A.: Tailoring Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety Symptoms in Mexican Terminal Cancer Patients: A Multiple Baseline Study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2020; 27(1): 54-67.

Efekty zastosowania Treningu Redukcji Stresu Opartego na Uważności (MBSR) u chorych na raka piersi

Aleksandra Banera¹, Joanna Myślińska¹, Aneta Hauzer¹, Bartosz Kurzelewski¹, Karolina Pawlak², Karolina Radzikowska¹, Jan Gnus^{1,2}

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław.

WSTĘP

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet [1]. Choroba nowotworowa jest sytuacją ciężką dla każdego pacjenta. Usłyszenie diagnozy oraz proces leczenia może być traumatycznym przeżyciem. Chory doświadcza zarówno cierpienia fizycznego (np.: rekonwalescencja po zabiegu operacyjnym), jak i psychicznego (np.: lęk przed efektami ubocznymi chemioterapii, lęk przed nawrotem choroby). Sytuacja ta budzi w pacjencie wiele emocji, takich jak smutek, złość, czy bezradność. Zmusza również do refleksji nad własną śmiertelnością [2]. Także rodzina chorego doświadcza emocjonalnego stresu związanego z sytuacją, w jakiej znalazła się bliska im osoba. Zdrowie psychiczne, obok zdrowia fizycznego, jest niezbędne dla pełnego dobrostanu człowieka. Dlatego poza standardowym leczeniem operacyjnym, chemioterapią i radioterapią pacjenci mogą również sięgać po terapie uzupełniające, wspomagające ich stan psychiczny.

Trening Redukcji Stresu Oparty na Uważności (*Mindfulness Based Stress Reduction – MBSR*) jest to program opracowany przez profesora John Kabat-Zinn'a w latach 70. XX w. w Stanach Zjednoczonych dla pacjentów zmagających się z przewlekłym bólem i stresem. Jest to 8-tygodniowy program skupiony na rozwoju uważności, czyli zdolności koncentracji swojej uwagi na bieżących doświadczeniach – uczuciach, emocjach, wrażeniach fizycznych. Wykorzystuje ćwiczenia medytacyjne oraz skanowanie swojego ciała. W jego skład wchodzi cykl 2,5 godzinnych cotygodniowych spotkań poświęconych kolejno: uważności, postrzeganiu siebie i świata, pracy z własnym ciałem, stresem, myślami i emocjami, komunikacji oraz jednego spotkania całonocnego. Poza tym niezbędnym elementem jest codzienna samodzielna

praktyka. Ma to prowadzić do zmniejszenia poziomu stresu i napięcia emocjonalnego odczuwanego w danym momencie oraz, w dłuższej perspektywie, rozwinąć poczucie akceptacji i życzliwości wobec otoczenia [3]. Trening MBSR wykazał swoją skuteczność jako metoda radzenia sobie ze stresem u pacjentów cierpiących na depresje, stany lękowe, chroniczne bóle oraz nowotwory [4]. Poniżej przedstawię informacje dotyczące efektów zastosowania tej metody u pacjentek chorujących na raka piersi.

NEGATYWNE SKUTKI PSYCHOLOGICZNE RAKA PIERSI

Stres psychologiczny pojawia się już na początku drogi pacjentki chorej na nowotwór piersi. Pacjentki bezpośrednio przed wykonaniem biopsji zgłaszają wyższy poziom lęku i zaburzeń nastroju. Te objawy utrzymują się u nich bezpośrednio, a nawet miesiąc po zabiegu, niezależnie od otrzymanych wyników biopsji [5]. Kobiety, które usłyszały diagnozę raka piersi, obawiają się również wpływu choroby na ich życie zawodowe i rodzinne. Obawiają się, że będą przyczyną zmartwień dla bliskich oraz, że będą wymagały bezpośredniej opieki z ich strony. Wśród kobiet, które przeżyły raka piersi, utrzymuje się wysoki poziom stresu psychicznego, lęku, depresji oraz objawy fizyczne, takie jak ból, przewlekłe zmęczenie oraz zaburzenia snu. Te czynniki powodują obniżenie jakości ich życia [6]. Częstość występowania depresji u tych kobiet waha się od 1% do 56%. Najczęściej dotyka ona kobiety zaraz po otrzymaniu diagnozy, ale doświadczają jej również osoby w trakcie terapii oraz po wyleczeniu. Występuje również uzasadniona obawa przed rozwojem innych nowotworów, np.: mięsaków, jako skutek uboczny leczenia onkologicznego. Doświadczają one lęku, szczególnie przed nawrotem choroby oraz przerzutami. Strach budzą również skutki uboczne leczenia, takie jak bezpłodność, dysfunkcje seksualne, a także zmieniony obraz swojego ciała [7]. 70% pacjentek doświadcza lęku związanego z przebytą chorobą nawet 5 lat od zakończenia leczenia. Strach przed nawrotem choroby zgłasza od 24% do nawet 89% pacjentek z rakiem piersi.

Opublikowane w 2016 r. badania przeprowadzone w Polsce wśród kobiet chorujących na raka piersi oceniały związek jakości życia tych kobiet z akceptacją przez nie swojej choroby. Do najczęściej występujących zaburzeń u tych kobiet należała depresja, zaburzenia lękowe oraz zaburzenia świadomości. Zaburzenia lękowe zgłosiło 31% kobiet, a depresje 16%. Ponadto pojawiał się brak akceptacji swojego ciała po zabiegu operacyjnym, strach przed pożyciem małżeńskim i rozpadem rodziny. Zaburzenia te mogą utrudniać prawidłowe funkcjonowanie w wymiarze życia zawodowego, społecznego oraz domowego. Większość z badanych mieszkała z rodziną, była w związku małżeńskim lub partnerskim i miała jedno lub więcej dzieci. Dotykała

je obawa o to, jak choroba wpłynie na funkcjonowanie ich relacji z bliskimi i życie rodzinne. Nadmiernie nasilone objawy emocjonalne mogą mieć niekorzystny wpływ na przebieg terapii, osłabić wolę walki i utrudnić procesy adaptacyjne. Wynikające z nich obniżenie jakości życia oraz utrudnione funkcjonowanie może prowadzić do rezygnacji z kontynuowania leczenia na skutek poczucia bezradności i osamotnienia. W przeprowadzonym badaniu wykazano, że lęk i depresja negatywnie korelowały ze stopniem jakości życia oraz poziomem akceptacji choroby. Akceptacja choroby pełni istotną rolę w procesie leczenia. Zmniejsza natężenie negatywnych emocji i reakcji na chorobę. Wyższy stopień akceptacji choroby wpływa pozytywnie na większy udział pacjenta w procesie terapeutycznym. Stan psychiczny chorego oraz jego sytuacja społeczna są brane pod uwagę podczas wyboru optymalnego postępowania terapeutycznego [8].

EFEKT PSYCHOLOGICZNY TERAPII MBSR

Opracowano specjalny program MBSR(BC) dla pacjentek chorujących na nowotwór piersi (*breast cancer* –BC). Trwa on 6 tygodni i wykazano jego skuteczność w zmniejszaniu stresu psychicznego, lęku przed nawrotem, depresji. Przynosi on również pozytywne skutki w stanach zmęczenia i problemach z zasypianiem.

W badaniu przeprowadzonym na Florydzie w 2007 r. grupę pacjentek, które zakończyły leczenie raka piersi w ciągu ostatnich 18 miesięcy, poddano 6-tygodniowemu treningowi MBSR(BC). Obejmował on między innymi cztery formy medytacji: skanowanie swojego ciała, medytacje podczas chodzenia, siedzenia oraz jogę. Pacjentki, które ćwiczyły metodą MBSR(BC), odczuły zmniejszenie ilości doświadczanego przez nie stresu oraz poprawę w funkcjonowaniu fizycznym, zmniejszenie bólu i w samopoczuciu emocjonalnym. Poprawa była tym większa, im więcej pacjentki ćwiczyły. Długość czasu spędzonego na medytacji w pozycji siedzącej oraz skanowaniu ciała miała pozytywną korelację z poprawą jakości życia, a medytacja w marszu - ze zmniejszeniem odczuwania przewlekłego lęku oraz poprawą funkcjonowania fizycznego. Ponadto u badanych zanotowano zmniejszenie symptomów depresji i lęku [6]. W innym badaniu przeprowadzonym na grupie pacjentów chorych na raka wykazano, że stosowanie terapii MBSR miało pozytywny wpływ na redukcję zmian nastroju, depresji, lęku, uczucia gniewu oraz poprawiło jakość snu pacjentów. Pacjenci poddani treningowi MBSR mieli więcej energii. Doświadczali również mniej objawów fizjologicznych stresu; objawów sercowo-płucnych, dolegliwości gastroenterologicznych, irytacji i dezorganizacji myśli. W badaniu zanotowano ogólną redukcję całkowitych zaburzeń nastroju

o 65% oraz redukcje symptomów stresu o 31% [9]. Zmniejszenie intensywności odczuwania lęku, depresji i złości utrzymywało się w badaniach kontrolnych tej grupy pacjentów po 6 miesiącach [10].

Przeprowadzona w 2015 r. metaanaliza wykazała liczne pozytywne skutki terapii MBSR u pacjentek, które przebyły raka piersi. Dotyczyła ona badań, w których wykorzystano klasyczny 8-tygodniowy program MBSR. U pacjentów praktykujących trening MBSR w znaczący sposób spadł poziom odczuwanego lęku. Pacjentki doświadczyły również złagodzenia objawów depresji oraz spadek poziomu stresu. U pacjentek zanotowano również większe uczucie spokoju, poprawę jakości snu, większą ilość energii oraz zmniejszone odczuwanie bólu i ogólną poprawę samopoczucia. W pracy tej podjęto również dyskusję na temat tego, jaka ilość praktyki treningu MBSR jest potrzebna do osiągnięcia efektów. W badaniach wykazano, że bardziej intensywna praktyka prowadziła do lepszych efektów [11].

EFEKTY FIZJOLOGICZNE MBSR

Stres psychologiczny jest czynnikiem wpływającym negatywnie na układ immunologiczny. W badaniach z 2007 r. wykazano, że samo wykonanie biopsji zmiany u kobiet diagnozowanych w kierunku raka piersi powoduje obniżenie aktywności komórek NK (naturalni zabójcy) oraz zmianę w produkcji cytokin. Zmiany te utrzymywały się nawet miesiąc po zabiegu [5]. Ich kolejne badania wykazały, że u pacjentów praktykujących trening MBSR poziom komórek NK szybciej wracał do normy i zmniejszała się produkcja cytokin prozapalnych w porównaniu z grupą kontrolną złożoną z pacjentek chorych na raka piersi i niebiorących udziału w treningu MBSR. U pacjentek poddanych treningowi zaobserwowano również zmniejszenie poziomu kortyzolu, poprawę jakości życia oraz zwiększoną efektywność radzenia sobie z chorobą, niż w grupie kontrolnej [12]. Natomiast u pacjentów onkologicznych chorujących na raka piersi i prostaty, u których zastosowano trening MBSR zaobserwowano wzrost produkcji cytokin przeciwzapalnych i spadek produkcji cytokin prozapalnych w pomiarach przed i po treningu. Ta zmiana profilu immunologicznego jest postrzegana jako przejście w kierunku zdrowszej równowagi układu odpornościowego [13]. Redukcje poziomu czynników prozapalnych zaobserwowano również po 6 i 12 miesiącach w kontynuacji tych badań [14]. U pacjentów biorących udział w treningu MBSR zanotowano również zmniejszenie poziomu kortyzolu w ślinie w ciągu całego dnia, a szczególnie w pomiarze wieczornym [15]. W prawidłowo funkcjonującym organizmie poziom kortyzolu rośnie w godzinach porannych, a następnie obniża się w godzinach wieczornych. Wysokie poziomy kortyzolu w ślinie,

zwłaszcza w pomiarze wieczornym, mogą świadczyć o rozregulowaniu sekrecji kortyzolu i są czynnikiem źle rokującym u kobiet z przerzutami raka piersi. Podobnie mała liczba i obniżona aktywność komórek NK [16]. Dlatego zmniejszenie poziomu kortyzolu u tych pacjentek jest tak istotne.

Trening uważności może również wpływać na fizjologiczne zmiany w mózgu. Porównano zdjęcia wykonane techniką obrazowania rezonansu magnetycznego (MRI) obszarów mózgowych odpowiedzialnych za regulację emocji u osób przed i po nauce treningu MBSR i porównano z grupą kontrolną. U osób praktykujących trening MBSR zanotowano wzrost gęstości istoty szarej, w tym w lewym hipokampie, w porównaniu do skanów tych samych osób przed rozpoczęciem treningu [17].

Hipokamp uważany jest za strukturę biorącą udział w modulacji reakcji emocjonalnych. U osób cierpiących z powodu zespołu stresu pourazowego obserwuje się zmniejszenie objętości i gęstości istoty szarej w obszarze hipokampa na skutek nadmiernej sekrecji kortyzolu. Epizody depresyjne są związane z wysokim poziomem kortyzolu u około połowy pacjentów, którzy ich doświadczają [18].

W grupie badanych praktykujących MBSR zaobserwowano również zmniejszenie gęstości istoty szarej w prawym ciele migdałowatym. Struktura ta jest zaangażowana w aktywację organizmu w sytuacji zagrożenia. Te zmiany w sposób istotny korelowały z deklarowanym obniżeniem odczuwanego stresu. W innych badaniach wykazano, że uważność zmniejsza reaktywność ciała migdałowatego, obniża jego aktywność spoczynkową i hamuje funkcjonalne połączenia tej struktury z innymi obszarami mózgu zaangażowanymi w przetwarzanie reakcji organizmu na stres [17]. Te zmiany w układzie nerwowym prowadzą do zmian w sposobie przetwarzania emocji i modyfikacji odpowiedzi organizmu na stres, co w efekcie może przełożyć się na łagodniejszą odpowiedź fizjologiczną na stres. U osób z wyższym poziomem uważności zaobserwowano niższy poziom kortyzolu w reakcji na stres, w porównaniu do osób z niskim poziomem uważności [19].

Udowodniono związek pomiędzy chronicznym stresem psychologicznym, a skróceniem telomerów. Długość telomerów jest rozważana jako czynnik określający możliwość rozwinięcia się choroby, jej progresji i śmiertelności. Skrócenie telomerów prowadzi do niestabilności chromosomów, mutacji i nowotworzenia.. Może to sugerować, że zwiększenie uważności prowadzi do zmniejszenia reakcji stresowych i promowania utrzymania długości telomerów. W badaniu wykazano zwiększenie aktywności telomerazy u pacjentek trenujących MBSR(BC) [20].

WNIOSKI

Zaburzenia psychologiczne stanowią istotny problem wśród kobiet, które chorują lub chorowały w przeszłości na raka piersi. Stan psychiczny pacjentki jest ważnym czynnikiem wpływającym na powodzenie terapii. Determinuje on sposób, w jaki chory radzi sobie ze stresem, jakim jest diagnoza nowotworu. Trening MBSR daje choremu poczucie kontroli oraz zmniejsza uczucie lęku, strachu przed nawrotem choroby i depresji. Zmniejsza problemy ze snem oraz huśtawki nastrojów. Przynosi znaczące korzyści w kwestii poprawy dobrostanu psychicznego pacjenta, a tym samym jego zdrowia w ujęciu całościowym. Niektóre funkcje fizjologiczne również mogą ulec poprawie podczas stosowania tej formy ćwiczeń uważności. Trening MBSR może stanowić wartościowe uzupełnienie w terapii chorych na nowotwór piersi oraz pacjentek, które już zakończyły leczenie, ale nadal doświadczają skutków przebytej choroby. Wykazano, że stosowanie tej metody prowadzi do poprawy stanu psychicznego pacjentek oraz poprawia ich komfort życia.

PIŚMIENNICTWO

1. <http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-ogolem-2/> (data dostępu 29.03.2020).
2. Terelak J.F., Krzesicka E., Małkiewicz M.: Poczucie umiejscowienia kontroli i poczucie koherencji a strategie radzenia sobie ze stresem u kobiet chorych na raka piersi. *Studia Psychologica: Theoria et praxis* 2009; 9: 21-44.
3. Błaszczak A.: Wpływ Treningu Redukcji Stresu opartego na uważności (MBSR) na zdrowie fizyczne. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J–Paedagogia-Psychologia* 2018; 31(1): 61-73.
4. Bishop S.R.: What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic medicine* 2002; 64(1): 71-83.
5. Witek-Janusek L., Gabram S., Mathews H.L.: Psychologic stress, reduced NK cell activity, and cytokine dysregulation in women experiencing diagnostic breast biopsy. *Psychoneuroendocrinology* 2007; 32(1): 22-35.
6. Lengacher C.A., Johnson-Mallard V., Post-White J., Moscoso M.S., Jacobsen P.B., Klein T.W., Goodman M.: Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *PsychoOncology. Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer* 2009; 18(12): 1261-1272.

7. Zainal N.Z., Nik-Jaafar N.R., Baharudin A., Sabki Z.A., Ng C.G.: Prevalence of depression in breast cancer survivors: a systematic review of observational studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2013; 14(4): 2649-2656.
8. Kozieł P., Lomper K., Uchmanowicz B., Polański J.: Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2016; 10(1): 28-36.
9. Speca M., Carlson L. E., Goodey E., Angen M.: A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic medicine* 2000; 62(5): 613-622.
10. Carlson L.E., Ursuliak Z., Goodey E., Angen M., Speca M.: The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive care in Cancer* 2001; 9(2): 112-123.
11. Huang H.P., He M., Wang H.Y., Zhou, M.: A meta-analysis of the benefits of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on psychological function among breast cancer (BC) survivors. *Breast Cancer* 2016; 23(4): 568-576.
12. Witek-Janusek L., Albuquerque K., Chroniak K. R., Chroniak C., Durazo-Arvizu R., Mathew H.L.: Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain, behavior, and immunity* 2008; 22(6): 969-981.
13. Carlson L.E., Speca M., Patel K.D., Goodey E.: Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic medicine* 2003; 65(4): 571-581.
14. Carlson L.E., Speca M., Faris P., Pate, K.D.: One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, behavior, and immunity* 2007; 21(8): 1038-1049.
15. Carlson, L.E. Mindfulness-based interventions for physical conditions: a narrative review evaluating levels of evidence. *ISRN Psychiatry* 2012; 14: doi: 10.5402/2012/651583.
16. Sephton S.E., Sapolsky R.M., Kraemer H.C., Spiegel D.: Diurnal cortisol rhythm as a predictor of breast cancer survival. *Journal of the National Cancer Institute* 2000; 92(12): 994-1000.
17. Hölzel B.K., Carmody J., Vangel M., Congleton C., Yerramsetti S.M., Gard T., Lazar, S.W.: Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry research: neuroimaging* 2011; 191(1): 36-43.

18. Bremner J.D., Narayan M., Anderson E.R., Staib L.H., Miller H.L., Charney D.S.: Hippocampal volume reduction in major depression. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157(1): 115-118.
19. Brown K.W., Weinstein N., Creswell J.D.: Trait mindfulness modulates neuroendocrine and affective responses to social evaluative threat. *Psychoneuroendo-crinology* 2012; 37(12): 2037-2041.
20. Lengacher C.A., Reich R.R., Kip K.E., Barta M., Ramesar S., Paterson C.L., Park H.Y.: Influence of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on telomerase activity in women with breast cancer (BC). *Biological Research for Nursing* 2014; 16(4): 438-447.

Powikłania dermatologiczne leczenia przeciwnowotworowego

Barbara Barnaś¹, Jan Gnus^{1,2}, Paweł Barnaś¹, Natalia Markiewicz¹, Anna Kolcz¹, Willy Hauzer², Wojciech Borowicz¹

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław

WSTEP

Występowanie działań niepożądanych to zjawisko powszechne przy stosowaniu leczenia przeciwnowotworowego. Cytostatyki celują we wszystkie szybko dzielące się komórki, obejmując nie tylko komórki nowotworowe, ale również te zdrowe. Komórki nabłonka, macierzy włosów lub paznokci to komórki intensywnie proliferujące, dlatego powikłania dotyczące skóry, przydatków skóry i błon śluzowych są często obserwowane. Zmiany, szczególnie skórne, są łatwo zauważalne dla innych osób i często trudne do ukrycia. Wykazano związek między ich lokalizacją a wpływem na objawy psychopatologiczne pacjentów. Zmiany skórne, przebiegające jako objaw niepożądany leczenia nowotworowego, w większości obejmują odkryte części ciała. Ich umiejscowienie wpływa na poczucie niższości, nieatrakcyjności czy nieadekwatności chorych w sytuacjach społecznych. Dodatkowo może powodować nadwrażliwość emocjonalną, przez którą pacjenci mają sceptyczne oczekiwania co do efektywności kontaktów społecznych i obawiają się odrzucenia. Takie doświadczanie stygmatyzacji przez społeczeństwo może powodować u nich negatywne reakcje emocjonalne, takie jak przygnębienie lub lęk i behawioralne, na przykład stronienie od kontaktów z innymi [1].

Celem pracy jest przedstawienie najczęściej występujących powikłań leczenia onkologicznego i ich wpływ na jakość życia pacjentów.

Według badań przeprowadzonych na pacjentach onkologicznych leczonych chemioterapią najczęstszą niepożądaną reakcją skórą była hiperpigmentacja skóry, która pojawiła się u połowy badanych pacjentów. Natomiast wśród objawów skórnych występujących na skutek zastosowanego leczenia zaobserwowano najczęściej zmiany

paznokci (85,84%), następnie skóry (84,51%), włosów (70,35%) i zmiany na błonach śluzowych (15,04%) [2].

DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE W OBREBIE APARATU PAZNOKCIOWEGO

Zmiany paznokci to stosunkowo najczęstsze dermatologiczne objawy niepożądane leczenia systemowego nowotworów. Taksany, takie jak docetaksel lub paklitaksel, wydają się powodować znacznie częściej zmiany w obrębie aparatu paznokciowego niż inne chemioterapeutyki [3].

Powikłania chemioterapii mogą dotyczyć zarówno płytki, jak i macierzy paznokcia. Zaliczamy do nich podłużne, brązowe lub czarne prążki tworzone przez odkładającą się melaninę (melanonychia), białe punkty lub linie (leukonychia), oddzielanie się płytki paznokcia od łożyska (onycholiza), złuszczenie płytki paznokciowej (onychomadesis), głębokie poprzeczne bruzdy (linie Beau) lub nadmierną łamliwość wzdłuż podłużnych linii paznokci (onychorrhaxis). Onycholiza może przebiegać jako skutek spontanicznego wycieku treści krwisto-ropnej z powstałego krwiaka podpaznokciowego [3]. Dodatkowo u pacjentów nierzadko występują ropne zapalenia związane z zakażeniami wałów paznokciowych (paronychia) lub ziarniniak ropotwórczy (granuloma pyogenicum) [4].

Efekty niepożądane leczenia zostały sklasyfikowane przez National Cancer Institute w formie CTCAE (*Common Terminology Criteria for Adverse Events*), który stanowi zbiór kryteriów opierających się głównie na pięciopoziomowej skali określającej nasilenie objawów od łagodnych (G1), poprzez umiarkowane (G2), ciężkie (G3), zagrażające życiu (G4), aż do powodujących zgon (G5). Wśród efektów niepożądanych w obrębie paznokci ujętych w skali CTCAE v.5.0 wyróżniamy zmiany zabarwienia, pofałdowanie płytki paznokciowej oraz utratę paznokci (onycholysis). Dwa pierwsze odnoszą się do skali jednostopniowej, jedynie onycholiza jest scharakteryzowana dwustopniowo. Pierwszy stopień obejmuje przebieg bezobjawowy, natomiast drugi stopień dotyczy zmian, które mogą ograniczać codzienną aktywność [5].

W ramach profilaktyki powikłań aparatu paznokciowego należy między innymi unikać powtarzających się urazów mechanicznych, tarcia czy nacisku na paznokcie, w tym na przykład robienia manicure lub obgryzania paznokci. Ważne jest również, aby używać rękawiczek przy dłuższym kontakcie z wodą, nie używać detergentów, zmywaczy do paznokci, regularnie obcinać krótko paznokcie oraz stosować emolienty. Nie można zapominać także o odpowiedniej pielęgnacji paznokci stóp oraz noszeniu bawełnianych, nieuciskających skarpet

[4]. Codzienne respektowanie tych zaleceń przez pacjentów przyjmujących chemioterapię może zminimalizować wystąpienie objawów oraz zwiększyć efektywność ich leczenia.

Leczenie objawów niepożądanych w obrębie paznokci ma duże znaczenie dla pacjenta poddanego chemioterapii w kontekście funkcjonowania psychospołecznego. Z reguły zmiany te mają przebieg łagodny i ustępują po zakończeniu chemioterapii, jednak stosowane leczenie może poprawić komfort życia pacjenta już podczas terapii przeciwnowotworowej. Jedną z możliwości leczenia jest stosowanie specjalnej chłodzącej rękawicy w prewencji zmian toksycznych aparatu paznokciowego i skóry rąk [6]. Zaobserwowano również pozytywne efekty stosowania polifenolowych olejków eterycznych i wosków pochodzenia roślinnego w formie balsamu na noc dla uszkodzeń płytki paznokciowej spowodowanych chemioterapią [7]. Leczenie krwiałków podpaznokciowych w przypadku małych krwiałków polega na przekłuciu płytki paznokciowej lub chirurgicznym usunięciu paznokcia w dużych krwiałkach podpaznokciowych. W przypadku nadkażenia na skutek onycholizy lub do leczenia paronychii stosuje się środki dezynfekujące, takie jak oktenidyna lub antybiotyki stosowane miejscowo bądź ogólnie [8].

ZMIANY SKÓRNE

Do najczęstszych niepożądanych objawów występujących na skórze w przebiegu chemioterapii zaliczamy toksyczne zmiany w okolicach rąk i stóp, określane jako zespół ręką-stopą (erytrodezestezja dłoniowo-podeszwowa; ang. *hand-foot skin reaction*), przebarwienia, suchość i nadmierne rogowacenie skóry [9,10].

Występowanie erytrodezestezji dłoniowo-podeszwowej często jest kojarzone ze stosowaniem chemioterapeutyków, takich jak fluorouracylu, floksurydiny, kapecytabiny, doksorubicyny, wysokich dawki interleukiny 2, winorelbiny czy gemcytabiny [11]. Zespół ten jest również charakterystyczny dla inhibitorów kinazy tyrozynowej, czyli sorafenibu i sunitynibu [10,12]. Rozpoznanie zespołu ręką-stopą nie stwarza większych problemów dla klinicystów ze względu na charakterystyczne zmiany pojawiające się po około dwóch do dwunastu dni od rozpoczęcia leczenia przeciwnowotworowego [12]. Do cech tego zespołu zaliczamy objawy neurologiczne w postaci zaburzeń czucia, czyli ból i parestezje oraz pojawiające się później symetryczne zmiany rumieniowo-obrzękowe, hiperkeratozę i pęcherze lokalizujące się na dłoniach i podszwach [9,12]. Przypuszcza się, że ich występowanie koreluje z efektywnością leczenia, natomiast zmiany te mogą być bardzo uciążliwe i utrudniające codzienne funkcjonowanie pacjenta [12].

Nasilenie niepożądanych objawów leczenia przeciwnowotworowego w postaci erytrodezestezji dłoniowo-podeszwowej zostało usystematyzowane w trzystopniowej skali CTCAE v.5.0. Na jej podstawie zostało opracowane postępowanie kliniczne i leczenie. Pierwszy stopień to minimalne zmiany rumieniowo-obrzękowe lub hiperkeratoza występujące bez bólu. Drugi i trzeci stopień obejmuje ciężkie zmiany skórne, takie jak pęcherze, złuszczenie, obrzęk, pęknięcia skóry, krwawienie lub hiperkeratoza, którym towarzyszy ból. Dodatkowo utrudniają one wykonywanie przez pacjenta codziennych czynności do życia samodzielnego w społeczeństwie, na przykład robienie zakupów, sprzątanie (stopień 2) lub czynności w zakresie samoobsługi, czyli mycie się, ubieranie, jedzenie (stopień 3) [5].

Przy wystąpieniu zespołu ręka-stopą, w szczególności w najwyższym stopniu według tej skali, konieczne jest tymczasowe odstawienie leku lub zwiększanie odstępów między kolejnymi cyklami na skutek jego kumulacji w tkankach, a ostatecznie nawet zupełne odstawienie leku. Niemniej jednak, przy zmianach łagodniejszych (stopień 1, 2 według CTCAE v.5.0) obserwuje się skuteczność leczenia miejscowego, które wpływa na łagodzenie zmian hiperkeratotycznych i zapalnych. Preparatami często używanymi są krem z mocznikiem o działaniu keratolitycznym i nawilżającym wraz z miejscowym glikokortykosteroidem w postaci kremu z klobetazolem. W razie potrzeby stosuje się leczenie przeciwbólowe, czyli miejscowo 2% krem z lidokainą lub doustnie niesteroidowe leki przeciwzapalne, a przy silnym bólu leki opioidowe. Ważna jest również profilaktyka i współpraca ze strony pacjenta, który powinien chronić skórę rąk i stóp przed wszelkimi urazami poprzez, na przykład, noszenie bawełnianych rękawiczek i skarpet, unikanie dużych zmian temperatur oraz dbanie o stałe nawilżanie i odpowiednią higienę zmian [10].

W niektórych przypadkach chemioterapeutyki mogą również prowadzić do ciężkich powikłań skórnych, takich jak toksyczna nekroliza naskórka, zespół DRESS (ang. *drug rash with eosinophilia and systemic symptoms*) lub zespół Stevensa Johnsona. W przypadku wystąpienia wymienionych chorób skóry konieczne jest przerwanie leczenia chemioterapeutykami, które je wywołały i zmiana leczenia przeciwnowotworowego [9].

WŁOSY-ALOPECIA

Zadbane włosy zostały zaznaczone w naszej kulturze jako symbol zdrowia i atrakcyjności. Niektórzy twierdzą, że fryzura wyraża nasz charakter, a dla kobiet może być atrybutem kobiecości. Niestety większość pacjentów podczas długotrwałego leczenia przeciwnowotworowego zmaga się z zmianami w obrębie włosów, szczególnie z ich utratą, co

określana jest jako alopecja. Oddziałuje ona w dużym stopniu na pewność i postrzeganie samego siebie. Psychoonkolodzy określają te efekty niepożądane chemioterapii jako wyjątkowo obciążające ze względu na to, że są najbardziej zauważalne i stanowią publiczną oznakę choroby [13].

Według CTCAE v.5.0 alopecja jako efekt uboczny chemioterapii została scharakteryzowana w dwustopniowej skali. Bierze ona pod uwagę procentową utratę włosów, to czy może być zauważana przez otoczenie oraz sposób, w jaki można ją zakryć [5]. Uwzględnienie właśnie tych cech w klasyfikacji podkreśla fakt, że utrata włosów niesie dla pacjenta duże problemy natury psychospołecznej, a chęć jej zakrywania może być związana ze stygmatyzacją choroby nowotworowej.

Cykl wzrostu włosa obejmuje trzy fazy: anagen (faza wzrostu, w której znajduje się prawie 90% włosów skóry głowy), katagen (faza zanikania) i telogen (faza wypadania). W łysieniu anagenowym, leki takie jak cyklofosfamid, etopozyd, topotekan czy paklitaksel wpływają na szybko namnażające się komórki pochewki wewnętrznej korzenia włosa, powodując jego łamanie się lub wypadanie. Łysienie telogenowe jest natomiast powodowane najczęściej przez leki przeciwnowotworowe, takie jak metotreksat, 5-fluorouracyl i retinoidy. Obejmuje powierzchnię zwykle mniejszą niż 50% skóry głowy i występuje, gdy większość włosów przejdzie przedwcześnie z fazy anagenu do fazy telogenu, co skutkuje postępującym przerzedzaniem się włosów [14].

Proces utraty włosów może również przebiegać jako efekt aktywacji białka p53, co jest celem specyficznych leków terapii przeciwnowotworowej. Jest to czynnik transkrypcyjny o właściwościach supresora nowotworowego występujący w zwiększonych ilościach w komórkach po transformacji nowotworowej. Białko to reguluje procesy naprawy DNA, cyklu komórkowego, apoptozy i starzenia się komórek [15].

Apoptoza keratynocytów macierzy zależna od białka p53 i zaburzenia faz wzrostu włosa indukowane przez chemioterapię na poziomie anagenu lub katagenu mają duże znaczenie w stopniu uszkodzenia mieszka włosowego, fenotypie alopecji oraz jakości odrastających włosów. Dodatkowo, stopień uszkodzenia komórek macierzystych mieszka włosowego wpływa na to, czy alopecja wywołana przez chemioterapeutyki będzie odwracalna [16]. O czasowej utracie włosów można mówić, gdy odrastanie włosów nastąpi do 3-6 miesięcy po zakończeniu chemioterapii, natomiast stałą utratę włosów stwierdzamy po 6 miesiącach [17].

Udowodniono również wpływ leczenia przeciwnowotworowego inhibitorami EGFR, takimi jak erlotynib, lapatinib, na zaburzenia wzrostu i struktury włosów objawiające się nie tylko alopecją, ale również hipertrichozą (nadmierny wzrost owłosienia, głównie na twarzy) i

trichomegalią (nadmierny wzrost rzęs, które mogą podrażniać spojówki i powodować stany zapalne) [18].

Najefektywniejszą metodą stosowaną do zmniejszenia nasilenia utraty włosów, jako efektu niepożądanego terapii przeciwnowotworowej, jest chłodzenie skóry głowy. Pozwala ona pacjentom zmniejszyć utratę włosów na głowie lub przyspieszyć ich odrastanie po zakończonej chemioterapii. Dodatkowo ma ona pozytywny wpływ na stan psychiczny pacjenta, który ma świadomość, że istnieje metoda lecznicza łysienia spowodowanego chemioterapią [19]. Efekty uboczne stwierdzane przez pacjentów są minimalne i zaliczamy do nich uczucie zimna, bóle głowy, dyskomfort związany z naciskiem czepka na skórę głowy, zawroty głowy, czy wydłużony okres przebywania w szpitalu na oddziale onkologicznym [20]. Pomimo udowodnionej skuteczności chłodzenia głowy nadal występuje ograniczona do niego dostępność. Wiąże się to z wysokim kosztem tej formy leczenia i przepełnionymi oddziałami onkologicznymi, które nie są gotowe na wydłużanie okresu hospitalizacji pacjentów w tym celu.

Do innych form leczenia i profilaktyki alopecji zaliczamy znacznie tańszą i łatwiej dostępną metodę, czyli miejscowe stosowanie minoksidilu. Ma on pozytywny wpływ na skrócenie objawów alopecji powodowanych przez substancje, jak fluorouracyl, doksorubicyna, cyklofosfamid czy terapię hormonalną w przypadku raka piersi. Może być również stosowany przy innych formach alopecji, np. łysieniu plackowatym lub przy trichomegalii, natomiast efekt ten nie został do końca potwierdzony doświadczalnie [21].

ZMIANY BŁONY ŚLUZOWEJ JAMY USTNEJ

Do jednych z najczęściej obserwowanych zmian w przebiegu terapii przeciwnowotworowej należy zapalenie błony śluzowej jamy ustnej (oral mucositis). Jest to określenie bardzo ogólne, zmiany te mogą przebiegać w różnej formie, od łagodnych aż do ciężkich, wymagających interwencji chirurgicznej, czy nawet prowadzących do zgonu. Wśród leków mających największy wpływ toksyczny na błonę śluzową jamy ustnej wyróżniamy, między innymi, bleomycynę, cyklofosfamid, doksorubicynę, etopozyd, fluorouracyl i metotreksat [22].

Nasilenie objawów niepożądanych leczenia przeciwnowotworowego, dotyczących błony śluzowej jamy ustnej, zostało sklasyfikowane przez National Cancer Institute w CTCAE v.5.0, która koncentruje się głównie na nasileniu bólu, obecności owrzodzeń i możliwości

przyjmowania pokarmów. Mogą również prowadzić do zagrażających życiu konsekwencji i wymagać pilnej interwencji [5].

Zmiany błony śluzowej jamy ustnej w przebiegu leczenia przeciwnowotworowego są obecne na skutek miejscowej supresji komórek nabłonka, która upośledza regenerację błony śluzowej oraz na skutek efektów ogólnoustrojowych, takich jak neutropenia sprzyjająca zakażeniom lub małopłytkowość powodująca krwawienia. Uszkodzenie komórek nabłonka w wyniku procesu zapalnego w połączeniu z zaburzeniami regeneracji przejawia się obrzękiem, bólem, owrzodzeniami i nadżerkami. Zmiany w jamie ustnej są najbardziej nasilone po około 1-2 tygodniach od rozpoczęcia chemioterapii, kiedy na skutek neutropenii fizjologiczna flora bakteryjna staje się patogenna oraz zwiększa się ryzyko nadkażenia [23]. Uszkodzenia błony śluzowej jamy ustnej mogą prowadzić również do zagrażających życiu powikłań, takich jak bakteremia czy rozsiane infekcje grzybicze.

Występowanie i nasilenie objawów zapalenia błony śluzowej jamy ustnej zależy od wielu czynników, między innymi od wieku, płci, chorób współistniejących i przyjmowanych leków. Jednakże istnieje również wiele zachowań profilaktycznych, które pacjenci powinni codziennie praktykować. Podstawową z nich jest odpowiednia higiena jamy ustnej i zębów, stała obserwacja wszystkich zmian oraz regularne kontrole stomatologiczne. Do innych sposobów należy systematycznie nawilżanie, na przykład preparatami sztucznej śliny, odpowiednia dieta i dbanie o gospodarkę wodno-elektrolitową [24].

Leczenie bólu jest bardzo istotne w przypadku pacjentów z oral mucositis, ponieważ to właśnie ból najczęściej wpływa na komfort pacjenta. Leczenie może być miejscowe (ssanie zimnych kostek lodu przy słabo nasilonym bólu, krioterapię i roztwory lidokainy) lub ogólne (opioidy) [24]. Stwierdzono również pozytywne działanie płukanek z fosforanem wapnia, które wpływają na zmniejszenie bólu, skrócenie występowania zapalenia i w efekcie często brak konieczności wprowadzania żywienia pozajelitowego [25]. U pacjentów przyjmujących chemioterapię najlepsze efekty leczenia oral mucositis są odnotowywane w przypadku krioterapii, laseroterapii i stosowania paliferminy. Krioterapia to najpowszechniejsza metoda, która powoduje znaczące zmniejszenie zmian zapalnych u pacjentów leczonych 5-fluorouracylem i wysokimi dawkami melfalanu [26].

Ze względu na możliwość wystąpienia poważnych powikłań leczenie i profilaktyka zapalenia błony śluzowej jamy ustnej ma duży wpływ na przeżycie pacjenta z chorobą nowotworową. Nie można natomiast zapominać, że mucositis, tak samo jak inne dermatologiczne efekty niepożądane chemioterapii, może wpływać negatywnie na jakość życia pacjenta prowadząc do depresji, zaburzeń snu czy anoreksji.

WNIOSKI

Stosowane leki przeciwnowotworowe często powodują powikłania w obrębie skóry i błon śluzowych. Zmiany te bywają niekiedy pomijane przez lekarzy, którzy skupiają się przede wszystkim na efekcie leczenia przeciwko nowotworowi. Natomiast warto zauważyć, że nierzadko leczenie onkologiczne trwa nawet kilkanaście miesięcy, a pacjent będzie musiał zmagać się z jego powikłaniami przez długi okres. Zmiany zlokalizowane na skórze dłoni, stóp, zakażenia skóry, czy bolesne owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej powodują trudności w wykonywaniu codziennych aktywności lub czynności pielęgnacyjnych. Inne z działań niepożądanych leczenia przeciwnowotworowego, na przykład alopecja, chociaż nie powodują efektów bólowych, a jedynie kosmetyczne, to wpływają one istotnie na komfort psychiczny pacjenta. Widoczne zmiany na skórze mogą stanowić pewnego rodzaju oznaczenie chorego w społeczeństwie, co może powodować jego niechęć do kontaktów z innymi, czasem nawet z osobami bliskimi, z obawy przed zawstydzeniem lub brakiem akceptacji.

Zadaniem personelu medycznego jest troska o jakość życia, która jest już obniżona przez chorobę zasadniczą. Dlatego powikłania dermatologiczne nie powinny być bagatelizowane, należy dbać o zmniejszenie ryzyka ich występowania, edukować pacjentów o profilaktyce, a w przypadku pojawienia się tych efektów niepożądanych zastosować odpowiednie leczenie. Dodatkowo te działania powinny być uzupełniane o opiekę psychoonkologiczną obecną na każdym etapie choroby zarówno w procesie leczenia, jak i okresie powrotu chorego do zdrowia.

PISMIENNICTWO

1. Kosteła M., Stecz P., Wrześcińska M.: Lokalizacja zmian skórnych a nasilenie objawów psychopatologicznych u pacjentów z chorobami skóry. *Psychiatria Polska* 2018; 52(6): 1101–1112.
2. Naveed S., Thappa D.M., Dubashi B., Pandjatcharam J., Munisamy M., Singh N.: Mucocutaneous Adverse Reactions of Cancer Chemotherapy and Chemoradiation. *Indian Journal of Dermatology* 2019; 64(2): 122-128.
3. Roh M.R., Cho J.Y., Lew W.: Docetaxel-induced onycholysis: the role of subungual hemorrhage and suppuration. *Yonsei Medical Journal* 2007; 48(1): 124-126.
4. Robert C., Sibaud V., Mateus C., Verschoore M., Charles C., Lanoy E., Baran R.: Nail toxicities induced by systemic anticancer treatments. *The Lancet. Oncology* 2015; 16(4): 181-9.

5. National Cancer Institute: “Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.0 (CTCAE).”
6. Scotté F., Tourani J.M., Banu E., Peyromaure M., Levy E., Marsan S.: Multicenter study of a frozen glove to prevent docetaxel-induced onycholysis and cutaneous toxicity of the hand. *Journal of Clinical Oncology* 2005; 23(19): 4424-4429.
7. Thomas R., Williams M., Cauchi M., Berkovitz S., Smith S.A.: A double-blind, randomised trial of a polyphenolic-rich nail bed balm for chemotherapy-induced onycholysis: the UK polybalm study. *Breast Cancer Research and Treatment* 2018; 171(1): 103–110.
8. Sigorski D., Markiewicz A., Owczarczyk-Saczonek A.B., Różanowski P., Kułakowska A., Lebedzińska A., Placek W.J.: Zmiany w obrębie aparatu paznokciowego w przebiegu chemioterapii docetaksem. *Przegląd Dermatologiczny* 2019; 106: 646–655.
9. Kowalska M., Kowalik A., Gózd S. : Dermatologiczne objawy uboczne w przebiegu chemioterapii i celowanej terapii przeciwnowotworowej. *Przegląd Dermatologiczny* 2016; 103: 127–138.
10. Sobańska K., Synowiec Z., Korzeniowska K., Maćkowiak M., Ramlau R., Grześkowiak E.: Zespół erytrodyzestezji dłoniowo-podeszwowej (PPE ang. palmoplantar erythrodysesthesia) w przebiegu leczenia sunitynibem – opis przypadku. *Farmacja Współczesna* 2015; 8: 1-7.
11. Lorusso D., Di Stefano A., Carone V., Fagotti A., Pisconti S., Scambia G.: Pegylated liposomal doxorubicin-related palmar-plantar erythrodysesthesia (‘hand-foot’ syndrome). *Annals of Oncology* 2007; 18(7): 1159-1164.
12. Jankowska-Konsur A., Rusin-Tupikowska A., Tupikowski K., Maj J.: Współistnienie zespołu ręka–stopa i rozległych zmian rumieniowo-obrzękowych – skórne działania niepożądane po sorafenibie. *Przegląd Dermatologiczny* 2010; 97: 208–211.
13. Kozaka J.: Jakość życia chorych na raka jajnika. *Psychoonkologia* 2014; 2 : 66–72.
14. Kao S., Friedman A.: Supportive Oncodermatology: Addressing dermatologic adverse events associated with oncologic therapies. *Oncology Issues* 2018; 33(6): 64-75.
15. Sznarkowska A., Olszewski R., Zawacka-Pankau J.: Farmakologiczna aktywacja supresora nowotworu, natywnego białka p53 jako obiecująca strategia zwalczania nowotworów. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* 2010; 64: 396-407.
16. Paus R., Haslam I.S., Sharov A.A., Botchkarev V.A.: Pathobiology of chemotherapy-induced hair loss. *Lancet Oncology* 2013; 14(2): 50-59.

17. Kim G.M., Kim S., Park H.S., Kim J.Y., Nam S., Park S., Kim S.I., Kim D., Sohn J., Chemotherapy-induced irreversible alopecia in early breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment* 2017; 163(3): 527–533.
18. Sobańska K., Szałek E., Grześkowiak E.: Skórne działania niepożądane drobnocząsteczkowych inhibitorów kinazy tyrozynowej receptora naskórkowego czynnika wzrostu EGFR (ang. epidermal growth factor receptor). *Farmacja Współczesna* 2013; 6: 33-40.
19. Aygin D., Gül A.: Scalp Hypothermia (Penguin Cold Caps) in Preventing Alopecia in Cancer Patients. *Turkish Journal of Oncology* 2020; 35(2): 225–236.
20. Massey C.S.: Wielokierunkowe badanie oceniające skuteczność i akceptowalność Systemu Chłodzenia Paxman zapobiegającego utracie włosów u pacjentów leczonych metodą chemioterapii. *European Journal of Oncology Nursing* 2004; 8: 121-130.
21. Nazarian R.S., Farberg A.S., Hashim P.W., Goldenberg G.: Nonsurgical Hair Restoration Treatment. *Cosmetic Dermatology* 2019; 104(1): 17-24.
22. Dyszkiewicz M., Shaw H.: Ocena stanu błony śluzowej jamy ustnej u pacjentów leczonych radio- i chemioterapią. *Dental and Medical Problems* 2009; 46(1): 89–93.
23. Petkowicz B., Jastrzębska I., Jamrogiewicz R.: Zapalenie błony śluzowej jamy ustnej jako powikłanie w chemioterapii nowotworów. *Dental and Medical Problems* 2012; 49(1): 69–77.
24. Nasiłowska-Adamska B.: Profilaktyka i leczenie zaburzeń przewodu pokarmowego towarzyszących chemioterapii i radioterapii. *Hematologia* 2011; 2(2): 149–161.
25. Waśko-Grabowska A., Rzepecki P., Oborska S., Gawroński K., Barzał J., Młot B.: Strategie postępowania w profilaktyce i leczeniu zapalenia jamy ustnej u chorych poddawanych chemioterapii wysokodawkowej z następowym przeszczepianiem macierzystych komórek krwiotworzenia. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna* 2011; 7(1): 62-67.
26. Chaveli-López B., Bagán-Sebastián J.V.: Treatment of oral mucositis due to chemotherapy. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry* 2016; 8(2): 201–209.

Wpływ choroby nowotworowej oraz leczenia onkologicznego na życie seksualne kobiet

**Katarzyna Kuśmierczyk¹, Jan Bieniasz¹, Konrad Dendys¹, Mikołaj Kreń¹,
Michał Karaszewski¹, Bartosz Kurzelewski¹, Jan Gnus^{1,2}**

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław

WSTĘP

W Polsce w przeciągu ostatnich 40 lat zaobserwowano znaczący wzrost liczby zachorowań oraz zgonów na choroby nowotworowe. Odpowiedzialne są za to zarówno zmiany w strukturze demograficznej, jak i zwiększona ekspozycja na środowiskowe karcynogeny [1]. Warto zauważyć, że wśród tzw. młodych dorosłych przed 45. rokiem życia na chorobę nowotworową kobiety chorują niemal dwukrotnie częściej niż mężczyźni [1]. Wśród kobiet nadal rak piersi pozostaje najczęstszym nowotworem, co roku odnotowuje się ponad 18,5 tys. nowych zachorowań, również nowotwory narządów rodnych są jednymi z częściej występujących [2]. Co roku w Polsce stwierdzanych jest 2,5 tys. przypadków raka szyjki macicy, w odróżnieniu od innych krajów Europy jest to nadal bardzo wysoka liczba, a sama choroba stanowi w naszym kraju poważny problem społeczny i kliniczny [1,2].

Aktywność seksualna uważana jest za istotny element jakości życia [3,4]. Choroba nowotworowa, jak i również jej leczenie może istotnie wpłynąć na życie seksualne pacjenta, jego relacje i postrzeganie siebie [3,4,5]. Zmiany te mogą doprowadzić do zdystansowania się od partnera, poczucia izolacji, a nawet depresji [3,6,7].

Najczęściej na zmiany w aktywności seksualnej wpływ mają nowotwory ginekologiczne oraz nowotwory piersi [3,8]. W przebiegu choroby u kobiet może dochodzić do: dyspareunii (bolesnych stosunków), zaburzenia pobudzenia seksualnego, zmniejszonego zainteresowania seksualnego, spadku libido, suchości pochwy, zmęczenia czy trudności w osiągnięciu orgazmu [4,8]. Problemy te mogą być wywołane chorobą, jej leczeniem lub mogą mieć podłoże psychologiczne [4].

Radykalna terapia onkologiczna może doprowadzić do deregulacji fizjologicznych procesów warunkujących prawidłowe funkcjonowanie układu rozrodczego i co za tym idzie, doprowadzić do zaburzeń w życiu seksualnym. Jako przykład można podać występowanie nasilonych objawów menopauzy u kobiet z zaburzeniami gospodarki hormonalnej (zaburzenia poziomu estrogenów i androgenów); nierzadko konieczne jest przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, który prowadzi do usunięcia lub uszkodzenia narządów układu rozrodczego, co powoduje trwałe upośledzenie funkcji seksualnych [8].

Z drugiej strony niezwykle ważne są także kwestie związane z samym pacjentem, jego emocjami i stosunkiem do własnego ciała. Zmiany powodowane przez chorobę nowotworową mogą wpływać na spadek samooceny [8]. Mimo to rozmowa pracowników ochrony zdrowia z pacjentem na temat zmian w życiu seksualnym spowodowanych chorobą i leczeniem wciąż należy do rzadkości. W jednym z badań przeprowadzonych wśród pielęgniarek onkologicznych w Hong Kongu aż co trzecia osoba ankietowana nie przeprowadziła nigdy rozmowy o aktywności seksualnej ze swoim pacjentem [9]. Wynika to między innymi z braku czasu, wiedzy, czy obawy przed sprawieniem pacjentce dyskomfortu [4].

CEL

Głównym celem badań była ocena jakości życia seksualnego kobiet zmagających się z chorobą onkologiczną oraz zmiana satysfakcji z pożycia seksualnego wynikająca z choroby lub leczenia.

Cel główny został rozbudowany o następujące cele szczegółowe:

1. Wpływ akceptacji własnego wyglądu oraz sprawności fizycznej na życie seksualne.
2. Zmiana zachowań partnera wobec kobiet zmagających się z chorobą nowotworową.
3. Ocenę stanu wiedzy respondentów na temat wpływu pożycia seksualnego na postęp choroby i leczenie.
4. Ocena poziomu satysfakcji ze stosunków seksualnych u kobiet po mastektomii względem pozostałej grupy badanej.

MATERIAŁY I METODYKA

Badaniem objęto grupę 97 losowo wybranych kobiet, które obecnie lub w przeszłości zmagają się z chorobą nowotworową i zostały poddane leczeniu. 48 badanych kobiet (49,5%) cierpiało na nowotwór piersi, 36 ankietowanych (37,1%) walczyło z rakiem szyjki macicy,

pozostałe respondentki zmagaly się z innymi nowotworami. 50 kobiet (51,5%) było ciągle w trakcie leczenia, u pozostałych terapia została zakończona. W 90,7% było to leczenie radykalne, tylko u 8,3% występowała terapia paliatywna.

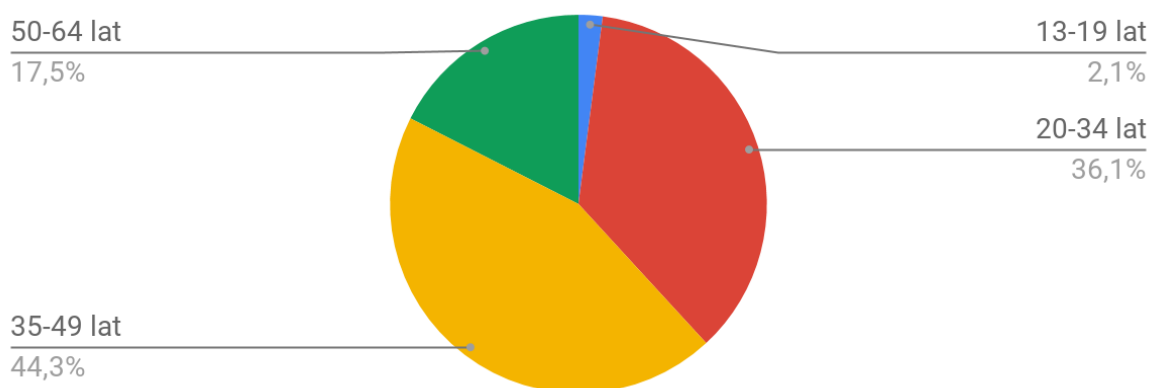
Badania były prowadzone od 11.12.2018 do 5.03.2019 za pomocą kwestionariusza internetowego konstrukcji własnej, stworzonego na potrzeby niniejszego badania. Kwestionariusz został opublikowany na polskich forach, grupach i portalach przeznaczonych dla osób zmagających się z chorobą nowotworową. Ankieta miała charakter anonimowy i była zgodna z aktualnie obowiązującymi przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych. Wszystkie uzyskane w trakcie badania dane zostały uogólnione i wykorzystane w opracowaniu zbiorowym. Kwestionariusz zawierał łącznie 40 pytań. Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczyły: płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, aktywności zawodowej, stanu cywilnego, orientacji seksualnej, występującego nowotworu, daty diagnozy schorzenia onkologicznego, zakończenia lub trwania leczenia, charakteru leczenia, rodzaju zastosowanej terapii, chorób współistniejących, zażywanych leków na stałe i ich rodzaju, zadowolenia ze sprawności fizycznej w życiu codziennym i jej oceny, akceptacji własnego wyglądu, popędu seksualnego, aktywności seksualnej w ciągu ostatniego miesiąca, liczby partnerów seksualnych w ciągu ostatniego miesiąca, zadowolenia ze współżycia seksualnego, zmiany w życiu seksualnym podczas choroby onkologicznej i przyczyn spadku jakości kontaktów seksualnych (jeżeli taki wystąpił), bólu w trakcie współżycia, poczucia utracenia kobiecości w wyniku choroby nowotworowej lub jej leczenia, czasu trwania kontaktów seksualnych, dyskomfortu w sferze intymnej związanego z różnymi aspektami choroby, rozmowy z partnerem o problemach w sferze intymnej i trudnościach wynikających z choroby lub leczenia, zmiany zachowania partnera w trakcie choroby oraz rodzaju tej zmiany, powikłań choroby nowotworowej, poziomu libido, samooceny, jakości życia seksualnego, konieczności stosowania różnego rodzaju specyfików do poprawy życia seksualnego, zasadności unikania kontaktów seksualnych w trakcie choroby onkologicznej oraz wpływu współżycia na skuteczność chemioterapii.

Do analizy statystycznej wykorzystano program Statistica w wersji 13.3.721.0.

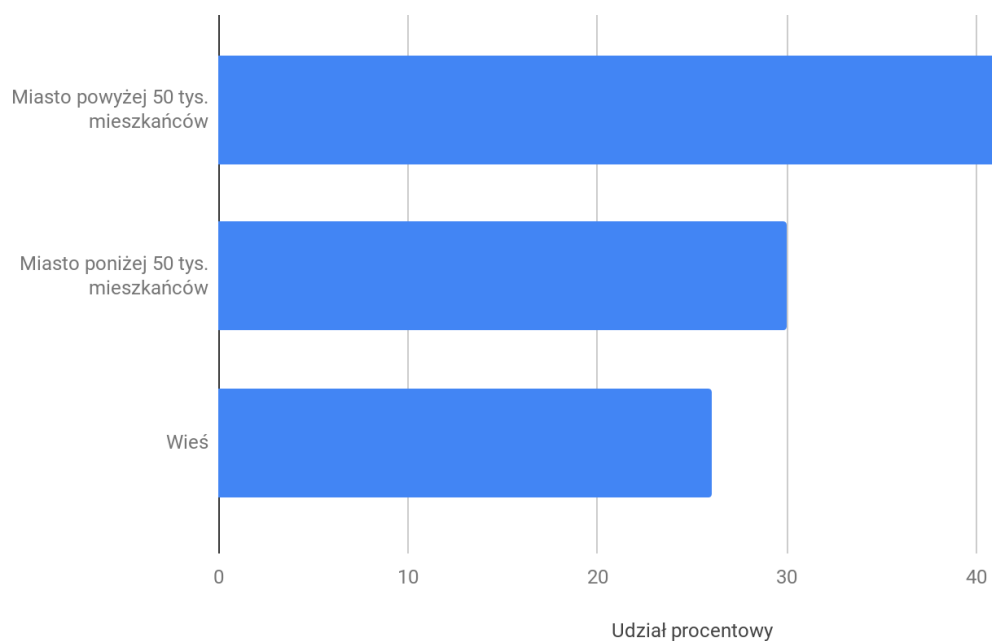
Ankietowane kobiety mieściły się w przedziale wiekowym od 13 do 64 lat, a najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym od 35 do 49 lat (44,3%). Najmniejszą część badanej społeczności stanowiły osoby w wieku między 13 a 19 lat (2,1%). Dane przedstawione na rycinie 1.

Kobiety biorące udział w badaniu najczęściej zamieszkiwały miasta powyżej 50 tys. mieszkańców (42,3%), 30,9% badanych mieszkało w miastach poniżej 50 tys. mieszkańców, a pozostałe 26,8% na wsi. Dokładne dane przedstawia rycina 2.

Struktura wieku w badanej grupie



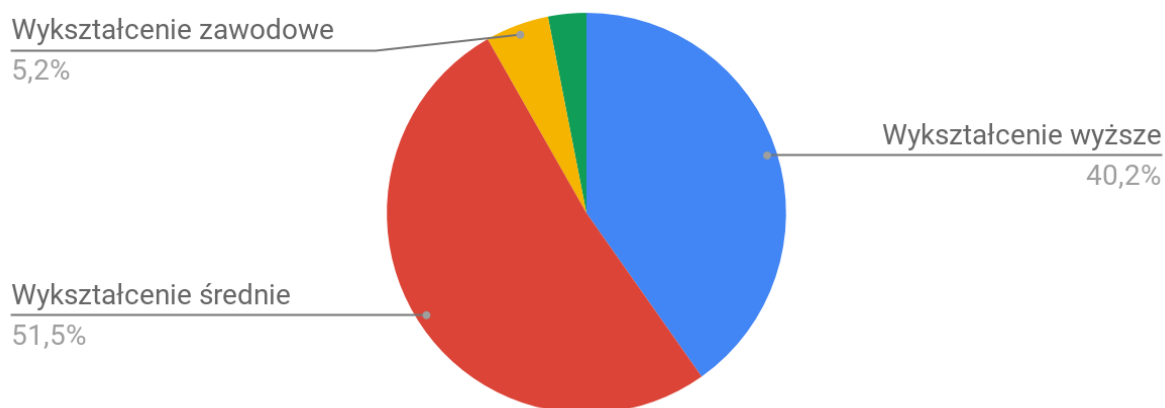
Rycina 1. Podział badanej populacji ze względu na wiek



Rycina 2. Podział badanej populacji ze względu na miejsce zamieszkania

51,5% spośród ankietowanych deklaruje wykształcenie średnie, 40,2% wykształcenie wyższe, 5,2% wykształcenie zawodowe, a 3,1% wykształcenie podstawowe. Dane przedstawione na rycinie 3.

Struktura wykształcenia w badanej populacji

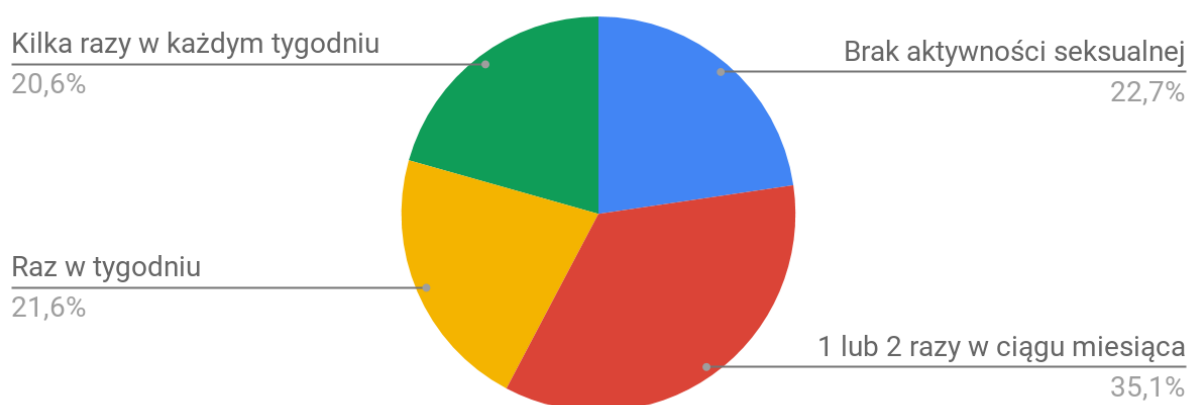


Rycina 3. Podział badanej populacji ze względu na wykształcenie

WYNIKI

77,3% grupy badanej, czyli 75 kobiet, pozostawała aktywna seksualnie w ciągu ostatniego miesiąca z co najmniej jednym partnerem. 35,1% badanych kobiet deklaruje 1 lub 2 stosunki płciowe w ciągu miesiąca. 21,6% ankietowanych zgłasza stosunek raz w każdym tygodniu, a 20,6% respondentek wykazuje kilka stosunków w trakcie każdego tygodnia. Dokładne dane na rycinie 4.

Aktywność seksualna w trakcie ostatniego miesiąca

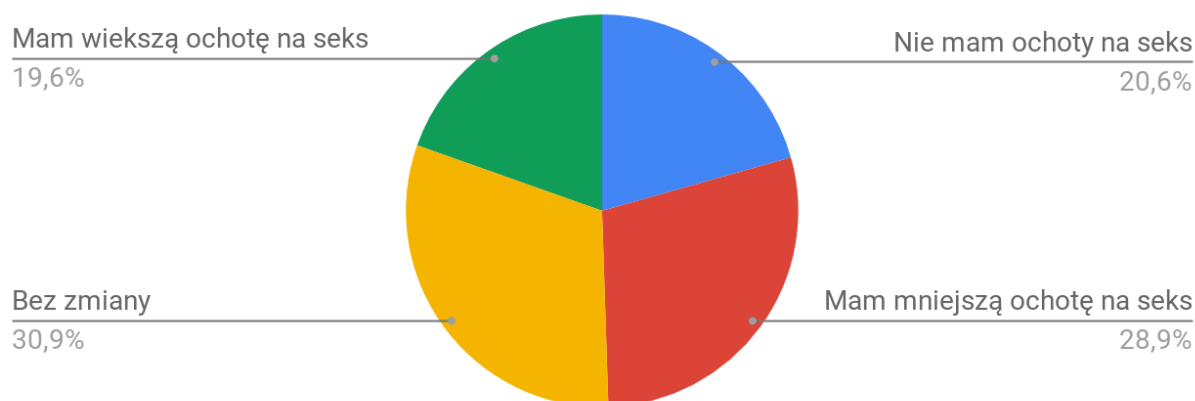


Rycina 4. Aktywność seksualna badanych kobiet w ciągu ostatniego miesiąca

Życie seksualne kobiet w przebiegu chorób nowotworowych

20 spośród badanych kobiet (20,6%) przyznaje, że obecnie nie ma w ogóle ochoty na seks, 28 kobiet (28,9%) twierdzi, że ma ochotę na seks, ale mniejszą niż przed chorobą, 30 ankietowanych (30,9%) nie zauważyło zmiany popędu seksualnego, a pozostałe kobiety (19,6%) wykazują większy popęd seksualny aniżeli przed chorobą. Dokładne dane na rycinie 5.

Popęd seksualny u kobiet ze schorzeniami onkologicznym



Rycina 5. Popęd seksualny u kobiet z chorobą nowotworową

Wśród badanych w pięciostopniowej skali satysfakcji ze współżycia seksualnego 21 kobiet (21,6%) oceniło tą satysfakcję na 1, 16 ankietowanych (16,5%) na 2, 17 kobiet (17,5%) na 3, 20 respondentek (20,6%) na 4, a pozostałe 23,7% wystawiło ocenę 5. Dane przedstawione na rycinie 6.

Spśród 97 badanych kobiet aż 59 (60,8%) zauważyło zmianę w życiu seksualnym związaną z chorobą bądź jej leczeniem i u 55 (56,7%) kobiet była to zmiana negatywna. Dane przedstawione na rycinie 7.

52 ankietowane (53,6%) przyznają, że przynajmniej raz odczuwały skrępowanie w czasie kontaktu intymnego w związku z jakimś aspektem choroby. Ponadto 17,5% ankietowanych odnotowuje ból podczas stosunku seksualnego związany z chorobą, 26,8% badanych stwierdza skrócenie stosunków seksualnych, a 24,7% musi stosować środki poprawiające jakość stosunków seksualnych, takie jak:

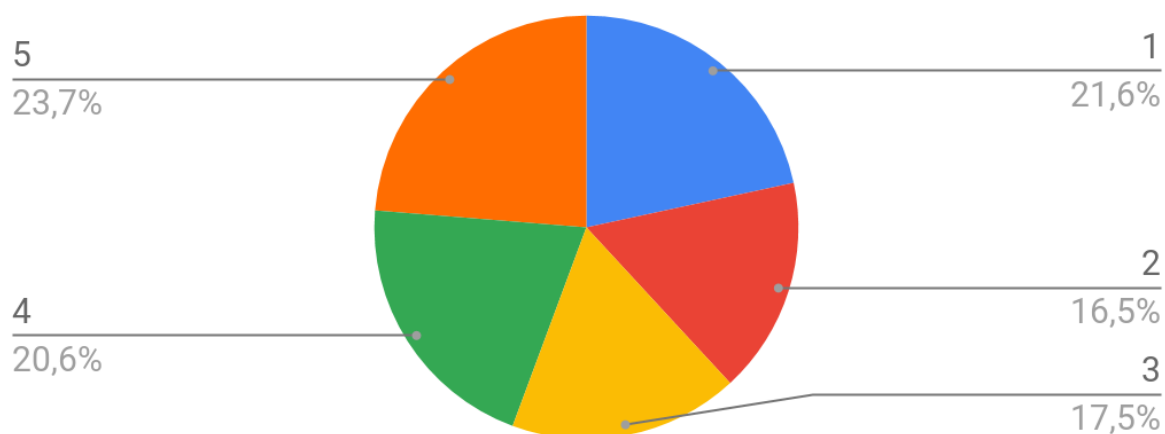
- lubrykanty,
- leki podnoszące libido oraz afrodyzjaki.

Ilość ta uświadamia, jak istotnym problemem są zaburzenia seksualne w przebiegu schorzeń onkologicznych.

Życie seksualne kobiet w przebiegu chorób nowotworowych

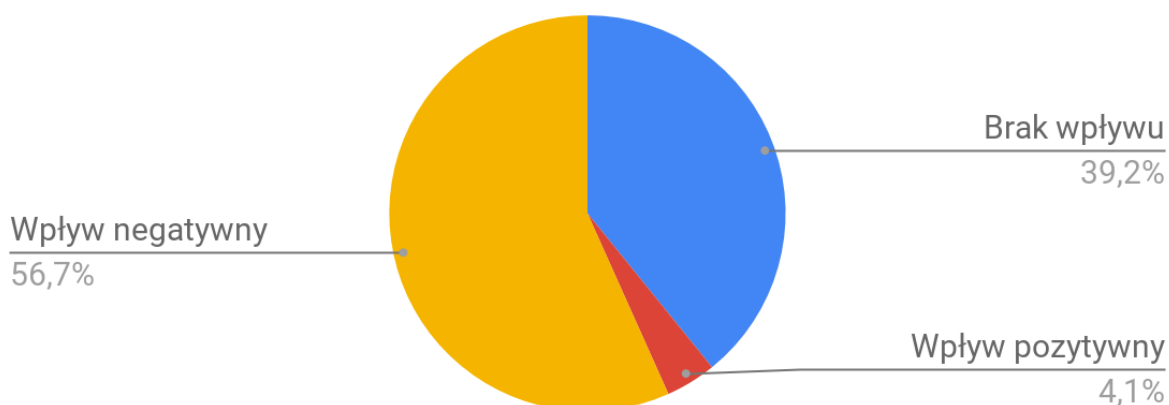
Wśród 55 kobiet, które odnotowały negatywny wpływ choroby na jakość życia seksualnego, najczęściej wymienianymi powodami są: leczenie chirurgiczne - 49,1%, spadek samooceny - 43,6%, chemioterapia - 38,2%, radioterapia - 10,9% oraz inne takie jak: strach męża, przedwczesna menopauza, terapia hormonalna oraz inne leki. Dokładne dane na rycinie 8.

Satysfakcja ze współżycia seksualnego



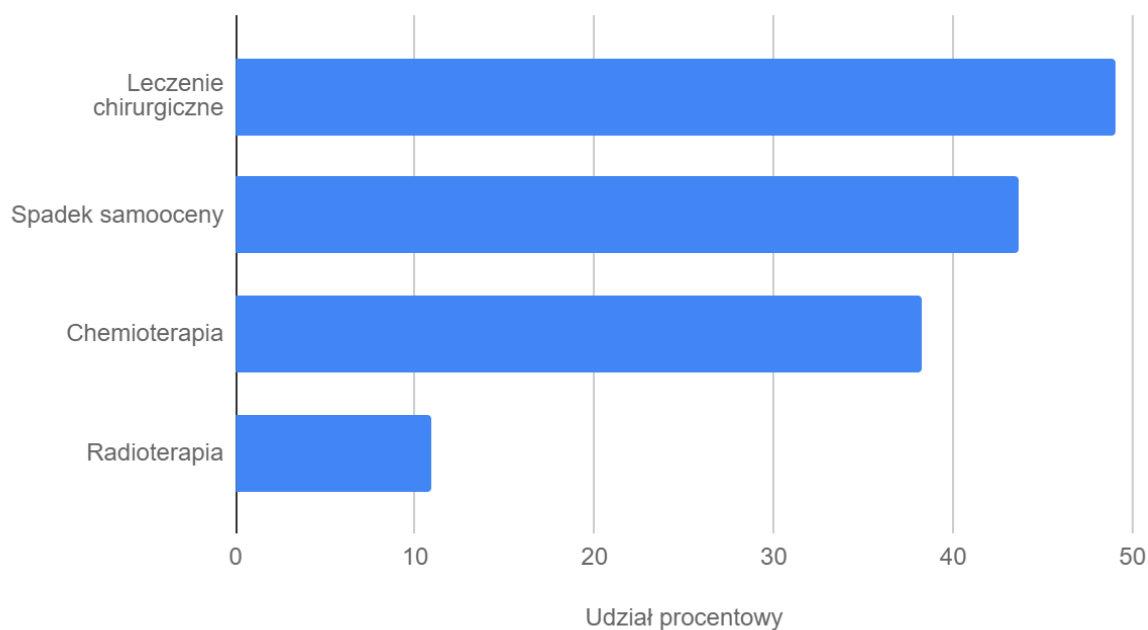
Rycina 6. Satysfakcja ze współżycia seksualnego wśród badanych kobiet. Ocena w pięciostopniowej skali, gdzie 1 - "całkowity brak satysfakcji z pożycia seksualnego", a 5 - "pełna satysfakcja z kontaktów seksualnych". Za niski poziom satysfakcji z pożycia seksualnego przyjmujemy oceny 1 oraz 2

Wpływ choroby na jakość życia seksualnego



Rycina 7. Wpływ choroby onkologicznej oraz leczenia na życie seksualne kobiet

Powody negatywnego wpływu choroby na jakość życia seksualnego



Rycina 8. Najczęstsze powody negatywnego wpływu choroby nowotworowej na jakość życia seksualnego badanych kobiet

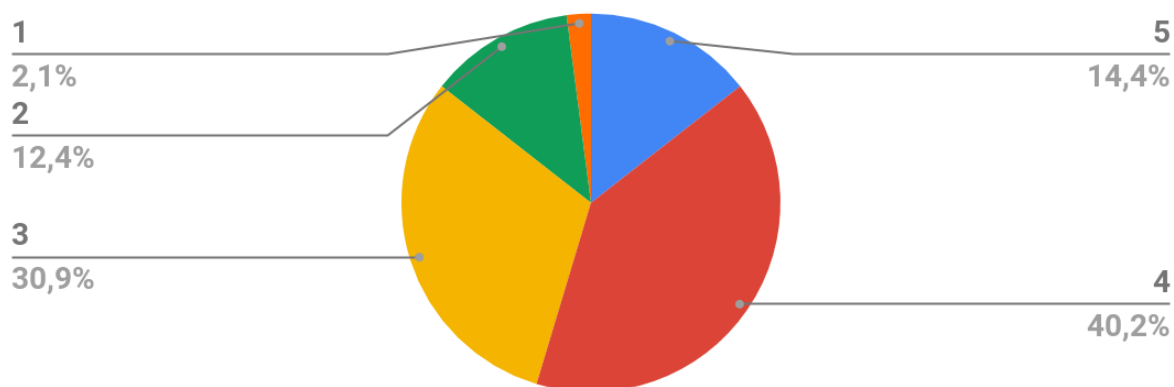
51 kobiet (52,6%) jest zadowolona ze swojej wydolności fizycznej w życiu codziennym, pozostałe 46 kobiet (47,4%) zgłasza problemy z wydolnością fizyczną na co dzień. W pięciostopniowej skali oceny sprawności fizycznej, gdzie 1 oznacza “każdy wysiłek to dla mnie ogromne wyzwanie, potrzebuję pomocy innych do wykonywania podstawowych czynności fizycznych”, a 5 oznacza “ruch nie sprawia mi bólu, jestem aktywna i chętnie się ruszam”, 2,1% kobiet wybrało ocenę 1, 12,4% ankietowanych zaznaczyło pozycję 2, 30,9% wypełniających kwestionariusz zgłasza sprawność fizyczna na poziomie 3, 40,2% kobiet wybrało pozycję 4, a pozostałe 14,4% ocenia swoją sprawność fizyczna na 5. Dane przedstawione na rycinie 9.

Wśród 46 kobiet, które nie są zadowolone ze swojej wydolności fizycznej w życiu codziennym:

- 28 ankietowanych (60,9%) zgłasza zmniejszoną ochotę na współzycie seksualne i jest to różnicą istotną statystycznie względem całej badanej grupy ($p=0,025$).
- 15 respondentek (32,6%) raportuje brak stosunku seksualnego w ciągu ostatniego miesiąca. Stwierdzono różnicę istotną statystycznie ($p=0,015$).
- 33 kobiety (71,7%) twierdzą, że choroba wpłynęła negatywnie na ich życie seksualne. Stwierdzono różnicę istotną statystycznie względem wszystkich badanych kobiet ($p=0,0033$).

- 30 badanych (65,2%) zgłasza, że odczuwało przynajmniej raz skrepowanie podczas kontaktów intymnych związane z jakimś aspektem choroby. Jest to różnica istotna statystycznie względem całości badanej grupy ($p=0,023$).
- 23 ankietowane (50%) raportują spadek satysfakcji ze współżycia płciowego. Stwierdzono różnice istotne statystycznie. ($p=0,015$).

Ocena sprawności fizycznej



Rycina 9. Ocena sprawności fizycznej w pięciostopniowej skali, gdzie 1 - “każdy wysiłek to dla mnie ogromne wyzwanie, potrzebuję pomocy innych do wykonywania podstawowych czynności fizycznych”, 2 - “niektóre czynności wywołują u mnie ból, raczej unikam niepotrzebnej aktywności fizycznej”, 3 - “niektóre czynności wywołują u mnie ból, ale nie stanowią przeszkody w codziennej aktywności fizycznej”, 4 - “ruch nie sprawia mi bólu, jestem aktywna, ale szybciej się męczę”, 5 - “ruch nie sprawia mi bólu, jestem aktywna i chętnie się ruszam”

Wśród badanych 37 (38,1%) twierdzi, że akceptuje swój wygląd i podoba się sobie, 34 (35,1%) nie akceptuje swojego wyglądu i nie podoba się sobie, a pozostałe 26,8% ankietowanych nie zwraca uwagi na swój wygląd. Dane przedstawione na rycinie 10.

Wśród 34 kobiet, które nie akceptują swojego wyglądu i nie podobają się sobie:

- 20 ankietowanych (58,8%) zgłasza zmniejszoną ochotę na współżycie seksualne i nie jest to różnica istotna statystycznie względem całej badanej grupy ($p=0,15218$).
- 15 respondentek (44,1%) raportuje brak stosunku seksualnego w ciągu ostatniego miesiąca.

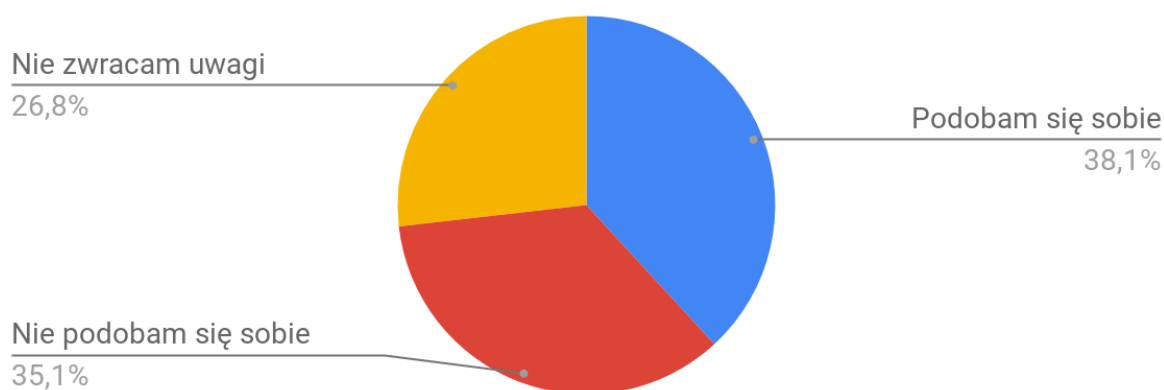
Stwierdzono różnice istotne statystycznie względem wszystkich badanych kobiet ($p=0,00009$).

- 26 kobiet (76,4%) twierdzi, że choroba wpłynęła negatywnie na ich życie seksualne. Stwierdzono różnice istotne statystycznie względem wszystkich badanych ($p=0,0031$).

Życie seksualne kobiet w przebiegu chorób nowotworowych

- 28 badanych (82,4%) zgłasza, że odczuwało przynajmniej raz skrępowanie podczas kontaktów intymnych związane z jakimś aspektem choroby. Jest to różnica istotna statystycznie względem badanej grupy ($p=0,00002$).
- 21 ankietowanych (61,8%) raportuje spadek satysfakcji ze współżycia płciowego. Stwierdzono różnicę istotną statystycznie ($p=0,00028$).

Akceptacja wyglądu fizycznego



Rycina 10. Akceptacja własnego wyglądu przez kobiety zmagające się z chorobą nowotworową

40 badanych kobiet (41,2%) zauważyło zmianę zachowania seksualnego swojego partnera, 57 ankietowanych (58,8%) twierdzi, że taka zmiana nie nastąpiła. Dane przedstawione na rycinie 11.

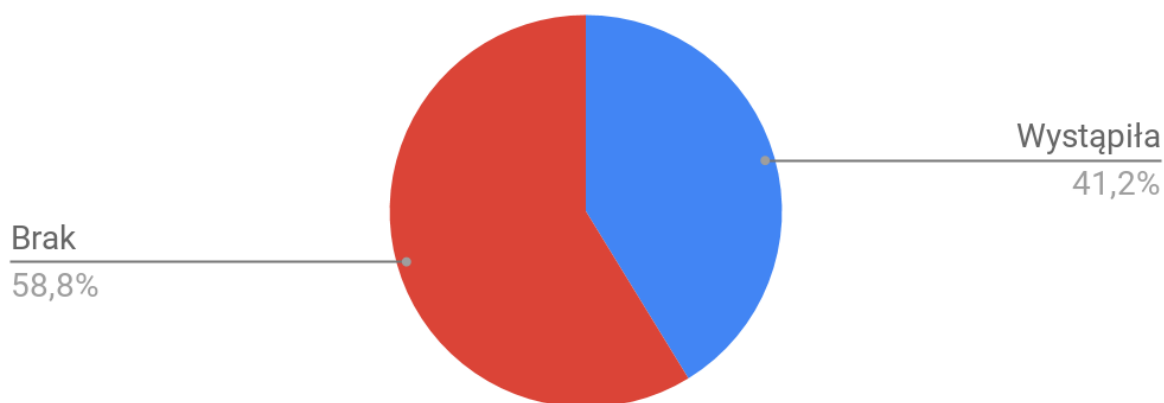
Aż 72 respondentek (74,2%) rozmawiało ze swoim partnerem o problemach w sferze intymnej oraz o trudnościach wynikających z choroby i leczenia. Wśród 40 kobiet, które zauważyły zmianę zachowań partnera seksualnego 42,5% zgłasza brak zainteresowania współżyciem oraz skrępowanie, 30% zauważyło, że ich partner stał się bardziej delikatny, 27,5% badanych twierdzi, że partner jest mniej namiętny, a 5%, że partner okazuje im więcej miłości.

7 badanych kobiet (7,2%) uważa, że uprawianie stosunków płciowych jest zawsze przeciwwskazane w przebiegu chorób nowotworowych, 19 ankietowanych (19,6%) nie wie, czy obcowanie płciowe jest zawsze przeciwwskazane, a pozostałe 71 (73,2%) osób nie widzi przeciwwskazań do współżycia seksualnego podczas walki z chorobą. Dane przedstawione na rycinie 12.

Życie seksualne kobiet w przebiegu chorób nowotworowych

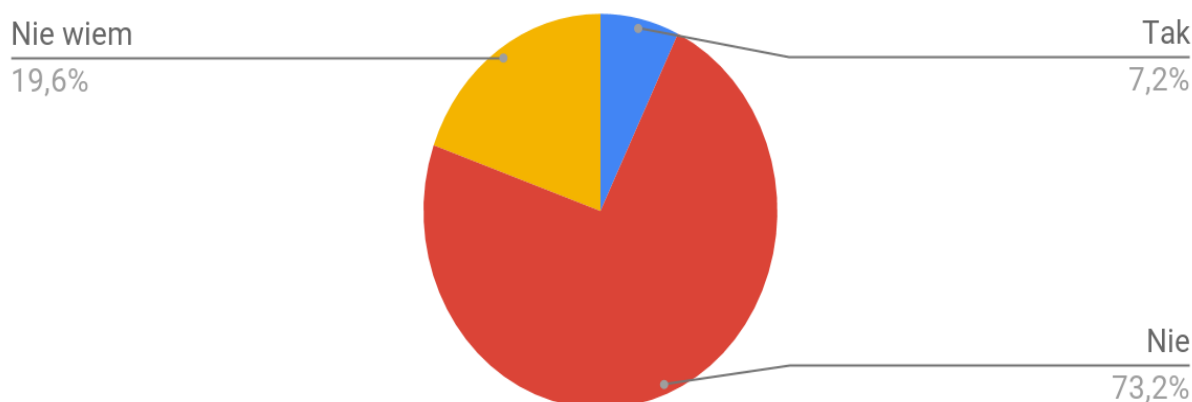
2 spośród badanych kobiet twierdzą, że współżycie podczas chemioterapii może obniżać jej skuteczność, 35 badanych (36,1%) nie wie, czy może to mieć wpływ na terapię, a pozostałe 61,9% twierdzi, że obcowanie płciowe nie wpływa na skuteczność chemioterapii. Dokładne przedstawione na rycinie 13.

Zmiana zachowań seksualnych partnera



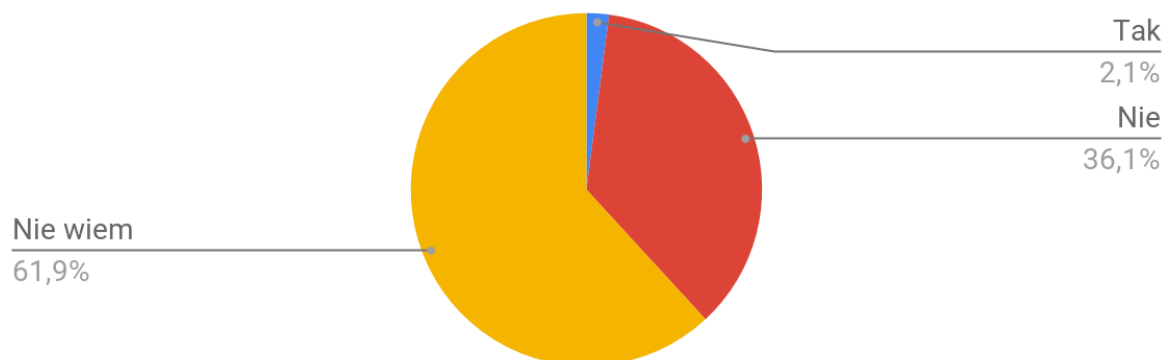
Rycina 11. Zmiana zachowań seksualnych partnerów kobiet zmagających się z chorobami nowotworowymi

Czy kontakty seksualne są przeciwwskazane podczas chorób nowotworowych?



Rycina 12. Świadomość ankietowanych na temat przeciwwskazania współżycia seksualnego podczas choroby nowotworowej

Czy kontakty seksualne wpływają na skuteczność chemioterapii ?



Rycina 13. Świadomość ankietowanych na temat wpływu kontaktów seksualnych na skuteczność chemioterapii

34 ankietowane kobiety deklarują przebytą mastektomię (jedno- lub obustronną). Spośród tej grupy:

- 23 ankietowane (67,6%) zgłaszają zmniejszoną ochotę na współżycie seksualne i jest to różnicą istotną statystycznie względem całej badanej grupy ($p=0,00668$).
- 10 respondentek (29,4%) raportuje brak stosunku seksualnego w ciągu ostatniego miesiąca. Nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznie względem wszystkich badanych kobiet ($p=0,19$).
- 22 kobiety (64,7%) twierdzą, że choroba wpłynęła negatywnie na ich życie seksualne. Nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznie względem wszystkich badanych kobiet ($p=0,22$).
- 21 badanych (61,8%) zgłasza, że odczuwało przynajmniej raz skrępowanie podczas kontaktów intymnych związane z jakimś aspektem choroby. Nie jest to różnica istotna statystycznie względem badanej grupy ($p=0,21$).
- 16 ankietowanych (47,6%) raportuje spadek satysfakcji ze współżycia płciowego. Nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznie ($p=0,15$).

DYSKUSJA

Seksualność odgrywa ważną rolę w ocenie jakości życia, a satysfakcja seksualna jest istotnym wskaźnikiem zdrowia w tej sferze oraz ogólnego dobrostanu i zadowolenia z bycia w związku [10]. Choroba nowotworowa oraz leczenie onkologiczne mają znaczny wpływ na kontakty seksualne. 93,2% z kobiet, które zauważyły zmianę w swoim życiu seksualnym w

przebiegu choroby nowotworowej uważa ją za zmianę negatywną. Do takich samych wniosków doszła prof. Bidzan i współautorzy, którzy wykazali, że rozpoznanie raka szyjki macicy ma wpływ na obniżenie samooceny kobiet, zmniejszenie częstości stosunków seksualnych, spadek nastroju oraz pogorszenie relacji z partnerem [11]. Obniżenie jakości życia seksualnego kobiet zmagających się z chorobą nowotworową jest problemem ważnym i zagadnieniem, na które powinno zwracać się szczególną uwagę zarówno podczas leczenia, jak i po jego zakończeniu. Mało kobiet uważa sam proces nowotworowy jako przeciwwskazanie do współżycia, a duża część z nich pozostaje aktywna seksualnie, mimo że choroba ma istotny, negatywny wpływ na tę sferę. Najważniejszymi czynnikami, mającymi wpływ na obniżenie jakości życia seksualnego są, według ankietowanych, niezadowolenie z wydolności fizycznej w życiu codziennym oraz brak akceptacji swojego wyglądu.

47,4% ankietowanych ma problemy z aktywnością fizyczną na co dzień i ocenia swoją sprawność fizyczną jako złą. Znacząco odbiega to od odsetka kobiet w populacji ogólnej, które określają swoją sprawność ruchową jako niedostateczną.

Według GUS (Główny Urząd Statystyczny) tylko 12% kobiet w Polsce ocenia swoją sprawność fizyczną jako złą, a 3% jako bardzo złą [12]. Według Cabral i współpracowników wśród brazylijskich kobiet prowadzących siedzący tryb życia dysfunkcje seksualne są bardziej rozpowszechnione (78,9%) niż wśród tych aktywnych (57,6%) i aktywnych w stopniu umiarkowanym (66,7%) [13]. Kobiety aktywne fizycznie osiągały wyższe wyniki we wszystkich aspektach funkcjonowania seksualnego skali FSFI (*Female Sexual Function Index*), co wskazuje na ich lepszą funkcję seksualną [13].

Zdecydowana większość kobiet niezadowolonych ze swojej wydolności fizycznej (71,1%) ocenia wpływ choroby na ich życie jako negatywny. Również satysfakcja ze współżycia seksualnego w tej grupie istotnie często pojawiała się na poziomie 1 lub 2.

Spośród 71 kobiet zwracających uwagę na swój wygląd, prawie połowa (47,9%) nie akceptuje go i nie podoba się sobie. Znacząco różni się to od postrzegania własnego ciała w populacji ogólnej. Według przeprowadzonego przez CBOS (Centrum Badania Opinii Społecznej) badania jedynie 25% kobiet w Polsce jest niezadowolonych ze swojego wyglądu [14]. U kobiet obraz własnego ciała jest znaczącym czynnikiem w kwestii oceny satysfakcji seksualnej, a jego zmiany szczególnie uwidaczniają się w przypadku kobiet, które doświadczyły poważnych problemów zdrowotnych [10]. Same respondentki wymieniają spadek samooceny jako drugą najczęstszą przyczynę obniżenia jakości życia seksualnego, a ilość odpowiedzi stawia to niemalże na równi z leczeniem chirurgicznym.

Wśród kobiet po przebytej mastektomii 67,6% z nich deklaruje istotnie mniejszą ochotę na współżycie seksualne. Jest to zgodne z wynikami badania zajmującego się funkcjonowaniem psychoseksualnym kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego [15]. U badanych w nim kobiet zaobserwowano FSD (*Female Sexual Dysfunction*) związane m. in. z pożądaniem (80%) i podnieceniem (70%). Zauważono również zmniejszenie znaczenia aktywności seksualnej w życiu respondentek oraz zmniejszenie zadowolenia z życia seksualnego względem okresu przed chorobą [15]. Porównując to z częstotliwością FSD wśród populacji ogólnej, która wynosi ok. 40%, można zauważyć, że wśród pacjentek po mastektomii odsetek ten jest dużo wyższy [16].

Badane wykazały się wysoką świadomością dotyczącą kontaktów seksualnych w przebiegu choroby nowotworowej oraz ich wpływu na leczenie. Duża część kobiet zmagających się z procesem nowotworowym (41,2%) zauważyła u swojego partnera seksualnego zmianę zachowania. Jest to jednak mniejszy odsetek niż w badaniu dotyczącym jakości życia kobiet jedynie po amputacji piersi, które podaje, że aż 62% kobiet zauważyło zmianę w relacjach intymnych z partnerem [17]. Najczęściej wymieniana była zmiana negatywna, taka jak brak zainteresowania współżyciem czy skrępowanie. Zdecydowana większość (74,2%) rozmawiała ze swoim partnerem na temat problemów w sferze intymnej związanych z chorobą oraz leczeniem.

Z powyższych danych wynika, że ważne jest kontynuowanie badań poświęconych jakości życia seksualnego wśród kobiet objętych procesem nowotworowym. Dokładne zrozumienie potrzeb i problemów tej grupy pacjentek jest niezbędne do efektywnej terapii zarówno w trakcie leczenia, jak i po nim, a metoda leczenia oraz jej działania niepożądane mają znaczny wpływ na poziom jakości życia kobiet [18,19]. Z tego względu szczególnie istotne jest informowanie pacjentek o konsekwencjach procesu nowotworowego oraz zachęcanie ich do zwrócenia uwagi na zmiany w różnych aspektach życia.

WNIOSKI

1. Duża część grupy badanej pozostaje aktywna seksualnie.
2. Choroba nowotworowa oraz leczenie onkologiczne ma znaczny wpływ na kontakty seksualne i najczęściej jest to zmiana negatywna.
3. Duża część badanych kobiet zauważyła zmianę zachowań partnera seksualnego.
4. Niezadowolenie ze sprawności fizycznej istotnie koreluje z obniżoną ochotą na współżycie, brakiem aktywności seksualnej w ciągu ostatniego miesiąca, negatywnym

wpływem na pożycie seksualne, skrępowaniem podczas kontaktów intymnych oraz obniżeniem zadowolenia ze współżycia seksualnego.

5. Brak akceptacji własnego wyglądu istotnie koreluje z brakiem aktywności seksualnej w ciągu ostatniego miesiąca, negatywnym wpływem na pożycie seksualne, skrępowaniem podczas kontaktów intymnych oraz obniżeniem zadowolenia ze współżycia seksualnego.
6. Przebyta mastektomia w przebiegu raka piersi koreluje w sposób istotny statystycznie z obniżoną ochotą na współżycie seksualne, ale nie wykazano istotnego statystycznie wpływu względem całej badanej grupy na brak aktywności seksualnej w ciągu ostatniego miesiąca, skrępowanie podczas kontaktów intymnych, obniżenie zadowolenia ze współżycia seksualnego.
7. Świadomość grupy badanej na temat kontaktów seksualnych w przebiegu choroby nowotworowej oraz ich wpływu na leczenie jest wysoka.

PIŚMIENNICTWO

1. Didkowska J.: Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce. [w:] Podstawy Onkologii Klinicznej. Meder J., (red.). Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011: 5–16.
2. Didkowska J., Wojciechowska U., Czaderny K., Olasek P., Ciuba A.: Nowotwory Złośliwe w Polsce w 2017 roku. KRN, Warszawa 2019.
3. Hawkins Y., Ussher J., Gilbert E., Perz J., Sandoval M., Sundquist K.: Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: The experience of partners in a sexual relationship with a person with cancer. *Cancer Nursing* 2009; 32(4): 271–80.
4. Carter J., Lacchetti C., Andersen B.L., Barton D.L., Bolte S., Damast S., Diefenbach M.A., DuHamel K., Florendo J., Ganz P.A., Goldfarb S., Hallmeyer S., Kushner D.M., Rowland J.H.: Interventions to Address Sexual Problems in People With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation of Cancer Care Ontario Guideline. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2018; 36(5): 492–511.
5. Juraskova I., Butow P., Robertson R., Sharpe L., McLeod C., Hacker N.: Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight. *Psychooncology*, 2003; 12(3): 267–79.
6. Rolland J.S.: In Sickness and in Health: The Impact of Illness on Couples' Relationships. *Journal of Marital and Family Therapy* 1994; 20(4): 327–347.

7. Germino BB., Fife BL., Funk SG.: Cancer and the partner relationship: What is its meaning? *Seminars in Oncology Nursing* 1995; 11(1): 43–50.
8. Paleczna M.: Seksualność w chorobie nowotworowej. <https://www.zwrotnikraka.pl/seksualnosc-w-chorobie-nowotworowej/> (data dostępu: 25.03.2020).
9. Wong C.L., So W.K.W., Choi K.C., Tong M., Choy YP., Molassiotis A., Yates P., Chan R.J.: Oncology Nurses' Perspectives and Practices Toward the Delivery of Cancer Survivorship Care in Hong Kong. *Cancer Nursing* 2020; Mar 2. doi: 10.1097/NCC.0000000000000791.
10. Dąbkowska M.: Obraz własnego ciała u kobiet a satysfakcja seksualna. *Przegląd Badań Edukacyjnych* 2015; 2(21): 107–118.
11. Bidzan M., Pater-Prais M., Smutek J.: Hierarchia wartości u kobiet leczonych z powodu raka szyjki macicy. *Psychoonkologia* 2001; 8: 65–69.
12. Łyson P., Kalinowski P., Kraśniewska W., Ludorf S., Więckowski M., Wozniak S.: Ocena ogólnej sprawności fizycznej członków gospodarstw domowych. [w:] *Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej w 2016 r.* Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2016: 41–7.
13. Cabral P.U.L., Canário A.C.G., Spyrides M.H.C., Uchôa S.A.D.C., Júnior J.E., Giraldo P.C., Gonçalves AK.: Physical activity and sexual function in middle-aged women. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2014; 60(1): 47–52.
14. Cybulska A.: *Komunikat z Badań nr 104/2017. Czy jesteśmy zadowoleni ze swojego wyglądu?* CBOS, Warszawa 2017.
15. Zdończyk S.A.: Wpływ wybranych czynników socjomedycznych na jakość życia i funkcjonowanie psychoseksualne kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego. *Pomeranian Journal of Life Sciences* 2015; 61(2): 199–206.
16. Allahdadi K.J., Tostes R.C.A., Clinton Webb R.: Female Sexual Dysfunction: Therapeutic Options and Experimental Challenges. *Cardiovascular & Hematological Agents in Medicinal Chemistry* 2009; 7(4): 260–269.
17. Stadnicka G., Pawłowska-Muc A., Bańkowska B., Sadowska M.: Jakość życia kobiet po amputacji piersi. *European Journal of Medical Technologies* 2014; 4(5): 8–14.
18. Van Esch L., Roukema J.A., Van Der Steeg A.F., De Vries J.: Trait anxiety predicts disease-specific health status in early-stage breast cancer patients. *Quality of Life Research* 2011; 20(6): 865–873.
19. Ośmiałowska E., Świątoniowska NA., Homętowska H.: Quality of life in patients diagnosed with breast cancer. *Palliative Medicine in Practice* 2018; 12(3): 143–150.

Ból jako problem medyczny, psychologiczny i społeczny towarzyszący pacjentom u schyłku życia

Martyna Zimoch, Urszula Porycka, Zuzanna Szczepaniak, Piotr Modelski

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

WSTĘP

Ból jest przykrym doznaniem zmysłowym i emocjonalnym związanym z rzeczywistym lub potencjalnie zagrażającym uszkodzeniem oraz występującym, gdy uszkodzenie tkanek już istnieje. Jest odczuciem, które powstaje na podstawie psychicznej interpretacji zachodzących zjawisk przez pacjenta. Interpretacja ta jest modyfikowana przez wcześniejsze doświadczenia i uwarunkowania psychosomatyczne. Podstawową funkcją bólu jest ostrzeżenie oraz ochrona tkanek przed uszkodzeniem różnego typu. Funkcja ostrzegawcza polega na przesyłaniu informacji o zagrażającym w następstwie urazu czy choroby uszkodzeniu tkanek. Wyzwała to impuls, który powoduje odruchową i behawioralną odpowiedź organizmu mającą na celu ograniczenie do minimum skutków tego urazu, czy choroby [1]. Człowiek rejestruje różne doznania bólowe, które zanim dadzą konkretne odczucie, podlegają wielu modyfikacjom. Odczucie bólu wyzwała w nas nie tylko specyficzne reakcje, ale również emocje, które to z kolei wpływają na ostateczne odczuwanie bólu. Ból jest odczuciem subiektywnym, taki sam ból przez różne osoby może być odczuwany w nieco inny sposób. Ból towarzyszący wysiłkowi fizycznemu podlega modyfikacji między innymi poprzez wysokie stężenie endorfin, które temu towarzyszy. Ból towarzyszący pacjentom cierpiącym przewlekłe, którzy zwykle nie mają wysokiego stężenia tych hormonów jest odczuwany inaczej. Z tego powodu wymagają oni podawania środków przeciwbólowych oraz różnych procedur medycznych, mających na celu znieść te przykre doznania [2]. Ból i cierpienie pojawiające się u pacjentów nie tylko u schyłku życia są zjawiskami, które zmieniają się w czasie. Pacjenci u kresu swojego życia zbyt często spotykają się z sytuacją bólu oraz cierpienia. Pomimo szybkiego postępu nauk medycznych, lepszej diagnostyki i metod nie zawsze jest możliwe zmniejszenie cierpienia psychospołecznego [3]. Pracownicy opieki zdrowia powinni dokonać wszelkich starań aby możliwie w jak najwyższym stopniu złagodzić dolegliwości bólowe chorych, powinni oni postępować zgodnie z nowymi standardami leczenia oraz zgodnie z własnym sumieniem.

Odczuwanie bólu jest złożonym i przykrym doznaniem. Niezbędne jest holistyczne podejście do problemu, które wymaga zaawansowanej opieki dla pacjenta. Bardzo istotna w tej sytuacji jest współpraca między lekarzami, pielęgniarkami, jak i również psychologami klinicznymi, a często również duchownymi, którzy stanowią istotny aspekt dla wielu pacjentów u kresu życia.

W naszej pracy przedstawiamy przegląd literatury dotyczący najistotniejszych aspektów przykrego doznania, jakim jest ból towarzyszący pacjentom u kresu ich życia.

ASPEKT MEDYCZNY BÓLU

Posługując się pojęciem „ból” należy rozdzielić cztery aspekty: nocyrepcję, rozumianą jako uaktywnienie receptorów pod wpływem zewnętrznego bodźca bólowego; doznanie bólu samo w sobie; cierpienie, które można interpretować jako odpowiedź emocjonalną na doznanie bólowe; reakcje bólowe, czyli behawioralną odpowiedź na czucie bólu lub przeżywanie cierpienia. Reakcje bólowe mają znaczenie adaptacyjne, jak i również komunikacyjne dla chorego [3].

Aby możliwe było skuteczne leczenie bólu, konieczna jest jego prawidłowa ocena, co może okazać się bardzo trudne lub prawie niewykonalne. W przypadku ostrego bólu wystarczająca jest numeryczna skala oceny lub wizualne skale analogowe. Przewlekła ocena bólu oraz jego wpływ na funkcje fizyczne, emocjonalne i społeczne wymaga jednak wielowymiarowych narzędzi jakościowych i związanych ze zdrowiem instrumentów jakości życia [4]. Skale oceny bólu przewlekłego są zwykle dostosowane do typu schorzenia, któremu on towarzyszy.

Do powszechnie używanych metod oceny bólu należą:

- **kwestionariusz ODI (Oswestry Disability Index)** opracowany w celu oceny stopnia niepełnosprawności spowodowanej bólem kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym,
- **kwestionariusz RMDQ (Roland Morris Disability Questionnaire)** opracowany w celu oceny wpływu bólu dolnego odcinka kręgosłupa na funkcjonowanie pacjenta,
- **skala WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Index of Osteoarthritis)** służąca do oceny bólu u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych lub biodrowych, ale stosowana również u pacjentów z innymi schorzeniami narządu ruchu,
- **kwestionariusz MPQ (McGill Pain Questionnaire)** opracowany w celu oceny

ilościowej i jakościowej doznań bólowych, pozwala na określenie emocjonalnego aspektu doznań pacjenta, umożliwiając całościową ocenę stanu pacjenta z uwzględnieniem elementów funkcjonowania psychicznego,

- **kwestionariusz SF-36** służący do oceny jakości życia związanej ze zdrowiem [4,5].

Prawidłową ocenę bólu i w związku z tym jego skuteczne leczenie utrudnia wiele czynników, takich jak np. upośledzenie funkcji poznawczych i demencja [4]. Skutkiem tego jest m. in. zjawisko rzadszego stosowania terapii leczenia bólu wśród osób z zaburzeniami funkcji poznawczych w porównaniu z osobami nie dotkniętymi tym problemem, co uwidacznia nam nieprawidłową ocenę pacjenta pod względem występowania oraz nasilenia bólu [6].

Przed rozpoczęciem terapii konieczne jest również sklasyfikowanie bólu i określenie jego charakterystyki oraz przyczyny. Pochodzenie bólu najczęściej rozdzielamy na ból nocycyptywny – pochodzący z nerwów odbierających wrażenia szkodliwe dla organizmu oraz ból neuropatyczny – wywołany nieprawidłowym funkcjonowaniem układu percepcji bólu w ośrodkowym lub obwodowym układzie nerwowym, np. ból fantomowy. W przypadku opieki paliatywnej bardzo często pojawia się podział na terapię bólu nowotworowego oraz nienowotworowego, przy czym obecnie większy problem stwarza leczenie przewlekłego bólu nienowotworowego, którego całkowite wyeliminowanie bywa czasem niemożliwe.

Przy doborze terapii leczenia bólu niezbędne jest dostosowanie jej do stanu oraz choroby pacjenta. Możliwe jest zastosowanie trzech typów leczenia: leczenie farmakologiczne, leczenie niefarmakologiczne oraz leczenie uzupełniające. Zwykle stosuje się leczenie farmakologiczne połączone z wybranym rodzajem lub rodzajami leczenia innego typu.

Leczenie farmakologiczne opiera się na analgetycznej drabinie WHO, opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Jej założenia polegają na rozpoczęciu leczenia od zastosowania niesteroidowych leków zapalnych we wzrastającej dawce, aż do opanowania bólu lub osiągnięcia maksymalnej dawki leku. Jeżeli oczekiwany rezultat postępowania leczniczego nie został osiągnięty, pomimo zastosowania najwyższej możliwej dawki leku, wdrożone zostają środki o charakterze słabych opioidów, najczęściej kodeina lub dihydrokodeina. Jeżeli również te środki nie pozwalają na uśmierzanie bólu w optymalnym stopniu, wprowadza się silne opioidy, np. morfinę. Zastosowanie silniejszych leków przeciwbólowych nie wymaga wycofania leków z poprzedniego stopnia drabiny, przeciwnie - są one stosowane jako uzupełnienie silniejszego leku. Zwykle początkowo morfina podawana jest doustnie, co 4h. W przypadku pojawiania się bólu przebijającego zalecane jest podawanie dawek dodatkowych, których liczba i odstępy czasowe zależą od ich skuteczności oraz występowania skutków ubocznych. Na podstawie zanotowanej dystrybucji leku ustalany jest plan jego podawania

[7,8].

Stosowanie leków opioidowych wymaga analizy mechanizmu powstawania bólu u pacjenta (by zakwalifikować go do leczenia opioidami) oraz znajomości chorób towarzyszących. Opioidy oddziałują bowiem na ośrodkowy układ nerwowy, układ sercowo-naczyniowy, układ pokarmowy, układ moczowo-płciowy, układ neuroendokrynnny, układ immunologiczny oraz skórę. Najczęstszymi objawami niepożądanymi są: zaparcia, nudności, wymioty, sedacja, euforia, dystrofia, depresja ośrodka oddechowego i uwalnianie histaminy. Najniebezpieczniejszy efekt niepożądany, jakim jest depresja oddechowa, może generować duży problem w opiece nad pacjentami w stanie terminalnym, ponieważ część z nich stanowią osoby w wieku podeszłym ze współistniejącymi ciężkimi schorzeniami płuc, u których stosowane są równocześnie inne leki, także działające depresyjnie na ośrodek oddechowy.

Istotnym aspektem związanym ze stosowaniem leków opioidowych jest również zjawisko tolerancji, które w ujęciu klinicznym oznacza zmniejszenie efektu analgetycznego opioidów pomimo stałej dawki leków oraz stałego ich stężenia we krwi. Proces ten może mieć różne przyczyny, jednak zawsze prowadzi do konieczności korekty prowadzonego leczenia poprzez zwiększenie dawki leku lub zmianę leku na inny, tak by możliwe było uzyskanie satysfakcjonującego efektu przeciwbólowego [9].

Dodatkową trudność we wprowadzeniu leczenia przeciwbólowego opioidami stanowi ryzyko nadużywania oraz przedawkowania leków. Z tego powodu konieczna jest prawidłowa ocena pacjenta pod względem kwalifikacji do leczenia opioidami, ryzyka związanego z leczeniem oraz ostrożne wprowadzanie leków, połączone z uważną obserwacją pacjenta. Odpowiednio zebrane informacje pomogą ustalić niebezpieczeństwo powstania uzależnienia. Do czynników predysponujących należą m. in. choroby psychiczne, brak współpracy chorego, wcześniejszy pobyt w więzieniu, obecność innych uzależnień, stosowanie w terapii opioidów o krótkim działaniu oraz zgłaszanie przez chorego nadmiernej ilości dolegliwości. Zalecane jest wybranie leków opioidowych o mniejszym potencjale uzależniającym. Strach przed uzależniającym wpływem opioidów oraz przed ryzykiem nadużywania sprawił, że obecnie częściowo ograniczone zostało ich stosowanie, należy jednak pamiętać, że skutki nieleczonego bólu stanowią poważne zagrożenie dla pacjentów [10,11].

Leczenie przeciwbólowe uzupełniane jest o leki adjuwantowe, których działanie wspomaga leki przeciwbólowe, osłabia mechanizm powstawania bólu lub łagodzi inne, towarzyszące dolegliwości. Do leków tych należą, m. in. leki przeciwzapalne, przeciwdepresyjne, przeciwdrgawkowe oraz sterydy. Jednym z powszechnie stosowanych leków adjuwantowych są glikokortykosteroidy, używane w przypadku bólu związanego z

nowotworem u młodzieży oraz osób dorosłych, jednak ich stosowanie powinno ograniczać się w czasie do niezbędnego minimum, a wybór powinien koncentrować się na glikokortykosteroidach o jak najslabszym działaniu mineralokortykosteroidowym [8,12].

Ważne są również metody niefarmakologiczne oraz komplementarne, na które składają się:

- **radioterapia** - dotyczy leczenia bólu u osób z przerzutami nowotworowymi do kości, pozwala na redukcję stosowania farmakologicznych środków analgetycznej oraz unikanie powikłań tak umiejscowionych przerzutów ,tzn. złamań kości oraz obrzęku i ucisku na rdzeń kręgowy [7,8],
- **fizjoterapia** – zwykle jest formą uzupełniającą w leczeniu bólu, np. związanego z przerzutami nowotworu do kości, lecz może też stanowić leczenie z wyboru, jak to jest w przypadku bólu mięśniowo – powięziowego, w którym leczenie obejmuje m. in. elementy terapii tkanek miękkich, delikatne techniki mobilizacyjne z zakresu osteopatii i terapii manualnej, techniki na punkty spustowe oraz masaż klasyczny i masaż głęboki [13],
- **techniki psychologiczne** – używane zwykle w przypadku bólu nienowotworowego i pomagające utrzymać psychiczne panowanie nad odczuwaniem bólu,
- **terapia stymulacyjna** – akupunktura oraz przezskórna stymulacja nerwów.

Do metod wymienianych jako terapie leczenia bólu zaliczane są też ziołolecznictwo oraz homeopatia, jednak ze względu na brak odpowiednich wyników badań oraz rezultatów klinicznych są to metody kontrowersyjne i ryzykowne [7,8].

Oddzielnym typem terapii są interwencyjne metody leczenia bólu. Należy do nich blokada układu nerwowego, polegająca na zablokowaniu przewodnictwa nerwowego w nerwach obwodowych, zwojach oraz korzeniach poprzez leki znieczulające miejscowo. Powinna być ona przeprowadzana przy współpracy pacjenta, przez osobę odpowiednio przeszkoloną w ściśle określonych warunkach i przypadkach, a ocena stopnia ulgi powinna być oceniana w odległych, ustalonych punktach czasowych. Wskazaniem do blokady są m. in. zlokalizowane przewlekłe zespoły bólowe, zlokalizowany ból nowotworowy oraz stan po zabiegu lub urazie, w przypadku którego metoda ta ułatwia terapię fizykalną, mobilizację oraz rehabilitację. Wprowadzenie blokady nie daje pewności uzyskania efektu przeciwbólowego lecz w wybranych przypadkach może być ona skuteczna u 60% chorych z bólem przewlekłym, zwłaszcza jeśli prowadzi się leczenie skojarzone, np. z kinezyterapią, farmakoterapią lub psychoterapią. Ponadto często efekt terapeutyczny trwa dłużej niż wynikałoby to z działania

własności farmakologicznych leku, co jest wyjaśniane jako wpływ terapii na neurony i stopień odbierania bodźców lub jako efekt relaksacji mięśni i naczyń będących w skurczu, powodujący ograniczenie uwalniania substancji alogenicznych. Wykonanie skutecznej blokady umożliwia również udowodnienie pacjentowi, że istnieją skuteczne metody leczenia bólu oraz ułatwia współpracę z pacjentem polegającą na rozwijaniu u niego mechanizmów samokontroli bólu [14].

Każdego roku 1,6 mln pacjentów w krajach europejskich umrze z powodu nowotworu, a 5,7 mln z powodu innej przewlekłej choroby. Większości z tych pacjentów w okresie terminalnym będą towarzyszyć ból i cierpienie. Pacjenci będą wymagać wsparcia ze względu na psychosocjalne lub duchowe problemy wynikające z postępu choroby. Trudno zdefiniować moment, kiedy leczenie mające na celu wyleczenie powinno zostać zaprzestane, a pacjent powinien być objęty opieką paliatywną [15]. W całym łańcuchu procedur związanych z diagnostyką oraz terapią pacjenta nie wolno zapominać o podmiocie całego problemu, którym jest pacjent. Chorzy u schyłku życia mają wiele dolegliwości i zwykle wiele jednostek chorobowych. Lekarz, pomimo natłoku obowiązków w swojej pracy, powinien oszacować jaka jest jakość życia pacjentów. Wyniki badań przedstawione przez Kulpę M. i Stypułę-Ciubę P., dosyć jasno wskazują, że największą determinantą, wpływającą na jakość życia chorych są objawy somatyczne. Tutaj na pierwszy plan wysuwa się ból, zwłaszcza ból nowotworowy. Objawy te są dla pacjentów najbardziej uciążliwe, są one odpowiedzialne za powstawanie przykrych konsekwencji w sferze fizycznej i psychicznej. Można wysunąć z tego wniosek, że odpowiednie leczenie bólu oraz innych objawów somatycznych podnosi znacząco jakość życia pacjentów [16].

Chorzy w okresie umierania, u schyłku życia w większości odczuwają ból. Nie zawsze pacjenci potrafią wyrazić swoje odczucia werbalnie, z tego powodu należy dokładnie obserwować takich pacjentów. Należy zwrócić uwagę na zachowanie, grymasy twarzy, pojękiwania itd. U chorego umierającego źródłem bólu jest nie tylko choroba podstawowa. Często lekceważonymi bądź niezauważonymi źródłami bólu są: grzybica jamy ustnej, zatrzymanie moczu, zaparcia, odleżyny, dysfagia, która powoduje zaprzestanie podawania leków przeciwbólowych [17].

SEDACJA PALIATYWNA JAKO METODA LECZENIA PRZECIWBÓLOWEGO

W krajach rozwiniętych około 50% zgonów stwierdza się w szpitalach. Gdy zbliża się koniec życia, pacjenci (z własnej woli lub z powodu bliskich) często odwiedzają szpitale w celu

ulżeniu cierpieniu. Jest to swego rodzaju popyt społeczny, który spowodował ogłoszenie praw dotyczących godności w opiece paliatywnej. Zaawansowana i nieuleczalna choroba niejednokrotnie powoduje przykre i trudne do kontrolowania objawy, które należy łagodzić. W celu osiągnięcia złagodzenia objawów bólowych potrzebna jest opieka paliatywna dla pacjenta. Jeżeli drabina analgetyczna nie wystarcza do zniesienia bólu można zaproponować pacjentowi i jego rodzinie sedację paliatywną. Jest to jedna z metod leczenia przeciwbólowego, którą definiuje się jako celowe obniżenie poziomu świadomości chorego w celu złagodzenia intensywnych dolegliwości bólowych spowodowanych przez jeden lub więcej objawów opornych [18,19]. Procedura medyczna polega na zastosowaniu leków nasennych, uspokajających i przeciwpsychotycznych, których zadaniem jest redukcja bądź całkowite zniesienie świadomości pacjenta. Jest to ostateczna metoda, którą można zastosować wtedy, gdy inne możliwe do zastosowania techniki leczenia przeciwbólowego nie przynoszą ulgi pacjentowi. Sedacja może być czasowa lub ciągła. Głównymi wskazaniami do sedacji są ból, majaczenie, pobudzenie i duszność. Zwykle pacjenci mają co najmniej dwa objawy oporne na konwencjonalne metody leczenia przeciwbólowego. Objawy te to między innymi: zmęczenie, wymioty, depresja, senność, drgawki, krwawienie, bezsenność, cierpienie, niepokój i złe samopoczucie. Sedacja jest wskazana w postępowaniu choroby nowotworowej z kacheksją i niewydolnością narządów jako metoda przeciwbólowego leczenia paliatywnego [19]. Ciągła, głęboka sedacja chorego powinna być brana pod uwagę jedynie u pacjentów z chorobą zaawansowaną wówczas, gdy przewidywany czas przeżycia mierzony jest w godzinach lub dniach, zatem u pacjentów w opiece terminalnej. Sedacja czasowa może być przeprowadzona na wcześniejszych etapach choroby, przykładowo w okresie oczekiwania na efekt terapeutyczny lub w celach zapewnienia choremu wypoczynku. Sedację należy rozważyć również pod kątem łagodzenia cierpienia psychicznego oraz egzystencjalnego, które niejednokrotnie towarzyszy pacjentom w opiece paliatywnej. Przed wdrożeniem sedacji wielce istotne jest: przeprowadzenie pełnego badania lekarskiego; przeprowadzenie kwalifikacji do sedacji poprzez co najmniej dwóch lekarzy mających doświadczenie w opiece paliatywnej; uzyskanie opinii właściwych specjalistów w przypadku niejasności bądź wątpliwości; rozmowa z pacjentem, jeżeli to tylko możliwe. Dialog z pacjentem i jego rodziną jest tutaj kluczową kwestią. Jeżeli chory pozostaje w kontakcie uzyskanie jego akceptacji jest niezbędnym czynnikiem umożliwiającym przeprowadzenie zabiegu sedacji. Lekarz powinien poświęcić odpowiednią ilość czasu na taką rozmowę i dokładnie wyjaśnić wszystkie wątpliwości rodzinie oraz pacjentowi. Lekarz powinien odpowiadać na pytania zgodnie z aktualną wiedzą i rekomendacjami oraz indywidualizować tę wiedzę na potrzeby pacjenta. Rozmowa z chorym

musi być szczerą, pacjent ma prawo do pełnych informacji na temat swojego stanu zdrowia, rozmowa powinna uwzględniać odpowiedzi na trudne pytania: “Czy jeszcze się obudzę?”, “Czy będę umierał we śnie?” Należy zapewnić, że ze strony personelu medycznego chory otrzyma najlepszą możliwą opiekę, a także że personel będzie respektował życzenia chorego jak również jego rodziny w ostatnim okresie życia chorego. Sedacja powinna być przeprowadzona w warunkach oddziału medycyny paliatywnej bądź innego oddziału, a tylko w przypadkach szczególnych, gdy ból pojawia się nagle lub narasta w szybkim tempie w warunkach domowych [20]. Przeprowadzenie procedury sedacji paliatywnej niesie za sobą wiele wątpliwości etycznych oraz kontrowersji. Trzeba rozróżnić i stanowczo oddzielić pojęcie sedacji paliatywnej od eutanazji, czy śmierci wspomaganą. Z tych trzech pojęć w Polsce prawnie dozwolona jest jedynie sedacja. Sedacja paliatywna jest elementem pozytywnej opieki paliatywnej, zatem główną różnicą pomiędzy sedacją a eutanazją jest intencja lekarza. Eutanazję należy podejrzewać tylko w przypadkach, gdy dawki leków sedatywnych były sukcesywnie zwiększane przez lekarza i doprowadziły do śmierci pacjenta [21].

Przepisy jasno mówią, że pacjenci oraz ich przedstawiciele, jeżeli pacjent jest nieprzytomny, mają prawo do pełnej informacji o swoim stanie zdrowia i rokowaniach. Mają również prawo do czynnego uczestnictwa w decyzjach, które dotyczą procesu opieki i leczenia, zwłaszcza w zaawansowanych procedurach przeciwbólowych, jaką jest sedacja paliatywna. Oczywiście cały proces powinien zostać zapisany w dokumentacji medycznej. W badaniu przedstawionym przez Journal of Pain and Symptom Management tylko jeden na pięciu pacjentów wiedział o swoim rokowaniu i tylko jeden na trzech był kompetentny co do podejmowania decyzji. Decyzję w sprawie zastosowania sedacji paliatywnej podjęli zatem głównie krewni i bliscy pacjentów wraz z lekarzami. Wnioskowanie o świadomą zgodę zostało wyraźnie odnotowane w dokumentacji medycznej tylko w dwóch na trzy przypadki. Fakt, że w spektrum dokumentacji medycznej jest wiele informacji do poprawy, został wykazany w licznych badaniach. W sytuacjach związanych z końcem życia należy zapewnić ciągłość opieki, a schematy uzgodnione z pacjentem lub jego bliskimi należy zapisać w dokumentacji medycznej [18].

BÓL W ASPEKCIE SOCJOLOGICZNO- DUCHOWYM

Pacjent z chorobą uleczalną, gdy spotyka się z lekarzem, myśli o swoim życiu. Potrzebuje specjalisty, aby pokonać chwilową dolegliwość. Sytuacja rekonwalescenta w stanie terminalnym zmienia się diametralnie. Pacjent poddany wszelkim czynnikom stresowym, które

są związane z nadchodzącą śmiercią, niesie ze sobą bagaż swoich doświadczeń, wszelkie cechy własnej osobowości zarówno pozytywne, jak i negatywne, hierarchię wartości, wykształcenie i światopogląd. Sposób, w jaki ból jest odczuwany, to subiektywna cecha każdego chorego, podlega ona indywidualnym różnicom, jest również wynikiem dwóch zmiennych: progę bólu i odporności na ból. Ból somatyczny ogranicza zdolność kontrolowania życia, prowadzi do powstania zaburzeń psychicznych, takich jak niepokój i depresja. Może to negatywnie wpłynąć na relacje międzyludzkie [22]. Dlatego też kontaktowanie się z osobą śmiertelnie chorą jest bardzo trudne. Niekiedy pacjenci z oporami przyjmują zaproszenie do rozmowy, unikają wszelkich rozmów, zamykają się w sobie, starają się odrzucić rzeczywistość, tak jakby śmierć była dla nich tematem tabu. Wszystkie te zachowania nie znaczą wcale, że osoba cierpiąca nie oczekuje i nie potrzebuje wsparcia duchowego, a wręcz przeciwnie, swoim zachowaniem wyraża sprzeciw dla postępującej choroby i nieuniknionej śmierci, a zarazem woła o pomoc [23]. Interakcja między bólem somatycznym a czynnikami psychologicznymi i społecznymi powoduje depersonalizację. Dla człowieka o zaawansowanej deformacji moralnej, która przejawia się w egoizmie, agresji i uzależnieniach, który nie posiada jednoczącego sensu życia, przejście ze stanu życia do śmierci może okazać się procesem niezwykle wymagającym. Cierpienie to może jednak mieć pożądany wpływ na pacjenta, jeśli świadoma choroba prowadzi do refleksji i rozważań na temat poprzednich postaw życiowych, skutkować to może przewartościowaniem jego życia, skupieniem się na najważniejszych, pozytywnych jego aspektach. Doświadczone cierpienie często zmusza do pracy nad osobowością chorego, a w rezultacie nabycia cierpliwości i samokontroli. Cierpienie wobec samego siebie uczy również realizmu i potrzeby altruistycznych postaw [2,22]. Lekarz, jak każda inna osoba, w swojej pracy konfrontuje osobiste i ściśle profesjonalne wartości, dlatego jego etos powinien uwzględniać te dwa wymiary: wartości osobiste i zawodowe oraz normy etyczne chroniące te wartości. To holistyczne podejście do pacjenta jest zdecydowanie istotne w przypadku choroby terminalnej. Mimo że od lekarza oczekuje się także pomocy w ustabilizowaniu zdrowia i przezwyciężeniu bólu, równie ważne są problemy psychologiczne i duchowe pacjenta, a także problemy rodzinne i społeczne [22].

BÓL W ASPEKCIE PSYCHOLOGICZNYM

Zgodnie z definicją Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (IASP – *International Association for the Study of Pain*), ból to nieprzyjemne przeżycie zmysłowe i emocjonalne, połączone z aktualnym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanki lub związane z

wyobrażeniem tego typu uszkodzenia. Ból należy więc do zjawisk subiektywnych, które może być przeżywane w różnorodny sposób, gdzie reakcja na nowy epizod bólu jest kształtowana na podstawie wcześniejszych doświadczeń [24,25]. Przewlekły, uporczywy ból lub częste nawracające bóle epizodyczne mogą wywierać istotny wpływ na życie danej osoby obniżając jakość życia [25,26]. Ból ma również wyraźne konsekwencje emocjonalne i behawioralne, które wpływają na wynik leczenia [25].

Już w pierwszych teoriach nocycypcji (odczuwania bólu) zwracano uwagę na znaczenie psychologii w wyrażaniu, zrozumieniu oraz leczeniu bólu. W latach 50. i 60. XX wieku wraz z postępowaniem psychologii behawioralnej, teorie te zostały rozwinięte skupiając się na pacjentach z przewlekłym, nieustającym bólem oraz chorych niepełnosprawnych. Psychologia znalazła miejsce w leczeniu bólu po uznaniu faktu, iż zakres dolegliwości i niepełnosprawności zgłaszanych przez wielu pacjentów nie może być wyjaśniony zakresem szkody lub chorobą [27]. Ból może być wyuczoną reakcją a nie czysto fizycznym problemem [28]. Nie jest on więc wiarygodnym wskaźnikiem uszkodzenia tkanek, a uszkodzenie tkanek nie jest wiarygodnym wskaźnikiem bólu. Ilustracją powyższego stwierdzenia jest fakt, iż do 40% pacjentów z odwracalnym niedokrwieniem mięśnia sercowego nie zgłasza bólu. Istnieje również odczuwanie bólu w miejscu odległym od uszkodzenia lub w brakującej, czy dodatkowej kończynie.

Biorąc pod uwagę skuteczność leczenia warto zastanowić się nad czynnikami odpowiadającymi za odmienne odczuwanie bólu. Współczesne teorie psychologii bólu oceniają następujące czynniki: osobowość, płeć, kultura [27]. Doświadczenie bólu jest kształtowane przez wiele specyficznych czynników psychologicznych [25].

Strach

Pojawiający się strach jest odpowiedzialny za wywołanie w stanie niebezpieczeństwa ucieczki lub przystosowania się do odmiennych warunków [27]. Wysoki poziom strachu zaburza funkcje poznawcze, powoduje nadmierną czujność w stosunku do odczuć związanych z bólem oraz niechęć do angażowania się w aktywność fizyczną [25]. Strach przed bólem stał się znaczącym prognostykiem niepełnosprawności [27]. W przypadku uwarunkowanych reakcji strachu odczuwanie bólu może występować nawet po jego ustąpieniu lub w fobiach, działaniach niebolesnych, czy zespole stresu pourazowego. U niektórych pacjentów zastosowanie terapii desensytyzacji może przynieść wtedy efekty [28]. Należy mieć również na uwadze, że zaburzenia lękowe mogą być konsekwencją czynników biologicznych, takich jak niedotlenienie, używanie lub zaprzestanie używania pewnych leków [29].

Uwaga i czujność

W sytuacji, gdzie zagrożenie bólem jest stałe lub nawracające może rozwinąć się czujność na ból [27]. Skupianie uwagi jest fundamentalnym procesem psychologicznym. Spełnia ono dwie funkcje: ułatwia koncentrację na cel w środowisku, w którym może występować wiele bodźców lub zapewnia właściwy przebieg działania, gdy jednostka ma wiele celów, jak również dopuszcza do niej tylko ważne bodźce, uniewrażliwiając na te mniej istotne [30]. Im większa jest wartość zagrożenia szkodliwego bodźca, tym więcej poświęca się mu uwagi [25]. Ból jest bodźcem, który ukierunkowuje uwagę na jego źródło oraz możliwość ucieczki od niego lub znieczulenia. Badania oceniające czujność na ból pokazały, że osoby z przewlekłym bólem kręgosłupa w odcinku krzyżowo - lędźwiowym, które wykazują wyższy poziom uwagi na ból, zgłaszają wyższą intensywność bólu jak również zwiększone korzystanie z opieki zdrowotnej i wyższy poziom stresu emocjonalnego [27].

Skupienie uwagi na bólu pogarsza go. Dowiedziono, że pacjenci zaabsorbowani swoim ciałem lub hipochondryczni, wykazując nadmierną czujność na odczucia cielesne, wzmacniają je do tego stopnia, że są odczuwane jako bolesne. Wysoko efektywną terapią w tym przypadku jest rozpraszanie uwagi na przykład za pomocą gier wideo włączanych podczas procedur medycznych, wskutek czego pacjent odczuwa ból tylko w pewnym stopniu [28].

Katastrofizacja i zamartwianie

Katastroficzne myślenie to przesadne, negatywne nastawienie do bólu, w którym relatywnie neutralne zdarzenie jest irracjonalnie przekształcane w katastrofę. Osoba wyobraża sobie najgorszy możliwy wynik, który może się zdarzyć, ale akceptuje go [25]. To nawyk natychmiastowej oceny sytuacji jako wyjątkowej i niepomyślnej, katastroficznej. Podstawą do wypracowania go mogą być ciągłe obawy i próbowanie rozwiązania problemu bólu. Opracowano miernik katastroficznego myślenia o bólu, gdzie oceniany jest stopień do jakiego wyolbrzymiany skutki bólu, uważamy się za bezradnych i kontrolujemy sposób, w jaki myślimy [24]. Osoby wykazujące katastroficzne myśli narażone są na większe ryzyko opóźnionego powrotu do zdrowia. Aby przezwyciężyć lęk przed bólem będą potrzebowały większego wsparcia, a w leczeniu kluczowym aspektem stanie się stopniowa ekspozycja na aktywność fizyczną [25].

Unikanie

Unikanie bólu lub działań powodujących obrażenia jest jednym z naturalnych mechanizmów przetrwania. Konsekwencją bólu jest więc unikanie przez chorego zachowań,

które go wywołują [25,27]. Ta forma reakcji na ból to raczej funkcja strachu niż bólu jako takiego. Strach ma związek z oczekiwaniem szkody i przewidywaniem katastroficznych konsekwencji w przypadku, gdy zostaną podjęte określone działania. Taki wzorzec zachowania będzie prowadził do wycofywania się z aktywności fizycznych i rozwoju niepełnosprawności [30].

Depresja

Doświadczenie bólu może powodować obniżenie nastroju, a jego przewlekła obecność przyczyniać się do uczucia frustracji i gniewu [27]. Depresja jest definiowana jako problem psychologiczny charakteryzujący się negatywnym nastrojem, beznadziejnością i rozpaczą. Spełnia swoje kryteria średnio u 52% pacjentów z bólem. Jeszcze większa liczba osób przejawia nastrój depresyjny, nie spełniając dokładnych kryteriów diagnostycznych depresji. Jej obecność w stanie bólowym wiąże się z wyższym poziomem intensywności bólu. Jest również silnym czynnikiem ryzyka niepełnosprawności. Badania wykazały, iż zaawansowana depresja przed leczeniem wiąże się ze słabymi wynikami rehabilitacji [25]. Depresja nieuchronnie ma negatywny wpływ na aspekty poznania. Pacjenci często skarżą się na słabą koncentrację, pamięć i zwiększone niepowodzenie poznawcze [30]. Kluczowym składnikiem depresji jest stopień, w jakim osoby negatywnie oceniają swoją wartość i możliwości. Przeprowadzone badania sugerują, że negatywna samoocena może promować samospelniającą się przepowiednię, przez którą pacjenci wypracowują poczucie bezradności i beznadziejności. Sugeruje się, że ważnym elementem w ocenie depresji przy bólu przewlekłym jest to, jak ból wpływa na krytyczny osąd wobec siebie [27]. Chorzy terminalnie najczęściej manifestują zaburzenia depresyjne w formie zespołu hipoaktywnego lub hiperaktywnego [29].

Gniew

Pacjent odczuwający ból często może być niezrozumiany przez otoczenie. Kiedy nie występuje bezpośredni przedmiot gniewu, np. agresywna osoba, zazwyczaj pojawiają się ogólne poczucie frustracji, wrogości oraz poczucia winy. W chorobach z bólem przewlekłym gniew odnoszący się do prób samokontroli oraz mający związek z poczuciem własnej wartości często nie jest rozpoznawany. Gniew i wrogość mogą mieć znaczący, negatywny wpływ na skuteczność leczenia [27].

Wpływ na tożsamość

Wpływ przewlekłego bólu na naturę ludzką oraz poczucie własnej tożsamości jest od

dawna reprezentowany w sztuce i literaturze. Dotychczas nie ma jednak dostępnych badań takich jak meta-syntezy w tym obszarze. Ból natomiast z pewnością odpowiada za poczucie wyobcowania z ciała, o czym możemy mówić m.in. gdy pacjent czuje się i zachowuje jakby miał 70 lat, a w rzeczywistość ma lat 45 [30]. Odrębnym tematem związanym z przewlekłym bólem jest poczucie uwięzienia przez ból. Badania dowiodły, że stopień w jakim dana osoba uważa się na uwięzioną przez ból prognozuje depresję [25].

Chroniczny ból

Przewlekły ból CP trwa dłużej niż 3-6 miesięcy. Najczęściej zajęte obszary to kręgosłup lędźwiowy, szyjny, nogi, kolana, ręce, biodra, a najczęstszą etiologią jest zapalenie kości i stawów, choroba zwyrodnieniowa, przepuklina dysku, zmiany w kręgosłupie, osteoporoza i uraz. Uważa się, że CP koreluje z występowaniem u płci żeńskiej, u osób w starszym wieku, mających niski status społeczny i nieaktywnych zawodowo [26]. Możemy wyróżnić czynniki predysponujące do chronicznego bólu. Są nimi: niezdrowy styl życia, brak wsparcia społecznego, choroby związane z depresją oraz nadużywanie substancji. Przewlekły ból jest określany jako złożony, gdy występuje interakcja między sprawami dotyczącymi aspektów prawnych, psychologicznych, leczeniem medycznym oraz rodziną [28]. Osoby doświadczające przewlekłego bólu to często osoby niepełnosprawne oraz prezentujące inne problemy, takie jak zaburzenia snu i zmęczenie. Z czasem mogą odizolować się od innych oraz niezadowolająco spełniać role i obowiązki rodzinne.

Osoby zmagające się z uporczywym bólem mają znacznie wyższy odsetek zaburzeń lękowych niż osoby bez takiego bólu. Pojawiający się strach, który mobilizuje do "walki lub ucieczki" jest ograniczony czasowo. Częstsze jest zamartwianie się, które wpływa na zachowanie, uwagę i funkcje poznawcze [25].

Reakcje na ból, sposoby radzenia sobie z nim

Ludzie z natury są wewnętrznie zmotywowani do zrozumienia własnych doświadczeń. Dopóki ból nie zostanie przyswojony na płaszczyźnie umysłowej może indukować zamartwienie i troskę. Wiedza o tym, co powoduje ból i co to może oznaczać ma krytyczne znaczenie dla efektywnego poradzenia sobie z bólem. Dlatego najtrudniej pomóc jest osobom o nieodkrytej etiologii bólu. Brak poznania elementów dolegliwości oraz niepewna diagnoza przyczyniają się do wzrostu wiary w chorobę [27].

Ból wywołuje także szereg reakcji behawioralnych, na przykład manifestacje w mimice twarzy, modyfikacjach postawy, które są obserwowane przez innych i wywołują różne

odpowiedzi. Wahają się od wyrażania współczucia, zachowań próbujących złagodzić ból, po ignorowanie osoby cierpiącej i obojętność. Istotną cechą jest to, że publiczne wyrażanie bólu oznacza, że podlega on wpływom środowiskowym, zwłaszcza społecznym, a więc zachowanie danej osoby w odpowiedzi na ból jest kształtowane i modyfikowane przez otoczenie [30].

Ważne jest, aby zrozumieć co oznacza reakcja na stresujące zdarzenie, jak również skuteczność usunięcia danego bodźca stresującego lub załagodzenia stresowej odpowiedzi. W konfrontacji ze zdarzeniem stresującym - bólem, strachem przed nim, każdy z nas reaguje. Ta reakcja różni się w zależności od osobowości. Możliwa jest reakcja bierna, w której pacjenci wykazują niepokój wobec choroby lub aktywna, gdzie próbują rozwiązywać problemy, mają zdolność kontroli nad bólem i wykazują większą wytrzymałość [27].

Możliwości terapii

Pacjenci powinni być doprowadzani do zrozumienia, iż oni sami odgrywają rolę w radzeniu sobie z bólem, np. w postaci rozpraszania uwagi i mogą minimalizować jego ingerencję w życie [28]. Procedury przeciwbólowe mogą być dostosowane do potrzeb pacjenta - zwrócić uwagę na skutki bólu lub rozpraszać jego skupienie na ból. Oba podejścia mogą stać się efektywną formą leczenia [27]. Problemy psychiczne są jednak widoczne w szczególności u pacjentów z bólem przewlekłym [28].

Leczeniem z wyboru pacjentów z chronicznym bólem jest terapia poznawcza CBT *cognitive behavioural therapy*, która powinna odbywać się w interdyscyplinarnym centrum leczenia bólu. Głównym celem dla takich pacjentów jest przeniesienie uwagi z bólu na jego niekorzystne skutki. Terapia polega na wygaszaniu schematów dysfunkcyjnych zachowań, przekonań i wzorców myślenia [27].

Terapia chorych terminalnie z zaburzeniami depresyjnymi polega na połączeniu metod farmakologicznych i psychoterapii z uwzględnieniem retrospekcji, autosugestii, aktywizacji chorych oraz metody skróconej perspektywy [29].

Model akceptacji i zaangażowania stanowi jeden z względnie nowych modeli zrozumienia czynników psychologicznych w przewlekłym bólu. Polega on na odwróceniu się od prób uniknięcia bólu na rzecz skupienia się na jak najpełniejszym życiu i osiągnięciu osobistych celów [25]. Posiadanie celu w życiu działa jako czynnik ochronny w przypadku przewlekłego bólu. W badaniu przedstawionym w artykule: "*The contribution of purpose in life to psychological morbidity and quality of life in chronic pain patients*" dowiedziono, że chorobowość w zakresie psychiki była związana z nasileniem i interferencją bólu, manifestacjami schorzeń, katastroficznym myśleniem o bólu, sposobem radzenia sobie z

samopoczuciem i życiowym celem. Wykazano, że posiadanie celu życiowego ma ujemne sprzężenie z zachorowalnością na choroby psychiczne. W oparciu o inne badania można powiedzieć, że cel życiowy chroni przed depresją, na co wskazuje mniejsza ilość objawów depresyjnych oraz niższy poziom lęku. W przypadku przeciwności, jakim jest ból osiągnięcie celów przynosi więcej satysfakcji, niż gdy takie przeciwności nie występują. Interesujący jest fakt, że posiadanie celu życiowego powoduje zwiększoną tolerancję bólową, szybszy powrót do zdrowia, jak też działa ochronnie przed zawałem mięśnia sercowego u osób z chorobą wieńcową [26].

PODSUMOWANIE

Ból jest złożonym i przykrym doznaniem, które wymaga kompleksowej terapii. Leczenie tylko „fizycznych” dolegliwości bólowych pacjentów w stanie terminalnym jest niewystarczające, gdyż doświadczają oni cierpienia w sferze fizycznej, psychologicznej, socjalnej i duchowej, co składa się na tzw. „ból totalny” [31]. Odpowiednie leczenie bólu wymaga prawidłowej jego oceny, należy określić jego charakterystykę i przyczyny oraz inne czynniki obecne w życiu pacjenta, które mogą mieć wpływ na odczuwanie bólu i jego terapię, takie jak gniew, smutek, czy frustracja. Wielce istotne jest, aby spojrzeć szerzej na czynniki, które mogą być przyczyną bólu. W opiece nad osobą chorą terminalnie kluczowe jest zrozumienie tego, co jest dla nich najważniejsze i w jakich warunkach chcą i mogą umrzeć [32]. Odpowiednia terapia bólu pozwala znacząco podnieść jakość życia pacjenta, nawet w przypadku niekorzystnego rokowania. Dla pacjentów u schyłku życia bardzo często ból jest jednym z istotniejszych objawów. Oczywiście traci on wtedy swoją funkcję ostrzegawczą. W pewnym momencie medycyna powinna się skupić na leczeniu bólu samego w sobie, niekoniecznie samej choroby podstawowej [31]. Jedną z metod wspomagania leczenia nawracającego bólu jest technika rozpraszania uwagi pacjenta. Wyznaczenie przez pacjenta życiowego celu i dążenie do jego realizacji przyczynia się do zwiększenia tolerancji na ból. Pod koniec życia przemyślenia dotyczące jego sensu i celu stają się dla chorego ważniejsze niż jego dobrostan fizyczny i objawy choroby [32]. W przypadku, gdy leczenie nie przynosi pacjentowi ulgi, istnieje możliwość zastosowania sedacji paliatywnej, która wciąż pozostaje kontrowersyjną metodą leczenia bólu. Należy pamiętać, iż sedacja paliatywna zdecydowanie nie jest tożsama z eutanazją i pojęcia te nie powinny być mylone [18,21]. Mimo postępu w wiedzy na temat bólu i w jego terapii, nadal jest on istotnym problemem dla zbyt wielu osób, a jego uśmierzenie stanowi wyzwanie dla pracowników ochrony zdrowia. Temat bólu wciąż

wymaga wielu badań i dyskusji, a jego łagodzenie jest jednym z ważniejszych wyzwań współczesnej medycyny.

PIŚMIENNICTWO

1. Dobrogowski J., Zajączkowska R., Dutka J., Wordliczek J.: Patofizjologia i klasyfikacja bólu. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2008; 4(1): 1-8.
2. Mińko S.: *Uśmierzyć Ból, Co wie i potrafi medycyna bólu*. Wydawnictwo Poligraf, Brzezia Łąka 2016: 15-19.
3. Drukier A.: O definicjach bólu i kilku innych problemach filozoficznych związanych z pojęciem bólu [w:] *Ból i Cierpienie - ujęcie interdyscyplinarne. Żyć godnie do końca*, Krzyżanowski D.M., Payne M., Fal A.M. (red.). Wydawnictwo Presscom, Wrocław 2013: Tom IV., 483.
4. Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M., Rosseland L.A., Romundstad L., Breivik Hals E.K., Kvarstein G., Stubhaug A.: Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia* 2008; 101(1): 17–24.
5. Wypyszewska J., Kopański Z., Kulesa-Mrowiecka M., Rowiński J., Furmanik F., Tabak J., Kieczka-Radzikowska K., Liniarski M.: Kliniczna ocena bólu. *Journal of Clinical Healthcare* 2018; 2: 6-11.
6. Nowak T., Neumann-Podczaska A., Wieczorowska-Tobis K.: Ból jako przyczyna pobudzenia u osób starszych z zaburzeniami funkcji poznawczych. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2018;p 13(4): 128–134.
7. Oxenham D.: Opieka paliatywna i leczenie bólu [w:] *Choroby wewnętrzne Davidsona*, tom 1, Boon N.A., Colledge N.R., Walker B.R., Hunter J.A.A. (red.), Kokot F., Heyla-Klekot L. (red. wyd. pol.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009: 115-125.
8. Krajnik M., Sobański P.: Leczenie farmakologiczne i radioterapia bólu nowotworowego u dorosłych i młodzieży. Omówienie wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia 2018 w kontekście problemów ze stosowaniem opioidów. *Medycyna Praktyczna* 2019; 10: 75–87.
9. Dąbrowski J., Zajączkowska R., Woron J., Wordliczek J., Kocot-Kępska M.: Metody leczenia bólu [w:] *Leczenie bólu*, Wordliczek J., Dobrogowski J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 54-84.
10. Brennan M.J., Gudin J.A.: The prescription opioid conundrum: 21st century solutions to a millennia-long problem. *Postgraduate Medicine* 2020; 132(1): 17-27.
11. Kocot-Kępska M., Dobrogowski J., Wordliczek J., Krajnik M., Woron J., Zajączkowska R., Przeklasa-Muszyńska A., Kołtątaj M., Janecki M., Malec-Milewska M.: Stosowanie silnie

- działających opioidów u osób z bólem przewlekłym pochodzenia nienowotworowego – praktyczne wskazówki z wytycznych polskich i europejskich. *Medycyna Praktyczna* 2018; 3: 51–63.
12. Przeklasa-Muszyńska A., Wordliczek J., Kocot-Kępska M., Dąbrowski J.: Koanalgetyki (adjuwanty) [w:] *Leczenie bólu*, Wordliczek J., Dobrogowski J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2017: 94-109.
 13. Pyszora A., Wójcik A.: Fizjoterapia w opiece paliatywnej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2010; 4(4): 159–167.
 14. Dąbrowski J., Zajączkowska R., Woron J., Wordliczek J., Kocot-Kępska M.: Metody leczenia bólu [w:] *Leczenie bólu*, Wordliczek J., Dobrogowski J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 135-155.
 15. Radbruch L., Payne S., Bercovitch M., Caraceni A., De Vlieger T., Firth P., Hegedus K., Nabal M., Rhebergen A., Schmidlin E., Sjogren P., Tishelman C., Wood C., De Conno F.: Raport dotyczący standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej w Europie: część 1. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej. *European Journal of Palliative Care* 2009; 16(6): 278-289.
 16. Kulpa M., Stypuła-Ciuba B.: Ból nowotworowy i uciążliwość objawów somatycznych a jakość życia u pacjentów z chorobami nowotworowymi. *Medycyna Paliatywna* 2013; 5(4): 171–179.
 17. Nyka W.: Elementy rehabilitacji w opiece paliatywnej. [w:] *Medycyna Paliatywna*, de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 356.
 18. Díez-Manglano J., de Isasmendi Pérez S.I., García Fenoll R., Sánchez L.Á., Formiga F., Giner Galvañ V., Dueñas C., Roca B., Estrada Díaz C., Casariego Vales E.: Palliative Sedation in Patients Hospitalized in Internal Medicine Departments. *Journal of Pain and Symptom Management* 2020; 59(2): 302-309.
 19. Leite Nogueira F., Kimiko Sakata R.: Palliative Sedation of Terminally ill Patients. *Brazilian Journal of Anesthesiology* 2012; 62(4): 580-592.
 20. Kotlińska-Lemieszek A., Łuczak J.: Sedacja jako metoda uśmierzania cierpienia u chorych w opiece paliatywnej. [w:] *Medycyna Paliatywna*, Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowska T. (red.). Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2019: 477-479.
 21. Graf L., Śleziona M.: Dylematy związane z sedacją paliatywną stosowaną u chorych u schyłku życia. Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice 2016.

22. Bołoz W.: Cierpienie duchowe w chorobie terminalnej. *Polska Medycyna Paliatywna* 2004; 3(1): 57–65.
23. Uchmanowicz E.: Potrzeby duchowe i wsparcie psychologiczne ludzi będących u kresu życia w kontekście opieki hospicyjnej. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2012; 2(1): 67–72.
24. de Walden-Gałuszko K.: Jakie są psychologiczne reakcje na niektóre objawy somatyczne [w:] *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*, de Walden-Gałuszko K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019: 29-33.
25. Linton S.J., Shaw W.S.: Impact of Psychological Factors in the Experience of Pain. *Physical Therapy* 2011; 91(5): 700-711.
26. Almeida V.M., Carvalho C., Pereira M.G.: The contribution of purpose in life to psychological morbidity and quality of life in chronic pain patients. *Psychology, Health & Medicine* 2019; 25(2): 160-170.
27. Eccleston C.: Role of psychology in pain management. *British Journal of Anaesthesia* 2001; 87(1): 144-52.
28. Hansen G.R., Streltzer J.: The Psychology of Pain. *Emergency Medicine Clinics of North America* 2005; 23: 339-348.
29. Kurpas D.: Reakcje i potrzeby psychiczne chorych i ich rodzin [w:] *Opieka paliatywna. Poradnik dla lekarzy i pielęgniarek rodzinnych oraz rodzin pacjentów*. Krajewska-Kułak E., Dzierżanowski T., Krzyżanowski D., Cybulski M. (red.) Wydawnictwo Difin, Warszawa 2018: 219-228.
30. Morley S.: Psychology of Pain. *BJA: British Journal of Anaesthesia* 2008; 101(1): 25-31.
31. Filipczak-Bryniarska I., Wordliczek J.: Lekarz wobec bólu i cierpienia człowieka. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2008; 2: 101-108.
32. Murray S.A., Kendall M., Grant E., Boyd K., Barclay S., Sheikh A.: Modele pogarszania się statusu społecznego, stanu psychologicznego i duchowego pod koniec życia u chorych na raka płuca i niewydolność serca. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008; 2(3): 111-120.

Ból i cierpienie w terminalnej fazie choroby nowotworowej

Anna Ślifirczyk¹, Iwona Siwek¹, Patrycja Bucior², Martyna Krukowska¹

1. Państwowa Szkoła Wyższa im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu,
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Domowy Szpital.

WSTĘP

W dobie epidemii chorób nowotworowych ważnym elementem opieki medycznej stało się zapewnienie godnej śmierci chorym, których nie można wyleczyć. Ostatnimi czasy rośnie więc znaczenie opieki paliatywno–hospicyjnej, której podstawą jest zrozumienie potrzeb osób nieuleczalnie chorych i cierpiących. Głównym celem opieki paliatywnej jest łagodzenie objawów, nie tylko fizycznych, ale obejmujących wszystkie sfery życia człowieka. Opieka paliatywna duży nacisk kładzie na wsparcie psychologiczne, duchowe i społeczne chorego i jego rodziny [1,2,3]. Pierwsza definicja opieki paliatywno-hospicyjnej została opracowana w latach 90. XX wieku przez WHO (Światowa Organizacja Zdrowia, ang. *World Health Organization*) i określała tę opiekę jako całościowe postępowanie, mające na celu poprawę jakości życia chorych z zagrażającą życiu i postępującą chorobą, świadczone w celu niesienia ulgi w cierpieniu, łagodzenia bólu oraz innych objawów fizycznych, oraz wsparcie bliskich osoby cierpiącej [4]. Biorąc pod uwagę złożoność problemów chorego podstawą działania opieki paliatywnej jest współpraca zespołu interdyscyplinarnego [5,6].

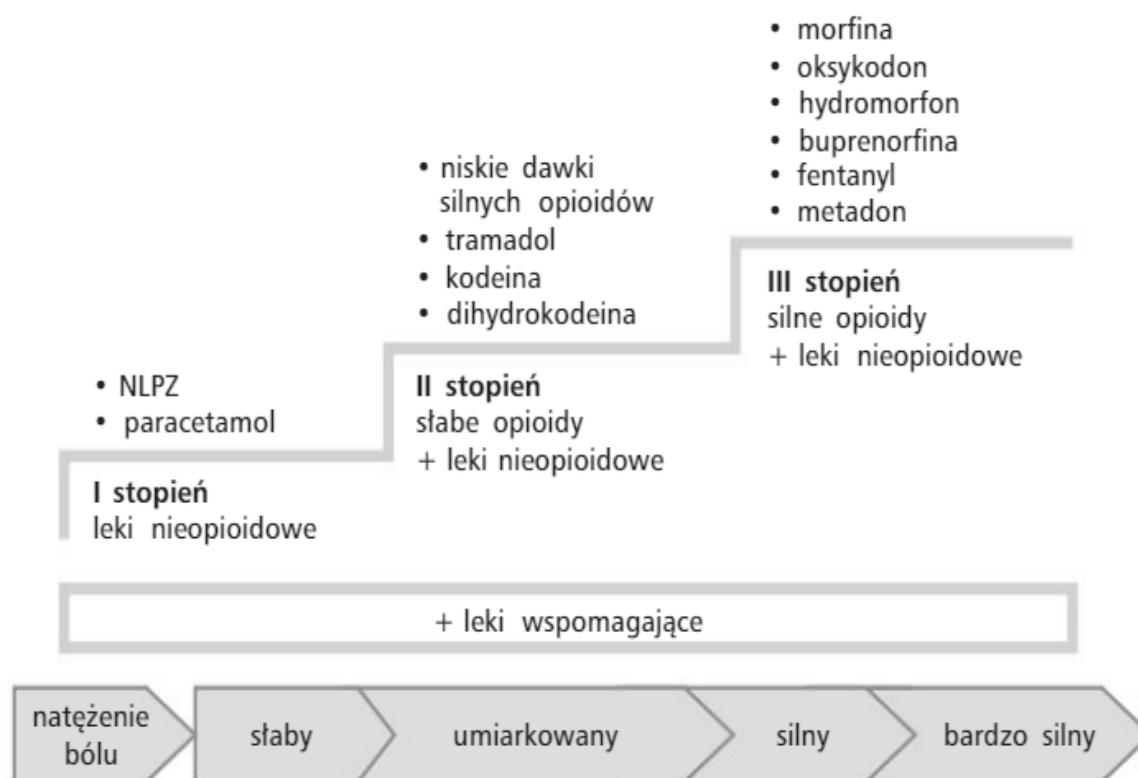
Zgodnie z definicją, ból jest to przykre i negatywne doznanie emocjonalne i zmysłowe, powstające poprzez rzeczywiste lub potencjalne uszkodzenie tkanki. Kiedy doznanie bólowe jest długotrwałe i intensywne, ból przestaje pełnić rolę czynnika ostrzegawczego i staje się przyczyną cierpienia. Ból przewlekły jest przyczyną wyczerpania fizycznego, niepokoju, cierpienia, przygnębienia, zaburza sen, jest bardzo dużym dyskomfortem oraz udręką [4]. Dolegliwości bólowe mogą pojawić się w każdym etapie choroby nowotworowej i występują średnio u 51% chorych, a w fazie terminalnej nawet u 90% [7]. Ból towarzyszący chorobie nowotworowej może być spowodowany [4]:

- samą w sobie chorobą nowotworową (np. poprzez ucisk guza na nerwy, rozrastanie się guza, naciekanie narządów i tkanek, owrzodzenia nowotworowe, grzybicę jamy ustnej),

Ból i cierpienie w terminalnej fazie choroby nowotworowej

- zastosowaną terapią (np. polineuropatie po chemioterapii, bóle po mastektomii, odczyny skórne po radioterapii),
- schorzeniami współistniejącymi (zaniki mięśniowe, zakażenia, migrena, niedokrwienie kończyn, wyniszczenie).

Szczególnym rodzajem bólu jest ból wszechogarniający (ból totalny), który stanowi połączenie fizycznych, psychicznych, społecznych i duchowych składowych cierpienia pacjenta [8]. Koncepcja bólu totalnego wywodzi się z holistycznego podejścia do pacjenta. Ból wszechogarniający jest sytuacją szczególnie trudną, z uwagi na jej złożoność. Cierpienie obejmuje bowiem wszystkie wymiary, nie tylko ból fizyczny (nowotworowy oraz spowodowany schorzeniami nienowotworowymi), ale także psychosocjologiczne, np. bezsilność, lęk przed śmiercią, troskę o bliskich, złość, utratę ról życiowych czy też depresję [4,9]. Nieskutecznie leczony lub nieleczony ból przyczynia się do szeregu zmian w funkcjonowaniu organizmu człowieka. Leczenie i rozpatrywanie bólu musi być procesem indywidualnym dla każdego pacjenta, z uwzględnieniem stanu ogólnego chorego, chorób współistniejących oraz innych towarzyszących objawów. W przypadku bólu wszechogarniającego konieczne jest działanie wielospecjalistycznego zespołu [10].



Rycina 1. Drabina analgetyczna, źródło: [3]

Według światowych wytycznych pacjent powinien mieć leczenie przeciwbólowe oraz opiekę na każdym etapie choroby, w czasie trwania leczenia przeciwnowotworowego lub niezależnie od niego. Stosowanie leków przeciwbólowych zostało oparte na schemacie drabiny analgetycznej utworzonej przez WHO, według której analgetyki można podzielić na trzy grupy [10].

Leczenie bólu oparte jest na regularnym włączaniu coraz większych dawek leków przeciwbólowych, które są dobierane indywidualnie z odpowiedniego stopnia drabiny analgetycznej. Podczas gdy zostaje osiągnięta dawka maksymalna włącza się lek z wyższego stopnia [4].

CEL

Celem badania była próba oceny bólu chorego nowotworowo oraz analiza otrzymywanego wsparcia.

MATERIAŁ I METODY

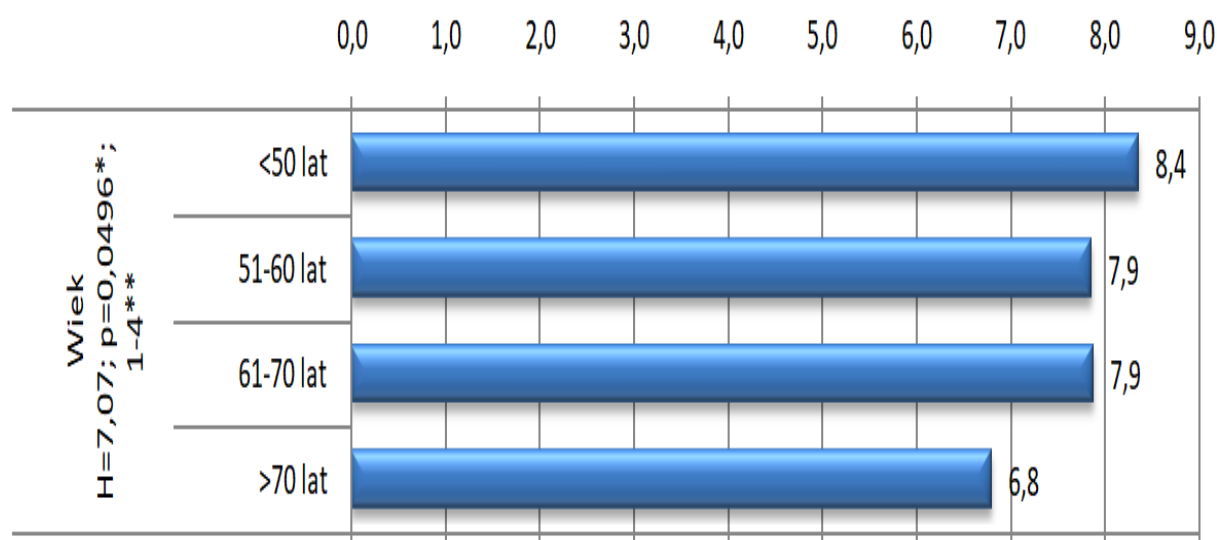
Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, zrealizowany za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety. Ankieta składała się z 24 pytań i była podzielona na dwie części: metryczkę oraz część właściwą. W metrycznej zawarto pytania dotyczące danych demograficzno-społecznych, w części właściwej ankiety znalazły się pytania dotyczące nasilenia bólu nowotworowego, zaburzeń funkcjonowania w poszczególnych sferach życia, zastosowanego leczenia przeciwbólowego oraz bólu społecznego i cierpienia. Wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej za pomocą programu Statistica 10. Wykorzystano testy U Manna Whitneya test Kruskalla-Wallisa. We wszystkich analizowanych przypadkach przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Badania zostały przeprowadzone w Hospicjum Stacjonarnym Wojewódzkiego Szpitala w Białej Podlaskiej przy ul. Spółdzielczej 5, w dniach 15-20.01.2020.

WYNIKI

W badaniu uczestniczyło 70 pacjentów hospitalizowanych w oddziale z powodu terminalnej fazy choroby nowotworowej. Grupę badaną stanowili chorzy, których stan zdrowia umożliwił samodzielne wypełnienie ankiety. Wśród badanych większość stanowiły kobiety

Ból i cierpienie w terminalnej fazie choroby nowotworowej

(60,0%), mężczyźni stanowili 40% grupy. Struktura wiekowa badanych przedstawiała się następująco: osoby w wieku 61-70 lat (35,7%) powyżej 70 lat (28,6%), 51-60 lat (20%), osoby poniżej 50 lat (15,7%). U ponad połowy badanych choroba trwała krócej niż 1 rok (do 6 miesięcy: 22,9%; 6-12 miesięcy: 34,3%). Chorzy, u których choroba trwała od 1 do 3 lat stanowili 28,6% grupy, a chorzy, u których czas trwania choroby przekraczał 3 lata – 14,3%. Połowa badanych osób (50,0%) w trakcie przeprowadzanego badania odczuwała ból. Została przebadana prawie równa liczba osób zażywająca: analgetyki I stopnia (paracetamol) (27,1%), analgetyki II stopnia (kodeina, tramadol) (35,7%) oraz analgetyki III stopnia (morfina, fentanyl) (37,1%). Średni poziom najsilniejszego bólu w ciągu ostatniego tygodnia, oceniany w skali od 0 do 10, gdzie 0 oznaczało brak bólu zaś 10 - ból najsilniejszy, wyniósł 7,2, średni poziom najslabszego bólu w ciągu ostatniego tygodnia wyniósł 2,8, a średni poziom przeciętnego nasilenia bólu w ciągu ostatniego tygodnia wyniósł 4,6. Średni poziom osiągniętej ulgi w związku z zastosowaniem leczenia w ciągu ostatniego tygodnia, oceniany w skali od 0 do 10, gdzie 0 oznaczało brak ulgi zaś 10 - ulgę całkowitą, wyniósł 7,6. Wykazano, iż istnieje korelacja pomiędzy wiekiem badanych a odczuwaną przez nich ulgą w bólu ($p=0,0496$). Największą ulgę po zastosowanym leczeniu odczuły osoby najmłodsze w wieku <50 lat (8,4), zaś najniższą osoby najstarsze w wieku powyżej 70 lat (6,8) (Ryc. 2).



H-wartość testu Kruskala-Wallisa, Z-wartość testu U Manna-Whitneya,

*-istotne różnicowanie przy $p<0,05$,

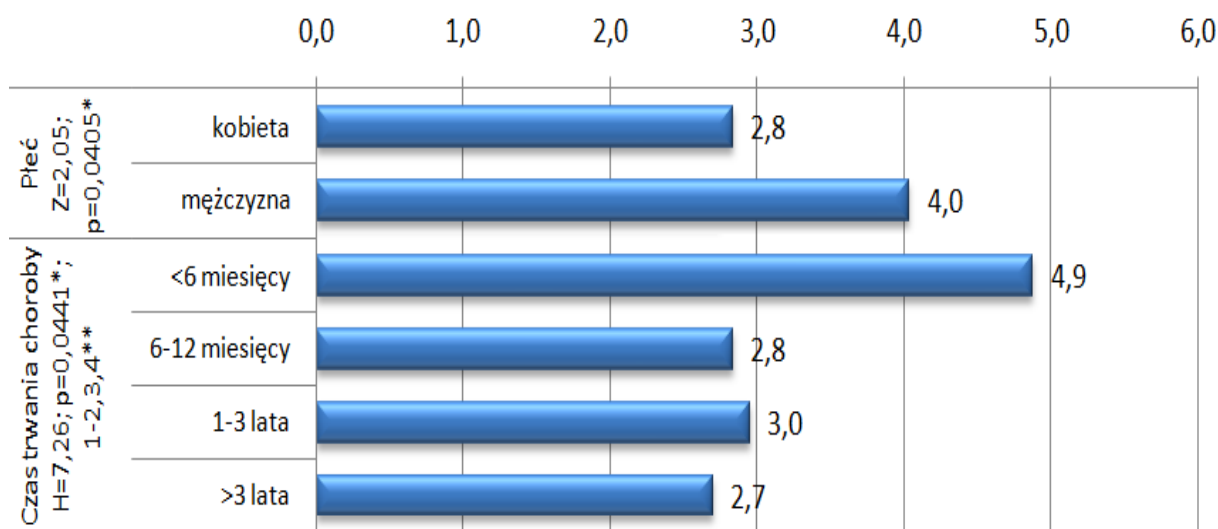
** -zmienne pomiędzy którymi zachodzi różnicowanie istotne statystycznie w teście post-hoc Kruskala-Wallisa

Rycina 2. Poziom osiągniętej ulgi w związku z zastosowaniem leczenia w ciągu ostatniego tygodnia a wiek badanych

Ból i cierpienie w terminalnej fazie choroby nowotworowej

Badanych zapytano również o to, jak ból zaburza różne sfery ich życia. Zaburzenia oceniano w skali od 0 do 10, gdzie 0 oznaczało brak zaburzenia zaś 10 - całkowite zaburzenie. Przeciętny poziom zaburzenia w badanej grupie wynosił: dla ogólnej aktywności 4,1, dla zaburzenia nastroju - 4,1, dla zaburzenia snu - 3,6, dla zaburzenia relacji z innymi ludźmi - 3,3, dla zaburzenia zdolności chodzenia - 3,7.

Kolejne pytania kwestionariusza dotyczyły bólu społecznego. Przeciętny poziom wsparcia od otoczenia otrzymywany przez badanych respondentów, oceniany w skali od 0 do 10, gdzie 0 oznaczało brak wsparcia zaś 10 - bardzo duże wsparcie, wyniósł 3,3. Analiza wyników wykazała, iż na analizowane zagadnienie ma wpływ płeć ($p=0,0405$) oraz czas trwania choroby ($0,0441$). Najwyższy poziom wsparcia od otoczenia otrzymywali: mężczyźni (4,0) oraz respondenci chorujący poniżej 6 miesięcy (4,9) (Ryc. 3).



H-wartość testu Kruskala-Wallisa, Z-wartość testu U Manna-Whitneya,

*-istotne zróżnicowanie przy $p<0,05$,

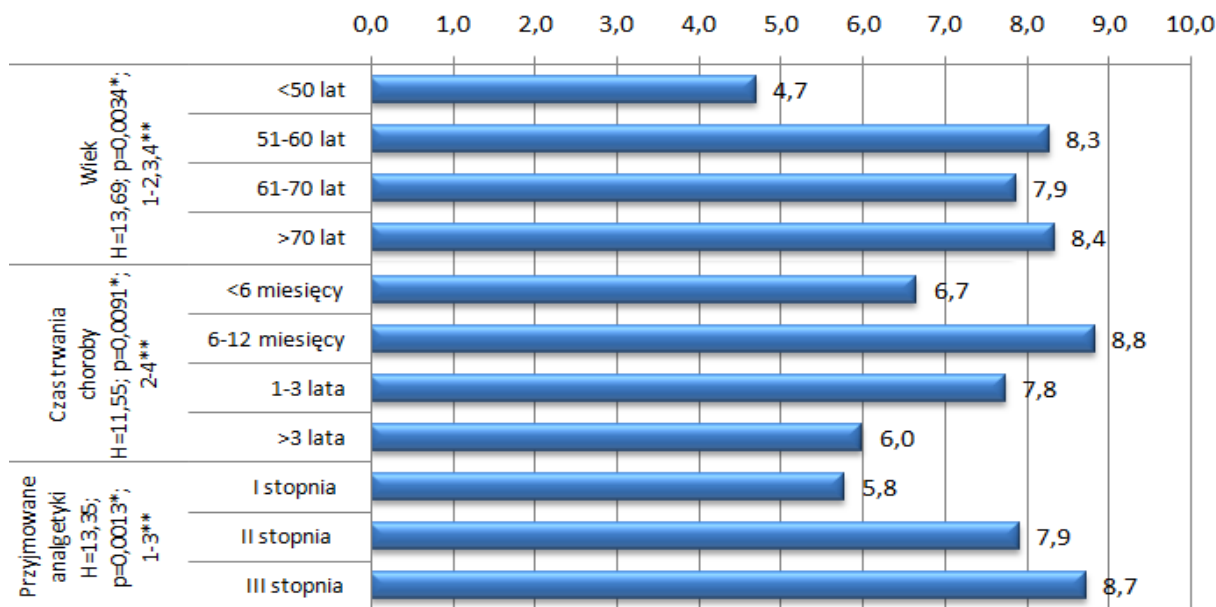
** -zmiennie pomiędzy którymi zachodzi zróżnicowanie istotne statystycznie w teście post-hoc Kruskala-Wallisa

Rycina 3. Przeciętny poziom wsparcia od otoczenia a płeć i czas trwania choroby

Przeciętny poziom stresu doznanego w ciągu ostatniego tygodnia przez badanych, oceniany w skali od 0 do 10, gdzie 0 oznaczało brak stresu zaś 10 – ekstremalny stres, wyniósł 4,3. Przeciętny poziom odczucia niesprawiedliwości przez badanych, oceniany w skali od 0 do 10, gdzie 0 oznaczało brak takiego odczucia zaś 10 – najwyższe odczucie niesprawiedliwości, wyniósł 7,6. Analiza wyników wykazała, iż na analizowane zagadnienie ma wpływ wiek ($p=0,0034$), czas trwania choroby ($p=0,0091$) oraz rodzaj przyjmowanych analgetyków ($p=0,0013$). Najwyższy poziom niesprawiedliwości odczuwały osoby powyżej 50. roku życia

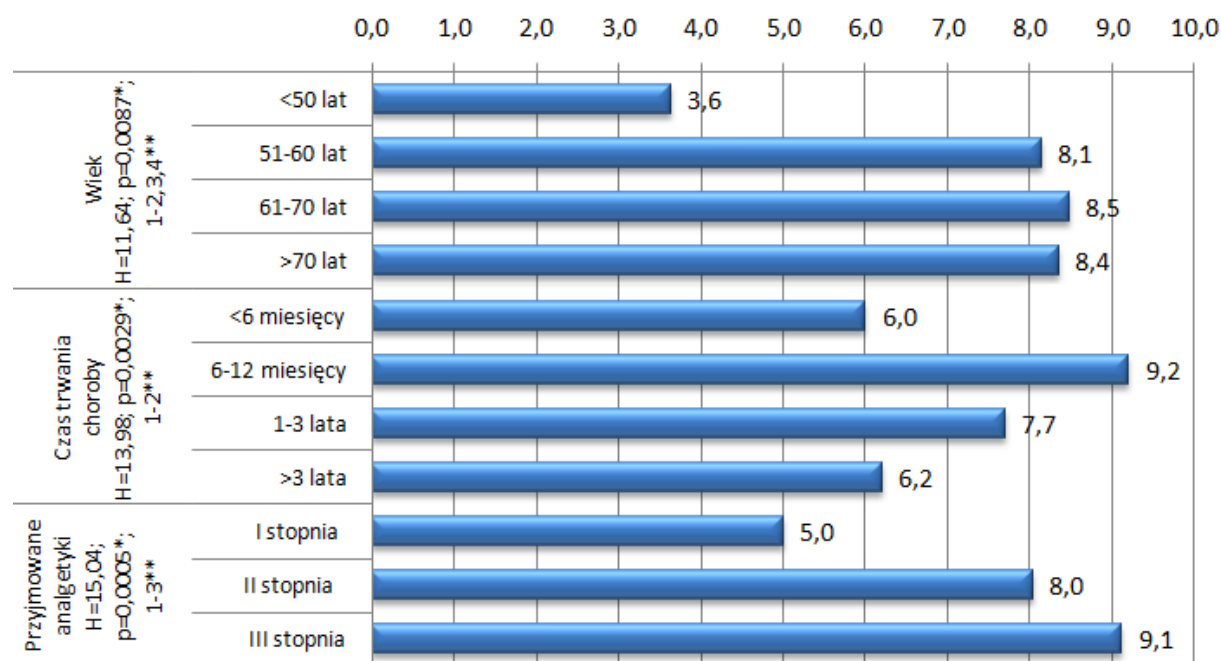
Ból i cierpienie w terminalnej fazie choroby nowotworowej

($\geq 7,9$), chorujące od 6 do 12 miesięcy (8,8) oraz osoby zażywające analgetyki III stopnia (8,7) (Ryc. 4).



H-wartość testu Kruskala-Wallisa, Z-wartość testu U Manna-Whitneya, *-istotne zróżnicowanie przy $p < 0,05$, **-zmienne pomiędzy którymi zachodzi zróżnicowanie istotne statystycznie w teście post-hoc Kruskala-Wallisa

Rycina 4. Przeciętny poziom odczucia niesprawiedliwości a wiek, czas trwania choroby i rodzaj przyjmowanych leków przeciwbólowych



H-wartość testu Kruskala-Wallisa, Z-wartość testu U Manna-Whitneya, *-istotne zróżnicowanie przy $p < 0,05$, **-zmienne pomiędzy którymi zachodzi zróżnicowanie istotne statystycznie w teście post-hoc Kruskala-Wallisa

Rycina 5. Przeciętny poziom poczucia straty a wiek, czas trwania choroby i rodzaj przyjmowanych leków przeciwbólowych

DYSKUSJA

Pacjenci objęci opieką paliatywną w terminalnym okresie choroby nowotworowej odczuwają wiele dolegliwości, wśród których najbardziej dokuczliwe są ból, lęk i depresja. Według Barbary Szwat i wsp. ból występuje u 70-80% chorych w terminalnej fazie życia [11]. W badaniu własnym wykazano, że ból u chorych leczonych przyczynowo występuje w ponad 80% przypadków, natomiast w terminalnej fazie ból odczuwa ponad 90% badanych. Wyniki badań Zielińskiej-Więczkowskiej dowodzą, że pacjenci z chorobą nowotworową w opiece paliatywnej najgorzej funkcjonują w dziedzinie fizycznej, natomiast w pozostałych obszarach jakości życia przeważały oceny przeciętne [12]. Również w badaniach własnych dużym problemem pacjentów są dolegliwości bólowe. Kolejnym problemem jest stres, jakiego doznają chorzy terminalnie. Wielu autorów porusza ten temat. W większości jak zgadzają się, że dużą uwagę należy zwrócić na podejście do danego pacjenta [13]. Nasilenie stresu różni się również pod względem placówki, w jakiej znajduje się pacjent i jaka opieka jest mu zapewniona. Badania własne wykazały, że przeciętny poziom stresu w skali od 1 do 10 wynosi około 4. Bez zapewnienia odpowiedniego wsparcia osoby cierpiące na chorobę nowotworową z pewnością odczuwałyby większy stres. Pokrywa się to z pracą Bożeny Baczewskiej, która wskazuje, że wśród chorych na nowotwór 48% badanych odczuwa umiarkowany stres, 35% łagodny stres lub brak stresu, natomiast pozostałe 17% poważny poziom stresu [14].

WNIOSKI

1. Wiek ma istotny statystycznie wpływ na poziom osiągniętej ulgi w bólu, poziom zaburzenia zdolności chodzenia oraz poziom odczucia niesprawiedliwości i straty.
2. Płeć ma istotny statystycznie wpływ na poziom wsparcia od otoczenia.
3. Czas trwania choroby ma istotny statystycznie wpływ na przeciętny poziom wsparcia od otoczenia oraz poziom odczucia niesprawiedliwości i straty.
4. Rodzaj przyjmowanych analgetyków ma istotny statystycznie wpływ na poziom odczucia niesprawiedliwości, a także poczucia straty.

PIŚMIENNICTWO

1. Koper A.: Pielęgniarstwo onkologiczne podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

2. Krzakowski M., Potemski P., Warzocha K., Wysocki P.: Onkologia Kliniczna tom I, Wydawnictwo VIA Medica, Gdańsk 2015.
3. De Walden – Gałuszko K., Ciałkowska – Rysz A.: Medycyna paliatywna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
4. De Walden – Gałuszko K., Kaptacz A.: Pielęgniarstwo opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.
5. Kinghorn S., Gaines S.: Opieka Paliatywna. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.
6. Chybicka A.: Od objawu do nowotworu. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013.
7. Wordliczek Ł., Dobrogowski J.: Leczenie bólu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
8. Kowalczyk M.: Wypalenie zawodowe w pracy z terminalnie chorym pacjentem. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010; 4(4): 154-158.
9. Lewandowski T., Ból w chorobach nowotworowych, Medycyna Rodzinna 2003; 6: 178-184.
10. Leppert W., Majkowicz M.: Ból przewlekły. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.
11. Szwat B., Słupski W., Krzyżanowski D.: Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2001; 1(1): 35-41.
12. Zielińska–Więczkowska H., Żychlińska E., Muszalik M., Kędziora – Kornatowska K.: Ocena jakości życia i wsparcia społecznego pacjentów z chorobą nowotworową w starszym wieku objętych opieką paliatywną. Geriatria 2015; 9: 227-234.
13. Buss T.: Wybrane metody zwalczania zmęczenia w przebiegu choroby nowotworowej. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008; 2(4): 148-154.
14. Baczewska B., Kropornicka B., Drozd C., Olszak C.: Ocena bólu, lęku i depresji u pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej. Pielęgniarstwo bez granic 2013; 14(10): 7-21.

Zastosowanie kannabinoidów w leczeniu objawowym

Zastosowanie kannabinoidów w objawowym leczeniu u pacjentów onkologicznych oraz z przewlekłymi zespołami bólowymi

Z komentarzem [C&1]: W pierwszej pozycji lit. pewnie w nawiasie powinna być data pobrania

Michał Piwoński¹, Klaudia Żak¹, Julita Szarpak¹, Paweł Stanicki¹, Patrycja Gierszon²

1. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
2. Zakład Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

WSTĘP

Obecnie na rynku dostępnych jest wiele odmian marihuany, które różnią się od siebie wyglądem, jak i właściwościami, jakie posiadają. Najważniejszym składnikiem tych roślin są kannabinoidy oddziałujące na receptory kannabinoidowe znajdujące się w ludzkim organizmie.

Kannabinoidy to związki chemiczne naturalnie występujące w żywicy z roślin *Cannabis sativa*, potocznie zwanymi konopią. Substancje te mają podobne działanie do narkotyków, przez co działają na ośrodkowy układ nerwowy człowieka. Działają uśmierzająco na ból oraz poprawiają nastrój, dzięki czemu poprawiają jakość życia pacjentów onkologicznych. Dwoma najintensywniej badanymi pod względem farmakologicznych właściwości związkami aktywnymi konopi są Δ^9 -tetrahydrokannabinol (THC) oraz kannabidiol (CBD), które są zaliczane do liczącej ponad 100 związków grupy, zwanej kannabinoidami. Hodowane komercyjnie odmiany konopi można podzielić na trzy podstawowe chemotypy różniące się stosunkiem THC/CBD. Chemotyp I zawierający duże ilości THC (> 85% wszystkich wyekstrahowanych fitokannabinoidów), chemotyp II, pośredni z przewagą CBD, ale o względnie dużej zawartości THC oraz chemotyp III bogaty w CBD (> 85% wszystkich wyekstrahowanych fitokannabinoidów).

Oprócz THC i CBD ważną grupę kannabinoidów produkowanych przez *Cannabis sativa* stanowią: kannabinol (CBN), kannabichromen (CBC), Δ^8 -THC, kannabigerol (CBG), kannabiwarin (CBV), kannabicyklol (CBL) [1]. Substancje zawierające kannabinoidy mają też zdolność zapobiegania nudnościom w trakcie chemioterapii, są wspomagającym

Zastosowanie kannabinoidów w leczeniu objawowym

uzupełnieniem terapii onkologicznej dla pacjentów. Leki kannabinoidowe produkują się z roślin zawierających THC i CBD, które użyte w takich samych proporcjach dają efekt równowagi, dzięki czemu pozwala to uniknąć efektu psychoaktywnego. Obie te substancje, w połączeniu ze sobą, neutralizują się i poszerzają swój wachlarz działań, dlatego leczenie lekami kannabinoidowymi wymaga zróżnicowania, a także ich kombinacji w zależności od potrzeb dobrego leczenia i schorzenia. Na rynku preparaty lecznicze zawierające kannabinoidy występują w olejkach, arezolu i suszach: 14% THC, 1%>CBD, 6,3% THC, 8% CBD, 1%>THC, 9% CBD, 22% THC, 1%>CBD, oraz 13,5% THC, 1%>CBD. Koszt miesięcznego leczenia jest stosunkowo wysoki i nie każdy pacjent jest sobie w stanie na niego pozwolić. Ze względu na to, że uprawa konopi w Polsce jest zakazana, jest ona importowana najczęściej z Kanady. W Polsce jedynym dopuszczonym do obrotu produktem leczniczym z kannabinoidami jest Sativex [2].

Dotychczas istniała możliwość sprowadzania przez pacjentów, w trybie tak zwanego importu docelowego, innych preparatów, m.in. Bediolu czy Bedrocanu, które wymagały indywidualnej zgody Ministra Zdrowia. 23 lipca 2017 r. znowelizowano jednak art. 39 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, który umożliwia refundację na potrzeby pacjenta produktów niedostępnych w Polsce, sprowadzanych w trybie importu docelowego [3]. Wprowadzono zapis wskazujący przypadki, w których minister obligatoryjnie odmawia zgody na refundację - m.in., gdy z rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wynika, że nie jest zasadne finansowanie ze środków publicznych. Taką rekomendację wydano w lutym 2018 roku wobec produktów zawierających kannabinoidy, takich jak Bedica, Bediol, Bedrocan, Bedrolite, a także Bedrolite. AOTMiT uznała, że dowody naukowe nie uzasadniają refundacji tych preparatów w takich wskazaniach, jak: padaczka lekooporna, ból przewlekły, w tym ból w chorobie nowotworowej, ból neuropatyczny, ból fantomowy, spastyczność, algodystrofia, stwardnienie rozsiane czy nudności i wymioty związane z przyjmowaniem chemioterapii [4].

CEL PRACY, MATERIAŁ I METODY

Celem pracy jest przedstawienie zastosowania kannabinoidów w objawowym leczeniu u pacjentów onkologicznych i cierpiących na przewlekłe zespoły bólowe. W analizie wzięliśmy pod uwagę najnowsze badania kliniczne i metaanalizy z lat 2019-2020 dostępne w

Zastosowanie kannabinoidów w leczeniu objawowym

bazie PubMed, Cochrane, Springer, korzystając ze słów kluczowych: “cannabinoids”, “oncological treatment”, “paliative treatment”, “chronic pain treatment”.

PRZEGLĄD MECHANIZMÓW DZIAŁANIA KANNABINOIDÓW W ORGANIZMIE

Kannabinoidy są substancjami działającymi poprzez łączenie się z receptorem kannabinoidowym [5]. Jak dotąd dobrze poznano dwa typy takich receptorów: CB1 i CB2 (ang. cannabinoid receptor 1,2), przypuszczalnie jest ich jednak więcej [6,7]. Oba typy receptorów należą do rodziny receptorów sprzężonych z białkiem G [8]. Posiadają one również 7 domen transbłonowych: TM 1 - TM 7. CB1 i CB2 tworzą w organizmie układ endokannabinoidowy [9].

Receptory CB1 są zlokalizowane głównie w centralnym układzie nerwowym - hipokampie, korze i mózdzku. Wiążą się one z Δ^9 -tetrahydrokannabinolem (Δ^9 -THC) - głównym składnikiem psychoaktywnym konopi - i przekazują sygnał do komórki poprzez białko $G_{i/o}$ hamując cyklazę adenylową i zmniejszając wytwarzanie cAMP. Aktywacja CB1 wiąże się z wywołaniem efektu przeciwlękowego, przeciwbólowego, neuroprotekcijnego i zmniejszającego nudności.

Receptory CB2 są rozlokowane w wielu tkankach organizmu. Można je znaleźć w śledzionie, migdałkach, grasicy, a także na powierzchni komórek tucznych i makrofagów [8,10]. Podobnie jak CB1 przekazują sygnał do komórki z udziałem białka $G_{i/o}$ [8]. Dodatkowo, CB2 mogą współdziałać z podjednostką białka G_{α_s} wywołując wzrost ilości cAMP [11]. Δ^9 -THC łącząc się z CB2 [8] wywołuje efekty immunomodulujące wpływając na proliferację komórek układu immunologicznego, ich migrację oraz działając immunosupresyjnie [12].

Szeroko opisywane są również działania niepożądane wywoływane przez Δ^9 -THC. Są to między innymi: upośledzenie pamięci, halucynacje, ataki paniki, drgawki i psychozy [8,13]. Dodatkowo długotrwałe używanie kannabinoidów może prowadzić do uzależnienia, obniżenia zdolności poznawczych, zaburzeń oddechowych i sercowo naczyniowych [14].

OBECNY STAN WIEDZY

W wynikach badań Podda i wsp. wykazano istotną poprawę u leczonych onkologicznie nastolatków i młodych dorosłych, jeżeli chodzi o kontrolę niepokoju, mdłości, bólu, snu i apetytu. 66 pacjentów w wieku od 15 do 24 lat wypełniło ankietę wzorowaną na kwestionariuszu Molinaro et al. [15]. Badanie miało na celu ocenę różnych obszarów, takich

Zastosowanie kannabinoidów w leczeniu objawowym

jak ocena kannabinoidów (marihuana, haszysz, pochodne i syntetyczne analogi); w przypadku stosowania kwestionariusz zapytał również o zgłaszany przez siebie wpływ na psychofizyczne objawy choroby i skutki uboczne wtórne do leczenia (bez żadnej próby wyciągnięcia jakichkolwiek wniosków na temat skuteczności kannabinoidów); w przypadku nieużywania kwestionariusz badał postrzeganie i oczekiwania pacjentów wobec stosowania kannabinoidów. Korzyści zgłosiło 19% osób, jeżeli chodzi o kontrolę lęku, 24% - nudności, 29% - kontrolę bólu i poprawę snu oraz 48% - poprawę apetytu. Zwrócono uwagę także na fakt, iż zażywanie konopi indyjskich przez pacjentów może być często nieznanne, co może stanowić problem dla możliwych interakcji kannabinoidów z lekami przeciwbólowymi i innymi lekami [16].

W metaanalizie przeprowadzonej przez Johal i wsp.. uwzględniono trzydzieści sześć prób klinicznych (4006 uczestników), badając paloną marihuanę (4 próby), spraye doustne zawierające wyciąg z marihuany (14 prób) i kannabinoidy doustne (18 prób). W porównaniu z placebo, kannabinoidy wykazały znaczne zmniejszenie bólu, które było największe przy czasie leczenia od 2 do 8 tygodni. Po stratyfikacji według drogi podania, stanu bólu i rodzaju kannabinoidów, doustne kannabinoidy wykazywały większe zmniejszenie bólu w porównaniu z placebo w porównaniu z preparatami do stosowania doustnego i palonymi, ale różnica nie była znacząca. Ponadto, nabilon wykazywał większą redukcję bólu w porównaniu z placebo w porównaniu z innymi rodzajami kannabinoidów stosowanymi w leczeniu przez ponad 2 tygodnie, ale różnica nie była znacząca. Wskazano więc na istnienie umiarkowanych dowodów na poparcie kannabinoidów w leczeniu przewlekłego bólu nowotworowego po 2 tygodniach stosowania [17].

Rabgay i wsp. w swojej metaanalizie wykazali związek między skutecznością oraz bezpieczeństwem stosowania kannabinoidów w celu złagodzenia objawów bólowych a formą ich administracji. W zależności od obranej drogi podania obserwuje się zmienną biodostępność THC oraz CBD. Biodostępność THC po podaniu doustnym oscyluje wokół 6% ze względu na proces degradacji zachodzący w układzie pokarmowym oraz metabolizm w wątrobie, w inhalacji natomiast znajduje się w przedziale od 10% do 69%. Z kolei preparaty dostępne w formie czopków doodbytniczych cechują się około dwukrotnie większą biodostępnością niż po podaniu doustnym. W zakresie zmniejszenia odczuwanego bólu przez pacjentów onkologicznych największą skuteczność prezentuje średnia dawka 22,87 mg/dzień THC lub 22,44 mg/dzień THC w kombinacji z CBD w administracji na błonę śluzową jamy ustnej oraz doustna podaż 13,75 mg/dzień THC. W porównaniu z grupą stosującą placebo, beneficjenci terapii kannabinoidami są bardziej narażeni na wystąpienie objawów euforii [18].

Według obserwacji przeprowadzonych przez Boland i wsp. spray zawierający

Zastosowanie kannabinoidów w leczeniu objawowym

kombinację THC/CBD w stosunku 1:1 aplikowany na błonę śluzową jamy ustnej nie wykazuje znaczącego działania analgetycznego, nawet w terapii wspomaganą THC w innych postaciach. Poddając analizie za pomocą Skali numerycznej (ang. Numeric Rating Scale, NRS) efekt przeciwbólowy wywierany przez kannabinoidy w porównaniu z placebo nie zaobserwowano istotnych rozbieżności przy średniej różnicy: -0.21 (-0.48 to 0.07 , $p=0.14$). Mimo braku skuteczności terapii ukierunkowanej na zmniejszenie dolegliwości bólowych związanych z nowotworem, pacjenci onkologiczni doświadczali szeregu działań niepożądanych związanych ze stosowaniem kannabinoidów. Spośród nich najbardziej istotne statystycznie były senność oraz zawroty głowy, jednakże osoby stosujące THC/CBD również częściej cierpiały z powodu nudności i wymiotów w porównaniu do grupy placebo [19].

Z kolei Chow i wsp. wskazują na większą skuteczność kannabinoidów w profilaktyce nudności i wymiotów indukowanych chemioterapią w porównaniu do placebo oraz innych leków przeciwwymiotnych stosowanych zazwyczaj przez pacjentów onkologicznych. Biorąc pod uwagę przeciwdziałanie istniejącym już dolegliwościom kannabinoidy wykazują porównywalną skuteczność. Jednakże grupa analizowanych leków przeciwwymiotnych składa się z preparatów, które obecnie nie są już zalecane w zmniejszaniu wyżej wymienionych objawów. Doustna administracja THC oraz połączenia THC/CBD wiąże się z rozwinięciem takich działań niepożądanych, jak dysforia, euforia oraz sedacja [20].

W badaniu W. Häuser i wsp. dotyczącym skuteczności, tolerancji i bezpieczeństwa w stosowaniu kannabinoidów u osób z bólem nowotworowych wzięło udział 1534 pacjentów z 5 randomizowanych badań klinicznych. Spośród nich 1333 zostało dopuszczonych do metaanalizy. Uczestnicy przyjmowali nabixsimol podawany na śluzówkę jamy ustnej lub THC. Wyniki były następujące: 231 z 786 (29,4%) pacjentów przyjmujących kannabinoidy oraz 145 z 547 (26,5%) pacjentów przyjmujących placebo poinformowało o zmniejszeniu bólu, nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic w omawianych dwóch grupach uczestników w kwestiach problemów ze snem (SMD wynosiło 0.04, wartość $p=0.52$), dawek przyjmowanych opioidów (SMD=0.08, $p=0.38$). 176 spośród 784 (22,4%) przyjmujących kannabinoidy zgłosiło działania niepożądane związane z układem nerwowym, dla porównania takie działania niepożądane w grupie przyjmującej placebo wystąpiło u 51 na 546 pacjentów (9,3%). Wymienione dane sugerują, że nabixsimol oraz THC nie mają wpływu na ból, problemy ze snem i spożywanie opioidów u pacjentów z bólem nowotworowym [21].

Wang i wsp. w randomizowanym badaniu opisali rolę kannabinoidów w stanie wyniszczenia nowotworowego. Spośród 256 badań wybranych zostało 592 pacjentów, z których 466 zostało zaślepionych i przydzielonych do dwóch grup: 337 podawano

Zastosowanie kannabinoidów w leczeniu objawowym

kannabinoidy oraz 129 placebo. Udowodniono, że kannabinoidy powodują wzrost apetytu u pacjentów (MD 0.27, 95% CI -0.51 -1.04; n= 3). Dodatkowo, opisano ich wpływ na wskaźnik jakości życia (*QOL Index - Quality of Life Index*), jednak kannabinoidy nie polepszały tego współczynnika, co więcej zaobserwowano jego spadek (MD -12.39, 95% CI: [-24.21 - -0.57]). Wśród 441 pacjentów wystąpiły 607 działania niepożądane, z czego 496 dotyczyło grupy przyjmującej kannabinoidy oraz 111 grupy przyjmującej placebo. Wśród najczęściej pojawiających się były nudności, zmęczenie, ból, anemia, zawroty głowy, duszności, biegunka, zatwardzenia, niedociśnienie [22].

Tabela I. Podsumowanie najnowszych badań dotyczących leczenia objawowego kannabinoidami

Tytuł pracy	Autorzy	Rok publikacji pracy	Grupa badana	Najważniejsze wnioski
Medical Cannabinoids for Cancer Cachexia: A Systematic Review and Meta-Analysis.	J. Wang, Y. Wang, M. Tong i wsp.	2019	592	Kannabinoidy zwiększają apetyt u pacjentów onkologicznych, nie podwyższają wskaźnika jakości życia. U 441 pacjentów wystąpiły działania niepożądane.
Efficacy, tolerability and safety of cannabis-based medicines for cancer pain : A systematic review with meta-analysis of randomised controlled trials.	W. Häuser, P. Welsch, P. Klöse i wsp.	2019	1534	Nie zauważono istotnych różnic pod względem zmniejszenia bólu, problemów ze snem, przyjmowanych dawek opioidów pomiędzy grupą stosujących nabixsimol lub tetrahydrokanabinol a grupą przyjmującą placebo.

Zastosowanie kannabinoidów w leczeniu objawowym

The effects of cannabis, cannabinoids, and their administration routes on pain control efficacy and safety: A systematic review and network meta-analysis	K. Rabgay, N. Waranuch, N. Chaiyakunapruk i wsp.	2019	2270	W zależności od drogi podania kannabinoidy łagodzą różne rodzaje bólu, w tym neuropatyczny czy związany z nowotworem.
Cannabinoids for adult cancer-related pain: systematic review and meta-analysis	E. G. Boland, M. I. Bennett, V. Allgar i wsp.	2020	1442	Stosowanie kannabinoidów nie zmniejsza istotnie odczuwanego bólu związanego z nowotworem u osób dorosłych przy jednoczesnym występowaniu znaczących działań niepożądanych.
Oral cannabinoid for the prophylaxis of chemotherapy-induced nausea and vomiting—a systematic review and meta-analysis	R. Chow, C. Valdez, N. Chow i wsp.	2020	325	W zakresie profilaktyki nudności i wymiotów u pacjentów onkologicznych kannabinoidy podawane doustnie są skuteczniejsze niż placebo i inne leki przeciwwymiotne.
Cannabinoids in Chronic Non-Cancer Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis	H. Johal, T. Devji, Y. Chang i wsp.	2020	4006 pacjentów z przewlekłym bólem nie związanym z nowotworem i leczeniem onkologicznym.	Kannabinoidy wykazały znaczne zmniejszenie bólu, które było największe przy czasie leczenia od 2 do 8 tygodni, największa redukcja bólu w przypadku stosowania nabilonu przez co najmniej 2 tygodnie.
Cannabinoids use in adolescents and young adults with cancer: a single-center survey.	M. Podda, E. Pagani Bagliacca, G. Sironi	2020	66	Zmniejszenie lęku, bólu, mdłości, poprawa snu i apetytu podczas przygodnego palenia marihuany u pacjentów onkologicznych.

Zastosowanie kannabinoidów w leczeniu objawowym

PODSUMOWANIE

Analizując wyniki większości prac z ostatnich lat obserwuje się istotne zmniejszenie częstości i natężenia niepożądanych objawów związanych z chorobą onkologiczną i jej leczeniem oraz z zespołami bólu przewlekłego. Niemniej jednak, w pracy Wang i wsp. odnotowano dość istotny odsetek pacjentów, u których wystąpiły działania niepożądane stosowania kannabinoidów, takie jak nudności, zmęczenie, ból, anemia, zawroty głowy, duszności, biegunka, zatwardzenia, niedociśnienie. Autorzy dodatkowo zwracają uwagę na brak istotnego polepszenia jakości życia pacjentów stosujących kannabinoidy względem grupy placebo. Podobne działania niepożądane, choć w dużo mniejszym odsetku, dotyczące głównie układu nerwowego pojawiły się także w grupie pacjentów W. Häuser i wsp. - tutaj brak jest istotnych statystycznie różnic w porównaniu do grupy stosującej placebo, jeżeli chodzi o zmniejszanie bólu, problemów ze snem lub przyjmowanych dawek opioidów. Niewątpliwie, stan wiedzy zgromadzony przez nas nie pozwala na jednoznaczne stwierdzenie wyższości stosowania kannabinoidów nad innymi środkami farmakologicznymi, mającymi za cel zmniejszenie objawów niepożądanych leczenia onkologicznego lub przewlekłych zespołów bólowych. Zdaje się mieć to potwierdzenie w decyzji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji o niewydawaniu zgód na refundację produktów zawierających przedmiotowe substancje z uwagi na niedostateczną ilość i jakość dowodów naukowych na ich skuteczność.


PIŚMIENNICTWO

1. Pokrywka M.: Kannabinoidy w terapii nowotworów, Neuroterapia w praktyce, 2020, 17, <https://www.naturoterapiawpraktyce.pl/artypul/kannabinoidy-w-terapii-nowotworow>, (
2. Dzierżanowski T.: Kanabinoidy – możliwości zastosowania w medycynie paliatywnej, Medycyna Paliatywna 2018; 10(1): 1-11.
3. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych
4. Rekomendacja nr 15/2018 z dnia 26 lutego 2018 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności wydawania zgody na refundację produktów zawierających kannabinoidy: Bedica, Bediol, Bedrolite, Bedrocan, Bedrobinol we wskazaniach: padaczka lekooporna, przewlekły ból (w tym: w chorobie nowotworowej, ból neuropatyczny, ból fantomowy); spastyczność (w tym spastyczność w

Zastosowanie kannabinoidów w leczeniu objawowym

stwardnieniu rozsianym); algodystrofia; nudności i wymioty związane z chemioterapią; stwardnienie rozsiane

5. Devane W.A., Dysarz F.A, Johnson M.R., Melvin L.S, Howlett A.C.: Determination and characterization of a cannabinoid receptor in rat brain. *Molecular pharmacology* 1988; 34(5): 605–613.
6. Yang H., Zhou J., Lehmann C.: GPR55 - a putative "type 3" cannabinoid receptor in inflammation. *The Journal of Basic and Clinical Physiology and Pharmacology* 2016; 27(3): 297–302.
7. Ryberg E., Larsson N., Sjögren S., i wsp.: The orphan receptor GPR55 is a novel cannabinoid receptor. *British Journal of Pharmacology* 2007; 152(7): 1092–1101.
8. Howlett A.C., Abood M.E.: CB1 and CB2 Receptor Pharmacology. *Advances in Pharmacological Sciences* 2017; 80: 169–206.
9. Di Marzo V., Piscitelli F.: The Endocannabinoid System and its Modulation by Phytocannabinoids. *Neurotherapeutics* 2015; 12(4): 692–698.
10. Svízenská I., Dubový P., Sulcová A.: Cannabinoid receptors 1 and 2 (CB1 and CB2), their distribution, ligands and functional involvement in nervous system structures -a short review. *Pharmacology Biochemistry & Behavior* 2008; 90(4): 501–511.
11. Saroz Y., Kho D.T., Glass M., Graham E.S., Grimsey N.L.: Cannabinoid Receptor 2 (CB2) Signals via G-alpha-s and Induces IL-6 and IL-10 Cytokine Secretion in Human Primary Leukocytes. *ACS Pharmacology & Translational Science* 2019 Dec 13; 2(6): 414–428.
12. Basu S., Ray A., Dittel B.N.: Cannabinoid receptor 2 is critical for the homing and retention of marginal zone B lineage cells and for efficient T-independent immune responses. *Journal Immunology* 2011; 187(11): 5720–5732.
13. Krishna Kumar K., Shalev-Benami M., Robertson M.J., et al: Structure of a Signaling Cannabinoid Receptor 1-G Protein Complex. *Cell* 2019; 176(3): 448–458.e12.
14. Cohen K., Weizman A., Weinstein A.: Positive and Negative Effects of Cannabis and Cannabinoids on Health. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 2019;105(5):1139–1147.
15. Molinaro S, Benedetti E, Scalese M, et al. Prevalence of youth gambling and potential influence of substance use and other risk factors throughout 33 European countries: first results from the 2015 ESPAD study. *Addiction* 2018; 113: 1862–1873.
16. Podda M., Pagani Bagliacca E., Sironi G., Veneroni L., Silva M., Angi M., et al. Cannabinoids use in adolescents and young adults with cancer: a single-center survey. *Tumori* 2020; 3(17): 300891620912022.



Zastosowanie kannabinoidów w leczeniu objawowym

17. Johal H., Devji T., Chang Y., Simone J., Vannabouathong C., Bhandari M.: Cannabinoids in Chronic Non-Cancer Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Medicine Insights: Arthritis and Musculoskeletal Disorders* 2020; 13: 1179544120906461.
18. Rabgay K., Waranuch N., Chaiyakunapruk N., Sawangjit R., Ingkaninan K., Dilokthornsakul P.: The effects of cannabis, cannabinoids, and their administration routes on pain control efficacy and safety: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of American Pharmacists Association* 2020; 60(1): 225-234.e6.
19. Boland E.G., Bennett M.I., Allgar V., Boland J.W.: Cannabinoids for adult cancer-related pain: systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2020; 10(1): 14–24.
20. Chow R., Valdez C., Chow N., Zhang D., Im J, Sodhi E., et al.: Oral cannabinoid for the prophylaxis of chemotherapy-induced nausea and vomiting—a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer* 2020; 28(5): 2095–2103.
21. Häuser W., Welsch P., Klose P., Radbruch L., Fitzcharles M-A.: Efficacy, tolerability and safety of cannabis-based medicines for cancer pain : A systematic review with meta-analysis of randomised controlled trials. *Schmerz* 2019; 33(5): 424–436.
22. Wang J., Wang Y., Tong M., Pan H., Li D.: Medical Cannabinoids for Cancer Cachexia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioMed Research International* 2019; 2019: 2864384.

Analiza stanu wiedzy personelu medycznego o leczeniu bólu nowotworowego u pacjentów hospitalizowanych w oddziale medycyny paliatywnej

Anna Ślifirczyk¹, Teresa Michalczuk¹, Katarzyna Olechwiruk²

1. Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu,
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej, Dział Diagnostyki obrazowej

WSTĘP

Zwalczanie bólu jest niezwykle istotnym elementem pracy z chorym cierpiącym, zmagającym się z chorobą nieuleczalną zarówno w jej początkowym, jak i zaawansowanym stadium. Światowe wytyczne wskazują, iż pacjent powinien mieć zapewnione leczenie bólu oraz opiekę na każdym etapie choroby, równoległe z leczeniem przeciwnowotworowym albo niezależnie od niego. Nieleczony ból może powodować supresję układu immunologicznego oraz wiele nieprawidłowości (zaburzenie snu, niepokój, depresję, przyspieszony wzrost guza, infekcje). Schemat opracowany w 1986 roku przez WHO wskazuje zasady postępowania przeciwbólowego. W Polsce standard leczenia bólu u pacjentów chorych na nowotwór opiera się na zaleceniach drabiny analgetycznej EAPC oraz WHO [1].

Pierwszy stopień drabiny analgetycznej może mieć zastosowanie u chorych z bólem łagodnym oraz obejmuje podawanie analgetyków nieopiodowych, takich jak niesteroidowe leki przeciwzapalne lub paracetamol. Jeżeli okaże się to nieskuteczne do złagodzenia bólu, wówczas powinno się zwiększyć intensywność leczenia bólu oraz przejść na kolejny stopień [2,3,4].

Opiekę paliatywną należy traktować jako specjalistyczne postępowanie objawowe, ze szczególnym uwzględnieniem kontroli bólu oraz innych objawów somatycznych, a także holistycznym podejściem uwzględniającym w razie potrzeby wsparcie duchowe, psychologiczne oraz socjalne [4].

Opieka paliatywna określa się również jako działanie, które poprawia jakość życia pacjenta oraz ich rodzin stojących w obliczu problemów związanych z postępującą, nieuleczalną, zagrażającą życiu chorobą. Działania polegają na znoszeniu oraz zapobieganiu cierpienia dzięki wczesnemu zdiagnozowaniu, ocenie, a także leczeniu bólu.

Medycyna paliatywna dąży do objęcia opieką pacjentów nie tylko w ostatnim okresie życia, lecz także we wcześniejszych stadiach choroby, gdy jeszcze stosowane jest leczenie przedłużające życie. Podstawowe działania lekarzy specjalistów polegają na diagnostyce oraz leczeniu objawów.

Ból jest subiektywnym odczuciem każdego człowieka. Należy pamiętać i przyjąć, iż ból jest zawsze taki, jakim przestawia go osoba chora. Nie należy więc kwestionować słów pacjenta opisującego swoje cierpienie. Główną istotą planu leczenia jest rozpoznanie mechanizmu powstawania bólu oraz ocena innych czynników nasilających ból i dobór odpowiednich leków.

CEL PRACY

Celem pracy jest analiza stanu wiedzy personelu medycznego na temat leczenia bólu nowotworowego u pacjentów hospitalizowanych na oddziale medycyny paliatywnej, a także zapewnienie dostępu do właściwych metod służących systematycznej ocenie stanu pacjenta.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięli udział pracownicy Oddziału Medycyny Paliatywnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej. Łączna liczba zatrudnionego na oddziale personelu to 60 osób, z nieznaczną przewagą kobiet (63,3%). Połowę grupy stanowią osoby w wieku od 26. – 35 .r. ż (48,33%), osoby od 36 i więcej (38,33%). Najmniej liczną jest grupa z przedziału wiekowego od 20. – 25. r. ż (13,33%) (Tab. I).

Tabela I. Podział badanej grupy ze względu na płeć i wiek

	N	%
Płeć		
Kobieta	38	63,33%
Mężczyzna	22	36,66%
Wiek		
20 - 25	8	13,33%
26 - 35	29	48,33%
36 i <	23	38,33%

Zdecydowana większość pracowników posiada wykształcenie wyższe (75%), pozostałe osoby deklarują posiadanie wykształcenia zawodowego (25%) (Tab. II).

Tabela II. Rozkład wykształcenia badanych respondentów

Wykształcenie	n	%
Średnie	0	0%
Zawodowe	15	25%
Wyższe	45	75%

W przypadku stażu pracy nieznacznie dominują osoby pracujące więcej niż 5 lat (36,66%). Następnie osoby ze stażem 10 lat i więcej (35%) i mniej niż 5 lat (28,33%) (tab. III).

Tabela III. Rozkład stażu pracy badanych respondentów

Staż	n	%
Mniej niż 5 lat	17	28,33%
Powyżej 5 lat	22	36,66%
10 lat i <	21	35%

Najczęściej stosowaną przez personel skalą na Oddziale Medycyny Paliatywnej jest Skala Wizualno – Analogowa VAS (70%). Drugą, co do częstości użytkowania jest Skala Numeryczna NRS (21,66%). Badani sporadycznie wybierali Skalę Słowną VRS (6,66%) bądź obrazkową (1,66%) (tab. IV).

Tabela IV. Najczęściej stosowana skala bólu u pacjentów

	n	%
Obrazkowej	1	1,66%
Wizualno - analogowej VAS	42	70%
Numerycznej NRS	13	21,66%
Słownej - VRS	4	6,66%

Respondenci nie mają zastrzeżeń do własnej umiejętności oceny bólu u pacjentów paliatywnych. Połowa badanych osób wybrała odpowiedź – „Zdecydowanie tak” (53,33%),

„Raczej tak” (31,66%). Niewielki odsetek badanych osób nie był pewien swojej umiejętności oceny bólu (15%) (tab. V).

Tabela V. Samoocena umiejętności oceny bólu w opiece paliatywnej u pacjentów

	n	%
Zdecydowanie tak	32	53,33%
Raczej tak	19	31,66%
Nie wiem	9	15%
Raczej nie	0	0
Zdecydowanie nie	0	0

Nie można wyróżnić wyraźnie dominującej formy podawania leków przeciwbólowych w badanym oddziale. Nieznacznie częściej podawane są leki w postaci dożylniej (31,66%), następnie doustnej i podskórnej (23,33%), plastry (18,33%) (tab.VI).

Tabela VI. Najczęstsza forma podawania leków przeciwbólowych na oddziale

	n	%
Doustnie	14	23,33%
Dożylnie	19	31,66%
Plaster	11	18,33%
Podskórnie	14	23,33%

Pacjenci oddziału paliatywnego najczęściej dostają leki przeciwbólowe zgodnie z czasem trwania działania terapeutycznego leku (68,33%). Personel sporadycznie podaje w/w leki w zależności od nasilenia bólu (23,33%) lub indywidualnie, w zależności od potrzeby pacjenta (8,33%) (tab. VII).

Tabela VIII. Metody podawania leków przeciwbólowych

	n	%
Według zegara	41	68,33%
Indywidualnie od potrzeby pacjenta	5	8,33%
Nasilenia bólu	14	23,33%

Personel informuje pacjentów przybywających na oddziale o skutecznych formach terapii przeciwbólowej. Odpowiedź „Zdecydowanie tak” została wybrana przez wszystkie osoby uczestniczące w badaniu (100%).

Zdecydowana większość badanych stwierdziła, iż pacjenci oddziału współpracują również z innymi podmiotami leczniczymi zajmującymi się leczeniem bólu.

Niewielki odsetek badanych osób nie potrafił odpowiedzieć na to pytanie (15%) (tab. VIII).

Tabela VIII. Współpraca z innymi podmiotami leczniczymi zajmującymi się leczeniem bólu

	n	%
Zdecydowanie tak	11	18,33%
Raczej tak	40	66,66%
Nie wiem	9	15%
Raczej nie	0	0%
Zdecydowanie nie	0	0%

Ponad połowa badanej grupy monitoruje poziom natężenia bólu u pacjentów (70%). Pozostała część nie widzi takiej potrzeby w codziennej pracy - 21,66%, udzieliło odpowiedzi negatywnej na to pytanie (tab. IX).

Tabela IX. Monitorowanie natężenia bólu u pacjentów

	n	%
Tak	42	70%
Nie	13	21,66%
Nie wiem	5	8,33%

Ponad połowa badanych prowadzi dokumentację dotyczącą natężenia bólu u pacjentów (60%). Niestety aż 40% badanych osób nie wywiązuje się ze swojego obowiązku zawodowego.

Zdecydowana większość badanych osób monitoruje występowanie działań niepożądanych u pacjentów (88%), a nie czyni tego jedynie 12%.

Zdecydowana większość respondentów wie, że na Oddziale nie funkcjonuje Zespół do oceny bólu u pacjentów (80%).

Pozostałe osoby stwierdziły że jest lub nie wiedzą (10%) (tab. X).

Tabela X. Zespół do oceny bólu u pacjentów

	n	%
Tak	6	10%
Nie	48	80%
Nie wiem	6	10%

Badany personel nie uczestniczy w szkoleniach z zakresu monitorowania i leczenia bólu. Odpowiedź przecząca została udzielona przez wszystkich badanych respondentów (100%).

Zdecydowana większość w mniejszym bądź większym stopniu wyraża chęć uczestnictwa w szkoleniach na temat monitorowania oraz leczenia natężenia bólu nowotworowego. Odpowiedź "Raczej tak" została wybrana przez 53,33% a "Zdecydowanie tak" -38,33% (tab. XI).

Tabela XI. Chęć uczestnictwa w szkoleniach

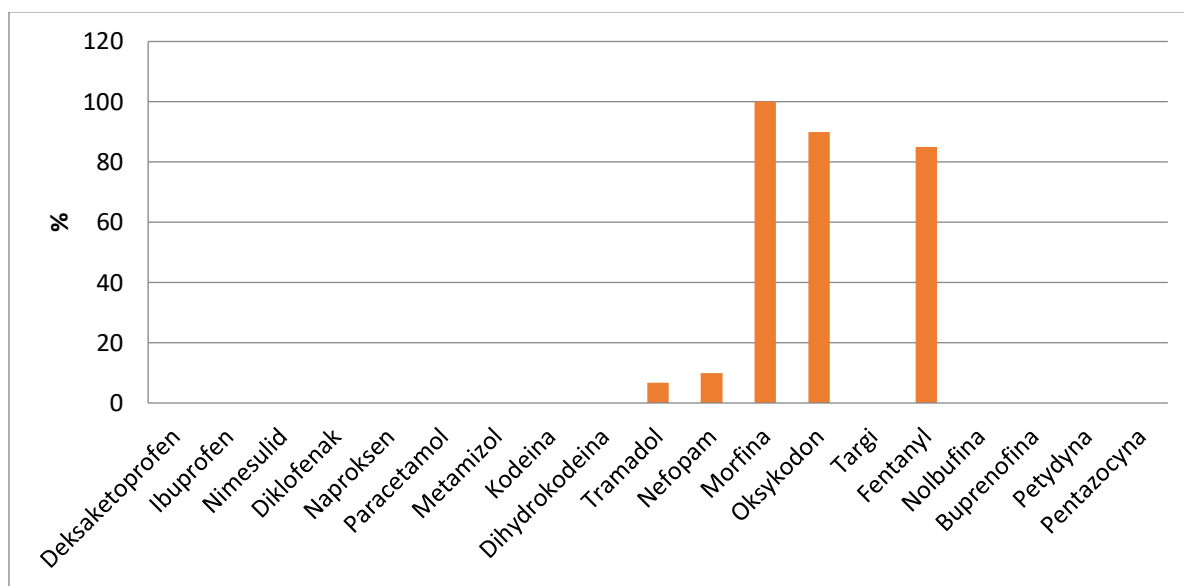
	N	%
Zdecydowanie tak	23	38,33%
Raczej tak	32	53,33%
Nie wiem	5	8,33%
Raczej nie	0	0%
Zdecydowanie nie	0	0%

W codziennej pracy personel medyczny wspiera się niefarmakologicznymi metodami leczenia bólu. Do najczęstszych form terapii przeciwbólowej należą masaże (90%) i techniki relaksacyjne (83,33%) (tab. XII).

Tabela 1. Alternatywne metody terapii przeciwbólowej u pacjentów

	n	%
Techniki relaksacyjne	50	83,33%
Psychoedukacja	18	30%
Akupresura i akupunktura	35	58,33%
Masaż	54	90%
Muzykoterapia	3	5%

Personel Oddziału Paliatywnego w swojej codziennej pracy najczęściej podaje leki takie, jak morfina (100%), oksykodon (90%) oraz fentanyl (85%) (Ryc. 1)



Rycina 1. Częstość podawania poszczególnych leków przeciwbólowych u pacjentów paliatywnych

Jako najczęstsze działania niepożądane po podaży leków z grupy opioidowych leków przeciwbólowych wskazywano senność (98,33%) oraz nudności i wymioty (90%). Następnymi pod względem częstości wyboru były nudności i wymioty (38,33%) oraz suchość w ustach (35%) (tab. XIII).

Tabela XIII. Najczęstsze występujące działania niepożądane po podaży leków z grupy opioidowych leków przeciwbólowych

	N	%
Senność	59	98,33%
Zaparcia	23	38,33%
Nudności i wymioty	54	90%
Suchość w ustach	21	35%

Wszystkie badane osoby są zgodne co do faktu, iż właściwa komunikacja z pacjentem ma wpływ na terapię leczenia bólu (100%) (tab. XIV).

Tabela XIV. Znaczenie komunikacji w terapii leczenia bólu

	N	%
Tak	60	100%
Nie	0	0%
Nie wiem	0	0%

DYSKUSJA

Opieka paliatywna lub hospicyjna, to opieka zorientowana na dążenie do zaspokojenia wszystkich potrzeb chorego w stanie terminalnym i jego rodziny. Nie tylko w czasie choroby lecz również, w okresie żałoby. Potrzeby pacjenta znajdującego się w okresie terminalnym nie ograniczają się wyłącznie do złagodzenia dolegliwości somatycznych, lecz również do pomocy w rozwiązaniu problemów duchowych, psychicznych i socjalnych. Sam okres terminalny to stan, w którym dochodzi do znacznego pogorszenia stanu zdrowia, jego progres jest widoczny niemal z dnia na dzień. Postępuje na zasadzie pogorszenia ogólnego stanu zdrowia, utraty apetytu, sił życiowych i świadomości. Opieka paliatywna swym zasięgiem obejmuje wszystkie najistotniejsze sfery życia chorego tj. sferę somatyczną, psychiczną, duchową i społeczną. W ujęciu holistycznym ciało i duch traktowane jest jako jedność, tylko dzięki temu możliwe jest poprawienie jakości życia chorych [7]. Oprócz ciężkiego osłabienia i zaburzenia w przyjmowaniu pokarmów i płynów, pacjenci i ich rodziny uskarżają się na zaburzenia świadomości i procesów poznawczych, dezorientacji co do siebie, miejsca i czasu a także, niezdolności do współpracy z opiekunami. Na tym etapie rozwoju choroby personel medyczny ma za zadanie dołożyć wszelkich starań, by zapewnić pacjentowi komfort fizyczny i emocjonalny oraz uczynić wszystko, by ostatnie dni życia pacjenta były godne i spokojne [8].

Badane osoby nie miały zastrzeżeń do umiejętności oceny natężenia bólu u pacjentów. W codziennej praktyce najczęściej stosowaną skalą oceny bólu jest skala wizualno-analogowa VAS (70%). Skala VAS była również najczęściej wybieraną skalą w badaniu Wrony B., na temat wiedzy pielęgniarek odnośnie aktualnych wytycznych leczenia bólu nowotworowego. Wyżej wymieniona skala została wskazana przez 95% badanej grupy [9].

Jednym z najistotniejszych zagadnień związanych z medycyną paliatywną jest znajomość zasad podawania leków przeciwbólowych. Zdecydowana większość badanego personelu monitoruje poziom natężenia bólu u pacjentów (70%) oraz występowanie działań niepożądanych (88%). W terapii leczenia bólu na oddziale najczęściej stosowanymi są leki w formie dożylniej (90%) i podskórnej (45%). Sporadycznie stosuje się tabletki (20%) oraz plastry

(15%). Najczęściej podawanymi przez personel oddziału lekami są morfina (100%), oksykodon (90%) oraz fentanyl (85%). Są to trzy najczęściej stosowane analgetyki opioidowe zarejestrowane w Polsce [9].

Z kolei pacjenci dostają leki zgodnie z czasem trwania działania terapeutycznego leku (68,33%), leki sporadycznie podawane są w zależności od nasilenia dolegliwości bólowych (23,33%). W badaniach Wróny B. o bardzo zbliżonej tematyce, badani respondenci jako drogę podania leku wskazywali najczęściej drogę dożylną (44%) oraz podskórną (43%) [9].

Niestety, aż 40% personelu nie widzi potrzeby prowadzenia dokumentacji natężenia bólu u pacjentów. Jest to bardzo niepokojące, ponieważ badania wskazują, iż u mniej więcej dwóch trzecich pacjentów paliatywnych ból nowotworowy ma nasilenie od umiarkowanego do silnego [10].

W badaniach Knap i wsp., na temat wiedzy pielęgniarek odnośnie bólu pooperacyjnego tylko 23% personelu monitorowało natężenie bólu u pacjentów, a 50 % z nich nie prowadziło w tym zakresie żadnej dokumentacji [11].

Oprócz prowadzenia leczenia przeciwbólowego pacjenci i ich rodziny są informowani o innych sposobach skutecznej terapii przeciwbólowej. Zdecydowana większość pacjentów współpracuje z innymi podmiotami, zajmującymi się leczeniem bólu przewlekłego. Na badanym oddziale nie funkcjonuje zespół przeznaczony do oceny bólu u pacjentów (80%) i nie są prowadzone szkolenia z zakresu monitorowania i leczenia bólu (100%). Mimo to, personel znał alternatywne metody terapii przeciwbólowej, najczęściej wskazywanymi odpowiedziami były masaże (90%) oraz techniki relaksacyjne (83,33%). Innymi metodami, z którymi można spotkać się w literaturze są techniki psychologiczne, takie jak terapia poznawczo-behawioralna, terapia stymulacyjna, tj. akupunktura oraz ziołarstwo i homeopatia. Te dwie ostatnie metody mimo skąpych dowodów skuteczności w badaniach klinicznych, są szeroko stosowane. W związku z tym, personel medyczny powinien zwracać szczególną uwagę na wystąpienie działań niepożądanych [5,6,10].

Badany personel zdaje sobie sprawę z istoty komunikacji w prowadzeniu terapii przeciwbólowej u pacjentów. W swoich badaniach mówi o tym Boruń T., która podkreśla, iż komunikowanie z pacjentem terminalnie chorym odgrywa kluczową rolę w pracy pielęgniarki [12]. Podobne spostrzeżenia miała Kubler -Ross która w swoich badaniach stwierdziła, iż kontakt fizyczny, tj. położenie ręki opiekuna na grzbiecie dłoni umierającego zmniejsza uczucie izolacji i obawę przed opuszczeniem [13].

Praca personelu medycznego na Oddziale Paliatywnym jest związana z wieloma trudnościami. Każdego dnia pielęgniarki spotykają się z perspektywą śmierci pacjenta,

niemożnością zmiany sytuacji oraz własną bezsilnością. W wielu przypadkach może to budzić poczucie frustracji oraz zmuszać do zadawania sobie wielu pytań dotyczących życia i sensu istnienia. Jednym z najtrudniejszych problemów, z którym muszą zmierzyć się pielęgniarki i pielęgniarze pracujący na oddziale paliatywnym, jest wszechobecne cierpienie. W codziennej pracy pielęgniarki powinny skupić się na zlikwidowaniu dokuczliwych dolegliwości bólowych, zadbać o komfort psychiczny i duchowy [12].

WNIOSKI

- Dzięki działaniu całego zespołu terapeutycznego możliwe jest sprostanie trudnemu zadaniu, jakim jest opieka nad terminalnie chorym pacjentem.
- Ankietowani w swojej codziennej praktyce stosują skalę umożliwiającą miarodajną ocenę bólu u pacjentów i jest nią Skala Wizualno - Analogowa VAS. Nie ma zastrzeżeń co do umiejętności oceny bólu u pacjentów.
- Personel Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w zdecydowanej większości wyraził chęć uczestnictwa w szkoleniach na temat leczenia bólu zgodnie ze standardami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

PIŚMIENNICTWO

1. Dobrogowski J., Kołataj M.: Ocena kliniczna chorego z bólem. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013: 233-261.
2. Ciałkowska-Rysz A.: Farmakoterapia bólu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 76-101.
3. Przekłasa-Muszyńska A., Wordliczek J., Dobrogowski J.: Koanalgetyki. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
4. Malec-Milewska M., Rutkowska-Sak L., Słowińska I.: Powierzchniowe lub przezskórne podawanie leków w terapii Bólu [w:] Leczenie bólu. Wordliczek J., Dobrogowski J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011: 46-51.
5. Kołataj M., Dobrogowski J.: Psychologiczne metody leczenia bólu [w:] Leczenie bólu. Wordliczek J., Dobrogowski J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011: 265-280.

6. Wordliczek J., Dobrogowski J., Istrati J.: Fizykalne metody leczenia bólu [w:] Leczenie bólu. Wordliczek J., Dobrogowski J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 280-290.
7. Zatoński W.: Europejski Kodeks Walki z Rakiem. Centrum Onkologii - Instytut Marii Skłodowskiej Curie, Warszawa 2003: 12-23.
8. Łuczak J.: Eutanazja a opieka paliatywna/hospicyjna. Wydawnictwo Medicus, Warszawa 2012.
9. Wrona B., Janecki M., Fimiarz A.: Wiedza pielęgniarek na temat aktualnych wytycznych leczenia bólu w chorobie nowotworowej. Medycyna Paliatywna 2014; 6(4): 208-214.
10. Oxenham D.: Opieka paliatywna i leczenie bólu [w:] Choroby wewnętrzne Davidsona, Boon N.A., Colledge N.R., Walker B.R. (red.). Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009: 116.
11. Knap M., Szyrmer B, Kowalczyk-Sroka B.: Poziom wiedzy pielęgniarek z oddziałów zabiegowych na temat terapii bólu pooperacyjnego. Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18:1 29-133.
12. Boruń T.: Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej i hospicyjnej – opis przypadku Adama. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2011; 1(3): 289–295.
13. du Boulay S., Rankin M.: Okno nadziei. Wydawnictwo Znak, Kraków 2009.

Wiedza i opinie kobiet na temat schorzeń nowotworowych narządu rodnego

Wioletta Sopol, Zofia Nowak-Kapusta

Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

WSTĘP

Powstanie choroby nowotworowej zapoczątkowane zostaje poprzez pojawienie się pierwszej komórki, która w sposób nieprawidłowy ulega dalszym procesom. Może zostać to zapoczątkowane za pośrednictwem czynników rakotwórczych bądź jako proces spontaniczny. Zaburzone zostają mechanizmy kontroli procesów wzrostu, różnicowania i dojrzewania komórek występujących w organizmie. Mutacja pojedynczej komórki nie powoduje jeszcze powstania nowotworu, ale zaistnienie kolejnych mutacji prowadzi do powstania złośliwych klonów komórkowych, które przyczyniają się do usuwania komórek zdrowych i dalszej proliferacji komórek nieprawidłowych [1].

Proces kancerogenezy w dużym stopniu uwarunkowany jest przez wpływ środowiska zewnętrznego na organizm oraz wrażliwości samego organizmu. Wynika to z predyspozycji genetycznych oraz tzw. osobliwego tła genetycznego. Determinują one wrażliwość organizmu na istniejące w środowisku karcynogeny, które oddziałując na DNA powodują uszkodzenie materiału genetycznego. W prawidłowych warunkach komórki korzystają z systemów naprawczych w celu usunięcia uszkodzeń. Organizm zachowuje precyzyjną równowagę pomiędzy podziałami nowych komórek a ich programowaną śmiercią. W transformacji nowotworowej równowaga ta nie zostaje zachowana i więcej komórek powstaje niż ginie. Taka niestabilność prowadzi do niepożądanego rozrostu nieprawidłowych komórek, kolejnych przemian oraz nabycia przez te komórki zdolności do przerzutów [2,3].

Proces nowotworowy toczący się w obrębie miednicy mniejszej może objąć macicę, jajnik, pochwę lub srom.

W krajach wysoko rozwiniętych rak szyjki macicy występuje na drugim miejscu ze względu na częstość występowania u kobiet. W Polsce pomimo wprowadzenia skринingu cytologicznego jest nadal jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych [2,4].

Udowodniono naukowo, że kluczowe dla rozwoju raka szyjki macicy jest występowanie przetrwałego zakażenia onkogennego typem wirusa HPV (ang. *human papilloma virus*, czyli wirus brodawczaka ludzkiego). Za szczególnie onkogenne typy tego wirusa uważa się HPV 16, 18, 31, 33 oraz 45. Nie jest to jednak jedyny czynnik odpowiedzialny za pojawienie się tego nowotworu [2,5].

Nowotwór trzonu macicy jest w Polsce jednym z najczęściej występujących nowotworów narządu rozrodczego, a wśród wszystkich nowotworów jest na trzecim miejscu. Największa liczba zachorowań występuje po 50. roku życia, a po 7. dekadzie życia ulega zmniejszeniu. Zachorowalność na nowotwory trzonu macicy w stosunku do poprzednich lat stanowczo wzrosła i jest wyższa w porównaniu do pozostałych krajów Unii Europejskiej. U ok. 80% pacjentek rak endometrium wykrywany jest we wczesnym stadium zaawansowania [6,7].

Występowanie raka jajnika jest charakterystyczne dla krajów szybko rozwijających się i zamożnych, a stosunkowo niskie dla państw o małym indeksie rozwoju społecznego. Za ok. 10% zachorowalności odpowiadają predyspozycje genetyczne i rodzinne występowanie nowotworu, w przypadku występowania mutacji w genach BRCA1 i BRCA2 ryzyko zachorowania wzrasta nawet do 70%. Rak jajnika charakteryzuje się wysoką częstością występowania i największym spośród wszystkich nowotworów narządów płciowych stopniem umieralności [3,4].

Nowotwory sromu i pochwy są typowymi nowotworami wieku starszego i występują głównie po 50. roku życia. Zachorowalność na te nowotwory jest względnie niska i w Polsce stanowi 1% zachorowalności w grupie nowotworów narządu rodneho. Wraz z wiekiem ryzyko zgonu wywołane przez te nowotwory wzrasta. W Polsce w większości przypadków pacjentki z rakiem sromu dają o sobie znać za późno. Stosunkowo dużą grupę tworzą kobiety w zaawansowanym wieku ze sporą liczbą schorzeń współistniejących. Rak sromu ma skłonność do rozprzestrzeniania się poprzez naciekanie okolicznych struktur oraz obecność przerzutów w węzłach chłonnych pachwinowo – udowych [2,8].

W grupie starszych kobiet uważa się, że rak sromu kształtuje się w towarzystwie liszaja twardzinowego (*lichen sclerosus* – LS), z kolei u młodszych kobiet jego rozwój powiązany jest bardziej z obecnością zakażenia HPV oraz śródnabłonkową neoplazją (ang. *vulvar intraepithelial neoplasia* – VIN) [8,9].

Zgodnie z najnowszymi danymi rak pochwy w Polsce jest jednym z najrzadziej występujących nowotworów narządu rodneho. Występuje zazwyczaj w wieku pomenopauzalnym, w 7. dekadzie życia. Specyficzne jest występowanie zmian przerzutowych

zarówno raka szyjki macicy, jak i raka sromu, dlatego diagnostyka powinna uwzględniać ich wykluczenie [10].

Objawy charakteryzujące raka pochwy pokrywają się często z objawami dla raka szyjki macicy. Należą do nich krwiste upławy bez obecności bólu, dość częste krwawienie międzymiesiączkowe oraz pojawianie się krwawień po stosunku seksualnym [2,10].

CEL PRACY

Głównym celem pracy było poznanie poziomu wiedzy i opinii kobiet na temat nowotworów narządu rodneho.

MATERIAŁ I METODA

Badania zostały przeprowadzone w okresie od grudnia 2018 roku do stycznia 2019 roku wśród 169 kobiet w wieku od 17-69 lat.

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety składający się z 37 pytań. Pytania zawarte w metryczce zawierały dane socjodemograficzne, takie jak wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz sytuację materialną i status zawodowy ankietowanych.

W ankiecie były pytania dotyczące objawów, rokowania i czynników ryzyka występowania nowotworów układu rodneho, badania cytologicznego oraz programu wczesnej profilaktyki raka szyjki macicy.

WYNIKI

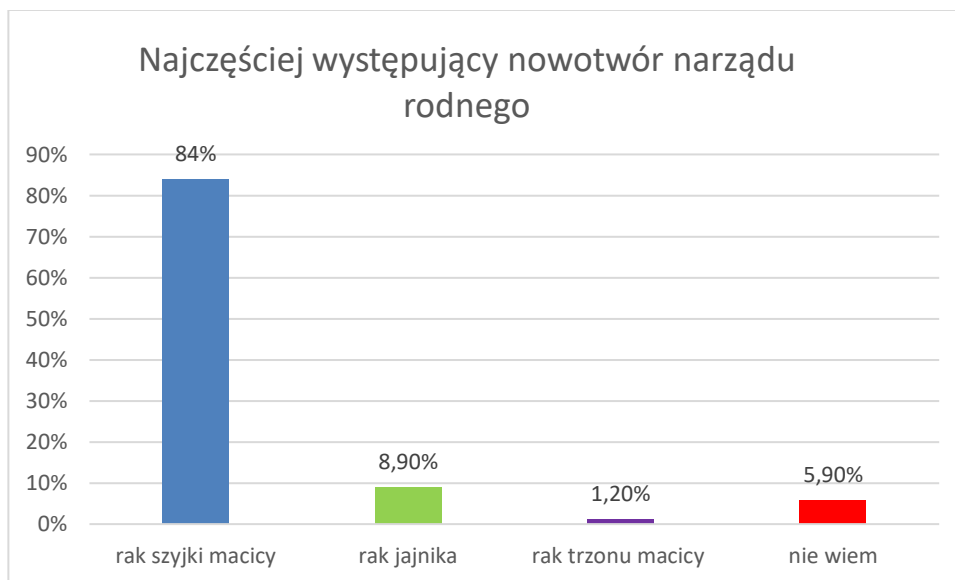
Najbardziej liczna spośród badanych była grupa kobiet w wieku 20-29 lat - 72% (121), następnie w kolejności najbardziej liczne były grupy w wieku poniżej 19 lat - 8% (14), grupa 30-39 lat - 8% (14) oraz grupa powyżej 50 lat - 8% (13). Najmniej liczną grupę stanowiły kobiety w wieku 40-49 lat, jedynie 4% (7).

Wykształcenie wyższe posiadało 56% (94) badanych kobiet, 40% (68) stanowiły ankietowane z wykształceniem średnim. Po 2% ankietowanych było z wykształceniem zawodowym i podstawowym.

Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety mieszkające w mieście - 62% (105), ankietowanych mieszkających na wsi było 38% (64).

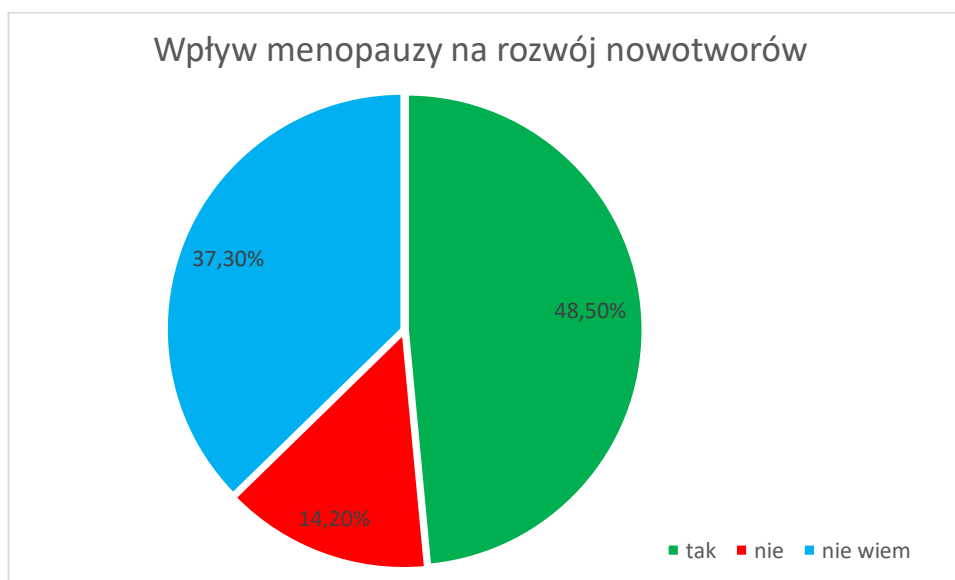
Wiedza i opinie kobiet na temat schorzeń nowotworowych narządu rodneho

Na pytanie o najczęściej występujący nowotwór narządu rodneho aż 84% (142) badanych udzieliło prawidłowej odpowiedzi, że jest to rak szyjki macicy. Około 10% (17) badanych udzieliło błędnej odpowiedzi, a 5,9% (10) badanych kobiet odpowiedziało, że nie wie (Ryc. 1).



Rycina 1. Najczęściej występujący nowotwór narządu rodneho wg ankietowanych

Wiedza dotycząca wpływu menopauzy na rozwój nowotworów narządu rodneho została przedstawiony na Ryc. 2. Jedynie 48,5% (82) przebadanych kobiet ma świadomość, że menopauza ma wpływ na kobiecy organizm, a 37,3% (63) wybrała odpowiedź – nie wiem.



Rycina 2. Wpływ menopauzy na rozwój nowotworów wg ankietowanych

Zdecydowana większość kobiet - 98,8% (167) wie, że nawet po przebytej menopauzie zalecane jest korzystanie z badań i porad ginekologicznych. Pozostała część – 1,2% (2) ankietowanych kobiet sądzi, że po menopauzie nie jest konieczne odwiedzanie ginekologa.

Zaledwie 33,1% (56) kobiet korzysta z badań ginekologicznych raz w roku, prawie 22% (37) robi to zdecydowanie częściej, natomiast aż 26,6% (45) nie chodzi na wizyty ginekologiczne w ogóle.

Zaledwie 60% (101) kobiet wie, że badanie cytologiczne w Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy jest skierowane do kobiet w wieku od 25-59 lat. Ponad 10% (17) kobiet przyznało się, że nie wie, kiedy powinno się robić cytologię, a ponad 21% (36) sądzi, że badanie jest przeznaczone dla kobiet po 50. roku życia.

Najczęściej wykonywanym przez kobiety badaniem jest USG, prawie 60% (99) kobiet miało je wykonane chociaż raz. Cytologię wykonuje 55% (93) kobiet uczestniczących w badaniach ankietowych.

Wszystkie badania, tj. cytologia, USG i USG przezpochwowe miało wykonane tylko 29% (49) kobiet, a ponad 23% (39) nie miało wykonanego żadnego z wymienionych badań. Najbardziej wykonywanym badaniem jest USG przezpochwowe, tylko 41,4% (70) kobiet miało je kiedykolwiek wykonane.

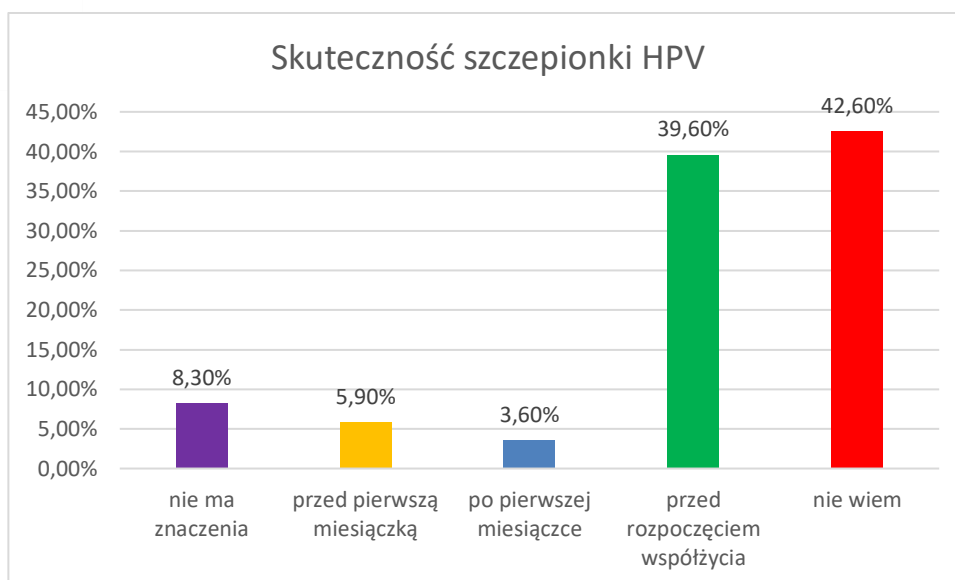
Jedynie 10,6% (18) kobiet ma dokładną wiedzę na temat charakterystycznych objawów raka szyjki macicy, a 29,6% (50) kobiet zna co najmniej jeden prawidłowy objaw. Około 31,4% (53) kobiet nie zna żadnych objawów dla raka szyjki macicy.

Przeszło 31,4% (53) kobiet nie ma pojęcia, że istnieją szczepienia przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV).

Jedynie 39,6% (67) kobiet wie, kiedy szczepionka przeciwko HPV jest najbardziej skuteczna, a około 42,6% (72) ankietowanych nie zna prawidłowej odpowiedzi (Ryc.3).

Tylko 21,3% (36) kobiet wykazuje wiedzę na temat charakterystycznych objawów raka jajnika. Najczęstszą odpowiedzią był ból podbrzusza, które zaznaczyło aż 37,9% (64) ankietowanych kobiet, kolejno nieprawidłowe krwawienie z dróg rodnych, za którym opowiedziało się 30,8% (52). Spora część badanych kobiet - 33,7% (57) nie posiada wiedzy na temat objawów raka jajnika.

Spora kobiet - 35,5% (60) uważa, że doustna antykoncepcja hormonalna podwyższa ryzyko wystąpienia raka jajnika. Zaledwie 18,3% (31) zdaje sobie sprawę, że antykoncepcja tak naprawdę obniża to ryzyko. Najwięcej badanych kobiet - 37,3% (63) skorzystało z opcji „nie wiem” odpowiadając na to pytanie (Ryc. 4).



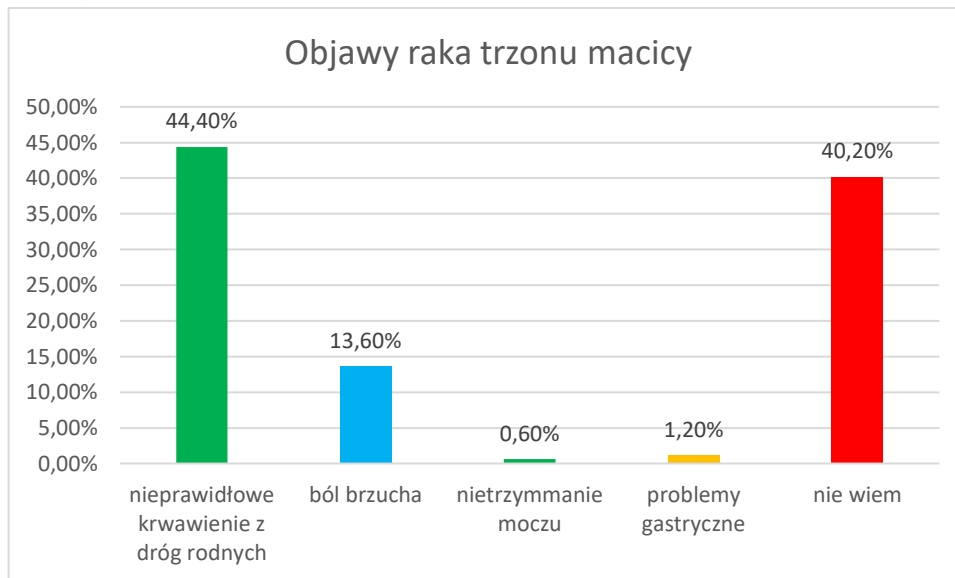
Rycina 3. Skuteczność szczepionki HPV według ankietowanych



Rycina 4. Wpływ doustnej antykoncepcji hormonalnej na raka jajnika

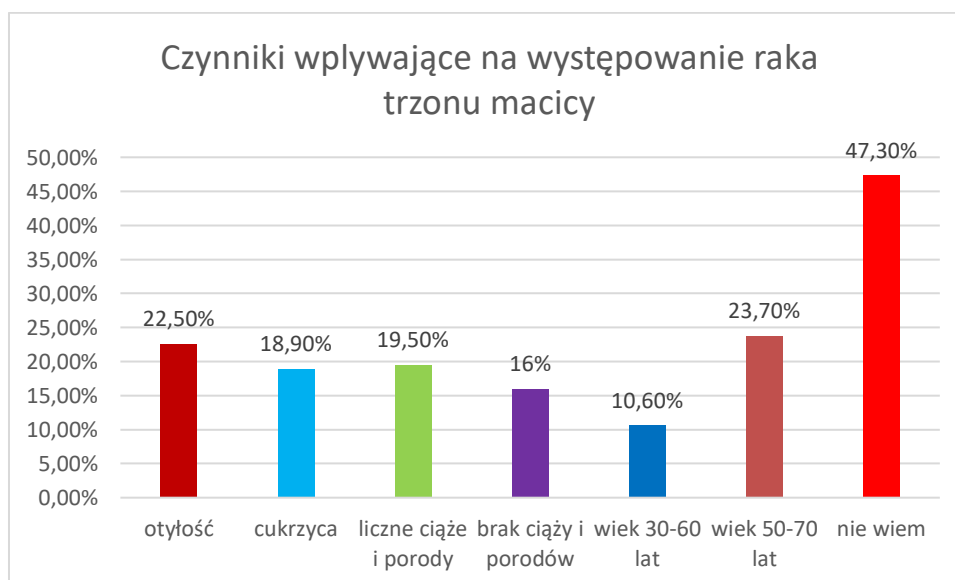
Zaledwie 44,4% (75) ankietowanych kobiet orientuje się, że nieprawidłowe krwawienie z dróg rodnych jest charakterystycznym objawem raka trzonu macicy. Duża część ankietowanych - 40,2% (68) nie zna objawów raka trzonu macicy. Pozostałe 15,4% (26) kobiet wskazało resztę nieprawidłowych odpowiedzi. Rozkład wiedzy o objawach trzonu macicy przedstawia Ryc.5.

Najwięcej kobiet - 46,7% (79) wie, że najskuteczniejszą metodą służącą do rozpoznawania raka trzonu macicy jest USG przezpochwowe. Duża część kobiet - 20,7% (35) wybrała badanie cytologiczne, aż 23,1% (39) kobiet nie znało odpowiedzi na pytanie.



Rycina 5. Objawy raka trzonu macicy według ankietowanych

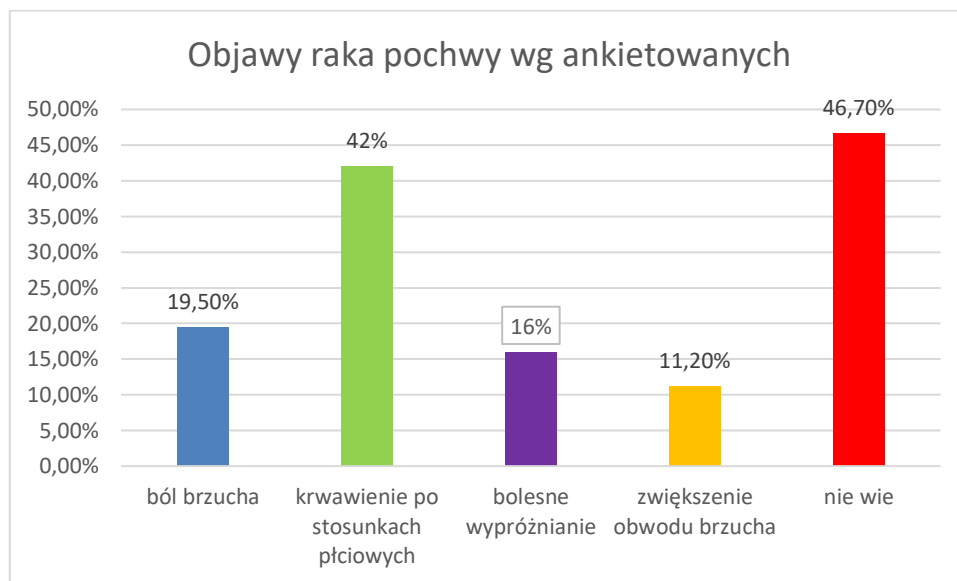
Pośród ankietowanej grupy, aż 81,1% (137) kobiet wybrało co najmniej jeden prawidłowy czynnik wpływający na ryzyko występowania raka trzonu macicy, 30,1% (51) kobiet zaznaczyło przynajmniej jedną błędną odpowiedź. Najczęściej kobiety zaznaczały odpowiedź „nie wiem” - 47,3% (80) (Ryc.6).



Rycina 6. Czynniki wpływające na występowanie raka trzonu macicy

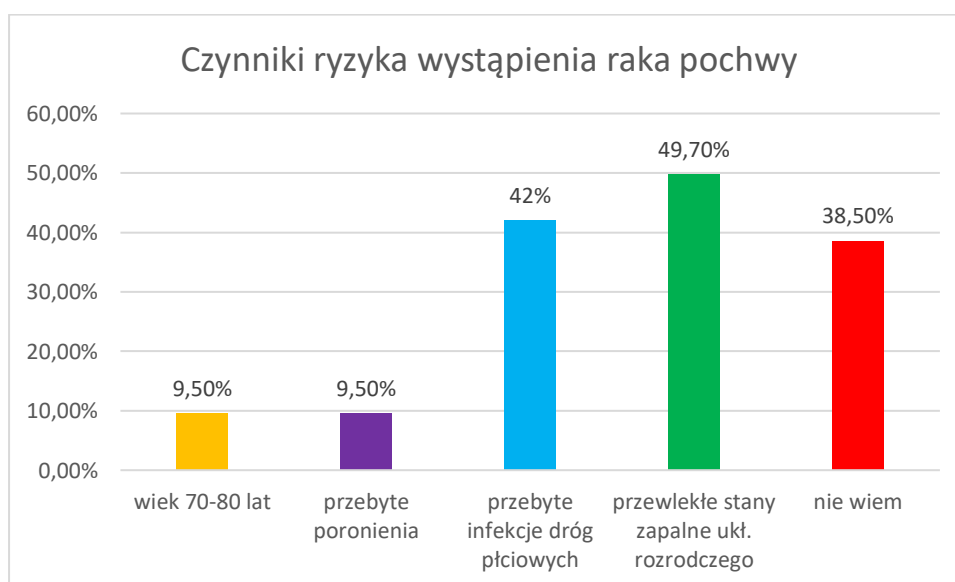
Ponad 58% (98) kobiet wybrało co najmniej jeden prawidłowy objaw charakterystyczny dla raka pochwy. W 42% (71) przypadków było to krwawienie po stosunku płciowym, a w pozostałych 16% (27) bolesne wypróżnianie się. Przeszło 30,7% (52) kobiet

błędnie wskazało odpowiedź, a 46,7% (79) kobiet nie zna w ogóle objawów raka pochwy (Ryc.7).



Rycina 7. Objawy raka pochwy według ankietowanych

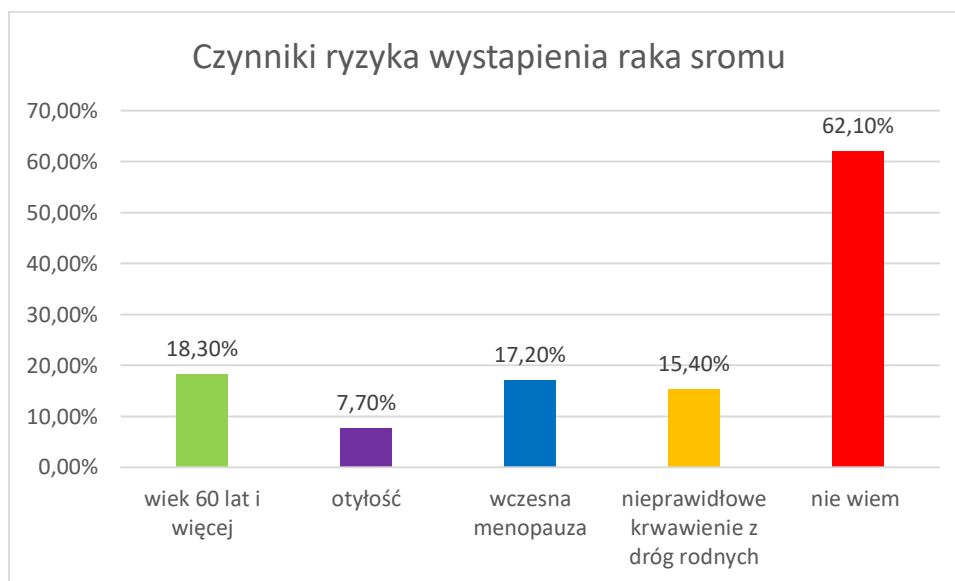
Najczęściej wybieranym czynnikiem mającym wpływ na występowanie raka pochwy były przewlekłe stany zapalne układu rozrodczego, aż 49,7% (84) kobiet udzieliło takiej odpowiedzi. Następnie najczęściej powielanym czynnikiem były przebyte infekcje wirusowe przenoszone drogą płciową - 42% (71). Dość często, bo aż 38,5% (65) kobiet nie zna czynników, które wpływają na występowanie raka pochwy (Ryc. 8).



Rycina 8. Czynniki ryzyka wystąpienia raka pochwy wg ankietowanych

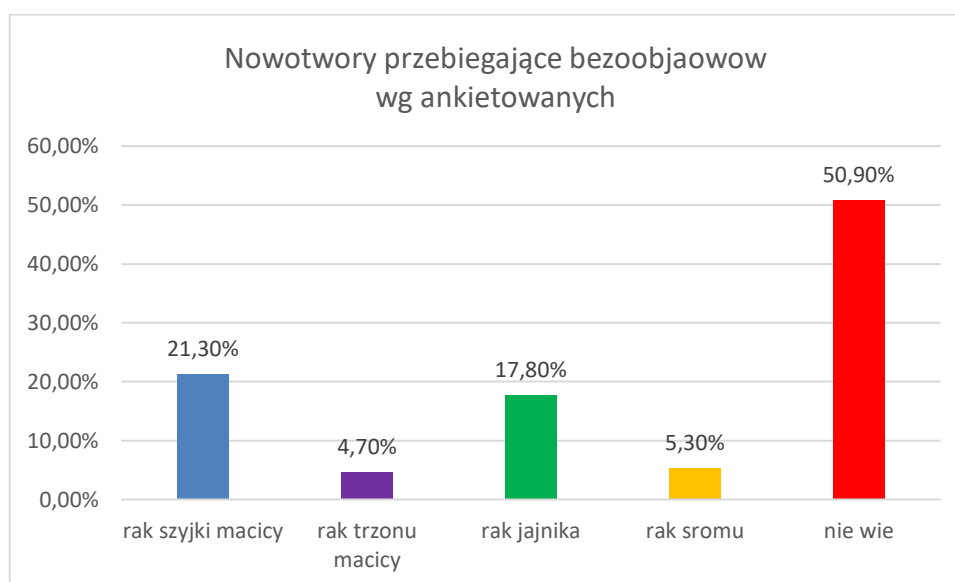
Wiedza i opinie kobiet na temat schorzeń nowotworowych narządu rodneho

Zdecydowana większość kobiet - 62,1% (105) nie zna czynników ryzyka występowania raka sromu. Jedynie 18,3% (31) kobiet uważa, że wiek powyżej 60 lat może wpływać na niebezpieczeństwo pojawiania się raka sromu (Ryc.9).



Rycina 9. Czynniki ryzyka wystąpienia raka sromu według ankietowanych

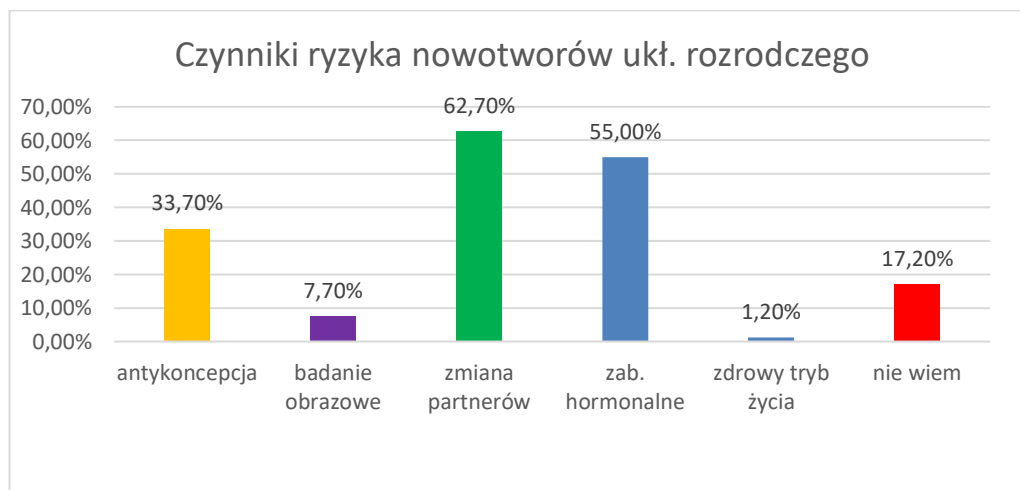
Okolo połowa kobiet biorących udział w badaniu - 50,9% (86) nie wie, który z nowotworów narządu rodneho może przebiegać bezobjawowo. Załedwie 17,8% (30) wskazało prawidłowo na raka jajnika. Duża część - 21,3% (36) zaznaczyła raka szyjki macicy (Ryc. 10).



Rycina 10. Nowotwory przebiegające bezobjawowo według ankietowanych

Wiedza i opinie kobiet na temat schorzeń nowotworowych narządu rodneho

Jako czynnik zwiększający ryzyko wystąpienia nowotworów układu rozrodczego kobiety najczęściej wybierały odpowiedź - częstą zmianę partnerów seksualnych - 62,7% (106). Kolejno, w 55% (93) przypadków kobiety skłaniają się ku zaburzeniom hormonalnym. Najrzadziej wybierały korzystanie z badań obrazowych, tylko 7,7% (13) i zdrowy tryb życia - 1,2% (2). Tylko 17,2% (29) ankietowanych nie orientuje się w temacie czynników, które mogą zwiększać ryzyko zachorowania na nowotwory dróg rodnych u kobiet (Ryc.11).



Rycina 11. Czynniki ryzyka nowotworów układu rozrodczego

Analiza statystyczna wykazała, że średni poziom wiedzy na temat schorzeń nowotworowych utrzymuje się na poziomie 35,08% wśród wszystkich ankietowanych kobiet. Badane posiadające wyższe wykształcenie cechują się średnim poziomem wiedzy wynoszącym 38,13%, a badane mieszkające na wsi charakteryzują się średnim poziomem wiedzy o wielkości 35,5%. Pozostałe informacje na temat rozkładu poziomu wiedzy w badanej grupie przedstawia tabela I.

Tabela I. Podsumowanie poziomu wiedzy ankietowanych kobiet

	średnia (%)	odchylenie standardowe - sd (%)	liczba ankietowanych
całość	35,08	15,3	169
wyższe wykształcenie	38,13	15,2	94
pozostałe wykształcenie	31,25	14,6	75
miasto	34,82	14,6	105
wieś	35,5	16,5	64

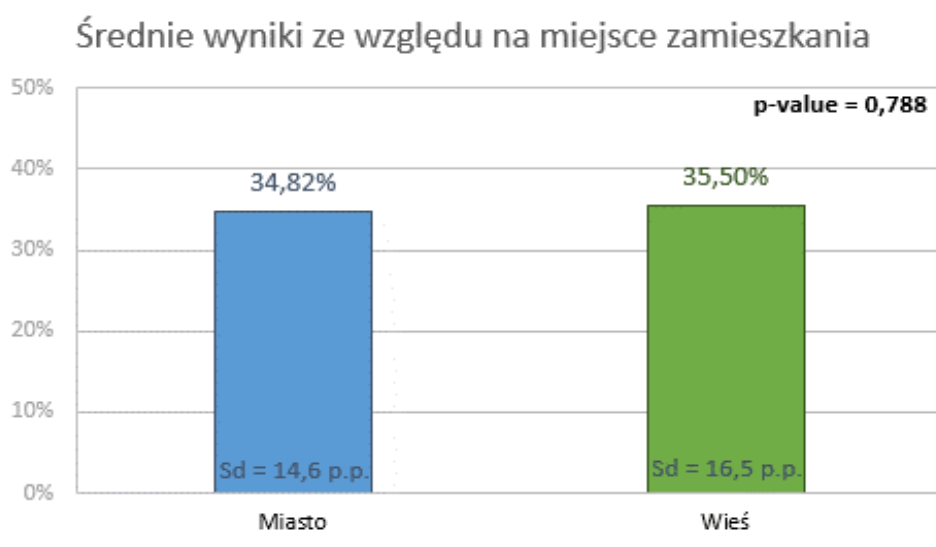
Wiedza i opinie kobiet na temat schorzeń nowotworowych narządu rodnoego

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że przy zakładanym poziomie istotności $\alpha=0,05$ ankietowane z wyższym wykształceniem mają większą wiedzę na temat chorób nowotworowych, a wynik jest istotny statystycznie ($p<0,01$). Dane statystyczne przedstawia Rycina 12.



Rycina 12. Średnie wyniki ze względu na poziom wykształcenia wśród ankietowanych kobiet

Wykonana analiza statystyczna pokazała, że miejsce zamieszkania nie ma istotnego wpływu na poziom wiedzy na temat schorzeń nowotworowych układu rozrodczego u kobiet ($p=0,788$). Informacje przedstawia Rycina 13.



Rycina 13. Średnie wyniki ze względu na miejsce zamieszkania wśród ankietowanych

DYSKUSJA

W ciągu kilku ostatnich dekad odnotowuje się znaczący wzrost zachorowania na nowotwory w populacji polskiej – dotyczy to również nowotworów narządu rodnoego u kobiet. Występowanie tych nowotworów dotyczy głównie kobiet po 5. dekadzie życia. Czynnikiem mogącym mieć wpływ na częstsze występowanie nowotworów w tej grupie może być niechęć kobiet w starszym wieku do korzystania z badań ginekologicznych i mniejsza świadomość na temat potencjalnych objawów.

Wczesne rozpoznanie każdego z nowotworów istotnie zwiększa szanse na możliwość dalszego przeżycia. Z uwagi na to, że nowotwory sromu i pochwy należą do najrzadziej występujących, nie ma konkretnego modelu postępowania, a kobiety zgłaszające się z typowymi objawami są już w dość zaawansowanym wieku i postępie choroby.

Najlepiej poznany rak szyjki macicy nadal jest poważnym problemem onkologicznym. Mimo, że istnieją badania profilaktyczne umożliwiające wczesne jego wykrycie nadal umiarkowana liczba kobiet bierze w nich udział. Zarówno rak jajnika i rak trzonu macicy należą do najmniej znanych przez ankietowane nowotworów. Wiedza na temat ich objawów, jak i czynników ryzyka jest na dość niskim poziomie. Brak wiedzy na ten temat sprawia, że kobiety nie wiedzą, na co zwracać uwagę przy wystąpieniu objawów i często je bagatelizują, co wpływa na niski poziom wyleczalności schorzenia.

Głównym sposobem realizacji profilaktyki raka szyjki macicy jest obecnie eliminacja czynników, mających wpływ na jego częstsze występowanie. Z przeprowadzonych badań przez Stefanek i Durka na temat profilaktyki raka szyjki macicy wynika, że prawie w 90% przypadków najważniejszym czynnikiem ryzyka wywołującego raka szyjki jest infekcja wirusem HPV [11]. Według badań własnych 73,4% ankietowanych uważa infekcje HPV za istotny czynnik. Natomiast w badaniu oceniającym wiedzę z zakresu profilaktyki raka piersi i szyjki macicy przeprowadzonym przez Stanisławską i współautorów można zauważyć, że aż 95,6% ankietowanych zna główny czynnik ryzyka i co najmniej jeden prawidłowy objaw raka szyjki macicy [6]. W porównaniu, gdy w badaniach własnych tylko 10,7% kobiet potrafi wskazać chociaż jeden prawidłowy objaw charakteryzujący ten nowotwór, według badań Jankowskiej i wsp. [12] o poziomie wiedzy na temat raka szyjki macicy wśród kobiet z 2017 roku wynika, że 54% ankietowanych wskazuje prawidłową przyczynę wywołującą raka szyjki. Tymczasem znajomość czynnika ryzyka z badania stanu wiedzy na warszawskiej uczelni [13] wykazuje 67% kobiet. Wiedza na temat wpływu infekcji wirusa HPV na zachorowanie na raka szyjki macicy we wszystkich badaniach jest na dobrym poziomie.

Wiedzę na temat obecności szczepienia przeciwko HPV posiada 68,6% ankietowanych w badaniach własnych, gdy według badania Stefanek i Durka [11] jest to aż 89,7% ankietowanych. Porównywalne wyniki uzyskano również w badaniu Stanisławskiej i wsp. [6] – 85% wykazało się wiedzą o szczepionkach na HPV, które chronią przed zachorowaniem na raka szyjki macicy, eliminując infekcje wirusową. Niestety jedynie 39,6% kobiet w badaniach własnych wie, kiedy szczepionka jest skuteczna, podczas gdy zdecydowanie dwukrotnie większa część (87%) ankietowanych z badania Jankowskiej i wsp. [12] posiada taką wiedzę. W badaniu wiedzy studentek z Lublina o czynnikach ryzyka aż 34% badanych uważa, że szczepionka przeciwko HPV jest zawsze skuteczna [14]. W badaniach własnych brak wiedzy o obecności HPV wykazało 31,4% ankietowanych, natomiast w badaniach Kalinowskiego i Wali [14] jedynie 15% kobiet nie posiada takiej wiedzy.

Zróżnicowane wyniki występują również w przypadku wiedzy dotyczącej tego, kto ma się szczepić. W badaniach własnych 45% ankietowanych uważa, że powinny to robić kobiety, natomiast według wyników z badania Stefanek i Durka [11] jedynie 34,5% tak twierdzi. W porównaniu do badania studentek z Lublina [14] poziom wiedzy o wpływie HPV na zachorowanie na raka szyjki macicy jest zdecydowanie wyższy.

Działania zmierzające do wczesnego wykrycia nowotworów układu rozrodczego, ze względu na występujący czasami bezobjawowy przebieg, obejmują kontrole ginekologiczne. Zdecydowanie różnym poziomem wiedzy na temat częstotliwości badania ginekologicznego charakteryzuje się badanie Stanisławskiej i wsp. [6], gdzie aż 93,9% kobiet wie, że badanie wykonuje się co roku. Natomiast w badaniach własnych jedynie 33,1% ankietowanych jest tego zdania. Za bezobjawowym przebiegiem nowotworu szyjki macicy w badaniach studentek z Warszawy [13] wypowiedziało się aż 95% ankietowanych, w porównaniu do badań własnych było jedynie 14,2% kobiet. Poziom wiedzy kobiet na temat znaczenia badania ginekologicznego w profilaktyce i rozpoznawaniu raka szyjki macicy w badaniach własnych w porównaniu do badań prowadzonych w Warszawie [13] i badań o ocenie wiedzy z Poznania [6] jest dużo niższy.

Jednym z najważniejszych badań stosowanych w celu rozpoznawania nowotworu szyjki macicy jest obecnie cytologia. W badaniach własnych wyniki na temat poziomu wiedzy o cytologii są zadowalające, aż 85,2% kobiet wie, do rozpoznania jakiego nowotworu jest stosowane to badanie, a 90,5% zna przebieg badania. Podobny poziom wiedzy cechuje ankietowane z badania przeprowadzonego w Płocku w 2017 roku [12], gdzie 74% kobiet orientuje się, w jakim celu wykonywane jest badanie, a większość – 96% wie, na czym ono polega. Nieco niższym poziomem wiedzy cechują się ankietowane z badania Szykuły i wsp. o

poziomie wiedzy studentek I roku pielęgniarstwa [15], gdzie jedynie 63% zdaje sobie sprawę, na czym takie badanie polega. Sawaryn i Wróbel przeprowadzili również badania wśród młodych kobiet w Rzeszowie na temat raka szyjki macicy [16], w których wynika, że większa część ankietowanych – 86% posiada wiedzę o zastosowaniu cytologii.

Mimo, że posiadana wiedza o zastosowaniu i konieczności wykonywania cytologii utrzymuje się na dobrym poziomie, niewielka liczba kobiet faktycznie bierze w nim udział. Badania własne wykazały, że jedynie 55% kobiet miało chociaż raz wykonaną cytologię, gdy według rzeszowskich badań [16] poddało się jej tylko 2% ankietowanych. Lepszą sytuację przedstawiają badania o ocenie wiedzy Stanisławskiej i współautorów [6], w których aż 87,2% kobiet wykonuje badanie cytologiczne. Zdumiewający jest również fakt, że 65% kobiet z badań przeprowadzonych wśród studentek z Lublina [14] nigdy nie wykonywała u siebie badania cytologicznego. Badania własne wykazały, że jedynie 23,1% nie miało wykonywanych żadnych badań i głównie argumentowały to obawą o zły wynik, stres, dyskomfort lub brakiem wiedzy do czego służy badanie.

Praca badawcza o poziomie wiedzy przeprowadzona w Płocku [12] zademonstrowała wysoki poziom wiedzy dotyczącej raka szyjki macicy. W tych badaniach 97% ankietowanych wiedziało, w jakiej grupie wiekowej najczęściej występuje nowotwór, gdy w badaniach własnych jedynie 43,8% posiadało taką wiedzę. Stan wiedzy o najczęstszych objawach w badaniach własnych był stosunkowo niski, jedynie 32,5% kobiet wie, że nieprawidłowe krwawienie z dróg rodnych może świadczyć o obecności raka szyjki macicy, gdy dwukrotnie więcej ankietowanych (76%) z badań Jankowskiej i wsp. o poziomie wiedzy [12] zna najczęstszy objaw.

Porównywalny poziom wiedzy o czynnikach wpływających na zwiększenie ryzyka zachorowania wykazują badania własne i badania poziomu świadomości kobiet z 2017 roku [12]. Jako najczęstszy czynnik wymieniany przez ankietowane w badaniach własnych 62,7% zaznaczyło częstą zmianę partnerów seksualnych. W badaniach porównawczych prowadzonych przez Stefanek i Durka [11], 71,4% uważa ten czynnik za najbardziej istotny. Zdecydowanie rozbieżne wyniki uzyskano odnośnie wczesnej inicjacji seksualnej, gdzie w badaniach własnych jedynie 3,5% kobiet uważa ten czynnik za istotny. Natomiast w badaniach o poziomie świadomości kobiet [11] aż 44,1% uznaje, że wczesne rozpoczęcie współżycia ma wpływ na podwyższenie ryzyka zachorowalności.

Jak wykazują przedstawione badania, poziom wiedzy na temat raka szyjki macicy jest zróżnicowany. Najbardziej zbliżony stan wiedzy posiadają ankietowane z badania Jankowskiej i wsp. o poziomie wiedzy przeprowadzone w Płocku [12] i badania Stanisławskiej i wsp.

oceniające wiedzę [6]. Zdecydowaną rozbieżność można zauważyć pomiędzy badaniami młodych kobiet z Rzeszowa [16] i studentek z Lublina [14]. Niektóre aspekty są dobrze znane wszystkim badanym grupom, niektóre niestety cechują się stosunkowo niskim poziomem i wymagają pogłębienia wiedzy. Może to wynikać z faktu, że niektóre ankietowane nie miały nigdy styczności z problemami ginekologicznymi u siebie lub w rodzinie. W związku z tym istnieje potrzeba propagowania wiedzy na temat nowotworów narządu rodnoego nie tylko w grupie studentek zawodów medycznych, ale również wśród wszystkich kobiet.

WNIOSKI

1. Wiedza kobiet na temat schorzeń nowotworowych narządu rodnoego jest niezadowalająca. Kobiety wiedzą najwięcej jedynie na temat raka szyjki macicy.
2. Większość kobiet posiada wiedzę o istotności regularnych badań, ale nie odnosi tej wiedzy w stosunku do siebie w praktyce.
3. Poziom wiedzy kobiet na temat czynników ryzyka i profilaktyki nowotworów układu rozrodczego jest na średnim poziomie – niezbędne jest zachęcanie kobiet do uczestnictwa w badaniach profilaktycznych i poszerzania swojej wiedzy na temat schorzeń nowotworowych.
4. Poziom wiedzy kobiet istotnie zależy od wykształcenia, natomiast miejsce zamieszkania nie ma na to wpływu.

PIŚMIENNICTWO

1. Koper A. (red): Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo PZWL, wyd. I, Warszawa 2011.
2. Markowska J., Mądry R. (red.): Zarys ginekologii onkologicznej. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2015.
3. Spaczyński M., Kędzia W., Nowak-Markwitz E.: Onkologia ginekologiczna [w:] Położnictwo i ginekologia. Bręborowicz G., H. (red). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010; 2: 805-873.
4. Didkowska J., Wojciechowska U.: Epidemiologia nowotworów złośliwych narządów płciowych u kobiet w Polsce. *Curr Gynecol Oncol.* 2012; 10(1): 25-37.
5. Spaczyński M., Nowak-Markwitz E., Kędzia W.: Praktyczna ginekologia onkologiczna. Podręcznik dla lekarzy. Wielkopolskie Towarzystwo Onkologii Ginekologicznej, Poznań 2012.

6. Stanisławska J., Janikowska K., Stachowska M., Talarska D., Drozd-Gajdus E., Szewczyczak M.: Ocena wiedzy kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2016; 97(1): 38-44.
7. Markowska J.: *Zarys ginekologii onkologicznej*. Wydawnictwa Medyczne Termedia, Poznań 2015.
8. Krynicki R., Nalewczyńska A., Lindner B., Kowalska M., Śpiewankiewicz B.: Możliwości radiochemioterapii przedoperacyjnej w zaawansowanym raku sromu. *Current Gynecologic Oncology* 2016; 14(2): 89-96.
9. Sznurkowski J., Bodnar L., Bidziński M., Bieńkiewicz A., Blecharz P., Jach R., Knapp P., Kojs Z., Kotarski J., Markowska J., Mądry R., Misiek M., Sawicki W., Wicherek Ł., Basta A.: Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka sromu. *Current Gynecologic Oncology* 2017; 15(1): 45-53.
10. Moszyński R., Kościński T., Burchardt B., Szubert S., Sajdak S.: Płaskonabłonkowy rak pochwy u pacjentki z całkowitym wypadaniem narządów płciowych – opis przypadku. *Current Gynecologic Oncology* 2014; 12(3): 233-238.
11. Stefanek A., Durka P.: Poziom świadomości kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2014; 1(38): 29-38.
12. Jankowska P., Kikolska M., Kwiatkowska M., Kochman D., Głowacka M.: Poziom wiedzy na temat raka szyjki macicy wśród kobiet. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2017; 1(2): 22-46.
13. Błazucka U., Cieślak H.: Stan wiedzy studentek Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na temat zakażeń HPV i związanej z nim profilaktyki. *Pielęgniarstwo Polskie* 2016; 1(59): 23-29.
14. Kalinowski P., Wala S.: Wiedza o czynnikach ryzyka i metodach profilaktyki raka szyjki macicy wśród studentek szkół wyższych w Lublinie. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2014; 95(2): 460-464.
15. Szykuła A., Czarnecka J., Sienkiewicz Z., Kobos E., Krupienicz A.: Wiedza studentek pielęgniarstwa na temat profilaktyki raka szyjki macicy. *Pielęgniarstwo Polskie* 2013; 3(49): 157-161.
16. Sawaryn D., Wróbel A.: Poziom wiedzy młodych dziewcząt na temat raka szyjki macicy. *Medycyna Rodzinna* 2011; 2: 35-42.

Analiza wybranych przyczyn i możliwości leczenia niedożywienia u osób starszych

Karolina Mikołajczak, Daria Matyja, Karina Lissak

Studenci, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

WSTĘP

Żywnienie jest jedną z podstawowych czynności fizjologicznych organizmu. Słownik języka polskiego definiuje je jako „*dostarczanie organizmowi ludzkiemu pokarmów pobieranych w stanie naturalnym lub przetworzonym — jako różnorodne potrawy i napoje (żywność), zapewniających utrzymanie jego podstawowych funkcji życiowych*” [1].

Posiłki powinny być tak skomponowane, by dostarczały wszystkich niezbędnych składników we właściwych ilościach i proporcjach [2]. Jest to podstawą zdrowia, rozumianego nie tylko jako brak określonej choroby, ale i dobrego samopoczucia fizycznego, społecznego, psychicznego i duchowego [2].

Składniki dostarczane do organizmu mogą zostać podzielone na trzy grupy: budulcowe (białka, składniki mineralne), regulatorowe (witaminy, błonnik) oraz energetyczne (węglowodany, tłuszcze) [1]. Zapotrzebowanie na nie wyraźnie różni się u poszczególnych osób, w zależności od płci, klimatu, aktywności fizycznej, stanu zdrowia oraz wieku [1].

Wiek jest jednym z kluczowych czynników wpływających na żywienie. Wraz z postępującym starzeniem zmieniają się potrzeby żywieniowe [3]. Obecnie na świecie 841 milionów ludzi przekracza 60. rok życia [4].

Szacuje się, że w 2050r. liczba ta podwoi się i wyniesie około 2 miliardy [4]. W zależności od miejsca zamieszkania, statusu ekonomicznego, stanu zdrowia i wyrabianych przez całe życie nawyków cierpią oni na różnego rodzaju problemy związane z odżywianiem.

W Stanach Zjednoczonych ogromnym problemem jest otyłość [5]. U 13 milionów osób po 65. roku BMI wynosi powyżej 30 kg/m² [5]. Podobny problem występuje w RPA, gdzie ponad 56% osób starszych zmagają się z otyłością [6]. Należy zwrócić uwagę na to, iż nawet jeśli masa ciała jest prawidłowa bądź zwiększona powyżej normy, może występować niedożywienie

jakościowe – niedobór określonych składników pokarmowych [7]. Inaczej sytuacja wygląda w krajach Afryki Subsaharyjskiej – w tych regionach niedożywienie dotyczące 6-48% seniorów jest częstszym problemem niż nadwaga 2,5-21% [6].

W Polsce dane prezentują się następująco: 9% kobiet z ukończonym 65. rokiem życia cierpi na niedożywienie, a 42% jest nim zagrożonych; mniej, bowiem 5% mężczyzn jest niedożywionych, a 33% problem może dotknąć w najbliższej przyszłości [8]. Ryzyko niedożywienia rośnie wraz z wiekiem [9].

Rozpoznanie niedożywienia można postawić na podstawie poniższych kryteriów.

Tabela I. Kryteria rozpoznawania niedożywienia [10]

Spełnienie warunków jednej z równocennych opcji uprawnia do postawienia diagnozy niedożywienia	
Opcja 1	Opcja 2
BMI < 18,5 kg/m ²	Niezamierzona utrata masy ciała (>10% w nieokreślonym czasie lub > 5% w ciągu 3 miesięcy)
	Obniżenie 1 z 2 wskaźników: <ul style="list-style-type: none"> • BMI < 20 kg/m² (u osób > 70 roku życia < 22 kg/m²); • FFMI (beztłuszczowa masa ciała) < 15 kg/m² dla kobiet, < 17kg/m² dla mężczyzn.

Kolejnym narzędziem do rozpoznawania niedożywienia u osób starszych jest kwestionariusz *Mini Nutritional Assessment* (MNA).

Obecnie stosowana jest jego skrócona wersja *Mini Nutritional Assessment Short Form* (MNA-SF), która może służyć jako test przesiewowy. Cechuje się on wysoką czułością i swoistością, a także prostotą przeprowadzenia [9].

Maksymalna liczba punktów, jaką pacjent może uzyskać, to 14. Ilość punktów mieszcząca się w przedziale 12-14 oznacza brak niedożywienia, natomiast wynik < 11 -ryzyko wystąpienia niedożywienia, które powinno być zweryfikowane za pomocą pełnej skali MNA [11].

Przyczyny niedożywienia mogą być różne. Mogą wynikać z zaburzeń psychicznych, braku dostępu do pokarmu, błędnych nawyków żywieniowych, czy być związane ze zmianami w funkcjonowaniu organizmu powstającymi podczas fizjologicznego procesu starzenia [3,12]. Niezależnie od przyczyny, niedożywienie znacząco obniża jakość życia pacjenta.

Tabela II. Zagadnienia dotykane w MNA-SF wraz z punktacją [9,11]

Poruszana kwestia	Ilość przyznawanych punktów
1. Zmiana przyjmowania pokarmów w ciągu ostatnich 3 miesięcy, spowodowana utratą apetytu, problemami z żuciem, połykaniem i trawieniem.	0 pkt – w dużym stopniu; 1 pkt – w umiarkowanym stopniu; 2 pkt – brak zmiany w przyjmowaniu pokarmów.
2. Wielkość utraty masy ciała w przeciągu ostatnich 3 miesięcy.	0 pkt – powyżej 3 kg; 1 pkt – pacjent nie potrafi określić, ile kg utracił; 2 pkt – między 1 a 3kg; 3 pkt – brak utraty masy ciała.
3. Zdolność do samodzielnego poruszania się.	0 pkt – pacjent nie jest w stanie samodzielnie wstać z łóżka/krzesła; 1 pkt – pacjent samodzielnie wstaje z łóżka/krzesła, ale nie opuszcza mieszkania; 2 pkt – pacjent samodzielnie opuszcza mieszkanie.
4. Wystąpienie ostrej choroby lub silnego stresu w przeciągu ostatnich 3 miesięcy.	0 pkt – tak; 2 pkt – nie.
5. Obecność problemów neuropsychicznych.	0 pkt – znaczna depresja lub demencja; 1 pkt – umiarkowana depresja lub demencja; 2 pkt – brak zaburzeń.
6. Wyliczenie BMI.	0 pkt – BMI < 19 1 pkt – BMI w zakresie (19-21) 2 pkt – BMI w zakresie <21-23> 3 pkt – BMI > 23

CEL PRACY

Celem pracy jest analiza, na podstawie dostępnych publikacji, problemu niedożywienia wśród osób starszych oraz podkreślenie jego wielowymiarowości i interdyscyplinarności. Omówione zostaną wybrane przyczyny występowania tego zjawiska oraz możliwości leczenia i niesienia pomocy zarówno przez osoby bliskie, jak i wykwalifikowany personel medyczny.

ETIOLOGIA NIEDOŻYWIENIA W STARSZYM WIEKU – PRZYCZYNY FIZJOLOGICZNE

Do zrozumienia procesu patogenezy niedożywienia w starszym wieku niezbędna jest znajomość mechanizmów regulujących apetyt, którego niedobór jest jednym z podstawowych powodów zmniejszenia masy ciała u seniorów [12,13].

Pierwszym mechanizmem przyczyniającym się do spadku łaknienia jest zaburzony odbiór bodźców smakowych i węchowych [12]. W starszym wieku dochodzi do zmniejszenia liczby kubków smakowych, a co za tym idzie do upośledzenia czucia smaków [14]. Problem początkowo dotyczy smaku słonego i słodkiego. Pogłębia go fakt zmniejszonego wydzielania śliny, przez co cząsteczki pokarmowe nie mogą zostać rozpuszczone, więc kontakt z receptorami jest utrudniony. Prowadzi to do eliminacji z diety pokarmów, które z punktu widzenia pacjenta są niesmaczne. Dochodzi do zubożenia i monotonizacji posiłków. Brak odczuwania przyjemności z jedzenia może być potęgowany przez nieprawidłowo dobraną protezę uzębienia bądź odmowę pacjenta do korzystania z niej.

Drugą kwestią mającą wpływ na odżywianie w starszym wieku są zmiany w gospodarce hormonalnej [15]. Z punktu widzenia niedożywienia istotne są hormony: grelina, cholecystokinina, peptyd YY, leptyna i insulina. Jedną z funkcji greliny jest wywoływanie uczucia głodu i stymulacja organizmu do przyjmowania pokarmu [16]. Istnieją dowody na to, że osoby starsze są na nią mniej wrażliwe [12,14]. Cholecystokinina to prototyp hormonu sytości wydzielany przez komórki jelita cienkiego w odpowiedzi na dostarczenie pokarmu, a peptyd YY to neuropeptyd aktywujący szlak prowadzący do wytworzenia uczucia sytości i zaniku apetytu. U seniorów zmiana dynamiki metabolizmu cholecystokininy i wzrost stężenia peptydu YY w późnej fazie poposiłkowej powodują wydłużenie odstępu czasowego pomiędzy posiłkami [12,14]. W wieku starszym występuje również podwyższone stężenie insuliny, działającej jak hormon sytości, spowodowane zmniejszoną tolerancją na glukozę. Działanie insuliny jest pośrednie. Powoduje ona wzmocnienie działania leptyny i zmniejszenie działania greliny [12,14].

Trzecim elementem patofizjologii niedożywienia są zaburzenia funkcji żołądka. W starszym wieku dochodzi do spowolnienia opróżniania żołądka, w wyniku czego pokarm dłużej w nim zalega, więc dłużej utrzymuje się uczucie sytości [12]. Może to być spowodowane niewydolnością ruchową tego narządu [12,14]. Powiązaną kwestią jest także zmniejszenie ilości wydzielanego kwasu solnego, będące konsekwencją stosowania licznych leków, np.: inhibitorów pompy protonowej, popularnych w tej grupie wiekowej [12,14,17].

Kolejną kwestią, mającą wpływ na odżywianie seniorów jest stale utrzymujący się w ich organizmie niewielki stan zapalny, charakterystyczny dla procesu starzenia. Nieznacznie podniesione stężenie IL-1, IL-6 oraz TNF α spowalnia motorykę żołądka i zwiększa stężenie leptyny [12], więc tworzy spójną całość z wcześniej przedstawionymi mechanizmami powodującymi zmniejszenie apetytu u osób starszych.

Problemy przedstawione powyżej dotyczą kwestii związanych z fizjologicznymi zmianami zachodzącymi w organizmie podczas procesu starzenia. Trzeba jednak mieć na uwadze, że pacjenci w starszym wieku podatni są również na występowanie różnych zaburzeń mających wpływ na stan ich odżywienia.

DYSFAGIA

Wraz z wiekiem dochodzi do zmian w fizjologii procesu połykania. Przyczyną jest pogorszenie funkcji nerwów, spadek masy mięśniowej i zmniejszenie elastyczności tkanki łącznej [18,19]. Większość pacjentów jednak nie odczuwa z tego tytułu żadnych objawów, więc dysfagii występującej u części populacji osób starszych nie można przypisać normalnym procesom zachodzącym w organizmie wraz z wiekiem. Różne jednostki chorobowe dotykające jamy ustno-gardłowej lub przełyku mogą wywoływać problemy z połykaniem [20]. Dysfagia związana z nieprawidłowym funkcjonowaniem jamy ustno-gardłowej w jednej trzeciej przypadków jest skutkiem udaru. Z kolei zaburzenia dotyczące przełykowej fazy połykania można podzielić na motoryczne i mechaniczne [18]. Przykłady chorób zaburzających połykanie zostały zamieszczone w poniższej tabeli.

Tabela III. Etiologia dysfagii [18,19,21]

Wybrane przyczyny dysfagii w zależności od umiejscowienia problemu	
Jama ustno-gardłowa	Przełyk
<ul style="list-style-type: none"> • Udar mózgu • Uraz głowy • Choroba Parkinsona • Stwardnienie rozsiane • Demencja • Nowotwór gardła 	<ul style="list-style-type: none"> • Nowotwór przełyku • Achalazja • Twardzina • Rozproszony skurcz przełyku • Eozynofilowe zapalenie przełyku • Kandydoza

Istotne jest właściwe rozpoznanie odnośnie tego, której części przewodu pokarmowego dotyczy zaburzenie, jaki jest jego mechanizm oraz jaka konkretna przyczyna spowodowała dysfagię [18].

DEPRESJA

Depresja jest jedną z chorób najczęściej dotykających osoby starsze [22,23]. Do jej objawów należą m.in. utrata apetytu i niechęć do przyjmowania pokarmów, co może prowadzić do spadku masy ciała i niedożywienia [23]. Niektóre badania wykazały, że depresja jest niezależnym czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo wystąpienia niedożywienia [24,25]. Na wystąpienie depresji mają wpływ fizjologiczne procesy toczące się w starzejącym się organizmie, takie jak arterioskleroza, zmiany hormonalne i immunologiczne oraz stany zapalne [26]. Czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia depresji w wieku starszym są: nowotwór, udar mózgu, zawał serca i inne choroby internistyczne [22]. Nie bez znaczenia są również predyspozycje genetyczne [26]. Kolejnym zagrożeniem predysponującym seniorów do wystąpienia depresji są problemy w sferze psychospołecznej. Osoby te często są pogrążone w żałobie po stracie współmałżonka, odizolowane od reszty społeczeństwa, zmuszone do borykania się z problemami finansowymi i zdrowotnymi, co nie sprzyja utrzymaniu dobrej kondycji psychicznej [26].

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Większość pacjentów w starszym wieku cierpi na choroby przewlekłe [27,28]. Wśród nich występują schorzenia różnych układów: krążenia (np.: nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca), pokarmowego (np.: GERD, wrzody żołądka, zakażenie *Helicobacter pylori*, zespół przerostu bakteryjnego jelita cienkiego, zaparcia) [21], endokrynologicznego (np.: choroby tarczycy) [29], oddechowego (np.: POCHP) [30], neurologicznego (np.: udar, demencja, choroba Parkinsona) [25], moczowego (np.: niewydolność nerek) [31] i inne [28]. Wiążą się one ze zwiększonym wydatkiem energetycznym organizmu i mogą być jednym z czynników prowadzących do niedożywienia [13]. W większości z nich może dochodzić do stanów ostrych, których leczenie wymaga zabiegu chirurgicznego, co dodatkowo powoduje wzrost zapotrzebowania na składniki pokarmowe [20].

NOWOTWORY

Poruszając temat niedożywienia wśród osób starszych nie sposób nie wspomnieć o problemie, jaki stanowią nowotwory. Częstość występowania nowotworów rośnie wraz

z wiekiem [32]. Niektórzy autorzy twierdzą, że wiek jest najsilniejszym czynnikiem ryzyka wystąpienia nowotworu [32].

W polskiej populacji zauważalny jest wzrost zachorowalności na nowotwory u osób powyżej 65. roku życia. Według szacunków, w 2025 r. zachorowalność na nowotwory złośliwe u kobiet wyniesie 961 na 100 000, a u mężczyzn 1920 na 100 000 [33]. Pacjenci z chorobami nowotworowymi to grupa szczególnie zagrożona niedożywieniem. Niektórzy autorzy podają, że prawdopodobieństwo doświadczenia niedożywienia przez pacjenta onkologicznego wynosi od 40% do 80% [34].

Na wystąpienie niedożywienia wpływają zarówno procesy patofizjologiczne związane z samą chorobą, jak i stosowane leczenie [34]. Chorzy skarżą się na brak apetytu, wczesną sytość oraz uczucie wstrętu do jedzenia [35].

Innymi problemami, utrudniającymi przyjmowanie pokarmu, są: suchość w jamie ustnej, problemy z połykaniem, nudności, wymioty, zaparcia, zmęczenie, zmiany w odczuwaniu smaku [34,35]. Do wyniszczenia organizmu prowadzi nie tylko samo niedożywienie, ale również zaburzenia metaboliczne, reakcje zapalne oraz insulinooporność [35].

TRUDNOŚCI W PRZEŻYWANIU POKARMÓW

W wieku starszym trudności w przeżywaniu pokarmów mogą być spowodowane przez szereg nakładających się na siebie przyczyn, do których można zaliczyć: zmniejszoną liczbę zębów, pogorszony stan przyzębia, suchość w jamie ustnej, osłabienie siły mięśniowej oraz ból [36].

Choroby jamy ustnej stanowią ważny czynnik ryzyka niedożywienia [25].

Istotną kwestię stanowi także dobór protezy zębowej. Wykazano, że pacjenci niekorzystający z protez, mimo takiej potrzeby, oraz używający protez ruchomych, są gorzej odżywieni niż pacjenci noszący protezy stałe [37]. Mieli oni również bardziej monotonną dietę, gdyż ograniczali spożycie warzyw i owoców [37].

Inne badanie wykazało, że pacjenci z własnym uzębieniem są lepiej odżywieni niż ci używający protez [38].

Ważnym aspektem jest prawidłowy dobór protezy. W przeciwnym razie może ona spotęgować trudności w żuciu, wywołać stan zapalny w jamie ustnej oraz opuchliznę i bolesność dziąseł, co niekorzystnie wpłynie na przyjmowanie posiłków przez seniora [39].

PROBLEMY SOCJOEKONOMICZNE

Innym aspektem wpływającym na niedożywienie u osób starszych jest ich sytuacja socjoekonomiczna [13,25]. Często są to osoby samotne, pogrążone w żałobie po stracie współmałżonków, izolowane od reszty społeczeństwa [12,40]. Brak bliskich może negatywnie wpływać na stopień odżywienia pacjenta, gdyż w niektórych przypadkach jest on zależny od pomocy w jedzeniu [41]. Badania wykazały związek między niedożywieniem a niemożnością samodzielnego wykonywania zakupów i przyrządzania posiłków, niskimi dochodami, odległością od sklepów oraz możliwościami transportu [42]. Inne badanie ukazało natomiast brak związku niedożywienia z poziomem wykształcenia [43]. Istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia niedożywienia mogą być także problemy finansowe seniorów. Przy średnim dochodzie emeryta w Polsce wynoszącym 1630,12 zł (dane na 2017r.) [44] oraz wzroście cen żywności o 1,8% (w stosunku do poprzedniego roku, dane na rok 2017) [45] utrzymanie zbilansowanej i różnorodnej diety jest trudne do wykonania.

POLIFARMAKOTERAPIA

Stosowanie wielu substancji leczniczych jest czynnikiem ryzyka niedożywienia [12,25]. Szczególnie predysponowani do wystąpienia niedożywienia są seniorzy cierpiący na wiele chorób [46]. Osoby starsze, z racji współwystępowania schorzeń, stosują liczne leki, mogące wpływać na stan odżywienia poprzez wywoływanie zaburzeń żołądkowo-jelitowych, zmniejszanie apetytu (np.: amiodaron, spironolakton, fluoksetyna, amitryptylina, NLPZ) oraz upośledzenie wchłaniania (np.: środki przeczyszczające) [12,41,46]. Polifarmakoterapia może również doprowadzić do niedoborów błonnika, glukozy i witamin [46]. Dodatkowym problemem jest występowanie interakcji pomiędzy poszczególnymi lekami [12].

PRZEBYWANIE W PLACÓWCE OPIEKUŃCZEJ

Niedożywienie jest często występującym zjawiskiem u pacjentów placówek opiekuńczych, którzy przekroczyli 65. rok życia [47,48]. Może być to spowodowane przez to, iż do takich instytucji trafiają ci pacjenci, którzy już borykają się z tym problemem [49]. Sugerowaną przyczyną niedożywienia pacjentów jest nagła zmiana nawyków żywieniowych w momencie, gdy są oni przekazywani przez rodzinę do zakładu opiekuńczego [50]. Seniorzy mogą nie akceptować nowego pokarmu, przez co zmniejszeniu ulega masa ciała [50]. Niektóre

badania wykazują, że stopień niedożywienia jest wyższy w zakładach, w których przebywają pacjenci niesamodzielni, niż w zakładach, w których mieszkają pacjenci samodzielni [51].

KONSEKWENCJE

Niedożywienie pacjentów geriatrycznych jest problemem wielowymiarowym, wiążącym się z poważnymi konsekwencjami. Jednym z powszechnych efektów niedożywienia jest sarkopenia, czyli obniżenie masy mięśniowej [12,52]. Prowadzi ona do zredukowania aktywności fizycznej, co obniża zarówno sprawność organizmu, jak i samopoczucie seniora. Może też zwiększać częstość upadków, złamań, prowadzić do niesamodzielności oraz zwiększać częstość pobytu w szpitalu, co generuje większe koszty [20]. Dochodzi do pogorszenia jakości życia. Znacznemu wzrostowi ulega śmiertelność [12,20,53]. Należy więc podjąć działania mające na celu zminimalizowanie niedożywienia u seniora.

LECZENIE

Nie ma jednego skutecznego sposobu na wyeliminowanie niedożywienia. Postępowanie terapeutyczne, aby było efektywne, musi być interdyscyplinarne i składać się z wielu działań, dotyczących różnych sfer życia [20,54,55]. Zaordynowane leczenie powinno uwzględniać realizację następujących celów:

- Poprawa stanu odżywienia, uzupełnienie białka i energii;
- Poprawa jakości życia pacjenta – szczególnie istotny punkt, bowiem pacjenci geriatryczni często są w tak zaawansowanym stanie, iż usunięcie przyczyn chorób jest niemożliwe [56].
- Umożliwienie rehabilitacji i podjęcia aktywności fizycznej;
- Poprawa wyników leczenia chorób przewlekłych;
- Zmniejszenie kosztów związanych z opieką medyczną nad niedożywionym pacjentem;
- Zmniejszenie śmiertelności [20].

W postępowanie leczniczym powinno się uwzględnić różne aspekty żywienia. Kluczową rolę odgrywa współpraca pomiędzy poszczególnymi członkami personelu – lekarzami różnych specjalizacji, pielęgniarkami, stomatologami, kucharkami, rehabilitantami, dietetykami, psychologami [54,57]. Ważny jest także kontakt z pacjentem

i jego rodziną oraz ich edukacja [20,58]. Badania wykazały, że pacjenci stosujący leczenie stomatologiczne połączone z doradztwem żywieniowym osiągają większą poprawę w zakresie spożywania warzyw i owoców niż pacjenci korzystający jedynie z pomocy stomatologa [57]. Pacjent może skorzystać również z grupowych sesji edukacyjnych, aczkolwiek osoby z upośledzoną zdolnością poruszania się mają do nich ograniczony dostęp [58].

Należy zwrócić uwagę na skład posiłków podawanych osobie starszej. Powinny one być zróżnicowane, pełnowartościowe, małe objętościowo i mieć zachowane proporcje przedstawione w piramidzie żywienia dla seniora [59]. Posiłki powinny być spożywane 5-6 razy na dobę, co 2-3 godziny. W jadłospisie powinny dominować owoce i warzywa, w połączeniu z pełnoziarnistym pieczywem i nabiałem. Zalecane jest spożywanie ryb, jaj, chudego mięsa, nasion roślin strączkowych, orzechów, tłuszczu roślinnych oraz unikanie mięsa czerwonego, tłuszczu zwierzęcych, cukru, soli, słodyczy i alkoholu. Nie należy zapominać o przyjmowaniu 2 litrów wody dziennie, pitej najlepiej małymi porcjami przez cały dzień i o aktywności fizycznej. Forma podawanej żywności powinna być dostosowana do możliwości konsumpcyjnych pacjenta. W przypadku problemów z żuciem i połykaniem posiłki powinny być podawane w formie płynnej lub półpłynnej, warzywa i owoce można zetrzeć lub przyrządzić z nich sok. Warto zadbać o doprowadzenie pożywienia za pomocą ziół [59]. Posiłki powinny być również dostosowane do preferencji seniora [20,52].

W starszym wieku zmienia się zapotrzebowanie na niektóre substancje pokarmowe. Wzrasta zapotrzebowanie na białko – u osoby dorosłej zalecane dzienne spożycie wynosi 0,8g/kg/dobę, a u osoby po 65. roku życia 1,0 – 1,3g/kg/dobę [12]. Rozwiązaniem mogącym przynieść korzyści jest także wzbogacanie podawanej żywności w składniki odżywcze, poprzez dodanie do potrawy naturalnych (śmietana, masło, jaja, olej) lub sztucznych (maltodekstryna, białko w proszku) składników zawierających białko. Suplementy należy wprowadzić wtedy, gdy naturalne żywienie nie wystarcza. Celem ich włączenia jest zwiększenie kaloryczności i ilości białka w diecie. Żeby ich stosowanie przyniosło efekty, powinny być używane przez minimum 1 miesiąc bez zmian preparatu i dostarczać co najmniej 30g białka i 400 kcal na dobę, a także inne makro i mikroelementy. Pozwala to na zwiększenie kaloryczności pokarmu bez znacznego zwiększania jego objętości [20]. Dobową dawkę należy rozłożyć pomiędzy poszczególne posiłki, tak aby przykładowo, na jeden posiłek przypadało 30g białka przy 70-kilogramowym pacjencie. Takie postępowanie pomoże zapobiec sarkopenii. Należy również wdrożyć suplementację witaminy D (800 UI/dobę), jako profilaktykę upadków, urazów i złamań [12].

Kolejna kwestia jest związana z poczuciem samotności i izolacji osób starszych. Dobrą praktyką jest unikanie izolacji seniora podczas spożywania posiłków, gdyż jedzenie w grupie jest czynnikiem wzmagającym apetyt. Jadalnia powinna być przyjaznym miejscem urządzonym w domowy sposób. Ponadto, jeśli istnieje taka potrzeba, należy zapewnić pacjentowi pomoc w przyrządzaniu, rozpakowywaniu lub przyjmowaniu posiłku. Poza głównymi posiłkami, chory cały czas powinien mieć dostęp do przekąsek i wody [20].

Gdy żywienie doustne przestaje dawać korzyści, wskazanym jest zastosowanie żywienia dojelitowego z użyciem rurki nosowo-gardłowej lub PEG (przezskórnej endoskopowej gastrostomii), a także żywienia pozajelitowego przez cewnik wprowadzony do żyły centralnej lub obwodowej. Rozwiązania te powinny być jednak zarezerwowane dla pacjentów w ciężkim stanie, u których istnieje szansa powrotu do wcześniejszego stanu zdrowia lub chociaż poprawienia samopoczucia [20].

WNIOSKI

Niedożywienie jest poważnym i powszechnym problemem dotyczącym osoby starsze. Mimo różnych, oddziaływujących na siebie nawzajem przyczyn, efektem zazwyczaj jest znaczące pogorszenie jakości życia i zwiększenie śmiertelności. W celu maksymalizacji efektów leczenia i zwiększenia szansy na sukces terapeutyczny, rozumiany nie tylko jako poprawa stanu odżywienia organizmu, ale przede wszystkim polepszenia samopoczucia człowieka starszego, niezbędna jest zarówno wzajemna współpraca ekspertów licznych dziedzin, jak i personelu medycznego z pacjentem i jego rodziną.

PIŚMIENNICTWO

1. Krehl W.A.: The role of nutrition in maintaining health and preventing disease. *Health Values* 1983; 7(2): 9-13.
2. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/zywienie-czlowieka;4003390.html> (data dostępu 28.04.2020).
3. Dwyer J., Mayer J., Tucker K., Barnes S., Fontana L., Kirkwood J.: Nutrition Concerns for Aging Populations [w:] Providing Healthy and Safe Foods As We Age. Workshop Summary. Pray L., Boon C., Miller E.A., Pillsbury L. (red.). The National Academies Press, Washington DC 2010: 87-108.
4. Shlisky J., Bloom D.E., Beaudreault A.R., Tucker K.L., Keller H.H., Freund-Levi Y., Fielding R.A., Cheng F.W., Jensen G.L., Wu D., Meydani S.N.: Nutritional

- Considerations for Healthy Aging and Reduction in Age-Related Chronic Disease. *Advances in Nutrition* 2017; 8(1): 17–26.
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532533/> (data dostępu 28.04.2020).
 6. Kimokoti R.W., Hamer D.H.: Nutrition, health, and aging in sub-Saharan Africa. *Nutrition reviews* 2008; 66(11): 611-623.
 7. <https://www.mp.pl/geriatria/aktualnosci/197973,niedozywienie-seniorow-czeste-i-niebezpieczne> (data dostępu 28.04.2020).
 8. Krzywińska-Siemaszko R., Mossakowska M., Skalska A., Klich-Rączka A., Tobis S., Szybalska A., Cylkowska-Nowak M., Olszanecka-Glinianowicz M., Chudek J., Wieczorowska-Tobis K.: Social and economic correlates of malnutrition in Polish elderly population: the results of PolSenior study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 2015; 19(4): 397-402.
 9. Krzywińska-Siemaszko R., Wieczorowska-Tobis K.: Ewolucja oceny niedożywienia u starszych chorych przy użyciu kwestionariusza MNA. *Geriatrics* 2012; 6: 139-143.
 10. Cederholm T., Bosaeus I., Barazzoni R., Bauer J., Van Gossum A., Klek S., Muscaritoli M., Nyulasi I., Ockenga J., Schneider S.M., de van der Schueren M.A., Singer P.: Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. *Clinical nutrition (Edinburg Scotland)* 2015; 34(3): 335-340.
 11. <https://www.mp.pl/geriatria/skale/131451,kwestionariusz-oceny-stopnia-odzywienia-mna> (data dostępu 28.04.2020).
 12. Landi F., Calvani R., Tosato M., Martone A.M., Orolani E., Saveria G., Sisto A., Marzetti E.: Anorexia of Aging: Risk Factors, Consequences, and Potential Treatments. *Nutrients* 2016; 8(2): 69.
 13. Young C., Argaez C.: Interventions for Malnutrition in Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness. *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* 2019.
 14. Di Francesco V., Fantin F., Omizzolo F., Residori L., Bissoli L., Bosello O., Zamboni M.: The Anorexia of Aging. *Digestive Diseases* 2007; 25: 129–137.
 15. Soenen S., Chapman I.M.: Body weight, anorexia, and undernutrition in older people. *Journal of the American Medical Directors Association* 2013; 14(9): 642-648.
 16. Müller T.D., Nogueiras R., Andermann M.L., Andrews Z.B., Anker S.D., Argente J., Batterham R.L., Benoit S.C., Bowers C.Y., Broglio F., Casanueva F.F., D'Alessio D., Depoortere I., Geliebter A., Ghigo E., Cole P.A., Cowley M., Cummings D.E., Dagher A., Diano S., Dickson S.L., Diéguez C., Granata R., Grill H.J., Grove K., Habegger K.M., Heppner K., Heiman M.L., Holsen L., Holst B., Inui A., Jansson J.O., Kirchner

- H., Korbonits M., Laferrère B., LeRoux C.W., Lopez M., Morin S., Nakazato M., Nass R., Perez-Tilve D., Pfluger P.T., Schwartz T.W., Seeley R.J., Sleeman M., Sun Y., Sussel L., Tong J., Thorner M.O., van der Lely A.J., van der Ploeg L.H.T., Zigman J.M., Kojima M., Kangawa K., Smith R.G., Horvath T., and Tschöp M.H.: Ghrelin. *Molecular Metabolism* 2015; 4(6): 437–460.
17. George C.J., Korc B., Ross J.S.: Appropriate proton pump inhibitor use among older adults: a retrospective chart review. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy* 2008; 6(5): 249-254.
18. Aslam M., Vaezi M.F.: Dysphagia in the Elderly. *Gastrology & Hepatology* 2013; 9(12): 784-95.
19. Sura L., Madhavan A., Carnaby G., Crary M.A.: Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clinical interventions in aging* 2012; 7: 287-298.
20. Volkert D., Beck A.M., Cederholm T., Cereda E., Cruz-Jentoft A., Goisser S., de Groot L., Großhauser F., Kiesswetter E., Norman K., Pourhassan M., Reinders I., Roberts H.C., Rolland Y., Schneider S.M., Sieber C.C., Thiem U., Visser M., Wijnhoven H.A.H., and Wirth R.: Management of Malnutrition in Older Patients—Current Approaches, Evidence and Open Questions. *Journal of Clinical Medicine*, 2019; 8(7): 974.
21. Dumic I., Nordin T., Jecmenica M., Stojkovic Lalosevic M., Milosavljevic T., Milovanovic T.: Gastrointestinal Tract Disorders in Older Age. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2019; 2019: 6757524.
22. Kvamme J.M., Gronli O., Florholmen J., Jacobsen B.J.: Risk of malnutrition is associated with mental health symptoms in community living elderly men and women: The Tromsø Study. *BMC Psychiatry* 2011; 11:112.
23. Vafaei Z., Mokhtari H., Sadooghi Z., Meamar R., Chitsaz A., Moeini M.: Malnutrition is associated with depression in rural elderly population. *Journal of Research in Medical Sciences* 2013; 18(1): S15–S19.
24. Rodríguez-Tadeo A., Wall-Medrano A., Gaytan-Vidaña M.E., Campos A., Ornelas-Contreras M., Novelo-Huerta H.I.: Malnutrition risk factors among the elderly from the US-Mexico border: the "one thousand" study. *The journal of nutrition, health & aging* 2012; 16(5): 426-431.
25. Fávaro-Moreira N.C., Krausch-Hofmann S., Matthys C., Vereecken C., Vanhauwaert E., Declercq A., Bekkering G.E., Duyck J.: Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data. *Advances in Nutrition* 2016; 7(3): 507-522.

26. Alexopoulos G.S.: Depression in the elderly. *Lancet* 2005; 365(9475): 1961-1970.
27. Sousa R.M., Ferri C.P., Acosta D., Albanese E., Guerra M., Huang Y., Jacob K.S., Jotheeswaran A.T., Rodriguez J.J., Pichardo G.R., Rodriguez M.C., Salas A., Sosa A.L., Williams J., Zuniga T., Prince M.: Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Lancet* 2009; 374(9704): 1821-1830.
28. Atella V., Piano Mortari A., Kopinska J., Belotti F., Lapi F., Cricelli C., Fontana L.: Trends in age-related disease burden and healthcare utilization. *Aging Cell* 2019; 18(1): e12861.
29. Levy E.G.: Thyroid disease in the elderly. *The Medical clinics of North America* 1991; 75(1): 151-167.
30. Fried T.R., Vaz Fragoso C.A., Rabow M.W.: Caring for the older person with chronic obstructive pulmonary disease. *JAMA* 2012; 308(12): 1254-1263.
31. Aucella F., Corsonello A., Leosco D., Brunori G., Gesualdo L., Antonelli-Incalzi R.: Beyond chronic kidney disease: the diagnosis of Renal Disease in the Elderly as an unmet need. A position paper endorsed by Italian Society of Nephrology (SIN) and Italian Society of Geriatrics and Gerontology (SIGG). *Journal of Nephrology* 2019; 32(2): 165-176.
32. Marongiu F., Serra M.P., Doratiotto S., Sini M., Fanti M., Cadoni E., Serra M., Laconi E.: Aging promotes neoplastic disease through effects on the tissue microenvironment. *Aging (Albany NY)* 2016; 8(12): 3390-3399.
33. https://bip.stat.gov.pl/files/gfx/bip/pl/defaultstronaopisowa/805/1/1/zachorowalnosc_na_nowotwory.pdf (data dostępu 28.04.2020).
34. Hager K.K.: Management of Weight Loss in People With Cancer. *Journal of the advanced practitioner in oncology* 2016; 7(3): 336-338.
35. Cooper C., Burden S.T., Cheng H., Molassiotis A.: Understanding and managing cancer-related weight loss and anorexia: insights from a systematic review of qualitative research. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle* 2015; 6(1): 99-111.
36. Woo J., Tong C., Yu R.: Chewing Difficulty Should be Included as a Geriatric Syndrome. *Nutrients* 2018; 10(12): 1997.
37. Tsai A.C., Chang T.L.: Association of dental prosthetic condition with food consumption and the risk of malnutrition and follow-up 4-year mortality risk in elderly Taiwanese. *The Journal of Nutrition, Health and Aging* 2011; 15(4): 265-270.
38. Papas A.S., Palmer C.A., Rounds M.C., Russell R.M.: The effects of denture status on nutrition. *Special care in dentistry* 1998; 18(1): 17-25.

39. Singh H., Sharma S., Singh S., Wazir N., Raina R.: Problems faced by complete denture-wearing elderly people living in jammu district. *Journal of Clinical & Diagnostic Research* 2014; 8(12): ZC25-7.
40. Boulos C., Salameh P., Barberger-Gateau P.: Social isolation and risk for malnutrition among older people. *Geriatrics & gerontology international* 2017; 17(2): 286-294.
41. Harris C.L., Fraser C.: Malnutrition in the institutionalized elderly: the effects on wound healing. *Ostomy Wound Manage* 2004; 50(11): 10.
42. Donini L.M., Scardella P., Piombo L., Neri B., Asprino R., Proietti A.R., Carcaterra S., Cava E., Cataldi S., Cucinotta D., Di Bella G., Barbagallo M., Morrone A.: Malnutrition in elderly: social and economic determinants. *The journal of nutrition, health and aging* 2013; 17(1): 9-15.
43. Hoogendijk E.O., Flores Ruano T., Martínez-Reig M., López-Utiel M., Lozoya-Moreno S., Dent E., Abizanda P.: Socioeconomic Position and Malnutrition among Older Adults: Results from the FRADEA Study. *The Journal of Nutrition, Health and Aging* 2018; 22(9): 1086-1091.
44. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5486/32/9/1/emerytura_i_renty_w_2017.pdf (data dostępu 28.04.2020).
45. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5464/2/63/1/wskazniki_cen_towarow_i_uslug_konsumpcyjnych_w_styczniu_2017_roku.pdf (data dostępu 28.04.2020).
46. Jyrkkä J., Mursu J., Enlund H., Lönnroos E.: Polypharmacy and nutritional status in elderly people. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care* 2012; 15(1): 1-6.
47. Chapman I.M.: The anorexia of aging. *Clinics in geriatric medicine* 2007; 23(4): 735-756.
48. Keller H.H.: Malnutrition in institutionalized elderly: how and why?. *Journal of the American Geriatrics Society* 1993; 41(11): 1212-1218.
49. Payette H., Coulombe C., Boutier V., Gray-Donald K.: Nutrition risk factors for institutionalization in a free-living functionally dependent elderly population. *Journal of Clinical Epidemiology* 2000; 53(6): 579-587.
50. Volpini M.M., Frangella V.S.: Nutritional assessment of institutionalized elderly. *Einstein (Sao Paulo)* 2013; 11(1): 32-40.
51. Tominz R., Germano C.D., Bovenzi M., Longo T., Del Pio Luogo T.: Prevalence of malnutrition among institutionalized elderly subjects in Trieste, Northern Italy. *Epidemiologia e Prevenzione* 2012; 36(5): 263-272.

52. Hurlow A.: Nutrition and hydration in palliative care. *British journal of hospital medicine*, 2019; 80(2): 78-85.
53. Landi F., Lattanzio F., Dell'Aquila G., Eusebi P., Gasperini B., Liperoti R., Belluigi A., Bernabei R., Cherubini A.: Prevalence and potentially reversible factors associated with anorexia among older nursing home residents: results from the ULISSE project. *Journal of the American Medical Directors Association* 2013; 14(2): 119-24.
54. Day T.: Managing the nutritional needs of palliative care patients. *British journal of nursing* 2017; 26(21): 1151-1159.
55. Schwartz D.B., Olfson K., Goldman B., Barrocas A., Wesley J.R.: Incorporating Palliative Care Concepts Into Nutrition Practice: Across the Age Spectrum. *Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* 2016; 31(3): 305-315.
56. Ollenschläger G.: Nutritional problems in palliative medicine. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2000; 94(7): 575-578.
57. Kossioni A.E.: The Association of Poor Oral Health Parameters with Malnutrition in Older Adults: A Review Considering the Potential Implications for Cognitive Impairment. *Nutrients* 2018; 10(11): 1709.
58. Roberts H.C., Lim S.E.R., Cox N.J., Ibrahim K.: The Challenge of Managing Undernutrition in Older People with Frailty. *Nutrients* 2019; 11(4): 808.
59. <https://ncez.pl/abc-zywienia-/zasady-zdrowego-zywienia/piramida-zdrowego-zywienia-i-aktywnosci-fizycznej-dla-osob-w-wieku-starszym> (data dostępu 28.04.2020).

Czy czas leczy wszystkie rany? Profilaktyka i leczenie odleżyn

**Grzegorz Jodłowski¹, Jakub Młodzik¹, Jan Gnus^{1,2}, Anna Kurzelewska¹,
Willy Hauzer², Stanisław Ferenc², Małgorzata Paprocka-Borowicz^{1,2}**

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław

WSTĘP

W obecnych czasach pracownicy ochrony zdrowia muszą stawić wyzwanie wzrastającej liczbie pacjentów z przewlekłymi ranami. Odleżyny, jako jedna z nich, według szacunków dotyczą obecnie od 1.3 do 3 milionów ludzi USA. Ich występowanie waha się w zależności od wieku, chorób współistniejących, a także od obecności urazów rdzenia kręgowego [1].

Odleżyna jest długotrwanie rozwijającym się owrzodzeniem spowodowanym przez ucisk lub tarcie skóry. Najczęściej rozwijają się u osób unieruchomionych i lokalizują przy guzach kulszowych, piętach, łokciach, kolanach oraz okolicach kostek i pojawiają się na oddziałach intensywnej terapii, neurologii czy w ośrodkach dla przewlekle chorych [2]. Ryzyko pojawienia się odleżyn wzrasta u pacjentów niewłaściwie pielęgnowanych, dlatego bardzo ważne jest odpowiednie zapobieganie [2]. Z powodu pogarszających się wraz z wiekiem możliwości regeneracyjnych organizmu oraz występowania zaburzeń w mikrokrążeniu, a także większej wrażliwości tkanek na niedotlenienie gojenie ran jest utrudnione [3]. Problem ich leczenia jest wciąż problemem palącym, ważnym z perspektywy wszystkich specjalności w medycynie. W poniższej pracy pragniemy przybliżyć etiopatogenezę powstawania odleżyn, a także dokonujemy przeglądu aktualnych możliwości profilaktyki ich powstawaniu oraz leczenia.

PATOGENEZA

Chory, którego aktywność fizyczna przez dłuższy czas zostaje ograniczona w wyniku np. paraliżu, znieczulenia ogólnego czy przykurczy jest narażony na powstawanie odleżyn

[4]. Najczęściej powstają w okolicy kości krzyżowej, pośladków, na piętach i kostkach [5]. Bezruch to najistotniejszy czynnik ryzyka biorąc pod uwagę patofizjologię. Dotyczy to osób, które przez dłuższy czas nie są w stanie poprzez zmianę masy ciała lub zmianę pozycji oderwać zagrożonego obszaru i zmienić punkt nacisku. Ucisk jest najczęściej jednym z wielu elementów, których to współistnienie wywołuje synergistyczny efekt na tkanki, co w konsekwencji sprzyja powstawaniu owrzodzeń [4].

Jako główne przyczyny odleżyn wymienia się: ucisk powierzchniowy, siły poprzecznie tnące, a także siły tarcia. Najbardziej szkodliwy jest ten trwający powyżej 2 godzin na tkankę miękką, znajdującą się pomiędzy dwiema twardymi powierzchniami. Wywołuje je ciśnienie większe niż ciśnienie kapilar tętniczych wynoszące 32 mmHg oraz ciśnienie kapilar żylnych wynoszące 8-12 mmHg, powoduje zamknięcie ich światła. Następstwem czego jest zahamowanie przepływu i powstanie obszaru miejscowego niedotlenienia [6]. Brak możliwości usuwania komórkowych szkodliwych produktów przemiany materii skutkuje ich nagromadzeniem, w konsekwencji czego dochodzi do uszkodzenia, a następnie śmierci komórek [7]. Warto jednak wspominać, że najnowsze doniesienia sugerują, że odleżynę może wywołać ciśnienie o każdej wartości i każdym czasie trwania [8].

Siły poprzecznie tnące działają, w przeciwieństwie do sił ściskających, w płaszczyźnie równoległej. Mamy z nią do czynienia np. kiedy pacjent porusza kością, a skóra wciąż przylega do podłoża. Napinanie i skręcanie tkanek może powodować ograniczenie przepływu w naczyniach oraz ich pęknięcie i wynaczynienie krwi. Upośledzenie mikrokrążenia wiąże się z powstawaniem rozległych obszarów niedokrwienia skóry [9].

Siły tarcia występują najczęściej w sytuacji wymiany pościeli, podczas której skóra pacjenta przesuwana jest względem podłoża. Dzieje się tak, kiedy pacjent nie zostaje podniesiony podczas tych czynności, tylko prześcieradło jest wyciągane spod chorego. Może to powodować fałdowanie skóry i zamykanie naczyń krwionośnych [9].

Ważnym czynnikiem, który pośrednio sprzyja powstawaniu przewlekłych ran jest wilgoć. Jej nadmiar, którego źródłem może być pot pacjenta lub mocz (nietrzymanie moczu) prowadzi do maceracji skóry. W wyniku tego staje się ona bardziej wrażliwa i podatna na uszkodzenie. Utrata warstwy rogowej będzie prowadziła do naruszenia tkanek głębiej położonych [6].

Istnieją dwie teorie dotyczące pierwotnego miejsca powstawania ogniska martwicy. Pierwsza z nich, która znajduje potwierdzenie w badaniach ultrasonograficznych (USG), wskazuje głęboko położone okolice wyniosłości kostnej jako miejsce rozpoczęcie procesu tworzenia się odleżyny. Zgodnie z tą teorią martwica szerzy się w kierunku naskórka. Druga

zakłada szerzenie się martwicy od naskórka w kierunku warstw głębszych. Rozpoczyna się zwykle blednącym rumieniem. Ta teoria nie jest popularna, a uznawanie jej przez niektórych za prawidłową może wynikać z faktu, że część klasyfikacji określa blednący rumień jako pierwszy etap, zwiastun powstawania odleżyn [10].

Czynniki predysponujące można podzielić na dwie grupy: wewnętrzne i zewnętrzne. Wewnętrzne dotyczą kondycji pacjenta, natomiast zewnętrzne są warunkowane przez otoczenie. Do czynników wewnętrznych zaliczamy: czas unieruchomienia, wyniszczenie organizmu, stosowanie leków z grupy cytostatyków, sterydów, podeszły wiek, macerację skóry spowodowaną zbyt dużą jej wilgotnością, nietrzymanie moczu i stolca, płeć żeńska, nadmierną masę ciała pacjenta, niedowagę, niedobory białka, zaburzenia gospodarki elektrolitowej, choroby układu nerwowego, choroby układu krążenia, miażdżyca, choroby układu oddechowego, zły stan skóry, choroby psychiczne. Natomiast czynnikami zewnętrznymi są: zbyt wysoka bądź zbyt niska temperatura i wilgotność pomieszczenia, w którym znajduje się chory, brak sprzętu przeciwoodleżynowego, infekcje zakaźne, nikotynizm, zaniedbania pielęgnacyjne, brak opatrunków i środków higienicznych, braki kadrowe, zabieg operacyjny przekraczający czas 2 godzin [9].

PROFILAKTYKA

„Lepiej zapobiegać niż leczyć” to powiedzenie, które idealnie wpisuje się w filozofię zaopatrywania i opieki nad osobami, u których występują czynniki ryzyka powstawania ran odleżynowych [11]. Temat stanowi poważny problem terapeutyczny, ponieważ ich wystąpienie wydłuża okres rekonwalescencji z choroby podstawowej, a także może stanowić zagrożenie dla życia pacjenta, kiedy jej leczenie nie przynosi zamierzonych efektów [11,12].

Jedna z największych analiz przeprowadzonych w Polsce wśród 12 519 pacjentów oddziałów leczenia zachowawczego wykazała, że liczba pacjentów zagrożonych powstawaniem odleżyny wynosiła 10%. U 8% z tej grupy doszło do jej powstania. Na oddziałach Chorób Wewnętrznych i Alergologii oraz Neurologii odsetek zagrożonych wystąpieniem odleżyny w stosunku do wszystkich przyjętych był najwyższy i wynosił odpowiednio 19% i 18% [12].

Poza względami ekonomicznymi, pielęgnacyjnymi, czy leczniczymi są one również źródłem cierpienia dla pacjenta. Z wyżej wymienionych powodów zasadne jest pochylenie się nad problemem jak najwcześniejszego zapobiegania i reagowania, aby do ich powstania nie

dopuszczyć [12]. Jak zatem można ten plan realizować?

OCENA RYZYKA

Pierwszą z metod zapobiegania jest ocena ryzyka. Rekomendacje Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa w sprawie profilaktyki odleżyn u pacjentów hospitalizowanych zalecają:

- „Każdy nowoprzyjęty pacjent w okresie pierwszych 2 godzin swojego pobytu w oddziale zostaje oceniony pod kątem zagrożenia powstania odleżyn przy użyciu jednej ze skal (Norton, Waterlow, Douglas lub innej uznanej i mającej zastosowanie w ocenie stopnia zagrożenia)”
- „Ocena była powtarzana wg przyjętego schematu w oddziale np. 2 lub 3 razy w tygodniu, lub częściej, gdy stan pacjenta wymaga intensywnej opieki pielęgniarstwa” [13].

Wytyczne międzynarodowe zalecają, aby oceny ryzyka odleżyn połączoną z oceną skóry dokonać możliwie jak najszybciej po przyjęciu pacjenta, najlepiej nie później niż 8 godzin od przyjęcia. Częstotliwość powtarzania tej procedury należy zwiększać w odpowiedzi na każdorazowe pogorszenie stanu ogólnego pacjenta [14].

Wykorzystanie odpowiednich skal pozwala na analizę dynamiki i samego ryzyka zmian. Stanowi również wskaźnik skuteczności zastosowanych metod oraz jest źródłem informacji do badań nad profilaktyką [15].

Narzędzia skринingowe stanowią istotne uzupełnienie dokumentacji pielęgniarstwa dotyczącej odleżyn, które w pierwszej kolejności pochodzą z oceny stanu klinicznego pacjenta [16].

Tabela I. Skala Norton [16]

	Czynnik ryzyka	4.00 pkt	3.00 pkt	2.00 pkt	1.00 pkt
A	Stan Fizyczny	dobry dość	dość dobry	średni	bardzo ciężki
B	Stan świadomości	pełna przytomność i świadomość	apatia	Zaburzenia świadomości	stupor lub śpiączka
C	Aktywność, zdolność przemieszczania się	chodzi samodzielnie	chodzi z asystą	porusza się tylko na wózku inwalidzkim	stałe pozostaje w łóżku
D	Stopień samodzielności przy zmianie pozycji	pełna	ograniczona	bardzo ograniczona	całkowita niesprawność
E	Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej	pełna sprawność zwieraczy	sporadyczne moczenie się	zazwyczaj nietrzymanie moczu	całkowite nietrzymanie moczu i stolca

Ryzyko rozwoju odleżyn stwierdza się u pacjenta z wynikiem równym 14 punktom lub niżej.

Tabela II. Skala Waterlow [13]

Czynnik ryzyka		Punkty
Ciężar, wzrost, budowa ciała	Przeciętna	0
	Powyżej przeciętnej	1
	Otyłość	2
	Poniżej przeciętnej	3
Stan skóry	Zdrowa	0
	Marmurkowa cienka	1
	Sucha	1
	Obrzęknięta	1
	Lepka (podwyższona temp.)	1
	Przebarwiona	2
	Uszkodzona punktowo	3
Płeć i wiek	Mężczyzna	1
	Kobieta	2
	14-49 lat	1
	50-64 lat	2
	65-74 lat	3
	75-80 lat	4
	Powyżej 80 lat	5
Trzymanie moczu i stolca	Całkowite (cewnikowanie)	0
	Sporadyczne nietrzymanie moczu	1
	Cewnik, nietrzymanie kału	2
	Nietrzymanie moczu i kału	3
Ruchliwość	Prawidłowa	0
	Ciągła (nerwowość)	1
	Apatyczność	2
	Ograniczona	3
	Nieruchomy (tarcie)	4
	Pozycja siedząca	5
Łaknienie	Przeciętne	0
	Małe	1
	Cewnik żołądkowy	2
	Całkowity brak	3
Odżywienie komórkowe	Krańcowa kacheksja	8
	Zawał serca	5
	Choroby krążenia obwodowego	5
	Anemia	2
	Palenie tytoniu	1
Choroby neurologiczne i inne	Stwardnienie rozsiane, cukrzyca, paraplegia i inne	5
Urazy i zabiegi	Ortopedyczne poniżej talii kręgosłupa	5
	Powyżej 2h na stole operacyjnym	5
Przyjmowane leki	Cytostatyki, steroidy	4
	Przeciwzapalne	4
> 10 pkt – niskie ryzyko, > 16 pkt – wysokie ryzyko, > 20 pkt – bardzo wysokie ryzyko		

Tabela III. Skala Douglas [11]

Czynnik ryzyka		4 pkt	3 pkt	2 pkt	1 pkt	0 pkt
1	Stan odżywienia (Hb)	Dieta pełnowartościowa	Dieta niewłaściwa	Tylko płyny	Żywienie pozajelitowe lub Hb > 10g%	
2	Aktywność	Chodzi samodzielnie	Chodzi z trudnością	Porusza się tylko na wóku inwalidzkim	Stale pozostaje w łóżku	
3	Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej	Pełna sprawność zwieraczy	Sporadyczne moczenie się	Nietrzymanie moczu	Całkowite nietrzymanie moczu i stolca	
4	Ból	Bez bólu	Ślad bólu	Okresowo	Związany z ruchem	Stały ból lub dyskomfort
5	Stan skóry	Bez zmian	Skóra sucha, cienka, zaczerwieniona	Uszkodzenie powierzchniowe	Uszkodzenie tkanki głębokiej lub jamy	
6	Stan świadomości	Pełna przytomność i świadomość	Apatia	Brak współpracy	Brak współpracy	Śpiączka
Ryzyko rozwoju odleżyna stwierdza się u pacjentów z wynikiem równym 18pkt lub niższym						

PIELĘGNACJA SKÓRY

Pielęgnacja skóry jest niezbędnym działaniem prewencyjnym, który stanowi uzupełnienie dla samego odciążania skóry od nacisku. Szczególnie istotne są miejsca, w których występuje jej bezpośredni kontakt z podłożem [15].

Pacjent nie powinien być ułożony na rumieniu. Jego obecność stanowi informację, że rana jeszcze nie wyzdrowiała. Do codziennego mycie skóry powinny być używane środki o neutralnym pH 5,5 lub szare mydło, które nie powodują podrażnień i nie wywołują uczuleń. Należy pamiętać, że po umyciu powinna ona zostać dokładnie osuszona, zwłaszcza w okolicy fałdów, gdzie sąsiednie powierzchnie stykają się ze sobą. Również przy każdorazowym incydencie nietrzymania moczu należy ją osuszyć. Unikanie wilgoci jest kluczowe. Sama wilgoć nie powoduje powstawania odleżyny, jednak stanowi istotny czynnik zwiększający ryzyko jej wystąpienia. Narażonego miejsca nie należy masować, a także energicznie pocierać, szczególnie dotyczy to okolic nad wyniosłościami kostnymi. Może być to źródłem bólu dla pacjenta oraz prowadzić do powstawania uszkodzeń, czy wywoływać stan zapalny. To zalecenie szczególnie dotyczy osób starszych. Do skóry suchej zaleca się stosowanie kremów nawilżających, które pomogą w jej ochronie. Nie należy stosować

kremów z dimetylosulfotlenkiem (DMSO) w celu zapobiegania odleżynom. Pudry i środki natłuszczające również są niewskazane, gdyż mogą prowadzić do powstania skorupy, która będzie zwiększać ucisk [16].

ZMIANY UŁOŻENIA PACJENTA

Jednym z najważniejszych działań profilaktycznych jest redukcja i redystrybucja ciśnienia wywieranego na tkanki. Skracanie czasu działania ucisku w celu zachowania mikrokrążenia wpływa na zmniejszenie ryzyka powstawania odleżyn [17].

Zgodnie z zaleceniami Europejskiego Komitetu Doradczego ds. Odleżyn (EPUAP - *European Pressure Ulcer Advisory Panel*) oraz Amerykańskiego Krajowego Zespołu Doradczego ds. Odleżyn (NPUAP- *National Pressure Ulcer Advisory Panel*) zmienianie pozycji powinno być realizowane u wszystkich pacjentów z grupy ryzyka oraz tych, u których wystąpiły już odleżyny z wyłączeniem przypadków, w których występują przeciwwskazania. W tych sytuacjach jako alternatywa dla repozycjonowania wskazane jest użycie materaca lub łóżka przeciwoodleżynowego. W miarę możliwości ciało należy ułożyć na płasko lub w pochyleniu ok. 30 stopni. Niewskazana jest pozycja półleżąca i siedząca. Uniesienie głowy względem podłożona nie powinno być większe niż 30 stopni. Ustalenie częstotliwości zmiany pozycji powinna uwzględniać: tolerancja tkanek, poziom aktywności i mobilności, ogólny stan zdrowia, ogólne cele leczenia, stan skóry oraz komfort [17]. W przypadku pacjenta z grupy dużego ryzyka zmiana ułożenia nie powinna być rzadziej niż co 4h [18]. Unikać należy umieszczania chorego na wypukłościach kostnych lub istniejącym rumieniu. W celu zmniejszenia tarcia i sił ścinających wskazane jest podnoszenie, a nie przeciąganie [14]. Przy podnoszeniu, żeby odciążyc opiekunów, można użyć specjalistycznego sprzętu w postaci żurawików, prowadnic, suwnic itp. Nauczenie się odpowiednich technik i stosowanie mat poślizgowych znacząco ułatwia pracę. Do stabilnego i komfortowego ułożenia pacjenta można wykorzystać pomoce, np. poduszki, wałki, półwałki, kliny wypełnione pianką lub żelem [10].

Jeżeli stan ogólny chorego na to pozwala, zaleca się jego wczesne uruchamianie. Można to osiągnąć poprzez ćwiczenie bierne, czy zachęcanie do ćwiczeń czynnych [15].

Zmiana pozycji pozwala również na kontrolę miejsca narażonego, poprawia dostęp powietrza do uciśniętych miejsc i zwiększa aktywność ruchową pacjenta [15]. Jeśli wystąpią zmiany w stanie skóry, plan opieki musi zostać ponownie oceniony [14].

SPRZĘT PRZECIWOODLEŻYNOWY

Materace przeciwodleżynowe

Materace zmniejszają nacisk wywierany przez ciężar ciała na tkanki znajdujące się między nim a podłożem. Polega to na rozłożeniu ciężaru na dużą powierzchnię. Wykorzystywane są dwa główne typy materaców – statyczne i dynamiczne [14].

Materace statyczne charakteryzują się równomiernym rozłożeniem nacisku na wszystkie części ciała w przypadku leżącego nieruchomo. W zależności od typu, mogą być wypełnione: kulkami styropianowymi, wykonane z różnej grubości gąbki poliuretanowej, o powierzchni gładkiej lub ukształtowanej, wypełnione wodą, żelem lub powietrzem. Pomimo ograniczonych zastosowań, ten rodzaj materaców zalecany jest u osób z niestabilnym złamaniem kręgosłupa lub zastoinową niewydolnością krążenia [14].

Materace dynamiczne różnią się od materaców statycznych tym, że co jakiś czas zmieniają punkt podparcia u pacjenta. Jest to możliwe dzięki podpiętemu kompresorowi, który co jakiś czas włacza powietrze do kolejnych komór naprzemiennie. Dzięki takim właściwościom, następuje regularne zwolnienie nacisku z określonej części ciała. Materace dynamiczne zmniejszają ryzyko wystąpienia odleżyn i wpływają pozytywnie na proces gojenia już istniejących ran [14].

Podkładki przeciwodleżynowe

Powinny stanowić podstawowe wyposażenie oddziałów, w których przebywają pacjenci obarczeni ryzykiem wystąpienia odleżyn, albo tacy, u których są już obecne [19]. Ich podstawową rolą jest zmniejszanie nacisku na obciążone miejsca. Podczas ich stosowania, przy zmianie ułożenia pacjenta należy nie zapomnieć o zmianie położenia podkładek [20].

Poduszki i podkładki żelowe

Ich główne zadanie polega na minimalizacji tarcia oraz redystrybucji nacisku. Poduszki żelowe można również wykorzystać do stabilizacji pacjenta siedzącego na wózku inwalidzkim [20].

Maty ślizgowe

Głównie wykorzystywane do prawidłowego ułożenia pacjenta w łóżku przy wykorzystaniu niewielkiej siły. Pozwala zmniejszyć odczuwany przez niego ból w związku z jego przemieszczaniem [20].

Owczą skórą

Jako sprzęt odciążający ucisk, w sytuacji, w której ktoś nie dysponuje materacem można wykorzystać owczą skórą. Jest szczególnie korzystana dla osób wyniszczonych. Jej główne zalety to utrzymywanie odpowiedniej wilgotności skóry oraz zapewnianie dobrego dostępu powietrza. Poza tym daje pacjentowi poczucie wygody [20].

Dieta

Właściwe wsparcie żywieniowe i nawodnienie odgrywa istotną rolę w zapobieganiu odleżynom i stymulowaniu gojenia się ran. Utrata masy ciała i nieodpowiednie odżywienie są związane z wyższym ryzykiem ich powstawania. Zaobserwowano, że poziom albuminy w surowicy $<3,1$ g/dl sprzyja ich powstawaniu i jest związany z wyższą śmiertelnością [21]. Kluczową sprawą jest zapobieganie występowaniu ujemnego bilansu azotowego i odwodnienia u pacjentów. Wykazano, że wysokobiałkowe doustne suplementy diety skutecznie zmniejszają występowanie odleżyn u pacjentów zagrożonych o 25% [22].

Przewlekłe rany zwykle charakteryzuje wydłużony czas odpowiedzi zapalnej, większe zanieczyszczenie mikroorganizmami i niski poziom czynników wzrostu. Mogą one wywołać stan kataboliczny, odwodnienie i niedożywienie białkowo-kaloryczne, które są wynikiem przewlekłego stanu zapalnego. Należy także pamiętać że odleżynom, jak i np. infekcjom czy urazom może towarzyszyć hipermetabolizm. Kalorie są wtedy zużywane bardzo szybko, najpierw poprzez rozkład glikogenu, a kolejnym ich źródłem są białka [23].

W diecie istotne jest też zwiększone zapotrzebowanie na energię, białko, cynk, żelazo oraz witaminy A, C i E. Białka są kluczowe do zachowania dodatniego bilansu azotowego i wszystkich etapów gojenia się ran, w tym proliferacji fibroblastów, syntezy kolagenu, angiogenezy i funkcji immunologicznej. Witamina A stymuluje nabłonek i odpowiedź układu odpornościowego. Niedobór witaminy A może prowadzić do zaburzenia funkcji układu odpornościowego, upośledzonego odkładania kolagenu i wydłużonego gojenia się ran [24]. Witamina C zwiększa wchłanianie żelaza. Zwiększa odporność na infekcje, pobudzając migrację białych krwinek do rany [25]. Miedź uczestniczy w sieciowaniu kolagenu wymaganym do odbudowy tkanek, a żelazo poprawia dostarczanie tlenu do tkanek. Cynk jest pierwiastkiem antyoksydacyjnym, który odgrywa rolę w produkcji białek, DNA i RNA oraz proliferacji komórek [26].

Nawodnienie odgrywa istotną rolę w zachowaniu i naprawie uszkodzeń skóry. Odwodnienie zaburza metabolizm komórkowy i gojenie się ran. Odpowiednie spożycie

płynów jest konieczne, aby wspomóc przepływ krwi do rannych tkanek i zapobiec dodatkowemu rozkładowi skóry [27].

EDUKACJA

Zgodnie z rekomendacjami Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa w sprawie profilaktyki odleżyn u pacjentów hospitalizowanych:

- *Każdy pacjent z grupy ryzyka zagrożenia powstaniem odleżyn oraz w razie konieczności jego rodzina lub opiekunowie przed wypisaniem z oddziału szpitalnego powinni posiadać wiedzę z zakresu zapobiegania odleżynom [13]*

Edukacja stanowi istotny element profilaktyki. Opiekunowie powinni być edukowani w zakresie oceny ryzyka i zapobiegania. Powinni często kontrolować pacjentów, aby w porę przeciwdziałać odleżynom lub zidentyfikować je na początkowych etapach. Edukacją należy objąć nie tylko opiekunów osób chorych, ale również same osoby chore i personel medyczny. Skale oceny ryzyka mogą dodatkowo zwiększać świadomość, ale mają ograniczoną zdolność przewidywania i nie mają udowodnionego wpływu na zapobieganie odleżynom [17].

LECZENIE

Europejski Komitet Doradczy ds. Odleżyn (EPUAP) definiuje je jako zlokalizowane uszkodzenie skóry i/lub tkanki podskórnej, powyżej wyniosłości kostnej, jako wynik ucisku lub ucisku w kombinacji z naprężeniem [28]. Gdy odleżyna zostanie odkryta, konieczne jest dokładne określenie jej stadium oraz udokumentowanie rozmiaru rany. Ważne jest też określenie lokalizacji, otoczenia, a także obecności wydzieliny, odoru i naprężenia tkanek.

Odleżyny można zakwalifikować do sześciu stadiów. Stadium I opisuje nietkniętą skórę z rumieniem, który nie znika pod wpływem ucisku. Stadium II charakteryzuje się częściowym ścięciem skóry z możliwą obecnością pęcherza, natomiast brakiem uwidocznienia tkanki podskórnej. Stadium III odleżyn to pełne ścięczenie z ubytkami skóry oraz widocznym tłuszczem podskórnym, jednak z brakiem widocznych mięśni, kości czy ścięgien. Stadium IV charakteryzowane jest ubytkiem tkanek z ekspozycją mięśni, kości, ścięgien lub organów. Wyróżnia się jeszcze odleżynę niesklasyfikowaną, gdy nie można określić stopnia uszkodzenia z powodu obecności tkanki martwiczej lub strupa. Ostatnim,

szóstym stadium jest uszkodzenie tkanek głębokich, które używane jest do opisanie uszkodzenia tkanek głębokich przy nietkniętej skórze [29].

Gdy jest to możliwe, leczenie celuje w odwrócenie czynników, które były przyczyną powstania odleżyn w pierwszej kolejności. Często jednak powstają jako kombinacja różnych patologii (takich jak cukrzyca, ucisk czy odnerwienie danego fragmentu). Generalnie, rana wymaga oczyszczania, a także odpowiednich opatrunków. Jeśli tyczy się to kończyny, powinna być uniesiona tak, aby poprawić drenaż żylny i limfatyczny. Podejście do pacjenta zależy od wielu czynników i każdy przypadek powinien być rozważany indywidualnie, maksymalizując korzyści danej terapii [30].

Obecnie najczęściej stosowany jest powszechnie przyjęty schemat, propagowany przez Polskie Towarzystwo Leczenia Ran, oparty na algorytmie TIME (*Tissue Debridement, Infection And Inflammation Control, Moisture Balance, Epidermis*), obejmujący cztery główne strategie; Oczyszczanie, kontrola infekcji i stanu zapalnego, utrzymanie odpowiedniej wilgotności rany oraz naskórkowanie [3].

Za pierwszą literą z akronimu TIME stoi oczyszczenie odleżyny. Jest to najważniejsza, decydująca o dalszym przebiegu gojenia część. Umożliwia ona nie tylko zachodzenie naturalnych procesów gojenia, takich jak migracja granulocytów, ziarninowanie i naskórkowanie, ale także pozwala zapobiegać nadmiernej kolonizacji drobnoustrojów [3]. W procesie oczyszczania uwzględnione jest odkażanie powierzchni oraz chirurgiczne usunięcie tkanki martwiczej. Oczyszczanie jednak obejmuje nie tylko wersję chirurgiczną, ale także mechaniczną, enzymatyczną, czyli z użyciem enzymów, które upłynniają martwiczą tkankę, autolityczną, poprzez wspomaganie naturalnych procesów obronnych organizmu oraz wreszcie biologiczną, z wykorzystaniem larw oraz robaków. Jeśli to możliwe, zalecane jest wykorzystanie metody, która jest najbardziej selektywna – czyli usuwa tkankę martwiczą bez naruszenia żywych tkanek oraz obarczone jak najmniejszą ilością powikłań [30].

Oczyszczanie enzymatyczne, zwane również chemicznym, wykorzystuje enzymy proteolityczne, takie jak kolagenaza czy streptokinaza. Użyteczne są przy odleżynach niezainfekowanych lub gdy inne metody są przeciwwskazane. Główną ich zaletą jest selektywność oraz mniejsze, w porównaniu do innych metod, dolegliwości bólowe. Ich główną wadą natomiast jest podrażnianie okolicznych tkanek oraz inaktywacja innych enzymów [31]. Oczyszczanie biologiczne, wykorzystujące larwy oraz robaki, takie jak na przykład *Lucilia serciata*, zapewnia wysoką selektywność przy bardzo małych dolegliwościach bólowych. Dodatkowo może być stosowane nawet w przypadku zainfekowania odleżyn, ponieważ produkują one substancje przeciwbakteryjne oraz

wspomagają własne procesy gojenia organizmu [32]. Oczyszczanie autolityczne, czyli wspomaganie naturalnych procesów, które zachodzą w ranie wykorzystuje opatrunki z hydrokoloideem lub hydrożelem. Opatrunki te zawierają najczęściej hydrokoloidowe macierze na piankowej podstawie. Ich działanie pomaga utrzymać wilgotne środowisko w ranie, poprzez wyciąganie nadmiernej wilgoci oraz martwych komórek, które jest niezbędne do właściwych procesów gojenia. Stosowane są, gdy w odleżynach znajduje się niewielka ilość martwiczej tkanki, a ich główną zaletą jest naturalność i selektywne działanie [33]. Oczyszczenie mechaniczne to przykład nieselektywnego oczyszczania, co oznacza, że usunięte podczas jego procesu zostanie zarówno martwa, jak i żywa tkanka. Zalecane jest dla przewlekłych, jak i ostrych ran z wysiękiem, ale także dla tkanek z dużą ilością tkanki martwiczej, niezależnie od obecności lub braku infekcji. Główną zaletą tego typu oczyszczania jest łatwość wykonania, a także szybszy efekt niż w przypadku oczyszczania enzymatycznego, czy autolitycznego. Jednak z powodu naruszania także żywej tkanki, metodzie tej towarzyszy również ból. Wykorzystuje się gaziki nasączone antyseptykiem, wysychające w ranie oraz przepłukiwanie rany roztworem 0.9% NaCl [34]. Ostatnią metodą oczyszczania jest metoda chirurgiczna, przy pomocy której martwa tkanka usuwana jest za pomocą narzędzi chirurgicznych, typowo skalpela. Zabieg ten nie musi wymagać warunków sali operacyjnej, niekiedy zabiegi te wykonuje się przy łóżku pacjenta. Jest to metoda cechująca się selektywnością, jednakże inwazyjną, a także bolesną, przez co konieczne jest znieczulenie pacjenta [3].

Druha litera akronimu TIME oznacza kontrolę infekcji i stanu zapalnego. Stan zapalny odgrywa ogromną rolę w zaburzeniu naturalnego procesu gojenia. Dodatkowo, rany często kolonizowane są przez bakterie, takie jak *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* czy B-hemolizujące streptokoki, co dodatkowo wydłuża gojenie. Poza typowymi uszkodzeniami wyrządzanymi zainfekowanym komórkom, bakterie dodatkowo przyciągają leukocyty, które produkują cytokiny prozapalne, proteazy oraz wolne rodniki tlenowe – wszystkie one inicjują reakcje zapalne, zaburzając przemieszczanie się komórek oraz uniemożliwiając zamknięcie rany [35].

Odleżyny nie wymagają rutynowego podania antybiotyków. Podawane są one systemowo, tylko w sytuacji zakażenia rany oraz zapobiegania rozprzestrzenianiu infekcji [30]. W związku z tym, zaleca się oczyszczanie tkanki martwiczej oraz zanieczyszczeń, każdorazowo podczas zmiany opatrunku. Ranę, która nie zawiera tkanki martwiczej oraz nie przejawia cech infekcji powinno się płukać solą fizjologiczną. W przypadku wystąpienia zakażenia stosować należy antyseptyki o szerokim spektrum działania oraz małej

toksyczności dla tkanek. Należy wypatrywać jawnych cech zakażenia, takich jak zaczerwienienie, obrzęk, cuchnąca ropna wydzielina oraz stosować opatrunki o działaniu antybakteryjnym. Nadmierna kolonizacja rany przez patogeny może też przejawiać się spowolnieniem procesu gojenia, nawet pomimo ewidentnych cech zakażenia. W tym przypadku również należy zastosować wyżej opisane działania [3]. Unikać natomiast należy bezwzględnie stosowania antybiotyków miejscowo, ponieważ mogą powodować reakcje alergiczne, a także powodować rozwinięcie oporności bakterii [30].

Kolejna, trzecia litera akronimu TIME oznacza utrzymanie wilgotności rany. Oznacza to, że odleżyna musi być odpowiednio zaopatrzona w wilgotne środowisko oraz stałą temperaturę tak, aby wspomóc naturalne procesy gojenia rany [3]. Decyzję, co do rodzaju opatrunku należy podejmować indywidualnie, oceniając lokalizację, typ, stan pacjenta oraz obecność lub brak tkanki martwiczej [30]. Opatrunki mogą być zmieniane co tydzień lub nawet co kilka godzin, w zależności od stanu i czystości rany. Podstawowe, w skład których wchodzi proszki, żele, kremy i inne nakładane są na powierzchnie rany. Jeśli nie zabezpieczają one wystarczająco rany, kolejna warstwa opatrunku jest zakładana, by zapewnić wsparcie, absorpcję, kompresję i ochronę rany. Tradycyjne opatrunki to gazy nasączone solą fizjologiczną lub parafiną. Zaawansowane opatrunki zawierają między innymi hydrokoloidy, piankę poliuretanową, hydropolimery, czy alginian [31].

Hydrokoloidy to interaktywne opatrunki, które składają się z warstwy zewnętrznej zawierającej poliuretan oraz warstwy wewnętrznej z żelatyną, pektynami oraz celulozą, które wspólnie tworzą idealne środowisko w loży rany. Absorbują wydzielinę, umożliwiają zachodzenie procesów autolizy, zmniejszają ból, zapobiegają wnikaniu oraz rozwojowi mikroorganizmów przez kwasowe pH we wnętrzu. Dodatkowo, promują angiogenezę, zwiększają liczbę fibroblastów w skórze oraz proces ziarninowania tkanki [36]. Podobnie zbudowane są hydropolimery, składające się z poliuretanowej podstawy, odśrodkowej wyspy hydropolimerowej oraz nietkanej warstwy pomiędzy. Opatrunek ten absorbuje wydzielinę z rany, a hydropolimer przylega ściśle do rany wypełniając jej kontury. Wydzielina gromadzi się w warstwie pomiędzy natomiast zewnętrzna część pomaga przesuwając wydzieliny poza opatrunek [30]. Alginian jest bardzo chłonnym, naturalnym materiałem, stąd znalazł zastosowanie przy opatrunkach w ranach z dużą ilością wydzieliny. Dopasowują się także dobrze do nieregularnych kształtów i tunelów w ranach. Jego zaletą jest brak konieczności częstego wymieniania opatrunku [29]. Opatrunki powstają z wodorostu, który zawiera sód i wapń, które znane są z właściwości przyspieszających gojenie. Dodatkowo impregnowane miodem dowiodły już swojej skuteczności w leczeniu odleżyn [30]. Innym typem używanych

opatrunków są te zawierające srebro, które posiada właściwości antybakteryjne. Ważne jest jednak, aby zaprzestać używać tych opatrunków po eradykacji infekcji w związku z ich toksycznością dla keratynocytów oraz fibroblastów [29]. Pianka poliuretanowa zawiera piankową, hydrofilową stronę, która kontaktuje się bezpośrednio z raną, natomiast z zewnątrz jest porowata, jednak nieprzepuszczalna dla bakterii. Umożliwia ona odprowadzanie wydzielin oraz zachowanie odpowiedniego, wilgotnego i aseptycznego środowiska do gojenia [31].

Ostatnia litera akronimu TIME oznacza naskórkowanie. Ważna jest ochrona nowego, powstającego naskórka i wspomaganie epitelizacji, czyli replikacji i migracji komórek naskórka na krawędzi odbudowującej się skóry jako odpowiedź na czynniki wzrostu. Może ona się rozpocząć z każdego miejsca, które zawiera żywe keratynocyty, jakim jest również krawędź odleżyny. Nieodżowne jest tu zastosowanie preparatów nawilżających skórę oraz ochraniających przed nadmiarem wilgoci i tarciami [3].

Istnieją również nowoczesne metody, które są obecnie w fazie prób i badań. Wśród nich można wyróżnić inżynierię tkankową i komórkową, terapię ultradźwiękami o niskiej częstotliwości, stymulację elektryczną, czy zastosowanie komory hiperbarycznej. Na szczególne wyróżnienie spośród nich zasługuje terapia podciśnieniem znajdująca coraz większe zastosowanie w leczeniu ran głębokich w stadium III i IV [3]. Metoda polega na wytworzeniu w zamkniętym układzie ujemnego ciśnienia na ranę, aby ułatwić jej gojenie. Bazuje ona na zwiększeniu przepływu krwi przez skórę, zmniejszeniu obrzęku tkanek, odsysaniu wydzieliny ropnej, stymulacji formowania ziarniny oraz usuwaniu inhibitorów gojenia – metaloproteinaz [37].

Pomimo obiecujących wyników nadal brakuje dowodów dobrej jakości na ich skuteczność w leczeniu odleżyn [3].

PODSUMOWANIE

Odleżyny to skomplikowane rany, dotykające głównie pacjentów o ograniczonej ruchomości i w starości. Z powodu ich utrudnionego gojenia i możliwości zakażenia, bardzo ważna jest wczesna, przemyślana profilaktyka.

Rozwój wielu metod leczenia podkreśla, jak ważny jest to społecznie temat oraz jak wielka jest jeszcze nisza w lecznictwie, którą mogą wypełnić nowe rozwiązania, nad którymi obecnie pracują naukowcy.

PIŚMIENNICTWO

1. Whitney J, Phillips L, Aslam R, Barbul A, Gottrup F, Gould L, i in.: Guidelines for the treatment of pressure ulcers. *Wound Repair Regen.* 2006; 14(6): 663–679.
2. Medycyna Praktyczna: Odleżyny. https://www.mp.pl/pacjent/dermatologia/choroby/choro_byskory/171049,odlezyny (data dostępu 28.03.2020).
3. Medycyna praktyczna: Odleżyny – leczenie odleżyn w świetle wytycznych i EBM <https://www.mp.pl/geriatria/wytyczne/137460,odlezyny-leczenie-odlezyn-w-swietle-wyt-wytycznych-i-ebm> (data dostępu 28.03.2020).
4. Anders J., Heinemann A., Leffmann C., Leutenegger M., Pröfener F., von Renteln-Kruse W.: Decubitus ulcers: pathophysiology and primary prevention. *Deutsches Arzteblatt International Journal* 2010; 107(21): 371–382.
5. Sopata M.: Profilaktyka i sposoby leczenia odleżyn przy zastosowaniu „kolorowego” systemu klasyfikacji, *Nowa Medycyna*, 2000; 1. <http://www.czytelniamedyczna.pl/1311,profilaktyka-i-sposoby-leczenia-odlezyn-przy-zastosowaniu-kolorowego-systemu-kla.html> (data dostępu 28.03.2020).
6. Mervis J. S., Phillips T. J.: Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation, *Journal of the American Academy of Dermatology* 2019; 81(4): 881–890.
7. Sopata M.: Nowoczesne sposoby profilaktyki i leczenie odleżyn [w:] *Medycyna paliatywna de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 194-213*
8. Sopata M.: Etiologia i patogenezę powstawania odleżyn. *Inforanek* 2009; 1(4): 4-10.
9. Wysokiński M., Fidecki W., Buczek M. Ł.: Analiza problemów opiekuńczych pacjenta zagrożonego wystąpieniem odleżyn. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis* 2007; 28: 145-159.
10. Blenke-Krysiak I.: Odleżyny [w:] *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne, Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 383-401.*
11. Wysokiński P., Świeszczak K.: Odleżyny jako istotny problem w opiece i rehabilitacji pacjenta unieruchomionego. *Horyzonty współczesnej fizjoterapii. Wydawnictwo WSEiT, Poznań 2016.*
12. Dzikowska M., Merklinger-Soma M., Gajda K.: Analiza występowania odleżyn u pacjentów przebywających w szpitalu specjalistycznym o profilu zachowawczym. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19(2): 162-170.

13. Kruk-Kupiec G.: Zalecenia konsultanta Krajowego w dz. Pielęgniarstwa w sprawie prowadzenia profilaktyki odleżyn u pacjentów hospitalizowanych <http://www.moipip.org.pl/media/doc/konsultanci/04.pdf> (data dostępu 28.03.2020).
14. National Pressure Ulcer Advisory Panel EPUAPaPPPIA. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Cambridge Media, Perth, Australia, 2014 <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf> (Data dostępu 28.03.2020)
15. Andruszkiewicz A., Ślusarska B.: Profilaktyka powikłań u pacjentów długotrwale unieruchomionych [w:] Podstawy pielęgniarstwa Tom 2 Wybrane działania pielęgniarskie Zahradniczek, K.; Zarzycka, D.; Ślusarska, B. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008: 367-394.
16. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009, https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg_prevention_in_polish.pdf (data pobrania 28.03.2020).
17. Bluestein D., Javaheri A.: Pressure ulcers: prevention, evaluation, and management. American Academy of Family Physicians 2008; 78(10): 1186–1194.
18. Stansby G., Avital L., Jones K., Marsden G.: Prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care: summary of NICE guidance. British Medical Journal 2014; 23; 348: g2592.
19. Chrzan E., Chrzan P., Zukow W., Napierała M., Eksterowicz J.: Rola Pielęgniarki W Profilaktyce I Leczeniu Odleżyn. Journal of Education, Health and Sport 2016; 6: 123-170.10.5281,
20. Kruk-Kupiec G.: Profilaktyka Przeciwoodleżynowa. Poradnik dla pacjentów i ich rodzin <http://www.urazowka.piekary.pl/odlezyny.pdf> (data dostępu 28.03.2020).
21. Saghaleini S.H., Dehghan K., Shadvar K., Sanaie S., Mahmoodpoor A., Ostadi Z.: Pressure Ulcer and Nutrition. Indian Journal of Critical Care Medicine 2018; 22(4): 283–289.
22. Raffoul W., Far M.S., Cayeux M.C., Berger M.M.: Nutritional status and food intake in nine patients with chronic low-limb ulcers and pressure ulcers: importance of oral supplements. Nutrition 2006; 22(1): 82-88.
23. MacIntosh C., Morley J.E., Chapman I.M.: The anorexia of aging. Nutrition 2000; 16(10): 983-995.

24. Cox J., Rasmussen L.: Enteral nutrition in the prevention and treatment of pressure ulcers in adult critical care patients. *Critical Care Nurse* 2014; 34(6): 15-27.
25. Collins N.: The facts about vitamin C and wound healing. *Ostomy Wound Manage* 2009; 55(3): 8-9.
26. Stephens P., Thomas D.W.: The cellular proliferative phase of the wound repair process. *The Journal of Wound Care* 2002; 11(7): 253-261.
27. Todorovic V.: Food and wounds: nutritional factors in wound formation and healing. *The British Journal of Community Nursing* 2002; 46: 43-44.
28. Sibbald R.G., Goodman L., Norton L., Krasner D.L., Ayello E.A.: Prevention and Treatment of Pressure Ulcers. *Skin Therapy Letter* 2012; 17(8): 4-7.
29. Boyko T.V., Longaker M.T., Yang G.P.: Review of the Current Management of Pressure Ulcers. *Advances in Wound Care* 2018; 7: 57–67.
30. Bhattacharya S., Mishra R.K: Pressure ulcers: Current understanding and newer modalities of treatment. *Indian Journal of Plastic Surgery* 2015; 48(1): 4–16.
31. Medical Advisory Secretariat. Management of chronic pressure ulcers: an evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series* 2009; 9(3): 1–203.
32. Sherman RA.: Maggot versus conservative debridement therapy for the treatment of pressure ulcers. *Wound Repair and Regeneration* 2002; 10(4): 208–214.
33. Keogh S.J., Nelson A., Webster J., Jolly J., Ullman A.J., Chaboyer W.P.: Hydrocolloid dressings for treating pressure ulcers. *The Cochrane Database Systematic Reviews* 2018; 2018(4): CD010364.
34. Manna B., Morrison C.A.: Wound Debridement. StatPearls Publishing [internet], Treasure Island (FL), 2020.
35. Zhao R., Liang H., Clarke E., Jackson C., Xue M.: Inflammation in Chronic Wounds. *International Journal of Molecular Sciences* 2016; 17(12): 2085.
36. Pott F.S., Meier M.J., Stocco J.G.D., Crozeta K., Ribas J.D.: The effectiveness of hydrocolloid dressings versus other dressings in the healing of pressure ulcers in adults and older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ravista Latino-americana de Enfermagem* 2014; 22(3): 511–520.
37. Thompson G.: An overview of negative pressure wound therapy (NPWT). *British Journal of Community Nursing* 2008; 13(Sup3): 23–30.

Aspekty psychologiczne terminalnie chorych pacjentów i ich opiekunów – przypadki medyczne

Alina Szewczyk^{1,2}, Tomasz Rogoziński^{1,4}, Natalia Markiewicz¹, Jadwiga Kuciel-Lewandowska¹, Sebastian Fedorowicz¹, Krzysztof Dorna³, Jan Gnus^{1,2}

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław
3. Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu, Wrocław
4. Milickie Centrum Medyczne - Oddział Ogólnopsychiatryczny

WSTĘP

Pacjenci nieuleczalnie chorzy stanowią szczególnie trudną grupę osób. Moment uzyskania informacji o chorobie wiąże się z bardzo szerokim zakresem reakcji – pacjenci zazwyczaj doświadczają uczucia strachu i paniki, jest też grupa, która odcina się od podanej informacji, a możliwość istnienia choroby wypiera [1]. Taka sytuacja jest dodatkowo trudna dla rodziny pacjenta, która często podejmuje wszelkie działania, mogące teoretycznie utrzymać przy życiu bliską im osobę. Pojęcie śmiertelnej choroby często kojarzy się z pacjentami onkologicznymi. Mimo postępu medycyny w zakresie możliwości leczenia nowotworów w sposób radykalny, wciąż w wielu przypadkach możliwa jest tylko terapia paliatywna. W naszej pracy będziemy głównie rozważać problemy psychologiczne, z którymi zmagają się grupa pacjentów onkologicznych.

CEL PRACY

Liczne badania potwierdzają konieczność i potrzebę wzmożonej opieki psychologicznej nad pacjentami oddziałów onkologicznych [2]. Wspomniani chorzy zmagają się ze skrajnie zmienioną sytuacją życiową. Coraz częściej zwraca się uwagę na problemy opiekunów śmiertelnie chorych pacjentów, u których spotyka się syndrom wyczerpania

opiekuna [3]. Oddziały Onkologiczne i Hospicja Domowe starają się każdorazowo zapewnić pomoc wykwalifikowanego psychologa w tym zakresie. Mimo to, chorzy często oczekują silnego wsparcia emocjonalnego od lekarzy, którzy ze względu na obciążenie obowiązkami, nie są w stanie poświęcić im większej ilości czasu. W naszej pracy chcielibyśmy poruszyć temat zdrowia psychicznego nieuleczalnie chorych pacjentów i ich rodzin oraz problemów i sytuacji, z jakimi się mierzą.

CHOROBA ŚMIERTELNA / ETAPY ADAPTACJI

Według definicji choroba terminalna oznacza chorobę, której leczenie jest nieznane i we wszystkich przypadkach nieuchronnie prowadzi do śmierci; lub stadium danej choroby jest tak zaawansowane, że nie można już jej leczyć przyczynowo [4]. Sposób myślenia o chorobie zależy od wielu zmiennych, przede wszystkim od posiadanych wiadomości i osobistych doświadczeń [1]. Etapy przystosowywania się do istnienia choroby zachodzą stopniowo [5]. Wyróżnia się 3 fazy: w pierwszej opisywane jest niedowierzanie i zaprzeczenie prawdziwości diagnozy, a znaczny poziom niepokoju i lęku utrudnia logiczne przetwarzanie informacji [7]. Pojawia się myślenie magiczne [1], a pacjent podejmuje się kolejnych badań, wykluczających niekorzystną diagnozę. Kolejna faza charakteryzuje się wzmożonym lękiem i dysforią, dodatkowo pacjent odczuwa często bezsenność, słabą koncentrację, zmęczenie i przyznaje się do nawracających myśli o śmierci [6]. Po tej fazie następuje etap długotrwałej akceptacji, gdzie chory oswaja się z diagnozą i proponowanym leczeniem [6,8]. Według międzynarodowych zaleceń, takie reakcje są objawem zdrowia psychicznego i nie wymagają interwencji psychoterapeuty ani psychiatry, jeśli mają charakter przemijający, a wielu chorych ostatecznie akceptuje ustalone rozpoznanie i podejmuje możliwe działania służące stabilizacji stanu zdrowia [5].

Pacjenci poddani leczeniu paliatywnemu prezentują momenty zwątpienia w sens prowadzenia dalszej terapii. W każdym kryzysie można wyróżnić powtarzającą się sekwencję: brak wiary – dysforia – adaptacja, które to reakcje pojawiają się z nawracającym załamaniem podczas trwania choroby [6]. U pacjentów wykazujących zaburzenia przystosowania się do choroby są opisywane m.in. zespoły lękowe, depresyjne oraz inne zaburzenia zespołu przystosowania [6]. U takich osób, oprócz metod nefarmakologicznych i psychologicznych, może być wymagana konsultacja lub stałe leczenie przez lekarza psychiatrę celem wdrożenia i utrzymania odpowiedniego leczenia [9].

Choroba w stadium uniemożliwiającym podjęcie lub kontynuację leczenia zmienia jej postrzeganie przez pacjenta [1]. W miarę dojrzewania każdy człowiek przechodzi etapy własnego rozwoju: od potrzeb biologicznych, poprzez poczucie bezpieczeństwa, po potrzebę poczucia własnej wartości i utrzymania kontaktów społecznych [7]. W sytuacji stanu terminalnego struktura potrzeb zmienia hierarchię wartości, gdzie ponownie najważniejsze staje się zaspokojenie potrzeb fizjologicznych [7]. Chorzy na tym etapie choroby zazwyczaj doświadczają problemów, takich jak: narastające dolegliwości fizyczne, postępujące ograniczenie sprawności oraz ograniczenie dotychczas pełnionych ról społecznych [7]. Nasila to poczucie lęku, przygnębienia i gniewu. Niektórzy pacjenci reagują na ten stan nadzieją, gdzie powracają do myślenia magicznego oraz podejmują terapię opartą na zasadach medycyny niekonwencjonalnej [1].

W całym okresie nieuleczalnej choroby olbrzymią rolę spełnia rodzina chorego. Wsparcie rodzinne przyczynia się do utrzymania równowagi psychicznej i stanowi dla pacjenta źródło siły i motywację do walki z chorobą [1]. W całym procesie chorobowym najbliżsi chorego są narażeni na różne reakcje psychiczne [10]. Dolegliwości somatyczne pacjenta, jego zaburzenia psychiczne, a także przeciążenie obowiązkami domowymi, zmęczenie fizyczne, kłopoty finansowe, czy strach przed rozłąką są częstymi problemami, z jakimi mierzą się opiekunowie osób cierpiących [1]. Informacja, że choroba osiąga stadium, które nie rokuje wyleczenia ani dalszego przedłużenia życia, stanowi dla bliskich tej osoby ogromny stres [8]. Gdy pacjent znajduje się w końcowym etapie choroby rodzina powinna być przygotowana na jego odejście [8,11]. Z praktyki klinicznej wynika, że tak nie jest.

PRZYPADKI MEDYCZNE

Lekarze Oddziałów Onkologicznych doświadczają silnej i długotrwałej relacji z pacjentem. Dzięki osiągnięciom dzisiejszej medycyny, choroba o założeniu paliatywnym może być leczona lekami, które mają za zadanie ją ustabilizować i zatrzymać jej postęp ze skutkiem dobrego funkcjonowania chorego. Jednym z najczęściej spotykanych problemów relacji lekarz- pacjent jest zaburzenie komunikacji z chorymi. Właściwe podane informacje zmniejszają niepewność chorego i ułatwiają mu przystosowanie do sytuacji [7]. Lekarze z reguły unikają przekazywania złych informacji, z obawy przed nadmiernie emocjonalną reakcją chorego [7]. Podczas wizyt często obserwujemy pacjentów, którzy wykazują nadmierny strach przed chorobą, nie udzielają informacji jak się czują, chcą przyjąć lek i nie zagłębiać się w szczegóły choroby. Z relacji lekarki z wieloletnim doświadczeniem w

dziedzinie onkologii klinicznej wynika, że „zdarza się, że pacjenci nie są w pełni informowani o swojej chorobie dlatego, że nie chcą tego wiedzieć”. Niedoinformowanie pacjenta często kończy się uczuciem rozczarowania i kryzysem w walce z chorobą. Jednym z takich przypadków jest 61-letnia kobieta chorująca na raka jelita grubego od 2017 roku. W momencie rozpoznania choroby, leczenie miało charakter radykalny - otrzymała określoną ilość cykli chemioterapii, przeszła zabieg usunięcia nowotworowo zmienionej części jelita. Choroba nawróciła w roku 2019 dając przerzuty do wątroby. Pacjentka została zakwalifikowana do leczenia paliatywnego, które na dany moment zakładało utrzymywanie leczenia cytostatycznego i celowanego do momentu kolejnej progresji choroby. Podczas jednego z kolejnych kursów leczenia, w trakcie wizyty lekarskiej kobieta ucieszyła się, że zostało jej „jeszcze tylko kilka cykli do zakończenia leczenia”. W tym momencie została poinformowana przez lekarza przepisującego terapię, że choroba ma charakter paliatywny, nie jest określona konkretna liczba cykli i pacjentka powinna przyjmować leczenie do wystąpienia progresji. Mimo zachowanych zapisów o leczeniu paliatywnym w kartach informacyjnych chorej, pacjentka podczas wdrażania leczenia paliatywnego nie została poinformowana o jego planie. Kobieta poprosiła o przerwę w terapii celem adaptacji do podanej wiadomości. Po dwóch tygodniach ponownie podjęła leczenie. Właściwie przekazanie informacji musi uwzględniać zasadę dawkowania prawdy w zależności od indywidualnych potrzeb, a przekazywanie złych wiadomości powinno przebiegać etapowo [7]. Rola lekarza w tym procesie jest szczególnie ważna, chorzy podtrzymują chęć leczenia, kiedy usłyszą od lekarza słowa nadziei i wsparcia.

Szczególnie trudną praktyką pozostaje komunikacja z rodziną pacjenta. Rodziny chorych często źle interpretują słowa lekarza, mają też inne oczekiwania co do leczenia. Przypadek pacjentki z rozsianym procesem nowotworowym otrzewnej obrazuje taką sytuację. 70-letnia pacjentka do tej pory sama zgłaszała się na wizyty w Oddziale Onkologicznym. Podczas takiego leczenia, ze względu na małą ilość czasu, dla lekarza najważniejsze jest prawidłowe prowadzenie istotnego dla pacjenta leczenia. Podczas kolejnych wizyt pacjentka wspominała, że wykryto u niej stan przedcukrzycowy, dlatego często prosiła lekarza o poradę dietetyczną, na co uzyskiwała wyczerpującą odpowiedź, dostała również propozycję porady dietetycznej (otrzymała kontakt do dietetyka), ponadto zaproponowano opiekę Hospicjum Domowego (otrzymała kontakt i skierowanie w przypadku takiej potrzeby). U pacjentów leczonych paliatywnie nie wprowadza się szczególnych restrykcji w diecie. Chory powinien odżywiać się zdrowo, dostarczać wszystkich niezbędnych składników w diecie, jeśli jedzenie w trakcie wyniszczenia nowotworowego nie jest możliwe – wtedy należy zastosować leczenie

żywieniowe. Pacjentka podczas terapii była w stanie dość dobrym, sama przyjmowała pokarmy. Pewnego dnia po kolejnej wizycie, do Oddziału zgłosiła się rodzina pacjentki mieszkająca na co dzień za granicą zarzucając lekarzom i szpitalowi brak specjalistycznej opieki dietetycznej. W tej sytuacji można zauważyć różne priorytety: dla obciążonego pracą i liczbą pacjentów lekarza najważniejsze jest prawidłowe prowadzenie leczenia z poprawnym obliczeniem dawek leków, przy okazji zaspokajając inne potrzeby pacjenta. Dla rodzin częstym priorytetem są inne kwestie (np. żywieniowe, socjalne), które powinny być choremu zapewnione, ale z pomocą innych instytucji i Poradni Medycyny Paliatywnej.

Do gabinetu lekarskiego pacjent bardzo często przychodzi z najbliższymi. Jest to wyraz wsparcia z ich strony, dodatkowo, osoba ta ma świadomość, że informacje przekazywane przez terapeutę zostaną wysłuchane podwójnie. Rodziny pacjentów często są mocno zaangażowane w leczenie, dysponują informacjami pozyskanymi z innych źródeł o najnowszych metodach leczenia. W wrześniu 2019 do gabinetu onkologicznego zgłosiła się córka z matką chorą na rozsianego raka piersi. Na tym etapie zaawansowania choroba mogła być leczona paliatywnie z intencją zatrzymania jej postępu. Ze względu na silne zaangażowanie córki, próbę podejmowania innych decyzji terapeutycznych, konsultacje w kilku ośrodkach (w tym zagranicznych) – pacjentka nie pojawiała się w terminie kolejnych cykli chemioterapii. Stan chorej pogorszył się, ostatecznie (prawdopodobnie za namową córki) zrezygnowała z dalszego leczenia w ośrodku.

Problem komunikacji często jest obserwowany w przypadku odstąpienia od dalszego leczenia, ze względu na wyczerpanie możliwości terapeutycznych. W 2019 roku na Oddział Chemioterapii trafił 40-letni pacjent z rozpoznanym rozsianym procesem rozrostowym odbytnicy. Pomimo wielkiego zaangażowania rodziny i personelu medycznego, podjęcia kilku linii terapii, z uwagi na pogarszający się stan pacjenta, odstąpiono od kontynuacji leczenia, pacjent i jego rodzina została pokierowana pod opiekę Poradni Medycyny Paliatywnej i Hospicjum Domowego. Mimo zakończenia terapii cytostatykami i otrzymanej pomocy od specjalistów leczenia paliatywnego, rodzina chorego nie traciła nadziei, powracając do Oddziału i okazując kolejne wyniki badań. Bliscy chorego otrzymali wsparcie ze strony Hospicjum Domowego, podejmowano próby przygotowania opiekunów na jego odejście. Rodziny chorych są nauczane pielęgnacji oraz działań w przypadku pogorszenia stanu pacjentów. Obecnie dąży się do tego, aby chory ostatnie godziny życia spędził we własnym otoczeniu domowym. W przypadku tego pacjenta, rodzina nie radziła sobie z pogorszeniem stanu, reagowała paniką, pacjent kilkakrotnie trafiał do szpitala, a podczas jednego z kolejnych pobytów zmarł.

Rodzina pacjenta doświadczyła stanu osierocenia, co stanowi sytuację psychiczną człowieka, który utracił ważną dla siebie osobę [7]. Pomoc osobom osieroconym jest szczególnie potrzebna, a istotą pomocy jest przyjęcie zasady, że człowiek osierocony musi przeżyć smutek, żal i powinien mieć czas na rozliczenie się z przeszłością i bilans wspólnego życia z osobą zmarłą [7].

WNIOSKI

Pacjenci chorzy terminalnie powinni być szczególnie mocno objęci pomocą psychologiczną. W związku z nieuleczalną chorobą doświadczają reakcji, które mogą przyczynić się do pogorszenia ich funkcjonowania. Mimo istnienia wielu form pomocy dla pacjentów i ich rodzin, komunikacja na linii personel medyczny – pacjent pozostaje trudna. Chorzy i ich najbliżsi wymagają szczególnie dużej empatii i zapewnienia kompleksowej opieki lekarskiej/pielęgniacyjnej/psychologicznej/dietetycznej celem poprawienia ich jakości życia w tak trudnym okresie.

PIŚMIENNICTWO

1. de Walden-Gałaszko K.: Psychoonkologia w Praktyce Klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
2. Ryan H., Schofield P., Cockburn J., Butow P., Tattersall M., Turner J., Girgis A., Bandaranayake D., Bowman D.: How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *European Journal of Cancer Care*. 2005; 14(1): 7-15.
3. Grunfeld E., Coyle D., Whelan T., Clinch J., Reyno L., Earle C.C., Willan A., Viola R., Coristine M., Janz T., Glossop R.: Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal* 2004; 8, 170(12): 1795-1801.
4. Sobocińska N.: Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych „Hospicjum”. <http://web.archiwe.org/web/20041010052600/http://www.hospicjumzabrze.bmj.net.pl/historia.html> (data dostępu 30.01.2010).
5. Porębiak M.: Zaburzenia i problemy psychiczne pacjentów onkologicznych. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/70085,zaburzenia-i-problemy-psychiczne-pacjentow-onkologicznych>. (data dostępu 09.01.2014).

6. Rogiewicz M.: Praktyczny Podręcznik Psychoonkologii Dorosłych. Medycyna Praktyczna, Kraków 2015.
7. de Walden-Gałuszko K.: Podstawy Opieki Paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
8. Rogiewicz M., Lutostańska M.: Psychospołeczne problemy osób chorych onkologicznie. [w:] Akademia walki z Rakiem – wsparcie społeczne, Rębiałkowska-Stankiewicz, Kowalczyk M. (red.). Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2012: 24-55.
9. Massie M.J.: Psychiatric disorders [in:] Psychooncology, Holland J.C. (ed.). University Press Oxford, Oxford 1998: 509-575.
10. Korsch B., Harding C.: Świadomy pacjent. Wydawnictwo Prószyński i Spółka, Warszawa 1999.
11. Breitbart W., Chochinow H.M., Passik S.: Psychiatric aspects of palliative care [in:] Oxford textbook of palliative medicine, Doyle D., Hanks G.W.C., Mac Donald N. Oxford University Press, Oxford 1998: 933-954.

Ocena zapotrzebowania pracowników hospicjum w Białej Podlaskiej na wsparcie psychologiczne

Anna Ślifirczyk¹, Teresa Michalczyk¹, Jowita Kowalczyk², Agnieszka Łukaszuk¹

1. Państwowa Szkoła Wyższa im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu,
2. Wojewódzki Szpital Zespolony w Białej Podlaskiej, Domowy Szpital

WSTĘP

Historia hospicjów w naszym kraju sięga lat siedemdziesiątych minionego stulecia, w tym czasie skupiono się na problematyce związanej ze specjalnymi potrzebami chorego terminalnie, koncentrując się na osobie cierpiącej oraz kompleksowym wsparciu bliskich w czasie choroby oraz okresu żałoby. Sam termin „Hospicjum” zapożyczono z łac: *hospes*-gość, gościnność, co znaczy, opiekować się, być gościnnym dla cierpiących [1].

Termin opieka hospicyjna jako określenie opieki nad terminalnie chorym, występował dużo wcześniej niż stosowany zamiennie i kojarzony z hospicjum termin opieka paliatywna [1]. Rozważając etymologię łacińskiego słowa *hospitium*, spotykamy się z tłumaczeniem oznaczającym dom dla gości, gościnę, gospodę. Pierwsze wzmianki na temat hospicjum zarejestrowano w kronikach opisujących krucjaty chrześcijańskie, ówczesne hospicja miały charakter opiekuńczy, świadczone w nich opiekę nad chorymi, rannymi, umierającymi. Pomoc świadczona w tych placówkach była podyktowana pobudkami religijnymi, a osobami pomagającymi byli głównie członkowie zakonów. Hospicja stały się protoplastami szpitali [2].

Opieka paliatywna i hospicyjna są to określenia jednoznaczne, według wytycznych WHO (*ang. World Health Organization*) to postępowanie, którego celem jest poprawa jakości życia osób chorych oraz ich rodzin w sytuacji problemów, z jakimi się stykają w związku z chorobą, która ogranicza życie. Poprawę jakości życia pacjentów uzyskuje się poprzez wprowadzenie środków zapobiegawczych łagodzących cierpienie, wczesne wykrywanie, ocenę i leczenie objawów bólowych, i innych fizycznych objawów oraz uciążliwych dla pacjentów problemów psychicznych, socjalnych i duchowych [4].

Według literatury przedmiotu hospicjum jest instytucją społeczną, która ma na celu stworzenie takich warunków osobom chorym terminalnie i ich bliskim, by mogli poradzić sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi, których pokonanie nie byłoby możliwe w sytuacji dysponowania jedynie własnymi środkami, możliwościami oraz uprawnieniami [5].

Dzisiejsza opieka hospicyjna jest definiowana jako forma opieki skupiająca się na zaspokajaniu wszelakich potrzeb osoby terminalnie chorej. Zaspakajając potrzeby pacjentów, szczególną uwagę zwraca się na troskę o usuwanie oraz łagodzenie dokuczliwych dolegliwości somatycznych i na udzielaniu pomocy przy rozwiązywaniu codziennych problemów psychicznych, socjalnych, duchowych [3].

Hospicjum jest specyficzną instytucją społeczną, która w ramach swoich działań obejmuje rzeczywistość osoby chorej oraz jej otoczenia, również kadry zatrudnionej w ochronie zdrowia. Podstawowym celem w opiece hospicyjnej jest integralna opieka zarówno medyczna, jak i emocjonalno - duchowa, dla zapewnienia możliwie najlepszej jakości życia osoby chorującej oraz dla jej bliskich. W ramach prowadzonych działań zawarte są czynności przeciwdziałające bólowi, niwelowanie dokuczliwych objawów w okresie terminalnym choroby, jak również łagodzenie dyskomfortu pojawiającego się w obliczu nadchodzącej śmierci. Opieka hospicyjna prowadzona jest według modelu holistycznego, którego istotą jest zaspokojenie, w możliwie największym zakresie, jak najbardziej szerokiego wachlarza potrzeb pacjenta i jego najbliższych [5].

Za cel opieki hospicyjnej uważa się pomoc udzielaną osobom chorym śmiertelnie oraz ich bliskim, w takim zakresie, by umożliwić im godne życie. Współcześnie hospicjum jest rozumiane jako program lub też placówka mająca za zadanie zaspokajanie potrzeb psychicznych zarówno tych społecznych, jak i fizycznych chorych umierających. Jest to nie tylko miejsce, ale cała filozofia dotycząca opieki nad osobami cierpiącymi oraz umierającymi. Organizacja hospicjum i jego charakter uzależniony jest od tego, w jakiej kulturze danego społeczeństwa i w jakich warunkach społeczno-ekonomicznych hospicjum jest utworzone oraz od nabywanych doświadczeń [6].

Opieka paliatywna skierowana jest do osób, u których choroba rozwinęła się do poziomu terminalnego stanu, w którym z dnia na dzień następuje poważne pogorszenie się stanu zdrowia chorego, zwłaszcza utraty sił, apetytu oraz świadomości [6].

Wszystkie działania personelu hospicjum skupiają się wokół podstawowych, ściśle określonych, zadań zawartych w wytycznych [7]. Zadania te reguluje dyrektywa 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej, przyjęta przez

Komitet Ministrów 12 listopada 2003 r. na 860 Konferencji Zastępców Ministrów Rady Europy, Abedik [7].

Według powyższej dyrektywy, Hospicjum realizuje określone zadania [7]:

- stosować strategie przynoszące ulgę w odczuwaniu bólu oraz innych objawów niepokojących;
- podtrzymywać wiarę w życie i wspomagać godzenie się ze śmiercią, jako naturalnym procesem;
- w swoich działaniach nie dążyć do przyspieszania i opóźniania śmierci;
- zwracać uwagę na łączenie w opiece nad pacjentem czynników psychologicznych oraz duchowych;
- nieść wsparcie, by ułatwiać na miarę możliwości aktywne korzystanie z życia aż do momentu śmierci;
- być gotowym do wspierania osób bliskich pacjenta w trudnym okresie choroby oraz żałobie;
- dla zapewnienia całościowej opieki tworzyć zespoły interdyscyplinarne, by uwzględniając wszelkie potrzeby chorych i ich rodzin, w razie konieczności również w trudnym okresie żałoby;
- dążyć do poprawiania, jakości życia chorego, co przekłada się na przebieg jego choroby.

Niezwykle istotną kwestią jest wczesna pomoc oraz zastosowanie szerokiego wachlarza dostępnych terapii, które mają za zadanie przedłużanie życia (chemioterapia, radioterapia) oraz zastosowanie badań w zakresie niezbędnym do lepszego zdiagnozowania potrzeb oraz właściwej strategii postępowania w ciężkich postaciach powikłań w okresie zachorowania [8].

Pyszkowska J. prezentuje podejście odwołujące się do definicji Światowej Organizacji Zdrowia z 2002 roku, gdzie opieka paliatywna jest postępowaniem, które ma na celu dążenie do poprawy, jakości życia pacjentów oraz ich rodzin, w sytuacji doświadczania problemów wiążących się z chorobą nieuleczalną. W przedłożonej definicji podkreślono szczególnie znaczenie zapobieganiu, leczeniu bólu oraz niwelowaniu innych objawów fizycznych, oraz rozwiązywaniu problemów sfery psychosocjalnej i duchowej pacjenta. Skupiono się również na wielkomiarowości w ramach kondycji osoby wskazując, iż osiągnięcie maksymalnego poziomu jakości życia pacjenta, jak i jego rodziny jest ważnym finalnym celem działań terapeutycznych [9].

Odnosząc się do zagadnień związanych z organizacją opieki paliatywnej 24 Komitet Ministrów dla państw członkowskich Rady Europy w Rekomendacji z 2003 określa, iż opieka paliatywna (pallium – maska, płaszcz) jest formą opieki „maskującej” skutki choroby

nieuleczalnej, rozumiana jest jako otulenie płaszczem” osób osamotnionych w swojej chorobie, takich, dla których medycyna mająca za cel wyleczenie nie może już pomóc [10].

Za fenomen i rewolucyjność opieki hospicyjnej uważa się priorytetowe podejście do opieki nad tymi pacjentami, u których nie istnieje już szansa na powrót do zdrowia. Założeniem opieki w tym przypadku jest zapewnienie osobie umierającej możliwie najlepszego komfortu fizycznego oraz psychicznego, dzięki zapewnianiu systematycznego, opierającego się na solidnej pracy klinicznej, leczenia objawowego. Leczenie to ma na celu przeprowadzenie pacjenta przez niezwykle trudny terminalny okres choroby ze zminimalizowanymi dolegliwościami w taki sposób, by zachowana została godność osobista [11].

Opieka paliatywna na terenie naszego kraju realizowana jest w formach [12]:

- opieki ambulatoryjnej,
- domowej,
- stacjonarnej,
- w oddziale lub w hospicjum stacjonarnym.

Filozofia hospicjów nie zgadza się z przekonaniem, że umieranie jest to klęska chorego i jednocześnie personelu medycznego. Prowadzona w sposób właściwy opieka jest w stanie złagodzić dolegliwości oraz daje możliwość przygotowania się pacjenta i jego rodziny na śmierć. Instytucja hospicjum zapewnia choremu opiekę prowadzoną przez interdyscyplinarny zespół, który skupia się na wszystkich aspektach choroby (fizycznych, psychicznych, duchowych oraz społeczno-kulturowych). Z tego powodu istnieje konieczność, by w skład zespołów terapeutycznych, oprócz lekarzy, personelu pielęgniarskiego i opiekunów medycznych, byli włączani też psychologowie, terapeuci, pracownicy socjalni, osoby duchowne, fizjoterapeuci oraz wolontariusze. Chorzy leczeni przewlekłe bez oczekiwanych efektów doświadczają ogromnego bagażu emocji, który pociąga za sobą diagnozę. Borykają się z lękami w wymiarach: fizycznym, psycho-społeczno-ekonomicznym oraz duchowym [13.] Opieka hospicyjna opiera się na poszanowaniu autonomii chorego oraz opiece, która opiera się na nadziei. Ogół starań kadry opiekującej się chorym skupia się na zapewnieniu, możliwie najwyższej, jakości życia chorego. Istotne jest odpowiednie koordynowanie działań zespołu [14]. Nie należy pomijać potrzeb związanych z aktywizacją ruchową i psychiczną, co wpływa na poprawę funkcjonowania chorego i jakości jego życia [15].

Praca polegająca na opiece nad osobami umierającymi to zadanie odpowiedzialne i zarazem najtrudniejsza forma oddziaływań pomocowych. Osoba, która podejmuje się tak trudnego zadania, powinna odznaczać się nie tylko wysokimi kompetencjami zawodowymi, ale

również osobistymi predyspozycjami związanymi z życzliwością w kontaktach z chorym. Pielęgniarki i pielęgniarze zajmujący się człowiekiem umierającym, nieuchronnie wchodzą z nim w różnorakie interakcje, niekiedy o niezwykle intymnym charakterze, wymaga to ustawicznego fizycznego wysiłku, często połączonego również z wysiłkiem psychologicznym. Wszystkie wymienione aspekty są związane z poważnymi określonymi fizjologicznymi i psychologicznymi negatywnymi następstwami [16] i wpływają na personel opiekujący się [17].

Tak intensywne angażowanie się w pracę może być przyczyną utraty energii, pracownicy ochrony zdrowia ogniskują swoją uwagę na pomocy obejmującej człowieka jako całość, a zakres ich zadań wykracza daleko poza codzienne obowiązki zawodowe, wymaga bowiem współprzeżywanie doświadczeń chorego [18]. Śmierć jest stanem rzeczy wywołującym każdorazowo bardzo silne reakcje, nie tylko u chorego i jego rodziny, lecz również u całego zespołu interdyscyplinarnego, skutkując niejednokrotnie określonymi negatywnymi następstwami emocjonalnymi. Literatura w kwestii pracy w ramach opieki paliatywnej opisuje szeroko problematykę stresu doświadczanego w pracy z pacjentem umierającym. Szczególnie wnikliwie tej kwestii przypatrywała się de Walden-Galuszko [19].

Kanadyjski fizjolog i endokrynolog Hans Selye, uznawany za twórcę określenia „stres”, opracował koncepcję stresu rozumianą jako zespół zmian fizjologicznych powstałych wskutek oddziaływania na organizm bodźców awersyjnych. W ramach zespołu adaptacyjnego wyodrębnił chronologiczne takie fazy, jak:

- stadium reakcji alarmowej,
- stadium odporności,
- stadium wyczerpania [20].

Stres w zależności od indywidualnych predyspozycji może mieć wpływ mobilizujący (eustres) albo negatywny (distres). Eustres wpływa na osobę konstruktywnie i prowadzi do poprawy aktywności jednostki i jakości życia, natomiast wpływ distresu jest ujemny oraz szkodliwy i osłabiający. Termin „stres” zawiera zbiór reakcji skutkujących pobudzeniem psychofizjologicznym, w warunkach uznawanych za ekstremalne prowadzi do spowolnienia, zahamowania i zatrzymania funkcji całego systemu. Bodziec, który poprzedza reakcję nazywany jest stresorem [21].

Ciągły i intensywny stan obciążenia psychicznego pielęgniarzy i pielęgniarek wpływa nie tylko na jakość świadczonych usług medycznych, ale również na rozwój stresu zawodowego. Poważnym psychologicznym następstwem stresu jest występowanie zespołu wypalenia zawodowego [22].

Wypalenie zawodowe według B. Kolek określane jest jako: zespół objawów, które pojawiają się u osób wykonujących zawody, związane z bliskim kontaktem interpersonalnym, wymagających dużego zaangażowania się. U których cechy osobowości profesjonalisty są podstawowym instrumentem poczynań zawodowych decydujących, o jakości wykonywania danego zawodu oraz o sukcesach i porażkach zawodowych. Na rozwój wypalenia wpływają czynniki środowiskowe oraz cechy indywidualne jednostki. Do czynników środowiskowych należą stresory specyficzne (charakterystyczne dla danego zawodu) i niespecyficzne, powiązane z uwarunkowaniami makrospołecznymi oraz niedostatkami organizacyjnymi. To od osobistego poczucia skuteczności są uzależnione oceny jednostki, jeżeli dojdzie do generalizacji niepowodzeń, jednostka będzie miała poczucie niskiej skuteczności i nie będzie w stanie zrealizować wyidealizowanego modelu zawodowego jest brak jego modyfikacji stresorów poprzez aktywność zaradczą samego pracownika [23].

CEL PRACY

Celem pracy była próba oceny zapotrzebowania na wsparcie psychologiczne pracowników zatrudnionych w hospicjum w Białej Podlaskiej.

MATERIAŁ I METODY

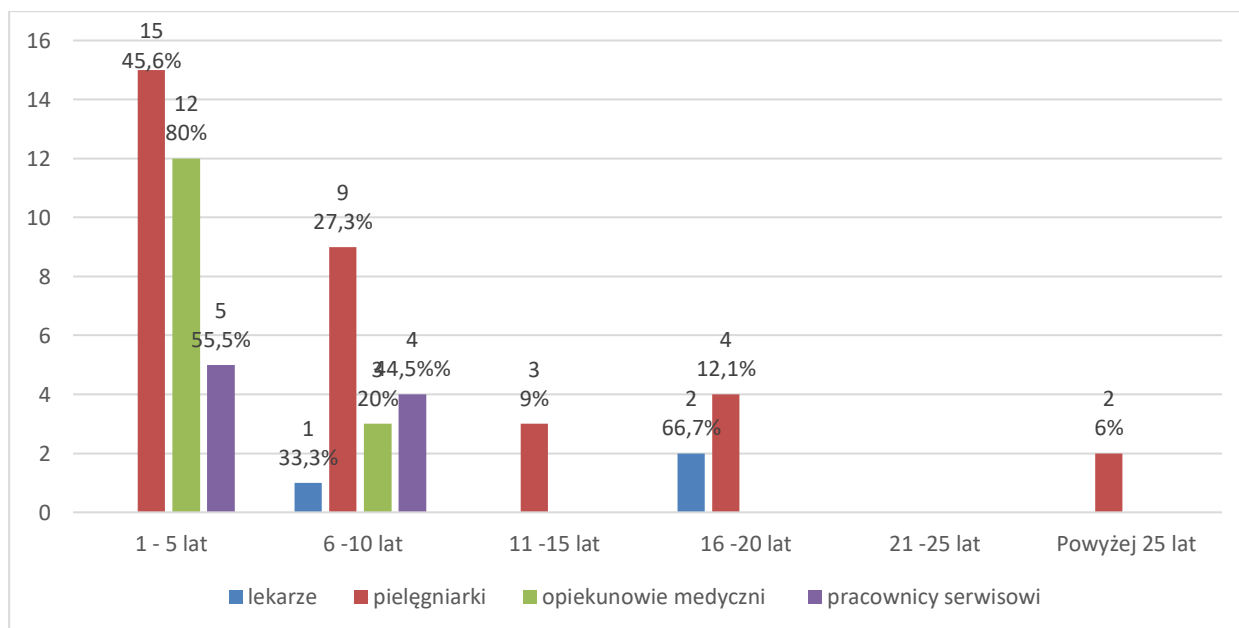
W badaniach uczestniczył personel w liczbie 60 osób pracujący w Hospicjum w Białej Podlaskiej. Dane zebrano za pomocą kwestionariusza ankiety opracowanego przez autora na potrzeby badania. Opracowana ankieta składa się z 28 pytań dotyczących: ogólnej charakterystyki badanej grupy, opinii na temat kwestii związanych z pracą w hospicjum, ze szczególnym uwzględnieniem emocji i postaw związanych ze śmiercią pacjenta. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. W pracy wykorzystano metodę badań ankietowych. Dla zweryfikowania hipotez, posłużono się rozkładem procentowym, który to zgodnie z zasadami statystyki, jest podstawową metodą opracowywania danych. Podano również wartości liczbowe. W analizie zastosowano nieparametryczny test niezależności Chi-kwadrat Pearsona.

WYNIKI

Na grupę badaną składają się lekarze (3-5%), pielęgniarki (31-51,7%), pielęgniarze (2-3,3%), opiekunowie medyczni (15-25%), pracownicy serwisowi (9-15%). Ankietowani to w

88,3% kobiety i w 11,6% mężczyźni. Największą grupę stanowią kobiety w wieku 41-50 lat-20 osób (33,3%), kobiet w wieku: 26-40 siedemnaście osób (28,3%), 21-25 dziesięć osób (16,7%) oraz w wieku powyżej 50 lat sześć osób(10%). Respondenci płci męskiej to w czterech przypadkach (6,7%) osoby w wieku 41-50 lat, jedna osoba w wieku 26-40 (1,7%) i jedna w wieku powyżej 50 lat (1,7%). Najliczniejszą grupę stanowią osoby z wykształceniem średnim dwadzieścia dwie kobiety (36,7%) i trzech mężczyzn. Wykształcenie respondentów na poziomie średnim deklarowało 36,7% kobiet i 5% mężczyzn. Wykształcenie wyższe licencjackie posiada 15% kobiet i 3,3% mężczyzn, wykształcenie licencjackie ze specjalizacją paliatywną deklaruje 13,3% kobiet. Poziom wykształcenia na poziomie magisterskim posiada 16,6% kobiet, magisterskie ze specjalizacją 5% kobiet spośród grupy badanej. Na obszarach wiejskich zamieszkuje 36,6% badanych, w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców 3,3% respondentów, natomiast z miast zamieszkiwanych przez 20-100 tys. mieszkańców 58,3%. Staż pracy badanych kobiet od 1 do 5 lat deklaruje 46,7%, od 6 do 10 lat 31,7%, staż od 16 do 20 lat posiada 6,7%, zaś powyżej 25 lat 5%.

Największą grupę ankietowanych stanowił personel pielęgniarski pracujący z pacjentami umierającymi od 1 do 15 lat (45,6%), z takim samym stażem odnotowano 80% opiekunów medycznych oraz 85,5% pracowników serwisowych. Od 6 do 10 lat to staż pracy 27,3% pielęgniarek, 44,5% pracowników serwisowych, 20% opiekunów medycznych, 33,1% lekarzy. Dłuższym stażem-16-20 lat legitymuje się 66,7% lekarzy i 12,1% pielęgniarek, 6% pielęgniarek to osoby pracujące z pacjentami paliatywnymi powyżej 25 lat.



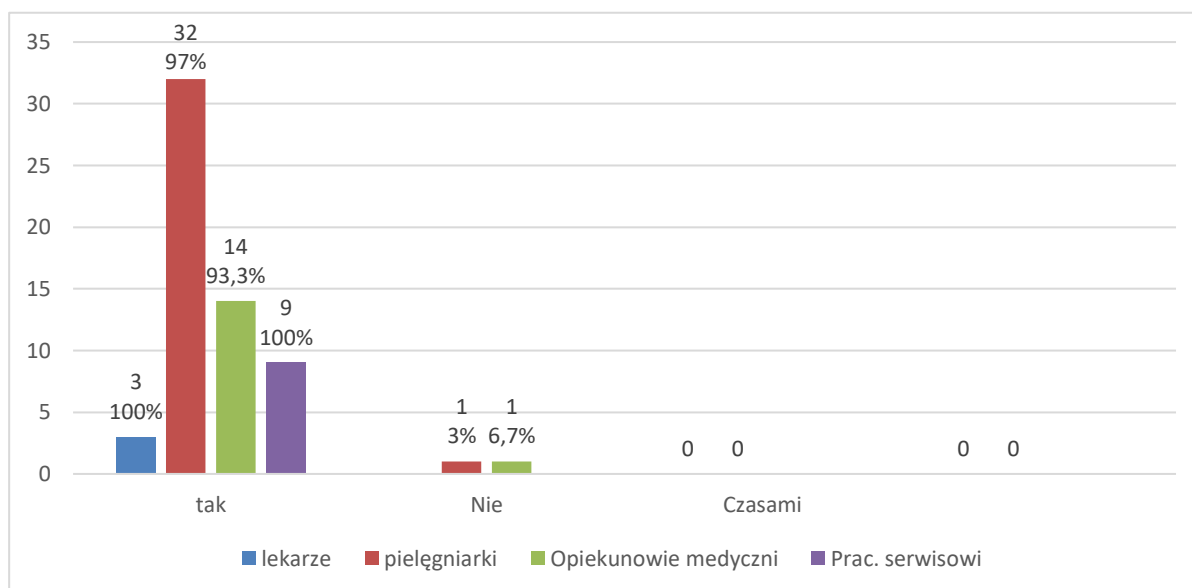
Rycina 1. Długość pracy w kontakcie z pacjentem umierającym

Do najczęstszych reakcji na śmierć pacjenta we wszystkich podgrupach badanych należy zrozumienie—akceptacja na taką reakcję wskazało 41,7% grupy badanej, w tym 36,4% pielęgniarek, 60% opiekunów medycznych oraz 44,5% pracowników serwisowych. Wspominanie chorego i myślenie o nim nawet po powrocie do domu to reakcja 38,3% ogółu badanych w tym: 66,7% lekarzy, 24,2% pielęgniarek, 40% opiekunów medycznych oraz 77,8% opiekunów medycznych. Potrzebę odpoczynku w następstwie reakcji na śmierć chorego zgłasza 28,3% ogółu badanych- 100% lekarzy, 86,7% opiekunów medycznych i 11,1% pracowników serwisowych. Na kolejnym miejscu ze względu na ilość wyborów respondentów (20% przy n =60) znajduje się przyzwyczajenie—oswojenie, tę reakcję wskazało 21,2% pielęgniarek, 13,3% opiekunów medycznych oraz 33,3% pracowników serwisowych. Zmianę postawy w stosunku do śmierci w reakcji na śmierć pacjenta deklarowało 20% badanych w tym: 27,3% pielęgniarek 20% opiekunów medycznych. Z dylematami moralnymi, polegającymi na zastanawianiu się czy zrobiłem, zrobiłam wszystko, co było możliwe boryka się 18,3% grupy- 66,7% lekarzy, 18,2% pielęgniarek, 20% opiekunów medycznych. Własne reakcje na śmierć pacjenta ukrywa 11,1% wszystkich respondentów (66,7% lekarzy, 3% pielęgniarek, 20% opiekunów medycznych, 7% pracowników serwisowych). Po 8,3% wskazań to reakcje polegające na płaczu (55,5% pracowników serwisowych), odczuwaniu potrzeby pożegnania się z chorym lub modlitwy (26,7% opiekunów medycznych, 11,1% pracowników serwisowych), zmęczenie (100% lekarzy, 6,7% opiekunów medycznych, 11,1% pracowników serwisowych). Na poszukiwanie sensu i wartości śmierci wskazało 12,1% pielęgniarek, co stanowi 6,7% grupy badanej. Kłopoty polegające na zaburzeniach koncentracji ze względu na refleksje na temat śmierci pacjenta ma 5% grupy badanej: 33,3% lekarzy, 6,1% pielęgniarek. Bezsensowność lub trudności w zasypianiu to reakcje 5% wszystkich badanych, w tym 33,3% lekarzy, 6,7% opiekunów medycznych, 11,1% pracowników serwisowych. Po jednej osobie (1,7%) wskazało na: brak akceptacji i chęć ukrycia się przed innymi, aby doświadczane reakcje były mniej nasilone.

Najczęstsza reakcja na śmierć pacjenta to przyjęcie informacji ze spokojem-73,3% badanych w tym: lekarze-33,3%, pielęgniarki -75,6%, opiekunowie medyczni-80%, pracownicy serwisowi-66,7%. Respondenci w 63,3% przypadków wskazali ulgę, że skończyło się cierpienie chorego (lekarze 66,7%, pielęgniarki 66,7%, opiekunowie medyczni 60%, pracownicy serwisowi 55,5%). Bezradność i bezsilność czuje 15% badanych w tym: 100%- lekarze, 3%-pielęgniarki, 13,3%-opiekunowie medyczni, pracownicy serwisowi 33,3%. Pograża się w modlitwie 11,7% ankietowanych (9,1% pielęgniarek, 26,7% opiekunów medycznych). Złość na panującą w świecie niesprawiedliwość czuje 10% badanych (33% lekarzy, 55,5% pracowników

serwisowych). Po 5% wskazań to: smutek, przygnębienie (33,3%- lekarze, 13,3% opiekunowie medyczni), ulga po śmierci trudnego pacjenta (opiekunowie medyczni-33,3%, pracownicy serwisowi-13,3%), lęk o najbliższych (33,3%- lekarze, 3%- pielęgniarki, 11,1% pracownicy serwisowi). Jedna osoba czuje rozdrażnienie (1,7%).

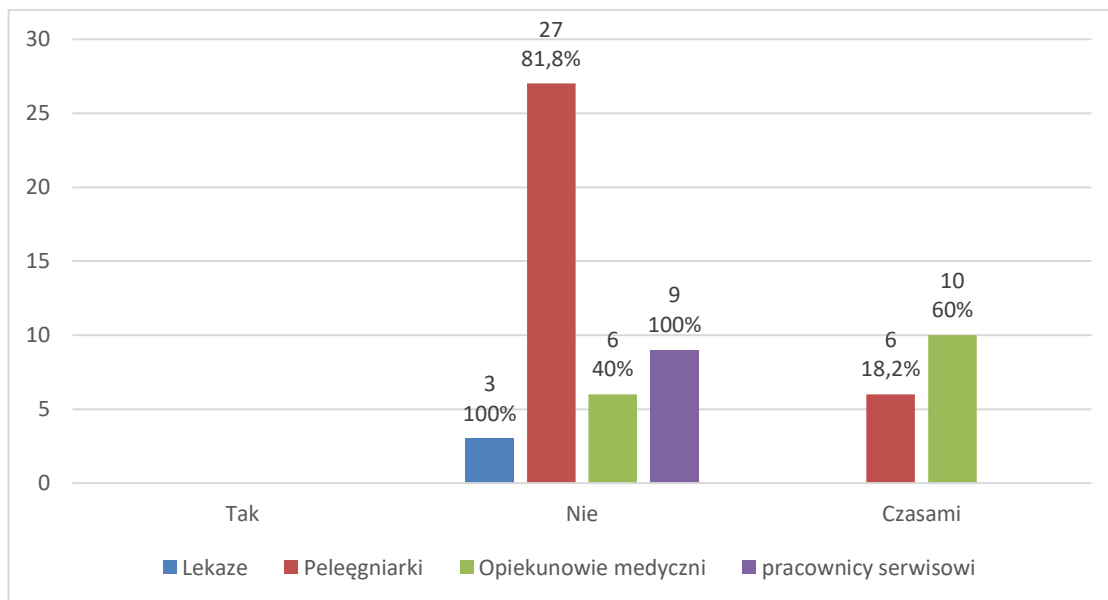
Umiejętność opanowania emocji w kontakcie z pacjentem umierającym deklaruje 100% lekarzy, 100% pracowników serwisowych, 97% pielęgniarek, 93,3% opiekunów medycznych. Tylko po jednej osobie spośród pielęgniarek (3%) i opiekunów medycznych (6,7%) nie posiada umiejętności opanowania emocji w kontakcie z pacjentem umierającym.



Rycina 2. Umiejętność opanowania emocji w kontakcie z pacjentem umierającym

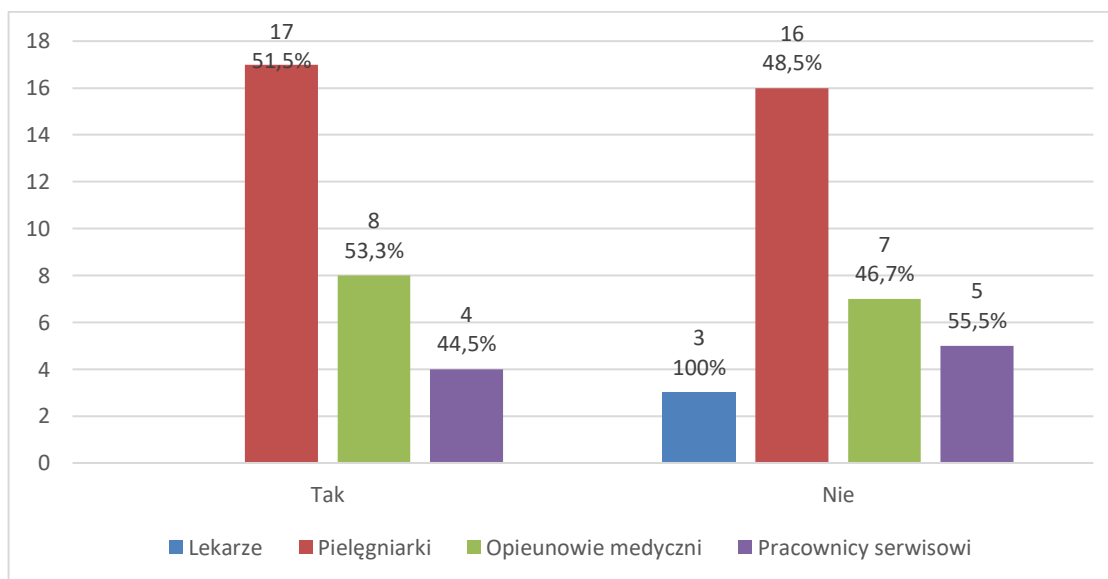
Respondenci w 45% radzą sobie ze śmiercią pacjenta poprzez koncentrowanie się na własnych emocjach, by poradzić sobie z nieprzyjemnym uczuciem. Taki sposób wybrało 66,7% lekarzy, 51,5% pielęgniarek, 26,7% opiekunów medycznych, 44,5% pracowników serwisowych. Szukanie rozwiązań problemów, pomocnych informacji i aktywne wpływanie na zmianę sytuacji wybrało 33,3% lekarzy, 36,4% pielęgniarek, 66,7% opiekunów medycznych, 55,5% pracowników serwisowych. Jeden opiekun medyczny (6,7%) radzi sobie ucieczką od nieprzyjemnego zdarzenia.

Większość grupy badanej to osoby, które nie unikają kontaktu z rodziną pacjenta umierającego (100% lekarzy, 81,8% pielęgniarek, 40% opiekunów medycznych, 100% pracowników serwisowych). Czasami kontaktu unika 60% opiekunów medycznych i 18,2% pielęgniarek.



Rycina 3. Unikanie kontaktu z rodziną pacjenta umierającego

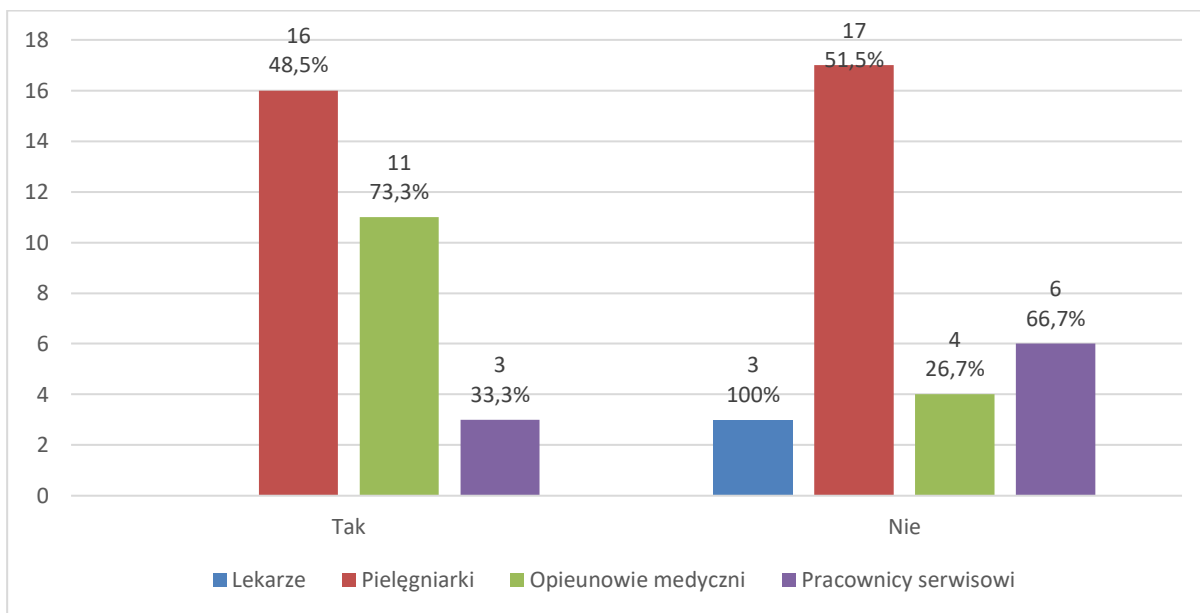
Respondenci uznali, iż codzienny kontakt z pacjentem umierającym wpływa na oswojenie się ze śmiercią (51,5% pielęgniarek, 53,3% opiekunów medycznych, 44,5% pracowników serwisowych). Czasami odczuwa ten wpływ 18,2% pielęgniarek i 60% opiekunów medycznych.



Rycina 4. Wpływ codziennego kontaktu z pacjentem umierającym na oswojenie się ze śmiercią

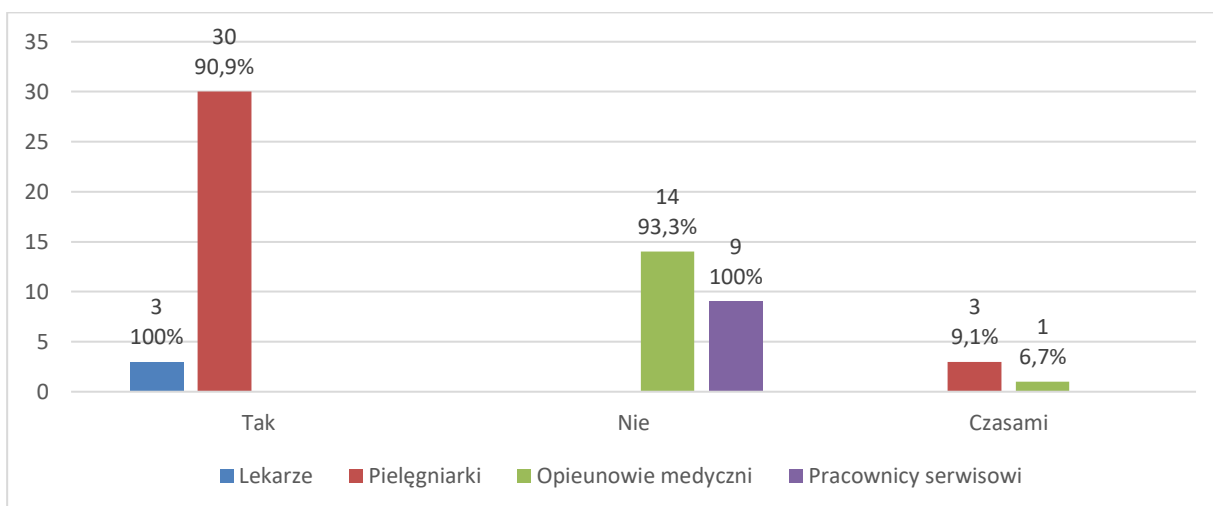
Respondenci są zdania, iż codziennego obcowania ze śmiercią ma wpływ na rutynowe podejście do zgonu pacjenta. Takiego zdania jest 73,3% opiekunów medycznych, 48,5%

pielęgniarek i 33% pracowników serwisowych. Brak wpływu deklaruje 100% lekarzy, 51,5% pielęgniarek, 66,7% pracowników serwisowych i 26,7% opiekunów medycznych.



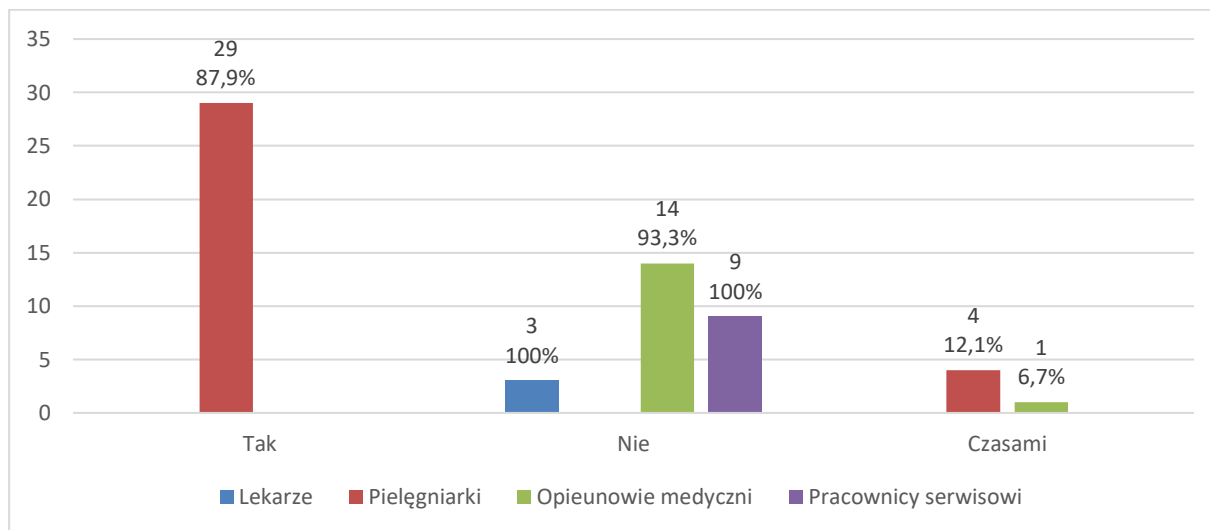
Rycina 5. Wpływ zawodowego codziennego obcowania ze śmiercią będące codziennością na rutynowe podejście do zgonu pacjenta

Informacje o śmierci pacjenta przekazuje rodzinie pacjenta 100% lekarzy i 90,9% pielęgniarek, nie robią tego pracownicy serwisowi i 93,3% opiekunów medycznych, czasami takie informacje przekazuje 9,1% pielęgniarek i 6,7% opiekunów medycznych.



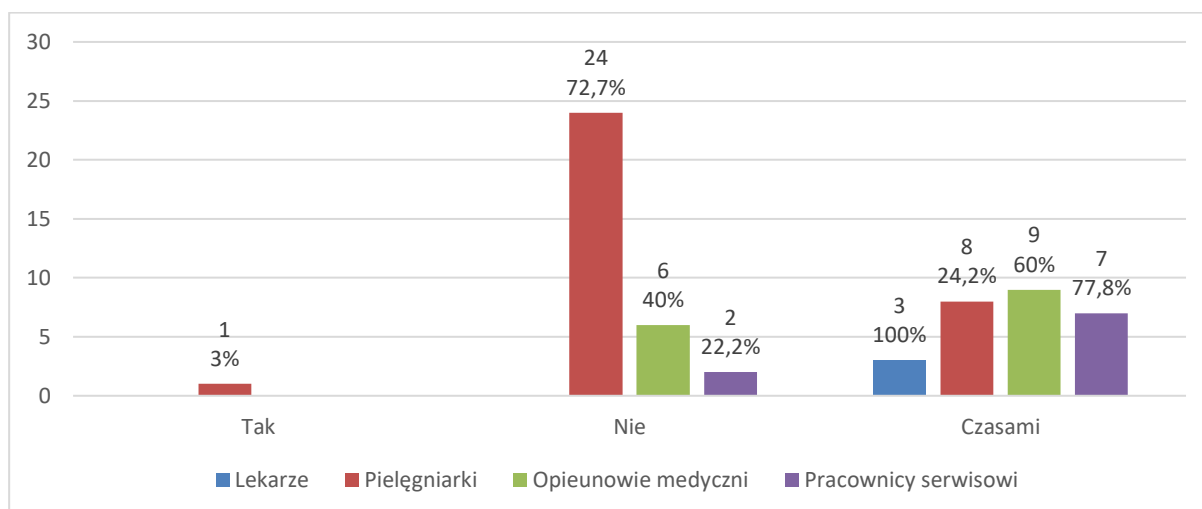
Rycina 6. Przekazywanie rodzinie informacji o śmierci pacjenta

Lęk w obliczu śmierci pacjenta odczuwa 87,9% pielęgniarek, brak leku deklaruje 100% lekarzy, 93,3% opiekunów medycznych i 100% pracowników serwisowych. Czasami lek odczuwa 12,1% pielęgniarek i 6,7% opiekunów medycznych.



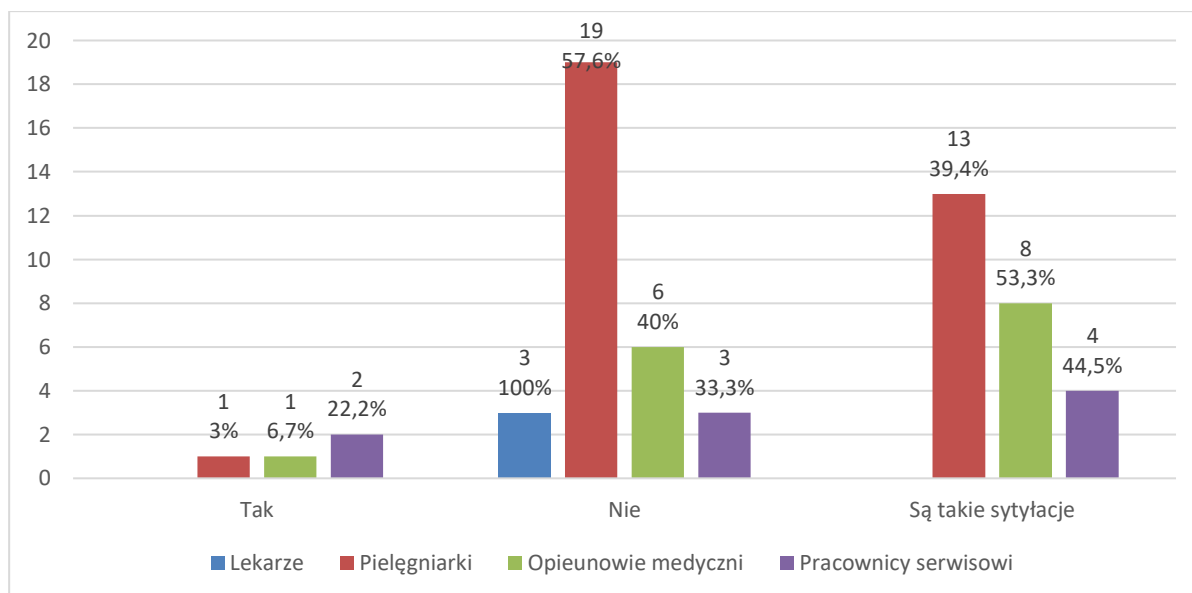
Rycina 7. Odczuwanie lęku w obliczu śmierci pacjenta

Według respondentów czasami śmierć pacjenta wpływa na nastrój w pracy tak twierdzi 100% lekarzy, 60% opiekunów medycznych, 77% pracowników serwisowych i 12,2% pielęgniarek. Brak takiego wpływu stwierdziły pielęgniarki w 72,7%, opiekunowie medyczni w 40% i 22% pracowników serwisowych.



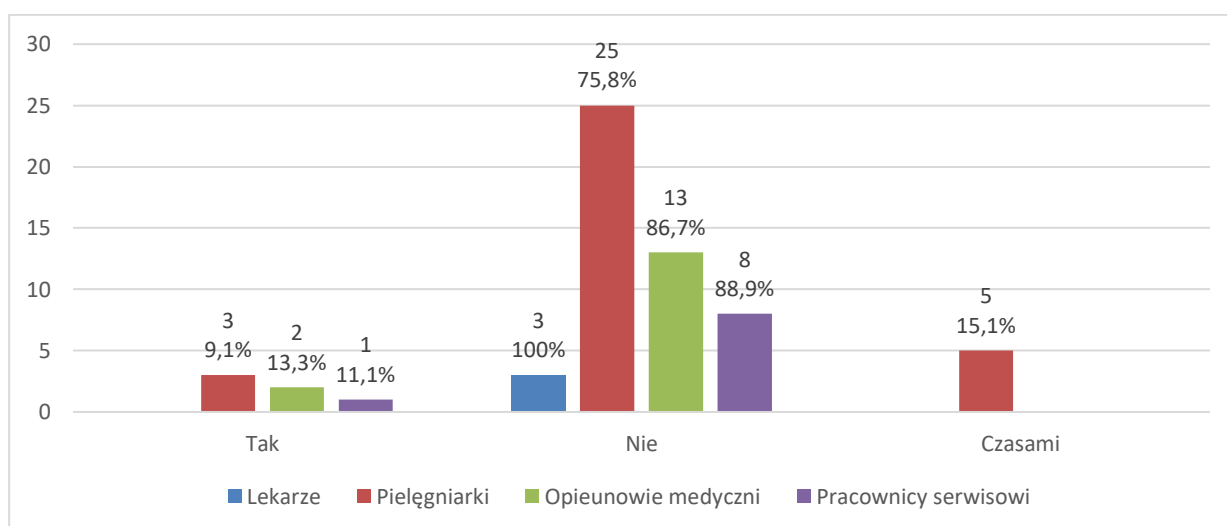
Rycina 8. Wpływ śmierci pacjenta na nastrój w czasie pracy

Płaczem reaguje na śmierć pacjenta 22% pracowników serwisowych, 6,7% opiekunów medycznych i 3% pielęgniarek. Brak takiej reakcji deklarują lekarze w 100%, 40% opiekunów medycznych, 57,6% pielęgniarek, 33,3% pracowników serwisowych. Czasami do takiej sytuacji dochodzi w przypadku 39,4% pielęgniarek, 53,3% opiekunów medycznych i 44,5% pracowników serwisowych.



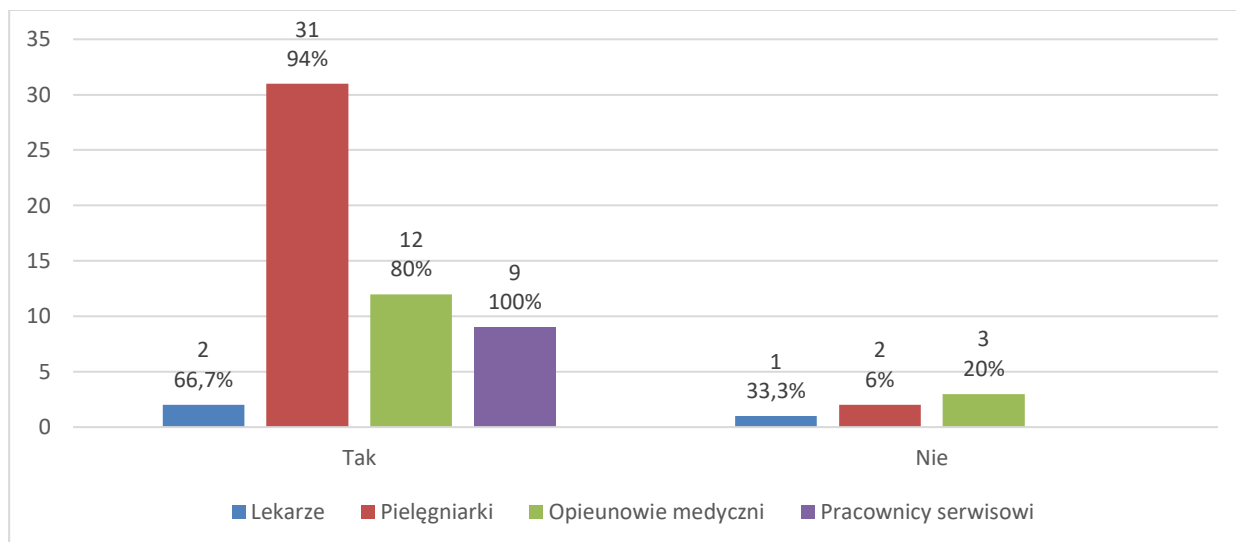
Rycina 9. Płacz w reakcji na śmierć pacjenta

Obojętnością reaguje 13,3% opiekunów medycznych, 11,1% pracowników serwisowych, 9,1% pielęgniarek, czasami 15,1% pielęgniarek. Brak obojętności deklaruje 100% lekarzy, 88,9% pracowników serwisowych, 86,7% opiekunów medycznych i 75,8% pielęgniarek.



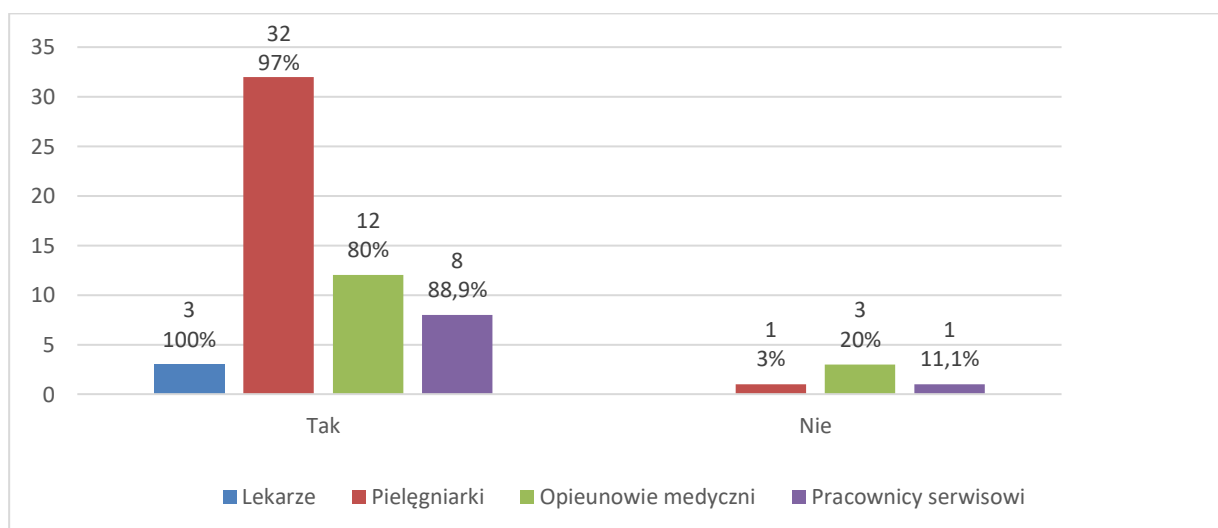
Rycina 10. Odczuwanie obojętności w obliczu śmierci pacjenta.

Większość respondentów widzi potrzebę zatrudnienia w hospicjum psychologa, wspierającego personel oddziału (100% opiekunów medycznych, 94% pielęgniarek, 80% opiekunów medycznych i 66,7% lekarzy). Takiej potrzeby nie widzi 33% lekarzy, 20% opiekunów medycznych i 6% pielęgniarek.



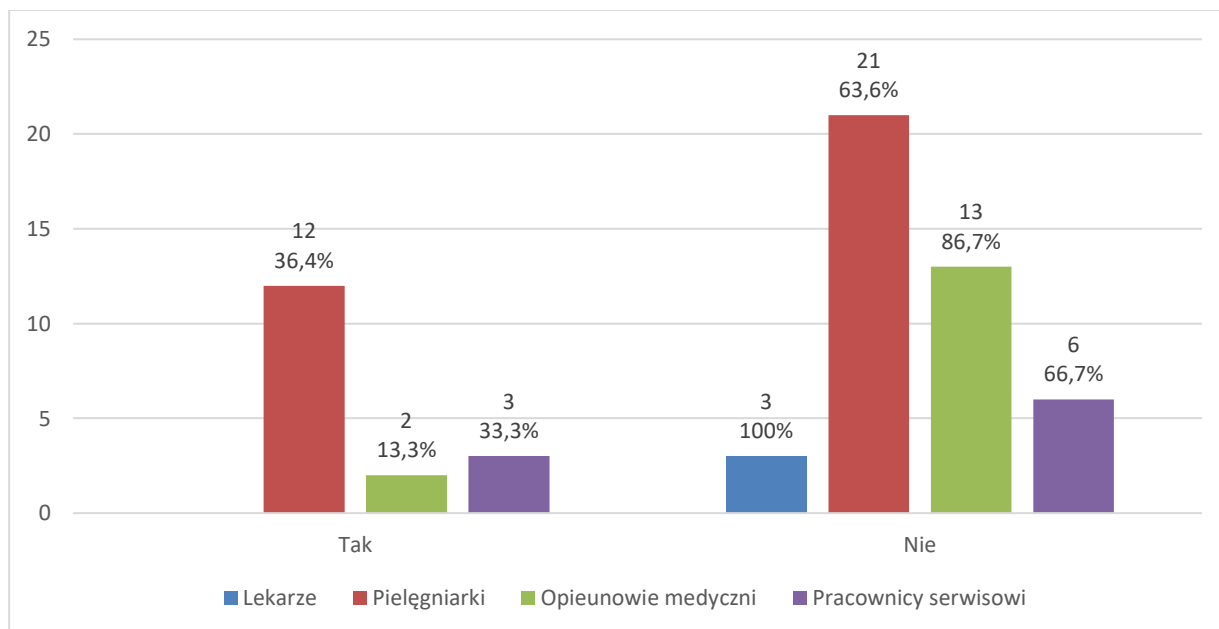
Rycina 11. Zdanie na temat potrzeby zatrudnienia w hospicjum psychologa, wspierającego personel oddziału

Szkolenia personelu z zakresu umiejętności udzielania wsparcia rodzinie zmarłego pacjenta potrzebne są zdaniem 100% lekarzy, 97% pielęgniarek, 88,9% pracowników serwisowych i 80% opiekunów medycznych.



Rycina 12. Ocena zapotrzebowania na szkolenia personelu z zakresu umiejętności udzielania wsparcia rodzinie zmarłego pacjenta

Warsztaty z psychologiem z zakresu umiejętności na temat radzenia sobie ze stresem potrzebne są zdaniem 36,4% pielęgniarek, 33,3% pracowników serwisowych i 13% opiekunów medycznych. Lekarze nie widzą takiej potrzeby, tak jak 86,7% opiekunów medycznych, 63,6% pielęgniarek, 66,7% pracowników serwisowych.

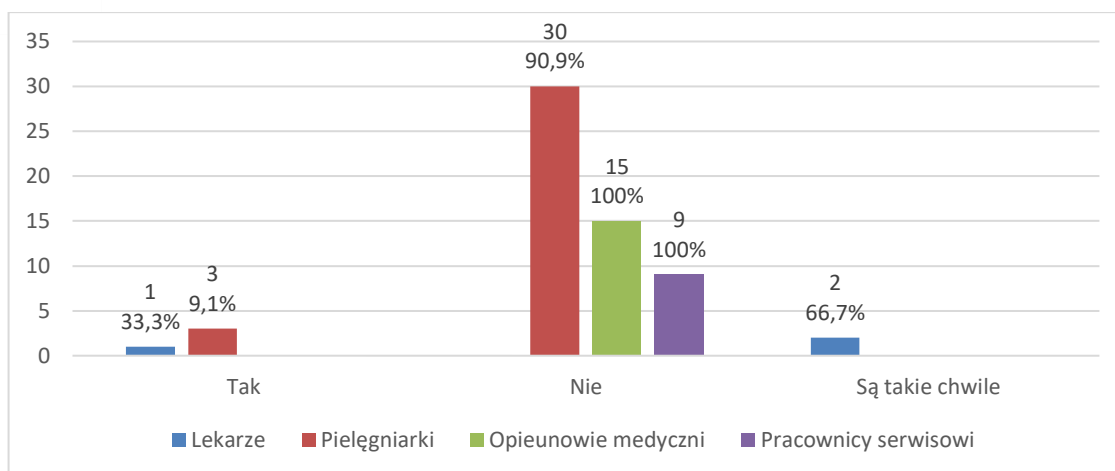


Rycina 13. Ocena zapotrzebowania na warsztaty z psychologiem na temat radzenia sobie ze stresem wywołanym kontaktem ze śmiercią

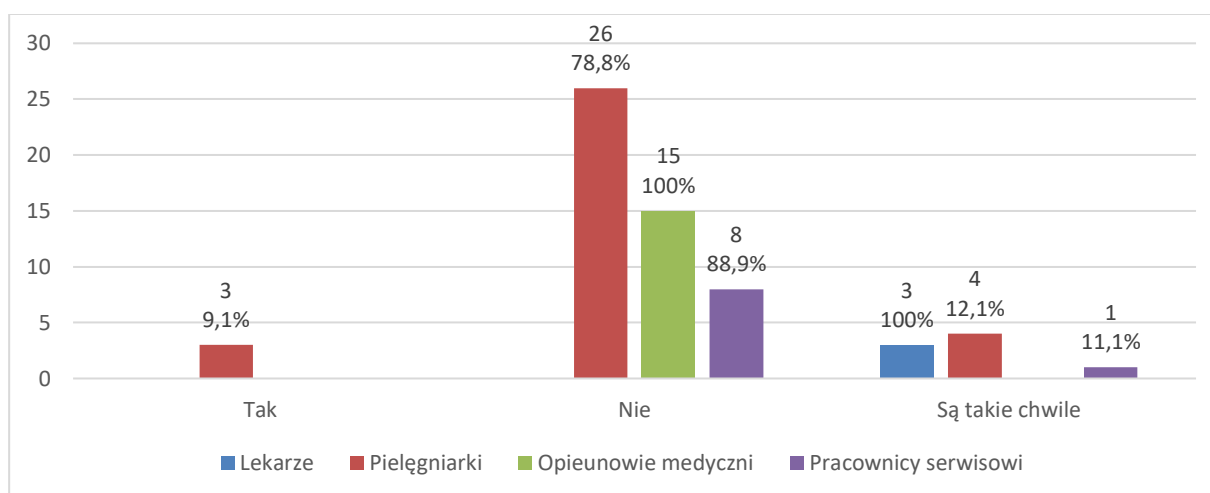
Nad zmianą miejsca pracy na skutek ciągłego kontaktu z pacjentem umierającym i śmiercią zastanawia się 33,13% lekarzy i 9,1% pielęgniarek, czasami mają takie myśli lekarze (66,7%). Większość osób zatrudnionych w „Szpitalu domowym” nie rozważa zmiany pracy (100% pracownicy serwisowi, 100% opiekunowie medyczni, 90,9% pielęgniarki). Wyniki obrazuje Ryc. 14.

Stany depresyjne w związku z pracą zawodową na terenie hospicjum stwierdza 9,1% pielęgniarek, takie sytuacje czasami występują u 100% lekarzy, 12,1% pielęgniarek, 11,1% pracowników serwisowych. Takie stany nie występują w przypadku 78,8% pielęgniarek, 100% opiekunów medycznych, 88,9% pracowników serwisowych (Ryc. 15).

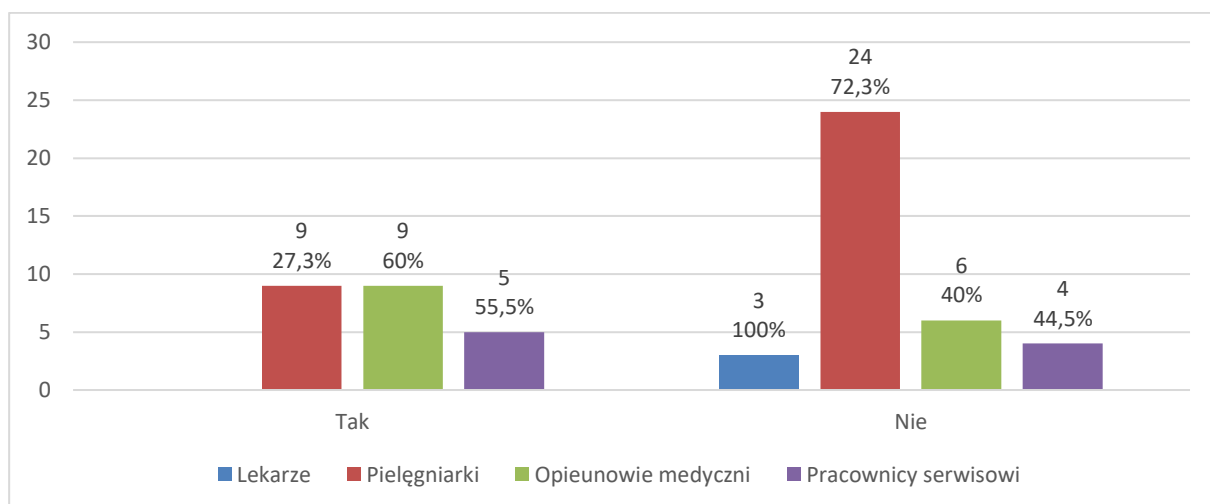
Pracodawcy zapewniają możliwość korzystania z pomocy psychologa zdaniem 27,3% pielęgniarek, 55,5% pracowników serwisowych, 60% opiekunów medycznych. Zdaniem 100% lekarzy i 72,3% pielęgniarek, 44,5% pracowników serwisowych, 40% opiekunów medycznych nie ma zapewnionej takiej możliwości (Ryc. 16).



Rycina 14. Wpływ ciągłego kontaktu z pacjentem umierającym i śmiercią na rozważanie zmiany miejsca pracy



Rycina 15. Występowanie stanów depresyjnych w związku z pracą zawodową na terenie hospicjum



Rycina 16. Zapewnianie przez pracodawcę możliwości korzystania z pomocy psychologa

Analiza nie wykazała istotnego wpływu stażu pracy na oswojenie się ze śmiercią, w przypadku lekarzy i pielęgniarek.

DYSKUSJA

Pracownicy hospicjum bez względu na wykształcenie i zajmowane stanowisko przeżywają wiele traumatycznych sytuacji w obszarze relacji z pacjentem umierającym. Wyniki analizy przeprowadzonej na potrzeby niniejszej pracy pokazują, że śmierć chorych nie jest obojętna dla ich opiekunów [24].

Praca z pacjentem umierającym związana jest ze współtowarzyszeniem w jego doświadczeniach oraz zmianach dotyczących wielu płaszczyzn funkcjonowania. Pacjent hospicyjny odczuwa „ból totalny”, choroba ma wpływ na funkcjonowanie somatyczne, społeczne, a także duchowe i emocjonalne. Zarówno w kontaktach z chorym, jak i jego bliskimi personel hospicyjny doświadcza różnorodnych przeżyć i uczuć, które to mogą utrudniać pracę na rzecz pacjenta. Badania publikowane przez M. Kowalczyk ukazują, że pielęgniarki pracujące na oddziałach paliatywnych i hospicjach wykazują się dość dużą odpornością na stres powiązany z pracą i umieraniem pacjentów [25].

Z badań własnych wynika, że, umiejętność opanowania emocji w kontakcie z pacjentem umierającym deklaruje 100% lekarzy, 100% pracowników serwisowych, 97% pielęgniarek, 93,3% opiekunów medycznych. Respondenci w 45% radzą sobie ze śmiercią pacjenta poprzez koncentrowanie się na własnych emocjach, by poradzić sobie z nieprzyjemnym uczuciem. Taki sposób wybrało 66,7% lekarzy, 51,5% pielęgniarek, 26,7% opiekunów medycznych, 44,5% pracowników serwisowych. Szukanie rozwiązań problemów, pomocnych informacji i aktywne wpływanie na zmianę sytuacji wybrało 33,3% lekarzy, 36,4% pielęgniarek, 66,7% opiekunów medycznych, 55,5% pracowników serwisowych. Jeden opiekun medyczny (6,7%) radzi sobie ucieczką od nieprzyjemnego zdarzenia.

Bardzo obciążające jest też poczucie straty odczuwane przez personel, gdy chory umiera. Zdarzają się sytuacje, gdzie śmierć pacjenta wyzwała w pracowniku hospicjum stan żałoby, czy też objawy przypominające te w wyniku śmierci osoby bliskiej. Bardzo często personel hospicjum nie daje sobie prawa do przeżycia żałoby po chorym zmarłym lub zsuwa osobiste przeżycia na plan dalszy [25].

Badania własne wykazały, iż lęk w obliczu śmierci pacjenta odczuwa 87,9% pielęgniarek, brak leku deklaruje 100% lekarzy, 93,3% opiekunów medycznych i 100% pracowników serwisowych. Czasami lęk odczuwa 12,1% pielęgniarek i 6,7% opiekunów medycznych. Według

respondentów niejednokrotnie śmierć pacjenta wpływa na nastrój w pracy-tak twierdzi 100% lekarzy, 60% opiekunów medycznych, 77% pracowników serwisowych i 12,2% pielęgniarek. Brak takiego wpływu stwierdziły pielęgniarki w 72,7%, opiekunowie medyczni w 40% i 22% pracowników serwisowych.

Ciągła praca na rzecz osób umierających jest pełna sytuacji stresujących. Stresorami mogą być problemy pacjenta i jego rodziny, jak również przeżycia wynikające z postawy pielęgniarki w odniesieniu do różnych elementów pracy [26].

Z analizy badań własnych wynika, że długotrwałe przygnębienie z powodu śmierci pacjenta odczuwa czasami 27,3% pielęgniarek, 6,7% opiekunów medycznych i 11,1% pracowników serwisowych. Pozostali respondenci nie odczuwają przygnębienia. Płaczem na śmierć pacjenta reaguje 22% pracowników serwisowych, 6,7% opiekunów medycznych i 3% pielęgniarek. Taka reakcja nie towarzyszy lekarzom w 100%, 40% opiekunom medycznym, 57,6% pielęgniarkom, 33,3% pracownikom serwisowym. Czasami do takiej sytuacji dochodzi w przypadku 39,4% pielęgniarek, 53,3% opiekunów medycznych i 44,5 % pracowników serwisowych. Wspominanie chorego i myślenie o nim nawet po powrocie do domu to reakcja 38,3% ogółu badanych w tym: 66,7% lekarzy, 24,2% pielęgniarek, 40% opiekunów medycznych oraz 77,8% opiekunów medycznych. Bezradność i bezsilność czuje 15% badanych, w tym: 100%- lekarze, 3%- pielęgniarki, 13,3% opiekunów medycznych oraz 33,3% pracowników serwisowych.

Śmierć pacjenta można uznać za wydarzenie krytyczne, które wywołuje reakcje stresowe i może powodować zaburzenia. Hospicjum to miejsce, gdzie śmierć jest zjawiskiem często postrzeganym, które prowadzi do napięcia psychicznego, emocjonalnego i stresu. Sposobem na pomoc pracownikom hospicjów na radzenie sobie ze śmiercią pacjentów jest organizowanie grup wsparcia. Znaczące jest właściwe przygotowanie do pomocy umierającym [26].

Większość przebadanych respondentów widzi potrzebę zatrudnienia w hospicjum psychologa, wspierającego personel oddziału (100% opiekunów medycznych, 94% pielęgniarek, 80% opiekunów medycznych i 66,7% lekarzy). Takiej potrzeby nie widzi 33% lekarzy, 20% opiekunów medycznych i 6% pielęgniarek. Potrzebę spotkań z psychologiem widzi 66,7% lekarzy, 20% opiekunów medycznych, 66,7% pielęgniarek i 11,1 % pracowników serwisowych. Czasami tak czuje 33,3% lekarzy, 66,7% pielęgniarek, 60% opiekunów medycznych i 77,8% pracowników serwisowych. Takich spotkań nie potrzebuje 12,1% pielęgniarek, 40% opiekunów medycznych i 11,1% pracowników serwisowych. Szkolenia personelu z zakresu umiejętności udzielania wsparcia rodzinie zmarłego pacjenta potrzebne są zdaniem 100% lekarzy, 97% pielęgniarek, 88,9 % pracowników serwisowych i 80% opiekunów medycznych. Warsztaty z

psychologiem z zakresu umiejętności na temat radzenia sobie ze stresem potrzebne są zdaniem 36,4% pielęgniarek, 33,3 % pracowników serwisowych i 13% opiekunów medycznych. Lekarze nie widzą takiej potrzeby, tak jak 86,7% opiekunów medycznych, 63,6% pielęgniarek, 66,7% pracowników serwisowych. Pracodawcy zapewniają możliwość korzystania z pomocy psychologa zdaniem 27,3% pielęgniarek, 55,5% pracowników serwisowych, 60% opiekunów medycznych. Zdaniem 100% lekarzy i 72,3% pielęgniarek, 44,5% pracowników serwisowych, 40% opiekunów medycznych nie ma zapewnionej takiej możliwości.

De Walden-Gałuszko wskazuje na liczne przykłady czynników, które wywołują nasilenie reakcji po śmierci chorego, zakładając występowanie syndromu przeżycia w odniesieniu do śmierci pacjenta, z którym nawiązano więź emocjonalną. Osoba pracująca w hospicjum może mieć silne poczucie winy [24]. Podobne wnioski wysuwa E. Gregorasz stwierdzając, że przerwanie więzi może powodować stan podwyższonego lęku oraz niepokoju o życie własne i najbliższych [26].

Na podstawie zgromadzonego materiału badawczego sformułowano następujące wnioski:

- Poczucie straty po śmierci chorego to szereg reakcji doświadczonych przez pracowników hospicjum w sferze emocjonalnej, poznawczej oraz somatyczno- behawioralnej.
- Staż pracy nie wpływa w sposób istotny na oswojenie się ze śmiercią.
- Osoby z wykształceniem wyższym posiadają lepszą umiejętność radzenia sobie z emocjami wywołanymi śmiercią pacjenta.
- Obcowanie ze śmiercią nie zyskuje rutynowego charakteru i nie staje się jednym z elementów życia codziennego pracowników hospicjum.
- Proces osvajania się ze śmiercią dokonuje się za pomocą różnorodnych mechanizmów redukujących stres i strach podczas obcowania ze śmiercią, a także dzięki procedurom obowiązującym w hospicjum oraz pomocy bliskich osób i rodzin personelu.
- Pracownicy deklarują potrzebę szkoleń w zakresie radzenia ze stresem.

PIŚMIENNICTWO

1. Bartoszek A.: Opieka paliatywna w ujęciu historycznym [w:] Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej. Księgarnia Św. Jacka, Katowice 2000: 78.
2. Boloz W.: Bioetyka i prawa człowieka. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2007.

3. Brzeziński J.M., Cierpiałkowska L. (red. naukowa): Zdrowie i choroba. Problemy diagnozy, teorii i praktyki. Wydawnictwo GWP, Gdańsk 2008.
4. Buczkowski K., Krajnik M.: Opieka Paliatywna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
5. Czerwik-Kulpa M.: Oczekiwania chorych z bólami nowotworowymi i stopień ich zaspokojenia w warunkach opieki paliatywnej. *Psychoonkologia* 2009; 1-2: 11-16.
6. Ćwirko K., Pawłowska A., Orońska A.: Rola psychologa w zespole opieki paliatywnej [w:] Hospicjum w służbie umierającym. VI Konferencja Naukowa. Częstochowa 2002: 128,131
7. Dolańska-Zygmunt G.: Podstawy psychoonkologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2001.
8. Dudek B., Merecz D., Makowska Z.: Poczucie pracy a poziom stresu zawodowego i związane z nim skutki. *Medycyna Pracy* 2001; 52(6): 451-457.
9. Fengler J.: Pomaganie męczy. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
10. Formański J.: Psychologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
11. Frys Johnston T.: Etyka w praktyce pielęgniarskiej. Makmed, Lublin 2009.
12. Hazon B.: Stres. Wydawnictwo WAB, Warszawa 2004.
13. Huber L.: Style adaptacyjne do sytuacji stresowych w różnych grupach wiekowych, a choroby cywilizacyjne XXI wieku. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2010; 91(2): 268-275.
14. Instrukcja Nr 9/81 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 września 1981 r. w sprawie zapewnienia posług religijnych chorym przebywającym w szpitalach, sanatoriach i domach pomocy społecznej resortu zdrowia i opieki społecznej (Dz. Urz. MZiOS Nr 9 poz. 35).
15. Łuczak J., Kotlińska-Iemieszek A.: Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna. *Nowiny Lekarskie* 2011; 80(1): 3–15.
16. Ogryzko- Wiewiórowska M.: Hospicjum. *Pielęgniarstwo* 2000; 1(48): 43.
17. Pyszkowska J.: Od hospicjum do medycyny paliatywnej [w:] Opieka hospicyjna – jak odnaleźć siebie w nowej rzeczywistości. IX Konferencja Naukowa, Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Częstochowa 2005:160.
18. Pyszora A., Graczyk M.: Rehabilitacja w opiece paliatywnej. *Polska Medycyna Paliatywna* 2006; 5(2): 82-85.
19. Siemiński M., Nitka-Siemińska A., Nyka M.W.: Zespół wypalenia. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2007; 1(1): 45-49.
20. De Walden- Gałuszko K.: Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Wydawnictwo UG, Gdańsk 1992.
21. Kolek B.: Sens życia i umierania. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2009.

22. Rogala-Pawelczyk G., Walenciuik R.: Pielęgniarka i położna – zawody ryzyka. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2007: 6-7.
23. Sęk H.: Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej [w:] Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2009: 83-112.
24. Wilczek-Różycka E.: Wypalenie zawodowe a empatia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
25. De Walden-Gałuszko K., Gaworska-Krzemińska A.: Opieka Paliatywna. Wydawnictwo Elsevier Urban& Partner, Wrocław 2007.
26. Gregorasz E.: Towarzyszenie śmierci. Umieranie pacjenta w przeżyciu pracowników hospicjum [w:] Życie godnie do końca. Etyczne, psychologiczne i duchowe aspekty kresu życia. Tom II. Krzyżanowski D., Fala A.M., Steciwko A., Sochocka L. (red.). Wydawnictwo OCM, Opole 2010: 51.

CIERPIENIE, CHOROBA, ŚMIERĆ I ŻAŁOBA ZWIERZĄT



Pies na złamane serce - terapeutyczny udział psa w Tako Tsubo

Renata Bociarska¹, Agnieszka Serafin², Alicja Diak³

1. Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II
2. I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny
3. Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

WSTĘP

„Złamane serce” to określenie powszechnie znane w społeczeństwie. To w ogólnym rozumieniu stan, w jakim znajduje się człowiek po rozstaniu z bliską osobą, doświadczający traumy lub sytuacji na tyle trudnej, że realnie wydawać by się mogło - bez wyjścia. Kobiety bardziej podatne są na różnego rodzaju zranienia, ze względu na swoją wrażliwą i delikatną naturę. Bardziej transformują ból psychiczny w fizyczne cierpienie i zdarza się nierzadko, że „łamie on serce”.

Badania pokazują, że traumatyczne wydarzenia, takie jak rozstanie, rozwód, utrata bliskiej osoby lub zdrada, mogą spowodować fizyczny ból, a co za tym idzie indukować szereg innych dolegliwości.

Cierpienie spowodowane nieszczęśliwą miłością i negatywne emocje albo stres może osłabić odporność całego organizmu, a nawet doprowadzić do niewydolności serca. Niewykluczone, że zespół złamanego serca przez stulecia odbierał życie osobom, których serca nie radziły sobie z ogromnym bólem, stratą czy lękiem.

W świetle obserwacji naukowych przypadki długowiecznych małżeństw i ich prawie wspólnej śmierci są realnie uzasadnione.

Znane są w literaturze nie tylko naukowej liczne sposoby profilaktyki antystresowej. Wiele uwagi poświęca się farmakoterapii, metodom relaksacji i innym sposobom odstresowania. Szczególne znaczenie ma to w przypadku chorób, w których stres jest jednym z głównych czynników wpływających na wystąpienie i nasilenie objawów choroby.

W niniejszym artykule zwrócono szczególną uwagę na korzyści z zastosowania dogoterapii jako alternatywnej, skutecznej metody profilaktyki, terapii i rehabilitacji u chorych z zespołem Tako Tsubo.

KARDIOMIOPATIA TAKO TSUBO (TTC, TAKOTSUBO CARDIOMYOPATHY)

„Zespół złamanego serca” (znany również jako kardiomiopatia stresowa, kardiomiopatia Tako Tsubo, czy zespół balotowania koniuszka) jest coraz częściej rozpoznawaną jednostką chorobową w kardiologii. Po raz pierwszy został opisany przez japońskich lekarzy pod koniec XX wieku. Objawy kliniczne przypominają ostry zawał serca, jednak tętnice wieńcowe, nie wykazują istotnych zwężeń miażdżycowych. Inne terminy wykorzystywane do określenia tej jednostki chorobowej, to: „zespół balonowania koniuszka”, „ostra kardiomiopatia stresowa” lub „zespół złamanego serca” [1].

Zespół ten poprzedza zwykle silny stres emocjonalny lub fizyczny (np. kłótnia w rodzinie, śmierć bliskiej osoby, zawód miłosny, silne wzruszenie, operacje, duże urazy). Zauważono również, iż w wielu wypadkach współistnieją przewlekłe schorzenia, m.in. zaburzenia immunologiczne, choroby układu oddechowego (np. astma oskrzelowa), nadczynność tarczycy i inne [1].

W przypadku zespołu Tako Tsubo trudno mówić o profilaktyce. Zapewne umiejętne radzenie sobie z emocjami i większa odporność na stres zmniejszają ryzyko zachorowania. Im bardziej dbamy o serce i układ krążenia, tym większe szanse, że poradzi sobie ono z wieloma schorzeniami.

Dokładny mechanizm kardiomiopatii Tako Tsubo nie jest znany. Postuluje się, że czynnik stresowy skutkuje wyrzutem do krwi dużych ilości amin katecholowych (tzw. hormonów stresu), które u predysponowanych osób wywołują rozlany skurcz tętnic wieńcowych i przejściowe, niedokrwienne części lewej komory serca [2]. Znane są również przypadki obrzęku płuc (zastój krwi w krążeniu płucnym), wstrząsu sercowopochodnego, a nawet nagłego zatrzymania krążenia [2].

Kardiomiopatia Tako Tsubo (TTC, *takotsubo cardiomyopathy*) jest szczególnym ostrym, odwracalnym stanem kardiologicznym, który charakteryzuje się objawami i zmianami elektrokardiograficznymi imitującymi ostry zawał serca [3]. Jest najczęściej definiowana jako nagła i w większości przypadków odwracalna dysfunkcja skurczowa lewej komory (LV, *left ventricle*), której objawy przypominają ostry zespół wieńcowy (ACS, *acute coronary syndrome*), bez współistniejących innych zmian w tętnicach wieńcowych. W związku z powyższym często pozostaje nierozpoznana i jest leczona jak ostry zespół wieńcowy (ACS, *acute coronary syndrome*) [4].

TTC imituje objawy niedokrwienia serca, z uniesieniem odcinka ST oraz podwyższonym poziomem markerów serca, jednak osoby chorujące na tę przypadłość nie mają

zmian o podłożu miażdżycowym [5,6]. W większości przypadków po okresie miesiąca dochodzi do prawie całkowitego ustąpienia zaburzeń kurczliwości w obrębie koniuszka [6].

Charakterystyczne dla tej choroby są [7]:

- Ból w klatce piersiowej
- Duszność
- Objawy obrzęku płuc
- Objawy wstrząsu kardiogenego
- Nagłe zatrzymanie krążenia w mechanizmie migotania komór.

Należy jednak pamiętać, że Tako Tsubo może również przebiegać bezobjawowo lub z bardzo niewielkim nasileniem objawów.

DIAGNOSTYKA

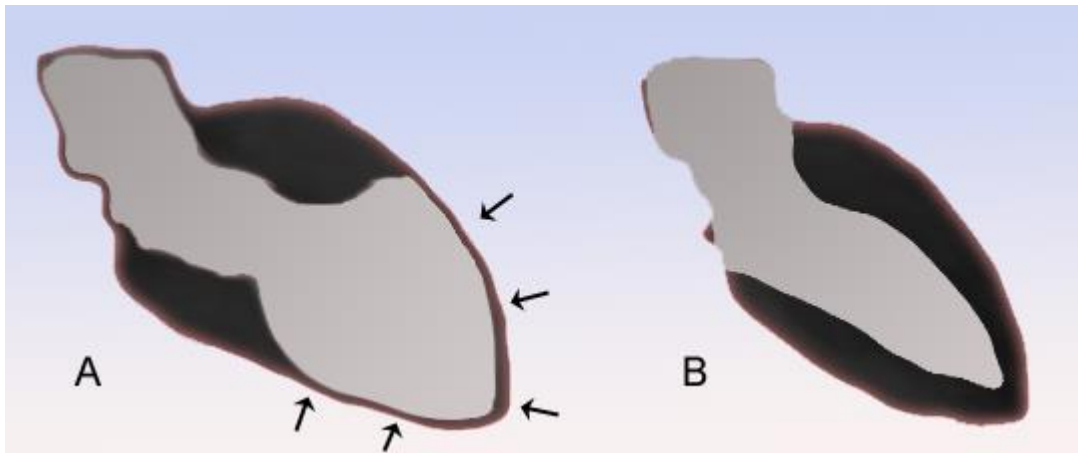
Podstawą diagnostyki kardiomiopatii Tako Tsubo w większości przypadków jest wykonanie badań laboratoryjnych, badania EKG oraz badań obrazowych, w tym echokardiografii oraz koronarografii. W diagnostyce laboratoryjnej wykorzystuje się głównie markery uszkodzenia mięśnia sercowego troponiny - T oraz stężenie frakcji sercowej kinazy kreatynowej - CKMB [9,10]. Ich stężenie zwykle nie odbiega znacząco od normy, chociaż obserwuje się typową dla ostrych zespołów wieńcowych dynamikę zmian, podwyższone mogą być natomiast stężenia peptydu natriuretycznego typu -BNP i -proBNP [8,9].

Nieprawidłowości w badaniu EKG występują u większości pacjentów z TTC [9]. Wyniki badania EKG mogą być także prawidłowe lub mogą występować zmiany niespecyficzne. Podobnie, jak w zawale serca dochodzi do ewolucji zmian elektrokardiograficznych w trakcie dalszej hospitalizacji. Często obserwuje się odwrócenie załameków T i wydłużenie odcinka QT, choć zmiany te — jak już wspomniano — mogą być obecne od początku, zwłaszcza u pacjentów z późną manifestacją objawów [7]. Zmiany w EKG stopniowo ustępują, jednak ujemny załamek T może utrzymywać się jeszcze przez kilka miesięcy [1,3].

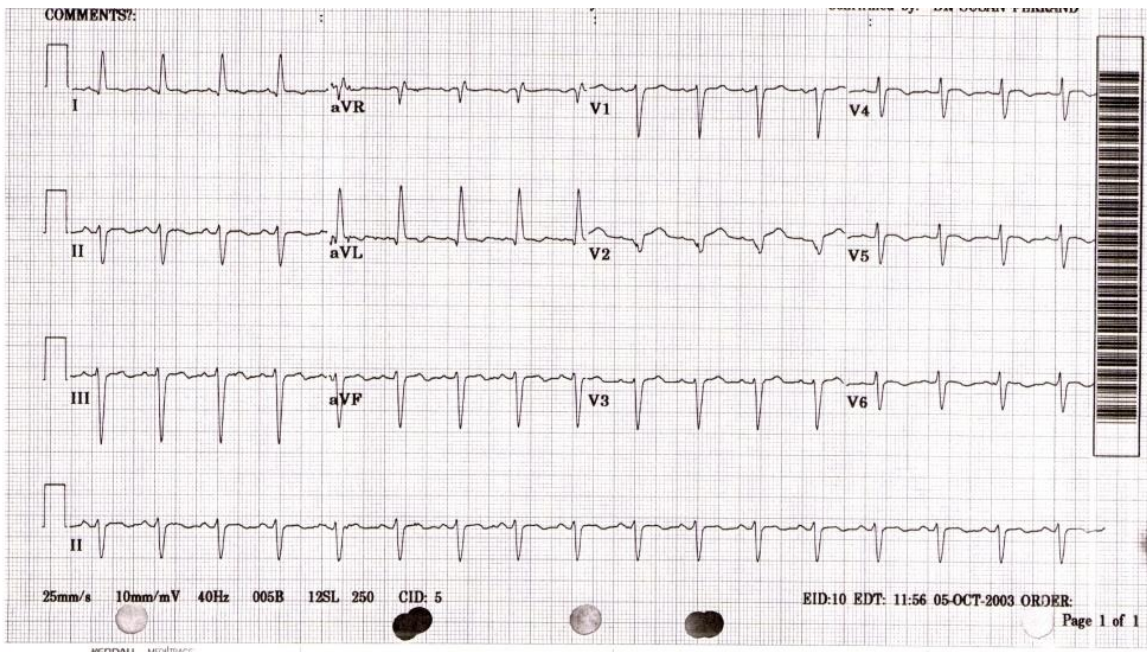
Podstawowym badaniem diagnostycznym pozwalającym na dokonanie rozpoznania TTC jest echokardiografia. Umożliwia ona również monitorowanie przebiegu i ocenę rokowania [1,2].

Diagnostyka TTC wymaga także wykonania badania angiograficznego naczyń wieńcowych w celu wykluczenia choroby wieńcowej. W koronarografii nie stwierdza się istotnych zwężeń tętnic wieńcowych [1,6]. W TTC mogą być obecne zmiany miażdżycowe o

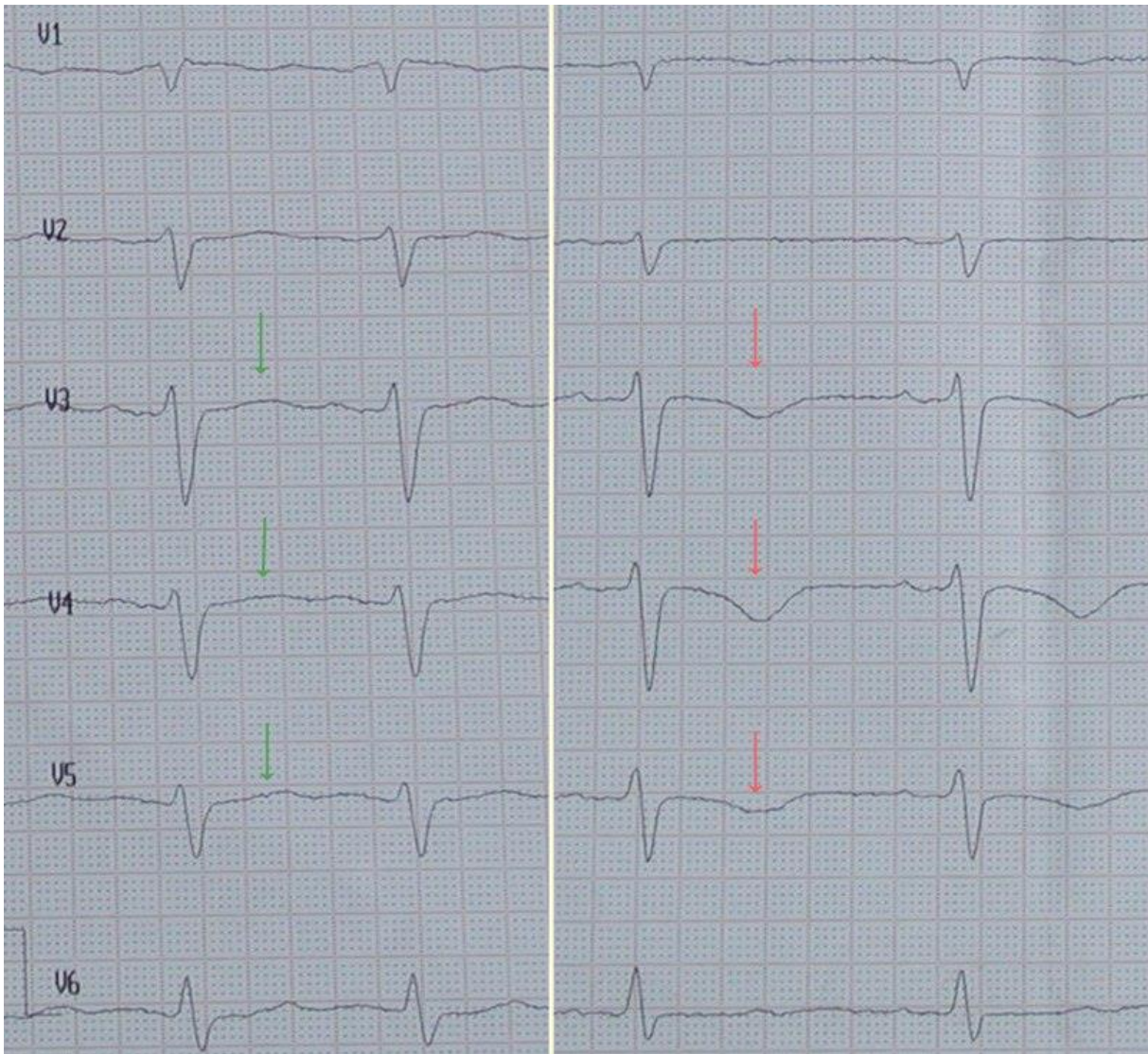
małym zaawansowaniu (tj. < 50% redukcji światła) lub zmiany w naczyniach wieńcowych innych niż te odpowiadające za powstanie zaburzeń kurczliwości [8]. Po wykluczeniu w koronarografii istotnych zmian miażdżycowych lub stwierdzeniu braku ich korelacji z obecnymi w zapisie EKG zmianami, pomocne w rozpoznaniu jest wykonanie wentrykulografii, w której obraz lewej komory zazwyczaj przyjmuje kształt bardzo charakterystyczny dla TTC. Nieprawidłowe rozpoznanie (z racji, że Tako Tsubo przypomina zawał mięśnia sercowego,) może narazić pacjenta na niepotrzebną fibrylizę [8].



Rycina 1. Lewe serce u pacjenta z zespołem takotsubo (A) i u zdrowego człowieka (B), źródło [9]



Rycina 2. Tachykardia zatokowa i niespecyficzne zmiany odcinka ST i załamków T w EKG u pacjenta z potwierdzonym rozpoznaniem zespołu takotsubo, źródło [9]



Rycina 3. EKG u pacjenta z zespołem takotsubo 4 godziny od wystąpienia bólu wieńcowego; czerwone strzałki wskazują odwrócone załamki T, źródło [9]

LECZENIE

W procesie diagnostyczno-leczniczym ważne jest wczesne rozpoznanie TTC i odpowiednie monitorowanie przebiegu choroby. Właściwe leczenie ma na celu uniknięcie wielu potencjalnych powikłań [6].

W leczeniu TTC początkowo stosuje się leki zgodnie ze standardami obowiązującymi w przypadku ACS, natomiast po ostatecznym rozpoznaniu choroby zaleca się farmakologiczne leczenie objawowe zawierające diuretyki i leki rozszerzające naczynia [4,8].

Długotrwała terapia przeciwplatekowa pozostaje kontrowersyjna, ze względu na szereg możliwych powikłań [4].

Stosowaniem leków przeciwkrzepliwych zaleca się tak długo, jak długo utrzymuje się akineza lub dyskineza ścian lewej komory, która wiąże się z wysokim ryzykiem wytworzenia skrzepliny w lewej komorze w tym okresie [6].

ROKOWANIA

Kardiomiopatia Tako Tsubo powszechnie jest uważana za łagodną chorobę o dobrym rokowaniu w większości przypadków, jednak w jej ostrej fazie mogą występować potencjalnie groźne dla życia powikłania. Obserwowana częstość wszystkich powikłań jest prawdopodobnie większa niż u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym, chociaż ciężkie powikłania, takie jak niewydolność serca i zgon w przebiegu kardiomiopatii takotsubo, występują rzadziej. Z tego względu szczególnie ważne jest wdrożenie odpowiedniego leczenia i właściwe monitorowanie pacjenta w ostrym okresie tej choroby oraz szybkie identyfikowanie pacjentów z potencjalnie zagrażającymi życiu powikłaniami.

Rokowanie długoterminowe u pacjentów z TTC jest bardzo dobre [8]. Po okresie 2–4 tygodni funkcja skurczowa lewej komory powraca do normy. Obserwuje się także normokinezę wszystkich segmentów lewej komory [8]. Normalizacja zaburzeń czynności skurczowej ścian mięśnia sercowego po ostrym incydencie rozpoczyna się najwcześniej 48 godzin po postawieniu diagnozy TTC [1]. Ponowne epizody występują rzadko, w zależności od stopnia podejmowanych działań terapeutycznych. Zwraca się jednak uwagę na dość powszechne okresowe występowanie dolegliwości bólowych w klatce piersiowej w odległej obserwacji [10].

ZŁAMANE SERCE WYMAGA LECZENIA

W diagnostyce i leczeniu kardiomiopatii Tako Tsubo ważne jest szybkie i skuteczne podejmowanie działań terapeutycznych. Konieczne jest również stosowanie interdyscyplinarnych metod wspomagania i zaangażowanie całego zespołu terapeutycznego, nie wykluczając najbliższych członków rodziny. Bardzo ważne jest wsparcie otoczenia, najlepiej rodziny i przyjaciół. Poczucie bezpieczeństwa i pozytywna postawa innych osób: troska, otwarte serce, chęć wysłuchania i wsparcie są tym, czego złamane serce najbardziej potrzebuje. Profesjonalna opieka medyczna nie wyklucza również współdziałania innych alternatywnych metod terapii. Pomocna może się okazać sesja z psychologiem lub z psychoterapeutą, a także warsztaty terapeutyczne lub rozwojowe.

Złamane serce wymaga skutecznego leczenia. Zasadniczym jest szukanie najlepszego, możliwego wsparcia. Coraz częściej docenia się terapeutyczny udział psa jako wsparcie w wielu chorobach, głównie tych w których obecne jest zwiększone napięcie, stres. Dogoterapia w Tako Tsubo może więc stać się elementarną metodą wspomagającą proces leczenia.

TERAPEUTYCZNY UDZIAŁ PSA W KARDIOMIOPATII TAKO TSUBO

Pies posiada walory, które znacząco wpływają na człowieka. Wzbudza on bowiem same pozytywne uczucia, łamie bariery, nad których pokonaniem terapeuci nieraz pracują latami. Pies również nie osądza, nie daje rad, nie obraża się. Staje się niekiedy motywatorem do podejmowanych zadań i wyzwań dnia codziennego. Daje radość, akceptację, poczucie bezpieczeństwa, a niekiedy przynosi znaczną ulgę w cierpieniu zarówno tym fizycznym, jak tym wynikających z podłoża psychicznego, czy też społecznego.

Wielu miłośników zwierząt jednoznacznie stwierdza, że pies bywa niezastąpiony z gronie najbliższych, w środowisku domowym. W sytuacji zdrowia posiadanie psa jest niesamowitym doświadczeniem. Dla osób, które doświadczają trudnych wydarzeń w swoim życiu, znajdują się w sytuacji choroby czy też niepełnosprawności, obecność psa nabiera charakteru terapeutycznego. Dogoterapia jest jedną z elementarnych metod, które znajdują uzasadniony wpływ na dobrostan człowieka.

Terapeutyczny udział psa odnosi się nie tylko do szeroko pojmowanej dogoterapii, ale to również znaczący wpływ obecności czworonoga jako psa asystującego, czy też psa przewodnika, czy też po prostu towarzysza życia. Naturalna metoda terapii człowieka z udziałem psa - dogoterapia, odnosi ogromne sukcesy terapeutyczne w wielu krajach świata. Jest uznawana za skuteczną, alternatywną i pożądaną metodę wspomagania innych form leczenia. U jej podstaw leży pozytywny i znaczący wpływ psa na kondycję zdrowotną człowieka [11].

PZD (Polski Związek Dogoterapeutyczny) definiuje dogoterapię jako „metodę wzmacniającą efektywność rozwoju osobowości, edukacji i rehabilitacji, której motywatorem jest odpowiednio wyselekcjonowany i wyszkolony pies, prowadzoną przez odpowiednio wykwalifikowanego terapeutę. Jest standaryzowaną przez PTK – Polskie Towarzystwo Kynoterapeutyczne formą terapii z udziałem psa” [13]. Głównym założeniem dogoterapii, jako metody wspomagającej, jest pozytywny wpływ psa na kondycję człowieka i poprawę funkcjonowania w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej i poznawczej. Kluczem samej dogoterapii jest nawiązanie relacji i psychicznej więzi z psem (*Human Animal Bond, HAB.*)

Wśród pozytywnych aspektów terapeutycznych płynących z dogoterapii możemy wyróżnić:

- zwiększenie motywacji do wykonywania ćwiczeń i zadań
- obniżenie napięcia mięśniowego
- korygowanie zaburzeń przetwarzania sensorycznego
- zwiększenie możliwości lokomocyjnych
- stymulowanie sprawności motorycznej
- stymulowanie funkcji poznawczych, rozwoju intelektualnego
- poszerzenie zdolności werbalnych oraz korygowanie wad wymowy
- wyzwalamie potrzeby spontanicznej komunikacji
- rozwijanie umiejętności społecznych
- uczy empatii
- zaspokojenie potrzeby zabawy jako bodźca rozwojowego
- ułatwianie wyrażania emocji
- wzmocnienie poczucia własnej wartości
- rozwijanie funkcji opiekuńczych
- nawiązanie naturalnej więzi ze światem zewnętrznym
- doznanie uczucia wyciszenia i relaksacji [12].

Poza subiektywnymi odczuciami poprawy stanu zdrowia psychicznego i fizycznego, wykazano liczne biologiczne korzyści z kontaktów z psami. Udowodniono, że w porównaniu z osobami nieposiadającymi zwierzęcia, właściciele psów mają niższe ciśnienie tętnicze, lepszy profil lipidowy, a ich autonomiczny układ nerwowy korzystniej reaguje na czynniki stresogenne. Różnic tych nie można wytłumaczyć wyłącznie farmakoterapią, zmianą nawyków żywieniowych, stosunkiem do używek czy czynnikami psychologicznymi [13]. Korzyści płynące z obecności psa wskazują na mniejsze ryzyko występowania chorób sercowo-naczyniowych [12]. Udowodniono już znaczący wpływ obecności psa w terapii pacjentów z podwyższonym ryzykiem sercowo naczyniowym, w tym także u osób po zawale mięśnia sercowego, zwłaszcza w okresie rehabilitacji kardiologicznej [13]. Badania epidemiologiczne porównujące właścicieli psów z osobami nieposiadającymi psa, wskazują na większą aktywność fizyczną wśród właścicieli psów [12], a za tym idzie szereg korzyści zdrowotnych. Podobnie wykazano związek pomiędzy posiadaniem zwierzęcia domowego a występowaniem korzystniejszych wartości ciśnienia tętniczego, tętna i profilu lipidowego [14]. Wśród właścicieli psów znacznie rzadziej obserwuje się powszechnie występującego nikotynizmu [11]. Bliska relacja ze zwierzęciem zmniejsza więc ryzyko chorób układu sercowo-

naczyniowego, na przykład choroby wieńcowej oraz zwiększa szansę przeżycia zawału serca [13].

Interakcje z psami wpływają również na gospodarkę hormonalną człowieka. Powodują redukcję stężenia kortyzolu i adrenaliny w surowicy krwi oraz wzrost poziomu oksytocyny. Wzmocniona sekrecja oksytocyny odgrywa rolę w tworzeniu więzi oraz zachowaniach społecznych [15]. W wyniku interakcji ze zwierzętami udało się zobrazować wzrost aktywności w obszarze kory przedczołowej [16]. Obszar ten odpowiada za tak zwaną uczuciowość wyższą, bierze udział w podejmowaniu decyzji, odpowiada za zachowania społeczne [17]. Dlatego relacja człowiek- pies może mieć szczególne znaczenie u chorych z zespołem tako tsubo, u których obserwuje się podwyższone stężenie hormonów stresu.

Osoby, w których gospodarstwie domowym pojawiło się zwierzę, mają znacznie mniej problemów zdrowotnych już w pierwszych miesiącach po nabyciu pupila [12]. Redukcja stężenia „hormonów stresu” w surowicy krwi, które działają immunosupresyjnie powoduje, że osoby przebywające ze zwierzętami są również mniej podatne na choroby infekcyjne [12].

PODSUMOWANIE

Istnieje potrzeba przeprowadzenia kolejnych badań zarówno w celu lepszego zrozumienia patogenezy kardiomiopatii tako tsubo, jak i wyboru najlepszego sposobu postępowania. Szczególnie ważne jest wdrożenie odpowiedniego leczenia i właściwe monitorowanie pacjenta w ostrym okresie tej choroby oraz szybkie identyfikowanie pacjentów z potencjalnie zagrażającymi życiu powikłaniami. Zasadniczym jest wdrożenie alternatywnych metod wspomagających proces leczenia.

Terapeutyczny kontakt z psem może okazać się przełomem w sposobie umiejętnego postępowania w schorzeniach układu sercowo-naczyniowego. Znaczące korzyści wykazuje się w pracy z udziałem psa w resocjalizacji i terapii osób znajdujących się w szczególnie trudnych sytuacjach. Pozytywne zmiany zachowań, będące efektem dogoterapii, obserwuje się u osób doświadczających różnego rodzaju traumy. Terapia kontaktowa z udziałem psa nabiera wówczas szerszego znaczenia, wyzwala pozytywne emocje, zmniejsza napięcie, redukuje stres i nieuzasadniony lęk. Dlatego relacja z psem może stymulować człowieka w kierunku pozytywnych doświadczeń.

Konkludując można zdecydowanie uznać, że dogoterapia lub nawet sama obecność psa osiąga sukcesy w różnych płaszczyznach życia człowieka. Tendencje powrotu do naturalnych metod terapeutycznych zyskują ogromne uznanie. Zapewne w wielu środowiskach naukowych

ta teza spotka się z kontrowersją i ostrą krytyką. W oparciu o dostępne obserwacje można jednak uznać, że „zwyczajny” kontakt z psem jako metoda profilaktyki lub element leczenia, istotnie zmniejsza wpływ czynników stresowych odpowiedzialnych za indukcję kardiomiopatii Tako Tsubo. Korzyścią interakcji człowieka z psem jest więc niejednokrotnie „wyleczone - złamane serce”.

PIŚMIENNICTWO

1. Bybee K.A., Kara T., Prasad A., Lerman A., Barsness G.W., Wright R.S., Rihal C.S.: Systematic review: transient left ventricular apical ballooning: a syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine* 2004; 141: 858–865.
2. Gianni M., Dentali F., Grandi A.M., Sumner G., Hiralal R., Lonn E.: Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: a systematic review. *European Heart Journal Supplements* 2006; 27: 1523–1529.
3. Jarecka A.E., Borowiecka E.: Other faces of acute coronary syndromes — takotsubo cardiomyopathy. *Folia Cardiologica* 2015; 10(5): 370–373.
4. Said S.M., Saygili E., Rana O.R., Genz C., Hahn J., Bali R., Varshney S., Albouaini K., Prondzinsky R., Braun-Dullaeus R.C.: Takotsubo Cardiomyopathy: What we have Learned in the Last 25 Years? (A Comparative Literature Review). *Current Cardiology Reviews* 2016; 12(4): 297-303.
5. Parodi G., Bellandi B., Del Pace S., Barchielli A., Zampini L., Velluzzi S., Carrabba N., Gensini G.F., Antoniucci D.: Tuscany Registry of Tako-Tsubo Cardiomyopathy: Natural history of Takotsubo cardiomyopathy. *Chest* 2011; 139(4): 887-892.
6. Budnik M., Parol G.: Diagnostyka kardiomiopatii takotsubo. *Folia Cardiologica* 2015; 10(1): 58–64.
7. Trąbka P., Kulej K., Kalicińska E., Kustrzycka-Kratochwil D., Sukiennik-Kujawa M., Jankowska E.A., Ponikowski P., Banasiak W.: Ostry zespół wieńcowy indukowany stresem — trudności diagnostyczne w rozpoznaniu zespołu tako-tsubo. *Folia Cardiologica* 2012; 7: 164–169.
8. Sharkey W.S., Maron J.B.: Epidemiology and clinical profile of takotsubo cardiomyopathy. *Circulation Journal* 2014; 78: 2119–2128.
9. https://pl.wikipedia.org/wiki/Zesp%C3%B3%C5%82_takotsubo (data dostępu 24.04.2020).
10. Schneidera B., Athanasiadis A., Schwabc J., Pistner W., Gottwald U., Schoeller R., Toepel W., Winter KD., Stellbrink C., Müller-Honold T., Wegner C., Sechtem U.: Complications

in the clinical course of tako-tsubo cardiomyopathy. *The International Journal of Cardiology* 2014; 176: 199–205.

11. Elesber A.A., Prasad A., Lennon R.J., Wright R.S., Lerman A., Rihal C.S.: Four-year recurrence rate and prognosis of the apical ballooning syndrome. *Journal of the American College of Cardiology* 2007; 50: 448–452.
12. Peel E., Douglas M., Parry O., Lawton J.: Type 2 diabetes and dog walking: patients' longitudinal perspectives about implementing and sustaining physical activity. *The British journal of general practice. The Journal of the Royal College of General Practitioners* 2010; 60: 570–577.
13. Grandgeorge M., Hausberger M.: Human-animal relationships: from daily life to animal-assisted therapies. *Annali dell' Istituto Superiore di Sanita* 2011; 47: 397–408.
14. Ilen K.M.: Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: the truth about cats and dogs. *Psychosomatic Medicine* 2002; 64:727– 739.
15. Lentino C., Visek A., McDonnell K., DiPietro L.: Dog walking is associated with a favorable risk profile independent of moderate to high volume of physical activity. *Journal of Physical Activity and Health* 2012; 9: 414–420.
16. Das S., O'Keefe J.H.: Behavioral cardiology: recognizing and addressing the profound impact of psychosocial stress on cardiovascular health. *Current Hypertension Reports* 2008; 10: 374–381.
17. Allen K.M., Blascovich J., Tomaka J., Kelsey R.M.: Presence of human friends and pet dogs as moderators of autonomic responses to stress in women. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991; 61:582 – 589.

Wpływ obecności psa na samopoczucie i poziom satysfakcji życiowej wolontariuszy schroniska

Renata Bociarska¹, Andrzej Guzowski², Elżbieta Krajewska-Kulak²

1. Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

Pozytywny wpływ obecności psa w interakcji z człowiekiem znany był już w starożytności. Obecnie aktywny udział w życiu człowieka jest naturalną terapią, u której podstaw leży dobroczynny jego wpływ na kondycję i samopoczucie człowieka. Kontakt z psem poprawia funkcjonowanie człowieka w sferach: fizycznej, emocjonalnej, poznawczej i społecznej. Nawiązywanie więzi psychicznej ze zwierzęciem znacznie poprawia samopoczucie i jakość psychofizyczną człowieka, ułatwia przejście przez sytuacje trudne i proces chorobowy, a także przyspiesza proces leczenia [1].

Już w czasach starożytnej Grecji psy pełniły istotną rolę uzdrowicieli w kulcie Eskulapa, a w XX wieku pojawiły się pierwsze opracowania naukowe, opisujące efekty terapii dzieci niepełnosprawnych ze zwierzętami [cyt. za 2]. Pierwsze, udokumentowane włączenie zwierząt w terapię, nastąpiło pod koniec XVIII wieku, w szpitalu psychiatrycznym w Wielkiej Brytanii, gdzie pozwolono pacjentom opiekować się małymi zwierzętami [cyt. za 2]. Z kolei Flower-Bucke dokonał analizy 1.200 wypracowań dzieci, w których dzieci opisywały psa jako istotę serdeczną, kochającą, niosącą radość w chwilach samotności, troski i cierpienia [cyt. za 2].

Ze względu na szereg korzyści, jakie niesie ze sobą spotkanie z psem, coraz więcej ludzi angażuje się w różne formy pomocy i wsparcia na rzecz zwierząt. Istotny jest fakt, że ciągle wzrasta liczba osób, które przygarniają bezdomne psy, zajmują się ich adopcją, czy też hobbistyczne poświęcają im swój czas. Jedną z form jest wolontariat.

Według Ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie „*wolontariuszem jest ten, kto dobrowolnie i świadomie oraz bez wynagrodzenia angażuje się w pracę na rzecz osób, organizacji pozarządowych, a także rozmaitych instytucji działających w różnych obszarach społecznych*” [3].

Wolontariat, za Lubrańska [4], „*to zjawisko współcześnie ważne, wyraźnie zauważalne w przestrzeni jednostkowej i publicznej*, a wolontariusze, za Załuska [5] to „*ludzie podejmujący się pracy bez wynagrodzenia, kierujący się chęcią poznania zawodu, pomagania innym oraz działania w imię akceptowanych celów. (...) poświęcają innym swój czas, energię i wiedzę, rezygnując z pieniędzy i odpoczynku*”.

W polskiej tradycji znana jest rola ochotnika - wolontariusza, osoby, która z własnej woli dzieli się swoim czasem, sercem oraz wiedzą i kompetencjami z innymi grupami, osobami, ale także pracując wśród zwierząt, spiesząc z pomocą, wsparciem, angażując swój czas i siły. Choć wolontariat jest w Polsce słowem stosunkowo nowym, bo w powszechnym użyciu funkcjonuje od 1989 roku, to sama inicjatywa ma długą historię. W rozumieniu bezpłatnej i dobrowolnej działalności na rzecz innych, a coraz częściej na rzecz zwierząt, powstają nowe idee, zrzeszenia i grupy ochotników biorące udział w akcjach wspierających i promujących działalność charytatywną [6].

Badanie CBOS z 2012 [7], przeprowadzone w grupie liczącej 1.058 osób dorosłych mieszkańców Polski wykazało, że 47% ankietowanych widziało aktywność swoich znajomych i przyjaciół na rzecz innych, 37% potwierdziło pracę społeczną członków rodziny, 35% osób ze wspólnoty parafialnej, a 27% sąsiadów. O styczności ze społecznikami w szkole lub na uczelni mówiło 52% respondentów, a 26% aktywnych zawodowo ankietowanych dostrzegła zaangażowanie *pro publico bono* swoich współpracowników. 60% deklarowało gotowość do współdziałania z nimi dla dobra wspólnego. 58% zadeklarowało, że dobrowolnie i nieodpłatnie pracowali na rzecz swojego środowiska, kościoła, osiedla, wsi, miasta lub potrzebujących osób fizycznych. 63% badanych pracowało społecznie mniej niż dwa tygodnie, w tym 48% krócej niż siedem dni, 16% - trzy tygodnie bądź więcej, a także 16% nie umiało jednoznacznie określić liczby takich dni. Niestety tylko 16% pracujących społecznie miało świadomość, że ich aktywność była formą wolontariatu [7].

Wolontariat jako forma aktywności, wspiera, pomaga, rozwija, a przede wszystkim uczy, jak być bardziej odpowiedzialnym człowiekiem, wykorzystującym w życiu empatię i zaufanie [8]. Wolontariat to siła, która jest w stanie rozwijać i wzmacniać osłabione zaufanie we wzajemnych relacjach. Oznacza, że jest on raczej domeną ludzi młodych – zwłaszcza uczniów i studentów – których charakteryzuje większa ilość wolnego czasu, ale okazuje się, że jest to także propozycja dla osób aktywnych zawodowo i tych, którzy aktywność zawodową już zakończyli i ponownie dysponują swoim czasem, a przy tym nieocenioną kompetencją i bezcennym doświadczeniem [8]. Zadowolające się informacje, że wśród różnorodnych

działalności charytatywnych, znacznej części osób nie jest obojętny los zwierząt i to właśnie im poświęcają swój czas, który okazują się jest wzajemną satysfakcją.

Głównym celem poznawczym przeprowadzonych badań była ocena wpływu kontaktu z psem na satysfakcję i jakość życia wolontariuszy schroniska dla psów.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym była ankieta własnego autorstwa (zawierająca 17 pytań) wypełniania przez wolontariuszy. Pierwsza jej część miała na celu uzyskanie informacji na temat grupy badanej (wiek, płeć, zawód, status społeczny, czas i częstotliwość uczęszczania w schronisku). W drugiej części ankietowani oceniali korzyści, jakie czerpią z wizyt z psami i zmiany jakie dokonały się w ich życiu, otoczeniu, codzienności od chwili podjęcia pracy jako wolontariusze. Pytania dotyczyły poprawy w zakresie sprawności fizycznej, lepszego samopoczucia, umiejętnego radzenia sobie ze stresem, zauważalnych efektów w nauce lub pracy, satysfakcji z dobrze wykorzystanego czasu, nawiązywania nowych lub poprawa relacji społecznych i rodzinnych, a także pozbycia się nałogów. Końcowe pytania odnosiły się do oceny wpływu psa na zdrowie i samopoczucie. Wolontariusze w odpowiedziach na pytania ankietowe wyrażali swoje motywacje, dla których podjęli się działań na rzecz wolontariatu dla psów, a także określili czas i częstotliwość aktywnego uczestnictwa w schronisku.

Badaniami objęto 70 osób, wolontariuszy schroniska dla psów (49 kobiet i 21 mężczyzn) w przedziale wiekowym 18-63 lat. Wszyscy uczestnicy badania jako wolontariusze, byli aktywnie zaangażowani w prace z udziałem psa w schronisku.

Najwięcej było wolontariuszy - w wieku 20-30 lat (47% - 33 osoby), a następnie 31-40 lat (27% - 19 osób), powyżej 40 lat (16% - 11 osób).

Respondenci byli głównie pracownikami umysłowymi (52,8% - 37 osób), fizycznymi (24% - 17 osób), uczniami/studentami (8% - 6 osób) lub emerytami (4% - 3 osoby) i posiadali wykształcenie wyższe (54,2% - 38 osób), średnie (21,4% - 15 osób) oraz zawodowe lub gimnazjalne (po 7,1% - po 5 osób)

Wolontariusze prezentowali różne zawody, w tym - lekarza (8 osób), pielęgniarki (7 osób), prawnika (6 osób), fotografa i ekonomisty (po 5 osób), behawiorysty, nauczyciela, fizjoterapeuty, kosmetyczki (po 4 osoby), grafika, urzędnika, baristy, dziennikarza, księgowego (po 2 osoby) oraz inne zawody (9 osób).

WYNIKI

Najczęstszymi powodami podjęcia pracy w wolontariacie schroniska była chęć niesienia pomocy innym (96% - 67 osób), poczucie, że jest się potrzebnym (94% - 66 osób), miłość do zwierząt/psów (94% - 66 osób), pomoc i wspieranie psów (92% - 64 osoby). Pozostałe powody podjęcia aktywnej pomocy w schronisku dla psów zawiera Tabela I.

Najczęściej źródłem informacji o wolontariacie w schronisku byli znajomi (43% - 30 osób), FB (28% - 20 osób), Internet (12,8% - 9 osób), Funpage (4,3% - 3 osób) i w schronisku po dokonaniu adopcji (11,4% - 8 osób).

Największa (40% - 28 osób) grupa wolontariuszy była wolontariuszami dłużej niż 3 lata, kolejna od 1-3 lat (32,8% - 23 osoby), następna od 1-6 miesięcy (5,7% - 4 osoby) lub 7-12 miesięcy (1,5% - 1 osoba).

Jednorazowo w schronisku wolontariusze spędzali więcej niż 3 godziny (50% - 35 osób), 3 godziny (35,7% - 25 osób) lub 2 godziny (4,2% - 3 osoby) i mieli w tygodniu kontakt z psem schroniskowym częściej niż 3 razy w tygodniu (53% - 37 osób), 3 razy w tygodniu (40% - 28 osób) lub 2 razy w tygodniu (7% - 5 osób).

Tabela. I. Motywacje decydujące o podjęciu pracy w wolontariacie schroniska

	liczność	odsetek
Chęć niesienia pomocy innym	67	96%
Czuję się potrzebna/y	66	94%
Miłość do zwierząt/psów	66	94%
Pomoc i wspieranie psów	64	92%
Umiejętne wykorzystanie wolnego czasu	63	90%
Psy to moja pasja	63	90%
Pomoc bezdomnym zwierzętom	61	88%
Psy pomagają zapominać o problemach, poprawiają samopoczucie	60	87%
Wielka potrzeba kontaktu z psem po śmierci własnego psa	59	86%
Potrzeba kontaktu ze zwierzętami	55	79%
Pomoc w socjalizacji psów	52	74%
Psy dają radość i uczą pozytywnych zachowań	40	57%
Ponieważ nie mogę mieć własnego psa	9	13%

Większość wolontariuszy (77%) deklarowała, iż ma w schronisku ulubionego psa. Ważną kwestią, jaką ustalono w badaniu wydaje się być fakt, że tylko 8,5% badanych, z różnych powodów, nie posiada własnego psa i dlatego angażuje się w pomoc wolontaryjną, ale aż 91,5% wolontariuszy posiadało własne psy.

Częstym zjawiskiem była także wielokrotna adopcja psa schroniskowego - większość wolontariuszy swoje psy ma z adopcji schroniskowej, podobnie jak pracownicy schroniska i osoby, którym nie jest obojętny los bezdomnych, często skrzywdzonych zwierząt.

W badaniu podjęto także próbę oceny wpływu kontaktu psa schroniskowego na satysfakcję i jakość życia wolontariuszy. Głównym motywem powyższego była charakterystyka korzyści płynących z obecności i aktywnych spotkań z psem.

Na pytanie ankietowe: „Czy uważacie Państwo, że pies wpływa pozytywnie na zdrowie/samopoczucie człowieka?” wszyscy ankietowani udzielili odpowiedzi zdecydowanie pozytywnie. Podobnie 100% respondentów określiło spotkanie z psem jako formę terapii dla człowieka.

Niezwykle ważną kwestią podjętą w badaniu była ocena subiektywnych korzyści czerpanych z obecności psa. Wolontariusze najczęściej wskazywali takie, jak:

- satysfakcja z pomocy innym (100% - 70 osób)
- czerpanie radości (100% - 70 osób)
- poczucie, że wolontariat to najlepsza forma odstresowania (100% - 70 osób)
- lepsze samopoczucie (80% - 56 osób)
- najlepszy sposób na odpoczynek i relaks (74% - 52 osoby)
- nawiązywanie nowych relacji i znajomości (73% - 51 osób).

W celu określenia korzystnych efektów poproszono wolontariuszy o wyrażenie swojej opinii. Analiza badań wykazała, że kontakt z psem ma zdecydowanie pozytywny wpływ. Zaobserwowano w głównej mierze:

- poprawę samopoczucia (97% - 68 osób)
- zwiększenie aktywności fizycznej wśród wolontariuszy (97% - 68 osób)
- satysfakcję z dobrze wykorzystanego czasu (97% - 68 osób)
- bardziej umiejętne radzenie sobie w sytuacjach stresowych (96% - 67 osób)
- ułatwianie interakcji społecznych przejawiające się w nawiązywaniu nowych relacji (77% - 54 osoby)
- lepsze efekty nauki/pracy (68% - 48 osób)
- poprawę relacji w rodzinie (43% - 30 osób)

- pozbycie się jakiegoś nałogu (33% - 23 osoby).

Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli II.

Tabela II. Zmiany zachodzące od chwili podjęcia wolontariatu

Zmiany dotyczące sytuacji życiowej	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Zdecydowanie nie	Nie	Ani tak/ani nie
Lepsze samopoczucie	68 (97%)	2 (2,9%)	0	0	0
Poprawa relacji w rodzinie	30 (43%)	24 (34,3%)	0	9 (12,9%)	7 (12,9%)
Umiejętne radzenie ze stresem	67 (96%)	3 (4,3%)	0	0	0
Nawiązywanie nowych relacji społecznych	54 (77%)	12 (17,1%)	0	4 (2,9%)	0
Zwiększenie aktywności fizycznej	68 (97%)	2 (2,9%)	0	0	0
Lepsze efekty nauki/pracy	48 (68%)	13 (18,6%)	0	0	9 (12,9%)
Satysfakcja z dobrze wykorzystanego czasu	68 (97%)	2 (2,9%)	0	0	0
Pozbycie się jakiegoś nałogu	23 (33%)	9 (12,9%)	0	21 (30%)	17 (24,3%)

W pytaniu o towarzyszące wolontariuszom emocje w kontakcie z psami, wolontariusze udzielili poniższych odpowiedzi:

- wyzwala się pozytywna energia, radość, spokój, relaks, szczęście - 67% (50 osób)
- można zapomnieć o problemach życia codziennego, odstresować się, uspokoić, zniwelować negatywne emocje - 33 % (23 osoby).

DYSKUSJA

W Polsce w ostatnich latach powstało wiele form zdrowej aktywności i propozycji zagospodarowania wolnego czasu. Lubrańska [4] podkreśla, że „*wolontariat to zjawisko współcześnie ważne, wyraźnie zauważalne w przestrzeni jednostkowej i publicznej*”.

Czynnikami w sposób istotny wyjaśniającymi zróżnicowanie wrażliwości na dobro publiczne i angażowanie się w wolontariat jest wykształcenie (to najsilniej objaśniająca

zmienna) [4]. W obecnym badaniu wolontariuszami byli najczęściej pracownicy umysłowymi i osoby z wykształceniem wyższym. W dalszej kolejności jako istotne predyktory wrażliwości na dobro wspólne uważa się wiek - im osoba starsza, tym bardziej wrażliwa [4]. W obecnym badaniu osoby powyżej 40. roku życia stanowiły 16% wolontariuszy, a największą grupą były osoby w wieku 20-30 lat (47%). Z innych czynników wymienia się miejsce zamieszkania (im mniejsza miejscowość, tym słabsza wrażliwość na naruszanie wspólnego dobra), religijność (nasilająca poziom wrażliwości), nastawienie materialistyczne (osłabia wrażliwość), dochód (bogatsi są bardziej wrażliwi), stosunek do demokracji (pozytywny wzmacnia wrażliwość na naruszanie dobra wspólnego [4].

W badaniach Lubrańskiej i Zawiry [4] okazało się, że najsilniejszym motywem podejmowania działalności wolontariackiej była chęć pomocy drugiej osobie (22%), poczucie bycia potrzebnym (19%), poznawanie nowych osób i zyskiwanie nowego doświadczenia (16%), samorozwój (15%) i wzbogacanie doświadczenia zawodowego (11%).

Z obserwacji Argyle [9] wynika, że było to przekonanie, że wolontariat daje szansę nauczenia się nowych umiejętności (47%), rozszerza zakres życiowych doświadczeń (75%), stwarza szansę spotykania się z ludźmi i zawierania przyjaźni (85%), a spostrzeżenia Pulińskiej [10] - że zdobycie nowego doświadczenia (74%), odczuwanie przyjemności z pomocy innym (74%), realizowanie idei pomocy innym (71%). W obecnym badaniu najczęstszymi powodami podjęcia pracy w wolontariacie schroniska była chęć niesienia pomocy innym (96%), poczucie, że jest się potrzebnym (94%), miłość do zwierząt/psów (94%), pomoc i wspieranie psów (92%).

Jedną z nowszych form wolontariatu, chociaż jeszcze mało rozpowszechnioną, jest wolontariat schroniskowy, czyli czynny udział we wspomaganiu zwierząt schroniskowych. Wolontariat w schronisku dla zwierząt generalnie nie różni się od pracy na etacie. Podobnie jak ona wymaga poświęcenia minimum kilku godzin dziennie, odpowiedzialności i sumienności. W obecnym badaniu największa (40%) grupa wolontariuszy była nimi dłużej niż 3 lata, jednorazowo w schronisku spędzała więcej niż 3 godziny (53%) i miała w tygodniu kontakt z psem schroniskowym częściej niż 3 razy w tygodniu (53%).

Coraz częściej w literaturze podkreśla się, że czas poświęcony dla bezdomnych zwierząt zawsze działa z korzyścią terapeutyczną dla człowieka [11]. Udział psa w życiu człowieka wykorzystuje się bowiem jako formę terapii wspomagającej leczenie i rehabilitację różnych zaburzeń i dysfunkcji. Obecność zwierząt prowadzi do zmniejszenia poczucia samotności, wyobcowania oraz wzmacnia odpowiedzialność i wrażliwość. Spotkania ze zwierzętami wyzwalają spontaniczne, pozytywne reakcje, przeciwdziałają zahamowaniom emocjonalnym oraz sprzyjają przełamywaniu lęków i obaw. Pomimo wszystkich niewątpliwych zalet należy

pamiętać, że największą wartością jest jednak radość, jaką czerpie się z kontaktu ze zwierzęciem [11].

Piśmiennictwo z zakresu wykorzystania terapeutycznego psa jest niestety dość skąpe, a dostępne publikacje mają zazwyczaj charakter raczej osobistych obserwacji i doświadczeń. Brak też jest jakichkolwiek jednolitych kryteriów do oceny skuteczności tej formy terapii. Międzynarodowa Organizacja Zdrowia oficjalnie uznała pozytywny wpływ obecności zwierząt na zdrowie człowieka, przede wszystkim w przypadku leczenia chorób wieńcowych, chorób psychicznych, chorób wieku starczego, a także łagodzenia bólu [12].

Terapia z udziałem zwierząt (zooterapia, animaloterapia), jako podstawowa pomocnicza forma leczenia funkcjonuje we współczesnym leczeniu od lat 60. XX wieku [13,14]. W Polsce najczęściej spotykane formy zooterapii to:

- hipoterapia (konie) - celem terapii z koniem (z elementami jazdy konnej) jest przywrócenie pacjentom sprawności fizycznej i psychicznej w możliwym do osiągnięcia zakresie;
- felinoterapia (koty) - działanie terapeutyczne ma nie tylko kontakt fizyczny z kotem, ale nawet sama jego obserwacja lub przebywanie w jego towarzystwie. Zauważane są takie korzyści jak poprawienie samopoczucia, obniżenie poziomu lęku, zmniejszenie poczucia samotności, mobilizacja do działania, zwiększenie wydzielania endorfin, stymulacja układu odpornościowego, obniżenie ciśnienia krwi, poziomu cholesterolu i triacylogliceroli we krwi
- dogoterapia – psy.

W Europie Południowej od 1966 roku popularna stała się onoterapia (zajęcia z osłem). W krajach, gdzie znajdują się duże oceanaria popularna jest delfinoterapia.

Wyróżnia się kilka rodzajów interakcji pacjenta z zwierzęciem [13,14]:

- terapia z udziałem zwierząt (AAT, *animals asissted therapy*, AAI, *Animals asissted interventions*) - działanie terapeutyczne, w którym zwierzę spełniające określone kryteria jest integralną częścią procesu leczenia. AAT jest planowane, aby spowodować poprawę w fizycznym, społecznym, emocjonalnym i poznawczym funkcjonowaniu człowieka, przeprowadzane grupowo, indywidualnie lub naprzemiennie. Cechy charakterystyczne to: określone są cele i zadania dla każdego uczestnika, proces jest dokumentowany i rozwijany, a postęp jest mierzalny.
- zajęcia z udziałem zwierząt (AAA, *animals asissted activities*) - dostarczają możliwości motywacyjnych, edukacyjnych i rekreacyjnych lub terapeutycznych korzyści

podnoszących jakość życia. Cechy charakterystyczne to: cele terapeutyczne nie są planowane z wizyty na wizytę, wolontariusze i terapeuci nie są zobowiązani do prowadzenia dokładnych notatek, przebieg wizyty jest spontaniczny i trwa tak długo (lub krótko), jak jest to konieczne, prowadzone są w formie grupowej.

- edukacja z udziałem zwierząt (AAE, *animal asissted education*) – w Polsce nie jest odrębną formą, ponieważ zwykle nie występuje samodzielnie, a jej elementy wchodzą w zakres AAA i AAT. Jest celowym zabiegiem, w którym zespół zwierzę–opiekun, spełniający specyficzne kryteria, stanowi integralny element programu opracowanego w celu polepszenia funkcji poznawczych człowieka. Powinna być kierowana lub prowadzona przez profesjonalnego wychowawcę odpowiedniej specjalności, w ramach jego/jej praktyki zawodowej. Może być stosowana w różnych miejscach, może być grupowa, lub indywidualna i może być stosowana do osób w różnym wieku, a proces ten winien być dokumentowany i oceniany.

Badania oddziaływania zwierząt na człowieka pozwoliły na wyróżnienie kilku jego mechanizmów [15,16]:

- afektywnego - opartego na uczuciach rodzących się pomiędzy człowiekiem a zwierzęciem (im silniejsza więź emocjonalna, tym lepsze rezultaty zooterapii)
- stymulacji psychologicznej - interakcji ze zwierzęciem stymulującej zachowania społeczne oraz funkcje poznawcze
- rekreacyjnego - zabawa ze zwierzęciem to powód do radości i śmiechu. Kontakt ze zwierzęciem, w tym psem jest szczególnie korzystny dla osób cierpiących z powodu izolacji i niskiej samooceny
- psychosomatycznego - wymienione wcześniej mechanizmy (afektywny, psychologiczny i rekreacyjny) niosą implikacje psychosomatyczne, związane z faktem, że liczne schorzenia somatyczne mają komponentę psychiczną
- fizycznego – ruch w towarzystwie zwierzęcia odgrywa kluczową rolę, zabawa z psem wymaga ruchu, co jest doskonałym ćwiczeniem fizycznym
- skojarzonego - w kontakcie ze zwierzęciem często rolę odgrywa jednocześnie kilka spośród wymienionych powyżej mechanizmów.

Udowodniono [17,18,19], że w porównaniu z osobami nieposiadającymi zwierzęcia, właściciele psów mają niższe ciśnienie tętnicze, lepszy profil lipidowy, a ich autonomiczny układ nerwowy korzystniej reaguje na czynniki stresogenne. Stwierdzono także, że kontakt z psami powoduje redukcję stężenia kortyzolu i adrenaliny w surowicy krwi oraz wzrost poziomu

oksytocyny, której wzmożona sekrecja odgrywa rolę w tworzeniu więzi oraz zachowaniach społecznych [13]. Za pomocą NIRS (*near infrared spectroscopy*) zobrazowano, że w wyniku interakcji ze zwierzętami dochodzi do wzrostu aktywności w obszarze kory przedczołowej, który odpowiada za tak zwaną uczuciowość wyższą, bierze udział w podejmowaniu decyzji, odpowiada za zachowania społeczne, a jego aktywność jest obniżona u osób z depresją [20-23].

Jednym z kluczowych badań dla rozwoju dogoterapii, ukazujących korzystny wpływ psa na człowieka, były badania przeprowadzone przez Allen z Uniwersytetu Buffalo w Nowym Jorku, w których udowodniono, że zwierzęta zmniejszają reaktywność na stres oraz percepcję sytuacji jako stresującej [24].

Potwierdziły to wyniki badań własnych, które wykazały, że kontakt z psami ze schroniska pozwalał wolontariuszom zapomnieć o problemach życia codziennego, stwarzał możliwość do odstresowania się i wyciszenia. Zauważyli poprawę w odniesieniu do sfery psychospołecznej, w relacjach interpersonalnych, w rodzinie, przy nawiązywaniu nowych spontanicznych znajomości oraz zwiększoną motywację do podejmowanych różnych działań i obowiązków.

Kolejne badanie przeprowadzone przez Dimitrijević [25] dowiodło, że obecność zwierząt, głównie psów, poprawiła ogólne samopoczucie, zniwelowała samotność i poprawiła relacje interpersonalne. Dodatkowo spotkania z psami motywowały do działania i pozwalały w sposób konstruktywny wykorzystać wolny czas [25].

W obecnym badaniu wolontariusze stwierdzili, że praca z psami schroniskowymi powodowała u wolontariuszy:

- poprawę samopoczucia (97%),
- zwiększenie ich aktywności fizycznej (97%),
- satysfakcję z dobrze wykorzystanego czasu (97%),
- bardziej umiejętne radzenie sobie w sytuacjach stresowych (96%),
- ułatwiała nawiązywanie nowych relacji (77%),
- poprawiała efekty nauki/pracy (68%), relacje w rodzinie (43%),
- ułatwiła pozbycie się nałogu (33%).

Podsumowaniem mogą być słowa ks. Jana Twardowskiego „(...) *towarzyszą nam zawsze i wszędzie, pomagając w codziennym trudzie, dając nam czystą radość, bez nich człowiek czułby się źle na tym świecie, bo ileż radości daje tak piękna i rozumna istota jak pies*” [26].

PIŚMIENNICTWO

1. Boguszewski D., Świdarska B., Adamczyk J.G., Białoszewski D.: Ocena skuteczności dogoterapii w rehabilitacji dzieci z zespołem Downa. Doniesienia wstępne. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Wydawnictwo UR, Rzeszów 2013; 2: 194–202.
2. Karbowniczek J., Mielczarek J.: Dogoterapia jako naturalna metoda wspomaganie, leczenia i rehabilitacji dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce 2007; 2: 37-45.
3. *Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.*
4. Lubrańska A., Zawira E.: Motywy współczesnych wolontariuszy w aspekcie różnic pokoleniowych. Łódzkie Studia Teologiczne 2017; 26(1): 159-173.
5. Załuska M., Boczoń J.: Organizacje pozarządowe w społeczeństwie obywatelskim. Biblioteka Pracownika Socjalnego, Katowice, 1998.
6. Moroń D.: Wolontariat w trzecim sektorze. Prawo i praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2009.
7. Hipsz N.: Potencjał społecznikowski i zaangażowanie Polaków w wolontariat, Komunikat z badań BS/23/2012, Warszawa 2012: 11–12
8. Grzybowski P., Woderska N.: Wolontariat- czas stracony czy bezcenny? Akademickie Centrum Wolontariatu UKW, Bydgoszcz 2014
9. Argyle M.: Przyczyny i korelaty szczęścia [w:] Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka, Czapiński J. (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012: 165–203.
10. Pulińska U.: Psychospołeczne uwarunkowania podejmowania działalności wolonatriackiej. Warmińsko- -Mazurski Kwartalnik Naukowy. Nauki Społeczne 2012; 2: 23–40.
11. Bednarczyk M.: Dogoterapia jako forma rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Student Niepełnosprawny: Szkice i Rozprawy 2016; 16(9): 167-178.
12. Karwacka M.: Dogoterapia we wspomaganie rehabilitacji osób z niepełnosprawnością –refleksje. Kwartalnik Pedagogiczno-Terapeutyczny 2006; 1-2: 77-81.
13. Cirulli F.: Animal-assisted therapies and activities as innovative approaches to mental health inventions. Annali dell' Istituto superior di sanita 2011; 47: 339–340.
14. Berget B., Braastad B.O.: Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders. Annali dell' Istituto superior di sanita 2011; 47: 384–390.

15. De Rose P., Cannas E., Cantiello P.R.: Donkey-assisted rehabilitation program for children: a pilot study. *Annali dell' Istituto superior di sanita* 2011; 47: 391–396.
16. Ballarini G.: Pet therapy. *Animals in human therapy. Acta Bio Medica* 2003; 74: 97–100.
17. Barker S.B., Dawson K.S.: The Effects of Animal-Assisted Therapy on Anxiety Ratings of Hospitalized Psychiatric Patients. *Psychiatric Services* 1998; 49: 797–801.
18. Zisselman M.H., Rovner B.W., Shmuely Y., Ferrie P.: A pet therapy intervention with geriatric psychiatry inpatients. *The American Journal of Occupational Therapy* 1996; 50: 47–51.
19. Levine G.N., Allen K., Braun L.T., Christian H.E., Friedmann E., Taubert K.A., Thomas S.A., Wells D.L., Lange R.A.: American Heart Association Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing: Pet Ownership and cardiovascular risk: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2013: 2352–2363.
20. Aoki J., Iwahashi K., Ishigooka J., Fukamauchi F., Numajiri M., Ohtani N., Ohta M.: Evaluation of cerebral activity in the prefrontal cortex in mood [affective] disorders during animal- -assisted therapy (AAT) by near-infrared spectroscopy (NIRS): a pilot study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* , 2012; 16: 205–213.
21. Iwahashi K., Fukamauchi F., Aoki J., Kurihara K., Yoshihara E., Inoue M., Shibana H., Ishigooka J.: A daycare program of animal assisted therapy for affective disorder patients during psychotropic drug therapy: evaluation of the relaxation effect by fNIRS (functional near-infrared spectroscopy). *Nihon Shinkei Seishin Yakurigaku Zasshi* 2010; 30: 129–134.
22. Narkiewicz O., Moryś J.: *Neuroanatomia czynnościowa i kliniczna. Podręcznik dla studentów i lekarzy.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
23. Iwanicka K., Malicki D., Olajossy M.: Typologia uzależnienia alkoholowego według Lescha- opis kliniczny. *Current Problems of Psychiatry* 2011; 12: 256–259.
24. Allen K., Blascovich J., Mendes W.B.: Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: the truth about cats and dogs. *Psychosomatic Medicine* 2002; 64(5): 727-739.
25. Dimitrijević I.: Animal – Assisted Therapy – a New trend in the treatment of children and adults. *Psychiatria Danubina* 2009; 21(2): 236-241.
26. <http://goldentherapy.pl/> (data dostępu 26.04.2020).

ŚMIERĆ SPOŁECZNA



Zooterapia, czyli uzdrawiająca moc zwierząt

Joanna Myślińska¹, Aleksandra Banera¹, Bartosz Kurzelewski¹, Aneta Hauzer¹, Małgorzata Paprocka-Borowicz^{1,2}, Natalia Markiewicz¹, Jan Gnus^{1,2}

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław
3. Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu, Wrocław

WPROWADZENIE

Zooterapia, inaczej nazywana animaloterapią, to terapia z udziałem zwierząt. Stosowana jako podstawa lub dodatkowa metoda leczenia od lat sześćdziesiątych XX wieku. Pomysł wykorzystania dobroczynnego kontaktu ze zwierzęciem wykorzystał jako pierwszy psychiatra dziecięcy Boris M. Levinson. Obecny w gabinecie labrador retriever pomagał pacjentom rozpocząć terapię i ułatwiał kontakt terapeuty z pacjentem [1]. Dlaczego zwierzęta są skutecznymi terapeutami i jak one to robią? Filarem skutecznej zooterapii jest dotyk, który stymulując układ hormonalny, pobudza wydzielanie endorfin, a te wpływają na zmniejszenie bólu i lepsze samopoczucie. Poprzez spadek produkcji kortyzolu i noradrenaliny następuje redukcja stresu, wzrasta odporność. Hormony te poprawiają stan psychiczny i fizyczny [2]. Naturalne zachowanie zwierząt, prosty niewerbalny kontakt sprawia, że pacjenci niepełnosprawni językowo czują się przy nich swobodnie.

Wyróżnia się kilka rodzajów kontaktu pacjenta ze zwierzęciem [1]:

- terapia z udziałem zwierząt – AAT i AAI – *animals asissted therapy* i *animals asissted interventions*
- zajęcia z udziałem zwierząt – AAA – *animals asissted activities*
- edukacja z udziałem zwierząt – AAE – *animals asissted education*

Próbowano wykorzystać przedstawicieli różnych gatunków zwierząt zarówno domowych, jak i hodowlanych. Bardzo dobrze rozwinięto takie dziedziny zooterapii, jak: dogoterapia, felinoterapia, hipoterapia, onoterapia i delfinoterapia [1].

AAT i AAI wymagają konsultacji lekarskiej oraz/lub psychologicznej. To zajęcia indywidualne, dostosowane do konkretnej osoby. Są elementem dodatkowym do terapii określonej choroby. Zwierzęta, które wykorzystuje się są poddawane procesowi przystosowywania od urodzenia. Muszą wykazywać się właściwym nastawieniem w stosunku do człowieka i przedstawicieli swojego gatunku, być zaznajomione z dziećmi, osobami niepełnosprawnymi i starszymi. Miejsca, w których, poza szpitalem, ośrodkami specjalistycznymi czy domami opieki, odbywać się mogą zajęcia to certyfikowane stajnie, gospodarstwa itp. Terapię z udziałem zwierząt koordynuje zespół interdyscyplinarny, w skład którego wchodzi lekarz prowadzący, weterynarz, przewodnik zwierzęcia, koordynator i inny specjaliści.

AAA i AAE nie wymagają konsultacji lekarskiej bądź psychologicznej. Nie leczą choroby, ich celem jest poprawa relacji i szeroko pojętej jakości życia. Zwierzę nie musi być trenowane od urodzenia, wybiera się do takich zajęć zwierzęta zdrowe, łagodne, zdolne zaufać człowiekowi. Każdy może zostać poddany tym rodzajom kontaktu [3].

DOMESTYKACJA

Zwierzęta przystosowano do spełniania potrzeb człowieka w procesie zwanym domestykacją. Opiera się na zmianie wyglądu i cech psychicznych zwierzęcia na skutek długoczasowego preferowania konkretnych cech przez człowieka, który chce uzyskać konkretny efekt. Idea udomowiania rozpoczęła się około 2800 lat temu. Pierwszymi zwierzętami, które poddały się temu procesowi były psy, przydatne w czasie polowań. Po nich przyszła kolej na krowy, owce, kozy, świnie, osły, a na końcu konie. W wyżej wymienionych przykładach obie strony zarówno opiekun, jak i zwierzę czerpały porównywalne korzyści ze współżycia. Odmiennie sprawa wygląda przy takich zwierzętach domowych, jak na przykład chomik, kot czy papuga. Człowiek tworzy z nimi specyficzną więź, która jest korzyścią z obecności w życiu ludzkim zwierzęcia nieużytkowego [1].

PIES

Terapia wykorzystująca obecność psa nosi dwie nazwy: dogoterapia i kynoterapia. Wymogi, jakie narzuca się psu terapii, są bardzo restrykcyjne. Nie wystarczy, aby zwierzę było spokojne i sympatyczne. Proces szkolenia trwa przez cały okres pracy. Wykorzystywane

są psy rasowe, ponieważ cechy charakterystyczne dla danej odmiany są istotnym kryterium wyboru [4].

Wśród najchętniej wykorzystywanych ras wymienia się takie rasy, jak: labrador, grzywacz chiński, nowofundland czy cavalier. Zanim pies zostanie dopuszczony do pacjenta, musi przejść tresurę i zaliczyć egzamin [2].

Psią terapię podzielić można na AAA, AAT i AAE. AAA opiera się na zabawie ze zwierzęciem. Kwalifikacja do AAT przebiega z udziałem lekarza, biorą w niej udział także terapeuta, fizjoterapeuta i pielęgniarka. Terapeuta prowadzi notatki podczas spotkania, które odbywać się może jednocześnie dla trzech pacjentów i ma określony powtarzalny przebieg. Spotkanie przebiega według schematu: powitanie, zapoznanie z psem, kontakt fizyczny z psem – czesanie, dotyk, wydawanie komend, karmienie, spacer z psem na smyczy, pożegnanie [4].

AAE to najnowsza metoda terapii. Polega na wykorzystaniu psa do przełamania trudności w czytaniu na głos i rozwoju tej umiejętności. Pies nie wywołuje stresu u dziecka i nie ocenia. Sesja czytania na głos trwać może maksymalnie 30 minut, powinna rozpocząć się powitaniem, po nim następuje czas na czytanie i na koniec powinna mieć miejsce zabawa. Środkiem wychowawczym stosowanym w czasie odbywania kary pozbawienia wolności jest trenowanie psów pod okiem specjalistów, aby później z powodzeniem wykorzystać je jako asystentów ludzi niepełnosprawnych. Skutek pozytywny takich działań odnoszą oczywiście również więźniowie, którzy czują się potrzebni i ich agresja spada [2]. Gdzie jeszcze zastosowanie znajduje dogoterapia? Nadaje się dla pacjentów niepełnosprawnych fizycznie, psychicznie, emocjonalnie i społecznie. Stosowana z powodzeniem u pacjentów paliatywnych, onkologicznych i osieroconych [4].

KOT

Terapia wykorzystująca kota nosi nazwę felinoterapii. Od dawna znany jest wpływ kociego mruczenia na zdrowie i umiejętność wyczuwania chorób przez koty. Nierzadko spotkamy się z doniesieniami o zmianie zachowania kota, który nagle zaczyna kłaść się na konkretnym miejscu na ciele, a po wizycie u lekarza okazuje się, że właśnie tam rozgrywa się jakiś proces chorobowy. Mruk, który zwierzę wydaje, który towarzyszy głaskaniu, pomaga się zrelaksować, obniża ciśnienie tętnicze, zmniejsza lęk, ryzyko zawału, a nawet poziom cholesterolu. Jakie są jeszcze dowody na to, że kot to zwierzę idealne? Nie wymaga tresury, by być terapeutą. Po prostu jest. Wymaga się jedynie, by miał ponad rok, odbył szczepienia i

był przebadany. Wymagania odnośnie jego charakteru są takie same, jak w przypadku innych zwierząt: spokojne usposobienie, duża tolerancja na hałas i obecność wielu ludzi, powinien też przepadać za pieszczotami [2]. Kluczowe dla kociego rozwoju i przygotowania go do roli towarzyskiego i dłużej przebywającego na kolanach zwierzęcia jest kontakt z człowiekiem, który musi nastąpić w ciągu pierwszych 9 tygodni życia. Badania wskazują, że najlepiej rozpocząć przyzwyczajanie już od 3. tygodnia życia kota [5]. Dla kogo nada się ta metoda? Między innymi dla osób umysłowo i fizycznie niepełnosprawnych, autystyków, pacjentów z porażeniem mózgowym, lękami, cierpiących na chorobę Parkinsona, Alzheimerera, stwardnienie rozsiane i choroby reumatyczne. W terapii choroby Parkinsona, jak i chorób reumatycznych podstawą jest zabawa z kotem. Ruch, jaki pacjent wykonuje głaszcząc zwierzę, rzucając mu zabawki. Efekt felinoterapii został zbadany na pacjentach onkologicznych. U nich także uzyskano efekt wzrostu zadowolenia, motywacji i odprężenia [2]. W Ameryce Północnej i Południowej powstały programy poddające więźniów felinoterapii. Wniosek, jaki otrzymano, brzmi obiecująco, rezydenci więzienia mający kontakt ze zwierzętami podczas odbywania kary pozbawienia wolności popełniają mniej przestępstw po jej zakończeniu [5].

DELFIN

Delfinoterapia nie jest stosowana w Polsce. Popularność zdobyła za to w sąsiednim kraju, na Ukrainie [6]. Polega na zabawie kontrolowanej przez fizjoterapeutę. Terapia składa się z kilku zajęć piętnastominutowych. Stosuje się dwa gatunki: delfina butlonosego i wala białego. Różnią się one usposobieniem. Pierwsze są ciekawskie, chętne do zabawy. Drugie zaś cierpliwe i spokojne, i wydają silniejsze ultradźwięki. Ultradźwięki właśnie uważa się za jeden z filarów delfinoterapii poza zbawiennym kontaktem człowiek-zwierzę. Dźwięki o wysokich częstotliwościach przenikają do organizmu człowieka i stymulują komórki do regeneracji. Delfiny, jako ciekawskie stworzenia najbardziej interesują się tym, co jest nowe, odbiegające od normy, dlatego też zbliżają się najbardziej do chorych części ciała, do protez. Dzięki temu są one wystawione na największe działanie ultradźwięków. Terapia ta znajduje zastosowanie jako wsparcie leczenia chorób neurologicznych, psychicznych, reumatologicznych, genetycznych, nowotworowych i zakaźnych [2].

Na temat delfinoterapii znaleźć można, w przeciwieństwie do pozytywnego nastawienia do reszty zwierząt-terapeutów, pozytywne i negatywne opinie. Zbadano, ile czasu realnie delfin podczas sesji spędza w pobliżu pacjenta i niestety okazało się, że jest to czas

niewystarczający do pojawienia się jakichkolwiek efektów dobroczynnego działania ultradźwięków, ponieważ ekspozycja na dźwięki o wysokich częstotliwościach trwać musi minimum 2 minuty i delfin znajdować musi się w odległości jednego metra od pacjenta, kierując głowę w jego stronę. W rzeczywistości podczas osiemdziesięciu trzech trzydziestominutowych sesji otrzymano najlepszy wynik w wysokości 45 sekund ekspozycji. Podważa się bezpieczeństwo prowadzenia takiej terapii, ponieważ środowisko sztuczne, w jakim przebywają delfiny, nie jest dla nich korzystne. Podkreśla się, że delfiny niekiedy popełniają samobójstwa, bywają agresywne w stosunku do ludzi. Whale and Dolphin Conservation Society określiła swoje stanowisko jednoznacznie. Jako, że można z powodzeniem zastąpić delfinoterapię innym rodzajem skutecznej zooterapii, brak jest naukowych dowodów na przewagę delfinoterapii, jest to terapia droga, oddziałuje szkodliwie na zwierzęta i brak jest prawnych regulacji odnośnie standardów prowadzenia ośrodków zajmujących się delfinoterapią, zdecydowanie zalecają zakończenie tej praktyki. Przeprowadzono badanie ze sztucznym interaktywnym delfinem, który tak samo jak prawdziwy spełniał swoje zadanie, pływając z pacjentami. Efekty były porównywalne i należy zaznaczyć, że sztuczny delfin w grupie dzieci z poważnymi zaburzeniami był skuteczniejszy niż prawdziwy [6,7].

OSIOŁ

Onoterapia w porównaniu do hipoterapii oferuje kontakt ze zwierzęciem drobniejszej postury, stąd jest bardziej odpowiednim do pracy z dziećmi. Niższy wzrost sprawia, że zwierzę nie budzi lęku. Co więcej, osły cechuje stosunkowo wąski grzbiet, który w połączeniu z powolnym, równomiernym tempem chodu stwarza doskonałe warunki do terapeutycznych przejażdżek z małymi pacjentami na grzbiecie. Niebagatelną rolę w wyborze tego zwierzęcia do animaloterapii odegrał również charakter omawianego przedstawiciela koniowatych. Ze względu na spokojną naturę zwierzęcia, onoterapia w szczególności zalecana będzie dla osób starszych, a także cierpiących na problemy z poruszaniem się. Osły w interakcjach z człowiekiem wykazują bowiem cierpliwość, ich ruchy nie są gwałtowne, na strach reagują blokadą ruchów. Ze względu na tak stateczną reakcję wycucie przez zwierzę zagrożenia nie wywoła niepokoju u osoby poddanej terapii, nadaje się zatem także do pracy z osobami o zaburzeniach psychicznych. Niezbędne w terapii zaufanie w relacji człowiek-zwierzę jest nietrudne do uzyskania przy tak posłusznych, towarzyskich stworzeniach. Wytworzeniu poczucia bezpieczeństwa niezaprzeczalnie służy też bardziej miękka od

końskiej sierść osła, której czesanie i głaskanie sprzyja wyciszeniu. Co ciekawe efekty onoterapii dają szansę na przyszłe zastosowanie jej w procesie resocjalizacji. Pozytywne emocje wynikające z kontaktu z tak przyjaznym człowiekowi zwierzęciem dają motywację i łagodzą poczucie samotności wynikające z zamieszkiwania w placówce resocjalizacyjnej [3,8,9].

KOŃ

Hipoterapia znajduje zastosowanie w przypadku leczenia zaburzeń ruchowych. Zwierzę musi być łagodne i posłuszne. Konia dobiera się odpowiednio do wzrostu i wieku pacjenta. W zajęciach rehabilitacyjnych korzysta się tylko ze stępu. Podczas tego rodzaju chodu sygnały ruchowe przekazywane są od konia do pacjenta [2]. Podczas minuty stępu koń przenosi na pacjenta mniej więcej 110 wielopłaszczyznowych wielokierunkowych ruchów, niemożliwych do osiągnięcia podczas innego rodzaju kinezyterapii [9]. Postawa przyjmowana podczas siedzenia na grzbiecie i poruszanie tułowiem jest treningiem koordynacji i równowagi. Pacjent musi być w stanie wyczuć rytm nadawany przez konia. Koń zaś stara się odzyskać równowagę, potrafi dopasować swoje ruchy do możliwości rehabilitowanego. Terapia sprawdzi się w przypadku osób z upośledzeniem fizycznym i psychicznym, zaburzeniem wzroku i słuchu, problemami społecznymi. Hipoterapia może przyjmować kilka form. Po pierwsze fizjoterapeutyczna gimnastyka na koniu podczas stępu, która jest realizowana ze wskazań lekarskich i realizowana przez fizjoterapeutę. Jazda konna psychopedagogiczna to druga odmiana realizowana przez, jak nazwa wskazuje, specjalistów psychologów i pedagogów, a podczas zajęć mają miejsce różne formy terapii pedagogicznej, logopedycznej itp. Podczas tak zwanej terapii z koniem realizowanej przez psychiatrów, psychologów oraz pedagogów pacjent nawiązuje lepszy kontakt ze światem otaczającym. Wśród efektów terapii wymienić można wcześniej wspomnianą poprawę równowagi, koordynacji, sprawności, rozwój mięśni [2].

ALPAKA

Na popularności zyskuje alpakoterapia. Alpaki nazywa się „żywymi maskotkami”, co idealnie oddaje ich miłą aparycję. Ze względu na wygląd, cierpliwość i przyjemny oddech, hipoalergiczną wełną terapię z ich udziałem zaleca się szczególnie dzieciom. Jakie zalety przynieść może przebywanie pośród alpak? Poprawa samopoczucia, podniesienie chęci

kontakty, poczucia odpowiedzialności, uspokojenie, obniżenie stresu i usprawnienie procesu budowania relacji [10,11].

RYBKI

Udowodniono dobroczynne działanie rybek akwariowych na pacjentów cierpiących z powodu choroby Alzheimera. Typowe dla tej jednostki są zaburzenia odżywiania. Dzięki obserwacji rybek uzyskano poprawę łaknienia [1].

ROBOT

Nie we wszystkich przypadkach możliwe jest prowadzenie terapii z żywym zwierzęciem ze względu na alergie, niebezpieczeństwo zadrapań i przeniesienia drobnoustrojów. Dla rezydentów domów opieki i pacjentów szpitalnych stworzony został specjalny robot. Japońscy naukowcy zaprojektowali interaktywnego kota, psa i fokę. Badania przeprowadzone na ludziach wykazały, że najwyżej oceniano foki. Tak właśnie powstała Paro. Wykorzystuje się ją w terapii osób starszych i cierpiących z powodu otępienia, u których umiejętności komunikacji znacząco zmalały. Interaktywny robot reaguje na głos, światło, dotyk, temperaturę, postawę. Analizuje bodźce i reaguje na nie – obrót głowy, dźwięki zadowolenia lub skowyt w odpowiedzi na zadawany ból. Jego osobowość zmienia się w zależności od sposobu traktowania. Dzięki terapii z pomocą foki Paro pacjenci mniej odczuwają samotność, stres, napięcie. Poprawiają się umiejętności komunikacji i nastroj. Robot wpływa pozytywnie również na personel, zmniejszając poziom odczuwanego stresu. Wyniki zostały uzyskane na podstawie kwestionariusza i znalazły odzwierciedlenie w poziomie 17-ketosteroidów i 17-hydroksykortykosteroidów w moczu [12]. W 2016 roku pierwszą fokę w Polsce zakupił Sopocki Dom Opieki Społecznej [13].

PODSUMOWANIE

Wyróżnić możemy cztery podstawowe mechanizmy wpływu zwierzęcego terapeuty na człowieka [14,15]:

- afektywny,
- rekreacyjny,
- stymulacji psychologicznej,

- psychosomatyczny.

Wspólnie spędzony czas i radosne zabawy są czynnikiem sprzyjającym wytworzeniu więzi emocjonalnej, rozwojowi zaufania i poczucia bezpieczeństwa. Te zaś umożliwiają leczenie pacjentów.

Dzieci z kontaktu ze zwierzętami mogą wynieść bardzo wiele, poza rozwojem fizycznym dziecka regularnie bawiącego się ze zwierzęciem znacząco rozwija się jego zdolność komunikacji. Najmłodszy cierpiący na zaburzenia rozwojowe doświadczają często problemów z wyrażaniem się poprzez słowa i gesty, a także podtrzymywaniem kontaktu wzrokowego. Czas spędzony ze zwierzętami jest możliwością obserwacji bogactwa ekspresji wybranego do terapii stworzenia. Dziecko, czując się w towarzystwie zwierzęcia swobodnie, zaczyna analizować i naśladować jego ruchy, odgłosy. Pacjent zaczyna lepiej panować nad ruchami, wprowadza spontaniczne gesty. Próby odtwarzania zwierzęcej mowy wpływają zaś korzystnie na wydolność oddechową, pośrednio więc poprawiają zdolność mowy. Pozytywny wpływ terapii zaobserwowany również w sferze odbioru dotyku przez pacjenta. Dzieci nadwrażliwe na doznania tego zmysłu oswoją się z nim dzięki głaskaniu zwierzęcia, a także udziałowi w zabiegach higienicznych [1,15].

Pozytywne skutki zooterapia ma oczywiście również na osoby starsze, z zaburzeniami lękowymi, chorobami neurodegeneracyjnymi, osamotnione. Z pełną odpowiedzialnością możemy stwierdzić, że odpowiednio dobrane zwierzę wzbogaci życie każdego człowieka.

Nie sposób odmówić zwierzętom niesamowitych umiejętności. Co bardzo istotne, zwierzęta silniej motywują do wewnętrznych zmian niż inni ludzie [14].

PIŚMIENNICTWO

1. Girczys-Poędniok K., Pudło R., Szymbal A., Pasierb N.: Zastosowanie terapii z udziałem zwierząt w praktyce psychiatrycznej. *Psychiatria* 2014; 11(3): 171-176.
2. Giermaziak W., Fryzowska-Chrobot I.: Terapie z udziałem zwierząt w leczeniu i rehabilitacji chorych i niepełnosprawnych. *Medycyna Rodzinna* 2018; 21(1A): 59-64.
3. Valentini Pstrong S.: Onoterapia. <http://psho.pl/onoterapia/> (data dostępu 29.03.2020).
4. Jagielski D., Jagielska A., Pyszora A.: Dogoterapia – historia, założenia, cele. Propozycja zastosowania w opiece paliatywnej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2014; 8(4): 163-167.

5. Cieśla A., Pluta M.: Mruczający terapeuta: felinoterapia – co to takiego? [w:] Nowe formy wsparcia rozwoju osoby niepełnosprawnej. Komorska M., Miszczak E. (red.). Wydawnictwo WSPA, Lublin 2017: 48-60.
6. Kochanowska M.: Definoterapia – czy warto? <https://neuroskoki.pl/delfinoterapia-czy-warto/> (data dostępu 29.03.2020).
7. Dąbrowska O., Chuprikov A., Popowski B.: Delfinoterapia jako rodzaj pomocy dla dzieci z opóźnieniem w rozwoju oraz metoda wpływająca na rozwój komunikacji. Konteksty Pedagogiczne 2015; 1: 151-168.
8. Dziurka D., Długosz B.: Sposoby użytkowania osłów. Wiadomości zootechniczne 2016; 3: 77-87.
9. Pluta M.: Hipoterapia ważną metodą usprawniania w zooterapii [w:] Nowe formy wsparcia rozwoju osoby niepełnosprawnej. Komorska M., Miszczak E. (red.). Wydawnictwo WSPA, Lublin 2017: 95-108.
10. Fundacja Pocięchom: Alpakoterapia. <https://www.pociechom.org.pl/alpakoterapia/> (data dostępu 29.03.2020).
11. Hodowla alpaki El Salvador: Alpakoterapia. <https://alpaki-elsalvador.pl/alpakoterapia/> (data pobrania 29.03.2020).
12. Takanori S., Kazuyoshi W.: Robot Therapy: A New Approach for Mental Healthcare of the Elderly -A Mini-Review. Gerontology 2011; 57: 378–386.
13. Kruk A. Foka Paro. Gdy robot staje się terapeutą. <http://neuropsychologia.org/foka-pa-ro-gdy-robot-staje-si%C4%99-terapeut%C4%85> (data dostępu 29.03.2020).
14. Jedynek M.: Moc wpływu zwierząt na kształtowanie więzi międzyludzkich [w:] Nowe formy wsparcia rozwoju osoby niepełnosprawnej. Komorska M., Miszczak E. (red.). Wydawnictwo WSPA, Lublin 2017:37-47.
15. Maj-Golianek M.: Komunikacja dzieci niepełnosprawnych a zooterapia [w:] Nowe formy wsparcia rozwoju osoby niepełnosprawnej. Komorska M., Miszczak E. (red.). Wydawnictwo WSPA, Lublin 2017: 62-67.

Kiedy życie traci sens - Analiza przypadków samobójstw w społeczeństwie polskim w latach 2017-2019

Joanna Niewiadomska¹, Kamila Przepiórka¹, Karolina Saturska¹, Stanisław Ferenc², Jan Gnus^{1,2}, Krzysztof Dorna³, Sebastian Fedorowicz¹

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław
3. Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu, Wrocław

WSTĘP

Śmierć jest tematem, który od wieków budzi zainteresowanie ludzkości, ponieważ dotyczy każdego człowieka. Życie może być zakończone na różne sposoby, a jednym z nich jest samobójstwo, czyli zamierzone odebranie sobie życia [1]. Zamachy samobójcze często szokują społeczeństwo, wydają się niezrozumiałe i godne potępienia. Dla jednych stanowią temat tabu, a zdaniem innych dotyczą tylko niewielkiej liczby osób. Według WHO na całym świecie w ciągu roku blisko 800 000 ludzi popełnia samobójstwo [2]. Z danych KGP (Komenda Główna Policji) wynika, że w Polsce każdego roku ponad 5000 Polek i Polaków odbiera sobie życie. Najczęściej ma to miejsce w poniedziałek, a najrzadziej w sobotę [3]. Samobójstwa i próby samobójcze mają silny wpływ na dalsze życie rodzin, przyjaciół, znajomych oraz najbliższego otoczenia samobójcy.

W celu prewencji oraz minimalizowania liczby samobójstw WHO opracowało „Plan Działań na rzecz Zdrowia Psychicznego na lata 2013–2020”. Jego główne cele to: dążenie do powszechnego dostępu do działań mających zapewnić dobrostan psychiczny w okresie całego życia, szczególnie w grupach ryzyka; zwrócenie uwagi na osoby z zaburzeniami psychicznymi, poprawa przestrzegania ich praw oraz zwiększenie dostępności pomocy psychologiczno-psychiatrycznej; zwiększenie świadomości społeczeństwa nt. chorób psychicznych, co miałyby skutkować większym zrozumieniem i szacunkiem dla osób z zaburzeniami psychicznymi [4]. W Polsce na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. (Dz. U. poz. 458) ustanowiono Narodowy Program Ochrony Zdrowia

Psychicznego na lata 2017–2022. Ma on na celu zapewnienie wielostronnej opieki, upowszechnienie dostępu do pomocy i wsparcia czy umożliwienie aktywizacji zawodowej osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji chorych, m.in. poprzez akcje informacyjno-edukacyjne [5-10]. W Polsce działa Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, które prowadzi analizy zachowań samobójczych, opracowuje i realizuje programy prewencyjne i dąży do wzrostu świadomości obywateli na temat ochrony zdrowia psychicznego [11].

ETIOLOGIA ZJAWISKA, CZYNNIKI RYZYKA ORAZ PODSTAWY PRAWNE

Samobójstwo jest to celowe zachowanie autodestrukcyjne, podjęte przez jednostkę, którego wynikiem jest śmierć [6,12]. W Polsce zakwalifikowanie przypadku śmierci jako samobójstwa wymaga stwierdzenia intencji pozbawienia się życia, co ze względu na czynniki zewnętrzne (m.in.: sposób popełnienia samobójstwa, społeczne potępienie samobójstwa) często jest utrudnione [1]. Obniża to wiarygodność oficjalnych statystyk samobójstw, które nie obejmują przypadków zgłoszonych jako zgony w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub z innych przyczyn. Polskie prawo karne nie traktuje samobójstwa jako przestępstwa oraz jego usiłowanie nie podlega karze. Jednakże, art. 151 k.k stanowi, że *kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5* [13].

Próba samobójcza jest to czyn podjęty z zamiarem odebrania sobie życia, bez udziału osób trzecich, nie doprowadzający do śmierci potencjalnego samobójcy, mogący zakończyć się zatruciem lub uszkodzeniem ciała [6].

Dane szacunkowe wskazują, że ponad 1/3 dokonanych samobójstw była poprzedzona próbą samobójczą w ciągu 1 roku przed samobójstwem. Wśród populacji ogólnej stosunek prób samobójczych do dokonanych samobójstw wynosi około 10-20:1. Sytuacja ta jest poważniejsza wśród grupy osób z zaburzeniami psychicznymi, gdzie stosunek ten wynosi aż 3-5:1 [6]. Statystycznie, kobiety podejmują więcej prób samobójczych, jednak są one mniej skuteczne np.: poprzez przyjęcie dużej dawki leków [7]. Mężczyźni wybierają bardziej radykalne metody, takie jak powieszenie się czy użycie broni palnej [6]. Wcześniej potencjalny samobójca może w sposób świadomy lub nieświadomy sygnalizować chęć targnięcia się na swoje życie. Komunikaty mogą być rzeczywiste (gdy osoba popełni samobójstwo) lub w różnym stopniu symulowane (w których nie dochodzi do samobójstwa,

natomiast osoba chce zwrócić na siebie uwagę, zmanipulować otoczenie lub uzyskać inne korzyści).

Etiologia samobójstw jest wieloprzyczynowa [6]. Obejmuje czynniki: biologiczne, psychologiczne, społeczne, środowiskowe i kulturowe, które wzajemnie ze sobą oddziałują. Wykazano, że osoby, które mają wyższy poziom wykształcenia oraz posiadają bardziej rozwinięte pewne umiejętności m.in.: zdolność planowania, rozwiązywania problemów i dobrą samoocenę, mają mniejsze ryzyko prób samobójczych i dokonanych samobójstw. Ważnym elementem protekcyjnym są prawidłowe relacje w rodzinie, dające poczucie bezpieczeństwa i wsparcia, a dla kobiet dodatkowo bycie w ciąży oraz opieka nad małymi dziećmi. Dla części społeczeństwa to przynależność do grup religijnych, o ustalonych wartościach moralnych, w których samobójstwo to hańba, stanowi najsilniejszy czynnik protekcyjny samobójstw (np. islam) [6].

Czynnikami ryzyka podjęcia próby zamachu samobójczego są: zaburzenia psychiczne (powyżej 80% ofiar samobójstw prezentuje co najmniej jedno zaburzenie psychiczne); przewlekłe choroby somatyczne; choroby nieuleczalne (np. nowotwory); trudności związane z dostępem do świadczeń zdrowotnych; konfliktowy związek; sytuacja rodzinna; bezrobocie czy zadłużenie; osamotnienie; uzależnienie od alkoholu; traumatyczne wydarzenia – molestowanie, przemoc, a także wcześniejsze próby samobójcze i samobójstwa w rodzinie [6,8]. Czynnikiem zwiększającym ryzyko samobójstwa są również płeć męska, wiek oraz rasa biała [14,15].

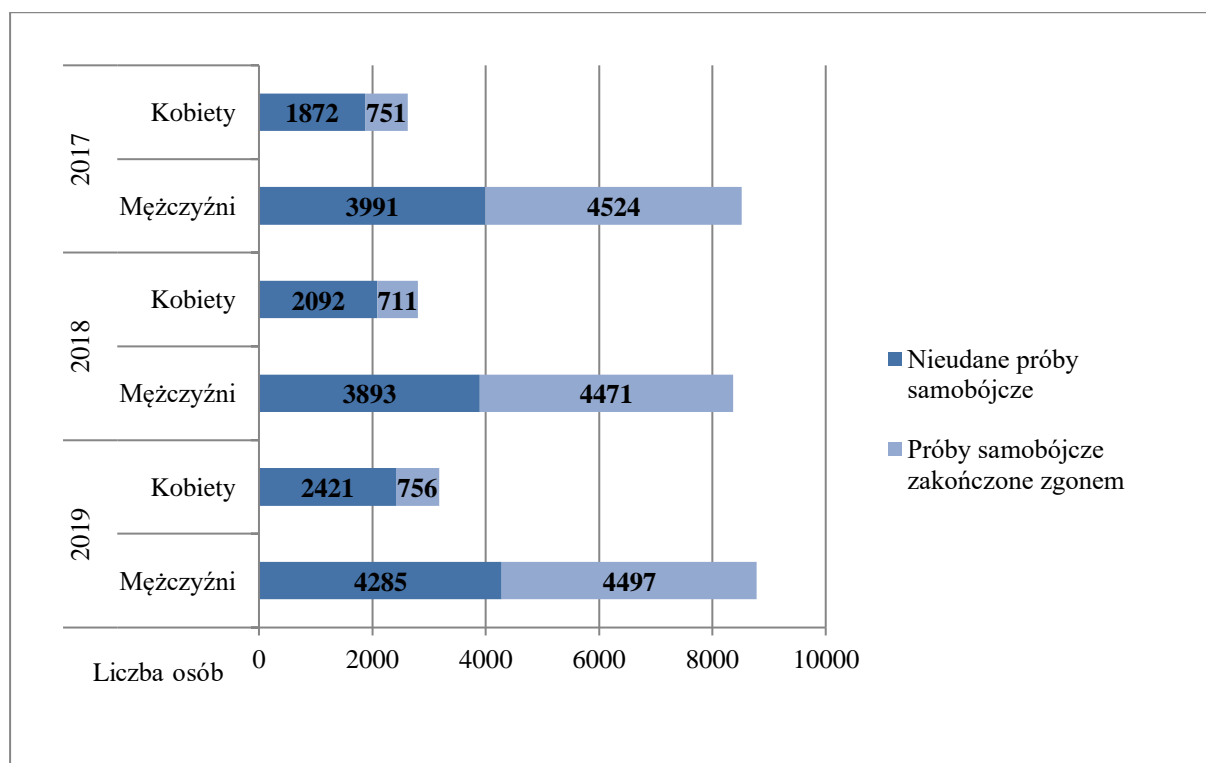
ŹRÓDŁO DANYCH

Praca została opracowana na podstawie informacji opublikowanych na stronie internetowej KGP (Komendy Głównej Policji), dotyczących zamachów samobójczych w latach 2017-2019. Dane zostały poddane analizie w programie Excel 2010. Uzyskane wyniki dotyczą tylko zamachów samobójczych zakończonych zgonem [3].

OPIS PRZYPADKÓW SAMOBÓJSTW

Z danych KGP wynika, że w Polsce w latach 2017-2019 dokonano łącznie 34 267 zamachów samobójczych [3]. Odnotowano 15 713 skutecznych prób samobójczych, co stanowi 45,85% wszystkich podjętych prób. W analizowanych 3 latach widoczna jest

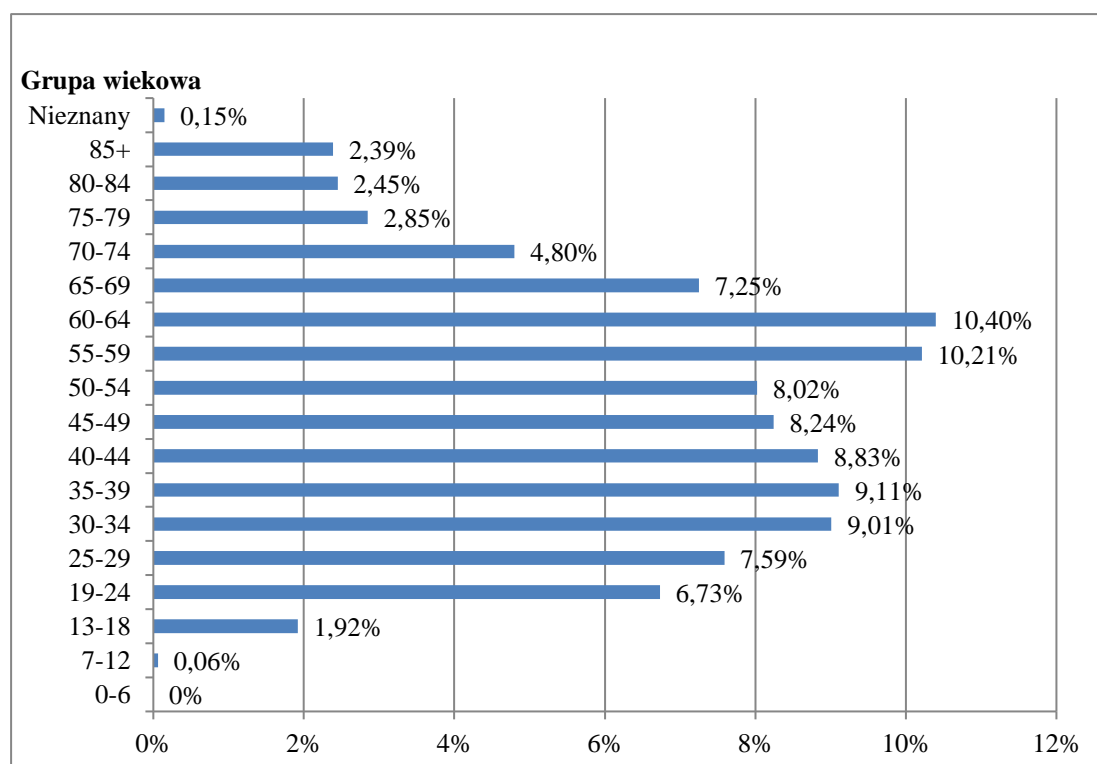
tendencja wzrostowa liczby prób samobójczych zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Liczba samobójstw utrzymywała się na względnie stałym poziomie. Jednakże odsetek prób zakończonych zgonem malał, z powodu wzrostu liczby nieskutecznych zamachów samobójczych. Mężczyźni częściej podejmowali próby samobójcze (74,9%) niż kobiety (25,1%). Wśród osób płci męskiej skuteczne próby odebrania sobie życia stanowiły 52,6% wszystkich podejmowanych prób, a w przypadku płci żeńskiej 25,8%. Analiza przypadków z lat 2017 - 2019 wykazała, iż zdecydowanie częściej życie odbierali sobie mężczyźni - 13 492 Polaków - co stanowi 85,87% ogółu dokonanych samobójstw. W tym samym czasie 2 218 Polek skutecznie targnęło się na swoje życie, co stanowiło 14,12% ogółu skutecznych zamachów samobójczych. Stan ten może być spowodowany patriarchalnym modelem funkcjonującym w społeczeństwie, w którym to mężczyzna jest głównym żywicielem rodziny. Na jego barkach spoczywa zapewnienie godnego bytu oraz odpowiedzialność za najbliższych. Poczucie osamotnienia oraz niechęć do szukania pomocy wynikająca ze sposobu wychowania, może stać się przyczyną podjęcia próby samobójczej. Wysoki stopień obciążenia psychicznego może w tym przypadku być bodźcem wyzwalającym zachowanie autodestrukcyjne [3].



Rycina 1. Porównanie nieudanych prób samobójczych w odniesieniu do prób zakończonych zgonem względem płci w poszczególnych latach analizowanego przedziału czasowego

STRUKTURA WIEKOWA

Struktura wiekowa osób dokonujących próby samobójcze w Polsce na podstawie statystyk prowadzonych przez Komendę Główną Policji za lata 2017-2019 prezentowała się w sposób zademonstrowany na Rycinie 2.



Rycina 2. Udział procentowy osób z poszczególnych grup wiekowych, które popełniły samobójstwo w latach 2017-2019

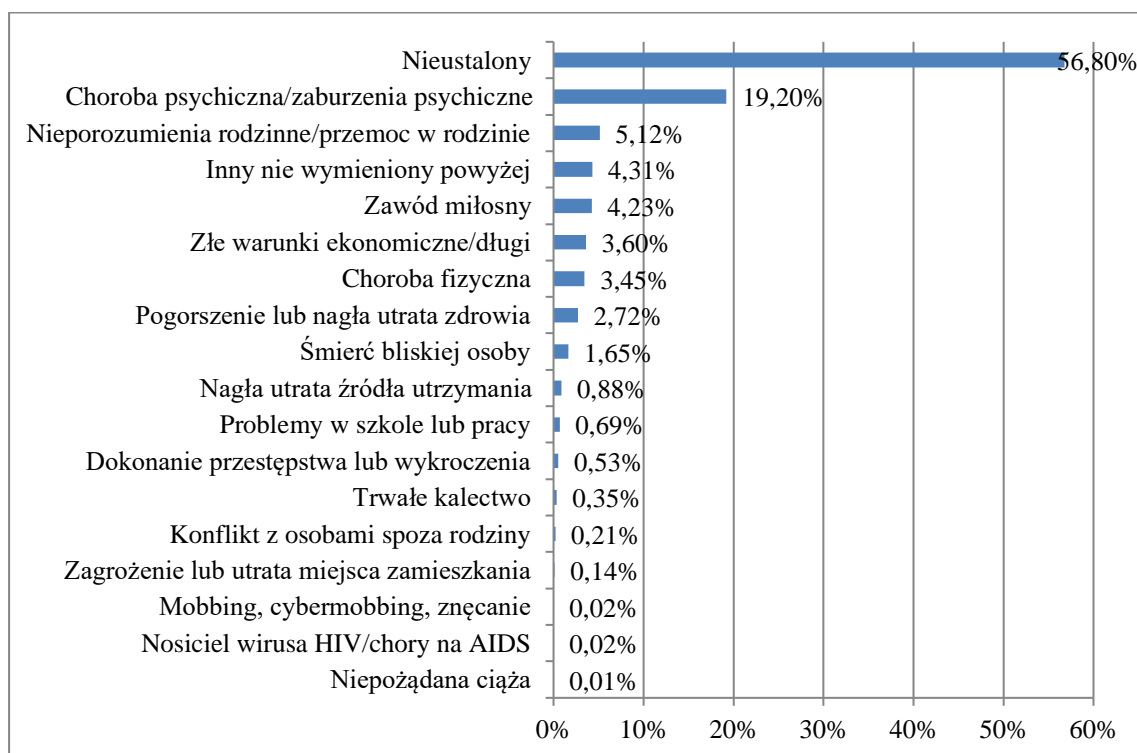
Najwyższy współczynnik samobójstw odnotowano wśród ludzi w grupach wiekowych 55-59 oraz 60-64 [3]. Oznacza to, iż w Polsce próby samobójcze dokonywane są przez ludzi młodszych względem generalnych statystyk opublikowanych przez WHO, wskazujących najwyższe współczynniki wśród osób w wieku 70 lat oraz więcej, bez względu na płeć w niemal wszystkich rejonach świata. Może to stanowić wynik obecnego zapotrzebowania rynku pracy na pracowników o wąskich specjalizacjach. Pracodawcy preferują ludzi młodych, mających wyższe kwalifikacje oraz mogących się w znacznym stopniu poświęcić wykonywanym obowiązkom. Utrata źródła dochodu i trudność w znalezieniu nowej pracy przez osoby w średnim wieku, a także poczucie wykluczenia społecznego mogą w tym przypadku prowadzić do prób targnięcia się na własne życie. Wysoki odsetek prób samobójczych w Polsce cechuje także ludzi młodych. W niektórych państwach jest on

najwyższy w tej grupie wiekowej, a z analiz prowadzonych na całym świecie wynika, iż samobójstwo wśród ludzi młodych w wieku 15-29 jest drugą, najczęstszą przyczyną zgonu [9]. Inaczej struktura wiekowa prezentowała się w opublikowanej analizie epidemiologicznej samobójstw w Polsce w latach 2000-2013, według której najczęściej do prób samobójczych dochodziło w przedziale wiekowym 45-54, a w wieku powyżej 60. roku życia występowała tendencja spadkowa do podejmowania zamachów samobójczych. Na uwagę zasługuje także fakt podejmowania prób samobójczych przez dzieci w wieku poniżej 12 lat. W analizowanym trzyletnim przedziale czasowym było to aż 10 zamachów samobójczych, natomiast w latach 2002-2013 odnotowano 15 takich prób wśród dzieci do 9. roku życia, z czego aż w 12 przypadkach wystąpił zgon [9]. W tej grupie wiekowej, z kolei, najważniejszą rolę odgrywa wpływ środowiska. Dzieci i młodzież, jako jednostki o bardzo kruchej oraz nie w pełni ukształtowanej konstrukcji psychicznej, podlegają znacznym wpływom zewnętrznym. W tym przypadku nawet najbłahsze problemy urastają do rangi problemów życia i śmierci. W polskich szkołach rzadko funkcjonuje poradnictwo psychologiczne. Młodzież nie zdaje sobie sprawy z możliwości otrzymania takiej pomocy, z drugiej strony z powodu wizerunku wsparcia psychologicznego zakorzenionego w mentalności społeczeństwa, boi się napiętnowania ze strony rówieśników. Pomoc w zrozumieniu istoty problemów zapewniona przez wykwalifikowaną osobę zdaje się być nieoceniona w przezwyciężeniu ciężkiego położenia życiowego wśród ludzi w każdym wieku.

PRZYCZYNY POPEŁNIENIA SAMOBÓJSTWA

Analizując dane statystyczne KGP z lat 2017- 2019 możemy stwierdzić, iż najczęściej przyczyna popełnienia samobójstwa była nieznana. Aż 56,80% przypadków zamachów samobójczych pozostało bez wyjaśnienia. Najczęstszymi znanymi powodami popełnienia samobójstwa wśród polskiego społeczeństwa były: choroba psychiczna lub zaburzenia psychiczne (19,20%); nieporozumienia/przemoc w rodzinie (5,12%); zawód miłosny (4,23%); złe warunki ekonomiczne/długi (3,60%); choroba fizyczna (3,45%) oraz pogorszenie lub nagła utrata zdrowia (2,72%). Wśród mniej powszechnych powodów popełnienia zamachów samobójczych znalazły się: śmierć bliskiej osoby (260 przypadków); nagła utrata źródła utrzymania (138 przypadków); problemy w szkole lub pracy (108 przypadków); dokonanie przestępstwa lub wykroczenia (83 przypadki); trwałe kalectwo (55 przypadków); konflikt z osobami spoza rodziny (33 przypadki); zagrożenie lub utrata

miejsca zamieszkania (22 przypadki); mobbing, cybermobbing, znęcanie (3 przypadki); zakażenie wirusem HIV/chory na AIDS (3 przypadki); niepożądana ciąża (1 przypadek).



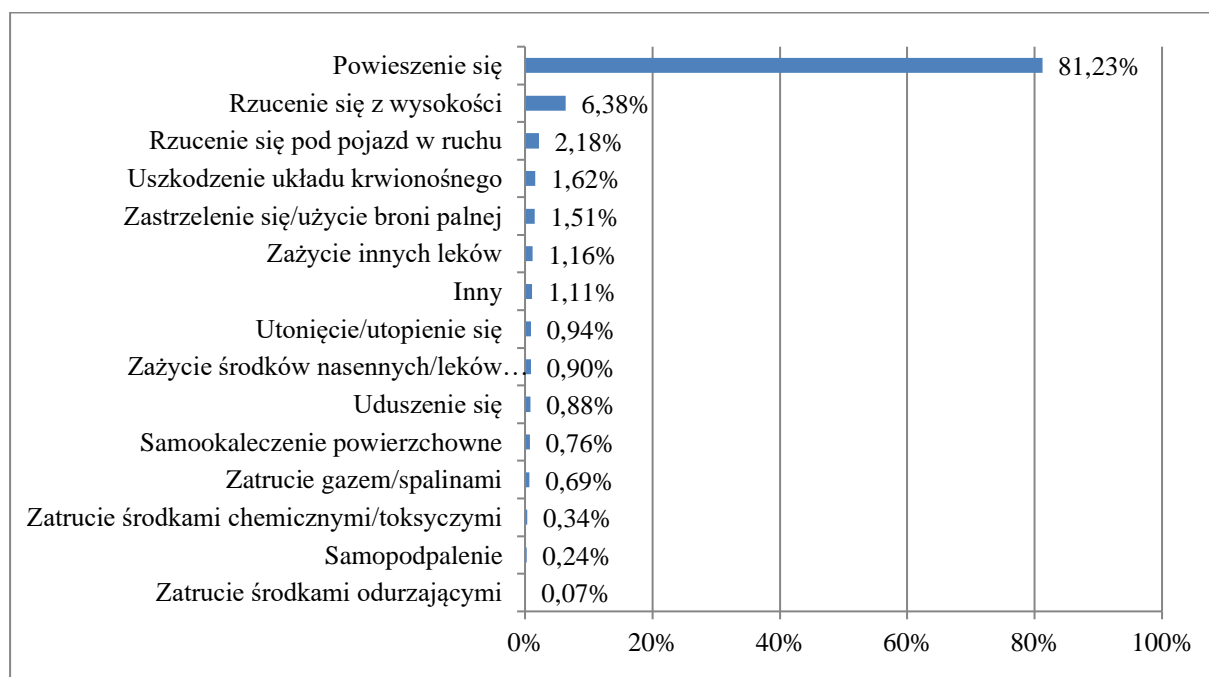
Rycina 3. Przyczyny popełnienia samobójstwa wśród populacji polskiej w latach 2017-2019

Obserwacje wskazują, iż ponad 80% ofiar samobójstw prezentuje co najmniej jedno zaburzenie psychiczne [6]. Depresja jest najczęstszą przyczyną zamachu samobójczego. Badania wykazały, że długość trwania depresji jest najistotniejszym czynnikiem predysponującym do targnięcia się na swoje życie [16]. Na drugim miejscu najczęstszych przyczyn popełnienia samobójstwa KGP wskazuje nieporozumienia i przemoc w rodzinie. Jarema uważa, że dzieci pochodzące z rodzin dysfunkcyjnych częściej podejmują się prób samobójczych. Jest to związane z zaburzeniami komunikacji między rodzicami a dzieckiem, brakiem jednego z rodziców lub niezaspokojeniem podstawowych potrzeb fizycznych lub psychicznych dziecka. Nierzadkim powodem zamachu samobójczego jest zawód miłosny.

SPOSOBY POPEŁNIENIA SAMOBÓJSTWA

Według KGP, w latach 2017- 2019 aż 81,23% (12 764 przypadki) spośród odbierających sobie życie wybrało śmierć przez powieszenie. Pozostałe przyczyny t, m.in.: rzucenie się z wysokości (1002 przypadki); rzucenie się pod pojazd w ruchu (342 przypadki);

uszkodzenie układu krwionośnego (254 przypadki); zastrzelenie się, użycie broni palnej (237 przypadki); zażycie środków nasennych (142 przypadki) lub innych leków (182 przypadki).

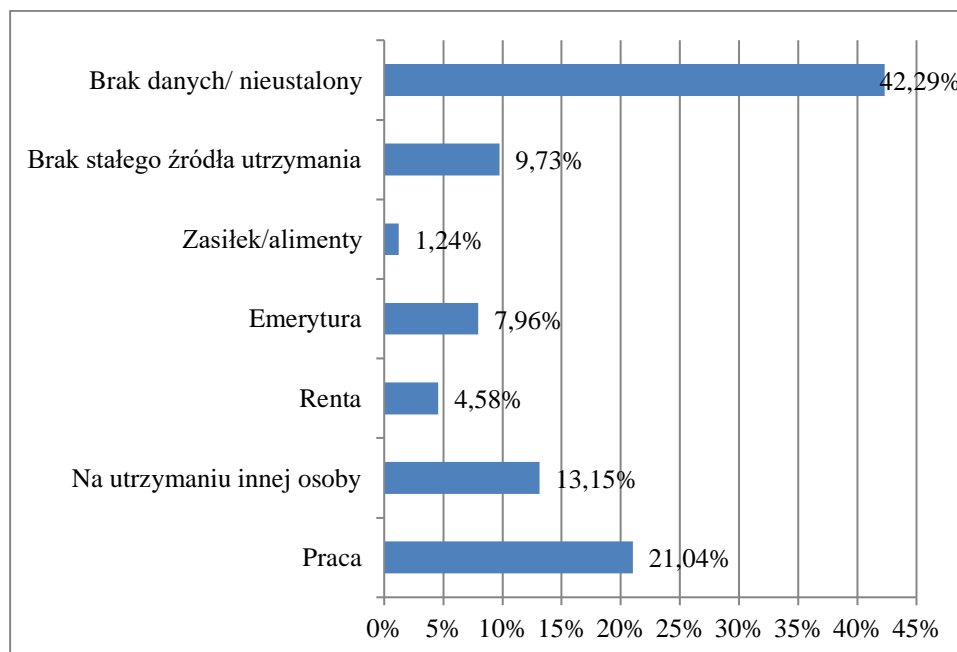


Rycina 4. Sposoby popełnienia samobójstwa wśród populacji polskiej w latach 2017-2019

Wśród społeczeństwa polskiego najczęstszą formą odebrania sobie życia była śmierć przez powieszenie. Kraje europejskie są zróżnicowane pod względem stosowanych metod. W zależności od kraju mężczyźni preferują śmierć przez powieszenie oraz zastrzelenie się, a kobiety poprzez powieszenie się, rzucenie z wysokości lub zatrucie pestycydami. W różnych częściach świata metody zamachów samobójczych są odmienne. W USA główną metodą jest śmierć przez zastrzelenie, z powodu powszechnej dostępności broni palnej [17].

ZWIĄZEK Z WYKONYWANĄ PROFESJĄ

Ryzyko dokonania próby samobójczej ma między innymi związek ze statusem socjoekonomicznym. Istotną rolę odgrywa ekspozycja na złe warunki pracy, takie jak: brak wsparcia ze strony współpracowników lub przełożonych [10,12], brak kontroli wykonywanych zadań [18,19], wysokie wymagania psychiczne, związane z rodzajem wykonywanego zawodu [20,21], natężenie pracy [22,23] zachwiana równowaga między wysiłkiem włożonym w wykonanie obowiązków a nagrodą [18,24], strach przed utratą stanowiska [19,25], długie godziny pracy oraz praca w systemie zmianowym [25,26].



Rycina 5. Analiza źródła utrzymania osób, które popełniły samobójstwo w latach 2017-2019

Przeprowadzone badania oraz metaanalizy wskazują, że to nie specyficzne psychosocjologiczne stresory związane z danym zawodem, a subiektywna całościowa ocena stresu bardziej koreluje z przypadkami samobójstw wśród wykonujących różne profesje ludzi [10,20,22,27].

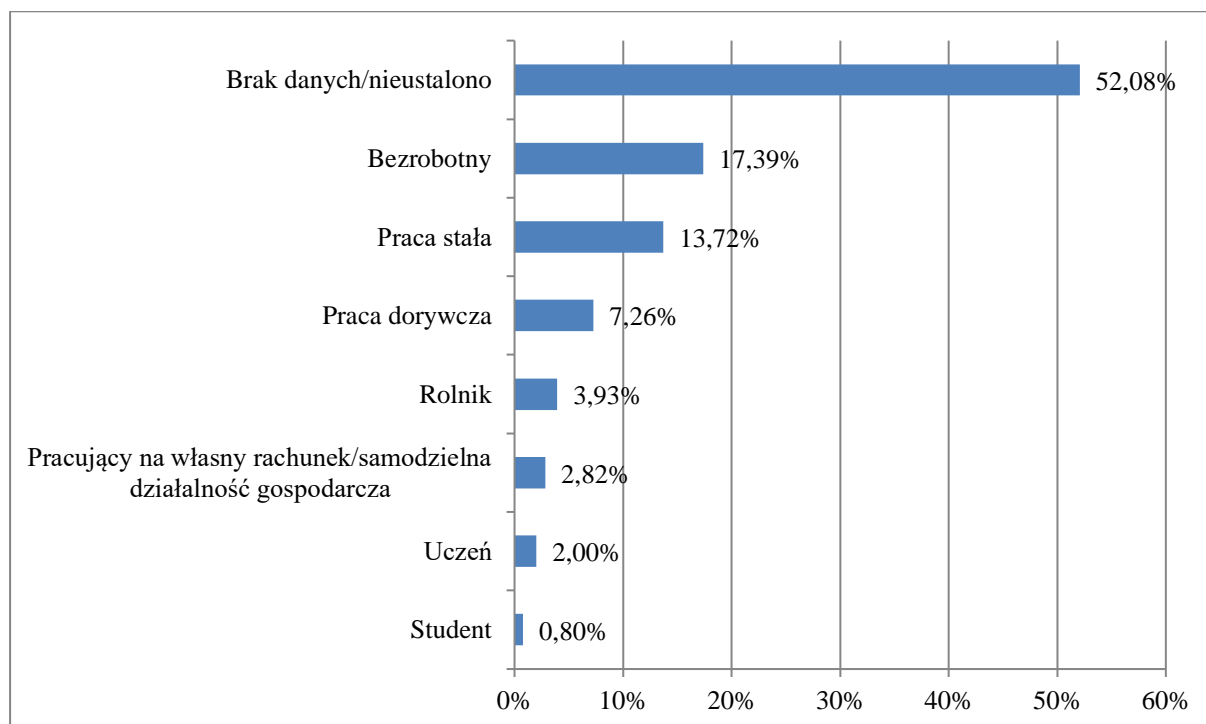
Na tę zależność wskazuje wyższy wskaźnik aktów samobójczych w profesjach cechujących się nieodpowiednimi warunkami pracy (np. pracownicy fizyczni, robotnicy budowlani, rolnicy, strażnicy leśni, policjanci) niż w zawodach o bardziej pozytywnym środowisku (np. zawody wymagające ludzi wysoko wykwalifikowanych np. manager, pracownik biurowy) [28,29].

W Polsce nie prowadzi się statystyk obrazujących związek pomiędzy wykonywanym zawodem a próbami samobójczymi, zatem można jedynie przypuszczać, iż występuje podobna tendencja jak w innych państwach, w których takie analizy przeprowadzono [3].

Dane gromadzone przez Policję obejmują tylko rodzaj źródła utrzymania osób dokonujących zamachów samobójczych z wyszczególnieniem następujących grup: praca, na utrzymaniu innej osoby, renta, emerytura, zasiłek/alimenty, brak stałego źródła utrzymania oraz brak danych [3].

W latach 2017-2019 najczęściej nie ustalono źródła utrzymania (42,29%), natomiast w przypadku znanego sposobu utrzymania przeważali zdecydowanie ludzie pracujący (21,04%) [3].

INFORMACJE DOTYCZĄCE STATUSU PRACY/NAUKI



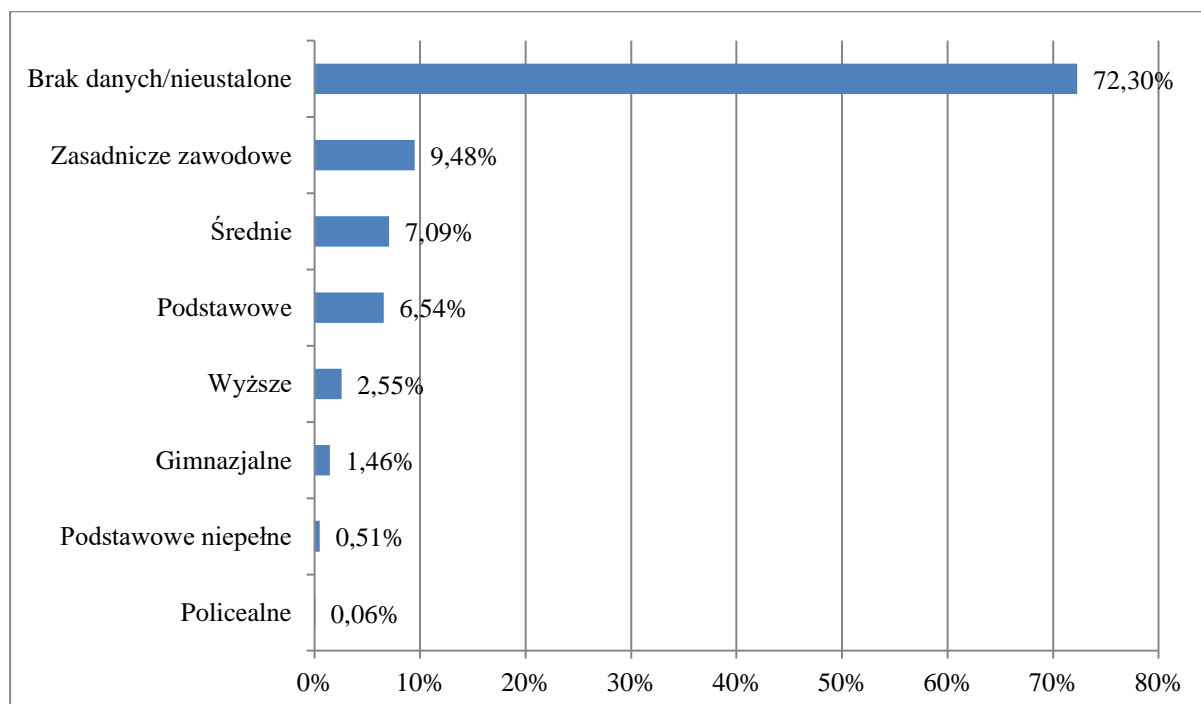
Rycina 6. Analiza statusu pracy/nauki osób, które popełniły samobójstwo w latach 2017-2019

KGP w latach 2017-2019 gromadziła dane dotyczące pracy i nauki osób, które popełniły samobójstwo. Niestety nie zostały one ustalone w 52,08% spraw. Ogółem osoby pracujące stanowiły 28% przypadków. Osoby te podzielona na 4 grupy: osoby posiadające stałą pracę - 13,72% (2156 osób); osoby posiadające pracę dorywczą - 7,26% (1141 osób); rolnicy - 3,93% (618 osób) oraz pracujące na własny rachunek/posiadające samodzielną działalność gospodarczą - 2,82% (443 osoby). 17,39% (2733 osób) wszystkich przypadków stanowili bezrobotni. W latach 2017-2019 314 uczniów i 125 studentów popełniło samobójstwo.

W przypadku osób bezrobotnych to brak pracy mógł być bezpośrednią przyczyną popełnienia samobójstwa. Osoby, które utraciły stały dochód nie radzą sobie w nowej rzeczywistości, nie są w stanie utrzymać rodziny lub popadają w długi. Poczucie bezradności i trudności w znalezieniu nowej pracy doprowadzają do prób odebrania sobie życia. Rolnicy to szczególna grupa, ponieważ ich dochody uzależnione są od wielu czynników, na które nie mają wpływu. W sytuacji niekorzystnych warunków pogody, np. suszy, obfitych opadów gradu czy nieurodzaju w danym roku ponoszą oni duże straty finansowe.

ZAMACH SAMOBÓJCZY A WYKSZTAŁCENIE

Pierwsze miejsce zajmują osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym, które stanowią 9,48% (1490 przypadków) wszystkich samobójstw. Następnie plasują się: wykształcenie średnie – 7,09% (1114 przypadków) i podstawowe – 6,54% (1028 przypadków).

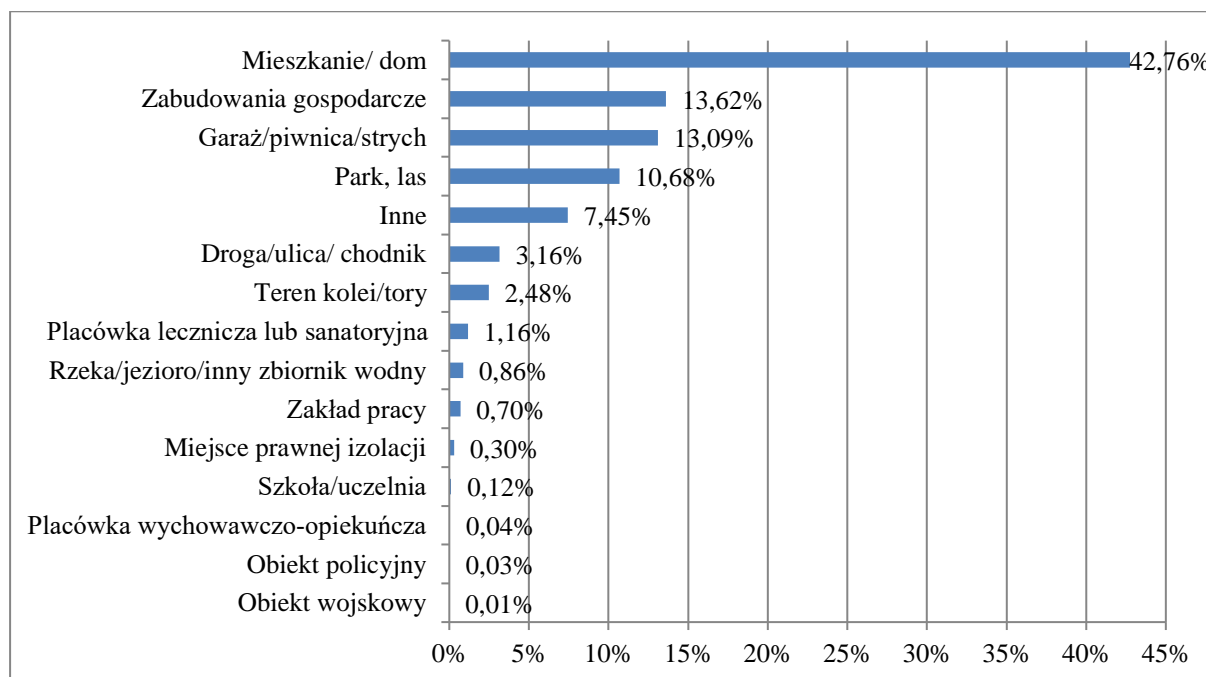


Rycina 7. Analiza wykształcenia osób, które popełniły samobójstwo w latach 2017-2019

Wykształcenie wyższe posiadało 2,55% (400 przypadków). Do mniejszości należały osoby z wykształceniem gimnazjalnym (230 przypadków), podstawowym niepełnym (80 przypadków) oraz policealnym (10 przypadków). Wykształcenia osób zmarłych nie ustalono w aż 72,30% (11 361) przypadków samobójstw.

Istnieje wyraźna zależność między wykształceniem a próbami samobójczymi. Najczęściej samobójstwo popełniły osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym, średnim i podstawowym. Wykazano, że osoby, które mają wyższy poziom wykształcenia oraz posiadają bardziej rozwinięte pewne umiejętności, m.in.: zdolność planowania, rozwiązywania problemów i dobrą samoocenę, mają mniejsze ryzyko prób samobójczych i dokonanych samobójstw [6,30].

MIEJSCE POPEŁNIENIA CZYNU



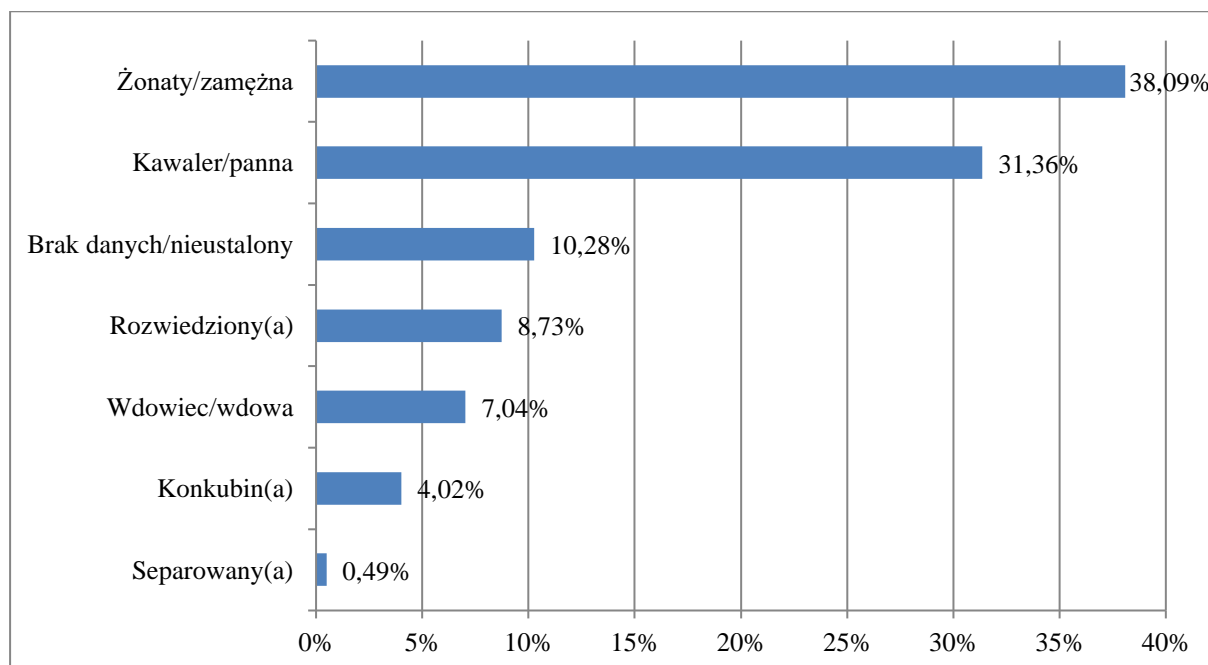
Rycina 8. Miejsca, w których Polki i Polacy popełnili samobójstwo. Analiza przypadków z lat 2017-2019

Według statystyk KGP prowadzonych w latach 2017-2019, Polki i Polacy najczęściej targnęli się na swoje życie w mieszkaniu lub domu, było to aż 42,76% osób (6719 przypadki). Na drugim miejscu wybrane były zabudowania gospodarcze, stanowiące 13,62% (2140 przypadków). Na trzecim miejscu uplasowały się garaże, piwnice lub strychy – 13,09% przypadków (2057 osób). Do miejsc, w których osoby odebrały sobie życie należą również: parki, lasy (10,68%); drogi, ulice, chodniki (3,16%); tereny kolei, tory (2,48%); placówki lecznicze lub sanatoryjne (1,16%). Pojedyncze przypadki samobójstw miały miejsce w: rzece, jeziorze, innym zbiorniku wodnym (135 przypadków); zakładzie pracy (110 przypadków), miejscu prawnej izolacji (47 przypadków); szkole, uczelni (19 przypadków); placówkach wychowawczych (7 przypadków); obiektach policyjnych (5 przypadków); obiektach wojskowych (2 przypadki).

ZAMACH SAMOBÓJCZY A STAN CYWILNY

Dane KGP dotyczące stanu cywilnego osób popełniających samobójstwo wykazały, że największy odsetek stanowiły osoby będące w związku małżeńskim – 38,09% (5985

przypadków). Na drugim miejscu znalazły się osoby stanu wolnego - kawalerowie i panny - którzy również stanowili znaczną część – 31,36% (4928 przypadków). Na trzecim miejscu uplasowały się osoby rozwiedzione – 8,73% (1371 przypadków), następnie owdowiałe – 7,04% (1106 przypadków); pozostające w konkubinacie – 4,02% (631 przypadków) i w separacji – 0,49% (77 przypadków). W 1615 sprawach, co daje 10,28%, stanu cywilnego nie udało się ustalić.



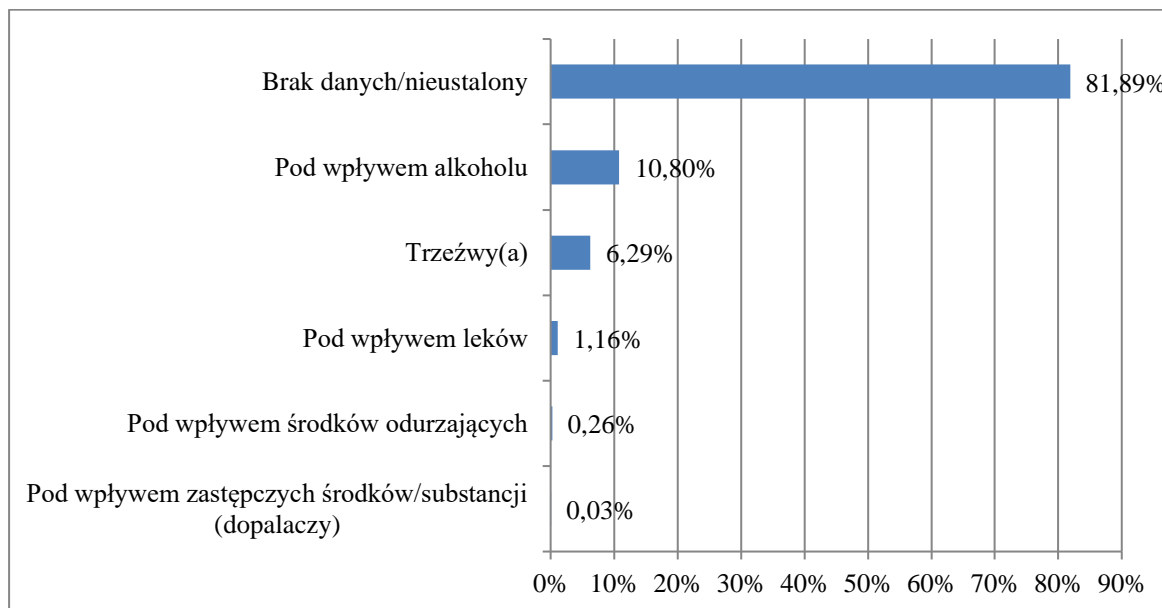
Rycina 9. Analiza stanu cywilnego osób, które popełniły samobójstwo w latach 2017-2019

Najwyższy odsetek samobójców wśród osób zamężnych może świadczyć o tym, że nie otrzymywały one wsparcia od swoich najbliższych – męża czy żony. Ich małżeństwa mogły być dysfunkcyjne, być może mimo trwania w związku małżeńskim byli skonfliktowani. Z pewnością w znacznej części przypadków przyczyna zamachu samobójczego była niezwiązana z małżeństwem. Wśród kawalerów i panien to utrata drugiej połowy lub długotrwała samotność mogły doprowadzić do odebrania sobie życia. Podobnie uczucie pustki po stracie ukochanej osoby u owdowiałych.

STAN ŚWIADOMOŚCI

Według danych uzyskanych z KGP wynika, że: 10,80% osób targnęło się na swoje życie będąc pod wpływem alkoholu (1698 przypadki); 6,29% osób było trzeźwych

(988 przypadki); 1,16% osób było pod wpływem leków (182 przypadki); 0,26% pod wpływem środków odurzających (41 przypadki), a 0,03% pod wpływem dopalaczy (5 przypadków). Niestety w ponad 80% samobójstw stan świadomości nie został ustalony.



Rycina 10. Stan świadomości osób podczas zamachu samobójczego

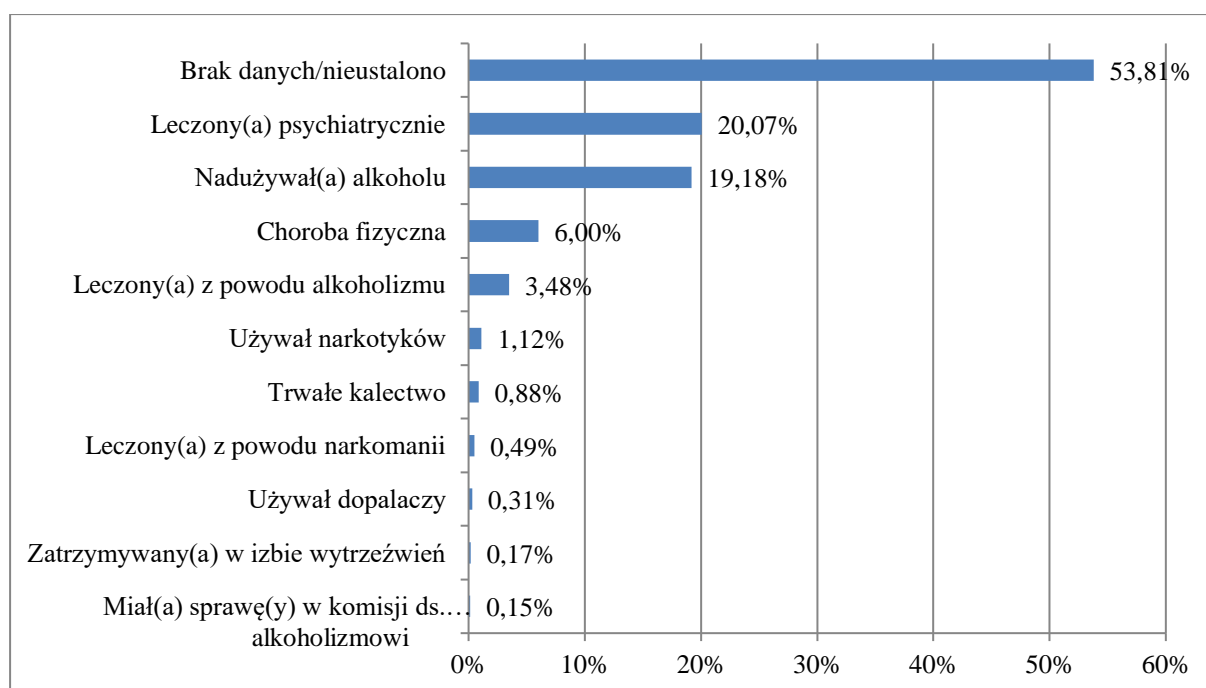
Dane KGP wskazują, że znaczna część osób podczas zamachu samobójczego, których stan trzeźwości udało się ustalić, była w stanie upojenia alkoholowego. Wielu samobójców borykało się z problemem nadużywania alkoholu. Alkoholizm i nadmierne spożycie alkoholu może być czynnikiem predysponującym do prób samobójczych [31,32]. Analiza składu krwi wykazała, że część osób była pod wpływem leków oraz innych substancji odurzających, mających na celu zmniejszenie strachu przed popełnieniem samobójstwa.

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

Dane KGP wykazały, że 20,07% osób było leczonych psychiatrycznie przed dokonaniem zamachu samobójczego (3153 przypadków). 19,18% osób nadużywało alkoholu (3013 przypadków), a 3,48 % osób było leczonych z powodu alkoholizmu (547 przypadków). 27 osób było zatrzymanych w izbie wytrzeźwień; 176 osób nadużywało narkotyków, a 48 dopalaczy; 77 osób było leczonych z powodu uzależnienia od narkotyków.

6% denatów borykało się z chorobą fizyczną (943 przypadki), a 138 osób było niepełnosprawnych (trwałe kalectwo).

Znaczna liczba osób leczonych psychiatrycznie – 3153 potwierdza, że zaburzenia psychiczne są jedną z najczęstszych przyczyn samobójstw. Nadużywanie alkoholu, narkotyków czy dopalaczy również w dużym stopniu dotyczy samobójców. Trudno wyleczyć się z nałogu, a on może prowadzić do targnięcia się na własne życie. Z drugiej strony to depresja mogła być przyczyną uzależnienia i w konsekwencji samobójstwa. Choroby fizyczne, czy trwałe kalectwo wśród samobójców wskazują, że należałoby zwiększyć wsparcie psychologiczne dla osób przewlekle i nieuleczalnie chorych oraz niepełnosprawnych.

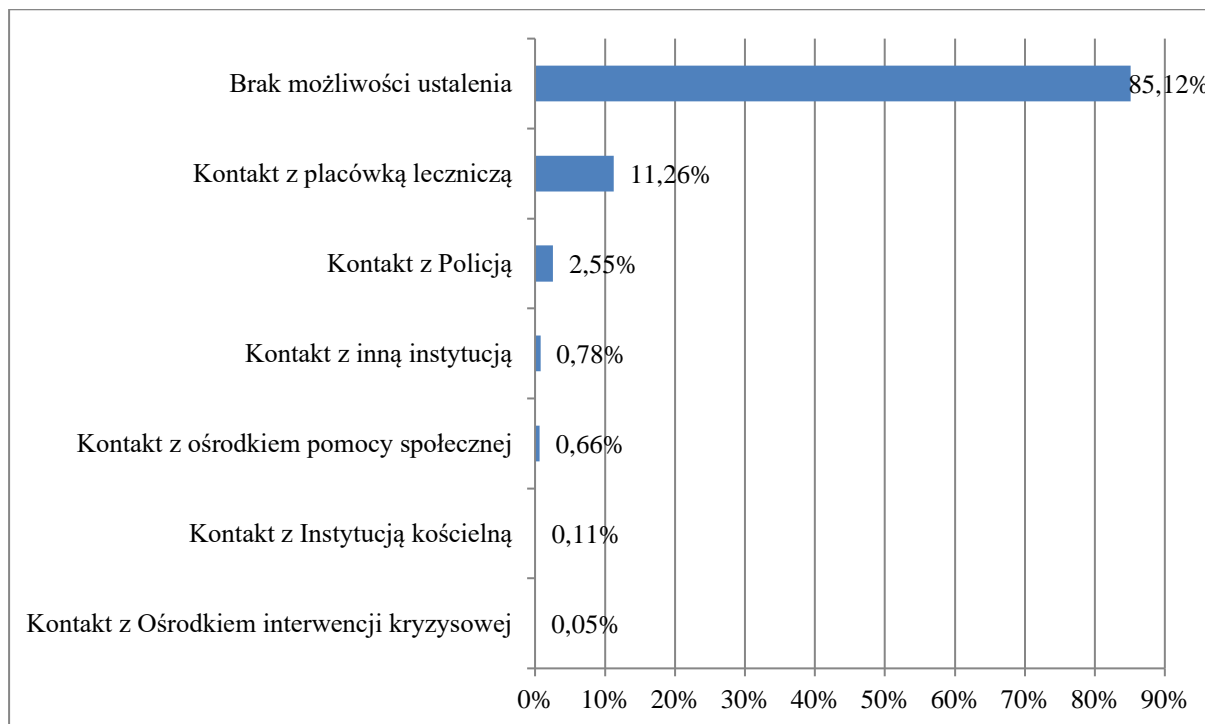


Rycina 11. Stan zdrowia osób, które popełniły samobójstwo w latach 2017-2019

KONTAKT Z INSTYTUCJAMI

W danych KGP w większości przypadków - 85,12% - nie udało się ustalić, czy samobójca przed odebraniem sobie życia kontaktował się z instytucjami oferującymi pomoc (13 375 osób). Kontakt z placówką leczniczą odnotowano w 11,26% samobójstw (1770 przypadków); kontakt z Policją - 2,55% (401 przypadków); kontakt z inną niż wymienione wyżej instytucją nawiązały 122 osoby; kontakt z ośrodkiem pomocy społecznej -

104 osoby; kontakt z instytucją kościelną - 17 osób i kontakt z ośrodkiem interwencji kryzysowej - 8 osób.



Rycina 12. Kontaktowanie się z instytucjami przez osoby, które popełniły samobójstwo (1 osoba może być uwzględniona w kilku pozycjach)

Dane te pokazują, że osoby mające myśli samobójcze szukają pomocy. Fakt, że mimo zwrócenia się do różnych instytucji 2422 osoby dokonały skutecznego zamachu samobójczego, świadczy o braku przygotowania tych instytucji do udzielania wsparcia psychologicznego. Być może profesjonalna pomoc powstrzymałaby część samobójców przed odebraniem sobie życia.

FORMY WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO W POLSCE

Ludzie często czują się zagubieni we współczesnym świecie, przytłoczeni nadmiarem informacji i bodźców. Dodatkowo ich środowisko w pracy, czy w szkole wymaga od nich efektywności i sukcesów, nie uznaje błędów i porażek. Osoby, którzy mają depresję lub pierwsze myśli samobójcze boją się stygmatyzacji. Często nie wiedzą, gdzie szukać pomocy. Nie chcą iść do psychologa czy psychiatry, ponieważ się wstydzą. W polskim społeczeństwie wizyty u tych specjalistów wciąż wzbudzają negatywne skojarzenia. Alternatywnym rozwiązaniem są różne telefony zaufania dla osób potrzebujących pomocy psychologicznej. W ten sposób można uzyskać wsparcie anonimowo. Istnieje Kryzysowy Telefon Zaufania -

116 123, dla osób dorosłych w kryzysie emocjonalnym, potrzebujących wsparcia czy porady psychologicznej. Jest to numer bezpłatny, który działa codziennie od 14.00 do 22.00. Został stworzony przez Instytut Psychologii Zdrowia [33]. Podobne rozwiązanie dla osób w stanie kryzysu psychicznego oferuje Centrum Wsparcia stworzone przez Fundację ITAKA. Pod bezpłatnym numerem telefonu – 800 70 2222, poprzez czat lub email pomoc udzielana jest przez całą dobę [34]. Istnieje również Telefon Zaufania dla dzieci i młodzieży – 116 111, Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” - 22 668 70 00 i inne [35].

WNIOSKI KOŃCOWE

W Polsce samobójstwo oraz depresja wciąż są tematami tabu. Niewiele się o nich mówi. Nieliczne kampanie podejmujące tą tematykę docierają tylko do wąskiego grona odbiorców. Świadczy o tym utrzymująca się na stałym poziomie liczba samobójstw w latach 2017-2019. Pomoc osobom w kryzysie psychicznym jest nieefektywna. Ponadto zbyt wiele osób z otoczenia samobójców jest nieświadomych tego, że ich bliscy miewają myśli samobójcze czy depresję. Nawet jeśli rodzina, czy przyjaciele zauważą jakieś sygnały, to nie wiedzą, w jaki sposób udzielić pomocy takiej osobie, jak z nią rozmawiać. Obawa przed pogorszeniem jej stanu emocjonalnego generuje bierność. Dlatego powinniśmy edukować całe społeczeństwo. Uczyc, jak rozpoznać pierwsze oznaki kryzysu i jak w takiej sytuacji reagować. Należałoby szerzyć przekaz, że pomoc psychologiczna to nic złego, wręcz przeciwnie, często może uratować czyjeś życie.

PIŚMIENNICTWO

1. Encyklopedia PWN: Samobójstwo. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/samobojstwo;3971663> (data dostępu 16.03.2020).
2. World Health Organization: Suicide. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide?fbclid=IwAR1PEdgidu2G7kWQWn1piFp86cZZ_LUCbubVfoCvCKc1P-btUxIoRtFpnas (data dostępu 16.03.2020).
3. Statystyka Policyjna: Zamachy samobójcze od 2017 roku. <http://statystyka.policja.plst/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html> (data dostępu 16.03.2020).

4. Narodowy Program Zdrowia: Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016-2020. <https://www.katowice.eu/SiteAssets/urząd-miasta/rodzina-i-zdrowie/profilaktyka-i-promocja-zdrowia/zdrowie-psychiczne/Priorytetowe%20dzia%C5%82ania%20w%20obszarze%20zdrowia%20psychicznego%20na%20lata%202016-2020.pdf> (data dostępu 16.03.2020).
5. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. poz. 458) <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU2017000045> (data pobrania 16.03.2020).
6. Gmitrowicz A.: Problematyka samobójstw [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Jarema M. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016: 193-218.
7. Bolechala, F., Polewka, A., Trela, F., Zięba, A., Kołodziej, J.: Samobójstwa kobiet i mężczyzn w materiale krakowskiego Zakładu Medycyny Sadowej--analiza porównawcza. *Archiwa Medycyny Sadowej Kryminologia* 2003; 53(4): 301-311.
8. Hołyst B.: Zapobieganie samobójstwom. Imperatyw ogólnościowy. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2018.
9. Putowski M., Piróg M., Podgórnjak M., Zawiślak J., Pieciewicz-Szczęśna H.: Analiza epidemiologiczna występowania samobójstw w Polsce w latach 2000-2013. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2015; 96(1): 264-268.
10. Schneider B., Grebner K., Schnabel A., Hampel H., Georgi K., Seidler A.: Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide. A case-control psychological autopsy study. *Psychiatry Research* 2011; 190(2-3): 265–270.
11. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne: Cele i zadania PTS. <http://suicydologia.org/> (data dostępu 16.03.2020).
12. Berg A., Hem E., Lau B.: An exploration of job stress and health in the Norwegian police service: a cross sectional study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2006; 1(1): 26.
13. Kodeks karny: Rozdział XIX Przesłępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19970880553> (data dostępu 16.03.2020)
14. Medycyna praktyczna: Samobójstwo. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/76122,samobojstwo> (data dostępu 16.03.2020).
15. American Foundation for Suicide Prevention: Suicide Statistics. <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/> (data dostępu 16.03.2020).

16. Forum przeciw depresji: Nastoletnia depresja. <https://forumprzeciwdepresji.pl/depresja/samobojstwo> (data dostępu 16.03.2020).
17. Bachmann S.: Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018; 15(7): 1425.
18. Loerbroks A., Cho S.I., Dollard M.F., Zou J., Fischer J.E., Jiang, Y., Li J.: Associations between work stress and suicidal ideation: Individual-participant data from six cross-sectional studies. *Journal of Psychosomatic research*, 2016; 90: 62–69.
19. Milner A., Spittal M.J., Pirkis J., Chastang J.F., Niedhammer I., LaMontagne A.D.: Low control and high demands at work as risk factors for suicide: an Australian national population-level case-control study. *Psychosomatic Medicine* 2017; 79(3): 358–364.
20. Frank E., Dingle A.D.: Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156(12): 1887–1894.
21. Milner A., Page K., Witt K., LaMontagne, A.D.: Psychosocial working conditions and suicide ideation: evidence from a cross-sectional survey of working Australians. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2016; 58(6): 584–587.
22. Baumert J., Schneider B., Lukaschek K., Emeny R.T., Meisinger C., Erazo N., Ladwig K.H.: Adverse conditions at the work place areas sociated with increased suicide risk. *Journal of Psychiatric Research* 2014; 57: 90–95.
23. Dalglish S.L., Melchior M., Younes N., Surkan P.J.: Work characteristics and suicidal ideation in young adults in France. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2015; 50(4): 613–620.
24. Milner A., Currier D., La Montagne A.D., Spittal M.J., Pirkis J.: Psychosocial job stressors and thoughts about suicide among males: a cross-sectional study from the first wave of the Ten to Men cohort. *Public Health In Press* 2017; 147: 72–76.
25. Takusari E., Suzuki M., Nakamura H., Otsuka K.: Mental health, suicide ideation, and related factors among workers from medium-sized business establishments in northern Japan: comparative study of sex differences. *Industrial health* 2011; 49: 452–463.
26. McLean C.P., Zang Y., Zandberg L., Bryan C.J., Gay N., Yarvis J.S.: Predictors of suicidal ideation among active military personnel with posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders* 2017; 208: 392–398.
27. Carpenter G.S.J., Carpenter T.P., Kimbrel N.A., Flynn E.J., Pennington M.L., Cammarata C., Gulliver S.B.: Social support, stress, and suicidal ideation in professional firefighters. *American Journal of Health Behavior* 2015; 39(2): 191–196.

28. Loerbroks A., Cho S.I., Dollard M.F., Zou J., Fischer J.E., Jiang Y., Li J.: Associations between work stress and suicidal ideation: Individual-participant data from six cross-sectional studies. *Journal of Psychosomatic Research* 2016; 90: 62–69.
29. Milner A., Spittal M.J., Pirkis J., LaMontagne A.D.: Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2013; 203(3): 409–416.
30. Phillips J.A., Hempstead K.: Differences in US suicide rates by educational attainment, 2000–2014. *American Journal of Preventive Medicine* 2017; 53(4): e123-e130.
31. Larkin C., Griffin E., Corcoran P., McAuliffe C., Perry, I. J., Arensman E.: Alcohol involvement in suicide and self-harm. *Crisis* 2017; 38(6): 413-422.
32. Borges G., Bagge C.L., Cherpitel C.J., Conner K.R., Orozco R., Rossow I.: A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychological Medicine* 2017; 47(5): 949-957.
33. Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa psychologicznego. Kryzysowy Telefon Zaufania. [http://www.psychologia.edu.pl/kryzysy-osobiste/telefon-kryzysowy - 116123.html](http://www.psychologia.edu.pl/kryzysy-osobiste/telefon-kryzysowy-116123.html) (data dostępu 16.03.2020)
34. Centrum Wsparcia dla Osób w Stanie Kryzysu Psychicznego. <https://liniawsparcia.pl> (data dostępu 16.03.2020)
35. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży <https://116111.pl/mlodziez%20https://www.niebieskalinia.pl/> (data dostępu 16.03.2020).

Dążenie do szczęścia, czy zatracanie się w reklamowych algorytmach, czyli jak marketing wpływa na nasze decyzje

Michalina Grzelka¹, Michał Turniak¹, Karolina Radzikowska¹, Sebastian Fedorowicz¹, Jan Gnus^{1,2}, Michał Karaszewski¹, Anna Kolcz¹

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław

WSTĘP

W obecnych czasach ludzie posiadają nieograniczony dostęp do wiedzy i informacji, niezależnie od tego, gdzie się znajdują. Dzisiejsze media – Internet, telewizja, gazety i radio oferują nam możliwość nauki, zarabiania pieniędzy, zabawy, czy też komunikacji. Nie ma jednak nic za darmo. Wpływy dla publikujących pochodzą z abonamentu, dotacji oraz reklam i to właśnie ten ostatni segment finansowania jest najbardziej znaczący, gdyż pochodzi z niego ponad 50% zysków mediów [1].

Wydawałoby się, że użytkownicy nic nie tracą podczas oglądania kuszących propozycji sprzedaży, może poza czasem podczas reklam telewizyjnych przerywających oglądany program. Czy rzeczywiście tak jest?

Ludzie nie są często świadomi, jak bardzo wpływa na nich obecny marketing. Udowodnione zostało, iż reklamowy szum w mediach znacząco obniża jakość naszego życia. Odbiorcy reklam, którzy są bardziej podatni na sugestię, mogą odczuwać silną potrzebę posiadania danej rzeczy. Przekonani są, że jest to ważny element, który doprowadzi ich do tak bardzo pożądanego poczucia szczęścia. Jeśli nie mogą pozwolić sobie na zakup tego przedmiotu – pojawia się uczucie desperacji i w konsekwencji obniżenie nastroju [2]. Może się to przerodzić w stan przewlekły, czyli depresję – chorobę cywilizacyjną XXI w.

W tej pracy zostanie zwrócona uwaga na problem wpływu przedstawianych w reklamach medialnych treści na sferę psychiczną odbiorców. Autorzy stawiają sobie za cel wskazanie, jak nowe techniki marketingowe, które zostały umożliwione dzięki rozwojowi Internetu oraz analizie danych konsumenckich, mogą potencjalnie sterować zachowaniami

ludzi i szkodzić im. Praca będzie podsumowana dywagacjami na temat możliwości zapobiegania zaburzeń psychicznych związanych z marketingowym szumem informacyjnym.

HISTORIA REKLAMY

Reklama jest formą komunikowania się jednostki gospodarczej z rynkiem. Została ona stworzona w celu przekazywania informacji na temat usługi lub produktu oraz osiągnięcia przez przedsiębiorcę wpływu na decyzję klienta. W 1948 roku Amerykańskie Stowarzyszenie Marketingu podało oficjalną, a później najczęściej stosowaną definicję reklamy. Określa ona reklamę, jako „wszelkiego rodzaju płatną formę, nieosobistej prezentacji oraz promocji pomysłów, dóbr lub usług przez określonego sponsora” [3]. Ma ona na celu pośrednie oddziaływanie perswazyjne na emocje, wolę i intelekt konsumenta.

Pierwsze wzmianki na temat reklam sięgają czasów starożytnych, kiedy to kupcy wysławiali swoje towary poprzez malowanie ich na skałach wzdłuż trasy przejścia parady. W średniowieczu sprzedawcy nawoływali na ulicach i straganach. Stąd się wziął termin reklama, który z łacińskich słów reklamo, reclamare, reclamavi, reclamatum oznacza głośne nawoływanie, krzyczenie [4].

Przełom w historii tej formy przekazu miał miejsce w 1441 roku, kiedy to Johan Gutenberg wynalazł druk. Dzięki temu możliwa była popularyzacja wśród ludzi produktów za pomocą plakatów, ulotek itp. W XIX wieku nastąpił intensywny rozwój wielu dziedzin z zakresu gospodarki i życia społecznego, co objęło również swoim zasięgiem handel i prasę. Chcąc zysku sprzedawcy zaczęli zastanawiać się jak lepiej dotrzeć do konsumentów. Z racji tego, że większość społeczeństwa w dużym stopniu zwraca uwagę na przekazy wzrokowe, ogóle informacje pisane zostały wypierane przez rysunki i fotografie. W 1897 roku została otworzona pierwsza szkoła nauczająca w tym zakresie. Nosiła ona nazwę „Page Davids Advertising School”. Właśnie tam w historii rozpoczyna się kształcenie osób z profesjonalnej branży reklamowej.

W XIX i XX wieku nastąpił najszybszy rozwój środka przekazu, jakim jest reklama. Wraz z powstaniem nowych mediów: radia, telewizji i Internetu zmienił się pogląd w tej dziedzinie. W świecie, gdzie funkcjonują środki masowego przekazu dotarcie do klienta stało się o wiele prostsze, przy tym też ważne jest to, że nawiązuje się silna konkurencja między przedsiębiorstwami. W globalnej sieci powstaje możliwość wykorzystanie stron internetowych innych niż własnej firmy. Znajdują się tam podstrony przekierowujące na docelowy portal, czy też filmiki reklamowe. Od tego momentu marketing zaczyna opierać się na docieraniu do ludzi przez wiele źródeł. W przekazaniu informacji o zaletach i konieczności posiadania danej rzeczy

lub skorzystania z usługi pomagają profesjonalne agencje reklamowe. Ludzie pracujący w nich opierają swój plan działania na wiedzy dotyczącej sprzedaży i promocji tego, co w danej chwili jest modne i przyciągnie klienta.

Nowa Gospodarka XXI wieku różni się znacząco od tego, co działało wcześniej. Dzięki rozwojowi Internetu oddzielił się przepływ informacji od przepływu materialnego i powstała możliwość docierania do danych podmiotów w czasie rzeczywistym [5]. To doprowadziło do nawiązania współpracy między przedsiębiorstwami oddalonymi geograficznie i pod względem własnościowym, co przyczyniło się do pogłębiania globalizacji. Ponadto oddziały danej firmy przestały ze sobą konkurować i zrozumiały, że razem tworzą silną grupę, która może osiągnąć sukces. Zaczęły się kształtować relacje, które miały wspierać przedsiębiorstwa na niestabilnym rynku. Konkurencja na tym etapie przenosi się na tzw. sieci przedsiębiorstw. Ostatnią istotną cechą Nowej Gospodarki jest wiedza i umiejętność dostosowania się do sytuacji globalnej, ekonomicznej itd.

Przedstawiony wyżej zarys historyczny miał na celu zwrócenie uwagi, że reklama wraz z biegiem czasu stawała się nieodzowną częścią rynku zbytu. Dawniej z powodu małych możliwości była ona dość ograniczona, do słów, rysunków, później też do druku. W XXI wieku jest istotnym elementem każdego biznesu. Kiedy to zalewani informacjami z mass mediów otrzymujemy dziennie nawet 20 tysięcy komunikatów reklamowych, przed reklamodawcą stoi wyzwanie jak zostać zauważonym.

W GŁOWIE KONSUMENTA

Każdy zdrowy człowiek odbiera świat poprzez pięć podstawowych zmysłów. Jest to oczywiście wzrok, słuch, węch, smak i dotyk. Wszystkie wrażenia, które odbieramy ze świata zewnętrznego kształtują nasz umysł oraz kierują naszymi życiowymi decyzjami. Nauką, która skupia się na poznawaniu ludzkiego umysłu jest kognitywistyka.

Według Philipa Zimbardo jest to interdyscyplinarna dziedzina nauki zajmująca się badaniem procesów umysłowo-poznawczych, takich jak percepcja, świadomość, pamięć, rozumienie, wnioskowanie, zdolności językowe, rozwiązywanie problemów, inteligencja, procesy komunikacyjne, czy reprezentacje poznawcze [6].

Ma również związek z tworzeniem systemów informatycznych oraz sztucznej inteligencji, które odwzorowują pracę ludzkiego mózgu. Kognitywistyka daje reklamującym narzędzia, które pozwalają dowiedzieć się, w jaki sposób człowiek podejmuje decyzje.

Widząc reklamę, jej treść jest przetwarzana do pamięci krótkotrwałej. Gromadzi ona krótkie przekazy (ok. 7 słów bądź numerów) i zachowuje je na 20 do 30 sekund. Po tym okresie czasu, bez dalszej analizy treści, bodziec zostaje zastąpiony innym. Jeśli przetwarzane dane odnoszą się do rzeczy, z którą mieliśmy kontakt w przeszłości i informacja o niej zakodowana jest w naszej pamięci długotrwałej, to istnieje większa szansa, że przekaz zostanie zapamiętany. Za pamięć krótkotrwałą odpowiedzialny jest płat czołowy, ciemieniowy, przednia część zakrętu obręczy oraz jądra podstawne [7].

Aby informacja przeszła do pamięci długotrwałej musi dojść do procesu konsolidacji. Polega on na anatomicznych zmianach w neuronach mózgu. Dzięki badaniom fMRI (funkcjonalne obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego) dowiedziono, iż to hipokamp odpowiada za przywoływanie wspomnień i „zapisywanie” ich w korze mózgu [8]. Jest zatem swoistymi drzwiami do pamięci długotrwałej dla informacji. Jeśli zatem użytkownik mediów zobaczy reklamę wielokrotnie, łatwiej będzie ją przywołać przez hipokamp, a w konsekwencji przekaz trafi do kory trwałej konsumenta.

Trzeba sobie również zdać sprawę z faktu, iż części mózgu człowieka nie są jednozadaniowe. Wspomniany wcześniej hipokamp odpowiada również między innymi za odczuwanie emocji. Podobnie jest z grzbietowo-boczną częścią kory przedczołowej mózgu. Wśród jej funkcji możemy wymienić kontrolowanie emocji, podejmowanie decyzji, filtracja dochodzących do nas bodźców lub skupienie uwagi na danej czynności [9]. Poprzez analizę połączeń funkcji tych regionów mózgu można wywnioskować, że wpływ na decyzję konsumentką mają w dużej części nasze emocje i to w jakim stopniu potrafimy je kontrolować. Dodatkowo stopień rozwinięcia wspomnianych obszarów mózgu definiuje niejako to, w jaki sposób osoba jako konsument podejmuje decyzję.

BADANIA MARKETINGOWE DOTYCZĄCE ZACHOWAŃ NABYWczych KONSUMENTÓW

Przedsiębiorstwa działające w warunkach gospodarki rynkowej zmuszone są do monitorowania zmian zachodzących w otoczeniu społeczno-gospodarczym i do dostosowania swoich działań do panujących warunków [10].

Definiowanie grup docelowych i obserwacja zmian w ich zakresie i popytu to podstawa marketingu. Wiele firm może mieć taki sam zakres odbiorców, przez to określa się pewna konkurencja między nimi.

Rywalizujące otoczenie ma wpływ na podejmowane działania. Firmy muszą brać pod uwagę orientację konkurencyjną w określaniu działań marketingowych.

Dzięki rozwojowi gospodarki i wzbogacaniu się społeczeństwa, ludzie jako konsumenci mają coraz większe wymagania. Mają zróżnicowane potrzeby i coraz wyższe oczekiwania, które nie polegają tylko na wysokiej jakości produktów lub usług, ale też dopasowanej indywidualnie cenie. Chcą korzyści funkcjonalnych, emocjonalnych, społecznych, ekonomicznych itd.

Poważnym problemem dla przedsiębiorstw stała się fragmentaryzacja rynku. Jest to zjawisko polegające na tym, że klienci z podobnymi wymaganiami i oczekiwaniami odnośnie danego produktu nie tworzą jednorodnej grupy, tylko coraz mniejsze zbiorowości. To doprowadza do rozproszenia konsumentów i trudności z dotarciem do nich.

Poprzez badania dotyczące zachowań nabywczych wyciągane są wnioski, jakie powinny być wiązki wartości, które najlepiej dotrą do konsumenta. Ponad to ważnym elementem jest analiza dotychczasowych działań prowadzonych przez reklamodawców i dział marketingu. Istnieją mierniki służące do oceny efektów medialnych kampanii reklamowych. Zaliczamy do nich:

- GRP (*Gross Rating Points*) - całkowita liczba kontaktów z reklamą w przeliczeniu na jeden procent audytorium, do którego dotarł przekaz;
- OTS/OTH (*Opportunities-to-See/Opportunities-to-Here*) – procent osób z grupy docelowej widzących lub słyszących reklamę jeden, dwa razy itd.;
- CPP (*Cost per Point*)- koszt przypadający na jeden punkt rankingowy wśród audytorium objętego zasięgiem reklamy;
- CPT (*Cost per Thousand*)- wskaźnik kosztu dotarcia do 1000 odbiorców.

ELEMENTY REKLAMY WPLYWAJĄCE NA DECYZJE KONSUMENTA

Jak już wcześniej zwróciliśmy uwagę, konsument może mieć styczność nawet z 20. tysiącami ogłoszeń reklamowych dziennie.

Wyróżnienie się w tak dużej liczbie jest pewnym wyzwaniem. Reklamodawca musi pamiętać o czterech elementach, do których należą:

1. Treść – powinna ona być prosta, zwięzła i dawać najważniejsze informacje, które zachęcą do kupna danego produktu. Istotnym detalem jest slogan reklamowy. Musi

wyrażać główną myśl za pomocą niewielkiej liczby słów, których sens, dobór i brzmienie umożliwiają wywarcie dużego wrażenia i sprzyjają zapamiętaniu [11].

2. Obraz – wykorzystywany w każdej formie za wyjątkiem reklamy radiowej. Dzięki użyciu kolorów, kształtów, ekspresji emocjonalnej postaci można przyciągnąć wzrok, a co za tym idzie uzyskać zainteresowanie odbiorców.
3. Dźwięk – jest używany do podkreślenia tematyki i ważności sformułowań padających w reklamie. Melodyjność przyczynia się do zwrócenia uwagi konsumenta, ponadto zwiększa siłę perswazji, sprzyja zapamiętywaniu i może nacechować pozytywnie produkt.
4. Perswazja – polegająca w głównej mierze na tym, żeby przekazać wszelkie informacje w taki sposób, aby konsument odebrał je jako racjonalne i logiczne, a przez to został przekonany do zakupu.

Nowacki podkreśla słuszność użycia pewnych mechanizmów psychologicznych w kreowaniu reklamy. Opierają się one na metodach wpływu opisanych przez Roberta Cialdiniego. Zaliczamy do nich [12]:

- Regułę wzajemności – jej podstawą jest to, że osoba, które otrzymała coś od nas czuje się w obowiązku do odwdzięczenia się. Co w kwestii reklamy odnosi się do skorzystania z usługi lub zakupu towaru. Jest to mechanizm używany od wieków w życiu codziennym i biznesie. W e-marketingu przykładem może być „Zapisz się do newslettera, otrzymasz e-book zupełnie za darmo”.
- Zaangażowanie i konsekwencja - pierwsza ze składowych tego mechanizmu wpływu jest kluczowa dla osiągnięcia sukcesu. W momencie wzbudzenia zaangażowania i jego wzmacniania, konsument zaczyna kierować się pewną linią działania, której oczekuje sprzedawca. Przykładem może być to, że przy zakupie jednej rzeczy dostajemy kupon zniżkowy na 40% przy kolejnych zakupach.
- Społeczny dowód słuszności – wiele osób spotyka się z problemem trudności z podjęciem decyzji. Człowiek wtedy zwraca uwagę na to, jak zachowuje się jego otoczenie. Dokładnie na tym opiera się ta zasada. Konsument szuka poparcia w decyzjach innych ludzi. Właśnie dlatego jest tak dużo stron internetowych z opiniami na temat produktów czy też firm. Przykładem zastosowania jest slogan, w którym padają słowa „Zaufało nam 96% konsumentów”.
- Lubienie i sympatia – metoda polega na tym, że mówimy „tak” osobom, które darzymy sympatią. Reklamodawcy starają się nam przedstawić osoby, które są do nas podobne

i dzięki temu pokazać, że potrzebujemy przedmiotu używanego przez nich. Przyjemna i udana współpraca również powoduje to, że darzymy firmę zaufaniem i jesteśmy bardziej skłonni do korzystania z ich oferty. Przykładem są spersonalizowane maile z informacją „Cieszymy się, że jesteś z nami”.

- Uleganie autorytetom – Od zawsze człowiek miał pewne autorytety. W dzieciństwie byli to rodzice, nauczyciele. Później przełożeni, lekarze, prawnicy. Zawierzenie naszej decyzji autorytetowi jest wygodne, ponieważ zwalnia człowieka z dogłębnej analizy. Dobrym przykładem jest w tym wypadku aktor przebrany w fartuch rekomendujący dany lek w reklamie telewizyjnej. Przez ubiór charakterystyczny dla lekarza, który jest zawodem zaufania publicznego konsument jest bardziej skłonny do zakupu. Bezkrytyczne uleganie autorytetom świadczyć może jedynie o uleganiu symbolom i oznakom autorytetu, nie jego istocie.
- Niedostępność – metoda ta odwołuje się do założenia, że człowiek bardziej pragnie tego, czego jest mało lub stało się niedostępne niż tego, co zawsze było niedostępne. W tym momencie danej rzeczy nie może mieć każdy, przez co staje się ona wyjątkowa. Konsument zaczyna podejrzewać, że ten produkt jest lepszej jakości, dlatego jego dostępność się zmniejszyła. Marketingowo ta zasada jest bardzo powszechna. Rozpoczynając od tego, że dostęp do zakupu będą miały tylko osoby, które subskrybują kanał. Przez sprawienie wrażenia, że klient straci niepowtarzalną okazję, jaką jest promocja lub darmowa dostawa trwająca tylko kilka dni.

Według Anny Kozłowskiej marketing używa też technik perswazyjnych sprawiających wrażenia zastosowania argumentacji racjonalnej. Na tej podstawie wyróżnia pewne metody [13]:

- Przedstawienie przez producenta podrzędnych różnic w produktach, które nie zmieniają wiele, np. „papierosy Camel Wides są o dwa milimetry szersze od zwykłych Cameli”.
- Użycie pseudofaktów
- Zastosowanie konstrukcji zdania, które może być uznane za pozornie prawdziwe. Żaden inny proszek nie usunie tych plam lepiej.
- Ważne jest też pozorne podawanie nowych danych.
- Popularną metodą jest układanie zdań w taki sposób, że jest w nim ujęta odpowiedź, np. Czy Twój kot kupowałby Wiskas?

- Stosowanie struktur, w stosunku do których niemożliwa jest negacja. Przykładem może być stwierdzenie „Niech Twoje ubrania zachowają kolor na trzy prania i dłużej...”.
- Ważna jest też kolejność zadawania pytań.

W przedstawionych technikach konsument nie jest w stanie zanegować otrzymanych informacji, co czyni je łatwiejszymi do przyjęcia. To natomiast prowadzi do decyzji o zakupie lub skorzystania z przedstawianej usługi. Sugestia, że właśnie ta decyzja jest racjonalna mają na celu nakierowanie naszego procesu myślowego zgodnie z założeniami reklamodawcy.

Specjaliści podkreślają, że jeżeli reklamodawca nie ma nic do przekazania w komunikacie reklamowym powinien bardziej odwołać się do emocji konsumenta.

Jak widać w budowaniu reklamy jest bardzo dużo elementów, na które twórca powinien zwrócić uwagę. Wynika to między innymi z możliwości przekazywania informacji wieloma drogami jak wzrok, czy słuch, ale również oddziaływanie na wyższe ośrodki poznawcze.

Reklamodawcy starają się zaprezentować produkt w taki sposób, żeby jak najbardziej na nas wpłynąć, a przez to uświadomić, że jest on nam niezbędny. Jest to działanie wielopłaszczyznowe. Zastosowanie danych metod musi być dostosowane do grupy docelowej. Nie wszystkie techniki będą uniwersalne, a niektóre mogą być bardziej skuteczne, np. w pewnym zakresie wiekowym.

TARGETOWANIE

Targetowanie jest to proces selekcji konsumentów przeprowadzany przez reklamodawców w celu określenia grupy docelowej, w której znajdą się osoby najbardziej zainteresowane reklamowanym produktem. Wśród algorytmów stosowanych w tym celu wyróżniamy:

1. Targetowanie demograficzne - w tym typie reklamodawca wybiera swoich odbiorców ze względu na wiek, płeć, wykształcenie, czy też pełniony zawód. Pomocny może być tutaj Google Analytics, które jest precyzyjnym narzędziem do sprawdzania profilu demograficznego najczęściej konwertujących klientów. Można używać w tej platformie filtrów i segmentacji. Funkcje te ułatwią ocenę, który rodzaj klientów jest najcenniejszy oraz ruch konsumentów na stronie. Narzędziem ułatwiającym ten model jest też Google AdWords, czyli system pozwalający na wyświetlanie linków sponsorowanych wśród wyników wyszukiwania w popularnej wyszukiwarce internetowej Google.

2. Geotargetowanie - w tym przypadku firma jest najbardziej nastawiona na lokalizację użytkowników. Zasada jest prosta, wychytujemy lokalizację, z jakiej konsument otwiera stronę, a następnie selekcjonujemy na tych, do których ma dotrzeć reklama. Jest ono możliwe zarówno w linkach na stronach w Internecie, jak i na portalach społecznościowych, np. na Facebooku. Ten ostatni dzięki opcji Local Awareness może być używany do bardzo dużego zawężania lokalizacji, nie tylko do miast, ale też danych obiektów. Wtedy reklamy mogą być wyświetlane tylko osobom, które znajdują się w pobliżu centrum handlowego.
3. Targetowanie psychograficzne - celem jest prześledzenie i posegregowanie zachowań użytkownika. W praktyce oznacza to tyle, że reklamodawca kieruje reklamy dla danych użytkowników na strony, które Ci najczęściej odwiedzają. Polska firma AdEmotion wprowadziła na rynek system, który potrafi przewidzieć na podstawie szlaków cyfrowych, bez zbierania danych o kliencie, jaka jest jego osobowość, wyznawane wartości i gusta wizualne. To wszystko na podstawie publicznych elementów działalności w Internecie, a na dodatek anonimowo. W tym przypadku targetowanie zahacza o dział behawioralny potencjalnego konsumenta [14].
4. Zainteresowania i intencje zakupowe – w tym rodzaju targetowania podstawą jest oszacowanie, które osoby faktycznie są zainteresowane skorzystaniem z oferty. Google Display Network umożliwia utworzenie kampanii do tzw. odbiorców na rynku. Kieruje ona reklamy na użytkowników, którzy przeszukują fora w celu porównania cen itp.
5. Retargeting - jest to sposób na dotarcie do użytkownika, który miał już do czynienia z przekazem marketingowym, poprzez wchodzenie wielokrotnie na stronę lub wykonanie na niej wielokrotnie pewnej operacji.
6. Systemy operacyjne - ten rodzaj jest wykorzystywany przez firmy telekomunikacyjne. Ponieważ reklamy są kierowane do użytkowników danego systemu operacyjnego (iOS, Android, Samsung itd.) [15].

Jak widać są pewne formy targetowania, na które konsument nie ma wpływu. Zaliczamy do nich targetowanie demograficzne, geotargetowanie, czy też targetowanie na podstawie systemów operacyjnych. Jednak, jak bardzo algorytm jest w stanie określić jacy jesteśmy z psychologicznego punktu widzenia?

Jak może dowiedzieć się, co nami kieruje i co nadaje naszego życia sens?

Czy może być oceniana nasza osobowość na podstawie polubionych stron czy postów na Facebooku?

To samo tyczy się zainteresowań. Nie możemy czuć się ograniczeni do jednej pasji. Targetowanie w tej chwili może potwierdzić to, że coś jest faktycznie istotnym elementem naszego życia. Jak w przypadku zakwalifikowania nas do grupy docelowej, którą tworzą osoby zainteresowane narciarstwem, a my trenujemy ten sport od dzieciństwa. Pomimo to, z tego algorytmu można wyjść.

Człowiek w końcu jest wielozadaniowy i może mieć dużo zainteresowań.

ZAKOŃCZENIE

Popularne powiedzenie „reklama dźwignią handlu” jest w dzisiejszych czasach bardzo adekwatne. Zarysowane powyżej elementy współczesnego marketingu pokazują, że praktycznie każda nasza aktywność ma znaczenie. Nowoczesne systemy są w stanie zaproponować nam rzeczy, które w danym punkcie naszego życia mogą się spodobać lub przykuć uwagę. Niesie to ze sobą niebezpieczeństwo, gdyż osoby kierujące się w dużej mierze emocjami lub osoby charakteryzujące się deficytem uwagi mogą bez głębszej analizy proponowanej oferty z niej skorzystać [16]. Stwarza to dla mniej uczciwych sprzedawców okazję do wykorzystania takich konsumentów, szczególnie teraz, gdy przelanie dużej liczby pieniędzy jest kwestią kilku kliknięć myszką.

Aby zapobiec pochopnym decyzjom popełnianym przez ludzi należałoby zastanowić się nad przeprowadzaniem prelekcji informujących ludzi o tym, w jaki sposób działają nowoczesne metody marketingu. Z przeprowadzonego w 2018r. badania przez Pew Research Center wynika, iż 74% użytkowników Facebooka nie miała świadomości gromadzenia listy ich zainteresowań i cech w celu wykorzystania tych informacji do proponowania im reklam. Co więcej – ponad 50% ankietowanych nie czuła się z tym komfortowo [17]. Pokazuje to, jak słabo społeczeństwo jest poinformowane o kontroli ich aktywności i w jaki sposób korzystanie z mediów może na nich wpłynąć.

Sposób reklamowania usług, które niosą za sobą ryzyko, np. utraty środków pieniężnych, powinien zostać zmieniony. W Internecie można często spotkać się z reklamami wirtualnych kasyn lub tzw. chwilówek, które bardzo mocno oddziałują na klienta. Często zdesperowani ludzie korzystają z okazji, co prowadzi często do większych problemów. Może w niektórych segmentach sprzedaży warto by zrezygnować z targetowania w marketingu?

Podsumowując, w dzisiejszych czasach marketing stał się bardzo ważnym elementem codziennego życia. Każdy człowiek powinien sobie zdawać sprawę z tego, że nawet pomimo dużej chęci pozostania bez wpływu marketingu i tak jest w jakimś stopniu przez niego

kontrolowany. Warto jednak analizować treści zawarte w przekazach i filtrować te zbędne, aby nie żałować decyzji i być szczęśliwym człowiekiem.

PIŚMIENNICTWO

1. Skoczek T.: Zasady finansowania mediów publicznych w Polsce. Zeszyty Naukowe, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie 2009; 783: 69-82.
2. Borowik R., Laird S., Borowik B.: Społeczne koszty marketingu i jego odpowiedzialność w sferze kultury [w:] Kontrowersje wokół marketingu w Polsce – tożsamość, etyka, przyszłość, Garbarski L. (red.). Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania im. L. Koźmińskiego, Warszawa 2004: 264-272.
3. Kotler P.: Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola. Felberg SJA. Warszawa 1999.
4. Nowacki R.: Reklama. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2009.
5. Rayport J., Sviokla J.: Exploiting the Virtual Value Chain. Harvard Business Review. 1995; 11-12.
6. Bremer J. (red.): Przewodnik po kognitywistyce. Wydawnictwo WAM, Kraków 2016.
7. Zurawicki L.: Neuromarketing. Exploring the Brain of the Costumer. Springer, Boston 2010: 28.
8. Wang S., Morris R.: Hippocampal – neocortical interactions in memory formation, consolidation and reconsolidation. Annual Review of Psychology 2010; 61: 49-70.
9. Sturm V., Haase C., Levenson R.: Emotional Dysfunction in Psychopathology and Neuropathology: Neural and Genetic Pathways. Genomics, Circuits, and Pathways in Clinical Neuropsychiatry 2016: 345-364.
10. Mazur J.: Decyzje marketingowe w przedsiębiorstwie. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2002.
11. Sztucki T.: Encyklopedia marketingu. Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1998.
12. Cialdini R.: Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka. Wydawnictwo GWP, Gdańsk 2013.
13. Kozłowska A.: Reklama: socjotechnika oddziaływania. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2006.
14. <https://businessinsider.com.pl/technologie/nowe-technologie/ademotion-targetowanie-segmentowanie-uzytownikow/k8kx58v> (data dostępu 15.03.2020).
15. <https://sprawnymarketing.pl/jak-targetowac-reklamy-na-facebooku/> (data dostępu 15.03.2020).

16. Kaufman-Scarborough C., Cohen J.: Unfolding consumer impulsivity: An existential phenomenological study of consumer with attention deficit disorder. *Psychology and Marketing*. 2004; 21: 639-671.
17. Hitlin P., Rainie L.: Facebook Algorithms and Personal Data, Pew Research Center 2019.

Medycyna chińska - połączenie tradycji z metodami konwencjonalnymi

**Natalia Markiewicz¹, Magdalena Noparlik¹, Monika Skorupka¹,
Jan Gnus^{1,2}, Wojciech Borowicz¹, Michał Karaszewski¹, Michał
Kasperczak¹**

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław

WSTĘP

XXI wiek to szczególnie wyjątkowy okres w rozwoju człowieka. Niespotykane wcześniej tempo postępu technologicznego otwiera przed nami nowe możliwości w wielu dziedzinach naszego życia. Pierwszy raz w historii ludzkość jest ze sobą w nieustannym kontakcie, dzięki czemu wymiana informacji jest praktycznie nieograniczona. Nowe materiały są najczęściej od razu dostępne w sieci zarówno te naukowe, jak i wszelkiego rodzaju wiadomości wraz z dokumentacją fotograficzną. Przy pomocy kilku kliknięć możliwe jest zapoznanie się z sytuacją polityczną na innym kontynencie, z nowym lekiem dostępnym w kraju odległym od nas o tysiące kilometrów. Rewolucja technologiczna nieprawdopodobnie rozbudza ludzką ciekawość. Powszechny dostęp do źródeł wiedzy oraz łatwość podróżowania sprawiają, że zaczynamy interesować się zagadnieniami, które wcześniej były znane jedynie nielicznym.

Jedną z takich dyscyplin jest tradycyjna medycyna chińska. Wschodnie metody leczenia przenikają do świadomości zachodnich społeczeństw na wielu płaszczyznach. Wzrasta popularność sklepów z preparatami używanymi w medycynie chińskiej, podobne produkty łatwo kupić przy pomocy Internetu. Powstają liczne gabinety oferujące stawianie baniek czy akupunkturę, które mają wspomóc terapię między innymi łysienia plackowatego, migreny, menopauzy, otyłości, jak i wielu schorzeń gastroenterologicznych.

Tradycyjna medycyna chińska ma zarówno wielu zwolenników, jak i przeciwników. Niektórzy całkowicie odwracają się od zachodnich metod terapii na korzyść tych wspomnianych wyżej, negując ich skuteczność lub bezpieczeństwo. Duża liczba osób jest

negatywnie nastawiona w stosunku do wschodnich metod leczenia i postrzega je jako niepodważalnie alternatywne, dla innych to zagadnienie jest skrajnie mało interesujące. Opinie w tym temacie często nie są stałe, ulegają zmianom w zależności od narracji środowiska lub sytuacji życiowej. Niezaprzeczalnie, tradycyjna medycyna chińska zyskuje na popularności, będąc osobą związaną ze środowiskiem medycznym powinno się mieć na jej temat chociaż podstawową wiedzę.

PREPARATY LECZNICZE MEDYCyny WSCHODNIEJ- NIE TYLKO NA WSCHODZIE

Dziedzina tradycyjnej medycyny chińskiej (TCM) stanowi bardzo obszerne i w dużej mierze niewykorzystane źródło współczesnej medycyny. Wiele substancji pochodzących z Chin w ostatnich latach zdobyło uznanie i zrozumienie wśród ludzi innych narodowości i kultur, stając się częścią zachodniej praktyki medycznej. Poza Państwem Środka praktykę tę uważa się za formę czysto alternatywną, chociaż jej popularność na arenie międzynarodowej stale rośnie. TCM odnosi się do całości pod względem diagnozy, patofizjologii i terapii. Reprezentuje medycynę holistyczną, której głównym założeniem jest uznanie stanu umysłu, ducha i ciała jako aspektów wzajemnie na siebie wpływających – należy leczyć cały organizm, a nie tylko jego części dotknięte chorobą. Praktyka TCM oparta jest na ponad 2000 latach zgromadzonej wiedzy [1]. Główne jej aspekty obejmują leki ziołowe, nakłucia oraz fizykoterapię.

Jednym z najgłośniejszych sukcesów TCM jest substancja uzyskiwana z Bylicy rocznej (*Artemisia annua*) zwana artemizyniną lub Qinghaosu. Jej historia jest prawdopodobnie najbardziej znanym przykładem wkładu medycyny chińskiej we współczesną medycynę. Została ona odkryta przez dr Tu Youyou, która w roku 2015 za to osiągnięcie dostała Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny. Artemizynina okazała się bowiem środkiem leczniczym dającym zaskakujące efekty w leczeniu malarii [2]. Dalsze prace Tu Youyou nad modyfikacją tej substancji stanowią podstawę rozwoju pochodnych artemizyniny, takich jak dihydroartemizynina, artesunat i artemeter. Wszystkie wyżej wymienione substancje służą obecnie jako leczenie pierwszego rzutu w malarii ze względu na zauważalną siłę działania oraz specyficzność i bezpieczeństwo. Terapie skojarzone na bazie artemizyniny pozostają najbardziej skutecznymi i zalecanymi schematami leczenia zimnicy. Terapia ta największą skuteczność wykazuje w przypadkach spowodowanych przez szczep *Plasmodium falciparum* [2,3]. Wyniki kliniczne wykazały

szybkie usuwanie pasożytów i poprawę objawów w połączeniu z dłużej działającymi lekami przeciwmalarycznymi, takimi jak meflokina, lumefantryna, benflumetol i piperachina. Także w malarii o ciężkim przebiegu zauważono pozytywne wyniki zastosowanej artemizyniny i jej pochodnych w porównaniu z innymi metodami leczenia, takimi jak chinina, aczkolwiek z mniejszą skutecznością niż we wcześniej wspomnianych przypadkach [2]. Oprócz swojego najważniejszego działania antymalarycznego, odnotowano także pozytywny wpływ kliniczny artemizyniny w przypadku raka jelita grubego. Cząsteczki tej substancji, również jej pochodnych, zawierają mostek endoperoksydowy, który uważa się za niezbędny dla ich działania farmakologicznego – zarówno przeciwko malarii, jak i nowotworom [4].

Inną substancją wykorzystywaną w TCM jest tritlenek arsenu. Lek ten, używany już w starożytności, jest skutecznym i stosunkowo bezpiecznym środkiem w leczeniu ostrej białaczki promielocytowej (APL). Substancja ta jest obecnie leczeniem pierwszego rzutu w tej chorobie. Jego działania polega na sprzyjaniu degradacji białka charakterystycznego dla tej jednostki, co pośrednio hamuje wzrost wrogich komórek [5].

Zastosowanie TCM w leczeniu cukrzycy typu 2, a także jej zapobieganiu, sięga ponad 2000 lat, kiedy objawy tej choroby były znane jako „Xiaoke” lub "zwiększone pragnienie" [2]. Opracowano wiele substancji o działaniu przeciwcukrzycowym, których skład opierał się przede wszystkim na ziołach i roślinach. Preparaty te stosowane są po dziś dzień, nie tylko w Chinach. Wśród nich najgłośniej mówi się o alkaloidzie izochinonowym o nazwie berberyna. Jest ona aktywnym składnikiem kłącza *Coptis chinensis*, chińskiego zioła stosowanego w łagodzeniu cukrzycy oraz zaburzeń żołądkowo-jelitowych. Swoją sławę zawdzięcza skutecznym działaniem i właściwościami hipoglikemizującymi i hipolipidemicznymi. Po raz pierwszy zastosowanie berberyny w celu łagodzenia objawów cukrzycy opisano pod koniec lat 80. ubiegłego wieku, wykazano wtedy, że substancja ta stosowana w leczeniu przeciwbiegunkowym u pacjentów z cukrzycą obniża poziom cukru we krwi [6]. W badaniach porównawczych między berberyną a metforminą – farmakologicznym leczeniem pierwszego rzutu w cukrzycy – u 36 nowo zdiagnozowanych cukrzyków typu 2 odnotowano porównywalny wpływ na regulację metabolizmu glukozy ze znacznym spadkiem wskaźników, takich jak stężenie glukozy na czczo czy poposiłkowe stężenie glukozy we krwi. Co więcej, berberyna osiągnęła lepsze wyniki niż metformina w regulacji metabolizmu lipidów, powodując zmniejszenie stężenia trójglicerydów i cholesterolu w osoczu w ciągu 13 tygodni [7]. Równolegle przeprowadzono badanie nad zastosowaniem berberyny w terapii skojarzonej z istniejącym leczeniem przeciwcukrzycowym u 48 pacjentów z miernie kontrolowaną cukrzycą. Zastosowanie tej substancji znacznie poprawiło zarówno parametry

glikemiczne, jak i lipidowe w porównaniu z wartością wyjściową. Leczenie było ogólnie dobrze tolerowane z ograniczonymi i przejściowymi niekorzystnymi reakcjami żołądkowo-jelitowymi w grupie skojarzonej, ale bez funkcjonalnych uszkodzeń wątroby lub nerek [2,7]. Ze względu na to, że berberyna różni się chemicznie od innych leków pierwszego rzutu, związek ten brany jest pod uwagę jako potencjalny nowy lek przeciwcukrzycowy zarówno w monoterapii, jak i w połączeniu z innymi terapiami. Poza wyżej wskazanymi zaletami w swym działaniu charakteryzuje się niskim kosztem produkcji i bezpieczeństwem stosowania. Co ważne, podkreślany jest wielopoziomowy mechanizm działania berberyny, który wydaje się być ukierunkowany na wiele aspektów cukrzycy [2,8]. Sugeruje się, że substancja ta celuje w metabolizm glukozy zarówno poprzez drogi insulinozależne, jak i te niezależne. Zwiększa w ten sposób wrażliwość na insulinę – częściowo poprzez zwiększoną ekspresję receptora insuliny – wydzielanie insuliny, pobieranie glukozy oraz stymuluje rozmaite szlaki enzymatyczne [8].

Szałwia czerwona (łac. *Salvia miltiorrhiza*, zwana także „Danshen”), a dokładniej jej korzeń, jest szczególnie znana w Chinach, a także w innych częściach Azji. Wykorzystywana jest w medycynie chińskiej w terapii chorób sercowo-naczyniowych [2]. W Chinach stosowanie leków i zasad TCM w leczeniu wyżej wspomnianych dolegliwości, zwłaszcza choroby niedokrwiennej serca i udaru mózgu, należy do najbardziej rozwiniętych gałęzi tego systemu. Dziedzina zajmująca się tymi schorzeniami ma swoją specjalną nazwę – *huo xue hua yu* – czyli "aktywująca krążenie krwi i usuwająca zastój krwi". Stosowane są w niej zioła i preparaty, a głównym celem jest osiągnięcie działania przeciwwazakrępowego, agregacji przeciwplatek oraz działania rozszerzającego naczynia krwionośne i działania kardioprotekcyjnego [9]. Złożony preparat Danshen- Compound Danshen Dripping Pill, wyróżnia się tym, że jest pierwszym produktem pochodzącym z TCM, który został zatwierdzony do stosowania w 1997 r. Pozytywne wyniki kliniczne odnotowano w przypadku stosowania leku Danshen w udarze niedokrwinnym, dławicy piersiowej, krwaku międzyczaszkiowym i ostrym zawale mięśnia sercowego [2]. Do tej pory z ekstraktów tej rośliny co najmniej 50 składników zostało oczyszczonych i zidentyfikowanych. Kilka z nich jest stosunkowo dobrze przebadanych i uważa się, że znacząco przyczyniają się do farmakologicznego działania Danshen. Ponadto stwierdzono, że kwasy fenolowe wykazują działanie kardioprotekcyjne, przeciwutleniające, przeciwwazakrępowe i rozszerzające naczynia krwionośne, a co więcej charakteryzują się działaniem biologicznym, w tym przeciwnowotworowym i hepatoprotekcyjnym [2]. W szczególności zarówno Danshensu (kwas szalwiowy A), jak i kwas szalwiowy B zostały zaproponowane jako główne czynniki

przyczyniające się do rozszerzania naczyń i przeciwzakrzepowego działania wyciągów tej rośliny, działając poprzez modulację napływu wapnia do komórek i regulację odpowiedzi immunologicznej [10].

Huperzine A, będący skutecznym środkiem do leczenia zaburzeń pamięci, jest nowym inhibitorem acetylocholinesterazy pochodzącym z chińskiego zioła *Huperzia serrata*. Pochodna tej substancji przechodzi obecnie kliniczne szlaki w Europie i Stanach Zjednoczonych w leczeniu choroby Alzheimera [5].

LECZENIE PRZY POMOCY BANIEK

Jedną z najbardziej rozpowszechnionych metod chińskiego leczenia alternatywnego jest terapia bańkami (CT). Bańki (ang. *Cupping*, arab. *Hijama*) to starożytna, holistyczna metoda łagodzenia dolegliwości różnych schorzeń. Chociaż dokładne pochodzenie terapii bańką jest przedmiotem kontrowersji, jej stosowanie zostało udokumentowane we wczesnych egipskich i chińskich praktykach medycznych. Papirus Ebera z 1550 roku p.n.e., pochodzący ze starożytnego Egiptu, jest jednym z najstarszych tekstów medycznych, które wspominają o terapii bańką [11]. Dziś metodę tę przypisuje się przede wszystkim alternatywnej medycynie chińskiej, która została rozpropagowana na całym świecie, trafiając także do Polski i zyskując w niej narastającą popularność. Tradycyjna chińska praktyka medyczna obejmuje własną formę CT. Najwcześniejsza wzmianka o bańkach w Chinach pochodzi ze starożytnej książki Wu Shi Er Bing Fang, która została odkryta w starożytnym grobowcu dynastii Han w 1973 roku [11]. Terapia bańkami była również popularnym leczeniem historycznym w krajach arabskich i islamskich. Praktyka stawiania baniek rozprzestrzeniła się na Włochy – gdzie była bardzo popularnym sposobem leczenia dny moczanowej i zapalenia stawów – a następnie na resztę Europy między XIV a XVII wiekiem [12].

Ludowe porzekadło mówiło niegdyś, że bańki „wyciągają złą krew i chorobę z ciała”. Tymczasem naukowe wyjaśnienie tej techniki jest nieco inne [13]. Bańki wykonuje się poprzez przyłożenie ich do wybranych punktów skóry. Miejsca bańki są dobierane zgodnie z leczoną dolegliwością. Następnie dąży się do wytworzenia w naczyniu zamkniętym, czyli bańce, podciśnienia o wartości od 0,2 do 0,8 atmosfery, co prowadzi do podrażnienia znajdujących się w skórze receptorów. Efekt ten wywołuje się albo przez działanie ciepłem, albo poprzez ssanie [13,14]. Właściwości terapeutyczne CT można wyjaśnić na dwa sposoby. Po pierwsze, dzięki podciśnieniu uzyskanemu wewnątrz bańki dochodzi do pęknięcia podskórnych naczyń krwionośnych, a co za tym idzie – wynaczynienia krwi i powstania

podbiegnięć krwawych. Krew znajdująca się poza naczyniami krwionośnymi jest rozpoznawana przez układ immunologiczny organizmu jako obce białko, przez co staje się silnym bodźcem do wytwarzania dużej ilości komórek o właściwościach odpornościowych. Taki mechanizm nazywany jest autohemoterapią, która skutecznie zwalcza infekcję. Po drugie, działanie lecznicze i przeciwbólowe jest następstwem drażnienia receptorów skóry, mięśni oraz powięzi. Odruch skórno-trzewny powoduje rozszerzenie naczyń krwionośnych, które zwiększa napływ krwi. Krew ta usprawnia proces oczyszczania chorych tkanek z produktów przemiany materii, dożywienia i natlenienia. Rozluźniają się mięśnie gładkie żołądka, jelit, pęcherzyka żółciowego, dróg moczowych, oskrzeli i innych narządów wewnętrznych. Regulowana jest także praca narządów i tkanek poprzez pobudzenie układu współczulnego i przywspółczulnego [13]. Czasem stawianie baniek łączy się z masażem, akupunkturą lub innymi alternatywnymi terapiami. Ich rolą jest przede wszystkim wciągnięcie płynu w określony obszar ciała, a przebarwienia pojawiające się pod wpływem postawienia bańki jest wywołane przez uszkodzenie drobnych naczyń krwionośnych przebiegających tuż pod skórą [15]. Tworzące się podbiegnięcia krwawe znikają pod wpływem procesu gojenia w ciągu kilku dni. Odnotowywane efekty CT obejmują, oprócz wcześniej wspomnianych, zmianę właściwości biomechanicznych skóry, zwiększenie progu odczuwania bólu, poprawę miejscowego metabolizmu beztlenowego oraz redukcję stanu zapalnego.

Bańki najczęściej stawia się w leczeniu chorób układu oddechowego. Sprawdzają się w zapaleniu płuc i oskrzeli, w zapaleniu górnych dróg oddechowych, czy też w niegroźnych przeziębieniach [16]. Bańki można również stosować w przypadku chorób przewlekłych, jak astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenie oskrzeli czy chorób układu kostno-stawowego, układu krążenia. Swoje zastosowanie znajdują także w zaburzeniach układu trawiennego i nerwowego [13]. Skuteczność i sens terapii bańkami po dziś dzień stanowi kwestię sporną. Guo et al. zasugerował teorię immunomodulacji sugerując, że bańki i akupunktura miały te same mechanizmy działania. Według jego przekonań, zmiana mikrośrodowiska przez stymulację skóry może przekształcić się w sygnały biologiczne i aktywować neuroendokryny układ odpornościowy. Shaban i Rarvalia z kolei zaproponowali teorię genetyczną, która sugeruje, że stres mechaniczny skóry – wywołany wytworzeniem w układzie zamkniętym podciśnienia – i lokalny metabolizm beztlenowy, czyli częściowe pozbawienie tlenu, podczas ssania bańki mogą wytwarzać sygnały fizjologiczne i mechaniczne, mogące aktywować lub hamować ekspresję rozmaitych genów [17].

Starożytny grecki lekarz Hipokrates opracował opisy zastosowania baniek, a także podzielił je na dwie różne kategorie. Pierwszą z nich były bańki z wąskim otworem i długim uchwytem. Swe zastosowanie miały w leczeniu głębokiej akumulacji płynów. Drugi typ natomiast, z szerszym otworem, wykorzystywany był w leczeniu rozprzestrzeniania się bólu. Wczesna klasyfikacja wyszczególniła bańki suche i mokre. W 2016 r. po aktualizacji podziału z 2013 r. wyszczególniono 6 kategorii. Odtąd bańki dzielimy w zależności od typu technicznego (suche, mokre), siły ssania (lekkie, średnie i mocne stawianie baniek), metody zasysania (ogień, próżnia ręczna i próżniowe bańki elektryczne), materiałów wewnątrz kubków (ziołowe, wodne, ozonowe, moksa, igłowe i bańki magnetyczne), obszaru leczonego (bańki twarzy, brzucha, kobiety, mężczyzn i ortopedyczne) oraz „inne rodzaje baniek”, które obejmują bańki sportowe, kosmetyczne i wodne [18].

Terapia bańkami jest starożytną tradycyjną i uzupełniającą praktyką medyczną dzisiejszych czasów. Istnieje coraz więcej dowodów na jej potencjalne korzyści w leczeniu niektórych chorób, zwłaszcza stanów związanych z doskwierającym bólem.

LECZENIE DOTYKIEM - NIE TYLKO AKUPUNKTURA

W TCM leczenie dotykiem polega na stosowaniu metod spośród wymienionych – akupunktury, akupresury, refleksoterapii. Terapie te polegają na pobudzaniu odpowiednich punktów na ciele. W efekcie wierzy się, że dochodzi do odblokowania przepływu energii i przywracania fizycznej równowagi w organizmie. Tego typu leczenie opiera się na teorii meridianów, czyli kanałów przepływu energii. Na nich rzekomo ulokowane są punkty, w których gromadzony jest zapas energii Qi. Według Medycyny Chińskiej energia Qi jest miarą naszej witalności. Choroba powstaje wtedy, gdy w jakimś punkcie nastąpi blokada. Celem Medycyny Chińskiej jest przywrócenie prawidłowego funkcjonowania organizmu i poszczególnych narządów dzięki zbilansowaniu przepływu energii życiowej Qi w meridianach oraz wzmocnienie odporności organizmu, tzw. Wei Qi. Układ meridianów i rozmieszczonych na nich punktów energetycznych tworzy swoistą mapę ciała. Meridiany i ich odgałęzienia są wewnętrznymi drogami łączącymi wszystkie organy wewnętrzne. Wyróżnia się 12 kanałów głównych i 8 dodatkowych, a każdy połączony jest z określonym narządem. Dzięki tym połączeniom ciało stanowi jednolitą, organiczną całość. Ważne jest, aby Qi była w ruchu – wtedy według wierzeń jest życiodajna. Natomiast gdy Qi jest w zastoju – pojawia się zmęczenie i rozpoczyna się proces choroby. Znając wzajemne relacje

między punktami i narządami, lekarz medycyny chińskiej może poprzez drażnienie wybranych punktów leczyć konkretne, nawet odległe od nich narządy [19,20].

Akupunktura jest najpowszechniej stosowaną przez lekarzy medycyny chińskiej metodą leczenia. To system nie tylko leczenia, ale też ideologii, oparty na zasadzie przykładania małych igieł lub nacisku do określonych miejsc na ciele. Umieszcza się je w określonych punktach akupunkturowych. Penetracja igłą tych miejsc jest sposobem na otwarcie Qi. Stosowane są sterylne igły ze stali nierdzewnej, które zazwyczaj są jednorazowego użytku. Do ich włożenia może być konieczna plastikowa rurka prowadząca. Mówi się o występowaniu podczas owej terapii uczucia, które określa się jako „szarpanie” lub „chwytanie” igłą skóry. Zgłaszane przez pacjenta promieniowanie mrowienia w ciele jest pożądanym odczuciem nazywanym *de-qi* i znakiem skuteczności leczenia. Wykorzystuje się również ciśnienie ręczne, stymulację elektryczną, laser, ciepło, a także ultradźwięki. Uważa się, że zastosowanie którejkolwiek z tych metod manipuluje energią w podobny sposób, jak czyni to igła w wyniku penetracji. Zgodnie z tą ideologią zdrowie wynika z ułożenia Qi i obejmuje podział yin yang. Energia ta przepływa przez wszystkie światy fizyczne. Akupunktura ma na celu otwarcie blokady lub zmniejszenie nadmiaru Qi przepływającego przez określone kanały [21].

Akupunktura rzadko stosowana jest jako jedyny zabieg, raczej używa się jej w połączeniu lub jako uzupełnienie tradycyjnej opieki medycznej. Biorąc pod uwagę ideologię leżącą u podstaw akupunktury, prawie każdy stan medyczny był leczony wyżej wspomnianym sposobem na Wschodzie. Na Zachodzie również próbowano i badano choroby oraz zaburzenia, od sezonowego alergicznego nieżytu nosa zaczynając, na fibromialgii kończąc. W dzisiejszych terapiach akupunktura najczęściej stosowana jest w leczeniu bólu zarówno przewlekłego, jak i ostrego oraz w przypadku nudności i wymiotów – pooperacyjnych, okołoporodowych, a także tych wywołanych chemioterapią [21].

Chociaż jest szeroko stosowana w leczeniu przewlekłego bólu, pozostaje ona bardzo kontrowersyjna. Na podstawie przeprowadzonych i stworzonych statystyk stwierdzono, że akupunktura wiąże się ze zmniejszeniem przewlekłego bólu w porównaniu z pozorną akupunkturą – w której igły nie są wbijane w punkty uznawane za terapeutyczne, a nakłucia nie są tak głębokie – oraz w porównaniu do grup, które nie zostały poddane akupunkturze. Uczestnicy poddani badaniom byli jednak świadomi stosowanych prób, przez co ich odczucia między akupunkturą a brakiem akupunktury mogły podlegać tendencyjności [22,23].

Wiele aktualnych wytycznych zaleca akupunkturę w przypadku bólu pleców lub głowy. Wytyczne American College of Physicians zalecają tę metodę jako jedną z kilku opcji – spośród takich, jak terapia manualna lub ćwiczenia – u pacjentów z bólem pleców. Inne wytyczne – brytyjskiego National Institute for Health and Care Excellence zalecają akupunkturę w przypadku przewlekłego bólu głowy lub migreny, która oporna jest na leczenie farmakologiczne [22].

Istnieją dowody na to, że akupunktura jest skuteczna w leczeniu ostrego i przewlekłego bólu. Do chwili obecnej przeprowadzono ponad 80 przeglądów i poddano tę metodę ocenie, w celu ustalenia jej roli w łagodzeniu tego przykrego zjawiska. Wyniki te jednak są dalekie od jednomyślności. W większości recenzji odnotowano pozytywne wyniki w łagodzeniu bólu odcinka krzyżowego kręgosłupa i choroby zwyrodnieniowej stawów [23]. W dwóch najświeższych z omawianych przeglądach systematycznych badano skuteczność akupunktury w łagodzeniu bólu związanego z rakiem i oba wykazały pozytywne wyniki [24]. Co więcej, akupunktura może przynosić korzyści także w uśmierzaniu bólu pooperacyjnego [25]. Skuteczność akupunktury w innych stanach bólowych, takich jak ból neuropatyczny lub fibromialgia, pozostaje wciąż niejednoznaczna [23].

Wśród efektów tej metody można wyróżnić te występujące natychmiastowo – bezpośrednio po zakończeniu pierwszego zabiegu – lub te skumulowane, będące wynikiem przeprowadzenia wielu zabiegów. Ich skuteczność zależy od wielu czynników. Ważnym elementem są bodźce psychologiczne, takie jak warunkowanie i oczekiwanie. Pacjenci, którzy nie uzyskali korzyści lub nie uzyskali natychmiastowego działania przeciwbólowego po pierwszym leczeniu, mogą spodziewać się mniejszej korzyści z dalszego leczenia. Co więcej, u wielu pacjentów z ostrym bólem pooperacyjnym i bólem porodowym zgłaszane działanie przeciwbólowe akupunktury zwykle odzwierciedla natychmiastowy efekt. Wyniki niektórych badań sugerują, że natychmiastowy i skumulowany efekt przeciwbólowy wywołany akupunkturą wywołuje różne czasowe odpowiedzi nerwowe w szerokim zakresie sieci mózgowych, co sugeruje, że istnieją specyficzne, jeszcze nieznane mechanizmy leżące u podstaw całej terapii, jaką jest akupunktura [26].

Akupunktura może regulować odruch trzewny, opróżnianie żołądka i wydzielanie kwasu poprzez wpływ na różne endogenne układy neuroprzekaźników. Badania modelowe na szczurach wykazały, że zastosowanie akupunktury ukierunkowanej na szlaki serotonergiczne, cholinergiczne i glutaminergiczne u pacjentów z zespołem jelita drażliwego może zwiększyć stężenie endogennych opioidów, co z kolei zmniejsza odczuwanie bólu trzewnego i globalnego [27,28]. Przeprowadzono także metaanalizy

oceniające skuteczność akupunktury w leczeniu wyżej wspomnianego zespołu również na modelach wykorzystujących szczury. Metaanaliza 11 klinicznych randomizowanych kontrolowanych badań z udziałem 969 pacjentów wykazała skuteczny odsetek akupunktury i termopunktury, przewyższający konwencjonalne leczenie zachodnimi lekami [29].

Akupresura to najstarsza forma leczenia dotykiem, zwana także masażem punktowym. Istnieje jej kilka technik – najbardziej zaawansowaną stanowi masaż liniowy wzdłuż meridianów, z zastosowaniem różnych rodzajów ruchów [19]. Akupresura powstała już w starożytnych Chinach. Tak jak akupunktura, opiera się na zasadzie aktywacji akupunktur na południkach. W akupresurze napięcie mięśniowe jest uwalniane poprzez wywieranie nacisku ręką, kciukiem, łokciem, stopą, kostkami lub specjalnymi narzędziami w określonych punktach. W starożytnych Chinach akupunktury były aktywowane za pomocą kamieni, znanych jako Kamienie Bian [30]. Siła wywierana na ciało według wierzeń miała równoważyć przepływ energii fizjologicznej. Jako całość – akupresura jest bezigłową, nieinwazyjną interwencją leczniczą, często prowadzącą do poprawy samopoczucia pacjentów. Całe ludzkie ciało według jej zasad stanowi skupisko punktów ucisku. "Acupoint" to punkt znajdujący się najbliżej powierzchni skóry, a jego aktywacja jest podstawą w akupresurze. Wyróżniamy punkty lokalne i dystalne. Stosując technikę akupresury tylko na punkty lokalne, uzyskuje się odpowiedź terapeutyczną wpływającą na autonomiczny układ nerwowy [30]. Trzecią odmianą punktów są tak zwane *tender points* obecne na nocyceptorach i receptorach polimodalnych. Aktywacja receptorów polimodalnych przynosi ulgę w bólu [30].

Akupresura to terapia multimodalna, której mechanizm można wyjaśnić na różne sposoby. Jednym z nich jest *Gate Control Theory*, której autorami są Melzak i Wall. Zakłada ona, że drażnienie określonego punktu "aku" terapią akupresury powoduje przekazanie przyjemnych impulsów do mózgu z prędkością czterokrotnie większą niż bodźców bolesnych. Ciągłe impulsy zamykają neuronowe „bramki”, a wolniejsze przekazywanie bólu jest blokowane przed dostaniem się do mózgu, co ostatecznie pomaga poprawić lub wzmocnić próg odczuwania bólu przez ciało [31]. W oparciu o lokalizację stymulacji wytwarzanie ciśnienia aktywuje małe nerwy mielinowe w mięśniach i przekazuje stymulacje do wyższych ośrodków nerwowych, w tym rdzenia kręgowego, śródmózgowia, podwzgórza i osi przysadki [30]. Stymulacja punktów "aku" prowadzi do złożonych reakcji neurohormonalnych. Obejmuje przeciwdziałanie osi podwzgórze-przysadka-kora nadnerczy, co prowadzi do nadprodukcji kortyzolu i powoduje reakcję relaksacyjną. Co więcej, prowadzi do modulacji odpowiedzi fizjologicznej poprzez zwiększenie wydzielania endorfin

i serotoniny do mózgu i określonych narządów. Po ćwiczeniach akupresura meridianowa pomaga zmienić stężenie hormonów stresu i kwasu mlekowego [30]. Dodatkowo stymulacja określonych punktów aktywuje mielinowe włókna nerwowe, które stymulują podwzgórze i przysadkę mózgową. Przez to działanie prowadzi do uwalniania β -endorfin z podwzgórza odpowiednio do płynu rdzeniowego i przysadki do krwioobiegu. Działanie przeciwbólowe i uspokajające β -endorfin ułatwia prawidłowe funkcjonowanie układu oddechowego pacjenta [32].

Refleksoterapia lub refleksologia to metody mające na celu wspomaganie leczenia. Swoje zastosowanie znalazły w leczeniu bólu. Terapia opiera się na założeniu, że każda część ciała jest odbiciem całości – teoria odwzorowania mapy ciała, gdzie poszczególne punkty na tej mapie są refleksami konkretnych narządów. Masowanie wybranego refleksu powoduje lepsze ukrwienie odpowiadającego mu narządu [19]. Ze względu na nieinwazyjny, niefarmakologiczny charakter uzupełniający, refleksologia jest powszechnie akceptowana. Na podstawie najnowszych z przeprowadzonych badań wydaje się, że terapia ta skutecznie pomaga układom organizmu powrócić do stanu naturalnego. W szwajcarskiej pracy zasugerowano, że pacjenci którzy przeszli sesję lub sesje refleksologii wykazywali znaczny spadek ilości leków niezbędnych do ograniczenia towarzyszącego im bólu [33]. Ból jest czynnikiem stresującym dla człowieka, a wszelkie obrażenia dowolnej części ciała powodują stres całego organizmu, według założeń TCM. Według jednej z prac stres przyczynia się w 80% do rozwoju chorób [33]. Uważa się, że refleksoterapia powodując zmniejszenie odczuwanego stresu, przyczynia się pośrednio do wielu korzyści związanych ze zdrowiem, takich jak łagodzenie skutków obrażeń i chorób. Endorfina to naturalna substancja przeciwbólowa uwalniana przez organizm w odpowiedzi na refleksologię. Wyniki badań potwierdziły skuteczność refleksologii, rejestrując 31% redukcji bólu u pacjentów z bólem pleców [33].

Terapia ta znalazła zastosowanie w niektórych schorzeniach jako leczenie uzupełniające. Skutecznie przyczynia się ona do zmniejszenia bólu odcinka krzyżowego kręgosłupa, ograniczenia migren i szybszego powrotu do zdrowia po przebytych zawałach. Co więcej, odkryto, że pacjenci cierpiący na stwardnienie rozsiane przez pewien czas doznawali znacznej ulgi w objawach po wybraniu refleksologii jako terapii uzupełniającej leczenie konwencjonalne. Polepszeniu stanu zdrowia towarzyszyła znaczna poprawa parametrów moczu, spadek spastyczności [33]. Ponadto badania wykazały, że refleksologia może zmniejszyć obwodową neuropatię pacjenta cierpiącego na cukrzycę typu 2. Uczucie

mrowienia i ból zostały zmniejszone, a dodatkowo glikemia i przewodnictwo nerwowe wykazały poprawę [34].

ŻYWIENIE W MEDYCYNIE WSCHODNIEJ

W TCM żywność jest nie tylko ważnym aspektem odżywczym, dużo uwagi poświęca się jej aspektom związanym z funkcjonalnym wykorzystaniem. Po pierwsze, uważana jest za dietę, ponieważ dostarcza niezbędnych substancji do życia i zdrowia. Po drugie, jedzenie uważa się za lek. TCM zakłada, że żywność – podobnie jak leki – odgrywa bardzo istotną rolę w zapobieganiu i leczeniu chorób. Ich równoważność tłumaczona jest wspólnym pochodzeniem substancji, smakiem i funkcją [35]. TCM zaleca powstrzymywanie się od jedzenia, które jest praktyką unikania niektórych pokarmów podczas pewnych stanów chorobowych, które mogłyby pogorszyć chorobę lub spowodować nierównowagę w ciele [36]. Istnieją cztery główne zasady terapii żywności w medycynie chińskiej.

Pierwszą zasadą jest lekkie jedzenie. Takie odżywianie odnosi się do diety, która zachęca do spożywania ziarna uzupełnionego roślinami strączkowymi, warzywami, owocami i olejami roślinnymi oraz zniechęca do nadmiernego spożycia alkoholu, mięsa i innych tłustych oraz słodkich potraw. TCM potwierdza zalety wegetariańskiego i zbilansowanego jedzenia. *Huangdi's Internal Medicine*, czyli pierwszy chiński tekst medyczny napisany w latach 745–221 p.n.e. sugeruje, że pięć zbóż (ryż, sezam, soja, pszenica i proso) zapewnia pożywienie; pięć owoców (jujuba, śliwka, kasztan, morela i brzoskwinia) uzupełnia codzienne odżywianie; mięso z pięciu zwierząt (wołowina, mięso psa, wieprzowina, baranina i kurczak) przynosi korzyść; a pięć warzyw (szpinak, szczypiorek, kiełki fasoli, szalotka i cebula) są przeznaczone do regeneracji [37]. W TCM wierzy się, że nadmierne spożycie mięsa może prowadzić do wytwarzania przekraczających zapotrzebowanie ilości ciepła w organizmie i zastoju płynów ustrojowych, powodując nierównowagę Yin Yang oraz upośledzenie ruchu energii Qi [35].

Druga zasada terapii żywieniowej koncentruje się na równoważeniu „gorącej” i „zimnej” natury jedzenia. TCM sugeruje, zgodnie z Yin Yang, że żywność ma trzy różne natury: ciepłą i gorącą, neutralną oraz chłodną i zimną. Skala temperatury, jak ciepło czy chłód, związane są z charakterem żywności, a nie z temperaturą samą w sobie w fizycznym znaczeniu tego zjawiska. Jedzenie różnych gatunków pełni różne funkcje. Dla przykładu wierzy się, że „zimne” jedzenie uspokaja „gorącą” sytuację w organizmie [35]. Spożywanie nadmiernych ilości „gorącego” jedzenia może prowadzić do uszkodzenia płynów

ustrojowych w śledzionie i żołądka, natomiast przejadanie się „zimnego” jedzenia – do uszkodzenia Qi śledziony i żołądka. Taka zaburzona równowaga Yin Yang według TCM może powodować chłód kończyn, ból brzucha, biegunkę, zaparcia, hemoroidy oraz inne problemy zdrowotne [35,38].

Trzecia reguła skupia się na harmonii pięciu smaków. TCM klasyfikuje smaki według podziału na: kwaśny, słodki, gorzki, cierpki i słony. Wierzy się, że poszczególne z nich mają różny wpływ na ludzkie ciało i odnoszą się odpowiednio do różnych narządów. Ostry smak ma wpływ na funkcjonowanie płuc i jelita grubego. Może on dostać się do płuc i przedostać się do przepływającej przez ten narząd Qi. Następnie prowadzi do zwiększenia przepływu krwi oraz wspomnianej wcześniej energii. To według TCM tłumaczy, dlaczego "ostrość" może wywoływać nadmierne pocenie się. Smak ten jest również odpowiedzialny za promowanie Qi i krążenie energii we krwi. Kwaśny smak odnosi się do wątroby i pęcherzyka żółciowego. Charakterystyczny jest dla niego efekt zmiękczający i zwężający. Kwaśny smak może zmiękczyć wątrobę i kontrolować występowanie biegunki i potu. Gorzki smak działający rozładowująco, wysuszająco i wzmacniająco odnosi się do serca i jelita cienkiego. Może zredukować nadmiar płynów, wywołać biegunkę, a także wzmocnić serce Yin. Słony smak odnosi się do nerki i pęcherza, działając na nie z efektem zmiękczającym. Ma zdolność do zmiękczenia i rozproszenia twardych mas, odżywienia nerki i utrwalenia nerki Qi. Z efektem moderacji słodki smak odnosi się do żołądka i śledziony. Słodki smak może pomóc w trawieniu, zneutralizować toksyczne działanie innych pokarmów i uzupełnić Qi. Reguła harmonii pięciu smaków ułatwia przyswajanie trawienia, zapewnia odpowiednie odżywienie narządów oraz promuje Qi i przepływ krwi. Każdy spośród wyżej wspomnianych smaków ma swoje odrębne właściwości. Uważa się zatem, że ważne jest, aby spożywać odpowiednie ilości żywności o charakterze każdego z nich. Nadmierne jedzenie każdego smaku może prowadzić do utraty równowagi, szkodząc Yin Yang, Qi, a co za tym idzie – szkodząc zdrowiu [35].

Czwarta zasada terapii żywieniowej mówi o zgodności i dostosowaniu między dietą a warunkami i aktualnym stanem zdrowia. Dla przykładu, żywność o "zimnym" charakterze stosujemy w przypadku "gorących" warunków organizmu (i na odwrót), żywność o działaniu wzmacniającym w leczeniu przypadków niedoboru, a żywność o działaniu przeczyszczającym w celu leczenia przypadków zespołów nadmiernych [35]. W celu leczenia niedoboru Yin do uzupełnienia qi oraz krwi, według TCM, można użyć „zimnej” i neutralnej żywności – wieprzowiny, żółtka, owoców morwy. Z kolei w leczeniu niedoboru Yang można używać słodkich i ciepłych potraw, takich jak okrągłozarnisty ryż, proso, chiński ignam, soja

i duże daktyle. W leczeniu bólu brzucha z powodu „zimna”, spożywamy „gorące” jedzenie, takie jak suszony imbir, pieprz, baranina koperkowa i brązowy cukier. Uważa się, że umożliwiają one usunięcie „zimna” i przywrócenie równowagi Yin Yang [38].

TCM kładzie nacisk na stosowanie diety bogatej w naturalne substancje o działaniach leczniczych. Medycyna chińska może się pochwalić wieloma roślinami, korzeniami czy grzybami, których zastosowanie zostało rozpropagowane na całym świecie.

Tradycja picia herbaty istnieje w Chinach od niepamiętnych czasów. Wywar z liści herbaty chińskiej (*Camelia sinensis*) początkowo traktowany był jedynie jako lekarstwo, z czasem jednak stał się podstawowym napojem nie tylko w Chinach, ale też na całym świecie. Według chińskiej tradycji, nie pije się pierwszego naparu, który powstaje przez zalanie liści wodą o temperaturze ok. 90 stopni Celsjusza. W ten sposób jedynie obmywa się je z toksyn. Dopiero drugi napar, do którego używa się wody w temperaturze 60-85 stopni, ma właściwy aromat i smak. Zieloną herbatę zalicza się do ziół chłodnych i gorzkich, skutecznych w nadmiernej kumulacji gorąca w organizmie. Zwiększa ona energię Qi i kieruje ją w dół, stąd polecana jest w walce z zaparciami. Do najważniejszych jej działań należy oczyszczanie organizmu z toksyn, poprawa krążenia krwi, wzmocnienie odporności, łagodzenie objawów depresji, kojący i rozjaśniający wpływ na umysł. Najważniejszymi związkami czynnymi zawartymi w zielonej herbacie są polifenole. Mają silne właściwości przeciwutleniające, 25 razy bardziej aktywne niż witamina E. Dzięki temu pomagają obniżyć stopień utleniania cholesterolu we krwi i zapobiega rozwojowi miażdżycy oraz chroni komórki przed wystąpieniem zmian nowotworowych. Dodatkowo pozwala na utrzymanie dobrej kondycji kości, wspierając naturalne procesy ich regeneracji i przebudowy. Co więcej, zielona herbata zawiera aminokwas niebiałkowy L-teaninę. Wykazano, że w wysokim stopniu przyczynia się ona do obniżenia poziomu niepokoju i zwiększenia odporności na stres. Dzięki wpływowi na gospodarkę neuroprzekaźnikową mózgu usprawnia zdolności poznawcze, takie jak przetwarzanie informacji, koncentrację czy pamięć. Dodatkowo stymuluje aktywność układu odpornościowego, chroni wątrobę przed szkodliwymi czynnikami oraz wspomaga pracę serca [39].

Imbir, czyli korzeń będący silnym antyoksydantem znalazł swe zastosowanie jako naturalny środek łagodzący stany zapalne, ból i obrzęki. Dodatkowo ma właściwości przeciwwymiotne [40].

Kolejny przykład – jiaogulan (*Gynostemma pentaphyllum*), nazywany także "zielem długowieczności" uważany jest za roślinę ciepłą, wspierającą Yang i wzmacniającą Yin. Działa przeciwwrzędnie i antyoksydacyjnie, a także ochronnie na neurony. Pomaga

zapanować nad gospodarką lipidową, zwalcza komórki raka jelita grubego i raka prostaty. Wspiera pracę układu krążenia oraz pomaga kontrolować poziom cholesterolu i glukozy we krwi. Wspomaga też aktywność układu immunologicznego, zwiększając odporność na infekcje, a także łagodzi reakcje alergiczne. Działa również ochronnie na wątrobę i ośrodkowy układ nerwowy. "Compendium Materia Medica" z XVI wieku zaleca jej stosowanie w leczeniu krwimoczu, urazów i obrzęku gardła [39,40].

Maczuźnik chiński (*Cordyceps sinensis*), kordyceps jest grzybem sprowadzonym z tybetańskich wyżyn, przez lekarzy medycyny chińskiej okrzyknięty został substancją pomagającą na ponad 20 dolegliwości. TCM stawia *Cordyceps* na równi z żeń-szeniem. Uważa go za zioło o charakterze słodkim i lekko ciepłym, oddziałujące szczególnie na meridiany płuc i nerek. Pomaga wzmocnić cały organizm, zwłaszcza gdy jest on osłabiony w wyniku choroby lub procesu starzenia. Ułatwia też oddychanie i usuwanie zalegającej flegmy. Stosuje się go również jako remedium na zaburzenia potencji i niepłodności u mężczyzn. Wykorzystuje się go między innymi w leczeniu nowotworów, cukrzycy, astmy, łagodnego rozrostu gruczołu krokowego czy w zapaleniu wątroby [39,40].

Kurkuma i kurkumina, czyli przyprawa i jej składowa, działają przeciwzapalnie. Wykorzystuje się je w leczeniu raka odbytnicy, trzustki, a także piersi, prostaty, płuc oraz jamy ustnej. Udowodniono jej skuteczność w leczeniu choroby Alzheimera i demencji. Przeciwdziała łuszczycy [40].

Lingzhi to grzyb używany przede wszystkim w leczeniu schorzeń wątroby. Wzmacnia odporność, a także wywołuje naturalną śmierć komórek raka wątroby, płuc oraz piersi [40].

Mniszek lekarski (*Taraxacum officinale*) jest uważany za zioło o naturze chłodnej i jednocześnie gorzkiej i słodkiej. Oddziałuje przede wszystkim na żołądek i wątrobę. Oczyszcza organizm z toksyn, uwalniając nadmiar ciepła, stymulując oddawanie moczu i zmniejszając pocenie się. Znawcy tradycyjnej medycyny chińskiej zalecają wykorzystywanie suszonego ziela mniszka do przygotowania naparów i zup, a świeżej rośliny do wzbogacania sałatek. Współcześnie także stosuje się mniszka w terapii dolegliwości związanych z wątrobą i drogami żółciowymi, przy niestrawności. Badania naukowe wykazały, że działa on przeciwzapalnie, a dodatkowo ułatwia przepływ żółci z wątroby do dwunastnicy, co wspomaga trawienie. Może także być skuteczny przeciwko nowotworom sutka i prostaty [39].

Szafran wytwarza się ze znamion słupków krokusów uprawnych (*Crocus sativus*). Chińska medycyna zalicza go do ziół o charakterze neutralnym termicznie oraz kwaśnym i

słodkim smaku. Oddziałuje na meridiany serca i wątroby. Ma zapobiegać zastojom, oczyszczać meridiany i usuwać z ciała toksyny, a także pomagać w gorączce, odprowadzać nadmiar ciepła oraz rozбивać skrzepy krwi. Zawarte w nim związki biologicznie czynne wpływają na redukcję poziomu cholesterolu we krwi. Mogą też zwiększać aktywność układu odpornościowego i produkcję przeciwciał. Poza tym szafran wpływa też na pracę ośrodkowego układu nerwowego, łagodząc niepokój i stany lękowe oraz poprawiając nastrój [39].

Żeń-szeń właściwy (*Panax ginseng*), stanowiący jeden z fundamentów naturalnej medycyny chińskiej, uznawany jest za suplement diety wpływający na ogólny stan zdrowia, poprawiający koncentrację, pamięć i pracę układu odpornościowego. Korzystnie oddziałuje na pracę serca, obniża poziom cholesterolu, a także poprawia nastrój i odporność na stres. Badania wykazały, że zawiera on mnóstwo związków biologicznie aktywnych, w tym ginsenozydy (ponad 80 rodzajów), fitosterole, polisacharydy, kwasy organiczne, olejki eteryczne, aminokwasy, makro- i mikroelementy oraz witaminy. Udowodniono jego działanie hamujące proces starzenia. Żeń-szeń zapobiega chorobom układu krążenia i układu oddechowego, a także depresji i stanom lękowym. Dodatkowo normalizuje gospodarkę hormonalną, zwłaszcza w zakresie testosteronu i estrogenów, co może zwiększać zadowolenie z życia seksualnego [39,40].

Twardnik japoński (*Lentinula edodes*), czyli Shiitake, nazywany był “królem wśród grzybów” i uważano go za swoisty eliksir życia. Swoje niezwykle właściwości Shiitake zawdzięczają obecności w owocnikach lentinanu związku z grupy beta-glukanów, który jest silnym immunostymulantem. Powoduje wzrost liczby głównie limfocytów i makrofagów, co ułatwia walkę nie tylko z drobnoustrojami chorobotwórczymi, ale także z nowotworami. Obecnie w Japonii wykorzystuje się ekstrakt z Shiitake do wspomagania chemioterapii. Udowodniono, że grzyby te pomagają obniżyć poziom cholesterolu we krwi i chronią wątrobę przed szkodliwym wpływem drobnoustrojów [39].

Herbata z kwiatów chryzantemy (*Chrysanthemum morifolium*, *Chrysanthemum indicum*) była stosowana w celu usuwania nadmiaru ciepła z organizmu, a także normalizowania Yang wątroby i poprawiania widzenia. Jej działanie miało skupiać się głównie na meridianach płuc i wątroby. Stosowano napar z chryzantemy w terapii przeziębienia, zapalenia gardła i grypy. Pomagał też w łagodzeniu stresu i napięcia, a także poprawiał koncentrację. Zachodnia nauka potwierdziła, że chryzantema usuwa nadmiar ciepła – ma bowiem działanie przeciwzapalne. Dzięki temu może zmniejszać gorączkę i

łagodzić dolegliwości w stanach takich, jak żylaki czy miażdżycy. Roślina ta ma także właściwości przeciwutleniające [39].

Miłorząb dwuklapowy (*Ginkgo biloba*) był czczony w Chinach jako symbol długiego życia i odporności. Pierwsze doniesienia o jego wykorzystaniu w ziołolecznictwie pochodzą sprzed ponad 5000 lat i obejmują zastosowanie nasion w terapii chorób mózgu. Współcześnie miłorząb polecany jest przede wszystkim na kłopoty z pamięcią. Udowodniono, że zawarte w nim związki aktywne zwiększają przepływ krwi w niewielkich tętnicach i żyłach zaopatrujących mózg, dzięki czemu dociera do niego więcej składników odżywczych i może on wydajniej funkcjonować. Ginkgo wpływa też na gospodarkę neurochemiczną, co daje korzystne efekty w zakresie zdolności poznawczych, gdyż wspomaga przekazywanie informacji między synapsami [39].

Pąki kwiatowe i kora magnolii (*Magnolia officinalis*) wykorzystywane są przez praktyków tradycyjnej medycyny do przygotowywania naparów i mieszanek ziołowych. Pąki stosuje się głównie do leczenia dolegliwości związanych z górnymi drogami oddechowymi, jak zapalenie zatok czy przekrwienie śluzówki nosa. Kora natomiast – według wierzeń – ułatwia krążenie energii Qi. To mogłoby tłumaczyć działanie polegające na łagodzeniu niepokoju psychicznego, zaburzeń snu i stanów nerwowości, a także kaszel, wzdęcia i spazmy jelitowe. Magnolię uważa się też za roślinę korzystnie wpływającą na pracę układu nerwowego. Główne jej związki aktywne: magnolol i honokiol, mają zdolność do bezpośredniego oddziaływania na mózg. Regulują gospodarkę neuroprzebieżnikową (zwłaszcza acetylocholinę i GABA), pomagają wyciszyć się oraz poprawiają zdolności poznawcze. Są też – szczególnie honokiol – bardzo silnymi przeciwutleniaczami, o aktywności nawet 1000 razy większej niż witamina E. Dzięki temu zapobiegają rozwojowi nowotworów, a nawet wspomagają ich leczenie, co zostało potwierdzone wynikami badań [39].

MENOPAUAZA – WYZWANIE ZACHODU NA WSCHODZIE

Menopauza jest stanem fizjologicznym w życiu każdej kobiety, która zwykle zaczyna się w wieku około 50 lat. Kobiety mogą odczuwać takie objawy, jak uderzenia gorąca, poty, bezsenność, bóle stawów, lęk, a także suchość skóry i śluzówki pochwy. W takich przypadkach najczęściej zalecana jest terapia hormonalna. Jednak kobiety cierpiące na objawy menopauzy szukają alternatywnej terapii z powodu obaw związanych z działaniami niepożądanymi stosowanych hormonów. W związku z tym duża ich część sięga po witaminy

i minerały, suplementy diety pochodzenia roślinnego, leki oraz TCM. Do metod TCM wykorzystywanych w celu łagodzenia objawów menopauzy zaliczamy chińską medycynę ziołową, akupunkturę oraz specjalne diety i ćwiczenia. Formy preparatów CHM są zróżnicowane: od tradycyjnych wywarów z ziół, przez pigułki, mazidła, plastry i maści aż do skoncentrowanych proszków i płynnych ekstraktów przygotowanych nowoczesnymi metodami farmaceutycznymi. Można podawać je doustnie, miejscowo, dożylnie lub w zastrzykach w określonych aku-punktach. Chociaż termin „menopauza” nie pojawia się w literaturze historycznej TCM, objawy kliniczne zostały uznane za związane z niedoczynnością nerek. Współczesne podręczniki ginekologiczne medycyny chińskiej nadal przypisują menopauzę funkcji nerek. Wskazują one związek między ustaniem miesiączki a zmniejszeniem Qi nerek. Fundamentalne teorie i podejścia TCM, odzwierciedlające praktykę ziołolecznictwa, determinują współczesne badania naukowe i praktykę kliniczną w zarządzaniu objawami menopauzy. Chociaż jest ono stosowane klinicznie od bardzo dawna, jego skuteczność i bezpieczeństwo długoterminowe pozostały bez odpowiedzi z naukowego punktu widzenia. Wciąż jest to dziedzina niezbyt dobrze poznana. Przeprowadzono oczywiście badania na kobietach, aczkolwiek nie wykazały one widocznych efektów w stosunku do grup placebo [41].

MIGRENA

Migrena klasyfikowana jest jako pierwotne zaburzenie bólu głowy o charakterze powszechnym, przewlekłym, pojawiającym się na tle nerwowo-naczyniowym. Migrena osiąga wartości szczytowe między 15. a 24. rokiem życia, przy czym największe rozpowszechnienie występuje między 35. a 45. rokiem życia. Podstawowo możemy rozróżnić dwa podtypy migreny, z aurą lub bez. Patofizjologia migreny wynika po części z wkładu sensorycznego nerwu trójdzielnego oraz dziewiątego i dziesiątego nerwu czaszkowego, czynników humoralnych (np. glukozy we krwi, spożywanego pokarmu, hormonów gonadotropicznych), czynników środowiskowych (snu, stresu, zapachów, światła oraz zmian ciśnienia barometrycznego) i innych [42]. Aury są spowodowane miejscowym zmniejszeniem przepływu krwi, po którym natychmiast następuje wzrost przepływu krwi. Ta depolaryzacja falowa wpływa na korę ciemieniowo-potyliczną. Tenże złożony objaw neurologiczny zwykle występuje tuż przed atakiem migreny.

Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi na osoczu bez płytek krwi i moczu, migrena ma wielorakie podłoże i warunkowana jest zjawiskami biochemicznymi, takimi jak [43]:

- systemowe zaburzenie metabolizmu 5-HT, istotne dla obwodowego składnika naczyniowego patofizjologii migreny,
- zmiany w aminokwasach neuro-pobudzających i magnezu,
- zmiany poziomów metioniny-enkefaliny, które mogą być przydatnym markerem do rozróżnienia między bólem głowy a migreną,
- hormonalne fluktuacje, które wydają się ważne dla ustalenia progu ataku,
- zmiany peptydów wazoaktywnych w krążeniu czaszkowo-naczyniowym, dostarczając pierwszych dowodów na to, że układ trójdzielno-naczyniowy rzeczywiście jest istotny w migrenie,
- zmiany katecholaminergiczne, sugerujących nadpobudliwość współczulną.

Według TCM migrena jest głównie spowodowana inwazją wiatru i ognia, które powodują niedrożności meridianu i zakłócają przepływ krwi, i energii qi w głowie. Również dysfunkcja wątroby i związany z nią meridian odgrywają ważną rolę w procesie jej rozwoju. Leczenie migreny metodami tradycyjnej medycyny chińskiej ma na celu uspokojenie wątroby, pozbycie się patogenów i odblokowanie meridianów. Plan leczenia powinien być oczywiście zindywidualizowany [44].

Zachodnie źródła wymieniają różnorodne metody radzenia sobie z objawami migreny, gdyż zaburzenie jest nieuleczalne. Wśród metod leczenia objawowego pojawia się leczenie środkami przeciwbólowymi, takimi jak paracetamol lub ibuprofen, jednak nie są to leki wskazane dla osób poniżej 16. roku życia, dla osób z problemami na tle żołądkowym, wątrobowym lub nerkowym. Poza tym metoda ta ma sporą wadę – częste przyjmowanie jakichkolwiek środków przeciwbólowych może pogorszyć migrenę. Jest to nazywane "ból głowy spowodowanym nadużywaniem leków". Drugorzędowo, gdy podstawowe leki przeciwbólowe są nieskuteczne, zaleca się użycie tryptanów, które są swoistym środkiem przeciwbólowym w przypadku migrenowych bólów głowy. Uważa się, że działają poprzez odwrócenie zmian w mózgu, które mogą powodować migrenowe bóle głowy. Powodują skurcz naczyń krwionośnych w mózgu. To odwraca ich rozszerzenie, które prawdopodobnie jest częścią procesu migreny. Poza nieznacznymi efektami ubocznymi, w tym przypadku również może dojść do bólu głowy spowodowanego nadużywaniem leków. Tryptany stosuje się często z lekami przeciwwymiotnymi. Te natomiast stosuje się równocześnie w terapii pierwszo- jak i drugorzędowej. Mogą skutecznie leczyć migrenę u niektórych osób, nawet jeśli nie występują u nich mdłości lub wymioty. W następnej kolejności, jako przedostatnią, (wyprzedzając przezczaszkową stymulację magnetyczną), wymieniana jest akupunktura [45].

Akupunktura jest istotnie pożądanym sposobem, gdyż jest niefarmakologiczną metodą leczenia bólu migrenowego. Światowa Organizacja Zdrowia wymienia ból głowy jako jeden z kilku stanów skutecznie leczonych przez akupunkturę [42]. Sposób, w jaki akupunktura moduluje struktury mózgu, został zobrazowany w badaniach pozytonowej tomografii emisyjnej i funkcjonalnych badaniach rezonansu magnetycznego. Metoda ta wpływa na sekrecję komórek, przekazywanie sygnałów, aktywność noradrenaliny, angiotensyny II, serotoniny, enkefaliny, beta-endorfiny i glutaminianu [46].

Studium jednego z przypadków dowiodło znaczną poprawę u 32-letniej kobiety z dziesięcioletnią historią migrenową. Została ona poddana terapii medycyną chińską przez okres dwóch miesięcy, na co składały się sesje akupunktury, modyfikacje diety i lewatywy z ziołolecznictwa chińskiego. Po drugim tygodniu leczenia pacjentka zgłosiła poprawę, jeśli chodzi o uczucie niedrożności zatok. Bóle głowy były łagodniejsze i trwały krócej. Kontynuowała leczenie lewatywą i wciąż poprawiała dietę. Po lewatywach zgłaszała lepsze wypróżnienia i poprawę samopoczucia. W 4. tygodniu poczuła ogólną poprawę. Pozwoliła sobie na tłuste smażone potrawy, które zostały wyeliminowane z jej diety w ciągu ostatnich 3 tygodni. Natychmiast miała migrenę po prawej stronie głowy. Zwymiotowała zieloną żółcią i miała kwaśny refluks. W piątym tygodniu wróciła do poprzednio zmodyfikowanej diety i korzystała z lewatyw. Zgłosiła poprawę w zatkaniu zatok i tylko łagodny ból głowy, 3 na 10 według samooceny liczbowej skali bólu pacjenta. Poinformowała, że akupunktura pomogła jej natychmiastowym potrzebom, a modyfikacja diety i lewatywy również ulżyły jej przy zmaganiu się z migrenami [42].

Również badania porównujące trzymiesięczną terapię topiramatem a akupunkturą w profilaktyce przewlekłej migreny jednoznacznie wskazały to drugie jako skuteczniejszy sposób. Znacznie większy spadek średniej miesięcznej liczby dni umiarkowanego/silnego bólu głowy (pierwotny punkt końcowy) z $20,2 \pm 1,5$ dnia do $9,8 \pm 2,8$ dni zaobserwowano w grupie akupunktury w porównaniu z $19,8 \pm 1,7$ dnia do $12,0 \pm 4,1$ dni w grupie topiramatu. Ponadto, zdarzenia niepożądane wystąpiły w 6% w grupie akupunktury i 66% w grupie topiramatu [47].

W literaturze TCM do stosowania w leczeniu migreny wymienia się również złocienia maruny (*Tanacetum parthenium*) oraz lepiężnik różowy (*Petasites hybridus*) [48,49]. W przypadku złocienia maruny, częstość występowania migreny w jednym z przeprowadzonych badań zmniejszyła się w grupie badanej z 4,8 ataków podczas wizyty początkowej, do $2,9 (-1,9 \pm 0,2)$ ataków w tygodniach od 5 do 12 i do $3,5$ ataków ($-1,3 \pm 0,2$) w grupie z placebo [49]. Badania na temat lepiężnika różowego sugerują, że pacjenci z

migreną mogą skorzystać z profilaktycznego leczenia dzięki temu specjalnemu ekstraktowi. Grupie kontrolnej podawano przez okres 12 tygodni kapsułki zawierające 25 mg CO₂ ekstraktu z kłącza lepiężnika różowego. Doszło do znaczącego zmniejszenia częstotliwości ataków i liczby dni migreny, jest porównywalny z innymi środkami uważanymi za skuteczne w profilaktyce migreny, takimi jak beta-blokery, antagoniści wapnia, a także antagoniści serotoniny. Lek spowodował redukcję częstotliwości ataków maksymalnie o 60% w porównaniu do wartości wyjściowej [48]. Połączenie wysokiej skuteczności i doskonałej tolerancji podkreśla szczególną wartość, jaką ma *Petasites hybridus* w profilaktycznym leczeniu migreny.

Oprócz aspektów wspomnianych powyżej, badano rolę diety niskoalergenowej u dzieci cierpiących na migreny. 93% z 88 dzieci z ciężką, częstą migreną wyzdrowiało na diecie oligoantygenu. Żywność sprawczą zidentyfikowano poprzez kolejne wprowadzanie, a rolę żywności wywołującej migrenę ustalono w kontrolowanym badaniu z podwójnie ślełą próbą u 40 dzieci. Większość pacjentów zareagowała na kilka pokarmów. W grę wchodziło wiele ich rodzajów, co sugeruje raczej alergiczną niż metaboliczną patogenezę. Pokarmy, które najczęściej doprowadzały do napadów migreny to mleko krowie (27 osób), jaja (24), czekolada (22 osób), pomarańcze (21 osób) i pszenica (21 osób). Poza migreną, dieta miała wpływ na objawy, takie jak ból brzucha, zaburzenia zachowania, napady, astma i egzema. Doszło do redukcji ich nasilenia. U większości pacjentów, u których migrena była wywoływana przez czynniki niespecyficzne, jak uderzenia w głowę, ćwiczenia i migające światła, prowokacja ta nie występowała już podczas diety [50].

W porównaniu z medycyną konwencjonalną, metody medycyny alternatywnej wykazują prawdopodobnie podobną skuteczność w zapobieganiu epizodom migreny. Żadna z terapii nie niesie ze sobą poważnego ryzyka, dlatego ich stosowanie może być korzystniejsze niż długoterminowe podawanie konwencjonalnych leków zapobiegawczych.

OTYŁOŚĆ

Badania kliniczne sugerują, że akupunktura reguluje układ hormonalny, wspomaga trawienie, łagodzi stres oksydacyjny i moduluje odpowiednie cząsteczki metabolizmu u pacjentów z prostą otyłością. Dane z laboratorium wskazują, że ta metoda reguluje metabolizm lipidów, moduluje reakcje zapalne i promuje brązowienie białej tkanki tłuszczowej. Akupunktura tłumy także apetyt poprzez regulację hormonów regulujących apetyt i szlak sygnałowy w dalszej części procesu. Dowody z badań klinicznych i na

zwierzętach wskazują, że może indukować wielopłaszczyznową regulację poprzez złożone mechanizmy, a ponadto pojedynczy czynnik może nie wystarczyć do wyjaśnienia korzystnych skutków przeciw zwykłej otyłości [51].

Na poziomie molekularnym, stres oksydacyjny, który jest wywoływany przez nierównowagę między usuwaniem a wytwarzaniem reaktywnych form tlenu, jest znaczącym mechanizmem leżącym u podstaw otyłości. Nadprodukcja ich zwykle może powodować uszkodzenie białek, lipidów i kwasów nukleinowych. Jednocześnie przeciwutleniacze, takie jak katalaza, glutation, dysmutazy ponadtlenkowe i peroksydaza glutationowa zmniejszają się wraz z wytwarzaniem reaktywnych form tlenu. Ponadto, nadmiar tych substancji może również służyć jako sygnał związany ze stanem zapalnym i apoptozą. Dlatego zwiększenie przeciwutleniaczy lub zmniejszenie stresu oksydacyjnego może być korzystnym sposobem leczenia otyłości [51].

U otyłych leczenie akupunkturą istotnie uregulowało stosunek równowagi pro-oksydacyjnej do antyoksydacyjnej w surowicy, co wykazano pozytywnie skorelowane z masą ciała. Wysokie poziomy wartości PAB u otyłych pacjentów bez oczywistych objawów choroby sercowo-naczyniowej mogą być związane z podwyższonym stanem stresu oksydacyjnego związanego z prostą otyłością [51].

Na poziomie hormonalnym, akupunktura poprawia poziom cholecystokininy we krwi na czczo, hormonu zaangażowanego w zachowania żywieniowe, działając przez kanały centralne i obwodowe. Mówi się, że jest on neuroprzekaznikiem aktywującym sygnał sytości poprzez wpływ na centralny układ nerwowy po posiłku i istnieje ścisły związek między nim a greliną, która rozpoczyna posiłek, a cholecystokinina go kończy [52]. Poza tym, osoby otyłe leczone akupunkturą wykazywały zmniejszoną aktywność amylazy w ślinie, pepsynogenu w surowicy i amylazy w surowicy po 20-30 minutach, a wszyscy pacjenci otrzymywali leczenie akupunkturą raz na dwa dni przez jeden miesiąc, który wskazał, że terapia akupunkturowa może być użyteczną metodą hamowania funkcji nadmiernego trawienia i wchłaniania z przewodu pokarmowego. Przywrócenie funkcji przewodu pokarmowego w uszkodzonym układzie trawiennym ma bowiem istotny wpływ na lepsze zarządzanie wagą w przypadku zwykłej otyłości [53]. Badanie kliniczne z zastosowaniem elektrogastrogramu powierzchniowego u otyłych pacjentów wykazało, że akupunktura ciała z generowaniem ciśnienia usznego może opóźnić opróżnianie żołądka. Wykonywano ją przez 30 minut, raz na dwa dni przez 1 miesiąc. Ciśnienie uszne wywierano raz na pięć dni w miesięcznym okresie leczenia [51]. Akupunktura wykazywała średnią różnicę redukcji wskaźnika masy ciała wynoszącą od 1,742 do 1,904 w porównaniu z pacjentami nieleczonymi lub kontrolnymi

grupami placebo. Zgłaszane zdarzenia niepożądane były łagodne i żaden pacjent nie wycofał się z ich powodu [54].

Podsumowując, wyniki wskazują, że akupunktura, jako jedna z metod uzupełniających i alternatywnych, jest skutecznym sposobem leczenia otyłości zarówno w ramach samodzielnej terapii, jak i wraz z modyfikacją stylu życia. Z pewnością wymaga przeprowadzenia badań klinicznych w ramach zachodnich ośrodków naukowych, co pozwoli nam na ich weryfikację.

ZESPOŁY GASTROENTEROLOGICZNE

Zespół jelita drażliwego jest częstym schorzeniem, które wpływa na układ trawienny. Powoduje takie objawy, jak skurcze żołądka, wzdęcia, biegunka i zaparcia. Te z czasem przychodzą i odchodzą i mogą trwać kilka dni, tygodni lub miesięcy. Zazwyczaj jest to problem dożyciowy. Życie z nim potrafi być bardzo frustrujące i może mieć duży wpływ na codzienność. Dokładna etiopatogeneza nie jest znana – prawdopodobnie jest związana z takimi kwestiami, jak przechodzenie pokarmu przez jelito zbyt szybko lub zbyt wolno, nadwrażliwość nerwów w jelitach, stres i wywiad rodzinny związany z tą jednostką [56].

Nie ma celowanej terapii, korzystna jest jednak zmiana diety, a na rynku są również dostępne leki łagodzące objawy – o działaniu rozkurczowym czy przeciwwzdęciowym. W przypadku braku poprawy po zastosowaniu wyżej omówionych sposobów leczenia konieczne może być użycie trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych lub selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny. W zespole jelita drażliwego z przewagą zaparć, jeśli dieta nie redukuje wystarczająco objawów, stosuje się preparaty glikolu polietylenowego makrogole. W postaci z dominantą biegunek ulgę przynosi loperamid. Lek ten stosowany jest, by zmniejszyć nasilenie biegunki. Zasady spożywania pokarmów to regularność, małe porcje, powolne tempo. Pomocne jest unikanie potraw tłustych, ciężkostrawnych, ostrych i zawierających konserwanty. Należy również wyeliminować używki jak alkohol, papierosy [57]. Wyniki konwencjonalnej medycyny zachodniej w leczeniu zespołu jelita drażliwego są niestety rozczarowujące.

TCM jest powszechnie stosowana przez chińskich lekarzy w leczeniu zespołu jelita drażliwego. Jednak skuteczność łączenia TCM z medycyną zachodnią w radzeniu sobie z tym zespołem nie była sumiennie oceniana. Dodatkowo, stosowanie tradycyjnych metod azjatyckich nie jest dotychczas poparte dowodami naukowymi [58].

Pod względem świadczenia opieki zdrowotnej Chiny mają wyjątkowe zaplecze kulturowe w rozwoju TCM, a także bogate doświadczenie w jej wdrażaniu. W rzeczywistości w Chinach, w przeciwieństwie do innych krajów, TCM jest praktykowana na równi obok konwencjonalnej medycyny zachodniej. Odzwierciedla to znaczna liczba chińskich leków ziołowych zawartych na Krajowej Liście Niezbędnych Leków w Chinach. Chińscy lekarze są często szkoleni w technikach medycyny zachodniej i chińskiej, i często używają połączonej TCM i konwencjonalnej medycyny zachodniej do radzenia sobie z różnymi chorobami i zaburzeniami. W ostatnich latach, z powodu niezadowolenia z konwencjonalnych metod leczenia, wiele osób cierpiących na zespół jelita drażliwego zwróciło się w kierunku medycyny alternatywnej, szczególnie TCM lub zintegrowanej medycyny chińskiej i zachodniej szukając pomocy. Wiele badań klinicznych wykazało, że same terapie TCM lub w połączeniu z medycyną zachodnią przyniosły lepsze wyniki leczenia u pacjentów z tą jednostką niż stosowane samotnie. Ponieważ jednak większość tych badań została opublikowana w Chinach, wyniki i potencjalne korzyści leczenia tego zaburzenia przy użyciu TCM lub terapii integracyjnych są mało znane w innych krajach [55].

W leczeniu IBS stosowane są rośliny, które według teorii medycyny chińskiej przede wszystkim usuwają nadmierną wilgoć z śledziony. Jest to kora magnolii leczniczej (*Cortex Magnoliae officinalis*), korzeń lukrecji (*Radix Glycyrrhizae*), korzeń łopianu fałszywego (*Radix Aucklandiae*), kłącze kokoryczu (*Rhizoma Corydalis*), owoc ewodii (*Fructus Evodiae*), kłącze cynowodu (*Rhizoma Coptidis*), owoc głogu (*Fructus Crataegi*), korzeń peonii białej (*Radix Paeoniae alba*), korzeń gurdlina (*Radix Trichosanthis*) [59].

Najpopularniejszą formułą zdaje się Tong-Xie-Yao-Fang, receptura w tradycyjnej medycynie chińskiej, która była szeroko stosowana w łagodzeniu objawów związanych z zespołem jelita drażliwego od czasów dynastii Yuan. Składa się z kłącza atraktylodu, korzenia białej piwonii, suszonej starej skórki pomarańczowej i korzenia saposznikownii rozłożystej. We wstępnych eksperymentach wykazano, że ma znaczące działanie przeciwbólowe na szczury modelujące to schorzenie poprzez regulację serotoniny na obwodzie i kortykoliberynę w centralnym układzie nerwowym [60].

Jedno z badań pokazuje, że chińska medycyna ziołowa w połączeniu z probiotykami może zmniejszyć częstość nawrotów o 72% i ma korzystny wpływ na poprawę ogólnych objawów w zespole jelita drażliwego z przewagą biegunek w porównaniu z samymi probiotykami. Na podstawie ograniczonych danych analizy podgrup wykazano, że tylko formuły, reprezentowane przez wyżej wspomnianą recepturę, dodane do potrójnych preparatów *Bifidobacterium* mogą być lepsze od pojedynczych preparatów pod względem

poprawy ogólnych objawów. Ze względu na ograniczenia danych nie dało się wyjaśnić, które konkretnie chińskie zioła w połączeniu z którymi szczepami probiotycznymi może mieć więcej zalet w poprawie specyficznych objawów tej choroby [61].

Niestety możliwe jest, że z powodu braku rygorystycznego monitorowania badań, działania niepożądane, w tym poważne zdarzenia, mogą być zaniżone. Dlatego też należy monitorować działania niepożądane chińskiego ziołolecznictwa, takie jak toksyczność dla wątroby i uszkodzenie nerek. Ponadto długoterminowy efekt terapeutyczny, a także toksyczność należy obserwować poprzez dobrze zaprojektowane badania na większych grupach ludzi. Podobnie jak w przypadku każdej terapii, klinicyści powinni rozważyć potencjalne korzyści i niepewność, doradzając pacjentom o stosowaniu leków ziołowych.

ZAKOŃCZENIE

Azjatyckie praktyki lecznicze coraz szerzej rozpowszechniają się w kulturze cywilizacji zachodniej. Medycy i naukowcy wyedukowani w Chinach wkładają coraz więcej wysiłku w przeprowadzenie badań w standardach amerykańskich i europejskich w celu udowodnienia działania lub wyższości metod dla nas alternatywnych nad tymi u nas konwencjonalnymi. Sukcesywnie przynosi to coraz łatwiej dostrzegalne efekty. Niektóre z brytyjskich i amerykańskich towarzystw naukowych zaczynają wprowadzać rozwiązania pochodzące z TCM, takie jak akupunkturę, na listy zaleceń w leczeniu pewnych dolegliwości.

TCM opiera wiele ze swoich metod o tradycyjne wartości i wytłumaczenia, co jest nie do przyjęcia na zachodzie. Nie znaczy to jednak, że zagadnienia zaliczające się do tej dziedziny należy od razu odrzucić i uznać za błędne, niepotrzebne bądź niepoprawne. Wiele z nich ma udowodnione w chińskich pracach działanie, z rozpoznaniem dokładnych mechanizmów biochemicznych, które za nim stoją. Zidentyfikowano związki, które odpowiadają za dobroczynne działanie pokarmów zalecanych w leczeniu przez TCM. W Azji z powodzeniem podobnym do zachodniego stosuje się połączenie odpowiedniej diety i innych metod opierających się na dotyku w leczeniu takich zagadnień, jak menopauza, migrena, otyłość, czy zespół jelita drażliwego. Medycyna konwencjonalna również w dalszym ciągu ma trudności w leczeniu tych dolegliwości.

Bez wątpienia TCM stanowi potencjalne źródło urozmaicenia i ulepszenia zachodnich metod terapeutycznych. Wydaje się niezbędne przeprowadzenie odpowiednich badań modelowych i klinicznych w ośrodkach amerykańskich i zachodnich, ponieważ badania

przeprowadzone w Chinach często mają małe grupy badane, pewne błędy koncepcyjne w metodyce badań, wątpliwości może budzić też niski odsetek zgłaszalności wystąpienia odczynów niepożądanych i powikłań. Mimo wszystko, jest to zagadnienie warte zgłębienia i zbadania, ponieważ doprowadzić może do rozwoju medycyny konwencjonalnej, ulepszenia pewnych metod i rozwoju nowych, a wszystko to może bezpośrednio przełożyć się na dobro pacjenta. Jest to niezbędne tym bardziej, iż wielu chorych szuka pomocy w słabo zbadanych gałęziach medycyny alternatywnej w przypadku braku powodzenia leczenia konwencjonalnego.

PIŚMIENNICTWO

1. Xu O., Bauer R., Hendry BM., Fan T., Zhao Z., Duez P., Simmonds MSJ., Witt CM., Lu A., Robinson N., Guo D., Hylands PJ.: The quest for modernisation of traditional Chinese medicine. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2013; 13: 132.
2. Expert Reviews in Molecular Medicine. Wang J., Wong YK., Liao F.: What has traditional Chinese medicine delivered for modern medicine? <https://www.cambridge.org/core/journals/expert-reviews-in-molecular-medicine/article/what-has-traditional-chinese-medicine-delivered-for-modern-medicine/4322668F11951E352A7142605319078D> (data dostępu 20.04.2020).
3. Bich N.N., De Vries P.J., Van Thien H., Phong T.H., Hung L.N., Eggelte T.A., Anh T.K., Kager P.A.: Efficacy and tolerance of artemisinin in short combination regimens for the treatment of uncomplicated falciparum malaria. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 1996; 55(4): 438-443.
4. Posner G.H., O'Neill P.M.: Knowledge of the proposed chemical mechanism of action and cytochrome p450 metabolism of antimalarial trioxanes like artemisinin allows rational design of new antimalarial per- oxides. *Accounts of Chemical Research* 2004; 37(6): 397-404.
5. Tu Y.: The discovery of artemisinin (qinghaosu) and gifts from Chinese medicine. *Nature Medicine* 2011; 17(10): 1217-1220.
6. Chen Q.M., Xie M.Z.: Studies on the hypoglycemic effect of *Coptis chinensis* and berberine. *Yao Xue Xue Bao* 1986; 21(6): 401-406.
7. Yin J., Xing H., Ye J.: Efficacy of berberine in patients with type 2 diabetes mellitus. *Metabolism* 2008; 57(5): 712-727.

8. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. Yang J., Yin J., Gao H., Xu L., Wang Y., Xu L., Li M.: Berberine improves insulin sensitivity by inhibiting fat store and adjusting adipokines profile in human preadipocytes and metabolic syndrome patients. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3310165/> (data dostępu 20.04.2020).
9. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. Yue L., Hui-Jun Y., Da-zhuo S., Ke-ji C.: Chinese herb and formulas for promoting blood circulation and removing blood stasis and antiplatelet therapies. <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2012/184503/> (data dostępu 20.04.2020).
10. Journal of Biomedical Science. Ho J., Hong C.Y.: Salvianolic acids: small compounds with multiple mechanisms for cardiovascular protection. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21569331> (data dostępu 20.04.2020).
11. Qureshi N.A., Ali G.I., Abushanab T.S., El-Olemy A.T., Alqaed M.S., El-Subai I.S., Al-Bedah A.M.N.: History of cupping [Hijama]: a narrative review of literature. *Journal of Integrative Medicine* 2017; 15(3): 172-181.
12. Turk J.L., Allen E.: Bleeding and cupping. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 1983; 65(2): 128-131.
13. Musioł M., Krupienicz A.: Bańki lekarskie – praktyczne zastosowanie. *Borgis - Medycyna Rodzinna* 2009; 4: 75-77.
14. Piyush M., Dhapt V.: Cupping therapy: a prudent remedy for a plethora of medical ailments. *Journal of Traditional and Complementary Medicine* 2015; 5(3): 127-134.
15. Harvard Health Blog. Shmerling R.H.: What exactly is cupping? <https://www.health.harvard.edu/blog/what-exactly-is-cupping-2016093010402> (data dostępu 20.04.2020).
16. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: *Podstawy Pielęgniarstwa. Tom II. Wybrane działania pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Czelej Lublin 2004.
17. Guo Y., Chen B., Wang D.Q., Li M.Y., Lim C.H., Guo Y., Chen Z.: Cupping regulates local immunomodulation to activate neural-endocrine-immune worknet. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2017; 28: 1-3
18. Shaban T., Ravalia M.: Genetic theory suggested cupping therapy mechanism of action. <https://f1000research.com/slides/6-1684> (data dostępu 20.04.2020)
19. Aboushanab T.S., AlSanad S.: Cupping Therapy: An Overview from a Modern Medicine Perspective. *Journal of Acupuncture & Meridian Studies* 2018; 11(3): 83-87.

20. Krasuska A.: Leczenie dotykiem: akupunktura, akupresura i refleksoterapia. <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/metody-alternatywne/leczenie-dotykiem-akupunktura-akupresura-refleksoterapia-aa-Pkac-V6AA-7Hsg.html> (data dostępu 20.04.2020).
21. Instytut Medycyny Funkcjonalnej. Medycyna Chińska – Miej energię przez cały dzień! <https://imf.pl/medycyna-chinska-miej-energie-przez-caly-dzien/> (data dostępu 20.04.2020).
22. Van Hal M., Huecker MR., Green mS.: Acupuncture. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532287/> (data dostępu 20.04.2020).
23. Vickers, A.J., Linde, K.: Acupuncture for Chronic Pain. *JAMA* 2014; 311(9): 955-956.
24. Xiang A., Cheng K., Shen X., Xu P., Liu S.: The Immediate Analgesic Effect of Acupuncture for Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2017/3837194/> (data dostępu 20.04.2020).
25. Chiu H.Y., Hsieh Y.J., Tsai P.S.: Systematic review and meta-analysis of acupuncture to reduce cancer-related pain. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26853524> (data dostępu 20.04.2020)
26. Lu Z., Dong H., Wang Q., Xiong L.: Perioperative acupuncture modulation: More than anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia* 2015; 115(2): 183-193.
27. Chuanfu L., Jun Y., Kyungmo P., Hongli W., Sheng H., Wei Z., Junjie B., Chunsheng X., Benscheng Q., Ziaochu Z.: Prolonged repeated acupuncture stimulation induces habituation effects in pain-related brain areas: an fMRI study. https://www.researchgate.net/publication/262266416_Prolonged_Repeated_Acupuncture_Stimulation_Induces_Habituation_Effects_in_Pain-Related_Brain_Areas_An_fMRI_Study (data dostępu 20.04.2020)
28. Tian Sl., Wang X.Y., Ding G.H.: Repeated electro-acupuncture attenuates chronic visceral hypersensitivity and spinal cord NMDA receptor phosphorylation in a rat irritable bowel syndrome model. *Life Sciences* 2008; 83(9-10): 356-363.
29. Zhou E.H., Liu H.R., Wu H.G., Shi Y., Wang X.M., Tan L.Y., Yao L.Q., Zhong Y.S., Jiang Y., Zhang L.L.: Suspended moxibustion relieves chronic visceral hyperalgesia via serotonin pathway in the colon. *Neuroscience Letters* 2009; 451(2): 144-147.
30. Pei L.X., Zhang X.C., Sun J.H., Geng H., Wu X.L.: Meta analysis of acupuncture-moxibustion in treatment of irritable bowel syndrome. *Chinese acupuncture & moxibustion* 2012; 32(10): 957-960.

31. Piyush M., Vishwas D., Shivajirao K., Vividha D.: Contemporary acupressure therapy: Adroit cure for painless recovery of therapeutic ailments. *Journal of Traditional and Complementary Medicine* 2017; 7(2): 251-263.
32. Melzak R., Wall P.: Pain mechanism: a new theory. *Sciences* 1965; 150: 971–979.
33. Maa S., Wang C., Hsu K.: Acupressure improves the weaning indices of tidal volumes and rapid shallow breathing index in stable coma patients receiving mechanical ventilation: randomized controlled trial. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3655565/> (data dostępu 20.04.2020).
34. Nurul H.E., Yee C.S., Long C.M., Tin W.W.: Revisiting reflexology: Concept, evidence, current practice, and practitioner training. *Journal of Traditional and Complementary Medicine* 2015; 5(4): 197-206.
35. Dalal K., Maran V.B., Pandey R.M., Tripathi M.: Determination of efficacy of reflexology in managing patients with diabetic neuropathy: a randomized controlled clinical trial. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3913279/> (data dostępu 20.04.2020)
36. Zou P.: Traditional Chinese Medicine, Food Therapy, and Hypertension Control: A Narrative Review of Chinese Literature. *The American Journal of Chinese Medicine* 2016; 44(08): 1579–1594.
37. Dahl M.: Nutrition for Chinese populations. *Health Care Food & Nutrition focus* 2004; 21(4): 8-9.
38. Wang B.: *The Yellow Emperor's Cannon Internal Medicine (Chinese)*. Chinese Press of Science and Technology, Beijing 1997.
39. Liu Z.W., Ma L.G.: *Health Preservation of Traditional Chinese Medicine*. People's Medical Publishing House, Beijing 2007.
40. Swiss Herbal Institute. Tradycyjna medycyna chińska (cz. 3) – najważniejsze zioła. <https://pl.swissherbal.eu/tradycyjna-medycyna-chinska-cz-3-najwazniejsze-ziola/> (data dostępu 20.04.2020).
41. Nabiałek M.: Medycyna chińska – nauka leczenia ziołami. Kiedy można ją stosować? <https://www.hellozdrowie.pl/autor/magdalena-nabialek/str/5/> (data dostępu 20.04.2020).
42. Zhu X., Liew Y., Liu, ZL.: Chinese herbal medicine for menopausal symptoms. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4951187/> (data dostępu 20.04.2020).
43. Payant M.J.: A Single Case Study: Treating Migraine Headache With Acupuncture, Chinese Herbs, and Diet. *Global Advances in Health and Medicine*. 2014; 3(1): 71-74.
44. Ferrari M.D.: Biochemistry of migraine. *Pathologie Biologie* 1992; 40(4): 287-292.

45. How Chinese Medicine Understands Headache Disorders. http://www.shen-nong.com/eng/exam/headaches_chinese_medicine_understands.html (data dostępu 20.04.2020).
46. NHS: Treatment, Migraine. <https://www.nhs.uk/conditions/migraine/treatment/> (data dostępu 20.04.2020).
47. Iseri S.O., Cabioglu T: Migraine treatment and the role of acupuncture: A literature review. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society* 2012; 18(2): 89-93.
48. Yang C.P., Chang M.H., Liu P.E., Li T.C., Hsieh C.L., Hwang K.L., Chang H.H.: Acupuncture versus topiramate in chronic migraine prophylaxis: a randomized clinical trial. *Cephalgia* 2011; 31(15): 1510-1521.
49. Grossman W., Schimidramsl H.: An extract of *Petasites hybridus* is effective in the prophylaxis of migraine. *Alternative Medicine Review* 2001; 6(3):303-310.
50. Wider B., Pittler M.H., Ernst E.: Feverfew for preventing migraine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25892430> (data dostępu 20.04.2020).
51. Egger J., Wilson J., Carter C.M., Turner M.W., Soothill J.F.: A Double-blind Controlled Trial of Oligoantigenic Diet Treatment. *The Lancet* 1983; 2 (8355): 865-869.
52. Wang L.H., Huang W., Wei D., Ding D.G., Liu Y.R., Wang J.J., Zhou Z.Y.: Mechanism of Acupuncture Therapy for Simple Obesity: An Evidence-Based Review of Clinical and Animal Studies on Simple Obesity. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6378065/> (data dostępu 20.04.2020).
53. Wilding J.P.: Neuropeptides and appetite control. *Diabetic Medicine* 2002; 19(8): 619-627.
54. Liu Z.C., Sun F.M., Wang Y.Z.: Good Regulation of acupuncture in simple obesity patient with stomach-intestine excessive heat type. *Chinese Journal of Modern Developments in Traditional Medicine* 1995; 15(3): 137-140.
55. Fang S., Wang M., Zheng Y., Zhou S., Ji G: Acupuncture and Lifestyle Modification Treatment for Obesity: A Meta-Analysis. *The American Journal of Chinese Medicine* 2017; 45(2): 239-254.
56. Li C.Y., Li S.C.: Treatment of irritable bowel syndrome in China: A review. *World Journal of Gastroenterology* 2015; 21(8): 2315-2322.
57. NHS: What is IBS? <https://www.nhs.uk/conditions/irritable-bowel-syndrome-ibs/> (data dostępu 20.04.2020).
58. Cia Medica: Zespół jelita drażliwego w świetle najnowszych wytycznych. https://journals.viamedica.pl/forum_medycyny_rodzinnej/article/download/61827/47187 (data dostępu 20.04.2020)

59. ClinicalTrials.gov: The Efficacy of Tradition Chinese Medicine in Patients With Irritable Bowel Syndrome (TCM-IBS). <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00676975> (data dostępu 20.04.2020)
60. The national center of colorectal disease Coloproctology Speciality Association of Liaoning TCM Academy: Application and Evaluation Of Traditional Chinese Medicine in IBD. https://www.dr.falkpharma.de/fileadmin/media/praesentationen/fs151/FS151_S6_P1.pdf (data dostępu 20.04.2020).
61. Ma X., Wang X., Kang N., Chen N., Chen T., Ji H., Lv L., Yin X., Tian Y., Zheng R., Duan Y., Wang F., Tang X.: The Effect of Tong-Xie-Yao-Fang on Intestinal Mucosal Mast Cells in Postinfectious Irritable Bowel Syndrome Rats. <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2017/9086034/> (data dostępu 20.04.2020).

Ocena sytuacji epidemiologicznej w zakresie zgonów uwarunkowanych spożyciem alkoholu w Polsce

Agnieszka Paszko¹, Aleksandra Orłowska², Małgorzata Żendzian-Piotrowska¹, Michalina Krzyżak¹

¹ Zakład Higieny, Epidemiologii i Ergonomii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Studenckie Koło Naukowe Epidemiologii i Profilaktyki Chorób Cywilizacyjnych

WSTĘP

Istnieje wiele obciążeń społecznych i gospodarczych wynikających z wpływu spożywania alkoholu na jednostki, rodziny, miejsca pracy i społeczeństwo jako całość.

Alkohole to grupa organicznych związków chemicznych, pochodnych węglowodorów. Jedynym z nich, produkowanym i używanym w celach spożywczych jest alkohol etylowy - tzw. etanol. Alkohol etylowy w warunkach fizjologicznych występuje w organizmie człowieka w stężeniu nie wyższym niż 0,15 promila [1].

Każda ilość spożytego przez człowieka alkoholu etylowego ma wpływ na nasz organizm. Pomimo faktu, iż niektóre osoby mogą nie odczuwać efektów małych stężeń alkoholu, w ich układzie nerwowym, krwionośnym oraz psychice zachodzą zmiany wywołane jego spożyciem [1,2]. Zbyt częste przyjmowanie, nawet niewielkich stężeń alkoholu może być przyczyną trwałych zmian i dysfunkcji organizmu ludzkiego, prowadzić do występowania chorób przewlekłych, a nawet zgonów w ich efekcie [3,4].

Najpowszechniejszym problemem ze strony układu nerwowego jest Zespół Zależności Alkoholowej (ZZA), czy też Zespół Uzależnienia od Alkoholu (ZUA) zwane alkoholizmem. U osób cierpiących na tę przypadłość, w przypadkach niedostarczenia kolejnej dawki substancji do organizmu, może dojść do wystąpienia ostrego zespołu abstynencyjnego, czy nawet majaczenia alkoholowego (tzw. delirium tremens) lub paranoi alkoholowej (tzw. „Zespół Otella”). Mówi się również o depresji wywołanej alkoholizmem, mogącej prowadzić nawet do samobójstw oraz otępieniu alkoholowym. Zdarza się, że z Zespołem Zależności Alkoholowej współwystępują inne choroby psychiczne, jak np. schizofrenia, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, napady lękowe oraz fobie społeczne [5,6,7]. ZZA, wymieniany bezpośrednio

jako choroba oraz pośrednio jako czynnik ryzyka, jest powodem umieralności oraz chorób takich, jak marskość wątroby, nowotwory [8,9].

Kolejną grupą chorób spowodowanych przewlekłym nadużywaniem alkoholu są choroby układu pokarmowego. Alkohol, zanim zostanie wchłonięty do krwioobiegu i dostarczony do innych organów, przemierza jamę ustną, gardło i przełyk. Może dochodzić do znacznych zmian w jamie ustnej, poczynając od jej złego stanu higienicznego do np. obrzęku dziąseł czy podniebienia miękkiego. Ze strony przełyku możemy spodziewać się zapalenia jego błony śluzowej, a nawet nowotworów w jego obrębie. Innymi występującymi u osób uzależnionych od alkoholu objawami są zapalenie błony śluzowej i choroba wrzodowa żołądka, wymioty, biegunki, niedożywienie prowadzące do utraty masy ciała. Najczęstszą chorobą w obrębie wątroby jest alkoholowa choroba wątroby, która to odpowiada za znaczną część zgonów uwarunkowanych spożyciem alkoholu w Polsce [10-13].

Układ sercowo-naczyniowy manifestuje nadużywanie alkoholu między innymi kardiomiopatią alkoholową, zaburzeniami wartości ciśnienia tętniczego (nadciśnieniem lub niedociśnieniem), zaburzeniami rytmu serca, a nawet zawałem mięśnia sercowego. Może dochodzić także do zaburzeń ze strony układu płciowego: zaburzeń erekcji i niepłodności u mężczyzn, zaburzeń cyklu miesięczkowego i płodności u kobiet [14,15,16].

Przewlekłe nadużywanie alkoholu dotyka także układu oddechowego (np. zapalenia płuc), endokrynnego (np. hipoglikemia, czy zespół Cushinga), odpornościowego (uszkodzenie mechanizmów odpornościowych wrodzonych i nabytych), hematologicznego (zaburzenia krzepnięcia krwi, anemia). U osób nadużywających alkohol występują również zaburzenia metaboliczne i odżywcze, takie jak hipoglikemia, zaburzenia elektrolitowe [17,18,19].

Zaburzenia rozwoju prenatalnego oraz postnatalnego wynikające ze spożywania alkoholu w ciąży można zaliczyć do Spektrum Alkoholowych Uszkodzeń Płodu (FASD - *Fetal Alcohol Spectrum Disorders*). Obejmują one gamę cech fizycznych, zaburzeń sensorycznych, neurorozwojowych i neurobehawioralnych. W obrębie cech fizycznych możemy wyróżnić zaburzenia wzrostu, masy ciała, dysproporcje w budowie ciała oraz charakterystyczne zmiany dysmorficzne w obrębie twarzoczaszki. Do zaburzeń sensorycznych spowodowanych spożywaniem alkoholu przez matki w czasie ciąży zalicza się nieprawidłowości w zakresie odczuwania bólu, dysfunkcje narządu wzroku i słuchu. Zmiany neurorozwojowe i neurobehawioralne obejmują zaburzenia funkcji poznawczych (trudności w koncentracji, uczeniu się), zaburzenia przywiązania oraz niezdolność do nawiązywania kontaktów z rówieśnikami [20].

Poza chorobami, których występowanie jest efektem nadmiernego spożycia alkoholu, obserwowane są także znaczne straty ekonomiczne i społeczne ponoszone z tytułu nadużywania tej substancji. Za największe obciążenie budżetu państwa uważa się koszty leczenia osób uzależnionych czy zatrutych alkoholem. Znacznym obciążeniem są też koszty administracyjno-sądowe w związku z prowadzeniem spraw osób, które będąc pod wpływem substancji alkoholowych popełniają wykroczenia czy przestępstwa. Alkohol, zaburzając procesy mózgowo, znosząc samokrytycyzm oraz zdolność realnej oceny podejmowanych działań może być powodem zachowań ryzykownych, niebezpiecznych i brawurowych [21,22,23].

Kolejnym aspektem są, narastające wraz z zaawansowaniem uzależnienia, problemy zawodowe. Wyrazem tych problemów jest absencja chorobowa ubezpieczonych z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej nadużyciem alkoholu. Częste spożywanie alkoholu zwiększa także ryzyko bezrobocia. Szczególnie epizodyczne, intensywne picie jest powodem spóźnień, utraty wydajności w pracy, kradzieży czy agresji w stosunku do współpracowników [22,24,25].

Częste spożywanie napojów alkoholowych może mieć wpływ na psychikę człowieka, pojawia się obniżony nastrój lub jego wahania, mogą występować objawy depresyjne. W związku z rozwijającą się niedbałością o swoje otoczenie oraz zawężaniem swoich zainteresowań głównie do picia, osoby nadużywające alkohol zaczynają zaniedbywać swoją rodzinę [26-29].

Spożycie alkoholu uznaje się za jeden z najważniejszych czynników ryzyka występowania i dotkliwości wypadków drogowych. Alkohol zaburza funkcje poznawcze, motoryczne, takie jak pole widzenia, reakcja uczestników ruchu drogowego. Generuje on również prawdopodobieństwo ryzykownych zachowań, takich jak: nadmierna prędkość, niedbałość w zakresie używania środków bezpieczeństwa - pasów, kasków [24].

Rzetelna informacja o obciążeniu populacji chorobami uwarunkowanymi spożyciem alkoholu w Polsce stanowi podstawę do opracowania programów zapobiegania negatywnym następstwom nadużywania alkoholu i ich usuwania. Analiza skutków nadmiernego spożycia alkoholu, w tym umieralności z powodu chorób alkoholozależnych, może stanowić punkt wyjścia do inicjowania, wdrażania, monitorowania oraz porównania działań realizowanych w ramach profilaktyki problemów związanych ze spożyciem alkoholu w Polsce.

We wszystkich społeczeństwach spożywających trunki alkoholowe odnotowuje się ich szkodliwy wpływ na zdrowie. Wraz z postępem technicznym towarzyszącym produkcji alkoholu oraz globalizacją jego marketingu i promocji, stale wzrasta spożycie pochodnych

etanolu. Te negatywne zjawiska skłoniły Światową Organizację Zdrowia (World Health Organisation - WHO) do opracowania i opublikowania w 2010 roku Globalnej strategii w celu ograniczenia szkodliwego używania alkoholu [30,31,32]

Alkohol, jako dostępna oraz popularna używka na rynku polskim, jest przyczyną wielu chorób, ale również idących za nimi zgonów [33]. Coraz większe obawy wzbudzają choroby przewlekłe, których występowanie uwarunkowane jest bezpośrednio używaniem lub nadużywaniem alkoholu etylowego. Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych, wobec rozpowszechnienia problemu chorób przewlekłych, przyjęło w 2010 roku Rezolucję w sprawie zapobiegania chorobom niezakaźnym i ich zwalczania [34,35,36].

W Polsce podejmowane są wysiłki mające na celu przeciwdziałanie alkoholizmowi. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi jest ważnym celem operacyjnym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 [37]. Jednym z zadań w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi wpisanych w Ustawę o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi jest zapobieganie negatywnym następstwom nadużywania alkoholu i ich usuwanie [38].

CEL PRACY

Celem badań była ocena sytuacji epidemiologicznej w zakresie przyczyn zgonów uwarunkowanych nadużywaniem alkoholu w Polsce w latach 2002-2016.

MATERIAŁ I METODY

Materiał do przeprowadzenia badań stanowiły informacje Głównego Urzędu Statystycznego, zawarte w ogólnodostępnej bazie danych Demografia. Do analizy włączono informacje o przyczynach zgonów uwarunkowanych nadużywaniem alkoholu u mężczyzn i kobiet w populacji polskiej zarejestrowane w latach 2002-2016.

Przyczyny zgonów były kodowane zgodnie z 10. Rewizją Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Health Problems*, ICD-10).

Do analizy włączono następujące rozpoznania: F10 - ostre zatrucia alkoholem i nadużywanie alkoholu; I42.6 - kardiomiopatia alkoholowa; K70 - alkoholowa choroba wątroby.

Do analizy poziomu umieralności zastosowano współczynnik umieralności, który obliczono jako iloraz liczby zgonów z powodu określonej przyczyny do liczby populacji narażonej na ryzyko zgonu. Współczynnik zgonów został wyrażony na 100 000 populacji.

Obliczono różnicę (Δ) oraz zmianę procentową bezwzględnej liczby zgonów, wartości współczynników umieralności na podstawie skrajnych lat analizy (2002; 2016) według poniższych wzorów:

$$\Delta = \text{wartość końcowa} - \text{wartość początkowa}$$

$$\% \Delta = \left(\frac{\text{wartość końcowa} - \text{wartość początkowa}}{\text{wartość początkowa}} \right) \times 100$$

Do analiz zmian poziomu umieralności z powodu przyczyn zgonów związanych z nadużywaniem alkoholu w Polsce w czasie zastosowano analizę trendów. Analizę trendów przeprowadzono z zastosowaniem modeli joinpoint, które są rozszerzeniem analizy regresji liniowej.

Do oceny zmian wartości współczynników umieralności w czasie obliczono średnioroczną procentową zmianę wartości współczynników umieralności (Annual Percentage Change - APC) wyrażoną w procentach.

Do oceny istotności statystycznej APC wyznaczono 95% przedział ufności (PU). Za poziom istotności statystycznej przyjęto wartość $p < 0,05$. Analizę trendów wykonano przy użyciu programu Joinpoint Regression Program Version 4.6.0.0 opracowanego przez U.S. National Cancer Institute [39].

WYNIKI

Liczby zgonów z powodu chorób alkoholozależnych w Polsce w latach 2002-2016 oraz ich zmiany procentowe pomiędzy rokiem 2002 a 2016 przedstawiono w tabeli I.

W roku 2016 w porównaniu z rokiem 2002 odnotowano w Polsce wzrost liczby zgonów: o 113,8% z powodu ostrych zatruc alkoholem i nadużywania alkoholu (F10,), o 129,7% z powodu kardiomiopatii alkoholowej (I42.6) i o 360,0% z powodu alkoholowej choroby wątroby (K70).

W tabeli II przedstawiono wartości współczynnika umieralności z powodu poszczególnych chorób alkoholozależnych w Polsce oraz w podziale na płeć w latach 2002-

2016. Średni roczny współczynnik umieralności w latach 2002-2016 wynosił około: $7,2/10^5$ (K70), $4,4/10^5$ (F10), $0,9/10^5$ (I42.6). Wyższe wartości średniego rocznego współczynnika umieralności obserwowano u mężczyzn niż u kobiet.

W roku 2016 w porównaniu z rokiem 2002 obserwowano wzrost wartości współczynników umieralności z powodu chorób alkoholozależnych w Polsce oraz w podziale na płeć w odniesieniu wszystkich analizowanych jednostek chorobowych. Największy wzrost poziomu umieralności w latach 2002-2016 odnotowano z powodu alkoholowej choroby wątroby (K70), odpowiednio o 357,6% w Polsce oraz o 303,7% u mężczyzn i 673,1% u kobiet.

Tabela I. Liczba zgonów z powodu chorób alkoholozależnych w Polsce w latach 2002-2016

Rok	Mężczyźni			Kobiety			Ogółem		
	F10	I42.6	K70	F10	I42.6	K70	F10	I42.6	K70
2002	1120	64	901	109	10	154	1229	74	1055
2003	1249	85	994	134	5	197	1383	90	1191
2004	1416	114	1231	154	8	267	1570	122	1498
2005	1387	122	1352	163	7	325	1550	129	1679
2006	1605	123	1615	198	10	364	1803	1333	1979
2007	1746	209	2240	240	16	578	1986	225	2818
2008	1675	237	2300	230	21	698	1905	258	2998
2009	1495	265	2156	208	25	622	1703	290	2778
2010	1432	254	2115	226	20	539	1658	274	2654
2011	1509	349	2301	235	39	667	1744	388	2968
2012	1347	319	2630	227	33	806	1574	352	3436
2013	1146	433	2636	203	53	787	1349	486	3423
2014	1125	470	2845	197	53	923	1322	523	3768
2015	1759	217	3255	274	19	1047	2033	236	4302
2016	2255	156	3656	372	14	1197	2627	170	4853
2002-2016*	1484,4	227,8	2148,5	211,3	22,2	611,4	1695,7	330,0	2760,0
Δ 2002-2016	1135	92	2755	263	4	1043	1398	96	3798
%Δ	101,3	143,8	305,8	241,3	40,0	677,3	113,8	129,7	360,0

*średnioroczna wartość w latach 2002-2016

Tabela II. Współczynniki umieralności (na 100 000) z powodu chorób alkoholozależnych w Polsce w latach 2002-2016

Rok	Mężczyźni			Kobiety			Ogółem		
	F10	I42.6	K70	F10	I42.6	K70	F10	I42.6	K70
2002	6,05	0,32	4,87	0,55	0,05	0,78	3,21	0,19	2,76
2003	6,75	0,43	5,38	0,68	0,02	1,00	3,62	0,23	3,12
2004	7,66	0,58	6,66	0,78	0,04	1,35	4,11	0,32	3,92
2005	7,51	0,62	7,33	0,82	0,03	1,65	4,06	0,39	4,40
2006	8,71	0,62	8,76	1,00	0,05	1,85	4,73	3,50	5,19
2007	9,48	1,06	12,17	1,22	0,08	2,93	5,21	0,59	7,39
2008	9,09	1,20	12,49	1,17	0,10	3,54	4,99	0,68	7,86
2009	8,11	1,34	11,70	1,05	0,12	3,15	4,46	0,76	7,28
2010	7,76	1,28	11,47	1,14	0,10	2,73	4,34	0,72	6,95
2011	8,08	1,75	12,33	1,18	0,20	3,35	4,52	1,00	7,70
2012	7,22	1,60	14,10	1,14	0,17	4,05	4,08	0,91	8,92
2013	6,15	2,18	14,15	1,02	0,27	3,96	3,50	1,26	8,89
2014	6,04	2,37	15,28	0,99	0,27	4,65	3,43	1,36	9,79
2015	9,45	1,09	17,50	1,38	0,09	5,28	5,29	0,61	11,19
2016	12,13	0,79	19,66	1,87	0,07	6,03	6,83	0,44	12,63
2002-2016*	8,01	1,15	11,59	1,07	0,11	3,09	4,43	0,86	7,20
Δ 2002-2016	6,08	0,47	14,79	1,32	0,02	5,25	3,62	0,25	9,87
%Δ	100,50	146,88	303,70	240,00	40,00	673,08	112,77	131,58	357,61

*średnioroczna wartość w latach 2002-2016

TRENDY UMIERALNOŚCI Z POWODU CHOROÓB ALKOHOLOZALEŻNYCH W POLSCE W LATACH 2002-2016

W tabeli III przedstawiono trendy współczynników umieralności z powodu chorób alkoholozależnych w Polsce w latach 2002-2016 ogółem oraz według grupy wieku.

W Polsce do roku 2006 odnotowano zwiększanie wartości współczynnika umieralności z powodu wszystkich analizowanych przyczyn o 20,3% rocznie, natomiast od 2014 roku do

2016 roku wartość współczynnika zwiększała się w tempie 19,2% rocznie i były to zmiany istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 3. Trendy współczynników umieralności z powodu chorób alkoholozależnych w Polsce w latach 2002-2016

	ICD-10	2012	2016	%Δ	Okres	APC	95% PU
Ogółem							
	F10	3,21	6,84	112,77	2002-2007	+9.8 [^]	(5.5;14.2)
					2007-2014	-5.3 [^]	(-8.1;-2.4)
					2014-2016	+41.0 [^]	(18.0;48.5)
	I42.6	0,19	0,44	131,58	2002-2016	+7.8	(-1.3;17.9)
	K70	2,76	12,63	357,61	2002-2008	+19.4 [^]	(15.3;23.6)
					2008-2011	-1.6	(-19.9;20.9)
					2011-2016	+10.9 [^]	(5.9;16.1)
	Razem	6,17	19,90	222,53	2002-2006	+20.3 [^]	(14.0;26.8)
					2006-2014	+1.8	(-0.5;4.1)
2014-2016					+19.2 [^]	(0.8;41.0)	
Mężczyźni							
	F10	6,05	12,13	100,50	2002-2007	+9.1 [^]	(4.8;14.6)
					2007-2014	-5.9 [^]	(-8.7;-3.0)
					2014-2016	+42.2 [^]	(18.8;70.7)
	I42.6	0,32	0,79	146,88	2002-2014	+16.9 [^]	(13.8;20.0)
					2014-2016	-46.8 [^]	(-66.2;-16.5)
	K70	4,87	19,66	303,70	2002-2007	+19.9 [^]	(16.6-23.3)
					2007-2011	+1.8	(-4.5;8.4)
					2011-2016	+9.4 [^]	(6.3;12.5)
	Razem	11,27	32,63	189,53	2002-2007	+14.0 [^]	(10.5;17.6)
Kobiety							
	F10	0,55	1,87	240,00	2002-2007	+16.0 [^]	(11.3;20.9)
					2007-2014	-1.9	(-4.9;1.2)
					2014-2016	+34.4 [^]	(11.8;61.5)
	I42.6	0,05	0,07	40,00	2002-2014	+21.5 [^]	(14.2;29.1)

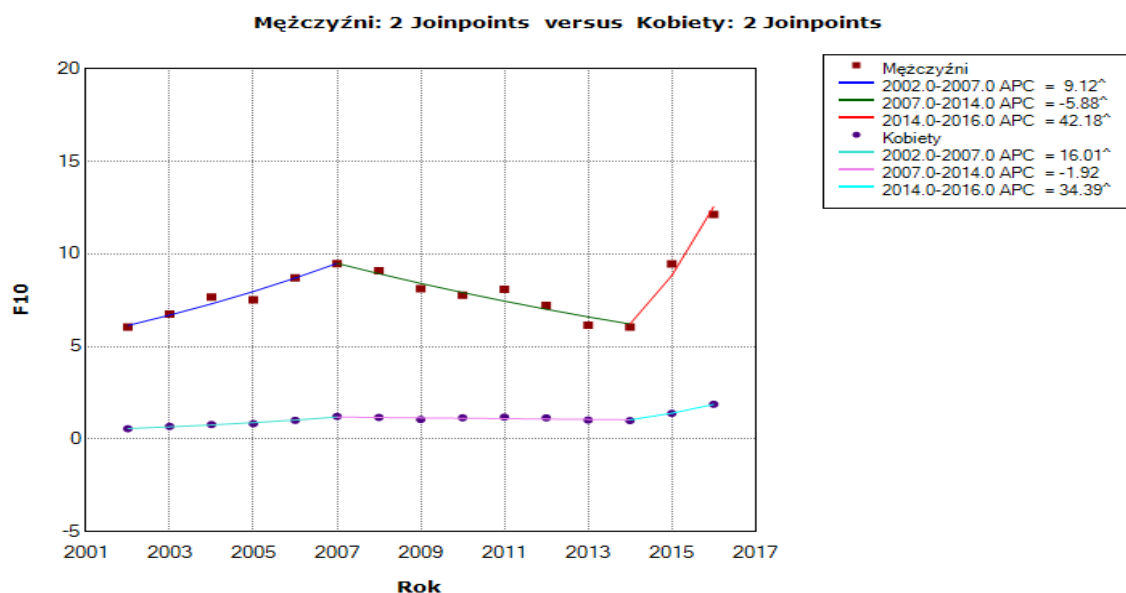
					2014-2016	-53.5	(-83.5;31.1)
	K70	0,78	6,03	673,08	2002-2007	+27.6 [^]	(17.9;38.2)
					2007-2016	+8.3 [^]	(4.9-11.9)
					Razem	1,39	7,98
					2007-2011	-2.0	(-20.9;21.5)
					2011-2016	+11.8 [^]	(17.3;5.5)

[^] istotność statystyczna

W grupie mężczyzn w latach 2002-2016 wartość współczynnika umieralności z powodu wszystkich analizowanych chorób alkoholozależnych wzrastała w tempie 14,0% rocznie i była to zmiana istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Sytuacja zmieniała się najbardziej dynamicznie w przypadku ostrych zatruc alkoholem i nadużywania alkoholu (F10) oraz kardiomiopatii alkoholowej (I42.6).

W grupie kobiet do roku 2007 odnotowano zwiększanie wartości współczynnika umieralności z powodu wszystkich analizowanych przyczyn o 22,2% rocznie, natomiast od 2011 roku do 2016 roku wartość współczynnika zwiększała się w tempie 11,8% rocznie i były to zmiany istotne statystycznie ($p < 0,05$).



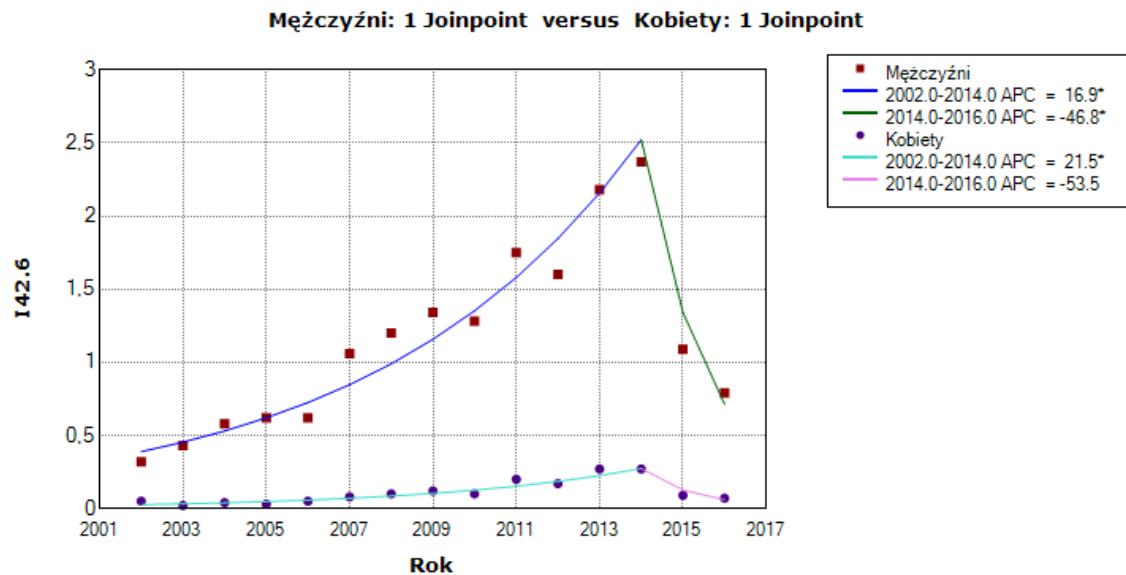
[^] Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level. Final Selected Model: Mężczyźni - 2 Joinpoints, Kobiety - 2 Joinpoints. Rejected Parallelism.

Rycina 1. Trendy współczynników umieralności z powodu ostrych zatruc alkoholem i nadużywania alkoholu (F10) w Polsce w latach 2002-2016 według płci

Na rycinie 1 przedstawiono trendy współczynników umieralności z powodu ostrego zatrucia alkoholem i nadużywania alkoholu (F10) u mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 2002-2016.

W grupie mężczyzn wartość współczynnika umieralności z powodu ostrego zatrucia alkoholem i nadużywania alkoholu (F10) do roku 2007 zwiększała w tempie 9,1% rocznie ($p < 0,05$), w latach 2007-2014 zwiększała się w tempie 5,9% rocznie ($p < 0,05$). Po tym okresie wartość współczynnika zwiększała się w tempie 42,2% rocznie i była to zmiana istotna statystycznie ($p < 0,05$).

W grupie kobiet do roku 2007 zarejestrowano zwiększanie poziomu umieralności z powodu ostrego zatrucia alkoholem i nadużywania alkoholu (F10) w tempie 16,0% rocznie, natomiast od 2014 roku do 2016 roku wartość współczynnika zwiększała się w tempie 34,4% rocznie i były to zmiany istotne statystycznie ($p < 0,05$).



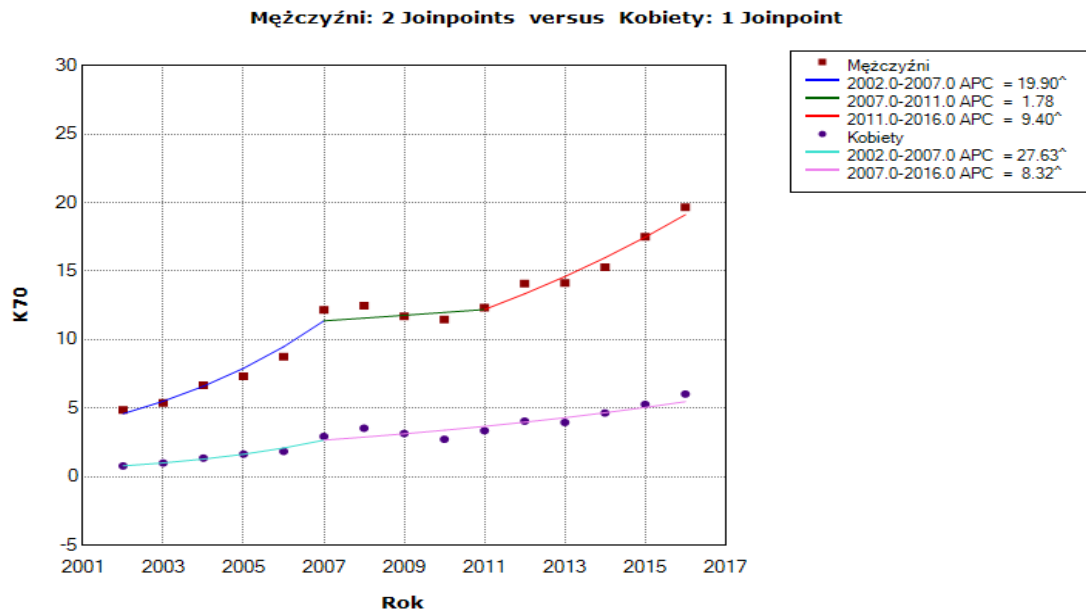
* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: Mężczyźni - 1 Joinpoint, Kobiety - 1 Joinpoint. Failed to reject Parallelism.

Rycina 2. Trendy współczynników umieralności z powodu kardiomiopatii alkoholowej (I42.6) w Polsce w latach 2002-2016 według płci

Na rycinie 2 przedstawiono trendy współczynników umieralności z powodu kardiomiopatii alkoholowej (I42.6) u mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 2002-2016.

W grupie mężczyzn wartość współczynnika umieralności z powodu kardiomiopatii alkoholowej (I42.6) do roku 2014 zwiększała w tempie 16,9% rocznie ($p < 0,05$). Po tym okresie wartość współczynnika zmniejszała się w tempie 46,8% rocznie i była to zmiana istotna statystycznie ($p < 0,05$).

W grupie kobiet do roku 2014 zarejestrowano zwiększanie poziomu umieralności z powodu kardiomiopatii alkoholowej (I42.6) w tempie 21,5% rocznie ($p < 0,05$).



^ Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: Mężczyźni - 2 Joinpoints, Kobiety - 1 Joinpoint. Rejected Parallelism.

Rycina 3. Trendy współczynników umieralności z powodu alkoholowej choroby wątroby (K70) u mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 2002-2016

Na rycinie 3 przedstawiono trendy współczynników umieralności z powodu alkoholowej choroby wątroby (K70) u mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 2002-2016.

U mężczyzn wartość współczynnika umieralności z powodu alkoholowej choroby wątroby (K70) do roku 2007 zwiększała w tempie 19,9% rocznie, natomiast od 2011 roku do 2016 roku wartość współczynnika zwiększała się w tempie 9,4% rocznie i były to zmiany istotne statystycznie ($p < 0,05$).

U kobiet do roku 2007 zarejestrowano zwiększanie poziomu umieralności z powodu alkoholowej choroby wątroby (K70) w tempie 27,6% rocznie ($p < 0,05$). Po tym okresie wartość współczynnika zwiększała się w tempie 8,3% rocznie i była to zmiana istotna statystycznie ($p < 0,05$).

DYSKUSJA

Występowanie zgonów uwarunkowanych alkoholem stanowi poważny problem zdrowia publicznego oraz niesie za sobą liczne konsekwencje społeczno-ekonomiczne.

Alkohol jest wiodącą przyczyną złego stanu zdrowia populacji, wielu chorób oraz przedwczesnych zgonów. Nadmierne spożycie alkoholu jest przyczyną ponad 200 chorób uwzględnionych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10. Do tych chorób zalicza się, między innymi choroby uwzględnione w badaniach własnych: ostre zatrucia alkoholem i nadużywanie alkoholu (F10), kardiomiopatia alkoholowa (I42.6) oraz alkoholowa choroba wątroby (K70). Im większe spożycie alkoholu, tym większe ryzyko wystąpienia chorób alkoholozależnych [40,41].

Ogólna wielkość konsumpcji w czasie wpływa na zdecydowaną większość chorób klasyfikowanych jako zależne od spożycia alkoholu. Negatywne efekty spożywania alkoholu różnią się w zależności od kultury przypadającej na dany region. Duże regiony świata, takie jak kraje islamskie w południowym i wschodnim regionie Morza Śródziemnego i na Bliskim Wschodzie wykazują abstynencję na poziomie ponad 90%, tym samym rozpowszechnienie szkodliwych skutków spożywania alkoholu jest tam znikome.

Średnie spożycie alkoholu wśród osób dorosłych na mieszkańca w Unii Europejskiej w 2009 roku wyniosło 12,5 litra czystego alkoholu na mieszkańca. Wszystkie kraje europejskie znalazły się powyżej średniej światowej konsumpcji wynoszącej 6,1 litra czystego alkoholu na mieszkańca rocznie. Kraje Europy Środkowo-Zachodniej i Zachodniej wykazywały średnie spożycie na osobę na poziomie 12,4 litra czystego alkoholu, kraje nordyckie - 10,4 litra, Europy Południowej - 11,2 litra, kraje Europy Środkowo-Wschodniej i Wschodniej - 14,5 litra czystego alkoholu na mieszkańca [23]. Analiza spożycia alkoholu wśród osób dorosłych w krajach europejskich w 2009 roku wykazała, że Polska znajdowała się na szóstym miejscu pod względem całkowitego spożycia czystego alkoholu wyrażonego w litrach czystego alkoholu na mieszkańca (13,6 l) zaraz po takich krajach, jak: Czechy (16,6 l), Rumunia (16,3 l), Słowenia (15,3 l), Słowacja (14,6 l), Węgry (14,2 l) i Estonia (14,1 l). W Rumunii spożycie alkoholu wśród osób dorosłych znajdowało się na poziomie około 130% średniej europejskiej (wynoszącej 12,5 l na osobę), natomiast w krajach, takich jak: Islandia, Malta, Norwegia spożycie to wynosiło około 70% średniej europejskiej [40].

Według raportów Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny z roku 2012, 2016 oraz 2018 średnie spożycie alkoholu w Polsce w latach 2009-2017 pozostawało na poziomie zbliżonym do średniej europejskiej. W 2009 roku oraz w latach 2015-2017 wartości spożycia alkoholu w Polsce w przeliczeniu na czysty alkohol wynosiły odpowiednio 10,1 litra i 10,5 litra na osobę powyżej 15. roku życia.

Spożycie alkoholu jest jedną z wiodących przyczyn obciążenia chorobami w populacji i odpowiada za znaczą utratę lat przeżytych w zdrowiu zarówno wśród płci męskiej, jak

i żeńskiej. Większość negatywnych efektów związanych z alkoholem spowodowana jest spożywaniem nadmiernych ilości alkoholu w krótkim czasie. Model spożycia alkoholu w Polsce wskazuje raczej na częste, mocne picie w przeciwieństwie do np. krajów śródziemnomorskich, gdzie alkohol spożywa się prawie codziennie, ale w mniejszych ilościach i upijanie się, szczególnie publiczne nie jest tolerowane w społeczeństwie [23,40,41].

Konsumpcja alkoholi stanowi istotny problem, począwszy od skutków zdrowotnych, aż po obciążenia społeczne i gospodarcze. Jednostki chorobowe, opisywane jako alkoholozależne występują coraz częściej w populacji polskiej i mogą być przyczyną zgonów [22].

Wyniki Rehm i wsp. wykazały, że w 2004 roku, z przyczyn związanych z alkoholem zmarło w Unii Europejskiej 119 735 osób w grupie wieku 15–64 lat, w tym 94 451 mężczyzn i 25 284 kobiet. Odpowiadało to 13,9% wszystkich zgonów mężczyzn w tej kategorii wiekowej, 7,7% wszystkich zgonów kobiet i 11,9% zgonów ogółem [40].

Wyniki badań własnych ujawniły, że w roku 2016 w porównaniu z rokiem 2002 odnotowano w Polsce wzrost liczby zgonów: o 113,8% z powodu ostrych zatruc alkoholem i nadużywania alkoholu (F10,), o 129,7% z powodu kardiomiopatii alkoholowej (I42.6) i aż o 360,0% z powodu alkoholowej choroby wątroby (K70).

Wyniki Tapper i wsp. dotyczące populacji Stanów Zjednoczonych Ameryki w latach 1999-2016 wykazały, że w badanym okresie liczba zgonów z powodu marskości wątroby i nowotworu wątroby wzrosła z 20 661 w 1999 roku do 34 174 w 2016 roku [42].

Na ryzyko zgonu w czasie życia, w przypadku alkoholu, mają wpływ schematy picia. Istotną rolę odgrywa też płeć i wiek osoby spożywającej alkohol [8,43].

Wyniki metaanalizy na podstawie 24 prospektywnych badań kohortowych wykazały, że kobiety miały zwiększone ryzyko zgonu z jakiegokolwiek przyczyny uwarunkowanej spożyciem alkoholu w porównaniu z mężczyznami. Pijące kobiety, szczególnie osoby pijące dużo alkoholu, powinny ograniczyć lub całkowicie wyeliminować spożywanie alkoholu, aby uzyskać korzyści zdrowotne [44].

W prezentowanym badaniu obserwowano wyższe wartości współczynników umieralności z powodu wszystkich analizowanych przyczyn chorób alkoholozależnych u mężczyzn niż u kobiet. Jednakże analiza trendów wykazała, iż tempo i kierunek zmian kształtowały się niekorzystnie u kobiet.

Wyniki prezentowanych badań własnych wykazały, iż z powodu alkoholowej choroby wątroby (K70) w Polsce w 2002 roku zmarło 901 mężczyzn oraz 154 kobiety, natomiast w 2016 z tej przyczyny zmarło już 3656 mężczyzn i 1197 kobiet. Z powodu ostrych zatruc alkoholem i nadużywania alkoholu (F10) w 2002 roku zmarło 1120 mężczyzn i 109 kobiet,

natomiast w roku 2016 już 2255 mężczyzn i 372 kobiety. Kardiomiopatia alkoholowa (I42.6) była w 2016 roku przyczyną zgonu 156 mężczyzn i 14 zgonów kobiet w porównaniu do roku 2002, w którym z tego powodu zmarło 64 mężczyzn i 10 kobiet.

W populacji osób dorosłych, często w okresie największej produktywności, alkohol stanowi jeden z najważniejszych czynników upośledzenia zdrowia i przedwczesnej śmierci. Wielkim wyzwaniem jest potrzeba ograniczenia szkód zdrowotnych, socjalnych i ekonomicznych wywoływanych przez alkohol. Obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób wywołanych przez alkohol, wpłynie również na poprawę statusu gospodarczo-ekonomicznego [22,25].

WNIOSKI

1. W roku 2016 w porównaniu z rokiem 2002 odnotowano w Polsce wzrost liczby zgonów: o 113,8% z powodu ostrych zatruc alkoholem i nadużywania alkoholu (F10.), o 129,7% z powodu kardiomiopatii alkoholowej (I42.6) i aż o 360,0% z powodu alkoholowej choroby wątroby (K70).
2. Najczęstszą przyczyną zgonów uwarunkowanych alkoholem w analizowanym okresie zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn była alkoholowa choroba wątroby (K70), następnie - ostre zatrucia alkoholem i nadużywanie alkoholu (F10), a na trzecim miejscu pod względem liczby zgonów była kardiomiopatia alkoholowa (I42.6).
3. W roku 2016 w porównaniu z rokiem 2002 obserwowano wzrost wartości współczynników umieralności z powodu chorób alkoholozależnych w Polsce ogółem oraz w podziale na płeć w odniesieniu do wszystkich analizowanych jednostek chorobowych. Największy wzrost poziomu umieralności w latach 2002-2016 odnotowano z powodu alkoholowej choroby wątroby (K70) o 357,6% w Polsce oraz o 303,7% u mężczyzn i 673,1% u kobiet.
4. Przedstawione wyniki badań wykazały, iż poziom umieralności z powodu wszystkich analizowanych przyczyn zgonów był wyższy u mężczyzn niż u kobiet. Jednakże analiza trendów wykazała, iż tempo i kierunek zmian kształtowały się niekorzystnie u kobiet.
5. Występowanie zgonów uwarunkowanych alkoholem w Polsce jest ogromnym wyzwaniem zdrowia publicznego, jak również pociąga za sobą liczne konsekwencje społeczno-ekonomiczne. Analiza skutków nadmiernego spożycia alkoholu, w tym umieralności z powodu chorób alkoholozależnych, może stanowić punkt wyjścia do

inicjowania, wdrażania, monitorowania oraz porównania działań realizowanych w ramach profilaktyki problemów związanych ze spożyciem alkoholu w Polsce.

PIŚMIENNICTWO

1. Woronowicz B.T.: Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia. Wydawnictwo Media Rodzina, Warszawa 2009.
2. Bagińska A.: Picie alkoholu a ryzyko pogorszenia funkcji poznawczych. *Medycyna Praktyczna* 2017; 10: 116-118.
3. Zdrojewicz Z., Rypno D., Bugaj B., Cabała K.: Alkohol - kiedy z korzyścią dla zdrowia? *Polski Merkurusz Lekarski* 2015; 39(234): 347-351.
4. Wnuk M., Marcinkowski J.T.: Alkoholizm - przegląd koncepcji oraz metod leczenia. *Hygeia Public Health* 2012; 47(1): 49-55.
5. Iwanicka K., Malicki D., Olajossy M.: Typologia uzależnienia alkoholowego według Lescha - opis kliniczny. *Current Problems of Psychiatry* 2011; 12(3): 256-259.
6. Szcześniak E.: Terapia osób uzależnionych od alkoholu w podstawowym etapie leczenia. *Studia Gdańskie, Wizje I Rzeczywistość*, 2011; 8: 283-292.
7. Bętkowska-Korpała B.: Kobieta uzależniona od alkoholu [w:] *Psychologia na obcasach*. Dudek D., Rymaszewska J. (red.). Medical Education Sp. z o. o., Warszawa 2014: 31-52.
8. Thorberg F.A., Young R., Sullivan K., Lyvers M., Connor J., Feeney G.: Alexithymia, craving and attachment in a heavy drinking population. *Addictive Behaviors* 2011; 36(4): 427-430.
9. Roswall N., Welderpass E.: Alcohol as a Risk Factor for Cancer: Existing Evidence in a Global Perspective. *Journal of Preventive Medicine and Public Health* 2015; 48(1): 1-9.
10. Szymczak A., Niśkiewicz I., Krela-Kaźmierczak I., Linke K.: Wpływ alkoholu na wybrane schorzenia układu pokarmowego. *Nowiny Lekarskie* 2009; 78(3-4): 222-227.
11. Paciej P., Ciabiada B., Maniecka-Bryła I.: Lost life years due to premature deaths caused by diseases of the digestive system in Poland in 2013. *Przegląd Epidemiologiczny* 2016; 70(3): 500-507.
12. Paciej P., Ciabiada B., Maniecka-Bryła I.: Premature mortality due to alcohol-related diseases of the liver in Poland according to voivodships. *Family Medicine & Primary Care Review* 2017; 19(3): 251-255.
13. Sheron N.: Alcohol and liver disease in Europe - simple measures have the potential to prevent tens of thousands of premature deaths. *Journal of Hepatology* 2016; 64(4): 957-967.

14. Chiva-Blanch G., Arranz S., Lamuela-Raventos R.M, et al.: Effects of wine, alcohol and polyphenols on cardiovascular disease risk factors: evidence from human studies. *Alcohol* 2013; 48(3): 270-277.
15. Huang C., Zhan J., Liu Y.J., Liu Y.J., Li D.J., Wang S.Q., He Q.Q.: Association between alcohol consumption and risk of cardiovascular disease and all-cause mortality in patients with hypertension: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Mayo Clinic Proceedings* 2014; 89(9): 1201-1210.
16. Marchi K.C., Muniz J.J., Tirapelli C.R.: Hypertension and chronic ethanol consumption: What do we know after century of study? *World Journal of Cardiology* 2014; 6(5): 283-294.
17. Olejniczak M.: Czynniki ryzyka zaburzeń związanych z używaniem alkoholu u kobiet. *Wiadomości Psychiatryczne* 2012; 15(2): 76-85.
18. Czech A., Marek J.: Kliniczna patofizjologia nadmiernego spożywania alkoholu etylowego - złośliwe skojarzenie cukrzycy i choroby alkoholowej w praktyce opieki diabetologicznej. *Medycyna Metaboliczna* 2017; 21(1-2): 68-78.
19. Jankowski M., Ignatowska-Jankowska B., Kumański K., Witek B., Świergiel A.: Wpływ alkoholu na układ odpornościowy - przegląd badań. *Alkoholizm i Narkomania* 2013; 26(1): 37-53.
20. Smith D.W.: The Fetal Alcohol Syndrome. *Hospital Practice* 2016; 14(10): 121-128.
21. Parry C., Patra J., Rehm J.: Alcohol consumption and non-communicable diseases: epidemiology and policy implications. *Addiction* 2011; 106(10): 1718-1724.
22. Wyrzykowska E.: Uzależnienie od alkoholu jako wynik deficytu w zakresie relacji przywiązania. *Alkoholizm i Narkomania* 2012; 25(3): 307-315.
23. Anderson P., Moller L., Galea G. (red.): Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches. World Health Organization 2012.
24. Konarzewska B., Waszkiewicz N., Szulc A., Łazarczyk-Kirejczyk J., Malus A.: Nadużywanie alkoholu w rodzinie - objawy depresyjne oraz subiektywna ocena jakości życia a wyniki w skali MAST u pacjentów z rozpoznaną schizofrenią i alkoholizmem. *Polski Merkurusz Lekarski* 2012; 33: 145-197.
25. Fila K.: Skutki ekonomiczne i społeczne nadmiernej konsumpcji alkoholu w Polskich rodzinach. *Młoda Humanistyka* 2018; 2(12): 13.
26. Ogińska-Bulik N.: Prężność psychiczna a zadowolenie z życia osób uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania* 2014; 27: 319-324.

27. Habrat B., Steinbarth-Chmielewska K., Baran-Furga H.: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych [w:] Psychiatria Kliniczna. Pużyński S., Rybakowski J. Wciórka J. (red.). Elsevier Urban and Partner, Wrocław 2011: 157-194.
28. Roswall N., Welderpass E.: Alcohol as a Risk Factor for Cancer: Existing Evidence in a Global Perspective. *Journal of Preventive Medicine and Public Health* 2015; 48(1): 1-9.
29. Wrzykowska E.: Uzależnienie od alkoholu jako wynik deficytu w zakresie relacji przywiązania. *Alkoholizm i Narkomania*.2012; 25(3): 307-315.
30. World Health Organization. Global strategy to confront the harmful use of alcohol, Geneva 2010.
31. Shield D.K., Parry C., Rehm J.: Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Research Current Reviews* 2014; 35(2): 155-171.
32. Maisto S.A., Krenek M.: Historia używania i aktualne używanie substancji psychoaktywnych [w:] *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*. Miller P.M. (red.). Wydawnictwo UW, Warszawa 2013: 63-91.
33. Samochowicz A., Chęć M., Kołodziej Ł., Samochowicz J.: Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii diagnostycznych? *Alkoholizm i Narkomania* 2015; 28: 55-63.
34. United Nations General Assembly Resolution: Prevention and control of non-communicable diseases, A/RES/64/265, May 2010.
35. Głowacka M.D., Zdanowska J.: Wychowanie w trzeźwości i przeciwdziałanie alkoholizmowi [w:] *Zdrowie Publiczne w Polsce*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Business, Warszawa 2013: 83-95
36. Samochowicz J.: Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu i innymi substancjami psychoaktywnymi [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Jarema M., Rebe-Jabłońska J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 81-95.
37. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. Załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r., poz. 1492.
38. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dz. U. 1982 Nr 35 poz. 230.
39. Joinpoint Regression Program, Version 4.6.0.0 - April 2018; Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute.

40. Rehm J., Rehm M.X., Shield K.D., Gmel G., Frick U.: Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Centre for Addiction and Mental Health, Canada 2012.
41. Purandare B., Eder P., Lewicka-Rabska A., Pawlaczyk M.: Alcohol consumption among medical interns in Poland. *Alcohol Drug Addict* 2017; 30(1): 1-12.
42. Tapper E.B., Parikh N.D.: Mortality due to cirrhosis and liver cancer in the United States, 1999-2016: observational study. *BMJ* 2018; 362: k2817.
43. Czarnecki D., Ziółkowski M., Chodkiewicz J., Danek M., Łangowska-Grodzka B., Zając-Lamparska L.: Quality of life and its correlates in alcohol dependent males: rehab inpatients and shelter or hostel homeless persons. *Alcoholism and Drug Addiction* 2017; 30(1): 41-58.
44. Wang C., Xue H., Wang Q., Hao Y., Li D., Gu D., Huang J.: Effect of drinking on all-cause mortality in women compared with men: a meta-analysis. *J Womens Health (Larchmt)* 2014; 23(5): 373-381.

Problem samobójstw wśród dzieci i młodzieży

**Klaudia Wijata¹, Zofia Hak¹, Jan Gnus^{1,2}, Krzysztof Dorna³, Anna Kolcz¹,
Karolina Pawlak², Jakub Migoń¹**

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław
3. Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu, Wrocław

WSTĘP

W jednej z największych na świecie encyklopedii internetowej *Wikipedia* definicja samobójstwa została ujęta w jednym zdaniu „celowe odebranie sobie życia” [1]. Nie sposób się z nią nie zgodzić. Samobójstwo towarzyszyło człowiekowi od początków cywilizacji. W starożytnej Grecji czy Rzymie było dopuszczalnym sposobem radzenia sobie z niepowodzeniem militarnym [2]. Jednak samobójstwa masowo popełniane przez rzymskich niewolników ze względów ekonomicznych uznawane były za przestępstwo [3]. Z biegiem czasu ze względów kulturowych, moralnych, religijnych dobrowolne odebranie sobie życia uległo penalizacji. Szczególną rolę odegrało w tym procesie chrześcijaństwo. Doktryny chrześcijańskie jednoznacznie potępiały samobójstwo, co nie pozostało bez wpływu na postrzeganie społeczne, kulturowe, filozoficzne, a nawet na podejście do tego zjawiska przez instytucje prawne. Chrześcijanie, którzy podjęli próbę samobójczą byli wykluczani z Kościoła, a osoby które dokonały samounicestwienia nie mogły być pochowane na poświęconym cmentarzu [1]. Niejednokrotnie zgodnie z ówczesnym prawem karnym (Ludwik XIV Wielki, Francja - ordonans o postępowaniu karnym) zwłoki samobójcy przeciągano po ulicach miast twarzą do ziemi, a majątki osób podejmujących próby samobójcze - zarówno udane, jak i nieudane - były konfiskowane [4]. Z biegiem czasu podejście do samobójstwa ulegało zmianie. Zaczęto zastanawiać się nad motywami podejmowania tak drastycznej decyzji na wielu płaszczyznach – filozoficznej, socjologicznej, psychologicznej, religijnej.

Francuski filozof, pedagog i socjolog Emile Durkheim, żyjący w latach 1858 – 1917, wyróżnił cztery kategorie samobójstw: anomiczne, fatalistyczne, egoistyczne, altruistyczne [5]. Durkheim był swoistym prekursorem postrzegania samobójstwa przez pryzmat funkcjonowania jednostki w społeczeństwie. Zapoczątkował on rozważania uwzględniające analizę relacji jednostka-społeczeństwo. Według nauk socjologicznych podłożem problemów jednostki, prowadzących do zachowań samodestrukcyjnych stają się problemy społeczne, które pozwoliły wyodrębnić wspomniane wcześniej cztery kategorie [6]. Jedno z czterech typów:

- **samobójstwo anomiczne** powstaje na tle zerwania, znacznego rozluźnienia więzi na płaszczyźnie jednostka-społeczeństwo. Nagłe wzbogacenie, gwałtowny awans społeczny, separujący jednostkę od dotychczasowego środowiska – lub sytuacje przeciwne, nieszczęśliwe, jak utrata pracy, nagły kryzys gospodarczy, czy systemowy są czynnikami wyzwalającymi u jednostki procesy anomiczne [7].
- **samobójstwo altruistyczne** jest motywowane całkowicie odwrotnym zjawiskiem społecznym. Wynika z bardzo silnej więzi jednostki ze społeczeństwem, przywiązania do norm społecznych. Niekiedy wyraża się w heroicznych czynach, sprowadzających się do poświęcenia najwyższego dobra, jakim jest życie jednostki [6].
- w konsekwencji zerwania kontaktów i więzi z osobami z najbliższego otoczenia lub braku wytworzenia takich więzi jednostka popełnia **samobójstwo egoistyczne**. Przypadki losowe, z którymi jednostka nie jest w stanie się pogodzić i towarzyszące przekonanie o nieuniknionej śmierci prowadzą do **samobójstwa fatalistycznego** [7].

Na płaszczyźnie psychologicznej motywy i pobudki samobójcze różnią się od socjologicznych. Warto wspomnieć klasyfikację Baechlere’a z 1979 roku, wyodrębniającą cztery typy samobójstw z punktu widzenia psychologicznego:

- pierwszą z grup są **samobójstwa ”stanowiące ucieczkę”** (*ang. escapist suicides*), gdzie głównym motywem jest chęć oderwania się, ucieczki od sytuacji, której nie można dłużej tolerować. Osoba podejmująca decyzję o samounicestwieniu może doświadczać wewnętrznego poczucia beznadziei, lęku, niepokoju i postrzegać przyszłość w czarnych barwach. Ten typ wydaje się być najbardziej rozpowszechniony w krajach zachodnich [8].
- **samobójstwa agresywne** (*ang. aggressive suicides*) są powodowane chęcią zemsty. Mają na celu wywołanie u drugiej osoby poczucia winy, głębokiej pustki, żalu i

wyrzutów sumienia. **Samobójstwa polegające na poświęceniu siebie** (ang. *oblativae suicides*) są podyktowane wyższymi pobudkami, ideałami religijnymi, honorem, miłością do ojczyzny. Jest to rodzaj złożenia samego siebie w ofierze. Ostatnią kategorią są **samobójstwa absurdalne**, przypadkowe (ang. *ludic suicides*) i stanowiące element uczestnictwa w jakiejś grze, zawodach, testach, gdzie samobójstwo może być traktowane jako akt odwagi [8,9].

Brunon Hołyst, pionier siucydologii w Polsce, wyróżnia trzy typy zachowań suicydalnych: samobójstwo prawdziwe, rzekome i gesty samobójcze. Z klasyfikacji wynika, że głównym motywem jednostki decydującej się na tak drastyczny krok nie zawsze jest chęć śmierci [5]. **Samobójstwo prawdziwe** istotnie jest spowodowane pragnieniem śmierci, na skutek głębokiego kryzysu egzystencjalnego, czy upadku wyznawanych dotychczas ideałów i wartości. Tak motywowane czyny najczęściej popełniane są gwałtownie i drastycznie – śmierć przez powieszenie się lub zastrzelenie. **Samobójstwo rzekome** wynika z poczucia ogromnej pustki, bezsilności – a jednostka traktuje je jako jedyne wyjście i uwolnienie się od ogarniającego ją lęku, beznadziei i ogromnego cierpienia. Taki stan jednostki wywołany jest przez utratę ważnego celu, wartości lub czegoś, co dawało poczucie bezpieczeństwa [9]. Ostatnim rodzajem zachowań suicydalnych są **gesty samobójcze**, których celem jest manipulacja otoczeniem. Jednostka stosująca takie gesty, tak naprawdę wcale nie chce się zabić, niekiedy wręcz boi się śmierci – jej zamiarem jest jedynie zwrócenie na siebie uwagi, wywarcie presji na otoczeniu. Osoby podejmujące takie działania manipulacyjne często mają zaburzenia osobowości, są niezrównoważone emocjonalnie. Najczęściej wybieranym sposobem manifestacji zamiarów samobójczych w tym przypadku jest zażycie dużej dawki leków uspokajających lub nasennych [9,10,11].

Wielu naukowców, badaczy zastanawiało się nad zjawiskiem samobójstwa, jednak nie da się tego zasufladkować, w żaden sposób skategoryzować jednoznacznie. Każda osoba podejmująca taką decyzję jest inna, ma inne motywy, jest odrębną, skomplikowaną jednostką. Do każdego przypadku należy podejść indywidualnie i z należytą uwagą. Samobójstwo jest śmiercią z wyboru, jednostkową decyzją [3]. Jak może wyglądać taki proces decyzyjny u nastolatka czy dziecka? Są to jednostki niedojrzałe emocjonalnie, wkraczające dopiero w dorosłe życie, kształtowane przez otaczające środowisko. Samobójstwa wśród dzieci i młodzieży są szczególnie szokujące. Ofiary mają przed sobą jeszcze całe życie, jednak decydują się na tak drastyczny krok

[9]. Często trudno jest się z tym pogodzić, zaakceptować społecznie to zjawisko. Jest to ogromna tragedia dla rodziny zmarłego dziecka czy nastolatka, ale zupełnie obce osoby też odczuwają bezradność w takich sytuacjach. Często pada pytanie: dlaczego? Czy musiało do tego dojść? Co musiało się dziać w tak krótkim życiu ofiary, że postanowiła zakończyć swoje życie?

ROZWINIĘCIE

Samobójstwa stanowią trzecią, co do częstości, przyczynę zgonów wśród młodych ludzi, zaraz po wypadkach i nowotworach. Według Światowej Organizacji Zdrowia w 2017 roku na całym świecie doszło do 788 000 samobójstw - co daje ok. 2 158 samobójczych zgonów każdego dnia [12]. Według danych statystycznych Głównej Komendy Policji w 2017 roku w Polsce samobójstwo popełniło 5276 osób, w 2018 liczba ta wyniosła 5182, natomiast w 2019 roku – 5255. W ostatnim roku w grupie dzieci i młodzieży do lat 18 na skutek samobójczej śmierci zmarło 98 osób – z czego 4 w grupie wiekowej 7-12 lat oraz 94 w grupie 13-18 lat [18]. Corocznie w naszym kraju życie odbiera sobie ok. 100 nieletnich. Brak jest dokładnych danych o nieudanych próbach samobójczych i o samookaleczeniu, które często poprzedza decyzje o samobójstwie, jednak liczby dokonanych samobójstw pokazują, że problem jest ogromny.

Według danych WHO 90% aktów samobójczych popełniana jest przez osoby cierpiące na stany depresyjne. Może to być depresja intoksykacyjna spowodowana przez środki psychoaktywne (alkohol, narkotyki, leki), depresja w przebiegu zaburzeń afektywnych lub depresja powstała na skutek jakiegoś traumatycznego wydarzenia, doświadczenia czy przewlekłego narażenia na stres emocjonalny. Do samobójstwa może też dojść w stanie psychozy z halucynacjami u pacjentów cierpiących na schizofrenie. Głównym zagrożeniem jest depresja wśród młodych ludzi, która nie do końca jeszcze została poznana. Znane są czynniki ryzyka i czynniki chroniące, jednak nie na tyle, by skutecznie jej przeciwdziałać [13]. Według globalnych danych Światowej Organizacji Zdrowia symptomy depresji przejawia 0,3% dzieci w wieku przedszkolnym, 2% dzieci w szkole podstawowej i 4-8% dorastających w grupie wiekowej 13-18 lat. W Europie wskaźniki epidemiologiczne są niestety znacznie wyższe, a depresja dotyka dwa razy częściej młodych dziewcząt niż chłopców [12]. Depresja w okresie dojrzewania jest powiązana z wieloma znaczącymi zmianami dla młodego człowieka. Jest to okres intensywnego wzrostu, zmian hormonalnych, rozwoju nowych funkcji poznawczych i rozwoju emocjonalnego.

Nie bez związku pozostaje rozszerzanie kontaktów społecznych, zmiana szkolnego środowiska, przyjmowanie nowych ról społecznych, czy stopniowe usamodzielnianie się od rodziców. Na dorastającą jednostkę spadają nowe problemy, zmaganie z nowymi wyzwaniami, a często też porażki i niepowodzenia, które przyczyniają się do niekształconego obrazu samego siebie, np.: „Jestem gorszy od rówieśników i do niczego się nie nadaję”. Często towarzyszą konflikty wewnętrzne i konflikty z otoczeniem. Wszystkie te przełomowe przemiany wywołują wiele obaw, typową huśtawkę emocjonalną i napięcie. Potrzeba uruchomić wówczas wiele nowych, niepoznanych dotąd zdolności adaptacyjnych, które pozwolą jednostce dostosować się do nowej sytuacji, nowej roli [14]. Wiadomo, że czynniki ryzyka depresji młodych ludzi różnią się od tych, wpływających na rozwój depresji w późniejszym wieku.

Różni badacze zajmujący się tematyką depresji u ludzi młodych, wyodrębnili kilka czynników mających wpływ na rozwój choroby u dorastających. Wiadomo, że niemal 2-krotnie bardziej narażone na wystąpienie choroby są dziewczęta. Wiek nie pozostaje bez znaczenia, gdyż największy odsetek zapadalności przypada na końcową fazę okresu dojrzewania, grupa wiekowa 15-19 lat. Nadużywanie substancji psychoaktywnych (alkohol, papierosy, narkotyki), zaburzenia zachowania, zaburzenia odżywiania, stany lękowe są czynnikami zwiększającymi predyspozycje do zachorowania. Udowodnionym czynnikiem jest także występowanie depresji lub stanów depresyjnych u rodziców [13]. Ponadto wyróżniono czynniki ryzyka niepotwierdzone, ale z wysokim prawdopodobieństwem uczestniczące w rozwoju młodzieńczej depresji. Należą do nich: depresyjni bliscy krewni, stresujące wydarzenia życiowe, rozwód, separacja rodziców, styl wychowawczy oparty na nadmiernym kontrolowaniu dziecka, zaburzenia w kształtowaniu się osobowości – niska samoocena, pesymistyczne myślenie, słaba samokontrola, brak kompetencji społecznych; wykorzystywanie fizyczne i seksualne we wczesnym dzieciństwie, pochodzenie z mniejszości etnicznej, niski status socjoekonomiczny rodziny, ubogie relacje z rówieśnikami, trudności w nauce i obniżenie się wyników edukacyjnych, zmiany hormonalne w okresie dorastania, zaburzenia snu, dolegliwości fizyczne [8,13]. Wyróżniono także grupę czynników protekcyjnych: wsparcie ze strony co najmniej jednego z rodziców, dobre relacje w grupie rówieśniczej i wsparcie kolegów, zaangażowanie religijne, wyższa samoocena, posiadanie celów życiowych i planów na przyszłość, zatrudnienie lub inne absorbujące zajęcie [15].

Do ubiegłego stulecia specjaliści odrzucali występowanie zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży – ten pogląd zaczął się zmieniać dopiero w latach 60. XX wieku [13]. Obecnie

rozpoznanie depresji w grupie wiekowej do 18. roku życia przysparza wiele problemów, bo objawy są często odmienne od klasycznej depresji, występującej u osób dorosłych – choć i w tej grupie wiekowej choroba może przebiegać nietypowo. U dzieci i młodzieży często mamy do czynienia z tak zwanymi „maskami depresji”. Manifestacja objawów jest ściśle uzależniona od etapu rozwoju dziecka – im młodsze dziecko, tym trudniej jest mu określić i opisać opiekunom swój stan emocjonalny. Młodsze dzieci często nie potrafią rozpoznać swoich emocji, co często wzmacnia w nich jeszcze większe poczucie lęku. Kilkuletnie dzieci często sygnalizują złe samopoczucie w niecharakterystyczny sposób – mówią, że źle się czują, ale nie potrafią określić, z czego wynika ich złe samopoczucie - z cierpienia fizycznego czy psychicznego. Bardzo ważna jest obserwacja dziecka – jego zachowań i ewentualnych zmian w dotychczasowym funkcjonowaniu [16]. U młodzieży jest podobnie, mimo że kilkunastolatki są bardziej dojrzałe emocjonalnie, często jeszcze nie potrafią nazwać emocji i powiedzieć co spowodowało takie, a nie inne samopoczucie.

Objawy depresji u dzieci i młodzieży mogą się manifestować w następujący sposób:

- Smutek, przygnębienie, płaczliwość – objawiające się łatwym wpadaniem w złość lub rozpacz, wrogim nastawieniem i odpychającą postawą wobec otoczenia;
- Zobojętnienie, apatia, anhedonia – utrata zdolności odczuwania przyjemności z rzeczy, które dotychczas cieszyły;
- Poczucie zniechęcenia i znudzenia – zaprzestanie dotychczas ważnych dla dziecka aktywności, zaniedbania kontaktów z rówieśnikami i swoich dotychczasowych obowiązków;
- Nadmierna wrażliwość na krytykę – dziecko reaguje rozpaczą na delikatne zwrócenie uwagi, nawet w błahej sprawie;
- Pesymistyczne postrzeganie przyszłości, niska samoocena i nieproporcjonalnie krytyczna ocena samego siebie i własnych możliwości;
- Poczucie bezużyteczności i obwinianie się za rzeczy, na które dziecko nie ma wpływu – np.: branie na siebie winy za konflikt między rodzicami;
- Uczucie niepokoju, ciągłego napięcia wewnętrznego – często towarzyszy wolnopłynący lęk, bez uchwytnej przyczyny („sam nie wiem, czego się boję”);
- Podejmowanie nieprzemyślanych, impulsywnych działań – używki w celu chwilowej poprawy samopoczucia;

- Objawy psychotyczne – w ciężkich przypadkach depresji mogą pojawić się omamy i urojenia, np.: głosy krytykujące, przekonujące o winie czy bezużyteczności chorego;
- Działania autoagresywne – samookaleczenia ciała, zażywanie nadmiernej ilości leków, podpalanie skóry zapalniczką;
- Myśli rezygnacyjne („nic nie ma sensu”) i rozmyślania o śmierci;
- Myśli, tendencje i próby samobójcze [12,16].

W przebiegu młodzieńczej depresji mogą wystąpić także bardzo niecharakterystyczne problemy, które sygnalizują, że dzieje się coś niedobrego. Do jednego z niepokojących symptomów należą zaburzenia koncentracji, uwagi i trudności z zapamiętywaniem – co skutkuje problemami w szkole i pogorszeniem wyników w nauce. Pobudzenie psychoruchowe, wynikające ze stałego wewnętrznego napięcia, podejmowanie pewnych aktywności w większym wymiarze czasu niż zwykle (granie na komputerze, oglądanie telewizji, serfowanie po Internecie), zmiany apetytu skutkujące zmianami masy ciała, problemy ze snem, nieuzasadnione wybudzanie się w nocy, nadmierna senność w ciągu dnia – także mogą być manifestacją choroby [16]. Szczególnie u dzieci w młodszym wieku szkolnym w przebiegu choroby dominuje niepokój, a nie apatia – wyrażający się rozdrażnieniem rozproszeniem uwagi, nadmierną, ciągłą aktywnością, bez przerw na odpoczynek. Niekiedy objawy są tak zbliżone, że błędnie rozpoznawane jest ADHD (zespół nadpobudliwości psychoruchowej) [13]. Często spotykaną postacią wśród dzieci i młodzieży jest depresja atypowa, manifestująca się uporczywymi dolegliwościami somatycznymi – bóle brzucha, nudności, wymioty, biegunki, bóle głowy, kołatania serca, duszność, zasłabnięcia, omdlenia, moczenie nocne. Są to częste powody hospitalizacji na oddziałach somatycznych, przeprowadzania szeregu badań – jednak nie udaje się zazwyczaj znaleźć uchwytnej przyczyny dolegliwości. W przebiegu atypowej depresji, częściej u nastolatków, może dochodzić do zachowań agresywnych, buntowniczych wobec rodziców, szkoły, otoczenia i nieprzestrzegania zasad [12]. Diagnozowanie zaburzeń depresyjnych u młodocianych jest bardzo trudne, dlatego czasami dochodzi do przeoczenia symptomów, dziecko nie otrzymuje odpowiedniego wsparcia, pomocy i decyduje się na ostateczność – na popełnienie samobójstwa.

Niekiedy samobójstwa dzieci są próbą pokazania otoczeniu, jak bardzo dziecko cierpi. Uważa się, że dopiero koło 10.-11. roku życia lub nawet później rozwija się intelektualne rozumienie śmierci. Czynnikiem suicydogennym mogą być traumatyczne wydarzenia w

rodzinie, problemy w szkole, kompromitacja wśród rówieśników, samotność, chęć zwrócenia na siebie uwagi i chęć wywarcia wrażenia na otoczeniu. Do takich czynników zalicza się również kontakt dziecka z chorobą lub śmiercią bliskiej osoby – charakterystyczne myślenie magiczne sprawia, że dziecko chce poprzez własną śmierć połączyć się ze zmarłą osobą [11]. Adolescenci są bardziej dojrzałi emocjonalnie i lepiej pojmują zjawisko śmierci. Często na skutek młodzieńczego buntu i braku możliwości radzenia sobie z nową sytuacją społeczną podejmują drastyczne decyzje. Na proces decyzyjny wpływa wiele czynników. Oprócz występowania stanów depresyjnych, ogromny wpływ mają: wychowywanie się w niepełnej lub patologicznej rodzinie, gdzie obecny jest alkoholizm, przemoc, wykorzystywanie seksualne, choroba psychiczna członka rodziny. Często jednak proces decyzyjny wzmagają bardziej subtelne nieprawidłowości funkcjonowania – zaburzenia komunikacji w rodzinie, częste kłótnie i nieporozumienia, nieprawidłowy podział ról społecznych, niespójny system wychowania, wygórowane oczekiwania rodziców względem dzieci czy brak wsparcia ze strony osób bliskich [9].

Problemy w szkole są bardzo ważnym stresorem u niepełnoletnich samobójców. Często jest to samonapędzające się koło – stany depresyjne prowadzą do zaburzeń koncentracji i w efekcie do pogorszenia wyników w nauce, a gorsze wyniki tylko pogłębiają niską samoocenę i potęgują uczucie beznadziei [15]. Grupa rówieśnicza jest niezmiernie ważnym czynnikiem kształtującym osobowość, poczucie własnej wartości – identyfikacja z grupą daje poczucie bezpieczeństwa i przynależności. Często może stanowić swoistą ucieczkę od domowych patologii. W okresie adolescencji odrzucenie przez grupę rówieśniczą, poczucie braku akceptacji, alienacja są szczególnie dotkliwe. Fakt izolacji rówieśniczej może wynikać z osobowości dziecka, jego zachowania czy relacji z nauczycielem [11]. Postawy nauczycieli często są niesprawiedliwe, krzywdzące i powodują u ucznia silny stres, napięcie emocjonalne, a w konsekwencji wystąpienia myśli samobójczych. Często uczeń jest oceniany przez pryzmat subiektywnych odczuć, sympatii lub antypatii. Nauczyciel jest przekonany o niskich umiejętnościach intelektualnych podopiecznego, nie wierzy w jego umiejętności, koncentruje się wyłącznie na negatywnych aspektach pracy ucznia, wytykając mu w krzywdzący sposób wszystkie niepowodzenia. Powoduje to spadek motywacji do pracy nad sobą, zniechęcenie i wewnętrzny stres [9]. Dodatkowo przeładunek programów nauczania zabiera mniej zdolnym

uczniom możliwość dobrej koncentracji, przyswojenia wiedzy w wolniejszym, odpowiednim dla nich tempie – przez co potęguje problemy z nauką i pogłębia niską samoocenę.

Relacje rodzinne mają ogromny wpływ na kształtowanie się osobowości człowieka już od pierwszych lat życia. Nie pozostają one bez wpływu na powstawanie zachowań samobójczych. Próby samobójcze nie są zachowaniami impulsywnymi – są wynikiem wielu zdarzeń, przeżyć, przemyśleń, rozważań. Sytuacja rodzinna może być ukojeniem dla cierpienia emocjonalnego, dawać wsparcie i ciepło lub wręcz przeciwnie – może pogłębiać zamiary suicydalne. Wychowywanie się w rodzinie niepełnej, konfliktowej czy patologicznej ma ogromny wpływ na kształtowanie się osobowości dziecka i podejmowane przez nie decyzje [17].

Etiologia zachowań samobójczych u dzieci jest wielopłaszczyznowa. Nie mamy jednej przyczyny, która skłania młodego człowieka do takiego czynu. Składa się na to wiele czynników – szkoła, rodzina, rówieśnicy, środowisko. Indywidualne predyspozycje jednostki wydają się być tutaj kluczowe – poziom odporności na stres i stresory, hierarchia wartości, wytrwałość i wcześniejsze doświadczenia. Dziecko bardziej odporne, mimo przeciwności i emocjonalnych rozterek poradzi sobie z sytuacją i przezwycięży przeciwności – dziecko bardziej wrażliwe, które nie otrzyma wsparcia i odpowiedniej opieki, chcąc uciec od niewyobrażalnego cierpienia wewnętrznego może targnąć się na swoje życie [9].

ZAKOŃCZENIE

Jak pokazują statystyki w Polsce i na całym świecie problem samobójstw wśród młodych ludzi jest coraz większy. Samobójstwo jest zjawiskiem globalnym i jego ofiarą jest nie tylko osoba, która umiera w jego wyniku, ale także jej rodzina, przyjaciele, związana społeczność – co w kontekście samobójczej śmierci dziecka wydaje się być szerokim problemem. Strategią każdego państwa i każdego obywatela powinno być zapobieganie samobójstwom. Skuteczność działań może zapewnić szeroko pojęta współpraca sektora zdrowia z innymi sektorami na wielu poziomach [18].

W profilaktyce samobójstw dzieci i młodzieży kluczową rolę zdaje się odgrywać środowisko szkolne i rodzina. Dobrymi strategiami profilaktycznymi wydają się być szkolenia nauczycieli, pedagogów i innych pracowników szkoły w zakresie potrzeb rozwojowych dzieci i zapewnienia bezpieczeństwa. Ważnym aspektem jest kreowanie zdrowego, wspierającego

środowiska w szkole – zapobieganie stygmatyzacji i odrzuceniu, niezgoda na przemoc, budowanie zdrowych relacji na linii uczeń – nauczyciel – rodzic. Wzmacnianie odporności psychicznej dzieci, uczenie ich radzenia sobie i wyrażania trudnych emocji, rozwiązywania konfliktów, podnoszenie samooceny poprzez dostarczanie okazji do rozwijania zainteresowań i osiągnięcia sukcesu to niezmiernie ważne działaniami w przebiegu profilaktyki. Istotnym aspektem jest podnoszenie wychowawczych kompetencji rodziców, uświadamianie im, jak ich relacje z dzieckiem wpływają na kształtowanie się osobowości młodego człowieka. Kluczową rzeczą jest także łatwa dostępność dzieci i młodzieży do profesjonalnych narzędzi pomocy, gdzie w sytuacji kryzysowej bez obawy o negatywną ocenę mogliby uzyskać wsparcie [13].

Należy pamiętać, że każde zachowanie dorosłego człowieka wpływa na postrzeganie świata przez dzieci, które są doskonałymi obserwatorami. Przykład płynący z góry może zaważyć na osobowości, emocjach, a nawet życiu młodego człowieka. Trzeba sobie zdać sprawę z powagi problemu, nie bagatelizować sygnałów alarmujących i za wszelką cenę starać się wspierać dzieci i młodzież, żeby zapobiegać tragicznym w skutkach decyzjom młodych ludzi.

PIŚMIENNICTWO

1. Samobójstwo. <https://pl.wikipedia.org/wiki/Samob%C3%B3jstwo> (data dostępu: 26.03.2020)
2. Anton J.L. Hoff, A Historical Perspective on Suicide [w:] Comprehensive Textbook of Siucidology, Ronald W. Maris, Alan L. Berman, Morton M. Silverman. New York, London, The Guilford Press 2000: 96-126.
3. Suicide [w:] Understanding, Dying, Death and Bereavment, Wyd. 7th ed., Michael R. Leming, George E. Dickinson, Wadsworth Cengage Learning 2011: 290.
4. Pickering W.S.F.: Suicide, Morality and Religion [w:] Durkheim's suicide: A Century of Research and Debate, London and New York, W. S. F. Pickering, Geoffrey Walford, 2000: 66.
5. Emile Durnheim. https://pl.wikipedia.org/wiki/%C3%89mile_Durkheim (data dostępu: 26.03.2020).
6. Socjologiczna teoria samobóstw. <http://zobaczznikam.pl/socjologiczna-teoria-samobojstw/> (data podbrania: 26.03.2020).

7. Samobójstwa jako problem zdrowia publicznego. <https://public-health.artmetric.pl/tag/typologia-samobojstw/> (data pobrania: 26.03.2020).
8. Samobójstwa dzieci, młodzieży i dorosłych. <http://pedagogikaspecjalna.tripod.com/notes/suicidal.htm#ASAstuff> (data dostępu 27.03.2020).
9. Harasim Konrad, Instytut PsychologiiUMCS, Generatory zachowań suicydalnych adolescentów – ujęcie analityczne. <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.mhp-7898337b-bec9-481c-ba9d-3705b40e523b> (data dostępu: 27.03.2020).
10. Davidoff L.L.: Introduction to Psychology. McGraw-Hill Book Company, New York, Toronto,1987.
11. Hołyst B.: Suicydologia. LexisNexis, Warszawa 2002.
12. Kępiński A.: Zaburzenia Nastroju (Afektywne) [w:] Psychiatria, Gałecki P., Szulc A. Wydawnictwo Edra Urban and Partner, Wrocław 2018: 191-235.
13. Szymańska J.: Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników szkół, placówek oświatowych oraz rodziców. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2016.
14. Napieralska E., Kułaga Z., Gurzkowska B., Grajda A.: Epidemiologia zgonów dzieci i młodzieży z powodu samobójstw w Polsce w latach 1999-2006. Problemy Higieny i Epidemiologii 2010; 91(1): 92-98.
15. Costello D., Swendsen J., Dierker L.: Risk and Protective Factors Associated with Trajectories of Depressed Mood from Adolescence to Early Adulthood. Journal of Consulting Psychology 200; 76(2): 173-183.
16. Miernik-Jaeschke M., Namysłowska I., Zaburzenia depresyjne dzieci i młodzieży. <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/choroby/psychiatria/81302,zaburzenia-depresyjne-u-dzieci-i-mlodziezy> (data pobrania 28.03.2020).
17. Pilecka B.: Wybrane problem samobójstw młodzieży. Pracownia Wydawnicza Fundacji „Masz szansę”, Lublin 1995.
18. Hołyst B. (red.): Zapobieganie samobójstwom – imperatyw ogólnoswiatowy. Światowa Organizacja Zdrowia, 2014. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2018.

Umarli za życia- osoby wykluczone społecznie ze względu na chorobę

**Patrycja Bolla¹, Natalia Markiewicz¹, Jan Gnus^{1,2}, Wojciech Borowicz¹,
Bartosz Kurzelewski¹, Karolina Pawlak², Krzysztof Dorna³**

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław
3. Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu, Wrocław

WSTĘP

Marginalizacja określonych jednostek lub grup społecznych towarzyszy ludziom od wieków. Już w starożytności Spartanie zrzucali niepełnosprawnych ze skał, a kilka tysiącleci później Europa była świadkiem Holokaustu. Może ona mieć różnorodny wymiar, w zależności od cechy będącej jej motywem. Współcześnie najczęściej jako fundamentalne przyczyny wskazuje się bezrobocie i ubóstwo, pochodzenie, kolor skóry. Wykluczenie z powodu choroby jest bagatelizowane i zazwyczaj nie kojarzy się go z ograniczeniem dostępu do dóbr i usług czy pojęciem równości szans.

Niemniej jednak, szeroko pojęta dyskryminacja, której przyczyną jest stan zdrowia człowieka, jest obecna w naszym społeczeństwie. Nadal istnieje wiele miejsc, do których niepełnosprawni mają utrudniony dostęp, czasami jest on całkiem niemożliwy. Osoby, które cierpią z powodu wad genetycznych od najmłodszych lat są stygmatyzowane, np. poprzez odsunięcie przez grupy rówieśników lub konieczność zmagania się z niedyskretnymi spojrzeniami dorosłych. Pacjenci onkologiczni, podobnie jak osoby starsze, uważani są za niedołączonych. Są przeszkodą dla rodziny, która często dodatkowo potęguje przekonanie, że są dla nich jedynie utrudnieniem.

Pęd codzienności zdaje się uodparniać człowieka na krzywdy, których jest świadkiem każdego dnia. Nikt nie zastanawia się, czy krótki rzut oka na kogoś odmiennego może dotknąć tę osobę. Szczęśliwie, powstaje coraz więcej udogodnień dla osób niepełnosprawnych, rozwija się opieka nad chorymi dotkniętymi schorzeniami genetycznymi.

Edukacja społeczeństwa w temacie marginalizacji pacjentów, od tych onkologicznych i dermatologicznych po tych zwyczajnie starszych, jest niezbędnym krokiem ku polepszeniu ich komfortu w życiu codziennym.

NIEPEŁNOSPRAWNI

Nie ulega wątpliwości, iż osoby niepełnosprawne w życiu codziennym nieustannie spotykają się z trudnościami związanymi z ograniczeniami w prawidłowym funkcjonowaniu ich organizmów. Ograniczenia te powstają na skutek obniżenia sprawności funkcji fizycznych, psychicznych bądź umysłowych. Osoby niepełnosprawne określa się w polskim prawie jako osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności zdolności do wykonywania pracy zawodowej [1]. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) osoba niepełnosprawna to taka, która nie może samodzielnie, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznej lub psychicznej [2]. Niestety, liczba ludzi cierpiących z powodu różnego rodzaju niepełnosprawności jest w naszym kraju bardzo duża. Dopiero dokładne dane statystyczne mogą oddać skalę tego zjawiska. Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2011 roku liczba niepełnosprawnych osób w Polsce na koniec marca 2011 r. wynosiła 4,7 mln, co stanowiło 12,2% ludności kraju [3].

Mimo znacznej poprawy warunków socjo-ekonomicznych w Polsce, negatywne zjawiska społeczne, takie jak bezrobocie, ubóstwo, bezradność nie zanikają. Swymi skutkami obejmują szczególnie osoby najsłabsze i bezbronne. W dalszym ciągu osoby z niepełnosprawnością osiągają relatywnie niższy poziom wykształcenia, niż ma to miejsce w populacji ogólnej. Dane pokazują, że wciąż ponad połowa niepełnosprawnych posiada najwyżej wykształcenie podstawowe, co stanowi poważną przeszkodę w możliwości tworzenia miejsc pracy i ich rozwoju zawodowym [3]. Brak możliwości znalezienia zatrudnienia sprawia, iż osoby te zmuszone są utrzymywać się jedynie ze świadczeń społecznych. Może istotnie wpływać to na ich stan psychiczny, wprawiając w stan znacznie zaniżonego poczucia własnej wartości, a także obniżonego nastroju. Dodatkowo, pośrednio przekłada się to również na wszystkie inne aspekty dotyczące ich życia. Zostają wykluczone przez resztę społeczeństwa przez drugi czynnik, którym jest ubóstwo, do którego często

prowadzi niepełnosprawność. Te zależności zachowują się jak reakcja łańcuchowa. Ze względu na niskie dochody, codzienne życie ludzi niepełnosprawnych jeszcze bardziej odbiega od tego, które wiodą osoby pozbawione ograniczeń. Trudniej im o dobre wykształcenie dla swojego potomstwa, mieszkają w gorszych warunkach - mają ograniczone możliwości finansowe.

Stosunek pozostałej części społeczeństwa wobec inwalidów jest oparty na stereotypach. Często są dyskryminowani, np. przez pracodawców. Ich zwalczanie jest niezbędne w celu poprawy sytuacji osób dotkniętych różnymi ograniczeniami. Fundacja Zobaczyc to inicjatywa, która pragnie pomagać w rozwiązywaniu problemów różnych ludzi, w tym osób niepełnosprawnych, na wielu płaszczyznach [4]. Ich główną misją jest aktywizacja i edukacja ludzi zagrożonych wykluczeniem ze społeczeństwa. Istnieje wiele innych organizacji, które mają na celu pomoc osobom niepełnosprawnym. Niektóre z nich to np. Fundacja dla Niepełnosprawnych Avalon czy Fundacja Anny Dymnej Mimo Wszystko [5,6]. Istnieje również Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych [7]. Stanowi źródło wiedzy i pomocy na temat praw osób niepełnosprawnych oraz udogodnień, które mogą im przysługiwać. Można tam szukać pomocy w rozmaitych problemach, od tych związanych z zatrudnieniem po te dotyczące życia codziennego, takie jak formalności związane z korzystaniem z miejsc parkingowych dla osób niepełnosprawnych czy nabycie psa przewodnika.

NOWOTWORY

Z roku na rok wzrasta liczba osób, które muszą być poddane leczeniu z powodu nowotworów złośliwych, a jest to problem zarówno medyczny, jak i społeczny. Zgodnie ze statystykami, w Polsce co roku chorobę nowotworową rozpoznaje się u 140,5 tys. osób, a około 93 tys. ludzi umiera z jej powodu [8]. W Polsce żyje około miliona pacjentów onkologicznych, a każdego dnia o chorobie nowotworowej dowiaduje się wiele nowych osób. Jest to niezwykle liczna grupa pacjentów, która może być wykluczana przez resztę społeczeństwa w wyniku swojej choroby.

Niezaprzeczalnie, choroba nowotworowa ma ogromny wpływ na funkcjonowanie jednostki nią dotkniętej. Ludzie cierpiący z powodu choroby onkologicznej napotykać liczne problemy, nie wszystkie bezpośrednio wynikające z nowotworu. Często stosowaną metodą leczenia pacjentów onkologicznych jest chemioterapia, która oprócz natychmiastowych

efektów ubocznych ma także te odroczone w czasie. Zmusza pacjenta do licznych hospitalizacji, co uniemożliwia kontynuowanie pracy, a także powoduje ograniczenie kontaktów społecznych. Dodatkowo do ograniczenia przyczynia się złe samopoczucie pacjenta, uporczywe wymioty i ból towarzyszący leczeniu. To może potęgować uczucie niepokoju i bezradności, które dotyczą chorych. Terapia ta również prowadzi do zniszczenia komórek najszybciej się dzielących w organizmie, tym samym utraty owłosienia. Brak brwi, rzęs, a także włosów na głowie jest łatwo dostrzegalny dla innych. Może to wywołać w chorym silną potrzebę izolacji i niechęć do interakcji międzyludzkich, szczególnie u kobiet. Przeciwnie, może wywołać niechęć wśród społeczeństwa, co może prowadzić do wykluczenia. Osoby wylusiałe przez leczenie chemioterapeutyczne często przyciągają wzrok ludzi postronnych, co jest dla nich niezmiernie odczuwalne. Pacjenci onkologiczni często tracą na wadze, przez co wyglądają na chorych i wyniszczonych. To dodatkowo pogłębia ich niską samoocenę i może skutkować próbą jeszcze bardziej wyrażonego ograniczenia kontaktów ze znajomymi i rodziną.

Zamknięcie się w sobie pacjenta może prowadzić do spotęgowania wykluczenia społecznego. Chorzy mogą doświadczać problemów dużo bardziej przyziemnych niż te w pracy, czy w kontaktach społecznych. Ich osłabienie może uniemożliwiać im pozornie proste codzienne czynności. Pacjenci onkologiczni często potrzebują pomocy w takich rzeczach, jak zrobienie zakupów spożywczych czy załatwienie sprawy w urzędzie. Konieczne jest otoczenie takich osób opieką zarówno medyczną, jak i specjalistyczną opieką psychologiczną. Dodatkowo, niezbędna jest edukacja społeczeństwa na temat chorób onkologicznych, ich leczenia i konsekwencji.

Niezaprzeczalnie choroba nowotworowa wiąże się ze stresem, obawą o przyszłość oraz strachem przed śmiercią. Podczas pobytu w szpitalu, jak i w całym procesie leczenia, niezmiernie ważne jest wsparcie rodziny. Zarówno pacjent, jak i jego bliscy przechodzą przez proces psychicznej adaptacji, który prowadzi do zrozumienia, czym jest wykryta choroba i na czym polega proponowane leczenie. Osoby borykające się z chorobami nowotworowymi, a także ich rodziny, często szukają pomocy lub pocieszenia – niestety nie zawsze wiedzą, gdzie je znaleźć. Istnieje wiele inicjatyw, które mają na celu wspomaganie chorych z chorobą nowotworową. Fundacja Rak n' Roll zbiera od darczyńców włosy w celu produkcji peruk dla osób, które straciły włosy w wyniku leczenia [9]. Prowadzą też zbiórki pieniędzy na leczenie powikłań choroby nowotworowej, takich jak np. deformacje kostne w obrębie twarzy. Inne

inicjatywy to Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne czy Polska Liga Walki z Rakiem [10,11,12].

SKÓRA

Wzór idealnej zarówno żeńskiej, jak i męskiej urody jest silnie zmienny kulturowo. Zmienia się wraz z modą, szerokością geograficzną i upływem czasu. Zdrowo wyglądająca skóra od czasów starożytnych kojarzona jest z młodością i płodnością. W celu zachowania nieskazitelnego wyglądu już wtedy praktykowano wiele rytuałów - słynne kąpiele Kleopatry w kozim mleku są jednym z przykładów. Wygląd jest jednym z ważniejszych czynników, decydujących o zachowaniu wobec drugiej osoby. Jest on szczególnie istotny w początkowej fazie znajomości. Często determinuje, czy dwie osoby wejdą ze sobą w jakąkolwiek interakcję. Aparycja jest tym, co dostrzegamy przy pierwszym kontakcie, jeszcze zanim dojdzie do jakiegokolwiek rozmowy, by poznać cechy osobowości drugiego człowieka. Niezaprzeczalnie atrakcyjność fizyczna jest silną determinantą sympatii.

Choroby skóry są szczególnie dokuczliwe ze względu na fakt, iż nie da się ich ukryć, są dostrzegalne "gołym okiem". Chorzy bywają z tego powodu stygmatyzowani, odrzucani przez otoczenie. Napiętnowanie społeczne jest problemem, z którym trudno poradzić sobie samemu, dlatego dla psychiki chorych ważna jest reakcja oraz wsparcie bliskich. W leczeniu dermatoz kondycja psychiczna pacjenta ma niewątpliwie ogromne znaczenie. Bez wątpienia występują wielorakie powiązania między skórą a psychiką, co wynika z kilku specyficznych właściwości skóry, jak na przykład jej widoczność dla otoczenia, zdolność wyrażania stanów emocjonalnych, wpływ na kształtowanie się obrazu własnej osoby, samoocenę, poczucie wartości, rolę w procesie socjalizacji i w życiu seksualnym. Niezwykle istotne dla kondycji psychicznej pacjenta jest odpowiednie podejście dermatologa, powinien on potrafić nawiązać więź z pacjentem, dodać otuchy i dać nadzieję na poprawę kondycji skóry. Niestety psychodermatologia jest stosunkowo nową dziedziną nie tylko w Polsce, ale także na świecie. Jest to dział medycyny z pogranicza dermatologii i psychiatrii.

Chorobami silnie związanymi ze stanem psychicznym są między innymi łuszczyca, atopowe zapalenie skóry, wyprysk, zwykły trądzik lub łupież. Przynajmniej 30% pacjentów zgłaszających się do lekarza z chorobami dermatologicznymi prawdopodobnie ma problemy wymagające interwencji psychologicznej [13]. Te osoby zdecydowanie trudniej radzą sobie z sytuacjami stresowymi. Chorobom skóry często towarzyszy depresja, zaburzenia lękowe. W

badaniach klinicznych stwierdzono, że pacjenci z łuszczycą mają zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia wspomnianych zaburzeń oraz popełnienia samobójstwa w ich wyniku [14]. Pewne jest także, że silny stres i napięcia powodują rozwój choroby lub jej nawrót i nasilają objawy.

Pewna część osób chorujących na dermatozy wycofuje się z życia społecznego, ze względu na niechęć pokazywania wad swojej skóry światu oraz uczucie dyskomfortu podczas konfrontacji z drugą osobą. Jak powszechnie wiadomo, większość aktualnie znanych chorób skóry jest niezakaźna, mimo to spotykane są sytuacje, gdy zauważalna jest niechęć społeczeństwa wobec zbliżenia do osoby z dermatozą. Powoduje to ogromny dyskomfort u osób dotkniętych schorzeniem objawiającym się w widocznych w życiu codziennym miejscach, dodatkowo wywołuje uczucie odrzucenia. Są to sytuacje, które nie powinny mieć miejsca w rozwiniętym społeczeństwie, a do tego niezbędna jest jego szeroko pojęta edukacja w tej dziedzinie oraz rozwój opieki psychologicznej nad osobami chorymi.

GENETYKA

Wady wrodzone są to odstępstwa od normy budowy anatomicznej. Dzielone są zwykle według przyjętego w medycynie podziału na wady duże, powodujące poważne następstwa dla zdrowia i niekiedy nawet uniemożliwiające przeżycie urodzonego z wadą dziecka i wady małe, mające głównie znaczenie kosmetyczne. Niezależnie od tego, czy jest to tak zwana wada mała czy duża, najczęściej ma ona istotny wpływ na funkcjonowanie jednostki. Za cechy dysmorficzne uważa się małe anomalie, takie jak na przykład: zmarszczkę nakątną, plamy *café au lait*, łokcie koślawe czy widoczne deformacje małżowiny usznej.

Jedną z najczęściej spotykanych chorób genetycznych jest zespół Downa - jest to zespół wad wrodzonych spowodowany trisomią chromosomu dwudziestego pierwszego. Choroba zawdzięcza swoją nazwę odkrywcy, lekarzowi Johnowi Langdonowi Downowi, który zidentyfikował ją w 1862 roku. Jest dość częstą chorobą genetyczną, występuje z częstotliwością wahającą się w zależności od źródła. W jednym z dużych badań określono ją jako 1:732 żywych urodzeń w Stanach Zjednoczonych [15]. Osoby z tym zespołem wymagają specjalnej opieki medycznej oraz rehabilitacji i specjalnego podejścia do edukacji. Często zdarza się, że nigdy nie osiągają pełnej samodzielności. W dorosłym życiu, spory procent z nich ma problem ze znalezieniem pracy, co może skutkować częściej występującą

niekorzystną sytuacją materialną w tej grupie osób. Szacuje się, że w Polsce żyje ok 10 do 15 tys. rodzin, w których skład wchodzi osoba z zespołem Downa [16]. Nie wiadomo jednak, ilu z nich pracuje, bo w podawanych oficjalnie zestawieniach osoby te zaliczane są do grupy pracowników z niepełnosprawnością intelektualną, a ci zaś do grupy pracowników ze schorzeniami specjalnymi. Według danych Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych na koniec grudnia 2010 r. liczba pracujących osób niepełnosprawnych ze schorzeniami specjalnymi wynosiła 27 308 [17]. Jednak mimo wciąż gorszych możliwości rozwoju niż osoby zdrowe, sytuacja zawodowa osób z zespołem Downa w ostatnich latach uległa poprawie, znacząco zmniejszyła się liczba bezrobotnych z trisomią 21 chromosomu. Jest to spowodowane zmianami w polskim prawie, mianowicie tym, iż pracodawcy zatrudniający osoby niepełnosprawne mogą liczyć na dofinansowanie. Jeśli spełnią warunki określone w przepisach i złożą odpowiednie wnioski otrzymają m.in. zwrot kosztów przystosowania stanowisk pracy dla niepełnosprawnych, a także miesięczne dofinansowanie do ich wynagrodzeń. Pojawiły się inicjatywy takie, jak np. wrocławskie Cafe Równik - kawiarnia, w której zatrudnione są tylko osoby z niepełnosprawnością, w tym z zespołem Downa [18].

Kolejnym problemem napotkanym przez osoby z tym zespołem jest stygmatyzacja, poczucie odtrącenia i powszechnie występująca niechęć wobec nich. Wynika to w dużym stopniu z niedostatecznej edukacji i braku wiedzy społeczeństwa na temat tej jednostki chorobowej. W celu szczególnego zwrócenia uwagi na los tej grupy chorych w 2005 roku został ustanowiony Światowy Dzień Zespołu Downa, który jest obchodzony 21 marca [19]. Z tej okazji na całym świecie odbywają się imprezy, których celem jest zwiększenie świadomości społecznej dotyczącej zespołu Downa, propagowanie praw i dobra ludzi z tą wadą genetyczną i integracja z nimi. Charakterystyczne w tym dniu jest noszenie dwóch różnych skarpetek, które ma symbolizować solidarność z chorymi oraz wykazywać wsparcie dla tej szlachetnej inicjatywy, jaką jest promocja szerzenia tolerancji. Głównym celem tego dnia jest pokazanie, jak brak wiedzy społeczeństwa oraz negatywne stereotypy determinują życie osób z zespołem Downa, ograniczając ich potencjał i możliwości. W wyniku tego "zostają z tyłu", na końcu społeczeństwa, zostają zepchnięci na margines. Światowy Dzień Downa ma na celu wzmocnienie osób z zespołem Downa poprzez możliwość włączenia ich na równi z innymi w tych wszystkich aspektach życia, także poprzez wpływ na ludzi którzy decydują i mogą decydować o ich losie. Dużą rolę w jego rozślawieniu odgrywają media społecznościowe, dzięki którym wiele publicznych osób rozpowszechnia informacje o nich

jak i o chorobie, której dotyczy. Dzięki temu społeczeństwo coraz bardziej oswaja się z tymi chorymi w swojej codzienności i edukuje się na temat samej choroby, co może stanowić krótką drogę do ograniczenia stygmatyzacji osób z zespołem Downa.

WIEK

Starość ma niezliczoną ilość określeń - jesień życia, druga młodość, złote lata czy trzeci wiek [20]. Obecnie jest coraz częściej postrzegana nie jako okres stagnacji i biernego oczekiwania na śmierć, lecz jako faza życia, w której człowiek ma do wypełnienia wiele różnorodnych zadań, ułatwiających mu adaptację do nowych warunków, wzbogacających jego osobowość i nadających sens jego dalszej egzystencji. Stanowi ona dla jednostki kolejne życiowe wyzwanie, któremu musi sprostać, pomimo pogarszającego się wraz z wiekiem stanu zdrowia i sprawności psychofizycznej.

Przebieg etapu życia, jakim jest starość niezaprzeczalnie, w ogromnym stopniu, zależy od kondycji fizycznej i psychicznej każdej osoby. Dla tych sprawnych może to być czas ciągłego rozwoju i odkrywania się na nowo, zupełnie inaczej ma się jednak sytuacja osób przewlekle chorych na choroby, takie jak Alzheimer, demencja starcza lub cierpiące z powodu znacznego obniżenia sprawności fizycznej, uniemożliwiających samodzielne funkcjonowanie. Właśnie takie osoby są najbardziej zagrożone zostaniem dotkniętym zjawiskiem wykluczenia społecznego. Starość podlega wielu stereotypom, które wpływają na nasz odbiór osób w podeszłym wieku. Panujący obecnie „kult młodości” często sprawia, że starsi ludzie są marginalizowani.

Jednym z problemów starości nierzadko jest przytłaczająca samotność. Jest to zjawisko bardzo powszechne i niestety nie jest łatwo sobie z nim poradzić. W wyniku przemian demograficznych społeczeństwo cały czas zasilają kolejne szeregi seniorów, liczba osób starszych rośnie dynamicznie i bezustannie. Problem samotności nie tylko ciągle istnieje, ale także przybiera na sile. Często zdarza się, że nikt nie zauważa samotnych seniorów. Jednak równie często osoby z najbliższego otoczenia są świadome faktu, że senior rzadko opuszcza dom, nigdy nie jest przez nikogo odwiedzany, ale nie wykazują zainteresowania tą sprawą, starają się usilnie nie dostrzegać problemu. W pędzie życia, skupieni na rozwoju osobistym, zdobywaniu wciąż lepszego wykształcenia, doświadczenia zawodowego oraz stanowiska, osobom młodym zdarza się nie wygospodarować

odpowiedniej ilości czasu na spotkanie z bliskimi osobami w podeszłym wieku, zaoferowanie pomocy i wykazanie chęci rozmowy.

Osoby w podeszłym wieku stanowią grupę, w której niezwykle często pojawia się depresja, która utrudnia interakcje międzyludzkie i funkcjonowanie w społeczności. Sprzyja temu osłabienie sprawności, które prowadzi do uzależnienia od innych osób i do frustracji z powodu braku własnej samodzielności. Myśli o zmarnowanych szansach i niezrealizowaniu marzeń mogą nasilać narastające przygnębienie, co więcej występuje nierzadko u nich poczucie nieprzydatności i odrzucenia społecznego. Pojawić się może także nasilony strach przed śmiercią i przekonanie, iż ich życie nieubłagane dobiega końca. Wszystkie problemy natury psychicznej są potęgowane przez trudy codzienności z chorobami przewlekłymi. Seniorzy są zazwyczaj dotknięci dużą ilością różnych schorzeń, które wymagają od nich podjęcia odpowiednich działań, takich jak częste hospitalizacje lub codzienne przyjmowanie dużej ilości leków. Z powodu fizycznych ograniczeń związanych z wiekiem często nie mogą sobie samodzielnie z tym poradzić, a to prowadzi do dodatkowej frustracji i przejęcia samotnością, która im doskwiera i dokucza na wielu płaszczyznach ich życia. Ludzi starsi nie powinni być pozostawieni sami sobie w tak wysoce rozwiniętych społeczeństwach, w jakich żyjemy. Powinny licznie rozwijać się instytucje, których jedynym zadaniem jest pomoc seniorom w ich trudnej codzienności. Dobrym przykładem odpowiedniej postawy społecznej jest sytuacja, którą można było zaobserwować w czasie wybuchu pandemii choroby COVID-19 wywoływanej wirusem SARS-CoV-2. Wielu młodych ludzi zmobilizowało się przy pomocy Internetu w celu niesienia pomocy osobom starszym w trudnych czasach wymagających od nich izolacji - oferowano wyprowadzanie psów na spacer, wykonywanie niezbędnych zakupów.

ZAKOŃCZENIE

XXI wiek to czas, w którym różne społeczeństwa sukcesywnie, w różnym tempie, pozbywają się głęboko zakorzenionych w sobie uprzedzeń. Coraz częściej otwarcie mówi się o tolerancji i wyrozumiałości wobec osób, które wcześniej były w pewien sposób wykluczone przez ogół. Na świecie przenikają się odmienne kultury, powoli wyzbywamy się rasizmu przejawianego na wiele sposobów, w wielu państwach legalizuje się związki homoseksualne i umożliwia ich formalizację w świetle prawa. Niestety, nieustannie wielu ludzi na całym świecie podlega stygmatyzacji ze względu na chorobę, która ich dotknęła.

Wykluczenie społeczne dotyka wielu grup chorych. Ludzie niepełnosprawni, pomimo coraz większej liczby pojawiających się udogodnień zaprojektowanych specjalnie dla nich, codziennie stawiają czoła wielu trudnościom, które nie dotyczą osób całkowicie sprawnych. Chorzy onkologiczni, oprócz ogromnego bólu i dyskomfortu związanego z chorobą oraz leczeniem, muszą zmagać się z niezliczoną ilością ciekawskich spojrzeń, kiedy choroba jest widoczna w ich wyglądzie. Ten aspekt społecznej stygmatyzacji wyjątkowo dotkliwie odnosi się do pacjentów, którzy zmagają się ze schorzeniami dermatologicznymi. Ich choroby zazwyczaj nie da się ukryć, jest doskonale widoczna i rzuca się w oczy, co przyciąga wzrok innych. Osoby dotknięte defektami genetycznymi odczuwają wszystkie ze wspomnianych aspektów wykluczenia, od wyróżniania się wyglądem po trudności w podjęciu pracy, czy uzyskaniu choćby średniego wykształcenia. Zwieńczeniem całego problemu związanego ze stygmatyzacją chorych przez społeczeństwo jest sytuacja osób starszych. Często cierpią z powodu wielu chorób przewlekłych, wiek znacznie obniża ich sprawność, w związku z czym potrzebują dodatkowej pomocy i opieki, a zdarza się, że jedyne co ich spotyka, to samotność.

Świat nieustannie się rozwija, co pozwala na coraz lepszą opiekę nad wszystkimi ludźmi wcześniej wykluczonymi przez społeczeństwo. System ułatwień dla osób niepełnosprawnych jest dynamicznie rozbudowywany. Leczenie, które stosujemy jest coraz bardziej efektywne oraz ma coraz mniej skutków ubocznych lub uczymy się sobie z nimi radzić. Powstają poradnie genetyczne, które pomagają leczyć pewne zespoły. Dodatkowo, otaczają opieką nie tylko chorych, ich rodziny są edukowane na temat schorzenia, które dotknęło ich bliskiego. Postęp ten nie może spowolnić, wręcz przeciwnie powinien nabrać jeszcze większego tempa. Dużo uwagi należy poświęcić rozwojowi opieki psychologicznej, która powinna być powszechnie dostępna dla wszystkich potrzebujących. Dodatkowo, powinna wychodzić naprzeciw tym ludziom i oferować pomoc jeszcze zanim te osoby poczują, że jest im niezbędna. Uwaga rozwijającego się społeczeństwa powinna w coraz większym stopniu skupiać się na problemach seniorów, którzy stają się jego coraz większą częścią. Powinni być otoczeni odpowiednią opieką, od takiej polegającej na pomocy w życiu codziennym po tę medyczną. Dodatkowo, niezbędne jest rozwijanie rozwiązań, które pozwolą na walkę z problemem samotności wśród ludzi starszych.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz.U. 2011 nr 127 poz. 721.

2. World Health Organisation: Disabilities. <https://www.who.int/topics/disabilities/en/> (data dostępu 18.04.2020).
3. Główny Urząd Statystyczny: Baza danych Eurostatu ze Spisu 2011. <https://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2011/nsp-2011-wyniki/> (data dostępu 18.04. 2020).
4. Fundacja Zobaczyć. <https://zobaczyc.org/> (data dostępu 18.04.2020).
5. Fundacja Avalon. <https://www.fundacjaavalon.pl/> (data dostępu 18.04.2020).
6. Mimo Wszystko. Fundacja Anny Dymnej. <https://mimowszystko.org/> (data dostępu 18.04.2020).
7. Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych. <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/> (data dostępu 18.04.2020).
8. Krajowy Rejestr Nowotworów: Nowotwory złośliwe ogółem. <http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-ogolem-2/#e> (data dostępu 18.04.2020).
9. Fundacja Rak n' Roll. <https://www.raknroll.pl/> (data dostępu 18.04.2020).
10. Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. <https://www.pkopo.pl/> (data dostępu 18.04.2020).
11. Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne. <http://ptpo.org.pl/www2/> (data dostępu 18.04.2020r.)
12. Polska Liga Walki z Rakiem. <https://ligawalkizrakiem.pl/> (data dostępu 18.04.2020).
13. Poradnik Zdrowie: Problemy psychiczne mogą mieć związek z chorobami skóry. <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/dermatologia/problemy-psychiczne-moga-miec-zwiazek-z-chorobami-skory-aa-J9FJ-RiZf-EWcB.html> (data dostępu 18.04.2020).
14. Kurd S.K., Troxel A.B., Crist-Christoph P., Gelfand J.M.: The risk of depression, anxiety and suicidality in patients with psoriasis: A population-based study. Archives of Dermatology 2010; 146(8): 891-895.
15. Sherman S.L., Allen E.G., Bean L.H., Freeman S.B.: Epidemiology of Down syndrome. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews 2007; 13(3): 221-227.
16. Gov.pl: Wsparcie dla osób z zespołem Downa. <https://www.gov.pl/web/rodzina/wsparcie-dla-osob-z-zespolem-downa> (data dostępu 18.04.2020).
17. Gov.pl: Sytuacja na rynku pracy osób niepełnosprawnych z tzw. schorzeniami specjalnymi. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwiG8cjHzfLoAhXsShUIHeD9ANYQFjACegQIBBAB&url=https%3A%2>

F%2Fwww.gov.pl%2Fattachment%2F02d31fe2-3372-4bfc-9535-42abbe5c5131&usg=AOvVaw0NxNTfTDWAlbCZmHIqWF3v (data dostępu 18.04.2020).

18. Gazeta Wrocławska: Jedyna taka kawiarnia! Niepełnosprawni kelnerzy już serwują kawę w Cafe Równik. <https://gazetawroclawska.pl/jedyna-taka-kawiarnia-niepelnosprawni-kelnerzy-juz-serwuja-kawe-w-cafe-rownik-zdjecia/ar/13282305> (data dostępu 18.04.2020).
19. United Nations: World Down Syndrome Day 21 March. <https://www.un.org/en/observances/down-syndrome-day> (data dostępu 18.04.2020).
20. Synonimy.pl: Starość. <https://www.synonimy.pl/synonim/staro%C5%9B%C4%87/> (data dostępu 18.04.2020).

Godne starzenie się osób zakażonych HIV i z zespołem AIDS: współczesne wyzwania w terapii i leczenie bólu

Karina Lissak, Daria Matyja, Karolina Mikołajczak

Studentki Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV I ZESPÓŁ NABYTEGO NIEDOBORU ODPORNOŚCI - INFORMACJE OGÓLNE

Mija już prawie 40 lat od odkrycia wirusa ludzkiego niedoboru odporności [1]. Olbrzymie tempo rozprzestrzeniania się tego patogenu od momentu jego izolacji w 1984 r. doprowadziło do śmierci ponad 30 milionów osób [2]b.

Stosunkowo szybko zidentyfikowano drogi szerzenia, zbadano mechanizm wywołanej przez niego choroby - nabytego zespołu odporności, a odkrycie budowy i funkcji przyczyniło się do wprowadzenia w 1996 roku terapii antyretrowirusowej (ang. *Highly Active Antiretroviral Therapy*, HAART), która pozwala na hamowanie replikacji wirusa [2].

Mimo tak znacznego postępu nauki, wciąż nie ma leczenia, które doprowadziłoby do całkowitej eradykacji patogenu [2].

AIDS (ang. *Acquired Immunodeficiency Syndrome*) to choroba powstająca po kilku-kilkunastu latach trwania zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (ang. *Human Immunodeficiency Virus*) [2,3,4].

Wiąże się z zaburzeniami immunologicznymi wynikającymi z dysfunkcji i spadku miana limfocytów pomocniczych T CD4+ poniżej 200 komórek/ μ l, co skutkuje upośledzeniem odporności i prowadzi do rozwoju zakażeń i nowotworów oportunistycznych [2,3,4].

Są to tzw. choroby wskaźnikowe, które są przeważnie wywoływane przez drobnoustroje niechorobotwórcze, a na które chorują pacjenci z głębokim upośledzeniem odporności. [2,3,4].

Zespół nabytego niedoboru odporności stwierdza się w przebiegu zakażenia HIV, gdy pojawi się przynajmniej jedna z chorób z listy chorób wskaźnikowych według danych CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) [2,3,4].

EPIDEMIOLOGIA

Według raportu UNAIDS (Wspólnego Programu Narodów Zjednoczonych Zwalczenia HIV i AIDS), pochodzącego z 2018 roku, odnotowano 37,9 mln osób żyjących z chorobą HIV, a liczba zgonów związanych z AIDS wynosiła aż 770 000 przypadków, przy czym największa ilość zakażeń dotyczyła mieszkańców Afryki [5]. Z kolei dane epidemiologiczne dotyczące Polski wykazują, że w okresie od 1985 roku (przypadającego na początek pandemii wirusa) do 30 września 2019 roku wykryto 25 020 zakażonych ogółem, z czego u 3 741 pacjentów stwierdzono zespół AIDS, a 1 424 zmarło [6].

Sytuacja epidemiologiczna w Polsce ma obecnie status stabilnej. Obserwuje się powolny wzrost zakażeń. Niestety, u około 50% polskich pacjentów z HIV diagnoza jest wciąż stawiana w późnym stadium, w którym występują już objawy zespołu nabytego niedoboru odporności lub liczba limfocytów T CD4 jest niższa niż 350 komórek/ μ l, czyli poniżej zalecanego aktualnie progu, w którym rozpoczyna się leczenie. Układ odpornościowy jest znacznie osłabiony, a to zwiększa ryzyko rozwoju chorób wskaźnikowych dla AIDS [7,8].

HIV JAKO CHOROBA CIAŁA I DUSZY

Równoległe z wprowadzeniem leczenia antyretrowirusowego wydłużył się okres przeżycia pacjentów zakażonych HIV, a to wygenerowało wiele nowych wyzwań dla naukowców i pracowników służby zdrowia.

U zakażonych rozpoznaje się różnego rodzaju zaburzenia psychiczne. Najczęstszym z nich jest depresja, a ryzyko jej rozwoju jest nawet trzykrotnie wyższe w stosunku do populacji ogólnej [9]. Analogicznie jak w przypadku wielu innych schorzeń somatycznych, jak nowotwory złośliwe czy zespoły bólowe, terapia u chorych z wirusem HIV przeważnie ogranicza się do leczenia danej jednostki chorobowej, bez zwracania uwagi na psychofizyczną jedność człowieka. Wykazano, że obecność objawów depresyjnych nie tylko wiąże się z wysokim ryzykiem zapadalności na choroby układu krążenia, ale ma również wpływ na szybszą progresję AIDS. Jeśli depresja towarzyszy zespołowi AIDS, wówczas ryzyko samobójstwa jest szczególnie wysokie w tej grupie chorych. U 50% pacjentów HIV+ stwierdza się współwystępowanie depresji z zaburzeniami lękowymi [10]. Informacja o zakażeniu dla większości pacjentów jest równoznaczna z porzuceniem marzeń i planów życiowych. Współcześnie, mając do dyspozycji leki antyretrowirusowe, chory może planować rodzinę, pracować zawodowo. Warunkiem jest

ściśle stosowanie się do zaleceń lekarskich oraz regularne przyjmowanie przepisanych leków.

OPIEKA PALIATYWNA PACJENTÓW Z ZESPOŁEM AIDS W POLSCE.

WHO definiuje opiekę paliatywną jako postępowanie zmierzające do poprawy jakości życia pacjentów oraz ich rodzin, zmagających się z problemem zagrażającej życiu choroby, poprzez zapobieganie i łagodzenie cierpienia, dzięki leczeniu bólu oraz rozwiązywaniu innych problemów somatycznych, psychosocjalnych oraz duchowych [4,11]. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa, stale rośnie zapotrzebowanie w zakresie opieki paliatywnej. Znaczny spadek zgonów i wdrożenie skutecznego leczenia spowodowały, że potrzeba ta rośnie również wśród pacjentów z AIDS. Stawia to przed opieką medyczną nowe wyzwania, której głównym celem nie jest już wydłużenie życia chorych, a walka z rozwijającymi się chorobami cywilizacyjnymi i utrzymanie jakości życia na satysfakcjonującym poziomie [9,12].

Według UNAIDS w 2018 roku na schorzenia związane z AIDS zmarło około 770 tysięcy osób, a w 2004 roku - około 1,7 miliona [13].

Szacuje się, że wkrótce ponad połowa osób HIV+ przekroczy wiek 50 lat [9]. Mimo że choroba nowotworowa nie jest jedyną chorobą terminalną, program opieki paliatywnej głównie obejmuje tę grupę pacjentów [11].

Na podstawie badań przeprowadzonych w 1998 roku, w 70 (55,5%) ośrodkach opieki, znaczącą większość stanowili pacjenci onkologiczni, a w 52 (40%) przyjmowano tylko i wyłącznie tych pacjentów, 13 ośrodków (10,4%) deklarowało możliwość przyjęcia pacjentów ze stanem po wylewach czy obłożnie chorych z innych przyczyn chorobowych. W kontekście pacjentów z zespołem AIDS - w Polsce przeznaczone było dla nich tylko hospicjum przy „Domu Ciepła” w Rembertowie. Taka sytuacja wynikała między innymi z przyczyn organizacyjnych opiekunów [11].

Aktualnie w Polsce działa sieć hospicjów stacjonarnych, poradni oraz hospicjów domowych, które przyjmują również pacjentów z AIDS [14].

Opieki paliatywnej najbardziej potrzebują osoby z pełnoobjawowym zespołem AIDS oraz chorobami nowotworowymi, będącymi jego następstwem. Zarówno w zaleceniach WHO i UNAIDS podkreśla się potrzebę zapewnienia opieki pacjentom z HIV, będącym u schyłku życia, jak również ich partnerom oraz rodzinom. Zwraca się uwagę również na istotność opieki holistycznej na równi z osobami cierpiącymi na choroby terminalne [12,15].

DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE ZWIĄZANE Z PRZYJMOWANIEM LEKÓW ANTYRETROWIRUSOWYCH

Terapia leczenia antyretrowirusowego jest dożywotnia i zależy od stopnia zaawansowania choroby [15]. Stosuje się tzw. skojarzoną terapię antyretrowirusową, w której jest przyjmowana kombinacja leków mająca synergistyczne działanie, której skutkiem jest zahamowanie replikacji HIV i hamowanie fuzji z komórkami odpornościowymi [16].

Podtrzymywanie jej u pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej pomaga zachować sprawność układu odpornościowego oraz zminimalizować zakażenia oportunistyczne [14,15].

Wskazuje się na wczesne i późne działania niepożądane terapii antyretrowirusowej. Do wczesnych zaliczamy: biegunki, nudności, wymioty, zgaga, uczucie zmęczenia, bezsenność, wypadanie włosów. Jeśli pacjent odczuwa podane objawy jako bardzo uciążliwe, trzeba rozważyć zmianę leków pod kontrolą lekarza prowadzącego. Z drugiej strony, są to objawy niespecyficzne i należałoby wstępnie ocenić, czy są one rzeczywiście skutkiem przyjmowania tych leków. Na przykład biegunka może być wynikiem stosowania antybiotyków albo być skutkiem infekcji bakteryjnej lub pasożytniczej, a bezsenność może być związana ze stresem, dlatego ważny jest dokładny wywiad i odpowiednie przeprowadzenie badań laboratoryjnych (np. wykonanie podstawowej morfologii, która może powiązać zmęczenie z anemią), w celu eliminacji tych przyczyn.

Terapia długotrwała może skutkować: lipodystrofią, zaburzeniem gospodarki węglowodanowej i tłuszczowej [14,15].

ETIOLOGIA BÓLU

Ból jest najczęściej zgłaszaną dolegliwością, a u pacjentów zakażonych HIV częstość jego występowania jest wyższa w porównaniu do populacji ogólnej i przyjmuje różnorodną etiologię, z przewagą komponenty neuropatycznej. Ból neuropatyczny jest wyzwalany na skutek uszkodzenia nerwów obwodowych, rdzenia kręgowego lub obszarów mózgu i najtrudniej poddaje się leczeniu [14,18]. Najczęściej obserwowane w stadium zaawansowanym są bóle neuropatyczne, które mają postać symetrycznych polineuropatii obwodowych. Pacjent zgłasza zaburzenia czucia w dystalnych częściach kończyn, mrowienie, drętwienie, Występowanie tych dolegliwości bólowych wynika najczęściej z bezpośredniej inwazyjności wirusa HIV, stosowania leków antyretrowirusowych i przeciwgruźliczych, immunosupresji, infekcji

oportunistycznych oraz chorób nowotworowych, które generują dodatkowe postępowania diagnostyczne i terapeutyczne (radioterapia, chemioterapia, operacje) i są kolejną przyczyną cierpienia chorego [18].

Niestety często ból u pacjentów z HIV pozostaje niewłaściwie zdiagnozowany lub nie jest podejmowana jakakolwiek terapia jego leczenia. Wynika to z wielu przyczyn, wśród których główne wymienia się: błędną ocenę przez personel medyczny stopnia bólu, który występuje u pacjenta (52%), leczenie niezgodne z aktualnymi wytycznymi WHO (70-85%). Grupami szczególnie narażonymi na niewłaściwe leczenie bólu są kobiety oraz pacjenci uzależnieni od przyjmowania narkotyków drogą dożylną.

LECZENIE BÓLU

Zanim zlecimy terapię, poza szczegółową oceną dolegliwości bólowych, należy zebrać pełną historię pacjenta obejmującą: obecność chorób psychicznych lub ich brak oraz uzależnienie od leków i narkotyków. Oprócz leków przeciwbólowych należy wziąć pod uwagę koanalgetyki, które nie są analgetykami, ale stosowane łącznie pozwalają na prowadzenie efektywniejszej terapii. U osób uzależnionych od opioidów, u których nie ma współtowarzyszących chorób nowotworowych, nie preferuje się stosowania silnych opioidów i jeśli jest to tylko możliwe, zalecane są alternatywne formy leczenia, np. koanalgetyki połączone z psychoterapią chorego [19,20,22].

Obecnie nie ma określonych standardów leczenia objawowego polineuropatii w przebiegu HIV i AIDS - terapia przebiega tak samo, jak w przypadku bólów neuropatycznych innego pochodzenia.

W leczeniu bólu neuropatycznego, oprócz wymienionych wyżej grup leków (nieopiodowych leków przeciwbólowych oraz opioidów), stosuje się leki przeciwdrgawkowe (gabapentyna, pregabalina) oraz leki przeciwdepresyjne (duloksetyna, amitryptylina), kortykosteroidy oraz w przypadku bólu zlokalizowanego - plastry nasączone lignokainą 5 % lub kapsaicyną 8% [19-22].

Według najnowszych badań naukowych włączenie do leczenia również kanabinoidów jest oceniane jako skuteczne. Kannabinoidy są substancjami czynnymi, przygotowanymi z konopi indyjskich, do których zaliczana jest między innymi marihuana i olej haszyszwowy. Pod względem toksyczności wyróżnia je duże bezpieczeństwo stosowania, a także wyjątkowa skuteczność w leczeniu bólów neuropatycznych i nowotworowych. Poprawiają jakość snu, zmniejszają niepokój związany z uporczywym bólem u pacjentów, u których kannabinoidy

pełniły rolę terapii uzupełniającej. Od niedawna również w Polsce dopuszczone jest stosowanie tych leków na podstawie importu docelowego [21].

PODSUMOWANIE

Współcześnie już dużo wiemy na temat etiologii zakażenia wirusem HIV, patogenezы oraz leczenia antyretrowirusowego, co przyczyniło się znacznego spadku umieralności z powodu AIDS na całym świecie. Przed medykami jednak stoi aktualnie kolejne wyzwanie, jakim jest zapewnienie optymalnego życia w chorobie i godnego starzenia się tych chorych.

PIŚMIENNICTWO

1. <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C395457%2C30-lat-temu-odkryto-wiru-sa-hiv.html> (data dostępu 2.05.2020)
2. Firląg-Burkacka E., Siwak E., Kubicka J., Kowalska J., Gizińska J., Horban A.: Epidemiologia zakażeń HIV w Polsce na tle sytuacji w Europie i na świecie [w:] Życie i starzenie się z wirusem HIV. Podejście interdyscyplinarne. Pluta A., Łojek E., Habrat B., Horban A. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2018: 15-26.
3. Gąsiorowski J., Knysz B., Gładysz A.: Zakażenie HIV i zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS) [w:] Choroby zakaźne i pasożytnicze. Dziubek Z. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2010: 405-421.
4. Pawłowski L., Lichodziejewska-Niemierko M.: Nowe wyzwania dla opieki paliatywnej w Polsce. *Gazeta AMG* 2017; 1: 18-19.
5. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet> (data dostępu 11.05.2020)
6. https://aids.gov.pl/hiv_aids/450-2-2/ (data dostępu 7.05.2020)
7. Mijas M., Koziara K., Dora M.: Stygmatyzacja związana z HIV a zdrowie zakażonych osób i postawy wobec wykonywanych testów. *Seksuologia Polska* 2017; 15(2): 73-74.
8. Grzeszczuk A.: HIV/AIDS - pierwsze spotkanie [w:] HIV/AIDS. Grzeszczuk A., Chlabicz S., Choromańska M., Marczyńska M. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014: 13-29.
9. Suchacz M.: Zaburzenia depresyjne u osób z infekcją HIV w kontekście starzenia się [w:] Życie i starzenie się z wirusem HIV. Podejście interdyscyplinarne. Pluta A., Łojek E., Habrat A. (red.). Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2017: 131-137.
10. Dudek D., Siwek M.: Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria* 2007; 4(1): 17-24.

11. Kacperczyk A.: Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej. Kacperczyk A. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.
12. Harding R., Karus D., Easterbrook P., Raveis V. H., Higginson I. J., Marconi K.: Does palliative care improve outcomes for patients with HIV/AIDS? A systematic review of the evidence. *Sexually Transmitted Infections* 2005; 81: 5-14.
13. <https://www.mp.pl/pacjent/choroby-zakazne/aktualnosci/213457,770-tys-zmarlo-na-swiecie-w-zwiazku-z-aids-w-2018-r> (data dostępu 9.05.2020).
14. http://www.ptnaids.pl/images/rekomendacje_ptn_aids_2018.pdf (data dostępu 13.05.2020).
15. Chojnicki M., Kotlińska-Lemieszek A.: Leczenie objawowe chorych zakażonych HIV i pacjentów z AIDS [w:] *Medycyna paliatywna*. Walden-Gałaszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 333-432.
16. <https://www.mp.pl/aids/aids-hiv/leczenie/107874,leczenie-zakazenia-hiv> (data dostępu 13.05.2020).
17. Rogowska-Szadkowska D., Bąkowska E.: Leczenie antyretrowirusowe (ARV). Materiały informacyjne dla osób żyjących z HIV. Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa 2008.
18. Jarosz J., Hilgier M.: Zasady diagnostyki i leczenia bólu [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*. Walden-Gałaszko K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007: 20-49.
19. <https://www.termedia.pl/Bol-u-chorych-zakazonych-HIV-niedoceniany-problem-kliniczny,59,22223,1,0.html> (data dostępu 10.05.2020).
20. https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/010/889/original/Strony_od_MpD_2011_08-7.pdf?1468491669 (data dostępu 11.05.2020).
21. Woron J., Dobrogowski J.: Miejsce kannabinoidów w leczeniu bólu. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2017; 11(3): 96-101.
22. Krzyżak-Jankowicz M., Leppert W., Jankowicz R.: Ból u chorych zakażonych HIV - niedoceniany problem kliniczny. *Medycyna Paliatywna* 2013; 5(4): 148-156.

Ocena wiedzy studentów Wydziału Lekarskiego na temat leczenia medyczną marihuaną w Polsce

Katarzyna Kurek¹, Martyna Czakiert¹, Martyna Gworys¹, Wojciech Kolasa¹, Jan Gnus^{1,2}, Anna Kolcz¹, Karolina Pawlak²

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław

WSTĘP

Marihuana pozyskiwana jest z konopii, roślin występujących w wielu regionach świata. Rosną dziko, jak również są hodowane w celach przemysłowych. Mają szerokie zastosowanie między innymi jako surowiec do pozyskiwania włókien. W przemyśle spożywczym wykorzystywany jest olej konopny oraz nasiona, będące źródłem pełnowartościowych białek. Stanowią także element kultu religijnego, na przykład w hinduizmie są uważane za świętą roślinę, której palenie jest wyrazem hołdu oddawanego jednemu z bogów.

Od tysięcy lat znane jest ludzkości lecznicze działanie konopii, jednak dopiero na początku XIX wieku zaczęto bliżej się mu przyglądać. Przez wzrost popularności syntetycznych, łatwiej przyswajalnych leków pozyskiwanych z opium, zostało ono zapomniane na niemal 100 lat. W latach 70. XX wieku przez wzgląd na zauważalne działanie w łagodzeniu bólu u chorych na AIDS i nowotwory, marihuana ponownie stała się obiektem zainteresowań naukowców. W 1996 roku Kalifornia została pierwszym stanem USA, w którym zalegalizowano marihuanę do celów medycznych, a w 2001 to samo miało miejsce w Kanadzie [1].

Legalizacja medycznej marihuany w Polsce nastąpiła 31 lipca 2017 roku na mocy “Ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych”, która weszła w życie 31 października tego samego roku [2]. Jednak na realny dostęp do wspomnianych preparatów pacjenci musieli poczekać nieco dłużej. Zgodnie z prawem każdy lekarz uprawniony do wystawienia recepty Rpw. może przepisać je pacjentowi. Są to leki

nierefundowane, a ich cena zależna jest od marży aptecznej i wynosi średnio 65 złotych za gram.

Wprowadzenie marihuany do przemysłu farmaceutycznego było możliwe po odkryciu jej działania na poziomie molekularnym [3].

W organizmie człowieka występują receptory kanabinoidowe CB1 oraz CB2. Wspólnie ze swoimi ligandami stanowią one endogenne układy kanabinoidowe. Do najbardziej znanych, egzogennych substancji oddziałujących na te receptory należą Δ^9 -tetrahydrokannabinol (THC), Δ^8 -tetrahydrokannabinol, kannabinol (CBN) i kannabinol (CBD). W naturze występują one w konopiach, wśród których wyróżniamy: siewne (*Cannabis sativa L.*) rosnące także w Polsce, dzikie (*Cannabis ruderalis Janisch*) spotykane w Azji Środkowej i Afganistanie oraz indyjskie (*Cannabis indica*) zawierające największą ilość THC i CBD, występujące naturalnie w Indiach, Afganistanie i Iranie [3].

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Uzależnień wyróżnia [4,5]:

- konopie – rośliny uprawiane dla uzyskania z nich włókien (zawartość THC <0,2%),
- marihuanę – suszone kwiatostany żeńskie o zawartości THC 0,5–5%,
- żywicę – suszona żywica i sprasowane kwiatostany (THC 2–20%), znane jako haszysz.

Najbardziej powszechnym sposobem stosowania medycznej marihuany jest palenie oraz waporyzacja, czyli wdychanie podgrzanych do odpowiedniej temperatury składników aktywnych przy pomocy specjalnych przyrządów - waporyzatorów.

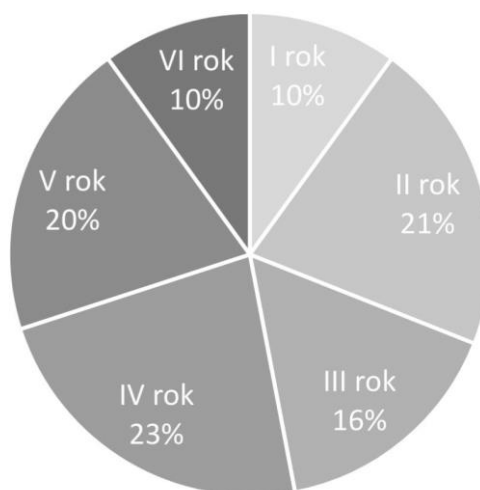
Taka forma podania zapewnia wchłanianie na poziomie 20-45% THC zawartego w dawce leku oraz osiągnięcie maksymalnego stężenia w mózgu po 15 minutach. Podanie doustne dostarcza do krwi czterokrotnie mniejszą ilość substancji niż ta, która byłaby wchłonięta podczas palenia, jednak ta droga warunkuje późniejszy efekt maksymalny (po ok. 1 godzinie) i dłuższy o 2-3 godziny czas działania. Wchłanianie z przewodu pokarmowego cechuje się znaczną zmiennością osobniczą, co utrudnia dobranie odpowiedniej dawki leku. [4] Szybkim początkiem oraz długim działaniem charakteryzuje się forma sprayu podjęzykowego [5].

CEL PRACY

Celem naszej pracy jest ocena poziomu wiedzy studentów Wydziału Lekarskiego na temat leczenia medyczną marihuaną w Polsce oraz ich zdania dotyczące potrzeb edukacji w tym temacie.

MATERIAŁ I METODY

Badanie w postaci ankiety zostało przeprowadzone wśród 112 studentów Wydziału Lekarskiego czterech Uniwersytetów Medycznych (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Śląski Uniwersytet Medyczny z oddziałem w Zabrze oraz Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego), w tym 69 kobiet i 43 mężczyzn. Na diagramie nr 1 przedstawiono rozkład procentowy respondentów w zależności od roku studiów.



Rycina 1. Rozkład procentowy respondentów w zależności od roku studiów

WYNIKI

Ponad połowa ankietowanych (59%) oceniła stan swojej wiedzy na temat leczenia medyczną marihuaną jako zły. Nieco ponad 12% jako bardzo zły, a jedynie niecałe 30% jako dobry (29 osób) lub bardzo dobry (3 osoby). Spośród wszystkich badanych, trzech należy do koła naukowego związanego z farmakoterapią, onkologią, medycyną paliatywną lub leczeniem bólu, a 37 interesuje się tą tematyką.

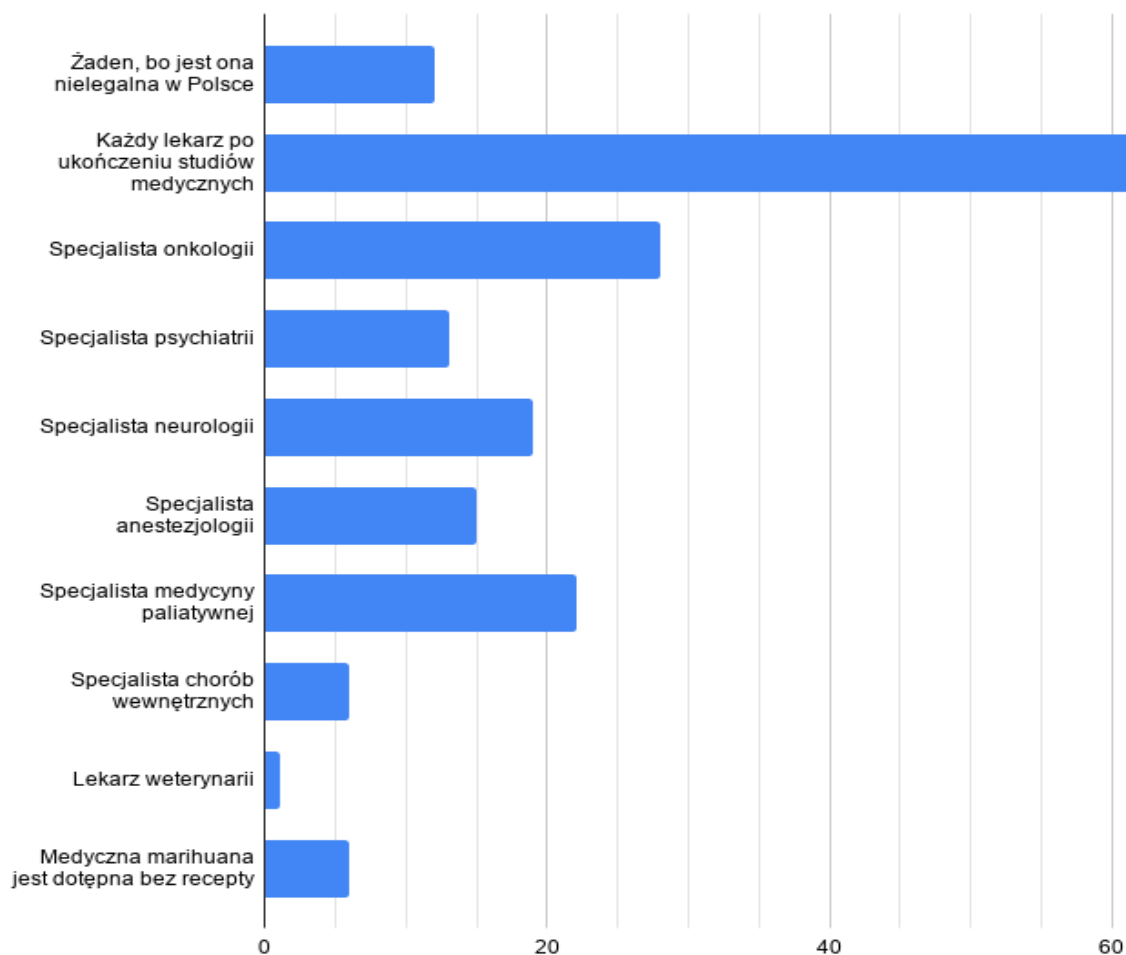
Zdecydowana większość studentów (62%) dowiedziała się o tej metodzie leczenia z Internetu, 17% od rodziny i znajomych, 13% z telewizji lub prasy, a jedynie 4 studentów otrzymało te informacje podczas zajęć na Uniwersytecie Medycznym.

Wyniki naszych badań wskazują, że medyczna marihuana najczęściej kojarzona jest z leczeniem bólu, w dalszej kolejności z nowotworami. Część osób wiąże ją z narkotykami i nadużywaniem alkoholu.

Ocena wiedzy studentów na temat leczenia medyczną marihuaną w Polsce

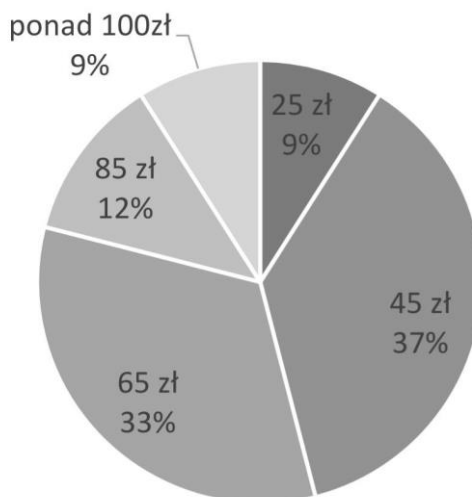
Niemal 80% badanych błędnie wskazało rok legalizacji medycznej marihuany w Polsce, w tym aż 10% stwierdziło, że wcale do niej nie doszło.

Odpowiedzi respondentów zapytanych o to, jakiej specjalizacji lekarze mogą wystawić receptę na ten lek, znajdują się na diagramie nr 2. 80% studentów wiedziało, że medyczna marihuana jest dostępna na receptę, w tym $\frac{2}{3}$ miało świadomość, że jest to specjalna recepta Rpw. wydawana na nie dłużej niż 90 dni.



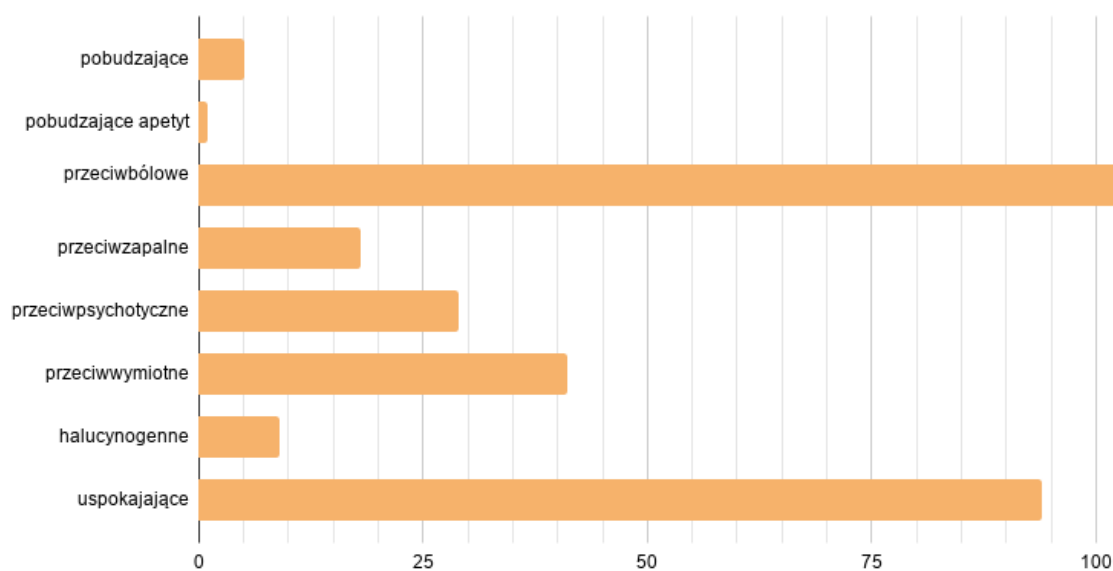
Rycina 2. Odpowiedzi respondentów zapytanych o to, jakiej specjalizacji lekarze mogą wystawić receptę na medyczną marihuane

Ponad 50% ankietowanych wie, że jest to lek nierefundowany, a jego dostępność jest słaba. Odpowiedzi badanych, zapytanych o cenę 1 grama medycznej marihuany przedstawione zostały na Ryc. 3.



Rycina 3. Rozkład procentowy odpowiedzi badanych, zapytanych o cenę 1 grama medycznej marihuany

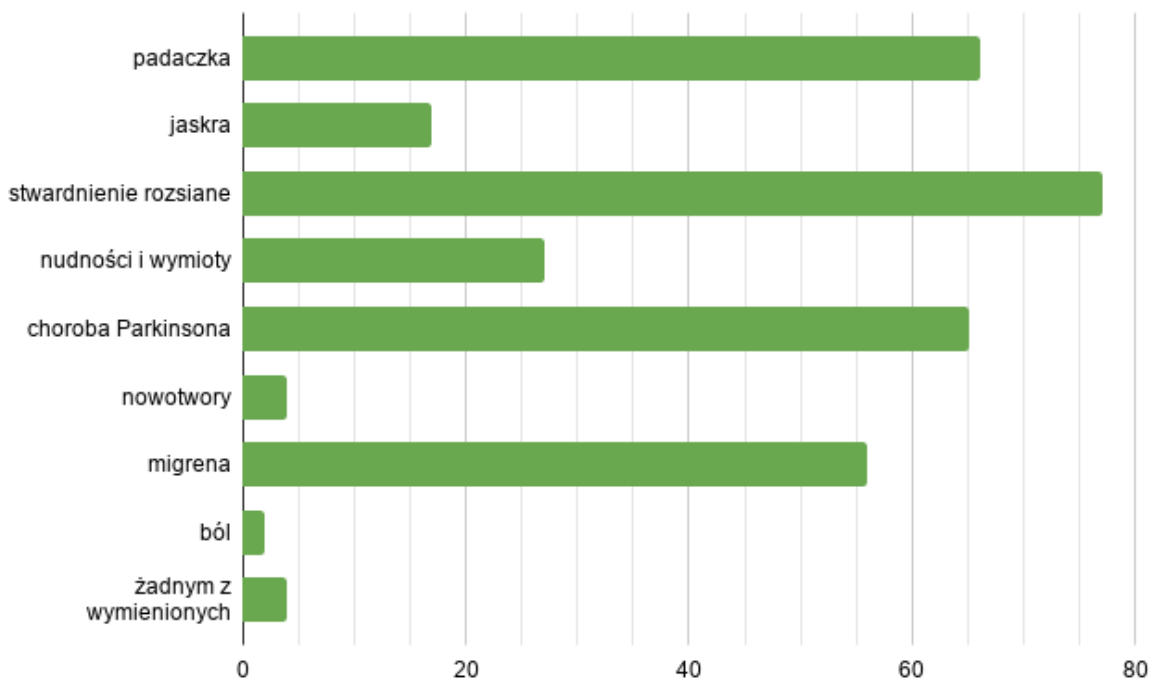
Respondenci zapytani o to, jakie działanie ma medyczna marihuana, najczęściej wymieniali jej właściwości przeciwbólowe i uspokajające. Dane przedstawiono na Ryc. 4.



Rycina 4. Odpowiedzi respondentów na temat działania medycznej marihuany

Studenci mając wskazać postać, w jakiej sprzedawana jest medyczna marihuana najczęściej wybierali olej CBD (66 głosów) oraz susz do palenia lub waporyzacji (55 głosów). W dalszej kolejności plasowały się: kapsułki (35 głosów), maść (29 głosów) oraz aerozol (19 głosów).

Najczęstsze wskazania, w jakich ankietowani zaleciłiby ten lek to kolejno: stwardnienie rozsiane, padaczka i choroba Parkinsona. Wszystkie odpowiedzi znaleźć można Ryc. 5.



Rycina 5. Najczęstsze wskazania, w jakich ankietowani zaleciłoby lek

85% badanych studentów wydziału lekarskiego popiera stosowanie medycznej marihuany, natomiast aż 87% widzi potrzebę edukacji w tym zakresie w ramach zajęć na swojej uczelni.

DYSKUSJA

Działanie kannabinoidów wzbudza duże zainteresowanie od wielu lat. Podejmowano liczne próby stosowania ich w medycynie oraz długo poszukiwano nowych zastosowań. Przeprowadzono wiele badań, lecz ich wyniki są rozbieżne. Ich liczba nadal nie jest wystarczająca, aby jednoznacznie potwierdzić pozytywne działanie tych substancji. Z tego powodu leczenie kannabinoidami pozostaje kontrowersyjne zarówno wśród pacjentów jak i lekarzy, którzy traktują je z dużą ostrożnością.

W przeglądzie z 2015 roku analizowano działanie leków w następujących wskazaniach: ból przewlekły, spastyczność w przebiegu stwardnienia rozsianego lub paraplegii, nudności i wymioty spowodowane chemioterapią, stymulacja apetytu u chorych z HIV lub AIDS, depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia snu, psychozy, jaskra, zespół Tourette'a. Umiarkowanej jakości dowody na pozytywne działanie wykazano jedynie w przypadku

przewlekłego bólu i spastyczności. Ponad 90% pacjentów ze stwardnieniem rozsianym zauważyło poprawę w zakresie spastyczności, bólów mięśniowych oraz drżenia kończyn. [7,8]

Skuteczność kannabinoidów można porównać do słabych opioidów, 20 mg THC odpowiada 120 mg kodeiny. Mają zatem zastosowanie w leczeniu słabego i umiarkowanego bólu, lecz jedynie w charakterze uzupełniającym [8]. Brak działania depresyjnego na układ oddechowy oraz inny niż opioidy punkt uchwytu, pozwalają na synergistyczne działanie tych leków. Dodanie marihuany do opioidu pozwala na zastosowanie mniejszej dawki tego leku, co znacznie redukuje jego objawy niepożądane i potencjał uzależniający. Skuteczność tego połączenia została potwierdzona w badaniu klinicznym dotyczącym obwodowej neuropatii wywołanej chemioterapią (CIPN) [10]. Co więcej zalegalizowanie medycznej marihuany w Stanach Zjednoczonych spowodowało 25% spadek śmiertelności spowodowanej niezamierzonym przedawkowaniem opioidów [11].

Inne wskazanie kannabinoidów to profilaktyka oraz leczenie nudności i wymiotów. Mimo zaobserwowania w przeglądzie z 2015 roku ich czterokrotnie większej skuteczności w stosunku do placebo, wciąż brakuje wiarygodnych badań klinicznych [12,13]. Coraz więcej natomiast dowiadujemy się o skuteczności leczenia lekoopornej padaczki u dzieci [14,15]. Kannabinoidy łagodzą także objawy zespołu Tourette'a oraz przyczyniają się do zmniejszenia zaburzeń snu i indeksu bezdechu sennego [12,16,17].

Tabela I. Działanie THC i CBD [19]

THC	CBD
przeciwbólowe	przeciwbólowe
przeciwzapalne	przeciwzapalne
psychoaktywne	przeciwpсихotyczne
rozluźniające	anksjolityczne
nasenne	przeciwdeoresyjne
pobudzające apetyt	hamujące apetyt
	przeciwdrgawkowe

Profil bezpieczeństwa kannabinoidów jest znacznie lepszy niż innych leków o podobnym działaniu. Rzadko obserwuje się istotne klinicznie interakcje z innymi lekami, dzięki czemu mogą być one stosowane u osób starszych, obciążonych wieloma chorobami. [5]. Uzależnienie fizyczne jak również śmiertelne przedawkowanie jest bardzo mało prawdopodobne [5,18]. Mogą wystąpić objawy niepożądane takie jak: nudności, wymioty, zawroty głowy, osłabienie, senność, euforia, halucynacje, splątanie, dezorientacja.

Dostępne preparaty różnią się między sobą zawartością THC i CBD, a w zależności od niej są używane w różnych wskazaniach. Działania obu tych substancji przedstawiono w tabeli I.

WNIOSKI

1. Stan wiedzy studentów Wydziału Lekarskiego na temat leczenia medyczną marihuaną jest niski.
2. Ze względu na niedostateczną ilość wysokiej jakości dowodów na jej działanie, niewiele zarejestrowanych wskazań, utrudnioną dostępność, brak refundacji i wysoką cenę, potencjał tego leku nie jest w pełni wykorzystany, pomimo legalizacji, która nastąpiła w Polsce już ponad 2 lata temu.
3. Studenci popierają stosowanie medycznej marihuany oraz wyrażają chęć i potrzebę rozwijania wiedzy na jej temat podczas zajęć na Uniwersytecie Medycznym. W przyszłości mogłoby to zwiększyć wykorzystanie potencjału tego leku w ich karierze zawodowej i tym samym zapewnić lepszy komfort życia ich pacjentom.

PIŚMIENNICTWO

1. History. Modern. <https://en.wikipedia.org/wiki/Cannabis> (data dostępu: 06.03.2020).
2. Ustawa z dnia 7 lipca 2017 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. (Dz.U. z 2017 r. poz. 1458).
3. Hillig KW., Mahlberg PG.: A chemotaxonomic analysis of cannabinoid variation in Cannabis (Cannabaceae). *American Journal of Botany*, 2004; 91: 966-997.
4. Grotenhermen F.: Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids. *Clinical Pharmacology* 2003; 42: 327-360.
5. MacCallum CA., Russo EB.: Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. *European Journal of Internal Medicine*, 2018; 40: 12-19.
6. EMCDDA Insights. King LA. An overview of cannabis potency in Europe, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/cannabis-potency> (data dostępu: 06.03.2020)

7. Consroe P., Musty R., Tillery W., Pertwee RG.: The perceived effects of cannabis smoking in patients with multiple sclerosis. *Proceedings of the International Cannabinoid Research Society* 1997;38(1):44-48.
8. Kumar RN., Chambers WA., Pertwee RG.: Pharmacological actions and therapeutic uses of cannabis and cannabinoids. *Anaesthesia* 2001;56:1059-1068.
9. Tateo S.: State of the evidence: Cannabinoids and cancer pain – a systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 2017;29:94-103
10. Abrams DI.: Integrating cannabis into clinical cancer care. *Current Oncology*, 2016; 23 (Suppl. 2): S8-S14
11. Bachhuber MA., Saloner B., Cunningham CO., Barry CL.: Medical cannabis laws and opioid analgesic overdose mortality in the United States, 1999-2010. *JAMA Internal Medicine*, 2014;174:1668-1673.
12. Whiting PF., Wolff RF., Deshpande S.: Cannabinoids for medical use: A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2015;313:2456-2473.
13. Alexander A., Smith PF., Rosengren RJ.: Cannabinoids in the treatment of cancer. *Cancer Letters*, 2009; 285: 6-12.
14. O'Connell BK., Gloss D., Devinsky O.: Cannabinoids in treatment-resistant epilepsy: A review. *Epilepsy & Behavior*, 2017;70:341-348.
15. Friedman D., Devinsky O.: Cannabinoids in the treatment of epilepsy. *The New England Journal of Medicine*, 2015;373:1048-1058.
16. Müller-Vahl KR., Schneider U., Koblenz A.: Treatment of Tourette's syndrome with Delta 9-tetrahydrocannabinol (THC): a randomized crossover trial. *Pharmacopsychiatry* 2002; 35:57-66.
17. Müller-Vahl KR., Schneider U., Prevedel H.: Delta 9-tetrahydrocannabinol (THC) is effective in the treatment of tics in Tourette syndrome: a 6-week randomized trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2003;64:459-465
18. Drugs and Health Products. Medical Use of Marijuana. <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/contact-us/drugs-health-products.html#mum> (data dostępu: 06.03.2020).
19. Adams IB., Martin BR.: Cannabis: pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addiction* 1996;91:1585-1614.

ISBN - 978-83-957032-5-6