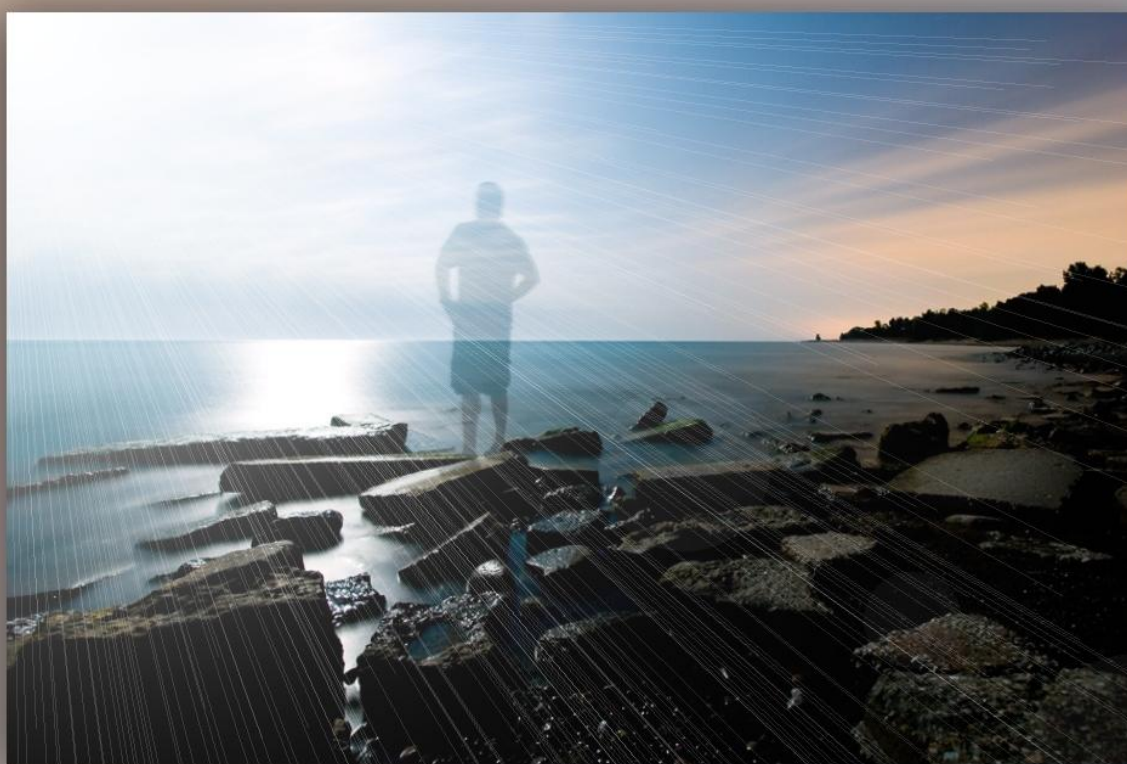


W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

Elżbiety Krajewskiej-Kułąk

Cecylii Reginy Łukaszuk

Jolanty Lewko

Wojciecha Kułąk

Tom XIII

W drodze do brzegu życia

Tom XIII

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu

W drodze do brzegu życia

Tom XIII

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

Białystok 2015

Recenzenci

Prof. dr hab. n. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska
Prof. dr hab. n. med. Irena Wróńska

ISBN - 978-83-937785-5-3

Wydanie I
Białystok 2015

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak

Druk:
„Duchno” Piotr Duchnowski, 15-548 Białystok, Zaścianańska 6

Umiera się nie po to, by przestać żyć, lecz po to, by żyć inaczej

Paulo Coelho

Szanowni Państwo

Albert Einstein twierdził, że *„Najważniejszym z ludzkich wysiłków jest dążenie do przestrzegania norm moralnych. Od tego zależy nie tylko nasza wewnętrzna równowaga, ale wręcz samo nasze istnienie. Moralność sprawia, że życie staje się piękne i godne”*, stąd autorzy monografii podejmują tematy trudne, niejednokrotnie kontrowersyjne, budzące lęk i dylematy etyczne.

Podjmują w niej także próbę dyskusji nad kwestiami związanymi z okresem żałoby i osierocenia oraz miejscem tanatoedukacji w opiece medycznej, aby sprawdzić prawdziwość słów Jandy Nelson, że *„żałoba to dom, który znika ilekroć ktoś zapuka do drzwi, dom, który wlatuje w powietrze przy najlżejszym powiewie, który wkopuje się w ziemię, kiedy wszyscy śpią...”*

Tradycyjnie w monografii zawarto rozdziały dotyczące śmierci społecznej, określanej słowami Antoniego Kepińskiego jako śmierć, która *„równa się dla człowieka śmierci biologicznej”*.

Przybliżono także zadania pracowników ochrony zdrowia w zwalczaniu dyskryminacji, stygmatyzacji, agresji oraz uzależnień, bo jak twierdził Jan Paweł II, *"Byłoby rzeczą w najwyższym stopniu niegodną człowieka i zaprzeczeniem wspólnego człowieczeństwa, gdyby dopuszczano się do życia społecznego, a więc także do pracy, tylko osoby pełnosprawne, gdyż w ten sposób popadałoby się w niebezpieczną formę dyskryminacji słabych i chorych ze strony silnych i zdrowych. Praca w znaczeniu przedmiotowym także w takich okolicznościach musi być podporządkowana godności człowieka, podmiotowi pracy, a nie korzyści ekonomicznej."*

Wreszcie poruszono także szeroko rozumiane problemy wielokulturowości w medycynie, nad postrzeganiem różnych kultur przez inne narody, wizją zdrowia, choroby i śmierci w różnych kulturach, kulturowymi uwarunkowaniami w poszczególnych dziedzinach medycyny, miejscem medycyny niekonwencjonalnej w terapii, bo jak twierdził Karl Rahner, *„Tolerancja jest to gotowość przyznania przedstawicielowi innego światopoglądu tej samej dozy inteligencji i dobrej woli, co sobie”*.

Jako autorzy monografii mamy nadzieję, że jej czytelnicy potwierdzą słuszność słów dr. Edwarda Bacha, że *„Nie ma chorób, tylko chorzy ludzie. Choroba nie jest żadnym okrucieństwem, czy karą, lecz tylko i wyłącznie korektą: instrumentem, którym posługuje się nasza dusza w celu zwrócenia uwagi na nasze błędy, aby w ten sposób uchronić nas przed większymi pomyłkami, żeby nam przeszkodzić w wyrządzeniu jeszcze większych szkód - i nas przywrócić na drogę prawdy i światła, z której nie powinniśmy byli nigdy zejść”*

Redaktorzy podręcznika

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

Dr n. med. Cecylia R. Łukaszuk

Dr hab n.o zdrowiou Jolanta Lewko

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Kułak

Spis treści

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCYNĄ

Zabielski Józef: Śmierć i żałoba jako moralno-kulturowe wyzwanie współczesności.....	9-19
Leśniewski Krzysztof: Osoba ludzka wobec decyzji obdarowywania swoim ciałem w obliczu śmierci mózgowej.....	20-34
Baczewska Bożena, Binnebesel Józef, Block Bogusław L., Glaza Michał, Kulik Agnieszka, Musiał Dagmara, Rydz Elżbieta, Stelcer Bogusław, Wojciechowska Krystyna: Pomędzy życiem a niezyciem. Psychologiczna analiza dynamiki egzystencjalnej w przebiegu choroby nowotworowej.....	35-75
Sojka Jerzy: Ewangelicka perspektywa na problem zaniechania terapii – przykład dyskusji niemieckiej.....	76-90
Sawicki Adam: Refleksja o śmierci w świecie sukcesu.....	91-99
Kazberuk Grzegorz: Dziś nie sztuką jest zabić, ale zabić tak by uczynić z tego sztukę	100-109
Żurawski Jacek A.: Relacjonowanie wydarzeń tragicznych przez dziennikarzy. Aspekty prawne i etyczne.....	110-129
Marcinkowski Jerzy T., Klimberg Aneta: Czy przypadek odebrania władzy rodzicielskiej ciężko choremu somatycznie ojcu potwierdza opinię, że sądy rodzinne działają według zasady „lepszemu matka niż najlepszy ojciec”?.....	130-133
Kowalska Anna Małgorzata: Śmierć – wachlarz medialnych emocji.....	134-142
Twardowska-Rajewska Jolanta, de Mezer Joanna: Problemy etyczne u schyłku życia – terapia uporczywa.....	143-152
Okurowska Magdalena, Rolka Hanna, Kowalewska Beata, Jankowiak Beata: Trudne etycznie dylematy w opinii społecznej.....	153-167
Rolka Hanna, Jankowiak Barbara, Kowalewska Beata: Klonowanie – potępić czy może akceptować?.....	168-177
Tymosiak Patrycja, Rolka Hanna, Kułak Wojciech, Kowalewska Beata, Jankowiak Barbara: Postawy młodzieży studiującej na kierunkach zarządzanie, inżynieria biomedyczna, pielęgniarstwo wobec eutanazji.....	178-199
Wachoł Ewa, Rolka Hanna, Piechocka Dorota, Krajewska-Kułak Elżbieta, Kowalewska Beata, Jankowiak Beata, Kondzior Dorota: Analiza postaw studentów województwa podlaskiego na temat procedury zapłodnienia <i>in vitro</i>	200-222
Szymańska Marta, Ścisłowska Natalia, Futyma Monika, Żemojduk Dominika, Kulesza-Brończyk Bożena: Śmierć szansą na życie – aborcja.....	223-232
Surgiewicz Milena, Sharif Ariana, Gołębiowska Agata: Wiedza społeczeństwa polskiego na temat możliwości przeszczepienia szpiku kostnego.....	233-245
Klimaszewska Krystyna, Kondzior Dorota, Jankowiak Barbara, Kowalewska Beata, Baranowska Anna, Kowalczyk Krystyna, Rolka Hanna, Krajewska – Kułak Elżbieta: Transplantologia wczoraj i dziś.....	246-255

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ

Pokusa-Baran Anna, Kulik Halina, Dobrzyń-Matusiak Dorota: Funkcjonowanie i rola rodziny w opiece nad dzieckiem wentylowanym mechanicznie metodą inwazyjną w warunkach domowych.....	256-270
Hołownia Elżbieta, Sierakowska Matylda, Elżbieta Krajewska-Kułak: Problemy	

psychologiczne i pielęgnacyjne rodzin i opiekunów nieprofesjonalnych w opiece nad osobami z chorobą nowotworową.....	271-282
Kułak Agnieszka, Kułak Piotr, Grzegorz Bejda: Klątwa Ondyny w medycynie.....	283-296
Stępień Renata, Wiraszka Grażyna, Zdziebło Kazimiera, Wieczorek Anna: Problemy funkcjonalne i jakość życia chorych objętych stacjonarną opieką hospicyjną.....	297-306
Kupcewicz Ewa, Borkowska Barbara, Wołosewicz Iwona, Kędzia Alina: Akceptacja choroby a stosowane strategie radzenia sobie z doświadczanym bólem nowotworowym.....	307-322
Krzyżanowska-Grycel Eyta, Grycel Sławomir, Tokajuk Anna, Car Halina: Nowotwory a cukrzyca– implikacje kliniczne insuliny.....	333-344
Kopcych Bożena Ewa, Tokajuk Anna, Zalewska Anna, Chilińska-Kopko Ewelina, Glińska Karolina: Owrzodzenia nowotworowe wyzwaniem dla pielęgniarzkiej opieki domowej.....	345-356

ŻAŁOBA, CZYLI OSIEROCENIE

Komarnicka – Jędrzejewska Olga: Kamienne Anioły - Miłość zamknięta w kamieniu.....	357-367
Śleziona Mariola, Graf Lucyna, Ptaszek Gabriela, Stołecka Barbara, Mroczkowska Renata, Gurowiec Piotr Jerzy: Żałoba jako manifestacja straty w aspekcie wielokulturowym.....	368-376
Konczelska Katarzyna: Małżeństwo w obliczu śmierci dziecka.....	377-397
Krajewska-Kułak Elżbieta, Chadzopulu Antygona, Łukaszuk Cecylia, Guzowski Andrzej: Funeralna biżuteria okresu żałoby.....	398-415

TANATOEDUKACJA

Gnus Jan, Małek Dorota, Winter Paweł, Kasperczak Michał, Ferenc Stanisław, Zajac Bernard, Witkiewicz Wojciech: Tanatologia lekarska jako sztuka dobrego umierania.....	416-422
Tworowska Anna: Pietyzm wobec zwłok, jako norma społeczna.....	423-431
Dobińska Żaneta, Lisiak Henryk: Śmierć oczami mistyka na przykładzie „Nocy ciemnej” św. Jana od Krzyża.....	432-436
Graf Lucyna, Śleziona Mariola, Stołecka Barbara, Ptaszek Gabriela, Mroczkowska Renata, Gurowiec Piotr: „Memento mori”–przygotuj się do śmierci.....	437-442
Ptaszek Gabriela, Stołecka Barbara, Mroczkowska Reanta, Graf Lucyna, Śleziona Mariola, Gurowiec Piotr: Sztuka prowadzenia rozmowy z dzieckiem umierającym w szpitalu i jego rodzicami.....	443-449
Kułak Piotr, Gościak Elżbieta: Diagnostyka obrazowa w diagnostyce pośmiertnej	450-463
Pasieka Ewa, Lewandowski Jacek: Zastosowanie rentgenodiagnostyki klasycznej w identyfikacji zwłok i szczątków ludzkich.....	464-472
Gnus Jan, Krzak Łukasz, Mołęcki Daniel, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Dawidczyk Piotr, Podlaska Paulina, Fernec Stanisław, Zajac Bernard: Rola lekarza dentysty w identyfikacji szczątków ludzkich – przegląd piśmiennictwa.....	473-482
Gnus Jan, Kasperczak Michał, Winter Paweł, Małek Dorota, Ferenc Stanisław, Zajac Bernard, Witkiewicz Wojciech: Śmierć człowieka, a śmierć mózgu.....	483-490

PROBLEMY WIELOKULTUROWOŚCI W MEDYCYNIE

Sarosiek Justyna - Mangowa miłość. Doświadczenia z afrykańskiej misji. Wspomnienia z Zambii.....	491-510
Chadzopulu Antygona, Krajewska-Kułak Elżbieta, Łukaszuk Cecylia, Kułak Agnieszka, Bejda Grzegorz, Cybulski Mateusz, Theodosopoulou Eleni: Medyczna moc kamieni szlachetnych.....	511-529
Zdziebło Kazimiera, Nowak-Starz Grażyna, Stępień Renata, Wiraszka Grażyna: Kulturowe i społeczne bariery w opiece zdrowotnej.....	530-540
Łasak Dorota, Miarka Joanna, Śleziona Mariola, Graf Lucyna, Ingram Paulina: Kulturowe aspekty opieki pielęgniarskiej nad pacjentami wyznającymi judaizm....	541-551
Twardowska – Rajewska Jolanta: Otyłość w kulturze odrzucenia - od zdrowia do helsizmu.....	552-558
Laskowski Karol: Problematyka uchodźstwa w Polsce.....	559-569
Laskowski Karol: Stosunek Polaków do uchodźców i obcokrajowców.....	570-581
Van Damme Małgorzata, Sarosiek Justyna, Borowska Emilia, Van Damme-Ostapowicz Katarzyna: Kraina Otwartych Okiennic.....	582-588

ŚMIERĆ SPOŁECZNA

Kowalczuk Krystyna, Krajewska- Kułak Elżbieta, Sarnacka Emilia, Klimaszewska Krystyna, Kondzior Dorota, Kowalewska Beata, Sieniawska Ewa, Góralczyk Małgorzata: Podejście do chorych psychicznie na przestrzeni dziejów w różnych cywilizacjach.....	589-598
Jankowiak Barbara, Bujalska Dorota, Kondzior Dorota, Kowalewska Beata, Rolka Hanna, Klimaszewska Krystyna, Krajewska – Kułak Elżbieta: Postawy społeczeństwa wobec osób chorych psychicznie.....	599-613
Krajewska-Kułak Elżbieta, Łukaszuk Cecylia, Guzowski Andrzej, Cybulski Mateusz: Syndrom chodzącego trupa.....	614-626
Stołecka Barbara, Ptaszek Gabriela, Śleziona Mariola, Graf Lucyna, Mroczkowska Renata, Gurowiec Piotr: Postawy społeczne, które przyczyniają się do stygmatyzacji osób z niepełnosprawnością intelektualną.....	627-633
Twardowska – Rajewska Jolanta: Relacje międzypokoleniowe – dziadkowie – wnuki: konflikt czy współpraca.....	634-643
Burak Anna, Kłopocka Maria, Cierzniakowska Katarzyna, Dembna Iwona, Zacniewski Robert: Pacjent bezdomny - od nietolerancji do dyskryminacji	644-663
Koncewicz Dorota: Opinia studentów i słuchaczy zawodów medycznych na temat osób niesłyszących.....	664-683
Futyma Monika, Żemojduk Dominika, Ścisłowska Natalia, Szymańska Marta, Kulesza-Brończyk Bożena: Czy kobiecość może umrzeć? - trudne momenty w życiu kobiety.....	684-695

ZADANIA PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA W ZWALCZANIU DYSKRYMINACJI, STYGMATYZACJI, AGRESJI I UZALEŻNIEŃ

Kicel Katarzyna, Kieźel Emilia, Kopcych Bożena, Zalewska Anna, Chilińska-Kopko Ewelina, Waszkiewicz Napoleon: Wielowymiarowość przyczyn i konsekwencji nadużywania alkoholu.....	696-704
Zalewska-Ćwikła Martyna, Kowalczuk Krystyna, Krajewska - Kułak Elżbieta:	

Konsumpcja alkoholu przez studentów uczelni wyższych w Białymstoku.....	705-716
Zalewska-Ćwikła Martyna, Kowalczuk Krystyna: Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież akademicką.....	717-729
Kowalczuk Krystyna, Krajewska-Kułak Elżbieta, Klimaszewska Krystyna, Kondzior Dorota, Kowalewska Beata, Jankowiak Barbara, Rolka Hanna: Wybrane zjawiska patologiczne w miejscu pracy.....	730-740
Czajkowska-Fiesio Jolanta: Przestrzeganie zasad etyki wobec psychicznie chorych na przestrzeni wieków. Doświadczenia własne na przykładzie chorych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo izolowanych w warunkach więziennej służby zdrowia.....	741-760
Janiszewska Mariola, Barańska Agnieszka, Skiba Joanna, Zabłocka Kamila, Dziedzic Małgorzata, Węgorowski Paweł: Wiedza personelu medycznego na temat zespołu dziecka krzywdzonego.....	761-779
Jankowiak Barbara, Kiszycka Magdalena, Rolka Hanna, Kowalewska Beata, Kowalczuk Krystyna, Klimaszewska Krystyna, Krajewska-Kułak Elżbieta: Stygmatyzacja osób uzależnionych od alkoholu.....	780-794
Janiszewska Mariola, Barańska Agnieszka, Firlej Ewelina, Kryk Aneta, Sokołowska Anna: Poczucie wypalenia zawodowego jako zagrożenie XXI wieku	795-808

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCYNA



Ks. prof. zw. dr hab. Józef Zabielski

Śmierć i żałoba jako moralno-kulturowe wyzwanie współczesności

Katedra Teologii Moralnej Życia Społecznego UKSW w Warszawie

AWSD w Białymstoku

Studium Teologii w Wilnie

Riga Higher Institute of Religious Sciences w Rydze

W ludzkiej egzystencji dwa momenty są szczególnie ważne i znaczące dla wartościowania natury człowieka i sensu jego istnienia – narodziny i śmierć. Po narodzinach człowieka, najczęściej pytamy: „Kimże będzie to dziecko?” (por. Łk 1, 66), po śmierci zaś – gdzie jest teraz, czy to koniec ludzkiej egzystencji? Odpowiedzi na te pytania są szczególnie ważne dla osób, które po śmierci kogoś bliskiego doświadczają bólu rozstania i oczekują na powtórne spotkanie. Śmierć bowiem uświadamia wdzięczność za istnienie zmarłego, za wszelkie dobro, jakiego dokonał za ziemskiego życia, co wzbudza żal odejścia i tęsknotę bycia razem. Perspektywa ponownego spotkania zakotwiczona jest w wieczności jako wymiarze ludzkiej egzystencji, co rozpoznaje ludzki rozum utwierdzony wiarą w Boga. Taką perspektywę ludzkiej egzystencji prezentuje chrześcijaństwo, opierając się na Bożym Objawieniu oraz na świadectwie życia ludzi wierzących. Przykładem tego przekonania są słowa św. Teresy od Dzieciątka Jezus, która przed śmiercią wyznała: „Ja nie umieram, ja wchodzę w życie” [1,2].

Wyrazem poprawnego wartościowania ludzkiej egzystencji i uszanowaniem godności zmarłego człowieka jest uznanie wieczności oraz żałoba jako więź osobowa, naznaczona boleścią rozstania. Te dwa akty, stanowiące potwierdzenie ludzkich przekonań w zakresie wartościowania osoby ludzkiej i celowości jej egzystencji, są współcześnie kwestionowane, co prowadzi do deformacji wartościowania ludzkiego życia i śmierci oraz dewaluacji pogrzebu i żałoby. Mając to na względzie, w niniejszej analitycznej refleksji chcemy ukazać śmierć i żałobę jako moralno-kulturowe wyzwanie współczesności. Całość tych analiz została podzielona na dwie części:

- Śmierć jako przekroczenie progu wieczności
- Żałoba jako pośmiertna więź osobowa.

Śmierć jako przekroczenie progu wieczności

Integralne widzenie osoby ludzkiej ukazuje człowieka jako byt cielesno-duchowy, a jego egzystencja dokonuje się w wymiarze doczesności i wieczności. Kresem ziemskiej egzystencji jest śmierć, która nie sięga sfery ludzkiego ducha i stanowi bramę do wieczności. Takie postrzeganie człowieka ukazuje bytowo-egzystencjalną pełnię osoby ludzkiej, realizującej się w relacjach międzyludzkich oraz z Osobowym Bogiem. Pełnia bowiem ludzkiej egzystencji przekracza granice doczesności i „sytuuje” człowieka w wieczności. Wyjaśniając tę prawdę, Jan Paweł II stwierdza: *„Życie, którym Bóg obdarza człowieka jest czymś więcej niż tylko istnieniem w czasie. Jest dążeniem ku pełni życia; jest załączkiem istnienia, które przekracza granice czasu: <Bo dla nieśmiertelności Bóg stworzył człowieka, uczynił go obrazem swej własnej wieczności> (Mdr 2,12)”* [3,4,5].

Biblijno-teologiczne rozumienie prawdy o człowieku i sensie jego egzystencji wzbudza wiele życiowych pytań i rozterek. Zakotwiczona w wierze świadomość bycia „obrazem Boga” daje człowiekowi egzystencjalny spokój i nadzieję wiecznej szczęśliwości. W tej perspektywie śmierć jawi się jako jedyna możliwość spotkania Boga „twarzą w twarz”. Temu przekonaniu towarzyszy jednak postawa żalu opuszczania „tego” świata, który człowieka również absorbuje. Przeżywanie tego egzystencjalnego dylematu pogłębia jednak potrzebę wartościowania życia w jego pełni – w perspektywie wieczności. To pragnienie zakotwiczone jest w nadziei zmartwychwstania po śmierci i przejścia do życia w innym wymiarze, co napawa człowieka optymizmem i daje siłę do przewycięzania wszelkich ziemskich trudności [6,7,8].

Doświadczenie potrzeby wiecznego trwania i dążenie do osiągnięcia stanu nieśmiertelności jest potwierdzeniem duchowego pierwiastka w człowieku. Jest to rozpoznawane nie tylko na płaszczyźnie religijnej wiary, ale też natury ludzkiej świadomości, która odkrywa w tym fundamentalny element prawdy o człowieku oraz sens jego istnienia. Wykluczenie bowiem duchowości człowieka oraz wieczności jego egzystencji deformuje prawdę o naturze tego bytu osobowego i sensowności jego egzystencji. Potwierdzenie zaś obecności pierwiastka duchowego w człowieku i zakotwiczonych w nim zdolności przekraczania ziemskiej egzystencji znajdujemy też w naukach empirycznych. Poprzez poznanie prawdy o sobie oraz dobra swego istnienia, człowiek włącza się w bytowanie duchowe, które prowadzi do pełni ludzkiej egzystencji. Świadomość zaś niemożliwości osiągnięcia w ziemskim bytowaniu owej pełni szczęścia, każe człowiekowi poznawać i szukać dobra pozaziemskiego, dającego pełnię szczęśliwości. Człowiek rzeczywiście rozpoznający to „prawdziwe dobro” doskonali się, gdyż doświadcza zgodności swego

osobowego bytu z własnymi pragnieniami i wolą Stwórcy. W konsekwencji, człowiek poznaje głębię i źródło celowości i sensowności swego istnienia [5,9,10].

W czasach współczesnych doświadczamy wielu zagrożeń i deformacji poprawności wartościowania ludzkiej egzystencji w wymiarze wieczności. Życie ludzkie często sprowadza się do istnienia bytów wyłącznie cielesnych – zwierząt, a śmierć człowieka traktowana jest jako absolutny kres istnienia. Tego rodzaju myślenie i wartościowanie przekłada się na dowolność niszczenia człowieka w okresie życia ziemskiego, czego szczególnie drastycznym przykładem jest dopuszczalność aborcji, eutanazji, kary śmierci, handel ludzkimi organami, różne formy niewolnictwa, itp. Merytoryczna podstawa takiej aksjologii sytuuje się w tzw. postmodernizmie, stanowiącym charakterystyczną koncepcję współczesnej aksjologii. Charakteryzując to zjawisko, Jan Paweł II podkreśla, że w rozumieniu postmodernistów *„epoka pewników minęła bezpowrotnie, a człowiek powinien teraz nauczyć się żyć w sytuacji całkowitego braku sensu, pod znakiem tymczasowości i przemijalności. Wielu autorów, dokonując niszczycielskiej krytyki wszelkich pewników, zapomina o niezbędnych rozróżnieniach i podważa nawet pewniki wiary. Nihilizm ten znajduje swego rodzaju potwierdzenie w straszliwym doświadczeniu zła, jakie dotknęło naszą epokę. W obliczu tragizmu tego doświadczenia załamał się racjonalistyczny optymizm, który odczytywał historię jako zwycięski pochód rozumu, źródła szczęścia i wolności; w konsekwencji jednym z największych zagrożeń jest dzisiaj, u kresu stulecia, pokusa rozpaczy”* [11,12].

Postmodernistyczna „pokusa rozpaczy” w sposób niezwykle deformujący objawia się w rozumieniu i traktowaniu ludzkiej śmierci. Coraz więcej współczesnych ludzi nie umie odpowiedzialnie odnieść się do tego najbardziej uniwersalnego faktu ludzkiej egzystencji: myśl o śmierci przeraża, unikają rozmowy na ten temat, starają się od siebie odsunąć ten fakt, udając jakby śmierci nie było. Tym bardziej jest to interesujące i niepokojące w kontekście nasilającego się starzenia współczesnego społeczeństwa, co domaga się pogłębionego „oswajania się” ze śmiercią, gdyż zwiększa się liczba stających „na progu” śmierci. Dane statystyczne ukazują obraz społeczeństwa w postaci tzw. „odwróconej piramidy demograficznej”. Skutkuje to tym, że człowiek w podeszłym wieku coraz bardziej staje się „balastem” wygodnego życia. Zwiększająca się liczba osób starszych powoduje, że ludzkość woli oddalić od siebie rzeczywistość śmierci i wszystko, co się z nią kojarzy. Stąd też podkreśla się znaczenie młodości, siłę wieku i witalność, odwracając się od starości i śmierci. Narastające zjawisko starzenia się społeczeństwa powoduje odwracanie się od śmierci i jej ignorowanie, co stanowi swoiste wyzwanie współczesności [13,14].

Ignorowanie śmierci i jej deprecjonowanie ma swe podstawy w błędnym wartościowaniu współczesnego rozwoju technologicznego. Rozwijająca się technologia medycyny ukierunkowana jest na leczenie ludzi chorych i ratowanie ludzkiego życia. W sytuacji zaś, gdy jest to niemożliwe, szpitale zamieniają się w miejsca „samotnej śmierci”, gdzie człowiek umierający zostaje odgradzony parawanem lub umieszczony w izolatce dla konających. Stąd też, ze współczesnego środowiska śmierci człowieka coraz bardziej wykluczani są ludzie, a umieranie otoczone jest tabu i określane mianem „hospitalizacja” czy „medykalizacja”. Rozwijająca się zaś technologiczna cywilizacja w postaci uprzemysłowienia i urbanizacji eksponuje życie doczesne i tymczasowe, witalne i hedonistyczne, rozwijając zachwyty nad technicznymi zdolnościami człowieka do przewyższania materii i ujarzmiania przyrody. Zaduma zaś nad przemijalnością życia i śmiercią znosi ów zachwyty nad doczesnością i dobrodziejstwami industrialnej kultury. Ludzie prezentujący taką opcję aksjologiczną stawiają jeszcze krok dalej: skoro człowiek nie jest zdolny pokonać śmierci, to należy o niej – w miarę możliwości – zapomnieć oraz usunąć z ludzkiego pola myślenia i wartościowania. Tak kształtuje się współczesne przemilczanie ludzkiego umierania i śmierci. Opisując obrazowo współczesny pogrzeb jeden z autorów [cyt. za 13,15] stwierdza: *„dawny czarno-srebrny karawan przeobraził się w zwykłą szarą limuzynę, nie budzącą żadnego zamieszania w ulicznym ruchu. Społeczeństwo nie zatrzymuje się w swojej drodze: zniknięcie jednej istoty nie psuje jego ciągłości”*.

Aksjologiczna deprecjacja śmierci swe zasadnicze podstawy ma w rozwijającej się sekularyzacji, która często przyjmuje postać religijno-moralnego zubożenia. Dzisiaj coraz więcej ludzi żyje tak „jakby Boga nie było”. Jan Paweł II, charakteryzując rozwijający się na progu trzeciego tysiąclecia chrześcijaństwa sekularyzm, postawił pytanie: „Czy można (...) przemilczeć zjawisko obojętności religijnej, która sprawia, że wielu współczesnych ludzi żyje dziś tak, jakby Bóg nie istniał, albo zadowala się mglistą religijnością niezdolną sprostać problemowi prawdy ani obowiązki zachowania spójności między życiem i wiarą? Należy do tego dodać także powszechną utratę poczucia transcendentnego sensu ludzkiej egzystencji oraz zagubienie na polu etyki, obejmującej nawet tak fundamentalne wartości, jak szacunek dla życia i rodziny” [16,17,18].

Szczególną cechą współczesnego sekularyzmu jest pragmatyzm, który ze sfery ludzkich zainteresowań oficjalnie wyłącza wszystko, co nie przynosi współczesnemu człowiekowi praktycznej korzyści. Nie ma tu poszukiwania odpowiedzi na pytania ostateczne, a centralnym punktem zainteresowań jest unikanie wszelkich cierpień i niesprawiedliwości. W konsekwencji, język i postawy religijno-moralne zanikają w życiu

indywidualno-społecznym. *„Liczni ludzie, żyjący we współczesnych zsekularyzowanych społeczeństwach, nie lękają się już śmierci bez Boga, bez sakramentów świętych. W swoim codziennym życiu całkowicie obywają się bez Niego i nie mają przy tym poczucia jakiegokolwiek straty. Także w konfrontacji ze śmiercią i kwestiami ostatecznymi, dotyczącymi ich własnej egzystencji, nie popadają w jakieś szczególne zwątpienie, rozpacz czy poczucie beznadziejności”* [19,20,21].

Sekularyzacja i religijne zubożenie skutkuje ograniczeniem roli religii w odkrywaniu natury śmierci i jej egzystencjalnego znaczenia. Zagadnienie to jest przenoszone na pole psychologiczno-socjologiczne i medyczno-biologiczne. Wymiar religijny zanika, co przejawia się też w roli duchownego, którego posługa w hospicjum czy innym miejscu umierania jest niezrozumiała i traktowana jest jako konwencjonalny rytuał. Przejawem tabu śmierci jest zaniechanie jej postrzegania jako naturalnego końca ludzkiego życia ziemskiego i przejście do wieczności. Przeżywania śmierci przestaje też być wydarzeniem rodzinnym i zostaje oddane w ręce „specjalistów” w szpitalach lub hospicjach, co eliminuje osobowy kontakt ze śmiercią, czyniąc z niej wydarzenie obce. Współcześnie ojciec czy matka najczęściej nie umierają już w domu, otoczeni rodziną, ale zostają oddani innym, aby złagodzić ból umierania, traktując śmierć jako „upiór”, który trzeba oddalić i zapomnieć [13, 22].

Deprecjacja śmierci w sposób szczególnie destrukcyjnie wpływa na świadomość i postawy osób pojedynczych i wspólnot, zwłaszcza rodzinnych. Ludzie unikają myślenia o śmierci i dochodzenia jej prawdy, co określane jest jako uspakajająca nieobecność śmierci w życiu człowieka. Tylko śmierć osób publicznych i popularnych jest nagłaśniana w mediach, choć też dąży się do kształtowania postaw zubożenia w tym zakresie. Śmierć przestaje być postrzegana jako wydarzenie między konkretnym człowiekiem i Bogiem, stając się wydarzeniem medyczno-technologicznym. Postawa ta w sposób destrukcyjny wpływa na relacje międzyludzkie. Człowiek umierający poza domem nie ma możliwości doświadczyć ciepła rodzinnej miłości, przekazać swą ostatnią wolę tym najbliższym osobom, a nawet ich pożegnać. Współcześnie człowiek często umiera w samotności, której w tym momencie doświadczą w sposób wyjątkowy, czując się opuszczony. Brak owego kontaktu uniemożliwia też najbliższym duchowe wspieranie człowieka umierającego przez bezpośrednią obecność, pocieszenia, modlitwę i towarzyszenie „do końca”. Zanikają też istniejące od wieków, zwłaszcza wśród chrześcijan, obyczajowe ceremoniały umierania i towarzyszenia odchodzącym z „tego świata”, np. zapalenie gromnicy, indywidualne pożegnania, wspólna modlitwa, przepraszenie za popełnione zło, itp. Dzisiaj najczęściej rodzina dowiaduje się o

śmierci bliskich po fakcie, a kontakt z osobą zmarłą ogranicza się do załatwienia pogrzebowych formalności i złożeniu wieńca na grobie. Fakty te stanowią ważne wyzwanie współczesności, domagające się powracania do śmierci jako fundamentalnego wydarzenia ludzkiej egzystencji, stanowiącego wyraz poszanowania człowieka oraz jego wartościowania w wymiarze indywidualnym i społecznym [14,23,24].

Żałoba jako pośmiertna więź osobowa

Prawda o ludzkim życiu i śmierci stanowi podstawę pożegnania osoby zmarłej oraz przeżywania żałoby jako pośmiertnej więzi z nią. Ludzie uznający i wierzący w życie wieczne traktują śmierć jako moment przejścia do nowego etapu ludzkiej egzystencji i w czasie żałoby starają się utrzymać kontakt z tym, który istnieje „po tamtej stronie” życia. Chrześcijanie to przekonanie opierają na Piśmie Świętym, w którym czytamy: „Nikt z nas nie żyje dla siebie i nikt nie umiera dla siebie; jeżeli bowiem żyjemy, żyjemy dla Pana; jeżeli zaś umieramy, umieramy dla Pana. I w życiu więc i w śmierci należymy do Pana” (Rz 14, 7-8). Wiara w tę prawdę zobowiązuje do okazania szacunku człowiekowi za życia i po jego śmierci, która jest rozumiana jako pożegnanie, ale nie absolutne zerwanie więzi. To doświadczenie i prawdę o człowieku przekonująco ukazał Tolstoj: *„Gdy człowiek patrzy na umierające zwierzę, ogarnia go lęk: to, co jest nim – jego istota – w jego oczach jawnie ginie, przestaje istnieć. Ale kiedy umiera człowiek, i to człowiek kochany, wtedy oprócz lęku, jaki odczuwamy wobec odchodzącego życia, czujemy wraz z raną duszy, która, podobnie jak rana fizyczna, czasem zabija, czasem goi się, ale zawsze boli i obawia się zewnętrznego podrażniającego dotknięcia”* [25].

Ten osobowy związek z umierającym człowiekiem potwierdza przekonującą wiarę, że ludzka śmierć jest tylko „przejściem” do innej formy egzystencji. Pożegnanie osoby zmarłej łączy w sobie ból rozstania oraz nadzieję i potrzebę ponownego spotkania. Doświadczenie to zakotwiczone jest w miłości, która jest więzią osobową łączącą ludzi *przed i po śmierci*. Życiowe doświadczenie przekonuje, że: *„Od złych ludzi łatwo odejść, ciężko tylko od dobrych...”* [26]. Dzieje się tak dlatego, gdyż: *„Prawdziwa miłość jest raną. I tylko tak ją można odnaleźć w sobie, gdy czyjś ból boli człowieka jako jego ból”* (Myśliwski *„Traktat o luskaniu fasoli”* [cyt. za 27]). Miłość nie tylko motywuje przeżywanie bólu rozstania i żałoby, ale też stanowi jego miarę oraz potwierdza duchowy charakter osoby ludzkiej. *„Tylko ludzie zdolni do wielkiej miłości – wyjaśnia L. Tolstoj - mogą odczuwać wielką rozpacz; lecz ta potrzeba miłości służy im jako środek przeciwko rozpaczom i ocala ich. Dlatego duchowa natura człowieka jest bardziej żywotna od fizycznej. Rozpacz nigdy nie zabija”* [28,29].

Współczesna kultura postmodernistyczna neguje lub lekceważy *duchową naturę człowieka*, stąd też śmierć traktowana jest jako absolutny koniec ludzkiej egzystencji. To zaś skutkuje deformacją żałoby, którą pojmuje się jako formę odsunięcia śmierci i zapomnienia zmarłego człowieka. Pogrzebanie ciała zmarłego człowieka zleca się konkretnej instytucji – zakładowi, który profesjonalnie wykona swoje zadanie. Udział w pogrzebie i przeżywanie żałoby sprowadza się do zewnętrznych gestów – wieńce kwiatów, karawany, wynajęci grabarze – zanika zaś osobista więź ze zmarłym. Wyrazem odsunięcia z pamięci i serca faktu śmierci są też pogrzebowe przyjęcia – stypy, podczas których praktycznie wyklucza się łączność z osobą zmarłą, a formułuje się obraz życia bez niej. Do tego należy dodać wymiar *stricte* materialny w postaci wzrastającej troski o ubezpieczenia finansowe przed śmiercią – co ukazuje aktywność reklam instytucji ubezpieczeniowych – oraz zaangażowanie rodziny w odzyskanie tych zysków po śmierci. Rozwijające się zubożenie religijno-moralne oraz sekularyzacja życia społeczno-kulturowego niweluje modlitewny charakter żałoby, który w przeszłości stanowił fundamentalną formę „pożegnania” zmarłych. Dzisiaj praktycznie zanika modlitwa za zmarłych jako podziękowanie Bogu za życie ziemskie oraz prośba o ich wieczne zbawienie. Przywołane fakty i postawy ukazują zanikanie duchowej więzi między ludźmi za życia i po śmierci, co ma swe podstawy w materializowaniu osoby ludzkiej oraz w komercjalizacji jej egzystencji [10,31,32].

Uświadomienie tych faktów winno mobilizować do wysiłków przywrócenia duchowego charakteru żałoby, ze wskazaniem wymiaru religijno-moralnego. Kultura śmierci pozwala wskazać kilka konkretnych faz żałoby. W powszechnym rozumieniu żałoba jest reakcją na śmierć, doświadczeniem braku zmarłych, ich osobistego znaczenia w relacjach interpersonalnych. Żałoba przeżywana jest jako „duchowa rana”, która goi się długo i zostawia trwałe blizny. Głębia tej rany uwarunkowana jest bliskością osoby zmarłej i znaczeniem w życiu pozostałych osób. Istnieje jednak pewna uniwersalna droga przeżywania tego „duchowego bólu”, zwłaszcza w ciągu pierwszego roku po śmierci kogoś bliskiego. W pierwszej fazie żałoba objawia się doświadczeniem szoku i zaprzeczenia, z tendencją ucieczki od szokującej informacji o śmierci bliskiej osoby. Towarzyszy temu emocjonalne odrętwienie i gniew połączony z zaprzeczeniem realnego odejścia osoby z tego świata. W drugim etapie przeżywanie żałoby objawia się tęsknotą, przepełnioną smutkiem i żalem za zmarłym, wspomnieniami dobra oraz często poczuciem winy z powodu domniemych zaniedbań wobec tej osoby. W kolejnym etapie przeżywania żałoby pojawia się życiowa dezorganizacja w odniesieniu do problemów osobistych i społecznych. Objawia się to swoistą nieporadnością w życiu codziennym, a nawet lękiem i rozpaczą oraz mnożeniem się pytań

egzystencjalno-religijnych. Człowiek w żałobie doświadcza braku poczucia bezpieczeństwa, tożsamości i celowości życia, gdyż została zaburzona więź z osobą zmarłą. W ostatniej fazie żałoby pojawia się potrzeba i chęć reorganizacji życia; ludzie zazwyczaj akceptują stratę i powoli wracają do równowagi. Zaczyna się bardziej wierzyć w siebie i w możliwość radzenia z odmienną sytuacją psychospołeczną; człowiek zaczyna na nowo układać sobie życie, choć w pamięci i sercu zostaje osoba zmarła. W człowieku wierzącym w Boga, żałoba opiera się na nadziei spotkania osoby zmarłej w życiu przyszłym [33,34,35].

Przeżywanie żałoby jako wyjątkowo trudnego naturalnego procesu po stracie osoby bliskiej domaga się wsparcia innych osób – najbliższej społeczności. Towarzyszenie i pomoc w tym zakresie dotyczy wszelkich problemów związanych z przeżywaniem żałoby przez pojedyncze osoby czy najbliższą rodzinę. Winno to być wsparcie emocjonalno-osobowe, z uwzględnieniem obecności umożliwiającej wyrażenie smutku i żalu, „wypłkanie się” i wyrażanie owego „duchowego bólu”. Żałoba jest potrzebą, którą człowiek winien spełnić, aby powrócić do duchowej równowagi, gdyż: *„Tyle wspomnień wstaje z przeszłości, gdy usiłuje się przywołać w pamięci rysy ukochanej osoby, że skroś te wspomnienia widać je niewyraźnie, jak przez łzy. To łzy wyobraźni”* [36]. Ludzi w żałobie trzeba wspierać poprzez pomoc w zrozumieniu śmierci i sensu ludzkiej egzystencji osoby zmarłej, w czym szczególnie ważna jest pomoc duchowo-religijna w postaci modlitwy. Problemem wielu ludzi po stracie najbliższych jest samotność, stąd też ważna jest obecność osób bliskich, których towarzyszenie ułatwia pogodzenie się ze smutkiem. Przeżywający żałobę najczęściej nie chcą zapomnieć o zmarłym, tylko poradzić sobie z pustką po śmierci bliskiej osoby, w czym pomocne jest wspomnianie zmarłego jako prawidłowe przeżywanie żałoby. Ukojeniem są też łzy, a bycie ich świadkiem – utulenie płaczącego - jest osobowym towarzyszeniem przeżywania żalu i „duchowego bólu” [37,38,39].

Odkrywanie wieczności jest fundamentalnym normatywem ludzkiej egzystencji. „Człowiek jest bowiem jedyną istotą żywą, która wie, że umrze i potrafi snuć na ten temat rozważania, zdając sobie sprawę z tego, iż są to tylko ludzkie myśli o tym, co jest dla nas Tajemnicą” [10,40]. Chrześcijańska refleksja nad tajemnicą śmierci prowadzi do wniosku, że jest ona nowym narodzeniem człowieka, który spotyka się z Bogiem – z Chrystusem, dzięki któremu osiąga ostateczną nieśmiertelność w wymiarze cielesno-duchowym. Wiarę w nieśmiertelność potwierdza ludzkie przekonanie: „Czujemy i doświadczamy, że jesteśmy wieczni” [41,42]. Doświadczenie wieczności zobowiązuje do wdzięcznej pamięci o osobach zmarłych, co wyraża się w przeżywaniu żałoby: *„Co z tego, że ręka stężała i opada*

bezwładnie? Co z tego, że tętno ucichło i serce bić przestało? To jeno jest ważne, że ręka ta była hojna, innym pomocna; że serce to było odważne i czule, i pełne miłości, że było sercem człowieczym. O, śmierci, uderz, zadaj cios. Przekonasz się, że z rany wytrysną dobre uczynki, owe nasiona nieśmiertelnego życia na ziemi” [43].

Piśmiennictwo

1. Św. Teresa od Dzieciątka Jezus, *Novissima verba*. Por. Katechizm Kościoła Katolickiego. Wyd. Pol., Pallottinum, Poznań 1994, 1011.
2. Frey P.: *Nach Gott Fraget. Lebendiges Zeugnis*, 2012, 67, 23-25.
3. Jan Paweł II: Encyklika *Evangelium vitae*, nr 34.
4. Frey C., *Zum Verständnis des Lebens in der Ethik*. *Zeitschrift für evangelische Ethik*, 1995, 39, 169-170.
5. Zabielski J.: *Wartościowanie życia jako odkrywanie wieczności [w:] W drodze do brzegu życia*, t. 3, Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Łukaszuk C. (red.). UMB, Białystok 2007, 59-61.
6. Kupisiński Z.: *Śmierć jako wydarzenie eschatyczne*. Wyd. KUL, Lublin 2007, 56-58.
7. Compagnoni F.: *La verità della vita Humana*. *Rivista di Teologia Morale*, 1995, 27, 168-171.
8. Bode F.J.: *Wo Gott ist, da ist Zukunft*. *Lebendiges Zeugnis*, 2012, 67, 10-12.
9. Stein E.: *Z dociekań nad bytem skończonym i bytem wiecznym [w:] W kierunku Boga*, Bejze B. (red.). Warszawa 1982, 247-248.
10. Joblin J.: *Identité chrétienne dans un monde global, multicultural et pluraliste*. *Gregorianum*, 2012, 93, 333-347.
11. Jan Paweł II: Encyklika *Fides et ratio*, nr 91.
12. Skowronek R.: *Dobro w czasach postmoderny. Etyka postmodernizmu a nauczanie moralne Jana Pawła II*. Katowice 2001, 13-43.
13. Kramkowska E., Halicka M.: *Śmierć – temat tabu współczesnego świata? [w:] W drodze do brzegu życia*, t. IV, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B. (red.). UMB, Białystok 2008, 131-132
14. Machinek M.: *Śmierć w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u kresu ludzkiego życia*. Olsztyn 2004, 25-26.
15. van Oorschot B.: *Medizin und Theologie im Gespräch exemplarisch über Sterben und Tod*. *Praktische Theologie*, 2011, H. 1, 35-38.
16. Jan Paweł II: *List Apostolski Tertio millennio adveniente*, nr 36.

17. Zabielski J.: Współczesny indyferentyzm religijny. Studium teologiczno moralne. Białystok 1999, 9-17
18. Gutowski P.: Epistemologiczne i etyczne podstawy „nowego ateizmu”. *Teologia i Moralność*, 2013, 1, 7-18.
19. Wielgus S.: Stanać po stronie Dobra. *Sandomierz* 2013, 155.
20. Zabielski J.: Indyferentyzm religijno-moralny jako znamię współczesnej kultury chrześcijańskiej Europy [w:] *Drogi i bezdroża kultury chrześcijańskiej Europy*, Czerniak U., Grabowski J.(red.). Częstochowa 2003, 561-571.
21. Kehl M.: Kirche in der Fremde. *Stimmen der Zeit*, t. 211, 1993.
22. Kubiak A.: Inne śmierci. Tanatologiczne nurty we współczesnej kulturze. *Kultura i społeczeństwo*, 2007, 51, 169-187.
23. Skreczko A.: Śmierć jako sprawdzian dla żyjących [w:] *W drodze do brzegu życia*, t. IV, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B. (red.). UMB, Białystok 2008, 141-146.
24. Schmitt H.: Grenzziehung am Ende des Lebens. Theologisch-ethische Wegmarken im Umgang mit dem Sterben. *Stimmen der Zeit*, 2012, 1, 23-34.
25. Tołstoj L.: *Wojna i pokój*. Warszawa, t. 2, 1979, 565.
26. Hesse H.: *Gra szklanych paciorków*. Kurecka M. (tłum.). Wyd. Propaganda, Poznań 1971, 762.
27. Jabłońska K., Luter A.: Miłość, czyli rana. *Więź*, 2012, 10, 140.
28. Tołstoj L.: *Dzieciństwo*. PIW, Warszawa 1979, 96.
29. Leone S.: La morte come Dono. *Rivista di Teologia Morale*, 2007, 39, 249-262.
30. Casazza P., Guenzi D.: Stili di vita e consumi. Dall'economia dello sviluppo all'economia della felicità. *Rivista di Teologia Morale*, 2007, 39, 279-284;
31. Hempelmann R.: Tod und Trauer im Kontext eines säkularen Humanismus. *Lebendiges Zeugnis*, 2014, 69, 203-209.
32. Żałoba po bliskich: 4 fazy rozpacz, <http://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/Zaloba-po-bliskich-4-fazy-rozpacz...>, data pobrania 17.12.2014.
33. Święty czas żałoby, <http://www.niedziela.pl/arttykul/60827/nd/Swiety-czas-zaloby>, data pobrania 17.12.2014.
34. Skreczko A.: Dziecko wobec śmierci bliskiej osoby [w:] *W drodze do brzegu życia*, Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Łukaszuk C. (red.). UMB, Białystok 2007, 223-224.
35. Salij J.: Ból duchowy. *Charaktery*, 2000, 2, 38-39.

36. Tołstoj L.: Opowiadania sewastopolskie [w:] Dzieła wybrane, Tołstoj L. PIW, t. 5, Warszawa, 1979, 12.
37. Złotowska I., Czajkowska A.: Czas rozstania – żałoba, <http://www.katecheza.info/zycie/zaloba.html>, data pobrania 17.12.2014.
38. Szefer S.: Życie po śmierci, Wyd. AA, Kraków, 2007.
39. Schnelzer Th.: Der Bestatter als Trauerbegleiter. Lebendiges Zeugnis, 2014, 69, 210-215.
40. Chlewiński Z.: Myśli o śmierci, <http://www.niedziela.pl/artukul/21309/nd/Mysli-o-smierci-1>, data pobrania 23.01.2015
41. de Spinoza B., Etyka w porządku geometrycznym doświadczona. Myślicki J. (tłum.). PWN, Warszawa 2008.
42. Schreiber M.: Der uralte Traum von Ewigkeit. Vatican – Magazin, 2008, 2, 58-61.
43. Dickens K.: Dzwony [w:] Opowieści wigilijne, Tarnowska, K. (tłum.). Czytelnik, Warszawa 1958, 93.

Leśniewski Krzysztof

Osoba ludzka wobec decyzji obdarowywania swoim ciałem w obliczu śmierci mózgowej

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Śmierć to największa tajemnica w życiu człowieka. Przeraża i fascynuje równocześnie, gdyż w swej istocie pozostaje niepoznawalna. Zapewne właśnie z powodu swej zagadkowości i wielowymiarowości skłania kolejne pokolenia ludzi do poszukiwania odpowiedzi, czym ona jest i jak ją dookreślić z różnych punktów widzenia. W ramach różnych koncepcji antropologicznych śmierć jest analizowana jako rzeczywistość, która powoduje kres życia człowieka jako bytu psycho-cieleśnego lub też duchowo-psycho-cieleśnego. Śmierć zatem sprawia rozpad osoby ludzkiej jako zintegrowanej całości. W zależności od przekonań filozoficznych lub wiary religijnej traktuje się śmierć jako absolutny koniec ludzkiej egzystencji albo też jako „nowe narodziny” czy też przejście do odmiennego – niż ziemski – sposobu bytowania. Nawet jednak ci, którzy wierzą, że po śmierci jest jakiś dalszy sposób istnienia, to i tak zazwyczaj ich udziałem jest lęk przed tą budzącą wiele trudnych pytań rzeczywistością.

Niniejszy artykuł ma sprowokować do zastanowienia nad implikacjami egzystencjalnymi, jakie mogą być udziałem człowieka, gdy znajdzie się w stanie określanym jako śmierć mózgowa. Współcześnie promowana jest postawa do bycia gotowym do daru ze swego ciała dla innych, którym ten dar przedłuży życie w przypadku, gdyby wskutek sytuacji losowych znaleźli się w takim właśnie stanie. Do bezinteresownego daru ze swego ciała zachęcają również Kościoły chrześcijańskie. Podstawą do tego rodzaju daru jest niczym nie skrepowany akt woli oraz przekonanie, iż w stanie śmierci mózgowej człowiek jest już martwy, czyli jego dusza oddzielona jest już od ciała. Tymczasem od pewnego czasu w różnych kręgach naukowych pojawia się narastająca krytyka koncepcji śmierci mózgowej jako kresu ludzkiego życia. Głosy krytyczne głównie odwołują się do przesłanki biologicznej, a mianowicie, że w pewnej części przypadków osoby w stanie śmierci mózgowej nie są martwe, mimo ograniczonych funkcji życiowych. W tej sytuacji rodzi się pytanie, czy śmierć mózgowa – specyficzny stan „niepewnego nieistnienia” – nie powinna budzić lęku przed gwałtowną formą rzeczywistej śmierci, doświadczaną świadomie w całkowitej bezradności i braku jakiegokolwiek możliwości, aby się przed nią uchronić.

Koncepcja śmierci mózgowej a transplantologia

W ciągu ostatniego półwiecza możemy zaobserwować bardzo dynamiczny rozwój nauk biologicznych i medycznych. Właśnie w związku z dynamicznym rozwojem nauk medycznych, a także coraz to powszechniejszym i skuteczniejszym stosowaniem transplantacji organów i tkanek, ludzkość musi się zmierzyć z wieloma problemami, które jeszcze kilkadziesiąt lat temu mogły się wydawać abstrakcją. Współcześnie bowiem, intensywny postęp naukowo-techniczny w medycynie ma coraz to większy wpływ na przedłużanie życia ludzkiego, nie tylko poprzez zastosowanie urządzeń technicznych wspomagających pracę organizmu ludzkiego, ale również poprzez transplantację ludzkich narządów i tkanek. Coraz powszechniejsza praktyka różnego rodzaju przeszczepów wydaje się być rzeczywistością tak oczywistą i wszechstronnie uzasadnianą, że trudno się nie zgodzić co do jej wielkiego znaczenia w ratowaniu i przedłużaniu ludzkiego życia. Zasadniczo w refleksji nad bioetycznymi aspektami przeszczepów naukowcy wskazują na pozytywne walory transplantologii w odniesieniu do wartości życia. W takim ujęciu szczególnie podkreśla się, by narządów ludzkich nie traktować jako „leku” w sensie ścisłym, gdyż teoretycznie nie można ich kupić. Z jednej strony są więc bezcenne, a z drugiej strony coraz bardziej powszechny staje się „czarny rynek” handlu narządami, pochodzącymi nie tylko od ludzi zmarłych, ale również od ludzi żywych, którzy z jakichś powodów (zazwyczaj finansowych) decydują się na sprzedaż jakiegoś swego organu lub też przemocą zostają jakiegoś organu pozbawieni. Często wiąże się to z ryzykiem znacznego pogorszenia, a nawet utraty życia dawcy organu.

Oprócz tego rodzaju problemów wynikających z działań transplantologicznych, coraz mocniej w ostatnich latach dochodzi do głosu bardzo istotny problem, wynikający z faktu pobierania narządów od dawców, będących w stanie tzw. śmierci mózgowej. Pojęcie śmierci mózgowej funkcjonuje od 1968 roku. Zaproponowano je na 22. Zgromadzeniu Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (*World Medical Assembly*) w dokumencie znanym jako tzw. Deklaracja z Sydney [1]. Stwierdzenie śmierci mózgowej stanowiło alternatywę dla powszechnie istniejącej klasycznej definicji śmierci, pojmowanej jako nieodwracalne ustanie oddychania i krążenia krwi. Warto zauważyć, iż w tym samym czasie ukazał się raport Nadzwyczajnej Komisji Harwardzkiej Szkoły Medycznej do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej (*Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*), którego celem było „zdefiniowanie nieodwracalnej śpiączki jako nowego kryterium śmierci”, a zadaniem „określenie cech trwale niedziałającego mózgu” [II]. W raporcie tym podano nowe kryteria określania śmierci, rozumianej jako nieodwracalne, trwałe

ustanie czynności całego mózgu, co potwierdza brak reakcji na bodźce, a także brak samoistnego lub będącego reakcją na bodźce ruchu mięśni, brak samoistnej czynności oddechowej, w powiązaniu z brakiem odruchów pniowych i głębokich odruchów ścięgniastych [2]. Ówczesny szef Komisji Harwardzkiej otwarcie przyznawał, iż definicja śmierci mózgowej nie była wynikiem nowych osiągnięć w medycynie, lecz skutkiem pojawiającego się zapotrzebowania na narządy do transplantacji: *„W nowej definicji śmierci jest wielki potencjał dla ratowania życia, gdyż jeśli zostanie zaakceptowana, to przyczyni się do większej, niż uprzednio, dostępności istotnych narządów nadających się do przeszczepu; z tego też powodu ogromna ilość istnień ludzkich, teraz nieuchronnie ginących, zostanie uratowana”* [3].

Ta nowa definicja śmierci została przyjęta przez większość religii [4] i w większości krajów świata [5]. W Polsce wprowadzono ją 1 lipca 1984 roku komunikatem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej [6], a zmodyfikowano również w formie komunikatów w 1994 i 1996 roku. Aktualnie obowiązującą w naszym kraju podstawą prawną jest Obwieszczenie Ministra Zdrowia (Zbigniewa Religi) z dnia 17 lipca 2007 roku w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. W założeniach ogólnych Załącznika do tego obwieszczenia pojawia się stwierdzenie: *„Śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Powoduje to dezintegrację ustroju jako całości funkcjonalnej i kolejne, trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej. Zatem niektóre funkcje ustroju lub ich części mogą utrzymywać się przez pewien czas w oderwaniu od innych, wcześniej obumarłych. Zdysocjowany charakter zjawiska ujawnia się w sposób szczególny w sytuacjach, w których śmierć objęła już mózg, podczas gdy krążenie krwi jest jeszcze zachowane. W tych przypadkach to stan mózgu determinuje życie lub śmierć człowieka”* [7]. Z antropologicznego punktu widzenia w przyjętych założeniach ogólnych Obwieszczenia Ministra Zdrowia istotne są dwa fakty determinujące pojmowanie śmierci, a mianowicie założenie, iż *„śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym”* oraz założenie, że *„stan mózgu determinuje życie lub śmierć człowieka”*. W dokumencie tym znalazło się również lakoniczne wyjaśnienie, iż *„Wieloletnia praktyka medyczna jednoznacznie wykazała, że w wybranych przypadkach odstępianie od koncepcji śmierci człowieka jako całości na rzecz koncepcji śmierci mózgu człowieka jako całości jest uzasadnione z naukowego i praktycznego punktu widzenia. W świetle postępu w medycynie i dynamicznego rozwoju intensywnej terapii takie stanowisko okazuje się być ze wszech miar potrzebne i słuszne”* [7].

Traktowanie śmierci jako zjawiska, a nie jako faktu biologicznego świadczy, iż autorzy dokumentu traktują ten ważny fakt życia każdego człowieka bez należytej powagi.

Czy sprowadzanie śmierci jedynie do „zjawiska” nie jest podejściem redukcjonistycznym? Jeżeli człowiek jest bytem, to śmierć jest czymś o wiele więcej niż tylko zjawiskiem. To autentyczny koniec ziemskiego życia człowieka, a więc fakt jednostkowy, w wyniku którego człowiek przestaje istnieć jako byt psycho-cielesny. Z biologicznego punktu widzenia, śmierć nie jest tym samym, co umieranie. O ile umieranie jest procesem, o tyle śmierć jest końcem tego procesu, a więc śmierć jest jednostkowym faktem. W tym kontekście można zadać sobie pytanie, czy z logicznego punktu widzenia jest możliwe utożsamienie faktu z procesem. Z założenia, że „śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym”, które w dokumencie jest traktowane jako proces rozłożonego w czasie obumierania tkanek i układów, w wyniku czego dochodzi do dezintegracji organizmu jako całości – wynika utożsamianie procesu umierania człowieka z faktem śmierci. Jeśli nawet niektóre funkcje lub części organizmu człowieka obumierają później od innych, to nie oznacza, że jesteśmy w stanie dokładnie określić, kiedy następuje faktyczna śmierć. Warto zauważyć, że nawet w amerykańskim dokumencie Prezydenckiej Rady Bioetycznej stwierdzono, że „przejście od żywego ciała do zwłok jest w pewnym stopniu tajemnicą, przekraczającą możliwości nauki i medycyny, bowiem nie są one w stanie dokładnie określić kiedy większość ludzkich bytów umiera” [8].

Jeśli zjawisko zdysocjowane pojmujemy jako proces zachodzący w organizmie chorego, to oznaczałoby, że istnieje stan pośredni pomiędzy życiem a śmiercią. Czy jednak jest możliwe, aby chory równocześnie „żył” i „nie żył”? Na poziomie prawa można sobie zadać pytanie, czy można być równocześnie „trochę obywatelem danego państwa” i „trochę zwłokami stanowiącymi własność tego państwa”... Jeśli zostanie stwierdzona śmierć człowieka, to z punktu widzenia prawa – człowiek traci status osoby ludzkiej oraz przynależnych jej praw obywatelskich. Z tego też względu w załączniku do obwieszczenia Ministra Zdrowia z 2007 roku pojawia się adnotacja, że po dokonaniu rozpoznania śmierci mózgowej „respirator wentyluje zwłoki”. Takiego sposobu uznawania chorego za zmarłego nie można traktować jako fakt biologiczny, bowiem jego „śmierć” następuje w chwili złożenia przez lekarzy podpisów na stosownych dokumentach. Trzeba bardzo mocno podkreślić, że orzekaniu o śmierci mózgowej zazwyczaj nie towarzyszy jakakolwiek zmiana w organizmie pacjenta i jedyna zmiana, jaka faktycznie następuje w momencie komisyjnego wydania orzeczenia o śmierci mózgowej określonego pacjenta, to ustanie w odniesieniu do niego obowiązku terapeutycznego oraz utrata przynależnych mu praw jako osoby ludzkiej. Słusznie więc dominikanin i lekarz zarazem, o. dr Jacek Maria Norkowski wskazuje, że „śmierć diagnozowana na podstawie kryteriów neurologicznych nie jest więc faktem

biologicznym, jakimś zdarzeniem w organizmie pacjenta, jest natomiast niewątpliwie faktem społecznym, mającym daleko idące konsekwencje prawne” [9].

W dokumencie Ministra Zdrowia z 2007 roku zostało dobitnie stwierdzone, że podstawą do określenia śmierci człowieka mogą być sytuacje, gdy zostanie zdiagnozowana śmierć mózgu przy zachowanym krążeniu krwi. W takiej sytuacji przyjmuje się, że „czynnikiem kwalifikującym śmierć mózgu jest nieodwracalny brak funkcji pnia mózgu”, co musi być potwierdzone badaniami instrumentalnymi w ramach postępowania diagnostycznego. Lekarze specjaliści mają za zadanie sprawdzić, czy chory jest w śpiączce, sztucznie wentylowany, a ponadto, czy została rozpoznana przyczyna śpiączki i czy nastąpiło pierwotne lub wtórne uszkodzenie mózgu oraz czy uszkodzenie mózgu jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu. Ponadto, mają wykluczyć fakt, że pacjent należy do grupy chorych zatrutych i pod wpływem niektórych środków farmakologicznych (zwłaszcza narkotyków, środków nasennych, środków usypiających, środków zwiotczających mięśnie poprzecznie prążkowane), chorych w stanie hipotermii (mniej lub równo 35°C ciepłoty powierzchniowej), chorych z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi oraz noworodków poniżej 7. dnia życia. Decyzja o stwierdzeniu śmierci mózgowej przynależy do kompetencji komisji trzech lekarzy, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii. Chorego można uznać za zmarłego pomimo utrzymującej się czynności serca pod warunkiem, że pień mózgu został uznany za martwy. Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z 2007 roku precyzuje, iż z chwilą uznania chorego za zmarłego „respirator wentyluje zwłoki”, a „obowiązek terapeutyczny ustaje”.

Doświadczenia kliniczne, jak również szeroko rozumiana wiedza antropologiczna skłania wielu lekarzy, biologów, bioetyków, filozofów, socjologów, psychologów czy teologów (chrześcijańskich, żydowskich czy muzułmańskich) do coraz bardziej krytycznego traktowania koncepcji śmierci mózgowej [10]. Niektórzy naukowcy zdecydowanie podkreślają, że śmierci mózgowej nie można utożsamiać ze śmiercią całej istoty ludzkiej. W jakim stopniu śmierć mózgowa jest nieodwracalną utratą świadomości, a tym samym cech osobowych, których obecność domaga się sprawnie działającego mózgu? Czy śmierć mózgowa nie stanowi swego rodzaju umowy społecznej, która staje się obowiązująca, jeśli zostaną spełnione określone, z góry założone, kryteria? Czy śmierć mózgowa to jednoznaczny dowód, że rzeczywiście zaistniała utrata fizjologicznej jedności organizmu oraz kres jego istnienia jako całości? [11]. Warto zauważyć, że w różnych krajach funkcjonują różne definicje śmierci mózgowej oraz kryteria diagnostyczne dla jej orzekania [12]. D.A.

Shewmon dowodzi na podstawie analizy statystycznej, iż nie mamy i nie możemy mieć pewności co do poprawności diagnozy śmierci mózgowej bazującej na nieodwracalności zmian chorobowych u konkretnego pacjenta, a w związku z tym znaczne jest ryzyko błędnej diagnozy [13]. W wyniku obserwacji klinicznych naukowcy dochodzą do przekonania, że organizm chorych w stanie śmierci mózgowej może być zintegrowany, a więc żywy. Coraz poważniej naukowcy kwestionują tezę, że kryteria śmierci mózgowej są faktycznie naukowo potwierdzone [14]. Ciała chorych, które spełniają kryteria śmierci mózgowej często wykonują wiele czynności integrujących o charakterze holistycznym, które mają zasadnicze znaczenie dla całego organizmu, np. krążenie, oddychanie (z pomocą respiratora) – umożliwiające normalną absorpcję tlenu w tkankach ciała i normalny przebieg procesów metabolicznych, usuwanie szkodliwych produktów metabolizmu, gojenie się ran, odporność na infekcje czy utrzymywanie równowagi energetycznej organizmu [9]. Pozostaje pytanie otwarte, czy kobieta w ciąży, która jest w stanie śmierci mózgowej, jest faktycznie martwa, jeśli jest w stanie podtrzymać swoje dziecko w rozwoju i umożliwić mu przyjście na świat. Jak zinterpretować stan dzieci będących w stanie śmierci klinicznej, które normalnie rosną i przechodzą wczesne etapy dojrzewania płciowego?

Na podstawie obserwacji empirycznych podkreśla się, że ciała pacjentów z diagnozą śmierci mózgowej w dalszym ciągu są żywymi organizmami. Stąd też środowiska medyczne mówią o „podwójnej” śmierci chorego. Najpierw o śmierci osoby ludzkiej w wyniku śmierci mózgu, a następnie o śmierci samego ciała jako żywego organizmu. W wyniku nieuzasadnionego ani filozoficznie, ani teologicznie założenia wielu lekarzy i bioetyków uważa, iż dusza „zamieszkuje” w mózgu, a w związku z tym z chwilą śmierci mózgowej dokonuje się rozłączenie duszy z ciałem [15].

Problem umiejscowienia duszy w człowieku od wieków nurtuje teologów z różnych religii. W chrześcijaństwie istnieją różnorodne opinie na ten temat. Dla katolików najważniejszą podstawą dogmatyczną jest orzeczenie Soboru w Vienne (1312), według którego dusza jest „formą ludzkiego ciała” (łac. *forma corporis*). Takie pojmowanie duszy ma za swą podstawę filozoficzne kategorie zaczerpnięte z filozofii arystotelesowskiej. Św. Tomasz z Akwinu stał na stanowisku, iż skoro dusza jest „zjednoczona z ciałem jako jego forma, to jest konieczne, aby [dusza] była w całym ciele, w każdej części ciała” [16,17]. Zgodnie z filozofią tomistyczną uważa się duszę za zasadę, dzięki której człowiek jest zorganizowaną całością. W zgodności z nauczaniem Soboru w Vienne również i papież Jan Paweł II głosił, iż jeśli byt ludzki traktuje się jako zintegrowaną jedność ciała i duszy, wówczas śmierć z pewnością polega na „całkowitej dezintegracji tej jednolitej i

zintegrowanej całości” [18]. Zatem, na podstawie utożsamienia duszy rozumnej z zasadą życia można wnioskować, iż dopóki ciało jest żywe (a więc nawet, gdy nie jest zdolne do pełnienia wszystkich funkcji życiowych), dusza rozumna jest w nim obecna [19,20]. Z takim poglądem nie zgadzają się niektórzy bioetycy i teologowie, którzy starają się dowieść, iż to mózg jest wyłączną siedzibą duszy [21]. Co ciekawe, podstaw do akceptacji śmierci mózgowej przez Kościół rzymskokatolicki niektórzy bioetycy i filozofowie doszukują się w nauczaniu Soboru w Vienne (1311-1312) o duszy jako formie ciała i ich oddzieleniu w momencie śmierci. W orzeczeniach tego soboru nie ma jednak jakiegokolwiek wzmianki o tym, że dusza zamieszkuje w mózgu [22].

Zasadnicza teza w tej kwestii sprowadza się do pytania, czy można oddzielać śmierć osoby ludzkiej od śmierci jej ciała. Współcześnie coraz powszechniejsze jest redukowanie osoby ludzkiej do jej umysłu, a umysłu – do mózgu. Ciało traktuje się jako „opakowanie” służące mózgowi do przenoszenia się z miejsca na miejsce i kontaktowania się z innymi mózgami. Taka wizja osoby ludzkiej ma za swą podstawę radykalną opozycję duszy oraz ciała i prowadzi do wyobrażania sobie, że osoba to umysł lub duch luźno związany z ciałem, w którym aktualnie przebywa. To przywodzi na myśl dualistyczny sposób myślenia charakterystyczny dla filozofii Kartezjusza. Zaostrzając platoński dualizm duszy i ciała Filozof ten przeciwstawiał sferę myśli czy też świadomość (*res cogitans* – rzecz myśląca) ciału (pojmowanemu jako *res extensa* – rzecz rozciągła). Traktując umysł jako podmiot, materię jako przedmiot Kartezjusz dowodził, że związek umysłu z ciałem jest w pewnym sensie przypadkowy. Ciało i umysł człowieka nie są w organicznej jedności, lecz są zewnętrznie połączone przez szyszynkę [23]. A jeśli tak, to z kartezyjskiej antropologii wynika, że zniszczenie tego miejsca kontaktu umysłu i ciała, a także uszkodzenie mózgu prowadzi do śmierci człowieka jako istoty myślącej. W wyniku bowiem uszkodzenia szyszynki umysł traci swoje połączenie z ciałem. Choć kartezyjski model antropologiczny wydaje się być lansowany w naukach medycznych, to jednak dla wielu lekarzy oraz większości ludzi ciągle jest trudny do bezwarunkowej akceptacji. Ze zdroworozsądkowego punktu widzenia biologiczna interpretacja śmierci wydaje się ważniejsza niż oparty na kryteriach psychologicznych czy społecznych sposób jej uzasadniania. Doświadczenie egzystencjalne potwierdza, że człowiek to nie tylko świadomość. Osoba ludzka to jedność psychofizyczna. A jeśli tak, to póki żyje ciało człowieka trudno mówić o jego śmierci. Szczególnie w tradycji chrześcijańskiej trudno jest przyjąć pogląd, że może istnieć żywe ciało bez „formy” (duszy czy też umysłu) oraz bez cech osobowych. W każdym razie sama wiedza biologiczna czy medyczna nie jest wystarczająca do sformułowania kryteriów określających

śmierć człowieka. Zdefiniowanie śmierci jest zadaniem interdyscyplinarnym. Wymaga również uwzględnienia różnego rodzaju przesłanek filozoficznych, religijnych, socjologicznych, psychologicznych czy prawnych.

Śmierć mózgowa jako aporia dla Kościołów chrześcijańskich

Zasadniczo Kościoły chrześcijańskie zaakceptowały koncepcję śmierci mózgowej, traktując ją jako rozłączenie się duszy z ciałem i pozytywnie odnoszą się do działań transplantologicznych. Niemniej jednak, jedynie Kościół rzymskokatolicki wypracował stanowisko, które stanowi podstawę dla wszystkich wiernych (nie jest to, oczywiście, nauczanie *ex cathedra* obowiązujące wszystkich katolików, ale jedynie pomoc w dokonywaniu wyborów moralnych). Z Kościołów prawosławnych, jak dotąd, jedynie Kościoły Grecji, Rosji i Rumunii – wypowiedziały się oficjalnie, pozytywnie traktując śmierć mózgową i znaczenie daru z ciała po stwierdzeniu tego rodzaju śmierci. Pozostałe prawosławne Kościoły lokalne, podobnie zresztą, jak i większość Kościołów i wspólnot protestanckich, pozostawiły problematykę śmierci mózgowej oraz kwestię przeszczepów do indywidualnej oceny przez swoich członków.

Warto jednak zauważyć, że chociaż Kościół rzymskokatolicki przyjął koncepcję śmierci mózgowej, to nie oznacza, iż jego aprobata w tej kwestii jest ostateczna. Wielu bowiem teologów i bioetyków katolickich nie traktuje śmierci mózgowej jako rzeczywistej śmierci. Podkreślają oni, że w wyniku przyjęcia koncepcji śmierci mózgowej dokonała się radykalna zmiana w traktowaniu człowieka umierającego. Zaczęto bowiem nie tyle koncentrować się na czynieniu wszystkiego, aby ratować jego życie, co na dobru innych ludzi, również chorych, którzy potrzebują przeszczepu zdrowych narządów. To ich dobro często staje się powodem do niekiedy nadmiernie pośpiesznego stwierdzenia śmierci osoby umierającej. Pojęcie śmierci mózgowej daje gwarancję niekaralności za niekiedy przedwczesne zakończenie zabiegów przedłużających życie chorego (stanowiących obciążenie finansowe jego rodziny i społeczeństwa) oraz umożliwia pobieranie narządów w celu ratowania innych ludzi przez transplantację. Warto zauważyć, że nie tylko filozofowie, teologowie czy prawnicy, ale również naukowcy specjalizujący się w naukach medycznych wskazują, że osoby z diagnozą śmierci mózgowej są nie tyle martwe, co umierające. Przykładowo, w książce pod tytułem *Poza śmiercią mózgową* pojawiają się takie tezy, jak: ciała pacjentów z diagnozą śmierci mózgowej nie są martwe (teza medyczna), osoba nie jest martwa dopóki żyje jej ciało (teza filozoficzna), żaden żyjący pacjent nie może być traktowany jako środek (zbiór narządów) dla dobra innego pacjenta (teza moralna) [24]. Zdecydowanie najbardziej fundamentalne jest pytanie o to, czy śmierć mózgowa jest naprawdę śmiercią człowieka. W jakim stopniu

diagnoza śmierci mózgowej potwierdza rzeczywistą śmierć pacjenta, któremu taką diagnozę postawiono? Czy możliwe jest wypracowanie takich kryteriów diagnostycznych, które dałyby nam jednoznaczną pewność, że śmierć mózgowa jest rzeczywistą śmiercią. R.D. Truog jest przekonany, że koncepcja śmierci mózgowej jest nie do pogodzenia z jakimkolwiek spójnym biologicznym ani filozoficznym rozumieniem śmierci i w związku z tym należy ją traktować jako rodzaj umowy społecznej [25].

Właściwie nie jest do końca jasne, dlaczego Kościoły chrześcijańskie uznały utratę wszystkich funkcji mózgu za wystarczający dowód, że w żywym ciele nie ma już duszy. Jest faktem, iż papież Jan Paweł II w 2000 roku potwierdził neurologiczne kryterium śmierci. Przemawiając na XVIII Międzynarodowym Kongresie Towarzystwa Transplantologicznego powiedział, że *„śmierć osoby jest jednostkowym wydarzeniem, polegającym na całkowitej dezintegracji tej całości jaką jest osobowe „ja”*. *Do śmierci dochodzi w wyniku oddzielenia zasady życia (czyli duszy) od cielesnej rzeczywistości osoby. Śmierć osoby jest wydarzeniem, którego żadne techniki naukowe, ani metody empiryczne nie są w stanie dokładnie określić”* [26]. Choć Jan Paweł II przyjął, że oddzielenie duszy od ciała jest tożsame z pełną utratą wszystkich funkcji mózgu, to jednak podkreślił, iż w oparciu o ludzkie doświadczenie śmierci, najistotniejsze jest ustanie życia biologicznego. Konieczne zatem jest, aby w sposób naukowy określić dokładny moment śmierci człowieka, czyli tak zinterpretować przesłanki biologiczne, aby stwierdzić, że osoba rzeczywiście umarła. Ważne jest też, żeby oprócz naukowej wiedzy biologicznej wziąć pod uwagę wielowiekową tradycję Kościoła, a zwłaszcza antropologię patrystyczną, która bazując na przesłankach biblijnych oraz ówczesnej wiedzy medycznej, wprowadziła w cywilizację ludzką pojmowanie człowieka jako osoby (gr. *prosopon*, łac. *persona*) oraz konsekwentnie upatrywała koniec ziemskiego życia człowieka w zatrzymaniu pracy serca i ustaniu krążenia. Ani w Biblii, ani u jakiegokolwiek z autorytetów kościelnych pierwszego tysiąclecia chrześcijaństwa nie ma też żadnej wzmianki o tym, że dusza jest umiejscowiona w jakimś określonym narządzie czy miejscu ciała. Od wieków powszechne jest przeświadczenie, że wydarzenie śmierci jest wydarzeniem jednorazowym (wyjątek: wskrzeszenia mocą Boga!), które pojmowane było jako ustanie wszelkiej czynności oddechowej oraz krążenia. Stąd też uznawano za dokładny moment śmierci (czyli rozłączenia duszy z ciałem) albo ostatni oddech, albo też ostatnie uderzenie serca.

Śmierć mózgowa – rzeczywista śmierć, czy stan „niepewnego nieistnienia”?

Jednym z bardzo ważnych zadań w życiu człowieka jest poradzenie sobie z egzystencjalnym lękiem przed śmiercią. Jest to problem, z którym zmagają się kolejne pokolenia ludzi. Nawet w chrześcijaństwie, zwiastującym życie wieczne, lęk przed śmiercią

jest nierozłącznie związany z lękiem przed potępieniem i ewentualnym byciem w piekle. Nie dziwi zatem, że lęk przed śmiercią jest egzystencjalną przypadłością osoby ludzkiej.

Wprowadzenie pojęcia śmierci mózgowej, czterdzieści siedem lat temu, było wydarzeniem, które stanowiło swoistą rewolucję w tradycyjnej tanatologii, gdyż wprowadziło zupełnie nowe pojmowanie końca ludzkiego życia. Stwierdzenie śmierci człowieka na podstawie kryterium neurologicznego, stanowiącego bardziej umowę społeczną niż pewność biologiczną (że faktycznie dana osoba przestała żyć) – powinno było od razu spowodować wielką lawinę pytań oraz sprzeczny milionów ludzi na całym świecie. Tak się jednak nie stało! Jak to możliwe? Trudno odpowiedzieć na to pytanie. Dlaczego protesty przeciwko uznaniu śmierci mózgowej za kryterium faktycznej śmierci człowieka podnoszone przez wybitnych uczonych z różnych środowisk naukowych przybierają na sile dopiero w ciągu ostatnich lat? Dlaczego Kościoły chrześcijańskie, a zwłaszcza Kościół rzymskokatolicki czy niektóre Kościoły prawosławne, zaakceptowały pojęcie śmierci mózgowej, bez pogłębionej refleksji antropologicznej (zarówno filozoficznej, jak i teologicznej), bioetycznej i interdyscyplinarnej?

Dlaczego powinniśmy traktować utratę pewnej zdolności do myślenia (związaną z dysfunkcjonalnością funkcjonowania mózgu) jako granicę pomiędzy życiem i śmiercią? Wszak ludzie żyją pomimo utraty wielu ludzkich zdolności (np. wzroku, słuchu, mobilności, płodności). Zasadniczo nie uważamy jakiegoś człowieka za martwego, choć jest nieprzytomny. Za martwego nie uważamy też kogoś, kto stracił zdolność do racjonalnego myślenia w wyniku choroby psychicznej. Dlaczego więc mielibyśmy uważać jedynie na podstawie stwierdzonego braku aktywności mózgu, iż człowiek będący w stanie nieprzytomności, jeśli nawet całkowicie i nieodwracalnie utracił zdolność do racjonalnego myślenia, jest martwy? Zdaniem naukowców nie istnieją żadne kryteria diagnostyczne, umożliwiające stwierdzenie, że u pacjentów w stanie śmierci mózgowej zawartość świadomości została utracona, gdyż świadomość, w swej naturze, jest doświadczeniem subiektywnym [27]. Nie dziwi zatem, że również Papieska Akademia Nauk zmagają się z problemem śmierci mózgowej, próbując uzasadnić w sposób medyczny kryterium śmierci mózgowej. W dokumencie opublikowanym w 2006 roku przedstawiono następujące konkluzje:

- nie istnieje więcej niż jedna forma śmierci;
- tzw. śmierć mózgowa oznacza nieodwracalne ustanie wszystkich funkcji życiowych mózgu (półkuli mózgowych i pnia mózgu). To jest równoznaczne z nieodwracalną utratą funkcji komórek mózgowych oraz ich całkowite lub prawie całkowite

zniszczenie. Mózg jest martwy, a funkcjonowanie innych narządów jest podtrzymywane bezpośrednio i pośrednio w sposób sztuczny;

- utrata wszystkich funkcji mózgu jest śmiercią, gdyż jest związana z utratą integracji ciała jako pojedynczej całości;
- śmierć orzeczonej przez kryterium mózgowe może jedynie być zdiagnozowana z pewnością, jeśli istnieje dowód, iż krew nie dociera do mózgu oraz że ustanowione kryteria kliniczne były w większości przypadków niezawodnym wskaźnikiem utraty wszystkich funkcji mózgu [27,28].

W dokumencie jedynie zostało przedstawione stanowisko lekarzy neurologów. Zdumiewa, że nie ma w nim żadnego odniesienia do oficjalnego nauczania Kościoła rzymskokatolickiego na temat pojmowania człowieka jako osoby, stanowiącej jedność duszy i ciała. Brak też jakichkolwiek odwołań do chrześcijańskiej antropologii teologicznej i filozoficznej. Autorzy dokumentu odwołując się do wiedzy medycznej starają się udowodnić, iż „śmierć mózgowa jest śmiercią jednostki” [29] oraz że od czterdziestu lat stopniowo wzrasta w świecie *consensus* co do uznania kryterium śmierci mózgowej jako śmierci jednostki [29]. Jeżeli faktycznie tak było jeszcze dziesięć lat temu, to stan obecny jest całkowicie odmienny, gdyż coraz powszechniejsza staje się krytyka naukowa śmierci mózgowej oraz informacja o niebezpieczeństwach wynikających z przyjęcia tej formy śmierci wśród tzw. zwykłych ludzi. Świadczą o tym pojawiające się coraz to nowe strony internetowe przedstawiające zdecydowaną krytykę takiego rozumienia śmierci. Wystarczy wpisać w przeglądarkę Google słowa: „śmierć mózgowa”, aby się przekonać, że obecnie jest wielka polaryzacja poglądów na ten temat.

Zdaniem Ari Joffe, z upływem czasu stało się jasne, że kryterium śmierci mózgowej nie spełnia swej roli jako definicja śmierci. To samo można powiedzieć o badaniach, które są wykonywane, aby stwierdzić śmierć mózgową. Niejasne jest zatem, że pacjent ze stwierdzoną śmiercią mózgową jest faktycznie martwy. Jeśli śmierć mózgową jest śmiercią, to należałoby jak najszybciej doprecyzować racjonalne uzasadnienie, że tak jest faktycznie. Jeśli zaś śmierć mózgową nie jest rzeczywistą śmiercią, to należy z całą uczciwością rozważyć argument, że jest to wystarczająco zdevastowany stan (ang. *sufficiently devastating state*) organizmu, że może zezwalać na dawstwo narządów [30]. Z chrześcijańskiego punktu widzenia to pragmatyczne spojrzenie kanadyjskiego lekarza jest nie do przyjęcia, gdyż jest niczym innym jak pewną, być może subtelną, formą eutanazji. Niemniej jednak przez niego, czy innych naukowców wyrażana wątpliwość [31,32], czy pacjent w stanie śmierci mózgowej jest faktycznie martwy – powinna skłaniać do refleksji nad traktowaniem śmierci mózgowej jako

stanu „niepewnego nieistnienia” i jako takiego należałoby się lękać bardziej niż faktycznej śmierci. Jan Paweł II wyraził powszechne moralne przekonanie katolików, gdy powiedział, że *„Człowiek, nawet jeśli jest poważnie chory lub niepełnosprawny w korzystaniu ze swych najważniejszych funkcji, jest i zawsze będzie człowiekiem i nigdy nie stanie się „rośliną”, czy „zwierzęciem”*” [33]. Zatem, stwierdzenie nawet największej dysfunkcji organizmu człowieka, nie powinno automatycznie skutkować zastanawianiem się nad wartością jego narządów. Jeśli zaś faktycznie śmierć mózgowa jest stanem „niepewnego nieistnienia”, to czy nie powinniśmy bardziej poważnie i z szacunkiem potraktować siebie jako wyjątkowej i niepowtarzalnej osoby oraz z lękiem pomyśleć, jak można by było się poczuć w roli dawcy narządów będąc na stole operacyjnym i zachowując pewien diagnostycznie niewykrywalny, choć rzeczywisty, stan świadomości?

Piśmiennictwo

1. Brzeziński T.: Etyka lekarska. PZWL, Warszawa 2012.
2. Beecher H.K.: A Definition of Irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. JAMA, 1968, 205, 337 (85).
3. Beecher H.K., Dort H.I.: The New Definition of Death: Some Opposing Views. IJBCP, 1971, 5, 120-121.
4. Tonti-Filippini N.: Religious and Secular Death: Parting of Ways. Bioethics, 2012, 26, 410.
5. Wijdicks E.F.M.: Brain death worldwide: accepted fact but no global consensus in diagnostics criteria. Neurology, 2002, 58, 20-25.
6. Komunikat w sprawie wytycznych Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii i medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu, Dz.Urz. MZOS, z 26 czerwca 1984 r., nr 6, poz. 38.
7. Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. Kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, ustalone przez specjalistów z dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej, Monitor Polski, 2007, Nr 46, Poz. 547, 1348-1349.
8. The President's Council on Bioethics, Controversies in the Determination of Death. A White Paper of the President's Council on Bioethics. Washington 2008, 57.

9. Norkowski J.M.: Człowiek umiera tylko raz. Mało znane fakty dotyczące śpiączki, stanu wegetatywnego i śmierci mózgowej. Thaurus, 2013, 123.
10. Bresnahan M.J., Mahler K.: Ethical Debate over Organ Donation in the Context of Brain Death. *Bioethics*, 2010, 24, 54-60.
11. Shewmon D.A.: The Brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating the "Brain Death". *J. Med. Philos.*, 2001, 26, 5.
12. Doig C.J., Burgess E.: Brain death: resolving inconsistencies in ethical declaration of death. *Can. J. Anaesth.*, 2003, 50, 725-731.
13. Shewmon D.A.: The probability of inevitability: the inherent impossibility of validating criteria for brain death or 'irreversibility' through clinical studies. *Statistics in Medicine*, 1987, 6, 535-553.
14. Verheijde J.L., Rady M.Y.: The lack of scientific evidence in clinical practice guideline in brain death determination: Implications for organ donation and transplantation. *IJCCM*, 2014, 18, 555-557.
15. Napier S.: Brain Death, Souls, and Integrated Functioning: Reply to Verheijde and Potts, *Christian Bioethics*, 2013, 19, 38. (*"On the understanding that death is the soul's separation from the body, the absence of the body's own ability to integrate its vital functioning provides evidence sufficient for knowledge that the soul is no longer present. Since such ability is lost when a patient satisfies the whole-brain death (WBD), WBD may serve as sufficient evidence for death"*)
16. Św. Tomasz z Akwinu, *Summa Theologica*, Ia, Q. 76, art. 8: „Sed quia anima unitur corpori ut forma, necesse est, quod sit in toto, et in qualibet parte corporis”.
17. Potts M.: The beginning and end of life: Towards philosophical consistency. [w:] *Finis Vitae? Is Brain Death Still Life?*, ed. by R. de Mattei, Rome, 2007, 172-174.
18. John Paul II, Address to 18th International Congress of the Transplantation Society, 29 August 2000, paragraph 4.
19. Jones D.A.: Loss of faith in brain death: Catholic controversy over the determination of death by neurological criteria. *Clinical Ethics*, 2012, 7, 136.
20. Shewmon D.A.: The Brain and somatic integration: Insights into the standard biological rationale for equating 'brain death' with death. *J. Med. Philos.*, 2001, 26, 457-478.
21. Napier S.: Brain death: A morally legitimate criteria for determining death. *Linacre Quarterly*, 2009, 76, 68-81.

22. Tonti-Filippini N.: Religious and Secular Death. A Parting of Ways. *Bioethics*, 2012, 8, 410-421.
23. Flanagan O.: *The Science of the Mind*. Cambridge, MA: MIT Press, 1984.
24. Jones D.A.: Metaphysical Misgivings about “Brain Death” [in:] *Beyond Brain Death. The Case Against Based Criteria for Human Death*. Potts M., Nilges R., Byrne P. (ed.), Dordrecht, 2001, 115-116.
25. Truog R.D.: Role of brain death and the dead donor rule in the ethics of organ transplantation. *CCM*, 2003, 31, 2391-2395.
26. Address of John Paul II to 18th International Congress of the Transplantation Society, Tuesday 29 August 2000, http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/speeches/2000/jul-sep/documents/hf_jp-ii_spe_20000829_transplants.html, data pobrania 16.02.2015, (*“The death of the person is a single event, consisting in the total disintegration of that unitary and integrated whole that is the personal self. It results from the separation of the life-principle (or soul) from the corporal reality of the person. The death of the person, understood in this primary sense, is an event which no scientific technique or empirical method can identify directly.”*)
27. Giacino J.T.: Disorders of consciousness: Differential diagnosis and neuropathologic features. *Seminars in Neurology*, 1997, 17, 105-111;
28. Verheijdem J.L., Potts M.: Commentary on the Concept of Brain Death within the Catholic Bioethical Framework. *Christian Bioethics*, 2010, 16, 253.
29. Pontifical Academy of Sciences, Why the Concept of Brain Death is Valid as Definition of Death. Statement by Neurologists and Others and Response to Objections. Vatican City 2008, 5-13.
30. Joffe A.: Are Recent Defences of the Brain Death Concept Adequate? *Bioethics*, 2010, 24, 53.
31. Brugger E.C., Alan D.: Shewmon and the PCBE’s White Paper on Brain Death: Are Brain-Dead Patients Dead? *J. Med. Philos.*, 2013, 38, 215. (*“I do not think that current evidence provides ‘sufficient grounds’ for doubting they are always dead. Until these reasonable doubts are removed, an ethically justified caution requires that we should treat them as living human beings”*).
32. Karakatsanis K.G.: Brain death’: should it be reconsidered? *Spinal Cord*, 2008, 46, 400 (*“The concept of ‘brain death’ as a synonymous term with human death (diagnosed according to the criterion of irreversible cessation of lung and cardiac function) is invalid”*)

33. John Paul II, Address to the participants of the international congress on 'life-sustaining treatments and vegetative state: scientific advances and ethical dilemmas', 20 March 2004, section 3.

Baczewska Bożena, Binnebesel Józef, Block Bogusław L, Glaza Michał, Kulik Agnieszka, Musiał Dagmara, Rydz Elżbieta, Stelcer Bogusław, Wojciechowska Krystyna

**Pomiędzy życiem a nieżyciem. Psychologiczna analiza dynamiki egzystencjalnej
w przebiegu choroby nowotworowej**

1. Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Lublin
2. Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Nauk Pedagogicznych, Katedra Pedagogiki Rehabilitacji i Resocjalizacji, Toruń
3. Ośrodek Terapeutyczno-Szkoleniowy OTS, Lublin
4. Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii, Katedra Psychologii Klinicznej
5. Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii, Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia
6. Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii, Katedra Psychologii Rozwojowej
7. Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii, Katedra Psychologii Rozwojowej
8. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Zakład Psychologii Klinicznej
9. Politechnika Lubelska, Wydział Zarządzania, Katedra Ergonomii, Lublin

Wprowadzenie teoretyczne

Noetyczny wymiar osobowości

Koncepcja noetycznego wymiaru osobowości i noodynamiki egzystencjalnej Kazimierza Popielskiego wyrasta z logoteorii Viktora E. Frankla. Logoteoria z założenia dąży do opisu człowieka w przeżywaniu jego egzystencji, która realizuje się na trzech poziomach: fizycznym, psychicznym i noetycznym. Funkcje zachodzące w sferze noetycznej, zgodnie z logoteorią, są nadrzędne wobec tych w sferze psychicznej i fizycznej. Oznacza to, że osobowe bycie i stawanie się człowieka jest czymś więcej niż wypadkową uwarunkowań genetycznych i społecznych. Aktywność w sferze noetycznej przejawia się w zdolności autotranscendowania i transgresji wewnętrznych uwarunkowań oraz zewnętrznych ograniczeń [1]. Dokonuje się to dzięki właściwej dla osoby ludzkiej „woli sensu”, która stanowi rodzaj premotywacji uniwersalnej (Ostrowski, 2004).

Poszukiwanie sensu w jednostkowych przypadkach dokonuje się na różne sposoby, między innymi poprzez: poszukiwanie potocznych wyjaśnień, tworzenie naukowych teorii czy też religijne wierzenia. Zawsze jednak jest to efekt podmiotowych „odniesień ku” [1]. Przedmiot odniesienia dla osoby ludzkiej stanowią, zgodnie z logoteorią, szeroko pojęte

wartości, a więc to wszystko, co człowiek percypuje jako ważne i znaczące, do czego jako podmiot osobowy odnosi się, co poznawczo odkrywa, emocjonalnie przeżywa i uważa za godne własnego życia [2].

V.E. Frankl [3] dokonuje podziału wartości na trzy kategorie: (1) „wartości twórcze” – związane z działaniem i przekształcaniem świata; (2) „wartości przeżyciowe” – związane z przeżywaniem, wchłanianiem świata, przyswajaniem sobie jego piękna i prawdy oraz (3) „wartości związane z postawą” wobec cierpienia, znoszenia swojego losu. Spośród wszystkich wartości za najważniejsze uważa się te ostatnie, ponieważ ich realizacja wymaga intensywnego wysiłku samego podmiotu w przekraczaniu uwarunkowań i prowadzi do osiągnięcia specyficznej zdolności – nabycia umiejętności cierpienia (Piecuch, 2001). Zdolność ta ma pozwalać człowiekowi na przeobrażanie cierpienia z nieszczęścia w doświadczenie o walorze rozwojowym. Pozostaje to w związku z podstawową zasadą logoterapii, która brzmi: „jeśli nie można zmienić sytuacji, to można zmienić postawę wobec niej, tak aby według oceny poznawczej podmiotu zachowanie było sensowne” (Ostrowski, 2004). Ta zmiana postawy i poznawczej oceny, w logoteoretycznej interpretacji, postrzegana jest co prawda bezpośrednio jako skutek procesów zachodzących w sferze psychicznej, pośrednio jednak jest ona uwarunkowana zdynamizowaniem w sferze noetycznej [1].

Człowiek w sytuacji choroby nowotworowej

Diagnoza choroby nowotworowej, a więc choroby o niepomyślnym lub przynajmniej niepewnym rokowaniu, jest często postrzegana przez pacjentów jako „wyrok śmierci”. Wynika to obiektywnie w wielu przypadkach z późnego rozpoznania albo subiektywnie, z braku rzetelnej wiedzy na temat choroby. W przebiegu choroby nowotworowej i w procesie jej leczenia, zróżnicowane, ale nieuniknione jest doświadczenie bólu. I choć nie każdy nowotwór powoduje ból bezpośrednio, drażniąc receptory bólowe, to jednak niemal zawsze, przynajmniej pośrednio, przyczynia się do występowania doświadczeń bólowych [4]. Ból bardzo często prowadzi do występowania depresji lub dystymii, a jako że jest z samej natury bardzo subiektywnie oceniany i przeżywany przez chorych, dotyka ich nie tylko w wymiarze somatycznym, ale i psychicznym [5]. Wskazuje się, że choroba nowotworowa przeżywana jest znacznie częściej jako źródło cierpienia psychicznego niż fizycznego [cyt. za 4].

Choroba i leczenie onkologiczne wpływają na wiele sfer życia pacjentów. Wprowadzają chaos w ich dotychczasowe funkcjonowanie, preferencje wartości i prowadzą do weryfikacji dotychczasowej filozofii życia. W tym względzie, choroba i proces leczenia jawią się jako „doświadczenie egzystencjalnie znaczące” lub wręcz „doświadczenie krytyczne”, ponieważ dotyczą wszystkich poziomów osobowości (Wrona-Polańska, 1999).

W subiektywnej interpretacji chorego stanowią zatem istotne zagrożenie, które wyzwała szereg mechanizmów obronnych (Reykowski, 1970), w odniesieniu jednak do logoteorii i nooteorii, mogą stać się szansą dynamizującą rozwój osobowy.

Choroba zagrażająca życiu jako doświadczenie egzystencjalnie znaczące

Świadomość poważnej choroby rodzi zarówno cierpienie odczuwane w teraźniejszości, jak i lękowane w przyszłości, związane z zagrożeniem utraty (Pufal-Struzik, 2005). Cierpienie i lęk, które na ogół towarzyszą chorobie somatycznej o niepewnym rokowaniu prowadzą do przewartościowania dotychczasowych reguł postępowania. Gdy człowiek cierpi długo, przyszłość może wydawać mu się szara, pusta i groźna. Jednocześnie jednak, cierpienie takie umożliwia dokonanie korekty dążeń, skłania do głębszej refleksji nad własnym postępowaniem i sensem życia. Stwarza też okazję do doświadczania siebie w sytuacji potrzeb podmiotowych i do wglądu w „ja” na różnych drogach jego doświadczania (Kozielecki, 1996). Sposób reagowania na cierpienie może wpłynąć na lepsze poznanie siebie, zbudowanie bardziej adekwatnego obrazu siebie, zdobycie informacji o granicach odporności organizmu, postawach w sytuacji zagrożenia, np.: o odwadze czy tchórzostwie. Ponadto pozwala spojrzeć na otaczających ludzi z różnych perspektyw (Pufal-Struzik, 2005).

Doświadczenie choroby, która jest potencjalnym źródłem cierpienia, w ujęciu logoteoretycznym i nooteoretycznym, stanowi okazję do ujawnienia się postawy wyjścia ponad ograniczenia somatyczne i psychiczne, jak: ból, lęk i osamotnienie (Ostrowski, 2004). Noetyczne przekraczanie ograniczeń dokonuje się przez odnoszenie się ku wartościom, takim jak: zbawienie, nieśmiertelność w pozostawionych dziełach, pozostawanie w pamięci innych, twórczość, dobroć, itp. W ten sposób człowiek ma możliwość przekształcenia doświadczenia choroby w doświadczenie rozwojowe i osobotwórcze [6].

Dynamika egzystencjalna i trud poszukiwania sensu

Procesy i zmiany w sferze noetycznej określa się mianem noodynamiki egzystencjalnej. K. Popielski [7] wskazuje, że osobowe „bycie i stawanie się” człowieka dokonuje się za sprawą aktywizowania osobowości w wymiarze zarówno biofizycznym, jak i noetycznym. Zgodnie z tym założeniem dynamika wymiaru noetycznego, choć zawsze zindywidualizowana, jest naturalnym, ludzkim mechanizmem rozwojowym, warunkującym zdrowe funkcjonowanie podmiotowo-osobowe w świecie.

Wysoka noodynamika oznacza dużą aktywność podmiotu w poszukiwaniu sensu w odniesieniu do wartości noetycznych: poznawczych, moralnych, estetycznych, duchowych i religijnych. Niska noodynamika świadczy natomiast o preferencji wartości właściwych wymiarowi fizycznemu bądź psychicznemu, które choć aktywizują egzystencję, czynią to w

mniejszym stopniu. O ile więc osoby o niskiej noodynamice charakteryzują się głównie dążeniem do zaspokajania doświadczanych potrzeb (fizycznych i psychicznych), to ludzie o wysokiej noodynamice dążą do: spełniania siebie, satysfakcji, autotranscendowania, rozumienia świata, doświadczenia religijnego, afirmowania wolności, godności i odpowiedzialności, a przede wszystkim dostrzegania celowości i sensowności [7].

Koncepcja wielopoziomowego bycia i stawania się człowieka V.E. Frankla znajduje zastosowanie w psychologii zdrowia i jest podstawą dla badania zależności między dynamiką zmian noetycznych a zdrowiem w wymiarze psycho-fizycznym oraz wpływem doświadczenia choroby na zmiany w noodynamice egzystencjalnej [7]. Nurt badań zainicjowany przez K. Popielskiego nazywany noopsychosomatyką ma teoretyczną podbudowę nie tylko w badaniach V.E. Frankla (1975), ale też V.E. von Gabsattela (1925), F. Alexandra (1971) oraz J. Groena (1982).

Badania przeprowadzone przez K. Popielskiego prowadzą do wniosku, że kryzys aktywności noetycznej zaburzając specyficznie ludzką aktywność i motywację, prowadzi do wystąpienia zespołu objawów noopsychosomatycznych. Tak więc, wraz z poczuciem egzystencjalnej pustki współwystępują patologiczne zachowania wobec sytuacji trudnych [7]. Korelacje te wyjaśnione mogą być podwójną rolą aktywności noetycznej, która jest zarazem ukierunkowana i ukierunkowująca [8]. Aktywność ukierunkowana przejawia się w sposobie funkcjonowania człowieka „na zewnątrz”, natomiast ukierunkowująca oznacza „wewnętrzną” reakcję na doświadczenia czy przeżywanie wartości. Jeśli zatem aktywność ukierunkowująca jest słaba, to ukierunkowana aktywność będzie miała bardziej charakter ucieczkowy niż transgresyjny.

Specyficznym założeniem logoteorii i nooteorii, wyrażającym sprzeciw wobec koncepcji deterministycznych, jest znaczenie doświadczeń egzystencjalnie znaczących dla dynamizowania noetycznego wymiaru egzystencji [1]. Założenie to, w dużej mierze zbieżne z koncepcją dezintegracji pozytywnej, oparte jest na badaniach V.E. Frankla (1978, 1984) i K. Dąbrowskiego (1974, 1975, 1979) [9]. W tym kontekście, zawsze pozostaje szansa, że doświadczenie egzystencjalnie znaczące przyczyni się do rozwoju osobowego. Szczególne znaczenie mają tu doświadczenia egzystencjalne, których nie można „pokonać” aktywnością wymiarów fizycznego i psychicznego, takie jak nieuleczalna choroba czy szeroko pojęty stan cierpienia.

W swoich poglądach V.E. Frankl w istocie proponuje fundamentalną dychotomię w swojej analizie kwestii sensu cierpienia. Z jednej strony jego logoterapia, z drugiej sama osoba, jej etos i postawa życia w cieniu dramatyizmu holocaustu [10]. Michalski [11] w

swoim dogłębnym opracowaniu dzieła Frankla zadaje fundamentalne pytanie: Czy cierpienie i śmierć posiadają w ogóle jakiś sens w kontekście życia i wychowania człowieka? Pewną odpowiedzią w kontekście praktycznym, jak i teoretycznym na kwestie związane z doświadczaniem siebie w pryzmacie cierpienia może być tanatopedagogika (Binnebesel - autorskie rozumienie - [12]). Istotą jej autorskiego rozumienia jest pytanie: *Dlaczego pedagogika w swoich głównych nurtach, poruszając szeroko kwestie wychowania nie ujmuje faktu śmierci i cierpienia?* Pytanie to niby banalne, jednak pokazuje istotny problem. Pedagogika przygotowując człowieka do pełnienia różnych, złożonych ról społecznych, do sprostaniamu wymaganiami współczesnego świata, nie przygotowuje go do jedynej rzeczy, która w życiu każdego z nas *musi* się wydarzyć – do śmierci. Analiza treści pedagogicznych pokazuje swoistą amnezję luminarzy pedagogiki na kwestię śmierci, a i częściowo cierpienia. Unikanie problemu cierpienia w tematyce współczesnej pedagogiki, jak i kreowanie postaw konsumpcyjnych rodzi swoistą bezradność w zderzeniu z cierpieniem, które zazwyczaj dotyka każdego człowieka. Bezradność owa wynika z braku swoistego treningu obcowania z rzeczywistością, nie zawsze przyjemną i przyjaźnie nastawioną. Dąbrowski [9] w swojej koncepcji dezintegracji pozytywnej wskazuje, że każde doświadczenie cierpienia może i powinno mieć charakter twórczy, kształtujący osobowość człowieka. W tym celu jednak potrzebne jest, by od samego początku być i wspierać człowieka ucząc go zrozumienia, akceptacji oraz mądrego przeciwdziałania niepotrzebnemu cierpieniu. Wydaje się, iż tanatopedagogika może stanowić pewną drogę i sposób rozumienia wychowawczych kontekstów cierpienia zakorzenione na dwóch płaszczyznach: teoretycznej i praktycznej [13]. W swojej istocie płaszczyzna teoretyczna opiera się na dwóch filarach: rozumienia człowieka i śmierci. Pierwszym apriorycznym założeniem tanatopedagogicznego rozumienia istoty człowieka jest jego *doskonałość, niemająca charakteru ilościowego ani jakościowego*, ale będąca jego przyrodzonym atrybutem. Doskonałość owa wynika z samego faktu istnienia. Wartość owego istnienia nie zależy od czasu trwania życia człowieka ani komplementarności z założonym wzorcem człowieka zdrowego, pełnosprawnego [12]. Założeniem drugim jest *przyrodzona i niepodważalna godność* wynikająca z samej istoty i natury ludzkiego bytu [14]. Ostatnim elementem jest niepodważalna *wartość ludzkiego życia* od poczęcia do śmierci. Wartość owego życia wynika z powyższych faktów wrodzonej i apriorycznej doskonałości, godności ludzkiego bytu [15,16]. Kontekst drugi teoretycznego filaru tanatopedagogiki to założenie naturalności i nieuchronności śmierci. Założenie owo niby banalne, jednak w myśleniu pedagogicznym musi być mocno i jednoznacznie zaakcentowane. Wieloaspektowość śmierci rozważana w ścisłym związku z wieloaspektowością ludzkiego

bytu uwypukla jeden jedyny pewnik tego życia: w wymiarze biologicznym musi ono się skończyć. Biologiczna natura ludzka jest ograniczona tym faktem i zawężenie jej wyłącznie do tego, ogranicza złożoność ludzkiego bytu. Śmierć stanowi jego integralną całość, ale w owej złożoności jest tylko jednym z determinantów istnienia [16]. Natomiast praktyczny charakter tanatopedagogiki, to z jednej strony umiejętne włączanie w świadomość pedagogiczną kwestii związanych z przemijalnością ludzkiego życia, a z drugiej – cierpienia jako elementu ludzkiej egzystencji. Jest to wskazanie na Ricoeurowskie (1992) [17] działanie, które odnosi się do umiejętności kształtowania siebie w doświadczaniu cierpienia, stając się również elementem przeciwdziałającym negatywnym jego skutkom w doświadczaniu siebie samego i świata. Wychowanie w tym kontekście to podążanie z człowiekiem, towarzyszenie mu w sytuacjach trudnych.

Perspektywa biegu życia w egzystencji ludzkiej

Współczesne podejście do rozwoju człowieka zakłada zarówno zmienność, dynamikę zmian, jak i ich przekształcanie. W kontekście dynamiki egzystencjalnej najbardziej trafną definicją rozwoju psychicznego wydaje się być definicja zaproponowana przez M. Tyszkową, która ujmuje rozwój psychiczny jako proces zdobywania i organizowania się indywidualnego doświadczenia. Owo doświadczenie jest niejako tworzywem rozwoju, natomiast rozwój definiowany jest jako ciąg zmian wynikających z organizowania się struktur tego doświadczenia i ich przekształcania. Dzieje się to w wyniku włączania doświadczeń nowych, jak i dostosowywania aktywności do równoważenia relacji z otaczającym środowiskiem. Doświadczenie indywidualne stanowi aktywność człowieka, która w toku życia jednostki różnicuje się, wzbogaca i organizuje [18].

Przyjmując, iż rozwój człowieka trwa od poczęcia do śmierci, należy go rozumieć jako *life-span development*, czyli rozwój w biegu życia ludzkiego (Baltes [19,20], Reese [21], Lipsitt, 1980). To podejście uwydatnia specyficzne cechy, dotyczące indywidualnej drogi przemian. Zakłada, że są różne mechanizmy, zjawiska ilościowe i jakościowe u poszczególnych osób, a w związku z tym, w przebieg rozwoju wpisane są nie tylko zmiany powszechnie występujące i oczywisty rezultat w określonym czasie, ale także indywidualne doświadczenie, jego specyficzne organizowanie i przekształcanie.

Rozwój w ujęciu koncepcji *life-span* pozwala na różnorodne ujęcie procesu rozwoju, mnogość definicji i podejść teoretycznych. Jedną z koncepcji rozwoju użyteczną dla dynamiki egzystencjalnej jest koncepcja D. Levinsona [22]. Opisując życie człowieka, Levinson posłużył się następującymi terminami: „bieg życia" (*life course*), „cykl życia" (*life cycle*), „era", „faza" lub „stadium" (*era, phase, stadium*), „struktura życia" (*life structure*),

„przejście” (*transition*). „Bieg życia” to termin opisowy, odnoszący się do specyfiki rozwoju konkretnego człowieka, obejmujący zarówno procesy zmian, jak i stabilizację w zakresie różnych aspektów życia. „Cykl życia” to termin metaforyczny; ma on oddawać cykliczne następstwo okresów życia, w którym nie ma prostej kontynuacji, lecz następują po sobie okresy zmian i względnej stabilności. Życie człowieka można podzielić na cztery wielkie obszary czasowe, zwane erami oraz na kilka mniejszych, które noszą nazwę stadiów lub faz. Poszczególne ery dzieli się na krótsze okresy: względnej stabilności, które trwają 5, 7, ale nie dłużej niż 10 lat, i około 5-letnie okresy przemian (*transition*), charakteryzujące się tworzeniem i przebudowywaniem tzw. struktury życia.

Według koncepcji D. Levinsona [22], celem rozwoju w okresie dorosłości jest opracowanie, dosłownie zbudowanie „struktury życia” (*life structure*). Struktura ta ma „zewnętrzne aspekty” – udział w świecie społeczno-kulturowym, który obejmuje światopogląd danej osoby (*race*), dziedzictwo etniczne, rodzinę, zawód, jak również znaczące wydarzenia i warunki, takie jak: wojna, kryzysy wywołane na przykład ciężką chorobą zagrażającą życiu itp. Struktura życia posiada również „wewnętrzne aspekty”, które tworzą wartości uznawane przez daną osobę – jej marzenia, życie emocjonalne. Struktura życia, która pośredniczy między osobowością a środowiskiem, rozwija się i przekształca w następujących po sobie okresach jej przemian i rozbudowy. W okresie budowania struktury jednostka kształtuje i umacnia strukturę życia, włączając w nią nowe cele i wartości w wyniku dokonanych wcześniej wyborów, wyznaczających dalszy bieg życia. Wybory te pociągają za sobą konieczność zmian, co niejednokrotnie bywa trudne i stresujące.

Choroba jest stresem o skutkach holistycznych. Literatura przedmiotu wskazuje, że istnieją różnice związane z płcią w doświadczaniu choroby na poziomie fizjologicznym, psychologicznym i społecznym. Specyfika ta dotyczy m.in. różnic fizjologicznych, sposobu ujawniania objawów (w tym kompetencje emocjonalne i społeczne), większej łatwości oraz społecznego przyzwolenia na określone sposoby ich wyrażania. Kobiety mają silniejsze i szybsze reakcje immunologiczne niż mężczyźni i szybciej reagują na zagrożenie; mężczyźni zaś są bardziej wrażliwi na bodźce, stąd bodźce silniejsze i bardziej długotrwałe powodują u nich głębsze zmiany [23]. Kobiety częściej i silniej doświadczają stresu. Subiektywna ocena nasilenia stresu generuje u kobiet większy rozmiar i zróżnicowanie zakłóceń kondycji zdrowotnej. Rola poczucia koherencji wydaje się bardziej znacząca u kobiet niż mężczyzn [24]. Mężczyźni do skutecznego radzenia sobie częściej sięgają po strategie oparte na aktywności fizycznej. Są to tendencje związane z rolami życiowymi, kształtowane w procesie socjalizacji (Kulik [23,24], Sądel 2013).

We współczesnych koncepcjach rozwoju o charakterze stadialnym podstawowym pojęciem jest słowo „kryzys” [22,25-28]. Określenia „kryzys”, „kryzys rozwojowy”, „kryzys normatywny”, „*transitions*” stały się stałym elementem pojęciowym teorii uwzględniających perspektywę *life-span*, czyli bieg życia ludzkiego. Kryzys znaczy tyle, co przełom, punkt zwrotny, czas destabilizacji i zakłóconej homeostazy funkcjonalnej (Beisert, 2000). Kryzysy mają zarówno aspekt pozytywny, jak i negatywny. Wartością dodaną kryzysu jest możliwość dalszego rozwoju pod warunkiem, że kryzys na danym etapie rozwoju będzie pozytywnie rozwiązany i następuje przejście do kolejnego etapu życia. Aspekt negatywny to ryzyko niewydolności, występowanie niepokoju i konfliktu, problematyczne dotychczasowe funkcjonowanie, czasowy spadek formy. Wystąpienie kryzysu wymusza niejako na osobie znalezienie innych niż dotychczas sposobów radzenia sobie z codziennymi sytuacjami. Zostają w ten sposób wypracowane nowe formy zachowania, pełniejsze przeżywanie doświadczenia życiowego, bardziej satysfakcjonująca adaptacja do zmieniających się warunków życia. A zatem specyficznymi cechami kryzysu są (Beisert, 2000): (1) przełomowość, (2) nagromadzenie konfliktów i napięć, (3) wysoki potencjał wzrostu, (4) wysokie ryzyko rozkładu. Dynamika egzystencjalna w perspektywie biegu życia, wpisana w rozwój, jest procesem, w którym naprzemiennie występują: okresy niepokoju i konfliktu, okresy wzrostu i dobrego przystosowania indywidualnego i społecznego.

Jakość życia w dynamice egzystencji człowieka aktywnego zawodowo

Doświadczenie choroby nowotworowej wpływa na zmiany w hierarchii preferowanych przez człowieka wartości. Z kolei od realizacji różnych rodzajów wartości zależy jakość życia człowieka, rozumiana jako subiektywna ocena jednostki wynikająca z porównań parametrów dotyczących jej życia. Autorzy definiują to pojęcie poprzez wartości duchowe, niematerialne i materialne. R. Kolman [29] określa jakość życia jako: (1) stopień zaspokojenia potrzeb duchowych i materialnych człowieka, (2) stopień zaspokojenia wymagań określających poziom materialnego i duchowego bytu jednostek i całego społeczeństwa, (3) stopień spełnienia oczekiwań umownej normalności w działaniach i sytuacji codziennego życia jednostek i społeczności. Z kolei E. Skrzypek [30] definiuje jakość życia jako byt fizyczny, ujmowany wraz z możliwościami wzbogacania ducha, umysłu, kształcenia oraz twórczości. Powyższe definicje wskazują podział wartości określających jakość życia na trzy podstawowe grupy: (1) wartości psychologiczno-moralne, (2) wartości społeczno-kulturowe, (3) wartości techniczno-ekonomiczne [31]. By realizować cele prowadzące do urzeczywistnienia tych wartości, człowiek podejmuje rozliczne aktywności. Jedną ze znaczących jest praca zawodowa. Wskazane wartości odpowiadają określonym aspektom aktywności zawodowej.

Do grupy wartości psychologiczno-moralnych zaliczyć można zadowolenie z pracy; do wartości społeczno-kulturowych – umiejętność współdziałania, pracy w grupie. Ostatnia kategoria, to wartości techniczno-ekonomiczne, takie jak: poziom dochodów realnych uzyskiwanych z pracy i posiadanego kapitału oraz wynalazki i innowacje [32].

Skoro wartości stanowiące o jakości życia odpowiadają określonym aspektom pracy, należy określić, czym jest jakość pracy. Według B. Suchodolskiego jakość pracy definiowana z punktu widzenia pracownika i przedsiębiorstwa obejmuje dostosowanie do potrzeb pracownika. Ma ono polegać na spełnieniu dwu warunków: (1) pracujący ma poczucie wartości tego, co wytwarza, (2) a sam proces jest dla niego przyjemny i wartościowy [33]. Z kolei B.M. Sucharzewski akcentuje efekt pracy stwierdzając, że jakość pracy obejmuje złożoność pracy, jej użyteczność w gospodarce narodowej, a także profesjonalne mistrzostwo wyrażone w cechach wytworzonych wyrobów i świadczonych usług [34].

Subiektywne postrzeganie jakości wykonywanej pracy w sposób znaczący wpływa na ocenę realizacji tych wartości, które kształtują indywidualną jakość życia. T. Wawak [33] wskazuje na wzajemną zależność jakości pracy i jakości życia stwierdzając, iż wzrost jakości wytwarzanych produktów podnosi jakość życia, która z kolei stwarza warunki do wzrostu jakości pracy. H. Chojecki [34] zaś podkreśla, iż jakościowy efekt pracy ludzkiej jest nierozzerwalnie związany z rozwojem człowieka. Autor rozumie efekt jako konsekwencje nakładu pracy, czyli rzetelnego wysiłku. Wybierając niską jakość pracy człowiek nie może oczekiwać wspaniałych efektów i żądać wysokiej jakości życia. Rezygnując z prawdziwej twórczości, może liczyć tylko na imitacje dzieł i niezadowolenie z uzyskanych efektów (Oyrzanowski, 1989). Dlatego też człowiek stara się podnosić jakość i produktywność swojej pracy, ponieważ w ten sposób może podnieść jakość życia [33].

Reasumując przytoczone argumenty należy stwierdzić, że rozwój człowieka w płaszczyźnie zawodowej jest wskaźnikiem jakości życia człowieka wynikającym z jakości jego pracy [36]. Choroba nowotworowa jako doświadczenie egzystencjalne, które zmienia preferowane przez człowieka chorego wartości, może zgodnie z koncepcją logoteorii, przekształcić percypowane zagrożenie w szansę dynamizującą rozwój człowieka także w aspekcie jego aktywności zawodowej.

Cykl życia i duchowość w zdrowiu i starości

W minionych kilku dekadach obserwuje się nieustające zainteresowanie badaniami nad wzajemnymi relacjami pomiędzy duchowością, stanem zdrowia oraz cyklem życia. Powyższe aspekty wkraczają w problematykę dyscyplin religijnej, duchowej i psychospołecznej obecnych w ocenie czynników determinujących jakość życia, czy

dobrostanu psychicznego. Na przestrzeni ostatnich trzech dziesięcioleci doniesienia ukazywały zjawisko zachowywania relatywnie dobrego poziomu dobrostanu psychicznego przez seniorów [20]. Paul i Margareth Baltes byli jednymi z pierwszych gerontologów, którzy konceptualizowali proces starzenia jako dynamiczne wysiłki na rzecz znalezienia równowagi pomiędzy kolejnymi drobnymi stratami oraz tym, co jednostka nabywa w postaci nowych kompetencji, umiejętności, czy zasobów. Rezultaty ich badań pozwalają wysnuć wniosek, że seniorzy efektywnie kompensują utraty i zachowują wysoki poziom satysfakcji i zadowolenia ze swego życia. Pomimo strat związanych z pogorszeniem funkcji fizycznych, czy utraty zdrowia, ich elastyczność, czasem zwana prężnością psychiczną okazywała się być czynnikiem wzmacniającym zasoby do radzenia sobie z uciążliwościami życia.

Joan Erikson stwierdziła, że wraz z Erikiem odczuli w pełni czym jest starość dopiero w późnych 80. i wczesnych 90. latach życia. Dopiero wtedy doszło do prawdziwej konfrontacji ze starością. Podkreślała znaczenie dobrostanu psychicznego w tym etapie życia opisując warunki jego zaistnienia. Jej zdaniem nie jest to możliwe bez nabycia pewnej formy dojrzałości psychicznej. Czyli *życia poza narcyzmem*, umiejętności stworzenia intymnego związku z partnerem życiowym oraz w sposób aktywny. Ponarcystyczna miłość własna uwzględnia jakże ważny porządek duchowy w świecie. Czynniki drugi mówi o *umiejętności życia w intymnym związku*, czyli o tym, że wspierające i opiekuńcze relacje, będące zazwyczaj skutkiem nieocenionych trwałych, pozytywnych więzi romantycznych czy rodzinnych (niewykluczających się) są ogromnym zasobem seniora. Te zaś zasoby mają swe źródło w trwałych i pozytywnych relacjach w obrębie rodziny. Trzeci czynnik wskazany przez J. Erikson [25] mówi o *znaczeniu bycia aktywnym w życiu*.

Bez wskazanych tychże elementów nie sposób odnaleźć integrację psychiczną w dorosłym życiu, senior skazany jest na izolację i osamotnienie, tym bardziej gdy przyjdzie mu zmagać się z ciężką chorobą zagrażającą życiu, jak na przykład choroba nowotworowa. Zdaniem J. Erikson [25] osoba, która rozwinęła trzy wskazane powyżej aspekty życia, zdolna jest zwrócić się ku transcendencji i mimo licznych zmian regresywnych kontynuować drogę rozwoju psychicznego. Ludzie starsi i chorzy przewlekłe pomimo ograniczeń mogą zachowywać plastyczność rozwojową. Powyższe stwierdzenie dowodzi tego, co obecne jest w literaturze przedmiotu, a mianowicie: rozwój dokonuje się w ciągu całego cyklu życia. Seniorzy zachowują dobrostan duchowy wbrew licznym stratom. Jest to możliwe, gdy zachowuje się otwartość i elastyczność do samego końca. W takich okolicznościach można mówić o w pełni wyrażonym starzeniu się. Ważne jest, ażeby posiadać dostęp do wszystkich obecnych źródeł siły i zdrowia. Pozwala to bowiem utrzymać pozytywny dobrostan

psychiczny i duchowy. Z jednej strony starość, z drugiej choroba zagrażająca życiu stawiają pytania o sens ludzkiej egzystencji, o przemijanie i ograniczoność życia, które nabierają znaczenia. Wymiar duchowy jest próbą odpowiedzi na pytania: Jak definiować sens życia, Jakie są jego atrybuty stanowiące nieodłączną wartość? Wiele badań wskazuje na fakt, że pojęcie duchowości w chorobie, czy w okresie późnej dorosłości posiada wymiar subiektywny i wielowymiarowy. Jej wyrazem są wysiłki podmiotu, by nadać cel i sens swej egzystencji, jak też odnieść ją do wymiaru sakralnego, a jeśli nie, to do rzeczywistości nadrzędnej, transcendentnej. Zasoby duchowe jednostki pełnią korzystną rolę wobec konfrontacji z chorobą pozwalając dostrzec znaczenie krytycznego zdarzenia, lecz także zachować nadzieję i dobrostan emocjonalny przeciwdziałając zjawisku dehumanizacji.

Potrzeba wsparcia

Poczawszy od podejrzenia choroby, poprzez diagnostykę, aż do potwierdzenia rozpoznania chory żyje w ciągłym poczuciu niewiadomej, co generuje silny stan napięcia emocjonalnego. Wizja choroby ciężkiej przewlekłej zagrażającej życiu, to wiele znaków zapytania, na które czasami nie ma prostych odpowiedzi. Taka sytuacja wyzwała u chorych wiele różnorodnych emocji i zachowań, które z zewnątrz mogą wydawać się niezrozumiałe lub przesadzone w swojej ekspresji, np.: złość, gniew, agresja, rozpacz, czarnowidztwo, zamknięcie się w sobie, a nawet próby samobójcze. Zmusza także chorego do refleksji nad własnym istnieniem, wprowadza wiele zmian i ograniczeń w życiu chorego. Bywa, że rozpoznaniu choroby nowotworowej towarzyszy szok emocjonalny - pacjent doświadcza wtedy nierealności sytuacji lub samego siebie (Burton [37], Watson, 2004; Chojnacka-Szawłowska [38]). W tych okolicznościach wsparcie społeczne nabiera szczególnego znaczenia.

Człowiek potrzebuje wsparcia wtedy, gdy wyczerpał własne sposoby zmagania się z problemem, czuje się bezradny i zagrożony utratą kontroli nad swoim życiem. Salmon [39] i Schroevers [40] sądzą, że chory onkologicznie nie przeżywałby wątpliwości odnośnie korzystania ze wsparcia, gdyby pomoc była bardziej dyskretna. Uważa on również, że warunkiem wsparcia jest umiejętność słuchania i istnieje ono wtedy, kiedy człowiek czuje, gdy ktoś rozumie oraz szanuje jego obawy. Badania jednoznacznie wskazują na to, iż wyrażenie uczuć związanych z problemami albo traumatycznymi wyzwaniem wpływa na obniżenie pobudzenia fizjologicznego. Ważne jest otwarcie się przed kimś, a nie przyjmowanie rad.

Wsparcie to pomoc, która umożliwia przezwyciężenie własnych problemów, trudności, konfliktów czy trudnych sytuacji. Ta specyficzna forma pomagania polega na

umiejętności wyzwolenia wiary we własne siły, mobilizowania sił na rzecz własnej samodzielności w pokonywaniu trudności. Wsparcie psychiczne ma niezwykle pozytywny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne (Sęk [41,42], Cieślak, 2004; Kubacka-Jasiecka, [43]). W codziennym życiu każdy potrzebuje wsparcia lecz szczególnego znaczenia nabiera ono, gdy pojawia się choroba. Istotą wsparcia jest dostosowanie oddziaływań psychologicznych do potrzeb pacjenta w różnych fazach choroby. Coraz częściej, powszechniej funkcjonuje w świadomości społecznej przekonanie, że zwykła życzliwa obecność innych ludzi wywiera dobroczynny wpływ na zdrowie i samopoczucie jednostki. Pozwala to przypuszczać, że wsparcie społeczne ma ogromne znaczenie w zmaganiu się z chorobą nowotworową.

Wśród najważniejszych rodzajów wsparcia społecznego w chorobie nowotworowej szczególnego znaczenia nabiera wsparcie prozdrowotne – informacyjne, emocjonalne i wartościujące, które pozwalają choremu czuć, że nadal jest kochany, potrzebny, ważny, akceptowany bez względu na to, co będzie działo się z nim dalej, jak będzie wyglądał, jak będzie się zachowywał, czy utraci kontrolę nad czynnościami ciała i umysłu to chory chce czuć i słyszeć: będę z tobą, nie opuszczę cię, nie zostaniesz sam [44,45]. Wsparcie informacyjne rozwieje wiele niepotrzebnych lęków, zredukuje napięcie związane z niepewnością – wzmocni poczucie kontroli nad szeroko rozumianą sytuacją chorego.

Metoda badania i opis grupy

Celem przeprowadzonych badań była analiza dynamiki zmian noetycznego wymiaru osobowości w przebiegu choroby nowotworowej. Trudność badań nad zmianami, które zasługują na miano zmian rozwojowych oscyluje wokół zmienności badanego zjawiska, ponieważ badanie osób różniących się wiekiem nie świadczy jeszcze o badaniu rozwoju. Wyróżnia się trzy zasadnicze strategie badań nad rozwojem człowieka: (1) Strategia badań poprzecznych, (2) Strategia badań podłużnych, (3) Strategia sekwencyjna. Strategia badań poprzecznych, zastosowana w niniejszych badaniach jest użyteczna z punktu widzenia ekonomii badań, ponieważ porównywane są wyniki uzyskane od osób w różnym wieku i analizowane podobieństwa, i różnice między nimi. Rezultaty badawcze uzyskiwane są w stosunkowo krótkim czasie. Ograniczeniem tej strategii jest brak możliwości stwierdzenia istniejącej, bądź nie sekwencji rozwojowej. Jednakże w przypadku wystąpienia różnic istotnych między grupami, można formułować hipotezy kierunkowe, planować badania, które je zweryfikują. Można również ustalić model przemian badanej zmiennej (Brzezińska [46], Trempała, 2000). Z powyższych względów w przeprowadzonych badaniach zaproponowano model badań poprzecznych.

W badaniach odwołano się do koncepcji noologoteorii K. Popielskiego i wykorzystano do badania noodynamiki egzystencjalnej autorską skalę skonstruowaną w ramach tej teorii. Metoda zatytułowana Noodynamika Egzystencjalna (ND-E) powstała w 2007 roku na drodze analizy czynnikowej Testu Noo-Dynamiki (T.N-D) K. Popielskiego.

Test źródłowy (T.N-D) służy do pomiaru ilościowych i jakościowych właściwości noetycznego wymiaru egzystencji [1]. Składa się ze 100 pozycji, ujętych w 36 kategorii, z których wyróżniono cztery części testu: Jakości Noetyczne, Temporalność Noetyczna, Aktywność Noetyczna oraz Postawy Noetyczne ([47]. Jak określa autor, test ten jest *„narzędziem badawczym zajmującym miejsce między kognitywnym podejściem w interpretowaniu osobowości a tym jej rozumieniem, w którym akcentuje się noetyczny wymiar osobowości. W takim ujęciu docenia się zdolności jednostki do dokonywania autoanalizy i autointerpretacji, otwierającej jednostkę na własną wielowymiarowość bycia i stawania się”* [1]. Test ten charakteryzuje się wysoką rzetelnością (r -Pearsona 0,82) oraz trafnością wewnętrzną i zewnętrzną [1].

Test ND-E zawiera 49 pozycji i umożliwia badanie trzech czynników: Poczucia Sensu Życia (I), Aktywności Życiowej (II) oraz Ukierunkowania Życiowego (III). Czynniki pierwszy – Poczucie Sensu Życia tworzy 5 skal: (1) Wartość Życia, (2) Akceptacja Własnego Życia, (3) Męstwo Bycia, (4) Cele Życia oraz (5) Satysfakcja z Życia. Czynniki drugi – Aktywność Życiowa tworzą 3 skale: (6) Mądrość Życiowa, (7) Zaangażowanie Życiowe oraz (8) Dążenia Życiowe. Czynniki trzeci – Ukierunkowanie Życiowe tworzą 2 skale: (9) Orientacja Teocentryczna oraz (10) Orientacja Antropocentryczna. Odpowiedzi w kwestionariuszu udziela się na 5 stopniowej skali. Wynik globalny mieści się w przedziale 49-245 pkt., dla czynnika I mieści się w przedziale 28-140 pkt., dla czynnika II w przedziale 12-60 pkt., natomiast dla czynnika III w przedziale 9-45 pkt.

Badania zostały przeprowadzone podczas indywidualnych spotkań z chorymi onkologicznie, głównie w szpitalach, poradniach onkologicznych na terenie niemal całej Polski. W większości przypadków chorzy udzielali odpowiedzi badającemu, który zapisywał je w arkuszu. Niewielka grupa osób badanych samodzielnie wypełniała kwestionariusz. Różnica w sposobie wypełniania kwestionariusza nie ma w przypadku ND-E wpływu na uzyskiwane wyniki. Badani nie wykazywali trudności w rozumieniu treści pytań i nie zgłaszali zastrzeżeń dotyczących poruszanych zagadnień.

Do analizy statystycznej otrzymanych wyników badania zastosowano *analizę wariancji (ANOVA)* z użyciem *testów Tukeya* lub *T3 Dunnetta* do porównań *post hoc*, dla porównania wyników uzyskanych w podgrupach wyodrębnionych w oparciu o dwa kryteria:

faza choroby oraz podgrupy wiekowe. Dla porównania wyników uzyskanych w podgrupach wyodrębnionych w oparciu o kategorię płci zastosowano analizę istotności różnic *test t-Studenta*.

Zasadniczą grupą badanych były osoby chore na raka. Badaniami została objęta grupa 338 osób w wieku od 23 do 65 i więcej lat z rozpoznaną chorobą nowotworową. Ze względu na dużą rozpiętość wiekową nieuzasadnione byłoby jakiegokolwiek wnioskowanie o dynamice egzystencjalnej w przebiegu choroby nowotworowej bez podziału na grupy odpowiadające podstawowej periodyzacji biegu życia ludzkiego. Dlatego też wyróżnione zostały trzy grupy wiekowe odpowiadające wczesnej, średniej i późnej dorosłości. Szczegółowe dane wyodrębnionych podgrup zawiera Tabela I.

Tabela I. Liczebności badanych grup

Płeć	Ogółem (N=338)				Kobiety (N=170)				Mężczyźni (N=168)			
	Wiek	23-35	36-64	65<	Razem	23-35	36-64	65<	Razem	23-35	36-64	65<
Zachorowanie	19	75	19	113	10	34	5	49	9	41	14	64
Remisja	14	77	16	107	4	37	11	52	10	40	5	55
Wznowa	11	80	27	118	6	50	13	69	5	30	14	49
Razem	44	232	62	338	20	121	29	170	24	111	33	168

Wśród badanych osób wyodrębniono również trzy podgrupy odpowiadające różnym fazom choroby: (1) „pierwsze zachorowanie” – stanowiły osoby, które były w trakcie leczenia przeciwnowotworowego (N=113); (2) „remisja” – to te osoby, u których stwierdzono „wyleczenie” i zakończono leczenie przeciwnowotworowe (N=107); (3) „wznowa choroby” – czyli te osoby, u których po okresie remisji nastąpił nawrót choroby nowotworowej (N=118). Do wyodrębnienia podgrup zastosowano obiektywne kryterium zewnętrzne – diagnoza medyczna.

W grupie kontrolnej – osób zdrowych, badaniu poddano 168 osób, spośród których było 131 kobiet i 37 mężczyzn (Glaza, 2014). Wszyscy badani byli dobrani pod kątem wieku do dwóch grup – dorosłych w średniej (35-60 lat) i późnej dorosłości (powyżej 60 lat). Przedział wiekowy, w jakim znajdowali się badani całej grupie to 35-81 lat (M=57,9; SD=12,2). Dobór badanych nie odbywał się co prawda z uwzględnieniem zasad randomizacji, jednakże zważywszy na korelacyjny charakter badań i dobranie próby z różnych środowisk, można wnioskować o minimalnym wpływie czynnika sposobu doboru grupy. Badania przeprowadzono głównie na Pomorzu Zachodnim i Środkowym, jak również częściowo na Lubelszczyźnie.

W grupie osób w średniej dorosłości (N=80) znajdowały się osoby w przedziale wiekowym 35-60 lat (M=47,3; SD =8,5). Pośród nich było 59 kobiet i 21 mężczyzn. Nieco ponad połowę stanowiły osoby zamieszkałe na wsi (N=45), 13 osób mieszkało w małym miasteczku, 17 w mieście średniej wielkości, a 5 osób w mieście powyżej 100 tys. Większość spośród badanych to osoby pracujące (N=68), jedynie 2 osoby nie miały pracy, 6 było na emeryturze, a 4 na rencie. Jeśli chodzi o poziom wykształcenia, to aż 47 osób miało wykształcenie wyższe (nadreprezentacja z uwagi na spory udział nauczycieli wśród badanych), 23 – średnie, 8 – zawodowe, a 2 – podstawowe. Większość osób oceniła swoją sytuację materialną jako dobrą (N=38) lub przeciętną (N=34). Jeśli chodzi o stan cywilny, to dominowały osoby żyjące w małżeństwie (N=53). Stan zdrowia jako dobry oceniła nieco ponad połowa grupy (N=44), natomiast ok. 1/3 badanych uznała go za przeciętny (N=26). W grupie osób w późnej dorosłości (N=88) znajdowały się osoby w przedziale wiekowym 61-81 lat (M=67,5; SD =5). Pośród nich były 72 kobiety i 16 mężczyzn. Duży udział liczbowy w badanej grupie mieli słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Krasnymstawie. Z tego też względu więcej niż połowę grupy stanowiły osoby zamieszkałe w miejscowości do 25 tys. (N=57), 13 osób mieszkało na wsi, 17 w mieście średniej wielkości, a 1 osoba w mieście powyżej 100 tys. Niemal wszystkie osoby były już na emeryturze (N=78) lub rencie (N=8), a jedynie dwie były jeszcze czynne zawodowo. Blisko połowa osób badanych w tej grupie wskazała wykształcenie średnie (N=46), a ponad 1/3 posiadała wykształcenie wyższe. Swoją sytuację materialną badani oceniali w głównej mierze jako przeciętną (N=57) lub dobrą (N=28). Nieco ponad połowa osób żyje w małżeństwie (N=52), dużo jest też osób owdowiałych (N=21). Stan zdrowia badani oceniali głównie jako przeciętny (N=56), a niemal wszyscy pozostali jako dobry (N=26).

Noodynamika egzystencjalna osób zmagających się z chorobą nowotworową.

Wyniki badań

Wszystkie uzyskane wyniki osób onkologicznie chorych są wyższe od średniej teoretycznej, a ich rozkład potwierdza ogólną prawidłowość przesunięcia rozkładu w kierunku wyników wysokich [1].

Wyniki przeliczone na skalę stenową pokazują że najwyższe są w Poczuciu Sensu Życia (7,10), potem w Aktywności Życiowej (6,83), a najniższe dotyczą Ukierunkowania Życiowego (6,67).

Szczegółowe wyniki badania noodynamiki egzystencjalnej wśród chorych onkologicznie oraz osób zdrowych przedstawia Tabela II.

Tabela II. Noodynamika chorych nowotworowej w całej grupie badanych oraz osób zdrowych

ND-E		Wyniki chorych (N=338)				Wyniki zdrowych (N=274)		Wyniki zdrowych (N=168)	
		M	SD	Min.	Max.	M	SD	M	SD
Wynik Globalny W_{GL}		185,35	29,86	81	243	202,61	22,05	196,71	22,25
I	Poczucie Sensu Życia PSŻ	107,56	20,89	41	140	119,98	16,24	112,54	17,20
1	Wartość Życia WŻ	39,13	8,27	10	50	44,00	5,60	41,59	6,71
2	Akceptacja Własnego Życia AWZ	27,27	5,74	7	35	30,52	4,83	28,40	4,90
3	Męstwo Bycia MB	18,56	4,52	5	25	20,82	3,95	19,32	3,95
4	Cele Życiowe CZ	15,12	3,71	4	20	16,82	3,20	15,29	3,39
5	Satysfakcja z Życia SŻ	7,47	1,91	2	10	7,83	1,61	7,95	1,55
II	Aktywność Życiowa AŻ	44,78	8,65	16	60	46,86	5,76	47,61	5,82
6	Mądrość Życia MŻ	15,56	3,2	4	20	16,32	2,16	16,68	2,00
7	Zaangażowanie Życiowe ZZ	14,78	3,54	4	20	15,32	2,62	15,36	2,79
8	Dążenia Życiowe DŻ	14,43	3,2	4	20	15,2	2,48	15,58	2,57
III	Ukierunkowanie Życiowe UŻ	33,01	6,02	16	45	35,64	4,18	36,56	5,09
9	Orientacja Teocentryczna OT	19,12	4,28	5	25	18,70	2,62	21,37	3,06
10	Orientacja Antropocentryczna OA	13,89	3,30	4	20	16,92	2,40	15,19	3,18

¹ Prezentowane wyniki osób zdrowych pochodzą z wcześniejszych badań przeprowadzonych przez E. Wróblewską (2009), w których jednym z predyktorów komunikacji międzyosobowej w małżeństwie była noodynamika egzystencjalna. Potraktowano je jako grupę odniesienia.

² Wyniki z badań M. Glazy (2014). Wykorzystano do porównań międzygrupowych, jako grupę kontrolną

Badania noodynamiki egzystencjalnej wśród osób zdrowych, przeprowadzone za pomocą tej samej skali przez E. Wróblewską [48], wykazały wyższy poziom noodynamiki ($M=202,4$ $SD=22,05$). Podobnie wszystkie czynniki: Poczucie Sensu Życia, Aktywność Życiowa i Ukierunkowanie Życiowe (postawy noetyczne), jak i poszczególne skale są wśród chorych obniżone. Porównanie to pozwala na ogólne stwierdzenie, że na ogół u osób onkologicznie chorych dynamika egzystencjalna jest mniej nasilona, można by powiedzieć, że ulega osłabieniu. Samo życie i jego wartość dla wielu chorych zostaje zakwestionowane. Jedni cenią je jeszcze bardziej, podczas gdy inni tracą poczucie wartości życia.

Należy pamiętać, że są to wyniki uśrednione. Na uwagę zasługuje również większe zróżnicowanie wyników wśród chorych onkologicznie, co świadczy o większych różnicach indywidualnych wśród osób zmagających się z chorobą nowotworową oraz jej leczeniem w realiach polskiego systemu opieki zdrowotnej. Być może właśnie dlatego jedynym wyjątkiem jest skala Orientacji Teocentrycznej, w której średni wynik jest wyższy od średniej u osób zdrowych ($N=274$). W innych badaniach M. Glazy (2014) wśród osób zdrowych ($N=168$) w wieku średniej i późnej dorosłości. Również wszystkie wyniki w skali ND-E okazały się niższe od wyników osób chorych. Potwierdzają one przypuszczenia o kryzysie

egzystencjalnym osób zmagających się z ciężką chorobą zagrażającą życiu. Porównanie wyników tych badań z analizą istotności różnic zawiera Tabela III

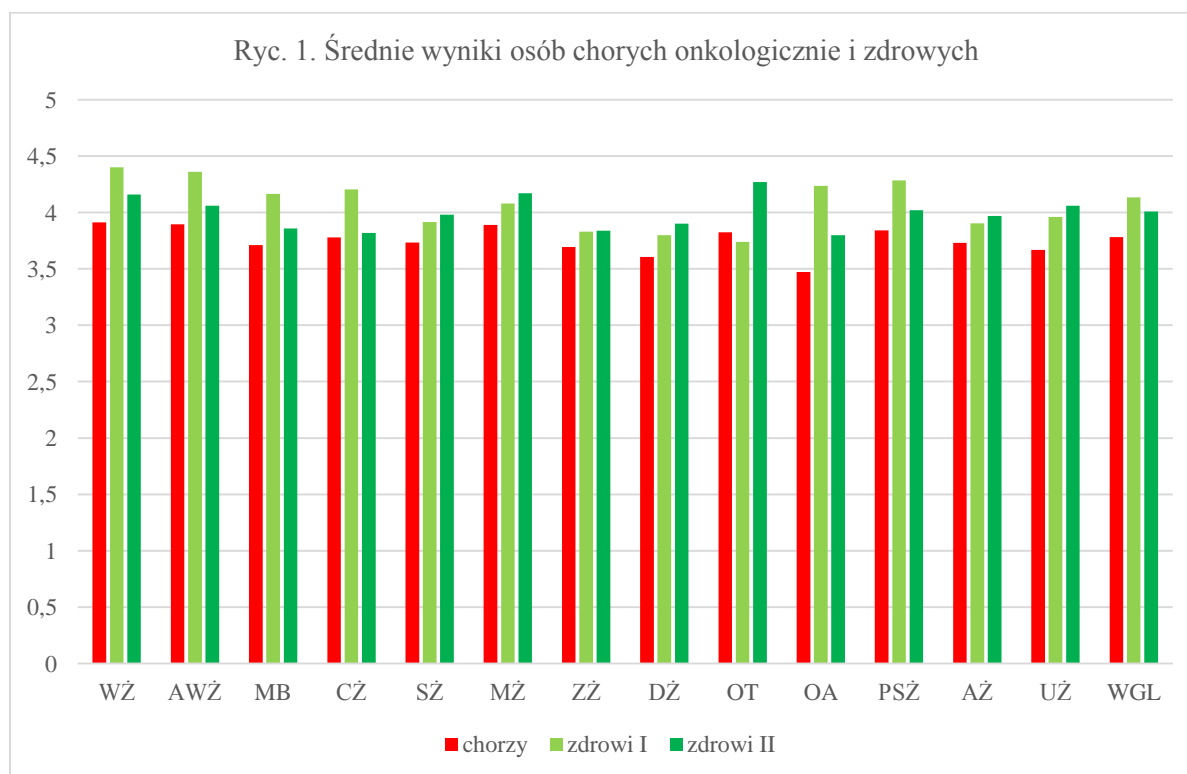


Tabela III. Porównanie wyników osób chorych i zdrowych w średniej i późnej dorosłości

ND-E	Chorzy (N=338)		Zdrowi (N=168)		Różnica	Test t			Test jedno-rodności p
	M	SD	M	SD		t	df	p	
Wartość Życia WŻ	39,13	8,27	41,59	6,71	-2,456	3,579	400,89	0,000	0,026
Akceptacja Własnego Życia AWŻ	27,27	5,74	28,40	4,90	-1,130	2,302	384,22	0,022	0,009
Męstwo Bycia MB	18,56	4,52	19,32	3,95	-0,753	1,923	376,36	0,055	0,073
Cele Życiowe CŻ	15,12	3,71	15,29	3,39	-0,164	0,497	361,45	0,619	0,044
Satysfakcja z Życia SŻ	7,47	1,91	7,95	1,55	-0,479	3,020	401,50	0,003	0,000
Mądrość Życia MŻ	15,56	3,2	16,68	2,00	-1,122	4,822	478,51	0,000	0,000
Zaangażowanie Życiowe ZZ	14,78	3,54	15,36	2,79	-0,573	1,980	410,20	0,048	0,000
Dążenia Życiowe DŻ	14,43	3,2	15,58	2,57	-1,142	4,631	447,61	0,000	0,000
Orientacja Teocentryczna OT	19,12	4,28	21,37	3,06	-2,248	6,763	442,03	0,000	0,000
Orientacja Antropocentryczna OA	13,89	3,30	15,19	3,18	-1,300	4,215	504	0,000	0,831
Poczucie Sensu Życia PSŻ	107,56	20,89	112,54	17,20	-4,982	2,851	396,16	0,008	0,010
Aktywność Życiowa AŻ	44,78	8,65	47,61	5,82	-2,838	4,361	459,78	0,000	0,000
Ukierunkowanie Życiowe UŻ	33,01	6,02	36,56	5,09	-3,548	6,936	387,07	0,000	0,024
W _{GL}	185,35	29,86	196,71	22,25	-11,368	4,810	429,29	0,000	0,001

Wynik globalny Noodynamiki Egzystencjalnej jest istotnie niższy ($-11,38$; $p=0,000$) i wszystkie czynniki testu ND-E są istotnie niższe (PSŻ, $p=0,008$; AŻ, $p=0,000$; UŻ, $p=0,000$). Upoważnia to do stwierdzenia prawidłowości, że doświadczenie choroby nowotworowej jest czynnikiem generalnie obniżającym dynamikę egzystencjalną. Analizując odchylenia standardowe należy też zauważyć, że są one większe niż w grupie osób zdrowych. Może to być efektem wzmożonej dynamiki zmian w sferze noetycznej wśród chorych na raka. Wszystkie wyniki w skalach Noodynamiki również są istotnie niższe. Wyjątek stanowią: Męstwo Bycia, które jest na granicy statystycznej istotności ($p=0,055$) i Cele Życiowe (nieistotne statystycznie). Pierwsze dotyczy stawiania czoła przeciwnościom losu, drugie zaś umiejętności stawiania sobie celów. W chorobie te cele ulegają zmianie, ale celowość ludzkiego działania rozumiana jako cecha (jakość) noetyczna generalnie pozostaje na tym samym poziomie.

Podsumowując można powiedzieć, że ciężka choroba zagrażająca życiu, jaką jest rak powoduje kryzys egzystencjalny o różnym nasileniu u pojedynczych osób. Biorąc pod uwagę różnice indywidualne, nie można wykluczyć, że u niektórych jednostek spowoduje wzmocnienie noodynamiki egzystencjalnej.

Na podstawie uzyskanych wyników w grupie onkologicznie chorych można określić orientacyjne normy dla tej populacji, przyjmując jedno odchylenie standardowe od średniej jako granice przedziałów wyników średnich niskich i wysokich (Tabela IV).

Tabela IV. Rozkład liczebności wyników w całej grupie badanych

ND-E	Przedziały wyników i liczebności									
	-3 SD	%	-2 SD	%	-1 SD	%	+1 SD	%	+2 SD	%
W_{GL}	45-125	4,1	126-155	11,2	156-185	28,7	186-215	40,5	216-245	15,4
I PSŻ	28-65	4,4	66-86	10,1	87-107	31,1	108-128	37,3	129-140	17,2
II AŻ	12-26	3,3	27-35	14,8	36-44	25,7	45-53	40,5	54-60	15,7
III UŻ	9-20	3,6	21-27	11,2	28-33	35,8	34-39	36,1	40-45	13,3

Dane z Tabeli IV zamieszczone zostały z myślą o psychologach praktykach pracujących z osobami chorymi na raka, pozwolą porównać uzyskane wyniki w badaniach indywidualnych. Umożliwi to ukazanie badanej osoby na tle grupy osób chorych na raka. Można je potraktować jako tzw. orientacyjne normy dla testu ND-E.

Noetyczny wymiar osobowości na różnych etapach choroby nowotworowej

Choroba nowotworowa, jak wiadomo, nie jest jedną jednostką chorobową. Charakteryzuje się nagłym zajściem (w sensie psychologicznym – związanym z jej ujawnieniem się i zdiagnozowaniem), trudnym do przewidzenia przebiegu i równie trudnym

do przewidzenia rokowania. Wszystko to daje dużą dozę niepewności. Ze strony pacjenta choroba nowotworowa nie ogranicza się jedynie do sfery biologiczno-fizjologicznej. Obejmuje wszystkie dziedziny jego życia i sfery aktywności, które najogólniej można określić jako zewnętrzne i wewnętrzne. Poziom „kontrolowania” jej przebiegu i oddziaływania na życie osobiste, rodzinne, szerszych kontaktów społecznych czy zawodowe jest różny na psychologicznie znaczących momentach chorowania, leczenia i zdrowienia. Zakłada się, że w większej liczbie grupy badanych osób te różnice jednostkowe związane ze sferą biologiczną i medyczną niwelują się wzajemnie, a zarazem uwydatnią specyficzne, uogólnione, zgeneralizowane prawidłowości związane z tą grupą pacjentów.

Psychologicznie ważnymi etapami zmagania się z chorobą nowotworową jest faza pierwszej diagnozy choroby nowotworowej. Jest to moment osobistego zetknięcia się ze śmiercią realnie zagrażającą własnemu życiu. Realizm ten wynika też z niskiego poziomu kontrolowalności jej przebiegu i ogólnej percepcji choroby oraz dostępności i przebiegu leczenia.

Drugim egzystencjalnie znaczącym etapem jest moment pokonania choroby. Towarzyszy mu poczucie zwycięstwa nad śmiertelną chorobą, któremu towarzyszy poczucie własnej skuteczności. Jest zarazem doświadczeniem naznaczonym brzemieniem walki, wzlotów i upadków, utrat i odzyskiwania nadziei, poniesionych kosztów osobistych, rodzinnych i społeczno-zawodowych. Pozostaje to, co nazywamy „doświadczeniem choroby” oraz poczucie zagrożenia wznową, która odbiera poczucie bezpieczeństwa. Nie wiadomo, kiedy choroba znowu zaatakuje.

Trzecim egzystencjalnie znaczącym momentem w biegu życia jest wznowa choroby (lub nowy rodzaj nowotworu). Do zmagania się z tą chorobą, walce o utrzymanie satysfakcjonującej jakości życia jednostka wkracza z nabytymi wcześniej zasobami, sposobami radzenia sobie z sytuacją trudną, z doświadczeniem zwycięstwa, „oswojenia” się z rakiem i „światem ludzi chorych” – szpitali, systemu opieki zdrowotnej, procedur medycznych itd. Jest już niejako przygotowana do kolejnego etapu walki o życie.

Wyniki badań z uwzględnieniem wymienionych etapów choroby zawiera Tabela V. Uzyskane istotne różnice na poszczególnych etapach choroby będą świadczyły o ogólnych prawidłowościach w przebiegu zmian dynamiki egzystencjalnej wśród osób onkologicznie chorych.

Wyniki badania, zaprezentowane w Tabeli V pozwalają stwierdzić, że występują istotne statystycznie różnice w noodynamice egzystencjalnej między chorymi na różnych etapach choroby nowotworowej ($F_{2,335}=10,306; p<0,001$).

Tabela V. Wyniki badań w całej grupie badanych z uwzględnieniem fazy choroby (N=338)

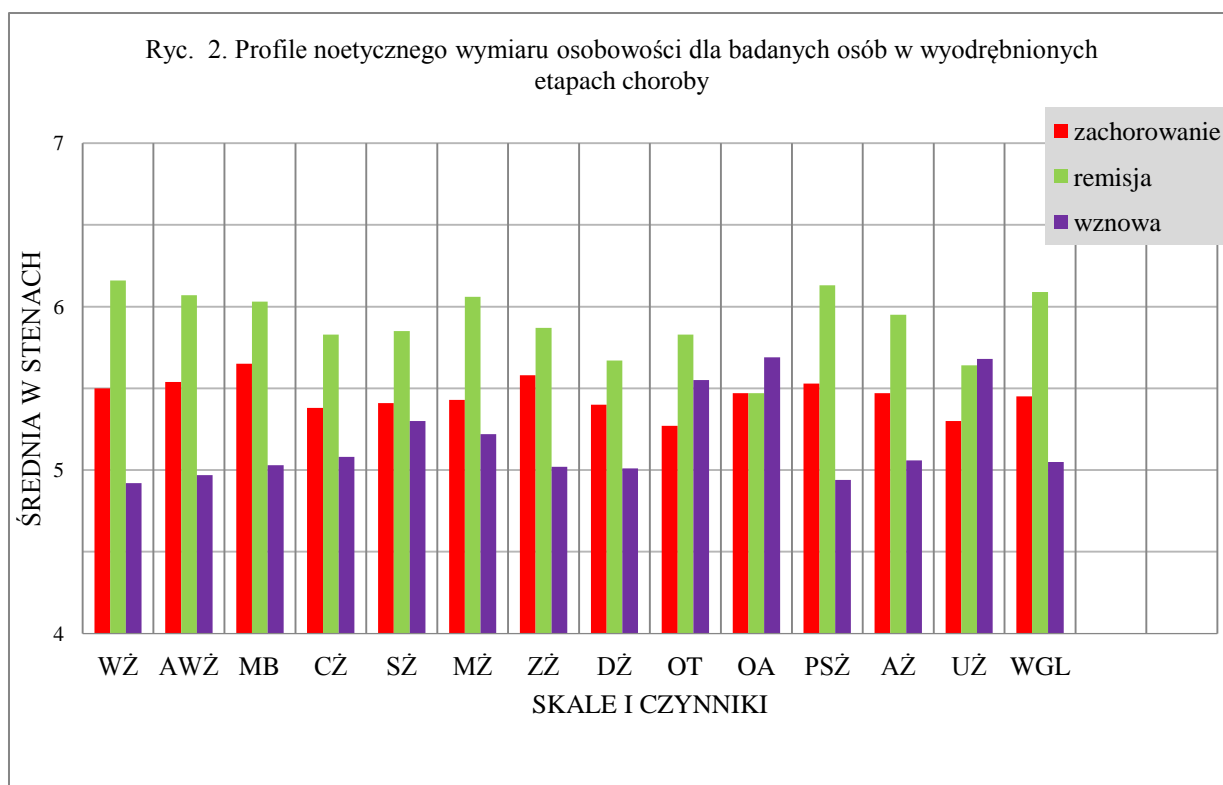
ND-E		ZA Zachorowanie (N=113)		RM Remisja (N=107)		WZ Wznowa (N=118)		ANOVA		Test <i>post hoc</i> <i>p</i>			Test Jednoro- dności
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	ZA-RE	RE-WZ	ZA-WZ	<i>p</i>
1	WŻ	39,34	7,714	41,80	6,496	36,52	9,406	12,280	0,000	0,032	0,000	0,039	0,000
2	AWŻ	27,25	5,775	29,08	4,614	25,64	6,182	10,633	0,000	0,029	0,000	0,122	0,003
3	MB	18,73	4,200	19,65	4,082	17,41	4,948	7,314	0,001	0,273	0,001	0,083	0,025
4	CŻ	15,08	3,586	15,91	3,617	14,45	3,809	4,423	0,013	0,219	0,009	0,394	0,705
5	SŻ	7,35	2,096	7,83	1,616	7,26	1,950	2,842	0,060	0,66	0,052	0,981	0,005
6	MŻ	15,25	3,556	16,48	2,292	15,00	3,392	6,900	0,001	0,009	0,000	0,916	0,000
7	ZŻ	14,93	3,647	15,59	2,865	13,92	3,829	6,608	0,001	0,354	0,001	0,116	0,008
8	DŻ	14,47	3,490	15,07	2,513	13,82	3,403	4,363	0,013	0,362	0,005	0,396	0,005
9	OT	18,64	4,320	19,64	4,176	19,11	4,338	1,523	0,220	0,190	0,618	0,679	0,948
10	OA	13,78	3,127	13,77	3,495	14,11	3,317	0,399	0,672	1	0,717	0,728	0,440
I	PSŻ	107,75	20,011	114,28	16,707	101,28	23,243	11,550	0,000	0,046	0,000	0,042	0,003
II	AŻ	44,66	9,414	47,14	6,321	42,74	9,230	7,567	0,001	0,066	0,000	0,313	0,000
III	UŻ	32,42	5,388	33,41	6,435	33,22	6,212	0,859	0,425	0,439	0,969	0,568	0,207
W_{GL}		184,83	30,018	194,83	22,583	177,24	33,086	10,306	0,000	0,017	0,000	0,192	0,000

W_{GL} – wynik globalny, PSŻ – poczucie sensu życia, AŻ – aktywność życiowa, UŻ – ukierunkowanie życiowe, WŻ – wartość życia, AWŻ – akceptacja własnego życia, MB – Męstwo Bycia, CŻ – cele życia, SŻ – satysfakcja z życia, MŻ – mądrość życiowa, ZŻ – Zaangażowanie życiowe, DŻ – dążenia życiowe, OT – orientacja teocentryczna, OA – orientacja antropocentryczna

Chorzy w fazie remisji charakteryzują się najwyższą w grupie noodynamiką egzystencjalną ($M=194,83$; $SD=22,58$), a najniższa występuje u chorych na etapie wznowy ($M=177,24$; $SD=33,09$). Różnice w noodynamice podczas remisji a pozostałymi etapami choroby są statystycznie istotne.

Etap choroby różnicuje badanych także w czynnikach: Poczucie Sensu Życia ($F_{2,335}=11,550$; $p<0,001$) oraz Aktywność Życiowa ($F_{2,335}=7,567$; $p\leq 0,001$). W obu przypadkach najwyższe wyniki uzyskują osoby w remisji. Poczucie Sensu Życia w grupie chorych doświadczających wznowy nowotworu jest znacząco niższe w porównaniu do osób w remisji i po pierwszym zachorowaniu.

W ocenie Aktywności Życiowej dostrzega się istotną różnicę, ale tylko pomiędzy chorymi w remisji a chorymi we wznowie. Ukierunkowanie Życiowe pozostaje względnie stałe i nie ulega istotnym zmianom w zależności od etapu choroby nowotworowej. W wyniku globalnym noodynamiki i Poczuciu Sensu Życia dostrzega się, wśród osób w trakcie pierwszego zachorowania i wznowy nowotworu, znacznie większe zróżnicowanie wyników niż w remisji. Choć ogólna prawidłowość prowadzi do wniosku, że noodynamika egzystencjalna jest istotnie niższa w fazie pierwszego zachorowania i wznowy od noodynamiki w remisji, to jednak 11% badanych zachowuje jej wysoki poziom.



Noetyczny wymiar osobowości z uwzględnieniem płci

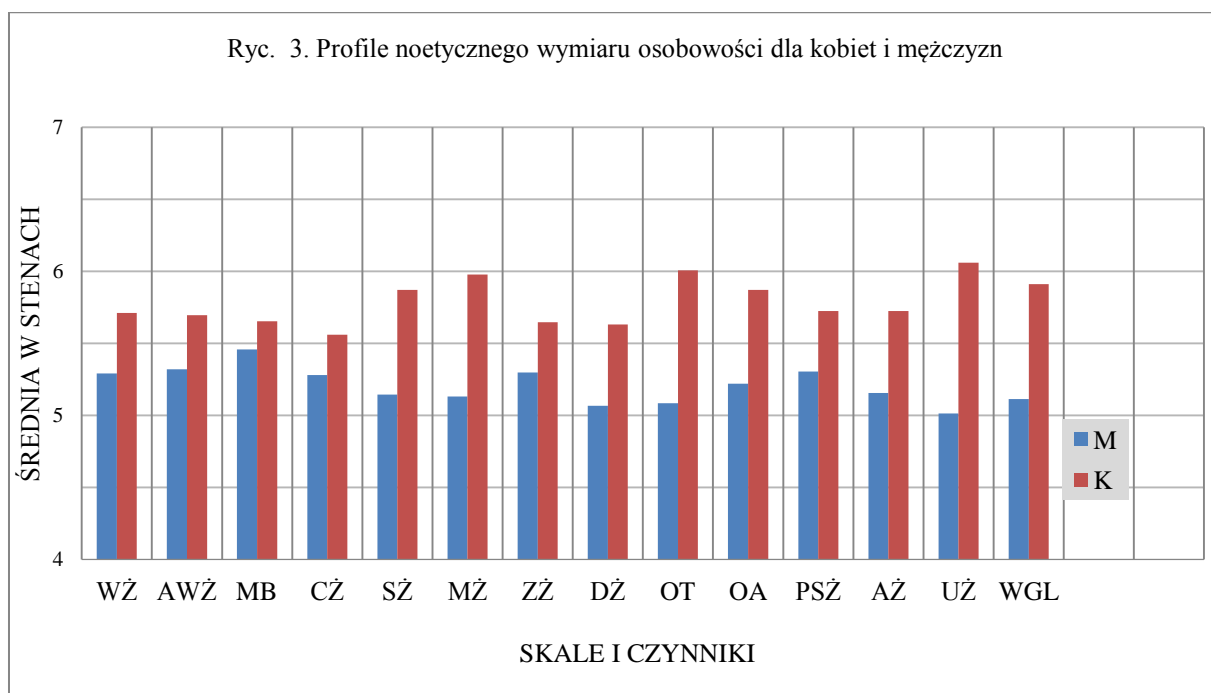
Tabela VI. Analizy statystyczne NDE w całej grupie badanych z rozróżnieniem na płeć (N=338)

ND-E	Kobiety (N=170)		Mężczyźni (N=168)		Różnica	Test t			Test jedno-rodności p
	M	SD	M	SD		t	df	p	
Wartość Życia WŻ	40,16	7,734	38,09	8,684	2,075	-2,321	336	0,021	0,062
Akceptacja Własnego Życia AWŻ	27,92	5,440	26,61	5,893	1,316	-2,117	336	0,035	0,116
Męstwo Bycia MB	18,82	4,611	13,30	4,431	0,514	-1,045	336	0,297	0,781
Cele Życiowe CŻ	15,38	3,699	14,86	3,719	0,513	-1,272	336	0,204	0,441
Satysfakcja z Życia SŻ	7,86	1,699	7,08	2,039	0,787	-3,855	324	0,000	0,022
Mądrość Życia MŻ	16,21	2,938	14,89	3,328	1,319	-3,864	336	0,000	0,071
Zaangażowanie Życiowe ZŻ	15,14	3,383	14,42	3,676	0,719	-1,870	336	0,062	0,154
Dążenia Życiowe DŻ	14,88	3,246	13,99	3,124	0,888	-2,563	336	0,011	0,367
Orientacja Teocentryczna OT	20,09	3,989	18,14	4,366	1,957	-4,304	336	0,000	0,385
Orientacja Antropocentryczna OA	14,42	3,245	13,36	3,294	1,061	-2,982	336	0,003	0,795
Poczucie Sensu Życia PSŻ	110,15	20,045	104,94	21,464	5,207	-2,305	336	0,022	0,362
Aktywność Życiowa AŻ	46,23	8,469	43,30	8,608	2,926	-3,150	336	0,002	0,355
Ukierunkowanie Życiowe UŻ	34,51	5,751	31,49	5,923	3,018	-4,752	336	0,000	0,444
WGL	190,89	28,430	179,74	30,305	11,150	-3,489	336	0,001	0,344

Kobiety i mężczyźni inaczej reagują na przebieg choroby, o czym była mowa wyżej we wprowadzeniu teoretycznym. Różny jest też sposób reakcji emocjonalnej i odporności na sytuację stresową. Dysponują oni też nieco innymi zasobami osobistymi, które mają też

znaczenie w sferze dynamiki egzystencjalnej w trakcie zmagania się z ciężką chorobą zagrażającą życiu. Wyniki badań z rozróżnieniem na płeć badanych zebrano w Tabeli VI.

Choroba i sytuacja chorowania znajdują swe odzwierciedlenie w obrazie własnej choroby, w którym istotną rolę odgrywają następujące elementy: przyczyny, objawy, aktualne samopoczucie, leczenie, rokowanie. Niektóre dane epidemiologiczne, wskazując na częstsze rozpoznania onkologiczne u kobiet niż mężczyzn, mówią o większej wrażliwości kobiet na zmiany samopoczucia i częstość podejmowania leczenia. Obserwuje się, że dla kobiet bardziej istotna jest aktualna ocena sytuacji pod kątem oczekiwań wobec przyszłości, zaś dla mężczyzn – nasilenie negatywnych emocji. Również sposoby radzenia sobie odzwierciedlają specyfikę związaną z płcią: kobiety częściej sięgają po radzenie skoncentrowane na emocjach i szukaniu wsparcia. Dotyczy to zarówno wsparcia społecznego (skala orientacji antropocentrycznej, $t=2,982$; $p\leq 0,003$), jak również poszukiwania pomocy u Boga – Rzeczywistości Transcendentnej (skala Orientacji Teocentrycznej, $t=4,304$; $p\leq 0,000$).



Przeprowadzone badania pokazują, że kobiety zmagające się z chorobą nowotworową odznaczają się na ogół nieco silniejszą noodynamiką egzystencjalną od mężczyzn ($t=-3,489$ $p<0,001$). Dotyczy to także Poczucia Sensu Życia ($p=0,022$). Bardziej potrafią doceniać wartość życia, akceptować je mimo choroby i cierpienia oraz czerpać z niego większą satysfakcję. Podobnie w wymiarze Aktywności Życiowej ($p=0,002$) przejawiają wyższą

dynamikę egzystencjalną. Dotyczy to zwłaszcza Mądrości Życiowej i Dążeń Życiowych. Również w wymiarze Ukierunkowania Życiowego ($p=0,000$) przejawiają większe zaangażowanie zarówno w postawie do człowieka, jak i w sferze duchowej. Natomiast Cele Życiowe i Męstwo Bycia u mężczyzn są na porównywalnym poziomie, jak u kobiet. Porównywalne też jest Zaangażowanie Życiowe mężczyzn i kobiet chorych na raka. Ponieważ wyniki kobiet i mężczyzn różnią się istotnie w dalszych analizach należy te grupy potraktować oddzielnie.

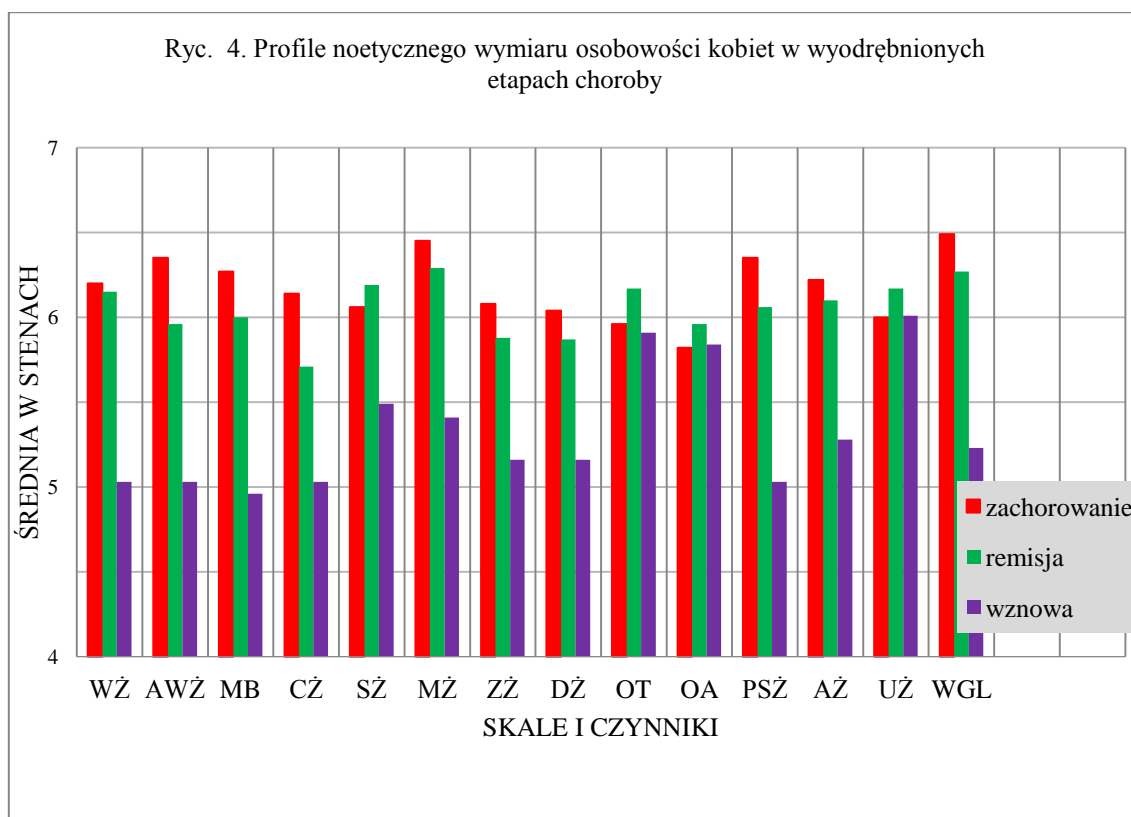
Noodynamika egzystencjalna kobiet chorych na raka

Wyniki badań noodynamiki egzystencjalnej w przebiegu choroby nowotworowej kobiet zebrano w Tabeli VII. Pokazują one, że wznowa choroby nowotworowej jest istotnym czynnikiem obniżającym dynamikę egzystencjalną ($W_{GL}: RE-WZ p=0,003; ZA-WZ p=0,000$). Różnica wyników jest znikoma i statystycznie nieistotna. Powyższa prawidłowość dotyczy także Poczucia Sensu Życia i Aktywności Życiowej. Natomiast Ukierunkowania Życiowe zarówno Antropocentryczne i Teocentryczne kobiet zdaje się być na tyle ugruntowane, że nawet takie wydarzenia, jak choroba zagrażająca życiu nie jest na tyle silnym doświadczeniem egzystencjalnym, by miała wpłynąć na istotne przewartościowanie w noetycznych postawach wobec ludzi i wobec Boga.

Tabela VII. Wyniki badań noodynamiki egzystencjalnej w podgrupie kobiet z uwzględnieniem fazy choroby (N=170)

ND-E		ZA ZACHOROWANIE (N=49)		RM REMISJA (N=52)		WZ WZNOWA (N=69)		ANOVA		Istotność różnic <i>p</i>			Test jedno- rodności
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i> =	ZA-RE	RE-WZ	ZA-WZ	<i>p</i>
1	WŻ	42,51	5,343	41,77	7,014	37,29	8,790	8,902	0,000	0,908	0,007	0,000	0,007
2	AWŻ	29,71	4,449	28,98	4,612	25,86	6,010	9,490	0,000	0,801	0,005	0,000	0,016
3	MB	20,20	3,506	19,67	4,549	17,19	4,900	8,034	0,000	0,819	0,007	0,001	0,064
4	CŻ	16,53	2,770	15,69	3,933	14,32	3,848	5,696	0,004	0,473	0,098	0,003	0,071
5	SŻ	8,04	1,755	8,19	1,387	7,49	1,820	2,950	0,055	0,950	0,030	0,053	0,046
6	MŻ	16,73	3,141	16,85	2,043	15,36	3,181	5,111	0,007	0,995	0,007	0,064	0,014
7	ZŻ	15,86	2,972	15,65	2,923	24,25	3,798	4,266	0,016	0,980	0,067	0,033	0,022
8	DŻ	15,53	3,495	15,38	2,344	14,03	3,494	4,132	0,018	0,993	0,036	0,068	0,021
9	OT	20,22	3,454	20,33	4,134	19,83	4,263	0,268	0,765	0,991	0,775	0,856	0,246
10	OA	14,31	2,800	14,62	3,753	13,35	3,166	0,140	0,869	0,952	0,967	1	0,044
I	PSŻ	117,00	13,961	114,31	17,973	102,14	22,509	10,554	0,000	0,783	0,004	0,000	0,011
II	AŻ	48,12	8,717	47,88	5,793	43,64	9,378	5,755	0,004	0,998	0,026	0,008	0,008
III	UŻ	34,53	3,459	34,94	6,608	34,17	5,931	0,263	0,769	0,932	0,749	0,942	0,067
W_{GL}		199,65	21,381	197,13	23,844	179,96	32,453	9,565	0,000	0,923	0,003	0,000	0,007

W_{GL} – wynik globalny, **PSŻ** – poczucie sensu życia, **AŻ** – aktywność życiowa, **UŻ** – ukierunkowanie życiowe, WŻ – wartość życia, AWŻ – akceptacja własnego życia, MB – Męstwo Bycia, CŻ – cele życia, SŻ – satysfakcja z życia, MŻ – mądrość życiowa, ZŻ – Zaangażowanie życiowe, DŻ – dążenia życiowe, OT – orientacja teocentryczna, OA – orientacja antropocentryczna



Należało się spodziewać, że remisja choroby wpłynie pozytywnie na zwiększenie dynamiki egzystencjalnej, jednak w grupie kobiet uzyskane wyniki tego nie potwierdzają. Wyleczenie z choroby nowotworowej (całkowite lub częściowe) nie wywołuje u kobiet ożywienia dynamiki egzystencjalnej. Wyniki nie pokazują jej istotnego wzrostu, są na niemal takim samym poziomie.

Noodynamika egzystencjalna mężczyzn chorych na raka

Inaczej noodynamika egzystencjalna przebiega wśród mężczyzn. Wyniki badań noodynamiki egzystencjalnej w grupie mężczyzn w trzech fazach choroby nowotworowej zostały zebrane i zestawione w Tabeli VIII. Pokazują one, że remisja choroby powoduje na ogół wzrost dynamiki egzystencjalnej, a wznowa choroby jej ponowne osłabienie do poziomu podobnego do takiego poziomu, jaki był przy pierwszym zachorowaniu.

Wśród mężczyzn, to remisja jest czynnikiem istotnie wpływającym na dynamikę egzystencjalną ($W_{GL}: ZA-RE p=0,000, RE-WZ p=0,003$). Wśród kobiet wznowa choroby była takim czynnikiem.

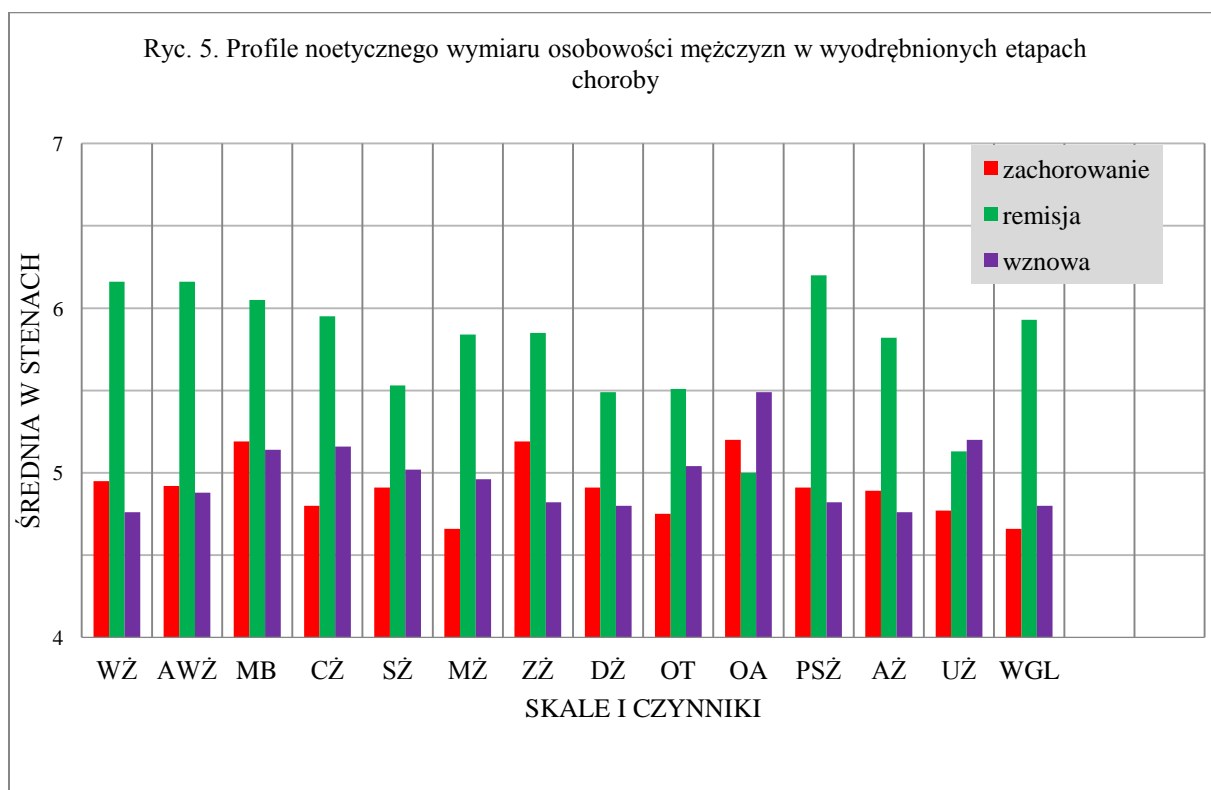
Wyniki badań pokazały ponadto, że wśród mężczyzn Ukierunkowania Życiowe są na tyle stabilne, że choroba nowotworowa może powodować tylko w indywidualnych przypadkach zmiany w postawie antropocentrycznej czy teocentrycznej, ale tego typu ogólnej

prawidłowości nie stwierdzono. Podobne zjawisko występuje wśród kobiet zmagających się z chorobą nowotworową

Tabela VIII. Porównanie wyników w podgrupie mężczyzn w różnych fazach choroby (N=168)

ND-E		ZA ZACHOROWANIE (N=64)		RM REMISJA (N=55)		WZ WZNOWA (N=49)		ANOVA		Istotność różnic <i>p</i>			Test jedno-rodności <i>p</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i> ≤	ZA-RE	RE-WZ	ZA-WZ	<i>p</i>
1	WŻ	36,91	8,379	41,84	6,030	35,43	10,204	8,759	0,000	0,001	0,001	0,795	0,001
2	AWŻ	25,36	5,988	29,18	4,655	25,35	6,466	8,226	0,000	0,000	0,003	1	0,033
3	MB	17,61	4,363	19,64	3,628	17,71	5,050	3,832	0,024	0,033	0,067	0,991	0,091
4	CŻ	13,97	3,758	16,11	3,315	14,63	3,784	5,290	0,006	0,005	0,099	0,600	0,674
5	SŻ	6,83	2,193	7,49	1,752	6,94	2,096	1,739	0,179	0,181	0,351	0,956	0,204
6	MŻ	14,14	3,463	16,13	2,472	14,49	3,641	6,131	0,003	0,001	0,028	0,939	0,033
7	ZŻ	14,22	3,966	15,53	2,834	13,45	3,863	4,479	0,013	0,111	0,008	0,657	0,038
8	DŻ	13,66	3,286	14,78	2,651	13,53	3,286	2,716	0,069	0,120	0,102	0,975	0,436
9	OT	17,42	4,542	19	4,150	18,10	4,283	1,956	0,145	0,121	0,545	0,688	0,996
10	OA	13,38	3,321	12,96	3,055	13,78	3,525	0,786	0,457	0,776	0,424	0,798	0,581
I	PSŻ	100,67	21,116	114,25	15,582	100,06	24,423	8,393	0,000	0,000	0,002	0,999	0,010
II	AŻ	42,02	9,123	46,44	6,760	41,47	8,958	5,785	0,004	0,013	0,008	0,937	0,071
III	UŻ	30,80	5,507	31,96	5,972	31,88	6,408	0,717	0,490	0,534	0,997	0,603	0,423
W_{GL}		173,48	30,854	192,65	21,313	173,41	33,920	8,055	0,000	0,000	0,003	1	0,008

W_{GL} – wynik globalny, PSŻ – poczucie sensu życia, AŻ – aktywność życiowa, UŻ – ukierunkowanie życiowe, WŻ – wartość życia, AWŻ – akceptacja własnego życia, MB – Męstwo Bycia, CŻ – cele życia, SŻ – satysfakcja z życia, MŻ – mądrość życiowa, ZŻ – Zaangażowanie życiowe, DŻ – dążenia życiowe, OT – orientacja teocentryczna, OA – orientacja antropocentryczna



Noetyczny wymiar osobowości chorych z uwzględnieniem zmiennej wieku

Jak wynika z literatury przedmiotu wiek osób zmagających się z chorobą nowotworową może mieć znaczenie dla dynamiki egzystencjalnej. Wyróżniono wczesną dorosłość – młodzi dorośli, średnią dorosłość – wiek produkcyjny oraz późną dorosłość – wiek emerytalny. Uwzględniając tę zmienną przeprowadzono analizę porównawczą, a jej wyniki zebrano w Tabeli IX.

Uzyskane wyniki badań pokazują inną dynamikę egzystencjalną ludzi młodych, w średnim wieku oraz tych w wieku emerytalnym. Jednak istotna różnica dotyczy tylko Ukierunkowań Życiowych, czyli postaw społecznych i religijno-duchowych pomiędzy młodymi dorosłymi ($M=30,0$) a wiekiem produkcyjnym ($M=33,4$) i wiekiem emerytalnym ($M=33,8$) ($p=0,002$ i $p=0,004$). Dotyczy to szczególnie Orientacji Teocentrycznej, czyli otwartości na rzeczywistość duchową, transcendentną.

Tabela IX. Wyniki analizy wariancji NDE wszystkich badanych ($N= 338$) w grupach wiekowych:
(M – młodzi 23-35 lat; S – wiek średni 36-64 lat; E – wiek emerytalny 65 lat i więcej)

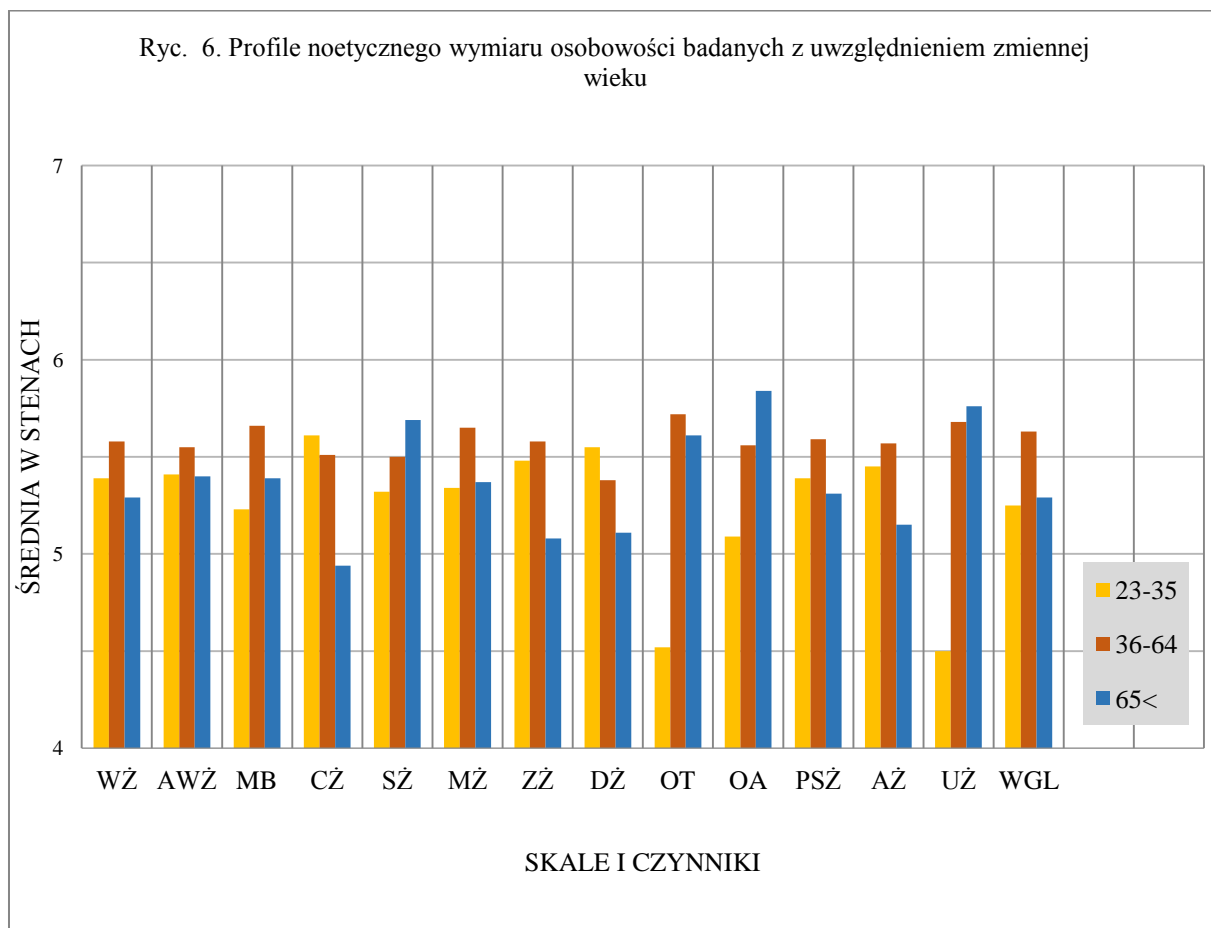
ND-E		M Młodzi (N=44)		S Wiek średni (N=232)		E Wiek emerytalny (N=62)		ANOVA		Istotność różnic <i>p</i>			Test jedno- rodności
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i> ≤	M-S	S-E	M-E	<i>p</i>
1	WŻ	38,95	8,678	39,37	8,110	38,37	8,669	0,368	0,693	0,950	0,676	0,932	0,812
2	AWŻ	26,98	5,813	27,43	5,625	26,89	6,202	0,280	0,756	0,883	0,789	0,997	0,824
3	MB	17,98	4,078	18,80	4,483	18,08	4,950	1,045	0,353	0,509	0,505	0,993	0,515
4	CŻ	15,45	3,944	15,33	3,596	14,11	3,863	2,854	0,059	0,976	0,057	0,157	0,700
5	SŻ	7,30	1,875	7,46	1,911	7,65	1,968	0,443	0,642	0,859	0,780	0,625	0,863
6	MŻ	15,25	3,342	15,70	3,091	15,23	3,513	0,773	0,463	0,667	0,552	0,999	0,718
7	ZŻ	14,73	3,559	15,01	3,451	13,97	3,811	2,147	0,118	0,875	0,098	0,521	0,382
8	DŻ	14,64	3,185	14,49	3,218	14,10	3,238	0,459	0,632	0,957	0,673	0,672	0,965
9	OT	16,86	4,486	19,48	2,270	19,39	3,756	7,285	0,001	0,001	0,987	0,007	0,533
10	OA	13,14	2,930	13,89	3,343	14,42	3,371	1,974	0,144	0,345	0,504	0,120	0,313
I	PSŻ	106,66	21,417	108,39	20,457	105,10	22,239	0,652	0,521	0,870	0,514	0,924	0,684
II	AŻ	44,61	9,010	45,20	8,596	43,29	8,569	1,206	0,301	0,910	0,270	0,718	0,893
III	UŻ	30	5,305	33,37	6,090	33,81	5,685	6,674	0,001	0,002	0,864	0,004	0,386
W_{GL}		181,27	30,854	186,96	29,369	182,19	30,924	1,095	0,336	0,479	0,504	0,987	0,811

W_{GL} – wynik globalny, PSŻ – poczucie sensu życia, AŻ – aktywność życiowa, UŻ – ukierunkowanie życiowe, WŻ – wartość życia, AWŻ – akceptacja własnego życia, MB – Męstwo Bycia, CŻ – cele życia, SŻ – satysfakcja z życia, MŻ – mądrość życiowa, ZŻ – Zaangażowanie życiowe, DŻ – dążenia życiowe, OT – orientacja teocentryczna, OA – orientacja antropocentryczna

Największa zmiana dotyczy przejścia z wczesnej dorosłości w średnią dorosłość i utrzymuje się do wieku późnej dorosłości na zbliżonym poziomie ($p=0,001$ i $0,007$). Na podstawie progresu średnich arytmetycznych można by powiedzieć, że z wiekiem zwiększa

się postawa altruistyczna, szacunek i otwartość na drugiego człowieka, jednak wyniki poszczególnych osób są na tyle zróżnicowane, że nie można mówić tu o jakiejś prawidłowości.

Należy raczej przypuszczać, że się polaryzują. Noetyczne Poczucie Sensu Życia i Aktywność Życiowa we wszystkich przedziałach wiekowych osób zmagających się z chorobą nowotworową jest podobna i nie wykazuje istotnych zmian na przestrzeni biegu życia.



Przeprowadzona analiza statystyczna ukazała istnienie związku pomiędzy wiekiem osób badanych a niektórymi wymiarami mierzonymi testem ND-E. Porównując wyniki uzyskane przez osoby objęte badaniem z uwzględnieniem wieku, w sposób odmienny na skali Dążeń Duchowych odpowiadały osoby młodsze ($M=16,86$) wobec dwóch pozostałych grup, odpowiednio wiek średni ($M=19,48$) oraz wiek emerytalny ($M=19,39$). Różnice w sposobie udzielania odpowiedzi na tę skalę osiągnęły poziom istotności statystycznej ($p=0,001$). Zatem osoby młodsze w wieku nieprzekraczającym 35 lat istotnie mniej zainteresowane są dążeniami o charakterze duchowym. Refleksyjna strona życia i nastawienie na rozwój wartości wewnętrznych dla tej grupy odgrywają jakby mniejsze znaczenie niż dla dwóch

pozostałych. Przedmiotem do dalszej analizy pozostaje kwestia, czy uzyskany wynik ukazuje fakt, że osoby młodsze są bardziej pragmatycznie nastawione do życia i osiągają sukcesy zewnętrzne, czy też są bardziej pasywne? Zbieżną z powyżej przedstawioną tendencję ujawniają wyniki uzyskane na skali Postaw Noetycznych. Mimo, że wartości nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej ukazują, że osoby młodsze nie są zainteresowane rozwojem postaw noetycznych ($M=30,00$), wobec osób bardziej zaawansowanych wiekowo: w wieku średnim ($M=33,37$) i emerytalnym ($M=33,8$), późnej dojrzałości.

Noetyczny wymiar osobowości kobiet z uwzględnieniem zmiennej wieku

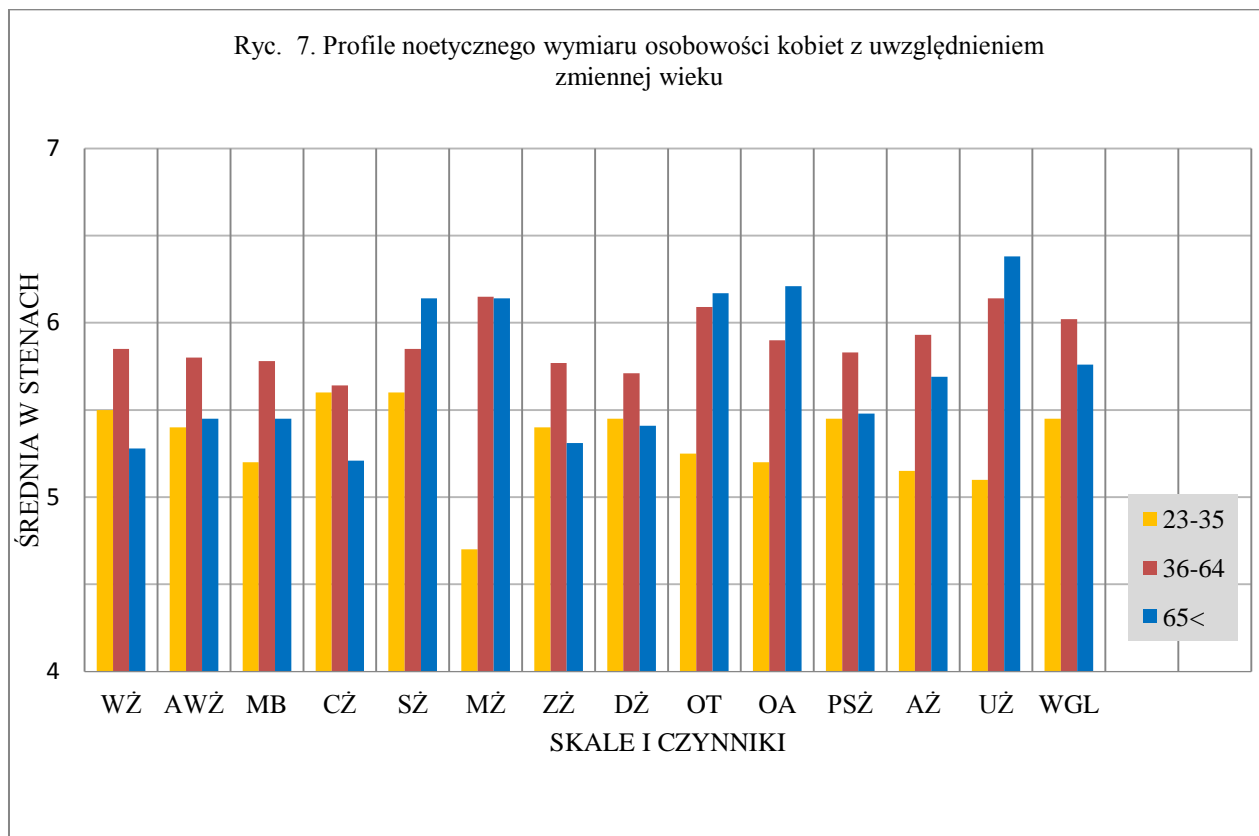
Przeprowadzone badania pokazały tylko jedną prawidłowość wśród kobiet onkologicznie chorych. Wraz z wiekiem wzrasta Mądrość Życiowa, a jej istotny przyrost następuje z osiągnięciem średniej dorosłości i utrzymuje się na nieco wyższym poziomie aż do wieku późnej dorosłości ($M-S p=0,002$, $M-E p=0,015$). Polega ona na rozumieniu drugiego człowieka, sposobu przeżywania cierpienia, otwartości i życzliwości wobec innych, bardziej twórczym i pozytywnym rozwiązywaniu pojawiających się problemów. Wyniki dotyczące zróżnicowania dynamiki egzystencjalnej kobiet w różnym wieku zaprezentowano w Tabeli X.

Tabela X. Wyniki analizy wariancji ND-E dla kobiet ($N= 170$) w grupach wiekowych: (M – młodzi 23-35 lat; S – wiek średni 36-64 lat; E – wiek emerytalny 65 lat i więcej)

ND-E		M Młodzi (N=20)		S Wiek średni (N=121)		E Wiek emerytalny (N=29)		ANOVA		Istotność różnic <i>p</i>			Test jedno- rodności
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>M-S</i>	<i>S-E</i>	<i>M-E</i>	<i>p</i>
1	WŻ	39,45	8,829	40,60	7,648	38,83	7,373	0,711	0,493	0,811	0,510	0,959	0,772
2	AWŻ	26,85	6,124	28,25	5,127	27,31	6,234	0,787	0,457	0,538	0,683	0,954	0,507
3	MB	17,90	4,278	19,12	4,598	18,17	4,885	0,946	0,390	0,516	0,579	0,977	0,745
4	CŻ	15,40	4,044	15,56	3,512	14,59	4,222	0,813	0,445	0,982	0,412	0,730	0,576
5	SŻ	7,60	2,113	7,84	1,643	8,14	1,642	0,625	0,537	0,825	0,680	0,524	0,109
6	MŻ	14,15	3,774	16,49	2,696	16,48	2,798	5,907	0,003	0,002	1	0,015	0,214
7	ZŻ	14,60	3,774	15,37	3,362	14,55	3,366	0,977	0,379	0,613	0,471	0,999	0,921
8	DŻ	14,45	3,845	15,01	3,142	14,62	3,310	0,360	0,698	0,758	0,833	0,982	0,441
9	OT	18,40	4,223	20,28	4,009	20,48	3,562	2,102	0,125	0,124	0,967	0,170	0,785
10	OA	13,35	3,150	14,45	3,263	15,03	3,156	1,623	0,200	0,341	0,654	0,175	0,811
I	PSŻ	107,20	23,792	111,38	19,078	107,03	21,407	0,793	0,454	0,664	0,548	1	0,471
II	AŻ	43,20	10,340	46,87	8,129	45,66	8,273	1,704	0,185	0,172	0,766	0,577	0,420
III	UŻ	31,75	5,628	34,73	5,896	35,52	4,741	2,897	0,058	0,80	0,780	0,062	0,570
W_{GL}		182,15	34,365	192,98	26,992	188,21	29,559	1,406	0,248	0,257	0,695	0,743	0,534

W_{GL} – wynik globalny, PSŻ – poczucie sensu życia, AŻ – aktywność życiowa, UŻ – ukierunkowanie życiowe, WŻ – wartość życia, AWŻ – akceptacja własnego życia, MB – Męstwo Bycia, CŻ – cele życia, SŻ – satysfakcja z życia, MŻ – mądrość życiowa, ZŻ – Zaangażowanie życiowe, DŻ – dążenia życiowe, OT – orientacja teocentryczna, OA – orientacja antropocentryczna

Analiza wyników pozwala stwierdzić, że czynnik wieku nie jest istotny dla zmian w Noodynamice Egzystencjalnej kobiet onkologicznie chorych. Wyjątek stanowi wymieniona wyżej skala Mądrości Życiowej.



Kobiety, jak i mężczyźni odpowiadali podobnie na pytania kwestionariusza. Podobieństwo obejmowało wszystkie grupy wiekowe. Zaobserwowano zróżnicowanie pomiędzy grupą kobiet młodych ($M=14,5$) i starszych ($M=16,48$) w skali Mądrości Życiowej. Zróżnicowanie to osiągnęło poziom istotności statystycznej ($p=0,015$).

Wyniki wskazują na najwyższe wyniki dla skali ND-E dla kobiet w wieku średnim. Szczególnie wysoka różnica dotyczy wymiaru aktywności noetycznej. Kobiety w wieku emerytalnym cechowało najwyższe skoncentrowanie się w sferze dążeń duchowych. Jednakże w obu diskutowanych tu przypadkach różnice nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej.

Noetyczny wymiar osobowości mężczyzn z uwzględnieniem zmiennej wieku

Wiek i odpowiadająca mu odmienna charakterystyka życiowego kontekstu psychospołecznego w większym stopniu niż u kobiet różnicował to, w jaki sposób odpowiedzi na pytania testu odpowiadali mężczyźni. Najbardziej zróżnicowane były odpowiedzi najmłodszych mężczyzn.

Z jednej strony ich wartości na skali Mądrości Życiowej były najwyższe, podczas gdy na skali Aktywności Życiowej były najniższe względem pozostałych grup wiekowych. Podobnie, Ukierunkowania Życiowe były w najmniejszym stopniu reprezentowane w grupie młodych mężczyzn.

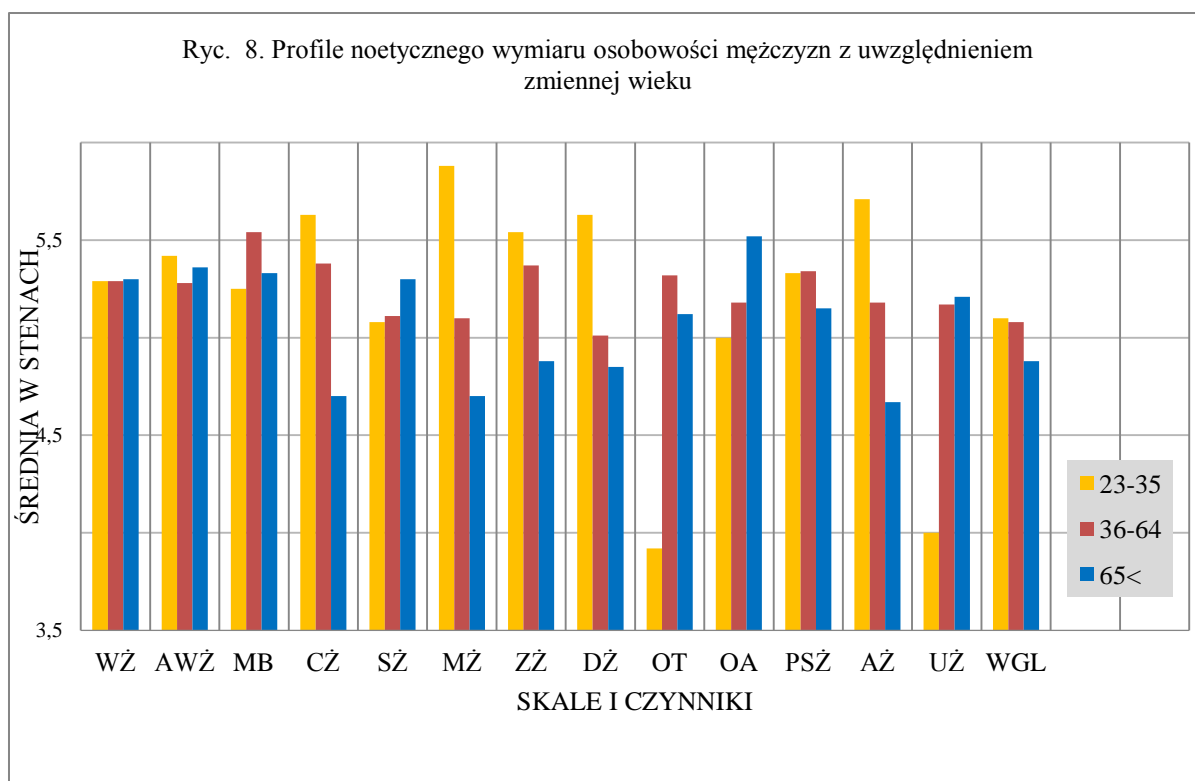
Tabela XI. Wyniki analizy wariancji NDE dla mężczyzn (N=168) w grupach wiekowych (A - młodzi 23-35 lat; B - wiek średni 36-64 lat; C - wiek emerytalny 65 lat i więcej)

ND-E		M Młodzi (N=24)		S Wiek średni (N=111)		E Wiek emerytalny (N=33)		ANOVA		Istotność różnic <i>p</i>			Test jedno- rodności
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>M-S</i>	<i>S-E</i>	<i>M-E</i>	<i>p</i>
1	WŻ	38,54	8,718	38,03	8,415	37,97	9,764	0,038	0,963	0,963	0,999	0,968	0,526
2	AWŻ	27,08	5,672	26,53	6,018	26,52	6,246	0,088	0,916	0,913	1	0,934	0,962
3	MB	18,04	3,994	18,45	4,348	18	5,081	0,179	0,837	0,912	0,867	0,999	0,547
4	CŻ	15,50	3,945	15,07	3,685	13,70	3,531	2,180	0,116	0,864	0,148	0,166	0,823
5	SŻ	7,04	1,654	7,05	2,095	7,21	2,145	0,089	0,915	1	0,911	0,948	0,452
6	MŻ	16,17	2,681	14,85	3,273	14,12	3,740	2,709	0,070	0,180	0,509	0,570	0,419
7	ZŻ	14,83	3,644	14,62	3,519	13,45	4,146	1,465	0,234	0,964	0,246	0,342	0,275
8	DŻ	14,79	2,587	13,92	3,217	13,64	3,151	1,031	0,359	0,431	0,892	0,354	0,569
9	OT	15,58	4,373	18,60	4,391	18,42	3,708	5,043	0,007	0,006	0,976	0,037	0,580
10	OA	12,96	2,789	13,29	3,340	13,88	3,507	0,611	0,544	0,897	0,640	0,553	0,231
I	PSŻ	106,21	19,735	105,13	21,474	103,39	23,139	0,130	0,878	0,973	0,914	0,878	0,769
II	AŻ	45,79	7,763	43,39	8,758	41,21	8,399	2,006	0,138	0,427	0,407	0,117	0,324
III	UŻ	28,54	4,644	31,89	5,978	32,30	6,080	3,653	0,028	0,031	0,933	0,045	0,345
W_{GL}		180,54	28,336	180,41	30,552	176,91	31,574	0,177	0,838	1	0,832	0,897	0,879

W_{GL} – wynik globalny, PSŻ – poczucie sensu życia, AŻ – aktywność życiowa, UŻ – ukierunkowanie życiowe, WŻ – wartość życia, AWŻ – akceptacja własnego życia, MB – Męstwo Bycia, CŻ – cele życia, SŻ – satysfakcja z życia, MŻ – mądrość życiowa, ZŻ – Zaangażowanie życiowe, DŻ – dążenia życiowe, OT – orientacja teocentryczna, OA – orientacja antropocentryczna

Analiza statystyczna ujawniła znaczącą różnicę pomiędzy wynikami w skali Aktywności Życiowej wśród młodych mężczyzn i tych w wieku średnim ($p=0,006$) oraz młodych mężczyzn a mężczyzn w wieku emerytalnym ($p=0,037$).

Wyniki uzyskiwane przez mężczyzn z dwóch starszych wiekowo grup były statystycznie znacząco wyższe. Zmiany te zachodzą przede wszystkim w obszarze ujętym w czynniku Ukierunkowania Życiowego: mężczyźni z dwóch najstarszych grup wiekowych uzyskali znacząco wyższe wyniki w skali orientacji teocentrycznej, mierzącej nastawienie badanych do Transcendencji, w porównaniu z mężczyznami z najmłodszej grupy wiekowej ($p=0,006$, $p=0,037$).



Podsumowanie wyników i wnioski

Przeprowadzone badania pokazują na zagrożenie wartości noetycznych wywołanych kryzysem egzystencjalnym pod wpływem doświadczenia ciężkiej choroby zagrażającej życiu i cierpienia psycho-fizyczno-duchowego. Człowiek chory często zewnątrznie może wydawać się pewny siebie. Często może sprawiać wrażenie, że nikt mu nie jest potrzebny, bo dobrze sobie radzi i jest samowystarczalny, ale pod tą maską skrywa swoje zagubienie, strach, samotność, a niekiedy przerażenie. Często ciężko chorym towarzyszy poczucie jakby żyli w innym – równoległym świecie, w którym kluczowe, pilne i ważne są sprawy, o których zdrowi nie mają pojęcia, nie mają na nie czasu, są zajęci kwestiami bytowymi. W świecie ludzi zdrowych są one błahie i wydają się śmieszne lub dziwne. Nie można o nich mówić, by nie wystawić się na śmieszność, niezrozumienie lub dziwaczność. W chorobie zagrażającej życiu, jaką jest nowotwór, nie ucieknie się przed pytaniami wartościującymi, światopoglądowymi. Dotychczasowy „prywatny” system wartości wystawiony jest na ciężką próbę, w której musi poddać się weryfikacji. Od wypracowania odpowiedzi na te pytania zależy jakość życia, proces leczenia i sposób funkcjonowania z chorobą w kręgu rodzinnym, społecznym i zawodowym.

Porównanie wyników osób chorych na raka z dwiema grupami osób zdrowych prowadzi do wniosku, że choroba nowotworowa jest czynnikiem generalnie obniżającym Noodynamikę Egzystencjalną. Możemy powiedzieć nawet o kryzysie egzystencjalnym

wywołanym przez doświadczenie choroby nowotworowej. Wyniki pokazują też większe różnice indywidualne wśród osób chorych, na skutek weryfikowania i polaryzacji dotychczasowego sposobu wartościowania, postrzegania siebie i świata. Prowadzi to do wewnętrznych zmian w sferze egzystencjalnego odniesienia się człowieka zmagającego się z cierpieniem i realnym zagrożeniem życia do spraw światopoglądowych, wartości i poszukiwania sensu – wymiaru noetycznego – „ludzkiego bycia i stawania się” – jakby powiedział twórca koncepcji noodynamiki K. Popielski.

Analizując dynamikę egzystencjalną w biegu życia w badanej grupie, w odniesieniu do różnych etapów choroby nowotworowej należy stwierdzić, iż wystąpiły istotne różnice między osobami we wczesnej i średniej dorosłości oraz między osobami we wczesnej i późnej dorosłości w aspekcie dążeń duchowych. Oznacza to, że kryzys, jakim jest choroba nowotworowa zwiększa dążenia duchowe i zainteresowanie życiem religijnym od okresu średniej dorosłości, bowiem nie zauważono istotnych różnic między osobami w średniej i późnej dorosłości. Można również zakładać, iż owe dążenia duchowe i religijne są elementem budowania struktury życia w średniej i późnej dorosłości w jej wewnętrznym aspekcie.

Podobna dynamika egzystencjalna zachodzi dla Ukierunkowania Życiowego, postaw noetycznych. Noetyczny wymiar egzystencji w swojej dynamice wyraźnie zaznacza się od średniej dorosłości. W chorobie nowotworowej postawy noetyczne w istotny sposób przyczyniają się do budowania struktury życia u osób w średniej i późnej dorosłości. Z punktu widzenia psychologii rozwoju człowieka wydaje się to być bardzo zasadne, choćby z tego powodu, że w średniej dorosłości ma miejsce redefinicja własnej tożsamości, a późna dorosłość to czas bilansu własnego życia.

Okres wczesnej dorosłości cechuje intensywne ukierunkowanie na autorozwój we wszystkich sferach życia (Havighurst, 1981 [49]; Levinson, 1978 [22]; Brzezińska 2002) oraz budowanie wizji własnej przyszłości i realizowanie zamierzonych celów w oparciu o osobiste zasoby fizyczne i psychologiczne [50]. W tym okresie wzrasta poczucie sprawstwa i własnej skuteczności. Choroba nowotworowa jest nienormalnym, trudnym zdarzeniem życiowym, któremu towarzyszy kryzys i restrukturyzacja dotychczasowych sposobów funkcjonowania psychospołecznego (Reese, Smyer, 1983). Może stanowić w umyśle chorego przeszkodę, na której będzie się koncentrował, i na której pokonanie będzie mobilizował większość swoich sił fizycznych i psychicznych. Sfera noogenna, duchowa i religijna jest u osób we wczesnej dorosłości sferą wspomagającą, ale jej znaczenie jako istotnego zasobu w pokonywaniu choroby czy w radzeniu sobie z nowotworem – wyraźnie zwiększa się z wiekiem. U kobiet występują wyraźniejsze wskaźniki korzystania z zasobów duchowych i religijnych niż u

mężczyzn. Jest to zgodne z ogólnymi prawidłowościami funkcjonowania psychospołecznego i duchowo-religijnego kobiet, niezależnie od wystąpienia trudnego zdarzenia życiowego, jakim jest choroba nowotworowa (Walesa, 2008).

Osoby chore i leczone onkologicznie w okresie średniej i późnej dorosłości mogą doświadczać jakości życia charakteryzowanej przez: (1) zadowolenie z pracy, której sensem jest pozostawienie po sobie czegoś wartościowego dla społeczności; (2) wysoki poziom umiejętności współdziałania, wynikający z większego zrozumienia innych osób, kształtowanego przez doświadczenie własnego cierpienia i lęku; (3) twórczość wytwarzanych produktów i innowacyjność realizacji zadań zawodowych, jako efekt transcendowania swoich możliwości. Poprzez noetyczny wymiar wartości wytworów swojej pracy przejawiający się w ich użyteczności oraz profesjonalnym mistrzostwie wykonania, pacjenci z tych grup wiekowych wysoko oceniają jakość własnej pracy zawodowej. Dynamika egzystencjalna wzajemnej zależności jakości pracy i jakości życia nasila się szczególnie w okresie remisji choroby nowotworowej, tworząc tym samym nowe możliwości rozwoju aktywności zawodowej dla tych osób.

Z kolei u osób chorych w okresie wczesnej dorosłości, gdzie nastawienie na rozwój wartości wewnętrznych jest mniejsze niż u osób starszych, doświadczany poziom jakości życia i jakości pracy może być dużo niższy. Osoby do 35. roku życia, nastawione na realizację przyszłych celów w oparciu o osobiste zasoby fizyczne i psychologiczne, będą postrzegać własną chorobę nowotworową jako przeszkodę w aktywności zawodowej. Dlatego też mogą doświadczać: (1) braku satysfakcji z pracy, (2) niskiego poziomu współpracy z innymi, a (3) koncentracja na pokonaniu choroby jako przeszkody utrudni im twórcze myślenie i innowacyjność w działaniu. Dlatego też u osób do 35. roku życia, chorych na nowotwór, niski poziom jakości pracy i jakości życia nie będzie sprzyjał rozwojowi aktywności zawodowej, w taki sam sposób, jak w przypadku osób w okresie średniej i późnej dorosłości.

Poza analizą sensu stricte psychologiczną wyniki powyższe odnoszą się do istoty tanatopedagogiki zarówno w jej wymiarze teoretycznym, jak i praktycznym. Problem sensu stanowiący istotę doświadczania i przeżywania cierpienia choroby nowotworowej ma swoje wysokie znaczenie we wszystkich prezentowanych modułach. Kwestia ta wydaje się mieć potwierdzenie w opracowywanych obecnie badaniach poświęconych percepcji lęku przed śmiercią w kontekście tanatopedagogicznej relacyjnej terapii zastępczej, gdzie kwestia sensu, jego poszukiwania stanowiła jedną z kluczowych strategii radzenia sobie respondentów. Badania prowadzone w Czechach, Polsce, Ukrainie i we Włoszech wskazały na jego

uniwersalny charakter (Wyniki badań częściowo w odniesieniu do populacji Czeskiej opublikowane zostały w *Speciální Pedagogika* [51], całość badań opublikowana zostanie prawdopodobnie w drugiej połowie 2015 roku w monografii pod roboczym tytułem: *Percepcja lęku przed śmiercią w kontekście Tanatopedagogicznej Relacyjnej Terapii Zastępczej* autorstwa J. Binnebesela]. Ukazując zarazem swoistą nieumiejętność i bezsilność w drodze odszukiwania, nadawania sensu. Tanatopedagogiczne ujęcie analizowanych powyżej badań ukazuje konieczność silniejszego ulokowania tej subdyscypliny nauki tak w wymiarze praktycznym, jak i teoretycznym, w pracy z osobami przewlekle i terminalnie chorymi, jak i zwiększenie troski o treści tanatologiczne we współczesnej pedagogice.

Wyniki przeprowadzonych badań nieuchronnie prowadzą do wniosku, że choroba nowotworowa nie może być leczona li tylko na płaszczyźnie medycznej. Rezultatem badań jest ukazanie, jak ważna jest sfera egzystencjalna, świat wartości i odniesień osoby zmagającej się z doświadczeniem choroby nowotworowej. Po raz kolejny dowodzi to konieczności systemowego rozwiązania w tworzeniu grup wsparcia przy klinikach onkologicznych, centrach onkologicznych, poradniach onkologicznych, przez Narodowy System Opieki Zdrowotnej, który będzie objęty dofinansowaniem przez NFZ.

W grupie wsparcia chory spotyka ludzi, którzy rozumieją jego potrzeby, pytania, wahania, rozterki, lęk, niepokój itp. bez ryzyka wystawienia się na śmieszność, zbagatelizowania drobnej, ale jakże ważnej i pilnej dla chorego sprawy. Grupa wsparcia daje mu możliwość: (1) stopniowego, bezpiecznego otwarcia się, gdy usłyszy, że inni odczuwają podobnie jak on, (2) przełamania swojej samotności w poszukiwaniu odpowiedzi na trudne pytania, lęki i obawy, które tłą się w umyśle, a są zagłuszane pozorną aktywnością, trzymaniem się rutynowych aktywności czy pozorowanych działań. Pomaga znaleźć odpowiedzi na najważniejsze pytania egzystencjalne, jak np. o wartość i sens życia, sens walki z chorobą, o życie. Grupa wsparcia pozwala zmierzyć się z poczuciem winy czy krzywdy, przeciwdziałać zniechęceniu, zmodyfikować lub zmienić dotychczasowe cele i dążenia życiowe, przyjąć czy oswoić się z doświadczanym cierpieniem, zwłaszcza psychicznym, społecznym i duchowym.

Piśmiennictwo

1. Popielski K. : Noetyczny wymiar osobowości. Redakcja Wydawnictw, KUL, Lublin 1994.
2. Popielski K.: Wartości „w życiu” i „dla życia”. [w:] *Wartości dla życia.*, Popielski K. (red.). Wydawnictwo KUL, Lublin 2008, 521-532.

3. Frankl V.E.: Nieuświadomiony Bóg. PAX, Warszawa 1978.
4. Gretkowski A.: Nowotwór to jeszcze nie wyrok. Zagadnienia wybrane z psychoonkologii. Wydział Zamiejscowy Nauk o Społeczeństwie w Stalowej Woli, Stalowa Wola 2010.
5. de Walden-Gałaszko K.: Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992.
6. Mentel E.: Sensotwórcza rola cierpienia w rozwoju jednostki – w koncepcji V.E. Frankla i K. Dąbrowskiego. [w:] Człowiek – wartości - sens. Studia z psychologii egzystencji. Popielski K. (red.) Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1996, 433-440.
7. Popielski K.: Noopsychozomatyka: propozycja nowego podejścia. Przegląd Psychologiczny, 1999, 4, 17-41.
8. Popielski K.: Aktywność podmiotowo-osobowa – dynamika rozwoju egzystencji. [w:] Człowiek – wartości - sens. Studia z psychologii egzystencji, Popielski K. (red.). Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1996, 443-447.
9. Dąbrowski K.: Dezintegracja pozytywna. PIW, Warszawa 1979.
10. Binnebesel J.: Tanatopedagogical contexts of Victor Frankl's concept. Progress of Health Science, 2014, 4, 1-6.
11. Michalski J.: Sens życia a pedagogika. Impulsy myśli Viktora E. Frankla, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2011.
12. Binnebesel J.: Tanatopedagogika w doświadczaniu wielowymiarowości człowieka i śmierci. Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2013.
13. Binnebesel J.: Ból i cierpienie w kontekście wychowania, czyli elementy tanatologii. [w:] Ból i cierpienie – ujęcie interdyscyplinarne. Życie godne do końca, Krzyżanowski W.D., Payne M., Fal A. (red.). Wyd. Pressomc Sp. z o.o., Wrocław 2013, 419-434.
14. Binnebesel J.: Ku tanatopedagogice – krok drugi. [w:] Pedagogika Specjalna – koncepcje i rzeczywistość t. 3, Żółkowska T.(red.). USz., Szczecin 2008, 192-202.
15. Binnebesel J.: Ku tanatopedagogice – krok pierwszy [w:] Konteksty pedagogiki specjalnej t. 2, Ziółkowska T. (red.). USz, Szczecin 2007, 121-126.
16. Binnebesel J. (2013): Tanatopedagogika w doświadczaniu wielowymiarowości człowieka i śmierci. Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2013.
17. Ricoeur P.: Filozofia osoby. Kraków 1992.
18. Tyszkowa M.: Rodzina, doświadczenie i rozwój jednostki. Paradygmat teoretyczny badań. [w:] Rodzina a rozwój jednostki, Tyszkowa M.(red.). UAM, Poznań 1990, 13-37..

19. Baltes P, B. Reese H., W., Lipsitt L.P.: Life-span developmental psychology. Annual Review of Psychology, 1980, 31, 65-110.
20. Baltes, P. B., Baltes, M. M.: Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation [In:] Baltes P.B., Baltes M.M, (Eds.). Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge University Press, New York 1990, 1-34.
21. Reese H., Smyer M.: The dimensionalization of life events [in:] Life-span developmental psychology: Nonnormative life events, Callahan E., McCluskey K. (ed.) American Press, 1983.
22. Levinson D. J., Darrow C. N, Klein E. B., Levinson M.: Seasons of a Man's Life. Random House, New York 1978.
23. Kulik A.: Zmęczenie przewlekłe u nastolatków. Charakterystyka psychologiczna. Wydawnictwo KUL, Lublin 2010.
24. Kulik A.: Kondycja biopsychospołeczna nastolatków a poczucie koherencji i strategie radzenia sobie ze stresem. Polskie Forum Psychologiczne, 2011, 2, 16, 141-158.
25. Erikson E.H.: Identity, youth and crisis. W. W. Norton Company, New York 1968.
26. Miluska J.: Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1996.
27. Brzezińska A., Trempała J.: Psychologia rozwoju człowieka. [w:] Psychologia. Podręcznik Akademicki, t. 1., Strelau J. (red.). GWP, Gdańsk 2000, 227-283.
28. Musiał D.: Kształtowanie się tożsamości w adolescencji. [w:] Studia z psychologii w KUL, Januszewski A., Oleś P., Otrębski W. (red.). Wydawnictwo KUL, Lublin 2007 t. 14, 73-92.
29. Kolman R.: Zespoły badawcze jakości życia. Problemy Jakości, 2000, 32, 2, 2-5.
30. Skrzypek E.: Ekonomiczne aspekty jakości życia. Problemy Jakości, 2001, 1, 8-14.
31. Oyrzanowski B.: Jakość dla konsumenta, producenta i gospodarki narodowej. PWE, Warszawa 1989.
32. Wojciechowska K., Hnatiuk S.: Identyfikacja i internalizacja postaw pracowniczych jako uwarunkowania jakości życia w procesie wdrażania systemu zarządzania jakością. [w:] Uwarunkowania jakości życia w społeczeństwie informacyjnym. Wyd. UMCS, Lublin 2007, t. 1, 249-260.
33. Wawak T.(1998). Jakość pracy a jakość życia [w:] Polityka jakościowa polskich przedsiębiorstw w dobie integracji europejskiej, praca zbiorowa pod red. Bugdol M., Jacher W., Szpineter J. (red.)..., materiały konferencyjne, październik 1998 r., Wiedeń,

wydawcy: Austrian Foundation for Quality Management - Wiedeń i Zakład Elektrod Węglowych - Racibórz, 309-325.

34. Kordaszewski J.: Jakość pracy w PRL. Ossolineum, Wrocław 1998.
35. Chojecki H.: Optymalizacja jakości. Metody psychologiczne. PWE, Warszawa 1974.
36. Atkinson G., Dubourg R., Hamilton K., Munasinghe M., Pearce D., Young C.: Measuring Sustainable Development: macroeconomics and the environment. E. Elgar Cheltenham, UK, 1997.
37. Burton M., Watson M.: Cancer treatments and psychological problems [in:] Counselling People with Cancer, Chichester, Burton M., Watson M. (red.). John Wiley & Sons, New York 1998, 14-33.
38. Chojnacka-Szawłowska G.: Sytuacyjny i osobowościowy komponent lęku wobec diagnozy onkologicznej. Przegląd Psychologiczny, 1996, 39, 1-2, 53-65.
39. Salmon R.: Psychologia w medycynie. GWP, Gdańsk 2002.
40. Schroevers M.L, Teo L.: The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: relationships with psychological distress and coping strategies. Psychooncology, 2008, 17, 1239-1246.
41. Sęk H.: Procesy twórczego zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi a zdrowie psychiczne. [w:] Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczne. Sęk H. (red.). Wydawnictwo UAM, Poznań 1991, 30-41.
42. Sęk H., Cieślak R.: Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. PWN, Warszawa 2004.
43. Kubacka-Jasiecka D.: Problematyka lęku i zmaganie się z lękiem w chorobie nowotworowej. [w:] Zmagając się z chorobą nowotworową, Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.). Wydawnictwo UJ, Kraków 1999, 143-179.
44. Barraclough J.: Rak i emocje. Sanmedica, Warszawa 1997.
45. Juczyński Z.: Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. [w:] Psychoonkologia, de Walden-Gałuszko K. (red.). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000, 23-42.
46. Brzezińska A.: Społeczna psychologia rozwoju. Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa 2000.
47. Popielski K.: Analiza poczucia sensu życia. Test noo-dynamiki. Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1991.
48. Wróblewska E.: Psychologiczne predyktory komunikacji osobowej w małżeństwie. Lublin, (rozprawa doktorska, promotor K. Popielski). Arch. KUL, Lublin, 2009.

49. Havighurst, R.J.: *Developmental tasks and education*. Longmans i Green (wyd. 1: 1953), New York, 1981.
50. Rydz E., Ramsz J.: *Rozwój celów decyzji życiowo doniosłych w biegu życia człowieka. Empiryczne badania młodzieży i osób dorosłych*. [w:] *Z zagadnień psychologii rozwoju człowieka*, Rydz E., Musiał D. (red.). Tow. Naukowe KUL, Lublin 2007, t. 1, 217-234.
51. Binnebesel J. Zikl P.: *Percepce strachu ze smrti*. Speciální pedagogika. Wydawnictwo Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, Praga 2014, 1211-2720.

Piśmiennictwo uzupełniające

- Bloom J.R., Fobair P., Gritz E. et al.: *Psychosocial outcomes of cancer: a comparative analysis of Hodgkins disease and testicular cancer*. *J. Clin. Oncol.*, 1993, 11, 979-988.
- Bryson K.A.: *Spirituality, meaning, and transcendence*. *Palliat. and Support. Care*, 2004, 2, 321–328.
- Carlson L.E., Angen M., Cullum J. et al.: *High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients*. *Br. J. Cancer*, 2004, 14, 2297-2304.
- Coyle J.: *Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health*. *J. Adv. Nurs.*, 2002, 37, 589–597.
- Daaleman T.P., Perera S., Studenski S.A.: *Religion, Spirituality, and Health Status in Geriatric Outpatients*. *Annales of Family Medicine*, 2004, 2, 49-53.
- Fife B.L.: *The measurment of meaning illness*. *Soc. Sci. Med.*, 1995, 40, 8, 1021-1028.
- Frankl V.E.: *Homo patiens*. PAX, Warszawa 1984.
- Gałuszka A.: *Człowiek przewlekle chory. Aspekty psychoegzystencjalne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2005.
- Glaza M.: *Noetyczne korelaty strategii radzenia sobie z codziennymi wydarzeniami w średniej i późnej dorosłości*. Lublin: (praca magisterska, Arch. KUL), 2014.
- Gózdź S.: *Wstęp*. [w:] *Siły, które pokonają raka*. Krzemonka-Brózda D. (red. zb.). *Charaktery*, Kielce 2005, 7-8.
- Koenig H.G., George L.K., Titus P.: *Religion, Spirituality, and Health in Medically Ill Hospitalized Older Patients*. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 2004, 52, 554–562.
- Kulik A., Sądel E.: *Lęk i jakość życia jako determinanty poczucia beznadziejności u młodzieży*. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2013, 13, 83-91.

- Luft K.: Jedność psychofizyczna człowieka jako podstawowa wartość jego życia. [w:] Wartości dla życia, Popielski K. (red.). Wydawnictwo KUL, Lublin 2008, 259-270.
- Mariańczyk K.: Słownik pojęć przydatnych. [w:] Siły, które pokonają raka, Krzemonka-Brózda D. (red. zb.). Charaktery, Kielce 2005, 201-213.
- Matuszewski A.: Poziom noetyczności a postawa wobec śmierci. Bernardinum, Pelplin 2002.
- Mc Sherry W., Cash K.: The language of spirituality: an emerging taxonomy. *Int. J. Nurs. Stud.*, 2004, 41, 151–161
- Miller Lewis M.: Spirituality, Counselling, and Elderly: An Introduction to the *Spiritual Life Review*. *J. Adult Dev.*, 2001, 8, 231-240.
- Popielski K.: Wymiar ludzki – znaczące odkrycie współczesnej psychologii. [w:] Człowiek – pytanie otwarte. *Studia z logoteorii i logoterapii*, Popielski K. (red.). Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1987, 7-23.
- Popielski K.: Logoteoria i logoterapia w kontekście psychologii współczesnej. [w:] Człowiek – pytanie otwarte. *Studia z logoteorii i logoterapii*, Popielski K. (red.). Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1987, 27-65.
- Popielski K.: Psychologia egzystencji. Wartości w życiu. Wydawnictwo KUL, Lublin 2008.
- Popielski K., Wolicki M.: Antropologiczno - filozoficzne podstawy analizy egzystencjalnej i niektóre jej aplikacje do teorii osobowości. [w:] Człowiek - pytanie otwarte. Popielski K. (red.). Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1987, 101-106.
- Rydz E.: Rozwój decyzji religijnych u młodzieży. [w:] *Studia z psychologii rozwoju*, Makselon J. (red.). WN PAP, Kraków 2002, 143-169.
- Rydz E.: Tendencje rozwojowe religijności młodych dorosłych. Wydawnictwo KUL, Lublin 2012..
- Rydz E., Jakimiak M.: Wielowymiarowe modele struktury religijności i metody pomiaru religijności człowieka dorosłego. *Psychologia Rozwojowa*, 2007, 12, 19-29.
- Rydz E., Zarzycka B.: Kompetencje społeczne a religijność osób w okresie młodej dorosłości [w:] *Z zagadnień psychologii rozwoju człowieka*, Rydz E., Musiał D. (red.). TN KUL JPII, Lublin 2008, t. 2, 65-82.
- Rydz E., Zarzycka B.: Poziom religijności a poczucie spójności wewnętrznej w okresie młodzieńczym. *Psychologia Rozwojowa*, 2008, 13, 49-59.

- Rydz E., Zarzycka B.: Poczucie koherencji a struktura religijności. [W:] Osobowość i religia. Gasiul, H., Wrocławska-Warchała E. (red.). Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2009, 370-383.
- Skrzypek M.: Noopsychozomatyka – kategorie egzystencjalne. [w:] Wartości dla życia. Popielski K. (red.). Wydawnictwo KUL, Lublin 2008, 271-295.
- Stelcer B.: Kilka uwag o twórczości artystycznej chorych umierających. [W:] Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne człowieka na przestrzeni życia. Teoria i praktyka. Bartkowiak G. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008, 130-137.
- Stelcer B.: Sukces starości – w poszukiwaniu wyznaczników zadowolenia z życia wśród osób w starszym wieku. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2013..
- Stelcer B.: Rozwój osobowości i elementy opieki duchowej u kresu życia. [w:] Porozmawiajmy o starości, Antoszevska B., Bartnikowska U., Ćwirynkało K. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu. Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn 2015, 265-281.
- Suchocka L., Popielski K.: Czynniki modyfikujące doświadczenie cierpienia u osób w chorobie przewlekłej. [w:] Wartości dla życia, Popielski K. (red.). Wydawnictwo KUL, Lublin 2008, 485-497.
- Tanayi R.A.: Spirituality and family nursing: spiritual assessment and interventions for Families. J. Adv. Nurs., 2006, 53, 287–294.
- Thomas L.E.: Introduction: Aging, Religion and Spirituality. J. Aging Stud., 1997, 11 97-100.
- Trzebiatowska L.: Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej [w:] Psychoonkologia, de Walden-Gałuszko K. (red.). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000, 71-81.
- Tyszkowa M.: Rodzina, doświadczenie i rozwój jednostki. Paradygmat teoretyczny badań. [w:]. Rodzina a rozwój jednostki, Tyszkowa M. (red.). UAM, Poznań 1990, 13-37.
- de Walden-Gałuszko K.: Tarcza woli życia [w:] Siły, które pokonają raka. Krzemonka-Brózda D. (red. zb.). Charaktery, Kielce 2005, 13-19.
- Wawak T.: Zarządzanie jakością pracy i życia [w:] Zmieniające się przedsiębiorstwo w zmieniającej się politycznie Europie. t.4, Zarządzanie zmianami, Wawak T.(red.).

Pomiędzy życiem a nieżyciem. Psychologiczna analiza dynamiki egzystencjalnej w przebiegu choroby nowotworowej

Wydawnictwo Informacji Ekonomicznej, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2001, 67-84.

- Witusiak-Kaleta M.: Noetyczny wymiar jakości życia osób przewlekle i terminalnie chorych. *Studia Medyczne*, 2010, 18, 35-40.

Sojka Jerzy

**Ewangelicka perspektywa na problem zaniechania terapii
– przykład dyskusji niemieckiej**

Chrześcijańska Akademia Teologiczna w Warszawie, Wydział Teologiczny

Problem granic stosowania terapii medycznej jest jednym z istotnych wątków ewangelickiej debaty etycznej wokół problemów związanych z końcem życia ludzkiego. Ze względu na pluralizm ewangelickiej dyskusji etycznej nie jest możliwe przedstawienie jednolitego stanowiska, które można by uznać za wiążące dla wszystkich środowisk ewangelickich. Dlatego poniżej skupiono się na konkretnym przykładzie, jakim jest etyczna dyskusja toczona w ramach Ewangelickiego Kościoła Niemiec [EKD]. Na ten konkretny przykład zdecydowano się po pierwsze ze względu na fakt wykształcenia przez EKD rozbudowanego modelu udziału w dyskusji publicznej. Realizuje się on poprzez liczne wypowiedzi różnych kościelnych gremiów, które w różnej formie zabierają głos odnośnie bieżących problemów społecznych, etycznych itd. [1]. Nie bez znaczenia jest także fakt, że EKD wraz z Konferencją Episkopatu Niemiec wypracowało, szczególnie w zakresie bioetyki, model wspólnego zabierania głosu poprzez tzw. „Teksty wspólne” [1]. To powoduje, że relacja dyskusji w EKD zyskuje faktor ekumeniczny. Nie bez znaczenia dla przywołania etycznej dyskusji niemieckiej jest także jej dynamizm, stymulowany przez liczne ośrodki akademickie, w których niejednokrotnie przedmiotem zainteresowania teologów i etyków są właśnie kwestie bioetyczne. Powoduje to, że dyskusja niemiecka jest punktem odniesienia także dla diasporalnych Kościołów ewangelickich w innych krajach [1].

Podstawą prezentacji dyskusji odnośnie kwestii granic stosowania terapii medycznej toczonej wśród niemieckich ewangelików są oficjalne dokumenty kościelne. Wynika to z faktu, że stanowią one nie tylko przykład teoretycznego modelu refleksji wypracowywanego w środowiskach akademickich, ale co do zasady stanowią także duszpasterską pomoc w codziennej praktyce działania niemieckiego Kościoła. Mają zatem niezbywalny wymiar praktyczny. Nie bez znaczenia pozostaje także fakt, że problematyka końca życia ludzkiego stanowi istotny element w wypowiedziach publicznych EKD [2].

W części pierwszej artykułu zaprezentowane zostaną wypowiedzi dwóch dokumentów, w których sformułowano ogólne pryncypia teologiczne odnośnie kwestii bioetycznych, a także ogólne wytyczne odnośnie zaniechania terapii. W części drugiej

przedmiotem analizy będzie problem zaniechania terapii w kontekście rozważań EKD odnośnie stosowania oświadczeń woli pacjentów dotyczących zaprzestania kontynuowania wobec nich działań terapeutycznych, które są przewidziane przez prawo Republiki Federalnej Niemiec.

Podstawowe wytyczne odnośnie zaniechania terapii

Punktem odniesienia dla współczesnej bioetycznej debaty w Ewangelickim Kościele Niemiec jest przygotowany w 1989 roku we współpracy z Kościołem Katolickim dokument *Gott ist Freund des Lebens. Herausforderung und Aufgaben beim Schutz des Lebens* [„Bóg jest przyjacielem życia” Wyzwania i zadania w zakresie ochrony życia]. Jest to przykład „tekstu wspólnego”, którego rola została następująco zdefiniowana w dokumencie *Das rechte Wort zur rechten Zeit. Eine Denkschrift des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zum Öffentlichkeitsauftrag der Kirche*, a więc wypowiedzi programowej EKD na temat jego aktywności w sferze publicznej: „»Wspólne ekumeniczne teksty« służą temu, by zgodnie z biblijnym założeniem »Jeden Pan, jedna wiara, jeden chrzest« (Ef 4,5) jako chrześcijanie różnych wyznań podjąć wspólnie odpowiedzialność za człowieka i społeczeństwo” [3,4,5].

Zanim przejdziemy do prezentacji konkretnych odniesień do kwestii zaniechania terapii należy przedstawić teologiczne podstawy, które stanowią punkt wyjścia dla etycznych rozstrzygnięć całego dokumentu. W rozdziale drugim Dokumentu zawarto biblijne podstawy refleksji. Koncentrują się one wokół Boga jako źródła życia (m. in. Ps 36,10), Boga jako Stwórcy życia (Rdz 1-2; Ps 145,15n; Ps 104), a także Tego, który je chroni (Prz 11,24-12,1). Wskazano także na ograniczoność i przemijalność stworzonego życia (Rdz 2,9; 3,22; Ps 39,5) oraz oczekiwanie na Boże wyzwolenie (Rz 8,19-22) i swoje dopełnienie w życiu wiecznym (Ps 49,16; J 3,15; 1 Kor 15,19) [6].

Tak zidentyfikowane biblijne podstawy refleksji są w rozdziale czwartym uzupełnione analizą teologiczną zatytułowaną programowo: *Die besondere Würde des menschlichen Lebens* [szczególna godność życia ludzkiego]. Punktem wyjścia dla oceny życia ludzkiego jest uznanie człowieka, zgodnie z przekazem Księgi Genesis 1,26n, za „obraz Boży”. Człowiek to istota stworzona przez Boga i przez niego chciana. To uznanie człowieka przez Boga w stworzeniu zyskało swoje potwierdzenie i dopełnienie w zbawieniu przez Chrystusa, w którym Bóg bezwarunkowo przyjmuje wszystkich ludzi. Stworzenie i zbawienie człowieka przez Boga dają podstawę do przekonania o indywidualnej wartości i sensie życia każdego człowieka zarówno przed Bogiem, jak i przed ludźmi. To wyróżnienie, a co za tym idzie, godność człowieka jest mu przyznane w sposób niezbywalny w oparciu o Boży wybór. Pociąga on za sobą przeznaczenie człowieka do wspólnoty z Bogiem [6].

Stworzenie człowieka i wynikające z niego bogopodobieństwo staje się szczególną podstawą ochrony prawa do życia każdego człowieka, co znajduje swój wyraz w przykazaniu „Nie zabijaj” (Wj 20,13), które na gruncie przesłania nowotestamentowego jest interpretowane coraz bardziej radykalny. Człowiek jako stworzony przez Boga urzeczywistnia siebie przez całe życie, nie ma więc podstaw do definitywnej oceny znaczenia życia swojego czy innych przed jego zakończeniem [6]. Uznanie człowieka konstytuuje go jako osobę, co powoduje, że jego wartość nie wynika z jakichkolwiek jego funkcji, dokonań itp. Nadaje mu to pierwszeństwo względem rzeczy, instytucji, procesów gospodarczych itp., co za tym idzie człowiek nie może być dla drugiego jedynie środkiem do celu. Wiąże się to również z faktem, że człowiek nie może siebie uznawać za pana życia lub śmierci [6].

Wszystkie powyższe wskazania odnoszą się także do życia naznaczonego chorobą, niepełnosprawnością lub śmiercią. Te obciążenia nie unieważniają człowieka jako obrazu Bożego, a co za tym idzie nie unieważniają jego niezbywalnej godności. Autorzy dokumentu podkreślają, że niejednokrotnie w przypadku osób chorych, niepełnosprawnych i umierających ich godność nie jest kwestionowana przez odmówienie im prawa do życia, ale naruszenie ich suwerenności w decyzjach i ubezwłasnowolnienie. W tym kontekście zostaje określona granica kontynuowania terapii medycznej, wynikająca z jego celowości: *„Leczenie musi zawsze leżeć w najlepiej rozumianym interesie pacjenta; tym najlepiej rozumianym interesem jest dalsze życie godne człowieka; jeśli leczenie nie zapowiada żadnej poprawy powinno zostać zaniechane. Celem leczenia musi być przedłużenie życia, nie procesu umierania”* [6]. Podkreślono przy tym, że godność pacjenta domaga się by tam, gdzie to możliwe, uwzględniać życzenia pacjenta. Jako naruszenie godności pacjenta zakwalifikowano także niedopuszczanie, by pacjent uświadomił sobie, że nadchodzi jego śmierć [6].

Po takim sformułowaniu teologicznych podstaw refleksji w rozdziale szóstym dokument przechodzi do omówienia wyzwań w ochronie życia. Temat granic interwencji medycznej pojawia się w rozważaniach o końcu ludzkiego życia. Podkreślono w nich szacunek dla indywidualnego przeżywania umierania oraz ponownie nieutralną godność i prawo do życia także nieuleczalnie chorych. Idąc dalej wskazano, że lekarz nie ma prawa rezygnować z terapii tzw. „beznadziejnego przypadku” i udzielania mu podstawowej opieki medycznej. Nie oznacza to jednak odrzucenia możliwości zaniechania terapii w określonych przypadkach, zgodnie z wyrażoną wyżej dystynkcją pomiędzy leczeniem prowadzącym do poprawy a leczeniem przedłużającym umieranie [6].

Szacunek wobec umierającego wymaga, by zachował on prawo do decydowania o sobie, swoim leczeniu, a także sposobie umierania, nawet jeśli decyzje pacjenta nie znajdują u

opiekunów (nie tylko lekarzy i personelu pielęgniarskiego!) aprobaty. Idzie za tym prawo pacjenta do odmówienia kontynuowania terapii. W sytuacji, kiedy pacjent nie jest w stanie podejmować takich decyzji, odpowiedzialność za nie zostaje złożona na lekarza, który „winien działać jako dobry adwokat w najlepiej rozumianym interesie umierającego i dla jego indywidualnego dobra”. Tak sformułowana norma dopuszcza, że lekarz zadecyduje o zaniechaniu lub wstrzymaniu dalszych medycznych zabiegów w sytuacji, gdy zamiast przedłużać życie, będą one jedynie przedłużać umieranie [6]. Powyższe rozstrzygnięcia są jednak obwarowane zastrzeżeniem, że lekarz w swoim szacunku wobec praw pacjenta nie jest traktowany jako narzędzie realizujące dowolne życzenia pacjenta. Nie może zostać przez pacjenta uprzedmiotowiony tak, by wykonał na przykład jego prośbę o czynne zakończenie jego życia [6].

Wypowiedzi na temat granic terapii medycznej osoby umierającej uzupełniają dopuszczenie leczenia bólu za pomocą środków, które niosą z sobą ryzyko skrócenia życia pacjenta. Ryzyko śmierci jest tutaj akceptowalne jako skutek uboczny terapeutycznych dążeń na rzecz uczynienia życia pacjenta znośnym. Podobnie, jak w przypadku zaniechania terapii w odniesieniu do pacjentów pozbawionych możliwości wyrażenia swojej woli, decyzję o takiej terapii winien podejmować lekarz kierując się najlepszym interesem pacjenta [6].

Drugim dokumentem EKD, który zajmuje się problematyką zaniechania terapii jest przygotowany przez Komisję Odpowiedzialności Publicznej Ewangelickiego Kościoła Niemiec tekst: *Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen. Argumentationshilfe für aktuelle medizin- und bioethische Fragen* [Obchodzić się z życiem w duchu miłości. Pomoc argumentacyjna dla aktualnych pytań medyczno- i bioetycznych] z 2002 roku. Od powyżej omawianego *Gott ist Freund des Lebens...* różni się on nie tylko brakiem ekumenicznego zespołu autorów. Istotnym jest też jego charakter określony jako „Pomoc argumentacyjna”, jej zadania tak definiuje przytaczany już programowy dokument *Das rechte Wort zur rechten Zeit...*: „Pomoce argumentacyjne odznaczają się tym, że nie chcą dać zgodnego pod każdym względem przedstawienia danej sprawy czy obszaru problemowego, ale są otwarte na to, by przedstawiać i przeciwstawiać sobie nawzajem dysonans różnych linii argumentacyjnych” [5].

W rozdziale drugiego dokumentu *Im Geist der Liebe...* prezentuje podstawy teologiczne późniejszych rozstrzygnięć odnoszących się do konkretnych problemów bioetycznych. Punkt wyjścia dla przedstawionej w nim analizy jest odmienny niż w wyżej omawianym dokumencie ekumenicznym. Autorzy *Im Geist der Liebe...* rozpoczynają nie od początku życia w akcie stworzenia, ale od jego eschatologicznego końca. Człowiek opisany jest jako

„stający się”, proces ten dopełni się dopiero wraz ze wzbudzeniem go przez Boga z martwych i podniesieniem do chwały. Ten Boży akt jest potwierdzeniem, że człowiek przez cały okres swojego życia, a także w śmierci jest pod ochroną Bożej stwórczej miłości. Taka perspektywa spojrzenia na życie powinna mieć również zastosowanie jako podstawa rozstrzygnięć pytań bioetycznych. W dalszej części argumentacji *Im Geist der Liebe...* korzysta ze zdefiniowanego już w *Gott ist Freund des Lebens...* opisu człowieka jako osoby, której przysługuje niezbywalna godność. Zwraca przy tym uwagę, że bycie osobą nie wynika z biologicznych cech człowieka, należy zatem wyraźnie rozróżniać biologiczną i osobową perspektywę na ludzki byt. Co za tym idzie, biologiczne podejście nie umożliwia zrozumiani człowieka jako osoby [7].

Określenie człowieka jako osoby zostało przez autorów dokumentu *Im Geist der Liebe...* doprecyzowane. Odniesiono je w pierwszej kolejności do osobowej komunikacji. Perspektywa osobowa widzi w człowieku nie przedmiot, który dowolnie można mieć do dyspozycji, ale podmiot, którym inni nie mają prawa dysponować. Wszelkie biblijne i teologiczne tezy szczególnie wyróżniające człowieka, w tym podnoszone już w *Gott ist Freund des Lebens...* jego bogopodobieństwo i przykazanie „Nie zabijaj”, a także nie uwzględniona tam nauka o usprawiedliwieniu grzesznika (w *Gott ist Freund des Lebens...* pojawia się jedynie bardziej ogólna wzmianka o zbawieniu jako przyjęciu) odnoszą się do człowieka – osoby. Podobnie jak w poprzednim dokumencie podkreślone zostaje, że byt osobowy człowieka nie zależy od jego cech, czy posiadanych interesów. Wywodzi się on bowiem z uznania przez Boga zobowiązującego do wzajemnego uznania międzyludzkiego. Zwrócono uwagę na rolę w teologii ewangelickiej relacyjnego pojęcia człowieka jako osoby mającej odniesienie do Boga, do bliźniego, do siebie samego. Osobowy byt człowieka jest uzasadniony w stwórczej mocy Boga, która utworzyła człowieka jako osobowe *vis-à-vis* [7].

Stwórcza miłość Boga jest początkiem i podstawą wszelkich relacji w stworzeniu. Swoją odpowiedź znajduje w międzyludzkiej miłości i szacunku. Szacunek ów gwarantuje nie tylko uznanie innych przez jednostkę jako posiadających godność osoby, ale także zapewnia uznanie osobowej godności tej jednostki przez innych. Jest to sprzężenie zwrotne, które powoduje, że nieuznanie godności innych jest naruszeniem własnej godności jednostki. Osobowe bycie człowieka opiera się więc na relacji. Relacji w pierwszym rzędzie do Boga, co zapewnia niezbywalną godność osoby, nie chroni jednak przed pozbawieniem szacunku należnego ze strony innych ludzi. Przejawem owego szacunku jest wolność komunikacji tego, czego dana osoba chce, co czuje i jak postrzega. Osoba jest chroniona przed określeniem i opisaniem z zewnątrz. Tym różni się osoba od jej organizmu, ciała, które może być

postrzegane i opisane z zewnątrz. Szacunek dla osoby obejmuje jej prawo do samookreślenia się odnośnie jej indywidualności, woli, odczuwania i myślenia. Prawo do samookreślenia jest również istotnym faktorem przy udzielaniu odpowiedzi na pytania natury etycznej [7].

W części poświęconej analizie problemów bioetycznych związanych z końcem życia (*Warto zauważyć, że autorzy dokumenty wyraźnie odcinają się od utożsamienia problemów związanych z końcem życia z problemami dotyczącymi ludzi w podeszłym wieku*) zwrócono uwagę na postęp nauk medycznych, który z jednej strony prowadzi do przedłużenia życia, a także polepszenia jakości życia chorych, z drugiej jednak może prowadzić do „ograniczenia życia, a przez to odwlekania śmierci, w którym równocześnie nie można dostrzec sensu” [7]. W sytuacji, kiedy stosowane terapie przestają nieść ze sobą możliwość wyleczenia lub też zapobieżenia śmierci należy zmienić cel leczenia na paliatywny, nakierowany na ukojenie bólu pacjenta. Za etycznie dopuszczalne uznano podawanie środków przeciwbólowych, których skutkiem ubocznym będzie skrócenie życia pacjenta. W kontekście sytuacji, kiedy wymagane jest skupienie interwencji medycznej wyłącznie na leczeniu paliatywnym podkreślono rolę działalności hospicyjnej, w którą zaangażowany jest również Kościół [7].

Odnośnie sytuacji, w której pacjent nie jest w stanie wyrazić swojej woli co do dalszych kroków w podejmowanej terapii autorzy *Im Geist der Liebe...* zwracają uwagę na znaczenie w takich sytuacjach oświadczeń woli pacjentów, a także osób trzecich wyznaczonych na pełnomocników pacjentów. Wskazuje, że skorzystanie z tego typu dostępnych w niemieckim systemie prawnym oświadczeń woli, chociaż ma swoje ograniczenia, jest dużą pomocą dla lekarzy i krewnych przy podejmowaniu decyzji o dalszym przebiegu leczenia [7].

Zaniechanie terapii w kontekście rozważań o oświadczeniu woli pacjentów

Wspomniane już w dokumencie *Im Geist der Liebe...* oświadczenia woli dotyczące wytycznych do terapii osób nie będących w stanie wyrazić swojej woli stały się przedmiotem refleksji w odrębnym dokumencie EKD. Zanim jednak przejdziemy do jego prezentacji warto zauważyć, że z inicjatywy Ewangelickiego Kościoła Niemiec i Konferencji Episkopatu Niemiec w 1999 i 2003 ukazała się specjalna broszura zawierająca formularz oświadczenia woli. Umożliwiał on po pierwsze wyrażenie woli pacjenta na wypadek, gdyby sam nie mógł tego uczynić. Zawierał także deklarację woli przerwania terapii, jeśli według najlepszej woli i sumienia lekarza dalsze działania medyczne będą prowadzić nie do polepszenia życia, ale jedynie wydłużenia śmierci, a także prośbę, by w takiej sytuacji działania medyczne były nakierowane na łagodzenia bólu. W formularzu pacjent wyrażał także zgodę na konieczne leczenie bólu, nawet w sytuacji, gdy niesie ono ryzyko skrócenia życia, a także miał

możliwość wyznaczenia swojego pełnomocnika w sytuacji, kiedy sam nie będzie w stanie decydować o swoim leczeniu. Oprócz tego broszura przez EKD we współpracy z Konferencją Episkopatu Niemiec zawierała także instrukcję wypełnienia formularza oraz konieczne objaśnienia, odnoszące się także do niemieckiego stanu prawnego [8].

W 2011 roku ukazała się nowa wersja broszury dostosowana do zmian w prawie niemieckim wprowadzonych w roku 2009 [9]. Zawarty w niej formularz oświadczenia woli został wzbogacony o możliwość szczegółowego zadeklarowania woli pacjenta odnośnie stosowania wobec niego konkretnych procedur medycznych w sytuacji bezpośredniego i nieuchronnego umierania lub terminalnego stadium nieuleczalnej choroby.

Wspomniany dokument poświęcony oświadczeniom woli pacjentów odnośnie stosowanych wobec nich terapii nosi tytuł *Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht (Jest czas umierania. Rozważania odnośnie posługiwania się oświadczeniami woli pacjentów z perspektywy ewangelickiej)*. Został on przygotowany przez Komisję Odpowiedzialności Publicznej w 2006 roku. Jednym z kluczowych problemów w nim rozważanych jest to, kiedy możliwe jest spełnienie życzenia pacjenta o zaniechaniu terapii.

Zanim jednak przejdziemy do konkretnych rozważań poświęconych zaniechaniu terapii, należy przedstawić podstawy teologiczne otwierające zawarte w dokumencie stanowisko. Rozpoczyna je część poświęcona oczekiwaniu śmierci. Punktem wyjścia zawartej w niej teologicznej argumentacji jest stwierdzenie, że człowiek jest stworzeniem Bożym. Śmierć jest częścią stworzonego życia i, podobnie jak narodziny, pozostaje w Bożych rękach. Wynikająca ze „stworzoneości” człowieka jego zależność od Boga w kwestii życia i śmierci nie oznacza jednak, że jest on zwolniony z jakichkolwiek działań w związku z końcem swego życia. Życie człowieka jest zadaniem, powinien je on odpowiedzialnie kształtować. Z tego zadania nie jest wyłączona śmierć, pozostająca częścią życia. Rozpoznanie i uznanie swojej stworzoneości powoduje jednak, że wolność i samostanowienie człowieka nie stanowią absolutnych wartości. Wolność z perspektywy chrześcijańskiej jest rozumiana zawsze jako zależność (względem Boga, losu, innych ludzi), a samostanowienie pojmowane jest jako indywidualne obchodzenie się z własną określonością poprzez, np. własne poglądy, czy historię życia [10].

Powyższe wątki obecne już w dokumentach omawianych w części pierwszej dokumentów uzupełniają rozważania odnośnie miejsca śmierci w życiu człowieka. Ich mottem jest tekst z księgi Koheleta: „Jest czas umierania” (Koh 3,2). Ów czas jest określony przez Boga, zaś człowiek stoi przed zadaniem, by ów czas rozpoznać. Zadanie to nie realizuje

się poprzez pasywne poddanie się czasowi, ale poprzez takie kształtowanie życia i działania, by było ono adekwatne do czasu, w jakim życie człowieka się znalazło. Dotyczy to także rozpoznania i dostosowania się do czasu końca życia – śmierci. Ta biblijna perspektywa na czas nie odnosi się do prognoz mierzonych jednostkami czasu, ale do świadomości tego, co pozostaje za człowiekiem jako przeszłość, tego co jest terażniejszością i tego, co stanowi jego perspektywę na przyszłość. Pomocna może być tu medyczna prognoza odnośnie długości życia, jednak rozpoznawania czasu nie można pomylić z taką prognozą [10].

Oświadczenie woli pacjenta odnośnie stosowania wobec niego różnych procedur medycznych w momencie zbliżającej się śmierci jest traktowane w omawianym stanowisku EKD jako przejaw postulowanego rozpoznania czasu umierania i dopuszczenia do własnego umierania. Takiego rozpoznania nie można poczynić za kogoś. Jest ono indywidualną sprawą każdego z osobna, za którą jest on odpowiedzialny przed Bogiem. W tej perspektywie należy postrzegać postulat samostanowienia pacjenta, który realizuje się w oświadczeniu woli [10].

Nie zawsze jednak pacjent do ostatniej chwili jest w stanie wyrażać swoją wolę. Wtedy pomocnym jest wcześniejsze przygotowanie do takiej sytuacji, nie tylko poprzez wypełnienie formularza oświadczenia woli, ale przede wszystkim poprzez rozmowy z tymi, z którymi pacjent pozostaje w relacji: krewnymi, lekarzami, duszpasterzami. Waga takiego przygotowania dochodzi do głosu w momencie, kiedy koniecznym jest skorzystanie z oświadczenia woli pacjenta odnośnie stosowania wobec niego procedur medycznych u kresu życia. Stanowisko EKD odrzuca mechaniczne wykonywanie zapisów oświadczenia woli. Wskazuje na konieczność rozmowy lekarza z wszystkimi osobami pozostającymi w relacji do pacjenta (rodziną, duszpasterzami, personelem pielęgniarskim). Dzięki temu możliwe będzie uwzględnienie tego, czego pacjent nie był w stanie wyrazić w sformułowanym pisemnie oświadczeniu woli. Takie rozmowy są także pomocne w przypadku pojawienia się wątpliwości, które mogą powstawać przy interpretacji woli pacjenta zawartej w oświadczeniu. Decyzje odnośnie dalszego leczenia pacjenta muszą być podejmowane w porozumieniu z pełnomocnikiem pacjenta, jeśli takowy został wyznaczony. Ostateczna odpowiedzialność za podejmowane decyzje na temat dalszej terapii spada jednak na lekarza [10].

W dalszej części stanowisko EKD zawarte w dokumencie *Sterben hat seine Zeit...* wskazuje na znaczenie dostrzeżenia napięcia, w jakim dochodzi do stosowania oświadczeń woli pacjenta. Chodzi tu o napięcie między samostanowieniem pacjenta a obowiązkiem zapewnienia mu najlepszej możliwej opieki. Autorzy stanowiska podkreślają, że każdorazowo należy je traktować jako indywidualny przypadek. Rozważania na ten temat zostały

podsumowane następująco: *„Ale samostanowienie jest równocześnie zdane na opiekę. Z drugiej strony do właściwie rozumianej opieki należy szanowanie samostanowienia pacjenta i najbardziej jak to możliwe wspieranie jego realizacji. Tak widziany respekt wobec samostanowienia pacjenta jest właśnie implikacją opieki”* [10].

Przechodząc do analizy bezpośrednich granic stosowania rozstrzygnięć oświadczeń woli odnośnie zaniechania terapii omawiane stanowisko EKD wskazuje na dwa możliwe modele argumentacji w odpowiedzi na pytanie o to, jak zapewnić by śmierć zachowała swój charakter losu, który spotyka człowieka, a zarazem umieranie realizowało się w sposób odpowiadający godności człowieka [10]. Pierwszy z nich zakłada dopuszczalność przerwania terapii (oraz zaprzestanie sztucznego odżywiania) tylko w sytuacji śmiertelnej choroby. Druga z nich zakłada, że możliwość przerwania terapii nie może być ograniczona tylko do przypadków, w których śmierć pacjenta zbliża się nieodwracalnie.

U podstaw pierwszego ze wspomnianych modeli argumentacyjnych stoi przekonanie, że w sytuacji śmiertelnej choroby przyczyną prowadzącą do śmierci jest sama choroba, nie zaś wstrzymanie działań terapeutycznych. To ostatnie jedynie przyśpiesza nadejście nieuchronnej śmierci. Według tego modelu we wszelkich chorobach, które nie mają śmiertelnego charakteru wszelkie utrzymujące życie działania, jak sztuczne odżywianie, sztuczna wentylacja itp. powinny być podtrzymywane, dopóki są one wskazane medycznie. Model ten nie dopuszcza jako odpowiedzi na osobistą ocenę własnej sytuacji pacjenta, który boi się przewidywanej przepełnionej bólem sytuacji życiowej, zaniechania procedur medycznych, na skutek którego dochodzi nie do skrócenia umierania, ale życia. Uznaje on takie postępowanie za zanegowanie charakteru śmierci jako losu, który dotyka człowieka, pozostając poza jego kontrolą [10].

Waga kryterium choroby, która nieodwracalnie prowadzi do śmierci, odnosi się nie tylko do kwestii zaprzestania terapii. Jeśli kryterium to zostaje odrzucone, to człowiek może sam decydować o swojej śmierci. Tym samym trudniejszym staje się odmówienie legitymizacji śmierci na żądanie. Stanowisko ograniczające możliwość przerwania terapii tylko do przypadków nieodwracalnie śmiertelnych chorób stoi także na straży rozumienia samostanowienia człowieka jako wolności do kształtowania jego zależności. Takie stanowisko odmawia człowiekowi niczym nieograniczonego prawa do dysponowania swoim życiem i ciałem [10].

Kolejnym argumentem na rzecz ograniczenia zaniechania terapii do przypadków chorób, które nieodwołalnie dążą do śmierci jest obserwacja, że w przypadku osób starszych odmowa kontynuowania terapii lub sztucznego odżywiania w sytuacjach, gdy choroba nie

prowadzi do śmierci, może być przejawem utraty odwagi do życia. W takim wypadku inne osoby są im winne przede wszystkim zachętę do życia [10].

W ramach omawianego pierwszego modelu argumentacji wskazano także, że w sytuacji przerwania terapii u pacjentów nie będących w stanie wyrazić swojej woli mamy do czynienia z jeszcze trudniejszym przypadkiem. Wynika to z faktu, że punktem wyjścia do oceny ewentualnego zaniechania terapii w takiej sytuacji nie jest kwestia decyzji pacjenta o tym, że chce zaszkodzić sam sobie. W takim wypadku chodzi bowiem o podjęcie decyzji przez osobę trzecią o szkodzie wyrządzonej pacjentowi. Autorzy stanowiska wyraźnie podkreślają tutaj różnicę między odmową kontynuowania terapii prowadzącą do śmierci, która jest decyzją pacjenta a decyzją o zaniechaniu terapii podejmowaną przez osoby trzecie [10].

Decyzja o zaprzestaniu terapii nie będącego w stanie uzewnętrznić swej woli pacjenta w przypadku, gdy jego stan nie prowadzi w sposób nieodwracalny do śmierci, stawia pełnomocników i opiekunów pacjenta w sytuacji nierozwiązywalnego konfliktu sumienia, albo wymaga pozbycia się przez nich wszelkich skrupułów moralnych. Zwrócono przy tym uwagę na zróżnicowanie kontekstów, w których rozważane jest zaniechanie terapii w poszczególnych przypadkach. Inaczej owe decyzje przebiegają w kontekście klinicznym, inaczej w kontekście ośrodków opieki społecznej, inaczej w kontekście rodzinnym. We wszystkich z nich występują specyficzne czynniki, które należy brać pod uwagę, jak na przykład pytanie o trudności w zachęceniu osoby wymagającej opieki do życia, obciążenia dla osób podejmujących się opieki, a z drugiej strony także przykłady udanego życia wspólnego z osobami poważnie obciążonymi zdrowotnie [10].

Istotnym w prezentowanym modelu argumentacji odnośnie możliwości sporządzenia oświadczenia woli odnośnie zaniechania działań terapeutycznych jest to, że powinna ona wspierać obowiązek opieki nad pacjentem, nie zaś go znosić. Stoi za tym obawa, że obowiązek opieki wobec starszych i chorych będzie w przyszłości kwestionowany ze względu na zmiany demograficzne i społeczne tendencje indywidualizacji prowadzące do braku solidarności. W związku z tym, zwolennicy tego typu argumentacji przywiązują ogromne znaczenie do ochrony życia aż po jego koniec [10].

Prezentacja drugiego ze wspomnianych modeli argumentacji rozpoczyna się od wskazania, że jego zwolennicy stwierdzają, iż istnieją przypadki medyczne, które nie będąc chorobą nieodwracalnie śmiertelną stawiają pytanie o możliwość realizacji woli pacjenta odnośnie zaniechania terapii wyrażonej w oświadczeniu woli. Przykładem takiej sytuacji jest śpiączka. Zwolennicy tego typu argumentacji stawiają pytanie, czy nie należy rozważyć

rezygnacji z terapii w przypadku takich pacjentów, którzy na przykład zapadają na zapalenie płuc i tym samym pozwolili na ich śmierć, czy też należy w ich przypadku podejmować wszelkie działania medyczne prowadzące do podtrzymania życia [10].

Autorzy dokumentu przedstawiając ten model argumentacji uznają za nieuzasadnioną obawę, że prowadzi on do dopuszczenia aktywnej eutanazji. Rezygnacja z terapii pacjentów w śpiączce zgodnie z wolą przez nich wyrażoną w sytuacji, kiedy prognozy medyczne przewidują, że doprowadzi to do śmierci pacjenta, nie jest aktywnym doprowadzeniem do śmierci, ale jej dopuszczeniem poprzez niepodjęcie przeciwdziałania wobec jej nadejścia [10].

W ocenie drugiego z rozważanych modeli argumentacji ograniczenie przyzwolenia na zaniechanie terapii do przypadków nieodwracalnie śmiertelnych oznacza utożsamienie rozpoznania czasu ludzkiego umierania z medycznymi rokowaniami pacjenta. W tym kontekście przypomina się, że w perspektywie biblijnej każdy człowiek samodzielnie powinien rozpoznać czas nadejścia jego umierania. To rozpoznanie swoich perspektyw na życie jest czymś innym niż rokowania w sensie medycznym. Rokowania medyczne mogą być tylko podstawą takiego rozpoznania, ale nie mogą go zastąpić. Z tego punktu widzenia należy uszanować, że człowiek w obliczu określonego przebiegu choroby doszedł do wniosku, że jego życie osiągnęło swój czas, w którym przyszło mu się zakończyć. Za tym idzie decyzja oczekiwania na śmierć i odmowa przeciwdziałania jej, nawet jeśli jest to jeszcze możliwe z perspektywy medycznej [10].

Przedstawiany model argumentacji zakłada więc, że decyzji, iż nadszedł dla człowieka czas umierania, nie da się sprowadzić do kryteriów medycznych (charakteru decydującego nie ma także stwierdzenie w sensie medycznym wejścia pacjenta w fazę umierania). Kluczowym jest tutaj ogląd własnej sytuacji przez pacjenta. Ma on z jednej strony prawo do ostatniej chwili mieć nadzieję na dalsze życie, albo chcieć mieć czas na uregulowanie swoich spraw. W takiej sytuacji lekarz nie ma prawa opierając się na diagnozie zbliżającej się śmierci, dopuścić do jej przyspieszenia poprzez rezygnację z określonych procedur medycznych [10].

W drugim analizowanym modelu argumentacji obiektywny stan pacjenta – jego choroba i cierpienie – mają znaczenie o tyle, że wpływają na jego faktyczne samopoczucie. Są zatem istotnymi czynnikami tego, czy oczekuje on śmierci, a co za tym idzie stają się w ten pośredni sposób wiążące dla działań lekarza. W tej perspektywie zaniechanie terapii albo sztucznego dostarczania pokarmu i płynów jest możliwe pod dwoma warunkami. Po pierwsze, została wyrażona wola pacjenta i jest ona wystarczająco udokumentowana lub

poświadczona. Po drugie, wskazania medyczne usprawiedliwiają działania rozumiane jako oczekiwanie lub dopuszczenie śmierci [10].

Podsumowując prezentację powyższych dwóch modeli argumentacyjnych, autorzy dokumenty *Sterben hat seine Zeit...* wskazują, że w przypadku drugiego z nich problematycznym jest nakreślenie granic samostanowienia pacjenta. Stawia on pytania o to, kiedy w ramach opieki medycznej nie można realizować woli pacjenta, a także kiedy oczekiwanie przez pacjenta działań dopuszczających śmierć nie jest adekwatne do sytuacji. W ocenie autorów stanowiska, pierwszy z modeli argumentacji pozwala uniknąć tego typu pytań, gdyż w jego przypadku podstawą dla rozważania decyzji o zaprzestaniu działań terapeutycznych jest medyczna diagnoza nieodwracalnego zbliżania się śmierci. Ma on ich zdaniem także tę zaletę, że jest łatwiej przekładalny na język regulacji prawnych. Autorzy dostrzegają przy tym, że jego podstawową wadą jest fakt, że nie umożliwia podjęcia decyzji o zaprzestaniu terapii w przypadku pacjentów, których choroba nie jest śmiertelna, co może prowadzić do utrzymywania ich przy życiu wbrew ich woli. Taka sytuacja koliduje ze sformułowaniem wyżej poglądem, zgodnie z którym człowiek indywidualnie jest zobowiązany rozpoznać czas swojego życia i umierania [10].

Stanowisko EKD zawarte w dokumencie *Sterben hat seine Zeit...* kończy część, w której sformułowane zostały reguły dotyczące stosowania oświadczeń woli pacjenta odnośnie użycia wobec niego procedur medycznych. Konkretne reguły poprzedza jednak wyraźne zastrzeżenie, że żadna z reguł odnośnie tego typu sytuacji nie może mieć waloru powszechnej obowiązywalności, a ich stosowanie w większości przypadków jest kwestią rozważenia indywidualnego przypadku. Stąd rola różnego rodzaju konsyliów i komisji etycznych w placówkach ochrony zdrowia. Jednak konieczność jednorazowych decyzji nie wyklucza potrzeby formułowania reguł, które w takich decyzjach mogą być punktem odniesienia, tworząc ramy dla podejmowanych decyzji. Pozwala to ograniczyć nadużycia, jakie mogą pojawić się w sytuacji, w której dla każdego przypadku będą tworzone reguły *ad hoc*. Kluczem dla sformułowanych w stanowisku reguł jest zachowanie właściwej równowagi między pryncypium opieki nad pacjentem a jego samostanowieniem [10].

Pierwsza z reguł głosi, że jeśli istnieje terapeutyczna możliwość nadania pacjentowi nowej perspektywy życia, to nie można uznawać za wiążące wyrażonych przez niego życzeń śmierci. W takim przypadku należy uczynić wszystko, by utrzymać jego życie. Jako uzasadnienie dla tej reguły wskazano, że niejednokrotnie życzenie śmierci u pacjenta jest wyrazem niezgody na fakt, że utrzymanie życia wiąże się ze znacznym pogorszeniem jego

jakości, co nieraz dodatkowo łączy się z przedkładaniem zakończenia życia nad kontynuowanie go ze wspomnianymi ograniczeniami.

Druga z reguł wskazuje, że należy wykorzystać te medyczne możliwości, które dają dobre perspektywy na utrzymanie świadomości i zdolności wyrażania swojego osądu przez pacjenta, tak by on sam mógł wyrażać swoją wolę odnośnie swojego życia i śmierci. W uzasadnieniu wskazano, że kluczowym argumentem na rzecz tej zasady jest fakt, że ludzie znalazłszy się w sytuacji konieczności ratowania zdrowia niejednokrotnie zmieniają swoje decyzje odnośnie oczekiwań co do przebiegu i form prowadzonej terapii, a podjęte wtedy, kiedy byli zdrowi [10].

Trzecia ze sformułowanych reguł odnosi się do pacjentów, którzy mimo niezdolności wydawania osądów odnośnie swojej terapii, posiadają jednak życzenia, potrzeby i wolę życia, a także, nawet z ograniczeniami, są w stanie brać udział w życiu społecznym. W takiej sytuacji rozstrzygnięcia oświadczenia woli odnośnie zaniechania określonych przez pacjenta terapii należy brać pod uwagę jedynie w ograniczonym zakresie. Zasada ta wynika z przykazania opieki, które odwołuje się do aktualnych wypowiedzi pacjenta na temat jego życia. W tym kontekście wskazano na problematyczność tej reguły w odniesieniu do pacjentów z demencją. Odnośnie do nich waga, jaką przykłada się do ich wypowiedzi, powinna być zależna od medycznej oceny tego, w jak zaawansowanym stadium choroby znajdują się poszczególni pacjenci. Im bliżej im do ostatniego stadium choroby, tym ważniejsza staje się ich wola wyrażona w oświadczeniu, kosztem ich aktualnych wypowiedzi. Należy przy tym pamiętać, że skupienie się na aktualnych wypowiedziach pacjenta może także oznaczać konieczność zaakceptowania odmowy pacjenta przyjmowania pokarmów i niepodjęcia sztucznego dokarmiania, nawet w sytuacji, kiedy jego brak będzie prowadził do śmierci. Zaznaczono przy tym, że w wypadku, kiedy taka sytuacja budzi wątpliwości, należy decydować na rzecz życia [10].

Ostatnia, czwarta, reguła odnosi się do przypadków, w których pacjent nie ma świadomości i z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością medycyna nie zapewnia możliwości przywrócenia pacjentowi świadomości, tak by samodzielnie mógł decydować o swoim leczeniu. Należy wtedy postępować zgodnie z wolą pacjenta wyrażoną w oświadczeniu. Nawet w sytuacji, w której zgodnie z oświadczeniem należy zrezygnować z terapeutycznych interwencji, co może prowadzić do śmierci. Jako uzasadnienie dla tej reguły wskazano działanie na rzecz najlepiej rozumianego dobra pacjenta, czego elementem jest spełnienia jego woli tak dalece jak to możliwe, a więc na tyle, na ile jest ona do pogodzenia z przykazaniem opieki.

Omawiany dokument *Sterben hat seine Zeit...* kończy krótkie podsumowanie o charakterze teologicznym, odwołujące się do eschatologicznej perspektywy ludzkiej egzystencji. Wskazano w nim na konieczność współistnienia względem pacjenta szacunku dla jego woli i samostanowienia, jak i realizacji opieki i uwagi, które są mu należne zarówno w życiu, jak i w śmierci. Z perspektywy chrześcijańskiej podstawą dla takiego punktu widzenia jest fakt, że ostatecznie człowiek nie ma przeminąć, ale jego przeznaczeniem jest dopełnienie w Bożej wieczności. To nadaje ograniczonemu, śmiertelnemu człowiekowi jego nienaruszalną godność.

Omówione wyżej dokumenty EKD w swojej teologicznej refleksji odwołują się do dwóch zasadniczych modeli argumentacji. Oba z nich prowadzą do stwierdzenia niezbywalnej godności człowieka, która to godność wynika z wybrania człowieka przez Boga. Pierwszy z nich odwołuje się do faktu stworzenia człowieka przez Boga, drugi koncentruje się na perspektywie eschatologicznej, a więc perspektywie zbawienia, w której dopełni się akt wybrania człowieka przez Boga. W przypadku obu modeli człowiek poddany jest ochronie zbawczej miłości Bożej. Wyrazem tej ochrony jest także przykazanie „Nie zabijaj”. Człowiek jest w tej refleksji postrzegany jako osoba i rozumiany jako byt relacyjny, zaś jego pojawienie się na świecie i umierania pozostaje domeną działania Bożego. Nie wyklucza to jednak wezwania by poznawać czas swojego umierania, co nie jest w żadnym razie równoznaczne z prognozami nadchodzenia końca życia o charakterze medycznym. Umieranie pozostaje więc częścią życia i tak, jak cała egzystencja człowieka ma charakter zadania, w którym człowiek pozostaje odpowiedzialny przed Bogiem. Odpowiedzialność owa nie ogranicza się jedynie do mojej własnej egzystencji. Jej istotnym składnikiem pozostaje zawsze odpowiedzialność za postępowanie w szacunku wobec innych. Swoją wyraz znajduje to między innymi w docenieniu komunikacyjnego wymiaru, w jakim realizuje się relacyjny charakter bytu ludzkiego. W praktyce przekłada się to na wezwanie do stworzenia warunków, by pacjent mógł w możliwie najszerszym zakresie uzewnętrzniać swoją wolę odnośnie procedur medycznych, co zakłada także właściwie poinformowanie pacjenta. Nie jest jednak podstawą do tego, by pacjent mógł żądać czynnego zakończenia jego życia przez osoby trzecie.

Odnosnie zaniechania terapii na powyższych podstawach o charakterze analizy teologicznej sformułowano trzy zasadnicze reguły postępowania. Po pierwsze, zaniechanie terapii jest dopuszczalne w sytuacji nieodwracalnie zbliżającej się śmierci, w której stosowanie dalszych medycznych procedur prowadzi nie do polepszenia stanu zdrowia pacjenta, ale do przedłużenia procesu umierania. Należy przy tym odnotować, że autorzy

dokumentów EKD dostrzegają, że takie postawienie sprawy utożsamia rozpoznanie nadejścia śmierci z diagnozą medyczną, a tym samym nie stanowi pełnej realizacji biblijnego postulatów rozpoznania przez człowieka czasu jego umierania. Po drugie, w sytuacji, kiedy nieodwracalnie umierający pacjent ze względu na swój stan zdrowia nie jest zdolny do wyrażania swojej woli odnośnie dalszego leczenia, odpowiedzialność za podjęcie decyzji o zaniechaniu terapii złożona została na lekarza jako adwokata najlepiej pojętego interesu pacjenta. W takiej sytuacji pomocne są przygotowane wcześniej przez pacjenta oświadczenia woli, jeśli takowe przewiduje system prawny. Przy docenieniu znaczenia tych ostatnich należy jednak odnotować, że w dokumencie EKD im poświęconym nie są one traktowane jako bezdyskusyjnie rozstrzygające o stanie pacjenta. Swoją rolę pełnią także opinie bliskich mu osób (rodzina, duszpasterze, a także personel pielęgniarski opiekujący się pacjentem). Należy także tak długo, jak to tylko możliwe uwzględniać wypowiedzi i działania samego pacjenta. Trzecia z zasad odnosi się do dopuszczenia stosowania środków mających na celu uśmierzenie bólu, których zastosowanie może nieść ze sobą skrócenie życia pacjenta. Powyższe zasady mają charakter ogólny, co wynika z uznania, że każdy rozważany przypadek ma indywidualny charakter.

Piśmiennictwo

1. Hintz M.: Etyka ewangelicka i jej wymiar eklezjalny. Warszawa 2007.
2. Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe Eine Sammlung kirchlicher Texte. wyd. 2, Bonn-Hannover 2011.
3. Biblia to jest Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Nowy przekład z języków hebrajskiego i greckiego opracowany przez Komisję Przekładu Pisma Świętego, Warszawa 1996.
4. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu w przekładzie z języków oryginalnych, opr. Zespół biblistów polskich z inicjatywy Benedyktynów Tynieckich, wyd. 5, Poznań 2000.
5. Das rechte Wort zur rechten Zeit. Eine Denkschrift des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zum Öffentlichkeitsauftrag der Kirche, Gütersloh, 2008.
6. Gott ist Freund des Lebens. Herausforderung und Aufgaben beim Schutz des Lebens, wyd. 4, Gütersloh, 1990.
7. Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen. Argumentationshilfe für aktuelle medizin- und bioethische Fragen, <http://www.ekd.de/EKD-Texte/44633.html>, data pobrania 7.03.2015.

8. Christliche Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland, Hannover-Bonn 1999, 2003.
9. Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung. Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland, Hannover-Bonn 2011.
10. Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht. Ein Beitrag der Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland, Hannover 2006.

Sawicki Adam

Refleksja o śmierci w świecie sukcesu

Prywatny Filozof

Cywilizacja, w szczególności cywilizacja Zachodu, w XX i teraz, w XXI wieku, na wysokim miejscu w hierarchii celów postawiła *sukces*. Pojęcie to, jak się zdaje, nie miało swojego odpowiednika w epokach poprzednich. Ludzie przeżywali swoje życie, z reguły, w porównaniu do dzisiejszej przeciętnej długości, dość krótkie, pochłonięci troskami dnia codziennego i zabiegami wokół biologicznego przetrwania. Ich życie nie wiązało się ze stawianiem i realizacją dalekosiężnych projektów. Planowanie długookresowe nie wyznaczało przebiegu ówczesnego żywota. Co najwyżej dotyczyło ono bardzo wąskiej grupy osób dzierżących władzę (na przykład faraonowie w starożytnym Egipcie). Można powiedzieć, że podstawowym sukcesem czy osiągnięciem było to, aby dożyć starości. Starość zresztą była wówczas na ogół inaczej postrzegana, aniżeli to ma miejsce dzisiaj. Człowiek sędziwy był w wielopokoleniowej rodzinie autorytetem, z jego zdaniem i doświadczeniem liczono się. Nie tylko zresztą w rodzinie, ale również na szerszym forum publicznym. Starcy odgrywali istotną rolę w życiu społecznym, politycznym i religijnym. Do nich zwracano się po radę. Była to inna sytuacja od dzisiejszej, gdy szerzy się kult młodości, a ludzie starzy wstydliwie są spychani na bok albo pomijani. Doszło nawet do upowszechnienia się takiego dziwnego zjawiska, jakim jest wstydzenie się starości i jej ukrywanie.

Sukces jest owocem cywilizacji przemysłowo – industrialnej, która w wyraźny sposób oddzieliła agrarny sposób życia (wieś) od przemysłowo – wytwórczego. Do tego dochodzą jeszcze wewnętrzne migracje, które spowodowały, że miasta niepomiarowo się rozrosły i tylko niewielki procent populacji zajmuje się pracą na roli. Życie miejskie toczy się w innym rytmie, aniżeli życie na wsi. Rytm miejski w mniejszym stopniu podlega rytmowi przyrody (pory roku, pory dnia i nocy), a to za sprawą technicznego i organizacyjnego „odseparowania się” od bezpośredniego poddania się wpływom środowiska przyrodniczego. Jest to zresztą pewien mit, że takie oddzielenie się da się osiągnąć, bo wszakże każdy człowiek jest przez całe życie (i po nim) częścią przyrody. Miasto stwarza środowisko kulturowo – cywilizacyjne, w którym potrzeby i dążenia jego mieszkańców podlegają innym kryteriom niż w bezpośredniej symbiozie i konfrontacji z przyrodą, jak to ma miejsce na wsi. Potrzeby miejskie są w znacznej mierze poniekąd sztuczne, stanowią pewien naddatek. Krytykę cywilizacji, odrywającej człowieka od jego więzi z naturą, znajdziemy już w XVIII –

wiecznej filozofii Jana Jakuba Rousseau. Cywilizacja miejska nie czyni człowieka lepszym ani szczęśliwszym, w związku z czym należy powrócić na łono natury – taka jest wiodąca myśl tego francuskiego filozofa.

Tworzył on w epoce, kiedy dopiero zaczynał rodzić się nowy, kapitalistyczny porządek. W wieku XIX postępuje proces uprzemysłowienia i rozrost miejskiego środowiska życia. To zaś rzutuje na świadomość mas ludzkich oderwanych od swoich wiejskich korzeni. Przenikliwym krytykiem industrialnej cywilizacji był w XIX wieku rosyjski myśliciel religijny Nikołaj Fiodorow. Jego zdaniem cywilizacja ta powoduje, że głównym problemem staje się zagadnienie biedy i bogactwa, a nie życia i śmierci. Jest ona nakierowana na wytwarzanie dóbr materialnych zaspokajających hedonistyczne potrzeby. Jest to zatem cywilizacja, by użyć dzisiejszego określenia, *konsumpcyjna*. Zapomina się w niej realności śmierci, której nieuchronność wypiera się ze świadomości, rozproszonej pogonią za atrakcyjnymi zabawkami i świecidłami, które wytwarza przemysł. Istota życia wiejskiego, uważał Fiodorow, polegała na zachowaniu więzi pokoleń, na pamięci o zmarłych przodkach i czci im okazywanej. Tymczasem miasto żyje w zapomnieniu o zmarłych. Przejawia się to choćby w tym, że cmentarze są izolowane od reszty miejskiej przestrzeni albo przenoszone poza obręb miasta. Miasto żyje kultem wiecznej aktywności i młodości, a nie pamięcią o zmarłych przodkach i długu moralnym, który żyjący mają wobec swoich zmarłych, którzy dali im życie.

To zapomnienie o śmierci, które jest przeciwieństwem starożytnej i średniowiecznej zasady *memento mori* (pamiętaj o śmierci) stało się przedmiotem rozważań XX – wiecznych egzystencjalistów. Szczególne znaczenie mają tu analizy niemieckiego filozofa Martina Heideggera, który pokazywał, w jaki sposób potoczne, codzienne istnienie, ów świat bezosobowego „Się” przytłacza źródłowe myślenie o śmierci jako podstawowej kategorii egzystencjalnej. Świadomość zbiorowa usiłuje nadać śmierci charakter faktu czysto biologicznego, obiektywnego, uciekając od rozumienia jej jako fundamentu, od którego należy rozpoczynać wszelką refleksję antropologiczną. Znamienne jest i to, że Heideggera myślenie o śmierci łączyło się z nastawieniem ateistycznym, ale był to ateizm odmienny od ateizmów materialistycznych, które śmierć sprowadzały do porządku li tylko przyrodniczego, pozbawiając ją głębi metafizycznej.

Warto też zauważyć przemiany, które dokonały się we współczesnej religijności. Religia chrześcijańska, zwłaszcza w swojej odmianie protestanckiej, nadmiernie przesunęła akcenty z płaszczyzny *eschatologicznej* na etyczną. Nawet ludzie wierzący nie rozstrząsają dzisiaj kwestii związanych z pośmiertną egzystencją. Pisze o tym Philippe Ariès: „W

większości sondaży procent wierzących w życie przyszłe wynosi 30-40%” [1]. W szczególności mało kto wierzy w realne istnienie metafizycznego piekła. Strach przed wiecznym potępieniem, który przewijał się przez całą historię chrześcijaństwa, współcześnie zda się być uczuciem marginalnym. Jak zauważa Ariès: „*Obserwujemy również, że zupełnie przestało istnieć piekło; nawet ci, którzy wierzą w diabła, ograniczają jego działania do ziemskiego padołu i nie wierzą w wieczne potępienie. Nie dziwimy się; zauważyliśmy to już co najmniej w początkach XIX wieku*” [1]. Nie widać też szczególnej tęsknoty za niebiańską egzystencją. Religia pełni przede wszystkim funkcję systemu etycznego, chociaż wobec upowszechnienia się hedonizmu i moralnego relatywizmu jej wpływ na świadomość człowieka Zachodu zdaje się ulegać erozji. Od religii oczekuje się wypełnienia funkcji czysto obrzędowych, związanych z pochówkiem, natomiast umyka cały sens teologiczny śmierci. Zresztą następuje też upowszechnienie świeckich form obrzędowości pogrzebowej.

Można tu odwołać się do opinii Michela Vovelle, który trafnie charakteryzuje dzisiejszy stan religijnego myślenia o śmierci: „*Ogólne wrażenie dotyczące relacji między śmiercią a religią w dzisiejszej cywilizacji Zachodu przedstawia się właśnie tak: wiernych jest o wiele mniej, to pewne, gdyż nie ma już masowego nawracania, a do tego w samym sercu tego systemu znajdujemy rozbitą świat, w którym próby powrotu do wygody dawnej doktryny, do prostej i naiwnej wiary, ścierają się z próbami dostosowania nowego języka religii do współczesnej wrażliwości – co grozi z kolei utratą specyfiki ewangelicznej nowiny. Pośród zalewu studiów nad śmiercią – tych psychologicznych, socjologicznych, lekarskich – język religii stał się jednym z wielu, stracił swoją dawną, wiodącą pozycję i płynąć musi wraz z falą zbiorowej wrażliwości, naznaczonej otaczającym śmierć tabu, której to fali nie może już kształtować wedle własnej woli. Kościół próbuje na nowo potwierdzić swe uprzywilejowane miejsce wobec śmierci oraz swoją wyłączność na wyjaśnianie jej tajemnic (wolne jednak od dawnego zastraszania), lecz tym samym uświadamia sobie, że ta ludzka śmierć coraz bardziej mu się wymyka*” [2].

Ogólnie można powiedzieć, że świat dzisiejszy opiera się na primacie *kontroli i planowania*. Rozwój nauki i techniki spowodował, że życie codzienne jest poddane określonym *procedurom*. Praca ma charakter planowy, ale także sfera zdrowia i choroby są poddane kontroli. Zachowania jednostki i grup społecznych traktuje się jako możliwe do opisanego, zanalizowanego i przewidywanego. Długoterminowo prognozuje się nawet pogodę. Elektroniczny monitoring i komputeryzacja spowodowały, że jednostka żyje w świecie nieustannego *nadzoru*. Jego celem jest, w domyśle, jej bezpieczeństwo, ale często zapomina się, że nieustanna kontrola łączy się z różnymi formami zniewolenia jednostek. Cywilizacja

dąży do tego, aby wydarzenia życia jednostkowego uczynić przewidywalnymi i mieszczącymi się w ramach statystycznych prawidłowości. Trzeba także podkreślić, że współczesne życie jest w dużej mierze uzależnione od techniki, która oddaliła człowieka od jego bezpośrednich relacji z naturą. Technika wymusza od ludzi ich funkcjonalność w ramach, które narzuca.

Celem określającym działania jednostek i grup społecznych w świecie współczesnym jest ich sukces, który polega na pełnej realizacji zamierzeń, dotyczących w głównej mierze materialnej sfery życia. Konsumpcyjna cywilizacja kreuje coraz to nowsze potrzeby konsumpcyjne, posługując się wszechobecną *reklamą*. Konsumpcjonizm lansuje model życia pojętego jako nieustanny ciąg atrakcji i nieustającego zadowolenia. Sukces zatem ma charakter konsumpcyjny i wiąże się z realizacją hedonistycznych potrzeb. Wymaga się, aby był on wymierny, określany na przykład stanem konta i posiadaniem określonych dóbr (dom, samochód etc.). Sukcesem jest także posiadanie atrakcyjnej i dobrze płatnej pracy. Wiąże się on również z mobilnością i umiejętnością dostosowania się do potrzeb rynku i konkurencji. Świat ludzi sukcesu kreuje swoich bohaterów, w czym podstawową rolę spełniają media, które prześcigają się w ich opisywaniu i lansowaniu jako wzorca osobowego. W cywilizacji konsumpcyjnej ludzie sukcesu pełnią taką rolę, jak w średniowieczu święci. Przy czym ich postawy życiowe są zupełnie przeciwne. O ile życie świętego polegało na podporządkowaniu się ideałowi wyrzeczenia i ascezy, to człowiek sukcesu nastawiony jest na maksymalne korzystanie z dóbr tego świata. Cel życia świętego był skoncentrowany na pozaświatowych dobrach duchowych, natomiast cel człowieka sukcesu wiąże się wyłącznie z maksymalizacją zmysłowych podniet i materialnych korzyści, które zawierają się w tym świecie. Charakterystyczne jest przy tym jak chrześcijańska u swoich korzeni Europa, gdzie cnoty pokory, wyrzeczenia, umiarkowania były przez stulecia stawiane jako ideał, współcześnie przekształciła się w coś radykalnie odmiennego, zupełnie oddalonego od świadomości chrześcijańskiej.

Rzeczywistość owej cywilizacji sukcesu odpowiada temu, co w XVII wieku francuski filozof Blaise Pascal pisał o *rozrywce*, a duński myśliciel religijny Søren Kierkegaard w wieku XIX o *estetycznym* stadium życia. W obydwu przypadkach chodzi o życie na poziomie zmysłowym, pozbawione głębinowej refleksji, gdzie człowiek ucieka przed myśleniem dotyczącym swojego ostatecznego przeznaczenia. To, co ci autorzy rozumieli jako pewien etap w życiu człowieka, coś, co nie musi w sposób trwały określać jego świadomości, w dzisiejszym konsumpcyjnym świecie staje się czymś trwałym. Dość zauważyć, że współczesne świątynie konsumpcji, supermarkety, otwarte są w niedzielę, która tradycyjnie w

chrześcijańskiej religii jest uważana za dzień święty. Cywilizacja konsumpcyjna zaciera granice pomiędzy *sacrum* i *profanum*. Także tradycyjne święta religijne są poprzedzone okresami wzmożonej reklamy i zakupów. Wymiar duchowy przygotowania się do tych świąt i ich przeżywania schodzi na plan dalszy.

To odwrócenie się od sakralnego wymiaru rzeczywistości rzutuje na to, jaki charakter ma refleksja człowieka, który pochłonięty jest nieustannym dążeniem do sukcesu, odnosząca się do faktu własnej *śmiertelności*. Świat sukcesu jest światem, który rządzi się zasadą funkcjonalności i sprawności. Nie uznaje on regresu, bo progresywność i postęp uznaje za coś normalnego i samo przez się zrozumiałego. Warto tu zresztą dodać, że idea *postępu* materialnego, naukowego i technicznego określa świadomość zachodnią już od czasów Oświecenia i została na trwale wbudowana w umysły Europejczyków. Sukces jednostki jest przełożeniem tej ogólnej idei postępu na skalę indywidualną. Tymczasem śmierć jest zaprzeczeniem jakiegokolwiek postępu. Jest ona upadkiem i rozpadem, całkowitym wyłączeniem jednostki ze światowej rzeczywistości. Śmierć burzy całkowicie budowlę sukcesu, którą człowiek kierujący się jego zasadą pracowicie przez większość swojego życia wznosił. Przeciwnością sukcesu jest *porażka* i śmierć jest, z pozycji myślenia w kategoriach sukcesu, najbardziej radykalną formą porażki.

Świat sukcesu uznaje tylko zasadę *ciągłości*, z której wypływa imperatyw nieustannej aktywności skierowanej ku przyszłości. Nie ma w nim miejsca na obszary puste, martwe, nie wypełnione żadną aktywnością. Aktywność człowieka sukcesu wyraża się w *pracy*, dzięki której osiągnąć jest coraz wyższy poziom materialnego bytowania. Praca w dzisiejszym świecie stała się fetyszem i dla wielu ludzi stanowi wartość pierwszoplanową. Nie wyobrażają oni sobie życia poza pracą. Zaś czas poza pracą jest wypełniany intensywną *rozrywką* (turystyka, sport, hazard etc.). Tak więc przeżywanie czasu jest takie, że ludzie sukcesu są skupieni przede wszystkim na teraźniejszości i najbliższej przyszłości. Przyszłość dalsza i najdalsza nie jest tu uwzględniana. Można powiedzieć, że w postawie tej brak jest głębszej refleksji nad upływem czasu, nad przemijaniem. Ludzie sukcesu chcieliby nieustannie żyć teraźniejszością, która jest jakby namiastką prawdziwej wieczności.

Znamienne jest i to, że społeczeństwa konsumpcyjne, w których naczelną zasadą jest sukces, odrzucają wartość myślenia historycznego i od historii oddalają się albo wręcz odcinają. Refleksja nad przeszłością i budowanie na niej swojej tożsamości, co przez wieki stanowiło o świadomości człowieka Zachodu, nie jest dzisiaj w cenie. Oznacza to odwrócenie się od pamięci o swoim rodowodzie, o swoich przodkach. Zerwana zostaje w ten sposób więź międzypokoleniowa. Możemy także mówić o zaniku pierwiastka *medytacyjnego*. Nastąpiło

zachwianie relacji pomiędzy medytacją a pracą. Chrześcijańska zasada *ora et labora* (módl się i pracuj) w dzisiejszym świecie niewielu ma wyznawców. Życie współczesne przypomina nieustający wyścig i jego tempo nie pozwala na zdystansowane myślenie. Z tego powodu nie ma tu miejsca na *meditatio mortis* (rozmyślanie o śmierci) i *praeparatio mortis* (przygotowanie do śmierci). To zaś powoduje, że w odwrocie znajduje się *ars moriendi* (sztuka umierania).

Kultura Europy, której korzenie były antyczne (Ateny, Rzym) i chrześcijańskie (Jerozolima) pielęgnowała różne formy obcowania ze śmiercią. Dzisiaj tymczasem ma miejsce dystansowanie się w stosunku do śmierci. Jednym z tego przykładów jest zanik żałoby. Zwraca na to uwagę Ariès: „*Tak więc około połowy wieku XX na najbardziej zindywidualizowanych i najbardziej zurbanizowanych obszarach Zachodu powstaje nowa sytuacja. Panuje opinia, że publiczne okazywanie żałoby, a także zbyt uparte i długie prywatne jej zachowywanie jest czymś chorobliwym. Wybuch płaczu staje się atakiem nerwowym. Żałoba jest chorobą. Ten, kto się z nią obnosi, daje dowód słabości charakteru.[...] Protest przeciwko śmierci nie ogranicza się do osób w żałobie i do przejawów tej żałoby: obejmuje wszystko, co styka się ze śmiercią i grozi «zarażeniem». Uważa się, że żałoba i to, co się z nią łączy, jest zakaźną chorobą, której można się nabawić w pokoju umierającego lub zmarłego, nawet jeśli są nam obojętni, czy też na cmentarzu, gdzie nie spoczywa nikt z bliskich. Są miejsca, gdzie można się zarazić żałobą jak grypą»* [1].

Żałoba i kontakt ze śmiercią w świecie nieustannego sukcesu jest odbierana jako coś, co zaburza estetykę życia, w którym reklamy i pełne towarów supermarkety roztaczają nieustannie wizję ziemskiego hedonistycznego raj. Zaś zbyt częste powracanie w rozmowach do tematu bliskich zmarłych osób jest uważane za naruszanie zasad dobrego smaku.

Śmierć i umieranie w dzisiejszych społeczeństwach podlegają temu, co można określić mianem zinstytucjonalizowania. Ludzie umierają (z wyjątkiem przypadków nagłej śmierci) w szpitalu i często anonimowo, bez obecności członków rodziny. Zwłoki nie są wyprowadzane na cmentarz z mieszkań, ale z domów pogrzebowych. Fakt pewnego odsuwania się rodziny od osoby umierającego i zmarłego podkreśla Vovelle: „*W zagadnieniu coraz częściej samotnej - «ukrywanej», jak mawiają – śmierci musimy zostawić miejsce, wcale niemałe, na wymienione już przez nas czynniki materialne: śmierć w szpitalu, w domu starców, a przede wszystkim rozłam w zachodnim sposobie miejskiego życia, czyli odchodzenie od mieszkania w wielopokoleniowych domach. Bo faktem jest, że problem śmierci w domu, regułą obowiązującą w połowie domostw francuskich oraz jednej trzeciej lub jednej czwartej*

domostw amerykańskich otacza cisza. Ogólnie przyjętą praktyką jest odsuwanie dzieci od umierającego i swoista tajność umierania, na które nie ma już miejsca we współczesnym życiu. W tej zreżymowanej śmierci, po ciszy lub po prostu po nieobecności rodziny, przyszedł czas, aby sam zainteresowany wyraził zgodę na ową nową harmonię” [2].

Można tu zatem mówić o osłabieniu tego, co określa się mianem *majestatu śmierci*. Śmierć przestała być wydarzeniem, które porusza wspólnotę sąsiedzka, w której żył zmarły. Przyczynia się do tego anonimowość miejskiego życia. Poczucie majestatu śmierci pojawia się stosunkowo rzadko, zwłaszcza wtedy, gdy dotyczy osób znanych, będących powszechnie uznanymi autorytetami (Jan Paweł II) albo wiąże się ze zbiorową katastrofą czy wypadkiem (przykładem katastrofa smoleńska, która poruszyła cały naród).

Cywilizacja sukcesu stawia estetykę przed etyką. W szczególności widać to na przykładzie jej stosunku do zagadnienia *eutanazji*. Uzasadnieniem jej prawnej dopuszczalności ma być chęć uniknięcia zbytecznych, jak uważają jej zwolennicy, cierpień. Idealem jest tu umieranie bezbolesne. Znamienne jest w dzisiejszej mentalności nieprzyjmowanie faktu, że człowiek jest istotą cierpiącą, a nie tylko doświadczającą szczęścia płynącego z nieustannego doznawania przyjemności. Cierpienie i gotowość do jego przyjmowania leży u podstaw świadomości chrześcijańskiej. W dzisiejszym świecie jest to kwestionowane. Ból i cierpienie towarzyszące umieraniu są uważane za zbędny balast i stąd bierze się społeczne przyzwolenie na eutanazję, nie tylko osób dorosłych, ale nawet i dzieci. Tym samym kwestionowane jest religijne pojmowanie życia jako *daru* danego przez Boga, którym człowiek nie może dowolnie rozporządzać. Jednak nie tylko chęć minimalizacji cierpienia leży u podstaw myślenia proeutanazyjnego. Chodzi tu także o fałszywie pojętą *estetyzację* umierania i śmierci. Obraz osoby cierpiącej, złożonej bólem nie pasuje do świata rządzącego się zasadami powodzenia i sukcesu. Umieranie nie jest estetyczne i stąd nacisk na upowszechnianie praktyk eutanazyjnych. Wprawdzie eutanazja ma być śmiercią dobrowolną, ale nie sposób nie zauważyć, że istnieje pewnego rodzaju nie wyrażana wprost presja, aby jej się poddać. Innym aspektem eutanazji jest to, że prowadzi ona do traktowania śmierci nie jako fundamentalnego wydarzenia egzystencjalnego, ale uważa się ją za kontrolowany, nieomalże kosmetyczny *zabieg*. Kolejny problem polega na tym, że zadawanie śmierci przez lekarza, mimo że w majestacie prawa, przeczy jego powołaniu, którym od wieków jest chronienie życia.

Mimo, że świat sukcesu odwraca się od śmierci i nie chce jej dotkliwości i ostateczności intensywnie przeżywać i rozpamiętywać, to nie znaczy to, że śmierć została usunięta z pola widzenia. Owszem, przeniesiono ją do sal szpitalnych i domów

pogrzebowych, ale codziennie można ją oglądać na ekranach telewizorów i komputerów. Śmierć jest pokazywana we wszystkich jej odmianach (klęski żywiołowe, wypadki, zamachy terrorystyczne, wojny). Media prześcigają się w wyszukiwaniu najbardziej niezwykłych i nieoczekiwanych rodzajów śmierci. Można więc powiedzieć, że temat śmierci jest w nich stale obecny. Nie można zaprzeczyć, że te wszystkie obrazy śmierci są prawdziwe. Jednak nie znaczy to, że zintensyfikowanie takiego przekazu skłania do *autentycznego* przeżywania śmierci i stosunku do niej. Ogląda się je bowiem z pozycji dystansu i braku osobistego zaangażowania, jak w filmie. Śmierć oglądana na ekranie nie jest przecież śmiercią spotykaną w bezpośredniej bliskości. Poza tym natłok obrazów umierania i śmierci powodować może swoiste znieczulenie na nią. Inne jeszcze zjawisko związane jest z przekazem filmowym. Oto oglądamy filmy sprzed lat, w których występują aktorzy dawno już nieżyjący. Tego rodzaju przekaz daje złudzenie jakiejś szczególnej nieśmiertelności.

Człowiek czynu i sukcesu zdaje się minimalizować znaczenie śmierci. Skupiony jest na realizacji swojego indywidualnego dobrobytu i żyje tak, jakby śmierć go osobiście nie dotyczyła. W ten sposób realizuje swój pragmatyczny model życia. Żyjemy w epoce niemetafizycznej i nawet antymetafizycznej. Pokolenia ludzi Zachodu pracowały, aby osiągnąć aktualny materialny poziom życia i poczucie bezpieczeństwa. Żyjemy w świecie wolnym od tych niebezpieczeństw, które czyhały na naszych przodków. Współczesny człowiek może swobodnie realizować nakreślone przez siebie cele. Jednak kondycja ludzka w zasadniczych swoich wymiarach nie zmieniła się. Podlegamy tym samym prawom narodzin i śmierci, co i przodkowie. Dążenie do sukcesu takiego, jakim go pojmuje współczesny człowiek Zachodu, jest w istocie jego *ucieczką* przed samym sobą, a w ostateczności przed koniecznością uporania się z faktem *własnej* śmiertelności.

Egzystencja ludzka nosi w sobie piętno *dramatu*, który przewija się przez wszystkie akty i sceny, a którego finałem jest śmierć. Wobec śmierci każdy sukces ma znaczenie względne, co jednak nie oznacza, że z rozwoju należy rezygnować. Rzecz jednak w tym, aby dążenie do sukcesu nie przysłaniało świadomości jego warunkowego charakteru. Istotne jest zachowanie równowagi pomiędzy materialnym i duchowym wymiarem życia. Żyjąc wrastamy w świat, wiążemy się z nim niezliczoną ilością relacji. Rzecz jednak w tym, aby nie stać się ich niewolnikiem. To właśnie myślenie o śmierci czyni nasze życie *refleksyjnym* i ukierunkowanym. Sukces materialny i wymierny jest tylko namiastką istotnego przełomu duchowego w życiu człowieka. Od tysiącleci mówią o tym religie i wielcy nauczyciele ludzkości. Religie zrodziło nie dążenie do wyminięcia śmierci, ale właśnie potrzeba zmierzenia się z jej oczywistością i nieprzekraczalnością. Stawiają one człowieka wobec

kwestii o znaczeniu zasadniczym. Paradoksalnie to nie ignorowanie śmierci, jak to ma miejsce w dobie obecnej, ale refleksja o śmierci decydowała o trwałości kultur. Kultury bowiem są niczym innym, jak odważnym wyzwaniem człowieka wobec śmierci. Konsumpcjonizm osłabia tę odwagę i czyni kulturę jałową, pozbawioną swojego jądra.

Świat sukcesu i konsumpcji odmawia śmierci wartości, ponieważ nie posiada ona waloru rynkowego. W świecie tym stawia się na policzalność i przeliczalność. Myślenie kategoriami ekonomicznymi usuwa z obszaru swoich zainteresowań to, co nie da się ująć w procedury planowania i kontroli. Owszem, fenomen śmierci został wielostronnie opisany na gruncie nauk biologicznych i medycznych. Wydawałoby się, że o śmierci wiemy prawie wszystko. Trzeba jednak mieć świadomość, że ślizgamy się tu ciągle po powierzchni. Uzyskujemy wiedzę o zjawisku, natomiast odlegli ciągle jesteśmy od zrozumienia metafizycznej *tajemnicy* śmierci. Nauki, w tym biologiczne i medyczne, mówią również o sukcesach, w tym wypadku poznawczych. W dużym stopniu przyczyniły się do poprawy jakości życia i przedłużenia jego trwania. Jednak nie oznacza to, że odkryły zagadkę życia i śmierci. Śmierć ciągle pozostaje niezgłębioną tajemnicą, bo nie znamy jej metafizycznej genezy. Oświeceniowa wiara w moc wiedzy naukowej w dobie obecnej zdaje się zresztą załamywać. Trudno przewidzieć, czy z tego sceptycyzmu zrodzi się jakaś nowa, wyższa forma duchowości, która odnowi i pogłębi refleksję na temat śmierci i zmieni stosunek do niej. Jak na razie miraż konsumpcji i sukcesu bardziej przyczyniają się do spłylenia, aniżeli pogłębienia refleksji nad przemijalnością i śmiertelnością.

Piśmiennictwo

1. Ariés P.: Człowiek i śmierć, Bąkowska E. tłum., PWN, Warszawa, 1989.
2. Vovelle M.: Śmierć w cywilizacji Zachodu, Senczyszyn D. tłum., Słowo/Obraz Terytoria, Gdańsk, 2004.

Grzegorz Kazberuk

Dziś nie sztuką jest zabić, ale zabić tak by uczynić z tego sztukę ...

TVP o/Białystok

Sztuka i śmierć współlistnieją od dawna. Każdy twórca za swoją artystyczną powinność traktował ambitne podejście do problemu śmierci. Jeśli nie całą swoją twórczość – w ekstremalnych przypadkach – to przynajmniej kilka dzieł poświęcał na własną interpretację nieuchronności ludzkiego przemijania. Autorzy dzieł tworzonych od starożytności po czasy nam nieodległe, w których komentują ludzkie odchodzenie z tego świata wykazywali się stosowaną delikatnością w ukazywaniu śmierci. Operując w ramach obowiązujących form estetycznych; tworząc dzieła zrozumiałe i interpretowalne dla potencjalnego odbiorcy, swoje widzenie śmierci i nieuchronności końca ludzkiego żywota prezentowali w formie i treści nienaruszających dobrych obyczajów – wszak byli reprezentantami sztuk pięknych. Nawet jeśli ich dzieła wyobrażały wszelkie okropności wojny, widoki przeprowadzanych egzekucji lub lekcji anatomii, ostatnie chwile na tym łożu padole wielkich tego świata lub całkiem maluczkich – dla odbiorców tych utworów były swoistym *ars moriendi* – tanatopedagogiką – ówczesnych czasów. Obcując z takim dziełem odbiorca chcąc nie chcąc inspirowany był do refleksji nad śmiercią nieuchronnością. Lustrzane neurony w jego mózgu wywoływały empatię dla cierpiących członków rodziny umierającego wyobrazonego na obrazach lub wywoływały lęk i chęć ucieczki, jeśli odbiorca przyglądał się batalistycznym malowidłom. Artyści – twórcy dzieł sztuki – będąc elitą intelektualną społeczeństw, nie tylko kunsztem malarskich lub rzeźbiarskich talentów, ale przede wszystkim kompetencjami kulturowymi, udowadniali w swoich dziełach zdolność wyrażania intuicji przeżywanych przez ogół populacji.

Wiek XX z całym swoim bogactwem historycznych, ekonomicznych, demograficznych, estetycznych, naukowych teorii i praktyk przyniósł przewartościowanie w sferze postaw wobec śmierci. Dwie światowe wojny, rewolucje, totalitaryzmy, obozy koncentracyjne, konflikty na tle religijnym i narodowościowym połączone z coraz większą władzą, jaką nas społeczeństwami osiągnęły media – najpierw tradycyjne, później – elektroniczne, spowodowały zmianę postaw odbiorców informacji – a takimi jest obecnie także sztuka – wobec śmierci. Śmierć jednostki przestała być wydarzeniem eschatycznym. Stała się cyfrą statystyki. Artysta współczesny ma coraz mniej argumentów i sposobów, aby o śmierci kompetentnie dyskutować i efekty tej wewnętrznej dyskusji wyrazić w ciekawym dziele. Pauperyzacja przekazów medialnych, spłaszczenie treści przekazywanych informacji,

schlebianie niewyrobionym gustom – wyrażające się coraz częstszym poruszaniem błahych problemów lub odwoływaniem się do emocjonalnej pornografii przenosi się także na działania artystyczne. Sfera współczesnej estetyki dzieła sztuki albo zaczyna niebezpiecznie krążyć wokół kiczu, albo wpływać na niezmierzone oceany marketingowo inspirowanych strategii artystycznych.

Wydaje się, że od początku XX wieku sztuka ma problem z tożsamością, cierpi na schizofreniczne rozmnożenie jaźni. Pozbawiona ramek realizmu i uwolniona od nakazów pragmatyzmu stwierdza, iż nie ma dla niej żadnych ograniczeń i że w zasadzie może być wszystkim. Upaja się swoją do-wolnością, poszerza pole swojej definicji, już nie tylko nie musi mieć celu (dadaistyczne hasło *l'art pour l'art*), ale nawet obiektu (konceptualne readymades i *found objects*). Jedynym ograniczeniem jest wyobraźnia artysty. I tu pojawia się problem z wyrażaniem stosunku do śmierci w sztukach współczesnych.

Zanim uważniej przyjrzymy się współczesnej artystycznej narracji tanatycznej, wypada z grubsza naszkicować historię śmiertelnego wystawiennictwa. Ważną rolę w tymże odegrał niejaki doktor Philippe Curtuis, który porzuciwszy praktykę lekarską stał się sławnym modelatorem figur z wosku. Pomagała mu niejaka Marie Grossholtz, znana później jako Madame Tussaud. Razem tworzyli popiersia znanych osobistości, zaś znany we Francji kat Sanson dostarczał im głów zgilotynowanych przestępców. Razem również odwiedzali cmentarz Madeleine, aby zdejmować pośmiertne maski z twarzy ofiar rewolucji. Jest pewne, że Grossholtz trzymała w rękach głowy Ludwika XVI i Marii Antoniny. Po śmierci Curtuisa wyjechała do Anglii. Zabrała ze sobą także wszystkie odlewy. Zaś w Londynie, gdzie osiadła – stworzyła niezwykłą ekspozycję, której głównym elementem, oprócz woskowych głów francuskich ofiar rewolucji, była gilotyna – pomniejszony model tej, która obcinała głowy na paryskim placu de Grève. Wszystkie późniejsze gabinety osobliwości, prezentacje archeologicznych wykopalisk, odnalezione szkielety i mumie, przechowywane w słoikach z formaliną aberracje organizmów i tym podobne wystawiennicze atrakcje w prostej drodze prowadzą do cieszących się współcześnie zdumiewającą popularnością wystawy plastynatów Doktora Gunthera Liebchena, znanego jako Gunther von Hagens. Ze sztuką tego rodzaju prezentacje niewiele mają wspólnego. Zaspakajają raczej zawsze obecną w spauperyzowanych warstwach społeczeństwa ochotę na konfrontację z przedmiotami mogącymi wywołać przyjemny dreszczyk podniecenia. Galeria Figur Woskowych – głośna tym, że teraz sławnym jest ten, kogo figura woskowa w niej stanie – galerią sztuki nie jest. Nikt proweniencji u zarania tej „galerii” wystawianych figur obecnie nie przypomina. Dylematy sposobów pozyskiwania ciał do tworzenia plastynatów von Hagensa, czasem podnoszone

przy okazji szeroko reklamowanych prezentacji „Bodyworlds”, szybko są zagłuszane niezwykle atrakcyjnie realizowaną odpowiedzią na potrzebę poznawania cudownej złożoności ludzkiego ciała.

Niebezpieczne zacieranie granicy pomiędzy dziełem sztuki wytworzonym dzięki umiejętnemu korzystaniu z artystycznych talentów a gotowymi produktami rzemieślniczymi, materialnymi przedmiotami powstałymi z potrzeby życiowych codzienności zaanektowanymi w obszar sztuki przez artystów kontestujących XX-wieczny świat, chyba najdrastyczniej wyraża się w obiektach wystawianych w galeriach jako dzieła sztuki dające wyraz stosunku współczesnych artystów do śmierci.

W Polsce ten trend zaczyna również być coraz bardziej przez artystów eksploatowany. W przestrzeni publicznej pojawiają się wystawy afirmujące śmierć wynaturzoną – samobójstwo lub zbrodnie.

Mocne wejście na fotograficzną scenę zapewniła Katarzynie Mirczak seria *Znaki specjalne* zaprezentowana m.in. na Paris Photo w 2010 roku przez londyńskiego galerzystę Erica Francka (Eric Franck Fine Art). Choć *Znaki specjalne* nie były eksponowane w Polsce, to dostrzegła je również rodzima krytyka artystyczna. Jednak dopiero wystawa *et(h)er* prezentowana premierowo w Fundacji Archeologia Fotografii pozwoliła polskiej publiczności zapoznać się z twórczością Katarzyny Mirczak. *et(h)er* składa się z dwóch zasadniczych części. Pierwsza to utrzymana w znanym ze *Znaków specjalnych* rygorze formalnym seria zdjęć *Narzędzia zbrodni*. Druga to instalacja przestrzenna bazująca na prawie dwuletniej kwerendzie i badaniach archiwalnych prowadzonych w Zakładach Medycyny Sądowej w Krakowie i Wrocławiu. Wystawa czynna była od 9 listopada do 10 stycznia 2013. Wystawa przewidziana była jedynie dla widzów pełnoletnich.

Jeśli współczesne, barwne fotografie narzędzi są wariacją na temat klasycznego motywu martwej natury, to z kolei autorska instalacja przywodzi na myśl performatywne działania artystów związanych z Fundacją, którzy w ostatnich dwóch latach w sposób szalenie efektywny zmagali się z procesem „ożywiania archiwów”. W wypadku działań Katarzyny Mirczak, z wykształcenia archeolożki, mamy do czynienia z praktyką archiwum – bynajmniej nie metaforycznie – dotykającego tabu śmierci. *'Eter' to katalog sposobu, ewidencja umierania - mówi artystka. Chciałam to wszystko posegregować, nadać temu numer, oswoić, przylapać na jakiejś powtórce, refrenie. Ale tu się nic nie powtarza. Nie ma reguł. Dziewczyna wychodzi z domu, bierze ze sobą sukienkę babci, wieszka się na niej w lesie. Ktoś nagle umiera na ulicy, jakby po drodze. Eksponowane na wystawie zdjęcia i archiwalia stanowią głos w dyskusji dotyczącej funkcjonowania w kulturze wizualnej obrazów śmierci. Czuję*

odpowiedzialność na wielu poziomach - komentuje kwestie moralne towarzyszące pracy nad wystawą artystka. *Pracuję z dwiema dużymi kolekcjami, fotografie, które pokażą na wystawie to niewielki procent całości, która została podzielona na grupy, według metod klasyfikacji używanych przez medycynę sądową: śmierć z przyczyn naturalnych, rany cięte i klute itd. Do każdego z tych działów, fotografie zostały dobrane takim kluczem, aby jednocześnie posiadały wartość historyczną - np. poprzez metodologię fotografowania - z drugiej strony, żeby razem stanowiły całość, jako zestaw.*” Prezentowane na wystawie et(h)er nowe realizacje Mirczak to kontynuacja, ale także zdecydowane rozszerzenie działań artystki oraz szczególna puenta programu ożywiania archiwów prowadzonego przez Fundację. Zdjęcia wydobyte ze zbiorów Katedr Medycyny Sądowej w Krakowie i we Wrocławiu przedstawiają ofiary samobójstw lub zabójstw. Przedmioty codziennego użytku prezentowane na wystawie posłużyły do zadania sobie lub innym śmierci. Fotografie przestrelonych czaszek, ciał zabitych w wyniku postrzału, powieszonych, porażonych prądem, etc. stanowią dzieło sztuki. Ekspozowane skakanki, fragmenty sukienek, nożyczki, żelazka, noże, ciupagi a nawet krzesła, które posłużyły do odebrania sobie życia wyniesione zostały do rangi wartych podziwiania artefaktów. Wydaje się, że fakt wyeksponowania w galerii tych obiektów miał służyć raczej efektowi niewczesnej fascynacji zbrodnią, pornograficznym odsłanianiem tego, co powinno pozostać ukryte. Jest niczym więcej jak skupianiem się nad tym co marginalne i nienormatywne. Wszak takie archiwa zawierają w sobie właśnie ekstremalne przypadki, kolekcjonują to, co osobliwe. Ich ekspozycja więc sama w sobie wydaje się być patologiczna i chorobliwa. Mimo wszelkiej chęci trudne do obrony wydaje się twierdzenie, że tego rodzaju ekspozowanie obrazów śmierci ma służyć zobrazowaniu napięcia pomiędzy rozumieniem ciała jako naczynia życia a ciałem jako substancją. W prezentowanych obrazach zatarta zostaje wyraźna granica pomiędzy przedmiotem a podmiotem. Człowiekiem a rzeczą.

Czym innym jest jednak wystawa kryminalistycznej profesjonalnej fotografii dokumentującej zadawanie śmierci, czym innym wystawa prac artystów inspirowanych zbrodnią. Zbrodnia właśnie stała się inspiracją wystawienniczych ambicji kuratorów wystawy prezentowanej w 2014 roku w salach Muzeum Sztuki Współczesnej MOCAR w Krakowie. *„Pokazujemy to, co człowiek próbuje ukryć, co jest mroczną stroną jego natury”* - mówi kuratorka wystawy Maria Anna Potocka. *„To już czwarta wystawa poruszająca ważne problemy cywilizacyjne”*. Zbiór prezentowany na wystawie pokazuje jednak nieudolną próbę popularyzacji pozornie atrakcyjnego tematu po linii najmniejszego oporu niż zgłębianiem problemu lub analizą dzieła sztuki. W katalogu wydanym przy okazji wystawy napisano: *„Zbrodnia wyświetla to wszystko, co w człowieku jest fanatyzmem, bezradnością, napięciem,*

poczuciem krzywdy i potrzebą odwetu. Przez nią ujawniają się wszystkie wynaturzenia egzystencji. Zbrodniarz jest człowiekiem społecznie nienormalnym, mimo że przez sąd zostaje uznany za poczytalnego. Nienormalność kulturowa – w przeciwieństwie do biologicznej – jest dla sztuki niezwykle inspirująca, ponieważ stoi za nią deformacja rzeczywistości kształtującej człowieka. Artyści – każdy na swoim polu – walczą z prawdziwymi lub wyimaginowanymi wadami rzeczywistości i wykorzystują je do gier symbolicznych. W zbrodni znajdują skrywane ludzkie skłonności, pomieszanie sprawiedliwości z niesprawiedliwością, eksperymenty na ludzkiej wrażliwości oraz perwersyjną atrakcyjność. W zbrodniarzu odkrywają odrażającego brata, który – podobnie jak oni – daje sobie prawo do działania na własnych prawach.”

Dzieła zebrane na wystawie mają informować o pewnej, niemal niewidzialnej, ale bardzo mocnej linii, jaka łączy akt morderstwa z dowolnym aktem sztuki oraz osobę zabójcy z osobą artysty. Belgijski performer, Danny Devos, przekonuje, że istnieje pewien określony typ psychiczny, do którego należą między innymi artyści oraz zabójcy bez motywu. Podążając za tym stwierdzeniem, Devos zauważa, że obie grupy działają w bardzo podobny sposób, jednakże z różnym skutkiem. Mimo to zarówno działanie morderców, jak i twórców sztuki, można opisać jako: (...) *impuls czy natchnienie, poszukiwanie ofiary lub rozmyślanie nad formą i kolorem, akt zabójstwa bądź tworzenie dzieła sztuki, uspokojenie lub melancholia i wreszcie nieustanne powtarzanie danej czynności, mimo że nie puentuje się ona w żaden sposób.*

Samo zilustrowanie tematu zbrodni u artystów jest zróżnicowane, zależne od epoki czy własnego charakteru. Wystawa pokazuje różnorodne możliwości tematyczne, symboliczne i krytyczne, jakie zbrodnia przed artystą otwiera. I tak:

Mac Adams sugeruje, że za każdą sytuacją potrafimy dojrzeć coś zbrodniczego, że jesteśmy podświadomymi detektywami.

Kjersti Andvig unieważnia zbrodnię. Podstawą oceny drugiego człowieka jest wyłącznie jego wartość aktualna; zdarzenia z przeszłości nie mają znaczenia.

Virginie Barré „bawi się” tajemniczością zbrodni. Pokazuje skutek jakiegoś dramatycznego zdarzenia, którego jednak nie można się domyślić. Krajobraz po zbrodni nie zdradza swojej historii.

Jan van Bijlert przeistacza zbrodnię moralną w sielankę.

Piotr Blamowski przedstawia zbrodnię w jej realizmie fizycznym i psychicznym. Ofiara cierpi i się boi, oprawca bezwstydnie pokazuje swoją przewagę i potrzebę władzy.

Małgorzata Blamowska spojrzała w oczy krowy oczekującej na śmierć, oskarżając tym obrazem ludzkość o zbrodnię zwierzobójstwa.

Christian Boltanski przegląda niepodpisane zdjęcia z czasopisma detektywistycznego i próbuje przypomnieć sobie, kto był ofiarą, a kto mordercą. Niestety, okazuje się to niemożliwe.

Rafał Bujnowski tworzy przejmująco realistyczną serię portretów podpalaczy, których twarze oświetlone są pożarem, który wzniecili.

Jake i Dinos Chapman przedstawiają – w sposób ostentacyjnie pozbawiony szacunku – kilka tragicznych śmierci ze świata sztuki.

Larry Clark dokumentuje zbrodnię podwójną. Z jednej strony polega ona na zaniedbaniu społecznym i braku ostrzeżeń przed narkotykami. Z drugiej jest samozniszczeniem.

Hubert Czerepok nakłada na siebie rysunkowe portrety seryjnych morderców. Uzyskuje abstrakcyjne zagmatwanie, przynależne czemuś bardziej rozległemu niż pojedynczy człowiek.

Danny Devos znajduje w mordercy seryjnym determinację twórczą, dążenie „po trupach” do zaspokojenia fantazji i frustracji. I tym samym porównuje go z artystą.

Robert Devrient maluje fragmenty zbrodniczych zdarzeń, których na podstawie tych obrazków nie można odtworzyć. Poszatkowana pamięć otwiera różne warianty „prawdy”.

Grzegorz Drozd analizuje wizualną komunikację więźniów. Bada również ich poczucie więzi ze światem, od którego zostali odcięci.

Generic Art Solution nawiązuje do dawnego malarstwa i znajduje w nim pozycje, jakie przyjmuje skazaniec na krześle elektrycznym.

Marian Henel urealnia swoje lubieżne i niebezpieczne fantazje w tkanych obrazach, zamieniając tym samym potencjalną krzywdę na atrakcyjną perwersję.

Debora Hirsch rozmywa twarze przestępców. Odmawia im indywidualności i ludzkich cech.

Justyna Koeke poddaje się cudzej agresji, aby pozbyć się dziecięcej naiwności.

Szymon Kobylarz bada wpływy wynikające z kontekstów. Interesują go manipulacje, jakim podlegają policjanci, interesują go inspiracje, jakie może kryć w sobie więzienie.

Ignas Krunglevičius przygląda się zbrodni od strony psychologii. Analizuje podstępny psychologizujący funkcjonariuszy oraz uczucia i refleksje skazanych.

Robert Kuśmirowski „podrabia” dokumenty i fotografie policyjne, grając ironicznie z „prawdą” dowodu.

Lars Laumann przygląda się mordercy w sposób, który pozwala widzieć w nim tylko w pełni wartościowego człowieka.

Zbigniew Libera proponuje stawianie seryjnym mordercom ostrzegawczych nagrobków.

Teresa Margolles przenosi do sztuki ślady i zapachy śmierci, gwałcąc wrażliwość odbiorcy.

Jan Matejko zderza spojrzenie ofiary ze wzrokiem kata. Bezradność przeciwstawia bezwzględności.

Bartek Materka ukazuje zbrodnię przeciwko samemu sobie rozwleczoną na hektolitry alkoholu.

Andrzej Mleczko obserwuje pomieszanie codzienności z przestępczością, które pierwszą brudzi, a drugą usprawiedliwia.

Dorota Nieznalska przenika skomplikowaną opresywność gwałtu seksualnego: czyn, przesłuchanie, pamięć.

Anna Orlikowska odtwarza dokumenty z miejsc zbrodni dokonanych przed laty pokazując, jak przekazywanie opowieści tłumi wyobrażenia.

Olivier Pietsch analizuje mechanizm zbrodni od strony psychologicznej i fizycznej.

Agnieszka Polska pokazuje, jak kontekst polityczny potrafi zmienić obrońców w przestępców.

Andres Serrano fotografuje ciała zamordowanych w sposób tak wyrafinowany i estetyczny, że znika szok, a pozostaje dramatyzm.

Taryn Simon przeprowadza wywiady z osobami niewinnie skazanymi za morderstwa, pokazując przestępstwa dokonane przez wymiar sprawiedliwości.

Mladen Stilinović sugeruje, że za wszystkim, co ma dla nas znaczenie, kryje się krzywda i ból.

Daniel Spoerri tworzy serię asamblaży, w których fotografia zamordowanego człowieka zostaje uwiarygodniona i spotworniona przedmiotami pasującymi do zbrodni.

Beat Streuli pokazuje, że uprzedzenia są zbrodnią.

Alejandro Vidal poddaje gesty zbrodnicze operacjom ekspresyjno-estetycznym.

Andy Warhol sprzeciwia się zbrodni, nawet tej na pozór uzasadnionej. Jego krzesło elektryczne stało się symbolem brutalności i samotności śmierci.

Ryszard Waśko wykorzystuje triki dziennikarskie, aby uwiarygodnić wymyślone przez siebie zbrodnie.

Franciszek Żmurko wykorzystuje nagie ciało zamordowanej kobiety do gry kompozycyjno-estetycznej, silnie zabarwionej erotyzmem.

Oglądając taką wystawę konfrontujemy się z różnymi, niezwykle trudnymi uczuciami.

Pojawia się wstręt, niepokój, bunt, złość, niezgoda, żal, współczucie, bezradność... Może nie jest to najlepsza reklama na spędzenie wolnego czasu. Ma być to swoisty trening, warsztat, który pomaga nam układać w sobie te trudne aspekty człowieczeństwa. Za pomocą sztuki dzieje się to w sposób nielogiczny, bardziej emocjonalny, zmysłowy. Bo marzenia o tym, żeby nie istniała agresja są nierealne. Szybko jednak w natłoku prac „zbrodnia” staje się banalna. Wystawa zamienia się w horror klasy C, który zamiast straszyć, śmieszy, ale też szybko nudzi. Przeszkadza miszmasz stylów i postaw.

Doktor Bogusław Habrat, kierownik Zespołu Profilaktyki i Leczenia Uzależnień Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, dzieli twórców sztuki na kilka grup. Według doktora Habrata pierwszą stanowią artyści, których sztuka niosła pewien konkretny przekaz, taki jak ostrzeżenie przed Sądem Ostatecznym lub najeźdźcami z wrogiego kraju. Dzieła takich twórców wielokrotnie raziły brutalnymi scenami właśnie ze względu na przestrożę, jaką ze sobą niosły. Do innej grupy doktor Habrat zalicza twórców chorych psychicznie. Zauważa on, że liczne zaburzenia psychiczne są u artystów częstsze, niż w reszcie populacji. Kolejną grupę tworzą artyści, którzy dopuścili się licznych przestępstw, ale ze względu na chorobę psychiczną nie zostały skazane na więzienie, lecz odizolowane w szpitalu psychiatrycznym. Ostatnią grupę stanowią osoby skazane za poważne zbrodnie, a swoją aktywność twórczą zaczęły wykazywać w więzieniach.

Czy artyści reprezentowani na tej wystawie, stanowiąc odzwierciedlenie kategorii przywołanych przez Habrata, mogą w swoich intencjonalnych działaniach opowiedzieć choć część prawdy o zbrodni i będącej jej efektem śmierci? Czy heroiczni zbrodniarze uwiecznieni w pokazywanych dziełach są rzeczywiście istotnym tematem dla potencjalnego odbiorcy? Czy ich zbrodnicze działanie – wprawiające ofiarę w semantyczny ruch – jej dosłowne naznaczenie, czyniące zabójcę znaczącym, a raczej posiadaczem znaczenia, a ofiarę czyniącym niemym naznaczonym jest wartością konieczną do uwiecznienia w dziele sztuki? Czy akt działania zbrodniarza, jako odrzuconego brata twórcy jest procesem precyzyjnie opisującym problem zbrodni? Jeśli współczesna nauka ma ogromne problemy ze zdefiniowaniem aberracji i umieszczenia jej w strukturze zachowań społecznych, to czyż współczesne działania artystyczne powinny konstituować działania sprzeczne z normami jako warte dyskusji i refleksji.

Dlaczego wątki związane ze zbrodnią, agresją i przemocą jawią się jako atrakcyjne dla twórców, jaki i dla odbiorców? Czy teoria sublimacji popędów – seksualnego i agresji – nie jest zbyt powierzchownym opisywaniem metody na nieświadome realizowanie nieakceptowalnych impulsów w bezpieczny społecznie i akceptowalny społecznie sposób?

Freud działania artystyczne i badania intelektualne postrzegał jako główne działania sublimacyjne. Ani sztuka, ani teorie naukowe nie zredukowały jednak obecnego w każdym człowieku popędu. Osoby dokonujące aktów zbrodni nie wydają się, niestety, być stałymi bywalcami galerii wystawowych, ani szczególnie wnikliwymi czytelnikami naukowych analiz. Normatywny system kulturowy, który posiadają ludzie znajdujący satysfakcję z obcowania z dziełami sztuki lub prowadzący badania naukowe, skuteczniej redukuje popędy niż przejawy ich aktywności estetycznej lub intelektualnej. Coraz częstsze próby afirmowania społecznych odchyżeń w formie artystycznych przejawów działalności człowieka czynią niebezpieczne precedensy naruszania obowiązujących norm moralnych i estetycznych. Świat współczesny kreuje idoli o podejrzanej proveniencji. Ludzie sztuki, którym powierzyliśmy depozyt kulturowych wzorców, coraz częściej w makabrze eksploatowanej na własnych prawach upatrują nowe kanony dobra i piękna.

Piśmiennictwo

1. Binkul A.: Czy „Zbrodnia w sztuce” jest potrzebna? [www:http://www.osrodekpsychoterapii.org/news/det/123](http://www.osrodekpsychoterapii.org/news/det/123), data pobrania 24.10.2014.
2. Carroll N.: Dlaczego horror? [w:] Zbrodnia w sztuce. Muzeum Sztuki Współczesnej MOCAK, Kraków 2014. 8-10.
3. Cembrzyńska P.: Martwy przedmiot fotografii. Woskowane ciała. Kultura współczesna, 2014, 2, 69-81.
4. Fiołek D.: „Nikt nie jest niewinny” czyli sztuka i okrucieństwo zbrodni. <http://educover.pl/czasopismo/nikt-niewinny-sztuka-okrucienstwa-zbrodni/2/>, data pobrania 24.10.2014.
5. Habrat B.: Psychiatria, kreatywność i zbrodnie. [w:] Zbrodnia w sztuce. Muzeum Sztuki Współczesnej MOCAK, Kraków 2014, 66-78.
6. Hołyst B.: Zbrodnia w świetle psychologii kryminalistycznej. [w:] Zbrodnia w sztuce. Muzeum Sztuki Współczesnej MOCAK, Kraków 2014, 12-20.
7. Kuc M.: Artysta igra ze śmiercią. [www: http://www.rp.pl /artykul/1111077.html](http://www.rp.pl /artykul/1111077.html)., data pobrania 24.10.2014.
8. Mirczak K.: et(h)er. Fundacja Archeologia Fotografii. Warszawa, 2012.
9. Płaczek M. Seryjni zabójcy i herosi. Paradoksalna tożsamość. Mocak forum, 2014 ,8, 10-19.
10. Potocka M.A.: Człowiek ujawnia się w skrajnościach [w:] Zbrodnia w sztuce. Muzeum Sztuki Współczesnej MOCAK, Kraków 2014, 80-90.

11. Sienkiewicz K.: Zbrodnia roku. www: <http://www.dwutygodnik.com/artykul/5341-zbrodnia-roku.html>, data pobrania 24.10.2014.
12. Tomaszewska A.: Sztuka współczesna i jej strategie, czyli o co chodzi tym artystom. [www:http://gaata.pl/sztuka-wspolczesna-i-jej-strategie-czyli-o-co-chodzi-tym-artystom/](http://gaata.pl/sztuka-wspolczesna-i-jej-strategie-czyli-o-co-chodzi-tym-artystom/), data pobrania 24.10.2014.
13. Wilson C.: Krótka historia zbrodni na tle seksualnym [w:] Zbrodnia w sztuce. Muzeum Sztuki Współczesnej MOCAK, Kraków 2014, 22-64.

Żurawski Jacek A.

**Relacjonowanie wydarzeń tragicznych przez dziennikarzy.
Aspekty prawne i etyczne**

TVP SA/Spółeczna Akademia Nauk w Warszawie

*Do tego, żeby uprawiać dziennikarstwo,
przede wszystkim trzeba być dobrym człowiekiem. (...)
Jedynie dobry usiłuje zrozumieć innych, ich intencje,
ich wiarę, ich zainteresowania, ich trudności, ich tragedie.
Ryszard Kapuściński*

Codziennie jesteśmy wręcz atakowani przez media relacjami z wojen, katastrof, miejsc ataków terrorystycznych. Ostatnio dochodzą do tego informacje o egzekucjach dokonywanych przez terrorystów z Państwa Islamskiego. Ilość tych wiadomości rośnie w sposób lawinowy. Do tego dochodzą zdjęcia zamieszczane w tabloidach. Coraz częściej śmierć staje się stałym fragmentem serwisów informacyjnych. Śmierć w różnych wymiarach – od mordu na kijowskim Majdanie po sensacyjne doniesienia o samobójstwach, czy też morderstwach, którymi epatują nas tabloidy. Niestety także prasa, którą tabloidowa nie jest pokazuje zdjęcia zwłok ofiar wypadków lotniczych i drogowych, a także dostarcza swoim czytelnikom obrazy z wykonywanych wyroków śmierci przez terrorystów czy fanatyków religijnych. W Internecie powstają specjalne serwisy, na których można znaleźć zdjęcia zwłok jakby wyjęte z podręczników medycyny sądowej. Można postawić pytanie, czy to odbiorcy chcą je oglądać, czy też media (co przy obecnych możliwościach technicznych jest dość łatwe) stworzyły zapotrzebowanie na tego treści. Już nie trzeba iść do kina, aby obejrzeć horror. Dziś tę rolę przejęły prasa, telewizja i Internet. Postaram się w tym tekście wyjaśnić to zjawisko z punktu obowiązujących przepisów prawnych, a także norm etycznych obowiązujących w zawodzie dziennikarskim. Norm, które – co stwierdzam z prawdziwym żalem zarówno jako pracownik telewizji publicznej, jak i wykładowca w Instytucie Dziennikarstwa – odchodzą w zapomnienie. To, co jeszcze kilka lat temu bulwersowało środowisko dziennikarskie i było powodem krytyki przez stowarzyszenia dziennikarskie (niezależnie od poglądów reprezentowanych przez ich członków) obecnie staje się medialną codziennością, na którą nikt nie zwraca już uwagi.

Będę chciał zacząć jednak od krótkiego rysu historycznego, który pokarze nam, w jaki sposób zaspakajano ciekawość ludzi w sprawach dotyczących śmierci.

Trochę historii – śmierć w książce i prasie XV – XX wiek

Stwierdzenie, że śmierć zawsze fascynowała ludzi jest niewątpliwie truizmem. Jednak w tradycji europejskiej wykonywanie publicznych egzekucji było także – oprócz odstraszenia przed popełnianiem przestępstw różnego rodzaju – formą rozrywki. I to rozrywki dla wszystkich stanów, od miejskiej biedoty po stan szlachecki. Jak napisał Jan Stanisław Bystron *„egzekucja była publiczna, z wielką asystencją władz, duchowieństwa i wielkiego tłumu ciekawych; bywało, że i szkoły zwalniano od nauki, aby uczniom demonstrować odstraszący przykład* [1]. Trzeba tu zaznaczyć, że widzowie nie odchodzili nieusatisfakcjonowani, gdyż egzekucja miała charakter formalny, musiała być wykonana do końca. Nawet jeżeli skazany zmarł w jej trakcie np. w wyniku tortur, wszystkie przewidziane wyrokiem czynności wykonywano już na jego zwłokach.

Kara śmierci była w średniowieczu dość popularna w myśl zasady „oko za oko”. J. St. Bystron trafnie zauważył, że *„ścinano skazanych za mężobójstwo, za zgwałcenie, za zbrodnie polityczne. Kto mieczem na życie czyje nastawał winien od miecza śmierć ponieść. (...) Ścinanie uchodziło za karę łagodną wobec np. ćwiartowania czy palenia, stąd też sądy w drodze łaski przyznawały czasem karę ścięcia. Tak np. skazanym na ćwiartowanie Żydom, o ile oświadczyli gotowość przejścia przed śmiercią chrztu, przyznawano w drodze łaski ścięcie”* [1].

W średniowiecznych iluminowanych rękopisach znajdujemy miniatury pokazujące różne formy wykonywania kary śmierci. W *Les Grandes Chroniques France* (ok. 1385 roku) pięknie iluminowanym manuskrypcie poświęconym dziejom Francji, znajdujemy niemało miniatur pokazujących różne formy wykonywania wyroków śmierci przez ścięcie, spalenie na stosie czy też powieszenie. O karach śmierci pisali także polscy kronikarze. Np. w *Kronice X. Krzysztofa Zelnera masyonarza Kościoła Najświętszej Panny Maryi* z przełomu XVI i XVII wieku znajdujemy m.in. następujący opis *„towarzysz zabił panią swoją i dziecię i 2. dziewczę na Kazimierzu; poymano go i do słupa przywiązawszy pieczono go aż zgorzał”* [2]. Również w piśmiennictwie prawniczym znajdujemy opisy różnych sposobów wykonywania egzekucji, czy też przesłuchiwanie podejrzanych przy użyciu tortur. Jeden z ojców polskiego prawa Bartłomiej Groicki w swoich *Artykułach prawa magdeburskiego* (1599) zwracał uwagę, że męka powinna być miarkowana. Jednak już po przesłuchaniu i zdobyciu dowodów winy katalog kar opisanych przez Groickiego był bardzo duży. Przykładem niech będzie opis kary za dokonanie aborcji. *„Białogłowa (...) ta według obyczaju ma żywo być zakopana a palem*

przebita. Wszakóż przestrzegając tego, żeby druga za srogością takowego skarania w desperację nie przyszła, może być utopiona. Ale gdyby takowy okrutny uczynek w której ziemi albo w mieście przygadzał się często, dla większego strachu i przykładu drugim złym białogłowom mają być według wyższej opisanego obyczaju karany albo takowa białogłowa pierwszej niżliby ją topiono, ma w ogniu rozpalonymi kleszczami być targana według nauki a ludzi w prawie biegłych” [3]. Równie surowo karano morderców „Ten, który z rozmysłem umyślnie zabija człowieka ma w koło wplecion być. Kto zabije z gniewu albo z ukwapliwości, a nie ma żadnej innej wymówki, ma ścięt być. A gdzieby kto zaczął jaką osobę albo też bliskiego jakiego przyjaciela a krewnego swego, takowemu ma być przydane męki i utrapienia targaniem kleszczami rozpalonymi, albo koźmi włóceniem, żeby srogością takowego skarania drudzy się karali, po tym drudzy nie śmieli się takich złych rzeczy ważyć” [3].

Pierwsze relacje z egzekucji pisane dostępne szerszej publiczności znajdujemy w literaturze pięknej. Należy pamiętać, że nawet drukowane książki (o manuskryptach nie wspominając) były dobrem luksusowym. Jednak literatura piękna była łatwiej dostępna od dzieł prawniczych czy historycznych. Sebastian Fabian Klonowic w swoim rymowanym traktacie prawniczym z 1600 roku „*Worek Judaszów to jest złe nabycie majątności*” przedstawił czytelnikom informacje również o torturowaniu pojmanego złoczyńcy:

*Gdzie już każą mistrzowi pytać, nie folgować,
Mówiąc: powiadaj prawdę, a nie daj się psować.
Który już tu zażywa katowskiego prawa,
A już niemiłosierna zacznie się tu sprawa.
Złoczyńcę nieboraka wyciągną na szróbie,
A on woła żałościwie na straszliwej próbie:
Powiem, powiem! pofolguj ! Więc i powie drugi;
A niektórzy wytrwają mękę przez czas długi.
Wyciągną go jak stronę, wywrócą łopatki,
A on plecie i swoje i cudze niestatki.
Drugi zęby ścisnąwszy cierpi boleść mężnie,
Choć go nielitościwy ciągnie mistrz potężnie.
A jeżeli tak nie mogą prawdy się domacać,
Muszą się już do innych sposobów obracać.
Gdy tak złoczyńca będzie cierpliwym w tym boju,
Już tu musi do ognia, już musi do loju.
Już pójdą według prawa, z wójtowskich wyroków,*

Prawdy się wywiadując, z świecami do boków.

Już tu inszą zaśpiewa, powie gdzie, co, komu,

Kiedy, a wiele umknął w mieszk, w gumnie, w domu,

W polu, w sadzie, w ogrodzie, w chlewie i w oborze,

W tasu, w sklepie, w stodole, w szpiżarni, w komorze;

Z tymże go testamentem do sądu przywiodą

Nazajutrz, wykolą mu oczy cudzą szkodą;

A jeżeli się będzie przął, znowu do ciemnice,

Tam już musi powiedzieć wszystkie tajemnice

Kiedy mu zastrupione urazy odnowią:

Jak stawy naruszone, tak boleść ogniową.

Będzie męczon tak długo, aż jednako powie, (...) [4]

Opisowi tortur towarzyszył opis egzekucji przez powieszenie:

Wyprowadzę go naprzód w przeźrocyste pole,

Zawieszę go na onym wysokim ślemieniu,

Aby więcej nie szkodził ludzkiemu plemieniu,

Między niebem i ziemią, gdzie go ptak przeleci

I podleci, karzże się i drugi i trzeci.

Tak mówi mistrz. A sędzia dekretem nakaze:

Małodobry, skarz go tam, jako prawo kaze, (...) [4].

Wszyscy znamy sienkiewiczowski opis wbijania Azji Tuchajbejowicza na pal w „Panu Wołodyjowskim”. Kara ta była znana już od stuleci. Na reliefach Państwa Nowoasyryjskiego (IX – VII w p.n.e.) [5] znajdujemy sceny palowania Żydów, a do historii kultury popularnej trafił Gospodar Wołoski Wład III Palownik (1431 – 1476) znany obecnie jako Drakula. Opisy nabijania na pal znajdujemy również w polskiej literaturze pamiętnikarskiej. Jędrzej Kitowicz pozostawił nam wręcz relację z palowania „komendanci polscy, wielu dostali żywcem hajdamaków, żadnego nie pardonowali, lecz zaraz na placu albo wieszali na gałęziach, albo jeżeli mieli czas, żywcem na pal wbijali; która egzekucja takim szła sposobem: obnażonego hajdamakę położyli na ziemi na brzuch; mistrz albo który chłop sprawny do egzekucji użyty naciął mu toporkiem kupra, zacierany pal ostro z jednego końca wetchnął w tę jamę, którą gnój wychodzi z człowieka, założył do nóg parę wołów w jarzmie i tak z wolna wciągał hajdamakę na pal rychtując go, aby szedł prosto. Zasadziwszy hajdamaka na pal, a czasem i dwóch na jeden, kiedy było wiele osób do egzekucji, a mało palów, podnosili pal do góry i wkopywali w ziemię. Jeżeli pal wyszedł prosto głową lub karkiem, hajdamak prędko skonał;

lecz jeżeli wyszedł ramieniem albo bokiem, żył na palu do dnia trzeciego, czasem wołał horyłki, to jest gorzałki, i pił podaną sobie. To tak okrutne morderstwo bynajmniej hajdamaków nie uśmierzało; mieli sobie za jakiś heroizm skonać na palu. Kiedy się w kompanii przy gorzałce jeden z drugim kamracił, życzył mu: „Szczoby ty ze mnoju na jednym palu strytył”, to jest: „Bogdajbyś ze mną na jednym palu sterczał.” Bywali drudzy tak zatwardziałego serca, że miasto jęczenia w bólu wołali na dyrygującego zaciąganiem na pal: „Krywo idet, punc mistru”, jakby bólu żadnego nie czuł albo jakby go tylko kto w ciasny bot obuwał” [6]. Ta okrutna kara przetrwała w Europie do XX wieku, kiedy to w 1946 roku w Jugosławii stracono w ten sposób węgierskiego gen. Ferenza Szombathelyi, który był odpowiedzialny za masakrę ludności cywilnej w Nowym Sadzie w 1942 roku. Była to ostatnia egzekucja przeprowadzona w ten sposób w sposób urzędowy [5]. Władze Jugosławii nigdy nie przyznały się do tego zdarzenia, ale też nie potwierdziły, że gen. F. Szombathelyi został zgodnie z wyrokiem rozstrzelany.

Śmierć na łamach prasy popularnej w XIX – XX wieku

Ja widzimy już tylko na tych przykładach, w sztuce dość często zajmowano się tematem śmierci. Jednak dopiero pojawienie się gazet spowodowało dostęp szerszej publiczności do informacji. Gazety, oprócz przekazywania wiadomości krajowych i zagranicznych, nie stroniły od zamieszczania opisów egzekucji i tortur, na które byli skazywani przestępcy. „Gazeta Warszawska” w 1779 roku doniosła swoim czytelnikom o finale morderstwa popełnionego na gen. wojsk koronnych baronie Bernardzie Puszet. Został on zamordowany z pobudek finansowych przez swojego kamerdynera i jednego ze strzelców. Przed sądem oprócz morderców stanął chłopiec, który pilnował drzwi podczas owej zbrodni. Jak donosił dziennikarz „Gazety Warszawskiej” „*pod pretekstem matki chorej od pana przez swego brata wyprowadzony, o niczem nie wiedział, aż w borku Bielańskim o tym zabójstwie od nich usłyszał – część jednak pieniędzy od nich przyjął, z krzaków owych po żywność z chłopcem do karczmy dla kamerdynera i strzelca chodził i gdy był wzięty już w areszt, monetę tylko zwrócił, a czerwonych złotych trzydzieści siedem w chustce na szyi zataił*” [7]. Schwytni mordercy zostali skazani na karę śmierci poprzedzoną torturami. W tej samej gazecie zamieszczono opis egzekucji „*na wysokim theatrum na Krakowskim Przedmieściu wystawionym i liczny żołnierzem opasany, w przytomności mnogiego ludu, kamerdynerowi i strzelcowi naprzód prawe ręce ucięto, a potem głowy ścięto, a po ścięciu ćwiartowano, te zaś ćwierci na palach przy traktach publicznych wisieć mają z tym przy każdej z napisem „Za zabicie pana swego”. Chłopiec (w młodych jeszcze latach oświecenia zupełnego rozumu stanowić niemogących) dla patrzenia na egzekucje swych kolegów na plac*

był przyprowadzony i nazad do więzienia zaprowadzony, ma tam być trzymany i do pracy zażywany przez lat dwadzieścia cztery, nadto jeszcze co kwartał plagami po różg pięćdziesiąt przed więzieniem karany” [7].

Początkowo w Polsce gazety stanowiły dość elitarnie źródło informacji (w grę wchodziła cena, niskie nakłady, a także umiejętność czytania). Przełom nastąpił na początku XIX wieku, kiedy to redaktor i wydawca prasy warszawskiej Bruno Kiciński zauważył, że Warszawa po 1815 bardzo szybko się rozwija, na co wskazywał choćby wzrost liczby mieszkańców z 60 000 w 1800 roku do 100 000 zaledwie dwadzieścia lat później. Postanowił on wydawać pismo popularne, które będzie czytane przez wszystkich. Jak napisano w prospekcie „Kuriera Warszawskiego”, bo taki tytuł nosiła gazeta, w grudniu 1820 roku *„dogodność publiczności obrawszy sobie za cel, postanowił nie mieszać nigdy nauki, nie udzielać nigdy zdania swego, ale tylko o to starać się będzie, ażeby umieszczać jak najwięcej nowości, opisywać zdarzenia proste i bez żadnego postrzeżenia”*[8]. Gazeta rozwijała się bardzo szybko, osiągając w 1830 roku jednorazowy nakład ok. 2000 egzemplarzy (zaczynała w 1821 roku od 600 egzemplarzy) [9]. Jak prof. Jerzy Łojek napisał, że było *„popularne pismo masowe, nastawione na czytelnika niezamożnego i stosunkowo mało wymagającego”* [10]. Już kilka lat po ukazaniu się pierwszego numeru w 1825 roku Franciszek Ksawery Godebski pisał, że *„nierządką jest rzeczą widzieć dzisiaj wyrobnika nawet czytającego kurierka, bo niska cena szczegółowego numerka i mała objętość dogadza zarówno finansowości, a podobno i gnuśności mieszkańca”* [10]. Historyk Warszawy Franciszek Maksymilian Sobieszczański również zwrócił uwagę na krąg odbiorców gazety *„Prędko po swoim ukazaniu się od wszystkich został lub chciał być czytany (...) ciekawość i w najuboższych klasach ludu do możliwości tego pisemka wabiła. Sam widziałem żebraków z zapalem sylabizujących jego kartki, woźnice i przekupki czytających kurierka”* [10].

Takie były początki pierwszej popularnej gazety na ziemiach polskich, która ukazywała się nieprzerwanie do 1939 roku. Jak zaznaczyłem, była to gazeta popularna skierowana do szerokiego kręgu odbiorców. Nie stroniła ona od opisów przestępstw popełnianych w Warszawie i od relacji z wykonywanych jeszcze na początku XIX wieku publicznych egzekucji. W 1821 została wykonana egzekucja na czteroosobowej bandzie rabunkowej. Jak donosił dziennikarz *„głowy wszystkich czterech lotrów najzręczniejsz sprzątnięte zostały”*. Szczególną uwagę dziennikarza zwrócił Józef Szwarz, który *„najmniej okazał skruchy, patrzył z flegmą na zgon swego kolegi Lewandowskiego, a gdy widział zręcznie ściętą jego głowę, rzekł: Tęgi chwyt pan mistrz, gracko się popisał. Stoją pod pręgierzem przez całą godzinę rozmawiał o potocznych rzeczach, urągał na swego towarzysza Żyda już prawie*

umarłego, zjadł kilkanaście gruszek, pił chciwie piwo i gdy już go prowadzono na szafot, dokończył butelki z upragnieniem” [7].

„Kurier Warszawski” był pierwszą gazetą popularną, nie można go było jednak zaliczyć do gazet sensacyjnych (tzw. *yellow press*). Te pojawiły się dopiero w drugiej połowie XIX wieku, za ich twórcę uznać można Józefa Pulitzera, który kupił w 1883 roku dziennik „The World”. Po raz pierwszy wypełnił gazetę doniesieniami sensacyjnymi, informacjami o zbrodniach i skandalach, drukował w odcinkach komiksy oraz powieści w odcinkach. Przywiązywał ogromną wagę do treści stosując zasadę „*nie drukuj niczego, czego twoja służąca nie może zrozumieć*” [11].

Pulitzera przebił William Randolph Hearst, twórca m.in. „The New York Morning Journal”, który wyznał „*życie prywatne czy towarzyskie, jeśli mogło być sensacją dla dziennika, było bez najmniejszego skrupułu obnażane i wystawiane na widok publiczny: żadna tajemnica ani sypialni prywatnej, ani gabinetu ministerialnego*” [11].

Na rozwój prasy sensacyjnej miały też wpływ głośne sprawy kryminalne końca XIX wieku, z których najgłośniejszą była historia Kuby Rozpruwacza, seryjnego mordercy działającego w Londynie od 3 kwietnia 1888 do 13 lutego 1891 roku. Tania prasa wydawana w Londynie od połowy XIX wieku znalazła idealną pożywkę. Wydawcy i dziennikarze poczuli krew. Odrażające zbrodnie były opisywane ze szczegółami „*biedna kobieta leżała na plecach, na łóżku całkowicie naga. Jej gardło było podcięte od ucha do ucha i aż do kręgosłupa, uszy i nos zostały wycięte. Piersi zostały również czysto wycięte i umieszczone na stoliku który był z boku łóżka. Żołądek i brzuch były rozprute, podczas gdy twarz została obniżona, tak że to biedne stworzenie było nie do rozpoznania. Nerki i serce zostały również usunięte z ciała i umieszczone na stole.... Dolne części ciała i macica zostały wycięte i wydaje się że ich brakuje*: [12].

Oprócz opisu zbrodni nie zanikła tradycja relacjonowania publicznych egzekucji. 14 sierpnia 1936 roku odbyła się egzekucja Raineya Bethei oskarżonego o gwałt i morderstwo. Egzekucja zgromadziła 20 000 widzów. Ponieważ katem miała być kobieta, egzekucja wzbudziła ogromne zainteresowanie mediów. Swoich reporterów przysłały redakcje gazet z całego kraju. Część dziennikarzy przyleciała samolotami. „The Chicago Times” przysłało specjalny wóz wyposażony między innymi w telefoto. Agencja Associated Press i gazety z Louisville przygotowały most powietrzny dla swoich fotoreporterów. Fotografowie wierzyli, że uwiecznią historyczną chwilę - pierwszą w historii USA egzekucję przez powieszenie wykonaną przez kobietę (Szczegółowo opisano całą sprawę w artykule 20 tysięczny piknik na publicznej egzekucji) [13].

Podobne egzekucje relacjonowane przez prasę odbywały się po zakończeniu II wojny światowej. Najbardziej znana jest egzekucja 11 członków (w tym pięciu kobiet) załogi KL Stuthoff, która miała miejsce 4 lipca 1946 roku na wzgórzu Stolzenberg. Informacja o dacie i godzinie egzekucji została podana w „Dzienniku Bałtyckim”. Historyk dr hab. Marcin Zaremba badacz dziejów najnowszych w ten sposób opisał to wydarzenie *„W zakładach i instytucjach skrócono godziny pracy, niektóre przedsiębiorstwa same zorganizowały swoim pracownikom transport. Szacunki mówiące, że przybyło około 50 tys. osób wydają się przesadzone, na pewno część widzów stanowiły kobiety z dziećmi. Początkowo panowała atmosfera pikniku. Był ciepły letni dzień, sprzedawano piwo. Przed godziną 17 na miejsce stracenia wjechało 11 ciężarówek w otoczeniu konwojentów i katów, w tym jednej kobiety przebranych w obozowe pasiaki z numerami. (...) Ciężarówki, których podesty wykorzystano jako zapadnie, stanęły pod szubienicami. Po przeczytaniu sentencji wyroku przez prokuratora na jego znak ciężarówki ruszyły... „Tłum zafalował. Tu i ówdzie wyciągały się kobiece ręce: - za mężów, za dzieci” – relacjonował zdarzenie reporter „Dziennika Bałtyckiego”. (...) Ze szczegółami opisały egzekucję m.in. „Ilustrowany Kurier Polski” i „Express Wieczorny”. W „Przekroju” ukazał się reportaż zdjęciowy” [14].*

Ostatnia publiczna egzekucja odbyła się 21 lipca 1946 roku, kiedy stracono na stokach Cytadeli namiestnika Kraju Warty Arthura Greisera. Szczegółowej analizie relacji prasowych z tego wydarzenia dokonał M. Przybylski [15] „Głos Wielkopolski” w ten sposób relacjonował to wydarzenie *„Piękny lipcowy poranek. Tłumy ludzi płyną ulicami miasta w kierunku Cytadeli. (...) Zgromadzona masa uświadamia sobie, że nie przyszła tu po to, aby uczestniczyć w jakimś makabrycznym widowisku, lecz, że powołana została na naocznego świadka w akcie wymiaru sprawiedliwości. (...) Kat ubrany jest we frak i białą kamizelkę, na głowie ma granatowy beret, ręce w białych rękawiczkach (...) Twarz kata i jego pomocnika przesłonięte są czarnymi maskami” [16]. Z kolei reporter Polskiego Radia informował słuchaczy *„W tej chwili pod Cytadelę podjechała karetka więzienna z oskarżonym Greiserem. Jest bardzo spokojny i blady. W tej chwili oficer władz bezpieczeństwa zawiązuje mu czarną opaskę. Przed chwilą przyjechał prokurator sądu specjalnego i dwóch katów. Kat zbadał szubienicę. Obydwaj ubrani są we fraki, białe rękawiczki i czarne nakrycia twarzy, cos w rodzaju maski. W tej chwili zbliża się do nas Greiser w asyście władz bezpieczeństwa, którzy prowadzą go pod rękę. Wydaje się bardzo załamany, nerwowo wrzusza ustami, proszę państwa, jest bardzo blady” (zbiory autora).**

Była to ostatnia publiczna egzekucja wykonana w Polsce i ostatnia, która była tak szeroko relacjonowana przez media.

Śmierć w mediach współczesnych – między prawem i etyką

Szybkość przekazu informacyjnego oraz natłok zdarzeń, o których mogą mówić dziennikarze powoduje konieczność dokonywania wyboru oraz konieczność decydowania – co się lepiej sprzeda. Jak widać z powyższych rozważań śmierć sprzedaje się bardzo dobrze. Pewne ograniczenia na dziennikarzy nakładają kodeksy etyczne i normy prawne. Kodeksy niestety nie mają mocy powszechnie obowiązującej, a normy prawne są nieostre.

Zacznijmy od kodeksów etycznych. Kodeks Etyki Dziennikarskiej Stowarzyszenia Dziennikarzy Polskich stanowi, że *„niedopuszczalne jest pokazywanie w bliskim planie scen śmierci, a krwawe skutki wojen i katastrof, przejawy okrucieństwa i przemocy mogą być opisywane i pokazywane jedynie pod warunkiem zachowania równowagi między ścisłością relacji a względem na wrażliwość odbiorców, zwłaszcza rodzin ofiar i osób im bliskich”*. W Telewizji Polskiej S.A. zasady etyki zakazują dziennikarzom pokazywania *„na zbliżeniu scen śmierci, osób przeżywających fizyczne lub psychiczne cierpienia, drastycznych skutków katastrof, przestępstw i wojen”* [17].

Rezolucja 1003 Zgromadzenia Parlamentarnego Europy z 1 lipca 1993 roku w sprawie etyki dziennikarskiej, podkreśla w punkcie 35, że *„mając na względzie bardzo wyraźny wpływ mediów, w tym szczególnie telewizji, na postawy dzieci i młodzieży, należy zwrócić uwagę, aby nie przekazywać programów, wiadomości przedstawiających gloryfikację przemocy”*.

A jak to wygląda od strony praktycznej? Od lat mamy do czynienia z postępującą tabloidyzacją mediów. Coraz częściej miejsce pogłębionej informacji i rzetelnej analizy dziennikarskiej zajmuje kolorowe zdjęcie z kilkudzaniowym, uproszczonym, niekiedy prymitywnym komentarzem. Francuskie hasło XIX-wiecznej prasy brukowej *sang a la une* (krew na pierwszej stronie) znajduje swoją realizację w prasie XXI wieku. Co gorsza czytelnicy chętnie po tę prasę sięgają, a środowiska dziennikarskie uwiarygadniają tabloidy, zapraszając ich redaktorów do publicznych dyskusji na tematy polityczne, gospodarcze, społeczne i choć zabrzmiałoby to jak ponury żart, również na tematy etyki zawodowej dziennikarzy. Krytyczne uwagi Rady Etyki Mediów pod adresem jednego z tabloidów spotkały się z groźbą naczelnego wystąpienia na drogę sądową o ochronę (sic!) dobrego imienia dziennika. Brzmi jak z teatru absurdu, a jednak to prawda. Sprawa dotyczyła Oświadczenia Rady Etyki Mediów z grudnia 2009 roku w sprawie opublikowania przez Super Express zdjęć senatora Krzysztofa Piesiewicza wykonanych przez jego szantażystów. W Oświadczeniu napisano m.in. *„niezbywalnym zadaniem mediów jest kontrolowanie władzy oraz informowanie o postępowaniu osób publicznych, zwłaszcza gdy to postępowanie budzi sprzeciw. Niezależnie od wagi podejrzeń, nawet faktów, trzeba je przekazywać tak, żeby nie*

naruszać godności człowieka. Inaczej ważny przekaz staje się niezdrową sensacją, tracąc na wiarygodności i nie służy dobru odbiorcy, czym powinny się kierować media. „Super Express” publikując zdjęcia zrobione przez osoby, które szantażowały Krzysztofa Piesiewicza, stał się ich współnikiem dając przyzwolenie na uprawianie procederu przekazywania redakcjom drastycznych materiałów, których miejsce jest w prokuraturze”. Po opublikowaniu ww. dokumentu redaktor naczelny SE Sławomir Jastrzębowski zażądał od REM przeprosin i zagroził procesem w obronie *dobrego imienia jednej z trzech najpoczytniejszych gazet* [18].

Jeszcze kilka lat temu środowisko dziennikarskie piętnowało materiały z tabloidów jako przykłady łamania zasad deontologii zawodowej. Dziś środowisko to nie tylko się pogodziło z formą przekazu proponowaną przez *yellow press*, ale nawet uznani dziennikarze i publicyści komentują na łamach „Faktu” czy „Super Expressu” najważniejsze lub najgłośniejsze wydarzenia w naszym kraju.

Tabloidy już nie tylko łamiąc bardzo często zasady prawa i etyki dostarczają „skrzywionej” informacji, ale również zmusiły do wyścigu o czytelników gazety, które tabloidami nie są. Powróćmy do głównego tematu naszych rozważań problemu pokazywania śmierci w prasie. Tu na pierwszy plan wysuwają się właśnie tabloidy. Niemalże w każdym numerze znajdujemy informacje dotyczące wypadków, morderstw i samobójstw. Ludzkie nieszczęście, osobiste tragedie stają się tematem materiałów prasowych. Sprawia to wrażenie, jak gdyby pracownicy tej grupy mediów byli pozbawieni empatii, a czyjeś nieszczęście było tylko formą zdobywania czytelników. Jeżeli wypadek lub śmierć dotyczy osoby powszechnie znanej trafia na pierwszą stronę, gdy jest opisywane tragiczne zdarzenie ludzi spoza tego kręgu łąduje w dalszej części numeru. Chyba wszyscy się z tym już pogodzili, gdyż nawet stowarzyszenia dziennikarskie traktują te praktyki jako normalne i nie protestują przeciwko nim, co miało miejsce jeszcze kilka lat temu. W 2014 „Super Express” opublikował materiał o samobójstwie dwóch młodych mężczyzn w Łochowie w województwie mazowieckim. Artykuł (?) pod tytułem *Przyjaciele zawisli na jednej żerdzi* został ozdobiony fotomontażem, w którym zdjęcia obu nieżyjących mężczyzn zostały wplecione w szubieniczne pętle. Wizerunek obu samobójców nie został w żaden sposób zamarkowany. Zarówno tytuł, jak i warstwa ilustracyjna nie wymaga żadnego komentarza. Ta sama gazeta dostarczyła czytelnikom informację o tragicznym wypadku samochodowym, w którym zginęła matka ratując swojego trzyletniego synka. Dziecko po kilku dniach zmarło w szpitalu. Tekst zatytułowany *Idę do ciebie mamusiu* zilustrowano zdjęciem zwłok dziecka w trumnie. Niekiedy tabloidy sięgają po wydarzenia międzynarodowe pod warunkiem, że są one

odpowiednio głośne. Po zestrzeleniu na terenie Ukrainy malezyjskiego Boeinga MH 17 również „Super Express” zamieścił zdjęcia z miejsca katastrofy w tym zdjęcia pokrwawionych ciał pasażerów samolotu.

Po zamachu 11 września na WTC żadna stacja telewizyjna ani gazeta nie zdecydowała się na opublikowanie zdjęć osób skaczących z wież World Trade Centre. Zdjęcia te pokazano dużo później i również wywołało to dyskusję, czy nie naruszono tym zasad etyki dziennikarskiej. W 2014 roku zdjęcia z Ukrainy takiej dyskusji nie wywołały. Tym bardziej, że nawet „Gazeta Wyborcza” w swoim dodatku „Duży Format” reportaż o zestrzeleniu samolotu ozdobiła dużym zdjęciem jednej z ofiar przypiętej do fotela.

Trudno nawet ustalić, kiedy zniknęła refleksja środowiskowa nad tego typu publikacjami. Jeszcze dziesięć lat temu w 2004 roku Stowarzyszenie Dziennikarzy Polskich przyznało tytuł Hieny Roku 2004 dziennikowi „Fakt” za *brak szacunku dla ludzkiej tragedii, z której uczyniono sensację*, po opublikowaniu w jednym z numerów zdjęć zwłok mężczyzny rozebranych przez policję. Trzy lata później tytuł ten otrzymało „Życie Łomianek”, za *„naruszenie godności zmarłego i obrażanie uczuć jego najbliższych”* poprzez opublikowanie 28 czerwca 2007 roku dwóch zdjęć *„zwłok wyciąganych za nogę z wody i ciała leżącego na trawie”*.

8 maja 2004 roku „Super Express” opublikował zdjęcia zabitego pod Bagdadem korespondenta wojennego TVP S.A. red. Waldemara Milewicza. Redakcja zdecydowała się na publikację mimo prośby Prezesa Zarządu TVP S.A. Jana Dworaka. Spotkało się to ze zdecydowanym protestem dziennikarzy. W liście otwartym napisano m.in. *„my dziennikarze podpisani pod tym listem jesteśmy oburzeni publikacją „Super Expressu”, który zamieścił, na pierwszej stronie szokujące zdjęcie ciała naszego kolegi Waldemara Milewicza, zabitego przez zamachowców w Iraku. (...) Uważamy, że wykorzystywanie przez wszelkie media ludzkiej tragedii w celach marketingowych, promocyjnych czy politycznych jest obrzydliwe i poniżające, niegodne naszego zawodu. (...) Nikt z nas nie chce, by nasze, czy naszych kolegów pośmiertne zdjęcia, służyły komuś do podnoszenia nakładu pism i brutalnego zarabiania pieniędzy”*. Pod listem podpisali się m.in. Wojciech Jagielski, Monika Olejnik, Jacek Żakowski, Hanna Smoktunowicz, Dorota Wellman, Szymon Majewski, Kamila Ceran, Jarosław Gugała, Piotr Radziszewski, Radosław Kietliński, Krzysztof Łapacz, Jan Mikruta, Jacek Czarnecki, Marcin Firlej, Robert Szegda, Mirosław Majeran, Jerzy Kamiński, Grzegorz Miecugow, Katarzyna Kolenda-Zaleska, Paweł Płuska, Małgorzata Łaszcz, Agnieszka Sopińska, Jolanta Pieńkowska, Lena Bretes, Tomasz Płuciennik, Dominika Długosz, Jarosław Kuś, Michał Pod listem podpisali się m.in. Wojciech Jagielski, Monika Olejnik, Jacek

Żakowski, Hanna Smoktunowicz, Dorota Wellman, Szymon Majewski, Kamila Ceran, Jarosław Gugąła, Piotr Radziszewski, Radosław Kietliński, Krzysztof Łapacz, Jan Mikruta, Jacek Czarnecki, Marcin Firlej, Robert Szegda, Mirosław Majeran, Jerzy Kamiński, Grzegorz Miecugow, Katarzyna Kolenda-Zaleska, Paweł Płuska, Małgorzata Łaszcz, Agnieszka Sopińska, Jolanta Pieńkowska, Lena Bretes, Tomasz Płuciennik, Dominika Długosz, Jarosław Kuś, Michał Adamczyk, Jarosław Oleś, Mariusz Rudnik, Bogdan Ulka, Joanna Wajda, Przemysław Orcholski [19].

Na publikację zdjęć natychmiast zareagowali również dziennikarze Wiadomości TVP1, Panoramy TVP2, Kuriera TVP3, Faktów TVN, TVN24, Informacji Polsatu, Dziennika TV4, Radiowej Trójki oraz Radia Zet pisząc *„jesteśmy wstrząśnięci umieszczeniem przez Was w dzisiejszym wydaniu (sobotnio-niedzielnym - red.) "Super Expressu" zdjęć zamordowanego w Iraku dziennikarza "Wiadomości" Waldemara Milewicza. Zdjęć tak okrutnych, że nie opublikowała ich żadna inna redakcja w Polsce. Nie rozumiemy, dlaczego to zrobiliście. Naszym zdaniem, to przejaw zwykłego cynizmu, by wykorzystać śmierć kolegi - dziennikarza do zdobycia popularności. Wobec takiego cynizmu jesteśmy bezradni. Tak, udało Wam się dzisiaj znaleźć w centrum zainteresowania. Jest nam za Was wstyd”* [19]. Stowarzyszenie Dziennikarzy Polskich wezwało kolegów do zaprzestania *„pogoni za sensacją, która czyni z nich dziennikarskie hieny”* [19].

Swojego oburzenia nie krył nawet twórca „Super Expressu” Grzegorz Lindenberg w liście skierowanym do ówczesnego redaktora naczelnego gazety Mariusza Ziomeckiego (...) *„Jest zasadnicza różnica pomiędzy gazetą popularną - jaką z „Super Expressu” starałem się zrobić - a brukowcem, jaki z tej gazety robisz Ty. Brukowiec żyje z cynicznego grania na emocjach czytelników, z wykorzystywania ich przerażenia, nienawiści, wścibstwa, seksualnego podniecenia, zawiści. Im lepiej trafia w uprzedzenia i resentymenty, im bardziej czytelników ogłupia i szokuje, tym lepiej się, podobno, sprzedaje. Robienie takiej gazety wymaga bezczelności, pomysłowości i braku skrupułów(...) Można, bowiem robić gazetę dla ludzi, popularną. Informacyjno-rozrywkową, która jest przyzwoita. Nie wiem, co sądzą czytelnicy, ale jeśli chodzi o pracowników „Super Expressu”, to myślę, że skutecznie udało Ci się ich przekonać, że określenie „szmatławiec” dobrze pasuje do gazety, w której pracują. I że nie są z tego dumni.(...) Zdjęcia zabitego reportera to ostatnie, ale bynajmniej nie jedyne naruszenie zasad przyzwoitości ludzkiej i przyzwoitości dziennikarskiej. (...) Słyszałem w radiu, jak usprawiedliwiałeś decyzję o publikacji zdjęć martwego Waldemara Milewicza - chodziło ci rzekomo o to, żeby czytelnicy zrozumieli okropieństwo wojny. Kłamałeś. Po pierwsze, zdjęcia te nie pokazują żadnego okropieństwa, którego czytelnicy by nie znali, a*

wręcz przeciwnie - wydaje się z nich, że żadnej wojny nie ma, a zabity wygląda identycznie jak w każdej strzelaninie mafijnej. Po drugie, istnieje taka zasada, że nie pokazuje się twarzy zabitych, z uwagi na uczucia ich rodzin. Po trzecie, wykorzystaleś śmierć kolegi dla zarobienia pieniędzy. Wielokrotnie tłumaczyłeś, że publikowanie w gazecie rozmaitych rzeczy, których przyzwoitość ludzka a rzetelność dziennikarska nie dopuszcza, jest konieczne dlatego, że „czytelnicy mają prawo wiedzieć”[19].

Na te głosy ripostował Mariusz Ziomecki „w sobotę opublikowaliśmy zdjęcia zrobione tuż po zamachu na ekipę TVP, w którym zginęli Waldemar Milewicz i Mounir Bouamrane. Pokazaliśmy je, nie po to by epatować sensacją, ani też nie po to, by „Super Express” znalazł się w centrum uwagi. (...) Te zdjęcia wstrząsnęły nami, poruszyły nas bardzo głęboko. Decyzja o ich publikacji była jedną z najtrudniejszych w historii naszej gazety. Jesteśmy przekonani, że to słuszna decyzja, że nie wolno nam było postąpić inaczej. (...) Waldemar Milewicz - korespondent wojenny, w swojej pracy dążył do pokazania prawdy. Tragicznej prawdy o konfliktach i wojnach, które dla nas relacjonował. W imię tej samej zasady opublikowaliśmy zdjęcia z zamachu, w którym zginął. Uważamy, że nasi Czytelnicy mają takie samo prawo, jak my, dziennikarze, do poznania całej prawdy, bez upiększeń czy niedomówień. (...) Media, które dziś tak ostro krytykują „Super Express” wielokrotnie publikowały obrazy bardziej drastyczne, epatujące krwią i okrucieństwem. Były to zdjęcia anonimowych ofiar wojen, zbrodni, mordów. Nikt wówczas nie kwestionował prawa do ich publikacji. Zachowanie kolegów, którzy dziś zarzucają nam naruszenie zasad etyki, ponieważ ofiarami są dziennikarze, niebezpiecznie graniczy z hipokryzją [19]. Zaś w rozmowie z Maciejem Rybińskim w radiu TOK FM mówił „ja mam taką dziwną moralną busołą w brzuchu. Jak popełnię błędą decyzję redagując gazetę wieczorem, to na drugi dzień rano ona daje znać. Tu nie dała. Tak długo póki ja sam siebie nie przekonam, że zrobiłem źle, to bardzo dobrze znoszę krytykę i chętnie polemizuję. To jest ten przypadek. Nie rozumiem kolegów, którzy nas atakują. Mamy do czynienia z kompletnie abberacyjną sytuacją. (...) Jeżeli się słucha tego (...) to można się złapać za głowę. Jeśli ktoś nie widział naszego artykułu, to może uznać, że popełniliśmy jakieś szalone wykroczenie. Każdy kto widział, to mam wrażenie, że nie podziela tych zastrzeżeń. Reakcja czytelników jest kompletnie inna niż kolegów z Wiadomości, Faktów i kilku redakcji mediów elektronicznych. Ja mam wrażenie, że mamy do czynienia z grupą dziennikarzy, która po raz pierwszy zetknęła się sytuacją, że ofiarą jest ktoś znajomy. Ale to jest problem ich doświadczenia i wyobraźni. TOK FM: SE, jak wszystkie media, od czasu do czasu daje zdjęcia brutalne w swojej wymowie. Te zdjęcia zmarłego redaktora Milewicza nie należały do zdjęć drastycznych, są to zdjęcia wyjątkowo

spokojne, szanujące godność jego śmierci. Z tego powodu uznaliśmy, że możemy je dać. (...) (...) Gdybym miał sto zdjęć to może bym wybrał inne. Mając jednak to zdjęcie miałem wrażenia, że mam przed sobą reportaż, którego on (Milewicz) nie zrobił. On tego reportażu nie zrealizował. Życie lub śmierć go zrealizowało. To także częściowo tłumaczy moją decyzję. Te zdjęcia, które przypadkowo zrobił ten francuski fotograf zamknęły jego dzieło, jakkolwiek nie brzmi to okrutnie i niesamowicie. (...) Nie zaprzętałyśmy sobie głowy jak inni to zrobią. My staraliśmy się zrobić najlepszą okładkę, która w sposób najpełniejszy pokazuje emocjonalną prawdę o tej niesłychanej tragedii i dylemacie, w jakim znalazła się Polska. (...) Gdyby wzgląd na bliskich był decydujący to media nie opublikowały by żadnych takich zdjęć. Zamordowany wczoraj prezydent Czeczenii też ma pewnie wielu bliskich, a mimo to telewizje nie wahały się pokazać jego zdjęć” [19].

Ostatni raz dyskusja na temat jak daleko można posunąć się w pokazywaniu śmierci odbyła się również za sprawą m.in. „Super Expressu”, gdy opublikował na pierwszej stronie materiał ilustrowany zdjęciami dotyczący próby samobójstwa prokuratora wojskowego Mikołaja Przybyła. Na jednej okładce było zdjęcie leżącego w kałuży krwi niedoszłego samobójcy. W kolejnym numerze posunięto się jeszcze dalej – zamieszczono fotomontaż pokazujący pistolet włożony w usta prokuratora i kulę przebijającą jego policzek. Jednak nie tylko te zdjęcia wywołały szok, ale zachowanie dziennikarzy obecnych na konferencji prasowej. Tak to tragiczne wydarzenie relacjonował dziennikarz miesięcznika „Press” *„Na strzał i ciało leżące za biurkiem w kałuży krwi każdy z obecnych w prokuraturze dziennikarzy zareagował inaczej. Choć wszyscy – większym lub mniejszym szokiem. Karol Kański, reporter Tok FM, pamięta swoje zdziwienie, gdy po huk otworzyli drzwi. – Okno szeroko otwarte, kamery stoją, ale gdzie prokurator? – opowiada. Na nagraniu słychać, jak ktoś mówi: „Chyba się zastrzelił”. Kamera TVN 24 zarejestrowała wchodzących do pokoju dziennikarzy, z których jedni podchodzą do leżącego za biurkiem prokuratora, inni – operatorzy – biegną do kamer, by go filmować. Są na pierwszym planie, wybija się zwłaszcza najszybszy z nich, w czerwonej bluzie. (...) Zauważyłem krew, myślałem, że prokurator zemdlął, ale potem zobaczyłem leżący pistolet – opowiada 29-letni Łukasz Cieśla, dziennikarz „Głosu Wielkopolskiego”. Miał poczucie absurda sytuacji: próbował przewrócić na bok zwalnię, bezwładnie leżące twarzą do podłogi ciało Przybyła, ale nie dawał rady, a inni stali nad nim i to filmowali. – Zaczęłam wołać: „Pomóżcie mi!”. Patrzyłem w oczy jednemu z operatorów i mówiłem: „Wyłącz kamerę, pomóż!”, ale nie przestał filmować – opowiada Cieśla. – Część dziennikarzy wyglądała na opanowanych, też mogli zareagować. W końcu przewrócić ciało prokuratora pomógł mi kolega z „Głosu TV” Damian Grzesiński – wyjaśnia Cieśla. (...)*

Agnieszka Bylińska z TVP INFO pamięta, że kiedy jej operator kręcił, ona pytała Cieślę i Kamińskiego czy czują puls i czy Przybył oddycha. Od chłopaków z wozu usłyszała, że technik z Polsat News, zobaczywszy na ekranie co się dzieje, pobiegł do pobliskiej poradni po lekarza. Co miała robić? Stać? Wyszła i zrobiła pierwszą telefoniczną relację na żywo dla Warszawy” [20].

I właśnie to zachowanie dziennikarzy stało się przedmiotem dyskusji zarówno w mediach, jak i w Internecie. Zwłaszcza na forach społecznościowych i portalach blogowych dziennikarze zostali poddani totalnej krytyce. *Hieny, ściery, ścierwojady* to najłagodniejsze z określeń używanych przez internautów. Jeden z bohaterów tych wydarzeń Łukasz Cieśla z Głosu Wielkopolskiego napisał komentarz zatytułowany „*Pułkownik umiera? Kamera, akcja...*” Zakończył go słowami „*Wiem, że ci którzy nie pomogli tłumaczą się, że są tak nauczeni, by w takiej chwili robić materiał. (...) Tym, którzy nadal tak twierdzą, dedykuję słowa Ryszarda Kapuścińskiego. Stwierdził kiedyś, że do tego aby uprawiać dziennikarstwo, przede wszystkim trzeba być dobrym człowiekiem. Myślę, że to stwierdzenie dotyczy także operatorów kamer, prezenterów oraz innych pracowników mediów...* „ [20].

Na koniec chcę przedstawić jeszcze jeden aspekt pokazywania tragedii. Kwestię ograniczeń prawnych w ukazywaniu przemocy, a granic prawa do informacji. Ustawa z 29 grudnia 1992 roku o radiofonii i telewizji (dalej: urt) w art. 18 ust. 4 zabrania *rozpowszechniania audycji lub innych przekazów zagrażających fizycznemu, psychicznemu lub moralnemu rozwojowi małoletnich, w szczególności (...) w sposób nieuzasadniony eksponujących przemoc*. Jak bardzo ten przepis jest ogólny i niedookreślony może świadczyć decyzja Przewodniczącego Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji [21] w sprawie nałożenia kary na Telewizję Polską SA, za emisję w felietonie filmowym w audycji „Jan Pospieszalski. Bliżej” z 20 lutego 2014 roku scen śmierci podczas walk na Ukrainie. Była to pierwsza decyzja za naruszenie przytoczonych przepisów dotycząca audycji publicystycznej. Dotychczas na 161 decyzji Przewodniczącego KRRiT o nałożeniu kary na nadawcę wydanych od 10 sierpnia 1997 roku do 23 lutego 2015 roku tylko w dziesięciu przypadkach postawiono zarzut nieuzasadnionego pokazywania przemocy i wszystkie dotyczyły emisji filmów fabularnych - decyzje Przewodniczącego KRRiT: 139/97 z 10 sierpnia 1997 roku (dot. emisji filmu *Ostry poker w Małym Tokio*), 130/98 z 17 lipca 1998 roku (dot. emisji filmu *Crash*), 156/2000 z 28 czerwca 2000 roku (dot. emisji filmu *Tropikalna gorączka*), 2/2001 z 28 lutego 2001 roku (dot. emisji filmu *Dog day (W matni)*), 3/2001 z 28 lutego 2001 roku (dot. emisji filmu *Malaria*), 6/2001 z 11 kwietnia 2001 roku (dot. emisji filmu *Przygody Freya w kosmosie*), 9/2001 z 29 czerwca 2001 roku (dot. emisji filmu *Psychopata*), 10/2001 z

16 lipca 2001 roku (dot. emisji filmu *Daleko od domu*), 4/2014 z 13 maja 2014 roku (dot. emisji filmu *Malanowscy i partnerzy* odc. *Rzeźnik*), 6/2014 z 12 czerwca 2014 roku (dot. emisji filmu *Żyła sobie baba*).

Felieton wyemitowany w audycji Jana Pospieszalskiego zawierał film pokazujący śmierć żołnierzy oraz osób cywilnych podczas walk na Majdanie. Odnosząc się do tego stanu faktycznego należy rozważyć decyzję KRRiT w kontekście całokształtu przepisów.

Jak napisałem audycja ta była poświęcona wydarzeniom na Ukrainie oraz walkom toczonym w obronie suwerenności oraz integralności terytorialnej tego kraju. Jest to problem bardzo ważny również z punktu widzenia polskiej racji stanu. Ustawa o radiofonii i telewizji dwukrotnie - w art. 1ust. 1, a w odniesieniu do nadawców publicznych w art. 21 ust. 2 pkt 2) - podkreśla obowiązek dostarczania informacji oraz rzetelnego ukazywania całej różnorodności wydarzeń w kraju i zagranicą jako podstawowe zadania mediów elektronicznych.

Prof. Jacek Sobczak komentując przepis art. 1 ust. 1 urt. zwrócił uwagę, że „*wśród zadań nałożonych na radiofonię i telewizję na plan pierwszy wysunięto dostarczenie informacji, czyli powiadamianie społeczeństwa (odbiorców) o aktualnych bądź przewidywanych faktach o istotnej doniosłości politycznej, gospodarczej, naukowej, kulturalnej, wychowawczej, względnie o zdarzeniach wzbudzających lub mogących wzbudzić szczególne zainteresowanie odbiorców. (...) . Wydaje się, iż dostarczanie informacji nie powinno się ograniczać jedynie do tzw. gatunków informacyjnych, wyróżnianych jako przeciwieństwo publicystyki, komentarzy*” [22]. Z kolei prof. Bogudar Kordasiewicz podkreślił, że „*rzetelność (dziennikarska) jako pojęcie prawne jest niedefiniowalna. W odniesieniu do środków masowego przekazu najbardziej typowe przypadki naruszenia zasad rzetelności polegają na świadomym pominięciu (zatajeniu) istotnych elementów wydarzeń, skutkiem czego u odbiorcy powstaje fałszywy obraz rzeczywistości*” [23]. Jeżeli chodzi o formę przekazywanych informacji, to jak zauważył prof. Wojciech Sokolewicz na podstawie analizy orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego oraz Sądu Najwyższego informacje *mogą „być wyrażane w języku dosadnym i „soczystym”, przeto ochronie podlega nie tylko treść, ale i forma wypowiedzi*” [24].

Należy podkreślić, że prawo do przekazywania i otrzymywania informacji zostało w Polsce podniesione do rangi konstytucyjnej. Dziennikarze są obowiązani do rzetelnego informowania społeczeństwa, zaś obywatele mają prawo do otrzymywania pełnej i rzetelnej informacji o wydarzeniach w kraju i na świecie, zwłaszcza o wydarzeniach mogących mieć bezpośredni lub pośredni wpływ na ich życie. Realizacja tego obowiązku dziennikarskiego wynika nie tylko z norm prawa krajowego, ale także Europejskiej Konwencji Praw

Człowieka, co podkreślił Europejski Trybunał Praw Człowieka stwierdzając, że *„tylko w bardzo wyjątkowych sytuacjach można uznać za konieczne zakazanie opublikowania faktów odpowiadających rzeczywistości. (...) Dziennikarze muszą (...) starać się przekazywać informacje możliwie najbardziej zgodne z rzeczywistością”* [25].

W innym orzeczeniu Trybunał trafnie zauważył, że *„swoboda wypowiedzi, gwarantowana w art. 10 ust. 1 Konwencji, stanowi jeden z podstawowych fundamentów demokratycznego społeczeństwa i jeden z podstawowych warunków jego rozwoju. Wolność prasy oraz innych mediów informacyjnych daje społeczeństwu jeden z najlepszych sposobów (...)kształtowania opinii (...). Na prasie spoczywa obowiązek przekazywania informacji i poglądów dotyczących kwestii politycznych oraz innych tematów publicznego zainteresowania. Nie tylko prasa ma za zadanie przekazywanie takich informacji i poglądów: także społeczeństwo ma prawo do ich otrzymywania. Media audiowizualne, takie jak radio i telewizja, mają do odegrania szczególnie ważną rolę w tej mierze. Przez wzgląd na swe możliwości przekazywania wiadomości poprzez dźwięk i obraz, media takie wywierają bardziej bezpośredni i silniejszy oddźwięk niż media drukowane”* [26].

Należy więc uznać, że dziennikarze przedstawiając dramatyczne wydarzenia na Ukrainie starali się w pokazać rzeczywisty tragizm sytuacji. Pokazane polskim widzom zdjęcia z pewnością uświadomiły części społeczeństwa, jak naprawdę przebiegają walki o wolną Ukrainę.

Trudno jest w tym kontekście bronić stanowiska KRRiT, że nadawca publikując materiały o Ukrainie naruszył art. 18 ust. 4 ustawy o radiofonii i telewizji w sposób nieuzasadniony eksponując przemoc i mogąc w ten sposób wywołać negatywne skutki w rozwoju psychicznym, fizycznym i moralnym niepełnoletnich widzów. Audycja „Jan Pospieszalski. Bliżej” została oznaczona co prawda kategorią „od lat 12”, jednak jest emitowana o godz. 22.30, zaś badania oglądalności wskazują, że większość jej widzów nie mieści się w tzw. grupie komercyjnej (16-49). W przypadku omawianego odcinka widownia całkowita wynosiła 516372 widzów, z czego w grupie komercyjnej było to 87508 osób. Biorąc pod uwagę tematykę audycji oraz porę emisji można założyć, że większość odbiorców stanowią osoby powyżej 49. roku życia.

Prof. J. Sobczak komentując przepis art. 18 ust. 4 podkreślił, że *„audycjami mogącymi zagrazać psychicznemu i uczuciowemu rozwojowymi dzieci i młodzieży są niewątpliwie audycje propagujące działania przestępcze, epatujące brutalnością i wulgarnością, gloryfikujące siłę fizyczną i przemoc, szerząc pogardę dla ludzi innych ras, wyznań, przekonań, naruszające zasady dobrych obyczajów w ukazywaniu scen seksualnych,*

szczególnie sprowadzające te sceny do samego aktu fizycznego, często wynaturzonego. Trudno jednak doszukać się audycji, które w sposób bezpośredni godziłyby lub zagrażałyby rozwojowi fizycznemu dzieci i młodzieży. Takie zagrożenie rozwoju fizycznego może mieć charakter wtórny, będąc konsekwencją zaistniałego zahamowania i wypaczenia rozwoju psychicznego lub uczuciowego” [22].

Dr Krzysztof Wojciechowski komentując przepis art. 18 ust. 4 urt. zwrócił m.in. uwagę, że *„bezwzględnie zakazane w świetle art. 18 ust. 4 jest także rozpowszechnianie audycji lub innych przekazów w sposób nieuzasadniony eksponujących przemoc. (...) Samo prezentowanie przemocy nie jest zakazane. Zabronione jest jej eksponowanie w sposób nieuzasadniony. **Przemoc** stanowi zachowanie człowieka i zjawisko społeczne. Nie można oczekiwać, aby w ogóle nie była obecna w programach (...) . Eksponowanie przemocy może (...) być wynikiem sposobu jej prezentacji, w szczególności jeśli jej przedstawieniu towarzyszy pochwalny lub zachęcający komentarz albo zachowanie publiczności w studio, które powoduje, że odbiorca zwraca uwagę na przemoc jako coś pozytywnego. (...) Eksponowanie przemocy jest zabronione dopiero, gdy następuje w sposób nieuzasadniony. Tę ostatnią przesłankę należy oceniać z uwzględnieniem charakteru zakazu jako ograniczenia wolności wypowiedzi, ważąc tę wolność ze ścierającą się z nią wartością ochrony małoletnich. Istotne znaczenie będzie tu miała zasada proporcjonalności (...). W kontekście sprawozdań o wydarzeniach uwzględnić należy z jednej strony znaczenie i naturę wydarzenia, z drugiej sposób jego relacjonowania. Ważne wydarzenia takie jak wojny, rozruchy społeczne, akty terrorystyczne wymagają poinformowania i trudno przy tym uniknąć prezentowania przemocy lub jej skutków. Sposób relacjonowania powinien być prawdziwy, a obecność w relacji przemocy nie powinna wykraczać poza proporcję jej znaczenia w wydarzeniu. (...) . Oceniać należy, czy ukazanie przemocy było potrzebne i stosowne, w tym czy możliwe było uniknięcie eksponowania przemocy bez nadmiernego ograniczania **miarodajności relacji w procesie kształtowania opinii publicznej** (...). Eksponowanie przemocy jest natomiast nieuzasadnione, gdy służy ono tylko przyciągnięciu widowni, zaspokojeniu potrzeby taniej sensacji, czy niezdrowej ciekawości” [27].*

Trudno uznać, że celem nadawcy było nadmierne eksponowanie przemocy w rozumieniu ustawy. Chciał on natomiast pokazać widzom, jak wygląda prawdziwa sytuacja na Ukrainie. Należy podkreślić, że w serwisach informacyjnych, które ze względu na porę emisji mają znacznie szerszą widownię i potencjalnie mogą je oglądać osoby małoletnie relacje z wydarzeń na Ukrainie były pokazywane w sposób jak najbardziej złagodzony. Pamiętajmy, że w tym czasie na Ukrainie toczyła się regularna wojna, sytuacja zmieniała się z

godziny na godzinę. Z własnych przekazów informacyjnych oraz agencyjnych nadawcy otrzymywali setki bardzo drastycznych zdjęć, które na bieżąco były selekcjonowane. Materiały najbardziej drastyczne były niedopuszczane do emisji, gdyż co do zasady jak przy relacjonowaniu innych konfliktów zbrojnych nadawca publiczny stara się unikać epatowania widzów obrazami przemocy. Wydaje się, że w tym konkretnym przypadku nie można mówić o nieuzasadnionym pokazywaniu przemocy. Telewizja Polska S.A. nie podzieliła uzasadnienia decyzji i 14 października 2014 roku odwołała się do Sądu Okręgowego w Warszawie.

Refleksja na koniec

W 1994 roku fotoreporter wojenny „Gazety Wyborczej” Krzysztof Miller zamieścił zdjęcie zrobione w czasie walk w republice Południowej Afryki, przedstawiające zabitego człowieka, nad którym stoi grupa fotoreporterów robiących zdjęcia. Wtedy ta fotografia wywołała szok i dyskusję, ku czemu zmierza dziennikarstwo. Dziś nikogo taka fotografia by nie zdziwiła. O dyskusji na jej temat nie wspominając.

Ożarów Mazowiecki 20 marca 2015 roku

Piśmiennictwo

1. Bystron J. St.: Dzieje obyczajów w dawnej Polsce wiek XVI – XVIII, T. II. Warszawa 1932.
2. Grabowski A.: Groby królów polskich w Krakowie w Kościele Katedralnym na Zamku. Kraków 1835.
3. Groicki B.: Artykuły prawa magdeburgskiego. Postępek sądów około karania na gardle. Ustawa płacej u sądów. Warszawa 1954.
4. Klonowic S.F.: Worek Judaszów to jest złe nabycie majątności. Warszawa 1936.
5. Krzemińska A.: Ach jak przyjemnie nabijać jest na pal... Polityka, 2009, 19. wrzesień, nr 38 (2723).
6. Kitowicz J.: Opis obyczajów za panowania Augusta III. Wydany z rękopismu przez Edwarda Raczyńskiego. Poznań, W drukarni Walentego Stefańskiego, 1840.
7. Milewski S.: Intymne życie niegdyjszej Warszawy. Wyd. Iskry, Warszawa 2008.
8. Giełżyński W.: Prasa warszawska 1661 – 1914. PWN, Warszawa 1962.
9. Łojek J: Studia nad prasą i opinią publiczną w Królestwie Polskim 1815 – 1830. PWN, Warszawa 1966.

10. Łojek J., Myśliński J., Władyka W.: Dzieje prasy polskiej. Interpress, Warszawa 1988.
11. Władyka W.: Krew na pierwszej stronie. Sensacyjne dzienniki Drugiej Rzeczypospolitej. Wyd. Czytelnik, Warszawa 1982.
12. London Times, 10 listopada 1888 www.historybuff.com, tłumaczenie K. Chyziak, data pobrania 15.03.2015.
13. http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,126765,10112949,20_tysieczny_piknik_na_publicznej_egzekucji.html, data pobrania 15.03.2015..
14. Zaremba M.: Wielka trwoga. Polska 1944 – 1947. Wyd. Znak, Kraków 2012.
15. Przybylski M.: Publiczna egzekucja Arthura Greisera w poznańskiej prasie [w:] Media wobec śmierci t. 1., Kwasik K., Jaroszyński J., Łęcicki G. (red.), Elipsa Dom Wydawniczy i Handlowy Włodzimierz Ulicki, Warszawa 2012, 119-133.
16. „Głos Wielkopolski” 22 lipca 1946 roku.
17. Zasady etyki dziennikarskiej w Telewizji Polskiej S.A. – informacja, publicystyka, reportaż, dokument edukacja stanowiące Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 182/2006 Zarządu TVP S.A. z dnia 6 kwietnia 2006 r.
18. <http://www.press.pl/newsy/prasa/pokaz/21086,Naczelnny-Super-Expressu-zadaprzeprasin-odRadyEtykiMediow>, data pobrania 15.03.2015.
19. http://polskaprasa.cba.pl/tytulysuper_express.html, data pobrania 15.03.2015.
20. Press 2/2012.
21. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 7/2014 z 1 sierpnia 2014 roku.
22. Sobczak J.: Radiofonia i telewizja. Komentarz. Kantor Wydawniczy ZAKAMYCZE, Kraków 2001.
23. Kordasiewicz B.: Jednostka wobec środków masowego przekazu. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław – Warszawa - Kraków 1991.
24. Sokolewicz W.: Prasa i Konstytucja. Wolters Kluwers business, Warszawa 2011.
25. Raport Bladet Tromsø i inni v. Norwegia 9.7.1998 skarga nr 21980/93.
26. Wyrok ETPC z 7 czerwca 2012 roku Centro Europa 7 S.r.l. i Di Stefano v. Włochy
27. Piątek S., Dziomdziora W., Wojciechowski K.: Ustawa o radiofonii i telewizji. Komentarz. Warszawa 2014, 223 – 224.

Marcinkowski Jerzy T., Klimberg Aneta

Czy przypadek odebrania władzy rodzicielskiej ciężko choremu somatycznie ojcu potwierdza opinię, że sądy rodzinne działają według zasady „lepszemu najgorsza matka niż najlepszy ojciec”?

Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

W niedzielę, 21 grudnia 2014 r. o godz. 19:30 został wyemitowany kolejny odcinek programu „Państwo w Państwie”, poświęcony ciężko choremu ojcu, jego walce o kontakty z 10-letnim synem i bulwersującej – w opinii redaktorów prowadzących ten program i widzów – decyzji Sądu Okręgowego w Poznaniu o odebraniu ojcu władzy rodzicielskiej. Sprawa została mocno nagłośniona medialnie i jej szczegóły – w tym opis stanu klinicznego i rozpoznania kliniczne – można znaleźć na następujących stronach internetowych: <http://uwaga.tvn.pl/reportaze,2671,n/sad-pozbawil-wladzy-rodzicielskiej-ojca-bo-ten-jest-niepelnosprawny,135053.html>, <http://player.pl/programy-online/uwaga-odcinki,351/odcinek-3896,sad-pozbawil-wladzy-rodzicielskiej-ojca-bo-ten-jest-niepelnosprawny,S00E3896,29145.html>, <http://www.smozynski.com/>. Natomiast szczegóły wspomnianej audycji z cyklu „Państwo w Państwie” znajdują się na: <http://www.ipla.tv/Panstwo-w-panstwie-bartoszmoczynski/vod-6105433>.

Oto fragmenty tekstu ze strony wzmiankowanego programu: *„Czy można pozbawić ojca władzy rodzicielskiej tylko dlatego, że jest niepełnosprawny? Okazuje się, że tak. Dnia 2 grudnia 2014 r. Sąd Okręgowy w Poznaniu podtrzymał decyzję Sądu Rejonowego w Gnieźnie i odebrał Bartkowi władzę rodzicielską. Argumenty, na jakie powołała się sędzina uzasadniając wyrok, są w naszej ocenie skandaliczne. Według sądu komunikacja niewerbalna, jaką posługuje się Bartek w kontakcie z otoczeniem, jest niewystarczająca, aby móc decydować o dziecku. A dlaczego? Dlatego, że w ich opinii rodzice podejmując ważne decyzje dotyczące dziecka powinni mieć możliwość dyskusji, a w Bartka przypadku jest to obecnie niemożliwe. Być może byłoby w tym i trochę logiki gdyby nie fakt, że mama Mikołajka od ponad 4 lat decyduje sama o losach dziecka (łamając przy tym prawo, bo do tej pory Bartek miał władzę rodzicielską), nie próbując uzyskać jakiegokolwiek zgody od Bartka, nie podejmując żadnego dialogu, wyjaśnień i w dodatku nie informując Bartka o tym, co dzieje się w życiu Mikołajka. Zatem mama dziecka nie musi dyskutować z nikim i samodzielnie*

decydować o losach syna tylko dlatego, że jest mamą, a choremu ojcu odbiera się władzę rodzicielską z powodu jego choroby tylko dlatego, że jako ojciec jest rodzicem drugiej kategorii? Warto podkreślić też fakt, że w składzie sędziowskim zasiadały dwie kobiety i jeden mężczyzna. I to właśnie panie sędziny większością głosów zadecydowały o odebraniu władzy rodzicielskiej choremu ojcu. Przypadek?”

Autorzy byli zaangażowani w wydawanie opinii sądowo-lekarskiej w tej sprawie. Badany cierpiał z powodu zaawansowanej amyloidozy pierwotnej z przebytymi licznymi złamaniami patologicznymi w odcinku piersiowym i lędźwiowym kręgosłupa w przebiegu tej choroby oraz przebytego krwawienia wewnątrzczaszkowego z następowym niedowładem spastycznym czterokończynowym. Nie mógł poruszać się samodzielnie, był osobą wymagającą stałej opieki pielęgnacyjnej, z racji założonej rurki tracheotomijnej nie mógł komunikować się werbalnie. Był w trakcie systematycznej rehabilitacji ruchowej. Był osobą chętną do ćwiczeń, rozumiał i wykonywał polecenia fizjoterapeuty. Rozumiał też, że jego rehabilitacja będzie długotrwała. Możliwy był kontakt za pomocą odpowiednich ruchów głową. Potrafił się przywitać z drugą osobą poprzez ucisk ręki. Mimika jego twarzy wyrażała jego stan psychiczny, jak: złość, akceptację, zdziwienie, radość, czy smutek. W opinii partnerki badanego, lekarza rodzinnego i rehabilitantów był osobą o wielkiej sile psychicznej i każdy nawet mały postęp dawał mu motywację do trudniejszych zadań. Był osobą uspołecznioną, świetnie czującą się w towarzystwie; rozumiał żarty. Doskonale pamiętał swoje życie przed chorobą, dlatego można z nim porozmawiać na wiele tematów związanych z jego życiem. Długotrwała rehabilitacja, stymulowana bodźcami zewnętrznymi (muzyka, telewizja, różne smaki, zapachy) przyniosła efekty. Był osobą całkowicie świadomą, logiczną, porozumiewał się w sposób niewerbalny, czyli odpowiadał na pytania kiwnięciem głowy na ‘TAK’ lub ‘NIE’ i wzruszeniem ramion na ‘NIE WIEM’. Na pytania odpowiadał logicznie. Jednak ważne było sformułowanie pytania tak, aby mógł na nie odpowiedzieć w sposób niewerbalny. Można z nim było rozmawiać na różne tematy. Komunikował się, gdy coś mu dolegało lub gdy czegoś potrzebował. Współpracował przy różnych zabiegach, takich jak: zakładanie zgłębnika żołądkowego, cewnika moczowego, zakładanie ubrań.

Badanie przeprowadzono w miejscu zamieszkania w obecności opiekunki-partnerki, która podała: *„Była żona ostatni raz odwiedziła badanego w marcu 2011 r. Nie odbiera od nas telefonów. Ostatni kontakt z dzieckiem badany miał 4 lata temu, kiedy zawieźliśmy go na komunię jego syna, który obecnie ma 10 lat”.*

Z reakcji badanego - wyrażanych w mowie niewerbalnej - wynika, że był dobrze zorientowany co do tego, co przeprowadzane badanie ma na celu. Ożywił się wyraźnie w momencie, jak są zadawane pytania dotyczące jego syna. Bardzo kocha syna i pragnie, ażeby odwiedzał go jak najczęściej. Brak kontaktów z synem odczuwa bardzo boleśnie. Płaci dobrowolnie 1000 zł miesięcznie na utrzymanie syna, co ma podkreślić jak bardzo na kontaktach z synem mu zależy. W momencie wejścia autorów na badanie leżał na materacu na podłodze – był właśnie w trakcie rehabilitacji. Został przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego posadzony na wózek. Wyraźnie widoczna była troska o badanego przejawiająca się tym, że był bardzo zadbany, ładnie ubrany, a opieka nad nim sprawowana była z użyciem wysokiej klasy sprzętu rehabilitacyjnego.

Z faktu, że badany bardzo wyraźnie się ożywił w momencie zadawania pytań dotyczących jego syna i udzielanych na nie odpowiedzi – wyraźnie wynika, że badany bardzo kocha syna, jedyne dziecko, jakie posiada i pragnie, ażeby syn odwiedzał go jak najczęściej. Ten brak kontaktów z synem odczuwa bardzo boleśnie. Był niezwykle zainteresowany tym, co syn aktualnie porabia i bardzo chciałby, aby syn mu o tym opowiadał. Był przekonany, że jeśli syn będzie mu zadawał pytania dotyczące jego przyszłego życia, to będzie mógł mu jako ojciec doradzać. Oczywiście syn musiałby być poinformowany o tym, w jaki sposób formułować zadawane ojcu pytania (tak, żeby mógł na nie odpowiadać TAK, NIE, NIE WIEM), a następnie obserwować jego gesty – udzielane na powyższe pytania odpowiedzi (ruchy głową, oczyma, tułowiem).

Przytoczony przykład odebrania władzy rodzicielskiej przez Sąd ciężko choremu na choroby somatyczne ojcu wskazuje na to, że może być część prawdy w stwierdzeniu, iż: „Sądy rodzinne od lat działają w myśl zasady, że lepsza najgorsza matka niż najlepszy ojciec” [1]. Przemawiają za tym także wpisy na stronach internetowych: Centralnego Stowarzyszenia Obrony Praw Ojca i Dziecka [2], Stowarzyszenia Centrum Praw Ojca i Dziecka [3], Śląskiego Stowarzyszenia Obrony Praw Ojca [4], Stowarzyszenia Obrony Praw Ojca [5], Stołecznego Stowarzyszenia Obrony Praw Ojca [6]. Jeśli tego rodzaju przypadki – w świetle cytowanych wpisów internetowych [2-6] – nie są odosobnione, to poprawę w tym obszarze orzecznictwa sądowego można uzyskać poprzez lepsze kształcenie prawników w zakresie medycyny sądowej i dziedzin pokrewnych – zarówno przeddyplomowe, jak i podyplomowe.

Piśmiennictwo

1. Sądy rodzinne od lat działają w myśl zasady, że lepsza najgorsza matka niż najlepszy ojciec... <http://www.aferyprawa.eu/Zycie/Sady-rodzinne-od-lat-dzialaja-w-mysl-zasady-ze-lepsza-najgorsza-matka-niz-najlepszy-ojciec>, data pobrania 7.04.2015
2. Centralne Stowarzyszenie Obrony Praw Ojca i Dziecka <http://www.csopoid.pl/>, data pobrania 7.04.2015
3. Stowarzyszenie Centrum Praw Ojca i Dziecka http://www.prawaojca.org.pl/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=5&Itemid=62, data pobrania 7.04.2015
4. Śląskie Stowarzyszenie Obrony Praw Ojca <https://pl-pl.facebook.com/SLSOPO>, data pobrania 7.04.2015
5. Stowarzyszenie Obrony Praw Ojca http://pl.wikipedia.org/wiki/Stowarzyszenie_Obrony_Praw_Ojca, data pobrania 7.04.2015
6. Stołeczne Stowarzyszenie Obrony Praw Ojca, <http://www.ssopo.waw.pl/>, data pobrania 7.04.2015

Kowalska Anna Małgorzata

Śmierć – wachlarz medialnych emocji

Studentka III roku w Instytucie Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej Akademii Nauk w Warszawie

(poniższy referat jest fragmentem pracy licencjackiej)

”Koniec”, ”brat snu”, ”kostucha”, ”najgorsze”, czy po prostu ”kres” są dosyć często spotykanymi określeniami. Obrazują one nasz strach przed wiecznym odpoczynkiem. Wieczny odpoczynek, ostatnia podróż czy wyrok boski to eufemizmy, których używanie ma na celu ominięcie sformułowań zawierających słowa, takie jak śmierć czy umieranie.

”Eufemizm jest (...) zjawiskiem językowym, którego przyczyny pojawiania się są pozajęzykowe. Jest on zastępczą nazwą jakiegoś zjawiska, stosowaną zamiast nazwy wprost, która nie może być użyta, ponieważ skojarzenia z nią związane są negatywne. Określenie eufemistyczne powinno natomiast wzbudzać pozytywne (lub neutralne) konotacje” [1].

Media codziennie dostarczają nam informacji. Są to wiadomości różnego typu. Polityka, biznes, rozrywka i kultura, pogoda, sport... Największą popularnością cieszą się niestety zawiadomienia o katastrofach, w szczególności takich, które wywołują strach. Społeczeństwo stało się nieczułe na krzywdę i uodporniło się na zagadnienia związane z tragedią ludzką. Dlaczego tak się dzieje? Nie oznacza to przecież, że media próbują zrobić z odbiorców psychopatów. Nie musi to również świadczyć o ich skłonnościach sadystycznych. Śmierć towarzyszy nam na każdym kroku. Jednak mamy wpływ na to, w jaki sposób będziemy o tym mówić lub nie mówić – co wydaje się być bardziej odpowiednim w czasach, gdy wiadomość obiega świat w kilka minut i trafia do szerokiego grona odbiorców. Owszem, jeśli w programie informacyjnym ma być nadana relacja, w której są wyjątkowo okrutne opisy lub zdjęcia, na początku jest ostrzeżenie.

Gdy słyszymy w programie informacyjnym o misji w kraju ogarniętym wojną jesteśmy dumni, w końcu ”misja” to takie piękne słowo. Kojarzy nam się z bardzo ważnym zadaniem do wypełnienia i z odpowiedzialnością. Kto chciałby słuchać o zabijaniu tysięcy ludzi, w tym kobiet i dzieci? To nawet brzmi źle. Bardzo miło jest słuchać, że operacja wojskowa zakończyła się sukcesem. Wymordowanie cywilów, wzięcie jeńców i starcie miasta z powierzchni ziemi budzi w nas jednak uczucia dalekie od powodu do dumy. Gdyby w mediach pojawiła się taka informacja, obywatele uznaliby postępowanie żołnierzy za

kompromitujące, upokarzające i naganne.

Podstawą przekazu medialnego jest gra na emocjach odbiorcy. Ważne jest, by w programie doszło do kłótni dwóch stron. Nawet – by nie rzec, że zwłaszcza – kiedy taki program traktuje o śmierci i tragedii człowieka.

Największą popularnością i zainteresowaniem cieszą się zwykle programy, do których zapraszani są politycy opozycyjnych partii. Owszem, nawet ludzie ze skrajnie różnymi poglądami potrafią znaleźć wspólne cele w danym działaniu i porozumieć się w tej kwestii, jednak w programach publicystycznych nie o to chodzi. Dziennikarz chcący „sprzedać” swój program wyszuka tematy, w których zaproszeni do studia goście nie będą mogli się zgodzić.

Problematyka tanatyczna jest już tak często wykorzystywana przez media, że mówiąc o jej tabuizacji powinniśmy zastanowić się kilka razy i dokładnie przeanalizować materiały podawane w wiadomościach. Czy rzeczywiście utrata życia jest zagadnieniem, o którym nie stosownie jest pisać? Czy o seksie, aborcji i antykoncepcji wspomina się równie często?

Cytując ks. Adama Bonieckiego „(...) „etykę mediów” często sprowadza się do rozmaitych „kodeksów etyki dziennikarskiej”. Jest ich sporo. Jedne ogólne, inne obowiązujące w konkretnych redakcjach. W Polsce mamy trzy takie ogólne dokumenty: *Kartę etyczną mediów*, *Kodeks etyki dziennikarskiej Stowarzyszenia Dziennikarzy Polskich* oraz *Kodeks obyczajowy Stowarzyszenia Dziennikarzy Rzeczypospolitej Polskiej*. Wszystkie one zasługują na respekt i uznanie. Są owocem szlachetnego wysiłku, zmierzającego do określenia etycznych norm działania w tym trudnym zawodzie, jakim jest dziennikarstwo. Gdyby na nich można było poprzestać – namysł nad etyką mediów mógłby się ograniczyć do ich interpretacji. Tymczasem etyka to coś więcej niż kodeksowe normy” [2].

Najbardziej klarownym punktem, odnośnie etycznego aspektu ukazywania śmierci, jest punkt 16. *Kodeksu etyki dziennikarskiej Stowarzyszenia Dziennikarzy Polskich*. Warto go przytoczyć w całości: *„Niedopuszczalne jest pokazywanie w bliskim planie scen śmierci, a krwawe skutki wojen i katastrof, przejawy okrucieństwa i przemocy mogą być opisywane i pokazywane jedynie pod warunkiem zachowania równowagi między ścisłością relacji a względem na wrażliwość odbiorców, zwłaszcza rodzin ofiar i osób im bliskich”* [3].

Używając prostych słów: w tym punkcie jest opisane, że w przekazie informacyjnym nie może znaleźć się zbędna wiadomość o śmierci. Naturalnie, żadna śmierć nie może być uznana za potrzebną oraz wieść o niej nie ma być opowieścią, która miałaby przestraszyć odbiorcę.

Niestety, coraz częściej łamana jest etyka dziennikarska. Absolutnym skandalem było zachowanie dziennikarzy gazety tabloidowej, jaką jest Super Express po śmierci Waldemara

Milewicza – dziennikarza i korespondenta wojennego. Milewicz zginął w Iraku. Samochód, którym jechał został ostrzelany, a dziennikarz zmarł w wyniku strzału w głowę.

To, co działo się później wstrząsnęło mediami w całym kraju. Wszystkie środki masowego przekazu podały informację o śmierci znanego i cenionego dziennikarza, jednak tylko Super Express miał czelność pokazać zdjęcie martwego Milewicza. W pogoni za czytelnikiem gazety są w stanie zrobić wiele, jednak nawet konkurencyjna gazeta, jaką jest Fakt, ujawniła zdjęcie ŻYJĄCEGO Milewicza. Dziennikarze z całej Polski wystosowali list, w którym prezentują swoje oburzenie:

"My, dziennikarze podpisani pod tym listem jesteśmy oburzeni publikacją "Super Expressu", który zamieścił, na pierwszej stronie, szokujące zdjęcie ciała naszego kolegi Waldemara Milewicza, zabitego przez zamachowców w Iraku.

Uważamy, że wykorzystywanie przez wszelkie media ludzkiej tragedii w celach marketingowych, promocyjnych czy politycznych jest obrzydliwe i poniżające, niegodne naszego zawodu.

Nikt z nas nie chce, by nasze, czy naszych kolegów pośmiertne zdjęcia służyły komuś do podnoszenia nakładu pism i brutalnego zarabiania pieniędzy" [4].

List został podpisany m.in. przez Wojciecha Jagielskiego, Monikę Olejnik, Dorotę Wellman, Szymona Majewskiego, Grzegorza Miecugowa, Katarzynę Kolendo-Zaleską, Pawła Płuskę i Jolantę Pieńkowską.

Pracownicy TVP również przygotowali list, w którym piszą o tym, iż są wstrząśnięci cynizmem pracowników redakcji Super Expressu. Wyrażają w nim również zdumienie zachowaniem kolegów.

Zdumienie budzi również oświadczenie Mariusza Ziomeckiego – Redaktora Naczelnego tej gazety. Oto wyjaśnienie:

"- W sobotę opublikowaliśmy zdjęcia zrobione tuż po zamachu na ekipę TVP, w którym zginęli Waldemar Milewicz i Mounir Bouamrane. Pokazaliśmy je, nie po to by epatować sensacją, ani też nie po to, by „Super Express” znalazł się w centrum uwagi.

Te zdjęcia wstrząsnęły nami, poruszyły nas bardzo głęboko. Decyzja o ich publikacji była jedną z najtrudniejszych w historii naszej gazety. Jesteśmy przekonani, że to słuszna decyzja, że nie wolno nam było postąpić inaczej.

Waldemar Milewicz - korespondent wojenny, w swojej pracy dążył do pokazania prawdy. Tragicznej prawdy o konfliktach i wojnach, które dla nas relacjonował. W imię tej samej zasady opublikowaliśmy zdjęcia z zamachu, w którym zginął. Uważamy, że nasi Czytelnicy mają takie samo prawo, jak my, dziennikarze, do poznania całej prawdy, bez

upiększeń czy niedomówień” [5].

Szokujące jest to, że nawet po fali krytyki ze strony środowiska dziennikarskiego, redaktor Ziomecki nie zdobył się na skruchę i przyznanie się do błędu. Co więcej, powiedział, że *”Zachowanie kolegów, którzy dziś zarzucają nam naruszenie zasad etyki, ponieważ ofiarami są dziennikarze, niebezpiecznie graniczy z hipokryzją” [6].*

Nie wszyscy dziennikarze są jednak nierzetelni. Można nawet śmiało powiedzieć, że tacy ludzie to mały odsetek w porównaniu do tych uczciwie pracujących. Ciekawą nagrodą, a właściwie antynagrodą jest Hiena Roku. Laureatem tego niechlubnego tytułu może być dziennikarz, *”który wyróżnił się szczególną nierzetelnością i lekceważeniem zasad etyki dziennikarskiej” [7].*

Nie ma co zatem dziwić się, że większość „Hien” nie została odebrana osobiście przez laureatów tego niechlubnego tytułu. Jednakże i ta antynagroda zdewałowowała się. Jak mówią członkowie SDP: jak wiele "Hien" można w końcu przyznawać "Faktowi" i "Super Expressowi".

Media potrafią nie tylko przedstawić informację w sposób obiektywny, ale i – a może przede wszystkim – kształtują nasze poglądy na dowolne tematy. Nie zawsze jest tak, że telewizja i inne media przedstawiają jednoznaczne swoje upodobanie, jednak nawet wtedy nas kontrolują. Musimy bowiem pamiętać, że nawet jeśli media nie mówią nam CO myśleć, mają olbrzymi wpływ na to O CZYM myślimy.

Jeśli przyjrzymy się głównym wydaniom programów informacyjnych najpopularniejszych stacji telewizyjnych zobaczymy, że przedstawiają wiadomości te same, co konkurenci, jednak są podawane w innej kolejności (za wyjątkiem jednej najważniejszej informacji) i w zupełnie odmienny sposób. To zjawisko znane jest pod pojęciem *agenda setting*, czyli teorii porządku dziennego. Jest to jedna z delikatniejszych technik manipulacji medialnej, lecz stosuje się ją bardzo często. Zagadnienie jest tak obszerne, że w swojej pracy tylko je zasygnalizowałam. Zachęcam jednak do zapoznania się z tym ciekawym tematem, jakim są sposoby manipulacji w mediach.

Śmierć jest ukazywana w sposób trywialny. Ze śmierci się żartuje, ponieważ to sprawia, że czujemy się bezpieczniej, odsuwamy od siebie poważne myśli i staje się to normą, przez co traci na tragiczności. Musimy jednak pamiętać, że nawet jeśli przestaniemy bać się śmierci i staniemy się wobec niej butni i tak jej nie unikniemy. Skecze kabaretów również stają się coraz odważniejsze. Czarny humor dominuje w tym momencie na scenie kabaretowej. O tematyce kabaretowej w ciekawy sposób pisze na swojej stronie Władysław Sikora – artysta kabaretowy, autor tekstów dla kabaretów oraz aktor nieistniejącego już

kabaretu Potem. Satyryk wyszczególnia wiele tematów, które są popularne w kabarecie. M.in. są to:

„Medialno-brukowe – raczej mało ambitny rodzaj tematu chociaż niestety skuteczny. Te wszystkie parodie popularnych osób, „wzbogacone” różnymi stereotypowymi opiniami na ich temat – to nic innego jak brukowe podejście do kabaretu. Żerowanie na cudzej popularności, często okraszone wyśmiewaniem. Ludzie to kupują, bo któż nie lubi plotek i wyśmiewania pop idoli – ale ja bez oporów nazwę to hienizmem.

Medialne – tu wachlarz tematów jest szeroki – od seriali, przez programy telewizyjne, po zjawiska polityczne – to, czym żyje telewizja i ludzie, którzy ją oglądają. Trudno o jednoznaczną ocenę – bo dobrze zrobiony skecz inspirowany rzeczywistością telewizyjną jest dobry. A mnóstwo ludzi żyje życiem telewizyjnym i też należy się im rozrywka. Na minus przemawia utrwalanie stereotypu, że czego nie ma w telewizji to jest mało ważne” [8].

Staramy się żyć dniem dzisiejszym.

Carpe diem.

Przyjrzyjmy się, z jaką formą dziennikarską – w przypadku śmierci – mamy do czynienia w mediach.

Śmierć w prasie

Najpopularniejszym i najbardziej etycznym gatunkiem według mnie jest sylwetka, zwana często ”wspomnieniem”. Oczywiście, tego modelu nie można traktować jako tekstu, który wypada napisać wyłącznie po śmierci danej osoby. Przeciwnie, pisanie sylwetki jest powszechne chociażby w przypadku aktorów, ale także znajdujemy ją dość często w świecie sportu, jednak pisanie pośmiertnie o czynach i zasługach (w przypadku sportowców np. medalach) jest jedną z najczęściej spotykanych form biograficznych.

Równie popularną, lecz bardziej obszerną niż sylwetka formą jest reportaż prasowy. W tego rodzaju wypowiedzi najczęściej jest nam przedstawiana cała historia bohatera. Poznajemy jego znajomych i przyjaciół, którzy wypowiadając się przybliżają nam niektóre wydarzenia z życia. Dobrze napisany reportaż może być interesujący dla czytelnika, a jednocześnie nie naruszać dóbr osobistych osób bliskich dla zmarłego. Wybieramy dwie, trzy anegdoty i na nich budujemy wypowiedź. W większości przypadków stosowanie takiego zabiegu słyca ją, jednak panuje zasada ”o zmarłym mów dobrze lub wcale”. Ponieważ media nie mogą pozwolić sobie na pominięcie milczeniem śmierci kogoś znanego, a znają tę niepisaną zasadę, delikatnie ”wybielają” zmarłego mówiąc, iż był on kontrowersyjny. To kolejny przykład, obrazujący w jaki sposób jesteśmy manipulowani, lecz tu owa manipulacja

jest nieszkodliwą sztuczką medialną.

Przykładowo, po śmierci gen. Wojciecha Jaruzelskiego w wiadomościach można było przeczytać, że *”największe kontrowersje w życiorysie Wojciecha Jaruzelskiego budzi do tej pory decyzja o wprowadzeniu stanu wojennego”* [9].

O byłym premierze Józefie Oleksym pisano: *”Był też – niesłusznie, jak się potem okazało – oskarżany o szpiegostwo, a potajemne nagrania jego poufnych rozmów o politycznych współpracownikach na pewien czas wykluczyły go z politycznego życia. Zawsze jednak wracał do łask”* [10].

Niewątpliwie jednym z najbardziej znanych ze swoich wypowiedzi był b. wicepremier Andrzej Lepper. Jak czytamy: *„Lider Samoobrony był znany z kontrowersyjnych i kwiecistych wypowiedzi”* [11]. Media nie boją się cytować wypowiedzi zmarłych polityków. Lecz robią to rzadko i ostrożnie przedstawiają ich stanowiska, by nie wzbudzać dyskusji i wyciszać głosy krytyki.

Śmierć w telewizji

Reportaż telewizyjny zdecydowanie różni się od reportażu prasowego. Wspominkami są czarno białe fotografie, smutna muzyka w tle i informacje, czym dane osoby zasłynęły. Jeśli był to polityk, pojawia się wzmianka w jakiej był partii, ponieważ nie wypada pisać, że był przeciwny jakiejś ważnej ustawie. Jednak nawet wtedy nie ma czasu na szacunek. W jednej chwili z czarno-białego obrazu robi się kolorowe studio, w którym pięknie uśmiechnięta pani zmienia temat na wiadomości z ogrodu zoologicznego, w którym właśnie przyszły na świat małe niedźwiadki.

Inaczej sprawa się ma w przypadku innego produktu medialnego, jakim są seriale kryminalne. Przyjrzyjmy się zwłaszcza tym opartym na prawdziwych wydarzeniach. Na początku mamy morderstwo, później prezentowana jest rodzina i bliscy osoby zamordowanej, następnie poznajemy osoby podejrzane, w końcu zbierane przez cały czas poszlaki i dowody są wystarczające, by znaleźć sprawcę. Widz otrzymuje zagadkę, którą rozwiązuje. Zapomina o tragedii najbliższych, a koncentruje się na samej szaradzie. Nie zatrzymuje się długo przy tego rodzaju sprawach, a jeśli jest to dla niego zbyt okrutne i straszne myśli z ulgą *”dobrze, że to nie ja”*, po czym przestaje się tym dłużej zajmować.

Jeśli jest to natomiast śmierć szlachetna – o ile może być nazwana szlachetną, biorąc pod uwagę fizyczny jej przebieg – zmarły ma swoją chwilę sławy, wynosi się go na piedestał. Czy naprawdę tego chce rodzina? Niewiele osób zdaje sobie sprawę, jak w ten sposób krzywdzi się tych ludzi. Po jakimś czasie społeczeństwo nudzi się historią tej tragedii i skupia uwagę na innej – nowszej świeższej, jeszcze bardziej poruszającej. A co się wtedy dzieje z

rodziną? Niewielu obchodzi to, czy są w stanie żyć po takich przeżyciach. Z dnia na dzień ich porzucono, zostawiono z pośmiertnymi odznaczeniami i chwałą dla poległego bohatera.

Dziś można powiedzieć, że historia zaczyna się od śmierci. Ktoś umiera i to jest początkiem opowieści. Często zaczynamy się kimś interesować dopiero po śmierci jego, albo bliskiej osoby. Katastrofa smoleńska, w której zginęło wielu wybitnych Polaków, jeszcze do tej pory ma swoje stałe miejsce w programach informacyjnych.

Kolejnym przykładem jest historia Katarzyny Waśniewskiej. Od chwili przyznania się jej do winy do momentu wydania wyroku, z dzieciobójczyni stała się celebrytką. Czy żeby stać się osobą, która będzie proszona na sesje zdjęciowe, osobą, która będzie zapraszana do programów telewizyjnych i z którą będą przeprowadzane wywiady, wystarczy zabić swoje półroczne dziecko? Pod materiałami opowiadającymi o postępach w śledztwie, a później o poczynaniach pani Waśniewskiej było wiele niepocholebnych komentarzy, a w szczególności gróźb i wyzwisk. Po dzień dzisiejszy media dostarczają wiele informacji z życia więziennego tej morderczyni, a podczas procesu informacjami o Waśniewskiej żyła cała Polska.

Śmierć może być swoistą "trampoliną". Popularność uzyskana w ten sposób to wyjątkowo trudne do skomentowania zjawisko. Jest ono najbardziej widoczne przy programach typu talent show. Jeszcze trudniejszym jest ocenienie czy dany uczestnik zdobywa pochlebne opinie wyłącznie dzięki swojej historii, czy też za sprawą talentu. Doskonałym przykładem może być tu przypadek Adriana Makara, który wygrał 7. edycję programu "Mam Talent!". Chłopiec zaśpiewał wzruszającą piosenkę i to połączone z informacją o jego pochodzeniu stanowiło dla polskich internautów zbyt wiele. Komentarze pod nagraniami z jego występu były pełne wyzwisk i obelg, których nie godzi się cytować. Odnosiły się do przeszłości chłopca, mianowicie tego, że pochodzi z domu dziecka, a pieniądze chce przeznaczyć na pomoc siostrze, która właśnie stamtąd odchodzi. Media zaczęły bronić piętnastolatka, co skutkowało jeszcze silniejszą falą negatywnych opinii. Były też oczywiście głosy wsparcia i gratulacje wygranej, jednak praktycznie utonęły one w morzu epitetów i krytyki. Oprócz tytułowego talentu liczy także się wygląd. Tu można wspomnieć o przypadku młodego wokalisty Marcina "Madoxa" Majewskiego, który odpadł z programu „Mam talent!” bardzo szybko. Jak czytamy na stronie programu:

”O Madoxie, choć odpadł już w półfinale drugiej edycji, zrobiło się głośno dzięki bardzo charakterystycznemu wyglądowi i oryginalnej barwie głosu. Madox wydał płytę, obecnie z sukcesami zajmuje się projektowaniem, a "Mam Talent!" wspomina jako miłą przygodę” [12].

W komentarzach pod utworami młodego artysty można było przeczytać niepocholebne

opinie, więc może i to mogło mieć wpływ na decyzję jurorów? Jednak jego kariera się rozwija, nawet dzięki tak krótkiemu uczestnictwu w programie.

Ważna jest też historia życia uczestnika. Im bardziej dramatyczna, tym lepiej uczestnik jest oceniany przez widzów. Przez widzów, lecz niekoniecznie przez jurorów. Może to bierze się z wszechobecnej w telewizji śmierci? A jaki to ma wpływ na umysły młodzieży oglądającej telewizję, można by napisać kolejny referat. Środki masowego przekazu nie odpowiadają na wiele ważnych pytań, jednak sprawiają, że o niektórych trudnych pytaniach po prostu zapominamy.

Kolejnym aspektem, który warto poruszyć są dzieła przeznaczone na duży ekran, często prezentowane w telewizji. W wielu filmach – nie tylko w twórczości Quentina Tarantino – odnajdujemy brutalne sceny, które niejednokrotnie kończą się śmiercią. Nawet w bajkach dla dzieci jest ona pokazywana, choć w sposób bardzo delikatny. Ma to za zadanie oswoić młodego widza ze śmiercią. Można nawet powiedzieć, że to pomoc naukowa dla rodziców, starających się wytłumaczyć dziecku, co stało się z babcią, której nagle zabrakło.

Podsumowanie

Choć każdy przeżywa stratę bliskiej osoby na swój sposób, żałoba nie zawsze polega na obnoszeniu się ze smutkiem. Często najpierw, jest niedowierzenie, panika i żal. Wtedy zrozpaczony po stracie człowiek chce wykrzyczeć swój ból, pragnie, oznajmić całemu światu, niebu i ziemi, jak bardzo niesprawiedliwa i nieuzasadniona była ta śmierć. Lecz to szybko przemija. Człowiek stara się wrócić do normalnego życia. Szuka ukojenia w samotności lub wśród osób, które rozumieją go i są w stanie pojąć choć częściowo. Pragnie ciszy i spokoju, czyli czegoś, czego nie znosi "czwarta władza". Media zostały stworzone do rozgłaszania, więc jeśli umiera postać powszechnie znana, przekaz zyskuje na wartości. Jeśli za pisanie reportażu bierze się osoba, która tylko uważa się za dziennikarza, może się on zmienić w dotkliwy i przykry tekst.

Należy podkreślić, jak drażliwym i trudnym tematem jest śmierć. Pamiętając jednak o podstawowych zasadach etyki dziennikarskiej, jesteśmy w stanie odróżnić, czy materiał przygotowany przez dziennikarza jest rzetelną informacją, czy stał się horrorem godnym Stephena Kinga.

W szybkim, modnym i nowoczesnym świecie śmierć jest tylko produktem pozwalającym zwiększyć sprzedaż, oglądalność lub zainteresowanie. Musimy jednak zastanawiać się nad wartością ludzkiego życia i zdawać sobie sprawę z prawdziwości pewnego łacińskiego zwrotu. *Memento mori.*

Piśmiennictwo

1. Dabrowska A.: Słownik eufemizmów polskich. PWN, Warszawa 1998, 11.
2. Ks. Boniecki A.: Parę zasad ważnych na co dzień [w:] Biblia dziennikarstwa, Skworza A., Niziołek A.(red.). Wyd. Znak, Kraków 2010, 750.
3. <http://www.sdp.pl/s/kodeks-etyki-dziennikarskiej-sdp>, data pobrania 12.03.2015.
4. <http://www.wirtualnemedial.pl/artykul/skandaliczna-okladka-super-expressu>, data pobrania 12.03.2015.
5. <http://www.wirtualnemedial.pl/artykul/nie-chcielismy-epatowac-sensacja>, data pobrania 12.03.2015.
6. <http://www.wirtualnemedial.pl/artykul/nie-chcielismy-epatowac-sensacja>, data pobrania 12.03.2015.
7. <http://sdp.pl/s/hiena-roku>, data pobrania 12.03.2015.
8. http://www.sikora.art.pl/teoria_tematy.php, data pobrania 12.03.2015.
9. <http://wiadomosci.wp.pl/kat,1342,title,Nie-zyje-general-Wojciech-Jaruzelski,wid,15517454,wiadomosc.html>, data pobrania 12.03.2015.
10. <http://www.tvn24.pl/czarno-na-bialym,42,m/jozef-oleksy-1946-2015,504749.html>, data pobrania 12.03.2015.
11. <http://wiadomosci.onet.pl/kraj/andrzej-lepper-nie-zyje-popelnil-samobojstwo/4tpk4>, data pobrania 12.03.2015.
12. <http://mamtalent.tvn.pl/aktualnosci,1911,n/mam-talent-to-szansa-na-kariere-nie-zmarnuj-jej,45953.html>, data pobrania 12.03.2015.

Twardowska-Rajewska Jolanta¹, de Mezer Joanna²

Problemy etyczne u schyłku życia – terapia uporczywa

- 1 UAM WSE Pracownia Edukacji Zdrowotnej
- 2 UAM WSE Zakład Resocjalizacji

Obserwowane w ostatnich dziesięcioleciach zjawisko demograficznego starzenia świata nasila się: populacja seniorów oscyluje wokół 20% obywateli krajów Europy i ma tendencję wzrostową.

Zdobyte nauki potrafią ustrzec człowieka przed nagłą śmiercią w przebiegu epidemii, ostrych incydentów naczyniowych (zawał serca, udar mózgu), obrażeń powypadkowych (katastrofy drogowe), jednak nie przywracają mu zdrowia i sprawności, przyczyniając się tym samym do wzrostu liczebności osób kalekich, przewlekle chorych – niepełnosprawnych.

Również starzenie przebiegające typowo jest niepomyślne, towarzyszy mu wielochorobowość (polipatologia) i niesprawność, co generuje potrzebę wsparcia, pomocy, opieki, jest kosztowne – niepożądane ekonomicznie już na wiele lat przed śmiercią.

Sektor państwowy nie jest przygotowany do pełnienia swych zadań zarówno w opiece medycznej (lekarskiej, pielęgniarskiej), jak i opiece społecznej (zasiłki pieniężne, usługi opiekuńcze).

Sektor pozarządowy nie jest w stanie zaspokoić stale narastających potrzeb w tym zakresie, a usługi komercyjne są szerzej niedostępne z racji wysokich kosztów.

Zatem rodzina - jej członkowie są i będą nadal głównymi usługodawcami opieki nad swym bliskim seniorem.

Aby pełnić właściwie zadania pomocy i opieki, poza gotowością i dobrą wolą, potrzebna jest wiedza, umiejętności i kompetencje, również tzw. miękkie, obejmujące komunikację interpersonalną (negocjowanie, mediowanie w nieformalnym zespole opieki domowej dla wypracowania zgodności celów – tj. compliance i ich realizacji), dla zapobiegania tzw. zespołowi wypalenia opiekuńczego [1].

Również kres życia – umieranie – śmierć – to typowa sytuacja kryzysowa, najtrudniejsza z możliwych również dla rodziny osoby odchodzącej. Osierocenie rozpoczyna się już w czasie odchodzenia (nieodwracalnie pogarszającego się stanu zdrowia), umierania.

Często najbliżsi nie są przygotowani do ostatecznego rozstania, nie przepracowali skomplikowanych, bolesnych problemów w relacjach interpersonalnych, nie przeprowadzili

ważnych, rozstrzygających rozmów, nie pożegnali się. Mają poczucie winy, chcą zatrzymać bliskiego wśród żywych za wszelką cenę, nawet kosztem terapii uporczywej – działania o negatywnym kontekście etycznym. Do takich postępowań można zaliczyć przetaczanie krwi, osocza czy karmienie sondą osób podlegających standardom opieki paliatywnej w okresie terminalnym życia.

Dokonania wyborów etycznych przez rodzinę wymaga także wyrażenie zgody na pobranie narządów, tkanek od osoby bliskiej dla celów transplantologii czy też podtrzymywanie podstawowych czynności życiowych osoby będącej w stanie wegetatywnym, jak również zgoda na podjęcie problematycznej terapii.

Zatem problemy końca życia osób starszych, żyjących w rodzinie, dotyczą również obszaru prawa i etyki, edukacji (przygotowania merytorycznego i emocjonalnego członków rodziny) [1].

Partnerem rodziny w tym trudnym okresie jest lekarz i jego rola w ostatnim okresie życia osoby starszej należy do najtrudniejszych. Towarzyszenie rodzinie w odchodzeniu osoby starszej, empatyczne wsparcie w osieroceniu, również dla lekarza stanowi wyzwanie i zagraża rozwojem zespołu wypalenia zawodowego. Lekarz zmuszony jest konfrontować się z problemami z obszaru bioetyki i deontologii.

Obserwujemy intensywne przemiany instytucjonalne w medycynie. Restrukturyzacja – komercjalizacja – prywatyzacja podyktowane są ekonomizacją, czyli dążeniem do balansu: koszt – korzyść/efektywność. Przemiany te, co jest oczywiste, muszą wpływać negatywnie na obszary etyki i deontologii.

Nadal w zakresie zasad etycznych obowiązuje Kodeks Hipokratesa, liczący 2500 lat [2,3,4]. Zawiera on „normy interesu”, regulujące obowiązki lekarzy względem korporacji i stojące na straży indywidualnego interesu medyków w stosunku do zasad służących dobru chorych. Zawiera też „zasady etosu” – czyli pryncypia dobra chorego.

Mimo prób zwolenników paradygmatu naprawczego – techniczno – laboratoryjnego, w medycynie nadal „stan lekarski” uważany jest za „profesję” nie zaś „zawód”, zgodnie z humanistycznym – humanizującym etosem. Dlatego też nadal funkcjonuje nieodłączny dla tej profesji paternalizm (pełna decyzyjność i odpowiedzialność lekarza za pacjenta), uważany dziś na „niedoskonałość” (anachronizm?) i wymagający „złagodzenia” czy wręcz likwidacji.

W czasach współczesnych najwcześniej (1847 rok) kodeks etyki medycznej został sformułowany przez Amerykańskie Towarzystwo Medyczne. Fundamentem była zasada wzajemności (zbiorowy autorytet profesji złączonej przysięgą) oraz oddzielenie moralnego autorytetu od sacrum [5].

W 1884 - Warszawskie Towarzystwo Lekarskie stworzyło Zasady obowiązków i praw lekarzy. Były one fuzją norm etosu, traktowanych jako prawdy moralne z regułami interesu i etykietą profesjonalnego zachowania się w zawodzie.

W liberalnych demokracjach obserwujemy swoistą rewolucję bioetyczną: odejście od paternalizmu i izolacji w obrębie kolegialnie ustalanego etosu na rzecz poszanowania autonomii pacjenta.

Współcześnie, składane przez absolwentów medycyny ślubowanie potwierdza wejście w profesję i wierność powołaniu, przypomina standardy etyczne wykonywania profesji, wzmacnia społeczne zaufanie do profesji [4,5].

Istnienie i przestrzeganie zasad kodeksu Hipokratesa jest szczególnie ważne i trudne w stadiach terminalnych ciężkich, nieuleczalnych chorób, podlegającym procedurom i standardom opieki paliatywnej.

Odchodzenie to okres życia, jak wspomniano powyżej, w którym prawa człowieka i godności jednostki ludzkiej w obszarze biologii i medycyny mogą nie być przestrzegane.

Ochronie również tych praw służy Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie (4.04.1997, Oviedo-Rada Europy) [6, 7].

W rozdziale 1 tej Konwencji umieszczono

- zasadę ochrony godności i tożsamości wszystkich ludzi (przeciw dyskryminacji), poszanowanie integralności, podstawowych wolności (biologia, medycyna) i innych praw
- zasadę prymatu jednostki ludzkiej nad wyłącznym interesem społeczeństwa lub nauki
- zasadę realizacji opieki i badań zgodnie z zasadami (standardami) postępowania zawodowego (też rozdz. 4).

W rozdziale 2 – zapisano konieczność uzyskania zgody chorego (z możliwością jej wycofania) na każdą interwencję medyczną, co musi być poprzedzone informacją o celu, naturze, ryzyku i skutkach takiej interwencji; określono zasady postępowania w przypadku osób ubezwłasnowolnionych, małoletnich (z uwzględnieniem wcześniejszych życzeń). Liberalna demokracja panująca w świecie cywilizacji zachodniej coraz silniej bowiem eksponuje partnerstwo pacjenta w procesie diagnostyczno – terapeutycznym.

Rozdział 3 zawiera prawo do poszanowania życia prywatnego w zakresie informacji dotyczących zdrowia oraz akceptację odmowy przyjęcia informacji o swoim stanie zdrowia. Podnośnie prawdy o chorobie (fatalne rokowanie co do wyleczenia i życia) – pacjent ma wolność wyboru odnośnie uzyskania informacji, jak i do odmowy jej przyjęcia.

Rozdział 4 dotyczy genomu: zawiera zakaz dyskryminacji ze względu na dziedzictwo genetyczne, zakaz dokonywania wyboru płci i interwencji genetycznych odnośnie dziedziczenia przez potomstwo oraz podaje zasady wykonywania testów genetycznych.

Rozdział 5 skupia zasady prowadzenia badań w dziedzinie biologii i medycyny, również u osób nie mogących wyrazić zgody oraz badań na embrionach *in vitro*, a także zasady pobierania narządów i tkanek od żyjących dawców oraz protokoły dodatkowe odnośnie klonowania i transplantacji.

Współcześnie, jak wyżej wspomniano, coraz silniej eksponowane są prawa pacjenta [5, 6]. Dobrze znane są „*Audiat et ultra pars*”: trzeba wysłuchać drugiej strony oraz „*Salus aegroti suprema lex esto*”: dobro chorego powinno być dobrem najwyższym. Sugeruje to odstępianie od tradycyjnej postawy paternalistycznej lekarza.

Prawo do informacji i świadomej zgody pacjenta znajduje odzwierciedlenie w rozlicznych dokumentach i literaturze przedmiotu. A oto niektóre z nich:

- 1959 – Kielanowski
- 1968 – Polskie Towarzystwo Lekarskie,
- 1991 – Kodeks Etyki Lekarskiej,
- 1964 – Deklaracja Helsińska,
- 1964 – Międzynarodowy Kodeks Etyki Lekarskiej,
- 1981 – Deklaracja Lizbońska,
- 1983 – Deklaracja Wenecka,
- 1984 – Karta Praw Pacjenta,
- 1994 – Deklaracja Praw Pacjenta WHO,
- 2002 – T. Brzeziński: Etyka Lekarska,
- 2008 – Ustawa o zawodzie lekarza.

Na przestrzeni lat zmieniło się podejście do „prawdy o chorobie” (wyżej sygnalizowany problem) przekazywanej pacjentowi.

I tak, Grzywo-Dąbrowski (1958) i Nowicki (1962) twierdzili, że informację o chorobie nowotworowej należy podawać wyłącznie rodzinie pacjenta, zaś o szczegółach leczenia nie należy informować. Może to bowiem pogorszyć efekty leczenia, a nawet spowodować śmierć (przez samobójstwo).

Bardziej skomplikowanym prawnie problemem jest „odmowa leczenia przez pacjenta”, co dotyczy np. alkoholika lub świadka Jehowy [8,9,10]. Niemożność wdrożenia/kontynuowania terapii w tej sytuacji jest odbierana przez lekarza jako osobista

porażka - klęska. Lekarz bowiem nie ma prawa „leczyć niezależnie od woli pacjenta”, za wyjątkiem choroby psychicznej i uzależnienia, choroby zakaźnej lub stanu bezprzytomności, kiedy to „świadoma wola nie może być wyrażona”.

Z drugiej strony, „lekarz ma obowiązek udzielenia pomocy” w każdym przypadku, kiedy to „brak takiej pomocy może spowodować pogorszenie stanu pacjenta lub zagrożenie życia”. Jest to „stan wyższej konieczności” lub „klauzula sumienia”. Nie może to być jednak przedmiotem nadużyć. Widoczna jest tu sprzeczność między dwoma wyżej przytoczonymi stwierdzeniami [9,10].

Ochronie praw pacjenta służy tzw. „testament życia” [11]. Jest to „oświadczenie woli pro futuro”, sporządzone zgodnie z prawem precyzyjnie pisemnie (nie ustnie i nie przez wyłącznie świadków) lecz przez chorych śmiertelnie, którzy odmawiają przyjęcia zabiegów ratujących życie wskutek przekonania o znikomej ich skuteczności lub odmawiają czynności podtrzymujących życie w stanie wegetatywnym, czy też nie wyrażają zgody na sztuczne odżywianie (DRN: *de not resuscitate*) [12,13].

W Polsce prawa te były przedmiotem zainteresowania prawników i polityków (J. Gowin, P. Łuków, M. Safian) jednak nadal brak obowiązujących regulacji.

W takich krajach, jak USA, Kanada, Australia, Holandia, Singapur – wola rodziny nie jest uwzględniana, chyba że w wyniku postępu w medycynie zmieniły się praktyczne realia.

W sytuacji, gdy lekarz zgodnie z „klauzulą sumienia” odmawia udzielenia pomocy (np. wykonania zabiegu terminacji ciąży), jest on zobowiązany wskazać pacjentowi miejsce, w którym taką pomoc uzyska.

W praktyce, zazwyczaj respektowana jest wola rodziny zmarłego (co do np. pobrania narządów), jako wola pacjenta, wyrażona przez niego przed śmiercią w obecności rodziny.

Jak wyżej wspomniano, sytuację odmowy przyjęcia leczenia lekarz odbiera jako klęskę zawodową i osobistą, bowiem studia medyczne nie przygotowują przyszłych lekarzy do takich sytuacji. Oczywiście, nie ma tu znamion czynu określanego jako „zaniechanie”, „eutanzja bierna” (nieuzasadnione zaniechanie działań podtrzymujących życie), „samobójstwo wspomagane” czy nawet „eutanzja czynna” (działanie lekarza zmierzające do zakończenia życia pacjenta przez podjęcie konkretnych kroków przyspieszających moment śmierci, co w RP jest karalne w oparciu o KK150) [14, 15].

Od 2008 roku w stanach Oregon i Waszyngton USA obowiązuje „Ustawa o godnej śmierci Death with Dignity Act, która wyraża akceptację dla „samobójstwa wspomaganego”, która to procedura nie jest finansowana przez obowiązujący system ubezpieczeń Medicare i Medicaid. Warunki dopuszczenia do realizacji tej procedury są ściśle sprecyzowane: wiek

petenta powyżej 18 lat, zachowane zdrowie psychiczne, istnienie nieuleczalnej choroby, prowadzącej do śmierci przed upływem 6 miesięcy, co zostało potwierdzone zgodną opinią dwóch lekarzy, wyrażenie dobrowolnej zgody poprzedzonej uzyskaniem przez chorego pełnej informacji, dwukrotne wyrażenie woli, po 15 dniach zapisane w obecności dwóch niezależnych świadków, udostępnienie po 48 godzinach leku do zażycia bez asysty [12,13, 14].

W ostatnim czasie częstszym problemem etycznym jest stosowanie tzw. „terapii uporczywej”, na temat przerywania której nie ma obowiązujących ustaleń.

Ze względu na konieczność ustalenia precyzyjnych przepisów prawnych, dotyczących „granic terapii medycznych”, powstała Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia. Zdefiniowała ona „terapię uporczywą” jako nieproporcjonalną, nadmierną, daremną, zbyteczną, czyli stosującą procedury medyczne w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłużają jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Terapia uporczywa nie obejmuje jednak podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów (jak nudności, czkawka, wymioty, świąd, duszność, „bolesne usta” itp.) oraz karmienia do - i pozajelitowego, jeśli jednak służą dobru chorego (nie mają znamion terapii uporczywej). 32 artykuł KEL (Kodeksu Etyki Lekarskiej) zwalnia lekarza z obowiązku stosowania procedur terapii uporczywej (precyzując kryteria odstąpienia, konsultacje prawne i etyczne, podjęte zespołowo) i środków nadzwyczajnych w stanach terminalnych.

Jednak KEL ostateczną decyzję pozostawia lekarzowi wobec niejednoznaczności zasad. Są to dla lekarza sytuacje szczególnie trudne a zarzuty z powodu rzekomego zaniechania terapii (uporczywej!) są znacznie częstsze, aniżeli w przypadku jej kontynuowania i wymagają wyczerpującego uzasadnienia decyzji. Powinna tu jednak decydować wola i zgoda autonomicznego pacjenta, mającego prawo do odmowy leczenia (nawet bez znamion terapii uporczywej), przy czym pacjent nie musi swojej decyzji uzasadniać.

Wybór właściwego postępowania wobec chorych terminalnych (tu: seniorów w rodzinie) powinien być wynikiem równowagi między prawami i obowiązkami leczonych i leczących [13,14,15].

A więc istnieje zgodność, że terapia (uporczywa!) winna być zaniechana, gdy proces chorobowy dotarł do punktu, kiedy potencjalna interwencja przestała służyć dobru pacjenta [16,17].

W praktyce ciągle pojawia się dylemat, czy odłączenie pacjentowi terminalnemu sondy pokarmowej jako metody leczenia jest zakończeniem terapii uporczywej, czy formą eutanazji biernej. Jest to typowy przykład na niezgodność między wolą rodziny a decyzją medyczną: rodzina zazwyczaj wymusza działania terapii uporczywej wbrew racjonalnym faktom, nie pozwalając na odejście bliskiego, przedłużając jego cierpienia.

Papież Jan Paweł II wyraził opinię, że człowiek ma „*prawo do umierania w spokoju i godności, i wyrażenia zgody na leczenie*” (świadoma decyzja po uzyskaniu pełnej informacji). W miejsce terapii uporczywej winna być stosowana tzw. „terapia proporcjonalna”, czyli działanie lecznicze optymalne dla chorego, przynoszące pozytywny efekt i nie narażające na zbędne uciążliwości oraz nieuzasadnione pogorszenie jakości życia.

Szpitalne zespoły etyczne, m.in., mają oceniać zagrożenie terapią uporczywą i warunki odstąpienia od niej.

W terminalnym okresie życia osoby starszej, pozostającej pod opieką najbliższej rodziny pozostają w interakcji trzy czynniki: pacjent z jego prawami i obowiązkami, lekarz i jego kompetencje zawodowe oraz tzw. miękkie (profesjonalizm a empatia) oraz najbliższa rodzina jako realni opiekunowie chorego [18].

Jeśli skupimy się na lekarzu – błędy zawodowe (czyli spowodowane brakiem staranności, uważności, wnikliwości, myśleniem stereotypowym i brakiem indywidualizacji) należą raczej do rzadkości i trafiają do różnego typu sądów (od korporacyjnych począwszy) [16,17,19-22]. Natomiast „niedoskonałości” w relacjach interpersonalnych są powszechne, wskutek braku uwzględnienia tej problematyki zarówno w systemie akademickiego kształcenia przeddyplomowego, jak i podyplomowego. Początkiem dobrych relacji z pacjentem i jego opiekunami jest umiejętność słuchania i prowadzenia dialogu, a więc przeciwieństwo paternalizmu (monologowanie i nakazowość) [20,23] Negocjowanie, mediowanie z pacjentem i jego rodziną w zakresie wypracowania planu terapeutycznego, pielęgnacyjnego i opiekuńczego, w atmosferze partnerstwa pozwala uniknąć rozejścia się celów i odstąpienia w realizacji zaleceń (compliance). Aby uniknąć tych problemów lekarz musi dysponować odpowiednią ilością czasu na rozmowę, miejsce prowadzenia rozmów musi być sensownie dobrane, lekarz powinien być do rozmowy przygotowany merytorycznie uwzględniając zrozumiały dla pacjenta język (z wykluczeniem żargonu zawodowego), przejawiać otwartość i cierpliwość oraz kulturę osobistą (uprzejmość) oraz empatię.

Należy unikać przedmiotowego traktowania pacjenta (depersonalizacja), wyrażając zarazem szacunek i poszanowanie jego godności [8,18,24,25,26].

Presja czasu, zmęczenie lekarza, szorstkość i zniecierpliwienie (zespół wypalenia zawodowego lekarza) oraz brak empatii (wyrażanie współodczuwania, zrozumienia, udzielanie wsparcia duchowego) uniemożliwiają budowanie życzliwego zaufania i więzi, niezbędnej w towarzystwie na tej ostatniej ścieżce życia [19,22]. Przeciwnie, nadmierna empatia uniemożliwia profesjonalne wykonywanie procedur zawodowych i działa na szkodę pacjenta.

Podsumowując, należy pilnie zweryfikować współczesne rozumienie sukcesu lekarza: bezwarunkowe postawienie diagnozy i leczenie przyczynowe prowadzące do pełnego wyleczenia. W dobie chroniczacji chorób (uratowanie życia bez wyleczenia choroby), narastającego kalectwa i niepełnosprawności (wrodzonego i nabytego) nieuniknione jest odejście od paradygmatu medycyny tzw. naprawczej, wyłącznie technicznej i laboratoryjnej, powrót do medycyny holistycznej i humanizującej, idealistycznej, gdzie lekarz znowu będzie nauczycielem, opiekunem, towarzyszem i najlepszym przyjacielem pacjenta i jego rodzin [21, 24,25].

Powróci znowu dziś prawie nieistniejący „Mistrz –Autorytet - Ekspert”, czyli bardziej doświadczony starszy kolega lekarz (konsultant, superwizor), który będzie wspierał lekarza w jego trudnej pracy.

Powyżej poświęcono wiele uwagi prawom pacjenta. Jednak w tak rozumianej partnerskiej „współpracy” z lekarzem, pacjent musi mieć swoje obowiązki [8,9,10]. Są one zapisane w regulaminach jednostek opieki medycznej (ZOZ-y, szpitale).

Obowiązki pacjentów nie są bardzo często przez nich wypełniane, co określa się „odmową zdrowia” [9]. Pacjenci nie przyjmują leków w nakazanych terminach i dawkach, nie wykonują badań kontrolnych i nie zgłaszają się na wizyty w wyznaczonych terminach, trwają w nałogach, nie przestrzegają diety i zaleceń co do aktywności fizycznej. Coraz częstsze są akty agresji ze strony pacjentów wobec lekarzy - słowne, fizyczne [10,26,27]. Mnożą się pozwody sądowe przeciw personelowi medycznemu, a przyczyna tkwi najczęściej w złym systemie organizacji opieki medycznej (wyżej wspomniana restrukturyzacja – komercjalizacja). Według Karpmana, lekarz znajduje się z tzw. „pułapce trójkąta dramatycznego”: równocześnie jest „lekarzem - ofiarą” (systemu, losu), „lekarzem-ratownikiem”, wreszcie „lekarzem – prześladowcą”.

Czerska mówi o „wyzysku moralnym lekarza”, jako wyniku niespełnionych nadziei pacjentów. Specjaliści przedmiotu zalecają dla minimalizacji agresji dobre wykształcenie lekarzy w komunikacji interpersonalnej.

Ostateczną bronią wobec nieuzasadnionej agresji pacjentów może być udokumentowana odmowa leczenia ze strony personelu medycznego pacjenta, z którym nie można nawiązać współpracy.

Rodzina opiekująca się swoim bliskim u kresu jego życia stanowi trzecią, istotną składową, opisywanego układu (interakcji) [27,28,29].

KEL (art. 15) precyzuje zasady zgody na postępowanie medyczne – w przypadku rodziny – zgody tzw. równoległej czy zastępczej.

Lekarz ze strony rodziny w terminalnym okresie życia pacjenta może spotkać się z dwoma krańcowymi stanowiskami: żądaniem (często „nie - opiekunów ani ustawowych, ani praktycznych) bezzasadnego zaniechania czynności medycznych, zagrażające życiu i zdrowiu (np. nieuzasadniony wypis ze szpitala), bądź też żądanie prowadzenia terapii uporczywej, formułowane jako: „co jeszcze można zrobić, abyśmy sobie potem nie wyrzucali zaniechania” lub „proszę bezwzględnie ratować bez względu na koszty” [17]. I tu znowu konieczna jest asertywna, empatyczna rozmowa z rodziną.

O problemach tych pisze Dukiet–Nagórska w publikacji „Autonomia pacjenta a polskie prawo karne”.

W świetle przytoczonych danych oczywistą wydaje się konieczność kształcenia personelu medycznego w zakresie wyżej opisanych kompetencji miękkich. Pozwoli to na interdyscyplinarną edukację rodziny opiekującej się swoim najbliższym w terminalnym okresie jego życia, wpłynie na poprawę standardów opieki, sprawowanej przez nieformalny „zespół opieki domowej” z udziałem lekarza i rodziny, zapobiegnie zespołom wypalenia zawodowego i opiekuńczego, poprawi jakość życia wszystkich i odchodzenia bliskiego.

Piśmiennictwo

1. Szulc R.: Wybrane problemy deontologii lekarskiej. Szulc R. (red). Wyd. Akademii Medycznej, Poznań 1999.
2. Nawrocka A.: Przysięga Hipokratesa a wzory osobowe lekarzy polskich: Władysława Biegańskiego, Juliana Aleksandrowicza i Kornela Gibińskiego. Ann. Acad. Med. Siles., 2007, 61, 161 – 168
3. Biesaga T.: Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna. Med. Prakt., 2006, 7 – 8, 20 - 25
4. Bęben A.: Hipokrates, pradoktor. Rynek Zdrowia, 2008, 7/8, 70-71.
5. Szewczyk K.: Kodeksy bioetyki lekarskiej i bioetyka. Gazeta Lekarska, 2007, 9, 32 – 34.
6. Zajdel J.: Prawa pacjenta kiedyś i dziś. Gazeta Lekarska, 2009, 1, 217, 26 – 27.

7. Czarkowski M.: Europejska Konwencja Bioetyczna. *Gazeta Lekarska*, 2009,2, 28.
8. Dzierżgowski P.: Pacjent ma również obowiązki. *Gazeta Lekarska*, 2010, 5, 6 -7.
9. Kopocz S. : Odmowa zdrowia. *Medical Tribune*, 2008,19, 9.
10. Jurek T.: Pijany pacjent płaci? *Medical Tribune*, 2011, 7, 9.
11. Gałęska – Śliwka A. : Testament życia. *Medical Tribune*, 2009,1, 9.
12. Łuków P.: Testament na wagę śmierci. *Medical Tribune*, 2009, 2, 13.
13. Waszyngton i prawo do godnej śmierci. Artykuł Redakcyjny. *Medical Tribune*, 2009, 4, 9.
14. Krajewski R.: Terapia uporczywa. *Gazeta Lekarska*. 2009, 3, 20 - 21
15. Gałęska – Śliwka A. : Zaniechanie terapii. *Medical Tribune*, 2009, 3.
16. Szawarski Z.: Granice solidarności. *Medical Tribune*, 2011, 7, 7.
17. Groopman J.: Podstępne gry umysłu. *Medical Tribune*, 2009, 3, 22.
18. Kopocz S. : Mówić ze zrozumieniem. *Medical Tribune*, 2009, 4, 10.
19. Zielonka T.: Etyka po dyplomie: od paternalizmu do partnerstwa. *Medycyna po Dyplomie*, 1998, 7, 17 – 20.
20. Tallis R.: Tajemnice i paradoksy naukowego podejścia do medycyny. *Medycyna po Dyplomie*, 2008, 17, 54 – 58.
21. Bendapudi N.M., Berry L.L., Frey K.A., Turner Parish J., Rayburn W.L : Czego pacjenci oczekują od idealnego lekarza. *Medycyna po Dyplomie*, 2006, 15, 197 – 204.
22. Banach A : Nikt nie zaufa lekarzowi, który nie rozumie bólu. *Gazeta Lekarska*, 2008, 1, 29.
23. Drobnik L.: Lekarz wchodzi w trzecim akcie. *Medical Tribune*, 2010, 7, 30.
24. Baum M.: Pojęcie holizmu w medycynie konwencjonalnej i alternatywnej. *Medycyna po Dyplomie*, 2010, 19, 92 – 96.
25. Grabowski P., Rosalska M.: Kompetencje miękkie. *Gazeta Lekarska*, 2009, 8 35.
26. Katrynicz A.: Rozmowa to podstawa. Jak pracować z trudnym pacjentem? *Gazeta Lekarska*, 2010, 5, 8 – 9.
27. Drozd R.: Jak niewiedza rodzi agresje rodziny pacjenta. *Medical Tribune*, 2011, 2, 11.
28. Kopocz S. :Pacjent – własność rodziny. *Medical Tribune*, 2009, 15, 8.
29. Lo B., Ruston D., Kates L.W. i wsp.: Omawianie kwestii religijnych i duchowych u schyłku życia. *JAMA – PL*, 2002, 4, 357 – 362.

Okurowska Magdalena¹, Rolka Hanna^{2,3}, Kowalewska Beata^{2,3}, Jankowiak Barbara^{2,3}

Trudne etycznie dylematy w opinii społecznej

1. Absolwentka Studiów drugiego stopnia na kierunku Pielęgniarstwo Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Wstęp

Na podstawie etyki rozpatrywane są pojęcia, takie jak dobro, zło, obowiązek, czy też moralność. Często jednak w języku potocznym zamiast o „etyce” mówimy o „moralności”, nie odróżniając ich zakresów znaczeniowych [1]. Moralność jest domeną decyzji i czynów człowieka, natomiast etyka (dział filozofii) to już refleksja, teoretyczny namysł, którego idea stanowi moralność [1]. Moralnymi nazywane są sposoby zachowania, postawy i motywacje odpowiadające wyznacnikom dobra, słuszności czy powinności. Etyka to rozważania odnośnie norm, wartości i moralnych zachowań. Etymologia tych terminów jest odmienna [1]. Etyka wywodzi się z greckiego słowa *ethikos* (zwyczajny, obyczajny), nawiązuje do *ethos*, czyli charakteru, zwyczaju, obyczaju - sposobu postępowania w danej społeczności. Moralność pochodzi od łacińskiego słowa *moralis*, dotyczy bardziej słuszności czynów niż charakteru osoby, która ich dokonuje [2].

Nie trudno zauważyć, iż teoretycy moralności mówiąc o etyce, myślą o zespole ocen i norm moralnych funkcjonujących w danej grupie ludzi. Tym samym utożsamiają etykę z moralnością [2].

Przedmiotem materialnym etyki jest moralność rozumiana jako przejaw ludzkiej działalności. Obok moralności istnieją inne obszary ludzkiego działania co skutkuje tym, że trudno oddzielić od siebie to, co jest moralne, od tego, czego nie da się rozpatrywać w kategoriach moralnych [3].

Przedmiot badany przez etykę jako naukę stanowią:

- „ludzkie działanie (decyzja, czyn, postępowanie),
- ludzka postawa, z jakiej poszczególne czyny wypływają i którą z kolei utrwalają,
- człowiek jako sprawca działania (postępowania, decyzji, czynu) bądź podmiot postawy” [4].

Czym są dylematy moralne? Dylematy moralne są niecodzienną sytuacją, które zmuszają nas do podjęcia decyzji w sprawie ważnej dla nas samych, czy w sprawie innych

[5]. Przez dylemat rozumie się trudny wybór, dokonywany między dwiema alternatywnymi możliwościami. Dylemat to więcej niż problem. Problemem jest wyzwanie naszej aktywności poznawczej, lecz jest on rozwiązywany niż rozstrzygany [6]. Zmaganie się z problemami jest nieodłącznym elementem podczas realizowania pewnych zamiarów. Rozstrzyganie problemów można odłożyć na później, lecz wobec dylematu trzeba stanąć po jednej stronie z alternatywnych propozycji. Każde działanie ma za sobą rozstrzygające racje. Nawet jeśli staniemy po jednej stronie, przekonani o słuszności naszej decyzji, zdajemy sobie sprawę, iż nie zapobiegniemy złym skutkom niewybrania drugiej [6].

Bioetyka to „dział filozoficznej etyki szczegółowej, która ma ustalić oceny i normy (reguły) moralne ważne w dziedzinie działań (aktów) ludzkich polegających na ingerencji w granicznych sytuacjach związanych z zapoczątkowaniem życia, jego trwaniem i śmiercią” [7]. Szczególną uwagę bioetycy zwracają na problemy dotyczące początku i końca życia ludzkiego. Poruszane są kwestie eutanazji, aborcji, uporczywej terapii, zapłodnienia in vitro itp.

Dylematy etyczne są sytuacjami sprzecznych moralnych żądań. Wymagają odniesienia się do nich i wyboru. Podejmując działanie zgodnie z jedną zasadą naruszamy drugą. Etyczny dylemat odwołuje się do naszych przekonań, odczuć o tym, co my postrzegamy jako dobre i słuszne w świetle uznawanej przez nas hierarchii wartości, norm moralnych, kodeksów, religii, którą wyznajemy [6,7].

Cel pracy

Celem pracy było:

- zbadanie opinii dotyczącej tematów trudnych etycznie związanych z procedurą przeszczepiania narządów, eutanazji, stosowania uporczywej terapii, zabiegów wspomagających prokreację oraz adopcji dzieci przez pary homoseksualne,
- zbadanie stopnia tolerancji społeczeństwa wobec omawianych problemów,
- zbadanie poziomu wiedzy na temat omawianych dylematów.

Material i metoda

Badaniem objęto populację 200 osób doborem próby losowej. Respondenci mieścili się w przedziale wiekowym od 18 do 75 lat. Badania przeprowadzone zostały na terenie województwa podlaskiego.

Do oceny zbadania opinii respondentów na temat dylematów etycznych zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Dla potrzeb pracy skonstruowano autorski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz ankiety zawierał łącznie 37 pytań oraz metryczkę z danymi socjodemograficznymi.

We wstępie kwestionariusza ankiety umieszczono informację o sposobie wypełniania ankiety oraz poinformowano o celu i przeznaczeniu badań. Zapewniono również osoby o całkowitej anonimowości prowadzonych badań.

Wyniki

Badanie ankietowe przeprowadzono w grupie 200 osób. Wśród respondentów było 130 kobiet (65,0%) i 70 mężczyzn (35,0%). Przeważająca część badanych osób była w wieku pomiędzy 18. a 25. rokiem życia (Tabela I).

Tabela I. Wiek respondentów

Przedział wiekowy	Kobiety	Mężczyźni	Razem
18-25 lat	89	41	130
	68,5%	58,6%	65,0%
26-35 lat	9	8	17
	6,9%	11,4%	8,5%
36-45 lat	11	7	18
	8,5%	10,0%	9,0%
46-55 lat	19	13	32
	14,6%	18,6%	16,0%
56-65 lat	2	0	2
	1,5%	0,00%	1,0%
66-75 lat	0	1	1
	0,00%	1,4%	0,5%

Wśród respondentów było 47,0% mieszkańców wsi oraz 53,0% mieszkańców miast, w tym 12,5% poniżej 10 tysięcy mieszkańców, a 40,5% - powyżej 10 tysięcy mieszkańców. Ankietowani prezentowali wysoki poziom wykształcenia – ponad połowa ukończyła studia wyższe, w tym 27,7% - ze stopniem licencjata, a 23,1% - ze stopniem magistra. Osoby po szkole średniej stanowiły 39,2% grupy, a po szkole podstawowej i zawodowej było w sumie tylko 10,0% respondentów.

Wśród respondentów dominowały osoby o statusie panna/kawaler (62,0%). Następna pod względem liczności była grupa badanych żyjących w związkach małżeńskich (28,0%). Łączny udział pozostałych ankietowanych osób wynosił 10,0%.

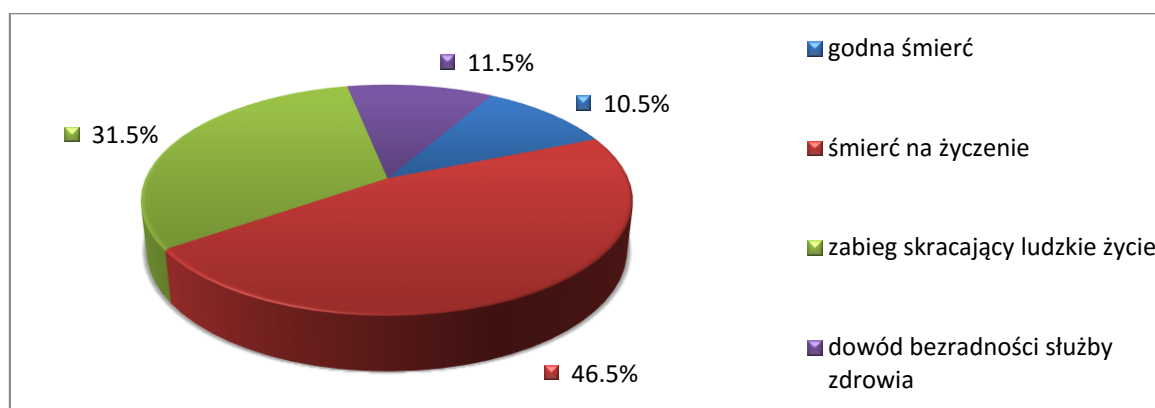
W badanej grupie dominowali wyznawcy kościoła rzymskokatolickiego (67,5%). Pozostali ankietowani byli wyznania prawosławnego (20,5%) lub świadkami Jehowy (12,0%) (Tabela II).

Ankietowani zapytani o termin eutanazji najczęściej wskazywali definicję „śmierć na życzenie” (46,5%). Co trzeci respondent wybierał określenie „zabieg skracający życie”

(31,5%). Natomiast pozostali badani uznali eutanazję za „godną śmierć” (10,5%) lub „dowód bezradności służby zdrowia” (11,5%) (Rycina 1).

Tabela II. Wyznanie religijne respondentów

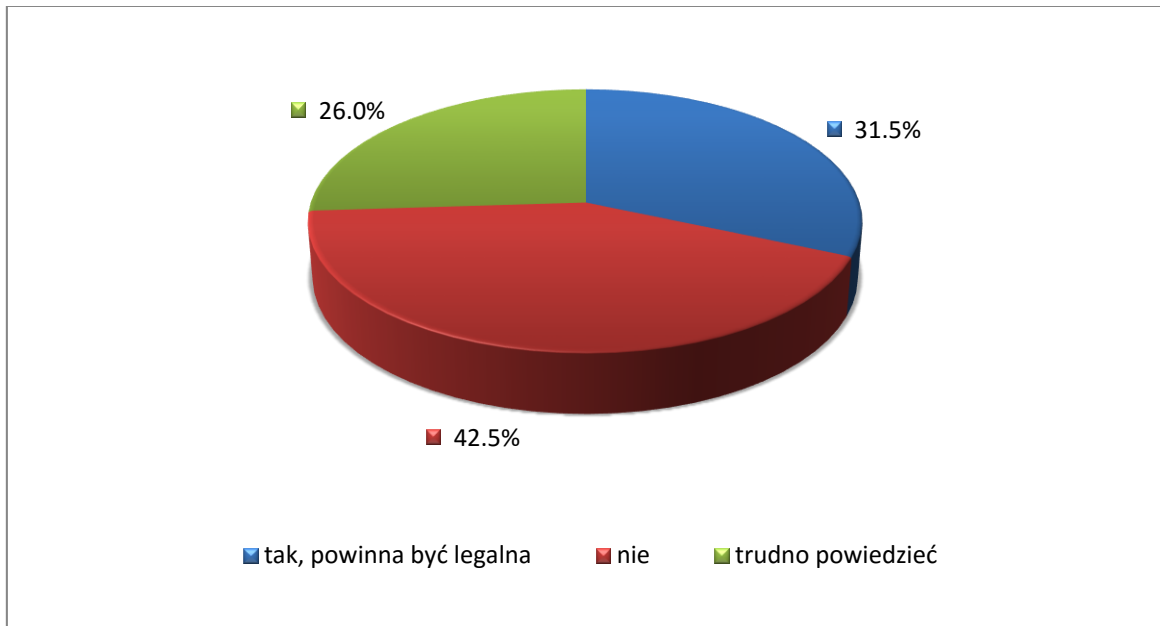
Wyznanie	Kobiety	Mężczyźni	Razem
Rzymskokatolickie	99	36	135
	76,2%	51,4%	67,5%
Prawosławne	25	16	41
	19,2%	22,9%	20,5%
Świadkowie Jehowy	6	18	24
	4,6%	25,7%	12,0%



Rycina 1. Definicja terminu eutanazja wśród respondentów

Określenie eutanazji jako „śmierci na życzenie” najczęściej było wskazywane przez osoby prawosławne (61,0%) i wyznania rzymskokatolickiego (45,9%). Definicja „godna śmierć” była wybrana przez połowę z ankietowanych Świadców Jehowy (50,0%). Sformułowanie „zabieg skracający ludzkie życie” występowało w każdej z grup, jednak najczęściej wybierali je katolicy (36,3%). Eutanazję jako „dowód bezradności służby zdrowia” postrzegali respondenci wyznania rzymskokatolickiego (11,1%) i prawosławnego (19,5%).

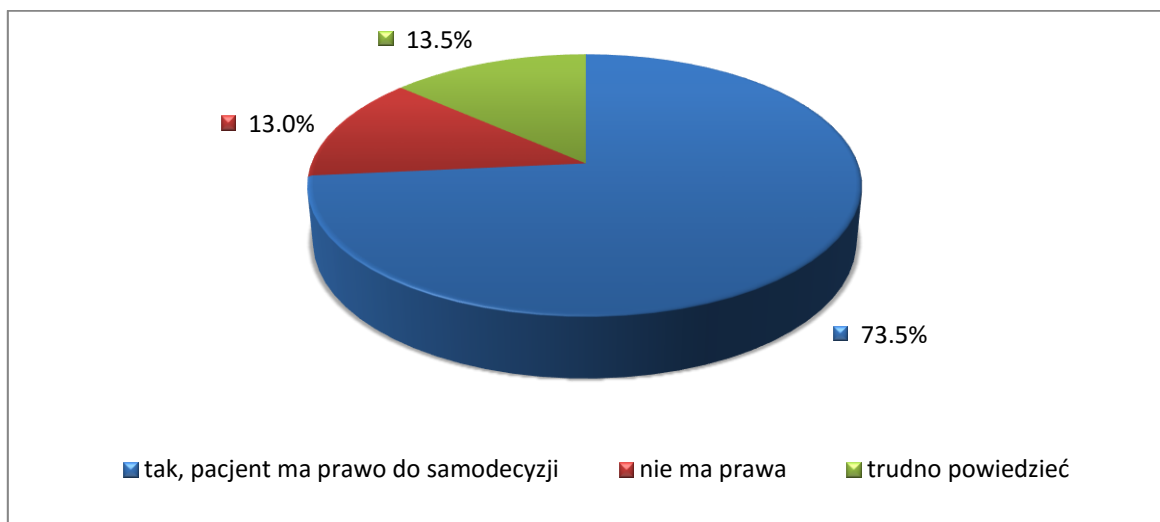
Zdaniem 31,5% badanych eutanazja w Polsce powinna zostać zalegalizowana. Przeciwną opinię wyraziło 42,5% ankietowanych. Pozostali badani (26,0%) nie potrafili udzielić jednoznacznej odpowiedzi na analizowany problem legalizacji tak kontrowersyjnego dylematu moralnego (Rycina 2).



Rycina 2. Legalność eutanazji w Polsce w opinii respondentów

W przypadku legalizacji eutanazji zgodę na jej dokonanie w stosunku do ciężko chorej osoby bliskiej wyraziłoby 19,5% respondentów. Brak akceptacji takiej sytuacji wyraziło 43,5% badanych, a 37,0% nie umiało jednoznacznie przewidzieć swojego postępowania.

W opinii 73,5% respondentów pacjent ma prawo do podejmowania samodzielnych decyzji w zakresie podejmowanej terapii leczniczej (Rycina 3).



Rycina 3. Prawo pacjenta do samo decydowania o własnym procesie terapeutycznym w opinii respondentów

Prawo pacjentowi do samodecydowania o własnym procesie terapeutycznym dawali ankietowani wszystkich wyznań. Najczęściej prawo to odbierali prawosławni (19,5%) oraz katolicy (13,3%). Zdaniem 45,5% ankietowanych powinno się zezwolić na wykonanie eutanazji u osób, którym można byłoby ulżyć w cierpieniu poprzez zastosowanie bezbolesnych środków skracających życie. Przeciwną opinię wyraziło 36,0% respondentów. Prawo do eutanazji osób nieuleczalnie chorych dało 3/4 osób prawosławnych (80,5%) i Świadców Jehowy (75,0%). W przypadku wyznania rzymskokatolickiego dominowała odpowiedź przeciwstawna (48,9%).

W opinii ankietowanych osób decyzja o eutanazji powinna należeć do samego chorego (53,5%). W dalszej kolejności respondenci dopuścili rodzinę (16,5%), lekarza prowadzącego (7,5%), komisję lekarzy specjalistów (7,0%) oraz sąd, działający na wyraźną prośbę pacjenta lub jego rodziny (6,5%). W odpowiedzi na to pytanie otrzymano również sformułowanie, że „nikt nie może decydować o życiu drugiego człowieka”. Tak odpowiedziało 9,0% osób uczestniczących w badaniu.

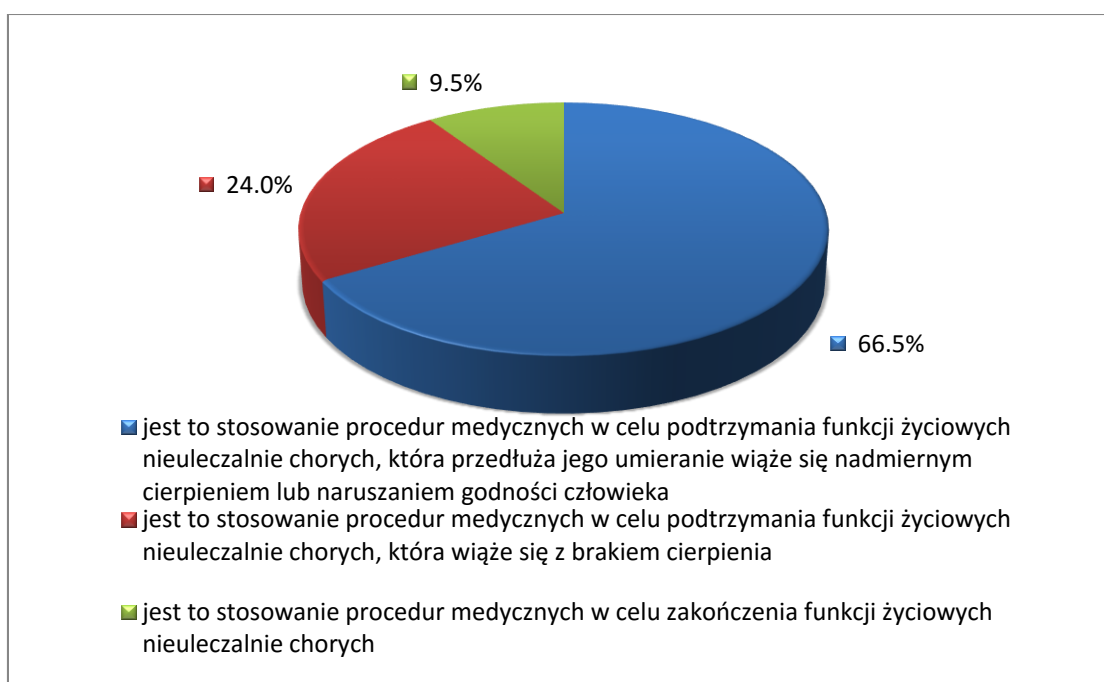
Zbadano, jakie sytuacje, według respondentów, dopuszczają wykonanie eutanazji chorego. Ankietowani wskazywali najczęściej dwie odpowiedzi: „w przypadku śmierci klinicznej” (32,5%) oraz w przypadku „sztucznego podtrzymywania życia” (32,0%). Za słuszną decyzję o eutanazji badani uznali sytuację długoletniej choroby, związanej z ciężką opieką nad chorym (15,0%). Niewielka grupa uważała również za etyczne wykonanie eutanazji na dzieciach z uszkodzeniem mózgu i ciała przy narodzeniu (4,0%). Zdecydowani przeciwnicy eutanazji zaznaczyli swoją obecność w grupie poprzez określenie, że nigdy nie ma sytuacji odpowiedniej do wykonania wyroku śmierci (15,0%).

Pytanie o sens legalizacji eutanazji było pytaniem otwartym. Respondenci w postaci krótkich form wypowiedzi prezentowali swoje stanowisko w tej kwestii. Poniżej przedstawiono najciekawsze z nich.

- *„Myślę, że eutanazja ulżyłaby chorym oraz ich rodzinom w przejściu nieuleczalnej choroby oraz skróciłaby złudzenie np. w przypadku pacjenta, który poniósł śmierć kliniczną”*
- *„Legalizacja eutanazji pozwoliłaby ciężko i nieuleczalnie chorym osobom na skrócenie ich cierpienia, szczególnie, gdy mają oni świadomość, że nigdy nie będą zdrowi, ani ich stan nie ulegnie poprawie”*
- *„Zmniejszyłaby się populacja ludzi w Polsce, ludzie starsi i chorzy prawdopodobnie nie mieliby wpływu czy eutanazja zostanie na nich wykonana czy nie”*
- *„Skróciłaby cierpienie nieuleczalnie chorych i dzięki temu byłoby więcej miejsc dla ludzi naprawdę potrzebujących pomocy i takich, których można jeszcze wyleczyć”*

- „Ludzie chorzy i cierpiący mogliby decydować o swoim losie. Jeżeli powrót do zdrowia jest niemożliwy, człowiek mógłby mieć wybór, czy chce dalej żyć i cierpieć”
- „Skracanie ludzkiego życia byłoby bezkarne”

Prowadząc badania zbadano wiedzę ankietowanych osób w zakresie terminu uporczywa terapia. Zdaniem 66,5% uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorych, która przedłuża jego umieranie, wiąże się nadmiernym cierpieniem lub naruszaniem godności człowieka. Co czwarty respondent wskazał definicję: jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorych, która wiąże się z brakiem cierpienia. Pozostali badani wybrali określenie: jest to stosowanie procedur medycznych w celu zakończenia funkcji życiowych nieuleczalnie chorych (Rycina 4).



Rycina 4. Znajomość pojęcia uporczywa terapia wśród respondentów

Respondenci określili, które ich zdaniem zabiegi są elementem uporczywej terapii. Najczęściej wybieraną procedurą była domowa opieka respiratorowa (44,0%). Następnie pod względem liczności wskazań była chemioterapia (29,0%) oraz resuscytacja krążeniowo-oddechowa (22,5%). Mniej niż 20% badanych uznało łagodzenie bólu oraz radioterapię jako zabiegi uporczywej terapii.

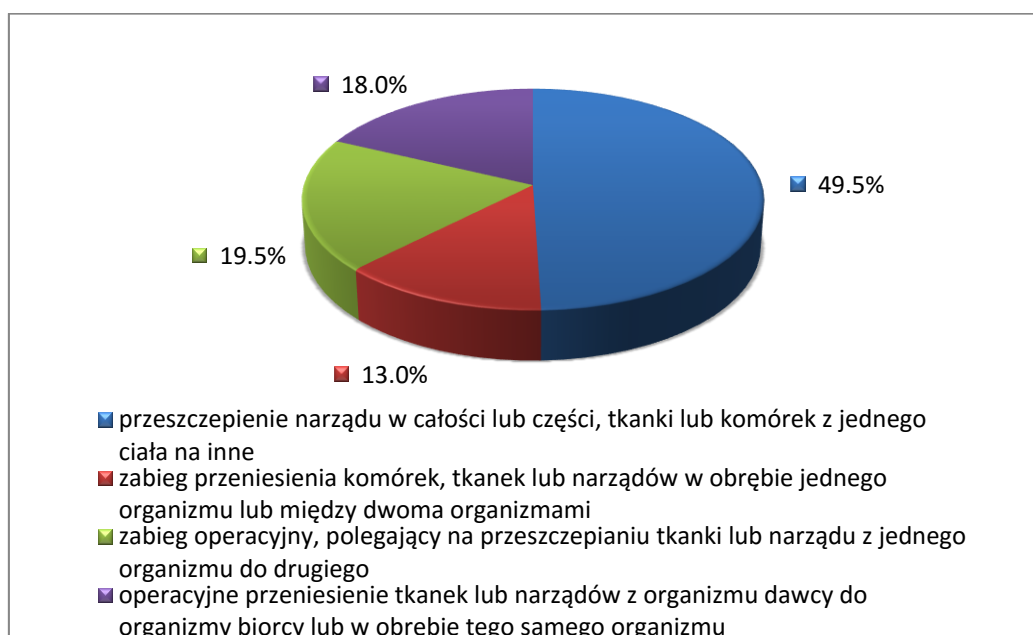
W opinii respondentów decyzję o zaprzestaniu stosowania uporczywej terapii powinien podjąć lekarz wraz z rodziną po przedstawieniu sytuacji chorego (53,5%).

Co czwarta ankietowana osoba uważała, że zadanie to należałoby powierzyć komisji lekarzy specjalistów (26,0%). Pozostali badani obarczali tym ciężarem rodzinę chorego (16,0%) lub oczekiwali interwencji sądu (4,5%).

Osoby prawosławne, Świadkowie Jehowy powierzyliby decyzję o uporczywej terapii dwóm grupom: lekarzowi w konsultacji z rodziną oraz komisji lekarzy specjalistów. Mniej radykalną postawę prezentowali respondenci wyznania rzymskokatolickiego: w opinii 23,7% wystarczająca byłaby decyzja samej rodziny chorego, a 6,7% oczekiwałoby decyzji sądowej. Badanym zadano również pytanie: *Czy w przypadku żądania pacjenta kontynuowania terapii także w zakresie środków uporczywych (przedłużenie życia za cenę cierpienia) lekarz jest zobligowany do dalszego działania?*

Zdaniem 73,5% badanych lekarz jest zobligowany do dalszego kontynuowania terapii w zakresie środków uporczywych, przedłużających życie nawet za cenę cierpienia.

Podczas prowadzenia badań zbadano również wiedzę ankietowanych osób w zakresie terminu transplantacja. Zdaniem połowy respondentów transplantacja to przeszczepienie narządu w całości lub części, tkanki lub komórek z jednego ciała na inne. Pozostali badani wskazali inne określenia: zabieg przeniesienia komórek, tkanek lub narządów w obrębie jednego organizmu lub między dwoma organizmami (13,0%), zabieg operacyjny, polegający na przeszczepianiu tkanki lub narządu z jednego organizmu do drugiego (19,5%), operacyjne przeniesienie tkanek lub narządów z organizmu dawcy do organizmu biorcy lub w obrębie tego samego organizmu (18,0%) (Rycina 5).



Rycina 5. Znajomość pojęcia transplantacja wśród respondentów

Wśród respondentów 78,0% osób deklarowało oddanie swoich narządów bliskiej osobie. Sprzeciw wyraziłoby 1,5% badanych. Pozostali ankietowani nie mieli jednoznacznej opinii w tej kwestii (20,5%). Gotowość oddania swoich narządów bliskiej osobie w zbliżonym stopniu deklarowali respondenci wyznania rzymskokatolickiego i prawosławnego (około 80%). W przypadku Świadków Jehowy postawa ta dotyczyła połowy badanych, a druga połowa użyła określenia „nie wiem”. Zdecydowanie przeciwne transplantacji swoich narządów były 3 osoby wyznania rzymskokatolickiego.

W przypadku transplantacji narządów osoby bliskiej po jej śmierci udział respondentów, którzy wyraziliby zgodę był znacznie mniejszy niż w poprzednim pytaniu (51,5%). Również liczba osób, które były przeciwne wzrosła znacząco do 7,5%. Dużą grupę badanych stanowiły osoby, które nie miały ustalonej opinii w tej kwestii (41,0%).

Badanych zapytano *kto powinien ostatecznie zdecydować o pobraniu narządów od osoby zmarłej?* Zdaniem 45,0% respondentów narządy można pobrać tylko w przypadku, gdy osoba zmarła wyraziła swoją wolę za życia. Druga grupa uważała, że decyzję w tej kwestii może również podjąć rodzina i osoby najbliższe (43,5%). Pozostali ankietowani wskazali na rozwiązanie prawne: sąd (6,5%) lub odpowiednie akty prawne (5,0%). W badanej grupie osób oświadczenie o wyrażeniu zgody na pobranie narządów podpisałoby 59,0% respondentów. Brak tej gotowości dotyczył 8,5% badanych, a 32,5% nie miało zdania w tej kwestii.

Podczas trwania badań zapytano respondentów o jeden z bardziej kontrowersyjnych dylematów – homoseksualizm. Na wstępie prosząc, aby wyjaśnili omawiany termin. Zdaniem 41,5% homoseksualizm jest odstępstwem od normy, które można tolerować. Zupełny brak tolerancji tego zjawiska wyraziło 16,0% ankietowanych. Zachowanie homoseksualne za normę uważało 8,5% respondentów. Pozostali uważali, że homoseksualizm należy traktować jak chorobę (34,0%). Żadna z osób wyznania prawosławnego nie określiła homoseksualizmu jako normy. Najczęściej wskazywano, że jest to odstępstwo od normy, które można tolerować (41,5%) lub choroba (39,0%). Pozostali respondenci prawosławni uważali, że zjawisko to nie powinno być tolerowane (19,5%). Zbliżone opinie otrzymano wśród wyznawców kościoła rzymskokatolickiego. W przypadku Świadków Jehowy 50,0% uważała, że homoseksualizm jest odstępstwem od normy, które można tolerować. Co czwarty badany w tej grupie uważał, że jest to zjawisko normalne lub o podłożu chorobowym.

Tylko w opinii 1% badanych pary homoseksualne są traktowane w Polsce życzliwie. Przeważająca część badanych wskazała na wrogość (73,5%).

Zdaniem 69,0% badanych homoseksualizm stanowi poważny problem społeczny w Polsce. Opinię przeciwstawną wyraziło 15,5% respondentów.

W opinii przeważającej grupy respondentów (86,0%) pary homoseksualne nie powinny mieć możliwości adopcji dzieci. Zgodę na adopcję dzieci przez pary homoseksualne wyraziłoby 14,0% badanych.

Przeciwnicy tego zjawiska uważali, że dziecko powinno mieć rodziców obu płci, a nie dwóch ojców czy dwie matki (33,1%). Para taka według 8,7% nie jest prawidłowym wzorcem rodziny. Ankieterzy wyrażali swoje obawy dotyczące prawidłowego rozwoju dziecka, używając określeń: „wypaczy to dziecko” – 15,7%, „dziecko nie mogłoby nie być akceptowane przez rówieśników” – 15,7% czy „dzieci stałyby się homoseksualistami” – 8,7%. Motywy niektórych badanych były mniej skomplikowane: „jest to chore” – 12,8%, „zły przykład dla dziecka” – 2,3% oraz „nie, bo nie” – 2,9%.

Zwolennicy adopcji dzieci przez pary homoseksualne swoją opinię uzasadniali przede wszystkim stwierdzeniem, że rodzice heteroseksualni nie są gwarantem szczęścia dziecka, szczególnie w potwierdzanych ostatnio licznie przypadkach znęcania się na dziećmi (39,3%). Inni uważali, że każda forma rodziny jest lepsza dla dziecka niż jej brak i pobyt w domu dziecka (32,1%). Respondenci twierdzili również, że nie można odbierać homoseksualistom prawa do szczęścia i miłości (28,6%).

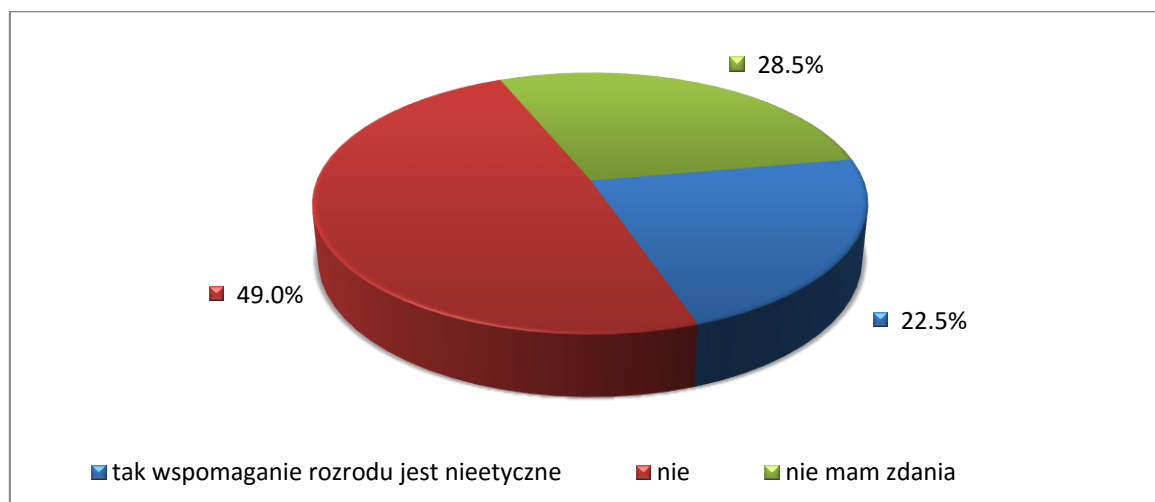
Największy sprzeciw dla adopcji dzieci przez pary homoseksualne otrzymano wśród wyznawców kościoła rzymskokatolickiego (90,4%), a następnie prawosławnego (78,0%). Co czwarty Świadek Jehowy zaakceptowałby ten pomysł. Zdaniem 6,5% badanych pary homoseksualne są w stanie stworzyć odpowiednie warunki do rozwoju dziecka. Możliwości tej nie dostrzegali 74,5% respondentów. W opinii 38,5% dzieci wychowane przez pary homoseksualne same stworzą w przyszłości takie związki. Brak wpływu na tą kwestię wyraziło 18,5% badanych.

Kolejnym analizowanym dylematem była wspomaganą prokreacją, dlatego badanym zadano następujące pytanie: *Czy według Pana/i tematyka sztucznego zapłodnienia jest kontrowersyjna?* W opinii 33,0% badanych tematyka sztucznego zapłodnienia jest tematem kontrowersyjnym. Zdanie przeciwstawne wyraziło 21,0% badanych. Za kontrowersyjny temat sztucznego zapłodnienia uważało 43,0% badanych wyznania rzymskokatolickiego i 19,5% - prawosławnego. Największy udział respondentów, którzy nie dostrzegali problemu dotyczył członków kościoła prawosławnego. W przypadku Świadków Jehowy żadna z badanych osób nie uważała, że temat jest kontrowersyjny, ale 3/4 nie miało jednoznacznego zdania w tej kwestii.

Respondenci, którzy twierdzili, iż temat sztucznego zapłodnienia jest kontrowersyjny, uzasadnili swoją wypowiedź. Najczęściej pojawiała się stwierdzenie „należy pomóc, gdy to

możliwe” – 37,0%. Następnie „niezgodne z religią” (22,2%), „nie jest w pełni zgodne z naturą” (13,9%), „poczęcie dziecka powinno odbywać się w sposób naturalny” (12,0%), „giną również zapłodnione komórki” (8,3%).

Zdaniem 22,5% respondentów wspomaganie rozrodu jest nieetyczne. Połowa ankietowanych osób miała jednak przeciwną opinię w tej kwestii (Rycina 6).



Rycina 6. Etyka a stosowanie technik wspomaganie rozrodu w opinii respondentów

Dyskusja

Życie ludzkie, cierpienie duszy lub ciała, śmierć są lub będą udziałem każdego z nas. W momencie zastanawiania się nad własnym losem często zadajemy sobie pytanie na temat życia, jego celu i dlaczego nasz czas ziemski kończy się śmiercią. Wiele osób szuka odpowiedzi na nurtujące go pytania w religii, którą wyznaje, inni poszukają prawdy empirycznej, a jeszcze inni tłumią to w sobie posiadanyimi dobrami. Osoba ludzka nie jest przyzwyczajona do cierpienia, dzięki postępowi technicznemu. Środki masowego przekazu kreują wizję życia ludzkiego z dala od cierpienia. Takim właśnie „rozwiązaniem” jest eutanazja [8].

Klerycy sądzą, że eutanazja jest to rozmyślne spowodowanie śmierci osoby nieuleczalnie chorej (66,67%). Podobne zdanie wyraziło 31,91% studentów pielęgniarstwa i 18,42% prawa. Eutanazję za formę godnej śmierci uważa na kierunku pielęgniarstwo 19,15% badanych, w seminarium 7,41%, a na prawie 21,05% [9]. Ankietowani zapytania o termin eutanazji wskazywali na definicję „śmierć na życzenie” (46,5%). Co trzeci respondent wybierał określenie „zabieg skracający życie” (31,5%). Natomiast pozostali badani uznali eutanazję za „godną śmierć” (10,5%) lub „dowód bezradności służby zdrowia” (11,5%). Na

wybór definicji eutanazji miała wpływ wyznawana religia, aż połowa Świadków Jehowy określiła eutanazję jako „godna śmierć”. Eutanazję jako „dowód bezradności służby zdrowia” uważają respondenci wyznania rzymskokatolickiego (11,1%) i prawosławnego (19,5%).

Z badań CBOS wynika, że połowa społeczeństwa uważa, że w przypadku osoby nieuleczalnie chorej należy zaprzestać jej leczenie, gdy wiadomo, iż nie przyniesie ono żadnego efektu. Będzie jedynie przyczyniać się tylko do cierpienia chorego i będzie skutkowało przedłużaniem umierania chorego. 43% badanych jest zdania, że lekarze powinni spełniać życzenie chorych i podawać im środki powodujące śmierć. Przeciwnego zdania jest 41% respondentów [9].

Kaczmarek i Marcinkowski uważają, że z zawodem lekarza związana jest pewna oczywistość- leczą ludzi z chorób, bronią przed śmiercią. Nie powinni zatem oni brać udziału w „rytuale śmierci”. Sądzą oni, że lekarz nie ma żadnego prawa podejmować decyzji o losie ludzi w sposób odmienny od dotychczasowego - leczyć i walczyć ze śmiercią [10].

Lekarz powinien szanować prawo pacjenta do terapii podtrzymującej życie, nie jest on jednak zobligowany do wdrażania i prowadzenia dalej działań, po których nie ma żadnych efektów. W przypadku leczenia, które niesie ze sobą więcej cierpienia pacjentowi zgodnie z zasadami etyki medycznej, zespół specjalistów nie jest zobowiązany do prowadzenia niewłaściwego leczenia [11].

Przeprowadzone badania własne wykazały, że uporczywa terapia zdaniem 66,5% jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorych, która przedłuża jego umieranie, wiąże się z nadmiernym cierpieniem i naruszeniem godności człowieka. Według 73,5% ankietowanych lekarz jest zobligowany do dalszego kontynuowania terapii w zakresie środków uporczywych, przedłużających życie nawet za cenę cierpienia.

Paszewski A. jest zdania, że homoseksualiści mają prawo sprzeciwiać się przeciwko upokarzaniu ich przez społeczeństwo. Twierdzi, że powinno się chronić osoby mające biologiczne predyspozycje homoseksualne. Rodzice mają prawo chronić swoje dzieci przed ludźmi szukających partnerów tej samej płci. Uważa on również, iż popieranie homoseksualizmu jako orientacji normalnej jest szkodliwe. Jest przeciwny adopcji dzieci przez pary homoseksualne. Nie twierdzi on, że dzieci wychowywane w takich rodzinach same stworzą w przyszłości związki homoseksualne, lecz wpływ homoseksualistów przyczynia się do zaniku zachowań potrzebnych w relacjach heteroseksualnych. Dziecko będzie wówczas miało wzorce utrudniające takie kontakty [12].

Z badań CBOS wynika, iż 86% sądzi, że homoseksualizm jest odstępstwem od normy, przy czym większość osób, które tak sądzą 63% uważa, że należy go tolerować, a 23% – że nie wolno. Zaledwie 8% badanych uznaje homoseksualizm za coś normalnego. Jeszcze silniejszy sprzeciw (89%) budzi pomysł adoptowania dzieci przez pary homoseksualne. Zaakceptowałyby go jedynie 6% badanych [13].

W opinii badanych respondentów homoseksualizm stanowi poważny problem społeczny. Przeważająca część respondentów (86,0%) jest zdania, że pary homoseksualne nie powinny mieć możliwości adopcji dzieci, swoje zdanie potwierdzają tym, że dziecko powinno mieć rodziców obu płci, a nie dwóch ojców czy dwie matki (33,1%). Zgodę na adopcję dzieci przez pary homoseksualne wyraziło tylko 14,0% badanych. Poproszenie o uzasadnienie swojej opinii uzasadniali ją przede wszystkim tym, że rodzice heteroseksualni nie są gwarantem szczęścia dzieci.

W badaniach CBOS poruszono problem przeszczepiania narządów [14]. Większość ankietowanych (74%) wyraża chęć na oddanie swoich narządów po śmierci, 15% jest temu przeciwna. O pobraniu narządów po śmierci zdaniem społeczeństwa powinien decydować każdy sam za życia, tylko 18% sądzi, że ostateczną decyzję powinna podjąć rodzina zmarłego.

W opinii badanych respondentów narządy można pobrać tylko w przypadku, jeśli osoba zmarła wyraziła swoją wolę za życia. 43,5% uważa, że decyzję tą może podjąć rodzina lub osoby najbliższe.

Według definicji zaproponowanej przez WHO, przez niepłodność należy rozumieć sytuację, w której nie jest możliwe poczęcie dziecka, utrzymanie ciąży lub urodzenie żywego dziecka. Najbardziej preferowanym źródłem informacji na temat płodności dla większości badanych jest Internet - 61,7%, książki - 57%, i informacje uzyskane od lekarza.

Za dopuszczalnością zabiegów wspomaganey prokreacji wypowiedziała się większość respondentów, w szczególności aprobując inseminację homologiczną (90%), natomiast przeciwnych było tylko 6% badanych osób [15].

Zdaniem 33,3 % ankietowanych sprawa sztucznego zapłodnienia jest kontrowersyjna. Zdanie przeciwstawne ma 21,0% badanych. W przypadku trudności z zajściem w ciążę na zabieg wspomaganiania zdecydowałyby się 45,0% społeczeństwa.

Wnioski

Analiza materiału badawczego pozwoliła na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Zdecydowana większość ankietowanych uważa, że eutanazja nie powinna być legalna w Polsce i określana była głównie jako śmierć na życzenie. Jednak 45,5 % respondentów sądzi, że powinno się zezwolić na eutanazję w sytuacji, w której można byłoby ulżyć w cierpieniu przez zastosowanie bezbolesnych środków skracających życie.
2. Uporczywa terapia, zdaniem respondentów, jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorych, która przedłuża jego umieranie, wiąże się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności człowieka. Decyzję o zaprzestaniu stosowania uporczywej terapii powinien podjąć lekarz wraz z rodziną po przedstawieniu sytuacji chorego.
3. 78% respondentów oddałoby swoje narządy osobie bliskiej, jednak w przypadkach Świadców Jehowy połowa badanych użyła określenia „nie wiem”. Zdaniem 81,5 % dawców narządów jest za mało.
4. Zdaniem 41,5% ankietowanych homoseksualizm jest odstępstwem od normy, które można tolerować, jednak 86,0% społeczeństwa jest zdania, że pary homoseksualne nie powinny mieć możliwości adopcji dzieci i państwo nie powinno pomagać taki parom w adopcji dzieci.
5. Polskie społeczeństwo jeszcze długo nie będzie akceptowało poruszanych kwestii. Katolicy są najbardziej radykalni w swoich poglądach. Najmniej oporni są Świadkowie Jehowy, ale oni też mają najmniej sprecyzowane poglądy.

Piśmiennictwo

1. Zaorski - Sikora Ł.: Etyka. Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno - Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2007.
2. Russ J.: Współczesna myśl etyczna. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 2006.
3. Czarnecki P.: Dylematy etyczne współczesności. Difin, Warszawa 2008, 11-20.
4. Burgoński P.: Etyka jako nauka i praktyka [w:] Etyka w życiu publicznym, pod red. Sowińskiego S. Oficyna Wydawnicza ASPRA- JR, Warszawa 2012, 13-45.
5. Chyrowicz B.: Czy w etyce istnieją sytuacje bez wyjścia? Znak, 2004, 9, 19-23.
6. Środa M.: Etyka dla myślących. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2010.
7. Różyńska J., Chańska W.: Bioetyka. Wyd. Wolters Kluwers SA, Warszawa 2013.
8. Wałachowska M.: Życie jest cudem - cudem jest cierpienie. Znak, 2001, 1, 22-24.
9. Roguska B.: Zaniechanie uporczywej terapii a eutanazja. Komunikat z badań. Warszawa, 2013, 3-18.

10. Kaczmarek T., Marcinkowski J.T.: Eutanazja - niebezpieczeństwo uruchamiania publicznych dyskusji na ten temat [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska- Kułak E., Nyklewicz W., Łukaszuk C. (red.). Akademia Medyczna w Białymstoku Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Białystok, 2007, 117- 121.
11. Roguska B.: Zaniechanie uporczywej terapii a eutanazja. Komunikat z badań, Warszawa, 2013, 3-18.
12. Paszewski A.: O homoseksualizmie jeszcze inaczej. Znak, 2007, 1, 118-119.
13. Feliksiak M.: Postawy wobec gejów i lesbijek. Komunikat z badań, Warszawa 2010, 1-15.
14. Feliksiak M.: Postawy wobec przeszczepiania narządów. Komunikat z badań, Warszawa 2012, 1-15.
15. Smyczyński T.: Wspomagana prokreacja ludzka. Zagadnienia legislacyjne. Wyd. NAKOM, Poznań 1996, 178.

Rolka Hanna^{1,2,3}, Jankowiak Barbara^{1,3}, Kowalewska Beata^{1,3}

Klonowanie – potępić czy może akceptować?

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, studentka studiów podyplomowych na kierunku Bioetyka i prawo medyczne
3. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży, Instytut Medyczny

*„Nauka potrzebna jest do poznawania,
a wiara konieczna jest do czynów i postępowania”
Max Planck*

Wstęp

Jan Paweł II wypowiedział się przeciwko klonowaniu człowieka w celach terapeutycznych, przytaczając głoszoną przez Kościół zasadę „*to, co technicznie możliwe nie zawsze jest dopuszczalne moralnie*”[1]. Papież wyraźnie podkreślił, że tak, „*jak w całej medycynie, również w dziedzinie przeszczepów należy kierować się kryterium godności osoby ludzkiej, w tym także embrionu*”[1].

Papież stwierdził: „*myślę tu o ewentualnych planach czy próbach klonowania człowieka w celu uzyskania organów do przeszczepów. Tego typu praktyki są z moralnego punktu widzenia nie do przyjęcia, ponieważ pociągają za sobą manipulacje i niszczenie embrionów*” [1]. Etyczny wymiar badań nad genomem ludzkim znalazł wydzźwięk w Komunikacie Papieskiej Akademii "Pro Vita" w roku 1998 [2].

Podczas zgromadzenia Papieskiej Akademii analizowano bardzo szeroko prowadzone badania nad genomem ludzkim, które realizowała grupa studyjna, w skład której wchodziła grupa specjalistów różnych dziedzin, aby w sposób całościowy z różnych perspektyw spojrzeć na tak trudny ze strony moralnej problem [2,3,4]. Na posiedzeniu również zaprezentowano opinię Światowej Organizacji Zdrowia. Zgromadzenie Ogólne WHO wyraziło opinię dotyczącą procedury klonowania przyjmując rezolucję, w której stwierdza, że „*stosowanie klonowania do repliki ludzi jest nieakceptowane etycznie i przeciwne integralności człowieka*” [2]. Podobne stanowisko zaprezentowało UNESCO. Przyjęta 11 listopada 1997 roku przez państwa zrzeszone w międzynarodowej organizacji UNESCO „*Powszechna deklaracja o genomie ludzkim i prawach człowieka*” w artykule 11. stwierdza: „*Praktyki sprzeczne z godnością człowieka, takie jak klonowanie reprodukcyjne istot ludzkich, nie mogą być dozwolone*” [2].

Rozwinięcie

Zastanówmy się, jakie są realia omawianego zjawiska? Na świecie istnieje obecnie ponad 300 embrionalnych linii komórkowych; 2/3 z nich znajduje się w zaledwie pięciu krajach: Wielkiej Brytanii, Szwecji, Francji, Hiszpanii i Stanach Zjednoczonych [5].

Zadajmy sobie kilka pytań. Czy klon ma status osobowy? Czy jako replika człowieka jest tym samym człowiekiem, co jego pierwowzór? Czy pierwowzór jest rodzicem klona, czy może jego rodzeństwem? A właściwie czym jest klonowanie?

Klon oznacza „powstanie lub otrzymywanie genetycznie identycznych: cząsteczek DNA, organizmów, komórek” [4]. Klonowanie jest techniką biologiczną umożliwiającą powielenie danego genotypu, który w normalnych warunkach nie ulega takiemu procesowi [6].

Zatem klonem zgodnie z założeniami biotechnologii nazywa się „populację genetycznie identycznych organizmów, komórek lub cząsteczek pochodzących z namnożenia pojedynczego prekursora” [7]. Ludzkie komórki macierzyste można otrzymywać z embrionów ludzkich uzyskiwanych metodą zapłodnienia *in vitro*, embrionów uzyskiwanych metodą klonowania, tkanki płodu po poronieniu czy aborcji, krwi pępowinowej podczas porodu oraz organizmu ludzkiego, w którym występują komórki macierzyste dorosłe [7]. Pojawiają się też doniesienia o możliwości pobierania komórek macierzystych ze zwłok [7]. Łatwo dostępnym źródłem komórek macierzystych jest krew pępowinowa, pozostająca po porodzie w naczyniach łożyska i łożyskowej części pępowiny. "Ostatnio wykazano, że zawiera ona, oprócz komórek krwiotwórczych, komórki macierzyste dające początek innym liniom komórkowym, np. komórkom kościotwórczym, komórkom układu nerwowego" [7]. Mimo, że komórki macierzyste z krwi pępowinowej lub dorosłego organizmu na obecnym etapie rozwoju medycyny są trudniejsze do uzyskania, czy zastosowania klinicznego w porównaniu z embrionalnymi komórkami macierzystymi, to jednak ich wykorzystanie nie budzi zastrzeżeń etycznych [7]. Natomiast zdobywanie komórek macierzystych w wyniku klonowania embrionów ludzkich i ich zabijania poprzez ekstrakcję komórek macierzystych jest z punktu widzenia etyki nie do przyjęcia. Embrionalne komórki macierzyste można pozyskiwać z 5- lub 6-dniowych płodów, tworzących w tym okresie rozwoju blastocystę. Komórki zewnętrzne blastocysty utworzą łożysko, a komórki wewnętrzne (20-100 komórek), które dadzą początek wszystkim narządom, to właśnie totipotencjalne komórki macierzyste, zdolne do utworzenia wszystkich tkanek i narządów ustroju [8].

W badaniach nad embrionalnymi komórkami macierzystymi naukowcy skupiają się na liniach komórek macierzystych. Są to populacje komórek, wszystkie posiadające te same geny, wyhodowane w laboratorium, poprzez wiele cykli rozwoju i podziału w wielu pokoleniach komórek. Jedna linia komórkowa dostarcza znacznej liczby komórek do celów badawczych [8].

Istnieją trzy główne źródła ludzkich linii embrionalnych komórek macierzystych. Są to:

- „istniejące już linie,
- embriony pozostałe po zapłodnieniu pozaustrojowym,
- powstające w konkretnym celu embriony tworzone za pomocą transferu jądra komórki somatycznej” [7].

Skupiając się na etycznych aspektach omawianego zjawiska istniejące już embrionalne linie komórkowe są najczęściej akceptowanym źródłem pozyskiwania embrionalnych komórek macierzystych. Ta akceptacja opiera się na argumentacji, że „co się stało, to się nie odzyska”. Nawet jeśli „samo tworzenie zarodków może być uznane za moralnie niewłaściwe, obecnie nie można już nic zrobić, by uratować zarodki, z których powstały linie komórkowe” [7].

Wykorzystanie embrionów pozostałych po zapłodnieniu pozaustrojowym budzi wiele kontrowersji. Przeciwnicy tej metody pozyskiwania komórek do badań są zdania, że odmawia ona szacunku embrionom i w rezultacie – ludzkiemu życiu. Poniżej podam argumenty przytaczane za i przeciw wykorzystywaniu embrionów pozostałych po zapłodnieniu pozaustrojowym, aby wnikliwie przeanalizować omawiany problem [7].

Argumenty przytaczane za wykorzystaniem “dodatkowych” embrionów

„Nie ma powodu, aby twierdzić, że zniszczenie embrionów osłabi zasady moralne społeczeństwa – embriony są tworzone do zapłodnienia in vitro od wielu lat i nie odnotowano żadnych zmian w postrzeganiu wartości życia ludzkiego.

Jeśli akceptujemy poświęcenie zarodków w celu leczenia niepłodności, poświęcenie ich w celu leczenia ciężkich chorób również nie powinno być uznane za niemoralne.

Dodatkowe embriony i tak zostaną zniszczone po upływie terminu przechowywania ich w chłodni; lepiej jest nie marnować embrionów, ale wykorzystać je do badań, z których skorzystać może wiele osób” [7].

Argumenty przeciw wykorzystaniu “dodatkowych” embrionów

„Jeśli leczenie z wykorzystaniem komórek macierzystych stanie się standardową terapią, zarodki mogą być wykorzystywane jako źródło materiału leczniczego, zmniejszając szacunek dla życia ludzkiego.

Jest to początek równi pochyłej prowadzący do odczłowieczających scenariuszy, takich jak farmy embrionów, sklonowane dzieci i płody wykorzystywane jako źródło części zamiennych.

Może to zachęcać społeczeństwo do tolerowania sytuacji, w której poświęcamy życie, by ratować życie. Dokąd może nas to doprowadzić?”[7].

Wykorzystanie embrionów stworzonych do celów badawczych w laboratoriach

Niektórzy naukowcy są zdania, że z „moralnego punktu widzenia znacznie bardziej naganne jest stworzenie embrionu z zamiarem zniszczenia go podczas badań, niż stworzenie „dodatkowego” embrionu jako produktu ubocznego leczenia niepłodności. W drugim przypadku istniała przynajmniej szansa, że mogłoby powstać nowe życie” [7]. Inni jednak naukowcy przytaczają następujący argument, że „tworzenie dodatkowych embrionów występuje również podczas ciąży naturalnych, jak również zapłodnienia *in vitro* i jest akceptowane jako naturalna konsekwencja ciąży. Jeśli więc normalne jest tworzenie dodatkowych zarodków ze świadomością, że zginą, normalne powinno być również tworzenie embrionów w celach badawczych. Ponadto takie embriony odpowiadają potrzebom pacjentów, ponieważ mogą zostać wyprodukowane z materiału konkretnego pacjenta jako źródło komórek w pełni z nim kompatybilnych”[7].

Wykorzystując niezmiernie istotny aspekt dotyczący komórek macierzystych mamy na myśli „komórki mające zdolność regeneracji, a w określonych warunkach różnicujące się w inne populacje komórek”. Wyróżnia się obecnie następujące rodzaje komórek macierzystych: „totipotencjalne – zygota, pluripotencjalne - różnicują się w komórki listków zarodkowych, multipotencjalne - różnicują się w komórki jednego listka zarodkowego, uripotencjalne - mogą wytworzyć tylko jeden typ komórek” [8]. Zatem analizując kryterium pochodzenia wyróżnia się komórki macierzyste: embrionalne, płodowe i dorosłe [7].

Klonowanie komórek macierzystych embrionu może być kluczem do rozwoju medycyny XXI wieku, gdyż komórki nerwowe mózgu i rdzenia kręgowego w przeciwieństwie do innych komórek ciała mają bardzo ograniczone zdolności odtwórcze, a komórki macierzyste mogą się rozwijać zastępując neurony. Jednak z uwagi na dużą liczbę komórek potrzebnych do transplantacji, konieczne byłoby klonowanie embrionów ludzkich,

aby uzyskane z nich tkanki wykorzystywać do leczenia chorób [7]. Klonowanie komórek macierzystych z dojrzałych osobników zdecydowanie różni się od klonowania embrionu. Polega na sklonowaniu nowego organizmu z jednej komórki ciała dorosłego organizmu, przy czym komórka ta nie jest komórką rozrodczą. Klonowanie komórek ciała dorosłego organizmu jest dość nowym odkryciem wnikliwie analizowanym i nie budzi tak wielkich kontrowersji etycznych. Oczywiście mówiąc o klonowaniu zawsze mamy na uwadze dwa aspekty terapeutyczny i prokreacyjny.

Zaczynamy analizować i zastanawiać się nad dobrem tej techniki dla ludzkości. Czym zatem jest klonowanie terapeutyczne? Jakie dobro dostarcza? Czy mogłoby być uznane za moralnie dopuszczalne? Czy zawsze? Czy tylko pewnych przypadkach? Klonowanie terapeutyczne w swojej intencji *„przewiduje hodowanie tkanek, a nawet całych organów w celu ich zastosowania u ludzi”* [7].

Klonowanie reprodukcyjne w opinii społecznej oceniane jest zwykle negatywnie. Jednak gdyby się głębiej zastanowić należałoby odpowiedzieć na pytanie: Kto z moralnego punktu widzenia mógłby dopuszczać tego typu biotechnologiczne zabiegi? Ponieważ bezpłodność uznana jest za chorobę, która podlega terapii przy zastosowaniu różnych technik wspomaganą prokreacją, to można przypuszczać, że klonowanie do celów reprodukcyjnych akceptować mogą pary bezskutecznie starające się o potomstwo. Te właśnie pary mogą, jak analizuje Paweł Łuków z Instytutu Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego, oceniać technikę klonowania widząc w niej metodę terapii *„poprzez transfer jąder”* [6]. Technika ta również może podlegać pozytywnej ocenie moralnej przez niektóre pary homoseksualne, ponieważ tak jak analizuje Łuków *„byłaby to szansa posiadania biologicznie własnego potomstwa”* [6]. Jednak wydaje się, że najbardziej logicznym argumentem przemawiającym za pozytywną oceną moralną klonowania reprodukcyjnego jest argument przemawiający za *„szansą uniknięcia chorób genetycznych”* [9]. Często bardzo rzadko występujących, prowadzących do upośledzenia funkcji psychicznych, ruchowych, będących źródłem ogromnego cierpienia, a niekiedy nieuchronnej śmierci. W tych wyjątkowych przypadkach, ponieważ zawsze człowiek kieruje się zasadą dobroczynienia, istniałaby przesłanka o dopuszczalności technik klonowania. Ale czy na pewno byłaby to przesłanka słuszna? Oczywiście biolodzy molekularni, embriolodzy, biotechnolodzy zapewne mogliby uargumentować pozytywne aspekty tego typu klonowania. Łuków podkreśla, że *„argumentem przemawiającym za dopuszczalnością klonowania reprodukcyjnego byłyby może małżeństwa, których jedno z małżonków byłoby nosicielem choroby genetycznej, wówczas można byłoby rozważyć sytuację*

skonstruowania kłona zdrowego współmałżonka, co chroniłoby przed sytuacją przekazania letalnego genu” [10]. W mojej opinii słuszną argumentację przytacza Łuków wskazując, że „podział klonowania na reprodukcyjne i terapeutyczne nie jest zbyt precyzyjny, ponieważ klonowanie reprodukcyjne można uznać za terapię bezpłodności, a klonowanie terapeutyczne wymagałoby rozmnażania organizmów. Podział ten wydaje się opierać nie na różnicach technik i podejmowanych działań, lecz na ostatecznych celach, ze względu na które techniki te by się wykorzystywało. Skoro różnice między rodzajami klonowania polegają na celach, w jakich by się je miało podejmować, to ocena moralna będzie zależała od faktycznych celów osób, które by próbowały klonowania. Godziwe cele usprawiedliwiłyby klonowanie, złe – dyskwalifikowałyby je” [10].

Wnikliwie analizując przytoczoną argumentację można byłoby sformułować pytanie badawcze: Czy rzeczywiście techniki klonowania w ocenie etycznej powinny być oceniane negatywnie? Zagadnienia klonowania wzbudzają ogromne kontrowersje bioetyczne, które koncentrują się, tak jak w przypadku wszystkich metod wspomaganego rozrodu, na statusie embrionu ludzkiego [11].

Organizacje międzynarodowe, takie jak UNESCO, ONZ, WHO czy Rada Europy, w ciągu ostatnich lat podjęły wyraźne wysiłki w celu stworzenia wspólnych standardów, które można interpretować jako przyczynek do powstania międzynarodowego prawa biomedycznego. Jak dotychczas w prawie polskim nie ma regulacji dotyczących embrionu ludzkiego [12]. W związku z tym luka prawna otwiera potencjalną możliwość podejmowania prób dotyczących eksperymentów klonowania, implantowania czy też niszczenia zarodków. Prawo polskie nie zawiera żadnych regulacji, które opisywałyby status embrionu utrzymywanego przy życiu poza organizmem matki [12]. Należy również podkreślić, że Polska nie ratyfikowała tzw. „Konwencji Bioetycznej” Rady Europy, która to zakazuje wszelkich eksperymentów na ludzkim genomie. Pogwałcenie tej zasady konwencja określa mianem braku poszanowania godności ludzkiej. Analizując problem należy również wskazać, że z komórek, które pochodzą z płodu lub embrionu można produkować: szczepionki odpornościowe, implanty wspomagające terapię takich schorzeń, jak choroby serca, nerek, mózgu. Prócz medycyny komórki płodów wykorzystuje przemysł kosmetyczny do produkcji i badań najnowszej generacji kremów, maseczek odmładzających [12].

O moralnej ocenie klonowania człowieka w dużej mierze rozstrzyga światopogląd oceniających. Kościół katolicki potępia klonowanie (podobnie jak niektóre metody leczenia bezpłodności) ze względu na to, że oddziela ono prokreację od aktu seksualnego, prowadzi do

zabijania nadliczbowych embrionów, co jest sprzeczne z godnością osoby ludzkiej, a także narusza porządek ustanowiony przez Boga. Kościoły protestanckie, nie sprzeciwiając się samemu klonowaniu, zalecają jednak takie prowadzenie badań i korzystanie z ich wyników, które nie narusza boskiego porządku [11].

Ortodoksja żydowska dopuszcza leczenie niepłodności, lecz wyklucza klonowanie jako nienaturalną reprodukcję. W buddyzmie oceny klonowania leżą w kompetencji samych wyznawców [11].

Stanowiska laickie wymykają się próbom klasyfikacji, ponieważ w pojedynczych nurtach myśli etycznej często pojawiają się znaczne rozbieżności w ocenach klonowania. Występuje tu cała gama poglądów: od odrzucania wszystkich metod leczenia bezpłodności i zastosowań klonowania, przez akceptację niektórych z nich, aż po akceptację wszystkich metod [12].

Zakończenie

Dlaczego klonowanie człowieka jest moralnie niedopuszczalne? Profesor Andrzej Zoll twierdzi, że: "embrion ludzki obdarzony jest godnością. Wynika z tego, że może być jedynie traktowany podmiotowo, nigdy nie może być przedmiotem służącym osiągnięciu celów leżących poza nim samym. Nie może być więc użyty do tworzenia komórek macierzystych służących terapii innych ludzi. Życie i zdrowie embrionu ludzkiego nie mają tylko wartości biologicznej, ale ich wartość odpowiada wartości życia lub zdrowia ludzkiego. Powyższe prowadzi do jednoznacznego wniosku, że na gruncie obowiązującego prawa polskiego i to bez względu na cel, jaki by miał przyświecać stosującemu zabieg, pobieranie komórek macierzystych prowadzące do uszkodzenia embrionu ludzkiego jest zachowaniem bezprawnym" [13]. Profesor wskazuje również, że "na gruncie obecnej konstytucji można stwierdzić, że w momencie powstania genomu ludzkiego mamy do czynienia z człowiekiem, którego życie jest przedmiotem ochrony prawnej" [13,14].

Analizując wszystkie zagadnienia dotyczące omawianego zjawiska należy sobie zadać pytanie: Czy rzeczywiście aktualnie mamy do czynienia z problemem klonowania ludzi? Czy tylko hipotetycznie zakładamy taką możliwość? I już ta możliwość budzi w nas ocenę moralną. Warto chyba pokusić się o ustosunkowanie do informacji przekazanych przez naukowców z Uniwersytetu Medycznego w Oregonie (*Oregon Health and Science University*) i Naczelnego Centrum Badań (*National Primate Research Center*), którzy donoszą na łamach wydania czasopisma „*Cell*”, że udało się im sklonować ludzkie embriony i uzyskać z nich komórki macierzyste. Wskazują, że to pierwszy tego typu zakończony z

powodzeniem eksperyment na materiale pobranym od ludzi. Wcześniej podobne zabiegi z sukcesem przeprowadzano na komórkach myszy i małp. Opisana przez naukowców operacja polega na wprowadzeniu DNA ludzkiej skóry do komórek jajowych, z których wcześniej usunięte zostały jądra komórkowe. Powstałe w ten sposób embriony są genetyczną kopią dawcy DNA. Pozwala im się rosnać przez około siedem dni, a następnie zabija i pobiera komórki macierzyste, które mogą stanowić tworzywo wielu rodzajów ludzkich tkanek i być wykorzystywane w terapii wybranych schorzeń [15].

Zatem jak widać intensywny rozwój medycyny, biologii, embriologii, genetyki otworzył biomedyczne możliwości klonowania człowieka. Obecnie takim wiodącym ośrodkiem badań nad klonowaniem terapeutycznym jest Narodowy Uniwersytet w Korei Południowej. W 2004 roku doniesiono o sklonowaniu tam ludzkich zarodków. Obecnie naukowcom koreańskim udało się pobrać materiał genetyczny od 11 chorych, którzy wszczepili do ludzkich komórek jajowych pobranych od młodych ochotniczek. Wyhodowano 31 blastocyst i wyprowadzono z nich aż 11 specyficznych linii komórek macierzystych [16].

Zatem czy w obliczu doniesień, które nie są jednoznacznie potwierdzone przez instytuty naukowe tworzenie genetycznych kopii ludzi jest czymś, czego powinniśmy się obawiać?

W większości krajów klonowanie ludzi jest zabronione, tylko w niektórych dozwolone są badania nad klonowaniem ludzkich embrionów. Zastanawiając się nad procedurą klonowania należy również odpowiedzieć na pytanie, czy moralne jest podmiotowe traktowanie embrionów, mimo że prowadzone badania naukowe prowadzą bezdyskusyjnie do rozwoju nauki. Czy klony są obecne wśród nas? Odpowiedź brzmi tak. Jak donoszą badania 3% ludzkości to naturalne klony, czyli naturalnie urodzone bliźnięta jednojajowe. Klony sztuczne - genetyczne hybrydy obecnie nie istnieją.

W badaniu CBOS z roku 2003 dotyczącym postaw wobec klonowania, 86% ankietowanych Polaków opowiedziało się przeciwko klonowaniu ludzi w celach reprodukcyjnych. Klonowanie ludzkich zarodków w celach terapeutycznych uznało za dopuszczalne tylko 20% badanych, 45% wyraziło opinię, że dopuszczalne powinno być klonowanie zwierząt w celu leczenia ludzi [17]. Znacznie mniej ankietowanych, bo tylko 20% popiera ideę klonowania ludzkich zarodków w celu leczenia ludzi czyli uzyskiwania organów do przeszczepów i prowadzenia badań. Za ledwie 3% Polaków stwierdziło, że wyrażiliby zgodę na sklonowanie samych siebie w razie zaistniałej potrzeby, natomiast 95% uczestniczących w badaniu zdecydowanie byłoby przeciwnych tego typu procedurze [17].

Postęp nauki w dziedzinie biomedycyny, otwierające się możliwości ingerowania w początek ludzkiego życia wywołują burzliwe dyskusje moralne.

Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej w 2011 roku zdefiniował pojęcie embrion ludzki. Zgodnie z opinią trybunału embrionem ludzkim jest: „każda komórka jajowa począwszy od stadium jej zapłodnienia, a więc niezależnie od stadium jej rozwoju, każda niezapłodniona ludzka komórka jajowa, w którą wszczepiono jądro komórkowe pochodzące z dojrzałej komórki ludzkiej, a więc powstała w drodze klonowania, niezależnie od celu zastosowania tej techniki, czyli od faktu, czy mamy do czynienia z klonowaniem reprodukcyjnym, czy terapeutycznym oraz każda niezapłodniona ludzka komórka jajowa, która została pobudzona do podziału i dalszego rozwoju w drodze partenogenezy” [18]. Trybunał Europejski wskazuje, że „niszczenie embrionów jest sprzeczne z godnością człowieka” Dlatego w artykule 2 „Prymat istoty ludzkiej” Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej w Odniesieniu do Zastosowań Biologii i Medycyny - „Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie” uchwalonej przez Radę Europy w Oviedo w 1997 roku wraz z „Protokołem Dodatkowym do Konwencji o Prawach Człowieka i Biomedycynie Dotyczącym Zakazu Klonowania Istot Ludzkich” uchwalonym w Paryżu w styczniu 1998 roku zawarto zapis „*Interes i dobro osoby ludzkiej przeważa nad wyłącznym interesem społeczeństwa lub nauki*” [18]. To zdanie w mojej opinii trafnie kończy rozważania nad dylematem etycznym, jakim jest klonowanie.

Piśmiennictwo

1. http://www.opoka.org.pl/biblioteka/T/TM/0105N_02.html, data pobrania 20.03.2015.
2. Komunikat IV Zgromadzenia Plenarnego Papieskiej Akademii „Pro Vita” na temat badań nad genomem ludzkim. 25.04.1998 r.
3. Wielka Encyklopedia Nauczania Jana Pawła II. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2014
4. Przemówienie Papieża Jana Pawła II do uczestników XVIII Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplantologicznego, 29 sierpnia 2000 r. „L’Osservatore Romano” wyd. polskie 2000, 11-12, 39.
5. http://alwinhomepage.w.interia.pl/_etyka_klonowania_.htm data pobrania 20.03.2015.
6. Pawelczyk L., Wiśniewski J. (red.). Klonowanie i wykorzystanie komórek macierzystych wyzwaniem dla medycyny, etyki, prawa i społeczeństwa. Wyd. Naukowe UAM, Poznań 2007.

7. http://www.mp.pl/etyka/poczatki_zycia/show.html?id=25132, data pobrania 20.03.2015.
8. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania *Donum vitae*
9. Chyrowicz B. (red.): Klonowanie człowieka: fantazje – zagrożenia – nadzieje, TNKUL, Lublin 1999,
10. Łuków P.,: Moralne aspekty klonowania człowieka a światopoglądy. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, suppl. V, 1 (2001) 103-111.
11. Bołoz W.: *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe problemy bioetyki*, Warszawa 1997
12. Michalska A., Twardowski T.: Problemy etyczne i prawne klonowania. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 2000, 4, 1-18.
13. <http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2005/n200501/n20050109>, data pobrania 21.03.2015 .
14. <http://tygodnik.onet.pl/kraj/embrion-a-jednostka-ludzka/7lkz2>, data pobrania 22.03.2015.
15. <http://www.fronda.pl/a/klonowanie-to-zaprzeczenie-postepu-ludzosci,28209.html>, data pobrania 23.03.2015.
16. <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil64/gazeta/numery/n2006/n200601/n20060109>, data pobrania 23.03.2015 r.
17. Postawy wobec klonowania. Centrum Badania Opinii Społecznej. Komunikat z badań. BS/41/2003, Warszawa, 2003.
18. Nawton O.: *Ludzka biogeneza w standardach bioetycznych Rady Europy*. Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2011.

Tymosiak Patrycja¹, Rolka Hanna², Kułak Wojciech³, Kowalewska Beata², Jankowiak Barbara², Maliszewska Katarzyna^{4,5}

Postawy młodzieży studiującej na kierunkach zarządzanie, inżynieria biomedyczna, pielęgniarstwo wobec eutanazji

1. Absolwentka Studiów drugiego stopnia na kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Klinika Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytecki Szpital kliniczny w Białymstoku
4. SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku
5. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Wstęp

Pojęcie „eutanazja” wywodzi się z języka greckiego i oznacza „dobrą śmierć”. „Termin ten znany jest już od ponad dwóch tysięcy lat i przez cały ten czas wraz z rozwojem medycyny używany był w różnych sytuacjach i znaczeniach” [1].

W starożytności termin „eutanazja” używany był w zupełnie innym znaczeniu niż obecnie. Określano nim działanie polegające na pozbawieniu życia osoby nieuleczalnie chorej, które miało na celu skrócenia cierpienia, a tym samym prowadziło do dobrej i łagodnej śmierci. W dzisiejszych czasach eutanazja najczęściej kojarzona jest z aktem zabójstwa dokonanym z litości wobec osób terminalnie chorych, którzy pod wpływem ogromnego bólu i cierpienia niejednokrotnie proszą o szybką i bezbolesną śmierć [2,3].

Ówczesna literatura bioetyczna wymienia dwie definicje eutanazji:

- **„wąska** – przedstawia eutanazję jako czyn porównywalny z zabójstwem w sytuacji, kiedy lekarz przyczynia się do śmierci nieuleczalnie chorego i cierpiącego pacjenta podając mu środek powodujący dobry, bezbolesny zgon.
- **szeroka** – częściej stosowana, według której eutanazją jest podanie środka powodującego śmierć, jak również zaprzestanie działań medycznych lub rezygnacja ze stosowania środków utrzymujących przy życiu nieuleczalnego chorego” [4].

Zarówno, więc czynne spowodowanie śmierci człowieka, jak i dopuszczenie do niej uważane jest za przejaw eutanazji [4]. Eutanazja jest pojęciem obejmującym zakres etyki, głównie bioetyki, ale również prawa i nauk społecznych. Dokładniejsza analiza ukazuje różnorodność znaczenia tego pojęcia. Kopaliński różnicuje pojęcia eutanazji, ortotanazji.

Eutanazję określa jako „skrócenie przez lekarza w szpitalu męki pacjenta w przedłużającej się agonii za pomocą śmiertelnej dawki środka uśmierzającego ból”. Ortotanazją jest to natomiast „zaniechanie dalszego sztucznego podtrzymywania przy życiu pacjenta” [5]. Encyklopedia Bioetyki przedstawia eutanazję jako „sposób postępowania lub działanie sprowadzające bezbolesną śmierć, jako uwolnienie od bólu” [6]. Encyklika Jana Pawła II „Evangelium Vitae” informuje, iż „przez eutanazję w ścisłym i właściwym sensie należy rozumieć czyn lub zaniechanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia. Eutanazję należy zatem rozpatrywać w kontekście intencji oraz zastosowanych metod” [7,8].

Zdaniem Szeroczyńskiej „szeroko pojęty czyn eutanatyczny polega na pozbawieniu życia poprzez bezpośrednio lub pośrednio spowodowanie śmierci, niezapobieżeniu jej nadejścia, ewentualnie pomocnictwo w samodzielnym odebraniu sobie życia – człowieka cierpiącego (fizycznie lub psychicznie) przez sprawcę motywowanego współczuciem, działającego dla dobra tej osoby w celu zapewnienia jej godnej śmierci poprzez wybawienie jej od zła, jakie stanowi dla niej to cierpienie i postępującego zgodnie z wolą (wyrażoną lub odtworzoną) tej osoby, a przynajmniej nie wbrew jej woli” [9]. Według Kuse i Singera eutanazja jest „zabójstwem z litości, w którym uczestniczą dwie jednostki. Pierwszą jest osoba chcącą poddać się eutanazji, drugą zaś osoba dokonująca tego czynu” [10]. Dość często w literaturze można spotkać eutanazję przedstawianą, jako „zaniechanie terapii w przypadkach beznadziejnych, jeśli możliwe jest jedynie dalsze przedłużanie życia pacjenta, zwłaszcza, gdy odbywa się to kosztem wielkich cierpień, a także jako ewentualne prawo chorego do oczekiwania od lekarza pomocy w bezbolesnym zakończeniu życia” [11,12].

Najczęstszym podziałem w zakresie eutanazji spotykanym w literaturze jest podział ze względu na sposób jej dokonania, w którym wyróżniamy:

- **eutanazją czynną** zwaną też aktywną lub niekiedy pozytywną określa się świadome postępowanie osoby, najczęściej lekarza, doprowadzające do śmierci chorego między innymi poprzez podanie śmiertelnej dawki leku bądź śmiertelnościowego zastrzyku. Lekarz dokonuje tego aktu na wyraźne żądanie pacjenta, jak również pod wpływem współczucia. Jednak znaczna część medyków, etyków, jak również społeczeństwa przeciwstawia się takim praktykom. Kościół katolicki również potępia ową formę eutanazji uważając ją za zabójstwo. Międzynarodowa Konwencja Praw Człowieka kategorycznie zabrania stosowania tego typu eutanazji, nawet w przypadku, gdy nieuleczanie chory sam o nią zabiega [13,14,15].

- **eutanazję bierną** określaną również jako pasywną, negatywną polegającą na niepodjęciu lub zaprzestaniu stosowania intensywnej terapii lub innych czynności medycznych ratujących życie w celu przyspieszenia śmierci. Przykładem takiego działania może być odłączenie chorego od respiratora, zaprzestanie odżywiania pacjenta w terminalnej fazie choroby [16,17].
- **samobójstwo wspomagane** ma miejsce, gdy lekarz poprzez podanie określonych medykamentów pomaga pacjentowi w popełnieniu samobójstwa. W takim przypadku sprawcą dokonania aktu eutanatycznego jest sam chory, rola lekarza ogranicza się tutaj jedynie do zapewnienia dostępu do środków, które swoim działaniem spowodują śmierć [18].

Za eutanazję nie uznaje się jednak rezygnacji z uporczywej terapii, której mianem określa się czynności medyczne, których stosowanie nie wpływa na poprawę stanu chorobowego pacjenta, a jedynie może spowodować przedłużenie agonii [19,20].

Zasadniczą różnicą pomiędzy eutanazją czynną a eutanazją bierną są intencje lekarza dokonującego tego aktu. W związku z tym można wyróżnić dalszy podział eutanazji na pośrednią lub bezpośrednią:

- **eutanazja pośrednia** dotyczy śmierci pacjenta spowodowanej wystąpieniem skutków ubocznych metod stosowanych w celu zminimalizowania cierpienia. Przykładem tutaj może być podanie choremu dość dużych dawek środków uśmierzających ból. W takich sytuacjach lekarz zazwyczaj zdaje sobie sprawę z tego, iż jest to jedyna forma pomocy terminalnie choremu, która może przyczynić się zarazem do szybszego zgonu pacjenta.
- **eutanazja bezpośrednia** zachodzi w przypadku, gdy celowym działaniem lekarza jest pozbawienie życia osoby chorej [17].

Kolejnym podziałem spotykanym w literaturze jest podział uwzględniający wolę chorego. Wyróżnia się wówczas eutanazję dobrowolną, niedobrowolną lub wbrew woli pacjenta.

- **eutanazja dobrowolna** dokonywana jest tylko i wyłącznie na życzenie pacjenta, który powinien spełniać określone warunki: musi być świadomy swojej prośby, a tym samym przekonany o jej słuszności; decyzję podjął po konsultacji z lekarzem, który ocenił jego stan zdrowia; ból i cierpienie towarzyszące chorobie uniemożliwiają normalną egzystencję [10].

Większość państw zachodnich, m.in. Holandia, uznaje pisemne oświadczenia woli zawarte w tak zwanych „testamentach życia” odnośnie postępowania lekarza w przypadku utraty świadomości przez daną osobę. Możliwe jest także upoważnienie bliskiej osoby, która w takiej sytuacji podejmie decyzję o dalszych działaniach lekarskich [16].

- **eutanazja niedobrowolna** występuje w sytuacji, kiedy osoba chora nie może wyrazić swojej woli, co może być spowodowane tym, że pacjent jest nieprzytomny, upośledzony bądź jest to noworodek. W takim przypadku człowiek traktowany jest przedmiotowo, gdyż nie ma możliwości wyrażenia własnego zdania, a jego życie jest całkowicie zależne od decyzji lekarza [15].
- **eutanazja wbrew woli pacjenta** – dokonywana jest pomimo braku zgody osoby nieuleczalnie chorej, która jest w stanie samodzielnie, w pełni świadomie podjąć decyzję. Najczęściej dochodzi do niej na wskutek kilkukrotnego zwiększenia dawek środków przeciwbólowych przyjmowanych przez pacjenta, co w konsekwencji prowadzi do jego śmierci. Czyn ten dokonywany był w czasach nazistowskich, obecnie uważany jest za zabójstwo [10].

Istnieją również inne pojęcia, których używa się w kontekście eutanazji. Są to między innymi:

- **„dystanazja** - sztuczne utrzymywanie przy życiu pacjenta, u którego stwierdzono śmierć pnia mózgu bądź jego stan kliniczny nie rokuje na przeżycie;
- **ortotanazja** - zaprzestanie sztucznego podtrzymywania życia poprzez odłączenie od aparatury. W niektórych przypadkach takie postępowanie przypisywane jest do eutanazji biernej;
- **kryptanazja** - uśmiercenie nieuleczalnie chorego człowieka bez jego wiedzy i zgody” [16].

Celem pracy było: przedstawienie postaw studentów wobec eutanazji, porównanie poglądów na temat eutanazji wśród młodzieży studiującej na kierunkach zarządzanie, inżynieria biomedyczna, pielęgniarstwo oraz ocena wiedzy studentów na temat eutanazji.

Materiał i metoda

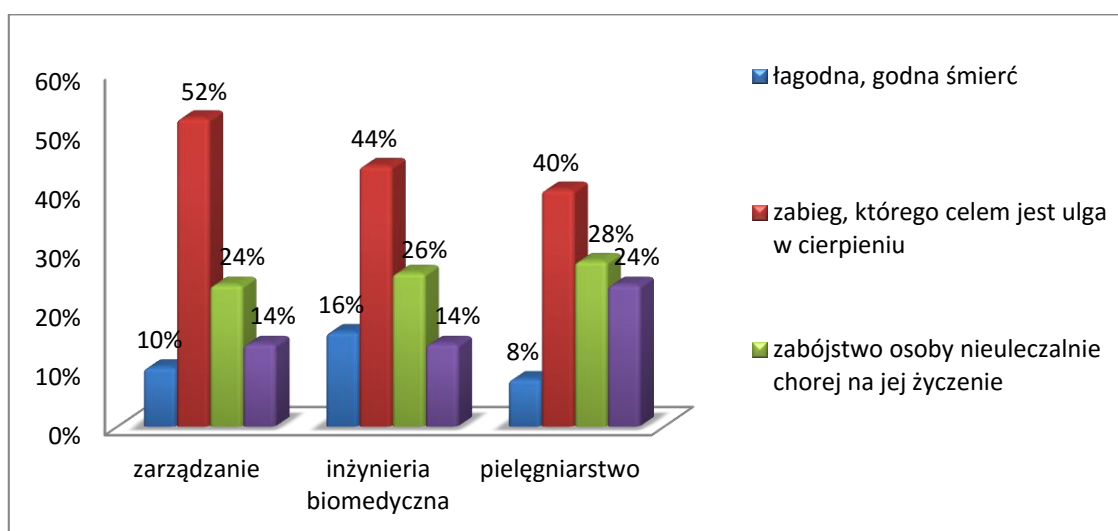
Badania przeprowadzono na przełomie 2013/2014 roku. Objęto nimi 150 studentów białostockich uczelni studiujących na kierunkach: zarządzanie, inżynieria biomedyczna, pielęgniarstwo. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. Ankieta składała się z dwóch części – części metryczkowej zawierającej dane o respondentach, tj. wiek, płeć, rok i kierunek studiów,

miejsce zamieszkania, a także części zasadniczej obejmującej 25 pytań - 3 pytania otwarte i 22 pytania zamknięte. Ankietowani studenci zostali poinformowani, iż udział w badaniach jest całkowicie dobrowolny i anonimowy, jak również, że przysługuje im prawo rezygnacji z uczestnictwa w badaniu na każdym jego etapie.

Wyniki

W badaniu udział wzięło 150 osób studiujących na białostockich uczelniach na kierunkach: zarządzanie – 50 studentów, inżynieria biomedyczna – 50 studentów, pielęgniarstwo – 50 studentów. Kobiety stanowiły 74% badanej populacji, mężczyźni zaś 26%. Struktura wieku badanych studentów wskazała, iż najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 19-29 lat – 85%, 11% osób było w wieku 30-39 lat, 3% ankietowanych miało od 40 do 49 lat, zaś tylko 1% respondentów mieścił się w przedziale wiekowym 50-59 lat. Badana grupa była zróżnicowana pod względem miejsca zamieszkania. Zdecydowana większość badanych pochodziła z miasta do 50 tys. mieszkańców (30%), 28% badanej populacji zamieszkiwała miasta powyżej 200 tys. mieszkańców, 27% respondentów pochodziło ze wsi, natomiast 15% badanych studentów pochodziło z miasta od 50 do 200 tys. mieszkańców.

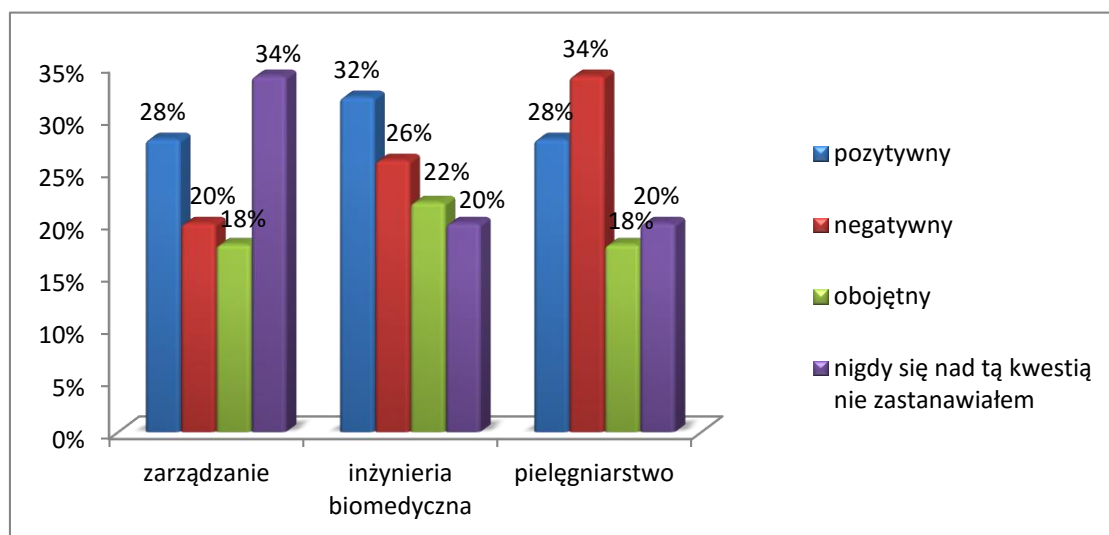
Ankietowani zapytani o opinie na temat: czym według nich jest eutanazja w większości odpowiadali, iż eutanazja jest to zabieg, którego celem jest ulga w cierpieniu (Rycina 1).



Rycina 1. Charakterystyka eutanazji według ankietowanych

Na kierunku zarządzanie takiej odpowiedzi udzieliło aż 52% studentów, na inżynierii biomedycznej 44%, zaś na pielęgniarstwie 40% respondentów. Dla większości studentów pielęgniarstwa eutanazja kojarzyła się z zabójstwem osoby nieuleczalnie chorej na jej życzenie (28%). Podobnego zdania byli studenci inżynierii biomedycznej (26%) i zarządzania (24%). Znaczna część osób studiujących pielęgniarstwo za eutanazję uważała zaplanowane, świadome zabójstwo osoby nieuleczalnie chorej, która nie jest zdolna do wyrażenia swojej woli (24%). W przypadku osób studiujących na kierunkach zarządzania i inżynierii biomedycznej takiej odpowiedzi udzieliło po 14% respondentów. Eutanazję za formę łagodnej, godnej śmierci uważało 16% badanych z kierunku inżynierii biomedycznej, 10% z zarządzania, zaś z pielęgniarstwa 8% studentów.

W kolejnym pytaniu badano stosunek respondentów wobec eutanazji (Rycina 2).



Rycina 2. Stosunek respondentów wobec eutanazji

Większość badanych studiujących na kierunku zarządzanie nigdy się nad tą kwestią nie zastanawiała (34%), 28% studentów wykazało pozytywny stosunek, negatywny 20%, zaś obojętny 18% respondentów. W przypadku inżynierii biomedycznej większa część studentów było zwolennikami eutanazji (32%), przeciwnikami było 26%, 22% ankietowanych miało obojętny stosunek wobec eutanazji, a pozostałych 20% nigdy się nad tą kwestią nie zastanawiało. Na kierunku pielęgniarstwo zdecydowana większość studentów sprzeciwiła się eutanazji (34%), pozytywnie nastawionych osób było 28%, 20% nigdy się nad tą kwestią nie zastanawiało, natomiast 18% respondentów określiło swój stosunek jako obojętny.

W kolejnym pytaniu ankietowani zostali poproszeni o podanie powodów, dla których niektórzy ludzie decydują się na własną eutanazję. Najczęściej udzielanymi odpowiedziami wśród studentów zarządzania, inżynierii biomedycznej, pielęgniarstwa były sytuacje, w których chorzy mają dość cierpienia (70%, 48% i 62%), jak również nie chcą być ciężarem dla najbliższych (odpowiednio 40%, 28%, 34%). Najbardziej wskazywanymi motywami przez studentów inżynierii biomedycznej były: brak wsparcia ze strony rodziny, jak również brak sił do walki z chorobą (po 2%). Podobnie na zarządzaniu 2% ankietowanych wymieniło brak wsparcia, jako najmniej istotny czynnik. Na pielęgniarstwie natomiast najbardziej podawanym powodem, dla którego ludzie decydują się na eutanazję był lęk przed umieraniem w cierpieniu (2%). Szczegółowe dane przedstawia Tabela I.

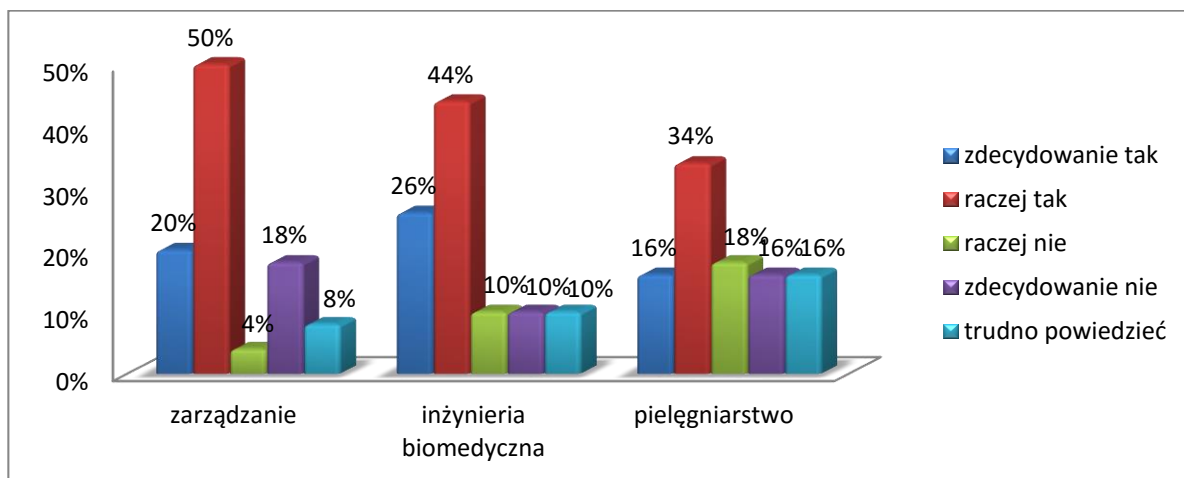
Tabela I. Powody, dla których ludzie decydują się na własną eutanazję

Powody, dla których ludzie decydują się na własną eutanazję	Kierunek studiów					
	Zarządzanie		Inżynieria biomedyczna		Pielęgniarstwo	
	N	%	N	%	N	%
Mają dość cierpienia	35	70%	24	48%	31	62%
Nie widzą sensu życia	6	12%	5	10%	13	26%
Nie chcą być ciężarem dla najbliższych	20	40%	14	28%	17	34%
Brakuje im nadziei na poprawę sytuacji zdrowotnej	9	18%	7	14%	4	8%
Brakuje im wsparcia ze strony rodziny	1	2%	1	2%	5	10%
Brakuje im siły do walki z chorobą	-	-	1	2%	-	-
Odczuwają lęk przed umieraniem w cierpieniu	-	-	-	-	1	2%

Badając opinie dotyczącą wprowadzenia w Polsce regulacji prawnej umożliwiającej dokonanie eutanazji osoby nieuleczalnie chorej na jej własną prośbę stwierdzono, że zdecydowana większość ankietowanych wszystkich trzech kierunków opowiedziała się za jej wprowadzeniem (Rycina 3).

Najwięcej takich studentów było na zarządzaniu i inżynierii biomedycznej (po 70%), na pielęgniarstwie zaś tylko 50% ankietowanych. Wśród osób studiujących pielęgniarstwo 34% uważało, iż nie powinno się wprowadzać takowej regulacji, a dla 16% osób trudno było wypowiedzieć się w tej kwestii. Podobnie sytuacja przedstawia się na inżynierii biomedycznej, osób przeciwnych wprowadzeniu regulacji prawnej było 20%, a nieposiadających zdania na ten temat 10% respondentów. Na zarządzaniu było 22% osób

niepopierających pomysłu wprowadzenia eutanazji. Pozostałym osobom trudno było wypowiedzieć się za lub przeciw (8%).



Rycina 3. Opinie ankietowanych dotyczące wprowadzenia w Polsce regulacji prawnej umożliwiającej dokonanie eutanazji osoby nieuleczalnie chorej na jej własną prośbę

W następnym pytaniu poproszono respondentów o wskazanie okoliczności przemawiających za lub przeciw przeprowadzeniu eutanazji. Wśród najczęściej wymienianych czynników, które dopuszczają wykonanie eutanazji, grupa studentów zarządzania, inżynierii biomedycznej, pielęgniarstwa wymieniła ból i cierpienie (odpowiednio 32%, 32%, 34%). Natomiast w przypadku argumentów przeciw eutanazji najczęściej podawanymi były: na zarządzaniu – ryzyko nadużyć (6%), na inżynierii biomedycznej również ryzyko nadużyć (4%), ale także samobójstwo/zabójstwo (4%), na pielęgniarstwie - ewentualny rozwój medycyny (2%). Szczegółowe dane przedstawia Tabela II.

Studenci zapytani o to, czy ich zdaniem istnieją sytuacje, w których dokonanie eutanazji byłoby dopuszczalne mają dość odmienne zdania w zależności od kierunku, na którym studiują (Rycina 4). Twierdząco na to pytanie odpowiedziało: 37% studentów zarządzania i pielęgniarstwa, a także 33% studentów inżynierii biomedycznej. Natomiast 29% osób studiujących zarządzanie, 37% inżynierię biomedyczną i 43% pielęgniarstwo doszło do zupełnie odwrotnego wniosku. Ankietowani, którym trudno było wypowiedzieć się w tej kwestii stanowili grupę 34% osób na zarządzaniu oraz po 20% na inżynierii biomedycznej i pielęgniarstwie.

Najczęściej zaznaczaną przez studentów inżynierii biomedycznej i pielęgniarstwa sytuacją, w której eutanazja byłaby uzasadniona jest stan, gdy chory cierpi na nieuleczalną chorobę, odpowiednio 35% i 38%, zaś najrzadziej sytuacja, gdy znajduje się on w stanie

Postawy młodzieży studiującej na kierunkach zarządzanie, inżynieria biomedyczna, pielęgniarstwo wobec eutanazji

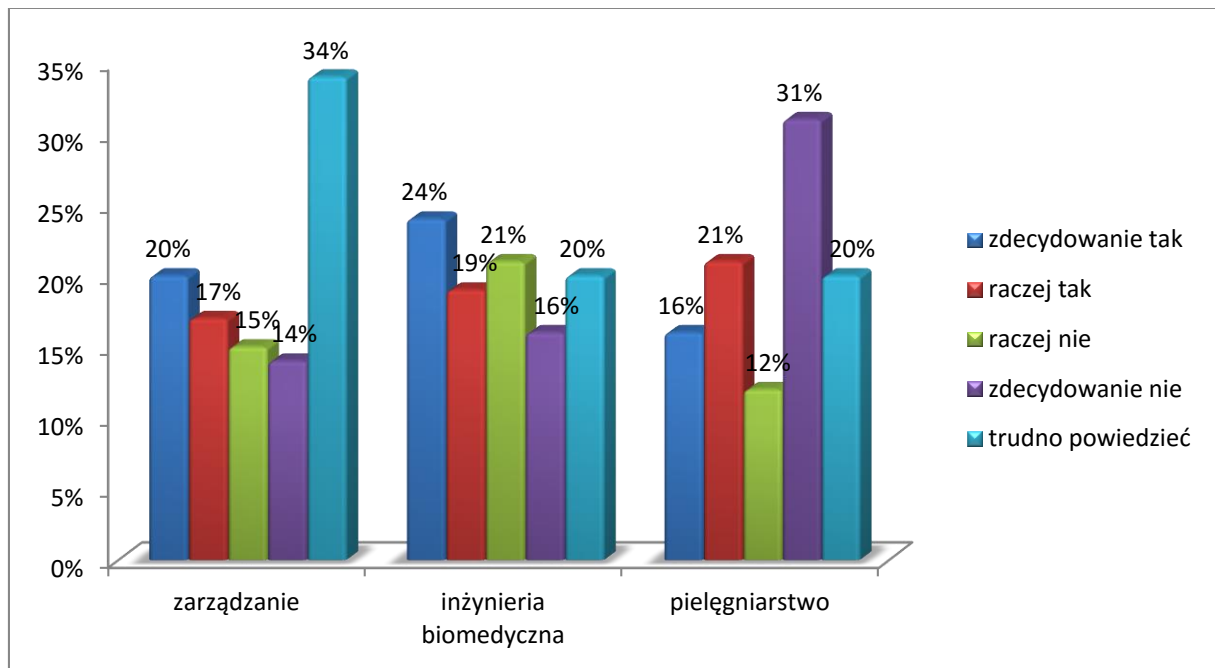
śpiączki, odpowiednio 4% i 2%.. Nieco innego zdania są osoby studiujące na kierunku zarządzanie. Według nich najczęstszym przypadkiem, gdy dokonanie eutanazji byłoby uzasadnione jest sytuacja, w której życie chorego podtrzymywane jest w sposób sztuczny (34%), a najrzadszym, gdy chory jest sparaliżowany lub niepełnosprawny (8%). W tym pytaniu ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi. Szczegółowe dane przedstawia Tabela III.

Tabela II. Okoliczności przemawiające za lub przeciw przeprowadzeniu eutanazji

Argumenty	Kierunek studiów					
	Zarządzanie		Inżynieria biomedyczna		Pielęgniarstwo	
ZA eutanazją	N	%	N	%	N	%
Ból i cierpienie	16	32%	16	32%	17	34%
Bezradność, zależność od innych	1	2%	-	-	2	4%
Zmniejszenie cierpienia rodziny	6	12%	4	8%	3	6%
Godna, bezbolesna śmierć	1	2%	3	6%	6	12%
Względy ekonomiczne	-	-	-	-	1	2%
PRZECIW eutanazji						
Życie, jako najwyższa wartość	15	30%	10	20%	12	24%
Ryzyko nadużyć	3	6%	2	4%	-	-
Ewentualny rozwój medycyny	-	-	3	6%	1	2%
Samobójstwo/zabójstwo	-	-	2	4%	3	6%

Tabela III. Sytuacje, w których eutanazja byłaby dopuszczalna

Sytuacje, w których eutanazja byłaby dopuszczalna	Kierunek studiów					
	Zarządzanie		Inżynieria biomedyczna		Pielęgniarstwo	
	N	%	N	%	N	%
Chory cierpi na nieuleczalną chorobę	7	14%	17	35%	19	38%
Chory jest sparaliżowany, niepełnosprawny	4	8%	5	10%	2	4%
Chory jest w stanie śpiączki	6	12%	2	4%	1	2%
Chory jest w stanie śmierci klinicznej	11	22%	8	16%	15	30%
Chory nie jest zdolny do samodzielnej egzystencji	8	16%	6	12%	3	6%
Życie chorego podtrzymywane jest w sposób sztuczny	17	34%	16	32%	17	34%

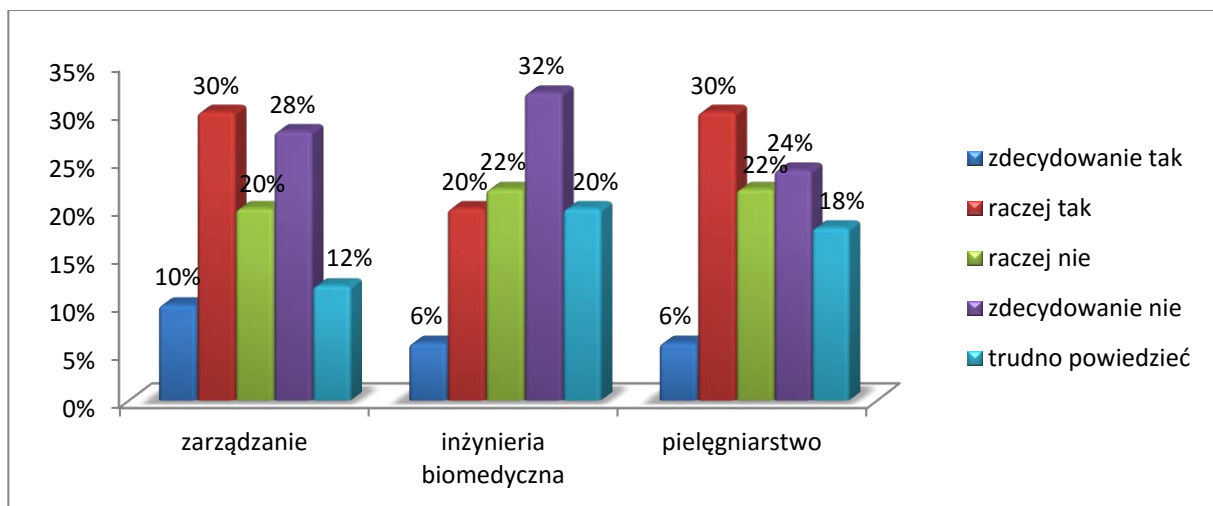


Rycina 4. Odpowiedzi ankietowanych na pytanie: czy istnieją sytuacje, w których dokonanie eutanazji byłoby dopuszczalne

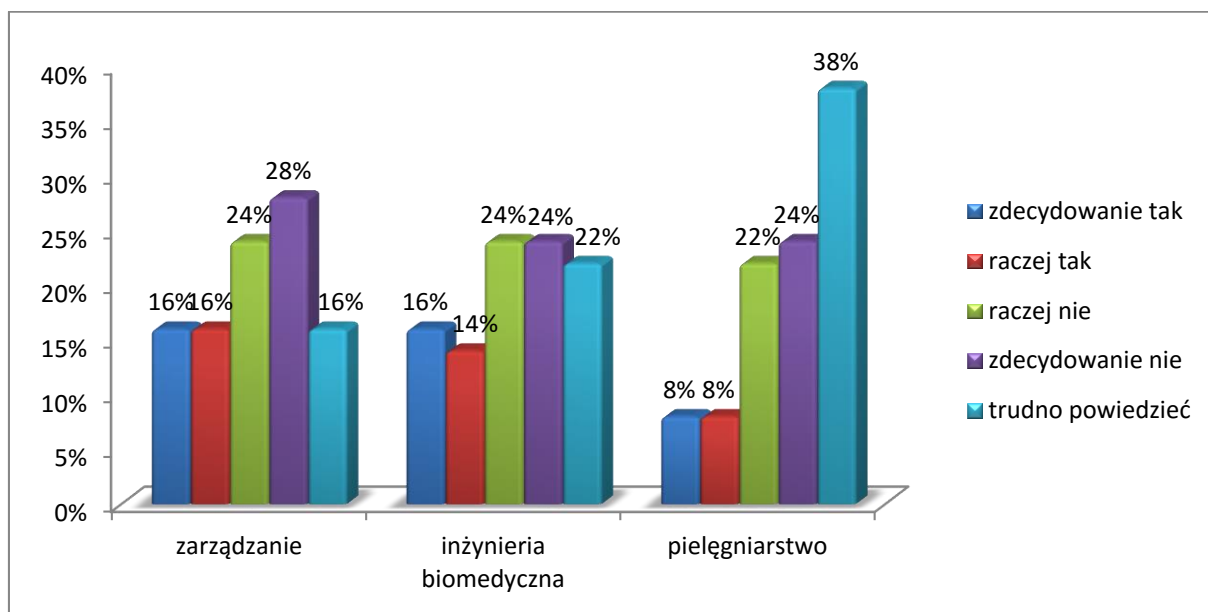
Kolejne pytanie miało na celu zbadanie opinii respondentów odnośnie tego, czy lekarz powinien proponować rodzinie możliwość rozważenia eutanazji w przypadku, gdy rokowania dla pacjenta są niekorzystne i nie ma szans na polepszenie się stanu chorego (Rycina 5). Studenci zarządzania i pielęgniarstwa odpowiadali podobnie, odpowiednio 40% i 36% uważało, że lekarz powinien zasugerować rodzinie taką możliwość. Tego samego zdania na inżynierii biomedycznej było 26% studentów. Najwięcej przeciwników takiego rozwiązania było na inżynierii biomedycznej (54%), znacznie mniej na zarządzaniu i pielęgniarstwie, odpowiednio 48% i 46% ankietowanych. Dla 12% studentów zarządzania, 20% inżynierii biomedycznej i 18% pielęgniarstwa trudno było jednoznacznie powiedzieć, czy zgadzają się z takim rozwiązaniem.

Osób, które uważały, iż wiek chorego zdecydowanie nie powinien być brany pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o przeprowadzeniu eutanazji na zarządzaniu było 32%, na inżynierii biomedycznej 30%, zaś na pielęgniarstwie 16% studentów. Odmiennego zdania było 52% ankietowanych z kierunku zarządzania, 48% z inżynierii biomedycznej i 46% z pielęgniarstwa. Badanych, którzy nie mieli zdania na ten temat na pielęgniarstwie było 38%, na inżynierii biomedycznej 22%, zaś zaledwie 16% na zarządzaniu (Rycina 6).

Postawy młodzieży studiującej na kierunkach zarządzanie, inżynieria biomedyczna, pielęgniarstwo wobec eutanazji



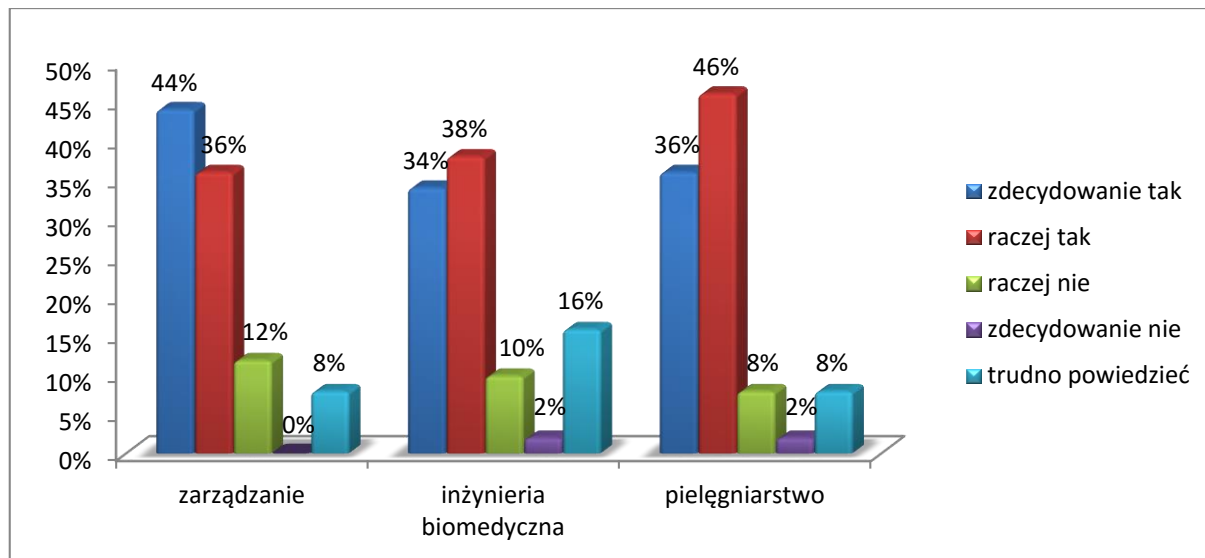
Rycina 5. Opinie respondentów odnośnie tego, czy lekarz powinien proponować rodzinie możliwość rozważenia eutanazji w przypadku, gdy rokowania dla pacjenta są niekorzystne i nie ma szans na polepszenie się stanu chorego



Rycina 6. Wpływ wieku chorego na podjęcie decyzji o przeprowadzeniu eutanazji

Badanych zapytano także o to, czy ich zdaniem, po zalegalizowaniu eutanazji mogłoby dochodzić do nadużyć (Rycina 7). Zdecydowana większość respondentów odpowiedziała twierdząco: na pielęgniarstwie 82%, na zarządzaniu 80%, zaś na inżynierii biomedycznej 72% studentów. Osób, które odpowiedziało przecząco było stanowczo mniej. Wśród studentów zarządzania i inżynierii biomedycznej odsetek ten wynosił po 12%, zaś

na pielęgniarstwie zaledwie 10%. Dla 16% studentów inżynierii biomedycznej oraz 8% zarządzania i pielęgniarstwa trudno było jednoznacznie wypowiedzieć się w tej kwestii.



Rycina 7. Odpowiedzi ankietowanych na pytanie: czy po zalegalizowaniu eutanazji mogłoby dochodzić do nadużyć

W przeprowadzonych badaniach poproszono ankietowanych o wskazanie nadużyć, do jakich mogłoby dochodzić podczas praktykowania eutanazji. Najczęściej wymienianym przez studentów zarządzania, inżynierii biomedycznej i pielęgniarstwa nadużyciem była chęć pozbycia się problemu, jakim może być opieka nad osobą chorą, odpowiednio: 68%, 70% i 64%. Najrzadszym, zaś obniżenie jakości usług medycznych, odpowiednio: 16%, 18% i 12%. W tym pytaniu ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi. Szczegółowe dane przedstawia Tabela V.

Tabela III. Nadużycia, do jakich mogłoby dochodzić podczas praktykowania eutanazji

Nadużycia, do jakich mogłoby dochodzić podczas praktykowania eutanazji	Kierunek					
	Zarządzanie		Inżynieria biomedyczna		Pielęgniarstwo	
	N	%	N	%	N	%
Wywieranie presji na osobach nieuleczalnie chorych	26	52%	16	32%	20	40%
Zaprzestanie rozwoju medycyny paliatywnej	15	30%	12	24%	8	16%
Obniżenie jakości usług medycznych	8	16%	9	18%	6	12%
Chęć pozbycia się problemu, jakim może być opieka nad osobą chorą	34	68%	35	70%	32	64%
Względy ekonomiczne	12	24%	15	30%	10	20%
Korzyści materialne	19	28%	16	32%	9	18%

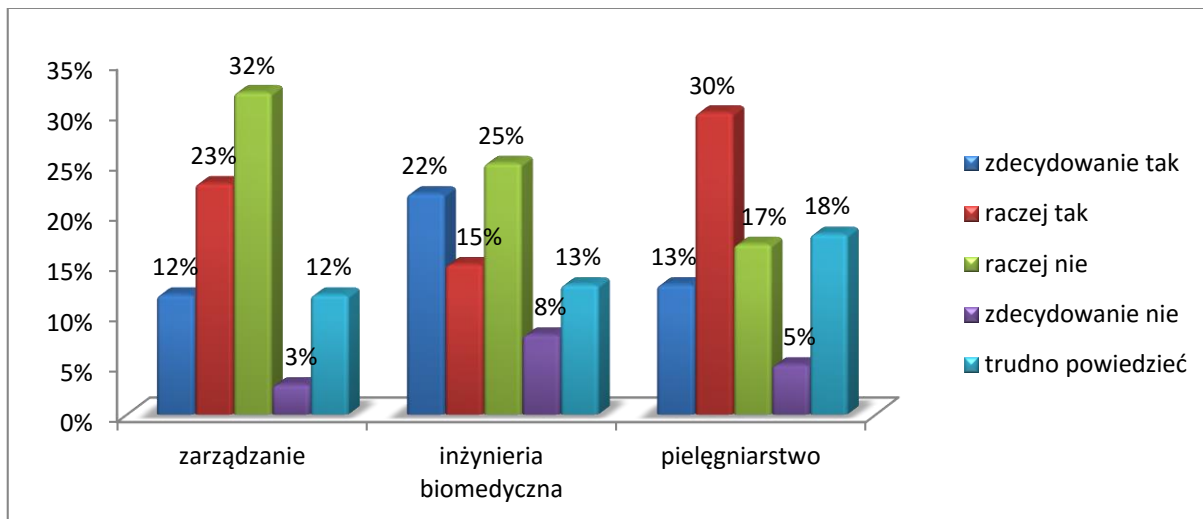
W przeprowadzonym badaniu poproszono ankietowanych o wskazanie zagrożeń w relacji pacjent – personel medyczny i personel medyczny – pacjent, jakie mogłyby pojawić się po zalegalizowaniu eutanazji. Wśród najczęściej wymienianych niebezpieczeństw przez studentów wszystkich trzech badanych kierunków było obniżenie jakości usług medycznych (po 16%). Ponadto na pielęgniarstwie zdecydowana większość osób wskazała brak zaufania do personelu medycznego (18%). Najrzadziej wymienianym zagrożeniem na kierunku pielęgniarstwo i inżynieria biomedyczna była obojętność wobec pacjentów (po 2%), zaś na zarządzaniu brak zaufania do personelu medycznego (4%). Szczegółowe dane obrazuje Tabela V.

Tabela V. Zagrożenia w relacji pacjent – personel medyczny i personel medyczny - pacjent, jakie mogłyby pojawić się po zalegalizowaniu eutanazji

Zagrożenia w relacji pacjent - personel medyczny i personel medyczny - pacjent, jakie mogłyby pojawić się po zalegalizowaniu eutanazji.	Kierunek studiów					
	Zarządzanie		Inżynieria biomedyczna		Pielęgniarstwo	
	N	%	N	%	N	%
Nadużycia	3	6%	5	10%	4	8%
Obniżenie jakości usług medycznych	8	16%	8	16%	8	16%
Niższy poziom opieki	8	16%	1	2%	-	-
Zaprzestanie czynności ratujących życie	4	8%	-	-	-	-
Brak zaufania do personelu medycznego	2	4%	6	12%	9	18%
Negatywny wpływ na psychikę personelu medycznego	-	-	3	6%	-	-
Obojętność wobec pacjentów	3	6%	1	2%	1	2%

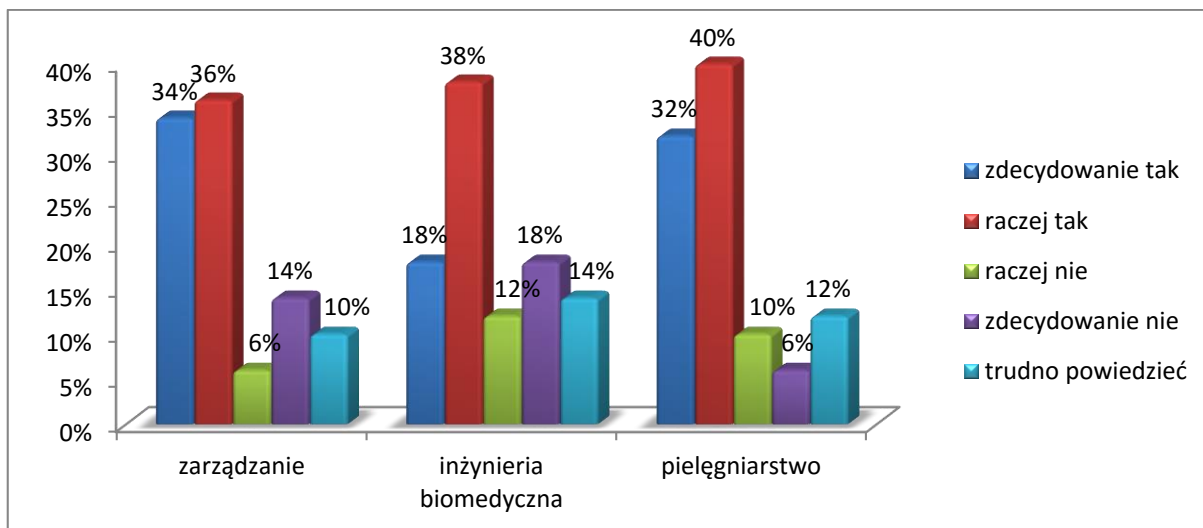
Kolejne pytanie miało na celu zbadanie opinii ankietowanych odnośnie tego, czy po zalegalizowaniu eutanazji mogłoby dochodzić do zjawiska tzw. „turystyki przed eutanazją”, tj. ucieczka do sąsiednich krajów i osiedlenie się tam, aby zapewnić sobie życie do naturalnej śmierci (Rycina 8). Największa grupa studentów, którzy odpowiedzieli twierdząco była na pielęgniarstwie (43%), nieco mniej na inżynierii biomedycznej i zarządzaniu, odpowiednio 37% i 35%. Przecząco na to pytanie odpowiedziało 35% studentów zarządzania i 33% inżynierii biomedycznej, i tylko 22% osób z pielęgniarstwa. Respondentów, którzy nie posiadali opinii na ten temat na pielęgniarstwie było 18%, na inżynierii biomedycznej 13% i zaledwie 12% na zarządzaniu.

Postawy młodzieży studiującej na kierunkach zarządzanie, inżynieria biomedyczna, pielęgniarstwo wobec eutanazji



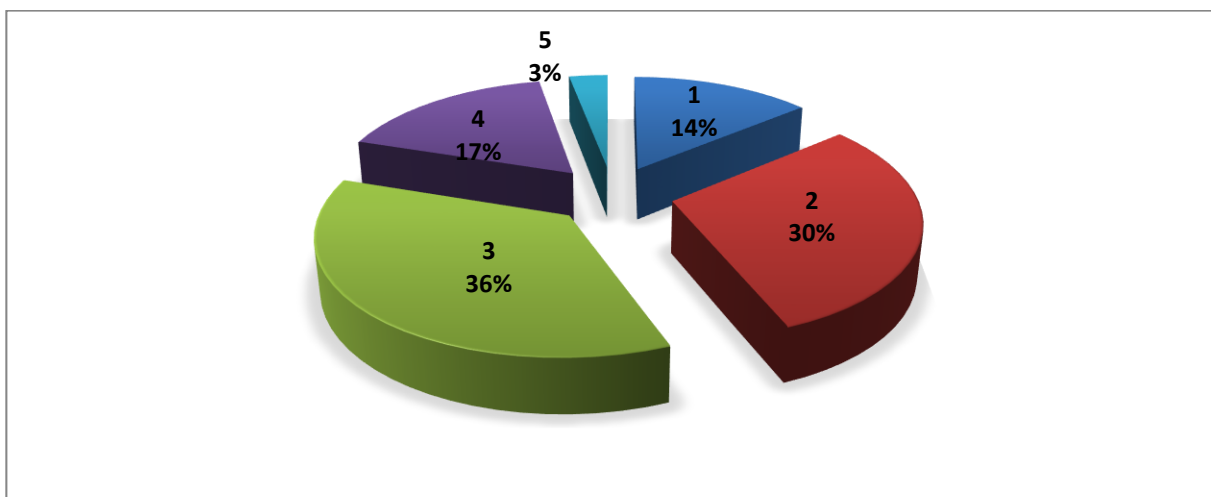
Rycina 8. Opinie studentów na temat: czy po zalegalizowaniu eutanazji mogłoby dochodzić do zjawiska tzw. „turystyki przed eutanazją”

Badając opinie respondentów o możliwości wyrażenia zgody za życia (np. deklaracja) na przeprowadzenie eutanazji w przypadku uporczywej, uniemożliwiającej prawidłowe funkcjonowanie choroby, zdecydowana większość ankietowanych poparła takie rozwiązanie (Rycina 9). Najwięcej takich osób było wśród studentów pielęgniarstwa (72%), nieco mniej na zarządzaniu (70%) i inżynierii biomedycznej (56%). Takiemu pomysłowi sprzeciwiło się 30% studentów inżynierii biomedycznej, 20% zarządzania i 16% osób z pielęgniarstwa. Niewielki odsetek badanych nie wyraził opinii w tej kwestii - na inżynierii biomedycznej stanowił on 14% ankietowanych, na pielęgniarstwie (12%), a na zarządzaniu (10%).



Rycina 9. Opinie respondentów o możliwości wyrażenia zgody za życia (np. deklaracja) na przeprowadzenie eutanazji w przypadku uporczywej, uniemożliwiającej prawidłowe funkcjonowanie, choroby

Ankietowani poproszeni o ocenę swojej wiedzy na temat eutanazji w skali od 1 do 5 najczęściej wybierali „3” (37%) i „2” (31%). Osób, które oceniły najwyżej posiadane przez siebie informacje spośród wszystkich respondentów, tj. „4”, było zaledwie 18%. 14% badanych uznało, iż nie posiada wiedzy na ten temat (Rycina 10).



Rycina10. Ocena wiedzy ankietowanych na temat eutanazji

Dyskusja

Eutanazja jest wciąż aktualnym problemem etycznym zarówno wśród społeczeństwa, jak i w środowisku medycznym. Pomimo, iż na przestrzeni lat zmieniała ona swoje znaczenie, już w czasach starożytnych była akceptowana i szeroko stosowana. Początkowo greckie słowo „eutanazja” oznaczało dobrą, lekką śmierć pozbawioną wszelkich cierpień. W dzisiejszych czasach określa się nim umyślne działanie prowadzące do śmierci chorego pacjenta w celu skrócenia towarzyszącego mu cierpienia. Mimo to eutanazja coraz częściej kojarzona jest z aktem morderstwa. Obecnie w dalszym ciągu występują duże trudności w jednoznacznym zdefiniowaniu pojęcia eutanazji [7,21].

Studenci biorący udział w badaniu w zdecydowanej większości eutanazję określili, jako: „zabieg, którego celem jest ulga w cierpieniu”. Dla znacznej grupy studentów pielęgniarstwa eutanazja kojarzyła się z zabójstwem osoby nieuleczalnie chorej na jej życzenie (28%). Podobnego zdania byli studenci inżynierii biomedycznej (26%) i zarządzania (24%). Znaczna część osób studiujących pielęgniarstwo za eutanazję uważała zaplanowane, świadome zabójstwo osoby nieuleczalnie chorej, która nie jest zdolna do wyrażenia swojej woli (24%). W przypadku osób studiujących na kierunkach zarządzania i inżynierii biomedycznej takiej odpowiedzi udzieliło po 14% respondentów. Eutanazję za formę

Postawy młodzieży studiującej na kierunkach zarządzanie, inżynieria biomedyczna, pielęgniarstwo wobec eutanazji

łagodnej, godnej śmierci uważało 16% badanych z kierunku inżynierii biomedycznej, 10% z zarządzania, zaś z pielęgniarstwa 8% studentów.

W badaniu Leppert przeprowadzonym wśród 401 studentów III roku Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii Akademii Medycznej w Poznaniu najczęściej wskazywaną definicją eutanazji było „zabójstwo” i „przyspieszenie śmierci osoby nieuleczalnie chorej za jej własną zgodą” (36% lekarzy i 37% studentów). W dalszej kolejności 12% lekarzy eutanazję porównało do „dobrej (godnej) śmierci”, a 12% studentów do „skrócenia życia osobie nieuleczalnie chorej” [22].

Kowalewska i wsp., którzy ankietowali 100 studentów pielęgniarstwa i 112 pielęgniarek czynnych zawodowo wykazali, iż dla 42% osób studiujących pielęgniarstwo i 70,5% pielęgniarek eutanazja kojarzyła się ze śmiercią na życzenie [23].

Eutanazja stanowi poważny problem etyczny zarówno w społeczeństwie, jak i w środowisku medycznym. Z przeprowadzonych badań jednoznacznie wynika, iż większość studentów pielęgniarstwa była negatywnie nastawiona wobec eutanazji (34%). Podobnego zdania było 26% osób studiujących inżynierię biomedyczną i 20% studentów zarządzania. Najwięcej zwolenników eutanazji było na kierunku inżynierii biomedycznej (32%). W przypadku zarządzania i pielęgniarstwa osób, które sprzeciwiły się eutanazji było po 12%. Obojętny stosunek wykazało 22% studentów inżynierii biomedycznej i po 18% respondentów z zarządzania i pielęgniarstwa.

Podobne wyniki otrzymała Zielińska – Więczkowska i wsp. w trzystuosobowej grupie badanych studentów bydgoskich uczelni: Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego i Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego, bardziej przychylny stosunek wobec eutanazji przejawiały osoby studiujące kierunki techniczne [24].

W badaniu przeprowadzonym przez Sierżantowicz i wsp. w grupie lekarzy, pielęgniarek, pacjentów i studentów największe poparcie dla eutanazji stwierdzono wśród osób studiujących pielęgniarstwo (22%). 40% lekarzy i pielęgniarek oraz 25% pacjentów sprzeciwiło się przyspieszeniu śmierci na życzenie chorego [25].

Według Szymańskiej zdecydowana większość kleryków była przeciwna eutanazji (96,30%). Podobnego zdania było 34,04% studentów pielęgniarstwa. Wśród zwolenników eutanazji największą grupę stanowili studenci prawa (39,47%) [26].

W 2007 roku Centrum Badania Opinii Społecznej przeprowadziło podobne badania na grupie 946 dorosłych mieszkańców Polski. Prawie połowa Polaków było zdania, iż „lekarze nie powinni spełniać woli osób nieuleczalnie chorych, którzy proszą o podanie im środków

powodujących śmierć” (46%). Natomiast 37% ankietowanych dopuszczała tego typu rozwiązanie [27].

Dopuszczalność eutanazji jest tematem bardzo kontrowersyjnym. Ma ona zarówno zwolenników, jak i przeciwników. Badając opinie studentów dotyczącą wprowadzenia w Polsce regulacji prawnej umożliwiającej dokonanie eutanazji osoby nieuleczalnie chorej na jej własną prośbę stwierdzono, że ponad połowa ankietowanych wszystkich trzech kierunków opowiedziała się za jej wprowadzeniem. Najwięcej takich studentów było na zarządzaniu i inżynierii biomedycznej (odpowiednio po 70%), na pielęgniarstwie zaś tylko 50% ankietowanych. Wśród osób studiujących pielęgniarstwo 34% uważało, iż nie powinno się wprowadzać takowej regulacji. Podobnego zdania było 22% osób z zarządzania i 20% studentów inżynierii biomedycznej. W zdecydowanej większości respondenci uważają, iż po zalegalizowaniu eutanazji mogłoby dochodzić do nadużyć. Najczęściej wymienianym przez studentów zarządzania, inżynierii biomedycznej i pielęgniarstwa nadużyciem była chęć pozbycia się problemu, jakim może być opieka nad osobą chorą (odpowiednio: 68%, 70% i 64%).

W Polsce w 2009 roku legalizację eutanazji popierało 61% obywateli, jest to o 13% więcej w porównaniu z rokiem 2005, natomiast 31% Polaków była temu przeciwna [28].

W studium przeprowadzonym przez Mierzeckiego i wsp., obejmującym studentów pierwszego roku medycyny z Polski, Niemiec i Szwecji wykazano, że za legalizacją eutanazji w swoim kraju opowiedziało się znacznie więcej niemieckich studentów, aniżeli studentów z Polski czy Szwecji (odpowiednio 69%, 32% i 34%) [29].

Według badań Mickiewicz i wsp. przeprowadzonych wśród pielęgniarek czynnych zawodowo większość z nich opowiedziała się przeciwko prawnej akceptacji eutanazji (42,1%). Zwolennikami takiego pomysłu było zaledwie 24,6% ankietowanych [30].

W opracowaniu Lepperta z 2005 roku przeciwnych legalizacji eutanazji było 75% lekarzy i 67% studentów medycyny. W późniejszym jego badaniu przeprowadzonym w 2009 roku wśród studentów IV roku uniwersytetów medycznych w Łodzi i Poznaniu przeciwko eutanazji opowiedziała się niemal połowa badanych (49%), zaś za jej zalegalizowaniem 35% studentów. Warto dodać, iż 80% ankietowanych miało obawy odnośnie nadużyć, do których mogłaby doprowadzić legalizacja eutanazji [22,31].

Tokarz w badaniu ankietowanym, w którym udział wzięli lekarze, pielęgniarki i salowe pracujące na oddziałach intensywnej terapii w Poznaniu wykazała, iż według 38% respondentów eutanazja powinna być zdecydowanie zakazana. Całkowicie odmiennego

zdania było zaledwie 8% badanych. 59% osób spośród całego personelu uważało, że może dochodzić do nadużyć, a kolejne 15% twierdziło, iż zalegalizowanie eutanazji nie niesie niebezpieczeństwa nadużyć [32].

W analizie Zielińskiej – Więzkowskiej ponad połowa respondentów była zdania, że prawna legalizacja eutanazji nie spowoduje jej nadużycia (53%) [24].

Łużyński w swojej publikacji zauważył, iż w obecnych czasach nastawionych przede wszystkim na przyjemności legalizacja eutanazji przyzwalałaby na bezwzględne pozbywanie się osób cierpiących. Między personelem medycznym a rodzinami pacjentów mogłoby dochodzić do zawierania swego rodzaju układów, które miałyby na celu przyspieszenie śmierci chorych. Wzrosłoby ryzyko, iż chorzy będący w pełni świadomi praktykowania eutanazji odczuwaliby nacisk ze strony rodziny, jak i personelu medycznego, by jak najszybciej skrócić swoje życie. W takiej sytuacji pacjentowi mogłoby towarzyszyć poczucie winy, iż jest zbędnym ciężarem, problemem dla otoczenia. Istniałoby również niebezpieczeństwo, że w przypadku nieuleczalnych chorób pacjenci byliby skazywani na śmierć, pomimo tego, iż w medycynie następuje ciągły rozwój i być może w niedalekiej przyszłości osoby te miałyby szanse na wyzdrowienie lub przynajmniej na zahamowanie postępu choroby [33].

W kolejnym pytaniu niniejszego badania młodzież zapytana została o to, czy ich zdaniem istnieją sytuacje, w których dokonanie eutanazji byłoby dopuszczalne. Twierdząco na to pytanie odpowiedziało 37% studentów zarządzania i pielęgniarstwa, a także 33% studentów inżynierii biomedycznej. Natomiast 29% osób studiujących zarządzanie, 37% inżynierię biomedyczną i 43% pielęgniarstwo doszło do zupełnie odwrotnego wniosku. Najczęściej wymienianą przez studentów inżynierii biomedycznej i pielęgniarstwa sytuacją, w której eutanazja byłaby uzasadniona jest stan, gdy chory cierpi na nieuleczalną chorobę (odpowiednio 35% i 38%). Innego zdania były osoby studiujące zarządzanie, według nich jest to sytuacja, w której życie chorego podtrzymywane jest w sposób sztuczny (34%).

Podobne wyniki otrzymała Mickiewicz i wsp. w badaniu przeprowadzonym w 2010 r. wśród grupy czynnych zawodowo pielęgniarek. Ponad połowa badanych uważała, iż sytuacją kliniczną, w której eutanazja powinna zostać dozwolona jest życie podtrzymywane w sposób sztuczny (50%), jak również terminalny okres choroby (22%) [30].

Studenci I roku kierunku lekarskiego badani przez Mierzeckiego i wsp. byli podobnego zdania, co ankietowani powyższych dwóch badań, którzy uważali,

że okolicznością, w której eutanazja mogłaby zostać zastosowana jest sztuczne podtrzymywanie życia pacjenta [29].

Różnorodne poglądy społeczeństwa na temat eutanazji wynikają głównie z różnic religijnych i kulturowych. W badaniu własnym ponad połowa ankietowanych przyznała, że wyznawana przez nich wiara w znacznym stopniu kształtuje ich postawy wobec eutanazji (56%). Przeciwnego zdania było 38% studentów.

W sondażu przeprowadzonym przez Majkę i wsp. na grupie studentów Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego i Uniwersytetu Medycznego w Lublinie wykazano, że w przypadku 36% respondentów religia odgrywa bardzo dużą rolę w kształtowaniu opinii na temat eutanazji [34].

W badaniu Wilk udział wzięło ponad stu studentów pielęgniarstwa studiów licencjackich, z czego 81% respondentów było zdania, iż poglądy religijne w znacznej mierze wpływają na prezentowane przez nich postawy wobec eutanazji [34].

Wnioski

1. Osoby studiujące zarządzanie i inżynierię biomedyczną wykazują znacznie przychylniejszą postawę wobec eutanazji, niż studenci pielęgniarstwa.
2. Zdecydowana większość studentów zarządzania, inżynierii biomedycznej i pielęgniarstwa eutanazję definiuje, jako zabieg, którego celem jest ulga w cierpieniu.
3. Przeważająca grupa młodzieży akademickiej opowiada się za wprowadzeniem w Polsce regulacji prawnej umożliwiającej dokonanie eutanazji. Większość studentów jest zdania, że takie postępowanie może prowadzić do nadużyć, wśród nich wymienia chęć pozbycia się problemu, jakim może być opieka nad osobą chorą.
4. Studenci obawiają się, że po zalegalizowaniu eutanazji może dochodzić do zjawiska tzw. „turystyki przed eutanazją”.
5. Respondenci z kierunku zarządzania i pielęgniarstwa uważają, że lekarz powinien proponować rodzinie możliwość rozważenia eutanazji w przypadku, gdy rokowania dla pacjenta są niekorzystne i nie ma szans na polepszenie się stanu chorego. Przeciwnego zdania są studenci inżynierii biomedycznej.
6. Ponad ¼ młodzieży akademickiej sądzi, że wiek chorego nie powinien być brany pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o przeprowadzeniu eutanazji.
7. Większość ankietowanych popiera pomysł wprowadzenia deklaracji, w których byłoby można za życia wyrazić zgodę na przeprowadzenie eutanazji.

8. Powodem, dla którego ludzie decydują się na własną eutanazję jest cierpienie towarzyszące nieuleczalnej chorobie.
9. Znaczna część ankietowanych nie potrafi wskazać żadnego państwa, w którym praktykowanie eutanazji jest dozwolone.
10. Wyniki ankiety wskazują, że największą wiedzę na temat eutanazji posiadają studenci pielęgniarstwa.
11. Badania wykazały istotny wpływ wiary na kształtowanie postaw wobec eutanazji.

Piśmiennictwo

1. Świątkowska - Fils B., Pierzchała K., Fils C.: Zasady etyczne, aspekty prawne, a problem eutanazji. *Wiad. Lek.*, 2009, 2, 142-145.
2. Malczewski J.: Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem. Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
3. Golusińska K.: Dopuszczalność eutanazji. *Medyczna Wokanda*, 2012, 4, 178-187.
4. Zając M.: Bioetyczne ujęcie eutanazji. *Człowiek-Rodzina- Prawo*, 2012, 6, 10.
5. Kopaliński W. Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych. Łódź 2000, 160.
6. Muszala A. Encyklopedia Bioetyki. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2007, 188.
7. Jakubowski T.: Eutanazja. *Głos dla życia*, 2002, 54, 1.
8. Encyklika *Evangelium Vitae* Ojca Świętego Jana Pawła II do biskupów, do kapłanów i diakonów, do zakonników i zakonnice, do katolików świeckich oraz do wszystkich ludzi dobrej woli o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego. Kraków 1995, 65.
9. Szeroczyńska M.: Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Wyd. Universitas, Kraków 2004, 38-60.
10. Kominiarek K.: Moralny problem eutanazji. Dostępne: <http://etykapraktyczna.pl/blog/etyka-medyczna/eutanazja/moralny-problem-eutanazji>, data obrania 28.10.2013.
11. Pająk K.: Bioetyka a wybrane aspekty umierania człowieka. *Pielęg. Zdr. Publ.*, 2011, 1, 77-81.
12. Słomski W.: Bioetyka. Katedra Filozofii Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Warszawie, Warszawa 2007, 53-54.
13. Sadowska L., Przygoda Ł.: Opieka hospicyjna jako alternatywa eutanazji. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, Rzeszów 2005, 4, 372-379.

14. Żelichowski M.: Bierna eutanazja. Dostępne: <http://www.mp.pl/etyka/prawo-medyczne/show.html?id=1128>, data pobrania 07.09.2013.
15. Wroński K., Bocian R., Cywiński J., Dziki A.: Eutanazja. Wsp. Onkol., 2008, 12, 290-293.
16. Świątek B., Jurek T.: Eutanazja – uregulowania prawne w Polsce i na świecie spojrzenie medyka sądowego [w:] Problemy współczesnej tanatologii. Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, 2005, 9.
17. Chańska W.: Eutanazja – głos filozofa. Czasopismo aptekarskie, 2008, 5, 173, 40-51.
18. Kmiecik B.: Krótka historia eutanazji. Dostępne: <http://biotechnologia.pl/bioetyka/aktualnosci/krotka-historia-eutanazji,1562> data pobrania 13.11.2013.
19. Roguska B.: Zaniechanie uporczywej terapii a eutanazja. Centrum Badania Opinii Społecznej 2013 (online). http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_003_13.PDF data pobrania 09.12.2013.
20. Kuźmich I., Brzostek T., Kózka M.: Rozważania o eutanazji w świetle opieki paliatywnej. Pielęg. Pol., 2004, 2, 4-7.
21. Pacian J., Pacian A., Skórzyńska H., Kaczoruk M.: Eutanazja – zabójstwo człowieka czy uśmierzenie bólu. Regulacje prawne wybranych państw świata. Hygeia Public Health., 2014, 1, 19-25.
22. Leppert W., Łuczak J., Góralski P.: Wybrane problemy opieki paliatywnej i eutanazji w opiniach lekarzy i studentów medycyny. Polska Medycyna Paliatywna, 2005, 2, 67-76.
23. Kowalewska B., Krajewska – Kułak E., Jankowiak B. i wsp.: Opieka hospicyjna i paliatywna oraz eutanazja w opinii pielęgniarek i studentów kierunku pielęgniarstwo. Probl. Hig. Epidemiol., 2007, 4, 484-488.
24. Zielińska – Więzkowska H., Januszewska M.: Opinie studentów bydgoskich uczelni na temat eutanazji. Hygeia Public Health, 2013, 2, 238-242.
25. Sierżantowicz R., Łagoda K., Doroszkiewicz H., Jurkowska G.: Opinie lekarzy, pielęgniarek, pacjentów i studentów na temat eutanazji. Gerontol. Pol., 2011, 2, 99 – 106.
26. Szymańska K.: Postawy wobec eutanazji wśród studentów pielęgniarstwa, prawa i kleryków. Pielęg. Zdr. Publ., 2012, 2, 125 – 133.

27. Wenzel M.: Opinie o eutanazji, czyli pomocy w umieraniu. Centrum Badania Opinii Społecznej 2007 (online). http://www.bezupzedzen.org/doc/opinie_o_eutanazji_czyli_pomocy_w_umieraniu_2007_CBOS.pdf. data pobrania 28.10.2013.
28. Śledzianowski J.: Eutanazja – dobra śmierć czy zabójstwo człowieka. Wyd. Jedność, Kielce 2010.
29. Mierzecki A., Rękawek A., Świątkowski J. i wsp.: Ocena podejścia do eutanazji studentów pierwszego roku medycyny w Szczecinie, Greifswald i Lund. *Ann. Acad. Med. Stetin.*, 2008, 1, 164-169.
30. Mickiewicz I., Krajewska – Kułak E., Kędziora – Kornatowska K., Roslan K.: Postawy pielęgniarek wobec eutanazji. *Pielęg. Zdr. Publ.*, 2011, 1, 199 – 208.
31. Leppert W., Gottwald I., Kazimierczak – Łukaszewicz S.: Problematyka eutanazji i opieki paliatywnej w poglądach studentów VI roku medycyny. *Med. Paliat.*, 2009, 1, 45-52.
32. Tokarz W.: Współczesne dylematy intensywnej terapii. Eutanazja – Anioł Śmierci czy Zbawienia? *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2012, 6, 16-23.
33. Majka E., Kociuba – Adameczyk K., Bałos M.: Wpływ religijności na ukształtowanie postawy wobec eutanazji. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2011, 1, 34, 11-15.
34. Wilk I.: Eutanazja w opinii studentów pielęgniarstwa studiów licencjackich. *Ann. UMCS*, 2005, 617, 232 – 235.

Warchoń Ewa¹, Rolka Hanna², Piechocka Dorota³, Krajewska-Kulak Elżbieta², Kowalewska Beata², Jankowiak Beata², Kondzior Dorota²

Analiza postaw studentów województwa podlaskiego na temat procedury zapłodnienia *in vitro*

1. Absolwentka Studiów drugiego stopnia na kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Niepłodność, według Światowej Organizacji Zdrowia, to „brak wystąpienia ciąży pomimo dwunastomiesięcznego okresu współżycia seksualnego partnerów bez stosowania środków antykoncepcyjnych, jest uznana za chorobę społeczną” [1].

WHO traktuje niepłodność jako chorobę społeczną. W ostatnich latach, wraz z rozwojem cywilizacyjnym, zwiększyła się zachorowalność na tę chorobę. Wzrosła liczba małżeństw wymagających leczenia niepłodności. „W Polsce problem niepłodności dotyczy 1 miliona par w wieku rozrodczym (18 - 20% małżeństw). Wpłynęło na to wiele czynników, m.in. choroby przenoszone drogą płciową, niebezpieczne zachowania seksualne” [2].

„Płodność określa się jako prawdopodobieństwo poczęcia w przebiegu prawidłowego cyklu miesięczkowego dla pary z liczbą stosunków seksualnych 2-3 razy w tygodniu. „Średnia wartość miesięcznego wskaźnika płodności w przedziale wiekowym 20 - 30 lat wynosi ok. 30%, ale dla jednej pary może wynosić 50%, a dla innej 5%. Przy prawdopodobieństwie 50% trzeba dwóch miesięcy do zajścia w ciążę, podczas gdy przy prawdopodobieństwie 5% prawie dwóch lat” [2].

Czynniki związane z niepłodnością mogą dotyczyć każdego partnera z osobna lub pary jako całości. Należy wziąć pod uwagę czynniki przyczynowe i czynniki ryzyka. „Jednym z głównych czynników ryzyka są infekcje. Bardzo ważną rolę odgrywa wiek- płodność kobiet maleje stopniowo od 25. roku życia. Badania WHO wykazały udział mężczyzn w niepłodności, u 51% par w głównej mierze wywołany jest anomaliami nasienia” [2].

„Funkcjonowanie narządów rozrodczych kobiety, jak i choroby kobiece uwikłane są w szereg czynników psychologicznych, których wpływ może zachodzić bądź na drodze psychosomatycznej, bądź somatopsychicznej(...) Publikacje dotyczące psychologicznego aspektu niepłodności mężczyzn zawierają wiele sprzeczności. „Część autorów uważa, że

mężczyźni przeżywają mniej negatywnych emocji dotyczących niepłodności aniżeli kobiety. Inni twierdzą, że jest wprost przeciwnie, ponieważ diagnoza niepłodności u mężczyzn pociąga wiele negatywnych reakcji emocjonalnych.(...) Trzecia grupa badaczy opowiada się za stanowiskiem, że mężczyźni tak samo głęboko, jak ich partnerki przeżywają niepłodność” [3].

Reakcja emocjonalna kobiety na niepłodność:

- „depresja, głęboka izolacja od obcych, rodziny, partnera,
- przeżywanie żałoby w przypadku poronień lub utraty marzeń o upragnionym dziecku,
- akceptacja niepłodności - podjęcie leczenia lub zastąpienie rodzicielstwa innym sposobem życia,
- silna potrzeba emocjonalnej więzi z partnerem (nadopiekuńczość w stosunku do męża zastępuje w ten sposób miłość do dziecka),
- podwyższony poziom lęku,
- poczucie izolacji społecznej,
- obniżone poczucie własnej wartości,
- niska akceptacja siebie w roli kobiety,
- okaleczenie,
- zachwianie poczucia tożsamości i kobiecości” [3,4,5].

„Kobiety częściej niż mężczyźni przyjmują strategie uciezkowe w odpowiedzi na sytuacje stresowe i frustracje. Strategie radzenia sobie ze stresem zmieniają się w trakcie leczenia niepłodności. Na początku kobiety podchodzą zadaniowo do problemu, a następnie zauważa się zmianę strategii na unikanie i odwracanie się od problemu. Ponadto kobiety częściej niż mężczyźni radzą sobie ze stresem poprzez zaprzeczanie rzeczywistości” [3].

Reakcja emocjonalna mężczyzny na niepłodność:

- „mężczyźni postrzegają niepłodność kobiety jako chorobę, dlatego współczują dla niej i mają poczucie odpowiedzialności za jej życie,
- depresja,
- poczucie winy,
- obniżenie samooceny,
- mniejsze poczucie własnej wartości,
- unikanie kontaktów społecznych,

- poczucie pozbawienia ważnych więzi emocjonalnych,
- brak wiary w sprawność własnego ciała,
- utożsamianie niepłodności z brakiem sprawności w sferze seksualnej,
- niepłodność postrzegają jako problem wstydlivy.

Negatywne reakcje na zaistniały problem niepłodności męskiej nasilają się i pogłębiają w miarę trwania leczenia. Mężczyźni częściej niż kobiety przyjmują strategie zadaniowe radzenia sobie ze stresem, co pomaga im w przystosowaniu się i obniżeniu frustracji” [3].

Reakcja emocjonalna na niepłodność w relacji partnerów:

- „wzajemne poczucie winy,
- zmiana percepcji partnera,
- niższe poczucie własnej wartości,
- poczucie odpowiedzialności za niespełnienie oczekiwań,
- dystans,
- poczucie odizolowania w małżeństwie,
- trudności w okazywaniu uczuć,
- stres,
- spadek nadziei,
- osamotnienie,
- współżycie przestaje być intymne, sprawia mniej radości i satysfakcji,
- brak satysfakcji w związku prowadzi bardzo często do rozwodu” [3-7].

W polskim prawie nie ma uregulowań dotyczących zapłodnienia *in vitro*. „Działania z zakresu procedury *in vitro* mieszczą się w zakresie zgody osoby poddanej tym procedurom. Zgoda legalizuje również zabieg pobrania komórek rozrodczych dla innej osoby. Komórki takie nie są objęte zakresem ustawy transplantacyjnej. Procedury *in vitro*, w których nie dochodzi do niszczenia zarodków, są w pełni legalne i nie podlegają kontroli prawnej. Wykonywanie zabiegów stymulacji hormonalnej, pobrania komórki rozrodczej oraz implantacji zarodka do organizmu matki ma charakter zabiegów medycznych i podlega ograniczeniom prawnym” [8-11].

W Polsce embrión ludzki podlega ochronie prawnej, o czym mówi Konstytucja RP, orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego, orzecznictwo sądów powszechnych, a także art. 1 ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z 1993 roku, zgodnie z którym prawo do życia podlega ochronie, w tym

również w fazie prenatalnej. Tworzenie zarodków w procedurze *in vitro* nie jest w Polsce regulowane prawnie, więc tym samym jest dozwolone” [9,12,13].

Polska podpisała Konwencję Rady Europy „O ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny” z 1997 roku, ale jej nie ratyfikowała i nie wprowadziła przepisów wdrażających art. 18 Konwencji. „Zatem w Polsce dopuszczalne jest tworzenie zarodków do celów reprodukcyjnych i naukowych, tworzenie zarodków zapasowych, a także w celu poddania krioprezerwacji” [9,14,15,16].

„W Polsce komórki rozrodcze nie podlegają regulacjom prawnym. Obrót nimi i ich dawstwo nie jest zakazane. Banki komórek rozrodczych czy embrionów, umowy komercyjne o macierzyństwo zastępcze również nie podlegają żadnym ograniczeniom prawnym” [9,17,18].

„Polskie prawo nie przewiduje zakazów, jeśli chodzi o dokonywanie zmian genomu czy innych manipulacji genetycznych w komórkach rozrodczych” [9,18,19,20].

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie:

- światopoglądu studentów województwa podlaskiego dotyczącego przeprowadzania zapłodnienia *in vitro*.
- poziomu wiedzy studentów województwa podlaskiego na temat zapłodnienia *in vitro*.

Material i metoda

Badaniem objęto łącznie 50 studentów pedagogiki Uniwersytetu w Białymstoku i 50 studentów psychologii Wyższej Szkoły i Administracji Publicznej w Białymstoku w przedziale wiekowym do 30. roku życia i po 30. roku życia zamieszkałych zarówno na terenie miast, jak i wsi. Respondenci zostali poinformowani o dobrowolnym i anonimowym charakterze badań oraz o tym, że uzyskane dane posłużą napisaniu pracy naukowej.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Za narzędzie badawcze posłużył autorski kwestionariusz ankiety opracowany dla potrzeb niniejszych badań, składający się z dwóch części. Pierwsza składa się z 23 pytań mających charakter zamknięty i półotwarty, w której pytano respondentów o poziom posiadanej wiedzy na temat procedury zapłodnienia *in vitro*, źródła pozyskiwania informacji o *in vitro*, akceptację stosowania zapłodnienia *in vitro* w różnych sytuacjach oraz wiedzę na temat postępowania z nadliczbowymi embrionami powstałymi w metodzie zapłodnienia pozaustrojowego, a także o moralność i etyczność tej metody.

Drugą część stanowiła tzw. „metryczka”, zawierająca dane socjometryczne, w której ankietowani byli pytani o płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, religię, ilość rodzeństwa.

Ankiety dostarczono bezpośrednio do poszczególnych respondentów. Ankietowanych studentów zapoznano ze strukturą badania, jego celem, przebiegiem, zapewniono o anonimowości i dobrowolności kwestionariusza. Respondenci zostali poinstruowani o sposobie jego wypełniania, a także o prawie do odmowy wzięcia udziału w badaniu na każdym etapie.

Uzyskane informacje z ankiety poddano analizie, a wyniki zaprezentowano w formie opisowej oraz przedstawiono graficznie, jak również w tabelach. W pracy do obliczeń statystycznych wykorzystano program Excel oraz Statistica.

Procedura badawcza uzyskała pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr: R - I - 022/498/2013.

Wyniki

Analiza statystyczna obejmuje $N = 100$ studentów, u których badano wiedzę i światopogląd na temat procedury zapłodnienia *in vitro*.

W badanej grupie zdecydowaną większość stanowiły kobiety- 91%. Mężczyźni to jedynie 9% ankietowanych. W badaniu wzięło udział 78% respondentów do 30. roku życia i 22% respondentów powyżej 30. roku życia. Prawie połowa ankietowanych studentów (48%) mieszka w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców. Respondenci mieszkający w mieście do 10 tysięcy mieszkańców stanowili 22% grupy badawczej. 30% spośród ankietowanych mieszkało na wsi. Wśród ankietowanych 69 osób deklarowało się kawalerem/panną, 25 osób żonatym/mężatką. Najmniejszą grupę stanowili studenci rozwiedzeni (6 osób). Zdecydowana większość (76%), to katolicy, 17 (17%) respondentów deklarowało się prawosławnymi, 5 (5%) ankietowanych wskazywało na inne wyznanie. 2 (2%) respondentów nie udzieliło odpowiedzi.

Osobom uczestniczącym w badaniu na wstępie zadano pytanie: „Czy wie Pan/Pani co to jest zapłodnienie *in vitro*?” 99% studentów uważa, że wie co to jest zapłodnienie *in vitro*. 1% przyznaje, że nie wie, na czym polega ta metoda wspomaganego rozrodu.

Większość (63%) respondentów określa swój poziom wiedzy o procedurze *in vitro* na poziomie średnim. Najmniej (3%) badanych uważa, że posiada bardzo niski poziom wiedzy o tej metodzie rozrodu wspomaganego.

Analizując poziom wiedzy respondentów dotyczący przedmiotu badań zadano pytanie następującej treści: „**Czy wie Pan/Pani co to jest zapłodnienie in vitro?**” 85% badanych studentów uważa, że zapłodnienie *in vitro* jest to pobranie gamet i łączenie ich na zewnątrz ustroju, a następnie przeniesienie zarodków do organizmu matki. Natomiast 14% ankietowanych studentów twierdzi, że jest to sztuczne zapłodnienie w organizmie matki. 1% badanych studentów nie ma zdania na ten temat.

W celu zbadania światopoglądu osób badanych w kolejnym pytaniu kwestionariusza ankiety zapytano: „**Czy akceptują stosowanie zapłodnienia in vitro w sytuacji małżeństw, które nie mogą posiadać potomstwa?**” Na to pytanie zdecydowana większość ankietowanych (82% studentów) odpowiedziała, że akceptuje stosowanie tej metody w leczeniu niepłodności w sytuacji małżeństw, które nie mogą mieć dzieci. 11 % badanych studentów nie akceptuje tej metody w zaistniałej sytuacji. 7% respondentów nie ma zdania na ten temat.

Badając dokładnie aspekt akceptowania procedury spytano badanych w kolejnym pytaniu: „**Czy akceptują stosowanie zapłodnienia in vitro w sytuacji par nie będących małżeństwem?**” Opinie na ten temat były podzielone. Większość (47% ankietowanych) nie akceptuje *in vitro* w sytuacji par nie będących małżeństwem, natomiast 40% respondentów akceptuje zapłodnienie pozaustrojowe w sytuacji związków niezalegalizowanych. 13% studentów nie ma zdania na ten temat.

W kolejnym pytaniu zapytano respondentów: „**Czy akceptujesz stosowanie zapłodnienia in vitro w sytuacji samotnych matek?**” W tym pytaniu prawie połowa (48%) ankietowanych nie akceptuje zapłodnienia *in vitro* w sytuacji samotnych matek. 36% studentów akceptuje takie postępowanie. 16% ankietowanych nie ma zdania na ten temat.

Osoby badane analizowały również sytuację akceptacji zapłodnienia *in vitro* w sytuacji matek zastępczych-surogatek. Zdecydowana większość (73%) ankietowanych nie akceptuje stosowania IVF w sytuacji surogatek. Tylko 13% studentów akceptuje stosowanie zapłodnienia *in vitro* w sytuacji matek zastępczych. 14% ankietowanych nie ma zdania na ten temat.

Również poproszono badanych o wyrażenie opinii dotyczącej akceptowania metody *in vitro* w przypadku par lesbijskich. Zdecydowana większość (75%) respondentów nie akceptuje zapłodnienia *in vitro* w sytuacji par lesbijskich. 9% ankietowanych akceptuje tą metodę w sytuacji par tej samej płci. 15% respondentów nie ma zdania na ten temat.

W trakcie trwania badań bardzo wnikliwie analizowano status ludzkiego embrionu oraz jego godność poprzez poproszenie o udzielenie odpowiedzi „***Uważam, że nowo poczęte życie:***

- ***jest istotą ludzką od samego początku,***
- ***jest zarodkiem życia, które dopiero przekształci się w istotę ludzką’***
- ***nie mam zdania”***

Wykazano, że 73% respondentów uważa, że nowo poczęte życie jest istotą ludzką od samego początku. Natomiast na to, iż nowo poczęte życie jest zarodkiem życia, które dopiero przekształci się w istotę ludzką wskazało 24% studentów. 3% ankietowanych nie miało zdania na ten temat.

Osoby uczestniczące w badaniu zostały poproszone o wskazanie granicy czasowej, w której przynależy człowiekowi posiadanie godności. Pytanie zawarte w kwestionariuszu ankiety sformułowano w następujący sposób: „***Według mnie człowiek posiada godność: już od chwili poczęcia; od 3 tygodnia ciąży, gdy zaczyna bić mu serce; od 6 miesiąca ciąży; od urodzenia; musi sobie na nią zasłużyć”.***

W ocenie przeważającej liczby studentów (69%) człowiek posiada godność już od chwili poczęcia. Natomiast 19% ankietowanych jest zdania, że człowiek posiada godność od 3. tygodnia ciąży, gdy zaczyna bić mu serce. Inne warianty odpowiedzi cieszyły się niewielkim uznaniem ankietowanych (od 6. miesiąca ciąży - 2% respondentów, od urodzenia- 10% respondentów).

Osobom uczestniczącym w badaniu zadano również pytanie o treści: „***Powstały w wyniku zapłodnienia in vitro embrion jest według Pana/Pani: Człowiekiem w najwcześniejszej fazie rozwoju i należy mu się ochrona prawna; To tylko embrion, który nie jest jeszcze w pełni człowiekiem i nie należy mu się ochrona prawna”.***

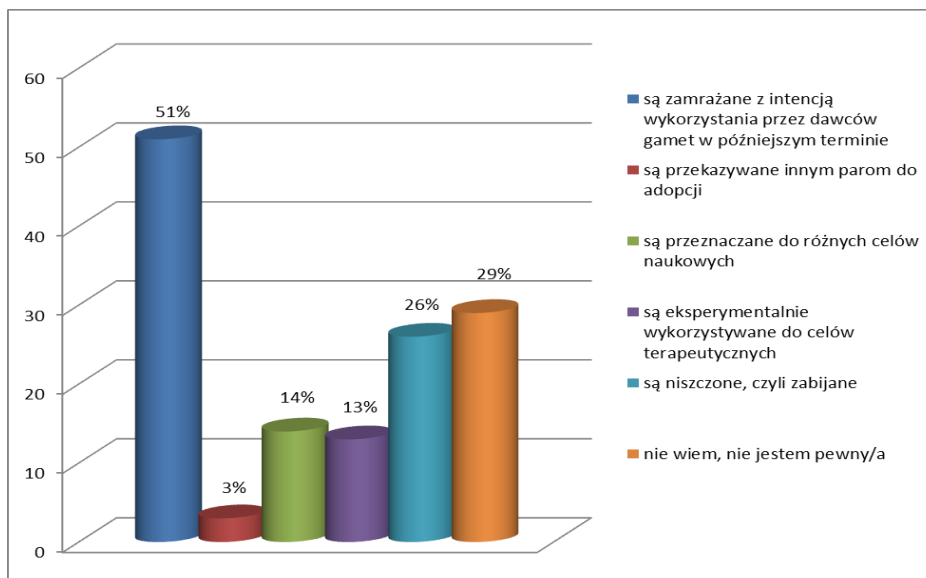
Zdecydowana większość (86%) respondentów jest zdania, że powstały w wyniku zapłodnienia in vitro embrion jest człowiekiem w najwcześniejszej fazie rozwoju i należy mu się ochrona prawna. 14% ankietowanych jest odmiennego zdania i uważa, że embrion nie jest w pełni człowiekiem i nie należy mu się ochrona prawna.

Celem prowadzonych badań było również zbadanie poziomu wiedzy na temat procedury in vitro, dlatego spytano o aspekt losu nadliczbowych embrionów, które powstały w wyniku zastosowania procedury.

Analiza pytania: „***Co według Pana/Pani dzieje się z nadliczbowymi embrionami, które są uzyskiwane w procedurze zapłodnienia in vitro? są zamrażane z intencją***

wykorzystania przez dawców gamet w późniejszym terminie; są przekazywane innym parom do adopcji; są przeznaczane do innych celów naukowych; są eksperymentalnie wykorzystywane do celów terapeutycznych; są niszczone, czyli zabijane; nie wiem, nie jestem pewny/a”.

W pytaniu tym ankietowani mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź. Ponad połowa (51%) badanych uważa, że embriony są zamrażane z intencją wykorzystania przez dawców gamet w późniejszym terminie, ale jednocześnie 26% respondentów jest zdania, że embriony są niszczone, czyli zabijane. 14% osób wskazało, że są przekazywane do różnych celów naukowych. 13% studentów myśli, że embriony są eksperymentalnie wykorzystywane do celów terapeutycznych. Najmniej badanych (3%) odpowiedziało, że embriony są przekazywane innym parom do adopcji. Zastanawiające jest, że duży odsetek studentów (29%) nie było pewnych odpowiedzi, nie umiało ocenić, co dzieje się z nadliczbowymi embrionami. Dane przedstawia Rycina 1.



Rycina 1. Opinia respondentów na temat co dzieje się z nadliczbowymi embrionami

*Analiza pytania: „Kto ma prawo decydować o losie nadliczbowych embrionów uzyskanych w drodze zapłodnienia *in vitro*? rodzice; lekarz; przepisy prawne.”* pozwoliła na uzyskanie następujących informacji.

Prawie połowa (49%) ankietowanych jest zdania, że to rodzice mają prawo decydować o losie nadliczbowych embrionów uzyskanych w drodze zapłodnienia *in vitro*. 34%

odpowiedzi wskazuje na przepisy prawne, a 13% studentów wybrało lekarza, jako osobę decydującą o losie nadliczbowych embrionów.

Kolejnym zadaniem pytaniem było pytanie o treści: **„Czy powinno zakazać się procedury zapłodnienia *in vitro*?”** 61% ankietowanych jest zdania, że nie powinno zakazać się procedury zapłodnienia *in vitro* i uzasadnia to następująco: ale tylko dla małżeństw, gdyż należy im się dziecko jako wynik ich miłości i każda matka (kobieta) chce poczuć, jak to jest nosić dziecko pod swoim sercem”, „w sytuacji, gdy wszystkie zarodki będą wykorzystane”, „każdy ma prawo mieć swego potomka”, „każdy ma prawo do swojego zdania i postępowania”, „jest często jedyną możliwością”, „możliwe, że jest to ostatnia i jedyna szansa poczuć się matką i mieć swoje dziecko z genami obu rodziców”, „dlatego, że daje możliwość narodzin”, „Każdy ma prawo być rodzicem”. Znaczna mniejszość (13% respondentów) opowiada się za zakazaniem zapłodnienia pozaustrojowego i argumentuje to w ten sposób: „jest to niezgodne z prawem Bożym”, „ponieważ embriony, które nie zostały wybrane są niszczone, zabijane”, „bo jest mnóstwo dzieci do adopcji w domach dziecka”, „dlatego, że jest to niemoralne”, „jest to niezgodne z wiarą katolicką”, „bo zaprzecza podstawowym prawom do godności od poczęcia”. Jednocześnie 25% badanych studentów nie ma zdania na ten temat.

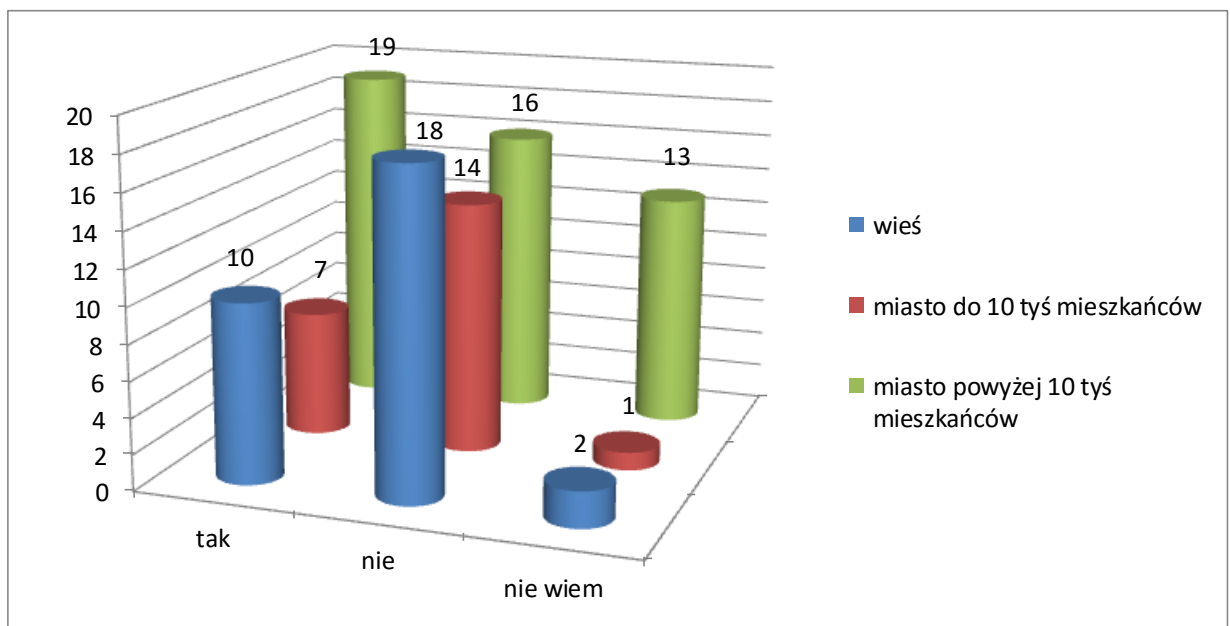
W badaniu położono również nacisk na zbadanie poziomu wiedzy osób uczestniczących w badaniu w zakresie uregulowań prawnych procedury *in vitro*.

Analiza pytania: **„Czy według Pana/Pani polskie prawo dobrze reguluje procedurę zapłodnienia *in vitro*?”** wykazała, że prawie połowa respondentów (49%) uważa, że polskie prawo nie reguluje w odpowiedni sposób procedury zapłodnienia *in vitro*. 7% respondentów twierdzi, iż polskie prawo dobrze reguluje tą metodę. Jednocześnie znaczny odsetek badanych (43%) nie ma zdania na ten temat.

Spytano także badanych: **„Czy według Pana/Pani procedura zapłodnienia *in vitro* jest postępowaniem moralnym?”** W pytaniu o moralność postępowania *in vitro* zdania były podzielone. 40% respondentów uważa, że procedura zapłodnienia *in vitro* jest postępowaniem moralnym. 31% ankietowanych studentów jest przeciwnej opinii, a 29% badanych nie ma zdania na ten temat.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w rozkładzie odpowiedzi na pytanie o akceptację metody zapłodnienia *in vitro* w sytuacji małżeństw, które nie mogą mieć dzieci ze względu na wiek ($p=0,81803$), miejsce zamieszkania ($p=0,7$), religię ($p=0,9$).

Wykazano istotną statystycznie ($p=0,02$) zależność między miejscem zamieszkania a akceptacją zapłodnienia *in vitro* w sytuacji samotnych matek. Mieszkańcy wsi i małych miast zazwyczaj nie akceptują zapłodnienia pozaustrojowego w tej sytuacji. Spośród mieszkańców wsi tej odpowiedzi udzieliło 18 osób, a wśród mieszkańców małych miast takiego wyboru dokonało 14 osób. Natomiast mieszkańcy większych miast w większości (40%/19 ankietowanych) akceptują *in vitro* w takich okolicznościach. Jednocześnie duży odsetek mieszkańców miast powyżej 10 tys. mieszkańców (27%/13 ankietowanych) nie ma zdania na ten temat. Omawiane zjawisko obrazuje Rycina 2.



Rycina 2. Akceptacja zapłodnienia *in vitro* w sytuacji samotnych matek w zależności od miejsca zamieszkania ankietowanych studentów

Nie zaobserwowano istotnych statystycznie zależności pomiędzy akceptacją metody *in vitro* w sytuacji samotnych matek a wiekiem ($p=0,1$), czy religią ($p=0,95$).

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy religią a akceptacją stosowania zapłodnienia *in vitro* w sytuacji matek zastępczych ($p=0,99$).

Natomiast wykryto istotną statystycznie zależność pomiędzy akceptacją stosowania zapłodnienia pozaustrojowego w sytuacji surogatek a wiekiem ($p=0,02$). Respondenci w przedziale wiekowym do 30. roku życia w zdecydowanej większości (80% ankietowanych) nie akceptują stosowania *in vitro* w sytuacji matek zastępczych. Połowa (50%)

ankietowanych powyżej 30. roku życia również nie akceptuje stosowania tej metody w sytuacji surogatek, jednak równocześnie duży odsetek ankietowanych (27%) w tym samym przedziale wiekowym nie ma zdania na ten temat. Dane przedstawia Tabela I.

Ponadto wykryto istotną statystycznie zależność pomiędzy akceptacją stosowania zapłodnienia pozaustrojowego w sytuacji surogatek a miejscem zamieszkania ($p=0,02$). W dużych miastach zdecydowana większość ankietowanych (73%) nie akceptuje zapłodnienia *in vitro* w sytuacji matek zastępczych, przy czym jednocześnie wysoki odsetek (23% studentów) nie ma zdania na ten temat. Mieszkańcy wsi i małych miast również w większości nie akceptują IVF w przedstawionej sytuacji. Jednak spory odsetek zadeklarował akceptację tej metody w sytuacji surogatek (23% mieszkańców wsi i 18% mieszkańców miast do 10 tys. mieszkańców). Wyniki prezentuje Tabela II.

Tabela I. Akceptacja zapłodnienia *in vitro* w sytuacji matek zastępczych z podziałem na wiek

	Akceptacja zapłodnienia <i>in vitro</i> w sytuacji matek zastępczych					
	tak		nie		nie wiem	
wiek	n	%	n	%	n	%
do 30 roku życia	8	10%	62	80%	8	10%
powyżej 30 roku życia	5	23%	11	50%	6	27%

Tabela II. Akceptacja zapłodnienia *in vitro* w sytuacji matek zastępczych według miejsca zamieszkania

	Akceptacja zapłodnienia <i>in vitro</i> w sytuacji matek zastępczych					
	tak		nie		nie wiem	
Miejsce zamieszkania	n	%	n	%	n	%
Wieś	7	23%	21	70%	2	7%
Miasto do 10 tyś. mieszkańców	4	18%	17	77%	1	5%
Miasto powyżej 10 tyś. mieszkańców	2	4%	35	73%	11	23%

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy akceptacją stosowania zapłodnienia *in vitro* w przypadku par tej samej płci a religią ($p=0,6$) czy miejscem zamieszkania ($p=0,3$).

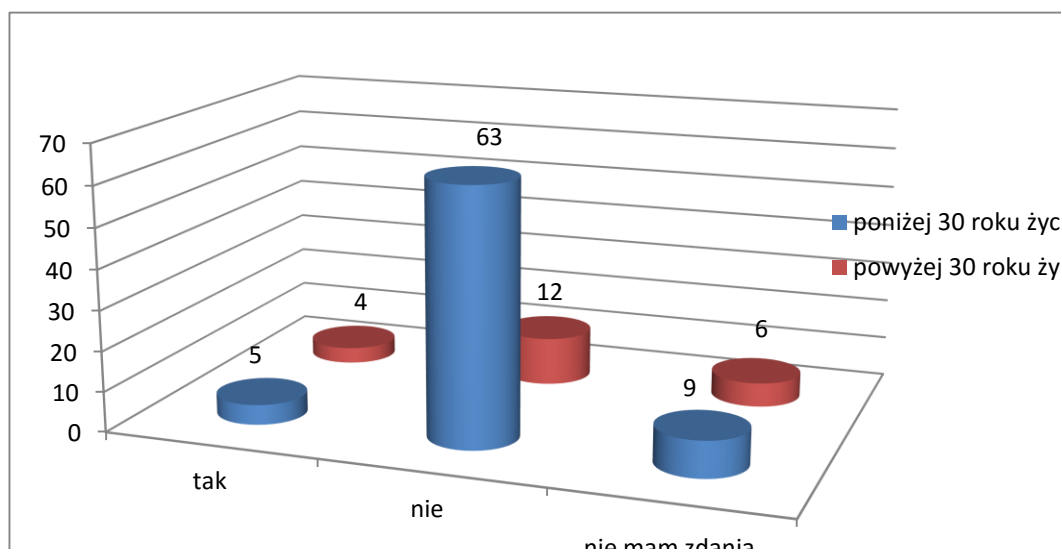
Wykazano natomiast istotną statystycznie zależność pomiędzy wiekiem ($p=0,03$) a akceptacją stosowania zapłodnienia pozaustrojowego w sytuacji par lesbijskich. Większość studentów (82%/63) w wieku poniżej 30. roku życia nie akceptuje stosowania *in vitro* w sytuacji par tej samej płci. Więcej niż połowa (55%/12) studentów w przedziale wiekowym

powyżej 30. roku życia również nie akceptuje takiego postępowania w sytuacji par lesbijskich, przy czym wysoki odsetek (27%/6 studentów) nie ma zdania na ten temat.

Rycina 3 przedstawia te wyniki.

Nie stwierdzono istotnie statystycznej zależności pomiędzy udzielanymi odpowiedziami w pytaniu o nowo poczęte życie a miejscem zamieszkania ($p=0,07$) czy religią ($p=0,1$).

Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy wiekiem ($p=0,03$) a udzielanymi odpowiedziami na temat nowo poczętego życia. Zdecydowana większość respondentów (80%) w wieku do 30. roku życia uważa, że nowo poczęte życie jest istotą ludzką od samego początku. Natomiast wśród ankietowanych w przedziale wiekowym powyżej 30. roku życia zdania są podzielone. 57% respondentów sądzi, że nowo poczęte życie jest istotą ludzką od samego początku, a 43% ankietowanych jest zdania, że nowo poczęte życie jest zarodkiem życia, które dopiero przekształci się w istotę ludzką. Wyniki prezentuje Tabela III.



Rycina 3. Akceptacja zapłodnienia pozaustrojowego w sytuacji par tej samej płci z podziałem na wiek

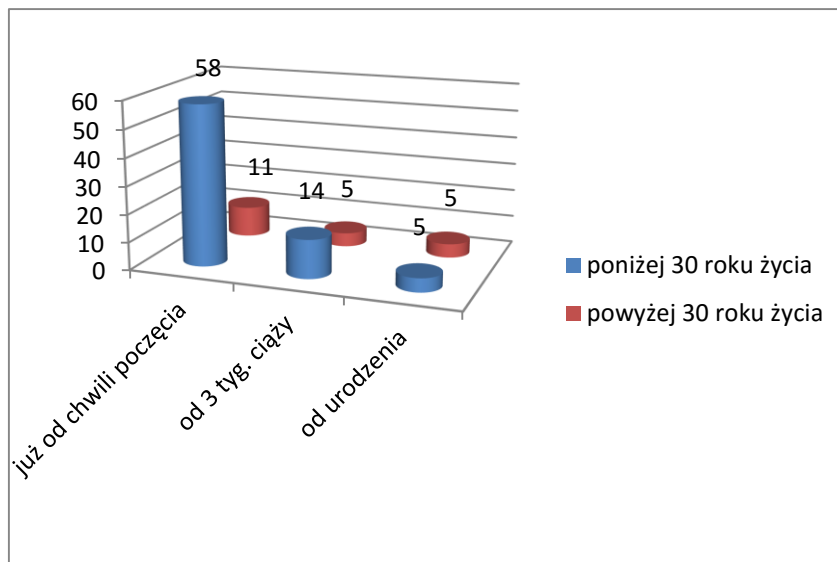
Tabela III. Pogląd ankietowanych na temat tego czym jest nowo poczęte życie z podziałem na wiek

	Pogląd ankietowanych na temat tego czym jest nowo poczęte życie			
	Jest istotą ludzką od samego początku		Jest zarodkiem życia, które dopiero przekształci się w istotę ludzką	
wiek	n	%	n	%
do 30 roku życia	61	80%	15	20%

powyżej 30 roku życia	12	57%	9	43%
-----------------------	----	-----	---	-----

Nie wykryto istotnie statystycznej zależności pomiędzy udzielanymi odpowiedziami o godność człowieka a religią ($p=0,4$) czy miejscem zamieszkania ($p=0,06$).

Natomiast stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy wiekiem ($p=0,04$) a udzielanymi odpowiedziami dotyczącymi godności człowieka. Zdecydowana większość ankietowanych (75%/58) poniżej 30. roku życia jest zdania, że człowiek posiada godność już od chwili poczęcia. 20%/14 respondentów będąca w tym samym przedziale wiekowym jest zdania, że człowiek posiada godność od 3. tygodnia życia, kiedy zaczyna bić mu serce. Więcej niż połowa respondentów (52%/11) powyżej 30. roku życia twierdzi, że godność posiada się od chwili poczęcia. Dane przedstawia Rycina 4.



Rycina 4. Opinia respondentów na temat godności człowieka z podziałem na wiek

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w rozkładzie odpowiedzi na pytanie o to, kim lub czym według respondenta jest powstały w zapłodnieniu *in vitro* embryon ze względu na wiek ($p=0,5$), miejsce zamieszkania ($p=0,2$) czy religię ($p=0,1$). Nie wykryto istotnie statystycznej zależności pomiędzy podzieleniem zdania Kościoła katolickiego w sprawie dopuszczalności zapłodnienia *in vitro* a wiekiem ($p=0,3$) czy religią ($p=0,4$).

Natomiast wykazano zależność istotną statystycznie ($p=0,02$) pomiędzy miejscem zamieszkania a podzieleniem zdania Kościoła katolickiego w kwestii zapłodnienia pozaustrojowego. Ankietowani mieszkający na wsi (72,4%) i w miastach do 10 tysięcy

mieszkańców (81,8%) zdecydowanie nie podzielają zdania Kościoła katolickiego w sprawie zapłodnienia *in vitro*. Natomiast respondenci z dużych miast są podzieleni w tej kwestii. Prawie połowa ankietowanych (45,8%) również nie podziela stanowiska Kościoła katolickiego. 18,8% studentów podziela stanowisko Kościoła katolickiego. Jednocześnie duży odsetek ankietowanych (35%) stanowią osoby nie mające zdania na ten temat. Tabela IV przedstawia powyższe wyniki.

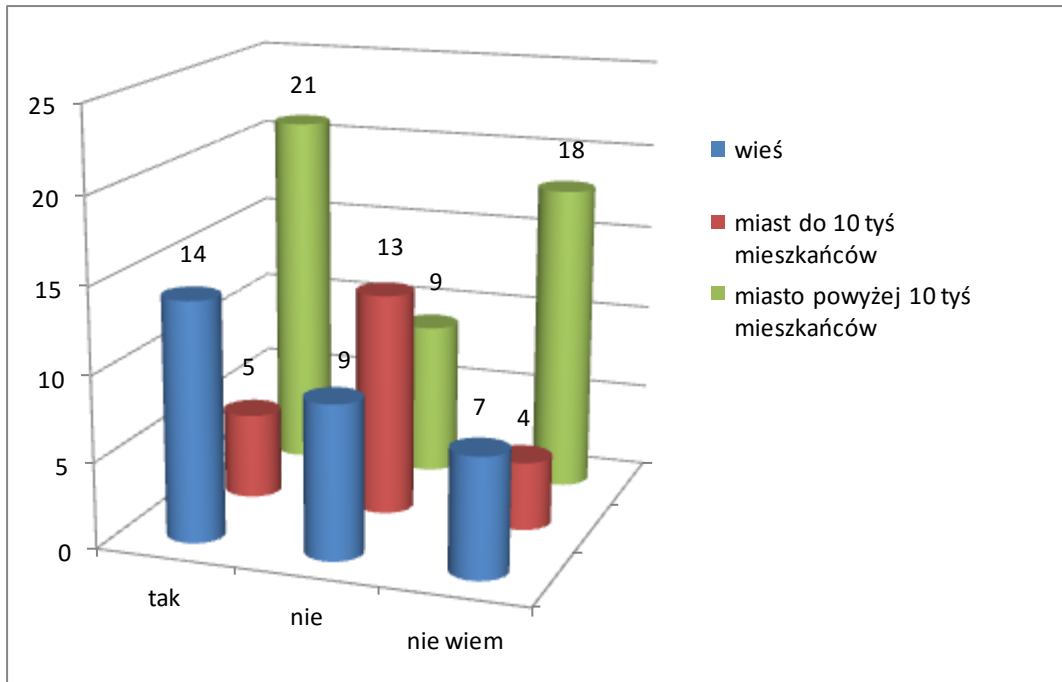
Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy poglądem na to czy zapłodnienie *in vitro* jest postępowaniem moralnym a wiekiem ($p=0,08$) i religią ($p=0,6$).

Natomiast zaobserwowano zależność istotną statystycznie pomiędzy miejscem zamieszkania ($p=0,02$) a poglądem, czy zapłodnienie pozaustrojowe jest moralne. Mieszkańcy wsi (47%/14) i dużych miast (44%/21) są zdania, że zapłodnienie pozaustrojowe jest postępowaniem moralnym. Dość duży odsetek (37%/18) mieszkańców dużych miast nie ma zdania na ten temat. Natomiast ponad połowa (59%/13) mieszkańców małych miast uważa, że *in vitro* nie jest postępowaniem moralnym. Zostało to graficznie przedstawione na Rycinie 5.

Tabela IV. Opinia respondentów na temat zdania Kościoła katolickiego w kwestii dopuszczalności zapłodnienia *in vitro* z podziałem na miejsce zamieszkania

	Akceptacja stanowiska Kościoła katolickiego w sprawie dopuszczalności zapłodnienia <i>in vitro</i>					
	tak		nie		nie mam zdania	
Miejsce zamieszkania	n	%	n	%	n	%
Wieś	5	17,2%	21	72,4%	3	10,4%
Miasto do 10 tys. mieszkańców	1	4,6%	18	81,8%	3	13,6%
Miasto powyżej 10 tys. mieszkańców	9	18,8%	22	45,8%	17	35,4%

Nie stwierdzono istotnie statystycznej zależności pomiędzy wiekiem ($p=0,1$) a zdecydowaniem się na zapłodnienie w przypadku bezpłodności. Natomiast porównując postawy katolików i prawosławnych wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy religią ($p=0,045$) a zdecydowaniem na zapłodnienie pozaustrojowe w przypadku bezpłodności własnej lub partnera/partnerki.



Rycina 5. Moralność zapłodnienia *in vitro* z podziałem na miejsce zamieszkania

Prawosławni (60% badanych) zdecydowanie zastosowaliby metodę *in vitro* w leczeniu niepłodności. Natomiast katolicy mieli podzielone zdania w tej kwestii. 34% ankietowanych będących katolikami zdecydowałoby się na zapłodnienie *in vitro* w przypadku niepłodności. 48% respondentów również, ale tylko wtedy gdy wszystkie inne metody zawiodą. Szczegółowe dane przedstawiono w Tabeli V.

Tabela V. Zdecydowanie ankietowanych studentów na zapłodnienie *in vitro* w przypadku bezpłodności z podziałem na religię

	Zdecydowanie ankietowanych studentów na zapłodnienie <i>in vitro</i> w przypadku bezpłodności z podziałem na religię.					
	Nie		Tak		Tak, tylko w przypadku gdy inne metody zawiodą	
religia	n	%	n	%	n	%
katolicy	13	18	24	34	34	48
prawosławni	4	27	9	60	2	13

Biorąc pod uwagę tylko odpowiedzi tak lub nie, stwierdzono istotną statystycznie zależność między miejscem zamieszkania ($p=0,03$) a zdecydowaniem na *in vitro* w przypadku bezpłodności. Wszyscy (100%) respondenci z małych miast zdecydowaliby się na zapłodnienie pozaustrojowe w przypadku niepłodności. Ankietowani mieszkający na wsi

również zdecydowałoby się w większości (68% badanych) na *in vitro*, jednak 32% respondentów jest zdania, że nie poddałoby się tej metodzie leczenia niepłodności. Podobnie odpowiadali ankietowani z miast powyżej 10 tys. mieszkańców – 76% osób poddałoby się tej metodzie. Przedstawia to Tabela VI.

Tabela VI. Zdecydowanie respondentów na *in vitro* w przypadku bezpłodności z podziałem na miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Zdecydowanie respondentów na <i>in vitro</i> w przypadku bezpłodności.			
	nie		tak	
	n	%	n	%
Wieś	9	32	19	68
Miasto do 10 tys. mieszkańców	0	0	19	100
Miasto powyżej 10 tys. mieszkańców	11	24	35	76

Dyskusja

Według Światowej Organizacji Zdrowia niepłodnością nazywa się „niemożność poczęcia dziecka po 12 miesiącach regularnego współżycia. W ostatnich latach wzrosła liczba par małżeńskich wymagających leczenia z powodu niepłodności” [21].

Badania własne dowodzą, że 36% badanych studentów miało styczność z osobami najbliższymi lub znajomymi, których dotknął problem bezpłodności.

Zdaniem Radwana „zapłodnienie pozaustrojowe daje możliwość posiadania potomstwa w sytuacji, gdy inne metody leczenia niepłodności okazały się nieskuteczne lub z góry wiadomo, że nie mają szansy powodzenia. Zapłodnienie pozaustrojowe doprowadza do narodzin dziecka tzn., że jest to metoda leczenia niepłodności” [22].

Na podstawie wyników badań przygotowanych do celów niniejszej pracy można stwierdzić, że zdecydowana większość badanej grupy studentów (63%) posiada średni poziom wiedzy na temat procedury zapłodnienia *in vitro*. Najczęstszym źródłem wiedzy na temat tej metody są internet (70%), telewizja (62%), prasa (38%). W pytaniu można było zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

Brzeziński twierdzi, że zapłodnienie *in vitro* to „zapłodnienie zewnętrzne, które następuje poza organizmem kobiety, polega na pobraniu komórek jajowych od pacjentki i zapłodnieniu ich, a następnie implantowaniu powstałych embrionów do macicy. Wspomniana

metoda, choć jest bardzo kosztowna, wiąże się z bolesnymi i bywa, że powtarzającymi się zabiegami dla kobiety, gdyż odnotowuje się jej ograniczoną skuteczność- ok. 15%” [23].

Marianowski podaje, że „zapłodnienie pozaustrojowe, po angielsku *in vitro fertilization- IVF* i przeniesienie zarodka, czyli *embryo transfer - ET* jest to przeprowadzanie w warunkach laboratoryjnych procesów, które zachodzą w narządzie rodnym kobiety, a ściślej mówiąc w jajowodach: zapłodnienie komórki jajowej i hodowanie zarodka w jego wczesnej fazie rozwoju” [24].

Na pytanie czy wie Pan/Pani co to jest zapłodnienie *in vitro*? 85% respondentów odpowiadało, że jest to pobranie gamet i łączenie ich na zewnątrz ustroju, a następnie przeniesienie zarodków do organizmu matki, 14% studentów twierdziło, że jest to sztuczne zapłodnienie w organizmie matki, natomiast 1% ankietowanych nie wiedziało, czym jest zapłodnienie pozaustrojowe.

W badaniach CBOS – u realizowanych w 2003 i 2009 roku, ze stwierdzeniem, że małżeństwo, które nie może mieć dzieci powinno mieć możliwość dokonania zabiegu *in vitro*, zgadzało się odpowiednio 64% i 77% badanych (przeciwnicy stanowili 20% i 17%) [25].

Z badań własnych wynika, że 82% respondentów akceptowało stosowanie zapłodnienia pozaustrojowego w przypadku małżeństw, które nie mogą mieć dzieci. Przeciwnicy stanowili 11%. Natomiast 7% ankietowanych studentów nie miało zdania na ten temat.

Rządowy program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013-2016 zapewnia możliwość korzystania z procedury zapłodnienia pozaustrojowego parom, u których stwierdzono niepłodność kobiety lub mężczyzny. Program nie określa statusu prawnego pary.

W pytaniu o akceptację zapłodnienia *in vitro* w sytuacji par nie będących małżeństwem, 47% respondentów nie akceptowało tej metody w sytuacji par bez zalegalizowanego związku. 40% ankietowanych studentów akceptowało takie postępowanie. Natomiast 13% badanych studentów nie miało zdania na ten temat.

Wróbel twierdzi, że „bezsporne jest jednak, że embrion (zarodek) ludzki podlega ochronie prawnej, o czym przesądza nie tylko treść Konstytucji RP, Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego, orzecznictwo sądów powszechnych, a także art. 1 Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z 1993 roku, zgodnie z którym prawo do życia podlega ochronie, w tym również w fazie prenatalnej” [9].

W wyniku analizy badań własnych, dotyczących poglądu respondentów na temat embrionu powstałego w wyniku zapłodnienia *in vitro* wynika, iż 86% badanych studentów uważało embrion za człowieka w najwcześniejszej fazie rozwoju i należy mu się ochrona prawna. Natomiast 14% studentów było zdania, że to tylko embrion, który nie jest jeszcze w pełni człowiekiem i nie należy mu się ochrona prawna.

Według artykułu Zielińskiej „prowadzone obecnie badania nad terapeutycznym zastosowaniem somatycznych komórek nie budzą większych zastrzeżeń etyczno-prawnych. Wiele kontrowersji wywołuje natomiast prawna dopuszczalność pozyskiwania i wykorzystywania ludzkich komórek zarodkowych (...) Dyskutowany problem stanowi jeden z aspektów szerszej problematyki wykorzystania ludzkich embrionów w eksperymentach poznawczych (badaniach naukowych). Źródłem pozyskiwania zarodkowych komórek macierzystych mogą być wczesne zarodki z okresu poprzedzającego ich zagnieżdżenie w tkankach macicy. W Polsce zarodki takie są dostępne w ramach praktyk medycyny wspomaganego rozrodu w sytuacji, gdy doszło do powstania zarodków nadliczbowych, a dawcy gamet nie przewidują następnych ciąż. Zarodki takie są skazane na obumarciu lub ewentualnie przechowywanie w stanie zamrożonym” [19].

Na pytanie, co według Pana/Pani dzieje się z nadliczbowymi embrionami, które są uzyskiwane w procedurze zapłodnienia *in vitro* respondenci odpowiedzieli: 51% respondentów są zamrażane z intencją wykorzystania przez dawców gamet w późniejszym terminie, 14% są przeznaczane do różnych celów naukowych, 13% są eksperymentalnie wykorzystywane do celów terapeutycznych, 26% są niszczone, zabijane, 29% nie wiedziało lub nie było pewnych. W tym pytaniu można było zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

Zdaniem Buttiglione „zarodek ma ludzką formę od początku swojego istnienia, chociaż zyskuje ludzki kształt dopiero w 7. tygodniu od poczęcia. (...) Ludzki zarodek posiada ludzki DNA, a więc i ludzką formę od chwili zapłodnienia” [26].

Według Wróbla „życiem ludzkim w fazie prenatalnej jest każdy organizm zindywidualizowany posiadający taką potencjalną zdolność, powstały z połączenia gamety męskiej i żeńskiej lub w inny sposób” [9].

Jedno z pytań zawartych w kwestionariuszu ankiety dotyczyło poglądu respondentów na temat nowo poczętego życia. Analizując wyniki badań własnych przedstawiono poniżej odpowiedzi udzielane przez studentów: jest istotą ludzką od samego początku – 73%; jest zarodkiem życia, które dopiero przekształci się w istotę ludzką – 24% oraz nie mam zdania – 3%

Według Machinka „uznanie godności człowieka opiera się na samym fakcie jego istnienia jako istoty należącej do ludzkiego gatunku, niezależnie od wieku, kondycji zdrowotnej, przydatności społecznej czy innych kryteriów.(...) Stąd ludzkie embriony, jako istoty należące do ludzkiego gatunku, są tak samo nosicielami ludzkiej godności jak wszyscy inni ludzie” [27].

Instrukcja *Dignitas personae* stwierdza, że „embrion ludzki od samego początku ma godność właściwą osoby” [28].

Na pytanie o światopogląd dotyczący posiadania godności przez człowieka 69% respondentów wskazało, że człowiek posiada godność już od poczęcia, 19% studentów uważało, że od 3. tygodnia ciąży, gdy zaczyna bić mu serce. Natomiast 10% badanych było zdania, że godność posiada się od urodzenia. Niewielki odsetek (2%) twierdziło, iż godność posiada się od 6. miesiąca ciąży.

Zielińska jest zdania, że „w Polsce brak jest szczegółowych regulacji prawnych, odnoszących się do prokreacji wspomaganej. Oznacza to w konsekwencji nieistnienie prawnych ograniczeń tworzenia zarodków nadliczbowych pod warunkiem, że z założenia miałyby być one wykorzystane w celach reprodukcyjnych do leczenia niepłodności. Prawo nie przewiduje też żadnych szczegółowych reguł postępowania z zarodkami nadliczbowymi, które nie mają szans na wszczepienie do macicy kobiety” [19].

Podobnie twierdzi Wróbel: „co do zasady w polskim systemie prawa nie ma szczególnych uregulowań dotyczących bezpośrednio procedury *in vitro* - zarówno w szerokim, jak i wąskim rozumieniu tego terminu.(...) Działania z zakresu procedur *in vitro* podlegające stymulacji hormonalnej organizmu kobiet oraz pobraniu komórek rozrodczych, o ile nie łączą się z zagrożeniem ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu, mieszczą się w zakresie prawnie relewantnej zgody osoby poddanej tym procedurom.(...) Zgoda legalizuje także zabieg pobrania komórek rozrodczych dla innej osoby. (...) Samo tworzenie zarodków w procedurze *in vitro* nie jest w Polsce regulowane prawnie, więc tym samym jest dozwolone.(...) W związku z tym teoretycznie jest także dozwolone tworzenie zarodków (embrionów) nie tylko do celów reprodukcyjnych, ale także naukowych. Dopuszczalne jest tworzenie zarodków zapasowych, także w celu poddania krioprezerwacji. (...) Obecnie w Polsce w zakresie komórek rozrodczych nie ma jakiegokolwiek reglamentacji prawnej. Ich pobieranie jest więc w pełni dozwolone, nawet w celach komercyjnych i bez szczegółowego uzasadnienia medycznego. Podobnie obrót komórkami rozrodczymi oraz ich dawstwo nie są obecnie zakazane w Polsce. (...) nie podlegają także reglamentacji prawnej banki takich

komórek, czy embrionów. (...) Również umowy komercyjne o macierzyństwo zastępcze, a także obrót (dawstwo) zarodków nie podlegają obecnie reglamentacji prawnej w Polsce”[9].

W odniesieniu do analizy wyników własnych, dotyczących wiedzy studentów na temat regulacji w polskim prawie w kwestii zapłodnienia *in vitro*, 49% ankietowanych odpowiedziało, że polskie prawo nie reguluje dobrze procedury zapłodnienia *in vitro*. 7% respondentów było odmiennego zdania. Zaskakującą informację stanowi fakt, iż 43% ankietowanych nie miało zdania na ten temat.

Według Baum i Fryś „jedynie Artykuł 38 Kodeksu Etyki Lekarskiej porusza problemy związane z procesem prokreacji i podkreśla szczególną odpowiedzialność przy przekazywaniu życia ludzkiego. Ponadto dokument nakłada na lekarza obowiązek informowania zainteresowanych pacjentów o procesach zapłodnienia, metodach regulacji poczęć, możliwościach genetyki lekarskiej, diagnostyki i terapii przedurodzeniowej”[28].

Z badań własnych wynika, że prawie połowa respondentów (46%) uważała, iż zapłodnienie *in vitro* jest postępowaniem zgodnym z etyką lekarską. 21% studentów było odmiennego zdania, a aż 32% nie miało zdania na ten temat.

Jan Paweł II w encyklice *Evangelium Vitae* negatywnie ocenia zapłodnienie pozaustrojowe, ze względu na oddzielenie prokreacji od aktu małżeńskiego, częstość niepowodzeń i związane z tym ryzyko dla embrionu w trakcie pozamacicznej fazy życia oraz problemy dotyczące nadliczbowych embrionów [29].

Na pytanie „czy podzielasz zdanie Kościoła katolickiego w sprawie dopuszczalności zapłodnienia *in vitro*?” 61% badanych studentów nie podzielała zdania Kościoła. 15% ankietowanych podzielała stanowisko Kościoła Katolickiego w tej kwestii. Natomiast 23% respondentów nie miało zdania na ten temat.

Wnioski

Na podstawie analizy materiału badanego dotyczącego poglądów studentów województwa podlaskiego na temat procedury zapłodnienia *in vitro* wysunięto następujące wnioski:

1. Większość (99%) ankietowanych twierdzi, że wie co to jest zapłodnienie *in vitro*. 85% respondentów udziela prawidłowej odpowiedzi na pytanie dotyczące wiedzy o zapłodnieniu *in vitro*.
2. Studenci województwa podlaskiego określają poziom posiadanej wiedzy na temat zapłodnienia pozaustrojowego jako średni (63%).

3. Ankietowani studenci (82%) akceptują *in vitro* w sytuacji małżeństw, które nie mogą mieć dzieci. 47% nie akceptuje takiego rozwiązania w przypadku par nie będących małżeństwem, czy (48%) w sytuacji samotnych matek. Znaczny odsetek (73%) nie akceptuje tej metody w sytuacji matek zastępczych jak również (75%) w przypadku par tej samej płci.
4. Respondenci (49%) uważają, że polskie prawo nie reguluje dobrze procedury *in vitro*.
5. Studenci w większości (61%) nie podzielają stanowiska Kościoła Katolickiego w kwestii zapłodnienia pozaustrojowego.
6. Ponad połowa ankietowanych studentów zdecydowałaby się na zapłodnienie *in vitro* w przypadku bezpłodności.

Piśmiennictwo

1. Seli E., Arici A.: Ginekologia w praktyce klinicznej. Niepłodność. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
2. Radwan J.: Niepłodność i rozród wspomagany. Wydawnictwo Termedia, Poznań 2005.
3. Bidzan M.: Psychologiczne aspekty niepłodności. Impuls, Kraków 2006.
4. Dyk W.: Etyczny wymiar człowieka. Wyd. Nauk. Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2002.
5. Podolska M.: Niepłodność i jej następstwa psychologiczne. Stan badań i perspektywy. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2007.
6. Makara-Studzińska M., Wdowiak A., Bakalczuk G., Bakalczuk Sz., Kryś K.: Problemy emocjonalne wśród par leczonych z powodu niepłodności. Seksuol. Pol., 2012, 1, 28-35.
7. Bidzan M. : Niepłodność w ujęciu bio-psycho-społecznym. Impuls, Kraków 2010.
8. Nesterowicz M.: Prawo, etyka, religia, polityka w legislacji prokreacji medycznie wspomaganej. Prawo Med., 2009, 2, 5-20.
9. Wróbel W.: Zapłodnienie *in vitro* i pozyskiwanie komórek macierzystych z ludzkich embrionów- na co pozwala polskie prawo. Med. Prakt., 2010, 6, 168-174.
10. Haberko J., Olszewski K.: Jeszcze o moralnych i prawnych aspektach dopuszczalności zabiegów *in vitro*-polemika. Prawo Med. 2008, 10, 104-119.
11. Snarski E., Jędrzejczak W.: Zarodkowe komórki macierzyste i możliwości ich wykorzystania w medycynie. Post. Biol. Komórki, 2005 , 23,105-123.

12. Sygut M.: In vitro pod lupą. *Menadżer Zdr.*, 2008, 8, 46-52.
13. Ostojcka J.: O problemie podmiotowości prawnej embrionu in vitro. *Prawo Med.*, 2012, 1, 84-99.
14. Haberko J., Olszewski K.: Moralne i prawne aspekty dążenia małżonków do posiadania dziecka w kontekście techniki zapłodnienia pozaustrojowego (in vitro). *Prawo Med.*, 2008, 1, 64-81.
15. Boratyńska M.: Umowa w sprawie zapłodnienia pozaustrojowego. *Prawo Med.*, 2008, 1, 81-86.
16. Nesterowicz M.: Prawo do dysponowania embrionami w prawie porównawczym. *Prawo Med.*, 2006, 8, 79-89.
17. Nesterowicz M.: Prokreacja medycznie wspomagana i inżynieria genetyczna - konieczność regulacji prawnych. *Prawo Med.*, 2006, 2, 5-17.
18. Olszewski K., Haberko J.: Jeszcze o moralnych i prawnych aspektach dopuszczalności zabiegów in vitro - polemika. *Prawo Med.*, 2008, 2, 104-119.
19. Zielińska E.: Dopuszczalność wykorzystania zarodkowych komórek macierzystych do celów badawczych. *Post. Biol. Komórki.*, 2005, 32, 5-10.
20. Kobińska A.: Ograniczenie in vitro tylko dla małżeństw. *Prawo Med.*, 2009, 3, 118-132.
21. Lichtenberg E., Janiuk E., Dzierżanowski J.: Niepłodność. Zagadnienia interdyscyplinarne. *Impuls*, Kraków 2009.
22. Radwan J.: Nowe trendy w leczeniu niepłodności. *Ginekol. Po Dypl.*, 2013, 65-68.
23. Brzeziński T. Problemy etyczne prokreacji. *Etyka lekarska*. PZWL, Warszawa 2002.
24. Marianowski P.: Zapłodnienie pozaustrojowe w leczeniu niepłodności. *Perinatologia, Neonatol. Ginekol.*, 2010, 2, 129-131.
25. Komunikat z badań CEBOS BS/37/2009. Akceptacja stosowania in vitro. Warszawa, 2009.
26. Buttiglione R.: Status ludzkiego embrionu a aborcja, klonowanie ludzi, zapłodnienie in vitro i badania nad komórkami macierzystymi w ujęciu filozoficznym. *Med. Prakt.*, 2010, 6, 148-153.
27. Machinek M.: Zapłodnienie in vitro i pozyskiwanie komórek macierzystych z ludzkich embrionów w perspektywie etycznej - głos przeciw. *Med. Prakt.*, 2010, 6, 154-167.

28. Szczygieł K. (red.): Kongregacja Nauki Wiary. Deklaracja Donum Vitae o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania [w:] Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej. Wydawnictwo Biblos, Tarnów 1998, 360 – 385.
29. Jan Paweł II: Evangelium Vitae. Encyklika. Wydawnictwo Niedziela, Częstochowa 1995.

**Szymańska Marta¹, Ścisłowska Natalia¹, Futyma Monika¹, Żemojduk Dominika¹,
Kulesza-Brończyk Bożena²**

Śmierć szansą na życie – aborcja

1. Koło Naukowe przy Zakładzie Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo - Ginekologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo - Ginekologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Termin „aborcja” pochodzi od łacińskiego słowa abortio (poronienie) i oznacza usunięcie zarodka lub płodu z macicy. Jest to celowe i przedwczesne zakończenie ciąży w wyniku interwencji zewnętrznej, które prowadzi do śmierci zarodka lub płodu. Temat aborcji budzi wiele kontrowersji na całym świecie, jest trudny z powodu toczących się dyskusji zarówno na tle prawnym, jak i etycznym [1].

Celem pracy było:

- Ukazanie aspektów aborcji w odniesieniu do regulacji prawnych różnych krajów
- Przedstawienie metod wykonywania aborcji
- Ukazanie wpływu przedwczesnego zakończenia ciąży na psychikę kobiet
- Omówienie powikłań aborcji.

Material i metody

W pracy korzystano z aktualnej literatury medycznej – artykułów oraz podręczników oraz zastosowano metodę analizy piśmiennictwa.

Uregulowania prawne w Polsce

Kwestię prawną aborcji regulują dwa dokumenty. Pierwszym jest ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Określa ona, w jakich sytuacjach może zostać przeprowadzony zabieg przerywania ciąży i podkreśla, że aborcję może wykonać wyłącznie lekarz. Do okoliczności, które uprawniają lekarza do wykonania tego zabiegu należą: zagrożenie życia lub zdrowia kobiety spowodowane ciążą, wskazywanie badań prenatalnych lub innych przesłanek medycznych na wysoką możliwość ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu lub nieuleczalnej choroby, która zagraża jego życiu, uzasadnione podejrzenie powstania ciąży w wyniku czynu zabronionego (wystąpienie tej okoliczności

stwierdza prokurator) oraz ciężkie warunki życiowe lub trudna sytuacja osobista ciężarnej. Ostatnia przesłanka została uznana w 1997 r. przez Trybunał Konstytucyjny za niezgodną z konstytucją i przestała uprawniać do wykonania aborcji [2,3].

Dokument określa również, kiedy można dokonać tego zabiegu. W pierwszym i trzecim przypadku jest to możliwe do 12. tygodnia ciąży. W sytuacji wskazywania przez badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne dużego prawdopodobieństwa ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu lub nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu aborcji można dokonać do momentu osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem matki. Przerwanie ciąży po przekroczeniu tego czasu jest niezgodne z kodeksem karnym [4].

Do wykonania aborcji wymagana jest pisemna zgoda kobiety. W przypadku pacjentki małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie konieczna jest pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego. Jeśli przedstawiciel ustawowy nie wyraża zgody, do wykonania zabiegu konieczna jest zgoda sądu opiekuńczego. W sytuacji ukończenia 13. roku życia dodatkowo wymagana jest pisemna zgoda samej małoletniej. Jeśli pacjentka nie ma ukończonych 13 lat potrzebna jest zgoda sądu opiekuńczego, ale osoba ta ma prawo do wyrażenia opinii na ten temat. Osoba ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli nie stanowi przeszkody jej stan zdrowia psychicznego, musi wyrazić pisemną zgodę na przeprowadzenie aborcji [2,5].

Aborcja jest zabiegiem bezpłatnym dla kobiet, które ubezpieczone są w Narodowym Funduszu Zdrowia i wykonywany jest w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. W przypadku bezpośredniego zagrożenia życia ciężarnej zabieg ten może być również wykonany w prywatnym gabinecie lekarskim [3,6].

Drugim dokumentem, który reguluje kwestię aborcji jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy, uprawnionych do dokonania przerwania ciąży oraz stwierdzenia, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu. Wynika z niego, że aborcji może dokonać lekarz z pierwszym stopniem specjalizacji w zakresie położnictwa i ginekologii oraz posiadający tytuł specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii [7].

W kodeksie karnym zapisane są konsekwencje prawne związane z nielegalnym przeprowadzeniem aborcji, naruszającym przepisy ustawy. Dokonujący nielegalnej aborcji za

zgodą kobiety oraz osoba, która pomaga ciężarnej w przerwaniu ciąży lub ją do tego nakłania podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Karze więzienia od 6 miesięcy do 8 lat podlega lekarz dokonujący aborcji po osiągnięciu przez płód zdolności do samodzielnego życia lub wykonujący ten zabieg bez zgody pacjentki. Gdy lekarz wykona zabieg bez zgody pacjentki i po osiągnięciu przez płód zdolności do samodzielnego życia lub w następstwie nielegalnej aborcji za zgodą ciężarnej dochodzi do śmierci pacjentki podlega karze pozbawienia wolności od 1 roku do 10 lat. W przypadku nielegalnego przerwania ciąży bez zgody pacjentki, którego następstwem jest śmierć kobiety lekarz podlega karze więzienia od 2 do 12 lat [6].

Aspekty prawne na świecie

W poszczególnych państwach na świecie, w zależności od panujących w nich przepisów prawnych, aborcja jest legalna bądź nielegalna. W większości krajów sytuacją uprawniającą do przerwania ciąży jest zagrożenie zdrowia fizycznego lub psychicznego kobiety. W wielu państwach ciąża powstała w wyniku gwałtu lub kazirodztwa, uszkodzenie płodu, warunki społeczno-ekonomiczne czy życzenie kobiety są sytuacjami, kiedy można dokonać aborcji [8].

W Afryce i Ameryce Łacińskiej prawa dotyczące aborcji są bardzo ograniczone. Pomimo szerokiej propagandy pro-aborcyjnej nie ma legalizacji. W 2003 r. Unia Afrykańska przyjęła protokół zapewniający prawo do aborcji w przypadku gwałtu, kazirodztwa oraz gdy ciąża zagraża zdrowiu fizycznemu i psychicznemu ciężarnej. W niektórych państwach, takich jak Chile, za dokonanie aborcji kobiety karane są pozbawieniem wolności. Kanada nie posiada żadnego prawa dotyczącego usunięcia ciąży, natomiast Konstytucja Stanów Zjednoczonych, na podstawie prawa do unikania rozgłosu i decydowania o swoich sprawach osobistych, pozwala kobietom na przerwanie ciąży [3,9,10].

Prawodawstwa poszczególnych krajów Europy Wschodniej i Centralnej znacznie się różnią. Łotwa, Czechy i Słowacja dopuszczają prawo do aborcji na życzenie do 3. miesiąca trwania ciąży. Na Węgrzech i Litwie prowadzone jest poradnictwo przedaborcyjne oraz istnieje obowiązkowy czas do namysłu. Poza tym do przerwania ciąży u dziewcząt do 16. roku życia potrzebna jest zgoda rodziców. W Białorusi aborcja jest w pełni legalna i można ją wykonać odpłatnie zarówno w prywatnych placówkach, jak i w państwowych szpitalach. W Wielkiej Brytanii można dokonać aborcji do 24. tygodnia ciąży ze względów medycznych i społecznych. Jest zabiegiem bezpłatnym i można ją wykonać w placówkach publicznej służby zdrowia. W Niemczech jest legalna do 12. tygodnia ciąży, późniejsze przerwanie ciąży jest dopuszczalne tylko z powodów genetycznych. W Irlandii aborcja jest zabroniona, wyjątek

stanowi zagrożenie życia ciężarnej. W Portugalii aborcja jest legalna na warunkach istniejących w Polsce [3,11,12].

W krajach wschodniej i południowej Azji i Pacyfiku obserwuje się liberalizację prawa aborcyjnego. W Rosji aborcja jest legalna i odpłatna do 12 tygodni ciąży. W Turcji zgoda męża ciężarnej uprawnia do przerywania ciąży. W Japonii aborcja jest legalna, na Filipinach – zabroniona. W Korei Północnej, Wietnamie czy Kubie przerywanie ciąży jest bezkarne. W Chinach, w przypadku posiadania już przez kobietę jednego dziecka, aborcja jest wręcz przymusowa [10,11,12].

Wskazania do aborcji

W Polsce, zgodnie z Dz. U. 1993 nr 17 poz. 78, prawo zezwala na wykonanie aborcji jedynie w trzech przypadkach [2]:

- Kiedy ciąża jest wynikiem gwałtu – można ją wykonać do 12. tygodnia jej trwania.
- Gdy zagraża życiu lub zdrowiu kobiety – możliwe jest jej wykonanie podczas całego trwania ciąży
- Gdy stwierdzono poważne wady płodu, które nie są możliwe do wyleczenia – wykonanie do 21. tygodnia trwania ciąży [8,13,14] .

W przypadku, gdy ciąża jest wynikiem gwałtu uznawana jest za zagrożenie zdrowia psychicznego kobiety oraz za podstawę do przerywania ciąży w krajach Unii Afrykańskiej, Stanach Zjednoczonych, Polsce, Portugalii oraz wszystkich ww. krajach, w których jest legalna. W zależności od kraju, do wykonania aborcji wystarczy: oświadczenie kobiety, orzeczenie lekarza sądowego o odbyciu stosunku pod przymusem, dowody na to, że kobieta została wykorzystana, zaś w niektórych konieczne jest otrzymanie pozwolenia na aborcję poprzez drogę sądową. W prawie wszystkich krajach z wyjątkiem Filipin, Chile i krajów Ameryki Łacińskiej aborcja jest dozwolona, jeżeli zagraża życiu kobiety.

Sytuację położnicze, w których należy ratować życie ciężarnej, to: rzucałka, zaśniad groniasty, łożysko przodujące, wybrane choroby układu krążenia, oddechowego i przewodu pokarmowego. Do innych wskazań ze względów zdrowotnych należą: stany po rozległych operacjach brzusznych, choroby neurologiczne. Warto pamiętać, że choroby psychiczne, takie jak psychozy również są wskazaniem do wykonania aborcji. Każdy przypadek choroby podczas ciąży należy traktować indywidualnie. Do kolejnych wskazań do aborcji należą niemożliwe do wyleczenia wady płodu, takie jak np. choroby genetyczne.

W niektórych krajach, takich jak np. Stany Zjednoczone, Łotwa, Czechy, Słowacja, Węgry, Litwa, Białoruś, Wielka Brytania, Niemcy, Rosja, Japonia, Korea Północna, Wietnam

czy Kuba wskazaniem może być trudna sytuacja finansowa i społeczna kobiety. Przepisy oceniają, czy sytuacja w której znalazła się kobieta jest dla niej zbyt dużym obciążeniem oraz czy pojawienie się nowego dziecka w rodzinie będzie miało negatywny wpływ na poziom życia innych dzieci kobiety. W ww. krajach, w których aborcja jest legalna, możliwość bezkarnego usunięcia ciąży na życzenie kobiety istnieje, ponieważ uznano, że powody dla których decyduje się ona na taki krok są uzasadnione [8,13,14].

Metody aborcji

Wśród metod przerywania ciąży wyróżnia się metody zabiegowe i farmakologiczne.

Zabiegowe przerywanie ciąży

Metoda próżniowa

Odessanie próżniowe jest zalecanym sposobem zabiegowego przerywania ciąży do 12 tygodni trwania ciąży. Odpowiednio wykwalifikowany lekarz może przeprowadzić aborcję tą metodą do 15. tygodnia włącznie. Odessanie próżniowe polega na opróżnieniu jamy macicy plastikową lub metalową kaniulą połączoną ze źródłem próżni. Może przebiegać jako zabieg ambulatoryjny po podaniu leków analgetycznych i/lub w znieczuleniu miejscowym. Przed wprowadzeniem kaniuli zazwyczaj konieczne jest rozszerzenie kanału szyjki macicy za pomocą rozszerzadeł lub w połączeniu ze środkami farmakologicznymi (prostaglandyną) lub przez zastosowanie samych farmaceutyków (mifepriston lub prostaglandyna). Zabieg trwa od 3 do 10 min. Odessanie próżniowe jest metodą bezpieczną i skuteczną. Powikłania są bardzo rzadkie, nie przekraczają 0,1%, są to zakażenie narządów miednicy, uszkodzenie macicy, niecałkowite opróżnienie jamy macicy, uszkodzenie szyjki macicy, nadmierne krwawienie, powikłania po znieczuleniu i utrzymanie się ciąży [8,13].

Rozszerzenie szyjki macicy i wyłyżeczkowanie macicy

Metoda D&C (*dilatation and curretage*) polega na rozszerzeniu kanału szyjki macicy przy pomocy rozszerzadeł Hegara lub środków farmakologicznych i wyłyżeczkowaniu ścian macicy ostrą metalową łyżką. Cechuje się mniejszym bezpieczeństwem niż odessanie próżniowe i naznaczona jest wyższym odsetkiem komplikacji [16,17].

Rozszerzenie szyjki i opróżnienie jamy macicy

Metoda D&E (*dilatation and evacuation*) stosowana jest po upływie 12 tygodni trwania ciąży. Jest uważana za najbezpieczniejszą i najbardziej skuteczną metodę przerywania bardziej zaawansowanej ciąży. Wymaga farmakologicznego przygotowania szyjki przy użyciu mifepristonu, prostaglandyny czy laminarii. Technika ta polega na rozszerzeniu kanału szyjki i opróżnieniu jamy macicy przy pomocy kaniuli o średnicy 14-16 mm i kleszczy na

zasadzie elektrycznego odessania próżniowego. Metoda D&E wymaga odpowiednio wykwalifikowanego i doświadczonego personelu medycznego. Zabieg tym sposobem trwa zazwyczaj 30 min [8].

Metody farmakologiczne

Polegają na zakłóceniu rozwoju ciąży przez podanie antagonisty progesteronu, mifepristonu, który hamuje działanie progesteronu poprzez blokowanie jego receptorów, a następnie wywołaniu skurczów macicy powodujących wydalenie jaja płodowego przez zastosowanie analogu prostaglandyny. Metoda ta działa na zasadzie wywołania poronienia i jej skutkiem jest przypominające menstruację długotrwałe krwawienie, trwające zazwyczaj 9 dni, rzadko nawet do 45 dni. Skutkami ubocznymi tej metody są nudności, wymioty czy biegunka. W przypadku pacjentek z przewlekłą lub ostrą niewydolnością nadnerczy lub wątroby, zaburzeniami krwawienia, nałogowych palaczek papierosów należy zachować ostrożność przy stosowaniu tych środków farmakologicznych [18,19].

Do 9 tygodni od ostatniej miesiączki skuteczne jest podanie doustne 200 mg mifepristonu i 800 µg misoprostolu dopochwowo. Poprzednikiem misoprostolu jest gemeprost w dawce 1 mg, jednak ze względu na niższą cenę i brak konieczności przechowywania w warunkach chłodniczych misoprostol wyparł gemeprost. Misoprostol może być również stosowany z mifepristonem w dawce 400 µg, ale doustnie i do 7 tygodni ciąży. Wymagane jest, aby ciężarna przyjęła oba środki farmakologiczne pod nadzorem klinicznym. Podanie mifepristonu następuje dwa dni przed podaniem prostaglandyny i po jego przyjęciu kobieta może iść do domu. Jednak przed opuszczeniem ośrodka powinna zostać wyedukowana w zakresie występującego krwawienia i możliwości wydalenia jaja płodowego oraz powikłań. Po podaniu prostaglandyny pacjentka obserwowana jest przez 4-6 godzin, ponieważ większość kobiet wydała w tym czasie jajo płodowe. Jeżeli poronienie nie nastąpiło, powinna pojawić się w ośrodku po 2 tygodniach w celu potwierdzenia wydalenia jaja płodowego [8].

W przypadku nieskuteczności metody farmakologicznej niezbędne jest zastosowanie metody zabiegowej. Po 12 tygodniach od ostatniej miesiączki skuteczne jest podanie 200 mg mifepristonu, a po 36-48 godzinach 1 mg gemeprostu dopochwowo (kolejne dawki co 6 godzin, maksymalnie do 4 dawek, a w razie konieczności co 3 godziny także do 4 dawek dodatkowych) lub 400 mg misoprostolu doustnie co 3 godziny do 5 dawek lub 800 mg misoprostolu dopochwowo, a następnie 400 mg misoprostolu doustnie co 3 godziny do 4 dawek [8].

W niektórych krajach do 7 tygodni od ostatniej miesiączki w połączeniu z misoprostolem stosuje się methotrexate, jednak nie zaleca się stosowanie tego środka ze względu na możliwość teratogenicznego wpływu tego preparatu na płody, które urodziły się po nieudanych próbach przerwania ciąży tą metodą [8,20].

Innymi stosowanymi środkami po 12. tygodniach od ostatniej miesiączki, które wywołują skurcze macicy są: roztwór hipertoniczny soli lub mocznik hiperosmolarny podane doowodniowo, ethacridine do - lub zewnątrzowodniowo, analogi prostaglandyny podane pozajelitowo czy oksytocyna podana dożylnie lub domięśniowo [8].

Powikłania aborcji

Powikłania po dokonanej aborcji dzielimy na 3 grupy: doraźne, wczesne oraz późne. Uważa się, że aborcja ma negatywny wpływ zarówno na stan psychiczny, jak i fizyczny pacjentki. Do grupy powikłań doraźnych należą te, które mogą wystąpić już podczas dokonywania zabiegu. Należą do nich: krwotok lub przebicie macicy. Drugą grupę charakteryzują powikłania mogące się objawiać w ciągu pierwszych dni po zabiegu, takie jak stany zapalne narządu rodniczego, zapalenie i zakażenie jajowodów oraz macicy. W ich przebiegu może dojść do ciąży pozamacicznej przy kolejnym zapłodnieniu. Mogą również doprowadzić do niepłodności. Trzecią grupą powikłań – późnych są zaburzenia cykli miesiączkowych oraz przewlekłe stany zapalne narządu rodniczego [13,21].

Aborcja ma również ogromny wpływ na psychikę kobiety. Odczuwa ona między innymi osamotnienie, poczucie winy, paraliż emocjonalny, poczucie, że to ona jest ofiarą, niepokój, utratę sensu życia. Kobiety czują się bezsilne w stosunku do nawracającego bólu psychicznego. Często powracają myślami do tego traumatycznego zdarzenia. Powyższe zaburzenia emocjonalne kobieta odczuwa zwykle dopiero po dłuższym czasie od zabiegu. Grupę tych zaburzeń określono jako zespół poaborcyjny. Charakteryzuje się on odczuwaniem dyskomfortu psychicznego, poczucia winy oraz depresji i nieumiejętnością wyrażania uczuć, takich jak gniew czy złość, które towarzyszyły kobiecie podczas zakończenia ciąży.

Zespół poaborcyjny jest zaliczany jako jeden z typów stresu pourazowego (Post Dramatic Stress Disorder – PDST), ponieważ posiada podobne do niego objawy.

Głównymi symptomami syndromu poaborcyjnego są:

- Niepokój, lęk, brak poczucia bezpieczeństwa
- Nerwice, depresje, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne
- Drażliwość emocjonalna
- Poczucie wstydu, winy, krzywdy i niesprawiedliwości

- Zaburzenia koncentracji i uwagi
- Problemy ze snem, bezsenność, koszmary [21].

Do innych konsekwencji psychologicznych należy depresja poporodowa. Kobiety po aborcji tracą apetyt, cierpią na bezsenność, załamanie nerwowe. Często wikłają się w nadużywanie alkoholu, leków, a nawet stosowanie narkotyków. U kobiet, które doświadczyły aborcji mogą wystąpić zaburzenia odżywiania, takie jak jadłowstręt czy bulimia. Kolejnymi skutkami aborcji mogą być zaburzenia seksualne objawiające się strachem przed współżyciem, poczuciem wstrętu do mężczyzn w wyniku czego kobieta staje się oziębła. Mimo tego, pewna grupa kobiet odreagowuje stres związany z aborcją w całkowicie inny sposób, wpadając w wir poszukiwania nowych partnerów seksualnych oraz miłosnych uciech.

Często kobiety odczuwają niskie poczucie własnej wartości, przestają wierzyć w siebie, przez co czują pustkę, smutek, beznadzieję oraz poczucie bezsensu życia. U kobiet po dokonanej aborcji charakterystyczne są reakcje rocznicowe – dręczące wspomnienia, ogromny żal oraz depresja w związku z kolejnymi rocznicami aborcji lub przypuszczalnego terminu porodu dziecka. Pacjentki silnie odczuwają ból związany ze wspomnieniami aborcji w przypadku pobytu w szpitalu. Bez wsparcia zarówno ze strony bliskich, jak i personelu medycznego u kobiet mogą wystąpić również myśli samobójcze. Z tego powodu, otoczenie pacjentki odpowiednią opieką jest szczególnie ważne. Po każdej stracie zarówno dziecka przedwcześnie urodzonego oraz dziecka, które zmarło jeszcze przed porodem, jak i po aborcji kobieta i jej rodzina muszą przejść żałobę. Należy wówczas wspierać pacjentkę i członków jej rodziny. Warto zapewnić im profesjonalną opiekę psychologiczną oraz zachęcić do przeżywania żałoby na swój sposób. Bardzo ważne jest wsparcie rodziny oraz należyte podejście personelu medycznego do kobiety, co zmniejsza intensywność objawów syndromu poaborcyjnego. Zachowanie personelu powinno charakteryzować się okazywaniem empatii, zrozumienia, wsparcia oraz zadbania o potrzeby pacjentki i jej bliskich, co pozwala na zrozumienie przez pacjentkę słuszności wykonania tego zabiegu [13,21-24].

Piśmiennictwo

1. Kluk P.: „Przyszło do swojej własności a swoi Go nie przyjęli” – czy aborcja powinna być dozwolona? *Położna Nauka i Praktyka*, 2009, 4, 52-55.
2. Kodeks rodzinny i opiekuńczy - Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r., *Pokrewieństwo*, Dział II. Przysposobienie. (Dz. U. Nr 9, poz. 59 z póź.zm.).
3. Beck W.: *Położnictwo i ginekologia*. Wyd. Med., Wrocław 1995, 469-471, 484-486.

4. Klińska – Pękacz A.: Aborcja – na granicy legalności i nielegalności. *Mag. Pielęg. Poł.*, 2012, 10, 32-33.
5. Kodeks rodzinny i opiekuńczy – Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r., o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z póź.zm.)
6. Wroński K., Bocian R., Cywiński J., Dziki A.: Prawo do przerywania ciąży. *Ginekol. Prakt.*, 2008, 3, 42-46.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy, uprawniających do dokonania przerwania ciąży oraz stwierdzania, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (Dz.U. 1997 nr 9 poz. 49)
8. Bezpieczne przerywanie ciąży. Wskazówki techniczne i dotyczące polityki zdrowotnej dla systemów ochrony zdrowia. Federacja na rzecz kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa, 2004.
9. Pietrzykowski T.: Spór o aborcję. Wyd. Sonia Draga, Katowice 2007.
10. Hałaczek B., Ostrowska K.: Dlaczego aborcja. Wyd. Akademii Teologii Katolickiej, Warszawa 1994.
11. Willke J., Willke B.: Aborcja, pytania i odpowiedzi. Wyd. Stella-Maris, Gdańsk, 1991, II-IXI, 10-29, 20-30.
12. Sterkowicz S.: Twarde prawo, ale martwe. Problemy aborcji, antykoncepcji i demografii w Polsce. *Gabinet prywatny*, 2007, 1, 64-69.
13. Kucharska E.: Aborcja jako ważny problem współczesnych społeczeństw. *Przegl. Lek.*, 2012, 69, 11.
14. Dudenhausen J.W, Pschyrembel W.: Położnictwo praktyczne i operacje położnicze. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2009.
15. Hakim-Elahi E., Tovell H.M., Burnhill M.S.: Complications of first trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obst. Gynecol.*, 1990, 76, 129-135.
16. Cates W., Grimes D.A., Shultz K.F.: Abortion surveillance at CDC: creating public health light out of political heat. *Am. J. Prev. Med.*, 2000, 19, 12-17.
17. Grimes D.A., Cates W. Jr.: Complications from legally induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynaecological Survey*, 1997, 34, 177-191.

18. Swahn M.L., Bogdeman M.: The effect of the antiprogesterin RU486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *BJOG*, 1988, 95, 126-134.
19. Creinin M.D., Aubeny E.: Medical abortion in early pregnancy [in:] *A clinician's guide to medical and surgical abortion*, Paul M., Lichtenberg E.S., Borgatta L., Grimes D., Stubblefield P.G. (ed). Churchill Livingstone, New York 1999, 91-106.
20. Feldkamp M., Carey J.C.: Clinical teratology counselling and consultation case report: low dose methotrexate exposure in the early weeks of pregnancy. *Teratology*, 1993, 47, 533-539.
21. Bubiak A., Bartnicki J., Kihinicka- Mercik Z.: Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym. *Pielęg. Zdr. Publ.*, 2014, 4, 69-78.
22. Chrzan – Dętkoś M.: Utrata dziecka w okresie okołoporodowym – dobre praktyki szpitalne w opiece nad matką. *Ginekol. Prakt.*, 2010, 2, 27- 30.
23. Barton- Smoczyńska I.: O dziecku, które odwróciło się na pięcie. *NAF, Łomianki* 2006, 160- 166.
24. Winkler A.: Psychika kobiety po aborcji. *Służba życiu*, 2000, 2.

Surgiewicz Milena², Sharif Ariana², Gołębiowska Agata^{1,2}

Wiedza społeczeństwa polskiego na temat możliwości przeszczepienia szpiku kostnego

1. Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży i Szpital Wojewódzki w Łomży
2. Studenckie Koło Naukowe Instytutu Medycznego Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Transplantacja szpiku kostnego, komórek macierzystych izolowanych z krwi obwodowej czy łożyskowej jest standardem leczenia chorób ze schyłkową niewydolnością układu krwiotwórczego. Często stanowi jedyną metodę wydłużenia życia i szansę na całkowite wyleczenie. I choć w wielu krajach stała się wręcz rutynowym zabiegiem, wciąż jest procedurą obciążoną dużym ryzykiem, która może zakończyć się niepowodzeniem.

Rocznie w Polsce co dziewiąta osoba na 100 tys. mieszkańców zapada na choroby nowotworowe krwi. Dla większości z nich jedynym ratunkiem jest transplantacja szpiku pod warunkiem, że znajdzie się odpowiedni dawca. Tymczasem okres oczekiwania na znalezienie dawcy trwa miesiące, nawet lata. Ze względu na występowanie w określonej populacji osób podobieństwa antygenów, najłatwiej jest znaleźć dawcę pochodzącego z tego samego obszaru etnicznego. W Polsce brakuje dawców, na początku 2015 roku całkowita liczba zgłoszona do CRNPDSiKP (Centralnego Rejestru Niepokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej) wynosi ponad 783 tys., podczas gdy liczebność kraju wynosi ponad 38 mln mieszkańców. Im więcej ochotników zrzeszają Banki Dawców Szpiku, tym większe szanse na szybkie znalezienie dawcy dla potrzebującego. Dawcą szpiku może zostać każda zdrowa osoba w wieku 18 – 55 lat. Szpik kostny to galaretowata tkanka znajdująca się w niektórych kościach. Rozróżnia się szpik kostny czerwony oraz szpik kostny żółty.

Szpik kostny czerwony jest miejscem powstawania i wzrostu takich komórek krwi jak: krwinki czerwone, krwinki białe i krwinki płytkowe i znajduje się głównie w kościach płaskich i kręgach. Najwięcej jest go w kościach biodrowych i stąd bywa pobierany do przeszczepienia. Starzenie się powoduje, że jego ilość zanika przekształcając się w szpik kostny żółty. Szpik kostny żółty składa się głównie z komórek tłuszczowych i tkanki łącznej, a jego zawartość wraz z wiekiem każdego osobnika wzrasta [1].

Mówiąc „przeszczep” mamy na myśli to, co przeszczepiamy, czyli krwiotwórcze komórki macierzyste. Zabieg zaś określamy mianem „przeszczepienia”. Komórki

krwiotwórcze do przeszczepienia mogą być pobrane bezpośrednio ze szpiku kostnego lub też z krwi obwodowej po odpowiedniej ich mobilizacji. Ta ostatnia metoda jest obecnie zdecydowanie dominująca. Podaje się leki, które powodują, że część krwiotwórczych komórek macierzystych opuszcza szpik kostny, krąży we krwi i przy pomocy specjalnego urządzenia są z niej wyłapywane i kolekcjonowane. Wyróżniamy trzy rodzaje transplantacji: komórek własnych (czyli autologicznych) oraz komórek pobranych od dawcy (czyli allogenicznych) i syngeniczny.

Przeszczep autologiczny wykonywany jest wówczas, gdy komórki macierzyste pobierane są od pacjenta przed poddaniem go radioterapii lub chemioterapii. Wówczas po zabiegu pacjentowi jest przetaczana jego własna krew z komórkami macierzystymi, dzięki temu nie ma odpowiedzi immunologicznej na przetoczony preparat. Z autoprzeszczepem wiąże się niski odsetek powikłań śmiertelnych (ryzyko wznowy). Ze względu na możliwość potencjalnego zanieczyszczenia materiału pobranego do celów autoprzeszczepu przed planowanym zabiegiem, lekarze dążą do jak najlepszej eliminacji choroby ze szpiku kostnego. Niestety u niektórych pacjentów poddanych wcześniejszej chemioterapii liczba komórek macierzystych w szpiku może być zmniejszona, przez co nie można pobrać odpowiedniej ilości do przeszczepu.

W przypadku przeszczepu allogenicznego dawca musi być zgodny z chorym pod względem tzw. układu HLA. Układ HLA to zestaw specjalnych cząsteczek (tzw. antygenów) na powierzchni komórek organizmu człowieka, specyficzny dla każdego jak układ linii papilarnych. Kombinacji zestawów może być wiele tysięcy, natomiast biorąc pod uwagę liczbę ludzi na świecie można stwierdzić, że kombinacja taka się powtarza i dlatego właśnie możliwe są przeszczepy od ludzi niespokrewnionych ze sobą. Dawcy do przeszczepu w pierwszej kolejności szuka się u rodzeństwa.

W przypadku przeszczepu allogenicznego ilość poprzednich chemioterapii, jakie przeszedł chory, nie ma znaczenia. Zabieg ten wiąże się za to z dużym ryzykiem wystąpienia tzw. choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (GvHD). Istotą GvHD jest odpowiedź immunologiczna rodzaju białych ciałek – limfocytów T dawcy, które mogą znajdować się w przeszczepianym materiale, przeciwko organizmowi biorcy. Ryzyko GvHD wzrasta z wiekiem pacjenta, dlatego też standardowo przeszczep allogeniczny wykonuje się do 55. roku życia.

Z drugiej strony, należy wspomnieć o zjawisku, w którym biorą udział właśnie limfocyty T dawcy – rozpoznają i niszczą komórki nowotworowe, które znajdują się w organizmie biorcy. Zjawisko to dokładnie opisano u pacjentów z przewlekłą białaczką

szpikową, stąd nazwano je GVL (przeszczep przeciwko białaczce), choć ogólnie można powiedzieć, że jest to przeszczep przeciwko chorobie nowotworowej [2].

Przeszczepienie syngeniczne to przeszczep szpiku (lub komórek macierzystych) od dawcy będącego bliźniakiem jednojajowym (homozygotycznym) biorcy. W tym wypadku nie następują powikłania, tj. choroba "przeszczep przeciwko gospodarzowi" lub reakcja "przeszczep przeciwko białaczce".

Niestety przeszczepienie szpiku nie gwarantuje wyleczenia białaczki. Nawrót choroby podstawowej jest najczęstszą przyczyną niepowodzenia transplantacji. Może nastąpić w różnym czasie, chociaż najwięcej nawrotów obserwuje się w 1. roku po zabiegu. Nawroty po 2 latach są już stosunkowo rzadkie. Oczywiście zdarzają się i takie, które następują po wielu latach. Leczenie chorych z nawrotem choroby po transplantacji jest trudne, ponieważ często choroba okazuje się oporna na chemioterapię lub skumulowana toksyczność poprzedniej terapii nie pozwala na zastosowanie pewnych leków. Wybór optymalnego postępowania jest w takich przypadkach bardzo indywidualizowany. U niektórych chorych można stosować „broń biologiczną” w postaci limfocytów pobranych od dawcy lub nawet rozważyć przeprowadzenie kolejnej transplantacji.

Transplantacje komórek krwiotwórczych przeprowadzana jest w ogromnej większości przypadków u pacjentów cierpiących na nowotwory szpiku i układu chłonnego. Do rzadszych wskazań należą inne, takie jak niewydolność szpiku czy wrodzone zaburzenia odporności. Przede wszystkim od rozpoznania choroby zasadniczej, ale też wieku chorego i jego stanu ogólnego zależy, jaki rodzaj transplantacji jest proponowany. Trzeba wyraźnie podkreślić, że jest to procedura, którą należy wpisać w plan leczenia pacjenta odpowiednio wcześniej. Przeszczepienia komórek krwiotwórczych nie można traktować jako „ostatniej deski ratunku”, bo wówczas nie przynosi spodziewanej korzyści, a wręcz przeciwnie, może przyczynić się do skrócenia choremu życia.

W okresie poprzedzającym zabieg przeszczepu pacjent otrzymuje leczenie kondycjonujące, które polega na podawaniu mu w bardzo wysokich dawkach chemioterapii lub radioterapii, co w efekcie powoduje zniszczenie szpiku kostnego i układu odpornościowego chorego. Wyróżniamy dwa rodzaje przeszczepów: mieloablacyjne oraz niemieloablacyjne. W przeszczepach mieloablacyjnych poprzez zastosowaną radioterapię lub chemioterapię niszczone są wszystkie komórki nowotworowe oraz komórki układu krwiotwórczego, które później są uzupełniane preparatami z komórkami macierzystymi. W leczeniu niemieloablacyjnym istotą jest immunosupresja organizmu, która przeciwdziała odrzuceniu przeszczepu, który zwalcza chorobę.

Przeszczep nie jest równoznaczny z natychmiastowym odzyskaniem straconej odporności. Aby układ odpornościowy i szpik się odbudował konieczne jest około 7–25 dni. W tym czasie pacjent znajduje się w specjalnie odizolowanych warunkach i przeważnie wymaga przetoczenia krwi, aby uzupełnić niedobory czerwonych krwinek lub płytek. Jest bezbronny w stosunku do bakterii, wirusów i innych zarazków, przez co nawet zwykły katar może być dla niego problemem, nawet śmiertelnym! Dlatego tak ważne są przestrzeganie zasad izolacji i uważna opieka nad chorym. Po najbardziej krytycznym okresie dochodzi do odbudowy układu krwiotwórczego i odpornościowego chorego, natomiast do powikłań może dochodzić w pierwszych 100 dniach po przeszczepie lub nawet później.

Wczesne powikłania po przeszczepach szpiku:

- związane z chemioradioterapią: nudności, wymioty, osłabienie, suchość skóry, zmiany w śluzówkach układu pokarmowego,
- zakażenia (bakteryjne, wirusowe, grzybicze),
- choroba GvHD.

Późne powikłania po przeszczepach szpiku:

- niedoczynność tarczycy,
- niepłodność (mężczyźni i kobiety),
- nowotwory wtórne,
- zaćma (w przypadku TBI),
- zaburzenia psychologiczne.

Podczas transplantacji szpiku kostnego i komórek macierzystych istnieje ryzyko „przeszczepu przeciw gospodarzowi”. Reakcja „przeszczep przeciw gospodarzowi” powstaje wtedy, gdy komórki dawcy rozpoznają komórki organizmu biorcy (chorego dziecka) jako obce i starają się je za wszelką cenę zniszczyć. Objawy tej agresji widzimy najczęściej na skórze, w wątrobie, przewodzie pokarmowym, ale mogą dotyczyć każdego narządu. Jeżeli są bardzo nasilone, mogą doprowadzić do śmierci pacjenta, jeżeli natomiast reakcje przebiegają łagodniej, mogą trwać wiele lat upośledzając funkcję zajętych narządów [3].

Pobranie szpiku krok po kroku...

Pobranie komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej składa się z dwóch etapów. Najpierw na ogół przez pięć dni dawca przyjmuje zastrzyki z leku, który uwalnia (mobilizuje) komórki macierzyste ze szpiku do krwi obwodowej. Następnie w dniu zabiegu jest on na kilka godzin podłączany do tzw. aparatu do cytoaferezy, w którym na specjalnych filtrach zostają wyizolowane komórki macierzyste. Jest to ten sam aparat, który w stacjach krwiodawstwa wykorzystywany jest np. do pobierania płytek krwi od dawców. W skrócie

zabieg wygląda tak, że dawca leży lub siedzi na specjalnym fotelu i ma założone dwa wkłucia do żył. Od jednego wkłucia krew płynie drenem do aparatu, w którym oddzielane są z niej krwiotwórcze komórki macierzyste. Drugim drenem do drugiego wkłucia ta sama krew wraca do dawcy, ale pozbawiona komórek macierzystych. Zabieg nie wymaga pozostania w szpitalu i dawca może się po jego zakończeniu udać do domu [4,5].

Pobranie szpiku z talerza kości biodrowej- zwykle pobiera się od 15 do 25 mililitrów szpiku kostnego na kilogram masy ciała dawcy. Faktycznie pobrana objętość zależy od masy ciała biorcy, optymalnej liczby komórek hematopoetycznych, którą należy przeszczepić, masy ciała dawcy oraz ewentualnej dalszej potrzeby przetwarzania szpiku po pobraniu. Optymalna liczba komórek niezbędna do transplantacji to około 300 000 000 komórek szpiku na kilogram masy ciała biorcy. Liczba pobranych komórek jest sprawdzana kilkakrotnie w czasie zabiegu pobrania szpiku. Końcowa objętość pobranego szpiku zależy więc od jego komórkowości i masy ciała biorcy. Z drugiej strony nie można pobrać więcej niż 25 ml szpiku na kilogram masy ciała dawcy – i to jest górne ograniczenie objętości pobranego szpiku.

Czas trwania zabiegu: Pobranie szpiku łącznie ze znieczuleniem trwa zwykle 60 – 90 minut. Dawca przyjmowany jest na oddział w rano w dniu pobrania szpiku. Po pobraniu krótko przebywa na oddziale pooperacyjnym. Jeśli jego stan zdrowia nie budzi wątpliwości to noc może spędzić już w domu. Zwykle jednak opuszcza szpital dzień po pobraniu szpiku. Do całkowitej regeneracji szpiku dochodzi w ciągu 2-3 tygodni.

Znieczulenie związane z pobraniem szpiku wiąże się z minimalnym ryzykiem. Po pobraniu u dawcy występować może przez kilka dni bolesność w miejscach wkłuć oraz w sporadycznych przypadkach mdłości związane z przebyciem znieczulenia ogólnego. Dawca przed zabiegiem jest dokładnie informowany przez lekarza o przebiegu procedury, przygotowaniu do zabiegu, samopoczuciu po zabiegu i ewentualnie mogących wystąpić skutkach ubocznych po znieczuleniu ogólnym [1,6].

Historia transplantacji szpiku kostnego

Transplantacja szpiku rozwinęła się w świecie w ciągu ostatnich 50 lat. Współczesne metody przeszczepiania szpiku opracowali hematolodzy amerykańscy. E. Donnell Thomas, laureat nagrody Nobla za prace poświęcone przeszczepianiu szpiku, przeprowadził w 1957 r. pierwszą udaną transplantację syngeniczną szpiku. Natomiast w Europie prekursorem był Georges Mathe z Francji.

Liczne próby transplantacji allogenicznych wykonywane do połowy lat 60. kończyły się jednak niepowodzeniem. Pierwsze udane przeszczepienia szpiku od dawców

niespokrewnionych wykonano w roku 1968. W latach 80. zostały wprowadzone nowoczesne metody przygotowania do przeszczepienia szpiku za pomocą chemioterapii, co przyniosło znaczny postęp w leczeniu przeszczepami szpiku od osób spokrewnionych i niespokrewnionych.

W latach 90. zaczęto stosować przeszczepianie komórek krwiotwórczych izolowanych z krwi obwodowej, a także zaczęto wykorzystywać komórki pozyskiwane z krwi pępowinowej. Dzięki postępowi dokonującemu się w dziedzinie transplantologii, jak i innych dziedzinach medycyny ważnych dla przeszczepień przeprowadza się coraz więcej skutecznych transplantacji.

W Polsce pierwsze badania nad transplantacją szpiku zostały przeprowadzone w 1938 r. we Lwowie przez Jana Raszka i Franciszka Groera.

W latach 50. i 60. podejmowane były próby podawania szpiku do jamy szpikowej, później też podejmowano sporadyczne próby przeszczepiania szpiku drogą dożylną.

W 1983 r. dr Ryszard Kaftański i prof. Urszula Radwańska wykonali przeszczep syngeniczny u dziecka z anemią aplastyczną (nieudany), a w 1984 r. zespół pod kierownictwem prof. Wiesława Jędrzejczaka przeprowadził udaną allotransplantację u dziecka z zespołem Diamond-Blackfana [7].

Cel pracy

Celem pracy była ocena wiedzy i postaw społeczeństwa polskiego na temat transplantacji szpiku kostnego.

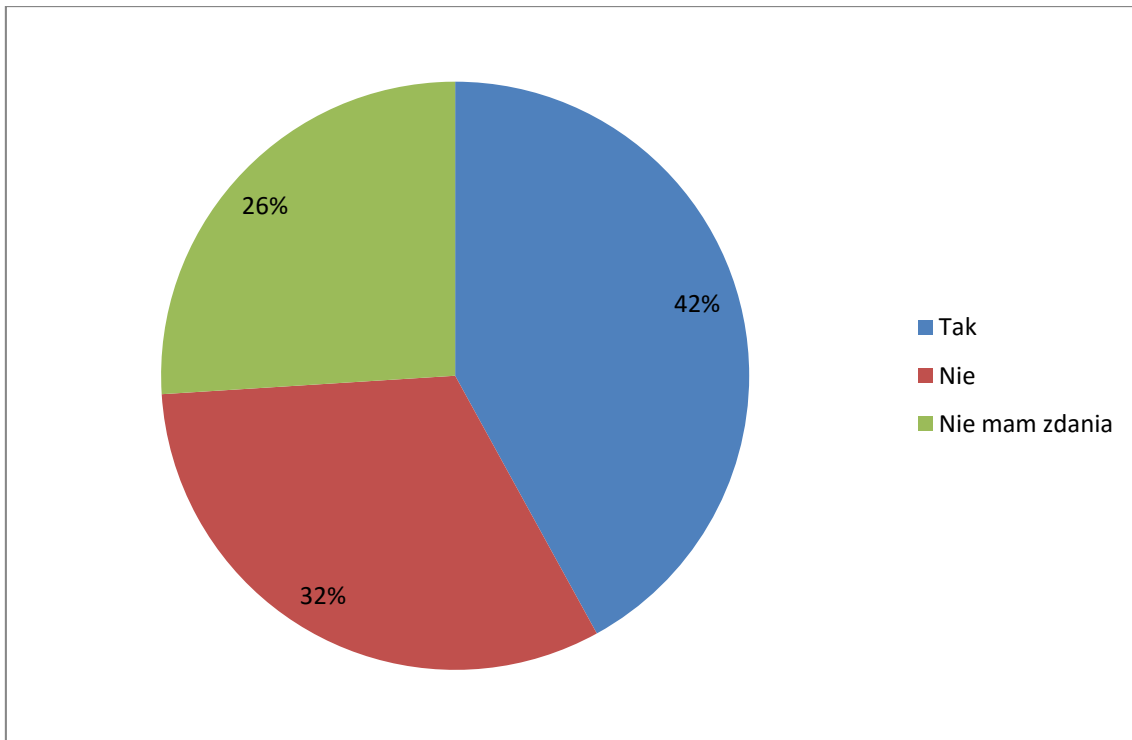
Material i metoda

W badaniach wzięło udział 100 mieszkańców województwa podlaskiego i mazowieckiego. Badanie przeprowadzono w roku akademickim 2014/2015 za pomocą kwestionariusza ankiety własnego autorstwa.

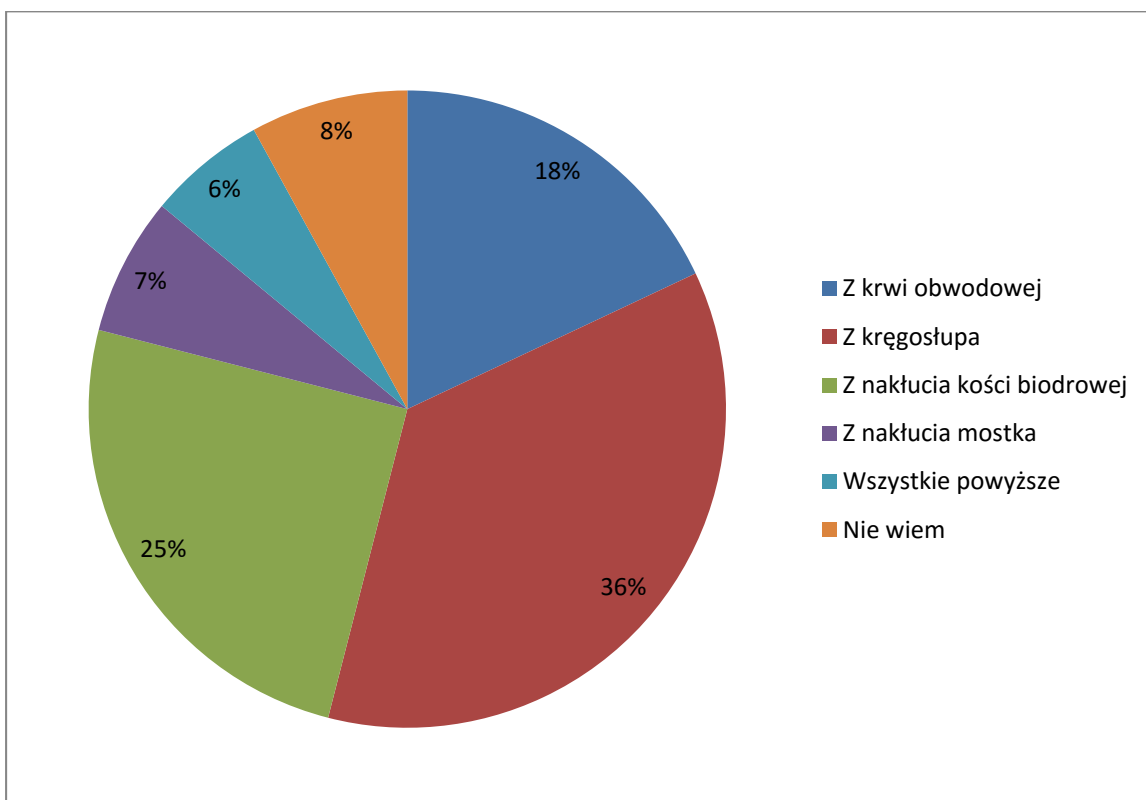
Wyniki

Badania wykazały, że większość mieszkańców- 42% (Ryc. 1) popiera transplantację szpiku kostnego i komórek macierzystych. Jednak niepokojący jest też fakt, że aż 32 % Polaków jest przeciwna przeszczepom, a 26 % nie ma w ogóle zdania na ten temat.

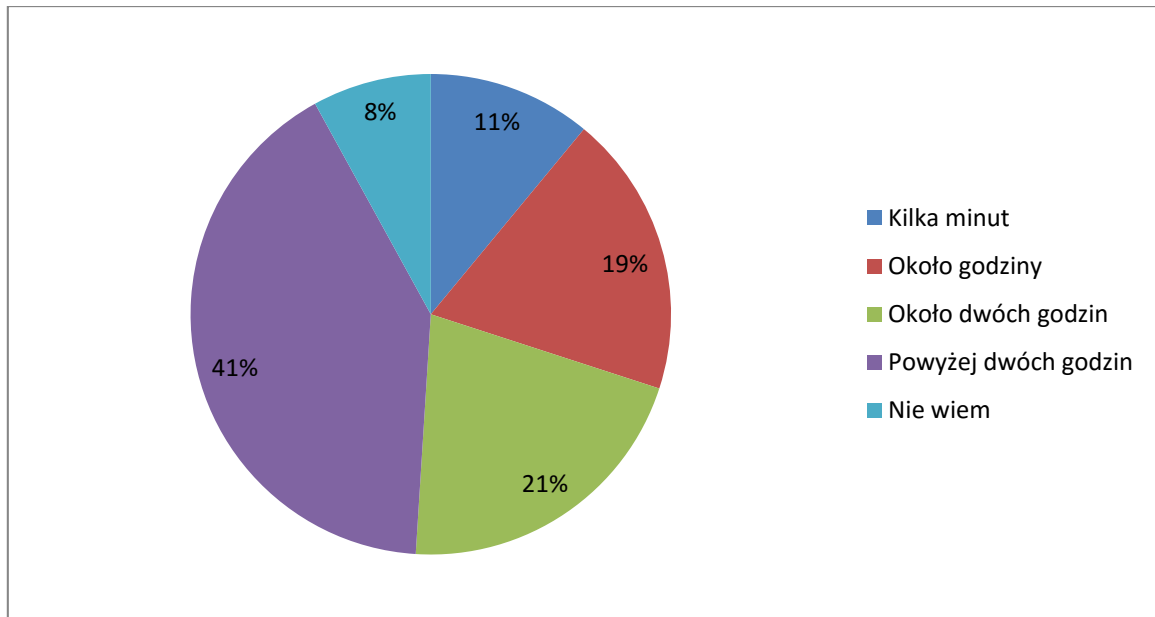
Mimo, że 43% Polaków zna metody pobierania szpiku kostnego i komórek macierzystych, to jednak aż 42% wierzy w stereotyp, czyli pobranie szpiku z kręgosłupa. Pozostała część społeczeństwa uważa, że szpik pobierany jest z nakłucia mostka, z wszystkich wymienionych lub nie wie, jakie są metody (Ryc. 2).



Ryc.1. Czy popiera Pani/Pan transplantacje szpiku kostnego i komórek macierzystych?

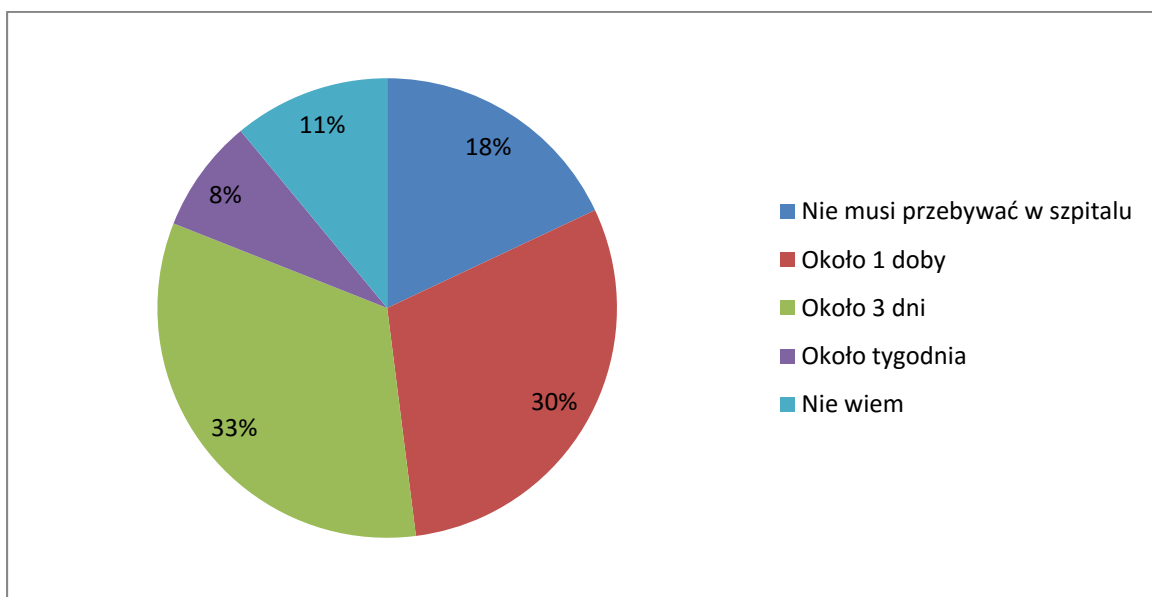


Rys. 2. Jakże zna Pani/Pan metody pozyskiwania szpiku do przeszczepu?



Ryc. 3. Jak długo trwa pobranie szpiku z talerza kości biodrowej od dawcy?

Podczas badania Polacy byli poproszeni o odpowiedź, jak długo trwa pobranie szpiku z talerza kości biodrowej (Ryc.3).

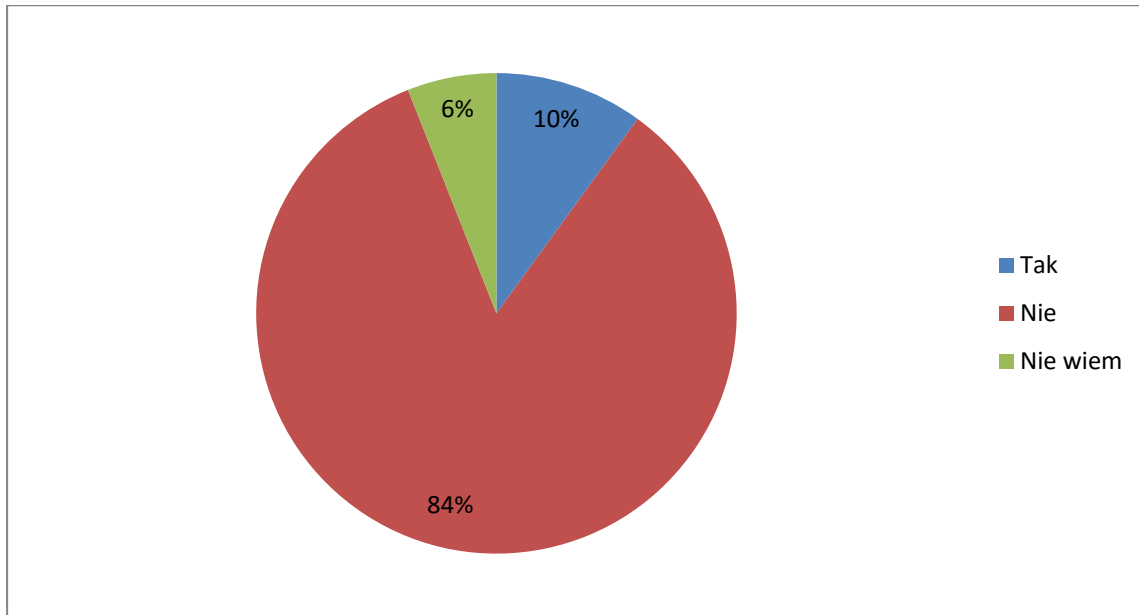


Ryc. 4. Jak długo powinien przebywać dawca w szpitalu, kiedy oddaje szpik kostny do przeszczepu?

Ponad 40% z nich uważa, że pobranie trwa ponad 2 godziny, 21% twierdzi, że około 2 godzin. Reszta ankieterów odpowiadała, że transplantacja trwa około godziny – 19%, kilka minut- 11 % oraz 8 % nie wie, ile trwa pobranie. Większa część społeczeństwa - 33%

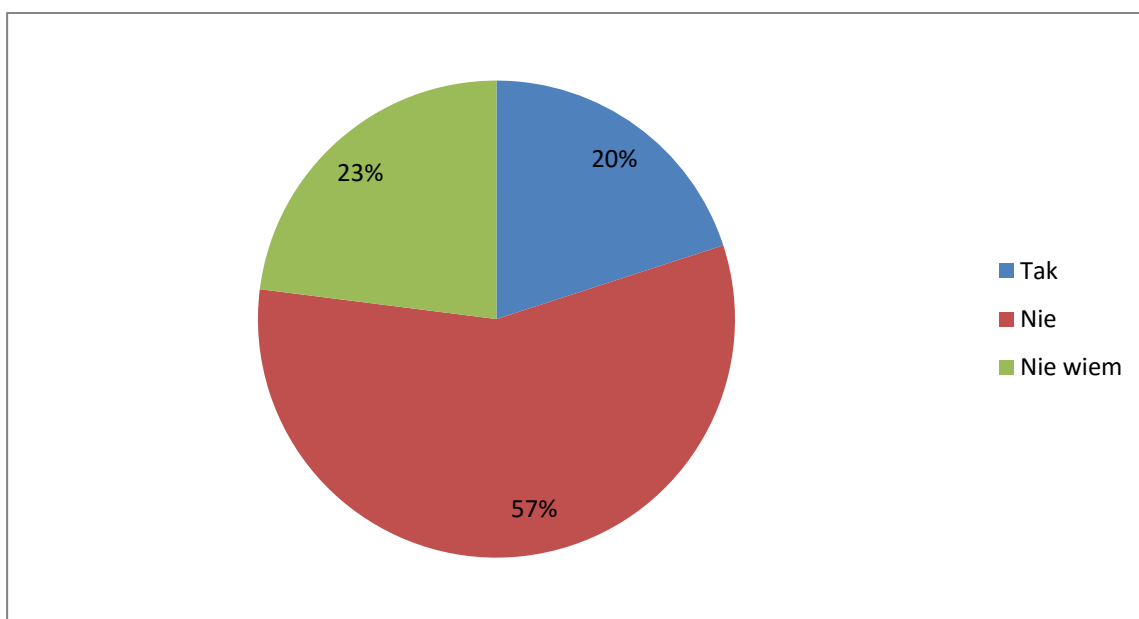
uważa, że dawca po przeszczepie musi przebywać w szpitalu przez około 3 dni, 30% społeczeństwa twierdzi, że około 1 doby (Ryc. 4).

Ankietowani odpowiadając na pytanie „Czy pobranie szpiku kostnego może być bezpośrednią przyczyną śmierci dawcy?” (Ryc. 5) udzielili poprawnej odpowiedzi: nie.



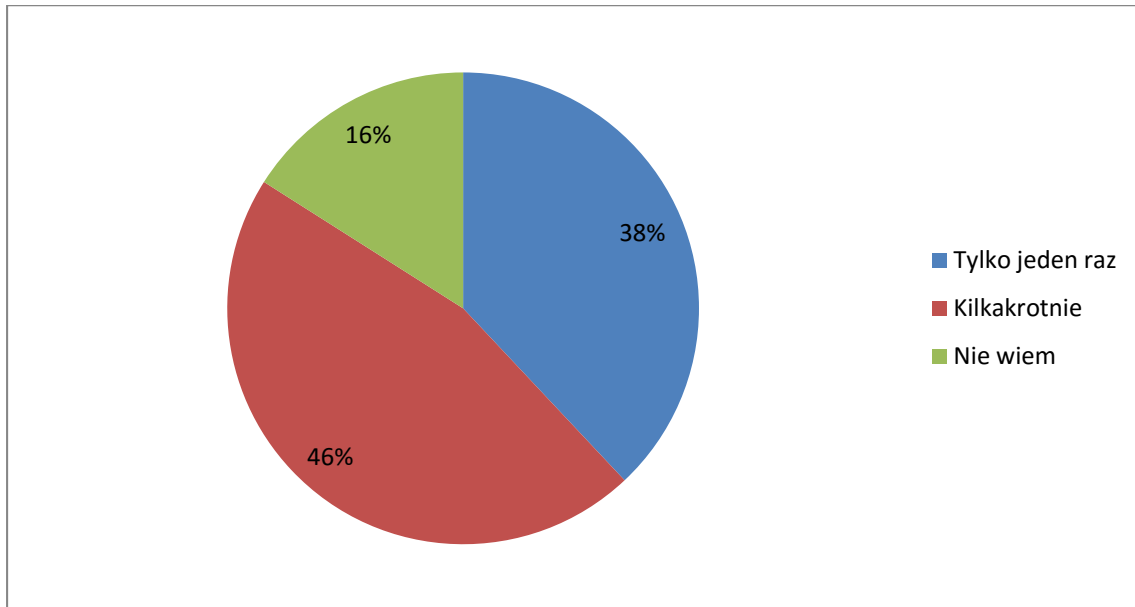
Ryc. 5. Czy pobranie szpiku kostnego może być bezpośrednią przyczyną śmierci dawcy?

Większość ankietowanych – 57% również wie, że dawca szpiku kostnego nie musi do końca z tego powodu przyjmować leków (Ryc. 6).

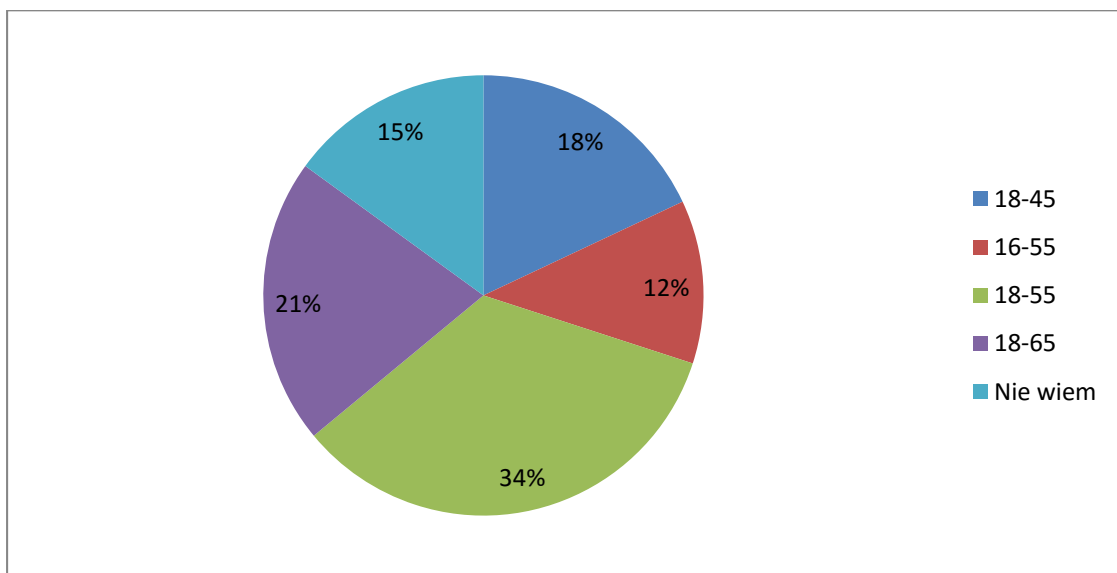


Ryc. 6. Czy dawca szpiku kostnego musi do końca życia z tego powodu przyjmować leki?

W ankiecie Polacy byli poproszeni o zaznaczenie odpowiedzi, ile razy można oddać szpik (Ryc.7) , 46% z nich udzieliło odpowiedzi, że kilkakrotnie, 38% odpowiedziało, że tylko jeden raz, a 16% nie znało odpowiedzi na to pytanie. 34 % Polaków ma również rację, że dawcą można zostać w wieku od 18-55 lat (Ryc. 8).



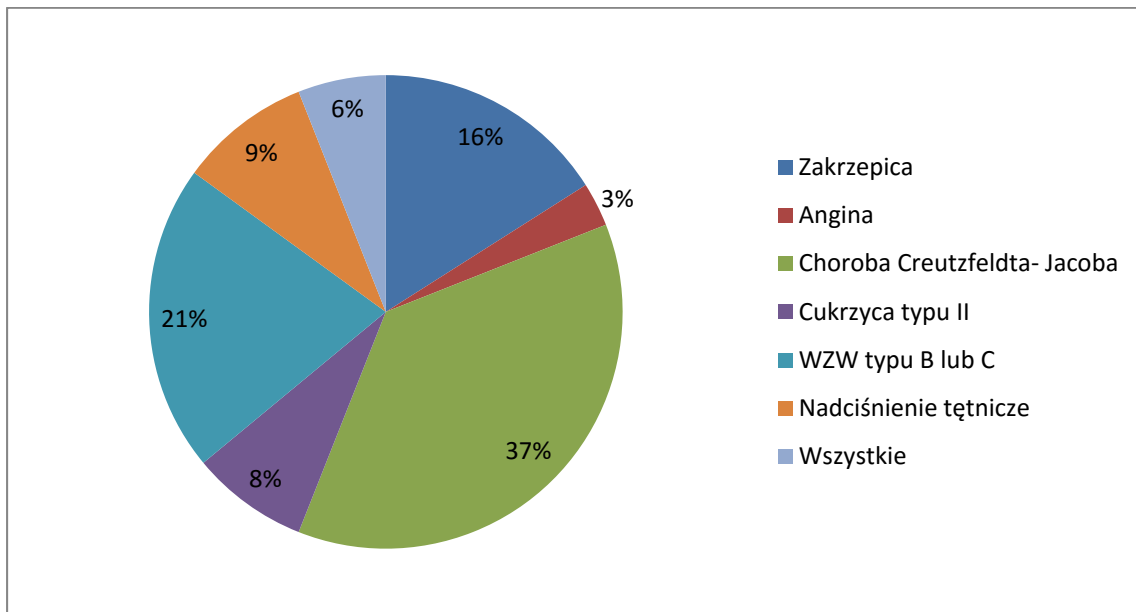
Ryc. 7. Ile razy można oddać szpik do przeszczepu?



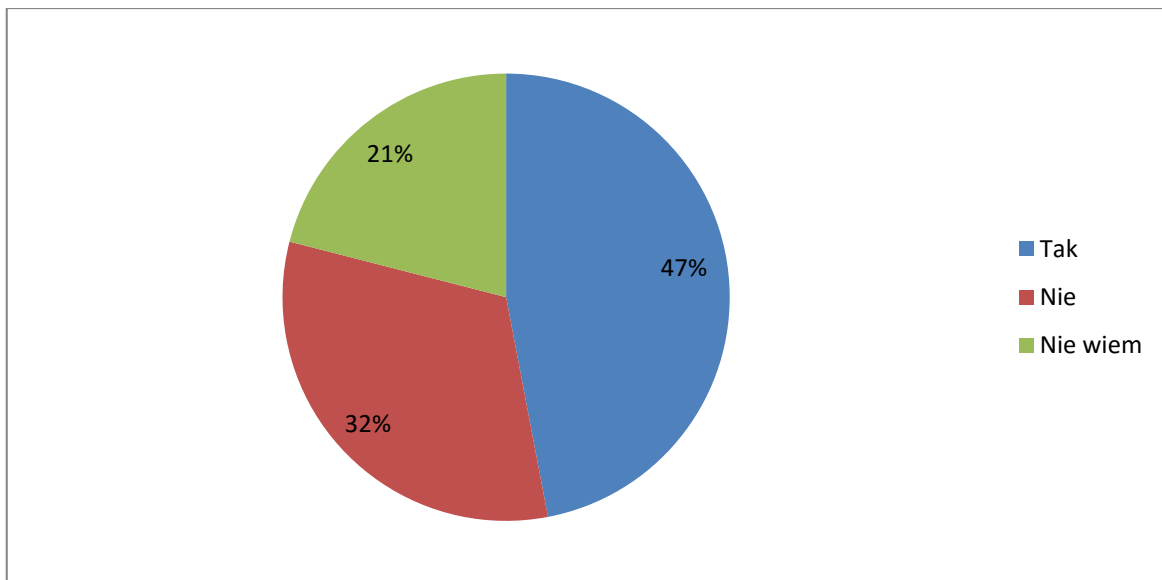
Ryc. 8. W jakim wieku można zostać dawcą ?

Są choroby, które uniemożliwiają zostanie potencjalnym dawcą szpiku (Ryc. 9). Najwięcej ankietowanych uważa, że choroby, które wykluczają potencjalnych dawców, to : choroba Creutzfeldta- Jacoba, WZW typu B i C i zakrzepica. Polacy również uważają, że po

pobraniu szpiku mogą powstać powikłania (Ryc. 10), takiej odpowiedzi udzieliło 47% ankietowanych.

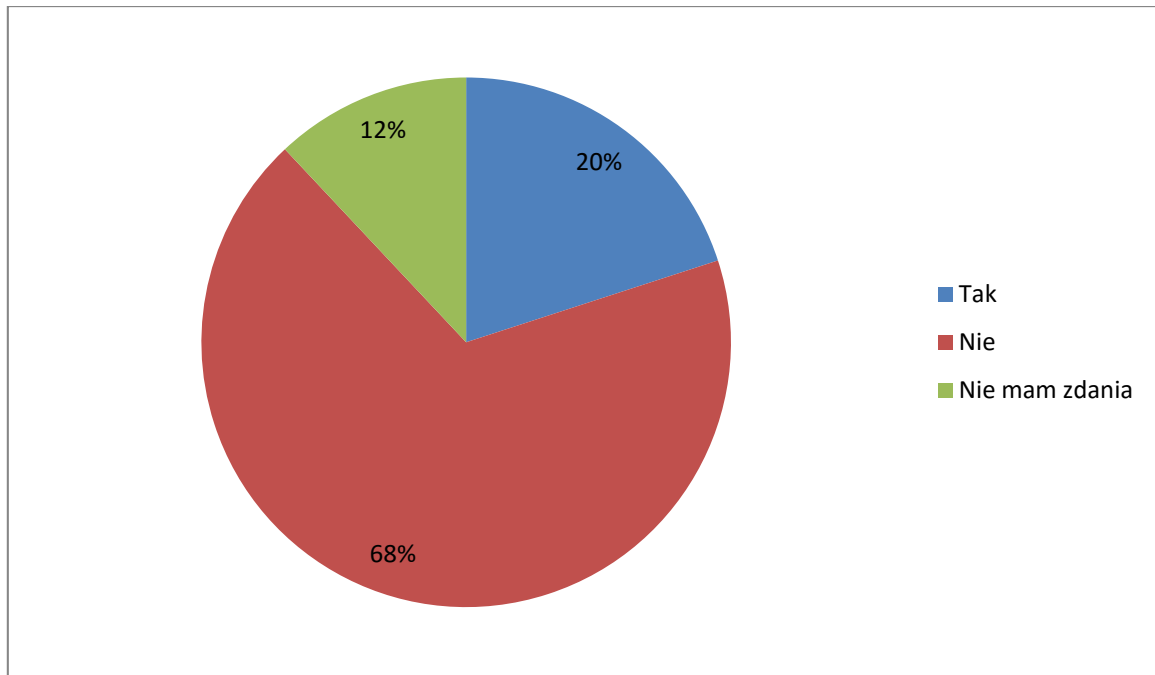


Ryc. .Która z poniższych chorób nie pozwala na zostanie dawcą?



Ryc. 10.Czy po pobraniu szpiku są powikłania?

W Polsce zarejestrowanych jest ponad 700 tysięcy potencjalnych dawców. Jednak to wciąż jest za mało- takiego samego zdania jest 68% uczestników biorących udział w ankiecie (Ryc. 11)



Ryc. 11. Czy uważa Pani, że w Polsce jest wystarczająca liczba osób chętnych, by oddać szpik kostny?

Wnioski

1. W badanej grupie wiedza na temat transplantacji szpiku kostnego była niezadowalająca, co może wpływać na ich postawy wobec dawstwa.
2. Stereotypy krążące wokół procedury przeszczepu szpiku kostnego są wciąż żywe i zajmują miejsce prawdziwej irzetelnej wiedzy umożliwiającej podjęcie decyzji o rejestracji.
3. Społeczeństwo polskie ma małą wiedzę na temat chorób układu krwiotwórczego oraz możliwości przeszczepiania szpiku.
4. Ankietowani mają bardzo małą wiedzę na temat procedur towarzyszących transplantacji szpiku kostnego. Taka sytuacja z pewnością opóźnia lub uniemożliwia rejestrację w rejestrze dawców.
5. Większa część ankietowanych popiera bycie dawcą oraz uważa, że jest niewystarczająca liczba osób chętnych, by oddać szpik kostny.

Piśmiennictwo:

1. Dmoszyńska A. (red.): Atlas hematologii klinicznej. Czelej, Lublin 2004.

2. Markiewicz M, Kyrz-Krzemień S.: Allogeniczne przeszczepienie komórek krwiotwórczych: stan obecny i perspektywy rozwoju. Post. Nauk Med., 2011,6,479-485.
3. Hołowiecki J. (red.): Hematologia kliniczna. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2007.
4. Sankowska M., Kauc L.: Transplantacja szpiku i transplantacja komórek krwiotwórczych krwi obwodowej. Poradnik dla pacjenta. Warszawa, 2000.
5. Hołowiecki J.: Przeszczepianie szpiku i komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej w nowotworach.[W:] Onkologia Kliniczna, pod red. M. Krzakowskiego. Borgis Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2006.
6. Fabijańska-Mitek J., Nowak J.: Immunogenetyczne podstawy doboru dawców oraz przeszczepiania komórek krwiotwórczych i narządów. OINPHARMA, Warszaw2007.
7. Pęczak L., Rowiński W., Wałaszewski J.: Transplantologia kliniczna. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2004.

Klimaszewska Krystyna^{1,2}, Kondzior Dorota¹, Jankowiak Barbara^{1,2}, Kowalewska Beata^{1,2}, Baranowska Anna¹, Kowalczyk Krystyna¹, Rolka Hanna^{1,2}, Krajewska – Kulak Elżbieta¹

Transplantologia wczoraj i dziś

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

Wstęp

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

Medycyna transplantacyjna charakteryzuje się znacznym rozwojem i znajdowaniem odpowiedzi na większość pytań, jakie ludzkość sobie stawia w kontekście dokonywania przeszczepów.

Rozwinięcie

Rozwój transplantacji narządów na świecie rozpoczął się ponad 50 lat temu. Natomiast w naszym kraju program transplantacji rozwijał się bardzo powoli i głównie dzięki pracy osób, które pasjonowały się tą dziedziną medycyny. Transplantacja narządów w Polsce nie jest metodą akceptowaną przez społeczeństwo, ponieważ aby była skuteczna trzeba pobrać drugiemu człowiekowi jego narząd. Często zdarza się taka sytuacja, że aby uratować czyjeś życie druga osoba musi umrzeć. Nie ma jednak wątpliwości, że przeszczep narządów jest często jedyną deską ratunku dla chorych z niewydolnością serca, płuc, wątroby oraz nerek. Należy jednak zauważyć, że Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej oraz środowisko transplantologów w Polsce podkreśla, iż ratowanie życia osób potrzebujących przeszczepu to nie tylko wiedza, umiejętności lekarzy oraz ich oddanie, ale przede wszystkim przyjęcie się przeszczepu. Przeszczepiony narząd musi zostać zaakceptowany i przyjęty przez organizm biorcy, tak by prawidłowo funkcjonować i przejąć czynności przeszczepionego organu.

Rys historyczny

Od bardzo dawna ludzie dążyli do tego, aby chore i uszkodzone organy móc zastąpić nowymi. Doskonałym przykładem jest tu próba dokonania pierwszych przeszczepów narządów, która miała miejsce już w XIII wieku. Legenda mówi o dwóch świętych męczennikach- lekarzach Kosmie i Damianie, którzy podobno w cudowny sposób wymienili chorą nogę na zdrową nogę, którą dodatkowo pobrali od zmarłego. W następnych stuleciach również można spotkać informacje o przeszczepach, jednak te nie miały większego potwierdzenia w sztuce lekarskiej średniowiecza. Natomiast już w czasach nowożytnych i współczesnych do leczenia niektórych chorób wprowadzano metodę wszczepiania żywej tkanki z jednego organizmu na drugi.

Pierwszy taki zabieg miał miejsce w 1840 roku, gdzie włoski chirurg F. Boronio w warunkach doświadczalnych na zwierzęciu dokonał przeszczepu skóry w ramach wolnego przeszczepu. "Wolny przeszczep skóry jest to obszar skóry całkowicie odcięty od tkanki macierzystej i służący do pokrycia ubytków w skórze lub jako materiał do rekonstrukcji lub plastyki różnych tkanek". Potem przeprowadzano dalsze doświadczenia nad przeszczepianiem skóry, tkanek i narządów u zwierząt i ludzi [1].

Transplantacja miała swoje pionierskie początki już w XVIII wieku, gdzie M. Jaboulay (1860-1913), A. Carrel (1875-1944), Potemsky (1886), Marphy (1896), Payt (1900) dokonywali doświadczeń na zwierzętach. Dzięki tym badaniom udowodnili, że istnieją możliwości zespolenia naczyń przeszczepionego narządu z naczyniami biorcy [2]. W styczniu 1902 roku E. Ullman przeprowadził w Wiedniu pierwsze przeszczepy nerek u zwierząt [3].

Natomiast pierwszy ksenogeniczny przeszczep nerki u człowieka wykonał M. Jaboulay 6 stycznia 1906 roku, do przeszczepu tego wykorzystano nerkę zwierzęcia [3].

Z kolei pierwszy przeszczep allogeniczny nerki u człowieka został wykonany przez Woronowa w 1933 roku. Narząd ten został pobrany od człowieka zmarłego z powodu złamania podstawy czaszki i wszczepiony kobiecie. Jednak w tym przypadku chora zmarła po 4 dniach [2].

W 1954 roku w Bostonie wykonano pierwszy przeszczep nerki, który zakończył się powodzeniem. Przeszczepu tego dokonano między braćmi bliźniakami [2].

Pierwsza transplantacja serca człowieka miała miejsce 3.12.1967 roku w szpitalu Groote-Schuur w Kapsztadzie. Operację przeprowadził chirurg Christiaan Neethling Barnard. Serce zostało pobrane od ofiary wypadku drogowego i wszczepione 54- letniemu Louisowi Washkans'emu. Operacja ta przebiegła pomyślnie, jednak pacjent zmarł po 18 dniach z powodu zakażenia [4].

W Polsce 26 stycznia 1966 roku po raz pierwszy profesor Jan Nielubowicz dokonał w Warszawie udanego zabiegu przeszczepienia nerki, która została pobrana od osoby zmarłej. Przeszczepianie narządów wówczas nie było jeszcze tak powszechnym sposobem leczenia, dlatego wówczas na całym świecie wykonano zaledwie 620 takich operacji [3].

Wszyscy wówczas uważali, że przeszczepianie będzie w krótkim czasie rutynowym sposobem leczenia. Niestety, jednak tak się nie stało, ponieważ pierwsze takie zabiegi odbyły się bez dostatecznych podstaw prawnych w zakresie przeszczepów. Brak podstaw prawnych odnosiło się głównie do pobrania narządów od osoby zmarłej. Do dużego rozwoju w dziedzinie przeszczepiania nerek i innych narządów, takich jak trzustka czy wątroba doszło dopiero w latach siedemdziesiątych. Przepisy prawne dotyczące przeszczepów, które występowały w połowie lat 60. przynosiły ciągłe utrudnienia w tej dziedzinie medycyny. Mimo, iż wszyscy wiedzieli już o koncepcji śmierci mózgowej, to rozpoznanie przyczyny śmierci w oparciu o te przepisy były w naszym kraju prawnie niedopuszczalne. Można było jedynie pobierać tkanki od osób zmarłych, ponieważ określone zostało to w rozporządzeniu Prokuratora Generalnego Polski z 1948 roku, które zezwalało na pobieranie rogówek [5]. Dzięki rozporządzeniu Prezydenta RP z 1920 roku przepisy umożliwiały pobieranie nerek od zmarłych, którzy zmarli w szpitalu. Było to zawsze pierwsze badanie pośmiertne, dlatego też nerki były pobierane zawsze w przypadku zatrzymania krążenia. Natomiast prawnie było zakazane pobieranie nawet jednej nerki od osoby zdrowej i żywej.

W 1969 roku Prof. Jan Moll w naszym kraju pierwszy raz dokonał przeszczepu serca, które zostało pobrane od osoby zmarłej. Operacja ta wzbudziła oburzenie w środowisku lekarzy, jak i prawników, ponieważ zakończyła się niepowodzeniem. Spowodowało to wstrzymanie przeszczepów w Łodzi na ponad 20 lat.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wydał w październiku 1975 roku wytyczne dotyczące przeprowadzania transplantacji nerek [5]. Przepisy te umożliwiały pobieranie tych narządów od osób żywych, jak i ze zwłok. Akt ten określał ściśle przepisy obowiązujące podczas przeszczepiania nerek i tak:

- nerki mogły zostać pobrane od osoby zmarłej jedynie w ciągu 12 godzin od stwierdzenia zgonu,
- śmierć pacjenta powinna być stwierdzona przez lekarzy (3- osobowa komisja),
- z każdego stwierdzenia zgonu oraz zabiegu polegającego na pobraniu nerki trzeba było spisywać protokół, który następnie musiał zostać podpisany przez lekarzy oraz kierownika kliniki bądź jego zastępcę [6].

Wielki przełom w dziedzinie transplantologii dokonał się w Polsce w 1986 roku, ponieważ udało się po raz pierwszy wykonać operację przeszczepu serca. Przełomu tego dokonał Prof. Zbigniew Religa. Warto podkreślić, iż w Polsce nie było jeszcze wtedy przepisów określających zasady pobierania organów od osób zmarłych. Dlatego operację tą poprzedzały narady lekarzy, prawników oraz Prokuratora Generalnego PRL [7].

Na koniec lat 80-tych Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło prace nad całkowitym uregulowaniem przepisów prawnych odnoszących się do zasad pobierania oraz przeszczepiania narządów, organów oraz tkanek i komórek. Równolegle Minister Zdrowia stworzył zespół specjalistów, składających się z lekarzy zajmujących się anestezjologią, intensywną terapią, neurologią oraz neurochirurgią, aby określili kryteria i sposób rozpoznawania zgonu z powodu śmierci pnia mózgu [7]. Dodatkowo ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej [8] zniosła rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej o zakładach leczniczych [9].

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku określała tylko w części aspekty prawne w obrębie przeszczepów, ponieważ jej przepisy odnosiły się jedynie do zasad pobierania organów od osób zmarłych. Dodatkowo przepisy te dotyczyły jedynie pobierania tkanek i organów od osób zmarłych w szpitalach i możliwość ich wykorzystywania tylko i wyłącznie w celach leczniczych. Nie do końca sprecyzowane przepisy prawne powodowały, że nie było ściśle określonych kryteriów stwierdzających śmierć chorego oraz przepisów dotyczących stanowiska osoby zmarłej odnośnie przeszczepów [10]. Dlatego też lekarze zmuszeni byli do rozmowy z rodzinami zmarłego w celu uzyskania zgody na pobranie organów.

W końcu po 5 latach prac powołanego przez Ministra Zdrowia zespołu specjalistów i licznych konsultacji między innymi z Naczelną Radą Lekarską uchwalono w październiku 1995 roku ustawę o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, narządów i tkanek. Ustawa ta weszła w życie w następnym roku, to jest w marcu 1996 [10].

Wraz z ustawą wprowadzono 10 innych, szczegółowych aktów wykonawczych. Były to [11, 12, 13]:

- Zarządzenie dotyczące utworzenia Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplanacji POLTRANSPLANT
- Rozporządzenie dotyczące centralnego rejestru zgłoszonych sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów, sposobu rejestracji sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia sprzeciwu w formie oświadczeń (Dz. U. Nr 124, póź. 588)

- Zarządzenie odnoszące się do wyznaczania zakładów opieki zdrowotnej oraz innych jednostek organizacyjnych prowadzących krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów (M. P. Nr 77, póź. 705)
- Rozporządzenie dotyczące wymogów, jakie powinna spełniać dokumentacja medyczna dotycząca pobierania komórek, tkanek i narządów, ich przechowywania i przeszczepiania (Dz. U. Nr 144. póź. 667)
- Rozporządzenie w sprawie sposobu i warunków tworzenia krajowych i regionalnych banków komórek i tkanek przeznaczonych do przeszczepiania oraz ich zadań (Dz. U. Nr 144, póź. 668)
- Rozporządzenie odnoszące się do warunków pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów oraz sposobu stwierdzenia spełnienia tych warunków (Dz. U. Nr 151. póź. 718)
- Rozporządzenie w sprawie sposobu i trybu uzyskania informacji od prokuratora lub stanowiska sądu rodzinnego o niewyrażaniu sprzeciwu na pobranie ze zwłok komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 6. póź. 37 z 1997 r.)
- Zarządzenie odnoszące się do nadania statutu Krajowej Radzie Transplantacyjnej (Dz. Urz. MZiOS Nr 2. póź. 3)
- Rozporządzenie dotyczące sposobu dystrybucji komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 132, póź. 880)
- Rozporządzenie w sprawie zasad i trybu ustalania kosztów pobrania, przechowywania i transportu komórek, tkanek i narządów oraz zwrotu tych kosztu (Dz. U. Nr 132. póź. 881).

Wprowadzenie w życie ustawy uregulowało wszelkie prawne aspekty pobierania i przeszczepiania narządów, jak również dało poczucie bezpieczeństwa lekarzom, którzy przeprowadzali przeszczepy. Pomimo wszelkich starań nawet ustawa nie wpłynęła na opinie społeczeństwa odnośnie transplantacji narządów.

Polska – przełomowe wydarzenia w transplantologii

- **1965** – Wiktor Bross wykonał pierwszą próbę przeszczepienia nerki, która została pobrana ze zwłok.
- **1966** – Jan Nielubowicz i Tadeusz Orłowski dokonali pierwszego udanego przeszczepu nerki ze zwłok.
- **1968** – Wiktor Bross wykonał po raz pierwszy przeszczep nerki pobranej od żywego dawcy.

- **1969** – W Łodzi Jan Moll, Antoni Działkowiak i Kazimierz Rybiński podjęli się pierwszej próby przeszczepienia.
- **1985** – Zbigniew Religa dokonał pierwszego udanego przeszczepu serca w Zabrze.
- **1987** – Stanisław Zieliński po raz pierwszy przeszczepił wątrobę.
- **1988** – Prof. Religa po raz pierwszy w Polsce przeszczepił serce u 15- letniego chłopca ze skrajną niewydolnością krążenia w przebiegu pozapalnej kardiomiopatii rozstrzeniowej.
- **1988** – Jacek Szmidt dokonał udanego przeszczepu nerki i trzustki.
- **1990** – Piotr Kalaciński przeszczepił u dziecka wątrobę.
- **1994** – Jacek Pawlak i Bogdan Michałowicz przeszczepili wątrobę u dorosłego.
- **1999** – Piotr Kalaciński i Marek Krawczyk przeszczepili od dawcy żywego część wątroby.
- **2001** – Marian Zembala przeprowadził pierwszy udany przeszczep serca i płuca u 38- letniego mężczyzny z ciężkim uszkodzeniem mięśnia sercowego w wyniku zawału i nadciśnieniem płucnym.
- **2003** – Marian Zembala wykonał z sukcesem przeszczep pojedynczego płuca.
- **2004** – Marek Durlik dokonał udanego przeszczepu trzustki u osoby u której wcześniej przeszczepiono nerkę.
- **2005** – Marian Zembala wykonał przeszczep obu płuc.
- **2006** – Piotr Kalaciński wykonał po raz pierwszy przeszczepienie wątroby i jelita.
- **2006** – Jerzy Jabłecki przeszczepił rękę.
- **2008** – Piotr Fiodor wykonał przeszczep wysepek trzustkowych [14].

Współczesna transplantologia

Transplantologia jest to powszechnie mówiąc przeszczepianie komórek, tkanek oraz narządów pochodzących od innej osoby. Transplantacja, z języka łacińskiego transplantare, oznacza przesadzać, przenosić [15]. Transplantacja jest metodą ratowania życia ludzi, którzy aby żyć potrzebują zdrowego organu. Podsumowując, przeszczepienie (transplantacja) jest to działanie operacyjne mające na celu przeniesienie tkanki bądź narządu w miejsce chorego organu lub uszkodzenia. Przeszczepienie organów może być robione w celach leczniczych i diagnostycznych oraz naukowych bądź dydaktycznych.

Ustawa z dnia 26 października 1995 o pobieraniu, przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów wprowadziła do polskiego prawa przepisy dotyczące transplantacji oraz wprowadziła słownik definicji legalnych (ustawowych) zawierających pojęcia ściśle powiązane z przeszczepami, między innymi wyjaśnia definicję dawcy czy narządu.

Dawca według powyższej ustawy to żywy człowiek lub zwłoki ludzkie, od których pobiera się komórki, tkanki bądź narządy. Natomiast komórką jest określona najmniejsza struktura morfologiczna i czynnościowa organizmu, która jest zdolna do podstawowych funkcji życiowych. Komórki mogą występować pojedynczo lub grupowo. Pojęciem ściśle powiązaniem z transplantacją jest narząd, który według ustawy transplantacyjnej to „wyodrębniona i istotna część ludzkiego ciała, zbudowana z różnych tkanek, zdolna do utrzymywania swojej struktury, ukrwienia i możliwości pełnienia autonomicznych funkcji fizjologicznych” [16].

Transplantacja jest jedną z najbardziej kontrowersyjnych dziedzin medycyny klinicznej, ponieważ pozwala ratować, przedłużać lub ułatwiać życie osobom, które potrzebują nowego organu do życia. Omawiane działanie medyczne może zostać przeprowadzane w jednym organizmie lub kilku. Transplantacja, reasumując, polega na "leczeniu przy pomocy wymiany organów, tkanek bądź substancji" [17]. Natomiast według Małej encyklopedii medycyny transplantacja to "wyrównywanie ubytku w ustroju, przezoperacyjne przeniesienie tkanek lub narządów" [18]. Bardzo dokładną i precyzyjną definicję transplantacji podaje Słownik encyklopedyczny R.M. Youngsona.

Według niego transplantacja to "tkanka lub narząd pobrany z innej okolicy ciała lub innej osoby (dawcy), wszczepiony operacyjnie w celu wypełnienia ubytku lub zastąpienia niewłaściwie funkcjonującej tkanki czy narządu" [19].

Współczesna transplantologia nieustannie się rozwija. Przeszczepiane są niemal wszystkie narządy, z wyjątkiem mózgu. Aktualnie przeszczepiane są: szpik, serce, płuca, wątroba, nerki, jelita, rogówki, kończyny, a nawet twarze. Przeszczepia się również tkanki oraz komórki [1].

Należy pamiętać, że transplantologia to nauka interdyscyplinarna, łącząca swoim działaniem prawie wszystkie specjalności medyczne. Obejmuje swoim zakresem nauki podstawowe, czyli immunologię i genetykę oraz działy medycyny klinicznej, takie jak interna, chirurgia oraz wiele innych. Postęp transplantologii i przeszczepiania narządów nie miałby miejsca bez udziału nauk podstawowych i diagnostyki laboratoryjnej oraz fizyki, biochemii czy licznych metod medycyny obrazowej.

Obecne osiągnięcia w zakresie medycyny transplantacyjnej są efektem licznych badań naukowym, przeprowadzanych w ostatnim czasie przez bardzo wielu badaczy na całym świecie. Badania te dotyczyły głównie opracowania sposobu i udoskonalania techniki przeszczepiania tkanek i narządów oraz wszelkich rodzajów powikłań i odrzutów przeszczepu [20].

Nowoczesna transplantacja należy zarówno do bardzo nowoczesnych, ale również drogich dziedzin medycyny. Leczenie osoby po przeszczepie jest drogie, ponieważ leki i pozostałe preparaty biologiczne, które są niezbędne przy utrzymaniu prawidłowych funkcji narządu po przeszczepie są bardzo wysokie. Należy zaznaczyć, że transplantologia w naszym kraju nie jest jeszcze dostępna dla wszystkim potrzebującym ze względu na jej koszt. Warto dodać, że transplantacja narządów różni się od pozostałych nowoczesnych sposobów leczenia dzięki współczesnym działaniom lekarzy. Przeszczepianie narządów jest więc bardzo bezpieczną, skuteczną i niezmiernie potrzebną metodą leczenia. Na całym świecie żyje ponad milion ludzi, którzy przeszli operacje przeszczepu organu. Natomiast w każdym roku takich operacji jest wykonywanych ponad 80 tysięcy. Niestety, jednak wciąż wielu chorych musi czekać na przeszczep nawet kilka lat. W Polsce sytuacja nie jest lepsza, mimo iż kilkanaście tysięcy osób w naszym kraju ma przeszczepiony jakiś narząd, to aż 97% przeszczepianych organów pochodzi od osób, które niestety zmarły [20].

Według najnowszych statystyk połowa chorych osób, które oczekują na przeszczep umiera, nie doczekawszy operacji, która prawdopodobnie uratowałaby im życie. Dlaczego tak się dzieje? Może dlatego, że boimy się otworzyć na nowoczesną medycynę i że niestety jeszcze mało wiemy tak naprawdę na temat transplantologii.

Współczesna transplantologia rozróżnia następujące rodzaje przeszczepów:

- **przeszczepy autologiczne** – autoprzeszczepy (własno pochodne), gdy dawcą jest ten sam człowiek, jak na przykład przeszczepianie własnej skóry w przypadku oparzenia;
- **przeszczepy izogeniczne** – izotransplantacje, gdy dawcą i biorcą są jednostki identyczne genetycznie (bliźnięta jednojajowe);
- **przeszczepy allogeniczne** – homotransplantacje, czyli w ramach tego samego gatunku – z człowieka na człowieka;
- **przeszczepy ksenogeniczne** – heterotransplantacje (obcogatunkowe), tzn. między osobnikami z różnych gatunków, np. ze zwierzęcia na człowieka;
- **alloplastyka** – przeszczepy z niebiologicznych materiałów, czyli wszczepia się człowiekowi materiały z metalu lub tworzyw sztucznych, spełniających w organizmie funkcje protezy.

Wszystkie rodzaje zabiegów transplantacyjnych służą ratowaniu życia ludzkiego, przedłużaniu jego egzystencji, a nawet poprawianiu jakości – komfortu życia u osób, które poddały się takiej terapii.

Ustawa transplantacyjna z 01.07.2005 r. nie przewiduje obowiązkowego przeprowadzania sekcji zwłok osób, u których została stwierdzona śmierć pnia mózgu. Według artykułów zawartych w ustawie dopuszcza się pobierania ze zwłok komórek, tkanek i narządów w celu rozpoznania przyczyny zgonu bez zgody domniemanej, która wymagana jest w pozostałych przypadkach. W niektórych przypadkach (np. gdy rodzina złoży skargę) prosi się o opinie medyka sądowego. Wówczas on również sprawdza, czy pobranie narządu zostało przeprowadzone zgodnie z wytycznymi [6,21].

Zakończenie

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

Piśmiennictwo

1. Wałaszewski J., Rowiński W.: Przeszczepianie narządów. Przegląd Piśmiennictwa Chirurgicznego, 2000, 8, 14-16.
2. Matych J., Tazbir J.: Przeszczepy nerek. Acta Clinica et Morphologica, 1998, 2, 16.
3. Morciniec P.: Przeszczepy narządów. Encyklopedia bioetyki. Wyd. PWE, Radom 2005, 378.
4. Michalik M.: Kronika medycyny. Wyd. Kronika, Warszawa 1994, 532-533.
5. Danovitch G., M., Senatorski G., Pączek L.: Podręcznik transplantacji nerek. Wyd. Czelej, Lublin 2009.
6. Żaba C., Świdorski P., Żaba Z., Grześkowiak M.: Prawno-medyczne aspekty pobierania narządów ze zwłok. Now. Lek., 2006, 78, 159-165.
7. Zielińska E.: Transplantacja w świetle prawa w Polsce i na świecie. Państwo i prawo, 1995, 6, 18.
8. Safjan D.: Problemy etyczno - obyczajowe przeszczepiania narządów. Transplantologia kliniczna. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2004.
9. Ustawa z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks karny, Dz. U. z 2009 r. nr 141 poz. 1149.

10. Guzik – Makaruk E.: Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Wyd. Temida, Białystok 2008.
11. Biesaga T.: Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci. Med. Prakt., 2006, 2, 20-28.
12. Rzepliński A.: Prawne granice dopuszczalności transplantacji narządów i tkanek ludzkich w myśl przepisów Rady Europy. Prawo i Medycyna, 2002,12, 51 – 63.
13. Biesaga T.: Wobec zgody domniemanej i zawłaszczania zwłok do transplantacji. Med. Prakt., 2006, 1, 20 – 24.
14. Tilney N. L.: Przeszczep. Od mitów do rzeczywistości. Wyd. Index Copernicus International S.A., Warszawa 2009.
15. Nowa Encyklopedia Powszechna PWN. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1997.
16. Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Dz. U. Nr 138, poz. 682; zm.: Dz. U. Z 1997 r. Nr 88, poz. 554; Nr 104, poz. 661; Nr 120, poz. 1268.
17. Wolf P., Boudjema K., Ellero B., Cinqualbre J.: Transplantacja narządów. Kompendium. Wyd. Volumed, Wrocław 1993.
18. Mała encyklopedia medycyny. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1987.
19. Youngson M., R.: Słownik encyklopedyczny- medycyna. Wyd. RTW, Collins 1997, 404.
20. Wasak A.: Dar życia. Transplantacje. Polskie Wyd. Encyklopedyczne Polwen, Radom 2007.
21. Rowiński W.: Aspekty prawne i etyczne przeszczepiania narządów. Służba Zdrowia, 2002, 75 – 76, 16 – 17.

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ

PRZEZ ŚMIERĆ
DO
ŻYWOTA WIECZNEGO

MARNOŚĆ
NAD MARNOŚCIAMI
I WSZYSTKO
MARNOŚĆ

OPRÓCZ
MIŁOWAĆ BOGA
I JEMU SAMEMU
SŁUŻYĆ



Pokusa-Baran Anna^{1,2}, Kulik Halina³, Dobrzyń-Matusiak Dorota³

Funkcjonowanie i rola rodziny w opiece nad dzieckiem wentylovanym mechanicznie metodą inwazyjną w warunkach domowych

1. Med. Holding S.A. NZOZ Szpital Specjalistyczny im. Prof. E. Michałowskiego, Katowice
2. Instytut Pomnik CZD, ul. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa
3. Katedra Pielęgniarstwa Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wprowadzenie

Prowadzenie przewlekłej hospitalizacji dzieci z nieodwracalnymi schorzeniami układu oddechowego, wymagającymi stałej wentylacji, w oddziałach intensywnej terapii stwarza istotne problemy nie tylko w sferze medycznej, ale również psychologicznej, administracyjnej i ekonomicznej [1].

Program domowej wentylacji mechanicznej zapoczątkowany został w Polsce w Instytucie Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. W 2000 r. decyzją Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii wprowadzono program i standardy leczenia dzieci przewlekłą mechaniczną wentylacją w warunkach domowych. Program ten przyczynił się do powstania w Instytucie pierwszego ośrodka w Polsce, który rozpoczął opiekę nad dziećmi i dorosłymi wentylovanymi mechanicznie w warunkach domowych [2].

Celem domowej wentylacji mechanicznej jest przedłużenie życia oraz podwyższenie jego jakości, obniżenie narażenia na zakażenia oraz poprawa komfortu psychicznego i fizycznego dziecka. Chorzy wentylovani inwazyjnie przebywają najczęściej w Oddziałach Intensywnej Terapii, a *Program wentylacji domowej* jest dla nich możliwością powrotu do domu.

Włączenie do programu i zastosowanie wentylacji odbywa się w warunkach szpitalnych, pozwalających na kompleksową ocenę układu oddechowego. Program ten przeznaczony jest dla pacjentów nie wymagających pobytu w zakładach opieki całodobowej, jednak wymagających stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

Terapią oddechową w warunkach domowych mogą być objęci pacjenci z udokumentowanym zakończonym leczeniem przyczynowym oraz w pełni zdiagnozowani.

Podstawą do objęcia opieką chorego wentylowanego mechanicznie w warunkach domowych jest skierowanie od lekarza prowadzącego pacjenta w oddziale szpitalnym.

Nie ulega wątpliwości, że opieka domowa jest najlepszą formą opieki nad dzieckiem ze schorzeniami ograniczającymi życie, u których w danym okresie nie jest prowadzone leczenie szpitalne. Dom rodzinny stanowi naturalne środowisko dla dziecka. Dzieci przebywające w domu, otoczone miłością i opieką szybciej akceptują technologię, która stała się częścią ich życia i nie traktują respiratora jako „wroga”, ale jako coś, co pomaga im oddychać [3].

Gotowość podjęcia opieki nad dzieckiem wentylowanym mechanicznie w warunkach domowych przez rodziców musi być poprzedzona odpowiednim ich przeszkoleniem i przygotowaniem. Podstawowym warunkiem jest oczywiście wyrażenie przez nich zgody na taką formę terapii w warunkach domowych. Przeprowadza się nie tylko szkolenie rodziców dziecka w zakresie sprawowania opieki, konieczne jest również sprawdzenie (dostosowanie) warunków mieszkaniowych. Niezbędne jest też zaopatrzenie w sprzęt: respirator do przewlekłej wentylacji, pulsoksymetr, ssak, worek Ambu, pompę do żywienia oraz sprzęt do wentylacji inwazyjnej: cewniki, filtry, rurki.

W ramach NFZ *Program* zapewnia nieodpłatnie kompleksową opiekę nad wszystkimi aspektami wentylacji domowej:

- nadzór nad wentylacją przez lekarzy specjalistów z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii, zajmujących się na co dzień problemami wentylacji;
- nadzór i opiekę pielęgniarską specjalizującą się w opiece nad chorymi wentylowanymi respiratorem;
- rehabilitację w zakresie wskazanym w leczeniu przewlekłej niewydolności oddechowej.

Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci i dorosłych wentylowanych mechanicznie to świadczenie gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Pacjenci mają zapewniony stały telefoniczny nadzór lekarsko-pielęgniarski oraz możliwość wykonania niezbędnych badań diagnostycznych, umożliwiających realizację terapii oddechowej w warunkach domowych.

Do zadań opiekunów należy:

1. Wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przy chorym;
2. Codzienny nadzór nad prawidłowością wentylacji mechanicznej:
 - obserwacja stanu chorego i zgłaszanych przez niego dolegliwości;

- obserwacja wszelkich nieprawidłowości wentylacji i związanych z tym objawów, tj: zmiany szybkości, głębokości oddychania, zmiany koloru skóry, zasinienia, zaczerwienienia, wystąpienia potów.
3. Reagowanie na alarmy ze strony respiratora i sprzętu monitorującego - pulsoksymetru, które najczęściej są spowodowane:
- nadmierną ilością wydzieliny w drogach oddechowych i koniecznością jej odessania z rurki tracheotomijnej;
 - rozłączeniem układu respiratora;
 - przytkaniem rurki, co w przypadku niemożności odessania zmusza do awaryjnej jej wymiany.
4. Pielęgnacja wokół rurki, jak i samej rurki tracheotomijnej poprzez:
- odpowiednio częste odsysanie wydzieliny;
 - kontrole drożności rurki;
 - wymiana opatrunków wokół rurki.

Niemniej ważne jest utrzymanie porządku wokół chorego i zapewnienie dostępu do sprzętu.

W ciągu ostatnich lat obserwuje się stały postęp w organizacji domowej opieki w Polsce. Istotnym elementem mającym wpływ na rozwój tej metody jest nie tylko wzrost świadomości potrzeby przeniesienia opieki nad chorym ze szpitali do domu pacjenta, ale coraz większy dostęp do respiratorów i sprzętu pomocniczego.

Obecnie, oprócz pacjentów ze schorzeniami nerwowo-mięśniowymi, deformacjami klatki piersiowej, zmianami pourazowymi rdzenia, do programu wentylacji dołączają pacjenci chorujący na POCHP oraz pacjenci z hipowentylacją w przebiegu otyłości [4].

Cel badań

W pracy podjęto próbę ukazania funkcjonowania i roli opiekuńczo-pielęgnacyjnej rodziny dziecka wentylowanego mechanicznie metodą inwazyjną w warunkach domowych.

Wśród celów szczegółowych założono próbę ustalenia problemów opiekuńczych, zmian zachodzących w funkcjonowaniu rodziny związanych z koniecznością sprawowania opieki nad dzieckiem oraz przeżyć emocjonalnych członków rodziny.

Metoda

Do realizacji założonego celu posłużono się metodą sondażową. Zastosowano technikę badań ankietowych, a narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety.

Badania ankietowe przeprowadzono za zgodą i przy pomocy trzech wiodących ośrodków wentylacji domowej w Polsce: Zespołu Domowego Leczenia Respiratorem SUE RYDER w Bydgoszczy, Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej dla Pacjentów Wentylowanych Mechanicznie - BETA-MED w Katowicach, IPCZD Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej w Warszawie, w rodzinach, które wyraziły zgodę na udział w badaniu.

Ogółem otrzymano 36 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy, w tym: Zespół Domowego Leczenia Respiratorem SUE RYDER w Bydgoszczy (24 ankiety), Zespół Długoterminowej Opieki Domowej dla Pacjentów Wentylowanych Mechanicznie - BETA-MED w Katowicach (10 ankiet), IPCZD Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Zespół Długoterminowej Opieki Domowej w Warszawie (42 ankiety).

Autorki dziękują: pracownikom Zespołu Domowego Leczenia Respiratorem SUE RYDER w Bydgoszczy, Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej dla Pacjentów Wentylowanych Mechanicznie - BETA-MED w Katowicach, IPCZD Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Zespół Długoterminowej Opieki Domowej w Warszawie, za pomoc w przeprowadzeniu badań.

Charakterystyka badanej grupy

Większość badanych rodzin - 87,0% to rodziny pełne, brak ojca występuje w 5,2% rodzin, a pozostałe 2,6% rodzin to rodziny zrekonstruowane.

Większość badanych rodziców dzieci wentylowanych mechanicznie - 77,8% posiada również inne zdrowe potomstwo.

Aktywnych zawodowo jest 22,2% matek oraz 91,2% ojców. Najliczniejsza grupa ojców - 47,1% i matek - 44,4% posiada wykształcenie średnie. Wyższe wykształcenie podało 27,8% matek i 14,7% ojców, a zawodowe 35,3% ojców i 22,2% matek. Tylko 5,6% matek i 2,9% ojców zaznaczyło wykształcenie podstawowe.

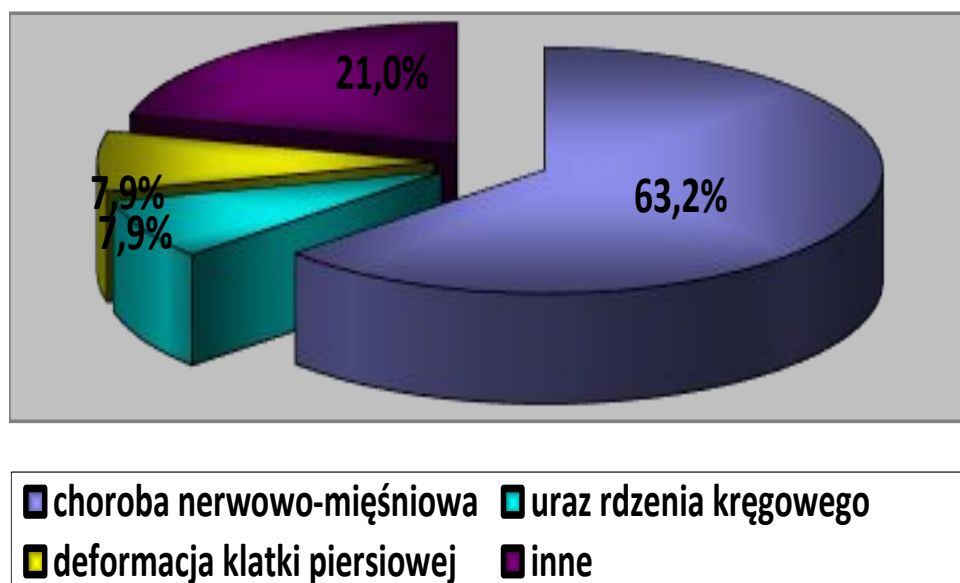
Głównym źródłem utrzymania dla 59,1% rodzin dzieci wentylowanych mechanicznie jest wynagrodzenie za pracę. Zasiłek otrzymuje 20,4% rodzin, świadczenia emerytalne posiada - 12,2% ankietowanych, a z renty utrzymuje się 4% ankietowanych, tyle samo też otrzymuje świadczenia alimentacyjne (4,3% ankietowanych).

Warunki mieszkaniowe „dobre” zaznaczyła ponad połowa ankietowanych rodzin - 52,8%, natomiast - 47,2% ocenia swoje warunki mieszkaniowe jako „przeciętne”.

Zdecydowana większość badanych zadeklarowała się jako osoby wierzące - 94,4% matek i 94,1 ojców.

Wyniki badań

Z uzyskanych danych wynika, że najczęstszą przyczyną inwazyjnej wentylacji mechanicznej dzieci jest niewydolność oddechowa spowodowana chorobą nerwowo - mięśniową - 63,2 %. Na drugim miejscu są choroby wymieniane przez respondentów jako inne: NZK, przewlekła niewydolność oddechowa, wrodzona wada złącza czaszkowo – szyjnego (brak trzonu C2 i C3), uraz wielonarządowy, wrodzony zespół hipowentylacji pochodzenia centralnego - 21%. Szczegółowy rozkład danych zaprezentowano na Ryc. 1.



Ryc. 1. Przyczyny inwazyjnej wentylacji dzieci

U większości respondentów - 58,5% pierwszą reakcją na wiadomość o chorobie dziecka był szok, niedowierzanie, bezradność, następnie akceptacja i próba przystosowania się (31,7%), a na końcu- racjonalne spojrzenie na sytuację - 9,8%.

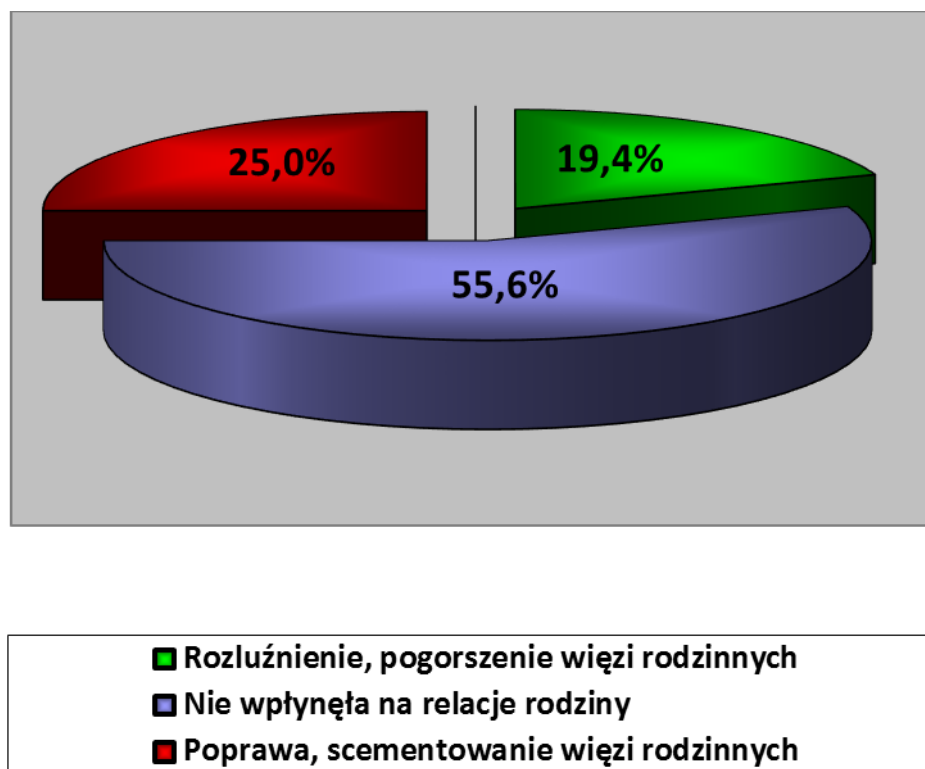
Pierwsze informacje o chorobie dziecka przekazane zostały przez lekarza 97,3%, tylko 2,7% rodziców zaznaczyło, że informację o chorobie dziecka uzyskało z Internetu lub od innych rodziców znajdujących się w podobnej sytuacji.

Sprawowanie opieki nad dzieckiem wentylowanym mechanicznie w warunkach domowych wymaga od opiekunów nie tylko wiedzy i umiejętności w tym zakresie, ale przede wszystkim świadomości odpowiedzialności swojej roli.

Najliczniejsza grupa badanych - 48,8% wskazała, że do sprawowania opieki nad dzieckiem zostali przygotowani przez personel lekarsko – pielęgniarski, 32,6% rodziców

brała udział w szkoleniach, a 9,3% do podjęcia funkcji opiekuńczej została przygotowana poprzez codzienny pobyt w szpitalu i uczestnictwo w czynnościach pielęgnacyjnych dziecka. Pozostałe 9,3% zaznaczyło, że nie było w ogóle przygotowanych do podjęcia opieki nad dzieckiem w warunkach domowych.

W opinii ponad połowy badanych - 55,6%, wiadomość o chorobie dziecka nie wpłynęła na relacje w rodzinie. Na poprawę więzi rodzinnych w związku z chorobą dziecka wskazało 25% ankietowanych, a 19,4% badanych zaznaczyło rozluźnienie oraz pogorszenie więzi rodzinnych (Rycina 2).

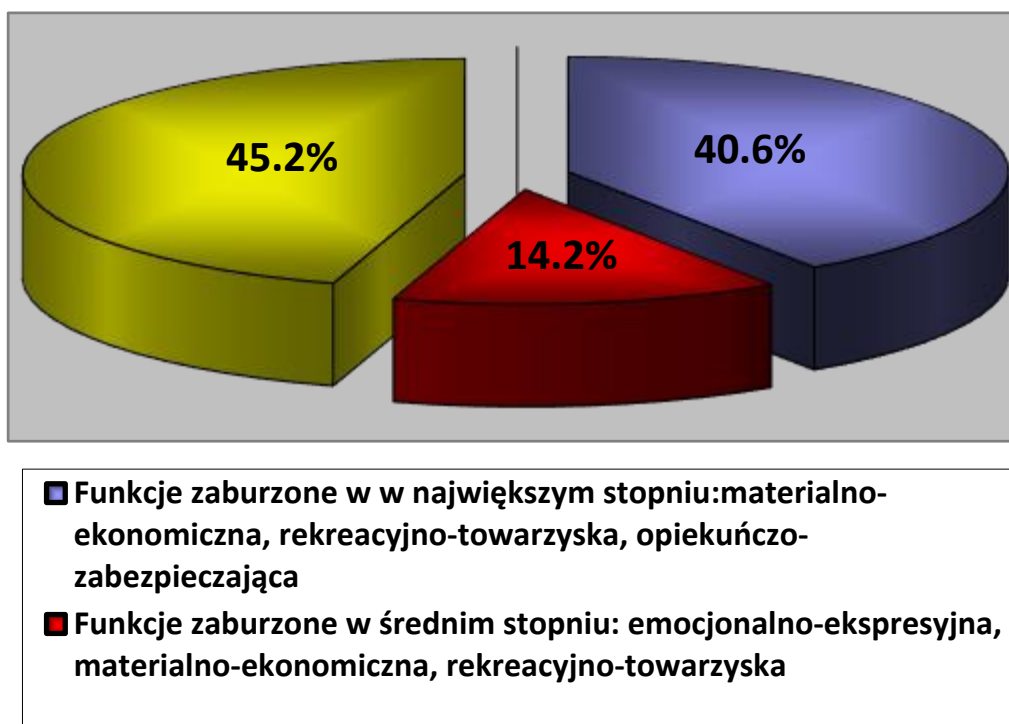


Ryc. 2. Wpływ choroby dziecka na relacje w rodzinie

Z powodu zaistniałej choroby brata lub siostry, zmianom ulega również życie jego rodzeństwa. Stają w obliczu nowej, trudnej sytuacji, która wymaga zrozumienia i akceptacji. Z uzyskanych danych wynika, że większość rodzeństwa dzieci wentylowanych mechanicznie - 88,8% zaakceptowała fakt posiadania chorego brata lub siostry. Smutkiem, żalem, strachem lub niezrozumieniem reagowało - 7,5% rodzeństwa. Natomiast 3,7% zdrowego rodzeństwa nie akceptowała tego faktu. Warto w tym miejscu przypomnieć, że w badaniu wzięło udział 27 respondentów, którzy posiadają również zdrowe dzieci.

W większości rodzin, w których pojawia się dziecko przewlekle chore lub niepełnosprawne, jego potrzeby stają się priorytetowe. Fakt ten powoduje określone konsekwencje w funkcjonowaniu całego systemu rodzinnego.

Prawie połowa badanych - 40,6% respondentów uznała, że w największym stopniu zaburzeniu uległy funkcje: materialno-ekonomiczna, rekreacyjno-towarzyska, opiekuńczo-zabezpieczająca. Dla 14,2% ankietowanych w stopniu średnim zaburzeniu uległy funkcje: emocjonalno-ekspresyjna, materialno-ekonomiczna, rekreacyjno-towarzyska. Natomiast 45,2% respondentów uznało, że funkcje seksualno-prokreacyjna oraz funkcje religijne uległy zaburzeniu w najmniejszym stopniu (Rycina 3).



Ryc. 3. Funkcje rodziny które uległy zaburzeniu w związku z koniecznością sprawowania opieki nad chorym dzieckiem

Całodobowa opieka nad dzieckiem wentylowanym inwazyjnie prawie zawsze doprowadza do redukcji planów życiowych opiekunów. Konieczność sprawowania całodobowej opieki znacząco wpłynęła na zmianę planów życiowych u 75% ankietowanych rodziców. U pozostałych 25% respondentów fakt ten nie miał wpływu na plany życiowe czy zawodowe.

Rodzice, których dzieci są poważnie chore potrzebują nie tylko ustawicznego wsparcia psychologicznego, ale również pomocy materialnej.

Od organizacji pozarządowych i instytucji rządowych pomoc otrzymało 66,6% ankietowanych. Pomoc ta dotyczyła zakupu niezbędnego sprzętu oraz dofinansowania opieki rehabilitacyjnej. Pozostali badani pomocy takiej nie otrzymali (33,4%).

Spośród 66,6% ankietowanych, którzy otrzymali wsparcie, usatysfakcjonowanych było 75%, natomiast pozostałe 25% ankietowanych nie było zadowolonych z tej pomocy.

Szczególnie cennym źródłem wsparcia w sytuacji choroby czy niepełnosprawności są osoby znajdujące się w podobnym położeniu, radzące sobie z podobnymi problemami, które posiadają pewien staż i doświadczenie w tym zakresie. Kontakty z rodzicami/opiekunami dzieci wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych utrzymuje połowa badanych rodzin (50%). Kontakty te zostały nawiązane poprzez Internet, za pośrednictwem lekarza oraz w trakcie pobytu rodziców w placówkach szpitalnych.

W ramach opieki długoterminowej NFZ zapewnia nieodpłatnie opiekę nad wszystkimi aspektami wentylacji domowej, jednak liczba godzin opieki pielęgniarskiej, lekarskiej oraz w zakresie profesjonalnej rehabilitacji w opinii większości badanych - 66,6% jest niewystarczająca. Opiekunowie wskazywali na konieczność i zasadność zwiększenia liczby godzin w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych, następnie opieki pielęgniarskiej oraz lekarskiej. Tylko jedna trzecia badanych – 33,4% wyraziła swoje zadowolenie z takich zasad profesjonalnego wsparcia w zakresie opieki nad dzieckiem.

Oprócz problemów natury emocjonalnej, wyzwaniem dla całej rodziny są problemy opiekuńcze i pielęgnacyjne, ponieważ prawie zawsze związane są z bezpośrednim zagrożeniem życia dziecka.

Najwięcej problemów pielęgnacyjnych opiekunom dzieci wentylowanych inwazyjnie sprawia zalegająca wydzielina w drogach oddechowych - 28,1% oraz występowanie zaparć - 24,6%. W dalszej kolejności badani wskazywali na problemy związane z koniecznością częstej zmiany pozycji ciała dziecka - 14%, wymianą sondy żołądkowej - 12,3%, pielęgnacją rurki tracheotomijnej - 7%, cewnikowaniem - 5,3% oraz (wymieniane jako inne - 5,2%) autoagresją, występowaniem duszności i kapielą dziecka.

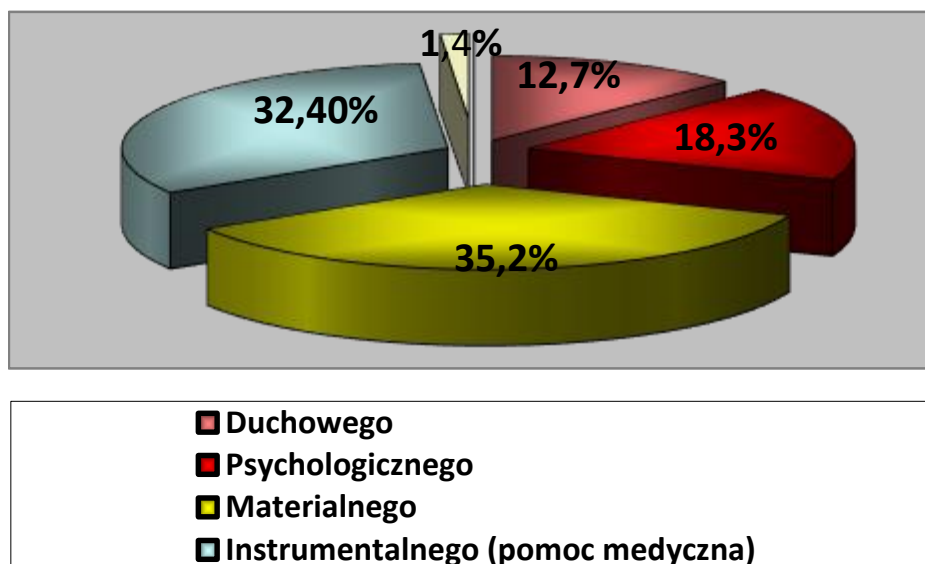
Najmniej problemów pielęgnacyjnych w opinii badanych - 3,5% sprawia pielęgnacja odleżyn.

Z uzyskanych danych wynika, że opiekę nad dzieckiem wentylowanym mechanicznie metodą inwazyjną, najczęściej i w największym stopniu sprawują matki 88,8%, następnie ojcowie 5,6% oraz w tym samym stopniu co ojcowie, osoby wymienione jako „inne”- 5,6%.

Każda rodzina, w odpowiednim dla niej czasie, podejmuje trudną i bolesną rozmowę z pozostałymi członkami rodziny oraz przyjaciółmi o stanie zdrowia ich dziecka.

Relacje pomiędzy dalszą rodziną, przyjaciółmi i znajomymi, po przekazaniu informacji o chorobie dziecka dla 52,7% respondentów pozostały bez zmian. Kolejne 30,6% ankietowanych wskazała na osłabienie tych relacji, a 5,6% zaznaczyła „zerwane znajomości”. Na poprawę relacji wskazało 11,1% ankietowanych rodzin.

W sytuacji choroby dziecka rodzina podejmuje szereg działań związanych nie tylko z zaspokojeniem potrzeb chorego dziecka, ale również funkcjonowaniem rodziny jako specyficznej całości. Niezwykle trudno jest wypracować model umożliwiający realizowanie wszystkich jednakowo ważnych funkcji rodziny. Z uwagi na znaczne obciążenie obowiązkami związanymi ze sprawowaniem opieki, które nabierają charakteru priorytetowego, zadania wynikające z pozostałych funkcji stają się najmniej ważne.



Ryc. 4. Zapotrzebowanie na wsparcie społeczne

Jednym z najważniejszych aspektów opieki długoterminowej jest zapewnienie rodzinom ciągłego wsparcia. Z uzyskanych danych wynika, że opiekunowie dzieci wentylowanych mechanicznie najbardziej potrzebują wsparcia: materialnego - 35,2%, instrumentalnego - 32,4%, pomocy psychologicznej - 18,3%, pomocy duchowej - 12,7%,

czasowego zastępstwa w opiece nad dzieckiem np. profesjonalnej opiekunki - 1,4% ankietowanych (Rycina 4).

Opiekę nad dzieckiem wentylowanym mechanicznie metodą inwazyjną w domu aż 44,4% ankietowanych rodzin sprawuje od powyżej 5 lat. Najdłuższy okres wentylacji domowej w badanej grupie trwa od 16 lat. Ponad połowa badanych - 55,6% opiekę tę sprawuje poniżej 5 lat.

Nie wymaga uzasadnienia fakt, że jakość opieki nad dzieckiem zależy od kondycji psycho-fizycznej opiekunów. Chroniczny brak snu i przeciążenie fizyczne oraz problemy emocjonalne wpływają niekorzystnie na stan zdrowia rodziców. W związku ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem, ankietowani zaobserwowali negatywne zmiany we własnym stanie zdrowia.

Najliczniejsza grupa badanych wskazała na występowanie zmian chorobowych w układzie kostno-mięśniowym (39%) i nerwowym (39%), w dalszej kolejności w układzie pokarmowym (9,4%) oraz układzie krążenia (6,3%). Załedwie 6,3% badanych opiekunów zaznaczyła, że ich stan zdrowia nie uległ zmianie.

Aż 63,9% matek wskazało na pogorszenie stanu zdrowia, pozostałe 36,1% matek zaznaczyła, że stan ich zdrowia pozostał bez zmian. Odwrotną tendencję zaobserwowano w opiniach ojców: 63,6% ankietowanych ojców uznało ,że ich stan zdrowia pozostał bez zmian, a pogorszeniu uległ u 36,4% ankietowanych. Niewątpliwie fakt ten związany jest z większym zaangażowaniem matek w opiekę nad chorym dzieckiem.

Badane matki wskazały na występowaniem u nich takich chorób, jak: nadciśnienie tętnicze, arytmie, choroby tarczycy, nerwice, bóle kręgosłupa.

Badani ojcowie zaznaczyli występowanie: bólów kręgosłupa, astmy, cukrzycy, zapalenia jelita grubego.

Zaangażowanie rodziców w opiekę nad chorym dzieckiem często wiąże się z marginalizowaniem potrzeb pozostałych zdrowych dzieci. Często dzieci te również uczestniczą w sprawowaniu opieki. Z uzyskanych danych wynika, że w opiekę nad chorym bratem lub siostrą angażuje się większość rodzeństwa - 85,2%. Pozostałe 14,8% zdrowego rodzeństwa nie wykazuje zaangażowania w opiekę nad chorym rodzeństwem.

Dyskusja

Program leczenia domowego dzieci z przewlekłą niewydolnością oddechową umożliwia im życie w środowisku rodzinnym, co jest wartością nadrzędną i niepodważalną. Nie wolno jednak pomijać faktu, iż obciążeni całodobową opieką rodzice narażeni są na możliwość wypalenia emocjonalnego oraz wyczerpania fizycznego.

Główną przyczyną występowania zespołu wypalenia jest poczucie osamotnienia, wyłącznej odpowiedzialności za dziecko, izolacji, braku chwili wytchnienia i odpoczynku. Wypaleniu sił towarzyszy także podwyższony poziom lęku związany z doświadczeniami silnego stresu i brak perspektyw na zmiany [5].

Niejednokrotnie silny stres potęguje problem nieodpowiedniej komunikacji pomiędzy rodzicami, dzieckiem a personelem medycznym. Wiele młodych osób zależnych od respiratora oraz ich opiekunowie mają poczucie, iż są traktowani jako bierni odbiorcy, a nie jako aktywni uczestnicy mający kontrolę nad własnym życiem [6].

W związku ze sprawowaniem opieki, aż 93,7% badanych osób zaobserwowało zmiany we własnym stanie zdrowia, w szczególności w zakresie układu nerwowego oraz układu kostno-mięśniowego. Z uwagi na większe zaangażowanie matek w sprawowanie opieki nad chorym dzieckiem, to właśnie w tej grupie badane częściej wskazywały na pogorszeniu stanu zdrowia w porównaniu z okresem poprzedzającym chorobę dziecka. Długookresowa sytuacja konieczności sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny nie pozostaje bez wpływu na funkcjonowanie rodziny jako całości, powodując zaburzenia w realizacji funkcji rodziny.

Wieloaspektowość problemów rodziny w sytuacji choroby, opisała Z. Kawczyńska-Butrym. Autorka zwróciła szczególną uwagę na zmiany w funkcjonowaniu rodziny jako całości, podkreślając że choroba jednego z członków rodziny w różny sposób obejmuje pozostałych, co powoduje określone konsekwencje dla jej funkcjonowania [7,8].

Z uzyskanego materiału empirycznego wynika, że w największym stopniu zaburzeniu uległy funkcje: materialno-ekonomiczna, rekreacyjno-towarzyska, opiekuńczo-zabezpieczająca (40,6%). Fakt sprawowania opieki nad dzieckiem wpłynął u 75% ankietowanych rodziców na zmianę planów życiowych czy zawodowych. U ponad połowy - 55,6% rodzin wiadomość o chorobie dziecka nie wpłynęła jednak na relacje w rodzinie, a u 25% ankietowanych nastąpiło wręcz scementowanie więzi, natomiast u 19,4% rodzin doszło do pogorszenia i rozluźnienia relacji w rodzinie.

Współczesne poglądy na temat adaptacji przewlekle chorych czy umierających dzieci oraz możliwości nawiązania z nimi kontaktu i udzielania pomocy można znaleźć między innymi w pracach Kubler-Ross [9]. Autorka wielokrotnie podkreśla ogromne znaczenie szczerych, otwartych rozmów z rodzeństwem, które niejednokrotnie zostaje pozbawione należytej troski [9].

Pojawienie się w domu dziecka niepełnosprawnego jest doświadczeniem trudnym i bolesnym dla jego rodzeństwa. Jednak problemu z akceptacją tego faktu nie miało aż 88,8% rodzeństwa, a 85,2% angażuje się w opiekę nad chorym bratem lub siostrą.

Sytuacje rodzin dzieci wentyloowanych w domu są niejednokrotnie bardzo trudne i złożone. Istnieje potrzeba różnych form pomocy i wsparcia. Spośród ankietowanych rodzin ponad połowa - 66,6% otrzymało pomoc od instytucji rządowych, czy organizacji pozarządowych. Dotyczyła ona przede wszystkim zakupu niezbędnego sprzętu oraz dofinansowania opieki rehabilitacyjnej. Należy jednak pamiętać, że oprócz wsparcia materialnego, instrumentalnego, rodziny te potrzebują również wsparcia psychologicznego i duchowego.

Aby wyjść z próby cierpienia, jaką niewątpliwie jest sytuacja posiadania dziecka ciężko chorego, rodzice potrzebują wewnętrznej siły, którą w większości czerpią z wiary – 94% badanych to osoby wierzące.

W sytuacji bezsilności, wiara jeśli zostanie zrozumiana i przyjęta, staje się dla rodzin dotkniętych cierpieniem źródłem duchowej pogody, nadziei i spokoju [10]. Codzienne poświęcenie, nieustanne zaangażowanie rodziców w służbę choremu dziecku stanowi wymowne świadectwo poszanowania ludzkiego życia, zwłaszcza osób całkowicie uzależnionych od innych. Cierpienie zmusza do poszukiwania odpowiedzi na fundamentalne pytania dotyczące przemijania i sensu ludzkiego życia. Szczególnego znaczenia nabiera ono w świecie o skłonnościach konsumpcyjnych oraz społeczeństwach ufających swojej materialnej potędze. Aby wyjść z tego doświadczenia zwycięsko, rodzina oraz chory potrzebuje wewnętrznej siły, którą może czerpać właśnie z głębokiej wiary.

Cierpiący stopniowo może odkrywać, że pomimo tego, iż jego życie jest niezwykle trudne, to można nadać mu wartość, mimo iż nie zmienia się jego jakość. Rodzice ciężko chorego dziecka często zadają sobie pytanie „dlaczego, dlaczego nas to spotkało?” Odpowiedź nigdy nie będzie jednoznaczna. W swoich poszukiwaniach docierają do pewnej granicy, którą trudno wytłumaczyć racjonalnymi, ludzkimi argumentami [11].

Spotkanie z cierpieniem, zwłaszcza jeśli jest doświadczeniem długotrwałym i dotyka wszystkich wymiarów ludzkiej egzystencji, stanowi wyzwanie nie tylko dla człowieka naznaczonego stygmatem bólu i choroby, ale także dla jego otoczenia.

O tych moralnych i duchowych aspektach opieki paliatywnej pisze w swojej książce ks. dr A. Bartoszek, który w wielu miejscach swojej refleksji i na wiele sposobów "dotyka" tajemnicy cierpienia, która wyraża się również w chorobie i bólu fizycznym [12].

Istotną rolę odgrywa również wsparcie społeczne, podtrzymywanie kontaktów towarzyskich, wspólne wyjścia do kina czy teatru. Z tego rodzaju „rozrywek” korzysta jednak sporadycznie 52,8% ankietowanych rodzin.

Program domowej wentylacji dzieci z nieodwracalnymi schorzeniami układu oddechowego przyczynił się nie tylko do znacznego wydłużenia życia, ale również do ułatwienia rozwoju i stworzenia warunków niezbędnych do podwyższenia ich indywidualnego potencjału.

Pomimo całego dobrodziejstwa wynikającego z Programu wentylacji domowej, na uwagę zasługuje fakt niewystarczającej w opinii badanych opiekunów opieki pielęgniarskiej i rehabilitacyjnej w ramach świadczeń refundowanych.

Pielęgnowanie dziecka podłączonego do respiratora w domu wymaga od rodziców nie tylko ogromnego zaangażowania, ale również umiejętności poradzenia sobie z całym szeregiem zmian w dotychczasowym sposobie życia, niejednokrotnie rezygnacji z wielu planów życiowych czy zawodowych. Całodobowa opieka nad dzieckiem angażuje wszystkich członków rodziny, co powoduje określone skutki w jej funkcjonowaniu.

Potrzebny jest optymalny system pomocy rodzinie, który będzie uwzględniał aspekty nie tylko „techniczne”, ale również adekwatne do potrzeb wsparcie profesjonalistów w każdej sferze życia.

Wnioski

1. Mechaniczna wentylacja w warunkach domowych jest coraz powszechniej stosowaną metodą leczenia dzieci z przewlekłą niewydolnością oddechową. Jej skuteczność zależy nie tylko od właściwego przeszkolenia rodziców, zapewnienia im odpowiedniego sprzętu do stosowania inwazyjnej wentylacji, ale przede wszystkim od „wydolności” psychofizycznej rodziny.
2. Problemy rodziców sprawujących opiekę nad dzieckiem wentylowanym mechanicznie w domu związane są z realizacją funkcji pielęgnacyjno-opiekuńczej i dotyczą:
 - braku wsparcia materialnego i instrumentalnego, w tym pomocy medycznej oraz związanej z tym bezradnością,
 - konieczności zmiany planów życiowych, w tym często konieczności rezygnacji z pracy zawodowej i pogorszenie się sytuacji materialnej rodziny,
 - negatywnych zmian w stanie zdrowia opiekunów, zwłaszcza w układzie kostno-stawowym oraz nerwowym,
 - zaburzenia realizacji pozostałych funkcji rodziny.
3. Osobą najczęściej podejmującą i sprawującą opiekę nad dzieckiem jest matka. Najczęściej też z tego powodu rezygnuje z pracy. Częściej występują u niej problemy

zdrowotne, które są wynikiem przeciążenia psychofizycznego i braku dostatecznego wsparcia.

4. Istniejący system świadczeń, szczególnie w zakresie fachowej opieki medycznej (pielęgniarskiej, rehabilitacyjnej) jest niewystarczający. Niewystarczająca liczba godzin opieki pielęgniarskiej i rehabilitacyjnej w ramach NFZ nie stwarza szansy na realne odciążenie rodziców dzieci wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną, powodując przeciążenie fizyczne, emocjonalne oraz poczucie osamotnienia i wyłącznej odpowiedzialności za dziecko.
5. Funkcję wspierającą pełni wiara. Większość rodzin deklaruje się jako osoby wierzące, a fakt urodzenia niepełnosprawnego dziecka nie wpłynął na zaburzenie realizacji tej funkcji.
6. Warunkiem prowadzenia skutecznej terapii jest edukacja zdrowotna. Jako element kompleksowego postępowania terapeutycznego powinna dotyczyć nie tylko działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych wobec dziecka wentylowanego w sposób inwazyjny, ale również zasad ergonomii wysiłku i radzenia sobie z emocjami.

Piśmiennictwo

1. Bursa J., Staśkiewicz K., Czerwińska D.: Analiza problemów związanych z koniecznością prowadzenia przewlekłej hospitalizacji dzieci w oddziale intensywnej terapii. *Pediat. Pol.*, 2011, 1, 28-31.
2. Mędrzycka-Dąbrowska W., Bakowska G., Dąbrowski S. i wsp.: Opieka nad dzieckiem wentylowanym mechanicznie w domu. *Anest. Intens. Ter.*, 2009, 3, 206-219.
3. Earle R.J., Rennik J.E., Carnevale F.A., Davis G.M.: It's okay, it helps me to breathe': the experience of home ventilation from a child's perspective. *J. Child. Health. Care*, 2006, 10, 270-282.
4. Nasiłowski J., Szkulmowski Z., Międał M. i wsp.: Rozpowszechnienie wentylacji mechanicznej w warunkach domowych w Polsce. *Pneumonol. Alergol. Pol.*, 2010, 78, 392-398.
5. Dąbrowska P.M.: Zjawisko wypalenia wśród matek dzieci niepełnosprawnych. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2005, 38-45.
6. Noyes J.: Enabling young 'ventilator-dependent' people to express their views and experiences of their care in hospital. *J. Adv. Nurs.*, 2000, 31, 1206-1215.

7. Kawczyńska-Butrym Z.: Rodzinny kontekst zdrowia i choroby. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1995.
8. Kawczyńska-Butrym Z.: Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego. Wyd. Czelej., Lublin 2001.
9. Kubler-Ross E.: Dzieci i śmierć. Media Rodzina, Poznań 2007.
10. Niebrój L., Kosińska M.: Rodzina: Opieka nad chorym. Wyd. ŚAM, Katowice 2003.
11. Dangel T.: Opieka paliatywna nad dziećmi. Tom XVII. Fundacja Warszawskie Hospicjum Dla Dzieci, Warszawa 2009, 13-25.
12. Bartoszek A.: Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej. Księgarnia Św. Jacka, Katowice 2000.

Hołownia Elżbieta¹, Sierakowska Matylda², Elżbieta Krajewska-Kulak²

Problemy psychologiczne i pielęgnacyjne rodzin i opiekunów nieprofesjonalnych w opiece nad osobami z chorobą nowotworową.

1. Zakład Opiekuńczo - Lecznicy i Hospicjum w Białej Podlaskiej
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

*„Czasami trzeba usiąść obok i czyjś dłoń zamknąć
w swojej dłoni, wtedy nawet lzy będą smakować
jak szczęście”.*
ks. Wacław Buryła

Choroby nowotworowe stanowią różnorodną grupę schorzeń pod względem obrazu klinicznego i możliwości postępowania terapeutycznego. Powiązane jest to z różnym rokowaniem i odsetkiem wyleczeń.

Choroba nowotworowa, często w swym przewlekłym, postępującym przebiegu, wywołuje znaczne ograniczenia w wymiarze życiowym człowieka chorego (zaspokajanie podstawowych potrzeb biologicznych, jak i psychologicznych: miłości, bezpieczeństwa, uznania, aktywności) oraz czynnościowym (zakłóca układ celów i możliwości ich realizacji) [1,2]. Człowiek chory i jego rodzina stają w obliczu zagrożenia wywołanego pojawieniem się choroby oraz niepewnością, co do jej przebiegu i następstw. Adaptacja do zagrażającego wydarzenia, oswojenie się z nim, wytwarza sposoby radzenia sobie z nową sytuacją. Przeżywanie samej choroby nowotworowej nie oznacza tylko rozwijania mechanizmów radzenia sobie z problemami natury somatycznej, ale rozciąga się o wiele dalej, na sferę psychiczną, społeczną i duchową.

Poznanie w szerokim aspekcie zagadnień zdrowia i choroby umożliwia spojrzenie na osobę chorą oraz jej rodzinę, włącznie z lękami, cierpieniem i licznymi trudnościami, jakich doznaje chory w kontaktach z innymi, a także z samym sobą [1]. Pomoc pacjentom z chorobą nowotworową powinna więc być pomocą całościową (holistyczną), czyli opieką mającą na celu zaspokojenie wszystkich podstawowych potrzeb oraz pomoc rodzinie, zarówno podczas choroby, jak i w stanie terminalnym [3]. Opiekę tę powinny przejąć profesjonalne hospicja lub zespoły paliatywnej opieki domowej.

Specjalistyczna opieka paliatywna stanowi czynną całościową opiekę nad pacjentami

z zaawansowaną i postępującą, źle rokującą chorobą nowotworową oraz ich rodzinami, sprawowaną przez wielozadaniowy zespół opieki paliatywnej. Jest to opieka, która zaspokaja wszystkie medyczne, pielęgnacyjne, psychiczne, społeczne oraz duchowe potrzeby pacjenta, którego nie można już wyleczyć, a także wszystkie potrzeby jego rodziny w czasie trwania choroby oraz żałoby [4]. Zasadniczym celem jest poprawa jakości życia chorego oraz jego bliskich [5].

Problem konieczności świadczenia opieki paliatywnej chorym u kresu życia staje się coraz bardziej powszechny. Warto zaznaczyć, że rola opiekuna w tej opiece jest niezwykle trudna i dostarcza wielu problemów psychologicznych i opiekuńczych. Bardzo ważne jest poznanie specyfiki problemów, by podjąć wieloaspektowe działania pomocowe dla rodzin osób chorych na choroby nowotworowe, zarówno podczas choroby, jak i w stanie terminalnym [1, 6].

Cele pracy: określenie problemów psychologicznych, opiekuńczych i finansowych opiekunów w opiece nad chorym z chorobą nowotworową; identyfikacja potrzeb w zakresie oczekiwanej pomocy.

Material i metodyka badań

Badania przeprowadzono wśród 100 opiekunów chorych na chorobę nowotworową, korzystających ze świadczeń domowej opieki hospicyjnej działającej przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej oraz przez Domową Opiekę Vita i Zespół Opieki Paliatywnej. Respondenci wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu. Na badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB.

Metodą wykorzystaną w badaniu był sondaż diagnostyczny, z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji, zawierającego pytania, dotyczące: problemów psychologicznych badanych, opiekuńczych i oczekiwań w opiece nad chorym z chorobą nowotworową. Dodatkowo posłużono się skalą GSES uogólnionej własnej skuteczności wg R. Schwarzem, M. Jerusalem, Z. Juczyńskiego, mierzącą siłę ogólnego przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami [7].

Uzyskane dane poddano analizie ilościowej, z wykorzystaniem programu Excel.

Wyniki

W badaniach wzięło udział 100 losowo wybranych opiekunów, w tym 89 kobiet i 11 mężczyzn. Większość badanych było w przedziale wiekowym 51-60 lat (n=37) i 41-50 lat (n=29) i pozostawało w związku małżeńskim (n=76). Status materialny respondentów był średni (n=81). Dla połowy opiekunów osobą chorą był rodzic, a dla 41 osób niespokrewniona. Czas sprawowania opieki w większości dotyczył okresu do roku (n=92).

Badania wykazały, iż większość badanych w opiece nad chorym na nowotwór odczuwało żal (n=81) oraz przygnębienie (n=73). Analizując wpływ czasu sprawowania opieki na odczucia, jakie towarzyszą badanym, można zaobserwować znaczną progresję emocji wraz z czasem sprawowania opieki. Opiekunom sprawującym opiekę do roku towarzyszyły w szczególności takie negatywne uczucia jak: żal i przygnębienie (Tab. I)].

Tabela I. Czas sprawowania opieki a odczucia towarzyszące opiekunowi w opiece nad chorym na nowotwór.

Czas sprawowania opieki a odczucia badanych	1 – 3 miesiące	Do pół roku	Do roku	Ponad rok	Razem
gniew	2	1	17	1	21
złość	2	0	20	1	23
bunt	2	0	19	0	21
obojętność	1	0	4	0	5
niepokój	1	1	19	0	21
żał	7	4	67	3	81
pretensje i gniew na Boga	4	0	17	0	21
poczucie winy	1	0	3	0	4
przygnębienie	4	3	63	3	73
samotność	1	0	10	0	11
niezrozumienie	1	0	3	0	4
lęk	6	0	12	0	18

*wyniki nie sumują się do 100%, badani udzielili po kilka odpowiedzi.

Prawie 3/5 ogółu badanych odczuwało lęk, który wynikał z obaw o nieznaną własną przyszłość i przyszłość osób bliskich oraz 34 osoby odczuwały lek przed własną śmiercią. Większość badanych (n=79) nie doświadczało koszmarów sennych w związku z opieką nad chorym na nowotwór, natomiast 21 w wyniku doświadczania negatywnych bodźców fizycznych i psychicznych cierpiało z powodu koszmarów sennych.

Zdecydowana większość (n=72) deklarowała poczucie bezradności i bezsilności wobec choroby nowotworowej.

Analiza zebranych danych wykazała, iż 34 respondentów żyło w ciągłym stresie, 55 nie odczuwało tego stanu, a 11 nie miało na ten temat zdania. Wyczerpanie psychiczne w związku z opieką nad osobą chorą na nowotwór deklarowało 31 ankietowanych. Jedynie 19 respondentów korzystało ze specjalistycznej opieki psychologicznej, natomiast zdecydowana większość (n=81) nie korzystało z tego typu świadczeń. Większość badanych opiekunów

(n=62) nie uczęszczało również na zajęcia grup wsparcia. Osoby uczęszczające (n=38) najczęściej wybierały formę rozmowy (57%). Nieco rzadziej opiekunowie chorych na nowotwór wybierali trening głębokiego i rytmicznego oddychania (16%) oraz wizualizację (16%), a najmniej ćwiczenia relaksacyjne (11%).

Przeprowadzone badania wykazały, iż dla 45 opiekunów, opieka nad chorym na nowotwór stanowiła duże obciążenie organizacyjne. Problemy opiekuńcze dotyczyły szczególnie wykonywania niezbędnych zabiegów pielęgnacyjnych i higienicznych (57%), a także stosowania odpowiedniej diety (33%), zmiany opatrunków (32%) oraz przygotowywania i podawania leków przeciwbólowych (31%). W mniejszym stopniu problemy związane były z zaopatrzeniem stomijnym (11%) oraz stosowaniem sprzętu rehabilitacyjnego (8%).

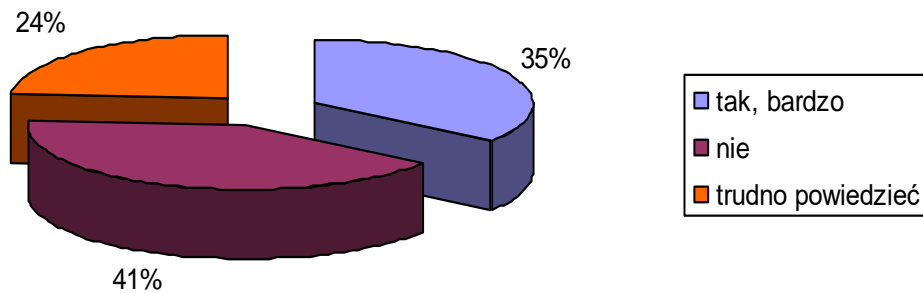
Zdecydowana większość opiekunów (n=81) twierdziła, że osoba chora współpracuje w procesie leczenia i opieki. Zaobserwowano, iż współpraca ta nie zależała od stopnia pokrewieństwa opiekuna z osobą chorą.

Badania wykazały, iż większość respondentów (n=41) czuła się fizycznie wyczerpana opieką nad osobą chorą. Nieco mniej, bo 35 badanych nie miało poczucia fizycznego wyczerpania, natomiast dla 24 opiekunów trudno było się na ten temat wypowiedzieć (Ryc.1).

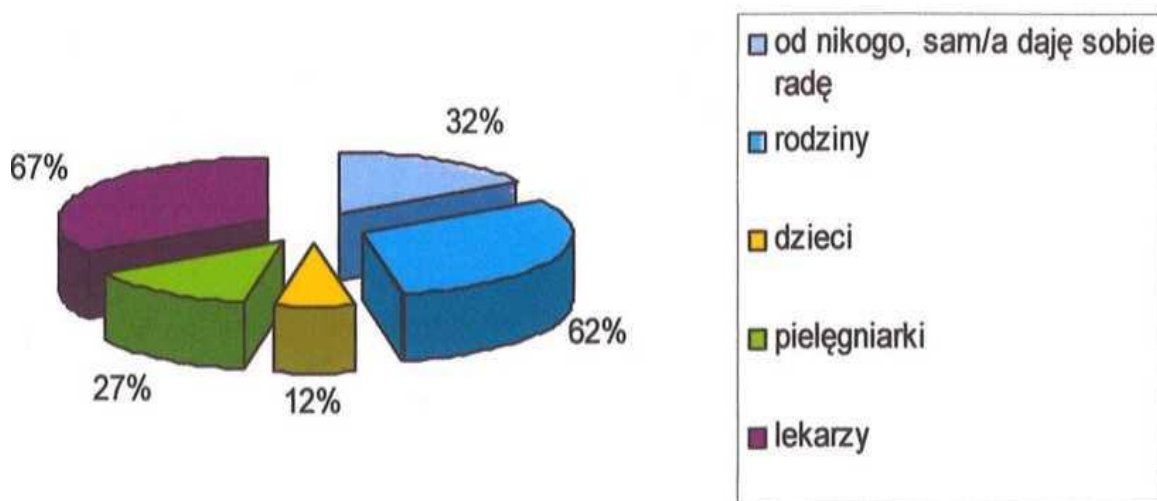
Większość respondentów (n=81) posiadało wystarczające środki finansowe, aby zakupić potrzebne leki i opatrunki dla chorego.

Połowa badanych (n=51) nie czuła osamotniona w opiece nad chorym, natomiast aż 42 opiekunów miało poczucie osamotnienia, a 7 nie miało na ten temat zdania. Zebrane dane wskazały na rodzinę (n=57), jako grupę najczęściej pomagającą w opiece. Można zauważyć, że opiekunowie swoje oczekiwania pomocy w związku z opieką nad chorym na nowotwór kierowali głównie od lekarzy (67%) i rodziny (62%). W dalszej kolejności respondenci szukali pomocy u pielęgniarki (27%), jeszcze mniejszym u dzieci (12%). Natomiast 32% stwierdziło, iż nie oczekuje pomocy w opiece od nikogo, albowiem sami sobie radzą. Można wnioskować, że osoby, które jak wykazała wcześniejsza analiza nie otrzymują pomocy (32%), również są zdania, że nie oczekują jej od nikogo.

Analiza danych wykazała, że zdecydowana większość badanych (n=89), z każdym pytaniem i wątpliwością dotyczącą choroby nowotworowej i opieki mogła zgłosić się do personelu medycznego. Można zauważyć, że według większości badanych (n=84) personel medyczny zapoznał ich w wyczerpującym stopniu z istotą choroby nowotworowej i opieką nad chorym.



Ryc. 1. Poczucie fizycznego wyczerpania opiekuna



Ryc. 2. Osoby od których opiekunowie oczekują szczególnej pomocy w opiece nad chorym na nowotwór.

*wyniki nie sumują się do 100%, badani udzielili po kilka odpowiedzi.

Wiedza umożliwiająca właściwe sprawowanie opieki powinna być uzupełniona odpowiednią literaturą, a niezastąpione w tym względzie i szczególnie cenione przez pacjentów/opiekunów są broszury i foldery opracowane szczegółowo pod wybrane, specjalistyczne zagadnienia. Badania wykazały, że większość respondentów (n=59) dostała dodatkowe informacje w postaci materiałów informacyjnych na temat choroby nowotworowej i opieki nad chorym. Z kolei 34 nie otrzymało takich informacji, a 7 nie pamiętało czy otrzymało broszurki i foldery dotyczące choroby jak i opieki nad chorym.

Biorąc pod uwagę kwestię, dotyczącą walki z bólem, dla większości opiekunów (n=90) personel medyczny wyjaśnił znaczenie regularnego podawania leków, głównie przeciwbólowych w chorobie nowotworowej. Natomiast 10 respondentów był odmiennego zdania. Większość badanych (n=94) wyrażało zadowolenie ze współpracy z personelem lekarskim i pielęgniarzem. Osoby zadowolone ze współpracy ceniły sobie fachowość, pomoc i kompetentność personelu medycznego.

Na podstawie przeprowadzonych badań i zebranych danych określono ogólne przekonanie jednostki, co do skuteczności radzenia sobie z trudną sytuacją, jaką jest opieka nad chorym na nowotwór. Wyniki skali GSES w zakresie 1-4 stena przyjmuje się jako niskie, 5-6 – przeciętne, a 7-10 – wysokie. Przeliczone na steny wyniki surowe wskazały, że 43 opiekunów chorych na nowotwór dysponowało wysokim poczuciem samoskuteczności, 37 niskim, a przeciętnym tylko 20 badanych (Tab. II).

Tabela II. Wyniki skali GSES uogólnionej własnej skuteczności

Wynik surowy	Sten	%
10-16	1	2,0
17-19	2	7,0
20-21	3	5,0
22-24	4	6,0
25-27	5	15,0
28-29	6	22,0
30-32	7	17,0
33-35	8	4,0
36-37	9	10,0
38-40	10	6,0
Kategorie wyników	N	%
Wysokie	43	43,0
Przeciętne	37	37,0
Niskie	20	20,0

Dyskusja

Zjawisko umierania i śmierci dotyka każdą rodzinę, wkradając się często niespodziewanie do jej życia. Zachorowanie na nowotwór i w konsekwencji śmierć, choć stanowi naturalny kres ludzkiego życia, jest zjawiskiem stresującym, zarówno dla chorego, jak i jego bliskich. Niezwykle ważna w tym względzie jest opieka paliatywna, która w swych założeniach dąży do poprawy jakości kończącego się życia. Nie przyspiesza ani też nie

opóźnia procesu śmierci, przynosi natomiast ulgę w bólu i innych objawach, łączy duchowe oraz psychologiczne aspekty opieki. Oferuje również wsparcie, pozwalające żyć aktywnie, jak jest to możliwe, aż do śmierci. Udziela również wieloaspektowego wsparcia rodzinie w czasie choroby jak i w okresie żałoby [3, 8].

Rozpoznanie choroby nowotworowej, a także jej leczenie wywołuje utratę zaufania do własnego ciała i poczucia integralności oraz bezpieczeństwa, co w konsekwencji wywołuje szereg problemów psychologicznych u osób chorych jak i ich opiekunów [1]. Specyfika potrzeb pielęgnacyjnych pacjentów opieki paliatywnej wymaga stworzenia najlepszego modelu organizacyjnego, który zapewni człowiekowi, w końcowym okresie życia, realizację tych potrzeb w humanitarny sposób. Można tego dokonać opierając się na znajomości oczekiwań pacjentów jak i rodzin opiekujących się chorym w domu [3, 8].

Przedmiotem troski personelu medycznego powinien być opiekun, borykający się również z wieloma problemami natury nie tylko fizycznej, ale również psychologicznej. Przed nim stoi ogromne wyzwanie, albowiem to od niego zależy poczucie bezpieczeństwa osoby chorej na nowotwór, jej stan fizyczny, psychiczny i duchowy. Ważne w tym względzie jest wsparcie informacyjne i emocjonalne ze strony personelu opieki paliatywnej, w sytuacji gdy opieka nad chorym sprawowana jest w domu. Jedynie dobrze wyszkolony opiekun z pomocą rodziny, znajomych, krewnych i personelu medycznego może znacząco poprawić jakość życia chorego [9].

Badania własne wykazały, iż większość badanych, w opiece nad chorym na nowotwór, odczuwało żal oraz przygnębienie. Podobne stany emocjonalne wskazują w swojej pracy K. Pikor i wsp., podkreślając, że rodzina/opiekunowie muszą przede wszystkim poradzić sobie z lękiem, żalem, bezsilnością, niepewnością i przeciążeniem [1]. Należy mieć świadomość, że umierający człowiek przebywa nieznaną i trudną drogę, w której towarzyszą im opiekunowie. Przeżywają oni wspólne cierpienie, doświadczając żalu i przygnębienia, związanego z postępującą chorobą, bólem i możliwością śmierci podopiecznego.

W najmniejszym stopniu ankietowani w opiece nad chorym na nowotwór odczuwali poczucie winy i obojętność. Obserwuje się, że opiekunom towarzyszyły różne stany psychiczne, poczynszy od wspomnianego wcześniej żalu do stanów negatywnych, takich jak złość, gniew, bunt. Emocje owe rodzą się zwykle ze stresu związanego z narastaniem opieki nad chorym oraz stale pogarszającym się jego stanem zdrowia. W takiej sytuacji bardzo ważną rolę w radzeniu sobie z negatywnymi odczuciami stanowi wsparcie bliskich i personelu medycznego, rozumiane jako wszechstronna pomoc, która w tej trudnej sytuacji pomoże złagodzić szkodliwe skutki psychiczne sprawowanej opieki.

Zachorowanie na nowotwór złośliwy znacząco wpływa na emocjonalne funkcjonowanie całej rodziny, jako systemu. W rodzinach osób chorych częstą rozpoznawaną emocją jest lęk, jako reakcja na chorobę. Badania prowadzone przez TNS OBOP, w ramach ogólnopolskich badań wiedzy Polaków na temat wsparcia osób przewlekle chorych i ich rodzin, pozwoliły sformułować wnioski, wskazujące, że opiekunowie, dzieląc cierpienie i lęk osób przewlekle chorych, są zagrożeni wieloma trudnymi, stresującymi sytuacjami [10].

Badania własne wykazały również, że większość respondentów odczuwało lęk przed nieznaną własną przyszłością oraz osób bliskich. Może to wynikać z faktu, iż 59 badanych to rodzina chorych, związana z nimi więzami emocjonalnymi jak i zależnościami wynikającymi z pełnienia ról.

Zdaniem J. Łuczak i wsp. wyniszczająca, nieuleczalna choroba wywiera destrukcyjny wpływ również na życie rodzinne chorego. Czynniki pogłębiającymi rozpacz członków rodziny, zdaniem autorów, są: czynniki psychologiczne (niepokój, depresja, zaburzenia snu, drażliwość, osłabiona koncentracja, koszmary senne) [11].

Większość badanych deklarowało poczucie bezradności i bezsilności wobec choroby nowotworowej. W swym poradniku „Pielęgnacja pacjenta w chorobie nowotworowej” M. Krzakowski również wskazał, iż w tych trudnych chwilach opiekunowie mają prawo być zmęczeni, zrozpaczeni, bezradni, bezsilni i zdenerwowani. Nie powinni zamykać się w sobie oraz w kręgu doświadczanego nieszczęścia, ale pozwolić sobie pomóc, angażując do opieki nad chorym rodzinę, przyjaciół oraz korzystając z pomocy zespołu hospicyjnego [12].

Warto zauważyć, że bezradność i bezsilność wyraża się zwykle w biernym poddawaniu się chorobie nowotworowej. Badani zdawali sobie sprawę, że choroby nie da się już wyleczyć i z nią wygrać. Z jednej strony mieli świadomość prawdopodobnej klęski w walce z postępującą chorobą nowotworową, z drugiej zaś odczuwali potrzebę wsparcia i pomocy w opiece nad osobą chorą. Sytuacja taka wymaga to od lekarzy, pielęgniarek i terapeutów podmiotowego podejścia do opiekuna i nawiązania bliższej więzi i zaufania.

Analiza badań własnych wykazała, iż 34% respondentów żyła w ciągłym stresie. K. Kurowska i J. Turkowska są zdania, iż „śmierć bliskiej osoby stanowi traumatyczne przeżycie, a świadomość zbliżającej się śmierci jest związana z odczuwaniem silnego stresu zarówno przez osobę chorą, jak i jej rodzinę/opiekunów” [12]. Funkcjonowanie w przewlekłym stresie towarzyszącym sprawowaniu długoterminowej opieki nad chorym na nowotwór, w konsekwencji prowadzi do wycieńczenia, wyczerpania oraz zubożenia. Opiekun staje się więźniem sytuacji, jaką jest sprawowanie opieki nad chorym, wobec którego jest zmuszony podporządkować całe swoje życie [12].

1/3 ankietowanych była psychicznie wyczerpana opieką nad osobą chorą na nowotwór. Zdaniem J. Łuczak i wsp. zjawisku wyczerpania można zapobiegać poprzez stałe monitorowanie objawów somatycznych, problemów psychosocjalnych, zapewnienie wsparcia oraz całodobową dostępność personelu medycznego. Wyniszczająca, nieuleczalna choroba wywiera destrukcyjny wpływ na opiekunów osób chorych na choroby nowotworowe. Opiekunowie mają poczucie obciążenia związanego z opieką nad chorym. Jest to obciążenie natury psychologicznej: niepokój o to, czy chorego nie pozbawia się nadziei, otuchy, konflikt, obawy dotyczące podawania odpowiednich dawek lekarstw, obawy przed wystąpieniem nagłych ataków bólu, duszności lub krwotoku [11]. Respondenci w większości nie korzystali z opieki psychologa. M. Krzakowski w swoim poradniku stwierdza, iż ważne jest zapewnienie opieki psychologicznej pacjentowi jak i osobom bliskim, opiekunom. Zdaniem autora „głównymi uczuciami, jakie występują u rodzin chorych terminalnie, są przygnębienie i lęk. Często na twarzach tych osób dostrzegamy strach i bezsilność. Ważnym zadaniem psychologa jest omówienie z członkami rodziny zaistniałej sytuacji i zwrócenie ich uwagi na umiejętność słuchania siebie nawzajem. Wsparcie ze strony psychologa pozwala rodzinie uzmysłwić, jak ważna jest każda chwila przeżyta wspólnie” [12]. Należy też podkreślić, iż pomimo wielu obowiązków opiekunowie nie powinni koncentrować się jedynie na osobie chorej. A. Antonovsky podaje, że „opiekunowie chorych znajdujących się w terminalnej fazie choroby nowotworowej stają przed ogromnym zadaniem, jakim jest towarzyszenie członkom rodziny w ostatnim okresie ich życia. W związku z tym wymagają oni szeroko rozumianego wsparcia z zewnątrz, w tym także opieki psychologicznej, jak również uaktywnienia swoich własnych zasobów odpornościowych” [13].

Większość badanych opiekunów osób chorych na choroby nowotworowe (62%) nie uczęszczało na zajęcia grup wsparcia. Spotkania grup wsparcia dla chorujących na nowotwory i ich rodzin opierają się na wzajemnym wspieraniu się w tych ciężkich chwilach oraz na wymianie doświadczeń, myśli i uczuć dotyczących opieki nad chorym na nowotwór. Wspólne rozmowy pomagają opiekunom radzić sobie ze stresem, negatywnymi emocjami oraz ciężkimi sytuacjami. Istotnym jest, że współuczestniczenie w grupie wsparcia pomaga również opiekunom zwalczać bezradność, bezsilność i dodaje im siły do dalszej opieki.

Osoby uczęszczające na zajęcia grup wsparcia najczęściej wybierają formę rozmowy, gdzie potrafią się nawzajem wysłuchać i udzielić porad. Rozmowy z psychologiem, mogą umożliwić porządkowanie zdarzeń życiowych i nadawać im sens (stwarzają szansę rozładowania przeżywanych przez pacjenta/rodzinę emocji) [12].

Dla większości badanych opieka nad chorym na nowotwór (45%) stanowiła duże

obciążenie organizacyjne. Często zdarza się, że opiekunowie muszą dzielić pracę zawodową, obowiązki dnia codziennego z opieką nad osobą chorą na nowotwór. To wszystko sprawia, że mają trudności z organizacją i wypełnieniem wszystkich stojących przed nimi obowiązków. W tym celu, jak już zostało wielokrotnie wskazane, niezastąpiona jest pomoc rodziny, znajomych i przyjaciół.

Znaczny odsetek badanych (41%) czuło się fizycznie wyczerpana opieką nad osobą chorą na nowotwór. Wyniszczająca, nieuleczalna choroba według J. Łuczak i wsp. wywiera destrukcyjny wpływ na opiekunów osób chorych na choroby nowotworowe. Opiekunowie mają poczucie obciążenia fizycznego, wynikającego ze wzrostu ilości obowiązków, ciężkiej pracy fizycznej, zaburzeń snu [11].

Opiekunowie korzystali z różnych źródeł wsparcia, takich jak przyjaciele, koledzy, psychologowie a także grupy wsparcia, dlatego też połowa badanych nie odczuwała osamotnienia. Badanym pomagały w tym trudnym czasie różne osoby, począwszy od rodziny i przyjaciół oraz krewnych po osoby profesjonalne, takie jak pielęgniarka, czy lekarz.

Praktycznej pomocy rodzinie powinno towarzyszyć wsparcie psychiczne, którego zasadniczym celem jest pomoc członkom rodziny w rozwiązywaniu ich własnych problemów emocjonalnych, jak również pomoc w zrozumieniu psychicznych potrzeb osoby chorej. Odpowiednio wczesna interwencja terapeutyczna na każdym etapie choroby nowotworowej może w niebagatelny sposób pomóc pacjentowi, jego rodzinie i całemu zespołowi medycznemu, który jest zaangażowany w proces leczenia [1, 6].

Opiekunowie w pracy własnej dysponowali dość wysokim poczuciem własnej samoskuteczności.

Postrzeżenie własnej skuteczności jest wyznacznikiem zamiarów i działań w realizowanym przez jednostkę obszarze. Zarówno zamiar zaangażowania się w określone działania opiekuńcze, jak i aktualne zachowanie są pozytywnie związane z przekonaniami, które dotyczą własnej skuteczności. Jednocześnie przekonania, które dotyczą skuteczności znacząco wpływają na ocenę osobistych zasobów jednostki w sytuacji stresowej. W literaturze przedmiotu podkreśla się, iż im silniejsze są przekonania, które dotyczą własnej skuteczności, tym wyższe cele stawiają sobie te osoby i tym silniejsze jest ich zaangażowanie w zamierzone zachowanie, nawet w obliczu piętrzących się niepowodzeń i porażek [7].

Wnioski

Przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Dłuższy okres sprawowania opieki nad chorym na nowotwór wpływał na odczuwanie

uczucia żalu i przygnębienia. Opiekunom towarzyszyło poczucie bezradności i bezsilności wobec choroby nowotworowej, jednakże nie żyli w ciągłym stresie i nie czuli się psychicznie wyczerpani.

2. Respondenci nie korzystali z opieki psychologa i nie uczęszczali na zajęcia grup wsparcia, ale też w większości nie czuli się osamotnieni w opiece nad chorym na nowotwór, otrzymywali bowiem wsparcie ze strony najbliższej rodziny i personelu opieki paliatywnej.
3. Przyczyną lęku towarzyszącemu sprawowaniu opieki były obawy o własną przyszłość i najbliższego otoczenia.
4. Opieka nad chorym na nowotwór stanowiła dość duże obciążenie organizacyjne i była przyczyną fizycznego wyczerpania.
5. Współpraca z personelem lekarskim i pielęgniarzem była satysfakcjonująca. Szczególne oczekiwania kierowane były do lekarzy opieki hospicyjnej.

Piśmiennictwo

1. Pikor K, Ławiński J, Bar K, Febus K: Opieka nad pacjentem w chorobie nowotworowej. *Przegl. Urol.*, 2010, 2, 60-62.
2. Kózka M, Wojtan S, Woźniok E: Funkcjonowanie psychospołeczne opiekunów chorych wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych. *Probl. Pielęg.*, 2011,19, 185-193.
3. Kurowska K, Piechowska Z: Poczucie koherencji a wsparcie społeczne otrzymywane przez rodziny pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Wsp. Onkol.*, 2008, 8, 388-394.
4. Jędrzejczak W.: Opieka terminalna nad chorymi na nowotwory [w:] *Onkologia w praktyce*. Deptała A. (red). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007, 372-376.
5. Trawers E, Mitchell D: Zagadnienia strategiczne i ogólne w opiece paliatywnej [w:] *Opieka paliatywna*. Kinghom S, Gaines S. (red). Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2007, 1-8.
6. Walden-Gałuszko K: Filozofia postępowania w opiece paliatywnej [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*. Walden-Gałuszko K. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007, 11-19.
7. Juczyński Z.: *Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa, 2009.

8. Greimel E, Thiel I, Peintinger F, Cegnar I, Pongratz E: Prospective assessment of quality of life of female cancer patients. *Gynecol. Oncol.*, 2002, 85, 140-147.
9. Pietrzyk A: Interwencje poznawczo-behawioralne dla chorych na nowotwory i ich bliskich - możliwość podnoszenia jakości ich życia. *Psychoonkol.*, 2008, 2, 58- 65.
10. Stepnowska M, Świstak-Sawa S: Ogólnopolska kampania edukacyjna dla pacjentów i opiekunów osób przewlekle chorych. www.pozwolna.wsparcie.pl/download. pobrane 06.05.2014.
11. Łuczak J, Kotlińska-Lemieszek A, Bączyk E: Lekarz wobec pacjenta cierpiącego na chorobę nowotworową [w:] 15 lat Hospicjum w Katowicach, pod red. Czapła K, Jendrysik B. Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Katowice 2003, 25-31.
12. Krzakowski M. Pielęgnacja pacjenta w chorobie nowotworowej. PRIMOPRO, Warszawa, 2012.
13. Antonovsky A: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. IPN, Warszawa. 2005.

Kulak Agnieszka¹, Grzegorz Bejda², Kulak Piotr³

Klątwa Ondyny w medycynie

1. Studenckie Koło Naukowe Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Klinika Radiologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Ondyny [1,2,3], to w mitologii nordyckiej boginki zamieszkujące jeziora i rzeki, prawdopodobnie przejęte z mitologii słowiańskiej, od Słowian połabskich, gdzie identyfikowano je z: rodankami, wodnicami, rusalkami (boginki, demoniczne istoty zamieszkujące lasy, pola i zbiorniki wodne; termin *rusalka* pochodzi od łacińskiego *rosalia* - święto róż; rusalkami stawały się panny, które zmarły przed zamążpójściem).

Według Paracelsusa [3], lekarza, przyrodnika, zwanego ojcem medycyny nowożytnej, Ondyny były żywiołakami wodnymi.

Żywiołaki [4] oznaczają w świecie fantastycznym istoty magiczne, o nieokreślonym kształcie, ale utożsamiane z żywiołami, takimi jak woda (ondyny), ogień (salamandry), ziemia (gnomy), powietrze (sylfy) i stanowiące ich ucieleśnienie. Uważano [4], że nadprzyrodzone moce żywiołaków związane są z siłami natury, które reprezentują.

Ernst Theodor Amadeus Hoffmann, niemiecki poeta, pisarz epoki romantyzmu, kompozytor, stworzył pierwszą operę romantyczną „Ondyna” (oryg. „Undine”) [3]. Na niej wzorowali się Antonín Dvořák komponując operę „Rusalka” i twórcy innych oper słowiańskich [3]. Jest także balet „Ondine”, do którego muzykę napisał Han Werner Henze, a choreografię stworzył Frederick Ashton [3]. Również w literaturze pojawia się motyw ondyny-rusalki, np. Adam Mickiewicz wykorzystał go w balladach *Świtez, Świtezianka, Rybka* i innych, czy w *Balladynie* Juliusza Słowackiego [3]. W powieści *Rękopis znaleziony w Saragocie* także występuje postać o imieniu Ondyna [3].

Według legendy Ondyna zakochuje się w śmiertelniku, rycerzu o imieniu Hans [5,6]. Niestety ten ją zdradził. W związku z tym został ukarany klątwą rzuconą na niego przez Posejdona - Boga Morza i ojca Ondyny. Klątwa sprawiła, że aby móc oddychać, musiał cały czas pamiętać o Ondynie [5,6]. Niestety kochanek zasnął, przestał myśleć o bogince i umarł nie mogąc oddychać [5,6].

W mitologii nordyckiej Ondyny to boginki zamieszkujące jeziora i rzeki. W mitologii słowiańskiej (Słowianie połabscy) Ondyny to rusalki, rodanki, wodnice. Według Paracelsusa ondyny były żywiołakami wody.

Imieniem boginki inspirowana jest nazwa jednostki chorobowej - klątwa Ondyny.



Ryc. 1. Obraz Johna Williama Waterhouse'a (1872) [3]

Definicja kliniczna

Klątwa Ondyny jest to zespół wrodzonej ośrodkowej hipowentylacji (CCHS - *Congenital Central Hypoventilation Syndrome*), pierwotna hipowentylacja pęcherzykowa, rzadka choroba genetyczna, związana z zaburzeniem kontroli oddechu, w przebiegu której może dojść do zaprzestania oddychania i w konsekwencji śmierci [7-10].

Inaczej mówiąc [11], jest to grupa schorzeń związanych z niedostatecznym oddychaniem, które spowodowane były zaburzeniami w jaki mózg przetwarza i wysyła informacje do przepony oraz mięśni ściany klatki piersiowej odpowiedzialnych za oddychanie.

CCHS zostało rozpoznane w latach 70. XX wieku i opisane przez Mellins i wsp. [6, 12]. Nazwę „klątwa Ondyny” wprowadzono w 1962 roku, ale wówczas dotyczyło ono

pacjentów z uszkodzeniem pnia mózgu po zabiegach neurochirurgicznych [11,13].

CCHS [8,11,14] ujawnia się w pierwszym miesiącu życia, ale jej łagodniejsze formy mogą ujawnić się w późniejszym dzieciństwie lub nawet w dorosłości (późno ujawniające się CCHS lub LO-CCHS - *later-onset CCHS*).

Bardzo rzadko, w późniejszym dzieciństwie, rozwija się odmiana nazywana zespołem ROHHAD (*Rapid-onset Obesity, Hypoventilation, Hypothalamic and Autonomic Dysfunction*), wiążąca się z pojawieniem otyłości, hipowentylacją, zaburzeniami hormonalnymi, problemami dotyczącymi automatycznego kontrolowania temperatury ciała, potliwością oraz zmianami rytmu serca i ciśnienia [11,15]. Pierwszy opis objawów klinicznych, za Moszczyńska i wsp. [16] pochodzi z roku 1965. W roku 2000 Katz i wsp. [cyt. za 16] opisali, w *Pediatric Pulmonology* zespół, który nazwano LO-CHS/HD (*late onset central hypoventilation/hypothalamus dysfunction*). Autorzy opisali 11 przypadków tego zespołu (1 własny oraz 10 pochodzących z piśmiennictwa). Dopiero w roku 2007, Ize-Ludlowa i wsp. [cyt. za 16] zespół nazwali ROHHAD i opisali 15 pacjentów. Dotychczas opisano 76 przypadków, ale wydaje się, że liczba chorych jest zaniżona, zespół nie jest aż tak rzadki, jak wynika to z danych piśmiennictwa [16]. Ustalono następujące kryteria rozpoznania ROHHAD: centralne zaburzenia wentylacji >1. roku życia oraz co najmniej jeden z następujących objawów: szybko narastająca otyłość, hiperprolaktynemia, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, wtórna niedoczynność tarczycy, somatotropinowa niedoczynność przysadki, wtórna niedoczynność nadnerczy, opóźnione dojrzewanie płciowe [16].

Etiologia i epidemiologia

Szacuje się [8,13,17-19], że CCHS występuje 1:50 000–200 000 żywych urodzeń, na świecie żyje kilkaset osób obciążonych tym schorzeniem, a 16–20% tych przypadków towarzyszy choroba Hirschsprunga (wrodzone schorzenie unerwienia jelita, uwarunkowane genetycznie, o wieloczynnikowym zarówno dominującym, jak i recesywnym sposobie dziedziczenia i zmiennej ekspresji, objawiające się brakiem śródściennych zwojów nerwowych w dystalnym odcinku jelita grubego).

Współtowarzyszyć mogą także takie schorzenia, jak: nerwiak zarodkowy (w nadnerczach (powyżej nerek), szyi, klatce piersiowej, rdzeniu kręgowym) oraz tzw. zespół Haddada (współwystępowanie ww. objawów z drobnymi zmianami w wyglądzie twarzy pacjentów) [17,20].

U 30–50% pacjentów z ROHHAD występują guzy wywodzące się z komórek

grzebieni nerwowych, nowotwory dotyczą zwojów układu autonomicznego [16]. Pod względem histopatologicznym wyróżnia się 3 typy guzów: neuroblastoma, ganglioneuroblastoma i ganglioneuroma, najczęściej zlokalizowanych w śródpiersiu tylnym (41,5%), rzadziej w przestrzeni zaotrzewnowej (37,5%), tylko w 21% przypadków w nadnerczach [16].

Zespoły wtórne [21] występują u dzieci z zaburzeniami napięcia mięśniowego i z nadwagą w okresie poniemowlęcym (zespół Pradera-Williego), z procesami prowadzącymi do ucisku pnia mózgu oraz u dzieci z zespołem Arnolda-Chiari.

W 2006 roku było tylko około 200 znanych przypadków na całym świecie [22]. W Polsce żyje kilkanaścioro chorych dzieci [13].

W większych krajach europejskich prawdopodobnie występuje od 50 do 100 osób cierpiących na to schorzenie [11]. Nie istnieją kompletne dane mówiące o tym, gdzie dzieci i dorośli cierpiący na CCHS żyją w większości krajów, chociaż europejski rejestr jest obecnie tworzony na podobieństwo tego istniejącego we Francji [11].

Za prawdopodobną przyczynę zespołu uważa się mutacje genu homeotycznego PHOX2B (zidentyfikowany w 2003 roku) w locus 4p12, która doprowadza do niedorozwoju ośrodka oddechowego w mózgu [6,9,11,13,18,22-26]. Mutacje w genie PHOX2B zostały zidentyfikowane w 93-100% pacjentów z CCHS [27]. Gen PHOX2B odpowiada za rozwój tkanki mózgowej we wczesnej fazie embrionalnej, tj. przed 8. tygodniem ciąży. W jednej z części genu występuje ciąg 20 białek, nazywanych alaniną, ale nietypowy gen posiada od 25 do 33 cząsteczek alaniny - nazywane jest to *ekspansją powtórzeń polialaninowych*. W przypadku, gdy mutacja genu PHOX2B nie zostaje wykryta, czasem występują inne genetyczne zmiany w genie PHOX2B [6,9,11,13,18,22-26]. Jeśli osoba z mutacją genu PHOX2B będzie miała dzieci, to w 50% istnieje możliwość przekazania nieprawidłowego genu. Jeżeli osoba jest nosicielem tego genu, będzie to miało na nią jakiś wpływ, ponieważ w tym przypadku nie istnieje postać tzw. „cichego nosiciela”, dlatego czasem rozpoznaje się CHS u osób dorosłych, u których nigdy wcześniej nie było jego podejrzenia [6,9,11,13,17,21-25]. W przypadku, gdy osoba dorosła z genem PHOX2B ma dziecko, wykrycie schorzenia u płodu jest możliwe we wczesnych fazach ciąży [6,9,11,13,18,22-26].

Rand i wsp. [24] podkreślają, że większość mutacji w genie PHOX2B może pojawić się *de novo*, jednakże ostatnie dane wskazują, że do 25% są dziedziczone od rodziców z mozaiką bez objawów somatycznych dla tych mutacji.

Zdaniem Di Lascio i wsp. [28] współczynnik PHOX2B transkrypcji odgrywa

kluczową rolę w rozwoju autonomicznego układu nerwowego. U ludzi z wrodzonym zespołem CCHS, heterozygotyczne mutacje genu PHOX2B rzadko powodują zaburzenie dysfunkcji autonomicznego układu nerwowego, w tym niedostateczną kontrolą oddechu. Zdecydowana większość pacjentów z CCHS są heterozygotami z mutacją dwudziestu reszt na C-końcu PHOX2B [28].

Harper i wsp. [29] wykazali, że przyczyną CCHS może być uszkodzenie neuronów, powstałe w wyniku niedotlenienia oraz niedokrwienia. W opinii autorów badania neuroobrazowe [29] przy użyciu rezonansu magnetycznego dają możliwość oceny struktury tkanki nerwowej, zawartości wody i dyfuzji oraz wskazują na możliwość uszkodzenia aksonów. Wykazano uszkodzenie poszczególnych struktur mózgu: wyspy, zakrętu obręczy, kory przedczołowej, jądra mózdzku, podwzgórza, jądra podkorowego, a także mięśnia sinawego. Uszkodzenie jądra szwu i miejsce sinawe mogą modyfikować proces oddychania ze względu dużą liczbę neuronów serotonergicznym i adrenergicznym [29].

Tremoureux i wsp. [10] zwracają uwagę, że pacjenci z CCHS doświadczają podczas snu hipowentylacji i są zależni od respiratora, ale w czuwaniu oddychają, co zdaniem autorów wskazuje na istnienie mechanizmów kompensacyjnych z kory mózgu. W celu sprawdzenia powyższego badaniem objęli 7 chorych i 8 zdrowych osób. Analizowano między innymi wyniki badania EEG wykonanego w trakcie oddychania, 5 sekund po rozpoczęciu wdechu. Okazało się, że w grupie kontrolnej potencjały występowały w czasie spoczynku oraz podczas stymulacji oddychania dwutlenkiem węgla, a u pacjentów z CCHS - we wszystkich fazach oddychania, w tym w trakcie spoczynku. W opinii autorów [10] świadczy to o neurofizjologicznym podłożu dla procesów oddychania u osób dla CCHS i sugeruje, że dodatkowa powierzchnia kory ruchowej mózgu przyczynia się do tego zjawiska.

W opinii Perez i wsp. [30] badania fizjologiczne wskazują, że u pacjentów z CCHS występuje brak lub zmniejszona odpowiedź na hiperkapnię i hipoksemię w czasie snu. Uważa się [30], że u pacjentów z CCHS, jądro zatrapezoidalne może być uszkodzone. Jądro to uważane jest za sterownik układu oddechowego, w którym integrują się chemoreceptory z ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego [30].

Objawy

Pacjenci z CCHS [1,5,6,22]:

- nie reagują na zmiany poziomu tlenu oraz dwutlenku węgla we krwi (sensory naczyń krwionośnych zlokalizowane w szyi oraz mózgu, nie wysyłają właściwych wiadomości do pnia mózgu, który nie odpowiada zwiększeniem częstości

oddychania, gdy jest to potrzebne)

- nie rozpoznają, ani świadomie, ani nieświadomie, że ich oddech jest niewystarczający
- oddychają płytko i wolno, w wyniku czego nie pobierają odpowiedniej ilości tlenu i nie wydychają wystarczającej ilości dwutlenku węgla.

Objawy choroby nasilają się głównie w nocy i zalicza się do nich [5,6,7,8,11,22].

- ostrą niewydolność oddechową (skutek hipowentylacji, czyli osłabienia czynności oddechowej płuc)
- obniżona ilość tlenu we krwi (konsekwencja niewydolności oddechowej)
- hipoksja (niedotlenienie organizmu)
- hiperkapnia (niedostateczna eliminacja dwutlenku węgla z organizmu, wzrost ciśnienia parcjalnego dwutlenku węgla we krwi tętniczej)
- dokuczliwe problemy z zasypianiem
- częste budzenie się w nocy
- koszmary senne

Do hipowentylacji dochodzi przede wszystkim w czasie snu z wyłączeniem fazy REM, co potwierdzono badaniem polisomnograficznym [13].

Dodatkowo w przebiegu choroby mogą wystąpić takie objawy, jak [5,6,7,8,11,22]:

- widoczna praca dodatkowych mięśni oddechowych
- przyspieszona częstość oddechów
- duszność
- sinica
- powtarzające się infekcje układu oddechowego
- zmiana głosu
- tachykardia
- osłabienie
- łatwa męczliwość
- zaburzenia koncentracji
- poranne bóle głowy
- dysfunkcja autonomicznego układu nerwowego (zaburzenia motoryki przełyku, omdlenia wynikające z zaburzeń rytmu serca, nadmierna potliwość)

Epizody zasinienia przez wstrzymanie oddechu spowodowane złością, bólem lub strachem, we wczesnych fazach życia występują częściej u chorych niż u zdrowych dzieci [11].

Chorzy z CCHS źle reagują na alkohol (mogą zapadać w śpiączkę, bądź umierają wskutek zahamowania działania ośrodkowego) [7].

Mogą pojawić się zaburzenia rytmu serca (zatrzymanie zatokowe), objawiające się zawrotami głowy, zasłabnięciami lub drgawkami [11].

Choroba może mieć wpływ na: jelito grube, co objawia się poważnymi zaparciami lub wzdęciami brzucha (choroba Hirschsprunga), przełyk i żołądek, przejawiające się niestrawnościami, trudnościami w przełykaniu i słabym apetytem [11].

Rozwój psychomotoryczny dziecka jest uzależniony od wczesnego postawienia diagnozy, prowadzenia wentylacji mechanicznej w sposób zapobiegający incydentom niedotlenienia i hiperkapnii oraz od wieloprofilowej rehabilitacji [31].

Wpływ choroby na mózg i rozwój może przejawiać się trudnościami w nauce, epilepsją lub problemami ze wzrokiem lub słuchem [11].

Boulanger-Scemama i wsp. [31], objęli badaniem dziewięcioro dorosłych pacjentów z CCHS. Każdy z nich przeszedł badanie okulistyczne. Okazało się, że zaburzenia okulistyczne stwierdzono u sześciu z dziewięciu pacjentów (66%), w tym zez u sześciu pacjentów (66%), zaburzenia funkcji źrenicy - u czterech pacjentów (44%) i zaburzenia tęczówki (zanik tęczówki, gładkiej powierzchni i zanikowy zwieracz) - u trzech pacjentów (33%) [32].

Objawy kliniczne ROHHAD obejmują [16]:

- objawy podwzgórzowe (hiperfagia i narastająca otyłość: początek 2.–4. rok życia, somatotropinowa niedoczynność przysadki, wtórna niedoczynność tarczycy, wtórna niedoczynność nadnerczy, hipogonadyzm hipogonadotropowy, przedwczesne dojrzewanie płciowe, hiperprolaktynemię, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, takie jak: hipernatremia, hiponatremia, moczówka prosta, moczówka prosta z adypsją, SIADH, zaburzenia termoregulacji, jak hipotermia, hipertermia, poikilotermia, nadmierna senność)
- centralną i obwodową hipowentylację (zespół bezdechów nocnych, pęcherzykową hipowentylację, wzrost zużycia tlenu, pułpkę powietrzną, zmniejszoną wrażliwość na dwutlenek węgla, zmieniony mechanizm oddechowy, uszkodzenie mięśni oddechowych, epizody sinicy, zatrzymanie krążenia i oddychania)
- objawy autonomiczne (rozszerzone źrenice, nieprawidłowa reakcja źrenic na światło, zez, nadmierna potliwość, brak wydzielania potu i łez, zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego, bradykardia, zimne dłonie i stopy, obniżona percepcja bólu)
- zaburzenia sfery emocji i zachowania (labilność emocjonalna, napady agresji,

obojętność emocjonalną, objawy depresyjne, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, epizody katapleksji, ataki paniki i lęku, halucynacje, zespół Touretta)

- guzy z grzebieni nerwowych (ganglioneuroma, ganglioneuroblastoma, neuroblastoma)
- Inne, jak drgawki, padaczka, opóźniony rozwój psychomotoryczny, regresja rozwoju psychomotorycznego.

Diagnostyka

W diagnostyce hipowentylacji wykorzystuje się [5,11,22]:

- pomiar poziomu dwutlenku węgla we krwi (podejrzanie budzi wynik wyższy niż 50 mm Hg lub 6,7 kPa), w drodze pobrania próbki krwi, przy użyciu czujnika przyczepianego do skóry (przezskórny pomiar poziomu dwutlenku węgla) lub z wydychanego powietrza (końcowo-wydechowy dwutlenek węgla).
- rejestrowanie oksymetrii podczas snu, co pozwala na wykrycie spadku poziomu tlenu we krwi, ale nie ujawnia mniej poważnych problemów, jak np. przerwy w oddychaniu (bezdech - gdy nie obserwuje się spadku poziomu tlenu)
- rejestrowanie czynności krążeniowo-oddechowych podczas snu, pozwalające na wykrycie bezdechu, ale nie dające informacji na temat jakości snu
- polisomnografia, uważana jest za najlepsze badanie, pozwalające uzyskać wszystkie niezbędne informacje, by ocenić oddech podczas snu
- dobową (dzienną) hipowentylacja może zostać zdiagnozowana poprzez monitorowanie poziomów SpO₂ i CO₂ w ciągu dnia, przy czym poziom SpO₂ < 95% i CO₂ > 50 mm Hg (6,7 kPa) pozwala na zdiagnozowanie hipowentylacji, gdy pacjent nie śpi.

Od roku 2003 jest dostępny test genetyczny diagnozujący CCHS [11], który można już wykonać u płodu podczas ciąży (diagnoza prenatalna). U każdej osoby dotkniętej chorobą istnieje 50% ryzyko przekazania dysfunkcji każdemu z posiadanych dzieci (dziedziczenie autosomalne dominujące), więc pojedyncza mutacja u jednego z nich wystarczy, by spowodować chorobę [6,11]. U 90-91% pacjentów występuje mutacja składająca się z dłuższego łańcucha cząsteczek alaniny, jednego z aminokwasów lub bloków budulcowych spirali DNA [11,21,25]. Liczba cząsteczek alaniny zwiększona jest z 20 (norma) do przedziału pomiędzy 24. i 39. cząsteczkami alaniny w parze chromosomów (mutacja powtórzeń polialaninowych - PARM). U pozostałych 10% odkrywane są także inne mutacje, np. mutacja missensowa, nonsensowna oraz mutacja przesuwająca ramkę odczytu.

Uważa się [11], że istnieje powiązanie pomiędzy aspektami obrazu klinicznego oraz rodzajem mutacji, taki jak:

- ryzyko wystąpienia guzów komórek nerwowych (nerwiak zarodkowy lub ganglioneuroma)
- ryzyko wystąpienia choroby Hirschsprunga
- stopień hipowentylacji i prawdopodobieństwo potrzeby mechanicznej wentylacji przez 24 godziny dziennie
- obecność zakłóceń rytmu serca (możliwa przyczyna nagłej śmierci).

U pacjentów z genotypem 20/25 [11] istnieje duże prawdopodobieństwo wystąpienia potrzeby wentylacji 24 godziny na dobę, u osób z dłuższymi mutacjami - występuje poważniejsza hipowentylacja, nawet gdy nie śpią, a obecność innych niż PARM mutacji może być związana z ostrymi postaciami CCHS, częstszym występowaniem choroby Hirschsprunga (z rozległym schorzeniem jelit) oraz guzów grzebienia nerwowego.

Występowanie mutacji PHOX2B [11] pozwala również na zidentyfikowanie nie tylko rodziców będących jej nosicielami, u których istnieje większe ryzyko wystąpienia ponownej mutacji w kolejnych ciążach, ale także osób dorosłych z łagodną hipowentylacją, która nie została wcześniej zaobserwowana ani zdiagnozowana. U części nosicieli anomalia występuje tylko w niektórych komórkach ciała, co określa się fenomen nazywanym mozaicyzmem [11].

Amin i wsp. [33], za cel pracy postawili sobie ocenę procedur diagnostycznych i monitoringu dzieci z CCHS, prowadzonych przez kanadyjskich specjalistów zajmujących się tą grupą chorych. Niniejsza analiza była prospektywnym badaniem przekrojowym. Sondaż internetowy został wysłany do 303 specjalistów z pediatrii w Kanadzie, w tym 85 specjalistów pulmonologii, 77 neurologów dziecięcych i 141 neonatologów [33]. Ankieta zawierała 36 pytań na temat bieżącej diagnostyki i nadzoru dzieci z CCHS. Na ankietę odpowiedziało łącznie 83 (27%) uczestników, w tym najwięcej pulmonologów (40%). W diagnostyce CCHS, jedynie 25% respondentów wykorzystywało badania genetyczne. 23 (43%) z 54 badanych wykorzystywało kryteria i testy zalecane przez ATS do diagnozy CCHS (badania genetyczne, diagnostykę wykluczenia, polisomnografię). To ostatnie badanie polecało 90% pulmonologów [33].

De Lorijn i wsp. [34] porównali przydatność trzech metod diagnostycznych: wlewu kontrastowego, badania manometrycznego odbytnicy oraz biopsji ssącej odbytnicy z oceną w uzyskanym materiale aktywności acetylocholinesterazy.

Metaanaliza [34] wykazała, że największą (i zbliżoną) czułość posiadają biopsja ssąca

odbytnicy z oceną w uzyskanym materiale aktywności acetylocholinesterazy - czułość: 93%; swoistość: 98% lub ocena histologiczna preparatu barwionego hematoksyliną-eozyną wykazała czułość: 96%; swoistość: 88% [34]. Badanie manometryczne odbytnicy wykazało - czułość: 88%; swoistość: 89%, ale jednak w porównaniu z biopsją ssącą różnica ta nie była istotna statystycznie [34]. Stwierdzono, że najmniejszą wartość diagnostyczną posiadał wlew kontrastowy - czułość: 70%; swoistość: 83% i była to istotna statystycznie różnica zarówno w porównaniu z biopsją ssącą ($p < 0,0001$), jak i w porównaniu z badaniem manometrycznym ($p = 0,014$) [34].

Leczenie

Zgodnie z obecnym stanem wiedzy choroba jest nieuleczalna. Wszyscy chorzy na CCHS wymagają wspomagania oddechu do końca życia, gdyż nie występuje u nich fizjologiczna reakcja na wzrost prężności dwutlenku węgla we krwi [35].

Charakterystyczną cechą CCHS jest dysfunkcja autonomicznego układu nerwowego, przez co zaburzona jest również funkcja wielu układów i narządów podlegających regulacji przez ten układ, między innymi czynność układu sercowo-naczyniowego. Ponieważ zaburzenia wegetatywne są istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia nagłej śmierci sercowej, konieczne jest okresowe, długotrwałe monitorowanie ciągłego zapisu EKG sposobem Holtera i ewentualne wszczęcie urządzenia do elektroterapii serca [36,37].

Główną i jedyną formą terapii jest oddychanie zastępcze przy pomocy elektrycznych wentylatorów lub respiratorów, zawsze niezbędne podczas snu, a czasem także podczas dnia [5,7,8,38]. Najbardziej popularną metodą zapewniania mechanicznej wentylacji, głównie u noworodków i młodszych dzieci, jest wykonanie tracheostomii [5,8,11,39,40]. Wsparcie oddechu za pośrednictwem wentylatora można zapewnić używając przewodów donosowych, maski twarzowej lub nosowej [5,8,11].

Inną opisywaną metodą leczenia CCHS jest wszczęcie rozrusznika przepony (DP) [5, 39,40], zalecane u osób uzależnionych od wentylacji przez całą dobę. DP wymaga zabiegu chirurgicznego, związanego z umieszczeniem dwóch elektrod w klatce piersiowej na nerwach przepony i dwóch odbiorników radiowych pod skórą. Elektryczna stymulacja nerwów przepony wywołuje skurcz największego i najważniejszego mięśnia oddechowego - przepony. W momencie, gdy nadajnik zewnętrzny przestaje wysyłać sygnały, przepona rozluźnia się i rozpoczyna się faza biernego wydechu [11].

Kolejną metodą jest wentylacja ciśnieniem ujemnym (NPV) [5,11]. Wyróżnia się trzy tryby zapewniania ujemnego ciśnienia, by wywołać oddychanie: respirator pancierz (skorupa),

kamizelka (the Vest) lub urządzenie Porta-a-lung, ale we wszystkich ciśnienie ujemne doprowadzane jest do klatki piersiowej i brzucha w celu wywołania wdechu, ponieważ ciśnienie negatywne powoduje wsysanie powietrza do płuc [5,11].

Pojawiają się także doniesienia o przywróceniu wrażliwości ośrodka oddechowego u osób przyjmujących desogestrel, ale nadal trwają badania i dyskusje na temat jego przydatności w terapii CCHS [41].

Za leczenie wspomagające uznaje się tlenoterapię.

Pomoc chorym na CCHS

Na świecie jest jedynie kilka ośrodków specjalizujących się w opiece nad tą grupą chorych. Lekarze z Francji [11] rozwinęli pierwszą narodową sieć, a następnie zaczęli nawiązywać kontakty z lekarzami praktykami z innych krajów europejskich. Europejska Sieć CCHS rozpoczęła działalność z niewielką liczbą lekarzy praktyków w 2004 roku, a w 2009 uzyskała fundusze na europejski projekt rozwoju, by utworzyć rejestr CCHS, przyjrzeć się usługom w UE oraz zapewnić wskazówki kliniczne, a także stronę internetową i informacje przeznaczone dla pacjentów i ich opiekunów [11].

Piśmiennictwo

1. Strzelczyk J.: Mity, podania i wierzenia dawnych Słowian. Wyd. Rebis, Poznań 2007.
2. Szyjewski A.: Religia Słowian. Wyd. WAM, Kraków 2003.
3. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Ondyny>, data pobrania 6.02.2015.
4. <http://pl.wikipedia.org/wiki/%C5%BBywio%C5%82aki>, data pobrania 6.02.2015.
5. Chen M.L., Keens T.G.: Congenital central hypoventilation syndrome: not just another rare disorder. *Pediatric Respiratory Reviews*, 2004, 5, 182-189.
6. Lublić K., Fister I. Jr, Fister I.: Congenital Central Hypoventilation Syndrome: A Comprehensive Review and Future Challenges, *Journal of Respiratory Medicine*, 2014, doi:10.1002/ppul.21045.
7. Amerykańskie Stowarzyszenie Osób Chorych na CCHS, www.cchsnetwork.org, data pobrania 31.10.2014.
8. Massie J., Gillam L.: Ethical considerations with the management of congenital central hypoventilation syndrome, *Pediatr Pulmonol.* 2014 Sep 5. doi: 10.1002/ppul.23097.
9. Magalhães J., Madureira N., Medeiros R., et al: Late-onset congenital central hypoventilation syndrome and a rare PHOX2B gene mutation, *Sleep Breath.* 2014 May 4. [Epub ahead of print].

10. Tremoureux L., Raux M., Hudson A.L. et al.: Does the supplementary motor area keep patients with Ondine's curse syndrome breathing while awake? *PLoS One*. 2014, 24, 9, e84534.
11. Zespół ośrodkowej hipowentylacji. Broszura informacyjna dla Pacjenta i jego Opiekuna, edytowana przez Konsorcjum EUCHS, 2012, 1-70.
12. Marsh K., Ehrhardt E.: Case reports of congenital central hypoventilation syndrome. *Neonatal Netw*. 2012, 31(3), 157-61.
13. Gąsiewska-Drażba A.: Klątwa Ondyny albo zespół wrodzonej ośrodkowej hipowentylacji. *Gazeta dla Lekarzy*, 2013, 2, 11-14.
14. Zielonka T.M.: Epidemiologia chorób układu oddechowego u dzieci. *Postępy Nauk Medycznych*, 2008, 9, 551-558.
15. Patwari P.P., Wolfe L.F.: Rapid-onset obesity with hypothalamic dysfunction, hypoventilation, and autonomic dysregulation: review and update. *Curr. Opin. Pediatr.*, 2014, 26, 487-492.
16. Moszczyńska E., Kot K., Lecka-Ambroziak A. i wsp.: Zespół Rohhad. *Pediatr. Endokrynol.*, 2013, 12, 77-84.
17. Ławicka M., Sawicka J., Bakowska G.: Zespół Haddada. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 2013, 4532–4534.
18. Blaszczyński M., Sosnowska P.: Analiza technik operacyjnych choroby Hirschsprunga w leczeniu jednoetapowym na przestrzeni lat 2000-2011. *Nowa Peditria*, 2012, 3, 47-50.
19. Pratap A., Gupta D.K., Tiwari A., et al.: Application of a plain abdominal radiograph transition zone (PARTZ) in Hirschsprung's disease. *BMC Pediatr.*, 2007, 7, 5, doi:10.1186/1471-2431-7-5.
20. Gaultier C., Trang H., Dauger S., Gallego J.: Pediatric disorders with autonomic dysfunction: what role for PHOX2B? *Pediatric Research*, 2005; 58: 1-6.
21. Grygalewicz J., Mazurkiewicz H.: Bezdechy u dzieci zjawisko niepokojące. *Postępy Nauk Medycznych*, 2008, 9, 615-617.
22. Raghvendra, Tyagi S., Yadav P., et al.: Clinical aspects of congenital central hypoventilation syndrome (ondine's curse): a review. *International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research*, 2010, 4, 48-53.

23. Rand C.M., Yu M., Jennings L.J. et al.: Germline mosaicism of PHOX2B mutation accounts for familial recurrence of congenital central hypoventilation syndrome (CCHS). *Am J Med Genet A.*, 2012, 158A(9), 2297-301.
24. Rand CM, Carroll MS, Weese-Mayer DE: Congenital central hypoventilation syndrome: a neurocristopathy with disordered respiratory control and autonomic regulation. *Clin Chest Med.*, 2014, 35(3), 535-45.
25. Hayasaka K, Sasaki A.: Congenital central hypoventilation syndrome: paradigm shifts and future prospects. *Nihon Rinsho.* 2014, 72, 363-370.
26. Trang H., Dehan M., Beaufils F. et al.: The French Congenital Central Hypoventilation Syndrome Registry: general data, phenotype, and genotype". *Chest*, 2005, 127, 72– 79.
27. Wang T.C., Su Y.N., Lai M.C.: PHOX2B mutation in a Taiwanese newborn with congenital central hypoventilation syndrome. *Pediatr . Neonatol.* 2014, 55, 68-70.
28. Di Lascio S., Bachetti T., Saba E. et al: Transcriptional dysregulation and impairment of PHOX2B auto-regulatory mechanism induced by polyalanine expansion mutations associated with congenital central hypoventilation syndrome. *Neurobiol. Dis.*, 2013, 50, 187-200.
29. Harper R.M., Kumar R., Macey P.M., et al.: Affective brain areas and sleep-disordered breathing. *Prog. Brain. Res.*, 2014, 209, 275-293.
30. Perez I.A., Keens T.G.: Peripheral chemoreceptors in congenital central hypoventilation syndrome, *Respir. Physiol. Neurobiol.*, 2013, 1, 186-193.
31. Zelko FA, Nelson MN, Leurgans SE, Berry-Kravis EM, Weese-Mayer DE: Congenital central hypoventilation syndrome: neurocognitive functioning in school age children. *Pediatr Pulmonol*, 2010, 45, 92–98.
32. Boulanger-Scemama E., Fardeau C, Straus C, et al.: Ophthalmologic Impairment during Adulthood in Central Congenital Hypoventilation Syndrome: A Longitudinal Cohort Analysis of Nine Patients. *Ophthalmic Genet.*, 2014, 12, 1-6.
33. Amin R., Moraes T.J., Skitch A. et al.: Diagnostic practices and disease surveillance in Canadian children with congenital central hypoventilation syndrome. *Oncogene*, 2014, 19, 3316-3324.
34. Healy F, Marcus CL: Congenital central hypoventilation syndrome in children. *Paediatr Respir Rev* 2011, 12, 253–263.
35. De Lorijn F., Kremer L.C.M., Reitsma J.B., Benninga M.A.: Diagnostic tests in

- Hirschsprung disease: a systematic review. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 2006, 42, 496–505
36. Weese-Mayer DE, Berry-Kravis EM, Ceccherini I, Keens TG, Loghmanee DA, Trang H; ATS Congenital Central Hypoventilation Syndrome Subcommittee: An official ATS clinical policy statement: Congenital central hypoventilation syndrome: genetic basis, diagnosis, and management. *Am J Respir Crit Care Med*, 2010, 181, 626–644.
37. Weese-Mayer DE, Berry-Kravis EM, Ceccherini I, Rand CM: Congenital central hypoventilation syndrome (CCHS) and sudden infant death syndrome (SIDS): kindred disorders of autonomic regulation. *Respir Physiol Neurobiol*, 2008, 164, 38–48.
38. Morélot-Panzini C., Gonzalez-Bermejo J, Straus C, Similowski T.: Reversal of pulmonary hypertension after diaphragm pacing in an adult patient with congenital central hypoventilation syndrome. *Int. J. Artif. Organs*, 2013, 25, 434-438.
39. Kam K, Bjornson C, Mitchell I.: Congenital central hypoventilation syndrome; safety of early transition to non-invasive ventilation. *Pediatr Pulmonol*, 2014, 49(4), 410-3.
40. Chen ML, Tablizo MA, Kun S, Keens TG: Diaphragm pacers as a treatment for congenital central hypoventilation syndrome. *Expert Rev Med Devices*, 2005, 2, 577–585.
41. Straus C, Trang H, Becquemin MH, Touraine P, Similowski T: Chemosensitivity recovery in Ondine's curse syndrome under treatment with desogestrel. *Respir Physiol Neurobiol*, 2010, 171, 171–174.

Stępień Renata¹, Wiraszka Grażyna¹, Zdziebło Kazimiera¹, Wieczorek Anna²

Problemy funkcjonalne i jakość życia chorych objętych stacjonarną opieką hospicyjną

1. Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Nauk o Zdrowiu
2. Centrum Medyczno-Charytatywne Caritas im. Św. Jana z Dukli w Krośnie

Wstęp

Leczenie objawowe, opieka paliatywna i hospicyjna stanowiące we współczesnej medycynie ważny element składowy całościowego leczenia i opieki onkologicznej. Jakkolwiek te sposoby postępowania/leczenia nie prowadzą do wyleczenia, to jednak mogą zmodyfikować/zwolnić postęp choroby – niejednokrotnie przedłużyć życie, przynieść znaczną poprawę, złagodzić oznaki i objawy ciężkiej choroby, chronić przed powikłaniami. Skuteczne uśmierzanie dolegliwości wraz ze wsparciem psychicznym niejednokrotnie umożliwiają również kontynuowanie terapii onkologicznych przedłużających życie [1].

Rozpoznanie choroby nowotworowej lub innego ciężkiego schorzenia zagrażającego życiu dla większości ludzi staje się jednym z najtrudniejszych momentów ich życia. Człowiek w sposób świadomy lub nieświadomy podejmuje wewnętrzny proces przygotowania się do utraty zdrowia i śmierci [2].

Głównym celem opieki paliatywnej pozostaje poprawa jakości życia chorych, a jego osiągnięciu podporządkowane są wszystkie formy leczenia i opieki. Uznanie tej zasady za priorytetową oznacza próbę zaspokojenia w sposób zindywidualizowany potrzeb chorego [3]. W niej zawiera się zmniejszenie cierpień psychicznych i fizycznych poprzez leczenie objawowe, także właściwe stosowanie środków przeciwbólowych, profesjonalna opieka pielęgniarska oraz towarzyszenie choremu i jego rodzinie w trudnej drodze, którą wspólnie przechodzą [4].

Opieka paliatywna zarówno w fazie aktywnej, objawowej, jak i wspomagania, nakierowana jest na nierozdzielnie połączone ze sobą sfery życia człowieka: somatyczną, psychiczną, społeczną i duchową [5].

Pacjenci będący w terminalnej fazie przewlekłej choroby somatycznej znajdują się w podobnej sytuacji klinicznej i psychospołecznej, którą cechują: narastające dolegliwości, postępujące upośledzenie sprawności fizycznej i ruchowej oraz związana z tym izolacja społeczna, ograniczenie dotychczas pełnionych ról społecznych. Sytuacja wywołana przez stan

terminalny, ze wszystkimi jego ograniczeniami zmienia w sposób zasadniczy wypracowaną w ciągu życia strukturę potrzeb i związaną z nim hierarchię wartości. Wraz z rozwojem choroby i jej destrukcyjnych skutków na plan pierwszy wysuwają się potrzeby biologiczne: jedzenia, snu, a zwłaszcza komfortu fizycznego, jak również potrzeba bezpieczeństwa [6]. Niemniej istotne staje się w opiece paliatywnej zaspokojenie potrzeb psychicznych i socjalnych, z których na pierwszy plan wysuwa się potrzeba poczucia własnej wartości i utrzymania dobrych kontaktów społecznych. We właściwym przeżywaniu poczucia własnej wartości przez pacjenta ważne jest okazywanie szacunku i podmiotowego traktowania jego osoby przez personel medyczny, podkreślając jego godność i prawa. Troska o jakość życia chorych nawet w tak trudnym okresie jest bardzo ważna, wyraża się w ciągłych staraniach o subiektywnie przeżywany komfort chorego. Temu celowi służy ogół działań opiekuńczych, nakierowanych na dobre przeżywanie terażniejszości przez chorego i jego dobrą jakość życia [3].

Założenia i cel pracy

Celem pracy było oszacowanie możliwości funkcjonalnych chorych oraz ich jakości życia w zaawansowanej chorobie nowotworowej

Material i metody

Badaniem objęto 107 pacjentów przebywających pod opieką hospicjów stacjonarnych im. Św. Łazarza w Krakowie oraz im. Św. M. Teresy z Kalkuty w Krośnie. Badania przeprowadzono w okresie od 1.09.2011 roku do 31.11.2011. Udział pacjentów w badaniu był dobrowolny i poprzedzony wyrażeniem świadomej zgody.

Metody badawcze stanowiły: analiza dokumentacji medycznej pacjentów oraz sondaż diagnostyczny z zastosowaniem standaryzowanego kwestionariusza WHOQoL –Bref. Narzędzie to przeznaczone jest do oceny jakości życia osób zdrowych i chorych zarówno do celów poznawczych, jak i klinicznych. WHOQoL –Bref umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych oraz środowiskowej. Skala ta zawiera również dwa pytania, które analizowane są oddzielnie. Pierwsze dotyczy indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia, a drugie indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia. Każde z pytań może zostać ocenione w zakresie od 0 do 5 punktów. Punktacja dziedzin ma kierunek pozytywny, co oznacza, że im większa liczba punktów tym lepsza jakość życia [7].

Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono w formie średniej arytmetycznej (śr. arytm.) oraz odchylenia standardowego (sd). Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test t-Studenta (t). Dla więcej niż dwóch grup wykorzystano analizę

wariancji (F) . Natomiast dla zbadania związku między zmiennymi użyto korelacji Pearsona (r). Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istotne statystycznie różnice lub zależności.

Wyniki

Zbadano 107 pacjentów objętych stacjonarną opieką hospicyjną, w tym 47 (43,93%) w hospicjum im. Św. M. Teresy z Kalkuty w Krośnie oraz 60 (56,07%) w hospicjum im. Św. Łazarza w Krakowie. Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 59,19 lat ($\pm 16,83$). Najlicniejszą grupę wśród wszystkich chorych stanowiły osoby w przedziale wiekowym od 51 do 70 lat ($n=41$; 38,32%). W pozostałych grupach wiekowym do 50 lat ($n=35$; 32,71%) i powyżej 70 lat ($n=31$; 28,97%) rozkład procentowy był zbliżony. W odniesieniu do kobiet ($n=49$; 45,79%), liczniejszą grupę stanowili mężczyźni ($n=58$, 54,21%). Blisko $\frac{1}{3}$ badanych pacjentów posiadała wykształcenie zawodowe ($n=36$; 33,64%), mniej licznie reprezentowano pozostałe kategorie: podstawowe ($n=22$; 20,56%), średnie ($n=26$; 24,30%) i wyższe ($n=23$, 21,50%). W związku małżeńskim pozostawało 49,53% ($n=53$) chorych.

W analizie dolegliwości somatycznych pacjenci najczęściej uskarżali się na nudności, wymioty i zaparcia, senność, duszność oraz ból i brak apetytu. Problemy dotyczące sfery psychicznej to obniżony nastrój, depresja oraz poczucie znużenia.

W tabeli I zaprezentowano wyniki jakości życia uzyskane w grupie chorych objętych stacjonarną opieką hospicyjną. Potwierdzają one występowanie u badanych szeregu problemów natury fizycznej, psychicznej i środowiskowej, co znalazło również odzwierciedlenie w niezadawalającej percepcji swego zdrowia i niskiej jakości życia. Najwyższe wyniki uzyskano w ocenie dziedziny społecznej, co potwierdza dobre relacje chorych z bliskimi i możliwość uzyskania od nich wsparcia społecznego.

Tabela I. Ocena jakości życia w badanej grupie

Lp.	Dziedziny	Zakres ocen	śr. arytm.	min	max	sd
1	Fizyczna	0-35	11,30	6,29	18,29	2,72
2	Psychiczna	0-30	12,13	6,00	17,33	2,35
3	Społeczna	0-15	13,01	6,67	18,67	2,92
4	Środowisko	0-40	12,43	7,50	17,50	2,04
5	Ogólna jakość życia	0-5	3,21	1,00	5,00	1,07
6	Ogólna percepcja zdrowia	0-5	2,71	1,00	5,00	1,03

Analiza wpływu wybranych zmiennych społeczno-demograficznych na jakość życia badanych pacjentów wskazała, iż jedną z istotnych determinant pozostaje wiek.

Współwystępowanie terminalnej fazy choroby wraz z wyższą kategorią wiekową w sposób istotny pogarsza możliwości funkcjonalne w dziedzinie fizycznej ($r = -0,30$; $p < 0,01$), relacjach społecznych ($r = -0,24$; $p < 0,01$) oraz ocenę ogólnej percepcji zdrowia ($r = -0,23$; $p < 0,05$). Zależność ta w sposób znamieny nie dotyczyła funkcjonowania w sferze psychicznej i środowiskowej, a także ogólnej jakości życia ($p > 0,05$).

Jak prezentuje tabela II w żadnej z analizowanych kategorii jakości życia względem płci nie odnotowano różnic istotnych statystycznie. Uzyskane wyniki średnie wskazują, iż mężczyźni doświadczali nieznacznie lepszej jakości życia w dziedzinie psychicznej, środowiskowej oraz relacjach społecznych w odniesieniu do kobiet. Natomiast w zakresie ogólnej jakości życia oraz percepcji zdrowia obie grupy dokonały zbliżonych ocen.

Tabela II. Ocena jakości życia w badanej grupie z uwzględnieniem płci.

Lp.	Dziedziny	Kobiety		Mężczyźni		Poziom istotności	
		śr. arytm.	sd	śr arytm.	sd	t	p
1	Fizyczna	11,36	2,66	11,24	2,79	0,21	0,83
2	Psychiczna	11,71	2,28	12,50	2,36	-1,75	0,08
3	Społeczna	12,75	3,00	13,23	2,85	-0,84	0,40
4	Środowisko	12,32	2,08	12,53	2,02	-0,53	0,60
5	Ogólna jakość życia	3,22	1,09	3,21	1,07	0,08	0,93
6	Ogólna percepcja zdrowia	2,71	1,14	2,70	0,94	0,04	0,97

Istotnym czynnikiem determinującym lepsze funkcjonowanie w sferze psychicznej w terminalnej fazie choroby pozostaje wyższy poziom wykształcenia. W odniesieniu do pozostałych obszarów jakości życia zmienna ta nie odgrywała znamiennej roli. Szczegółowe dane zamieszczono w tabeli III.

Dane zamieszczone w tabeli IV wskazują, iż pozostawanie w związku małżeńskim istotnie poprawia chorym możliwości funkcjonalne w obszarze życia psychicznego ($p < 0,01$), fizycznego ($p < 0,05$) oraz społecznego ($p < 0,05$).

Tabela III. Ocena jakości życia w badanej grupie z uwzględnieniem wykształcenia

Lp.	Dziedziny	Wykształcenie								Poziom istotności	
		podstawowe		zawodowe		średnie		wyższe			
		śr. arytm.	sd	śr. arytm.	sd	śr. arytm.	sd	śr. arytm.	sd	F	P
1	Fizyczna	11,04	2,56	10,97	2,21	11,92	3,07	11,35	3,18	0,69	0,56
2	Psychiczna	11,76	2,25	11,38	2,51	12,41	2,18	13,37	1,88	3,99	0,01
3	Społeczna	13,39	2,78	12,21	2,67	13,13	2,99	13,74	3,20	1,53	0,21
4	Środowisko	12,30	2,18	12,26	2,01	12,54	1,98	12,72	2,12	0,29	0,83
5	Ogólna jakość życia	3,27	0,83	3,22	1,15	3,19	1,20	3,17	1,07	0,04	0,99
6	Ogólna percepcja zdrowia	2,73	1,03	2,42	0,91	2,73	1,04	3,13	1,10	2,35	0,08

Tabela IV. Ocena jakości życia w badanej grupie z uwzględnieniem stanu cywilnego

Lp.	Dziedziny	Stan cywilny						Poziom istotności	
		Wolny/a		mężatka/zonaty		wdowa/wdowiec			
		śr. arytm.	sd	śr. arytm.	sd	śr. arytm.	sd	F	p
1	Fizyczna	11,02	2,91	12,00	2,58	9,71	1,83	3,59	0,04
2	Psychiczna	11,28	2,06	13,28	1,82	10,76	2,32	7,17	0,002
3	Społeczna	12,00	2,83	14,44	2,21	12,40	2,49	4,50	0,02
4	Środowisko	12,77	2,06	12,39	2,12	12,07	1,83	0,80	0,45
5	Ogólna jakość życia	3,08	0,64	3,42	1,02	3,20	0,86	0,64	0,53
6	Ogólna percepcja zdrowia	2,31	0,95	2,47	0,90	2,20	0,68	0,45	0,64

Dyskusja

Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (*Health Related Quality of Life –HRQL*), rozumiana jako subiektywna ocena aktualnej sytuacji życiowej człowieka ze szczególnym uwzględnieniem wpływu choroby i leczenia na tę sytuację w wybranym odcinku czasu, w opiece paliatywnej najczęściej bywa analizowana poprzez cztery obszary. Pierwszy obejmuje sprawność ruchową pacjentów w stanie terminalnym, która wyraża się stopniem zdolności do samoobsługi. Obszar drugi to ocena stanu somatycznego, na który składa się sprawność podstawowych funkcji fizjologicznych oraz doznania somatyczne pacjentów. W trzecim obszarze analizie podlega stan psychiczny, określany stopniem przystosowania do choroby.

Obszar ostatni, społeczny określa rodzaj i jakość kontaktów międzyludzkich, warunków materialno-bytowych i relacji wewnątrzrodzinnych [8].

W opisie swego stanu somatycznego badani jako najbardziej uciążliwe objawy podawali nudności, wymioty i zaparcia. Jak podaje piśmiennictwo dolegliwości te dotyczą około 40-70% chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową i stanowią ważny problem terapeutyczny, a ich nie wystarczające opanowanie w znaczący sposób obniża jakość życia [9,10,11]. Innym nasilonym objawem występującym w ostatnich dniach życia pacjentów, szczególnie z zaawansowaną chorobą nowotworową, jest duszność. Dotyczy ona według różnych opracowań około 40-80% chorych objętych opieką paliatywną [12]. Objaw ten jest przykry i stresujący nie tylko dla chorego, ale również dla opiekujących się nim osób [13,14].

W badaniach własnych dolegliwość ta była uciążliwa dla 11% chorych. Omówione powyżej objawy mogą być ze sobą powiązane. Jak podaje Watson i wsp. [12] zmęczenie, osłabienie mięśni, pulsacja nerwu przeponowego oraz nacieki zaciskające ścianę klatki piersiowej, a także lęk są najczęściej spotykanymi problemami, które mogą powodować lub nasilać duszność. Inne objawy fizyczne powodujące dyskomfort badanych, to: zmęczenie, zmęczenie, osłabienie oraz ból. Uczucie zmęczenia i osłabienia może być spowodowane samą chorobą nowotworową i jej konsekwencjami, ale również prowadzonym leczeniem: chemioterapią, radioterapią, przebyciem zabiegu operacyjnego, stosowanymi lekami, np.: przeciwbólowymi. Przyczynami analizowanych dolegliwości mogą być także: ból, mdłości i wymioty, niedokrwistość, zaburzenia elektrolitowe, niedożywienie, duszność, zmniejszenie masy ciała, odwodnienie. Istotnym źródłem potęgującym powyższe dolegliwości są czynniki psychiczne, takie jak: stres, zaburzenia snu, depresja [5].

Ból był istotnym problemem dla 6,5% chorych uczestniczących w badaniu. Źródłem bólu pacjentów pozostaje najczęściej sama choroba nowotworowa (85%), ale przyczyną może być również stosowane leczenie, niesprawność będąca konsekwencją choroby nowotworowej czy też czynniki niezwiązane z przebiegiem procesu nowotworowego. Pacjenci wymagający opieki paliatywnej najczęściej odczuwają przewlekły ból złośliwy [12]. Ból występuje u połowy chorych aktywnie leczonych przyczynowo i 70-80% chorych w okresie terminalnym. Pomimo postępu w leczeniu u 10-15% pacjentów z chorobą nowotworową nie udaje się go uśmierzyć w stopniu zadawalającym [15,16,17]. Sfera fizyczna badanych zarówno kobiet, jak i mężczyzn, była najniżej ocenionym obszarem jakości życia. Otrzymane wyniki potwierdzają obecność trudności dotyczących wykonywania czynności dnia codziennego, uzależnienie od leków i leczenia, brak energii i zmęczenie, problemy z poruszaniem się, wypoczynkiem i snem.

Badania Mess i wsp. [18] potwierdzają, iż obniżona wydolność organizmu i związana z tym zdolność do samoobsługi stanowi istotny czynnik determinujący niską jakość życia.

Z dolegliwościami obejmującymi obszar fizyczny ściśle powiązana jest sfera psychiczna pacjenta. U badanych chorych zaburzenia emocjonalne obejmowały obniżony nastrój, poczucie znużenia oraz objawy depresji. Dane publikowane w piśmiennictwie wskazują, że u około 25% pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej mogą rozwinąć się znaczące zaburzenia nastroju. Częstość występowania depresji zawiera się w granicach 3-69%. Objawy depresji mogą przybierać postać od smutku do zaburzeń adaptacyjnych. Diagnostyka depresji jest trudna ze względu na to, iż jej objawy mogą zmieniać się w ciągu dnia, a zatem pojawia się ryzyko ich przeoczenia. Ponadto symptomy depresji mogą być tuszowane przez zachowania społeczne pacjentów lub objawy wegetatywne. Jednym z głównych problemów pozostaje odróżnienie depresji od fizjologicznego smutku, który może pojawić się u kresu życia [12].

Badania własne pozwoliły stwierdzić u chorych w zaawansowanej chorobie nowotworowej, istnienie ujemnej korelacji pomiędzy wiekiem a wybranymi obszarami jakości życia. Postępujący wiek wiąże się z obniżeniem możliwości funkcjonalnych w sferze fizycznej, społecznej i ocenie ogólnej percepcji zdrowia. Proces starzenie się człowieka powiązany jest z utratą homeostazy organizmu, a zatem większą podatnością na choroby. Wykazano, iż ponad połowa wszystkich nowych rozpoznań nowotworów dotyczy pacjentów po 65. roku życia. Nowotwór stanowi najczęstsza przyczynę śmierci mężczyzn i kobiet w wieku 60-79 lat i druga wiodącą przyczynę śmierci u pacjentów w wieku 80 lat i powyżej [19].

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, iż mężczyźni odczuwali lepszą jakość życia w dziedzinie psychicznej, relacjach społecznych i środowisku w porównaniu z kobietami, które miały nieznacznie wyższą jakość życia w dziedzinie fizycznej oraz odczuwały lepszą ogólną percepcję zdrowia i jakość życia. Należy podkreślić, że istotnym kryterium jakości życia człowieka jest poziom jego świadomości wymuszany przez wiedzę o świecie i informacje, które w decydującym stopniu wpływają na sposób widzenia świata i obecną sytuację życiową, na postawy i zachowania człowieka. Ogólna percepcja zdrowia wśród badanych była najwyższej oceniana przez ankietowanych z wykształceniem wyższym, a najniższej z zawodowym. Poziom wykształcenia odgrywał również istotną rolę w ocenie innych kategorii jakości życia. Osoby z wykształceniem wyższym lepiej funkcjonowały w obszarze psychicznym, fizycznym, środowiskowym oraz relacjach społecznych. Podobne wyniki uzyskali także inni autorzy [20,21].

Rola wsparcia społecznego w rozwiązywaniu problemów życiowych i trudnych sytuacji jest ważna i zależy między innymi od tego, czy realne wsparcie społeczne istnieje, jest dostępne i odpowiednie [19]. W badanej grupie pacjentów osoby pozostające w związkach małżeńskich odczuwały lepszą jakość życia w dziedzinie psychicznej, środowiskowej oraz relacjach społecznych. Wsparcie społeczny ma znaczący wpływ na funkcjonowanie chorego, zmniejsza nasilenie negatywnych symptomów, takich jak: lęk, niepokój, depresja. Bliskość życzliwych osób daje poczucie bezpieczeństwa, akceptacji, pomaga zmniejszyć lęk i bezradność. Ponadto pacjentom otrzymującym wsparcie społeczne łatwiej jest stosować się do zaleceń lekarskich i zaangażować się w proces leczenia [22]. W badaniach Glińskiej i wsp. [23] wykazano istotną zależność statystyczną ($p=0,0168$) pomiędzy satysfakcją ze wsparcia a odczuwaniem dolegliwości fizycznych. Pacjenci, którzy otrzymali wsparcie, głównie instrumentalne i informacyjne, zgłaszali łagodniejsze dolegliwości ze strony badanych układów.

Wnioski:

1. Szczególnego wsparcia w terminalnej fazie choroby, a zwłaszcza w obszarze fizycznym i społecznym, wymagają starsi pacjenci.
2. Pozostawanie chorego objętego stacjonarną opieką hospicyjną w dobrych w relacjach małżeńskich, rodzinnych wpływa korzystnie na jego, jakość życia w obszarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego.
3. Niższy poziom wykształcenia jest istotnym czynnikiem determinującym gorsze możliwości funkcjonalne w sferze psychicznej u pacjentów będących w terminalnej fazie choroby.

Piśmiennictwo:

1. Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A.: Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna. Nowiny Lek., 2011, 80, 1, 3-15.
2. Fijuth J., Jeziorski A., Kordek R., Krzakowski M., Piekarski J.: Onkologia. Wyd. PZWL, Warszawa 2003.
3. de Walden-Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. Wyd. PZWL, Warszawa 2004.
4. Wilmont A.: Hospicjum jako instytucja opieki paliatywnej funkcjonująca w systemie opieki zdrowotnej. Pielęg. XXI w., 2010, 3-4, 129-131.
5. Piekarski J.: Opieka pielęgniarska w onkologii [w]: Onkologia podręcznik dla pielęgniarek. A. Jeziorski (red). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 167-250.

6. de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A.: Pielęgniarstwa w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wyd. PZWL, Warszawa 2008.
7. Wołowicka L., Jaracz K.: Polska wersja WHOQOL-WHOQOL 1000 i WHOQOL BREF [w]: Jakość życia w naukach medycznych. Wołowicka L. (red.). Wyd. Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań 2001, 259-280.
8. de Walden-Gałuszko K.: Problemy w ocenie jakości opieki paliatywnej [w]: Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce, de Walden-Gałuszko K., Majkiewicz M. (red.). Zakład Medycyny Paliatywnej AM, Gdańsk 2000, 14-15.
9. de Walden-Gałuszko K.: O nowych możliwościach pomocy chorym w zaawansowanym stadium choroby w świetle założeń psychologii pozytywnej. *Med. Paliat.*, 2011, 4, 197-201.
10. Krzyżak-Jankowicz M., Jankowicz R., Światoniowski G.: Nudności i wymioty u pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową – regulacja receptorowa a wybór optymalnej farmakoterapii. *Med. Rodz.*, 2008, 4, 104-110.
11. Stone P.C., Minton O.: Cancer-related fatigue. *Eur. J Cancer.*, 2008, 44, 1097-1104.
12. Watson M. S., Lucas C.F., Hoy A.M., Back I.N.: *Opieka Paliatywna*. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007.
13. Higginson I., Mac. Carthy M.: Measuring symptoms interterminal cancer: are pain and dyspnea controlled? *J. Roy. Soc. Med.*, 1989, 82, 264-267.
14. Leppert W., Jezierska B.: Postępowanie w duszności u chorych na nowotwory. *Medycyna*, 2011, 1, 19-32.
15. Dzierżanowski T., Ciałkowska-Ryż A.: Ból neuropatyczny u pacjentów objętych opieką paliatywną. *Med. Paliat.*, 2010, 2, 57.
16. Kaczmarek M.S., Żółtak –Bączkowska K., Szymkiewicz –Kowalska M., Karakiewicz B.: Analiza problemów medycznych i psychospołecznych pacjentów objętych opieką Hospicjum Domowego w Szczecinie w 2007 roku. *Med. Paliat.*, 2011, 2, 81-86.
17. Stępień R., Wrońska I., Wiraszka G., i wsp.: Jakość życia chorych z zespołem wyniszczenia nowotworowego. *Pielęg. XXI w.*, 2012, 41, 67-72.
18. Mess E., Szmyd K., Wójcik D., Kempieńska E.: Jakość życia pacjentów w chorobie nowotworowej. *Onkol. Pol.*, 2005, 8, 158-161.
19. Modlińska A., Buss T., Krakowiak P.: Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym w terminalnym okresie choroby nowotworowej. *Przegl. Lek.*, 2009, 66, 479-484.

20. Ponczek D., Nowicki A, Zegarski W.: Ocena jakości życia chorych leczonych chirurgicznie z powodu raka odbytnicy w aspekcie czynników społeczno-demograficznych. *Współ. Onkol.*, 2006, 10, 164-170.
21. Wysokiński M., Fidecki W., Korzeniowska M., Wrońska I.: Jakość życia pacjentów w podeszłym wieku z nowotworami przewodu pokarmowego hospitalizowanych na oddziale chirurgii ogólnej. *Pielęg. Chir. Angiol.*, 2012, 2, 72-77.
22. Michałowska –Wieczorek I.: Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkol.*, 2006, 2, 56.
23. Glińska J., Adamska E., Brosowska B., Lewandowska M: Problemy fizyczne chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej a wsparcie społeczne ze strony personelu pielęgniarskiego. *Probl. Pielęg.*, 2009, 17, 190-198.

Kupcewicz Ewa, Borkowska Barbara, Wołosewicz Iwona, Kędzia Alina

**Akceptacja choroby a stosowane strategie radzenia sobie z doświadczanym bólem
nowotworowym**

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski
w Olsztynie

Stosowane skróty:

AIS - Skala Akceptacji Choroby

CSQ - Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem

M- średnia arytmetyczna

Me – mediana

SD – odchylenie standardowe

IASP - Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu

Wstęp

Pojawienie się w życiu człowieka choroby, a zwłaszcza choroby nowotworowej, powoduje zmaganie się z różnymi dolegliwościami, z których najbardziej przykrymi i uciążliwymi jest ból i złe samopoczucie. Choroba nowotworowa niesie ze sobą dla chorego konsekwencje poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Chorzy już na etapie diagnozowania, a następnie leczenia różnią się w sposobach zmagania się z chorobą, które warunkują jakość ich życia [1,2]. W życiu chorego i najbliższego otoczenia pojawiają się nowe okoliczności, które wymagają przystosowania się do choroby i akceptacji swojej choroby bez doświadczania negatywnych emocji czy reakcji. Najbardziej pożądana jest akceptacja choroby przejawiająca się gotowością do akceptacji siebie w roli chorego, roli, którą trzeba pełnić do końca życia [3]. Akceptacja roli chorego to proces zmian, którego celem jest przywrócenie równowagi funkcjonalnej i emocjonalnej oraz poczucia kontroli nad własnym życiem [4]. W przebiegu procesu nowotworowego zjawiskiem doświadczanym przez chorego jest ból. Zgodnie z definicją Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu ((IASP – *International Association for the Study of Pain*), ból określa się jako „nieprzyjemne, jednocześnie zmysłowe i emocjonalne przeżycie towarzyszące istniejącemu lub potencjalnie

zagrożającemu uszkodzeniu tkanek lub odnoszące się do takiego uszkodzenia” [5,6]. Schwob wskazuje, że „ból to doznanie nerwowe, podległe ściśle określonym mechanizmom neurologicznym, neurobiologicznym, neurobiochemicznym, stanowi zarazem nieodłączną część ludzkiej istoty” [7]. Jak twierdzi de Walden-Gałuszko koncepcje bólu należy postrzegać jako proces wieloetapowy, który ułatwia jego zrozumienie i ma praktyczne implikacje. Pierwszy etap odpowiada percepcji zmysłowo-dyskryminacyjnej, drugi to pojawiający się natychmiast etap przykrości, trzeci to etap złożonej odpowiedzi poznawczo-wartościującej i związanych z nią reakcji uczuciowych. Etap czwarty odpowiada ekspresji bólu wyrażonej tak zwanym zachowaniem bólowym. Ocena bólu może dotyczyć każdego etapu, poczynając od prostej percepcji po bardziej złożone metody badawcze [8]. Ból, a nawet świadomość jego pojawienia się może wpływać na sferę emocjonalną człowieka, oddziaływać na sposoby radzenia sobie z trudnościami, przeszkodami i zagrożeniami, modyfikować zachowania zdrowotne, a nawet zmieniać proces leczenia [1]. Liczne badania kliniczne potwierdzają, że lęk pojawia się jako reakcja na ból (sytuację zagrożenia) i stanowi czynnik dodatkowo go potęgujący (m.in. poprzez zwiększenie napięcia mięśniowego) [9,10,11,12]. Fernandez wskazuje między innymi na to, że osoby cierpiące z powodu przewlekłego bólu często doświadczają poczucia gniewu [6,13]. Jak dowodzą badania naukowe prowadzone przez Suchocką, dotyczące zdolności radzenia sobie w sytuacji choroby, której towarzyszą dolegliwości bólowe o różnym stopniu natężenia, chory w praktyce stosuje różnego rodzaju strategie, których celem finalnym jest obniżenie odczuwanego bólu [14]. Ból jest to więc doświadczenie subiektywne, wieloobszarowe, przeżywane indywidualnie przez człowieka i to tłumaczy jego dużą różnorodność [15].

Założenia i cel pracy

W niniejszej pracy podjęto próbę odpowiedzi na pytanie: „*W jakim stopniu respondenci są w stanie zaakceptować swoją chorobę bez doświadczania negatywnych uczuć i emocji oraz jakie najczęściej stosują strategie radzenia sobie z bólem nowotworowym?*”.

Celem pracy była próba określenia związku pomiędzy stopniem akceptacji choroby a strategiami radzenia sobie z bólem nowotworowym, a także ocena czynników mających wpływ na poziom akceptacji choroby i stosowane strategie.

Materialy i metody

W badaniu udział wzięło 100 pacjentów, którzy przebywali pod opieką hospicjum stacjonarnego i hospicjum domowego na terenie województwa mazowieckiego na przełomie 2013 i 2014 roku z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej. Chorzy zostali

poinformowani o celu badania i mieli możliwość zadawania pytań. Wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu. Badanie zostało przeprowadzone za pomocą kwestionariusza własnej konstrukcji, zawierającego pytania o podstawowe dane społeczno-demograficzne, tj: płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie. Pytano ankietowanych także o stosowanie drabiny analgetycznej, o czas zmagania się z chorobą, występowanie chorób współistniejących i otrzymywane wsparcie. Do oszacowania stopnia akceptacji choroby wśród ankietowanych posłużono się Skalą Akceptacji Choroby (AIS, *Acceptance of Illness Scale*) przygotowaną przez *Barbarę J. Felton, Tracey A. Revenson i G. A. Hinrichsen* (polska adaptacja: Z. Juczyński). Kwestionariusz zawiera 8 stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. W każdym stwierdzeniu badany określał swój aktualny stan w skali pięciostopniowej, od 1 – zdecydowanie zgadzam się do 5 – zdecydowanie nie zgadzam się. Suma wszystkich punktów jest ogólną miarą stopnia akceptacji swojej choroby, a jej zakres mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów. AIS posiada dobre właściwości psychometryczne, dla której *alfa* Cronbacha wynosi 0,82, zaś wskaźnik stałości test – retest na przestrzeni siedmiu miesięcy 0,69 [1].

W celu charakterystyki strategii radzenia sobie z bólem przez osoby w badanej grupie zastosowano kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem – CSQ. Kwestionariusz CSQ (*The Pain Coping Strategies Questionnaire*) autorstwa *Anne C. Rosenstiel i Frances J. Keefe* (polska adaptacja: Z. Juczyński) zawiera 42 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju sposoby radzenia sobie z bólem, odzwierciedlające sześć poznawczych oraz jedną behawioralną strategię, dwa pytania dotyczące oceny własnych umiejętności poradzenia sobie i obniżenia bólu. W kwestionariuszu wykorzystano siedmiostopniową skalę typu Likerta. Dla każdej strategii oblicza się wynik, który mieści się w obszarze od 0 do 36 punktów. Im wyższy wynik, tym większe znaczenie przypisywane danemu sposobowi radzenia sobie z bólem. Oddzielnie interpretuje się pytania dotyczące stopnia opanowania i możliwości zredukowania swojego bólu. CSQ posiada dobre właściwości psychometryczne, dla której *alfa* Cronbacha dla całego kwestionariusza wynosi 0,80, zaś dla poszczególnych strategii przekracza 0,80, oprócz strategii odwracanie uwagi (0,64) oraz strategii nazwanej: zwiększona aktywność behawioralna (0,63) [1]. Do oceny wyników zastosowano analizę opisową. Parametry mierzalne charakteryzowano podając wartość średnią i odchylenie standardowe, a parametry niemierzalne przy pomocy liczności i frekwencji pacjentów w klasach. Do oceny zróżnicowania wartości średnich badanych cech w klasach zmiennych grupujących pacjentów zastosowano test U – Manna – Whitney'a i ANOVA rang Kruskala – Walisa. Zebrany

materiał poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego Statistica 10 PL. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p \leq 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

Wyniki badań

Charakterystyka badanej grupy

Badaniem objęto grupę 100 chorych, w tym: 51 kobiet i 49 mężczyzn, którzy byli pod opieką paliatywno/hospicyjną. Wiek badanych wahał się od 36 do 90 lat, średnio wynosił 64,8 lata ($\pm 12,79$) z medianą 67 lat. Najbardziej liczną grupę stanowili chorzy w klasie wiekowej powyżej 70 lat (35%), następnie 61-70 lat (33%). Wśród respondentów 6% było poniżej 40. roku życia. Przeważali pacjenci mieszkający w miastach (64%). Ponad 1/3 badanych (37%) posiadało status emeryta, natomiast 20% pracowało zawodowo, 19% było na rencie, 12% wskazało, że prowadzi gospodarstwo rolne, pozostałe 12% to osoby bezrobotne. Aż 27% badanych to osoby owdowiałe, 45% było w związku małżeńskim, 24% stanu wolnego, 4% żyło w separacji/związku partnerskim. Prawie połowa badanych (46%) posiadała wykształcenie średnie, 24% podstawowe, 22% zasadnicze i 8% wykształcenie wyższe. Dobrą sytuację finansową posiadało 52% badanych, 35% dostateczną a 6% badanych określiło swoją aktualną sytuację finansową jako słabą. Najczęściej w grupie badanej byli chorzy, którzy z chorobą zmagali się do 12 miesięcy (53%), od 1 roku do 3 lat - 32% i grupa 15% respondentów pokonywała chorobę dłużej niż 3 lata. Wysoki odsetek badanych (94%) twierdził, że otrzymuje wystarczające wsparcie ze strony zespołu terapeutycznego. Z personelu medycznego najczęściej wymieniane były pielęgniarki, które otaczają chorych troskliwą opieką. W grupie badanych 92% podało występowanie chorób współistniejących, najczęściej wskazując nadciśnienie tętnicze (38%), cukrzycę (33%), chorobę niedokrwinną serca (18%) i osteoporozę (6%).

Stopień akceptacji choroby nowotworowej

Konsekwencje złego stanu zdrowia prowadzą się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę: braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżonego poczucia własnej wartości. Dla badanych osób zsumowano oceny poszczególnych twierdzeń i policzono ogólny wynik, który oznacza stopień akceptacji własnej choroby. Dla badanej grupy poziom akceptacji choroby zawierał się w przedziale od 8 do 38 punktów. Średni wynik wynosił $21,8 \pm 5,96$ punktu. W badanej grupie 80% wyników mieściło się w zakresie od 15,5 do 29,5 punktów. Natomiast 10% respondentów uzyskało

poniżej 15,5 punktów, co świadczy o niskim stopniu akceptacji choroby i podobnie 10% badanej grupy posiadało wysoki poziom akceptacji, tj. powyżej 29,5 punktów (Tabela I).

Tabela I. Statystyki opisowe dla Skali Akceptacji Choroby (AIS)

AIS	N	M	SD	Min	Max	Percentyl 10	Me	Percentyl 90
	100	21,8	5,96	8	38	15,5	21	29,5

Zestawienie wyników uzyskanych w AIS dla poszczególnych twierdzeń przedstawia Tabela II: wartości średnie (M) oraz odchylenia standardowe (SD).

Zaprezentowane wyniki wskazują, że przeciętna akceptacja twierdzeń dotyczących negatywnych konsekwencji złego stanu zdrowia oscyluje w granicach od 2,61 do 2,84, tzn. że większość pacjentów nie może się zdecydować czy „zgadza się”, czy też „nie zgadza się” z przedstawionymi twierdzeniami badającymi ich nastawienie do skutków choroby.

Tabela II. Akceptacja choroby nowotworowej w opinii badanych

AIS - Negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia	M	SD
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę (1-5).	2,80	0,98
Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię (1-5).	2,74	1,00
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny (1-5).	2,68	0,98
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę (1-5).	2,76	1,06
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół (1-5).	2,75	1,00
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem (1-5).	2,66	0,89
Nigdy nie będę samowystarczalnym, w takim stopniu, w jakim chciałbym być (1-5).	2,61	0,98
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby (1-5).	2,84	0,91
Ogólny wskaźnik akceptacji choroby (8-40).	21,84	5,96

W dalszej części pracy dokonano analizy wpływu zmiennych niezależnych na poziom akceptacji choroby stosując test ANOVA rang Kruskala-Wallisa (dla trzech grup) oraz test U-Manna - Whitney'a (dla dwóch grup). Zmienne niezależne podzielono na dwie grupy.

Pierwsza grupa zmiennych, tzw. społeczno – demograficznych to: płeć, wiek chorego, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, źródło dochodu/aktywność zawodowa, sposób prowadzenia gospodarstwa domowego i ocena sytuacji materialnej badanych. Do drugiej grupy zmiennych zaliczono: czas trwania choroby nowotworowej, występowanie chorób współistniejących, rodzaj jednostki organizacyjnej sprawującej opiekę paliatywną, czas/okres przebywania pod opieką paliatywno/hospicyjną, ocena wsparcia ze strony zespołu terapeutycznego, ocena wsparcia ze strony rodziny, zażywanie leków p/bólowych i stosowanie drabiny analgetycznej. Wyniki testów istotności wpływu zmiennych z pierwszej grupy na stopień akceptacji choroby zamieszczono w Tabeli III.

Tabela III. Wpływ zmiennych społeczno - demograficznych (I grupa) na poziom akceptacji choroby nowotworowej

Zmienne/AIS	N =100	M	SD
Płeć	U=1145, p= 0,47		
kobieta	51	21,9	7,1
mężczyzna	49	21,8	4,7
Wiek (klasy)	H=1,54, p= 0,68		
40 lat i poniżej	6	20,3	4,1
41 - 50	11	24,8	6,3
51- 60	15	22,6	5,8
61-70	33	21,6	6,2
71 lat i powyżej	35	21,0	6,0
Stan cywilny:	H=1,86, p= 0,86		
kawaler/panna	16	21,1	7,3
żonaty/zamężna	45	22,4	5,7
wdowiec/wdowa	27	21,3	6,4
rozwiedziony/rozwiedziona	8	22,1	4,9
w separacji	2	23,0	4,2
w związku partnerskim	2	20,5	2,1
Miejsce zamieszkania:	H=1,68, p=0,64		
wieś	36	21,7	6,5
miasto 50 tys. i poniżej	37	22,3	6,8
miasto 51-100 tys.	18	20,6	2,6
miasto 101 tys. i powyżej	9	23,1	5,3
Wykształcenie:	H=5,96, p=0,11		
podstawowe	24	24	6,4
zasadnicze zawodowe	22	19,8	5,3
średnie	46	21,7	5,7
wyższe	8	22	6,6

Źródło dochodu/aktywność zawodowa:	H=10,79, p=0,06		
praca zawodowa	20	22,4	5,5
status bezrobotnego	12	23,9	3,7
emeryt	37	20,2	5,9
rencista	19	21,5	6,3
gospodarstwo rolne	12	22,6	4,9
Sposób prowadzenia gospodarstwa domowego:	H=6,86, p=0,14		
samotnie	23	23,7	5,5
ze współmałżonkiem	40	22,1	5,6
z partnerem/partnerką	12	20,3	5,9
z dziećmi	24	20,5	6,9
dom pomocy społecznej	1	18,0	0,0
Ocena sytuacji materialnej:	H=12,20, p=0,006		
bardzo dobra	7	27,4	5,4
dobra	52	22,6	5,3
dostateczna	35	20,1	6,4
słaba	6	19	4,0

W wyniku analizy stwierdzono, że sytuacja finansowa osób badanych ma istotny statystycznie ($p=0,006$) wpływ na stopień akceptacji choroby nowotworowej. Zmienną oceniającą sytuację finansową poddano szczegółowej analizie w celu sprawdzenia, które grupy w kategorii oceny sytuacji finansowej w sposób istotny wpływają na różnicowanie wartości średnich poziomów akceptacji choroby. Jak wykazała analiza, wyróżniono dwie grupy istotnie różne (Tabela IV). Osoby oceniające swoją sytuację jako bardzo dobrą wskazują na istotnie statystycznie ($p=0,01$) wyższy poziom akceptacji choroby ($27,4\pm 5,4$) niż osoby oceniające swoją kondycję finansową jako dostateczną ($20,1\pm 6,4$).

Tabela IV. Istotność w poszczególnych grupach zmiennej dotyczącej sytuacji finansowej badanych

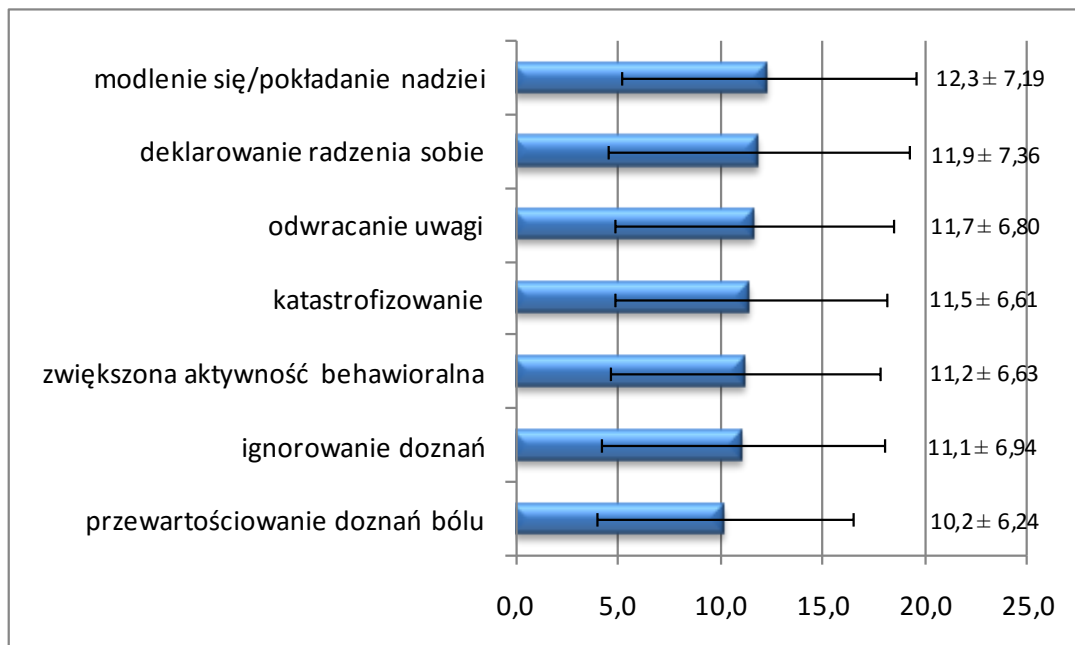
Ocena sytuacji finansowej	bardzo dobra	dobra	dostateczna	słaba
bardzo dobra		0,19	0,01	0,05
dobra	0,19		0,33	0,98
dostateczna	0,01	0,33		1,00
słaba	0,05	0,97	1,00	

W dalszej kolejności sprawdzono, które zmienne z drugiej grupy determinują stopień akceptacji choroby nowotworowej wśród respondentów. Okazało się, że nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności, w związku z tym pominięto ich prezentację.

Strategie radzenia sobie z bólem

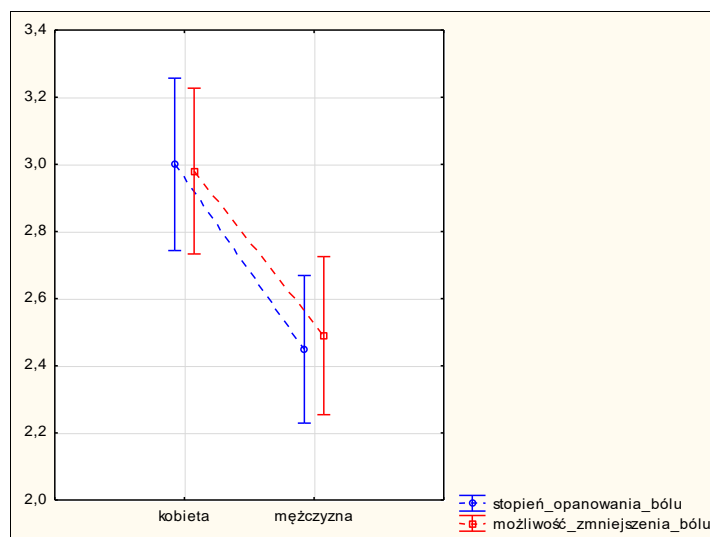
Ból jest doznaniem wielowymiarowym i subiektywnym, a sposób reagowania na ból może mieć swoje konsekwencje w procesie diagnozowania, leczenia, rehabilitacji i pielęgnowania. W grupie 100 badanych pacjentów onkologicznych zastosowano kwestionariusz strategii radzenia sobie z bólem CSQ, który służy do oceny stosowanych strategii radzenia sobie z doświadczanym bólem i ich skuteczności w jego opanowywaniu, i obniżaniu. Sposoby radzenia sobie z bólem odzwierciedlają sześć poznawczych oraz jedną behawioralną strategię radzenia sobie z bólem. Do strategii poznawczych należą: *odwracanie uwagi, przewartościowanie doznań bólu, katastrofizowanie, ignorowanie doznań, modlenie się/poszukiwanie nadziei, deklarowanie radzenia sobie*.

Strategią behawioralną jest *zwiększona aktywność behawioralna*. W badaniach własnych chorzy wykazali zróżnicowanie w sposobach radzenia sobie z bólem nowotworowym (Rycina 1).



Rycina 1. Ranking średnich wyników strategii radzenia sobie z bólem stosowanych w badanej grupie

Jako najczęściej stosowaną strategię respondenci wskazali poznawczą strategię, która związana jest z modleniem się/pokładaniem nadziei, ze średnim wynikiem $12,3 \pm 7,19$. Różnice średnich wyników między porównywanymi strategiami wynosiły kolejno: dla strategii - deklarowanie radzenia sobie $11,9 \pm 7,36$, strategii - odwracanie uwagi: $11,7 \pm 6,80$, strategii - katastrofizowanie $11,5 \pm 6,61$, strategii - zwiększona aktywność behawioralna $11,2 \pm 6,68$, strategii - ignorowanie doznań $11,1 \pm 6,94$, strategii - przewartościowanie doznań bólu $10,2 \pm 6,24$. Na sposób zmagania się z chorobą i towarzyszącymi dolegliwościami bólowymi wpływ mają umiejętności, jakie posiada chory, aby skutecznie opanować i obniżyć poziom bólu. W badaniach własnych ocena kontroli bólu i zdolności zmniejszenia bólu uzyskała średni wynik na poziomie $2,7 \pm 0,87$, a to oznacza, że chorzy nie posiadają zbyt dużych umiejętności poradzenia sobie i obniżenia bólu. Po przeprowadzeniu analizy szczegółowej stwierdzono, że kobiety w stosunku do mężczyzn, uzyskały wyższy wynik istotny statystycznie ($p=0,005$), świadczący o posiadaniu lepszych umiejętności związanych z opanowaniem bólu i wyższy wynik istotny statystycznie ($p=0,009$) w zakresie posiadanych zdolności zmniejszenia bólu (Rycina 2).



Rycina 2. Porównanie średnich stopni opanowania i możliwości zmniejszenia bólu u kobiet i u mężczyzn

W celu pogłębienia analizy sprawdzono istotności różnic dla wyników średnich poszczególnych strategii radzenia sobie z bólem według kwestionariusza CSQ dla zmiennych niezależnych wyodrębnionych dla grupy 1 i dla grupy 2 (Tabela V i VI).

Z analizy danych zawartych w Tabeli V wynika, że jedynie dwie zmienne, płeć i miejsce zamieszkania determinują wybór poznawczej strategii radzenia sobie z bólem, jaką

jest strategia przewartościowanie doznań bólu. Jak się okazało, wybór strategii - przewartościowanie doznań bólu wśród respondentów był zależny od płci na poziomie istotności statystycznej $p=0,04$ i u kobiet był wyższy niż u mężczyzn. Kolejna zmienna mająca wpływ na wybór strategii radzenia sobie z bólem to miejsce zamieszkania. Badania wskazują, że osoby, które podały miejsce zamieszkania miasto powyżej 101 tys. mieszkańców, miały istotnie statystycznie wyższy poziom ($p=0,02$) średniej strategii przewartościowanie doznań bólu niż osoby mieszkające w mieście poniżej 50 tys. mieszkańców. Dane zawarte w Tabeli VI ujawniają istnienie zależności pomiędzy rodzajem jednostki organizacyjnej sprawującej opiekę paliatywno/hospicyjną nad respondentami a trzema poznawczymi strategiami radzenia sobie z bólem. Także wsparcie otrzymywane przez badanych ze strony zespołu terapeutycznego miało wpływ na wybór strategii określonej jako ignorowanie doznań. Osoby korzystające z usług w hospicjum stacjonarnym miały istotnie statystycznie wyższy poziom średniej niż osoby przebywające w środowisku domowym i będące pod opieką hospicjum domowego w następujących strategiach: strategii przewartościowanie doznań bólu na poziomie istotności $p=0,01$, strategii katastrofizowanie na poziomie $p=0,005$ i w strategii deklarowanie radzenia sobie z wartością $p=0,03$. Respondenci, którzy ocenili, że otrzymywane wsparcie ze strony zespołu terapeutycznego jest dla nich wystarczające, mieli istotnie statystycznie ($p=0,03$) wyższy poziom średniej w strategii ignorowanie doznań niż osoby, które takiego wsparcia nie otrzymywały.

Tabela V. Istotności dla średnich poziomów strategii radzenia sobie z bólem dla zmiennych niezależnych z grupy 1

Zmienne niezależne - grupa 1	Strategie radzenia sobie z bólem - CSQ						
	Odwracanie uwagi	Przewartościowanie doznań bólu	Katastrofizowanie	Ignorowanie doznań	Modlenie się/pokładanie nadziei	Deklarowanie radzenia sobie	Zwiększona aktywność behawioralna
Płeć	0,10	0,04	0,10	0,06	0,09	0,14	0,14
Wiek	0,94	0,67	0,78	0,67	0,74	0,95	0,97
Stan cywilny	0,86	0,1	0,5	0,69	0,81	0,53	0,29
Miejsce zamieszkania	0,46	0,02	0,06	0,29	0,4	0,49	0,39
Wykształcenie	0,11	0,55	0,1	0,61	0,13	0,65	0,56
Źródło dochodu/aktywność zawodowa	0,21	0,08	0,18	0,48	0,16	0,12	0,23
Gospodarstwo domowe	0,84	0,85	0,82	0,59	0,87	0,85	0,5
Ocena kondycji finansowej	0,39	0,82	0,2	0,33	0,15	0,41	0,44

poziom istotności $p \leq 0,05$

Tabela VI. Istotności dla średnich poziomów strategii radzenia sobie z bólem dla zmiennych niezależnych z grupy 2

Zmienne niezależne grupa 2	Strategie radzenia sobie z bólem - CSQ						
	Odwracanie uwagi	Przewartościowanie doznań bólu	Katastrofizowanie	Ignorowanie doznań	Modlenie się/pokładanie nadziei	Deklarowanie radzenia sobie	Zwiększona aktywność behawioralna
Czas trwania choroby nowotworowej	0,63	0,7	0,58	0,24	0,46	0,16	0,59
Choroby współistniejące	0,59	0,05	0,53	0,32	0,78	0,6	0,37
Jednostki organizacyjne sprawujące opiekę paliatywną/hospicyjną	0,15	0,01	0,005	0,06	0,23	0,03	0,26
Okres sprawowania opieki zorganizowanej	0,72	0,59	0,31	0,96	0,51	0,93	0,34
Ocena wsparcia ze strony zespołu terapeutycznego	0,15	0,05	0,25	0,03	0,23	0,07	0,07
Ocena wsparcia ze strony rodziny	0,25	0,67	0,46	0,57	0,44	0,75	0,66
Okres przyjmowania leków p/bólowych	0,6	0,06	0,3	0,22	0,11	0,29	0,11
Stosowanie drabiny analgetycznej	0,6	0,06	0,3	0,22	0,11	0,29	0,11

poziom istotności $p \leq 0,05$

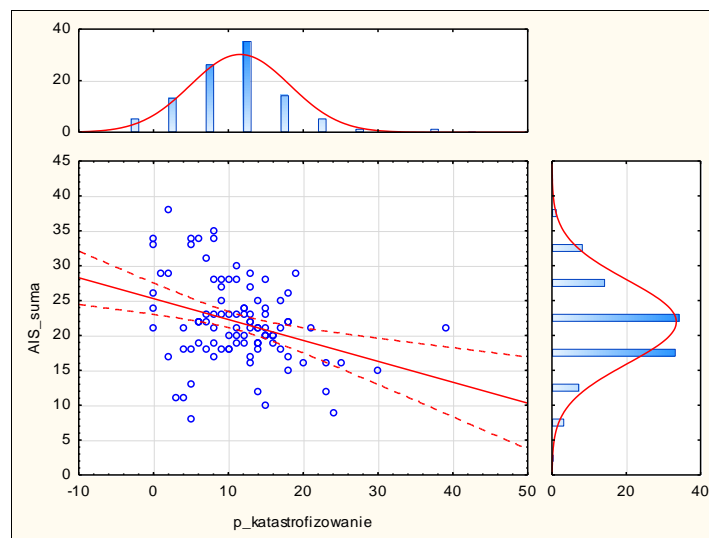
Zależności stopnia akceptacji choroby i wyboru strategii radzenia sobie z bólem

W celu poznania całokształtu zagadnienia wykonano analizę badanej próby z punktu widzenia dwóch cech: stopnia akceptacji choroby (AIS) i wyboru strategii radzenia sobie z bólem (CSQ) oraz sprawdzono, czy te cechy pozostają ze sobą w związku. W celu sprawdzenia powiązania tych zmiennych oraz określenia siły, kształtu i kierunku związku, zastosowano analizę korelacji. Aby wykryć związek korelacyjny zastosowano analizę zależności w postaci wykresów rozrzutu. Istotne korelacje stwierdzono dla strategii katastrofizowanie oraz modlenie się/pokładanie nadziei (Tabela VII). Analizując związek pomiędzy stopniem akceptacji choroby a strategią katastrofizowanie uznano, że korelacja na poziomie $r = -0,33$ oraz $p = 0,001$ pozwala na stwierdzenie, że istnieje istotny statystycznie przeciętny związek. A to oznacza, że osoby, które posiadają niski stopień akceptacji choroby wybierają częściej strategię radzenia sobie z bólem określaną jako katastrofizowanie (Rycina 3).

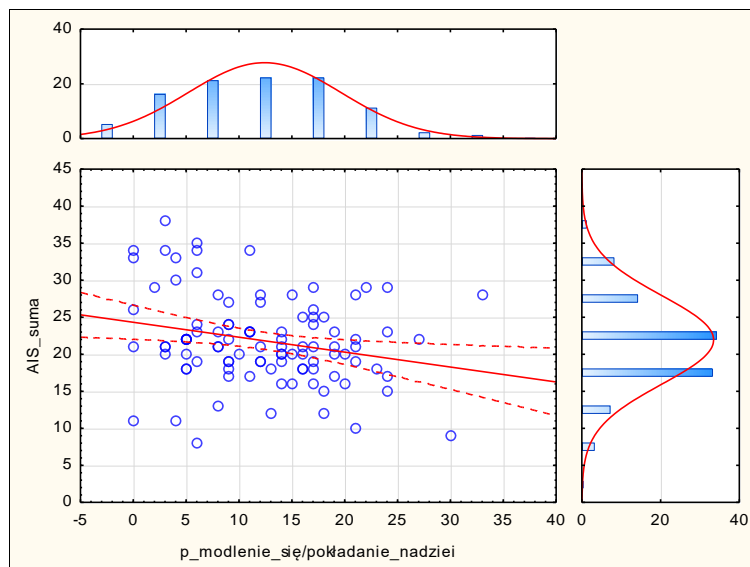
W dalszej części, analizując związek pomiędzy stopniem akceptacji choroby a strategią modlenie się/pokładanie nadziei uznano, że korelacja na poziomie $r = -0,24$ oraz $p = 0,015$ pozwala na stwierdzenie, że istnieje istotny statystycznie przeciętny związek. A to oznacza, że osoby, które posiadają niski stopień akceptacji choroby wybierają częściej strategię radzenia sobie z bólem określaną jako modlenie się/pokładanie nadziei (Rycina 4).

Tabela VIII. Korelacje pomiędzy poszczególnymi strategiami radzenia sobie a stopniem akceptacji choroby

CSQ	AIS
Odwracanie uwagi	-0,14
Przewartościowanie doznań bólu	-0,16
Katastrofizowanie	-0,33
Ignorowanie doznań	-0,03
Modlenie się/pokładanie nadziei	-0,24
Deklarowanie radzenia sobie	-0,05
Zwiększona aktywność behawioralna	-0,03



Rycina 3. Korelacje pomiędzy AIS a strategią katastrofizowanie



Rycina 4. Korelacje pomiędzy AIS a strategią modlenia się/pokładania nadziei

Dyskusja

Ogólny wskaźnik akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów objętych opieką paliatywno/hospicyjną wynosił $21,8 \pm 5,96$ punktu i kształtował się na poziomie przeciętnym. Podobne wyniki uzyskano w badaniach prowadzonych wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc ($21,31$) [16]. Wyższe wyniki wskaźnika akceptacji choroby odnotowano w badaniach prowadzonych wśród chorych na białaczkę ($23,27$) [17], z cukrzycą ($25,24$) [18], ze stwardnieniem rozsianym ($24,59$), w grupie kobiet z rakiem sutka i macicy ($28,13$) [1]. Natomiast niższe wyniki wskaźnika akceptacji choroby otrzymano m.in. w badaniach prowadzonych wśród pacjentów z bólem kręgosłupa ($20,51$) i w grupie pacjentów z neuropatią ($18,46$) [1]. W badaniach własnych stwierdzono, że jedynie sytuacja finansowa pacjentów biorących udział w badaniach miała istotny statystycznie ($p=0,006$) wpływ na stopień akceptacji choroby nowotworowej. Osoby oceniające swoją sytuację jako bardzo dobrą, wskazały na istotnie statystycznie ($p=0,01$) wyższy poziom akceptacji choroby ($27,4 \pm 5,4$) niż osoby oceniające swoją kondycję finansową jako dostateczną ($20,1 \pm 6,4$). W badaniu prowadzonym w 2012 roku, w stacji dializ w Krakowie, w grupie 100 chorych z przewlekłą niewydolnością nerek poddawanych leczeniu nerkozastępczemu wykazano, że wskaźnik akceptacji choroby był w istotny sposób związany z subiektywną oceną sytuacji. Osoby oceniające swoją sytuację materialną jako „raczej dobrą”, posiadały wyższy wskaźnik akceptacji choroby niż osoby, których sytuacja materialna oceniana była jako „raczej zła”. Zależność była wysoce istotna statystycznie ($F = 9,06$; $p < 0,001$) [19]. W badaniach własnych, jako najczęściej stosowaną strategię respondenci wskazali poznawczą strategię, która związana jest z modleniem się/pokładaniem nadziei, ze średnim wynikiem $12,3 \pm 7,19$. Natomiast na ostatnim miejscu w rankingu stosowanych strategii radzenia sobie z bólem znalazła się strategia przewartościowanie doznań bólu z wynikiem $10,2 \pm 6,24$. Uzyskane wyniki badań prowadzonych przez Andruszkiewicz wśród pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego dowodzą, że pacjenci najczęściej wybierali strategię radzenia sobie związaną z modleniem się i pokładaniem nadziei [20]. Także w badaniu przeprowadzonym w grupie 60 pacjentów zakwalifikowanych do planowego zabiegu z powodu chorób zwyrodnieniowych w Oddziale Neurochirurgii Pomorskiego Centrum Traumatologii w Gdańsku stwierdzono, że najczęściej stosowaną strategią radzenia sobie z bólem było: modlenie się/ pokładanie nadziei i deklarowanie radzenia sobie, które wiąże się z posiadanymi umiejętnościami radzenia sobie z bólem [21]. W badaniach innych autorów stwierdzono różnice między porównywanymi grupami chorych,

hospitalizowanych z powodu przewlekłych dolegliwości bólowych. Wyniki dla strategii, np.: związanej z modleniem się/pokładaniem nadziei były zdecydowanie wyższe niż w badaniach własnych i kolejno wynosiły: dla grupy chorych z bólem kręgosłupa $21,91 \pm 6,47$, z migreną u kobiet $19,70 \pm 8,60$, neuralgii $22,81 \pm 7,27$ [1]. W sposobach zmagania się z bólem nowotworowym ważne jest powiązanie własnych umiejętności poradzenia sobie i zdolności obniżenia bólu. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że ocena kontroli bólu i zdolności zmniejszenia bólu uzyskała średni wynik na poziomie $2,7 \pm 0,87$, a to oznacza, że chorzy nie posiadali zbyt dużych umiejętności poradzenia sobie i obniżenia bólu.

Wnioski

1. Ogólny wskaźnik akceptacji choroby w badanej grupie kształtował się na poziomie przeciętnym i wynosił $21,84 \pm 5,96$.
2. Wśród badanych najczęściej stosowaną strategią radzenia sobie z bólem było: modlenie się i pokładanie nadziei, a także deklarowanie radzenia sobie.
3. Badanie ujawniło nieliczne powiązania pomiędzy strategiami radzenia sobie z bólem a cechami społeczno – demograficznymi oraz zmiennymi związanymi z przebiegiem choroby.
4. W procesie zmagania się z chorobą nowotworową istotne są działania zespołu terapeutycznego, mające na celu rozszerzanie i wzmacnianie umiejętności pacjenta w sposobach akceptacji choroby i strategiach radzenia sobie z bólem.

Piśmiennictwo

1. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
2. de Walden-Gałuszko K, Majkowicz, M.: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
3. Wrona-Polańska, H.: Zmiana samopercepcji w procesie adaptacji w chorobie o niepomyślnej prognozie. Sztuka Leczenia, 1998, 4, 67-75.
4. Leder S.: Jakość życia a psychiatria konsultacyjna i psychoterapia. [w:] Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia Meyza J. (red.). Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997, 210–241.
5. The International Association for the Study of Pain. Subcommittee on taxonomy of pain terms: a list with definitions and notes on usage. Pain, 1979, 6, 249–252.

6. De Walden-Gałaszko K., Majkowicz, M., Janiszewska, J., Jankowska, J.: Uwarunkowania psychologiczne percepcji bólu przewlekłego. Badanie porównawcze chorych z różnym patomechanizmem bólu. *Psychoonkol.*, 2008, 1, 1–6.
7. Greszka, E., Siemińska, M.: Poziom lęku – stanu i lęku – cechy u pacjentów zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego pomostowaniem aortalno-wieńcowym a percepcja bólu rany pooperacyjnej i innych dolegliwości bólowych. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 2008, 54, 157–163.
8. De Walden-Gałaszko K.: Psychologiczne aspekty bólu i jego leczenia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2007, 1, 66 – 70.
9. De Walden-Gałaszko K., Majkowicz, M.: Psychologiczno--kliniczna ocena bólu przewlekłego. *Akademia Medyczna w Gdańsku*, Gdańsk 2003.
10. Golec A.: Podstawy psychologii bólu. *Nowa Klin*, 2000, 7, 933–938.
11. De Walden-Gałaszko K.: Psychologiczne aspekty bólu. *Przew. Lek.*, 2001, 4, 58–59.
12. De Walden-Gałaszko K., Majkowicz M., Janiszewska J., Jankowska J., Uwarunkowania psychologiczne percepcji bólu przewlekłego. Badanie porównawcze chorych z różnym patomechanizmem bólu. *Psychoonkol.*, 2008, 1, 1–6.
13. Fernandez E.: Anxiety, depression and anger i pain. *Advanced Psychological Resources. Inc. Dallas, Texas* 2002, 183–234.
14. Suchocka L.: Psychologia bólu. *Wyd. Difin, Centrum Doradztwa i Informacji Difin Sp. z o.o., Warszawa* 2008.
15. Hadjistavropoulos H.D., Craig K.D.: Acute and chronic low back pain: cognitive, affective, and behavioral dimensions. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1994, 62, 341.349.
16. Kowalczyk-Sroka B.: Jakość życia pacjentów hospitalizowanych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Ocena przygotowania do samoopieki. *Praca doktorska. Biblioteka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin* 2006.
17. Witaszka, G., Lelonek, B.: Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Stud Med*, 2008, 10, 21–25.
18. Kowalczyk-Sroka, B., Lelonek, B.: Cieślík A. Stopień akceptacji choroby a potrzeba wsparcia społecznego chorych na cukrzycę. [w:] *Cukrzyca – społeczny problem XXI wieku*. Abramczyk A., Prusek W., Banaszek B. (red.). *Zakład Pielęgniarstwa Społecznego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław* 2003, 175–182.

19. Łatka, J., Majda, A., Sołtys, A.: Uwarunkowania akceptacji choroby przez chorych poddawanych hemodializie wewnątrzustrojowej, *Probl. Pielęg.*, 2013, 21, 318–326.
20. Andruszkiewicz, A., Wróbel, B., Marzec, A., Kocięcka, A.: Strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego. *Probl. Pielęg.*, 2008, 16, 237 - 240.
21. Zielazny, P., Biedrowski, P., Lezner, M. i wsp.: Stopień akceptacji choroby, przekonania na temat kontroli bólu oraz strategie radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. *Post. Psychiatr. Neurol.*, 2013, 22, 251–258.

Krzyżanowska-Grycel Eyta¹, Grycel Sławomir², Tokajuk Anna³, Car Halina¹

Nowotwory a cukrzyca– implikacje kliniczne insuliny

1. Studia Doktoranckie na Wydziale Lekarskim, Zakład Farmakologii Doświadczalnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. NZOZ Osteo-Medic Poradnia Diabetologiczna w Białymstoku
3. Studia Doktoranckie na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Zakład Farmakologii Doświadczalnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Ostatnie lata to narastająca epidemia cukrzycy. Wzrost zapadalności na cukrzycę typu 1 i 2 obserwuje się we wszystkich krajach na świecie. Chorzy na cukrzycę są 2-4 razy bardziej zagrożeni schorzeniami układu sercowo-naczyniowego, naczyń obwodowych i udarem mózgu. Dane epidemiologiczne wskazują, że w przebiegu cukrzycy zwiększa się ryzyko występowania nowotworów. Śmiertelność z powodu raka u chorych na cukrzycę typu 2 jest znacznie zwiększona, w zależności od rodzaju nowotworu, w stosunku do osób nie chorujących na cukrzycę (w przypadku raka trzustki o około 50%, raka jelita grubego o około 30%, a raka sutka o około 20%) [1,2,3]. W cukrzycy typu 1 ryzyko to również jest zwiększone o około 20%.

Pod koniec ubiegłego i na początku tego stulecia ukazało się wiele metaanaliz, które na podstawie zarówno badań porównawczych, jak i kohortowych pozwoliły ustalić związek głównie między cukrzycą typu 2 a zapadalnością i umieralnością z powodu chorób nowotworowych. Otyłość towarzysząca cukrzycy typu 2 predysponuje do rozwoju nowotworów, głównie w związku z insulinoopornością lub hiperinsulinemią będącą konsekwencją insulinooporności. Ze względu na mniejsze rozpowszechnienie cukrzycy typu 1 i młodszy wiek chorych ww. zależności opisuje się znacznie mniej. Związek między cukrzycą a ryzykiem chorób nowotworowych zauważono już na początku XX wieku. Obecnie rozważa się również znaczącą rolę leków hipoglikemizujących w kontekście zachorowania na nowotwory. Bardzo ważną rolę w terapii cukrzycy pełni insulina, której efekty działania ingerują również w patogenezę nowotworów.

Insulina, glikemia a nowotwory

Udokumentowano zależność między obecnością nowotworów a koncentracją insuliny, bowiem u chorych na raka trzustki, jelita grubego, odbytu lub raka sutka obserwowano podwyższone stężenie insuliny.

U chorych na cukrzycę typu 2 częściej występuje otyłość, oporność na insulinę prowadząca do hiperinsulinemii i hiperglikemii, które mogą powodować nasilenie mitogenezy i ewentualną kancerogenezę, poprzez stymulujące mitogenezę wysokie stężenie insuliny i insulinopodobnego czynnika wzrostowego (IGF-1) [4,5]. Nieprawidłowa ekspresja i funkcja receptorów dla IGF-1 jest związana ze zwiększonym stężeniem insuliny. Powoduje to silniejszy efekt troficzny i mitogeny insuliny [6,7]. Insulina w komórce pełni dwie zasadnicze funkcje: przy niższych stężeniach pełni funkcję metaboliczną; przy wyższych stężeniach i po dłuższym czasie pobudza wzrost i rozwój komórek. W doświadczeniu na zwierzętach wykazano, że w warunkach hiperglikemii i deficytu insuliny stwierdzano mniej nowotworów, dodanie insuliny powodowało wzrost kancerogenezy [4-8]. Mitogenne działanie insuliny stwierdzono w różnych liniach komórkowych *in vitro*, co może stanowić przyczynę częstszego występowania raka u chorych na cukrzycę, szczególnie w tych narządach, w których osiąga wysokie stężenie [9]. Wiele doświadczeń potwierdziło, że insulina i jej prekursorzy stymulują cykle proliferacji komórek; jest to możliwe dzięki łączeniu się insuliny i prekursorów z receptorem IGF [10,11,12]. Według badań, transformujący czynnik wzrostu (TGF) oraz IGF ogrywiają znaczącą rolę w procesie kancerogenezy i wiele komórek rakowych wykazuje nasiloną wrażliwość na insulinę związaną ze zwiększoną ekspresją receptora insulinowego [5]. Insulina łącząc się z receptorem insuliny aktywuje substrat receptora insuliny (IRS). Aktywacja substratu receptora insuliny, poprzez fosforylację reszt tyrozyny, nasila dwa szlaki metaboliczne: 3-kinazy fosfatydyloinozytolu (PI-3K) i białkowej kinazy aktywowanej mitogenami (MAPK) [13,14]. Szlak metaboliczny wiąże się z aktywacją PI-3K, natomiast kaskada MAPK pośredniczy w przekazywaniu sygnału mitogennego. W stanach insulinoporności aktywowany jest szlak MAPK. Ponadto, insulina w wysokich stężeniach może działać przez receptory dla insulinopodobnych czynników wzrostowych (IGF-1-R, IGF-2R). Wiele danych wskazuje, że IGF-1 i IGF-2 działając głównie poprzez receptor IGF-1-R przekazują sygnały mitogenne i antyapoptyczne [15]. Ponadto, opisano zwiększoną ekspresję receptora IGF-2 w wielu rodzajach guzów, co mogło wiązać się z wysokim stężeniem insuliny we krwi [15]. Rolę IGF-1-R w przemianie nowotworów zauważono na fibroblastach z embrionów myszy, w których w następstwie pobudzania stwierdzano powstawanie onkogenów [16,17]. W komórkach guza trzustki transgenicznych myszy odnotowano wysoką ekspresję receptora IGF i insuliny. Podanie przeciwciał przeciwko receptorowi IGF nie zmieniło wielkości guza, ale obniżenie ekspresji receptora insuliny ograniczyło wzrost guza. Podobnie u nieotyłych myszy z wyindukowaną cukrzycą typu II z hiperinsulinemią zablokowanie IGF-R i receptora insuliny zmniejszyło

wzrost raka gruczołu mlekowego [16-17]. Wykazano również, że IGF-1 odgrywa główną rolę w progresji istniejących ognisk nowotworowych i rozroście raka u ludzi [18].

Wprowadzenie analogów insuliny, a szczególnie bezszczytowej o długim i stabilnym efekcie było dużym udogodnieniem w terapii chorych. Glargina jest rekombinowanym analogiem o następujących właściwościach: niskie ryzyko hipoglikemii, przedłużony stabilny efekt działania i utrzymanie masy ciała. Wraz z sukcesami terapeutycznymi po jej stosowaniu pojawiły się doniesienia o zapadalności na nowotwory złośliwe, co wymagało wyjaśnienia. Badanie wykonane przez Hemkens i innych obejmowało 127,000 osób z cukrzycą typu 1 lub typu 2. Chorzy byli leczeni ludzką insuliną lub analogami insuliny krótko-działającymi (insulina lispro i aspart) lub długodziałającym analogiem (glargina). Średni czas obserwacji wynosił 1,63 lat. Dla każdego typu insuliny dowiedziono pozytywną relację pomiędzy dawką i ryzykiem rozwoju raka. Różnice w dawkach insuliny miały znaczenie w ryzyku raka u pacjentów leczonych glarginą w porównaniu do insuliny ludzkiej. Co więcej, wzrost ryzyka był związany z dawką glarginy. Większa zdolność wiązania analogów insuliny do receptorów IGF-1 może odzwierciedlać ich efekt mitogenny, który może również zależeć od dawek glarginy [19]. Kolejne próby kliniczne trwają i wstępne ich wyniki nie dostarczają tak jednoznacznych rezultatów potwierdzających ten związek. Wobec zaistniałej sytuacji, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne nie rekomenduje zmiany wskazań do stosowania glarginy i innych analogów lub przerywania leczenia glarginą.

W historii insulinoterapii jest przykład leku, którego działanie pro-nowotworowe zostało udokumentowane. Była to insulina ludzka podawana do inhalacji. Wykazano zachorowalność na raka płuca (0,13 na 100 osób w ciągu roku w porównaniu do 0,02 nie narażonych), co spowodowało wycofanie jej ze sprzedaży w 2008 roku [20].

Sama hiperglikemia także może mieć wpływ na rozwój raka. W wielu prospektywnych badaniach epidemiologicznych wykazano, że hiperglikemia na czczo jest czynnikiem ryzyka różnego typu nowotworów. Zapotrzebowanie komórek rakowych na glukozę jest większe, niż zdrowych komórek. Glukoza transportowana jest do komórek za pośrednictwem białek transportujących glukozę. Na powierzchni wielu linii komórek nowotworowych stwierdzano nadekspresję transportera GLUT-1 [1], który posiada, spośród wszystkich glukotransporterów, największą zdolność wiązania glukozy. Zwiększoną aktywność transportera GLUT-1 opisano w komórkach nowotworowych wątroby, trzustki, sutka, przełyku, mózgu, nerki, skóry, jajnika, endometrium i szyjki macicy [21]. W warunkach fizjologicznych glukoza wewnątrz komórki ulega przekształceniu do kwasu pirogronowego, który w cyklu Krebsa i przy udziale tlenu ulega przemianie do

adenozynotrójfosforanu (ATP), wody i dwutlenku węgla. Komórki rakowe uzyskują energię z beztlenowego przekształcania kwasu pirogronowego w kwas mlekowy (pod wpływem dehydrogenazy pirogronianowej); glukozę zużywają do biosyntezy lipidów, kwasów rybonukleionowych (RNA), kwasów dezoksyrybonukleinowych (DNA) i innych cząsteczek.

Cukrzyca a rak trzustki

Rak trzustki występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet i stanowi około 3% wszystkich złośliwych nowotworów. Do czynników ryzyka zalicza się: wiek, palenie tytoniu, przewlekłe zapalenie trzustki, cukrzycę typu 2 i nadmierne spożywanie tłuszczów zwierzęcych.

Z metaanalizy 36 badań przeprowadzonych w 2005 roku przez Huxley'a i wsp. wynika, że cukrzyca typu 2 znacznie zwiększa względne ryzyko wystąpienia raka trzustki. Autorzy zauważyli również, że ryzyko raka jest najwyższe w pierwszych 4. latach trwania choroby [1]. W badaniach w USA wykazano, że w grupie chorych z cukrzycą typu 2 trwającą 5-9 lat, ryzyko wystąpienia raka było o 70% wyższe, a w grupie chorych z cukrzycą trwającą przynajmniej 10 lat o 50% wyższe, w porównaniu z grupą osób bez cukrzycy [21]. W przeprowadzonych we Włoszech przez Gullo badaniach z udziałem 720 chorych z rakiem trzustki stwierdzono, że istnieje większe ryzyko zapadalności na raka trzustki w grupie chorych z cukrzycą typu 2 trwającą 1-10 lat. Nie zaobserwowano zwiększonego ryzyka raka trzustki u osób z cukrzycą trwającą ponad 10 lat [22]. Wielu autorów podkreśla związek raka trzustki z hiperinsulinemią, zwracając szczególną uwagę na rolę somatostatyny i jej receptorów [23]. Badania epidemiologiczne wskazują, że po 10 latach trwania cukrzycy obserwuje się mniejszą zachorowalność na raka trzustki, co może być związane ze zmniejszeniem wydzielania insuliny przez komórki wysp trzustkowych.

Cukrzyca a rak jelita grubego

Rak jelita grubego i odbytnicy zajmują drugie miejsce wśród przyczyn zgonów na nowotwory złośliwe. Czynniki predykcyjnymi tych nowotworów są: czynniki genetyczne (wrodzony niepolipowaty rak jelita grubego i polipowatość rodzinna), choroby predysponujące do rozwoju raka (gruczolaki jelita, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego-Crohna) i czynniki środowiskowe (dieta bogatotłuszczowa i ubogoresztkowa, substancje zawarte w dymie tytoniowym, siedzący tryb życia prowadzący do otyłości trzewnej).

Istnieje związek przyczynowy pomiędzy występowaniem raka jelita grubego a obwodem talii u mężczyzn i kobiet oraz wskaźnikiem masy ciała u mężczyzn. Większy wpływ na rozwój raka jelita grubego może mieć otyłość trzewna niż otyłość w ogóle [24].

Hiperinsulinemia i oporność tkankowa na działanie insuliny wpływają na zwiększone stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu typu 1 (IGF-1) [25,26]. Receptory insulinowe i receptory IGF znaleziono zarówno w zdrowych komórkach nabłonka jelita grubego, jak i w komórkach nowotworowych. Wyciszenie receptora IGF może przyczyniać się do hamowania apoptozy i wzrostu proliferacji komórek [27]. U osób z cukrzycą typu 2, insulinooporności i hiperinsulinemii towarzyszy podwyższone stężenie peptydu C. Wykazano, że niezależne oznaczenie stężenia tego peptydu ma wartość predykcyjną przy ocenie ryzyka wystąpienia raka jelita grubego [28]. Stwierdzono, że wysokie stężenie peptydu C koreluje dodatnio z wystąpieniem stanów nowotworowych jelita grubego, niezależnie od innych czynników ryzyka, takich jak: wskaźnik masy ciała, stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu, stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu wiążącego białko 3 czy insulinooporność. Khaw i wsp. dowiedli, że wysoki odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c) jest wskaźnikiem zwiększonego ryzyka zapadalności na raka jelita grubego u pacjentów z cukrzycą, a ryzyko to wzrasta wraz ze wzrostem odsetka HbA1c > 5% [29].

Badania nad wpływem sposobu odżywiania i rodzaju posiłków wskazują, że spożywanie pokarmów o wysokim indeksie glikemicznym wzmacnia sekrecję insuliny, a brak wysiłku fizycznego i nasilające insulinooporność posiłki wysokotłuszczowe mogą mieć związek ze zwiększonym ryzykiem rozwoju raka jelita grubego [30]. Długotrwała cukrzyca powoduje spowolnienie pasażu przewodu pokarmowego, które wpływa na przedłużenie ekspozycji na działanie potencjalnych karcinogenów, poza tym wzrost w jelicie stężenia kwasów żółciowych uważany jest za znaczący czynnik ryzyka rozwoju raka jelita grubego [31]. Podczas 10-letniej obserwacji w badaniu JEVIN u chorych z cukrzycą leczonych insuliną stwierdzono zwiększoną częstotliwość występowania raka jelita grubego [32].

Cukrzyca a pierwotny rak wątroby

Rak wątrobowokomórkowy jest piątym, pod względem częstości występowania, nowotworem złośliwym na świecie i trzecią najczęstszą przyczyną zgonu z powodu chorób nowotworowych. Zachorowalność jest 3-krotnie większa wśród mężczyzn niż kobiet. Do czynników predykcyjnych raka wątroby zalicza się: zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, marskość wątroby, chorobę alkoholową, ekspozycję na środki chemiczne (aflatoksyny, doustne środki antykoncepcyjne, androgenowe środki anaboliczne, alkohol), palenie tytoniu, wrodzone choroby metaboliczne (niedobór alfa1-antytrypsyny, hemochromatoza, porfiria późna skórna) i cukrzycę.

W badaniu przeprowadzonym przez Davila i wsp. wykazano związek współwystępowania cukrzycy typu 2 i pierwotnego raka wątroby. U osób chorych na

cukrzycę ryzyko zachorowania na raka wątroby było 2-krotnie większe w porównaniu z populacją osób bez cukrzycy [33]. La Vecchia i wsp. potwierdzili istotny związek raka wątroby ze wskaźnikiem masy ciała u chorych na cukrzycę typu 2 [34]. Przeprowadzone badania wskazują, że czynnikiem ryzyka raka wątroby jest otyłość, a powodem jego rozwoju jest niealkoholowe zapalenie wątroby rozwijające się w przebiegu otyłości. Do rozwoju niealkoholowego zapalenia wątroby z wtórną marskością wątroby przyczyniają się: insulinooporność, stres oksydacyjny i otyłość [35,36]. Barone i wsp. przeprowadzili metaanalizę, w której stwierdzili, iż cukrzyca typu 2 powoduje zwiększone o 1/3 ryzyko zgonu z powodu raka wątroby w porównaniu z osobami bez cukrzycy [37]. Analiza in situ pokazała zwiększone ryzyko wystąpienia raka wątroby u pacjentów leczonych preparatami insuliny [38].

Cukrzyca a rak sutka

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet. Ryzyko raka sutka wzrasta wraz z wiekiem. Do czynników predykcyjnych zalicza się: czynnik genetyczny (mutacja genów BRCA1, BRCA2, p53, PTEN i ATM), wczesne pokwitanie lub późną menopauzę, antykoncepcję hormonalną, długotrwałe promieniowanie jonizujące, nadmierną ilość tłuszczów w diecie, otyłość, alkohol i nadciśnienie tętnicze.

Badania epidemiologiczne wykazały, że insulinooporność i hiperinsulinemia wiążą się ze zwiększonym ryzykiem występowania nowotworów nabłonkowych, w tym raka sutka [39,40]. Wykazano, że podwyższone stężenie insuliny na czczo u kobiet bez cukrzycy wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwoju raka piersi [41]. W badaniu przeprowadzonym w Skandynawii stwierdzono, iż rak sutka u mężczyzn z cukrzycą występuje 2 razy częściej niż u mężczyzn bez cukrzycy [42]. Większe ryzyko raka piersi występuje u kobiet po menopauzie chorujących na cukrzycę, natomiast u kobiet przed menopauzą ryzyko to jest zbliżone do osób bez cukrzycy [43].

Otyłość pogarsza rokowanie bez względu na wiek. U otyłych osób na rozwój nowotworu mogą wpływać: wzrost stężenia insuliny, zaburzenia regulacji estrogenów i adipocytokin. U kobiet z cukrzycą typu 2 i rakiem sutka dochodzi do zaburzenia aktywacji szlaków sygnalizacji insuliny i insulinopodobnego czynnika wzrostu (IGF-1), zaburzeń w regulacji działania hormonów płciowych i w wydzielaniu adipocytokin. Wykazano, że stężenie estradiolu i testosteronu jest dodatnio skorelowane z występowaniem raka sutka, a wzrost ilości receptorów insulinowych jest wprost proporcjonalny do wielkości guza, progresji raka sutka i obecności receptora estrogenowego.

Insulinopodobny czynnik wzrostu (IGF) odgrywa zasadniczą rolę w rozwoju raka piersi i jest głównym celem nowoczesnych terapii. Występowanie cukrzycy wiąże się ze znaczącym wzrostem śmiertelności z powodu raka sutka [42]. Zmniejszenie insulinooporności i korekcja hiperinsulinemii mogą stanowić efektywną strategię redukcji zarówno ryzyka rozwoju raka piersi, jak i związanej z nim śmiertelności. Chore z cukrzycą typu 2 i rakiem sutka po leczeniu chirurgicznym i radioterapii mają więcej powikłań niż kobiety bez cukrzycy [43]. Jonasson i współautorzy pokazali, że pacjenci stosujący tylko insulinę glarginę mieli dwukrotnie zwiększone ryzyko rozwoju raka piersi niż pacjenci leczeni innym preparatem insuliny [44]. Ostatnio opublikowane badania [45] wskazują ponownie na niezmiernie istotną rolę insuliny w promowaniu rozwoju nowotworów sutka u kobiet. Autorzy wyraźnie wskazują, że jednym z najistotniejszych czynników u kobiet z cukrzycą typu 2 w okresie postmenopauzalnym jest zbyt wysokie stężenie insuliny. Otyłość towarzysząca cukrzycy sama w sobie nie jest czynnikiem prowadzącym do nowotworu, jeśli nie współistnieje z insulinoopornością. Ponadto, na dużej grupie zdrowych kobiet wykazali, że te które miały wysokie stężenia insuliny na czczo, nieprawidłową odpowiedź metaboliczną na insulinę, w ciągu 8 lat obserwacji zachorowały na nowotwór sutka. Autorzy publikacji wyraźnie wskazują na konieczność oceny poziomu insuliny na czczo, jako jednego z najważniejszych parametrów oceny potencjalnego zachorowania na nowotwór sutka u kobiet w okresie postmenopauzalnym [45].

Cukrzyca a inne nowotwory

Tabela 1. Typy nowotworów a cukrzyca [28-48].

Typ nowotworu	Płeć
Potwierdzone	
rak trzustki	kobiety, mężczyźni
pierwotny rak wątroby	kobiety, mężczyźni
rak jelita grubego	kobiety, mężczyźni
rak sutka	kobiety, mężczyźni
rak endometrium	kobiety
rak jajnika	kobiety
Prawdopodobne	
rak żołądka	kobiety, mężczyźni
rak nerki	kobiety, mężczyźni
chłoniak non-Hodgkin	mężczyźni
rak płuca	kobiety
rak prostaty	mężczyźni
Bez związku	
rak przełyku	kobiety, mężczyźni
rak wpustu	kobiety, mężczyźni

Friberg i wsp., na podstawie 17 badań porównawczych i kohortowych stwierdził, że ryzyko występowania nowotworu endometrium u kobiet z cukrzycą typu 2 było o 110% wyższe w porównaniu z populacją kobiet bez cukrzycy [46]. Badanie przeprowadzone w Japonii również wykazało zwiększone ryzyko zachorowania na raka endometrium kobiet chorujących na cukrzycę [47]. Wydaje się, że insulinooporność stanowi podstawowy czynnik zwiększający ryzyko zachorowania na raka endometrium. W badaniu przeprowadzonym w Japonii u kobiet z cukrzycą typu 2 rak jajnika stwierdzano około 2 razy częściej niż u kobiet bez cukrzycy [48].

Podsumowanie

Zachorowalność na nowotwory w przebiegu cukrzycy zależy od wielu czynników, ale niewątpliwie najistotniejszym z nich jest zbyt wysokie stężenie insuliny. Onkogenność insuliny wynika z jej właściwości jako czynnika wzrostowego, co zaobserwowano w endogennej hiperinsulinemii wynikającej z insulinooporności lub niedoskonałości substytucji prowadzącej do hiperinsulinizmu. Według opinii Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego obecnie nie ma potrzeby, aby rekomendować zmianę wskazań do stosowania glarginy i innych analogów lub przerywać leczenie glarginą. Analogi długodziałające należy stosować z uwzględnieniem przestrzegania wskazań i przeciwwskazań oraz na podstawie wnikliwej oceny stosunku korzyści do ryzyka.

Piśmiennictwo

1. Huxley R., Ansary- Moghaddam A., Berrington de Gonzalez A. et al.: Type II diabetes and pancreatic cancer: a meta-analysis of 36 studies. *Br. J. Cancer.*, 2005, 92, 2076-2083.
2. Larsson S. C., Orsini N., Wolk A.: Diabetes mellitus and risk of colorectal cancer: a meta-analysis. *J. Natl. Cancer Inst.*, 2005, 97, 1679-1687.
3. Larsson S. C., Mantzoros C. S., Wolk A.: Diabetes mellitus and risk of breast cancer: a meta-analysis. *Int. J. Cancer.*, 2007, 121, 856-862.
4. Ish-Shalom D., Christoffersen C.T., Vorwerk P. et al.: Mitogenic properties of insulin and insulin analogues mediated by the insulin receptor: *Diabetologia.*, 1997, 40 (Suppl 2), 25-31.
5. Giovannucci E., Michand D.: The role of obesity and related metabolic disturbances in cancers of the colon, prostate, and pancreas. *Gastroenterology*, 2007, 132, 2208-2225.

6. Samani A.A., Yakar S., LeRoith D., Brodt P.: The role of the IGF system in cancer growth and metastasis: overview and recent insights. *Endocr. Rev.*, 2007, 28, 20-47.
7. Heuson J.C., Legros N., Heimann R.: Influence of insulin administration on growth of the 7,12-dimethylbenz(a) anthracene-induced mammary carcinoma in rats subjected to alloxan diabetes and food restriction. *Cancer Res.*, 1972, 32, 226-232.
8. Heuson J.C., Legros N., Heiman R.: Influence of insulin administration on growth of the 7,12-dimethylbenzen(a) anthracene-induced mammary carcinoma in intact, oophorectomized and hypophysictomized rats. *Cancer Res.*, 1972, 32, 233-238.
9. Hofmann C., Goldfine I.D., Whittaker J.: The metabolic and mitogenic effects of both insulin and insulin-like growth factor are enhanced by transfection of insulin receptors into NIH3T3 fibroblasts. *J. Biol. Chem.*, 1989, 264, 8606-8611.
10. Richardson L.C., Pollack L.A.: Therapy insight: influence of type 2 diabetes on the development, treatment and outcomes of cancer. *Nat Clin. Pract. Oncol.*, 2005, 2, 48-53.
11. Bornfeldt K.E., Giglof R.A, Wasteson A. et al.: Binding and biological effects of both insulin, insulin analogues and insulin-like growth factors in rat aortic smooth muscle cells. Comparison of maximal growth promoting activities. *Diabetologia*, 1991, 34, 307-313.
12. Morss A.S., Elazerl R.E.: Glucose modulates basement membrane fibroblast growth factor-2 via alterations in endothelial cell permeability. *J. Biol. Chem.*, 2007, 282, 14635-14644.
13. Skolnik E.Y., Batzer A., Li N. i wsp.: The function of GRB2 in linking the insulin receptor to Ras signaling pathways. *Science*, 1993, 260, 1953-1958.
14. Baserga R., Peruzzi F., Reiss K.: The IGF-1 receptor in cancer biology. *Int J Cancer.*, 2003, 107, 873-877
15. Morrione A., DeAngelis T., Baserga R.: Failure of the bovine papillomavirus to transform mouse embryo fibroblasts with a targeted disruption of the insulin-like growth factor I receptor genes. *J. Virol.*, 1995, 69, 5300-5303.
16. Liu J.P., Baker J., Perkins A.S. et al.: Mice carrying null mutations of the genes encoding insulin-like growth factor I (Igf-1) and type 1 IGF receptor (Igf-1r). *Cell.*, 1993, 75, 59-72.
17. Pollak M.N., Schernhammer E.S., Hankinson S.E.: Insulin-like growth factors and neoplasia. *Nat. Rev. Cancer.*, 2004, 4, 505-518.

18. Cantuaria G., Magalhaes A., Penalver M. et al.: Expression of GLUT-1 glucose transfer in borderline and malignant epithelial tumors of the ovary. *Gynecol. Oncol.*, 2000, 79, 33-37.
19. Hemkens L.G., Grouven U., Bender R. et al.: Risk of malignancies in patients with diabetes treated with human insulin or insulin analogues: a cohort study. *Diabetologia*, 2009, 52, 1732-1744
20. von Kriegstein E., von Kriegstein K.: Inhaled insulin for diabetes mellitus. *N. Engl. J. Med.*, 2007, 356, 2106–2108.
21. Silverman D.T., Schiffman M., Everhart J. et al.: Diabetes mellitus, other medical conditions and familial history of cancer as risk factors of pancreatic cancer. *Br. J. Cancer*, 1999, 80, 1830-1837.
22. Gullo L.: Diabetes and risk of pancreatic cancer. *Ann. Oncol.*, 1999, 10 (Suppl 4), 79-81.
23. Ballian N., Hu M., Liu S.H. et al.: Proliferation, hyperplasia, neogenesis and neoplasia in the islet of Langerhans. *Pancreas*, 2007, 35, 199-206.
24. Pischon T., Lahmann P.H., Boeing H. et al.: Body size and risk of colon and rectal cancer in the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition (EPIC). *J. Natl. Cancer Inst.*, 2006, 98,920-931.
25. Giovannucci E.: Diet, body weight, and colorectal cancer: a summary of the epidemiologic evidence. *J. Women Health*, 2003, 12, 173-182.
26. Giovannucci E.: Insulin, Insulin-like growth factors and colon cancer: a review of the evidence. *J. Nutr.*, 2001, 131, Suppl. 11, 3109-3120.
27. Renehan A.G., O`Connell J., O`Halloran D. et al.: Acromegaly and colorectal cancer: a comprehensive review of epidemiology, biological mechanisms, and clinical implications. *Horm Metab. Res.*, 2003, 35, 712-725.
28. Ma J., Giovannucci E., Pollak M.N. et al.: A prospective study of plasma C-peptide and colorectal cancer in men. *J. Natl. Cancer Inst.*, 2004, 96, 546-553.
29. Khaw K.T., Wareham N., Bingham S. et al.: Preliminary communication: glycated hemoglobin, diabetes, and incident colorectal cancer in men and women: a prospective analysis from the European prospective investigation into cancer-Norfolk study. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.*, 2004, 13, 915-919.
30. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research: Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington, AICR, 2007.

31. Czyżyk A., Szczepanik Z.: Diabetes mellitus and cancer . *Eur. J. Int. Med.*, 2000, 11, 245-252.
32. Schiel R., Muller U.A., Braun A. et al.: Risk of malignancies in patients with insulin-treated diabetes mellitus: results of a population-based trial with 10-year follow-up (JEVIN). *Eur. J. Med. Res.*, 2005, 10, 339-344.
33. Davila J.A., Morgan R.O., Shaib Y. et al.: Diabetes increases risk of hepatocellular carcinoma in United States a population based case control study. *Gut.*, 2005, 54, 533-539.
34. La Vecchia C., Negri E., Franceschi S., et al.: A case-control study of diabetes mellitus and cancer risk. *Br. J. Cancer.* , 1994, 70, 950-953.
35. Caldwell S., Grespo D.M., Kang HS. et al.: Obesity and hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology*, 2004, 127, 97-S103.
36. Clark J.M.: The epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease in adults. *J. Clin. Gastroenterol.*, 2006, 40, Suppl 1., 5-10.
37. Barone B.B., Yeh H.C., Snyder CF. et al.: Long-term all-cause mortality in cancer patients with preexisting diabetes mellitus. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 2008, 300, 2754-2764.
38. Gu Y. , Wang C, Zheng Y. et al.: Cancer incidence and mortality in patients with type 2 diabetes treated with human insulin: a cohort study in Shanghai. *PLoS One*, 2013, 8, 53411.
39. Goodwin P.J., Ennis M., Pritchard KJ. i wsp.: Fasting insulin and outcome in early-stage breast cancer: results of a prospective cohort study. *J. Clin. Oncol.*, 2002, 20, 42-51.
40. Weiderpass E., Gridley G , Persson I. et al.: Risk of endometrial and breast cancer in patients with diabetes mellitus. *Int. J. Cancer.*, 1997, 71, 360-363.
41. Xue J., Michels K.B.: Diabetes, metabolic syndrome, and breast cancer: a review of the current evidence. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2007, 86 (Supl.), 8235-8355.
42. Lipscombe L.L., Goodwin P.J., Zinman B. et al.: The impact of diabetes on survival following breast cancer. *Breast Cancer Res. Treat.*, 2008, 109, 389-395.
43. Witt A., Yavuz D., Walchetseder C. et al.: Preoperative core needle biopsy as an independent risk factor for wound infection after breast surgery. *Obstet. Gynecol.*, 2003, 101, 745-752.

44. Jonasson J.M., Ljung R., Talbäck M. et al.: Insulin glargine use and short-term incidence of malignancies-a population-based follow-up study in Sweden. *Diabetologia.*, 2009, 52, 1745–1754.
45. Gunter M.J., Xie X., Xue X. et al.: Breast Cancer Risk in Metabolically Healthy but Overweight Postmenopausal Women. *Cancer Res.*, 2015, 75, 270-274.
46. Friberg E., Orsini N., Mantzoros CS. et al.: Diabetes mellitus and risk of endometrial cancer: a meta-analysis. *Diabetologia*, 2007, 50, 1365-1374.
47. Larsson SC., Orsini N., Brismar K. et al.: Diabetes mellitus and risk of bladder cancer: a meta-analysis. *Diabetologia*, 2006, 49, 2816-2823.
48. Ohshima H., Tatemichi M., Sawa T. et al.: Chemical basis of inflammation-induced carcinogenesis. *Arch. Biochem. Biophys.*, 2003, 417, 3-11.

Kopcyh Bożena Ewa^{1,2,3}, Kicel Katarzyna³, Zalewska Anna³, Chilińska-Kopko Ewelina³, Glińska Karolina³

Owrzodzenia nowotworowe wyzwaniem dla pielęgniarskiej opieki domowej

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
2. Praktyka Pielęgniarska w Suwałkach
3. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Studia doktoranckie

Choroby nowotworowe stanowią jedno z największych wyzwań współczesnej medycyny. Nowotwory, po chorobach układu krążenia, są drugą przyczyną zgonów na świecie i w Polsce [1]. Mężczyźni najczęściej chorują na raka płuc, gruczołu krokowego i żołądka, a kobiety na raka piersi, płuca i szyjki macicy. Mężczyźni najczęściej umierają z powodu raka płuca, żołądka, gruczołu krokowego, a kobiety z powodu raka piersi, płuca, jelita grubego [2].

Nowotwór jest niekontrolowanym rozrostem własnych, lecz zmienionych morfologicznie i czynnościowo komórek, a przyczyną tego rozrostu są zmiany w kodzie genetycznym tych komórek. Powstanie nowotworu (kancerogeneza) przebiega w trzech następujących po sobie etapach: inicjacji, promocji i progresji.

Inicjacja: pierwszy etap rozwoju nowotworu w pojedynczej komórce w wyniku mutacji genu, charakteryzujący się brakiem kontroli rozrostu wynikający z zaburzeń molekularnych w komórkach nowotworu, to znaczy z zaburzeń genetycznych i regulacyjnych, które powodują brak samokontroli komórek i ich niewłaściwe reagowanie na bodźce płynące z zewnątrz. Rola układu immunologicznego w procesie niszczenia komórek nowotworowych i monitorowaniu wzrostu nowotworu jest ważna, odgrywa jednak mniej istotną rolę w procesie powstania nowotworu.

Promocja: to wieloetapowy rozwój klonu komórkowego, zawierającego mutację nabytą w procesie inicjacji. Główny mechanizm promocji to zaburzona, utrwalona proliferacja komórek będąca rezultatem trwałego defektu komórkowego przenoszonego na komórki potomne.

Progresja: trzeci, końcowy etap, prowadzący do powstania nowotworu. Polega on głównie na pojawianiu się kolejnych zaburzeń na poziomie komórkowym, głównie zmian w zestawie chromosomów komórki (kariotypie). W procesie nakładania się uszkodzeń powstają klony zdolne do naciekania i tworzenia przerzutów [3]. Komórki nowotworowe rozprzestrzeniają się przez układ krwionośny i limfatyczny po całym organizmie człowieka i

są przyczyną wielu niepożądanych i groźnych powikłań oraz znacząco wpływają na jakość życia pacjentów z rozsiałą chorobą nowotworową.

Owrzodzenia nowotworowe: to najczęściej nieodwracalne zmiany patologiczne spowodowane miejscową progresją nowotworu lub rzadziej powikłaniem po radioterapii. Występują w postaci guzowatych nacieków o brodawkowatej powierzchni, ulegają stopniowemu lub gwałtownemu rozpadowi tworząc drażące rany i przetoki.

Epidemiolodzy i onkolodzy wskazują, że owrzodzenia nowotworowe dotyczą około 5% chorych leczonych onkologicznie oraz około 10% chorych z obecnymi przerzutami [4].

Owrzodzenia nowotworowe najczęściej występują w postaci rozległych guzów, zmian opancerzających oraz przetok zewnętrznych i wewnętrznych.

Guzy nowotworowe: najczęściej spotykana postać owrzodzenia - rany w postaci guzów. Nowotwory złośliwe rozrastać się mogą ze skóry i błon śluzowych lub z tkanek położonych głęboko. Raki skóry rosną na jej powierzchni pod postacią tworów kalafiorowatych lub grzybiastych (wzrost egzofityczny). Jednocześnie naciekają w głąb tkanek (wzrost mezofityczny). Niekiedy raki tworzą głębokie owrzodzenie (rak wrzodziejący). W brzegach i dnie takiego owrzodzenia gniazda komórek rakowych naciekają w głąb tkanek otaczających (wzrost endofityczny). Owrzodzenie może drażnić głęboko i penetrować do okolicznych narządów. Owrzodzenie skóry nie musi być spowodowane rakiem skóry. Niekiedy rak rosnący głęboko w tkance (np. sutka) rozrastając się nacieka i niszczy skórę doprowadzając do rozległego owrzodzenia.



Ryc. 1 i 2 Owrzodzenie opancerzające u pacjentki z rakiem sutka. zdj. własne autorki.

Destrukcyjny, naciekający rozrost jest jedną z podstawowych cech nowotworów złośliwych. Nowotwory złośliwe rosnące głęboko w tkankach nie mają torebki, a różnej wielkości gniazda komórek rakowych naciekają sąsiadujące tkanki wnikając do nich głęboko

niszcząc kości i stawy lub naciekając tworzą przetoki do jam ciała. W początkowym okresie pacjent zauważa liczne, drobne naciekające uwypuklenia, które mają tendencje do perforacji i powstawania obszarów pokrytych twardym czarnym strupem. Rozrostowi temu towarzyszy desmoplazja (niektóre raki sutka- skóra twarda, sztywna jak pancierz).

Przetoki zewnętrzne i wewnętrzne: spowodowane są destrukcyjnym działaniem komórek nowotworowych. Przetoki zewnętrzne powstają wskutek wytworzenia patologicznych połączeń między jamami ciała a otoczeniem. Często w przebiegu zaawansowanego procesu nowotworowego w jamie brzusznej guzy naciekają od wewnątrz, perforują tworząc otwór w powłokach brzusznych. Przetoki wewnętrzne występują najczęściej u chorych z nowotworami szyjki macicy, jajnika, przełyku i oskrzela – stanowią najtrudniejszy problem terapeutyczny. Nowotwory jamy ustnej w zaawansowanym stadium także są przyczyną powstawania uciążliwych i nieodwracalnych przetok zewnętrznych i wewnętrznych [4,5].



Ryc. 3. Przetoka w bliznowcu. (zdj.wł.)



Ryc. 4. Rak sromu (zdj.wł.)

Pielęgniarska opieka domowa

Przeobrażenia społeczno-ekonomiczne wywierają znaczący wpływ na rozwój sektora medycznych usług pozaszpitalnych, szczególnie pielęgniarstwa realizowanych w środowisku domowym pacjenta wymagającego udzielania specjalistycznych zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych. Priorytetowym wyzwaniem dla zespołów opieki domowej, sprawujących na co dzień opiekę nad pacjentem z owrodzeniem nowotworowym, stało się nie tylko wydłużenie życia, ale także poprawa jego jakości. Najczęściej funkcję pielęgnacyjno-leczniczą wobec pacjenta pełni pielęgniarka. Według NFZ do pełnienia tej funkcji kwalifikują się pielęgniarki, które ukończyły kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa rodzinnego, opieki długoterminowej lub paliatywnej.

Pielęgniarstwo współczesne wiąże się z holistycznym podejściem do podmiotu opieki; człowiek jest jednostką bio-psycho-społeczną. Podejście do problemów zdrowia jest szerokie, złożone, a ważną rolę odgrywa proces komunikacji między pacjentem a pielęgniarką oraz indywidualizacja opieki oparta na idei procesu pielęgnowania.

Wybrane problemy pielęgnacyjno-lecznicze wobec pacjenta z owrzodzeniem nowotworowym

Gromadzenie danych. W trakcie pierwszorazowej wizyty w środowisku domowym pielęgniarka przeprowadza wywiad z pacjentem lub jego opiekunem. Ma to na celu zobrazowanie sytuacji i określenie deficytów. Zapoznaje się z dokumentacją medyczną oraz dokonuje pomiarów oceniających stan fizyczny pacjenta. Wstępne czynności są niezwykle istotnym elementem w pracy pielęgniarki i prowadzą do postawienia diagnozy pielęgniarskiej.

Planowanie. Ma na celu wspólnie z pacjentem i jego opiekunem wytyczanie postępowania pielęgnarsko-opiekuńczego, zmierzającego do przywrócenia stanu pożądanego. Plan powinien być dostosowany do indywidualnych możliwości pacjenta z owrzodzeniem nowotworowym i jego opiekunów.

Realizacja. Wykonywanie działań i czynności zgodnych ze standardami medycznymi, ściśle skorelowany z całym procesem leczenia oraz współpracujący z innymi członkami zespołu interdyscyplinarnego. Podejmowane działania mają na celu poprawę stanu fizycznego pacjenta, eliminację niepożądanych powikłań lub utrzymanie na dotychczasowym poziomie. W przypadku pacjenta onkologicznego nie praktykuje się określenia czasu na realizację poszczególnych działań [6].

Ocena/ewaluacja. Zawiera się tu porównanie stanu z etapu początkowego ze stanem, jaki został osiągnięty w wyniku zaplanowanych i zrealizowanych działań. W przypadku pacjenta z owrzodzeniem nowotworowym mający na celu zlikwidowanie, ograniczenie lub zminimalizowanie niepożądanych powikłań obniżających jakość życia pacjenta onkologicznego.

Problemy pielęgnacyjne pacjenta z owrzodzeniem nowotworowym

W procesie pielęgnacji chorego z owrzodzeniem nowotworowym należy precyzyjnie określić cechy fizyczne owrzodzenia, tj: rozległość, głębokość, obecność, jakość i ilość wysięku, zapach, obecność i ilość martwicy, skłonności do krwawień, obrzęk. Lokalizacja i stan skóry otaczającej owrzodzenie jest niezwykle ważnym elementem w doborze nowoczesnego opatrunku. Interaktywne opatrunki, stosowane w leczeniu owrzodzeń zaliczane są do opatrunków aktywnych, czyli współdziałających w procesie gojenia

owrodzenia, zapewniające odpowiednie warunki dla procesów naprawczych: wilgoć, obniżone pH, relatywną hipoksję, stałą temperaturę oraz właściwości przeciwbakteryjne. Wilgotne środowisko rany wiąże się także z mniejszą jej bolesnością, co znacznie ułatwia pacjentowi onkologicznemu funkcjonowanie egzystencjonalne [7,8].

Problem – owrodzenie w różnym stadium; suche, z obfitym wysiękiem, czarne z głęboką martwicą.

Postępowanie pielęgniarskie - Czynności pielęgniacyjno-lecznicze wykonywane przez pielęgniarkę opieki domowej mają za zadanie poprawę stanu fizykalnego pacjenta i jego samopoczucia. Miejscowe leczenie i pielęgnacja prowadzona zgodnie z założeniami strategii TIME oraz zaleceniami Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran (PTLR), które prowadzi działalność naukową i edukacyjną w zakresie leczenia ran o różnej etiologii. Podstawowym zadaniem jest przeprowadzenie wywiadu dotyczącego obecności, charakteru i natężenia bólu, który należy ocenić według skali bólu VAS oraz zebranie informacji dotyczących dotychczasowego postępowania farmakologicznego, minimalizującego doznania bólowe oraz zastosowanych dotychczas metod w leczeniu i pielęgnacji owrodzenia.

Owrodzenia suche o zamkniętej strukturze, bez cech zapalnych:

- codzienna pielęgnacja zmienionej chorobowo skóry delikatnymi środkami higienicznymi o obojętnym pH, z krótkotrwałą ekspozycją na wilgoć, zastosowanie preparatów o konsystencji emulsji,
- delikatne osuszanie za pomocą jednorazowego ręcznika, natłuszczanie skóry, np. parafiną, wazeliną, maścią cholesterolową lub mocznikową celem poprawy elastyczności i ruchomości; wykonanie delikatnego, okrężnymi ruchami masażu w znaczący sposób wpływa na poprawę stanu skóry wokół chorobowo zmienionych miejsc,
- zakładanie suchego opatrunku okluzyjnego, stabilizującego środowisko fizykochemiczne owrodzenia, zabezpieczające przed mikrourazami, otarciami, podrażnieniami skóry, opatrunek nie alergizujący, nie wymagający częstych zmian oraz nie ograniczający swobody pacjenta,
- użyte materiały przylepne powinny być „oddychające”, nie powinny destrukcyjnie wpływać na otaczającą, nie zajęta procesem chorobowym skórę.

Owrodzenia z wysiękiem, bez cech martwicy:

- lawaseptyka roztworem 0,9% NaCl, PWE, płynem Ringera lub łagodnym środkiem myjącym celem oczyszczenia powierzchni owrodzenia,

- utrzymanie wilgotnego środowiska owrzodzenia poprzez dobór opatrunków aktywnych o właściwościach kontrolujących wysięk (hydrokoloidy, hydrożele, algiany lub opatrunki złożone), umożliwiające ocenę stanu rany oraz zapewnić pacjentowi bezbolesną jego zmianę,

Owrzodzenia z wysiękiem o przykrym zapachu z cechami infekcji:

- lawaseptyka roztworami o temp. 36° C celem oczyszczenia powierzchni owrzodzenia,
- oczyszczanie mechaniczne z zastosowaniem środków antyseptycznych o wysokiej aktywności przeciwdrobnoustrojowej i niewielkiej cytotoksyczności,
 - zastosowanie wilgotnych opatrunków z Octenidyny, preparatów jodowych lub Metronidazolu 3-4 x na dobę
 - edukacja rodziny/opiekunów o celowości takiego działania oraz konieczności przestrzegania zasad aseptyki i antyseptyki,
 - zastosowanie specjalistycznych opatrunków zawierających węgiel aktywny lub srebro, zmienianych w razie potrzeby,
- zastosowanie w działaniach pielęgniarskich produktów antyseptycznych pochodzących z jednej linii; produkty zawierające jod i srebro wchodzi w interakcje z innymi preparatami powodując redukcję stężenia antyseptyku w owrzodzeniu, a tym samym prowadząc do rozwoju bakterii.
- Octenisept jest preparatem biozgodnym ze wszystkimi medykamentami i może być zawsze bezpiecznie stosowany,
- Działania ukierunkowane na poprawę mikroklimatu pomieszczenia, w którym przebywa pacjent dotyczą częstego wietrzenia (intensywne), użycie kadzidełek, nawilzaczy powietrza z olejkami eterycznymi lub jonizatorów powietrza, częsta zmiana bielizny osobistej i pościelowej [10].

Owrzodzenia pokryte tkanką martwiczą: postępowanie kilkietapowe w zależności od powierzchni martwicy i jej głębokości.

- w początkowym etapie ocena cech fizycznych martwicy: rozległość, głębokość oraz ukierunkowanie postępowania uzależnione od stanu pacjenta i jego decyzji; każda czynność pielęgniacyjno-lecznicza ma za zadanie eliminować doznania bólowe oraz poprawić komfort życia pacjenta.
- oczyszczanie chirurgiczne polegające na wycięciu martwicy,
- oczyszczanie enzymatyczne polegające na zastosowaniu enzymatycznych środków oczyszczających, które usuwają tkankę podczas procesu chemicznego. Pierwszą

czynnością powinno być zastosowanie przymoczki z 0,9% NaCl celem zmiękczenia skorupy martwicy i ułatwienie preparatom enzymatycznym penetrowania w głąb (iruxol mono, fibrolan, granugel, inrasite gel)

- oczyszczanie autolityczne: wybiórcze usuwanie tkanki martwiczej przez enzymy własne organizmu (przemiana tkanki martwiczej w płyn). Opatrunki zatrzymujące wilgoć usuwają tkankę martwiczą, zachowując wilgotne środowisko leczące ranę, co wspomaga proliferację tkanki ziarninowej i nabłonkowanie [11].
- biochirurgiczne oczyszczanie wykorzystujące larwy muchy *Lucila sericata* w postaci specjalistycznego opatrunku stosowanego w warunkach domowych. metoda coraz szerzej stosowana w leczeniu trudno gojących się owrzodzeń, szczególnie z martwicą.

Owrzodzenia krwawiące – potęgają u pacjenta doznania lękowe. Krwawienia powierzchowne mało intensywne, występujące w sposób przewlekły i dotyczą dużej powierzchni, często prowadzić mogą do masywnych krwotoków zagrażających bezpośrednio życiu chorego.

- Zastosowanie opatrunków specjalistycznych, np. algianiany lub opatrunków hemostatycznych (np. Spongostan, Surgicel, Celox) w przypadku intensywnych krwawień,
 - opatrunki hemostatyczne posiadają właściwości bakteriostatyczne, są jałowe
 - w ciągu 7–14 dni są enzymatycznie rozkładane przez płyny ustrojowe na drodze hydrolizy, a następnie metabolizowane,
 - po nasączeniu krwią stają się galaretowatą masą, która ułatwia tworzenie się skrzepu i pomaga w zatrzymaniu miejscowego krwawienia,
 - opatrunki w suchej postaci wywierają silniejsze działanie hemostatyczne — przed zastosowaniem nie należy ich zwilżać,
 - opatrunek należy umieścić w miejscu krwawienia tak, aby nie zachodził na skórę przy brzegach owrzodzenia,
 - opatrunki należy zabezpieczyć gazą wyjałowioną i przytrzymać przylepcem,
 - opatrunki mogą być w razie potrzeby pozostawione w miejscu krwawienia, jednak zaleca się ich usunięcie po zatamowaniu krwawienia (wyplukanie 0,9% NaCl).
- Zastosowanie przymoczek z użyciem farmaceutyków np. Adrenalina 0,1%, Exacyl,
- Zabiegi fizjoterapeutyczne, np. zimne okłady (mrożone gaziki), nie należy kłaść bezpośrednio na krwawiące owrzodzenie,

- Zadaniem pielęgniarki jest edukacja poprzez działania instruktażowo-pokazowe opiekunów w kierunku monitorowania intensywności krwawienia i odpowiednie postępowanie wg wyuczonych zasad. Zmiana opatrunków w razie potrzeby, po uprzednim namoczeniu roztworem 0,9% NaCl, czynności wykonywane sprawnie, ruchami zdecydowanymi eliminujące doznania bólowe, nie powodujące dodatkowych krwawień, wskazane stosowanie siatek nasączonych ciekłą parafiną
- Zastosowanie ciemnych materiałów opatrunkowych minimalizuje doznania ilościowe krwawienia zarówno u pacjenta, jak i jego opiekuna.
- Na zlecenie lekarza pielęgniarka opieki domowej realizuje świadczenia lecznicze w postaci podawania leków różnymi drogami, mające na celu poprawę fizykalnego stanu pacjenta (kroplowe wlewy dożylnie, iniekcje)

Silny ból związany z owrzodzeniem. Owrzodzenia nowotworowe powodują obecność dolegliwości bólowych o zróżnicowanym charakterze; dotyczący tylko miejsca owrzodzenia tępy, rozpierający, niekiedy o cechach bólu neuropatycznego, dający uczucie swędzenia, pieczenia. Należy wdrożyć leczenie bólu zgodnie z zasadami WHO wg trójstopniowej drabiny analgetycznej [12] lub zastosowanie leków przeciwbólowych w postaci przymoczek:

- 0,25% Bupiwakainy – opatrunek nasączony lekiem należy pozostawić na ranie przez około 30 min. Następnie usunąć i założyć opatrunek właściwy,
- 0,2% żel z morfiną–żel nakładamy na opatrunek i pozostawiamy do następnej zmiany.

Pacjenci z owrzodzeniem nowotworowym stanowią olbrzymie wyzwanie w opiece paliatywnej z powodu bardzo zmiennego przebiegu klinicznego. Obecność zmian przerzutowych na skórze świadczy o zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, a tym samym o niepomyślnym rokowaniu. Przeżywalność pacjentów od momentu wystąpienia owrzodzeń wynosi około 6 miesięcy. Stanowi to jeden z powodów, dla których bardzo ważna jest profesjonalna opieka nad chorym realizowana w warunkach domowych, umożliwiająca mu jak najbardziej godne życie u jego kresu.

Podstawą organizacyjną opieki pielęgniarki opieki domowej nad pacjentem z owrzodzeniem nowotworowym jest właściwy, skoordynowany czasowo harmonogram wizyt domowych celem wykonania zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych. Ustalony termin pozwala opiekunom pacjenta onkologicznego na przygotowanie farmakologiczne, minimalizujące doznania bólowe związane ze zmianą opatrunków.

Warto również stosować się podczas wizyt w środowisku domowym zasadzie cyklicznego wykonywania procedur pielęgniarskich według określonej kolejności, aby ułatwić opiekunom samodzielne wykonywanie zadań pielęgnacyjno-leczniczych zapewniających im poczucie bezpieczeństwa z prawidłowo wykonanej czynności, np. zmiana opatrunku.

Przestrzeganie zasad aseptyki jest istotnym elementem pracy pielęgniarki, ale warto podkreślić w działaniach edukacyjnych o odpowiednim sposobie utylizacji materiałów, środków i farmaceutyków użytych do pielęgnacji chorego. Właściwe przygotowanie otoczenia chorego jest również kluczowym elementem w pracy pielęgniarki opieki domowej. Przygotowanie właściwego miejsca i jego niezmiennosc pozwala na zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki, a jednocześnie pozwala na bezpośrednie użycie określonych materiałów i środków opatrunkowo-leczniczych bez konieczności „poszukiwania”. Przestrzeganie reżimu sanitarnego otoczenia, dezynfekcja powierzchni wykorzystywanych do przechowywania i wykonywania czynności pielęgnacyjnych pozwala na wyeliminowanie dodatkowego czynnika mogącego przyczynić się do pogorszenia stanu chorego z owrodzeniem.

Edukacyjna rola pielęgniarki opieki domowej w procesie pielęgnacyjno-leczniczym owrodzeń nowotworowych powinna nie tylko ograniczać się do przekazu słownego, ale również instruktażowo-pokazowego angażującego pacjenta i jego opiekunów, ponieważ priorytetowym zadaniem jest funkcja pielęgnacyjna związana z systematycznie pogarszającym się stanem zdrowia pacjenta, z nasilaniem się dolegliwości oraz stopniową systematyczną utratą kondycji fizycznej. Utrwalone działania wykonywane w sposób systematyczny i jednolity pozwolą pacjentowi bądź jego opiekunom samodzielnie wykonywać zmiany opatrunków wg obowiązujących zasad. Pacjenci z owrodzeniami nowotworowymi lub ich opiekunowie celem utrzymania stabilnego stanu zdrowia i poziomu funkcjonowania, wymagają szerokiego zakresu wsparcia we własnym środowisku domowym tak długo, jak to jest możliwe. Zatem niezbędne są im umiejętności samoopieki oraz rozwiązywania problemów w domu. Stały kontakt z pielęgniarką, nawet telefoniczny, gwarantuje potrzebę bezpieczeństwa- jako ważnego elementu w całym procesie pielęgnowania.

Dokumentowanie procesu pielęgnowania powinno być chronologiczne, czytelne, kompletne i autoryzowane, ponieważ tylko w ten sposób mamy możliwość na bieżąco oceniać i modyfikować plan opieki pielęgniarskiej, a tym samym ułatwić innym jej kontynuację.

Opieka paliatywna w warunkach domowych to opieka całościowa dotycząca zarówno pacjenta, jak i jego opiekunów, świadczona we wszystkich płaszczyznach. Kluczową pozycję w zespole opieki domowej zajmuje pielęgniarka realizując wielopłaszczyznowe zadania związane z utrzymaniem dobrostanu pacjenta onkologicznego, jak i jego opiekunów. Realizacja tych zadań odbywa się przy udziale pacjenta lub jego opiekuna. W holistycznym ujęciu pielęgniarka zaspakaja podstawowe potrzeby życia pacjenta onkologicznego z raną przewlekłą ukierunkowane szczególnie na profesjonalną pielęgnację w sposób zaplanowany i zindywidualizowany. Zakres opieki nad pacjentem obejmuje nie tylko działania instrumentalne, ale również systematycznie wdrażane działania opiekuńcze, rehabilitacyjne oraz edukacyjne wobec chorego, jak i jego opiekunów. W obcowaniu z chorym terminalnie pielęgniarka, jak i cały zespół terapeutyczny powinien okazywać empatię, cierpliwość i szacunek we współodczuwaniu ludzkiego cierpienia. Powinno się akceptować go takim, jaki jest w postępującej chorobie niszczącej jego ciało, uszkadzającej psychikę i duszę [13].

Dobrze wykwalifikowana kadra pielęgniarska sprawuje opiekę na najwyższym poziomie, opierając się w swoich działaniach na najnowszych doniesieniach naukowych, mając na celu zachowanie trzech podstawowych zasad: 1- celowości działań, 2 - profesjonalizmu, 3 - koordynacji zadań całego zespołu interdyscyplinarnego skutkującego zapewnieniem wysokiej jakości życia zarówno chorego z owrzodzeniem, jak i jego opiekunów - w najwyższym stopniu eliminującego przykre i bolesne doznania związane z chorobą nowotworową.

Towarzyszenie pacjentowi onkologicznemu, zmagającego z bolesnym owrzodzeniem przynoszenie mu ulgi w cierpieniu zarówno w obszarze fizycznym, jak i psychicznym oraz wykazywanie zrozumienia i tolerancji dla chorego i jego rodziny, wymaga od personelu medycznego właściwej postawy i profesjonalnego przygotowania medycznego [14].

Podsumowanie

Pacjenci nie wymagający hospitalizacji objęci są domową opieką pielęgniarki rodzinnej/długoterminowej realizującej kompleksową, ciągłą, zgodną z procesem pielęgnowania opiekę w warunkach domowych. Holistyczny model pielęgnowania pacjenta z owrzodzeniem nowotworowym ukierunkowany jest nie tylko na aspekty kliniczne, ale również na aspekty socjalno-bytowe i psychologiczne, ponieważ jest on pełnoprawnym, aktywnym odbiorcą usług, w którym pielęgniarka opieki domowej pełni funkcję kierowniczą. Sprawowanie tej funkcji uwarunkowane jest uzyskaniem akceptacji podejmowanych przez nią działań zarówno ze strony chorego, jak i jego opiekunów.

Instrumentalne czynności pielęgniarki opieki domowej wykonywane powinny być z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki, wytycznych Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran oraz z poszanowaniem godności pacjenta. Zastosowane metody powinny ograniczać dodatkowe doznania bólowe związane z czynnościami pielęgnacyjno –lecznymi w obrębie owrzodzenia onkologicznego. Istotnym elementem w działaniach pielęgniarki domowej są działania edukacyjne wobec opiekunów na co dzień sprawujących opiekę nad chorym członkiem rodziny, ponieważ ich zaangażowanie w przebieg procesu leczniczo-terapeutycznego pozwoli wziąć współodpowiedzialność za osiągnięte efekty.

Ciągła i systematyczna edukacja, organizowanie szkoleń i konferencji służących wymianie doświadczeń, prowadzenie badań naukowych w pielęgniarstwie ukierunkowanych na poszukiwanie nowych rozwiązań pozwoli na zapewnienie najwyższego komfortu życia pacjenta w schyłkowej fazie choroby nowotworowej.

Piśmiennictwo

1. de Walden Gałuszko K., Kaptacz A.: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. PZWL, Warszawa 2005.
2. Jamel A., Siegel R., Ward E., Murray T.: Statystyka nowotworów 2007. Onkologia po dyplomie, 2007, 4, 30-55.
3. Blank J., Clark L., Longman A.J.: Perceived needs of cancer patients and caregivers. Cancer Nursing, 1989, 12, 78–84.
4. Seaman S.: Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. Seminars in Oncol. Nurs., 2006, 22, 185-193.
5. Głowacka A., Sopata M., Gorzelińska L.: Postępowanie z chorym z owrzodzeniem nowotworowym. Now. Lek., 2008, 77, 231–235.
6. de Walden Gałuszko K., Majkovicz M.: Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Akad. Med. w Gdańsku, Gdański 2000.
7. Szewczyk MT., Jawień A.: Zalecenia specjalistycznej opieki pielęgniarskiej nad chorym z owrzodzeniem żylnym goleni. Pielęg. Chir. Angiol., 2007, 3, 95-129.
8. Bartoszewicz M., Junka A.: Leczenie miejscowe rany przewlekłej objętej procesem infekcyjnym w świetle obowiązujących wytycznych. Lecz. Ran, 2012, 9, 93-97.
9. Kawczyńska-Butrym Z.: Rodzina-zdrowie-choroba. Koncepcje pielęgniarstwa rodzinnego. Wyd. Czelej, Lublin 2001.

10. Rybak Z., Ciesielczyk P.: Prawidłowe przygotowanie łożyska rany i profilaktyka antybakteryjna—droga do sukcesu w leczeniu ran. Zastosowanie Prontosanu i produktów PVP- jodowych. *Lecz. Ran*, 2007, 4, 140-14.
11. Barr J.E.: Wound cleansing [in:] *Wound, Ostomy, and Continence Nursing Secrets: Questions and Answers Reveal the Secrets to Successful WOC Care.*, Milne C.T., Corbett L.Q., Dubuc D.L. , Philad. Pa: Hanley & Belfus, Inc., 2003, 49-53.
12. Watson M.S., Lucas C. F., Hoy A.M., Back I.N. (red. wyd. pol. Kubler A.): *Opieka paliatywna*. Urban & Partner, Wrocław 2007.
13. Głowacka A.: Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej. *Now. Med.*, 2000, 7, 70-74.
14. Dębska G., Merklinger-Soma M., Cepuch G.: Emocje jako element postawy towarzyszący pielęgniarce w kontakcie z pacjentem umierającym. *Pielęg. XXI w.*, 2010, 1, 65-70.

ŻAŁOBA, CZYLI OSIEROCENIE



Komarnicka- Jędrzejewska Olga

Kamienne Anioły - Miłość zamknięta w kamieniu

Fundacja By Dalej Iść Mysłowice/o. Wrocław
Doktorantka SWPS Wrocław

Wstęp

Ból, jaki towarzyszy rodzicowi po stracie dziecka, jest w stanie zrozumieć tylko ten, kto sam go przeżył. Ja to rozumiem. Kiedy w 2009 roku zmarła moja córka, nie przypuszczałam, że jej śmierć nada sens mojej przyszłości, a przedmiot moich badań stanie się kluczem do niezwykłego świata – nie tylko nauki, ale też świata, który jest tajemniczy, inspirujący, innowacyjny, ale przede wszystkim przełamujący temat tabu, dający wyzwanie i siłę do walki ze stereotypami. Zdobyte przeze mnie doświadczenia pozwoliły mi na odkrywanie coraz to większych głębin świata rodzica po stracie.

Dla naszych czasów znamienne jest niemówienie o śmierci. Łamiąc już na wstępie stereotypy, wyobraź sobie, Drogi Czytelniku rodzica po stracie dziecka. Lub inaczej – wyobraź sobie, że sam jesteś rodzicem, który pochował swoje dziecko... I co, udało się? NIE, nie udało się, jeżeli tego nie przeżyłeś naprawdę. Na samą myśl ogarnia Cię paraliż, odrętwienie i lęk o swoje dziecko. Kolejną myślą jest „Nie przeżyłabym/nie przeżyłbym tego”. A co mają zrobić Ci, którzy jednak przeżyli śmierć swojego dziecka? Przyzwyczajeni jesteśmy, że na co dzień unikamy tematu śmierci, odsuwamy ją od siebie i staramy się o niej nie myśleć. Niestety śmierć istnieje i coraz częściej dotyka tych, których nie powinna...Rodzic po stracie – kim jest?, jaki jest?, jak wygląda? jak się czuje czy zachowuje? Gdzie przebywa w rocznicę urodzin swojego dziecka, jak pielęgnuje pamięć po nim? Czy wiesz, jak się wobec niego zachować i co mu powiedzieć? A przede wszystkim czy zdajesz sobie sprawę, że ów rodzic może chodzi na wspólny grobowiec, gdzie pochowane zostały szczątki dzieci poronionych lub martwo narodzonych, bo ciało jego dzieciątka nie zostało mu wydane? Nawet nie wiedziałeś, że istnieje coś takiego jak pomnik dzieci nienarodzonych... Ja, patrząc z innej perspektywy, zaczęłam się zastanawiać, skąd rodzic po stracie ma wiedzieć, że istnieje pomnik dzieci poronionych lub martwo narodzonych, skoro o tym się nie mówi, tego nikt nie wie, nigdzie nie publikuje się takich informacji... Z tego powodu zbierając materiały do swojej dysertacji, czułam się jak pionierka, bowiem: przełamywałam temat tabu (publicznie zabierając głos na temat śmierci, poronienia,

pochówku szczątków dzieci i pomników/grobowców dzieci nienarodzonych), walczyłam ze stereotypami („poronienie – przecież to były szczątki, tam nie było dziecka”) oraz poszukiwałam materiałów (co niejednokrotnie przypominało przeczesywanie stogu siana w poszukiwaniu przysłowiowej igły ze względu na brak opracowań na temat śmierci dzieci poronionych lub spisu cmentarzy, na których znajdują się pomniki/grobowce dzieci poronionych/nienarodzonych w ujęciu holistycznym). Niemniej jednak czułam potrzebę zrobienia spisu takich miejsc, aby umożliwić wszystkim rodzicom po stracie dziecka godne poszanowanie pamięci zmarłego. Czułam również potrzebę pokazania społeczeństwu, że poronienie również jest stratą dziecka, a roniący rodzice zasługują nie tylko na miano osieroconego, ale przede wszystkim na miano matki i ojca, czyli rodzica po stracie. Dodatkowo zaczęło interesować mnie to, z czyjej i jakiej inicjatywy dany pomnik czy grobowiec powstał.

Miłość zamknięta w kamieniu. Pomniki dzieci nienarodzonych

Pomysł stawiania pomników wywodzi się z wyzwania, jakie postawił przed nami nieżyjący obecnie kardynał John O'Connor w swojej homilii na rozpoczęcie 110 Dorocznej Konwencji Rady Najwyższej odbywającej się w 1992 roku w Nowym Jorku. Opisał on Grób Dziecka Nienarodzonego, który znajduje się na terenie kampusu Franciszkańskiego Uniwersytetu w Steubenville (Ohio) i wezwał braci Rycerzy do „kontynuacji zdecydowanej walki Zakonu z aborcją” poprzez stawianie pomnika dziecka nienarodzonego na każdym katolickim cmentarzu w każdej diecezji, w której działają Rycerze. Pomniki te, różne w swej formie, są świadectwem podstawowej prawdy, że życie ludzkie jest świętym darem od Boga, który powinien być ochraniaany i ceniony w każdym momencie rozwoju, od poczęcia do naturalnej śmierci. Niestety w naszej szarej polskiej rzeczywistości nie jest tak dystygowanie. U nas pomniki powstają z inicjatyw samych rodziców, bardzo rzadko z inicjatywy Kościoła czy miasta. W dużych miastach jest ich niewiele, a jak już są, to na cmentarzach komunalnych, rzadko na parafialnych. Księża, urzędnicy, mieszkańcy, a i niejednokrotnie zarządcy cmentarzy nie potrafią określić, czy na ich cmentarzu jest taki pomnik i w którym miejscu się znajduje. Zanim rozpoczęłam podróż wokół Polski, godzinami przeglądałam fora internetowe, strony miast, stowarzyszeń, parafii, gmin i wszystkich możliwych miejsc, gdzie zbierałam dane dotyczące lokalizacji pomników. Wielogodzinne rozprawy przez telefon na temat ustalenia adresu czy kwatery danego pomnika niejednokrotnie kończyły się fiaskiem. Jednak nie poddałam się i wyruszyłam w podróż po kraju. Wyposażona w samochód, aparat i listę miast rozpoczęłam badania. Moja batalia po Polsce rozpoczęła się 12 sierpnia 2014 roku – w 10 dni przejechałam ponad 5 tysięcy

kilometrów, odwiedziłam ponad 60 cmentarzy, na których znajdowały się pomniki i grobowce dzieci nienarodzonych. Napotkałam wiele trudności, od niewiedzy na ten temat po rozczarowania wyglądem lub miejscem postawienia pomników. Przypadkowo spotkane osoby, które pytałam o pomniki dziwiły się, widząc mnie z aparatem, a kiedy zdradzałam im cel swojej wizyty, na ich twarzach malowało się jeszcze większe zaskoczenie. Czasem miałam nawet wrażenie, że było to politowanie.

Niewiedza, zaskoczenie, zdziwienie i zażenowanie napotkanych osób jeszcze bardziej utwierdziły mnie w przekonaniu, że badania, które będę przeprowadzać do mojej pracy doktorskiej są niebywale potrzebne, aby uświadomić naszemu społeczeństwu istnienie i ważność takich miejsc.

Aby bardziej zrozumieć potrzebę stawiania tych pomników i grobowców warto zapoznać się z podstawową definicją tych pojęć:

Grobowiec [1] samodzielna budowla (kaplica grobowa), kompozycja architektoniczno-rzeźbiarska umieszczana w nawach bocznych, kaplicach, podziemiach kościołów albo nad podziemną mogiłą na cmentarzu. Kwestie budowania grobowców reguluje ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz Rozporządzenie Ministrów Gospodarki Terenowej i Ochrony Środowiska oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1972 r. w sprawie urządzania cmentarzy, prowadzenia ksiąg cmentarnych oraz chowania zmarłych. Zgodnie z ich treścią dla każdego cmentarza sporządza się plan zagospodarowania terenu, z którym urządzenie cmentarza, wykorzystywanie miejsc pod poszczególne rodzaje grobów oraz zadrzewianie powinny być zgodne. Niestety opisane są procedury stawiania przeróżnych grobowców, na próżno jednak szukać tam wymogów dotyczących grobowców Dzieci Nienarodzonych. Niestety nie wiadomo z czego to wynika, przecież dzieci nie zaczęły umierać dopiero w XXI wieku. Groby Dzieci Utraconych spełniają potrójną funkcję. Po pierwsze jest to grób w pełnym tego słowa znaczeniu dla dzieci zmarłych wskutek poronienia, po drugie jest to symboliczne miejsce modlitwy dla rodziców, którzy utracili dziecko dużo wcześniej i nie wiedzą co się z nim stało, po trzecie jest to również forma katechezy dla osób, które nie są do końca przekonane o tym, że z człowiekiem mamy do czynienia od momentu poczęcia.

Pomnik [2] dzieło rzeźbiarskie lub rzeźbiarsko-architektoniczne, posąg, kamień pamiątkowy, obelisk, płyta itp., wzniesione dla upamiętnienia osoby lub zdarzenia historycznego. Nazwa „pomnik” wywodzi się od staropolskiej formy słowa „pamiętać” – „pomnieć” i oznacza miejsce upamiętniające wydarzenie bądź osobę. Pomnikiem nazywane są także:

- krzyż, płyta lub tablica z napisem, stawiane na grobie (nagrobek, pomnik nagrobny);
- coś, co ma wartość historyczną, naukową, estetyczną i co jest reprezentatywne dla swojej dziedziny, epoki (pomnik historii);
- przedmiot będący symbolem lub świadectwem czegoś (np. upływającego czasu – w tym znaczeniu będzie występował pomnik przyrody) [3].

Forma pomnika może być różna, najczęściej jest to posąg lub grupa rzeźb na cokole, może być nim jednak również kolumna, obelisk, naturalny głaz – kamień pamiątkowy, a nawet sztucznie usypane wzgórze (kopiec), budynek lub pojazd wojskowy (czołg – pomnik). Niekiedy funkcję „żywego pomnika” spełniają także drzewa (np. tzw. dęby pamięci, w ostatnich latach w Polsce najczęściej w kontekście Jana Pawła II, Katynia lub katastrofy smoleńskiej) [4]. Podstawowe typy pomników rozwinęły się już w starożytności. W okresie III Rzeczypospolitej można obserwować kilka charakterystycznych tendencji związanych z pomnikami. Duże grupy tematyczne stanowią pomniki Jana Pawła II, pomniki Armii Krajowej i Żołnierzy Wyklętych oraz pomniki upamiętniające zbrodnię katyńską (coraz częściej w powiązaniu z katastrofą w Smoleńsku). Coraz więcej powstaje pomników związanych z lokalnymi dziejami (np. nieznanymi szerzej osobowościami historycznymi), jak również legendami – nierzadko tworzonymi na potrzeby przemysłu turystycznego (przypadek wrocławskich krasnali). Niemniej jednak dalej nikt nie pamięta o Nienarodzonych. Kanoniczny „Słownik Języka Polskiego” PWN [5] podaje, że pomnikiem jest po prostu: posąg, obelisk, płyta itp., wzniesione ku czci jakiejś osoby lub dla upamiętnienia jakiegoś wydarzenia. I choć termin ten (podobnie, jak i „miejsce pamięci”) pojawia się w szeregu aktów prawnych, w tym m.in. ustawie o Radzie Ochrony Pamięci Walk i Męczeństwa, a także kodeksie karnym i ustawie o samorządzie gminny – to próżno byłoby szukać prawnego zdefiniowania pojęcia, uznawanego widać przez ustawodawcę za oczywiste, w szczególności jeżeli chodzi o Dzieci Nienarodzone.

„Dziecko, które umiera w którymkolwiek momencie swojego życia, choćby przed narodzinami, jest takim samym człowiekiem, jak ty czy ja. Należy mu się szacunek, godne traktowanie, a zatem i godny pochówek.”

Tymi słowami zaczyna się Mini poradnik dla rodziców, których dziecko zmarło przed urodzeniem, przygotowany przez koszaliński Komitet Budowy Pomnika Dzieci Utraconych [6]. Słowa te powinny dawać do myślenia wszystkim tym, którzy uważają, że poronionym dzieciom nie należy się szacunek i godny pochówek.

Kamienne Anioły - Na szczęście to już nie odpady medyczne

W Polsce do 2002 r. dzieci urodzone przed 22. tygodniem ciąży określane były jako „szczątki”, z którymi postępowano podobnie jak np. „z częściami ciała odłączonymi od całości”, tzn. spopielano je jako odpady medyczne. Proceder ten częściowo zatrzymało Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi, w którym zmieniono definicję zwłok. Niestety pomimo tego faktu problemem było ustalenie, od jakiego momentu ciąży mamy do czynienia z „dzieckiem martwo urodzonym”, któremu przysługuje prawo do pochówku. Dlatego w styczniu 2007 r. minister zdrowia dokonał kolejnej nowelizacji przepisów. Doprecyzowano w niej zapis definicji zwłok określając, że: *„za zwłoki ludzkie uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży”*. Równocześnie zmieniono przepisy dotyczące karty zgonu, zgodnie z którymi jest ona wypełniana dla osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, na wniosek osób uprawnionych do pochowania. Nadal jednak przepisy były niedoprecyzowane i w związku z tym, w połączeniu z brakiem wiedzy na temat możliwości pochowania dziecka, wiele matek pozostawiało swoje dzieci w szpitalach. Dopiero w październiku 2011 r. weszła w życie zmiana zapisów ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych, która uregulowała kwestię pochówku dzieci martwo urodzonych. Trzeba więc podkreślić, że obecnie rodzice mają prawo pochować swoje dziecko, które urodziło się martwe niezależnie od tygodnia ciąży. To jednak nie tylko kwestia przepisów prawnych. Możliwość pochowania swojego dziecka i odwiedzania jego grobu pomaga bowiem rodzicom przeżyć okres żałoby i pozwala okazać zmarłemu dziecku szacunek [7]. Obecnie w coraz większej liczbie miast na terenie Polski szpitale zaczynają praktykować „gromadzenie” szczątek dzieci poronionych, które później są zbiorowo chowane w grobowcach. Niestety często też lekarze dla zmniejszenia biurokracji nie informują roniącej matki o jej prawach do pochówku szczątek. Niestety od 2014 r. zmieniły się przepisy na temat „domniemania płci” dziecka poronionego. Nie można już obecnie uzyskać dokumentów z taką adnotacją, jeżeli poroniony płód nie miał wykształconych narządów, mogących go zidentyfikować z określoną płcią. W tej sytuacji rodzicom pozostają odpłatne badania genetyczne, co nie zmienia faktu, że bez nich dalej mają prawo do odebrania szczątek i pochowania ich. Praktyka kościoła przewiduje w przypadku pochówku dziecka nienarodzonego „obrzęd pogrzebu dziecka nieochrzczonego”. Nie odprawia się wówczas Mszy Świętej pogrzebowej, ponieważ ta bowiem ma charakter błagania o odpuszczenie grzechów zmarłego. W przypadku dziecka zmarłego przed

narodzeniem nie może być mowy o grzechu. Ale często przed lub po pochówku dziecka nienarodzonego odprawia się Mszę Świętą w intencji jego rodziców.

Dlaczego Anioły?

Kiedy rodzicom umiera dziecko, niezależnie od czasu jego istnienia na świecie, świat dla rodzica zapada w wieczną otchłań bólu i cierpienia. Aby móc sobie poradzić z tym bólem rodzice zaczynają wierzyć, że ich dziecko nie odeszło, że czuwa nad nimi w postaci Anioła. Świadczy o tym szereg wierszy, filmów, publikacji, zdjęć. Postanowiłam więc w pracy z Rodzicami po Stracie zbadać, dlaczego rodzice o stracie określają siebie Aniołkowymi. Badania w formie 3 krótkich pytań zostały przeprowadzone w 2013 roku. W badaniu wzięło 150 osób, z których 85% to byli rodzice po starcie dziecka w I i II trymestrze ciąży

Odpowiedzi na 3 zasadnicze pytania były następujące:

Od momentu, kiedy straciłeś/łaś swoje dziecko uważasz siebie za:

- Rodzica – 10% badanych
- Rodzica po stracie – 25% badanych
- Aniołkowego rodzica – 65% badanych

Kiedy straciłeś/łaś swoje dziecko we wczesnej ciąży uważałeś/łaś siebie za:

- Osobę mającą dzieci tzw. „Aniołkowego Rodzica” , „Rodzica po starcie” - 90% badanych
- Osobę nie mającą dzieci - 10% badanych

Dlaczego uważasz siebie za Aniołowego Rodzica.

Pytanie było otwarte, odpowiedzi szereg, ale te najczęściej się pojawiające to:

Anioły są niewinne, Anioły to małe dzieci ze skrzydełkami, Anioły pomagają Panu Bogu, a on je do siebie wezwał, Anioły są bez grzechu.

Nie jest teologicznie poprawne mówienie, że takie dziecko jest „aniołem”, bowiem - jak uczy dogmatyka katolicka - jedno stworzenie nie może się stawać innym; człowiek nie może stać się aniołem. Ale na pewno można postrzegać dzieci utracone - w kontekście tajemnicy świętych obcowania - jako orędowników, którzy modlą się i chwalą Boga wraz z nami, pielgrzymującymi do Ojczyzny Niebieskiej.

Najlepiej ten stan opisuje wiersz pod tytułem „Aniołkowe Mamy” autorstwa Magdy Węglowskiej.

*Po szklistych oczach je poznać,
po chwiejnym głosie,
po marzeniach w pył obróconych,*

*sercu na pól złamanym
i ramionach rozpaczliwie pustych...
Po kołysankach nigdy nie wyspiewanych,
po nocach nieprzespanych,
po imionach nienadanych
i łzach w ukryciu wylanych.
Po smutku lepiej lub gorzej skrywanym,
po tym wszystkim poznasz Aniołkowe Mamy...*

Zakończenie

Spółeczeństwo traktuje stratę dziecka jako temat nie istniejący, głównie temat poronienia jest omijany i lekceważony. Jako społeczeństwo skupiamy się na aborcjach jako ochronie życia, ale nie myślimy o tych, którzy to życie stracili na wczesnym etapie ciąży. Statystycznie 98% poronień to planowane i wyczekiwane ciążę. Strata dziecka w wyniku poronienia to bardzo poważny problem społeczny, ponieważ po poronieniu, kiedy matka nie może zobaczyć jak dziecko wygląda lub jakiej było płci, zachodzi wtedy ogromna reakcja psychiczna. Reakcja ta występuje zarówno u kobiety, jak i mężczyzny, które przez otoczenie są zupełnie niezrozumiałe. Często dochodzi do obwiniania samego siebie, a tym samym do depresji czy rozpadu związku. Biorąc pod uwagę statystyki jest to duże zagrożenie dla naszego społeczeństwa.

Wiek czy rodzaj odejścia dziecka tak naprawdę nie mają znaczenia. Należy jednak pamiętać, że dla każdego odejście jego dziecka, niezależnie od wieku, jest traumą, którą należy prawidłowo przepracować, aby móc nauczyć się żyć na nowo. W tym między innymi pomaga możliwość pochówku, czy zapalenie znicza nad grobem. Niestety intencje powstawania tych pomników czy grobowców są niedoceniane i bardzo często krytykowane. Krytyka niejednokrotnie polega na obrażaniu i niedoceniu pomysłodawców. Występują pytania, po co taki pomnik, czemu on ma służyć, co to komu da, bezsensownie wyrzucone pieniądze itp. „*uwazam to za absurd po co komu pomnik nienarodzonych dzieci, było naprawdę dużo potrzebniejszych projektów*”, „*lepiej jakby tym narodzonym zbudowali boiska w szkołach albo bezpieczne place zabaw*”, „*Polska - kraj miliarda absurdów, Po co komu pomnik i grobowiec dziecka nienarodzonego? Ręce opadają poniżej kolan....*” [8]. Niemniej jednak nikt nie zada sobie pytania, czy taki pomnik na pewno pomoże takim osobom? Tak, pomoże, ale tylko tym, którzy doświadczyli takiej straty.

W załączeniu zamieszczam kilka zdjęć z pomnikami dzieci nienarodzonych, które według mnie wzbudzają najwięcej emocji.

Bielsko Biala. W mieście tym znajdują się dwa takie miejsca dla rodziców po stracie. Na cmentarzu parafii św. Jana Chrzciciela w Bielsku-Białej Komorowicach jest grobek dzieci nienarodzonych. Granitowy prostopadłościan z mosiężną różyczką i aniołem w locie kryje kilka urn z doczesnymi szczątkami dzieci, które zmarły, nim się narodziły. Inicjatorem budowy grobu dzieci nienarodzonych był miejscowy proboszcz ks. kan. Tadeusz Nowok. Grobowiec wzniesiono na tyłach kaplicy cmentarnej, obok krzyża. W tym miejscu zatrzymuje się także na chwilę modlitwy tradycyjna procesja, odprawiana po południu w uroczystość Wszystkich Świętych.



Z kolei na cmentarzu parafii św. Stanisława Biskupa i Męczennika w Starym Bielsku znajduje się symboliczny grób dzieci nienarodzonych. I ten pomnik, z aniołem, który chusteczką ociera łzy, tonie w kwiatkach i zniczach.

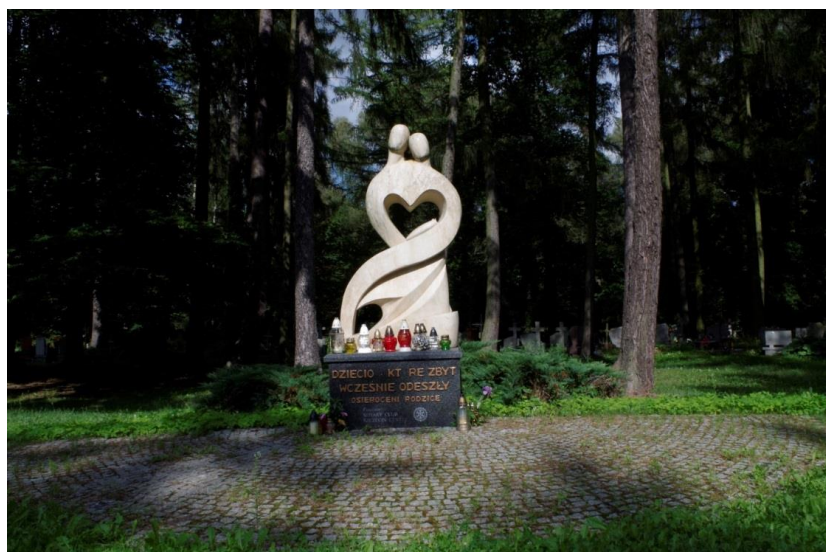


Łomża. Symbolizuje on rozłożone ramiona matki obejmujące dzieci, których szczątki są pochowane w krypcie, wewnątrz Grobu. Grób ozdabia postać anioła wzbijającego się do lotu. W przyszłości stanie tam także drugi anioł. Strzec one będą wejścia do Grobu, będą ozdobą i nadadzą powagę całości. Dwa anioły, podobnie jak przy grobie Chrystusa

zwiastować mają człowiekowi, który tu będzie się modlił, prawdę iż „te Dzieci żyją w Bogu” (Bł. Jan Paweł II EV 99).



Szczecin. Na pięknym parkowym cmentarzu znajdują się dwa pomniki Dzieci Nienarodzonych. Paradoksem tych pomników jest fakt, że można pod nie podjechać samochodem i jeżeli któryś z rodziców wie o jednym pomniku, nie ma pojęcia o tym drugim.

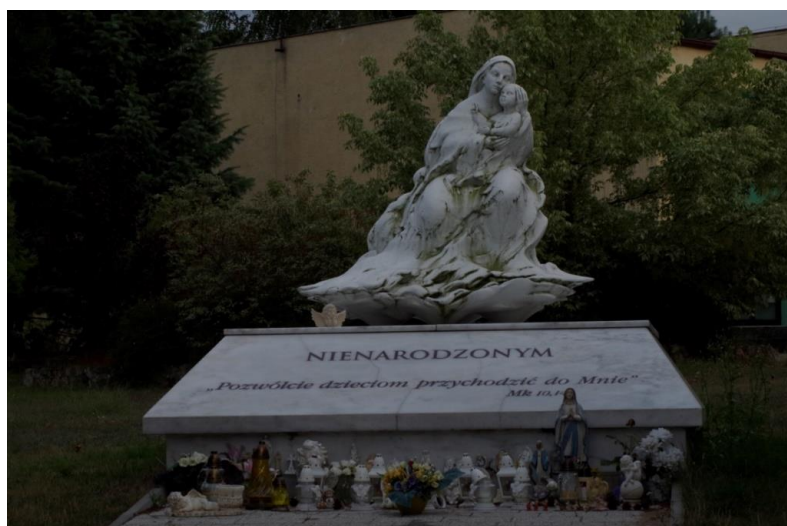


Pomnik (2008 r.) przedstawiający ojca i matkę przytulonych do siebie i pogrążonych w smutku. W środkowej części, gdzie powinny znajdować się ich serca znajduje się pustka, którą wypełnia malutkie serce dziecka utraconego. Projekt Rotary Club Szczecin Center, zrealizowany z pomocą i inicjatywą Organizacji Rodziców po Starcie Dziecka – DLACZEGO.

Pomnik (1994 r.), wykonany według projektu Wilhelminy Nestorowicz, który łączy w swej formie krzyż z jednostronnie zeszlifowanym głazem. Na podstawie pomnika wypisano słowa kard. Stefana Wyszyńskiego: „*Naród, który zabija własne dzieci, jest narodem bez przyszłości*” [9].



Tczew. Na białym grobowcu wryto napis - "Nienarodzonym" oraz biblijną sekwencję "Pozwólcie dzieciom przyjść do mnie". Pomnik wieńczy figura unoszącej się ku niebu matki z dzieckiem. Autorem całości jest Stanisław Szwechowicz. Inicjatywa wyszła z tutejszej parafii oraz działającej tam grupy wsparcia dla rodziców po stracie. Pomnik powstał w 2011 r. *To takie miejsce, gdzie będą mogły przyjść i wypłakać się matki po stracie* - mówił proboszcz parafii pw. NMP Matki Kościoła.



Pułtusk. Pomnik Dziecka Utraconego, ustawiony na placu przed kościołem, obok pomnika bł. Jana Pawła II. Pomnik tworzy granitowa płyta na postumencie, z cytatem z

Księgi Jeremiasza o poznaniu imienia przed narodzeniem oraz rysunkiem maleńkiego dziecka, podtrzymywanego przez ręce Boga. Pomnik ufundowała rodzina z parafii (2013 r).



Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z 7 marca 2008
2. Szolgini W.: Architektura. Sigma NOT, Warszawa 1992.
3. Słownik języka polskiego PWN, Warszawa 1998
4. Międzyrzec Podlaski: żywy pomnik pamięci ofiar katyńskich, data pobrania 29 listopad 2010.
5. Kanoniczny Słownik Języka Polskiego PWN, Warszawa 1995
6. Koszaliński Komitet Budowy Pomnika Dzieci Utraconych
7. <https://www.przewodnik-katolicki.pl/Archiwum/2012/Przewodnik-Katolicki-41-2012/Rodzina/Pamieci-nienarodzonych>, data pobrania 27.03.2015,
8. http://wroclaw.gazeta.pl/wroclaw/1,35771,16792045,Wroclaw_pochowa_nienarodzone_dzieci_Projekt_obywatelski.html#ixzz3VhKSkCWL, data pobrania 27.03.2015,
9. Słomiński.M.: Cmentarz Centralny w Szczecinie, 2005.

Śleziona Mariola¹, Graf Lucyna¹, Ptaszek Gabriela¹, Stolecka Barbara¹, Mroczkowska Renata¹, Gurowiec Piotr Jerzy^{2,3}

Żałoba jako manifestacja straty w aspekcie wielokulturowym

1. Wydział Nauk o Zdrowiu Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Oddział Intensywnej Terapii Pooperacyjnej.
3. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Nadzorem Kardiologicznym

Wstęp

Istnieje wiele definicji żałoby w zależności od tego, czy definiuje ten stan psycholog, socjolog, teolog czy lekarz. Wszystkie te definicje mają jednak wspólny mianownik, którym jest zmaganie się z poczuciem straty po śmierci osoby bliskiej. Chociaż żałoba i przeżywanie straty po śmierci bliskich nie są terminami tożsamymi, to wzajemnie się przenikają. Żałobą zwykło się określać czas po śmierci osoby bliskiej wraz z zewnętrznymi atrybutami informującymi o stracie, takimi jak: strój żałobny, obrzędy, zwyczaje, zachowania i tradycje żałobne. W różnych kulturach okres ten przeżywany jest typowo dla regionu, religii i grupy etnicznej. Czas trwania żałoby jest również zróżnicowany w zależności od uwarunkowań kulturowych i stopnia pokrewieństwa ze zmarłym.

Cel pracy

Celem pracy było przybliżenie etapów i czasu trwania żałoby, jako zewnętrznej manifestacji przeżyć związanych ze stratą osoby bliskiej w wymiarze wielokulturowym.

Rozwinięcie

Przeżywanie straty po śmierci osoby bliskiej dotyczy sfery emocjonalnej, duchowej, jak również fizycznej. W tym okresie można zaobserwować u osób w żałobie takie symptomy, jak [1]:

- problemy ze snem
- nadpobudliwość lub ospałość
- wyczerpanie
- drżenie rąk
- mdłości, brak apetytu
- alergie, wysypki
- zaburzenia cyklu hormonalnego

- obniżenie wydolności układu immunologicznego (podatność na infekcje).

W sferze emocjonalnej również widoczne są zmiany, które mogą przybierać czasami niepokojące rozmiary i znacznie obniżać jakość życia osoby przeżywającej żałobę. Do zmian tych należą:

- narastający lub długo utrzymujący się smutek
- poczucie winy
- poczucie bezsilności, przytłoczenia, pustki
- poczucie zagrożenia, obawa o przyszłość
- może wystąpić również złość, gniew, poczucie nacisku i presji

Bywa, że odejście osoby bliskiej powoduje uczucie ulgi i poczucie swobody. Dzieje się tak zwykle wtedy, gdy choroba zmarłego była długotrwała i wyczerpująca pod względem fizycznym i emocjonalnym dla rodziny oraz kiedy obserwowanie cierpienia osoby bliskiej było trudniejsze niż pogodzenie się z jej odejściem [1,2].

Śmierć bliskich może spowodować również zaburzenia w obszarze funkcji poznawczych. Zwykle manifestuje się to:

- tendencją do zapominania, problemami z rzeczywistą oceną sytuacji
- trudnościami w wysuwaniu wniosków, logicznym rozumowaniu i koncentracji
- gonitwą myśli, tendencją do popełniania błędów i pomyłek

Te wszystkie zmiany składają się na zachowanie, jakie może pojawić się w tym okresie u osoby przeżywającej stratę. Zmiany te mogą przejawiać się:

- porządkowaniem rzeczy po zmarłym
- nadmiernym zdenerwowaniem, płaczliwością i zamartwianiem się
- czasami w tym okresie osoby te wykazują więcej wrażliwości, współczucia i zrozumienia dla innych
- mają potrzebę odbudowywania więzi rodzinnych
- bywa, że izolują się od znajomych i rodziny
- angażują się w zajęcia, które lubił zmarły
- słuchają nastrojowej muzyki, popadają w melancholię
- przyjmują nowe role w rodzinie

W tym okresie mogą nastąpić również zmiany w życiu duchowym [1,2,3]:

- często dochodzi do wzmocnienia lub utraty wiary
- może pojawić się gniew na Boga
- mogą zmniejszyć się lub znacznie wzrosnąć obawy przed śmiercią

- często pojawia się wzmożona troska o dobro rodziny.

Żałoba jest naturalną reakcją człowieka na śmierć. Wyróżnia się kilka etapów przeżywania żałoby w sensie emocjonalnym i duchowym. Do etapów tych należą [4,5]:

- Szok i negacja – informacja o śmierci jest zawsze zaskakująca i powoduje zaprzeczenie tej sytuacji oraz problemy w kontakcie z otoczeniem
- Pozory spokoju i opanowania – zwykle towarzyszą ceremonii pogrzebowej, gdzie oczekuje się od osób w żałobie godnej i mężnej postawy
- Złość i bunt – tuż po pogrzebie dochodzą do głosu emocje, manifestujące się gniewem i buntem skierowanym przeciw losowi, ludziom lub Bogu
- Poczucie pustki – po pogrzebie i okresie buntu przychodzi czas na odczuwanie pustki i tęsknoty za osobą zmarłą
- Przemijanie i normalność – to psychologiczne zakończenie żałoby, powrót do stanu sprzed śmierci osoby bliskiej.

Przyjęło się, że cały „cykl żałoby” trwa średnio rok. Tyle czasu zwykle potrzebuje psychika człowieka, by uporać się z poniesioną stratą. W ciągu roku mają miejsce pierwsze święta, urodziny, rocznice itp. zdarzenia bez osoby bliskiej. W psychice człowieka przeżywającego stratę pojawia się często komunikat „skoro przeżyłem pierwsze święta, urodziny, rocznicę bez osoby zmarłej to dam radę żyć dalej”. Bywa, że okres żałoby bardzo się przedłuża, a osoba przeżywająca stratę odczuwa ją coraz mocniej. U 10% takich osób pojawiają się myśli samobójcze. Mówimy wówczas o tzw. „żałobie powikłanej” [6].

By właściwie przeżyć okres żałoby po śmierci osoby bliskiej, należy pozwolić sobie na uczestniczenie w trzech następujących po sobie okresach [7]:

- Pożegnaniu osoby bliskiej
- Przechodzeniu żałoby (z wszystkimi stanami emocjonalnymi, duchowymi oraz obrzędami przypisanymi do tego okresu)
- Wyznaczeniu sobie nowych celów w życiu

Zewnętrzne przejawy żałoby w wybranych kulturach i religiach

W zależności od wyznawanej religii, tradycji kulturowej, przynależności społecznej, obyczajów regionalnych, obrzędów i rytuałów zewnętrzne oznaki żałoby mogą przybierać różnorodne formy. Kolory symbolizujące żałobę są różne w zależności od regionu świata, gdzie jest ona obchodzona:

- czarny – to kolor żałoby w kręgu kultury euroamerykańskiej
- niebieski – jest kolorem żałoby w Iranie i Meksyku

- biały – to kolor żałoby w Chinach i Japonii
- żółty – strój żałobny można zaobserwować w Birnie, czy Egipcie
- czerwony – to żałobny kolor ludów Afryki południowej
- fioletowy – jest przyjęty jako kolor żałoby w Tajlandii

Nie tylko kolorami różni się tradycja celebrowania żałoby po zmarłym w różnych kulturach i religiach. To również różnorodne obrzędy, ceremonie pogrzebowe, sposób postrzegania osób w żałobie i cała gama wierzeń, przesądów oraz rytuałów związanych z pochówkiem [8].

Żałoba w Chrześcijaństwie

W naszej kulturze, gdzie przeważa religia chrześcijańska, obowiązują powszechnie znane tradycje związane z pochówkiem i okresem żałoby. Zmarłych chowa się na cmentarzach w trumnach lub w urnach (po wcześniejszej kremacji). Najczęściej pochówek poprzedza nabożeństwo pogrzebowe, w którym uczestniczą bliscy i znajomi zmarłego. Obowiązuje czarny strój żałobny, który nosi się stosownie długo w zależności od stopnia pokrewieństwa ze zmarłym. Po współmałżonku – 1 rok i 6 tygodni, po rodzicach – 6 miesięcy ścisłej żałoby, a następnie 6 miesięcy półżałoby (szare stroje), po rodzeństwie i dziadkach zwykle 6 miesięcy, a po dalszych krewnych – 3 miesiące. Po pogrzebie odbywa się przyjęcie żałobne dla krewnych i przyjaciół (tzw. stypa pogrzebowa). W okresie żałoby zwykle nie uczestniczy się w weselach, zabawach tanecznych, nie urządza wystawnych przyjęć i nie słucha głośnej muzyki. To czas na refleksję, zadumę, pożegnanie i uporanie się z własnymi emocjami. W dzisiejszych czasach coraz częściej odchodzi się od tradycji związanych z restrykcyjnym przestrzeganiem żałoby i noszeniem stosownego stroju. Swoboda obyczajów i zmiany światopoglądowe wpływają na bardziej liberalne podejście do okresu żałoby po osobie bliskiej. Są jednak regiony i grupy społeczne, które pozostają wierne obrzędom i kultywują dawne tradycje żałobne [9].

Żałoba w Islamie

W Afganistanie, gdzie większość społeczeństwa wyznaje Islam mają miejsce inne, dla naszej kultury egzotyczne obrzędy żałobne. Do domu zmarłego przychodzą żałobnicy (rodzina, znajomi i sąsiedzi), by rozpocząć żałobne wspomnianie (wijar). „Żałobniczki” zbierają się wokół ciała zmarłego i zawodzą, płaczą, biją się po twarzy i szarpią za włosy. W tym czasie ktoś z bliskich zmarłego czyta wersety Koranu. Trwa to kilka godzin, aż „żałobniczki” osłabną, a ich twarze i oczy będą opuchnięte. Następnie ciało zmarłego jest obmywane (wyjątek stanowi ciało Szahida – męczennika, którego krew jest święta) i owijane w bawełniany całun.

Ciała dzieci pokrywa się kwiatami. Zmarłego układa się na tzw. „łożu afgańskim” i przenosi na cmentarz. Ciało chowane jest bezpośrednio w ziemi (bez trumny), a na grobie kładzie się kamienie. Gdy ułożone są prostopadle do głowy i nóg oznaczają grób mężczyzny. Ułożone wzdłuż grobu u głowy i nóg oznaczają grób kobiety. Po uroczystości pogrzebowej rodzina rozdaje hajrat (jałmużnę) zgromadzonym na ceremonii pogrzebowej biedakom. Następnie bliscy i znajomi spotykają się w domu zmarłego i od 1-3 dni biesiadują, jedzą, wspominają zmarłego i czytają Koran [10,11].

Żałoba w Judaizmie

W Judaizmie sposób obchodzenia żałoby i żegnania zmarłych również znacznie różni się od naszych tradycji kulturowych. Minimalny czas trwania żałoby wynosi tydzień. Przez 7 dni od śmierci bliskiej osoby zakazane jest golenie się, mycie, opuszczanie domu, pracowanie, uprawianie seksu, słuchanie muzyki i studiowanie Tory. W tym czasie nie powinno się jeść mięsa, pić wina oraz zmieniać odzieży. W Judaizmie preferuje się szybki pochówek (1-3 dni). Do 30 dni po pogrzebie nie uczestniczy się w zabawach, przyjęciach i nie słucha muzyki (okres ten nazywa się szlosim). Przez 12 miesięcy (ale tylko po śmierci rodziców) obowiązuje rezygnacja ze spotkań towarzyskich, teatru, kina i koncertów (to okres zwany awelut). Przez 11 miesięcy poczynając od dnia pogrzebu, syn zmarłego odmawia codziennie Kadisz (modlitwę za zmarłych). W każdą rocznicę śmierci synowie również odmawiają Kadisz i dostępują błogosławieństwa czytania Tory. Gość opuszczający dom żałoby powinien pożegnać się słowami: „*Niech Pan pocieszy Cię wraz ze wszystkimi żałobnikami Syjonu i Jeruzalem*” [4,8].

Żałoba w Chinach

W Chinach obrzędy związane z pochówkiem i żałobą są bardzo restrykcyjnie przestrzegane, choć różnią się nieco między sobą w zależności od regionu kraju. Trumna przez kilka dni jest wystawiona (wraz ze zdjęciem zmarłego), by można było pożegnać się z nim. Pod ciałem zmarłego umieszcza się 7 monet, co ma zapewnić pomyślność potomkom zmarłego. Bliscy składają przy trumnie ofiary z potraw, wina i owoców. Przed pogrzebem tłucze się glinianą miskę (w wierzeniach Chińczyków w podziemiach żyje stara kobieta, która namawia do wypicia zupy niepozwalającej na reinkarnację). Przy grobie rodzina pali papierowe pieniądze, by zapewnić dobrobyt i spokój duszy zmarłego. Ceremonia pogrzebowa w Chinach odbywa się przy głośnych dźwiękach muzyki. Słychać wówczas bębny, gongi i skrzypce. Koniec uroczystości pogrzebowej wieńczą wystrzały sztucznych ogni, mające w wierzeniach Chińczyków odpędzić złe duchy. W ciągu 3 dni po pogrzebie rodzina ponownie odwiedza grób zmarłego paląc wokół niego ogień (aby zmarły nie zmarł

w zaświatach). Następnie, co 7 dni (siedmiokrotnie) rodzina pali papierowe pieniądze i kadzidełka, rytuał ten powtarza się 100 dni po śmierci bliskiego. Czas żałoby po rodzicach w Chinach trwa 3 lata. W okresie żałoby osoba przeżywająca stratę powinna intensywnie manifestować swój smutek zarówno odpowiednim strojem (ubrania szyte z niefarbowanych tkanin), jak i zachowaniem. Czas noszenia żałobnego stroju zależy od stopnia bliskości z osobą zmarłą (od 3 miesięcy do 3 lat). Przez cały okres żałoby zabrania się: jedzenia mięsa i picia alkoholu (3 dni po śmierci bliskiej osoby obowiązuje ścisły post). Na znak żałoby mężczyźni przez okres od miesiąca do roku nie obcinają włosów, a kobiety nie noszą biżuterii. Ogranicza się wówczas aktywność społeczną, a osoba w żałobie nie może brać udziału w weselu, odwiedzać chorych, przyglądać się wykopywaniu studni, budować świątyni, przyglądać się ciężarnym kobietom i niemowlętom oraz pracować w polu (uważa się, że osoba w żałobie ma zły wpływ na plony i przynosi pecha). Osoby przeżywające żałobę nie powinny w czasie jej trwania współżyć intymnie. Kobiety ciężarne nie mogą uczestniczyć w ceremonii pogrzebowej. W Chinach strój na własny pogrzeb każdy przygotowuje sobie sam dużo wcześniej. W niektórych regionach kraju rodzina składa się na wystawną trumnę z drzewa cyprysowego lub mahoniowego (ma to zapewnić dostatek i spokój duszy zmarłego w zaświatach) [8,12].

Żałoba u Romów

Niezwykle interesujące są obrzędy Romów związane z pochówkiem i żałobą po bliskich. Zwykło się twierdzić, że Rom nigdy nie umiera sam (jeśli nadchodzi jego kres, czuwa przy nim cała rodzina). Do trumny zmarłego wkłada się zwykle fajkę, papierośnicę, tytoń itp. atrybuty. Przy ciele zmarłego trwa 3 - dniowe czuwanie (gdyż dusza zmarłego w wierzeniach Romów może zmienić zdanie i wrócić do ciała). Żegnająca się ze zmarłym rodzina i przyjaciele wkładają mu do kieszeni pieniądze. Czuwający przy ciele palą świece (nieparzystą liczbę) i piją alkohol (również nieparzystą liczbę butelek). Czuwając tak opowiadają baśnie cygańskie (półgłosem, by nie mącić spokoju zmarłego). W obrzędowości cygańskiej nie śpiewa się pieśni żałobnych. Muzyka jest sprzeczna z żałobą w ich pojęciu. Cyganie bardzo przestrzegają ceremonii i obrzędów w obawie przed powrotem z zaświatów, ducha zwanego Mulo. Dawniej kolorem żałoby u Romów był biały lub czerwony, obecnie czarny (gdyż zwykle Romowie przejmują religię kraju, w którym się osiedlają). Gdy wynosi się trumnę z domu, wylewa się za nią wodę z dzbana, by dusza nie cierpiała pragnienia. Przeprowadza się obrzęd „pojenia duszy”. Gdy umiera kobieta wybiera się spośród bliskich dziewczynkę, a gdy umiera mężczyzna – chłopca. Dziecko codziennie w południe przelewa wodę z dzbana do szklanek i poi nią przechodzących cyganów. Każdego dnia obrzędu (przez 6

tygodni) na specjalnym patyku wykonuje się żłobienia. Następnie rozcina się patyk na pół i tworzy krzyż, do którego przymocowuje się 5 świec (jedna w środku). Krzyż puszcza się na wodę, a następnie nabiera do szklanki wody (tyle razy, ile było nacięć na patyku) i wylewa do rzeki. Na koniec napełnia się dzban i szklankę po raz ostatni i topi w rzece. Obrzęd dobiega końca, gdy rodzina zapłaci rozdającemu wodę dziecku za usługę. W kulturze Romów przyjęcia pogrzebowe zwane pomonami organizuje się wielokrotnie. Pierwsza pomona odbywa się tuż po pogrzebie (w karczmie, restauracji) w pobliżu cmentarza. Dokładnie 9 dni po śmierci organizuje się drugą pomonę. Jest to uczta w domu zmarłego. Od stołu wszyscy wstają jednocześnie. Jeśli ktoś wstanie sam, już nie ma prawa powrotu do niego. Trzecia pomona odbywa się 6 tygodni po śmierci. Wybiera się kobietę lub mężczyznę i obdarowuje ich przedmiotami (np. grzebieniem, naczyniami stołowymi lub lusterkiem). Mężczyźnie kupuje się garnitur, a kobiecie materiał, z którego do wieczora należy uszyć strój biesiadny. Stół wówczas jest suto zastawiony, a w jego pobliżu na rozgrzanych węglach pali się kadzidła. Wybranej osobie gospodarz myje nogi i czesze włosy (darowanym grzebieniem). „Wybraniec” na koniec stawia zebrany wódkę lub piwo. Kolejna pomona ma miejsce po pół roku od śmierci. Do tego momentu osoba obdarowana ubraniem na poprzedniej pomonie ma prawo je nosić (następnie musi je zdjąć i wrzucić do rzeki). Kolejny raz wybiera się „wybrańca” i ceremonia się powtarza. Okres żałoby kończy piąta pomona. Na tej uroczystości po raz trzeci powtarza się obrzęd „wybrańca”. Tym razem darowaną odzież można nosić bez ograniczeń. Ostatnia stypa jest radosna i jest gwarancją, że dusza nie wróci. Dawniej rzeczy po zmarłym palono, a zwierzęta zabijano (z wyjątkiem koni). Dziś sprzedaje się je (lecz nie Romom). Cały okres żałoby u Romów trwa dokładnie rok (przedłużenie jej choćby o jeden dzień spowodować może śmierć żałobnika) [13,14].

Podsumowanie

Żałoba jest okresem przeżywania straty po śmierci osoby bliskiej. Manifestacja tej straty może przybierać formę: stosownego stroju, właściwych dla religii lub tradycji kulturowych, obrzędów pogrzebowych oraz ograniczeń związanych z okresem przeżywania żałoby. To trudny okres zarówno dla rodziny, bliskich zmarłego, jak i dla otoczenia, które nie zawsze wie, jak się w takiej sytuacji zachować. W wielu kulturach śmierć jest nadal tematem tabu, a przeżywanie straty i żałoby przez bliskich zmarłego napawa innych niepokojem i lękiem. Być może stąd właśnie wzięła się w kulturze chińskiej swoista stygmatyzacja społeczna osób w żałobie, które uważa się za osoby przynoszące pecha. Różnorodność kulturowa sprawia, że zarówno sama ceremonia pogrzebowa, jak i okres żałoby tuż po niej następujący celebrowany jest na wiele sposobów. Niezależnie od tego, jaki kolor żałoby

obowiązuje w danej społeczności, jak długo ona trwa i jak różnorodne są obrzędy żałobne, to wspólnym elementem ponadkulturowym tego zjawiska jest przeżywanie straty po śmierci osoby bliskiej. Rytuály pożegnalne, oddanie hołdu zmarłemu, zwyczaj i ceremonie to sygnały wysyłane od rodziny i znajomych, że są wsparciem dla osób pogrążonych w żałobie. Jest to czas refleksji i zadumy nad nieuchronnością śmierci. Przed osobą w żałobie stają do realizacji cztery zadania:

- doświadczenie bólu i straty
- przystosowanie się do rzeczywistości bez osoby zmarłej
- znalezienie dla osoby zmarłej nowego miejsca w życiu i pamięci bliskich
- przyzwolenie na zamknięcie procesu żałoby, otwarcie się na nowe wyzwania, znajomości i miłość

Doświadczenie straty po śmierci bliskiej osoby jest przeżywane indywidualnie, w zależności od pokrewieństwa i bliskości z osobą zmarłą. Przejście okresu żałoby może ułatwić odbycie wszystkich rytuałów i obrzędów z nią związanych. Czas upływający od dnia pogrzebu powinien działać na korzyść osoby cierpiącej, pozwalając na przeżycie różnych stanów emocjonalnych i duchowych. Wsparcie, pomoc i dyskretna obecność osób życzliwych może być tym czynnikiem, który pozwoli po pewnym czasie zamknąć okres żałoby w sensie czasowym i emocjonalnym.

Wnioski

- Żałoba jest naturalną reakcją po śmierci osoby bliskiej
- Przeżywanie żałoby w aspekcie wielokulturowości ma pewne elementy wspólne, takie jak: określony czas jej trwania, specyficzne rytuały pogrzebowe oraz tradycyjne spotkania żałobników przed i po pogrzebie
- Bez względu na przynależność kulturową i religijną, żałoba przeżywana jest jako strata osobista po śmierci osoby bliskiej

Piśmiennictwo

1. Dodziuk A.: Żal po stracie, czyli o przeżywaniu żałoby. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2007.
2. Keirse M.: Smutek, strata, żałoba. PWE POLWEN, Radom 2004.
3. Ostrowska A.: Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa. Wyd. IFiS PAN, Warszawa 2005.

4. Grzybowski P.P.: Obecność nieunikniona, wspólne wątki pedagogiki międzykulturowej i tanatopedagogiki. *Pogranicze. Studia Społeczne*, 2011, 17, 258-265.
5. Keirse M.: *Pożegnanie z matką*. PWE POLWEN, Radom 2005.
6. Rosiewicz M., Buczkowski K.: Dorosły pacjent w żałobie po śmierci bliskiej osoby – rola lekarza rodzinnego. *Pol. Med. Paliat*, 2006, t.V, 22-27.
7. Stelcer B.: Gorzka cena miłości, czyli o bólu żałoby. *Paedog. Christ.*, 2006, 1, 17, 111-122.
8. Kromer K. P.: Śmierć w różnych religiach świata. WAM, Kraków 2007, 121-246.
9. Orońska A.: Godność człowieka umierającego w różnych religiach świata. *Med. Paliat. w Praktyce*, 2009, 3, 82-85.
10. Kamiński T.: Pogrzeby w krajach muzułmańskich, http://www.wprost.pl/blogi/tomasz_kaminski/?B=2571, data pobrania 4.02.2015
11. Seweryniak H.: Islam w perspektywie współczesności. *Studia Płockie*, 29, 2001, 127-145.
12. Afek J.: Kulturowe i językowe uwarunkowania chińskich przesądów i tabu. Rozprawa doktorska. Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2013, 202-225.
13. Ficowski J.: *Cyganie w Polsce. Dzieje i obyczaje*. Tower Press, Gdańsk 2000, 74-78.
14. Koworska A.I.: Polska Roma. Tradycja i nowoczesność. „D i G”, Warszawa 2005, 160-191.

Konczelska Katarzyna

Małżeństwo w obliczu śmierci dziecka

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu

"Śmierć dziecka często powoduje utratę poczucia sensu życia. Gdy odchodzi rodzic lub przyjaciel, tracimy przeszłość - zmarły mógł być świadkiem wspaniałych, dawno minionych wydarzeń i przeżyć. Ale utrata dziecka oznacza utratę przyszłości, a tym samym zburzenie wielu planów i nadziei nadających sens wysiłkom rodziców - rodzice ponadto tracą wielką szansę na przekroczenie śmierci (ponieważ dziecko jest nadzieją na nieśmiertelność). Mówiąc fachowym językiem, utrata rodzica jest 'utratą obiektu' ('obiekt' to postać, która konstytuuje nasz świat wewnętrzny, szczególnie w dzieciństwie), natomiast utrata dziecka jest 'utratą projektu' (to znaczy utratą centralnej zasady, która organizuje czyjeś życie i daje odpowiedź na dwa zasadnicze pytania: po co żyjemy i jak mamy żyć.) Nic dziwnego, że utrata dziecka jest najcięższą ze wszystkich strat - tak ciężką, że wielu rodziców zmarłych dzieci przez lata nie może wyzwolić się z bólu i rozpacz, a niektórzy pogrążają się w nich już na całe swoje życie".

[„Kat Miłości” I.Yalom]

Wstęp

Mogłoby się wydawać, że w trudnej sytuacji śmierci dziecka małżonkowie się jednoczą, aby wspólnie przechodzić proces żałoby, że będą dla siebie wsparciem, przyjaciółmi, towarzyszami. Bo któż lepiej od nich wie, jak cierpią i jak wielka utrata ich spotkała? Jednak wbrew pozorom „trwałość małżeństwa, które straciło dziecko jest poważnie zagrożona” [1]. Okazuje się, że w okresie żałoby każde z rodziców inaczej ją przeżywa. W innych okresach przechodzą poszczególne fazy żałoby, co wielokrotnie prowadzi do konfliktów, poczucia dodatkowego niezrozumienia czy osamotnienia. Kiedy jedno z małżonków trwa w okresie wielkiego szoku, drugie może przejść do fazy chronienia siebie (wycofania). Potrzeby w tych dwóch etapach są zupełnie inne. Także role społeczne, które pełnią rodzice nakładają na nich zupełnie inne zadania. Trudno jest dokładnie określić, ile małżeństw się rozpada z powodu śmierci dziecka. Jednym z powodów jest czas – często do rozwodów dochodzi wiele lat po śmierci, z którą rodzice nie potrafili sobie poradzić [1].

„Oceny szacunkowe sugerują, że dotyczy to 50-75% wszystkich małżeństw, które straciły dziecko” [1]. Jednak są małżeństwa, które śmierć dziecka wręcz jednocy i sprawia, że ich związek jest znacznie lepszy niż przed stratą [2]. Z jednej strony kryzys, rozpad związku, z drugiej nowa jakość, głębsza więź emocjonalna. Co powoduje te różnice? Czy istnieją sposoby, aby wspomóc małżeństwo we wspólnym radzeniu sobie ze stratą? W niniejszym artykule przedstawiono wyniki badań własnych, które być może pomogą zrozumieć funkcjonowanie zarówno matek, jak i ojców w obliczu śmierci ich dziecka i dadzą odpowiedzi na powyższe pytania.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie różnic płciowych u rodziców przeżywających żałobę po stracie dziecka, prezentacja wyników badań własnych oraz próba znalezienia wskazówek dla osób wspomagających rodziców w żałobie. Zostały zaprezentowane wyniki badań przeprowadzonych wśród 66 rodziców po śmierci dziecka, z czego 33 osoby uczestniczyły w profesjonalnych grupach wsparcia. Wnioski mogą przyczynić się do lepszego zrozumienia odmienności w radzeniu sobie ze stratą matek i ojców. Pokażą, na co zwrócić szczególną uwagę i w jaki sposób pomagać osieroconym rodzicom, by minimalizować ryzyko pojawienia się kryzysu małżeńskiego.

Czym jest utrata dziecka?

Śmierć dziecka jest niewątpliwie najboleśniejszym doświadczeniem w życiu dorosłego człowieka. Jest uważana za przedwczesną i poważnie zakłóca funkcjonowanie rodziców [3]. Cierpienie dosięga cały system rodziny, jednak szczególnie mocno jest odczuwane właśnie przez rodziców. Ból utraty potomka Brown opisuje jako „największą życiową tragedię” [4]. Śmierć dziecka jest uważana za bardziej traumatyczne przeżycie niż śmierć współmałżonka [5-8]. Dowody wskazują, że żal rodziców po stracie jest bardziej trwały [9] i, że strata dziecka może być najbardziej skomplikowaną formą żałoby [7]. Rodzice w żałobie mogą cierpieć z powodu psychicznych i fizycznych problemów zdrowotnych. Mogą być w ciężkiej depresji [7,10], fizycznie wyczerpani [7], doświadczać różnych form bezsenności [11], mogą też odczuwać złość i poczucie winy z powodu straty [10,12]. Niektórzy nie potrafią powrócić do stanu sprzed utraty [13]. Mimo to uważa się, że po śmierci dziecka wsparcie, które otrzymuje rodzina wpływa pozytywnie na proces przeżywania żałoby [14,15,16].

Przeżywanie żałoby a różnice płciowe

„Sprawa, o której najłatwiej się zapomina to fakt, że każdy członek rodziny rozpacza inaczej” [17]. Różnice wynikają nie tylko z innego stosunku, jaki poszczególne osoby miały ze zmarłym dzieckiem, ale też z różnic płciowych. Matki i ojcowie odmiennie sobie radzą z bólem,

cierpieniem, złością i innymi uczuciami, które dość intensywnie przeżywane są w sytuacji utraty dziecka. Skąd wynikają owe różnice? Otóż w stereotypowym pojmowaniu kobiecości i męskości cechy charakterystyczne dla płci najczęściej są ujmowane w sposób przeciwstawny, dychotomiczny. Oznacza to, że np. wszyscy mężczyźni są silni, a kobiety słabe. Badania empiryczne wskazują jednak *„na większą rozpiętość wyników pomiędzy najsilniejszym a najslabszym mężczyzną niż pomiędzy przeciętnym mężczyzną a przeciętną kobietą”* [18]. *„Stereotypy ról płciowych to zbiór przekonań o tym, jakie rodzaje aktywności są odpowiednie dla kobiet i mężczyzn”* [18]. Dotyczy to społeczno-kulturowych oczekiwań, które mają spełniać jednostki w określonych sytuacjach społecznych. Na przykład, mężczyźni mają większe przyzwolenie na nadużywanie alkoholu niż kobiety, natomiast kobiety mają większą swobodę w wyrażaniu smutku i bezradności. Istniejące różnice międzypłciowe w ekspresji emocji przyczyniają się do powstawania stereotypu, że kobiety są bardziej uczuciowe, a mężczyźni bardziej racjonalni [18]. Badania w zakresie dotyczącym stereotypów ról płciowych zapoczątkował Broverman ze współpracownikami (1972). W ich trakcie wyodrębnił zaledwie dwa skupiska stereotypowych cech: *„ciepła i ekspresyjności – jako składników kobiecego oraz kompetencji i racjonalności – jako składników męskiego stereotypu”* [18]. Współcześnie można obserwować różne zmiany w zakresie stereotypów dotyczących ról płciowych. Kobiecość i męskość stanowią kulturowe przeciwieństwa – gdy zmienia się jedno, drugie poddawane jest w wątpliwość. Coraz więcej kobiet pracuje zawodowo, rezygnuje z funkcji typowej gospodyni domowej. Według danych GUS w Polsce w 2009 r. zatrudnionych było 43,3% kobiet (w wieku 15 lat i więcej) na 60,2% kobiet w wieku produkcyjnym [19]. Oznacza to dla mężczyzn większą konieczność angażowania się w pomoc w obowiązkach domowych oraz w wychowywanie dzieci. Współcześnie w psychologii jest przyjęte założenie, iż *„cechy męskie i kobiece nie są całkowicie rozłączne i przeciwstawne. (...) Założono, że prawidłowa i korzystna z uwagi na zdrowie psychiczne tożsamość płciowa, to duża liczba cech męskich i mała cech kobiecych – u mężczyzn oraz duża liczba cech kobiecych i mała męskich – u kobiet”* (Lubinski, Tellegan, Butcher 1981) [cyt. za 18].

Przeżywanie żałoby przez matki

Kobiety z reguły inaczej przeżywają żałobę niż mężczyźni. *„Już jako małe dziewczynki dowiadują się, że wolno im swoje uczucia okazywać otwarcie, a nawet, że jest to wskazane. Mogą płakać nie obawiając się ośmieszenia”* [17]. Dziewczynki zazwyczaj wychowywane są ekstrawertycznie: mogą okazywać czułość najbliższym, wyrażać swój strach, są uczone wrażliwości i opiekuńczości. Mają przyzwolenie na proszenie o pomoc i wsparcie. Od małego przygotowywane są do roli matki poprzez naśladownictwo i identyfikację z matką.

Wykorzystują ku temu zabawy „w dom”, dostają lalki, jeżeli rodzina jest liczniejsza opiekują się rodzeństwem. Wraz z dojrzewaniem dziewczynki wprowadzane są w wypełnianie obowiązków domowych. „Dziewczynka otrzymuje trening w zakresie troszczenia się i dbania o swoją własną rodzinę” [17]. Badania wykazały, że „niekorzystny wpływ na zdrowie psychiczne kobiet wywierają głównie składniki idealnego dostosowania się do kobiecego stereotypu, tj. nadmierna koncentracja na osobach, konformizm, wysoka pasywna i werbalna agresja, jako utrudniające ujawnianie emocji negatywnych” [18]. Okazuje się, że zarówno ekstremalna kobiecość (koncentracja na związkach i osobach), jak i ekstremalna męskość (koncentracja na instrumentalnym działaniu), są niekorzystne w przystosowaniu w różnych dziedzinach życia: „w relacjach małżeńskich (Ickes 1993), w procesie zmagania się i zdrowienia (Hegelson 1993), w dobrostanie psychicznym (Hegelson 1994)” [18]. Ryzyko związane z ekstremalną kobiecością opiera się:

- na ocenianiu siebie głównie przez pryzmat opinii innych ludzi, co ma wpływ na negatywny obraz własnej osoby;
- na licznych stresach, które wiążą się z koncentracją na innych w połączeniu z zaniedbywaniem czy niedocenianiem samej siebie. Takie kobiety napotykały na większe problemy w okresie przekwitania [18].

Jeżeli chodzi o zdrowie fizyczne, to według Mandal, kobiety częściej cierpią na bóle głowy, gardła, otyłość i nadciśnienie. Ponadto kobiety 2-6 krotnie częściej cierpią na zaburzenia depresyjne [18]. Taka konstelacja komponentów kobiecych w sytuacji utraty dziecka może przyczynić się do zwiększonego poczucia winy połączonego z poczuciem porażki. Podstawowa rola, jaką ma do wypełnienia kobieta zostaje w tym momencie brutalnie jej odebrana. Brak umiejętności wyrażania gniewu, złości i frustracji często doprowadza do zablokowania wyrażania uczuć [17]. Według sugestii Sanders dla osieroconych matek najistotniejsze jest, by kobieta nie starała się być perfekcyjna wobec własnych emocji, by dawała sobie prawo do przeżywania zarówno pozytywnych, jak i negatywnych uczuć. Istotne jest także, aby matka znalazła dla siebie czas, by była dla siebie miła (chodzi o dbanie i troszczenie się również o siebie, w tak bardzo trudnym okresie życia, jakim jest żałoba po dziecku), aby znalazła życzliwych sobie ludzi, którymi mogłaby rozmawiać o swoim dziecku. Matka powinna żyć dniem dzisiejszym, bez nadmiernego planowania, więcej odpoczywać, prosić o pomoc, „odpuszczać sobie” kontrolę. Najważniejsze jest, by matka nie odcinała się od swoich emocji – według Autorki, ten ból trzeba przeżyć [17].

Przeżywanie żałoby przez ojców

W związku ze zamianami w funkcjonowaniu życiowym kobiet (coraz powszechniejsza emancypacja kobiet), mężczyźni zmuszeni są do zweryfikowania swoich poglądów i dotychczasowego sposobu funkcjonowania. Pomoc w obowiązkach domowych staje się coraz bardziej niezbędna, wręcz wymagana. Mężczyźni odważniej walczą przed sądem o swoje prawa ojcowskie, o możliwość sprawowania opieki nad dzieckiem, chętniej decydują się na urlop tacierzyński. Wizerunek męskiego „samca”, „twardziela” coraz częściej zastępuje męczyzna „miękki”, opiekuńczy, czuły, wrażliwy. Idealna wersja mężczyzny wymaga od niego partnerskiego stosunku do kobiet, przy zachowaniu siły psychicznej i koncentracji „na pracy zawodowej jako najważniejszej dla męskiej samooceny” [18,20]. Ma to niewątpliwie duży wpływ na ojcowskie przeżywanie żałoby po dziecku, na okazywanie żalu oraz trudności w odnalezieniu się w tej roli.

Wiele z męskich stereotypów jest ograniczeniem wyznaczającym zewnętrzne funkcjonowanie nie tylko dorosłych mężczyzn, ale także i chłopców (Brannon 1976) [18]. Niektóre z nich brzmią następująco:

- nie być „babą” – należy eliminować wszelkie kobiece elementy w ubiorze, kolorystyce, zachowaniu itp.
- osiągać sukcesy i zwyciężać – nakaz zdobywania powodzenia życiowego
- być silnym jak dąb – konieczność zachowania m.in. doskonałej kondycji i siły fizycznej
- dać im popalić – nakaz bycia lepszym od innych, np. w pracy [18].

W powyższych imperatywach zawierają się główne zakazy związane z okazywaniem uczuć przez mężczyzn, takie jak „chłopaki nie płaczą”. Ponadto widoczne są oczekiwania dotyczące osiągania sukcesów życiowych, zapewnienia rodzinie godnego bytu, wygrywania i nieokazywania słabości. Zbyszko Melosik nazwał ten stan „kryzysem męskości” [21]. Płeć żeńska współcześnie oczekuje od swoich partnerów połączenia w sobie wielu sprzeczności, tj. siły macho, męskiej decyzyjności, poczucia bezpieczeństwa, ochrony partnerki i potomstwa oraz głębokiej ekspresji emocjonalnej, zdolności do czułości i romantyzmu na kobiecym poziomie. W konsekwencji mężczyzna (szczególnie młody) waha się w kreowaniu siebie, nie wie, jaki tak naprawdę ma być. Widoczne jest to na przykładzie męskiego ciała – „z jednej strony mamy mężczyzn kulturystów, z drugiej mężczyzn o fizyczności androgenicznej” [21]. Powyższe może stanowić o obciążeniu psychicznym, które wpływa na męski stan zdrowia somatycznego. Jak wskazują badania statystyczne mężczyźni przeciętnie żyją krócej od kobiet o średnio 5-8 lat, zapadają na poważniejsze choroby (wrzodową, wieńcową, astmę), częściej ulegają wypadkom, nadużywają alkoholu [18,20]. Według Mandal istnieje związek pomiędzy

ekstremalną formą męskiego stereotypu (rywalizacja, agresywność, skłonność do ryzyka) a przyczynami niektórych zgonów (takich, jak wypadki samochodowe, rak płuc jako konsekwencja palenia papierosów, śmierć w bójkach czy alkoholizm lub inne uzależnienia). Ponadto, nie sprzyjającą zdrowiu konsekwencją tegoż stereotypu jest tendencja mężczyzn do unikania porad lekarzy, szczególnie w zakresie zdrowia psychicznego. Odraczenie w czasie konsultacji lekarskich i wynikająca z tego niemożność wczesnego postawienia diagnozy czy rozpoczęcia leczenia, ogranicza możliwość utrzymania dobrego stanu zdrowia. Często powodem unikania lekarzy jest lęk przed wejściem w rolę pacjenta, która może się wiązać z wykluczeniem z pełnienia funkcji zawodowych. Mając na uwadze stereotypy związane z koniecznością osiągnięcia sukcesów, utrzymania rodziny, bycia silnym i lepszym od innych, dla mężczyzn może to stanowić znaczący problem [18]. Julie Wood i Elizabeth Milo (2001) [cyt. za 22] wśród negatywnych konsekwencji żałoby przeżywanej przez ojców, wymieniły: choroby psychiczne, depresje i odcięcie od relacji z innymi ludźmi. Unikanie smutku i tłumienie emocji, oraz przedwczesne zaprzestanie żałoby, są skutkiem mitu, który mówi, że nie ma potrzeby konfrontacji żalu. Niemniej jednak, reakcje te nie mają wyłącznie negatywnego znaczenia - niektórzy żałobnicy wykorzystują formę unikania jako strategii radzenia sobie ze stresem (Pojjula 2002) [cyt. za 22]. Podczas żałoby potrzeba wyrażania swoich uczuć jest sprzeczna z tradycyjną rolą męską, w której mężczyzna ma być silny i ma wspierać swoją partnerkę. Sanders także zwraca na ten fakt uwagę. Jej zdaniem „*cechy, które nasza kultura przypisuje mężczyznom jako typowe i właściwe dla nich, faktycznie utrudniają ojcom konstruktywne poradzenie sobie z emocjami po stracie dziecka*” [17]. Mężczyźni nie są przygotowani na utratę poczucia kontroli, a takowa się pojawia w sytuacji śmierci potomka. W związku z tym, ojcowie z reguły reagują gniewem (gdyż na to jest społeczne przyzwolenie) oraz nadmiernym kontrolowaniem swoich emocji [17].

Stereotypy dotyczące męskiej roli płciowej oraz społeczne oczekiwania otoczenia mają związek z faktem, iż mężczyźni rzadziej korzystają z pomocy psychologicznej i medycznej, nawet w obliczu tak wielkiej tragedii, jaką jest śmierć dziecka. Część z badanych ojców nie udała się do specjalisty mimo problemów [2]. Istotne jest również, iż mężczyźni sami ograniczają sobie możliwość otrzymania wsparcia od otoczenia, to jednak odczuwają jego brak. Badani uznali, że w okresie żałoby najbardziej brakowało im zrozumienia, wsparcia emocjonalnego, możliwości porozmawiania o dziecku, możliwości przeżywania smutku i rozpacz [2]. Kulturowo narzucone stereotypy dotyczące płci męskiej nakazują być „twardym”, samemu przewyciężać swoje trudności, trzymać się, nie okazywać słabości nawet

w kryzysowych sytuacjach. Otoczenie oczekuje od mężczyzny, że zajmie się wspieraniem swojej żony, jakby zapominając, że on również przeżywa stratę.

Prezentacja wyników badań własnych

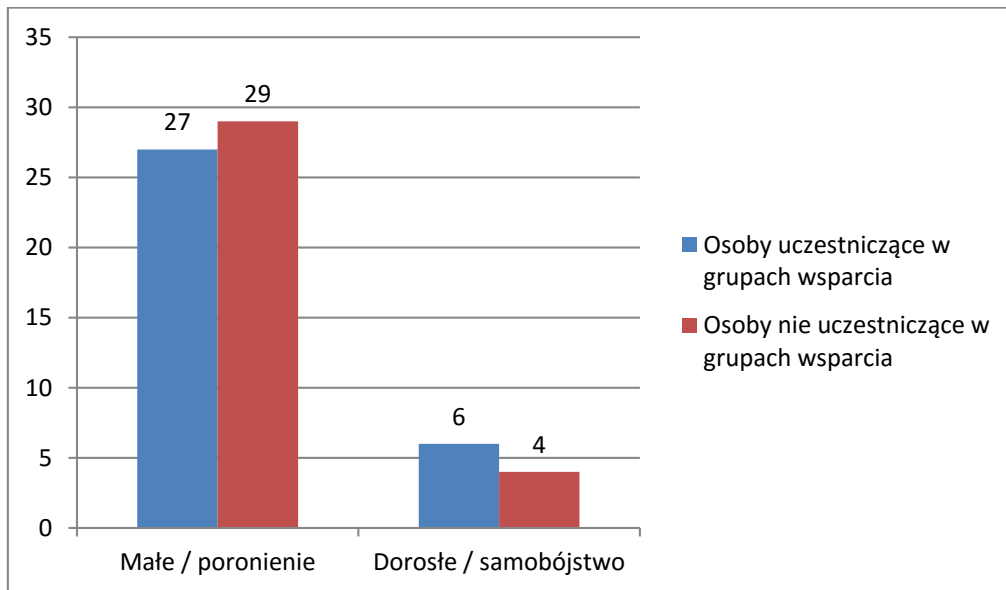
Badania zostały przeprowadzone w okresie od lipca 2013 r. do stycznia 2014 r. Doboru próby dokonano w sposób celowy. Przebadano 66 osób.

Do badania zaproszono rodziców po stracie dziecka, którzy uczestniczyli w grupach wsparcia i takich, którzy nie skorzystali z tej formy pomocy. Z pierwszą grupą skontaktowano się poprzez osoby prowadzące grupy wsparcia w Fundacji „By dalej iść” oraz poprzez forum internetowe „Dlaczego”. Do badania zgłosiły się łącznie 33 osoby. Grupę kontrolną stanowili rodzice po stracie dziecka, którzy nie brali udziału w takich spotkaniach. Mogli jednak korzystać z innych profesjonalnych form pomocy (psychologa, psychiatry) lub naturalnej sieci wsparcia społecznego. Zostali zaproszeni do udziału w badaniach poprzez forum internetowe „Dlaczego” oraz znajomość z innymi rodzicami po stracie. Badanie było przeprowadzone dwukrotnie w sposób grupowy (w wynajętej sali). Trwało około 2,5 godziny. Do osób mieszkających w odległych województwach kwestionariusze zostały wysłane drogą pocztową. W sumie przebadano grupę 66 rodziców po stracie dziecka z całej Polski, w wieku od 27 do 63 lat. Średnia wieku wyniosła 38 lat. Udział w badaniu wzięło 18 mężczyzn i 48 kobiet. W związku małżeńskim było 55 osób, 4 w stanie wolnym, w konkubinacie 5 osób i rozwiedzione były 2 osoby. Badane osoby posiadały od 0 do 4 dzieci. Wiek dziecka w chwili śmierci wynosił od 0 do 32 lat. Z analizy jakościowej wynika, iż wśród osób uczestniczących w grupach wsparcia znajdowały się osoby, które doświadczyły najcięższych (wg Sanders, 2001; Kübler – Ross, 2007) rodzajów śmierci (śmierć samobójcza dziecka, śmierć więcej niż jednego dziecka, zabójstwo dziecka i śmierć jedynaka).

Sprawdzono różnice pomiędzy grupami w zakresie wieku dziecka w chwili śmierci. Otrzymane dane przedstawia Ryc. 1.

Średni wiek dziecka w chwili śmierci wynosił niecałe 5 lat. Większość badanych straciła dzieci małe (85%), 15% dzieci dorosłe, także w wyniku samobójstwa. Różnica pomiędzy grupami była niewielka – 18% osób, które korzystały z udziału w grupach wsparcia straciła dorosłe dzieci, a 12% osób, które nie skorzystały z tej formy pomocy. Zanalizowano także przyczyny śmierci dzieci badanych. 39 dzieci zmarło wskutek poronienia, niewydolności macicy, wad rozwojowych, wcześniactwa czy okoliczności okołoporodowych. 17 z powodu chorób nowotworowych, utonięcia, choroby, w tym 3 z powodu sepsy, a u pozostałej trójki dzieci nie ustalono przyczyny śmierci. Jeżeli chodzi o dzieci pełnoletnie to główną przyczyną

ich śmierci były wypadki komunikacyjne. Jedno dziecko zmarło w wyniku wstrząsu anafilaktycznego, a 3 w wyniku śmierci samobójczej.



Ryc. 1. Wiek dziecka w chwili śmierci

Opis narzędzi badawczych

W przeprowadzonych badaniach zastosowano inwentarz osobowości NEO-PI-R autorstwa Costy i McCrae (1996), który mierzy pięć ogólnych dziedzin, czyli wymiarów osobowości oraz sześć składników w obrębie każdego z nich. Czynniki te wyłoniły się z badań o charakterze zarówno leksykalnym, jak i psychometrycznym [1]. Kwestionariusz zawiera 240 pytań, na które badany odpowiada zaznaczając jedną odpowiedź na skali A-E, gdzie A oznacza całkowicie się nie zgadzam, a E – całkowicie się zgadzam. Osoba badana ma za zadanie zaznaczyć jak najbardziej zbliżoną do prawdy odpowiedź dotyczącą jej osoby i jej zachowania w różnych sytuacjach.

W celu określenia aktualnego poziomu depresji u badanych zastosowano Skalę Depresji Becka (BDI). Skala składa się z 21 pytań, na które pacjent samodzielnie udziela odpowiedzi. Możliwe są 4 warianty odpowiedzi, które są inaczej oceniane. Kolejne warianty odpowiedzi odpowiadają zwiększonej intensywności objawów, są więc odpowiednio również wzrastająco punktowane od 0 do 3 punktów. Poziom depresji obliczany jest z uzyskanej po zsumowaniu liczby punktów. Istnieją różne normy, jednak ogólnie przyjmuje się następującą punktację: 0-11 pkt - brak depresji; 12-26 - łagodna depresja; 27-49 – umiarkowanie ciężka depresja; 50-63 – bardzo ciężka depresja.

Wsparcie społeczne zostało zbadane Kwestionariuszem Wsparcia Społecznego. Składa się on z trzech części: (1) sieci wsparcia, w której wypisuje się aktualną sieć wsparcia danej osoby, (2) ośmiu pytań dotyczących poszczególnych osób z wypisanej sieci wsparcia oraz (3) trzech pytań dotyczących straty ważnych osób w ciągu ostatniego roku. Ponadto, w celu bardziej precyzyjnego zbadania wsparcia społecznego zastosowano 17 pytań z Berlińskiej Skali Wsparcia Społecznego BSSS (tłum. Aleksandra Łuszczynska, Monika Kowalska, Ralf Schwarzer & Ute Schulz 2002), badającą wsparcie emocjonalne, instrumentalne, zapotrzebowanie na wsparcie oraz poszukiwanie wsparcia. Badany ocenia powyższe na skali 1-4, gdzie 1 oznacza całkowicie nieprawdziwe, a 4 całkowicie prawdziwe. Część dotycząca udzielonego wsparcia przez specjalistę w trakcie wywiadu została pominięta.

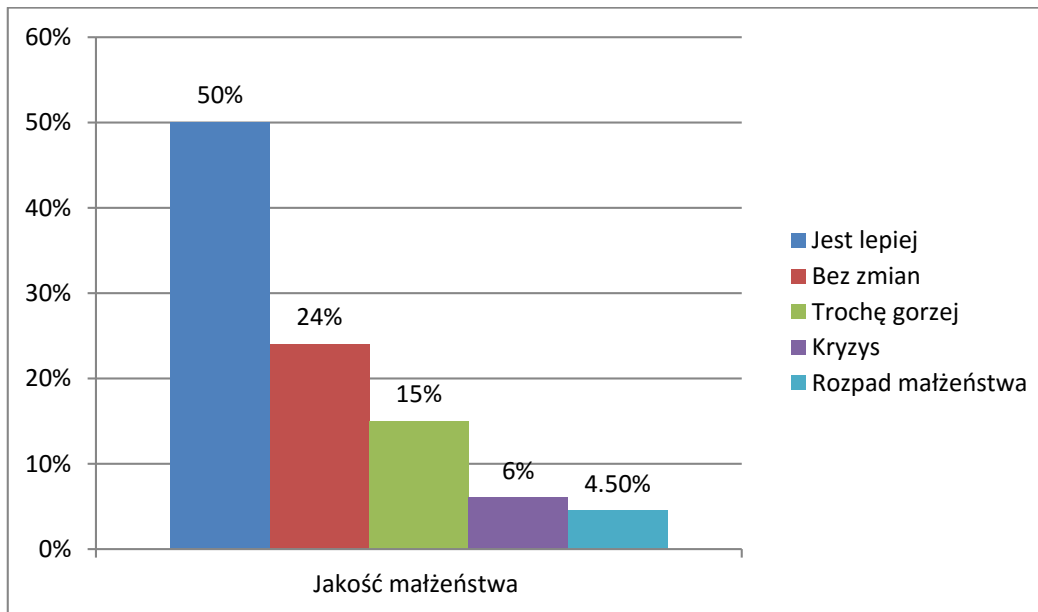
Poczucie sensu życia zostało zbadane kwestionariuszem PIL autorstwa J. Crumbaugh i L. Maholika, przetłumaczonym przez Zenomenę Płużek. Kwestionariusz składa się z 20 twierdzeń, na które badany udziela odpowiedzi zaznaczając nasilenie danego twierdzenia (odpowiedzi są zaznaczane w porządku malejącym od 7 do 1 lub wzrastającym od 1 do 7. Cyfra 4 jest neutralna).

Osoby badane wypełniały także ankietę zawierającą informacje socjodemograficzne, takie jak płeć, wiek, wykształcenie, zatrudnienie, stan cywilny, zamieszkanie, liczbę posiadanych dzieci oraz daty śmierci dziecka/dzieci, wiek dzieci i przyczyny zgonu. Kwestionariusz zawierał łącznie 29 pytań, z czego część była zamknięta (15 pytań), część otwarta (2 pytania) oraz część mieszana, dająca możliwość wypowiedzi własnych (12 pytań). W powyższym kwestionariuszu badany udziela pytań na temat żałoby, problemów, z jakimi borykają się rodzice w czasie jej trwania, okresu 2 lat poprzedzającego stratę dziecka pod kątem ważnych wydarzeń rodzinnych. Kolejna grupa pytań dotyczy korzystania z profesjonalnej pomocy po śmierci dziecka przez osobę badaną, a także jej partnera (ojca lub matkę dziecka), stanu zdrowia osoby badanej, dolegliwości psychosomatycznych i psychicznych. Ponadto, badany wypowiada się na temat grup wsparcia w formie otwartej, oceniając również ich sensowność, jak również zakres w jakim ta forma pomocy może być adekwatna dla osieroconych rodziców. Następną część pytań dotyczy relacji małżeńskiej (partnerskiej) po śmierci dziecka, stażu małżeństwa, ponownego rozpoczęcia pożycia seksualnego po stracie, planowania kolejnej ciąży. Ostatnia część dotyczy wiary w Boga, zmiany priorytetów życiowych po stracie dziecka, wiary w życie po śmierci.

Jakość małżeństwa po stracie dziecka

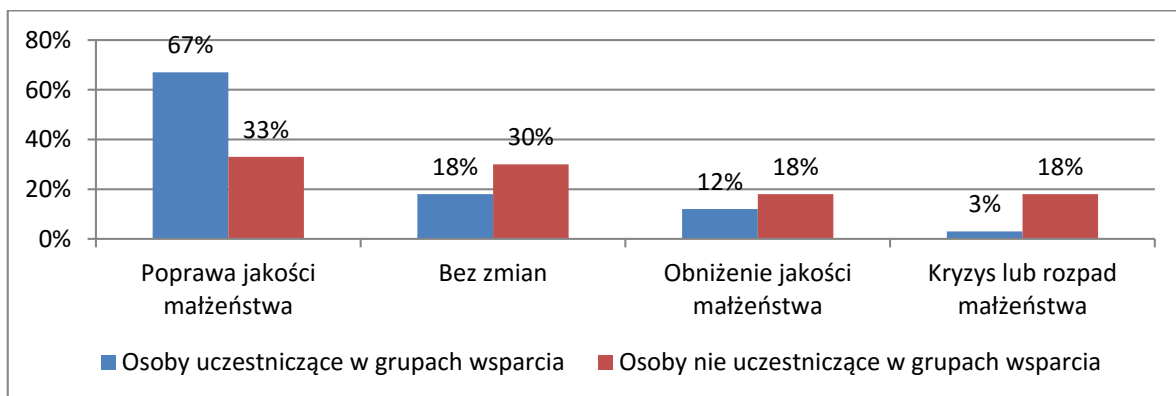
Z analizy literatury wynika, iż po śmierci dziecka bardzo często dochodzi do trudności w związku, kryzysu lub nawet rozpadu małżeństwa [17]. W badaniach własnych zapytano

respondentów, jak oceniają swoją aktualną relację w związku po śmierci dziecka. Uzyskane wyniki zostały przedstawione na poniższym wykresie (Ryc. 2).



Ryc. 2. Relacja małżeńska po stracie dziecka u wszystkich badanych

Wśród badanych rodziców 50% stwierdziło poprawę relacji małżeńskiej po śmierci dziecka. Brak zmian w związku wskazało 24% respondentów. Rozpad małżeństwa nastąpił u trzech osób. Szczegółowe różnice pomiędzy badanymi grupami przedstawia Ryc. 3.



Ryc. 3. Różnice pomiędzy grupami w relacji małżeńskiej po stracie dziecka

Dopytano również o czas, jaki minął po utracie dziecka zanim doszło do zbliżenia intymnego pomiędzy małżonkami. 15% rozpoczęło ponownie swoje życie w okresie 1. miesiąca od straty, ponad 39% w okresie 3. miesięcy, 24% w ciągu pierwszych 6. miesięcy po śmierci dziecka. U 3% badanych doszło do ponownego zbliżenia dopiero po pierwszym

roku od utraty, a u 9% ustało pożycie małżeńskie. Większość rodziców (61%) nie planuje kolejnego dziecka. Jednak blisko połowa rodziców uczestniczących w grupach wsparcia (49%) deklarowała chęć posiadania jeszcze jednego dziecka.

Ponieważ po stracie dziecka trwałość małżeństwa jest poważnie zagrożona [17], przeanalizowano czy grupy wsparcia mogą zminimalizować ryzyko kryzysu małżeńskiego. W okresie żałoby każde z małżonków inaczej ją przeżywa. W innych okresach przechodzą poszczególne fazy, co wielokrotnie prowadzi do konfliktów, poczucia dodatkowego niezrozumienia czy osamotnienia. Również role społeczne, które pełnią rodzice, nakładają na nich zupełnie inne zadania, utrudniające wspólne radzenie sobie ze stratą (doświadczenia własne w pracy z osieroconymi rodzicami) [17]. Sprawdzono zatem ocenę jakości swojego małżeństwa u osób korzystających z udziału w grupach wsparcia i pozostałych rodziców po stracie. Przeprowadzono test porównania średnich U Manna-Whitneya. Porównano osoby, które korzystały z grup wsparcia ($n = 33$; $M = 2,12$; $SD = 1,26$) oraz nie mające takich doświadczeń ($n = 33$; $M = 3,09$; $SD = 1,46$). Wynik okazał się istotny statystycznie, $U = 334,00$; $p < 0,01$. Osoby, które korzystały z grupy wsparcia istotnie lepiej oceniały jakość swojego związku niż osoby, które nie korzystały z tej formy pomocy. Prawie połowa badanych z tej grupy deklarowała chęć posiadania kolejnego dziecka, w porównaniu do 30% rodziców, którzy nie uczestniczyli w grupach wsparcia.

We wcześniejszych badaniach uzyskane wyniki były podobne. Badani ojcowie po stracie dzieci uczestniczący w grupach wsparcia zdecydowanie lepiej oceniali jakość swojego małżeństwa w porównaniu z ojcami nie korzystającymi z tej formy pomocy [2]. Podczas badań własnych na grupie 41 ojców, blisko połowa badanych (47,5%) oceniała swój związek jako lepszy w stosunku do okresu przed utratą dziecka, w tym 30% jako dużo lepszy, wskazując głównie na głębszą więź emocjonalną. Pogorszenie swoich relacji z żoną deklarowało 32,5% respondentów, z czego 7,5% przechodziło aktualnie kryzys. U jednego badanego związek rozpadł się w okresie 2 lat po śmierci dziecka. Wśród mężczyzn deklarujących pogorszenie, opinie o małżeństwie były następujące: *żyjemy razem, lecz osobno; żona jest nerwowa, obwinia mnie, że to moja wina; brak porozumienia z żoną, różne zdania; nie jesteśmy tak weseli i towarzyscy jak dawniej, najczęściej przebywamy tylko razem i działamy sobie na nerwy; brak radości ze wspólnego spędzania czasu*.

W badaniach z 2013 roku poruszono także temat współżycia małżeńskiego, gdyż ma to znaczny wpływ na ocenę relacji w związku [2]. Wśród badanych ojców, 87% deklarowało powrót do współżycia małżeńskiego w okresie do 6. miesięcy od śmierci dziecka, 5% zaznaczyło, iż ich życie erotyczne przestało istnieć (tu staż małżeński wynosił ponad 30 lat).

Istotny jest fakt, iż spośród 10% badanych, którzy brali udział w spotkaniach grup wsparcia dla rodziców po stracie dziecka, $\frac{3}{4}$ respondentów określiło swoje relacje z partnerką, jako dużo lepsze bądź lepsze od tych sprzed tragedii (głębsza więź emocjonalna). Tak wysoki wynik zadowolenia ze związku w tej grupie mógł być związany z bliskością, która miała szansę się wytworzyć w czasie wspólnego przechodzenia żałoby, podczas spotkań grup wsparcia [2]. Mając na uwadze przytaczane we wstępie szacunkowe oceny Sanders dotyczące rozpadu małżeństw po stracie dziecka w ilości od 50% do 75% wszystkich takich małżeństw [17], powyższe wyniki pokazują, że udział w grupie wsparcia szczególnie obojga partnerów może poprawić ich relację, wpływając pozytywnie na trwałość ich związku. Tendencja ukazana w tych badaniach niewątpliwie jest warta uwagi.

Wiek dziecka w chwili śmierci a przeżywanie żałoby

Kolejną kwestią, która może być bardzo istotna z perspektywy przeżywania żałoby przez małżonków po śmierci dziecka, jest wiek ich potomstwa w chwili śmierci. Sprawdzono zatem, *czy wiek dziecka w momencie śmierci ma wpływ na proces przeżywania żałoby przez jego rodziców*. Zbadano obie grupy pod względem subiektywnej oceny aktualnego etapu przeżywanej żałoby. W celu weryfikacji przeprowadzono test porównania średnich t Studenta dla dwóch prób niezależnych. Test jednorodności wariancji Levene'a wykazał równość wariancji. Porównano osoby po poronieniu lub stracie małego dziecka ($n = 56$; $M = 6,83$; $SD = 2,33$) oraz osoby po stracie dorosłego dziecka lub śmierci samobójczej dziecka ($n = 10$; $M = 4,3$; $SD = 3,26$). Wynik okazał się istotny statystycznie, $t(64) = -2,975$; $p < 0,004$. Rodzice po poronieniu lub śmierci małego dziecka oceniali swój etap żałoby jako istotnie późniejszy w porównaniu z rodzicami po śmierci samobójczej dziecka lub po stracie dorosłego dziecka, czyli twierdzili, że są na dalszym etapie żałoby niż pozostali rodzice. Jest to zgodne z założeniami teoretycznymi. Utrata dziecka jest niezwykle trudna do zaakceptowania przez rodziców, gdyż dzieci, niezależnie od ich wieku, nie powinny umrzeć przed rodzicami. Jednak innych trudności doświadczają rodzice po poronieniu lub stracie małego dziecka, z racji chociażby swojego wieku, potencjalnej możliwości posiadania kolejnego potomstwa, braku wieloletniej relacji z dzieckiem (jak w przypadku dziecka nastoletniego czy dorosłego), a co za tym idzie braku wspomnień związanych z konfliktami, niepowodzeniami wychowawczymi, czy cierpieniem chorującego dziecka (na podstawie doświadczeń własnych w pracy w grupach wsparcia z rodzicami po stracie małego dziecka i z rodzicami po tragicznych utracach dorosłych dzieci) [17,23]. Śmierć dorosłego dziecka częściej wiąże się z cięższymi przypadkami utraty (zabójstwo, wypadek, zaginięcie, AIDS, śmierć jedynaka czy śmierć samobójcza), co z kolei wpływa na większe odczuwanie negatywnych emocji: złości, gniewu, poczucia winy oraz

często wiąże się z koniecznością uczestnictwa w przesłuchaniach policyjnych czy w sprawach karnych, które mogą utrudniać przechodzenie procesu żałoby [17]. Powyższe okoliczności wpływają negatywnie na proces radzenia sobie ze stratą i mogą powodować dłuższe i bardziej skomplikowane przechodzenie żałoby. Dodatkowo mogą podzielić rodziców i powodować wzajemne oskarżanie się, tym bardziej w sytuacjach związanych z wypadkiem, gdy np. jeden z rodziców spowodował wypadek lub nie potrafił udzielić należytej pomocy dziecku. Poczucie winy miesza się tutaj z oskarżeniami współmałżonka, mogąc utrudniać wspólne przechodzenie żałoby lub nawet doprowadzić do ostrego kryzysu w małżeństwie.

W związku z powyższym zbadano także, czy u osób po stracie dorosłego dziecka lub po śmierci samobójczej dziecka częściej dochodzi do rozpadu małżeństwa niż w grupie osób po stracie małego dziecka lub poronieniu? W celu weryfikacji postawionego pytania przeprowadzono test porównania średnich U Manna-Whitneya. Porównano osoby po poronieniu lub stracie małego dziecka ($n = 56$) oraz nie mające takich doświadczeń ($n = 10$). Wynik okazał się nieistotny statystycznie, $U=269,00$; $p < 0,840$. Nie ma różnicy pod względem częstości rozpadu małżeństwa w zależności od utraty dziecka małego lub dorosłego.

Następnie sprawdzono różnice w *poziomie depresji u rodziców po poronieniu i stracie małego dziecka oraz u rodziców po stracie dorosłego dziecka i śmierci samobójczej dziecka*. Wyniki okazały się nieistotne statystycznie, lecz znajdowały się w granicach trendu statystycznego. Prawdopodobnie przy większej próbie badawczej istotne różnice pomiędzy tymi grupami by wystąpiły. Taki wynik stoi w sprzeczności w kontekście literatury [17,23]. Według Sanders (2001) badania wykazały, że zabójstwo dziecka wywołuje najcięższy i najbardziej trwały uraz. Wiąże się z podwyższonym ryzykiem wielu chorób, w tym z pojawieniem się zespołu stresu pourazowego PTSD oraz depresji [17]. Przy pozostałych utratkach dorosłego dziecka, takich jak przewlekła choroba, samobójstwo, zaginięcie, wypadek, śmierć jedynaka, również istnieje podwyższone ryzyko wystąpienia depresji z racji chociażby wieku osoby osieroconej i nasilenia poczucia winy (na podstawie doświadczeń osób prowadzących spotkania grup wsparcia dla rodziców po stracie dzieci). Tak więc powyższy wynik może mieć związek z małą i nierównoliczną grupą badawczą, na co może wskazywać wynik w granicach trendu statystycznego. Z pewnością ta kwestia wymaga dodatkowych badań na większej próbie badawczej.

Następne sprawdzono różnice w *zakresie poczucia sensu życia, częstości rozpadu małżeństw i większej gotowości do udziału w spotkaniach grup wsparcia wśród rodziców po poronieniu lub stracie małego dziecka oraz po śmierci dorosłego dziecka lub śmierci samobójczej dziecka*. Wyniki wszystkich trzech pytań okazały się nieistotne statystycznie.

Jednak analiza jakościowa w tym zakresie oraz doświadczenia osób prowadzących grupy wsparcia wskazują na inną tendencję. W przedmiotowych badaniach występuje bardzo mocna dysproporcja w liczbie osób, które wzięły udział w badaniach po poronieniu czy stracie małego dziecka (N=56) a rodzicami po stracie dorosłego dziecka czy po śmierci samobójczej dziecka (N=10). Przy tak dużej różnicy w grupach generalnie nie powinno się wykonywać analizy statystycznej, stąd możliwe staje się zafałszowanie powyższych wyników. Z grupy rodziców po stracie dorosłego dziecka i śmierci samobójczej udział w grupach wsparcia i w badaniach wzięło 6 osób. Pozostałe 4 osoby zostały zaproszone do badań poprzez forum internetowe. Dysproporcja pomiędzy badanymi grupami pokazuje realne odzwierciedlenie gotowości do rozmowy o zmarłym dziecku ze specjalistą oraz gotowości do skorzystania ze spotkań w grupach wsparcia. Starsze osoby, które straciły dorosłe dziecko lub rodzice, którzy stracili potomka w wyniku śmierci samobójczej, bardziej niż pozostali rodzice obawiają się kontaktu z psychologiem. Główny problem może się wiązać ze stereotypami dotyczącymi pomocy psychologicznej, które są nadal bardzo silne w naszej kulturze oraz znacznie nasilonym poczuciu winy za śmierć dziecka. Poczucie winy często jest związane z chęcią „ukarania siebie”, czyli przekonaniem, że „zasługuję na cierpienie do końca życia”. Biorąc pod uwagę także grupy wsparcia i fakt, iż częściej powstają grupy dla rodziców po poronieniu lub stracie małego dziecka oraz że trudniej jest zebrać pełną grupę osób po śmierci dziecka dorosłego (na podstawie doświadczeń własnych w Fundacji „By dalej iść”, informacji ze spotkań grup wsparcia na forum „Dlaczego”) można przyjąć założenie, iż rodzice po poronieniu lub stracie małego dziecka częściej decydują się na skorzystanie z tej formy pomocy, zwiększając swoje szanse na konstruktywne poradzenie sobie ze stratą dziecka i pogłębienie relacji małżeńskiej.

Podsumowując, wiek dziecka w momencie śmierci ma wpływ na proces przeżywanie żałoby po stracie dziecka. Rodzice po stracie małego dziecka i po poronieniu szybciej przechodzą proces żałoby niż pozostali rodzice po stracie. Wiek nie wpływa natomiast na poczucie sensu życia rodziców i poziom depresji, choć jeżeli chodzi o depresję to wyniki znajdują się w zakresie trendu statystycznego. Rodzice po stracie małego dziecka i po poronieniu częściej decydują się na udział w grupach wsparcia niż pozostali rodzice po stracie. Powyższe wyniki wymagają ostrożności w interpretacji oraz ewentualnego przeprowadzenia dodatkowych badań na większej grupie osób.

Różnice pomiędzy małżonkami w przeżywaniu żałoby

W celu sprawdzenia różnic pomiędzy małżonkami w radzeniu sobie ze stratą dziecka, zbadano *różnice płciowe w zakresie przeżywania żałoby po śmierci dziecka*. Sprawdzone czy

kobiety i mężczyźni różnią się pod względem subiektywnego poczucia zakończenia żałoby. Wyniki okazały się nieistotne statystycznie.

Kolejne pytania miały na celu sprawdzenie, *czy kobiety i mężczyźni różnią się pod względem poziomu depresji oraz poczucia sensu życia.* W celu weryfikacji postawionego pytania przeprowadzono test porównania średnich t Studenta dla dwóch prób niezależnych z poprawką Levene'a na niejednorodność wariancji. Porównano kobiety ($n = 48$; $M = 12,89$; $SD = 10,20$), i mężczyzn ($n = 18$; $M = 7,77$; $SD = 8,18$). Wynik jest istotny statystycznie ($t(37,930) = -2,108$; $p < 0,042$). Uzyskany wynik oznacza, iż kobiety mają istotnie wyższy poziom depresji niż mężczyźni. Następnie sprawdzono wyniki dotyczące poczucia sensu życia. Przeprowadzono test porównania średnich t Studenta dla dwóch prób niezależnych. Test Levene'a wykazał równość wariancji. Porównano kobiety ($n = 48$; $M = 98,12$; $SD = 20,38$), i mężczyzn ($n = 18$; $M = 112,50$; $SD = 15,04$). Wynik jest istotny statystycznie ($t(64) = 2,721$; $p < 0,008$). Oznacza, iż kobiety mają istotnie niższy poziom poczucia sensu życia niż mężczyźni po stracie.

Tak więc kobiety mają istotnie wyższy poziom depresji oraz istotnie niższy poziom poczucia sensu życia niż mężczyźni. Jest to zgodne z literaturą, w której można znaleźć informacje, iż „niekorzystny wpływ na zdrowie psychiczne kobiet wywierają głównie składniki idealnego dostosowania się do kobiecego stereotypu, tj. nadmierna koncentracja na osobach, konformizm, wysoka pasywna i werbalna agresja, jako utrudniające ujawnianie emocji negatywnych” [18]. W stereotypie idealnej kobiety bardzo często znajduje się również wizja macierzyństwa. Dziewczynki od małego są przygotowywane do roli matki poprzez naśladowanie i identyfikację z matką [17]. Utrata dziecka zatem może być odbierana przez znaczną część kobiet jako ich porażka i wpływać na wzrost poczucia winy. To również ma związek z niższym poczuciem sensu życia. Z badań Mandal wynika również, że kobiety cierpią 2-6 krotnie częściej na depresję niż mężczyźni [18]. Ponadto, w literaturze jest wiele wyników badań wskazujących na ograniczenia stereotypu męskości dotyczące ojców przeżywających żałobę. Ogólnie ze wcześniejszych badań wynika, iż zarówno ekstremalna kobiecość (koncentracja na związkach i osobach), jak i ekstremalna męskość (koncentracja na instrumentalnym działaniu) są niekorzystne w przystosowaniu w różnych dziedzinach życia: „w relacjach małżeńskich (Ickes 1993), w procesie zmagania się i zdrowienia (Hegelson 1993), w dobrostanie psychicznym (Hegelson 1994)” [18].

Następnie zbadano, *czy kobiety i mężczyźni różnią się pod względem liczby osób w sieci wsparcia.* Wynik również okazał się istotny statystycznie ($t(64) = -2,094$; $p < 0,040$). Uzyskane wyniki potwierdzają przegląd badań, iż kobiety mają istotnie większą sieć wsparcia niż mężczyźni i same udzielają więcej wsparcia [24]. Główną rolę zapewne odgrywiają

stereotypy ról płciowych, czyli zbiór przekonań o tym, jakie rodzaje aktywności są odpowiednie dla kobiet i mężczyzn [18]. Na przykład mężczyźni mają większe przyzwolenie na nadużywanie alkoholu niż kobiety, natomiast kobiety mają większą swobodę w wyrażaniu smutku i bezradności [18]. W związku z tym, mężczyzna jako silny, stabilny, radzący sobie ze wszystkim ma być źródłem wsparcia dla żony i tak postrzega swoją rolę w sytuacji utraty dziecka [2]. Z powyższych badań na uwagę zasługuje fakt, iż ojcowie mimo, że sami ograniczali sobie uzyskanie wsparcia od otoczenia, to jednak odczuwali jego brak.

Kolejne pytanie badawcze dotyczyło kwestii, *czy kobiety i mężczyźni różnią się pod względem zapotrzebowania na wsparcie?* Wynik okazał się istotny statystycznie. Hipoteza została potwierdzona. Kobiety mają istotnie większe zapotrzebowanie na wsparcie niż mężczyźni. Potwierdza to także liczba kobiet w badanej grupie (kobiety N=48, mężczyźni N=18), wskazująca na większą gotowość do mówienia o swoim cierpieniu i szukania pomocy oraz wcześniej przytoczone badania.

Następne dwa pytania dotyczyły *różnic płciowych w zakresie poziomu poszukiwania wsparcia oraz poziomu spostrzeganego wsparcia*. Wyniki były nieistotne statystycznie. Oznacza to brak różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami w zakresie poziomu poszukiwania wsparcia i poziomu spostrzeganego wsparcia.

Ostatnie pytanie dotyczyło *różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie częstości zachorowań*. Wyniki okazały się nieistotne statystycznie. Nie ma różnicy pod względem częstości zachorowań ze względu na płeć. Oznacza to, że po śmierci dziecka zarówno matki, jak i ojcowie doświadczają pogorszenia stanu zdrowia. Z analizy jakościowej można zauważyć, że różnice występują w kwestii chorób, na które cierpią osieroceni rodzice. Kobiety znacznie częściej cierpią na depresję, u mężczyzn widoczne są zaburzenia snu i problemy psychosomatyczne. Z badań profesor Mandal wynika, że mężczyźni żyją krócej od kobiet przeciętnie o 5-8 lat i zapadają na poważniejsze choroby (wrzodową, wieńcową, astmę), częściej ulegają wypadkom, nadużywają alkoholu [18,20]. Negatywną konsekwencją stereotypu męskości jest tendencja do unikania porad lekarzy, szczególnie w zakresie zdrowia psychicznego. W przedmiotowych badaniach rodziców po stracie dziecka, 9% badanych stwierdziło, że nie ma zaufania do specjalistów (psychologa i psychiatry), a 17% badanych nie skorzystało z leczenia farmakologicznego, mimo ewidentnych problemów. Wśród partnerów osób badanych (z czego w większości byli to mężczyźni), jedynie 35% skorzystało z pomocy specjalisty. Istotne jest również, że w sumie tylko 11% badanych nie cierpiało zdrowotnie z powodu utraty dziecka. Brak różnic w zakresie zachorowań, przy jednocześnie mniejszej

gotowości mężczyzn do skorzystania z porady specjalisty, ponieważ wyjaśnia statystycznie gorszą sytuację zdrowotną mężczyzn [2].

Następnie sprawdzono, czy *rodzice istotnie częściej doświadczają zmiany poczucia sensu życia po stracie dziecka*. Wyniki okazały się istotne statystycznie ($\chi^2(1, N=66) = 47,515$; $p < 0,000$). Po śmierci dziecka następuje zmiana poczucia sensu życia bez względu na fakt uczestnictwa w grupach wsparcia czy też nie skorzystania z tej formy pomocy.

Ostatnie pytanie dotyczyło sprawdzenia, czy *rodzice po stracie dziecka istotnie częściej doświadczają zmiany priorytetów życiowych*. Wyniki okazały się istotne statystycznie ($\chi^2(1, N=66) = 7,333$; $p < 0,007$). Hipoteza została potwierdzona. Z analizy jakościowej wynika, że aż 67% badanych deklaroowało ich zmianę.

Wyniki wskazujące na zmianę poczucia sensu życia oraz zmianę priorytetów życiowych po śmierci dziecka są zgodne z literaturą. Teoria Dezintegracji Pozytywnej Dąbrowskiego wskazuje na możliwość przewartościowania życia czy ustalenia nowych priorytetów [25,26]. W tym ujęciu każde, nawet bardzo bolesne doświadczenie może stać się okazją do rozwoju osobistego. Natomiast śmierć najogólniej umożliwia przewartościowanie życia, ustalenie nowych priorytetów, wyrwanie się z niewoli konsumpcjonizmu. „*Sens życia może i powinien być odnaleziony przez człowieka w każdej konkretnej sytuacji życiowej. Pomocą w jego odnalezieniu jest sumienie*” [23]. W tym rozumieniu to nie człowiek zadaje pytanie o sens życia, „*ale życie stawia człowiekowi pytania, na które ma odpowiedzieć w poczuciu odpowiedzialności za swoje istnienie. Człowiek nie tyle nadaje sens swojemu życiu, co go odszukuje i przyjmuje*” [27]. Według Frankla sens życia zyskujemy dzięki temu, że urzeczywistniamy wartości, poprzez:

- działanie, kształtowanie świata
- poprzez przeżywanie świata
- poprzez cierpienie, znoszenie losu [27,28].

Pierwsza grupa wartości, to wartości twórcze (np. praca), druga to wartości przeżyciowe albo doznaniowe (poznanie, studia, miłość,) a trzecia to wartości postawy. Wartości postawy są nieograniczone, a do ich realizacji potrzeba nie tylko uzdolnień twórczych i wrażliwości, ale też umiejętności znoszenia cierpień. Ma to szczególne znaczenie dla ludzi skazanych na nieuleczalne choroby i inne cierpienia, gdyż często są pozbawieni możliwości realizacji wartości twórczych i doznaniowych [27]. Wood i Milo (2001) [cyt. za 22] stwierdziły, że śmierć dziecka miała pozytywny wpływ na światopogląd badanych ojców po stracie oraz na rozwój ich życiowych celów. Według Sanders zakończenie żałoby jest możliwe tylko wtedy, gdy zmienia się „cały wewnętrzny system pojęciowy człowieka” [17]. Osoby badane prawie w

70% dokonały zmiany priorytetów życiowych, jednak tylko u połowy badanych powyższa zmiana dotyczyła również kwestii związanych z wiarą w Boga.

Podsumowanie

Strata dziecka zarówno dla matki, jak i dla ojca jest bardzo bolesna. Jak wykazano, małżonkowie cierpią niejednokrotnie w odmienny sposób. Stereotypy dotyczące ról płciowych narzucają na nich role i zadania, które mogą utrudniać radzenie sobie ze stratą, ale także wpływać negatywnie na ich wzajemną więź i relację w związku. Brak zrozumienia drugiej strony, jej sposobu przeżywania straty [17,18,22], często potęguje kryzys, poczucie osamotnienia i może się przyczynić do rozpadu małżeństwa lub jego poważnego kryzysu [17]. Zatem warto proponować parom, aby wspólnie uczestniczyły w spotkaniach szczególnie, gdy napotykają na trudności w relacji po śmierci dziecka, gdyż daje to możliwość zrozumienia partnera, zjednoczenia się w trudnym okresie żałoby i może przyczynić się do polepszenia relacji małżeńskiej. Otwarta komunikacja, przyzwolenie na przeżywanie żałoby w odmiennym tempie, na swój własny sposób sprzyja małżonkom. Wspólny udział w grupach wsparcia daje rodzicom większe szanse na zjednoczenie się w tym trudnym czasie.

Oprócz powyższych informacji z przeprowadzonych badań obserwowany jest również brak różnic płciowych w zakresie zapadalności na różne choroby po śmierci dziecka. Przedmiotem badań były takie dolegliwości, jak depresja, zaburzenia snu, różne choroby somatyczne. Wskazuje to na ogrom trudności, jakich doświadczają rodzice po śmierci dziecka, na siłę przeżywania utraty, która ma także swoje przełożenie w ich relacjach małżeńskich. Interesujące jest także, że 17% badanych nie udało się do specjalisty mimo problemów, 33% partnerów osób badanych (czyli w większości mężczyzn) uznało, że nie było potrzeby, aby po śmierci dziecka skorzystać z pomocy profesjonalisty. Dodatkowych 9% badanych nie ma do specjalistów zaufania. Mając na uwadze, że znaczna większość rodziców cierpi na różne dolegliwości somatyczne po śmierci dziecka, powyższe dane pokazują nam, iż ryzyko chorób u tych osób może być jeszcze większe. Zapewne brak zaufania czy deklarowanej potrzeby będzie związany z różnego rodzaju stereotypami. Z pewnością osoby o specyficznych predyspozycjach osobowościowych, tendencjach depresyjnych, przy braku dostępności wsparcia czy też gotowości do skorzystania ze wsparcia, będą zdecydowanie bardziej narażone na poważny roztrój zdrowia, być może również na ryzyko zgonu [22]. Ponieważ w literaturze bardzo mało jest informacji dotyczących konkretnych wyników badań w tej materii (badani byli głównie wdowcy lub ojcowie po stracie dzieci), warto w przyszłości przyjrzeć się tej kwestii bardziej wnikliwie.

Należy także wspomnieć, iż z przedstawionych badań wynika, że wsparcie samo w sobie ma duże znaczenie. Po śmierci dziecka występuje wzmożona potrzeba poszukiwania wsparcia i chęć jego otrzymania. Bowlby (1988) i in. twierdzą, że o preferencji wyboru wsparcia „*decydują doświadczenia rozwojowe z okresu tworzenia się systemu przywiązania, poczucie bezpieczeństwa i niskie zagrożenie dla samooceny*” [29]. Istotne jest aktualizowane wsparcie społeczne, „*które odpowiada na potrzeby, pojawiające się jako konsekwencja stresowych wydarzeń, takich jak choroba, kryzys osobisty lub szczególne obciążenia życiowe*” [29]. Na podstawie przeprowadzonych badań należy uznać, że nie ma konieczności, aby każdy rodzic po stracie uczestniczył w grupach wsparcia, mimo iż udział w grupach wsparcia jest pomocny w radzeniu sobie ze stratą. Jeżeli małżonkowie mają dobrze działającą naturalną sieć wsparcia społecznego, występuje u nich dobra więź z partnerem, posiadają przyjaciela, sąsiadkę lub inną osobę, która wspiera i współodczuwa to, czego doświadczają w trudnym okresie żałoby lub bezpieczniejsze jest dla nich znalezienie wsparcia w internecie wśród innych rodziców po stracie, to prawdopodobnie prędzej lub później poradzą sobie z utratą dziecka. Mimo, iż grupy są bardzo korzystne dla małżeństwa, niwelują poczucie napiętnowania i osamotnienia, są połączone z psychoedukacją, co zwiększa świadomość rodziców w tematyce żałoby, uczuć i pojawiających się emocji, można przeżyć żałobę i poradzić sobie ze stratą bez takiej pomocy. Ludzie od zawsze tracili dzieci. Z tego wynika, że biologicznie jesteśmy przygotowani do radzenia sobie z różnymi traumatycznymi doświadczeniami. Takie rozumienie jest zgodne z rzeczywistością. Mając na uwadze statystyki, widzimy tysiące osieroconych rodzin każdego roku i tylko ich minimalną liczbę korzystającą z pomocy specjalistycznej. Oczywiście jest część osób, która do końca życia nie poradzi sobie z utratą i to właśnie ta grupa najbardziej potrzebuje pomocy. Są osoby, które bardziej niż pozostali rodzice po stracie powinni rozważyć swój udział w spotkaniach grup wsparcia. Będą to rodzice, którzy doświadczą cięższych rodzajów śmierci dzieci – śmierci samobójczej dziecka, śmierci jedynaka, śmierci wszystkich dzieci, traumatycznego wypadku, zaginięcia dziecka - czy też posiadający specyficzne cechy osobowości lub brak naturalnej sieci wsparcia społecznego.

Warto zatem mieć na uwadze różnice płciowe w przeżywaniu żałoby, rozumieć i akceptować różną gotowość małżonków do skorzystania z fachowej pomocy, dać przyzwolenie na odmienne formy okazywania uczuć i emocji pamiętając, że ojcowskie „trzymanie się” nie oznacza, że ojciec nie cierpi lub że nie potrzebuje wsparcia. Osoby udzielające wsparcia powinny być na to szczególnie uwrażliwione. Widząc zapłakaną matkę i stojącego „dzielnie” ojca, bardzo łatwo jest skupić swoją uwagę wyłącznie na kobiecie. Jest to błędne i krzywdzące

podejście, gdyż badania jednoznacznie wskazują na potrzebę otrzymywania wsparcia przez obojga rodziców.

Warto także proponować rodzicom wspólne korzystanie ze specjalistycznej pomocy, szczególnie nastawionej na udział w grupach wsparcia, które niewątpliwie dają szansę na zjednoczenie się małżonków w żałobie, większe zrozumienie partnera i większą akceptację innego sposobu przeżywania straty.

Piśmiennictwo

1. Siuta J.: Inwentarz Osobowości NEO-PI-R Paula Costy Jr i Roberta R. McCrae. PTP. Warszawa, 2006.
2. Konczelska K.: Żałoba ojca w perspektywie społecznych i kulturowych stereotypów ról płciowych. [w:] Z szerszej perspektywy – Gender, Wycisk A., Krawczyk-Antońska Ż. (red. nauk.). ARW Omnidus, Katowice 2013.
3. Moore A.: Older poor parents who lost an adult child to AIDS in Togo, West Africa: a qualitative study. Baywood Publishing Co., Inc. Omega, 2007-2008, 56, 289-302.
4. Brown, F. H.: The impact of death and serious illness on the family life cycle [In:] The changing family life cycle: A framework for the family therapy, Carter E, McGoldrick M. (Eds.). MA: Allen & Bacon, Boston 1989, 457-482.
5. Dyregrov A.: Parental reactions to the loss of an infant child: A review. J. Psychol., Scand., 1990, 31, 266-280.
6. Edelstein L.: Mental bereavement. Praeger, New York 1984.
7. Rando T. A.: Parental bereavement: An exception to the general conceptualizations of mourning [In:] Parental loss of a child. Rando T.A. (ed.). Research Press, Champaign, IL 1986, 45-58.
8. Rubin S., Malkinson R.: Parental response to child loss across the life-cycle [In:] Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care, Schut H. (Eds.). Am. Psychol. Assoc. Press, Washington, DC 2001, 219-240.
9. Lehman R., Wortman C. B., Williams A. F.: Long-term effects of losing a spouse or a child in a motor vehicle crash. J. Pers. Soc. Psycho., 1987, 52, 218-231.
10. Sanders C.: Grief: The morning after. John Wiley & Sons, New York 1989.
11. Bowlby J.: Attachment and loss (Vol. III). Basic Books, Inc., New York 1980.
12. Johnson S.: After a child dies—Counseling bereaved families. Springer Publishing Company, New York 1987.

13. Girasek D. C.: Advice from bereaved parents: On forming partnerships for injury prevention. *Health Promot. Pract.*, 2005, 6, 207-213.
14. Davies, B.: *Shadows in the sun: The experience of sibling bereavement in childhood*. PA: Brunner/Mazel, Philadelphia 1999.
15. Fanos J. H.: *Sibling loss*. Hillsdale. Lawrence Erlbaum, New York 1996.
16. Murphy S. A., Braun T., Tillery L. et al.: PTSD among bereaved parents following the violent deaths of their 12- to 28-year-old children: A longitudinal prospective analysis. *J. Trauma. Stress*, 1999, 12, 273-291.
17. Sanders C.: *Jak przeżyć stratę dziecka. Powrót nadziei*. GWP, Gdańsk 2001.
18. Mandal E.: *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Wydanie drugie zmienione. Wyd.. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2004.
19. Główny Urząd Statystyczny: *Kobiety i mężczyźni na rynku pracy*. Zakład Wyd. Statystycznych, Warszawa 2010.
20. Mandal E.: *Kobiecość i męskość. Popularne opinie a badania naukowe*. Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 2003.
21. Melosik Z.: *Kryzys męskości w kulturze współczesnej*. Oficyna Wyd. IPULS, Kraków 2006.
22. Aho A.L., Tarkka M.T.: *Fathers' grief after the death of a child*. University of Tampere, *Issues in Mental Health Nursing*, Taylor & Francis Group, 2006.
23. Kübler – Ross E.: *Dzieci i śmierć*. Media Rodzina, Poznań 2007.
24. Knoll N., Schwarzer R.: *Prawdziwych przyjaciół...Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć [w:] Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Sęk H., Cieślak R.(red.). PWN, Warszawa 2011.
25. Dąbrowski K.: *Trud istnienia*. Wiedza Powszechna, Warszawa 1975.
26. Jaspers K. 1932/1978: *Wybór pism: Sytuacje graniczne*, tłum. Staniszevska A. (Sytuacja, Śmierć, Cierpienie); Skwieciński M. (Walka, Wina, Problematyczność wszelkiego bytu empirycznego i historyczność rzeczywistości w ogóle jako sytuacja graniczna) [w:] Rudziński W. 1978: *Jaspers*. PIW, Warszawa 1932/1978.
27. Popielski K. (red): *Człowiek – pytanie otwarte*. Wyd. KUL, Lublin, 1987.
28. Frankl V.: *Nieświadomy Bóg*, IW PAX, Warszawa 1978.
29. Sęk H., Cieślak R. (red.): *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. PWN, Warszawa 2004.

Krajewska-Kulak Elżbieta¹, Chadzopulu Antygona², Łukaszuk Cecylia¹, Guzowski Andrzej¹

Funeralna biżuteria okresu żałoby

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Szpital Kavala, Greece

Wprowadzenie

Śledzenie faktów historycznych ewidentnie świadczy o tym, że w każdym kraju funkcjonują i obowiązują różne wierzenia, standardy i postawy wobec śmierci.

Według Kübler-Ross „śmierć stała się budzącą grozę sprawą, o której się nie mówi i której unikać należy na wszystkie możliwe sposoby” [1].

*„***(kto potrafi)
kto potrafi
pomiędzy miłość i śmierć
wpleść anegdotę o istnieniu
zgarniam brunatne plastry książek
nasłuchuję brzęczenia słów
pomiędzy miłość i śmierć
wpleść
nikt nie potrafi
i tylko czasem
naprzeciw słońca
w zmrużonych oczach błysk
chwila roztrącona na tęczę
twarzą w twarz
naprzeciw słońca
w oślepiłych oczach
treść niknąca...
na krańcach
miłość śmierć (..)
(Halina Poświatowska) [2]*

Hockey i wsp. [3] uważają, że:

- pojęcie żalu oznacza - cierpienie i ból, których doświadcza się po stracie
- pojęcie żałoba - obejmuje czas, w którym oznaki tego żalu są widoczne
- pojęcie strata - określa proces, przez jaki się przechodzi, gdy odchodzi ktoś, z kim łączyła nas bliska więź.

Tradycja biżuterii funeralnej sięga XIV i XV wieku, a w wiekach późniejszych, głównie XVII i XVIII, objęła swoim zasięgiem całą Europę.

Według Larson [4] można zaryzykować stwierdzenie, że „biżuteria bez elementu duchowego jest mizerna i nic nie warta błyskotka”.



„Nawet kamień

Dom się zwałił do gruntu, ale o wiele lżej upadł

Na niemowlę, synka Zefyrosa.

Nawet ruina oszczędziła dziecię. O dumne matki!

Patrzcie, że i kamień wie, czym jest urodzenie dziecka”

(Adajos-Epigramat z Antologii Platynskiej)



„Żałoba matki

Z bólem żegnana odeszłaś do ciemnego domu

Za Acherontem, droga Demokrycjo,

Matce płacz zostawiając,

wzięła świeżo zaostrzone żelazo,

ze starej głowy obcięła siwe włosy”

(Andronikos Epigramat z Antologii Platynskiej)



W celu podniesienia pięknego wyglądu kamieni, w starożytności zaczęto je szlifować i polerować.

Zarówno Inkowie, jak i Grecy wierzyli, że klejnoty to zastygłe łzy Bogów.

Lithos-(Λίθος) oznacza kamień, gład, odłam skały. Słowa bliskoznaczne to litosfera, lit, litochromia, litoglifia, litografia, litoklasy, litometeory, litopterny, litotomia, litotrypsja [5].

W literaturze przedmiotu, za Krzywobłocka [6,7] uważa się, że odpowiednie kamienie podporządkowane są Słońcu, Księżycowi, Ziemi. Mars (grecki Ares) natomiast rządzi kamieniami barwy czerwonej (krwawnikiem, rubinem, granatem i koralem). Wierzono, że kamienie związane z bogiem wojny przynosiły szczęście żołnierzom, podróżnikom, chirurgom i hutnikom dodając energii, chroniąc przed chorobami i zdradą, zapewniając przyjaźń [6,7].



„Cały majestat natury jest ściśnięty na bardzo małej

Przestrzeni w kamieniach szlachetnych;

Wystarczy jeden, aby poprzez niego poznać cud stworzenia”

(Pliniusz Starszy)



W Mitach Greckich Roberta Gravesa (jednego z najlepszych pisarzy o tematyce mitologicznej) zostało napisane [8]: *„Zeus postanowił, że Prometeusz będzie nosić pierścień zrobiony z łańcuchów, w którym osadzony zostanie kamień kaukaski na znak, że jest więźniem. Był to pierwszy pierścień z kamieniem, jaki kiedykolwiek zrobiono. Ale cierpienia Prometeusza miały trwać do czasu, kiedy jakiś nieśmiertelny uda się dobrowolnie w jego zastępstwie do Tartaru.... Herakles uwolnił Prometeusza. Odtąd ludzie zaczęli nosić pierścienie i wieńce ku czci Prometeusza”*

Historia biżuterii

W dostępnym piśmiennictwie [9,10] podkreśla się, iż najstarsza odnaleziona biżuteria ma już ponad 22 tysiące lat. Początkowo wykonywano ją z drewna, muszli, kamyków, skór i kości zwierzęcych, a dopiero po 3.500 r. p.n.e. z brązu, miedzi, srebra i złota [9,10].

Dopiero w roku 2000 p.n.e., Egipcjanie zaczęli wytwarzać bogato zdobione bransolety, grzebienie, broszki, naszyjniki czy kolczyki, a biżuteria zaczęła pełnić funkcję magiczną i religijną (amulety/talizmany) [9,10]. Amulety towarzyszyły właścicielom w życiu doczesnym oraz po ich śmierci [9,10].

W Grecji najokazalsza biżuteria powstała ok. V–IV wieku p.n.e. i wykonywana ze złota, srebra i złożonego brązu, w późniejszym okresie wzbogacano ją kamieniami szlachetnymi [9,10].

W Rzymie po raz pierwszy wykorzystano diamenty i kolorowe kamienie szlachetne, i tworzono z nich spinki, agrafy i pierścienie [9,10].

W średniowieczu ogromną wagę przywiązywano do magii kamieni szlachetnych, wierząc w ich nadnaturalną moc i za najszlachetniejszy metal uznano złoto, wykonując z niego insygnia władzy królewskiej [9,10].

Pod koniec XVII wieku olbrzymią popularność zyskał diament, a na początku XX wieku - platyna [9,10].

Swoistym rodzajem biżuterii była biżuteria żałobna, której najpopularniejszą formą były pierścionki, finansowane z majątku pozostawionego przez zmarłego, a które rozdawano rodzinie i najbliższym przyjaciołom [11]. Każdy z elementów dekoracyjnych miał własną symbolikę: czarna emalia przeznaczona była dla osób zamężnych, biała dla kawalerów i panien, a perły oznaczały śmierć dziecka [11]. Na pierścionkach grawerowane były imię, nazwisko, wiek lub data urodzenia i śmierci zmarłego oraz sentencje, np. „*memento mori*”. Popularne były również miniatury emaliowane na kości słoniowej [11].

Z biegiem lat żałobnikom darowano bransolety, naszyjniki, broszki, sekretniki oraz kamei [11]. Powszechne stało się dodawanie jako elementu dekoracyjnego kosmyków włosów zmarłego. Były nie tylko zamykane pod szkłem w medalionach, ale również używane do wykonywania inskrypcji na pierścionkach i bransoletach [11].

Gagat, onyks

Onyks [12-19], to minerał, odmiana chalcedonu o równoległym ułożeniu warstw, na przemian białej i czarnej. Nazwa pochodząca z greckiego *όνυξ* oznacza *pazur* (*paznokiec*, *racica*), nawiązuje do twardości, wyglądu i ostrych krawędzi tego minerału (Ryc. 1).



Ryc. 1. Onyks, źródło: [21]

Czarny Onyks [12-19] nazywany jest „kamieniem wewnętrznej siły”, ponieważ uważa się, iż jego energia wzmacnia wytrzymałość i odporność przy wykonywaniu trudnych, złożonych zadań czy projektów. Uważa się [20], że jego energia intensyfikuje wydajność

organizmu, wzmacnia odporność psychofizyczną oraz przyspiesza regenerację zarówno po wysiłku fizycznym, jak i po stresujących wydarzeniach.

Przez wiele wieków, za Krzywobłocka i Krzywobłocka [6,7] onyks nazywano kamieniem czarnoksiężników oraz uważano za symbol smutku i nieszczęścia.

Najbardziej rozpowszechnioną ozdobą wykonaną z onyksu były kamee.

Kamee (z arabskiego *kamma* – *garb, wypukłość*), rodzaj gemmy, szlachetny lub półszlachetny kamień ozdobiony reliefem ciętym wypukło [6,7].

W drugiej połowie XIX wieku brosze z kameą stały się niezbędnym elementem stroju dam z tzw. dobrego towarzystwa, które nosiły żałoby lub zapinały suknie wysoko pod szyją. Kamea, jeżeli nie była zbyt kolorowa, mogła być elementem biżuterii żałobnej [6,7]. Istniały bowiem ściśle określone przepisy normujące okres żałoby dworskiej nie tylko po władcach, ich małżonkach, następcach tronu, ale także po bliskich i dalszych kuzynach władców. Wdowa mogła nosić wyłącznie czarne kamienie, najlepiej w srebrnej oprawie [6,7].

W skład garnituru onyksowego wchodziły naszyjniki, bransolety, kolczyki, brosze oraz pierścienie [6,7]. Obowiązkowo musiały znajdować się w szkatułach z biżuterią każdej damy z towarzystwa, aby w przypadku zaistnienia potrzeby udania się na pogrzeb, były pod ręką. Dodatkowo musiały być w szafie czarne fryzowane pióra strusie, czarne koronkowe szale i długie woalki [6,7].

W okresie romantyzmu wdowy używały także onyksowych pieczętek do lakowania listów [6,7].

Onyks, w biżuterii żałobnej, nabrał szczególnego znaczenia w czasach wiktoriańskich, kiedy panowała w Anglii królowa Wiktorii, a która przez 40 lat nosiła żałobę po księciu Albercie, jej mężu [6,7].

Wiktoriańską biżuterię żałobną można interpretować poprzez: praktyki (leżące u ich powstania), metafory i narrację (inherentne z nią) i uzyskane możliwości techniczne i wiedzę (dające wyraz ludzkim emocjom poprzez sztukę).

Żałobna biżuteria wiktoriańska była wykonana ręcznie, często na prywatne zamówienie i tworzyły ją:

- pierścienie (tzw. *memento mori*), które ozdabiano czarną emalią, z motywem czaszki, pieszczeli i krzyża lub brosze obrazujące sceny alegoryczne, noszone początkowo przez królową i jej dwór, a potem także przez jej poddanych.
- kolie, kolczyki i bransolety, pokryte ciemną emalią ozdobioną gagatem, onyksem oraz perłami.

Modne było także chowanie we wnętrzu biżuterii np. pukli włosów zmarłej osoby, które układano na kształt piór, kwiatów lub węzłów jako elementy broszek, medalionów czy pierścieni [22]. Najpierw jednak włosy należało gotować w wodzie z sodą przez 15 minut, następnie je posortować według długości (do bransolety potrzebne były np. pukle długości ok. 50 cm) i podzielić na pasma liczące 20-30 włosów. Takie pasma umieszczano na specjalnej formie, a po zakończeniu opracowywania ich kształtu, włosy razem z formą gotowano kolejne 15 minut, następnie suszono i wyjmowano z formy, dzięki czemu zachowywały nadany kształt. Dopiero wówczas trafiały do jubilera i były osadzone w klejnocie.

Według Pointona [22], pukle włosów były postrzegane w kulturze jako *”memento po zmarłych”*, ponieważ stanowiły *„obiekty fizyczne funkcjonujące w świadomości społecznej, jako deklaracje straty i stymulanty pamięci (...) “ludzkie ciało gnije i rozkłada się (...) ale diamenty, które nosi, przeżyją go tysiące lat”*.

Biżuteria ta miała także swoistą symbolikę, np.:

- podwójne pochodnie, klepsydry - oznaczały upływający czas
- motyle - były symbolem duszy
- kłódki - symbolizowały klucz do serca.



Ryc. 2. Gagatowa biżuteria żałobna, źródło: [23]

Gagat (brązowo-czarna bitumiczna odmiana węgla brunatnego) [12-19], używany był w uroczystościach żałobnych od bardzo dawna (Ryc. 2). W Anglii gagat nazywany jest dżet, w Niemczech - Pechkohle, na Kaukazie - Geszur, w Grecji - gagates (od miasta i rzeki Gagae/Gages w starożytnej Licji) [6,7].

W Polsce, do XIX wieku, gagat nie był uważany za kamień żałobny [6,7]. Dopiero walki o wolność przyniosły łzy i smutki osieroconym kobietom. Przed wybuchem powstania styczniowego młodzież patriotyczna ogłosiła żałobę narodową, a kobiety założyły czarne wełniane suknie i biżuterię żałobą: brosze w kształcie cierniowych koron, bransolety przypominające kajdany, krzyże, nawiązujące do męczeństwa narodu. Biżuterię tę sporządzano z żelaza lub oksydowanego srebra, ozdabiano ciemnymi kamieniami. Mężczyźni nosili ciemne czamary, zapięte po szyję [6,7].

Na znak solidarności z polskimi kobietami, kobiety w Europie (np. cesarzowa Eugenia - żona Napoleona III, Jenny - córka Karola Marksa), zaczęły nosić krzyże z cierniowymi koronami [6,7].

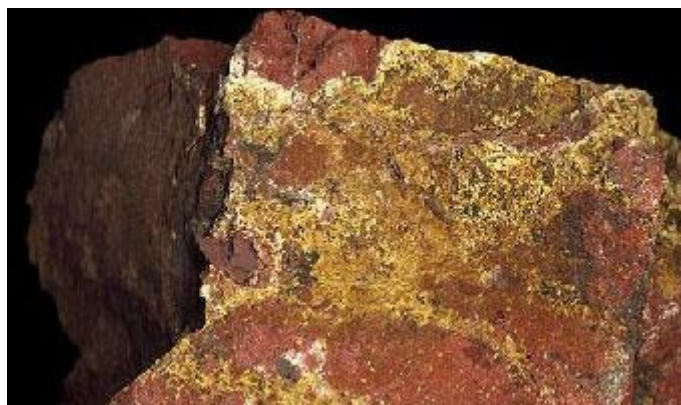
Noszono także pierścienie zdobione czarną emalią i bransolety w kształcie kajdan. Małym dziewczynkom także zakładano czarne sukienki, a ich lalki ubierano na czarno [6,7].

Kolejna fala żałobnych klejnotów była noszona przez Polki z początkiem lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku [6,7].

Jaspis

Jaspis, to skała osadowa, drobnoziarnista, zbita, zbudowana w różnych proporcjach z chalcedonu i kwarcu [16,19,24]. Zawiera różne domieszki minerałów, takich jak: hematyt, Goethym, magnetyt, mangan, chloryty, aktynolity, epidot, zoizyt. Związki żelaza nadają jaspisom barwę brązową, żółtą, czerwoną lub zieloną (Ryc. 3).

Nazwa jaspisu pochodzi od greckiego słowa *iaspis* - *cętkowany kamień* [16,19,24].



Ryc. 3. Jaspis, źródło [25]

Krzywobłocka [6,7] przypomina mit Orfeusza oplakującego utraconą Eurydykę. Jak mówi mit, nimfy ulitowały się nad nieszczęśliwym mężem i ofiarowały mu jaspis, zwany kamieniem Lety. Leta, to rzeka zapomnienia, której wodę dawano pić zmarłym i obmywano

im oczy, aby ich ziemskie troski i obrazy życia ziemskiego odeszły w mrok [6,7]. Kamień Lety miał nieść zapomnienie o wszystkim, co raniło duszę i serce [6,7]

Koral

Nazwa koral wywodzi się od łacińskiej nazwy organizmów morskich z podgromady koralowców *Corrallium*, zamieszkujących morza strefy cieplej i gorącej (Ryc. 4) [17,18,19].



Ryc. 4. Koralowiec, źródło [26]

Przekonania związane z mocą koralu wypływają z wierzeń, że barwa czerwona oznacza życie, czyli krew. Wierzono, za Krzywobłocka [6,7], że „*gdy krew uchodzi — uchodzi życie*”, stąd też osypywano szczątki ludzi umarłych czerwonym proszkiem.

W Egipcie sporządzano z koralowca skarabeusze (święte żuki), traktowane jako niezwykle cenne talizmany zarówno dla żywych i zmarłych, towarzysząc mumiom władców i możnych, w piramidach i grobowcach, jako symbol wiecznego życia [cyt. za 6].

W Indiach z kolei [cyt. za 6] uważano, iż amulety z koralu przynoszą posiadaczom szczęście i powodzenie, chronią przed złem, a po śmierci służą zmarłym właścicielom „*jako zapora przed złymi duchami, dając spokój i bezpieczny sen wieczny*”. W związku z tym palono lub grzebano skarby z koralu razem z ich właścicielami [6,7].

Kość słoniowa

W XVII wieku gładkie płytki z kości słoniowej [cyt. za 6] służyły malarzom miniatur do uwieczniania umarłych (zwłaszcza dzieci) na łożu śmierci. Była to swoista pamiątka dla

matek. Malowano także miniatury zmarłych, z reguły same twarze otoczone obłokami, co miało sugerować ich przebywanie w niebiańskich zaświatach [cyt. za 6].

Kwarc

Kwarc, to minerał z gromady krzemianów przestrzennych, zbudowany głównie z dwutlenku krzemu (Ryc. 5) [16].

Nazwa minerału pochodzi od starogermańskiego kwarr (*quarz*) = zgrzyt – tak określali ten minerał niemieccy górnicy lub słowiańskiego kwardy = twardy (kwarda = kwarzec). Z greckiego oznacza Krystallos = lód [16].



Ryc. 5. Kwarc, źródło [27]

Magnetyt

Magnetyt [12-19] to minerał z gromady tlenków, zaliczany do grupy spineli (żelazowych) (Ryc. 6).



Ryc. 6. Magnetyt, źródło:[28]

Kamień *magnetis* był już znany starożytnym Grekom. Nazwa pochodzi od dawnego greckiego miasta Magnesia (obecnie Manisa na terenie Turcji) [28].



Lekarz znakomity

Kiedy Magnos zszedł do Hadesu, Pluton zatrzęsł się w trwodze:

„Przyszedł mi tu wskrzeszać umarłych”

Epigramaty Platynskie



Melanit

Melanit [12-19], to szlachetny kamień, gemmologiczna odmiana andradytu (granatu), którego nazwa pochodzi od greckiego słowa *melanos* – czarny (Ryc. 7).

Uważa się [6,7], że melanit wzmacnia wolę i czyni człowieka panem swego działania oraz podobnie jak inne czarne kamienie stosowany jest do upiększania biżuterii żałobnej.



Ryc. 7. Melanit, źródło [29]

Perły

Perły, wytwory małży (głównie perłopławów z rodzajów *Pteria* i *Pinctada*), rzadko ślimaków, uważane za łzy aniołów [16,18,19,30]. W starożytnej Grecji nazywano je łzami Afrodyty.

Pochodzenie nazwy "perła" nie jest dokładnie poznane. Przypuszcza się, że mogło być zapożyczone od gatunku małża (łac. "perna") lub kulistego kształtu (łac. "sphaerula") [16,18,19,30].



*“Na dnie mórz twój ojciec leży;
kość się jego przeistoczy
w koral, w perły zasię – oczy.
Z jego ciała i odzieży
woda czyni cud-klejnoty.
A rusalki stają w krąg,
rozpuszczają bujne sploty.”*
(Szekspir) [31]



Podczas odkryć archeologicznych w starych grobowcach okazało się, iż znajdujące się tam perły, po ich dotknięciu, rozpadały się w proch, a czasem pozostawała po nich jedynie brązowa plamka proszku [6,7]. Przyczyniło się to do powstania wielu legend, według których perły umierały razem ze swoimi prawymi właścicielami [6,7].

Topazolit

Topazolit [12-19], to bardzo rzadki minerał z gromady krzemianów, zaliczany do grupy granatów (gemmologiczna odmiana andradytu) (Ryc. 8).



Ryc. 8. Topazolit, źródło [32]

Biżuteria żałobna okresu amerykańskiej wojny domowej

Swoisty poziom żalu wniosła amerykańska wojna domowa (1894, wojna secesyjna), ponieważ jedną z tradycji, jaka się narodziła w tym czasie, był zwyczaj zamykania łez pogrążonych w smutku rodzin, w zdobionych, szklanych fiolkach [33]. Fiolki służące jako naczynie do zbierania łez po utracie ukochanych były przepiękne zdobione złotem i służyły

także po to, aby w pierwszą rocznicę wdowa mogła wylać je na grób. Oznaczało to także koniec pierwszego roku żałoby [33].

Biżuteria żałobna w Polsce

W Polsce kobiety także nosiły tego typu biżuterię, ale raczej jako pamiątki po zmarłych, w okolicznościowych puzderkach.



*„Schowaj matko suknie moje
Perły, wieńce z róż;
Jasne szaty, świetne stroje-
To nie dla mnie już
Niegdyś jam stroje, róże lubiła
Gdy nam nadziei wytryskał zdrój
Lecz, gdy do grobu Polska zstąpiła,
Jeden mi tylko przystoi strój:
Czarna sukienka (...)
(Konstanty I. Gałczyński) [34]*



Czarna patriotyczna biżuteria

W XVI wieku, za Bojańczyk [35] Gezowie, holenderscy patrioci, w proteście przeciw hiszpańskiemu najeźdźcy nosili zawieszane na wstążce medale z portretem Filipa II oraz, na rewersie, torbą żebraczą i połączonymi w uścisku dłońmi.

W okresie rewolucji francuskiej popularne były pierścionki z napisami: „Równość, wolność, braterstwo”, obrączki z relikwiami kamieni z Bastylji i żelazna biżuteria z napisem „Złoto dałam na żelazo” [35].

Sto lat później, po wojnie francusko-pruskiej, na wisiorkach pojawiły się bluszcz i kwiaty niezapominajek, symbole wierności i pamięci [35].

We Włoszech, w czasach zjednoczenia, modne były patriotyczne kamee z koralu, z portretami Garibaldiego i Cavoura [35].

W Polsce, od roku 1861, za danymi z Narodowego Instytutu Dziedzictwa [36] Polki we wszystkich trzech zaborach zakładały sznury drewnianych, czarnych koralu.

Uważa się, za Narodowym Instytutem Dziedzictwa, [36], iż początków tzw. „czarnej patriotycznej biżuterii” można doszukać się w czasach Powstania Kościuszkowskiego.

„Czarną biżuterię” [36] wykonywano z lawy wulkanicznej, rogu i czarno oksydowanego srebra oraz stali. W metal wprawiano czarne kamienie: gagat, onyks, szlifowane czarne szkło (dżet francuski), ebonit, heban, czarny dąb lub inne czernione drewno. W okresie późniejszym stosowano również czarno emaliowane srebro, często w połączeniu z perłami [36].

Różnorodność rodzajów biżuterii była ogromna: broszki, medaliony, wisiory, naszyjniki, bransolety i pierścienie traktowane jako symbole wierności, miłości i pamięci, które stały się swoistym znakiem rozpoznawczym [36]. Pierścienie zdobiono emblematami narodowymi (orły w koronie, połączone herby Polski i Litwy) lub innymi symbolami patriotycznymi (kotwice, serca, krzyże), symbolizujące wiarę, miłość i nadzieję [36].

Po upadku Powstania Styczniowego, w II połowie XIX wieku, noszono także metalowe krzyżyki i brosze w formie krzyżyków, na których zamiast pasyjki umieszczany był orzeł polski w koronie, z wygrawerowanymi na ramionach napisami patriotycznymi, np.: Boże zbaw Polskę [36]. Inne krzyżyki, w miejscu przecięcia belek miały jako symbol cierpienia i ufność w zmartwychwstanie, wstawiane korony cierniowe, z sercem i kotwicą, czyli *Wiarą, Nadzieją i Miłością* (Ryc. 9)[36].



Ryc. 9. Biżuteria żałobna z Muzeum Wojska Polskiego, źródło:[37]

Rycina 10 [38] obrazuje broszkę okrągłą, z lat 1861-1862, wykonaną z czarnej masy szklanej, dodatkowo ujętej w ramkę ze srebra. Brzeg broszy ozdobiony jest ornamentem sznurowym, a na środku umieszczono kompozycję z trzech elementów: krzyża (znak Chrystusa i wiary), kotwicy (symbol nadziei) i orła w koronie z jabłkiem i berłem w szponach (oznaka niepodległej Polski). Charakterystyczny jest jej czarny kolor połączony ze srebrzystym emblematem nałożonym na szklane, błyszczące tło [38].



Ryc. 10. Biżuteria żałobna z Muzeum Wojska Polskiego, źródło: [38]

Współczesna biżuteria funeralna

Tworzenie nekrobiżuterii to bardzo kontrowersyjna praktyka, budząca kwestie etyczne i moralne, ale także z pogranicza psychologii, czy socjologii. Krytykowane jest przede wszystkim „sprzedawanie” prochów za kamienie szlachetne. Zwolennicy tej formy uczczenia zmarłych podkreślają, za Grzegorzewska [39], że diamenty są wieczne, tak jak wieczna powinna być także pamięć o naszych zmarłych i dopóty, dopóki sposób uhonorowania nieżyjących pozostaje w zgodzie z ich ostatnią wolą oraz sumieniem rodziny zmarłego, nie powinno się krytykować, osądzać ani zabraniać tworzenia nekrobiżuterii., bo każdy ma prawo do okazania szacunku w wybrany sposób.

Rusty Vanden Biesen, za Domańska [40], nie chciał być pochowany na cmentarzu ani aby jego prochy spoczęły w urnie i wymyślił sposób na przekształcanie ludzkich prochów w syntetyczne diamenty. Postanowił założyć w Chicago firmę (LifeGem Memorials) i po trzech latach prób ze spalaniem szczątków zwierzęcych, głównie świń (w laboratorium pod Monachium w Niemczech), z węgla uzyskanego z kremacji ludzkich zwłok udało się wyprodukować sztuczny diament. W warunkach laboratoryjnych produkcję syntetycznych diamentów rozpoczęła w roku 1950 firma General Electric, używając ich najpierw do produkcji wiertel i narzędzi do cięcia, a później biżuterii [40].

W chwili obecnej w Internecie jest coraz głośniejszy temat metod uczczenia zmarłych, poprzez tworzenie nekrobiżuterii (głównie pierścionków i wisiorków), której forma, wielkość, kształt i kolor diamentu zależą od preferencji osoby zamawiającej [cyt. za 41]. Odcień błękitu jest naturalną farbą wykonanego z ludzkich prochów klejnotu, w związku ze śladową ilością w

ciele człowieka barwiącego na niebiesko boru. Można jednak zamówić kamień w dowolny kolorze. Na specjalne życzenie na diamencie można umieścić określony szlif lub specjalną, mikroskopijną inskrypcję pamiątkową (inicjały zmarłego, daty graniczne jego życia) [cyt. za 41].

Od 2004 roku wytwarza je np. szwajcarska firma Algordanza, obecnie także Austriacka firma Mevisto [42]. Oferują one przerabianie ludzkich włosów (wystarczy 10 gramów) lub popiołu pochodzącego z kremacji (wystarczy 150 gramów prochów) w szlachetny kamień, który można umieścić w pierścionku lub amulecie, będącej pamiątką po zmarłym [42].

Produkcja nekrobiżuterii rozpoczyna się już podczas kremacji zwłok, gdy technicy kontrolują poziom tlenu, by nie dopuścić do zmiany węgla w CO₂ [43,44]. W odpowiednim momencie spalanie zostaje przerwane i technik zbiera powstały sproszkowany węgiel. Jego część zostaje przechowana i oddana rodzinie, a część - po opatrzeniu numerem identyfikacyjnym - wysyłana do laboratorium w Pensylwanii. Tam proszek ogrzewa się do temperatury około 3 tys. stopni Celsjusza, w celu oczyszczenia m.in. z wapna, żelaza oraz aluminium i zamiany w grafit. Ten z kolei wysłany jest do laboratorium w Niemczech albo do ośrodka pod Moskwą, gdzie w autoklawach przez 7-10 dni znowu poddaje się go działaniu wysokiego ciśnienia (80 tys. atmosfer) i temperatury (3 tys. stopni Celsjusza). W ten sposób w laboratoriach są odtwarzane procesy zachodzące w naturze. Następnie diamenty poddaje się obróbce i wysyła do Nowego Jorku, gdzie European Gemological Laboratory (EGL/USA) wydaje certyfikat stwierdzający, że kamień jest "wytworzonym przez człowieka diamentem" i opisuje jego jakość. Diament dostaje też certyfikat International Gemological Center LTD [43,44].

W Stanach Zjednoczonych obecnie już nawet co dwudziesta osoba zamawiająca usługę funeralną postanawia skorzystać z tej właśnie opcji. Warto też zaznaczyć, że moda na biżuterię z prochów staje się na tyle popularna, że niektórzy decydują się na zamówienie wielu świecidełek za jednym razem. Do wykonania syntetycznego kamienia wykorzystuje się jednak tylko niewielką część prochów zmarłego - z reguły jest to ok. 250 gramów. Zdarzają się klienci, którzy zamawiają sentymentalną błyskotkę dla każdego członka rodziny zmarłego [44].

Podsumowanie

Ochorowicz [45], w książce „Wiedza tajemna w Egipcie” pisał: „(...) szkło znali egipscy kapłani od niepamiętnych wieków i nie tylko znali, ale nawet umieli je zabarwić tlenkami metalicznymi i tak czynić twardym, że do złudzenia naśladowało drogie kamienie, które też umieli misternie oprawiać w złoto. W Piśmie Świętym są o tym wzmianki, a w Luwrze w Paryżu

można widzieć autentyczne staroegipskie pierścionki z pieczęciami (...). Doskonale są ich imitacje rubinów, szmaragdów, szafirów, ametystów, obsydianów i pereł".



Biżuteria

Diabeł
ma naszyjnik
z ludzkich łez.

Anioł
nosi perły
z uśmiechów.

Bóg
sypie ludziom
brylanty dni.

(Kalina Beluch) [45]



Piśmiennictwo

1. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, 1979.
2. <http://silvarerum.eu/poswiatowska&print=1#a6>, data pobrania 18.03.2015
3. Hockey J., Katz J., Small N. : Mourning and Death Ritual. Buckingham, 2001.
4. Larson L.: Szlachetne kamienie i metale. Czwarty Wymiar, 2015, 3,66-69.
5. Tokarski J.: Słownik Wyrazów Obcych. PWN, Warszawa 1980.
6. Krzywobłocka B., Krzywobłocka R.: Tajemnice klejnotów. Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa 1983.
7. Krzywobłocka B., Krzywobłocka-Laurów R.: Magia klejnotów. Wyd. 3. Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa 1990.
8. Graves R.: Mity Greckie. PIW, Warszawa 1968.
9. Miller J.: Biżuteria. Historia, projektanci, kolekcje. Wyd. Buchmann, Warszawa 2014.
10. <http://www.chicochica.pl/CMS-3.html?aid=246>, data pobrania 18.03.2015.
11. <http://diamonds-on-the-rocks.blogspot.com/>, data pobrania 18.03.2015.
12. Żaba J.: Ilustrowana encyklopedia skał i minerałów. Wyd. Videograf II, Chorzów 2006
13. Bolewski A., Manecki A.: Mineralogia szczegółowa. Wyd. PAE, Warszawa 1993.
14. Ďud'a R., Rejl L.: Wielka encyklopedia minerałów. Wyd. Elipsa 2, Warszawa 1994.

15. Sachanbiński M.: *Vademecum zbieracza kamieni szlachetnych i ozdobnych*. Wyd. Geologiczne, Warszawa 1984.
16. Maślankiewicz K.: *Kamienie szlachetne*. Wyd. 3. Wyd. Geologiczne, Warszawa, 1982.
17. Medenbach O., Sussieck-Fornefeld C.: *Minerały*. Bertelsmann Media, Warszawa 1996.
18. Sobczak N.: *Mała encyklopedia kamieni szlachetnych i ozdobnych*. Alfa, Warszawa 1986.
19. Szumann W.: *Kamienie szlachetne i ozdobne*. Alma-Press, Warszawa 2004.
20. <http://pasion.com.pl/pl/kamienie/31-onyks-czarny>, data pobrania 18.03.2015.
21. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Onyks>, data pobrania 18.03.2015.
22. Pointon M.: *Wearing Memory: Mourning, Jewellery and the Body* [in:] *Trauer Tragen – Trauer Zeigen. Inszenierungen der Geschlechter*, Ecker G. (ed.), Munich 1999, 73.
23. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Gagat>, data pobrania 18.03.2015.
24. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Jaspis>, data pobrania 18.03.2015.
25. http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Mineraly.sk_-_jaspis.jpg, data pobrania 18.03.2015.
26. <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Koralowiec.jpg>, data pobrania 18.03.2015.
27. http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Quartz_oisan.jpg, data pobrania 18.03.2015.
28. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Magnetyt>, data pobrania 18.03.2015.
29. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Melanit>, data pobrania 18.03.2015.
30. Hall C.: *Klejnoty. Kamienie szlachetne i ozdobne*. Wiedza i Życie, Warszawa, 1996.
31. <http://dorabella.pl/?author=2&lang=pl>, data pobrania 18.03.2015.
32. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Topazolit>, data pobrania 18.03.2015.
33. <http://funerabilia.pl/blog/pamiec-ciala-sztuka-zaloby-sztuka-pamieci-funerabilia-epoki-wiktorskiej/>, data pobrania 18.03.2015.
34. <http://wolnelektury.pl/katalog/lektura/czarna-sukienka.html>, data pobrania 18.03.2015.
35. Bojańczyk J.: *Złoto dałam na żelazo, „Rzeczpospolita” - „Plus Minus”, 2013, 19.01.*
36. info@nid.pl, data pobrania 18.03.2015.
37. <http://powstaniestyczniove.nck.pl/wp-content/uploads/2013/03/Bizuteria-żalobna.jpg>, data pobrania 18.03.2015.
38. <http://www.patriotyki.pl/bi%C5%BCuteria-patriotyczna-w-muzeum-wojska-polskiego.html>, data pobrania 18.03.2015.
39. Grzegorzewska, <http://www.miejsce-pamieci.pl/arttykul-39/bizuteria-z-prochow-bliskich.html>, data pobrania 18.03.2015.
40. Domańska E.: *Bizuteria ze zwłok*. Wprost, 2014,13,1113.

41. Krajewska-Kułąk E, Guzowski A, Łukaszuk C. i wsp. Burial and cemeteries – yesterday and today. [W:] Death education - the importance of medical care. Krajewska-Kułąk E., Guzowski A., Kułąk W., Rozwadowska E., Łukaszuk C., Lewko J. (red.). Medical University of Białystok, Faculty of Health Sciences, “Duchno” Piotr Duchnowski, Białystok 2013, 367-393.
42. <http://www.wprost.pl/ar/?O=57940>, data pobrania 18.03.2015.
43. <http://luxclub.pl/kat,1016263,wid,14074297,wiadomosc.html>, data pobrania 18.03.2015.
44. <http://platine.pl/diamenty-z-prochow-zmarlych-0-1255721.html>, data pobrania 18.03.2015.
45. <http://wiersze.kobieta.pl/wiersze/bizuteria-129327>, data pobrania 18.03.2015.
46. Ochorowicz J.: Wiedza tajemna w Egipcie. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1984.

TANATOEDUKACJA



**Gnus Jan^{1,2}, Małek Dorota², Winter Paweł², Kasperczak Michał², Ferenc Stanisław²,
Zając Bernard², Witkiewicz Wojciech²**

Tanatologia lekarska jako sztuka dobrego umierania

¹ Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra Fizjoterapii, Zakład Rehabilitacji w Dysfunkcjach Narządu Ruchu

² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy

W XIX wieku w kulturze europejskiej pojawił się nieznan wcześniej wzorzec śmierci. Jest on określany jako śmierć zdziczała i stanowi przeciwieństwo śmierci oswojonej, która przez wieki w różnych formach była obecna wśród chrześcijańskiej cywilizacji Zachodu [1]. W celu zrozumienia, co się za tymi pojęciami kryje oraz jakie znaczenie mają dla współczesnej medycyny należy przyjrzeć się niektórym kluczowym momentom z historii medycyny.

Medycyna starożytnej Grecji była w dużej mierze oparta na filozofii uwzględniającej pogląd o wszechogarniającej naturze – *physis* [2]. Lekarz uzyskiwał dostęp do wiedzy z obserwacji i wykorzystywał ją w praktyce. Stawiał diagnozę na podstawie badania fizykalnego, starał się określić czas trwania choroby i podpowiadał co dalej, leczył, ale nie mógł wyleczyć, ponieważ to natura ostatecznie decydowała o losie człowieka. Istota ludzka była częścią makrokosmosu, w którym wszystko stanowiło uporządkowaną całość, również starzenie się oraz śmierć. O kształtowaniu się etyki lekarskiej i stosunku wobec umierania stanowiła przysięga Hipokratesa, która zabraniała dokonywania aborcji, pomocy przy popełnianiu samobójstwa, odrzucała także operację jako metodę terapii [3]. Istotę śmierci oswojonej okresu antycznego i wczesnochrześcijańskiego oddaje postawa umrzemy wszyscy, jako obowiązujące wszystkich prawo przyrody, nieuchronne przeznaczenie [1].

We wczesnym średniowieczu medycyna bazuje przede wszystkim na teorii humoralnej Galena, który w II wieku n.e. opracował szczegółową i ściśle usystematyzowaną naukę o chorobach [4]. Średniowieczni scholastycy uważali wywody Galena za nieomyślne i przypisywali im biblijne znaczenie. Galen wyjaśnił wiele kwestii, np. odkrył, że w żyłach płynie krew, a nie powietrze oraz podzielił ją na żylną i tętniczą. Niestety, w swoich pracach opierał się na anatomii zwierzęcej, ponieważ sekcje zwłok przeprowadzał głównie na małpach i świniami. Jak się później okazało jego system naukowy przez dwa tysiąclecia stanowił podstawę działalności lekarskiej. Niewątpliwie przyczynił się do tego Kościół, który w XII wieku ogłosił zwłoki człowieka za nienaruszalne i na uniwersytetach europejskich

zrezygnowano z przeprowadzania sekcji na szczątkach ludzkich [2]. Anatomowie korzystali z przekładów arabskich i dzieł antycznych, w tym głównie teorii Galena. W 1215 roku Sobór laterański IV zabronił ostatecznie scholastycznym medykom zajmowania się chirurgią, którą od tej pory zaczęli przejmować głównie ludzie niewykształceni [5]. Religia w ówczesnym okresie średniowiecza znacznie zdominowała medycynę oraz inne aspekty związane z życiem i śmiercią. Panowało przekonanie, że wiedza i wiara, chociaż stanowią różne dziedziny poznania, uzupełniają się i razem są niezbędne do poszukiwania prawdy. Samo umieranie oznaczało uwolnienie duszy z powłoki cielesnej, nabrało bardziej indywidualnego charakteru. Pojawił się kolejny wzorzec śmierci oswojonej jako własnej.

Tragicznym momentem dla średniowiecznej Europy było pojawienie się w październiku 1347 roku epidemii dżumy. Do 1352 roku z powodu „czarnej śmierci” umarło około 25 milionów ludzi, co stanowiło jedną trzecią części jej mieszkańców [2]. Wskutek braku wiedzy i bezsilności wobec choroby, dawała ona o sobie znać jeszcze ponad 300 lat. Widok zwłok stał się bardzo powszechny i paradoksalnie mogło to doprowadzić do rozluźnienia poglądów na temat nietykalności ludzkiego ciała po śmierci. W późnym średniowieczu zaczyna dominować sceptycyzm i zmienia się mentalność człowieka. W XIV wieku powstały pierwsze traktaty moralistyczne *ars moriendi* o charakterze religijnym, zawierające praktyczne porady dla umierającego [6]. Lekarz orzekał o niepomyślnym rokowaniu, dodatkowo mógł obejrzyć pojemnik z moczem lub upuścić krew i na tym kończyła się jego rola. Najważniejszy był konający, który w gronie najbliższych miał ostatecznie przygotować się i utorować sobie lżejszą drogę na tamten świat.

W Odrodzeniu nastąpił istotny przełom w kierunku myślenia naukowego. Medycy zaczęli dostrzegać sprzeczności w pracach antycznych, wynikające z błędnych przekładów i interpretacji oraz zaczęli sięgać do oryginałów i własnych doświadczeń [2]. W praktyce lekarskiej nadal obowiązywały poglądy Galena, jednak zaczęły pojawiać się pierwsze fachowe ryciny anatomiczne i chirurgiczne. Zwrotem w medycynie było ukazanie się w 1543 roku książki Andreego Vesaliego, *De humani corporis fabrica* [2,7]. Dzieło zawierało dokładny opis ciała człowieka oraz ponad 200 poprawek dotyczących ludzkiej anatomii. Chociaż praca Vesaliego nie była wolna od błędów, roznieciła zażarty spór wśród uczonych epoki, ponieważ poddała w wątpliwość nieomyślność Galena i jednocześnie przyczyniła się do przełamania pewnego tabu. Wkrótce na uniwersytetach medycznych wprowadzono obowiązkowe sekcje zwłok. Pod koniec XVI wieku nie było już śladu po średniowiecznym poglądzie o nietykalności ciała po śmierci i w wielu europejskich miastach powstawały teatry anatomiczne [2]. Początkowo spełniały funkcję dydaktyczną, ale wkrótce sekcje zwłok nabrały publicznego charakteru.

Chodziło głównie o dostarczenie rozrywki widzom, a ich naukowe znaczenie zanikało. W obliczu takiej rzeczywistości ludzie zaczęli utożsamiać rozkładające się ciało nie tylko z procesem następującym po zgonie, również z samym umieraniem, czy starością. Myśl o tym towarzyszyła jednostce od chwili narodzin przez całe życie i stanowiła nowy wzorzec śmierci oswojonej, jako długiej i bliskiej [1].

Różne odkrycia z dziedzin nauk przyrodniczych w wiekach XVII i XVIII rodzą przed europejską społecznością lekarską więcej pytań niż odpowiedzi. Przełomowym wydarzeniem stało się opublikowanie w 1628 roku badań o krwioobiegu angielskiego lekarza Wiliama Harveya. Jego *Studium anatomiczne o ruchach serca i krwi istot żywych* [2,8] obaliło dotychczasową teorię, zgodnie z którą wątroba była odpowiedzialna za dostarczanie krwi do organizmu. Poglądy starożytnych zastąpiła fizjologia. Krytykowano wpływ religii na naukę, jednak nauki przyrodnicze i humanistyczne dalej szły w parze tak, jak życie i śmierć.

Pod koniec XVIII wieku narastała tendencja do oddzielania się medycyny od filozofii. Chociaż postęp od czasów średniowiecza był duży, ówczesna medycyna знаła swoje ograniczenia. W świadomości społeczeństwa śmierć wciąż była oswojona, a lekarz jedynie podtrzymywał stan zdrowia pacjenta, ale nie mógł zapewnić wiecznego trwania organizmu. Jak pokazuje historia medycyny miało się to zmienić w przeciągu krótkiego okresu czasu.

Szereg ważnych odkryć i osiągnięć następujących niedługo po sobie sprawił, że wiek XIX stał się dla medycyny przełomowy [2]. Wprowadzenie znieczulenia wziewnego w latach 40. umożliwiło przeprowadzanie bezbolesnych operacji, a przeprowadzona w 1847 roku przez Philippa Semmelweisa udana kampania na rzecz dezynfekcji rąk znacznie ograniczyła śmierć kobiet z powodu gorączki połogowej. W drugiej połowie wieku Louis Pasteur odkrywa drobnoustroje dowodząc tym samym, że zachorowanie ma ściśle określoną przyczynę i jest jej bezpośrednim skutkiem. Odkrycie Pasteura nadało medycynie nowy kierunek oraz popchnęło ją w stronę wyjaśniania i zwalczania chorób. Osiągnięcia z dziedziny antyseptyki i aseptyki ograniczyły w dużym stopniu zgony z powodu posocznicy. Jednak olbrzymia część przypadków śmiertelnych była wciąż spowodowana chorobami zakaźnymi. W 1874 roku wprowadzono obowiązek szczepień przeciwko ospie, cholercie, czerwoncem i tyfusowi, co obniżyło śmiertelność wśród niemowląt i dzieci. Poznanie w latach 30. i 40.-tych działania penicyliny i sulfonamidów w praktyce wykorzystano po II wojnie światowej. Pod koniec XX wieku odsetek zgonów z powodu chorób zakaźnych zmniejszył się do 5% [2].

W celu zrozumienia znaczenie wpływu tych gwałtownych przemian na mentalność człowieka i postrzegania życia i śmierci należy przyrzeć się ogólnemu postępowi. Władysław Szumkowski opracował pojęcie sprawności medycyny, które można rozumieć jako wszystko,

czego potencjalnie można dokonać w praktyce lekarskiej [4]. Jeśli maksymalną sprawność oznaczy się jako 100 jednostek, to można w odniesieniu do tego mniejszymi liczbami oznaczyć sprawność w poszczególnych okresach historii. Przez wieki z różnymi wahaniami nie przekroczyła ona 25 jednostek, natomiast od końca XVIII wzrosła do 60. W obliczu tak olbrzymiego postępu naturalne zjawiska, jak cierpienie, ból i śmierć przestały być rozpatrywane w kategoriach metafizycznych i egzystencjalnych. O przydatności człowieka stanowiła jego witalność, co zaowocowało pojawieniem się idei zdrowia społecznego jako normy. Na gruncie wyobrażeń socjologii Darwina i higieny rasowej w skrajnych przypadkach przybrała ona formę ludzkiej eugeniki [2].

Historia medycyny zawiera w sobie opowieść o walce człowieka z naturą i próbą zapanowania nad cierpieniem, bólem, chorobą i śmiercią. Postęp nauk biomedycznych sprawił, że średnia długość życia w ostatnim czasie znacznie wzrosła. Nasuwa się pytanie, czy musi być to związane z odbieraniem powyższym zjawiskom ich sensu i wartości? W ostatnim czasie mamy do czynienia z medykacją umierania. Śmierć została wchłonięta przez chorobę i utożsamiona z nią tak dalece, że przestaje w świadomości społecznej istnieć jako osobny byt oraz funkcjonuje jako śmierć dziedziczała. Pozbawienie wartości zjawisk związanych z umieraniem sprawiło, że lekarz stał się fachowcem, którego zadaniem jest leczenie choroby, a nie chorego [9]. Dlatego każda śmierć stanowi widoczny znak niepowodzenia specjalistów w walce z chorobami. Odnosząca coraz większe sukcesy medycyna produkuje chorowite i kosztowne społeczeństwo ludzi starszych, a konieczność sprawiedliwej opieki nad wszystkimi styka się z zagadnieniem braku pieniędzy. Problemy natury finansowej oraz fakt, że medycyna w pewnych sytuacjach pozostaje bezradna są oceniane przez pacjenta jako zaniedbania i prowadzą do postawy roszczeniowej wobec lekarza. Takie podejście budzi strach w tym ostatnim i powoduje, że unika on podejmowania trudnych decyzji oraz wykonuje schematycznie swoje obowiązki, traktując pacjenta jako kolejny przypadek. Widać więc, że mentalność związana ze zjawiskiem dziczenia śmierci wpływa bezpośrednio na relację lekarz-pacjent. Powstające w ostatnim czasie publikacje tanatologiczne pokazują, że istnieje ogromna potrzeba oswojenia jej na nowo. Cel ten jest wyjątkowo ważny dla sztuki lekarskiej, ponieważ medyk stanowi pewien autorytet i towarzyszy człowiekowi w jego ostatniej podróży.

Obecnie nie ma już wątpliwości, że pacjent ma prawo do wiedzy o niepomyślnym rokowaniu i stanowi o tym artykuł 17 polskiego Kodeksu etyki lekarskiej [10]: *„W razie niepomyślnej dla chorego prognozy, lekarz powinien poinformować o niej chorego z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo*

poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji”.

W praktyce jednak nakłada na lekarza bardzo trudny obowiązek i często wygodne staje się kłamstwo motywowane dobrem pacjenta i ochroną jego psychiki. Niestety, jak pokazują badania umierający prawie zawsze przeczuwa swój stan i czuje się oszukiwany, co rodzi tylko nieufność. Poza tym nie można odebrać pacjentowi prawa do przygotowania się, wykształcenia mechanizmów obronnych, a tym samym oswojenia śmierci. Obserwacje socjologów i psychologów pokazują, że gdy zabraknie szczerzej rozmowy informującej o rokowaniu, pacjent przeżywa depresję, lęk i rozpacz. Zatajenie prawdy nawet w dobrej wierze bywa po prostu nieskuteczne. Z drugiej strony lekarz nie powinien ograniczyć się tylko do przekazania faktu, ale winien wykazać się taktem i wyczuciem oraz gotowością wysłuchania. Umiejętność przekazywania takich informacji i zapewnienie jednocześnie o dalszej trosce jest bardzo trudnym zadaniem. Niestety, często lekarze nie są do tego przygotowani intelektualnie. A ponadto w kulturze dziczenia śmierci nie są też gotowi psychicznie [11]. W tym celu powinien być realizowany program opieki paliatywnej oraz zorganizowana pomoc psychologiczna. Lekarz jeszcze na wczesnym etapie kształcenia powinien mieć do czynienia z terminalnie chorymi, aby najpierw samodzielnie uporać się z lękiem przed śmiercią. Przebywanie z umierającym i cierpiącym człowiekiem jest czymś bardzo trudnym, gdyż wymaga pewnego rodzaju intymności, a proces wykluczenia śmierci pozostawił przekonanie, że cierpienia należy unikać. A przecież zjawisko to jest rzeczą nieuniknioną i bardzo ludzką, a uczestniczenie w procesie umierania może być dla młodego lekarza nauką. Wielokrotnie przytaczana w publikacjach tanatologicznych książka Elizabeth Kubler-Ross *Rozmowy o śmierci i umieraniu* zawiera objaśnienie pięciu faz, przez które przechodzi umierający pacjent [12]. Leczący również powinien mieć możliwość przebrnięcia przez etapy osvajania śmierci na swój sposób.

Kolejnym zadaniem lekarza jest zapewnienie umierającemu odpowiedniej jakości życia. Należy zadbać o to, aby ograniczyć jego cierpienie i zminimalizować ból fizyczny. Stwierdza o tym artykuł 30 [10]: *Lekarz powinien dolożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia”.*

W praktyce oznacza to między innymi, że należy stosować środki znieczulające. Tutaj lekarz powinien poinformować pacjenta o skutkach ich działania i ustalić odpowiednią dawkę, która w najwyższym stopniu ograniczy ból. Jednocześnie nie można pozbawiać świadomości człowieka, który nie wyraził na to zgody [11].

Przywrócenie godnej śmierci łączy się także z krytyką przedłużania życia za wszelką cenę. Ostateczna decyzja o zaniechaniu działań należy do lekarza i powinna być oparta o ocenę jakości przeżycia. Stanowi o tym artykuł 32 [10]:

1. „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.
2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych”.

Nakłada to dodatkową odpowiedzialność na barki lekarza, który wielokrotnie jest poddawany presji ze strony rodziny, pragnącej zachowania osoby bliskiej jak najdłużej przy życiu. Czasami lepszym rozwiązaniem jest wręcz zrezygnowanie z działań i procedur, które w obliczu terminalnej choroby przysparzają umierającemu dodatkowych cierpień [11]. Często korzystniejszym działaniem może być wypisanie pacjenta do domu, gdzie może spędzić swoje ostatnie chwile godnie i bezpiecznie w gronie najbliższych mu osób.

Olbrzymi postęp nauk biomedycznych, jaki dokonał się w ostatnim czasie przyniósł ludzkości wiele zmian. Jednak największe przekształcenia dotyczą sposobu myślenia. Dzieje medycyny stanowią jednocześnie historię ludzkiej mentalności i zmian, jakie dokonały się na tej płaszczyźnie. Dla samej sztuki lekarskiej stanowi to duży przywilej, ale i odpowiedzialność. Należy też pamiętać, że zjawiska związane z cierpieniem, chorobą i śmiercią pozostają niezmiennie. Lekarz znajduje się pomiędzy postępem i nieodmiennością, łącząc życie i śmierć. Zazwyczaj potrafi radzić sobie z bólem fizycznym, jednak często zapomina o głębokim bólu duchowym, którego doświadcza każdy człowiek bez względu na wykształcenie czy światopogląd. Do tego potrzeba odpowiedniego przygotowania oraz empatii. Właśnie tym zajmuje się medycyna paliatywna, której zadaniem jest stworzenie godnych warunków w ostatnich chwilach życia. Dlatego wdrożenie edukacji paliatywnej, która niestety nie jest realizowana we wszystkich uczelniach medycznych w Polsce, jest niezbędne [13]. Dodatkowo stoimy przed wieloma, nowymi problemami natury etycznej, związanymi na przykład z aborcją, eutanazją czy potrzebami transplantologii, które wymagają ponownego zdefiniowania śmierci. Aby zrobić to we właściwy sposób powinno się oswoić ją na nowo oraz przywrócić sens. Puentę tej harmonii doskonale oddaje cytat Małgorzaty Musierowicz: „*Śmierć nadaje piękno życiu. Tylko sztuczne kwiaty nie umierają*” [14].

Piśmiennictwo

1. Aries Ph.: Człowiek i śmierć. PIW, Warszawa 1989.

2. Heinz S.: Kronika Medycyny. Horyzont Grupa Wydawnicza Bertelsmann Media, Warszawa 2002.
3. Gula J.: Przysięga Hipokratesa: nota od tłumacza i tekst [w:] W imieniu dziecka poczętego, Gałkowski J., Gula J. (red.). Redakcja Wydawnictw KUL, Rzym–Lublin 1991, 193-197.
4. Szumowski W.: Historia medycyny filozoficznie ujęta. Wyd. ANTYK - Marek Derewiecki, 2005.
5. Foreville R.: Lateran I, II, III et Lateran IV. Paryż, 1965, 225-317, 342-386.
6. Włodarski M.: W średniowiecznym kręgu śmierci – geneza „ars moriendi” [w:] Ars Moriendi w Literaturze Polskiej XV i VI w. Społeczny Instytut Wydawniczy ZNAK, Kraków 1987, 7-66.
7. Vesalius Andreas.: De humani corporis fabrica libri septem, 1543.
8. William Harvey: Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus, 1628.
9. Szewczyk K.: Lęk, nicość i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu. [w:] Umierać bez lęku, Wstęp do bioetyki kulturowej, Gałuszko M. i Szewczyk K (red.). Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1996, 14-53.
10. Kodeks etyki lekarskiej, Naczelna Izba Lekarska, <http://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>, data pobrania 10.09.2014 r.
11. Alichniewicz A.: Tanatologia filozoficzna jako podstawa tanatologii lekarskiej. „Twoja śmierć” i „bycie-ku-śmierci” a sztuka dobrego umierania [w:] Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej, Gałuszko M., Szewczyk K. (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996, 126-158.
12. Kubler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, Poznań 1998.
13. Wywiad z prof. Jackiem Łuczakiem, Sztuka dobrego umierania, http://laboratorium.wiez.pl/teksty.php?sztuka_dobrego_umierania. data pobrania 20.08.2014 r.
14. Musierowicz M.: Nutria i Nerwus. Akapit-Press, Łódź 2007, 129.

Tworkowska Anna

Pietyzm wobec zwłok, jako norma społeczna

Wydział Prawa, Uniwersytet w Białymstoku

Śmierć stanowi najbardziej uniwersalne zjawisko życia ludzkiego. Paradoksalnie najlepiej scharakteryzowanym zagadnieniem dotyczącym śmierci są jej aspekty biologiczne – każda śmierć ma swoją medyczną przyczynę. Ostatnie lata pokazują, że tematy związane ze zmianą kategoryalną, do jakiej dochodzi w chwili śmierci, stają się tematem badań naukowych zarówno w dziedzinie biologii, jak i nauk społecznych, czy behawioralnych. Niniejsze opracowanie – przede wszystkim z uwagi na ograniczone ramy – skupiać się będzie głównie nie na biologicznych aspektach czasu określanego jako *post mortem* – a na podejściu do człowieka, już w chwilę po jego śmierci, a dokładniej do tego, co po nim pozostaje.

Wiele problemów natury etycznej wiąże się ze sposobem traktowania zmarłych. Z jednej strony odzwierciedlają one mieszane uczucia społeczeństwa, z drugiej stanowią wyraz braku jednoznacznej koncepcji śmierci. Działania podejmowane na zwłokach – zarówno współcześnie, jak i na przestrzeni wieków – pozwalają na sformułowanie twierdzenia, że stosunek do ciała w dużym stopniu uzależniony jest od statusu społecznego zmarłej osoby, społeczna charakterystyka osób stykających się ze zwłokami ma tu zaś zdecydowanie mniejsze znaczenie. Nigdy nie był to jednak stosunek obojętny, zaś im bliższa była relacja ze zmarłym, tym działania zmierzające do „uwiecznienia” jego obecności były intensywniejsze. Co ważne, zwłoki w żadnym momencie historii nie były traktowane jak zwykła rzecz, którą można utylizować zgodnie z racjonalnymi zasadami.

Podejście do zwłok traktować można jako pewien „wyznacznik” cywilizacji i człowieczeństwa. Niepokojącym jest więc fakt, że „*brak zainteresowania zmarłymi i opieki nad nimi ujawnia wyraźny kryzys kultury i człowieczeństwa. Brak dbałości o zmarłych staje się przecież brakiem dbałości o żywych; w konsekwencji może zaś prowadzić do zrywania więzi międzyludzkich (...). Są to niepokojące procesy, świadczące wymownie o degradacji ludzkości*” [1]. Moralne wymagania wobec zmarłych pozwalają na stwierdzenie, że odmowa zmarłym szacunku i instrumentalizacja ich ciała stanowi niebezpieczeństwo zarówno dla umierających, jak i innych członków społeczeństwa. Pamiętać bowiem należy, że to dzięki zmarłym i ich zwłokom odwoływać możemy się do naszych przodków i na tej podstawie budować więzi społeczne. Z wizerunkiem ciała – czy żywego człowieka, czy zmarłego – wiąże się bowiem

pewien potencjał relacyjny – na jego podstawie możliwe jest budowanie więzi społecznych. Znając wartość relacji, jaka zachodzi między żywym a ciałem zmarłego, temat ten był jednak przez wieki tematem marginalizowanym. Dochodzi więc do niebezpiecznego zjawiska tabuizacji śmierci, do nieadekwatnego podejścia do zmarłych i zwłok jako ich materialnego substratu, pomijania ich w dyskursie naukowym. Niepokojący jest również fakt, że jednocześnie z ową tabuizacją funkcjonują m.in. w cieszące się ogromną popularnością wystawy ludzkich ciał prezentujące spreparowane zwłoki, kult relikwii, czy eksponowanie mumii naturalnych. Pozwala to na konfrontację z pozbawionymi tożsamości zmarłymi, co wyklucza empiryczne spotkanie z emocjonalną reakcją na martwe ciało bliskiego, czy osobiście znanego. W konsekwencji zaś doprowadzić może do zjawiska de-tabuizacji – odmowy nadania zwłokom statusu ludzkich, szacunku i ochrony, traktowania ich jako rzecz.

Obowiązujący system prawa nie zawiera regulacji pozwalających na uniknięcie powyższych niejasności – normy regulujące działania na zwłokach wciąż oczekują bowiem reformy. Ustawodawca zdaje się pomijać fakt, iż wiele kwestii dotyczących czynności podejmowanych na zwłokach pozostaje w ścisłym związku z tematami transplantologii, czy embriologii. Taki stan rzeczy obliguje więc badacza do zmierzenia się z problemem współczesnego podejścia do ludzkich zwłok – jednym z podstawowych obowiązków wynikających z pietyzmu w stosunku do zwłok jest ich pogrzebanie. Na przestrzeni lat, jak i obecnie dochodzi zaś do sytuacji, kiedy zwłoki zamiast zostać pochowane, wystawiane są w całości lub jako fragmenty na widok publiczny w postaci mumii, relikwii czy spreparowanych organów i zwłok.

Kult relikwii

Przez kult relikwii rozumieć należy działanie polegające na bogobojnym przechowywaniu i czczeniu kości i fragmentów zwłok męczenników, błogosławionych i przede wszystkim świętych. Obowiązujący zakaz komercjalizacji ciała ludzkiego i wyłączenie zwłok z obrotu prawnego nie są wystarczającym zabezpieczeniem przed traktowaniem części ciała świętych jako obiektu komercji. Zaobserwować można tu pewną niespójność systemu prawa, który pozwala na nabywanie przez osoby prywatne relikwii zawierających fragmenty ciała ludzkiego. Praktyka pokazuje bowiem, że w drodze handlu, ale i poprzez kradzież relikwie nabywają zarówno kościoły, jak i koneserzy dzieł sztuki, czy zamożni [2]. Internetowe portale – Allegro, eBay, jak i profesjonalne domy aukcyjne – m.in. Christie’a niejednokrotnie przeprowadzały aukcje, których przedmiotem były relikwie – szczątki ludzkie. Oficjalnie jednak fragmenty ciała osób uznanych za święte lub błogosławione sprzedawane były jako relikwiarze – handel nimi jest bowiem legalny. Amerykański eBay pozwala na zakup – choć

handel częściami ciała lub kośćmi w tym serwisie jest zabroniony – relikwii każdego stopnia, również tych wytwarzanych ze zwłok. I tak np. około 4,5 tys. złotych kosztuje np. mała mosiężna relikwiarz z XVII wieku – ułożone w kształt płatków koniczyny relikwie czterech postaci: Jezusa, rodziców Maryi Panny – św. Anny i św. Joachima – oraz św. Elżbiety. Relikwia pierwszego to wprawdzie fragment kolumny, przy której był biczowany, jednak relikwie pozostałych świętych to kawałki skóry. W amerykańskim wydaniu magazynu „Forbes” z 2008 roku Monte Burke tak zaś opisuje swoją wizytę w chyba najbardziej znanym sklepie z relikwiami w Upper East Side na Manhattanie: „Broomer sprzedaje czaszki męczenników po czternaście tysięcy złotych każda. Zęby świętych za około tysiąc i drzazgi ze Świętego Krzyża w cenie trzy tysiące złotych jedna [3]. Relikwia zawierająca palec świętego Stefana, zamknięty w złotym relikwiarzu, ozdobionym szmaragdami, rubinami i diamentami została sprzedana przez hiszpański antykwariat anonimowemu kolekcjonerowi za kwotę 14 milionów euro. Działaniom takim nie można nie przyznać czysto komercyjnego charakteru, właściwym jest zaś nadanie im pejoratywnej oceny etycznej.

Niepokojącym jest, że system prawa nie zawiera żadnych regulacji odnoszących się do kultu relikwii, zakazuje wprawdzie handlu zwłokami, niemniej jednak fragment zwłok świętego odpowiednio przygotowany i oprawiony w relikwiarzu stanowić może przedmiot wielomilionowej transakcji, a więc działalności czysto komercyjnej. Z drugiej jednak strony uznać można, że działania mające za przedmiot ciała zmarłych błogosławionych czy świętych wynikają z szacunku, którym są oni darzeni, podejmowane są przy zachowaniu norm petyzmu – nie ma więc zasadniczych przeciwwskazań moralnych i prawnych dotyczących tworzenia i przechowywania relikwii. Jedynie zaś działania o charakterze czysto komercyjnym, polegające na traktowaniu relikwii jako przedmiotu obrotu, powinny być oceniane negatywnie i prawnie zakazane. Bez względu na powszechną etyczną akceptację dla praktyki kultu relikwii pierwszego stopnia (zawierających fragmenty ciała świętych i błogosławionych) niewyjaśnione pozostają braki w ustawodawstwie dotyczącym tego zagadnienia – prawo powinno bowiem wychodzić naprzeciw pojawiającym się stanom faktycznym, chroniąc w ten sposób interesy zarówno poszczególnych jednostek, jak i dobro ogólne.

Mumie naturalne

Normą jest, że ludzkie zwłoki ulegają rozkładowi. Znane są jednak sensacyjne przypadki, kiedy proces ten nie następuje – nie jest to wynik działań ludzkich polegających na profesjonalnej mumifikacji. Z żywymi reakcjami wiążą się sytuacje, kiedy mimo upływu czasu martwe ludzkie ciało nie ulega rozkładowi. Reakcje te wynikają m.in. z faktu, że rozkład zwłok jako potwierdzający nieodwracalność śmierci istotny jest z punktu widzenia odbywania żałoby

– wierzenia ludowe brak rozkładu interpretowały jako wyraz błogosławieństwa lub przekleństwa. Każdym zwłokom należy jest jednak odpowiedni szacunek. Niepokojącym z punktu widzenia etyki wydaje się więc fakt, że współcześnie odnaleźć można jeszcze katakumby, kaplice i krypty, w których wystawione są na widok publiczny dobrze zachowane zwłoki zmarłych przed wiekami. Tego typu nierozłożone przez długi czas martwe ciała nazywane jest technicznie „mumią naturalną” [4]. Postępowanie z takimi martwymi ciałami, polegające na wystawianiu ich na widok publiczny, wiązać się może z niemałymi wątpliwościami etycznymi. Powstaje pytanie, czy istnieje etyczna legitymizacja niedochowania wynikającego z pietyzmu obowiązku pochowania zwłok.

Fenomen naturalnych mumii powoduje, że do dziś wystawiane są one na widok publiczny i cieszą się dużym zainteresowaniem. Organizatorzy takich wystaw posuwają się nawet do inscenizowania na zwłokach scen ich uśmiercania. Procedury takie trudno klasyfikować jako nienaruszające tzw. „spokoju zmarłych”. Nie jest bowiem usprawiedliwieniem dla takich działań fakt, że zwłoki do nich użyte pochodzą sprzed wielu lat. W tym wypadku degradowanie ludzkich zwłok do roli obiektu muzealnego budzić powinno zasadnicze wątpliwości natury etycznej, a przez to również prawnej – dotychczas nie ukształtowały się bowiem żadne uniwersalne reguły nimi rządzące. Dopiero rodzące się stany faktyczne pociągają za sobą tworzenie *ad hoc* norm postępowania. I tak za przykład służyć może historia „lodowego człowieka” z Hauslabjoch w Alpach – Hans Rotter (moralista austriackiego pochodzenia) przedstawił normę etyczną dotyczącą mumii naturalnej: „nie chodzi tu o jakieś znalezisko rzeczowe, lecz o szczątki człowieka, który zginął tragicznie w wysokich górach, z uwagi na co zwłokom takim przysługuje prawo pietyzmu”. Wiek martwego ciała nie może pociągać za sobą dowolności w jego traktowaniu, każdym zwłokom należy jest szacunek [5].

Bezprawna fizyczna ingerencja w integralność zwłok (w tym przypadku naturalnie zmumifikowanych), ich znieważenie lub zbezczeszczenie zawsze powinny podlegać odpowiedzialności karnej [6]. Fakt, że osoby, które uznać można byłoby za osoby bliskie zmarłemu nie żyją nie jest wystarczającym argumentem dla pominięcia zastosowania norm regulujących kult pamięci o zmarłym. Pietyzm wobec zwłok jest nie tylko instrumentem służącym ochronie uczuć bliskich zmarłego, ale również wyrazem szacunku dla ciał ludzkich jako takich, a więc i mumii naturalnych, jest bowiem fundamentalną postawą humanistyczną [8]. Fakt, że wystawy mumii niejednokrotnie mają na celu nie tylko naukowe poznanie, ale zaspokojenie ciekawości oraz rozpowszechnienie sensacji, należy zastanowić się, czy nie są to działania niegodne i pozbawione pietyzmu. Właściwym wydaje się dopuszczenie do

organizacji tylko takich wystaw i ekspozycji mumii, które służyć będą jedynie nauce. Już w art. 1 ustawa o muzeach wskazuje, że celem działalności prowadzonej przez muzea jest gromadzenie i trwała ochrona dóbr naturalnego i kulturalnego dziedzictwa ludzkości o charakterze materialnym i niematerialnym, informowanie o wartościach i treściach gromadzonych zbiorów, upowszechnianie podstawowych wartości historii, nauki i kultury polskiej oraz światowej, kształtowanie wrażliwości poznawczej i estetycznej oraz umożliwianie korzystania ze zgromadzonych zbiorów. Pozostałe przedsięwzięcia, jako mające charakter komercyjny i rozrywkowy uderzają bezpośrednio w powszechne poczucie pietyzmu, naruszając tym samym spokój zmarłych. Na organizatorów tego typu przedsięwzięć zawsze nałożony będzie obowiązek odpowiedzialnego, godnego obchodzenia się z ludzkimi szczątkami. Ich rola nigdy nie może być zredukowana jedynie do roli przedmiotu muzealnego.

Biorąc pod uwagę uniwersalny charakter normy stworzonej m.in. przez Hansa Rottera, zachowania polegające na wystawianiu mumii w muzeach, umieszczaniu ich zdjęć na plakatach czy koszulkach budzą uzasadnione wątpliwości, tak natury prawnej, jak i etycznej [9]. W każdym przypadku sposób obchodzenia się z mumią i jej utrwalonymi obrazami również powinien cechować się wszechobecnym szacunkiem wobec zmarłego. W świetle norm pietyzmu działania ukierunkowane na naturalnie zmumifikowane zwłoki, jeżeli w sposób wyraźny nie służą nauce, oceniane powinny być negatywnie. Nie istnieją jednak normy prawne zakazujące wystaw i ekspozycji, których przedmiotem są mumie naturalne. W żadnym bądź razie nie można usprawiedliwiać działań godzących w szacunek przynależny każdemu zmarłemu pochodzeniem zakonserwowanych zwłok sprzed kilku wieków lub ich zupełną anonimowością.

Wystawy ludzkich zwłok

Współcześnie coraz częstszym zjawiskiem stają się wystawy, których przedmiotem są pokazywane na widok publiczny zwłoki ludzkie. Do najpopularniejszych, znanych na całym świecie należą wystawy przygotowane przez Gunthera von Hagens pt. *Body Worlds, Our Body: The Universe Within*. Na przestrzeni ostatnich 15 lat możemy mówić nawet o kilkumilionowym zainteresowaniu tego typu wydarzeniami. W takim przypadku zastanowić się należy, gdzie szukać legitymizacji prawnej i etycznej takich inicjatyw.

Przygotowanie ekspozycji z ludzkich zwłok możliwe jest dzięki rozwiniętej sztuce plastynacji zwłok, polegającej na napełnianiu naczyń martwego ciała odpowiednim środkiem iniekcyjnym i preparacji organów. To dzięki zabiegom, takim jak umieszczenie w formalinie, usunięcie wody z tkanki organicznej oraz zastąpienie jej zimnym i gorącym acetonem możliwe jest zatrzymanie procesu rozkładu zwłok i zakonserwowanie ich na wiele lat [10]. Na

zagadnienie to spojrzeć należy w szeroki sposób – uwzględniając perspektywę ogólną, nie rozstrzygając zaś jedynie o indywidualnych sytuacjach. Właściwe wydaje się przy tym stwierdzenie, że wystawy ludzkich zwłok stanowią obraz tego, jak zmieniło się społeczeństwo i w jakim kierunku podąża. Powstaje pytanie, czy konsekwencją takich inicjatyw nie jest ograbienie zwłok z przynależnego im szacunku i pietyzmu?

Podstaw legalizacji wystaw ludzkich zwłok upatruje się niejednokrotnie w ich wartościach edukacyjnych. Pod pretekstem działań dydaktycznych tworzone są szokujące ekspozycje o niepewnych etycznie i prawnie podstawach. Głównym celem tego typu wystaw nie jest jednak edukacja, a szokowanie, rozrywka i działania komercyjne [11]. Cel edukacyjny osiągnięty może być bowiem za pomocą sztucznie przygotowanych fantomów i manekinów. Nauka i technika są w stanie zaoferować wszystkie niezbędne możliwości badawcze bez konieczności ingerowania w ludzkie ciało. Zwłoki w tym przypadku stanowią jednak przedmiot sensacji, a nie – jak deklarują jej twórcy – źródło wiedzy. Wydaje się, że cele edukacyjne zostały zdominowane przez ekspozycję jako taką, mającą coraz mniej wspólnego z anatomią w medycznym tego słowa znaczeniu. Wystawy mają więc zamiast edukacyjnego – rozrywkowy charakter.

W momencie, kiedy traktujemy wystawy ludzkich ciał jako widowisko, a nie wydarzenie o czysto edukacyjnym charakterze, stają się one etycznie wątpliwe, moralnie naganne i pozbawiają zmarłego szacunku. Uzasadnione zastrzeżenia wiążące się z wystawami ludzkich zwłok dotyczą m.in. sposobu ich ekspozycji. Pozbycie się bariery w postaci szyby czy choćby metalowych barierek prowadzi do zachowań pozbawionych szacunku dla zmarłych. Wystawy powinny być zorganizowane w sposób, który budzi i podtrzymuje szacunek dla zmarłych, skłaniając odwiedzających do refleksji nad przemijaniem. Pozbycie się optycznego dystansu pozwala odwiedzającym ekspozycje ludzkich zwłok na wkroczenie do strefy zarezerwowanej dla anatomów i patologów. Tego typu negatywnie wartościowane zachowania przekraczają bowiem społeczno-etyczne granice integralności człowieka, która należy mu się także po śmierci. Negatywny wydźwięk ma również forma prezentacji spreparowanych zwłok. Otóż, wartości dydaktycznej nie sposób jest przypisać np. ekspozycjom prezentującym zwłoki pokrojone w plastry, które poprzesuwno w górę tak, by utworzyły efekt totemu czy ciała, które „ekspłodowało”, a jego kawałki odpowiednio umocowano w przestrzeni. Taki sposób ekspozycji daleki jest od szacunku należnego zwłokom.

Powyższe zastrzeżenia powstały z uwagi na fakt, że niemożliwym do zaakceptowania jest zdanie najpopularniejszego plastynatora Gustava von Hagensa, który uważa, że w ramach procesu plastynacji dochodzi do przemiany pierwotnego martwego ciała ludzkiego

posiadającego tożsamość w anonimowe dobro materialne. Zatrzymanie procesu rozkładu jest przy tym momentem decydującym, od którego dezaktualizuje się obowiązek pogrzebu, a plastynat (zwłoki) staje się rzeczą dowolnie dysponowaną. Nie wolno zgodzić się z poglądem, w myśl którego przedstawiane martwe ciała są jedynie częściowo obecne w prezentowanych eksponatach i dlatego do czynienia mamy jedynie ze sztucznym produktem. W plastynatach obecnych jest na tyle dużo ludzkiej tkanki, aby traktować je jako preparaty, a zainteresowanie, jakim cieszą się wystawy wynika głównie z faktu, że prezentowane zwłoki są oryginalne. Argument twierdzący, że spreparowane zwłoki stanowią jedynie model nie jest wystarczający do zalegalizowania dowolnego traktowania eksponatów.

Użycie zwłok jako eksponatów muzealnych, czy przedmiotów wystawowych jest wręcz uprzedmiotowieniem człowieka [12]. Złamana została w tym momencie przede wszystkim zasada wyrażona w art. 30 Konstytucji – przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka, i obywatela. Dodatkowo forma wspomnianych wystaw doprowadza do sytuacji, kiedy złamaniu ulegają pewne normy etyczne i naruszone zostaje tabu, które nakazuje poszanowanie ludzkich szczątków.

Sam proces plastynacji nie wydaje się przy tym etycznie i moralnie wątpliwy. Jednakże sposób prezentacji, ciekawość oglądających, wyraźnie komercyjne nastawienie twórców budzą już uzasadnione wątpliwości. Eksponaty powinny budzić szacunek, jednakże forma ich prezentacji niekoniecznie prowadzi do pietyzmu. Dodatkowo, pozbawienie eksponowanych zwłok imienia i nazwiska, czyli indywidualności i tożsamości doprowadza w konsekwencji do uprzedmiotowienia preparowanych ciał, czyniąc z nich jedynie egzemplarze wystawowe, którym nie należy się pietyzm.

Z wystawami spreparowanych ludzkich zwłok wiąże się bogata gama problemów etycznych oraz wątpliwości i kwestii nie dających się jednoznacznie wyjaśnić. Instrumentalizacja i urzeczowienie zwłok godzi w szacunek dla materialnych pozostałości po osobie, nie spełniając tym samym wymogów pietyzmu. Personalistyczna wrażliwość nakazuje nie tylko wartościowanie różnych działań na ludzkich zwłokach, ale i czujność w momencie, kiedy pojawiają się nowe zjawiska dotyczące zwłok ludzkich. Nie wolno przy tym zapomnieć o konsekwentnych działaniach edukacyjnych społeczeństwa, którego „jakość poznaje się po stosunku do swoich zmarłych i ich martwych ciał” [13]. Wszelkie wątpliwości związane z wystawami prezentującymi spreparowane zwłoki pozwalają na sformułowanie kategorycznego stwierdzenia, że wykorzystywanie zwłok ludzkich do nie naukowych, a komercyjnych celów jest daleko nieetyczne i godzi w przyrodzoną i niezbywalną godność człowieka.

Konkluzja

Powyższa analiza pozwala na sformułowania ogólnego wniosku o istnieniu obowiązku uszanowania godności osoby zmarłej przy podejmowaniu jakichkolwiek działań. Trafnym podsumowaniem mogą być słowa Immanuela Kanta: „Człowieczeństwo samo w sobie jest godnością; w istocie, człowiek nigdy nie może być wykorzystany jako rzecz przez żadnego człowieka, lecz zawsze tylko jako cel i właśnie w tym dokładnie zawiera się godność (...)” [14]. W większości przypadków to brak odpowiednich przepisów prawa wyraźnie zakazujących wykorzystywania zwłok ludzkich do określonych celów (np. komercyjnych) i sankcjonujących naruszenie tych zakazów stanowi przesłankę braku bezprawności działań skierowanych wobec zwłok. Wyzwaniem dla ustawodawcy będzie więc takie ukształtowanie przepisów, które uregulują sposób podejmowania działań na zwłokach tak, aby w pełni zagwarantować godność zmarłego i tego, co po nim pozostaje.

Piśmiennictwo

1. Furmaniak M.: Ciało żywe, ciało martwe, proch. Nowoczesna kremacja w świetle ontologii martwego ciała. *Czas Kultury*, 2005, 3/4, 38.
2. Sora S.: *Skarby z niebios*. Wyd. Amber, Warszawa 2005, 99-101.
3. <http://religia.onet.pl/publicystyka,6/wszystko-o-naszyc-relikwiach,51028,page1.html>, data pobrania 18.03.2015.
4. Taranowski W.: *Mumie*. Wyd. Atlas, Wrocław 1991.
5. Höpfel F., Platzer W., Spindler K.: *Der Mann im Eis [in:] Bericht über das Internationale Symposium in Innsbruck 1992, Innsbruck 1992*.
6. Marek A.: *Kodeks karny. Komentarz*. Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2007.
7. Mazurkiewicz J.: *Non omnis moriar: ochrona dóbr osobistych zmarłego w prawie polskim*. Prace naukowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2012, 68-69.
8. Wójcik B.: Czy pobieranie narządów do przeszczepienia wiąże się z niebezpieczeństwem przyspieszenia śmierci dawcy? – z perspektywy bioetyki. *Med. Prakt.*, 2011, 3, 122-127.
9. Kęcik K.: *Pornografie, czyli 70 mumii*. *Tyg. Przegląd.*, 2007, 42.
10. Migdał I., Maksymowicz K., Kawecki J.: *Tanatopraksja – praktyki postępowania ze zmarłymi, ze szczególnym uwzględnieniem metod rekonstrukcji wizerunku zwłok [w:] Problemy współczesnej tanatologii, Kolbuszewski J. (red.). Wyd. Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, Wrocław 2003, tom 7, 233*.
11. http://warszawa.gazeta.pl/warszawa/1,34889,6304194,Wystawa_zwlok_przyciagnela_tlumy_do_Blue_City.html, data pobrania 15.03.2015.

12. Dziegiel A.M.: Zamach na godność ludzką, <http://www.iurista.net>, data pobrania 15.03.2015.
13. Morciniec P.: Bioetyka personalistyczna wobec zwłok ludzkich. Wyd. Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2009.
14. Kant I.: Uzasadnienie metafizyki moralności, podano za: Varaut J. M.: *Możliwe, lecz zakazane. O powinnościach prawa*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1996, 131-132.

Dobińska Żaneta, Lisiak Henryk

Śmierć oczami mistyka na przykładzie „Nocy ciemnej” św. Jana od Krzyża

Katedra Nauk Społecznych UM, Poznań

Cel pracy

Niniejszy artykuł stanowi próbę wstępnej autorskiej analizy XVI-wiecznego poematu *Noc ciemna* św. Jana od Krzyża. Rozważania dotyczą przede wszystkim problematyki śmierci jako procesu i swego rodzaju *drogi*, w związku z czym autorzy uznali za wskazane zwrócenie się zarówno do chrześcijańskiej mistyki i ontologii, jak i fenomenologii Edmunda Husserla, którą to Janowy mistycyzm niejako wyprzedził. Autorka, pracując na oddziale onkologicznym jednego z poznańskich szpitali klinicznych, na co dzień styka się z sytuacją cierpienia, przemijania, odejścia, dlatego też w artykule starano się wykazać wyraźny terapeutyczny charakter badanego utworu. Jednocześnie Autorzy zdają sobie sprawę, że przedstawiony zarys może być jedynie początkiem refleksji nad umieraniem jako procesem przejścia od *nocy ciemnej* ku jasności. Zagadnienie z pewnością wymaga dalszych badań i dyskusji.

Wstęp

Noc ciemna – to XVI-wieczny poemat o charakterze mistycznym autorstwa hiszpańskiego zakonnika-karmelity i doktora Kościoła katolickiego Juana de Yepesa, znanego jako św. Jan od Krzyża. Jego przemyślenia stały się w znacznej mierze podstawą dla późniejszych mistyczno-filozoficznych rozważań Kościoła na temat cierpienia i przemijania [1].

Przemijalność człowieka z perspektywy ontologii chrześcijańskiej nie kończy się jego unicestwieniem, ponieważ według niej człowiek jest substancją, złożoną z formy i materii (co jest zgodne również z filozofią Arystotelesa). Forma stanowi bezpośrednią dla materii przyczynę, do której materia zmierza, której w swym rozwoju pożąda i której pragnie. W przyczynie materia staje się pełnią, aby ostatecznie wypełnić się w pierwszej dla siebie przyczynie. Bez przyczyny materia jest tylko chaosem. Człowiek zatem jest złożonością materii i ducha. To duch nadaje materii nie tylko kształt, ale przede wszystkim nadaje jej sens istnienia. Materia zdąża do swej formy niczym *kochana do ukochanego* lub – jak chce mistyka chrześcijańska – niczym *oblubienica* do swego *oblubieńca*. Człowiek, posiadając ducha, posiada godność osoby zdolnej abstrakcyjnie myśleć, tworzyć, analizować, planować. Osobę charakteryzuje samoświadomość, czyli jaźń. Duch ostatecznie czyni człowieka bytem wolnym,

a jego *ja* – transcendentalnym [2]. Roman Ingarden pyta: *Kimże jestem – ja, nie ów kawał mięsa i kości, ale – ja z krwi i kości mych wyrastający, człowiek działający?* [3].

Człowiek jest zatem bytem zdolnym przekraczać własne horyzonty i osiągać rzeczywistość dotąd nieznaną. Fenomenologia Husserla ujmuje to jako postrzeganie bezpośrednie, widzenie istoty rzeczy, tj. naoczność. Bezpośrednim wglądem w istotę rzeczy jest kontemplacja, której proces Husserl nazywa kontemplacją *czystego ja*. Jest to kontemplacja podejmowana przez *czystą świadomość*, którą uzyskujemy przez ogołocenie jej ze wszystkich uprzedzeń, przekonań i założeń. Świadomość staje się wówczas czysta, *ja* – również czyste, a poprzez to w pełni wolne. Kieruje się *czystą bezzalożeniowością*. W ten sposób osiągamy niejako próżnię w naszym umyśle, aby móc dokonać upragnionego, niczym niezmaconego wglądu w istotę rzeczy, w istotę problemu [4].

W mistyce chrześcijańskiej natomiast duch ludzki staje poniekąd *twarzą w twarz* ze swą pierwszą przyczyną właśnie w momencie śmierci. Człowiek jest tym bytem, który posiada przywilej wyjątkowego z nią – pierwszą przyczyną – obcowania. Zgodnie z nauką mistyków, dusza ludzka staje się w chwili śmierci *namiotem spotkania* oblubienicy z oblubieńcem – i to jest główna myśl analizowanego poematu [5].

Umieranie jako *noc ciemna*, a zarazem *powiernik nadziei*

Umieranie jest zarówno cierpieniem zmysłów, jak i ducha. Jednakże duch ludzki, jak chcą tego fenomenologia i mistyka chrześcijańska, jest zdolny do transcendencji, co jest równoznaczne z posiadaniem zdolności do pokonania towarzyszących umieraniu – cierpieniu, przygnębieniu i lęku. Choć Arystoteles, a za nim Tomasz z Akwinu twierdzili, iż dusza wespół ponosi los ciała, któremu jest przynależna, to kierując się ontologią Platona i Augustyna, należy przyjąć, że duch ludzki, posiadający przywilej bycia substancją, jest bytem samoistnym, zdolnym wzbić się ponad to cierpienie [2].

Tak jak noc posiada swe wymiary czasowe, tak i umieranie w sensie zarówno mistycznym, jak i filozoficznym jest trwaniem. Pierwszy wymiar nocy – to *czas zmysłów* i zmierzchu, w którym rozpływają się rzeczy, tracąc w postrzeżeniu ludzkim swe kontury. Człowiek cierpiący zdaje sobie wówczas sprawę z nadciągającej głębi mroku, choć w danym momencie dosięga go jeszcze również dogasające światło dnia, które w prawdzie tylko delikatnie się tli, aczkolwiek daje nadzieję [1].

Jan od Krzyża powiada:

*W noc ciemną, pełną trwogi
I przez miłosne spalana płomienie,
Wyszłam – o losie błogi –*

Wysłałam niepostrzeżenie, gdy dom mój cisza okryła i cienie [1].

Jest to ukazanie stanu ludzkiej duszy w czasie zmierzchu życia. Gdzieś w tym dosięgającym duszę półmroku cierpienia ona czuje jednak trawiący ją przedziwny żar miłości, dlatego zmierza ku tej miłości, jak ukochana do ukochanego, doświadczając uczucia przedziwnej, niewyrażalnej przy tym błogości. Czas ten jest początkiem fenomenologicznego *oczyszczania się* świadomości i zarazem początkiem drogi, która w końcu doprowadzi do oglądania piękna samego w sobie, do ostatecznie prawdziwej rzeczywistości.

Kolejnym okresem (wymiarem) nocy jest jej środek, czyli północ i towarzyszący jej mrok, z którego czeluści jednak już wyłania się *jutrznia*. Wówczas następuje moment kulminacyjny, kiedy to dusza, będąc wolną, decyduje o zjednoczeniu się z jutrznią, ta zaś symbolizuje *oblubienca* duszy. Powoli rozpoczyna się odrywanie duszy od wszelkiego ciężaru, duch niejako ociera się już o wieczność [1]. W poemacie czytamy:

*Pośród tej nocy błogiej
Nikt mnie nie widział,
Kiedym szła swobodnie, nie wskazywało mi drogi
Żadne światło przewodnie
Tylko w mym sercu płonęły pochodnie.
Ich blask drogę wskazywał
Pewniej, niżeli południa żar biały,
Tam, gdzie mnie oczekiwał
Ten, który był mój cały.... [1].*

W ujęciu fenomenologicznym czas *północy śmierci* – to okres, w którym duch, a zarazem świadomość człowieka osiąga pełnię oczyszczenia. Mistyka chrześcijańska mówi tu o byciu *twarzą w twarz*, by o świtanie móc *ogłądać*.

Północ mija i nadchodzi jutrznia, a z nią światło budzące teraz atmosferę pełni, w której ukochana z ukochanym łączą się w jedno na zawsze. Teraz świadomość oczyszcza się doskonale, stając się w ujęciu fenomenologicznym – czystą, gotową na poznanie rzeczy w samej sobie, a w ujęciu mistycznym – niczym niezmaconym obcowaniem dwojga. Wtedy dopiero się w pełni *ogłąda i poznaje* [4-8].

Oblubienica (dusza) powiada:

*Zostałam tak w zapomnieniu
Twarz mą oparłam o ukochanego
Ustało wszystko w ukojeniu,
Troski żywota mojego*

Skryły się wszystkie w lilii wonnym tchnieniu [1].

Noc ciemna stała się nocą oczyszczającą. U Teresy z Awila była ona symbolicznym *szóstym pokojem*, który należało przejść, aby osiągnąć doskonałość pokoju *siódmego* i wieczne zjednoczenie z umiłowanym.

Dodać należy, iż podobną interpretację zagadnienia przedstawia węgierska reżyserka Marta Meszaros, podejmując je w swoim dziele *Siódmy pokój*. Jest to film biograficzny, który opowiada historię karmelitanki Edyty Stein, męczennicy obozu zagłady w Oświęcimiu.

Wnioski

1. Umieranie jest procesem przypominającym poruszenie się niejako „po omacku”, *nocą ciemną*. Człowiek wkracza wówczas w wymiar niewiedzy i niepewności, w wymiar lęku i przerażenia, a zarazem – w początek poznania. Pomimo zapadającego zmroku tli się pewna bliżej nieokreślona nadzieja, będąca nadzieją ujrzenia światła jutrzni, *zobaczenia* i *poznania*. Tu świadomość dopiero rozpoczyna ciąg zdarzeń, które ją oczyszczą; duch ludzki podejmuje walkę ze swymi słabościami.
2. Północ stanowi moment szczytowy procesu umierania; w nim toczy się najzacieklejsza walka między ciałem a duchem, między rozpaczą a wiarą, między ciemnością a światłem. O północy dokonuje się ostateczne oczyszczenie świadomości, a zarazem ducha, który wówczas otrzymuje zdolność *dojrzenia* i poznania światła, wyłaniającego się delikatnie z mroków głębokiej nocy. Światło niesie nadzieję.
3. Duch osiąga w końcu upragnioną jutrznię w miłosnym zjednoczeniu z oblubieńcem. Tu husserlowska *czysta świadomość* już *zobaczyła* i w pełni *poznała*, przeżywając zachwyty.

Zakończenie

Noc ciemna jest, z jednej strony, wyjściem na radosne spotkanie oblubieńca, z drugiej natomiast – głębokim i trudnym powrotem do naszego centrum (wnętrza), które okazuje się dla nas już za ciasnym. Dlatego duch w sposób naturalny zmierza do osiągnięcia pełni, którą jest jednoczenie się z *oblubieńcem*. Zanim jednak to nastąpi, człowiek musi przejść całkowitą transformację, *samoprzemiannę*, będąc trawionym przy tym ogniem cierpienia i zarazem żarem miłości. Jest to proces bolesny, podczas którego o *północy ducha* budzi się uczucie zguby i pochłaniającej wszystko otchłani. Dla ujrzenia jutrzni dusza przymuszona jest poniekąd wyzbyć się samej siebie, co można przyrównać do fenomenologicznego osiągnięcia czystości. Dopiero wtedy światło jest w stanie zdominować ciemność.

Umieranie jest zatem przeżyciem *nocy ciemnej*, naturalnie wpisanej w jego przebieg, stanowiącej nieuniknioną jego część. Przechodząc kolejne etapy *nocy*, od uczucia niepewności i grozy aż po zachwycenia się światłem jutrzni, człowiek przeżywa oczyszczenie świadomości,

aby ostatecznie ujrzeć pełnię zapowiadającego się nieśmiało wśród nocy światła. Owo światło w mistyce jawi się jako doskonałe, wszechogarniające, przynoszące ulgę i wolność.

Piśmiennictwo

1. Rachmajda A., Wandzioch D.: Duchowość świętych Karmelu. Jan od Krzyża, Doktor Kościoła. Życie, osoba, dzieła. Materiały uzupełniające do wykładu monograficznego w Instytucie Duchowości Carmelitanum. Wyd. Flos Carmeli, Poznań 2007.
2. Cackowski Z.: Zasadnicze zagadnienia filozofii. Wyd. „Książka i Wiedza”, Warszawa 1989.
3. Ingarden R.: Książeczka o człowieku. Wyd. Literackie, Kraków 1987.
4. Husserl E.: Idee czystej fenomenologii i fenomenologicznej filozofii, tłum. D. Gierulak. PWN, Warszawa 1967.
5. Farouki N.: Metafizyka, tłum. M. Gałuszka. Wyd. Książnica, Katowice 2000.
6. Descartes R.: Namiętności duszy, tłum. L. Chmaj. PWN, Warszawa 1986.
7. Klein E.: Czas, tłum. M. Jarosiewicz. Wyd. Książnica, Katowice 1999.
8. Barański J.: Śmierć, zmysły, doznania, wyobrażenia, przemijanie. Wyd. Astrum, Wrocław 2000.

Graf Lucyna¹, Śleżiona Mariola¹, Stołecka Barbara¹, Ptaszek Gabriela¹, Mroczkowska Renata¹, Gurowiec Piotr^{2,3}

„Memento mori” – przygotuj się do śmierci

1. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu Oddział Intensywnej Terapii Pooperacyjnej
3. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Nadzorem Kardiologicznym

„*Memento mori*” (śrdw.- łac. pamiętaj, że się umiera, pamiętaj o śmierci). Pozdrowienie „pamiętaj, że umrzesz” używane było przez zgromadzenia zakonne z klasztorów kontemplacyjnych, aby zapobiec zbytnim dążeniom do spraw przyziemnych, które wraz ze śmiercią przemijają. W średniowieczu słowa te przypominały marność doczesnego życia, miały zachęcać do modlitwy i dążenia do Boga. To przypomnienie, że każdy z nas jest śmiertelny i umrze. Śmierci nie można uniknąć i człowiek nie ma na to wpływu. Przypomnienie o śmierci było w sztuce średniowiecznej wszechobecne, aby się z nią oswoić używano rekwizytów, takich jak: ludzka czaszka i szkielet, ścięte kwiaty, klepsydra, które również wykorzystywane są w literaturze i sztuce. Śmierć jest często personifikowana z kościotrupem z kosą w ręku.

W średniowieczu obecność śmierci widoczna była na każdym kroku. Często panowały epidemie, a słabo rozwinięta medycyna i okresy głodu powodowały masowe wymierania mieszkańców poszczególnych terenów. Hasło "memento mori" pozwalało wówczas oswoić się ze śmiercią oraz żyć godnie, przestrzegając bożych przykazań. Przed śmiercią dbano o to, by spisać testament i rozdzielić majątek, umierano w domu, we własnym łóżku, w otoczeniu najbliższych i sąsiadów. Dbano, by za dusze zmarłego odprawiane były msze. Taka śmierć miała bardzo ludzkie oblicze. Śmierć była obecna w życiu społecznym. Odbywały się pochówki w kościołach, w obrębie miast zakładano cmentarze, śmierć doświadczano wspólnie, rozbudowywano rytuały umierania, które przekazywano z pokolenia na pokolenie. Obrzędy związane z umieraniem i grzebaniem ciał miały wówczas duże znaczenie, przywiązywano wagę do rozmów z bliskimi i żegnania się z nimi. Śmierć w powszechnym przekonaniu ówczesnych ludzi była etapem na drodze do innego, lepszego życia. Wierzono, że życie wieczne zapewni dobre życie i dobrą śmierć. Śmierć była wartościowa, ponieważ wiązała się z wiarą w życie pozagrobowe. W epoce średniowiecza ludzie przygotowywali się śmierci, powstawały wówczas przepisy na „dobre umieranie”, które ogólnie nazwano *ars bene moriendi* – sztuka dobrego umierania. Liczne wskazówki i porady dla konającego ozdobione były rycinami przedstawiającymi walkę aniołów i demonów o duszę umierającego. Niestety, w

okresie oświecenia dokonywały się zmiany. Śmierć sukcesywnie usuwano z przestrzeni publicznej, cmentarze zakładano już poza obrębem miast, zaczęły powstawać szpitale, zakłady opiekuńczo-lecznicze, hospicja, domy starości. Śmierć stała się sprawą indywidualną, została zmedykalizowana, zaczęła być utożsamiana z chorobą. Obecnie w życiu społecznym obowiązuje higiena i czystość, a śmierć nie jest higieniczna, dlatego zaczęła z życia społecznego znikać [1,2].

Człowiek współczesny kultywuje młodość i witalność, w związku z tym nie dopuszcza myśli dotyczących własnej śmierci, perspektywę końca ziemskiego życia odsuwa na dalszy plan. Śmierć spychana jest na margines życia. Z jednej strony śmierć jest tematem tabu, ukrywa się ją, a z drugiej strony występuje obojętność i ignorancja. To media stwarzają obraz świata, poprzez masowe zjawiska narodzin i śmierci. Jesteśmy zalewani informacjami kto i jak umarł, kto zginął, został zamordowany. Temat śmierci jest lubiany, odbierany jest z fascynacją, ponieważ dostarcza wiele wrażeń i emocji, jakby istnienie ludzkie nie miało żadnego znaczenia. Zaś odbiorcy tych informacji zarzucają na siebie płaszcz obojętności, bo przecież ich to nie dotyczy, a TV w każdej chwili można wyłączyć. Śmierć przeżywana jest wirtualnie przez TV, Internet, gry komputerowe. Umiera „on”, umierają „oni”, to może być śmierć sąsiada, głodujących dzieci, mogą to być ofiary wojny, czy też po prostu śmierć bohaterów z filmu lub gry. W życiu codziennym istnieje lęk przed śmiercią, z powodu którego zauważane są niepokojące postawy ludzi. Współcześni rodzice chcąc chronić swoje dzieci i przedłużyć im beztrudne dzieciństwo, nie odwiedzają z nimi swoich bliskich w czasie choroby, nie zabierają swoich pociech na pogrzeby, by nie narażać dzieci na przykre widoki. Słyszałam kiedyś, jak rodzina pewnej pacjentki w szpitalu mówiła: „po co ma tu dziecko przychodzić i tak z nią nie porozmawia...” Z własnych obserwacji zauważyłam, że ludzie nie potrafią też zachowywać się przy umierającym, a strach przed śmiercią na tyle ich paraliżuje, że nawet obawiają się zbliżyć do swoich bliskich.

Człowiek obawia się śmierci, jest ona źródłem przerażenia i strachu, wrogości, jest traktowana jak coś odrażającego, wstydliwego. Ludziom trudno pogodzić się ze śmiercią, a utrata bliskich jest przeżyciem najbardziej dramatycznym. Kiedy jednak śmierć dotknie osoby z najbliższego grona jest ona zupełnie inaczej postrzegana. Skłaniamy się wtedy do refleksji nad kruchością życia i skończonością, zaczynamy też myśleć o własnej śmierci, przy czym strach dalej pozostaje. Śmierć bliskich wywołuje również inne emocje, takie jak żal, poczucie niesprawiedliwości, smutek, rozpacz. W większości przypadków taki stan emocjonalny nie wynika ze współczucia zmarłemu. Płacz i rozpacz towarzyszy dlatego, że odszedł ktoś dla nas ważny, ktoś kto był częścią naszego życia, częścią nas samych. Według większości

psychologów ludzie przywiązują takie egoistyczne odczucia do pojęcia śmierci i dlatego właśnie boją się swojej własnej.

Ken Willber autor książki „Śmiertelni Nieśmiertelni” napisał „...*życie i śmierć idą ramię w ramię. Boję się śmierci, więc będę niezwykle ostrożnie żyć, bo coś może mi się przydarzyć. Im bardziej zatem boję się śmierci, tym bardziej boję się życia – i tym mniej żyję...*” [3].

W kwestii strachu i śmierci duże znaczenie mają wyznawane religie, w których jest przekaz o tym, że istnieje dobro i zło, piekło i niebo. Osoby wierzące boją się grzechu i straty w postaci piekła, mając świadomość własnych grzechów boją się śmierci. Człowiek boi się nieznanego, a taka jest właśnie śmierć, nie wiemy co dzieje się gdy człowiek umiera. Skoro tego nie wiemy, to czy warto się bać? Przykładem, że można nie bać się śmierci są inne kultury i religie. W Meksyku śmierć jest momentem celebracji i radości. Zaś Buddyści wierzą w reinkarnację, dlatego starają się zapoznać i zrozumieć proces umierania, usuwają w ten sposób lęk momentu śmierci przez co zapewniają sobie dobry powrót w kolejnym wcieleniu. Kontemplują oni śmierć zdając sobie sprawę, że życie jest krótkie i cenne, można nadać mu sens i żyć jego pełnią. W tym miejscu warto przytoczyć słowa hinduskiego jezuity, psychoterapeuty i mistyka Anthony’ego de Mollo: „...*Ludzie nie żyją, większość z was nie żyje, jedynie podtrzymujecie swe ciało przy życiu. To jednak nie jest życie, ale wegetacja. Nie żyjecie tak naprawdę, dopóki nie będzie wam obojętne, czy jesteście żywi czy umarli. Dopiero wtedy żyjecie. Kiedy jesteście gotowi utracić życie – zaczniecie żyć. Ale jeśli zaczniecie chronić swe życie, jesteście martwi...*”[4].

Jednak śmierć może być piękną częścią życia. Tak twierdzą osoby, które dowiedziały się, że chorują na nieuleczalną chorobę i został im określony czas. Naturalnym zachowaniem najpierw jest szok, brak akceptacji, walka i obrona. Jednak po jakimś czasie fakt nieuchronnej śmierci zostaje zaakceptowany i wtedy osoby te zaczynają żyć, tak jak nigdy dotąd. Doceniają oni życie, czerpią radość z każdej chwili i z najmniejszej rzeczy, pomimo tego, że czas ich jest być może krótki. Zauważa się, że osoby mniej aktywne życiowo, schorowane lub w wieku podeszłym są bardziej otwarte na tematy związane ze śmiercią. Postawa wobec śmierci ma znaczący wpływ na postawę wobec życia. Niektórzy psychologowie twierdzą, że śmierć bywa i może być ogromnym motywatorem do życia. Człowiek, żeby mógł żyć i godnie umierać powinien przygotowywać się do śmierci, a przede wszystkim powinien się z nią oswoić [5]. Nasuwa się wniosek, kiedy akceptujesz i pamiętasz o śmierci, wtedy akceptujesz i pamiętasz o życiu. Zaś kiedy negujesz śmierć, wówczas negujesz też życie.

Można o śmierci próbować zapomnieć i żyć tak, jakby nas nie dotyczyła. Co więcej – można intelektualnie uzasadnić taką postawę przywołując koncepcję śmierci jako trwałego zaniku świadomości. Przy tym ujęciu, jak przekonywał już Epikur w starożytności greckiej, gdy śmierć przychodzi – nas już nie ma, a zatem skoro nie przeżywamy własnej śmierci, to po co o niej myśleć? Tym bardziej, po co jej się lękać? Po co odbierać sobie radość istnienia? To rozwiązanie tylko pozornie satysfakcjonuje i uspakaja. Przecież nie o lęk przed samym aktem, czy momentem śmierci tutaj chodzi, lecz o umieranie. Nie o ból śmierci, ale ból umierania. Umieranie, to nic innego jak świadomość nieuchronnego końca. Świadomość, że trzeba odejść i zostawić to wszystko, co było dla mnie drogie, co wypełniało codzienność. Ostatecznie, ów lęk jest wołaniem o sens istnienia.

Śmierć i życie dla każdego człowieka jest debiutem. Zarówno do życia, jak i do śmierci powinniśmy przygotowywać się od początku naszego istnienia. Samo życie przygotowuje nas do śmierci, poprzez różne wydarzenia oraz śmierć innych, którą człowiek przeżywa każdy na swój sposób. Śmierć jest zjawiskiem pewnym według doświadczenia innych, nie można jej przeżyć i opowiedzieć jaka ona jest. Skoro nie wiemy jaka jest, to może warto przestać traktować śmierć jak coś złego i przestać jej się bać [6,7].

Według ks. Józefa Tischnera człowiek musi spojrzeć w oczy swojej własnej śmierci, musi nadać swojej śmierci sens i umrzeć własną śmiercią, ponieważ wszyscy umierają, lecz nie każdy umiera własną śmiercią. Uważa on, że najpierw trzeba zrozumieć, że śmierć nie jest złem największym, gdyż większym złem jest życie w upodleniu: bez czci i wiary. Śmierć jest owocem naszego życia. Ucząc się od młodości poświęcać życie, czyli „*być świadkiem spraw większych niż życie*”, człowiek uczy się umierać swoją własną śmiercią. Tischner krytykował też podejście współczesnego świata do starości mówiąc, że dziś „*młodość ucieka od starości*”, a tym samym od śmierci, która jest nauczycielką życia. To właśnie w jej perspektywie człowiek uczy się rozróżniać, co jest dobre, a co złe [8].

Pomimo, iż tematyka śmierci wzbudza zainteresowanie wśród wielu naukowców i filozofów, którzy przedstawiają swoje rozważania, to lęk przed śmiercią nadal jest wszechobecny. Pomocnym rozwiązaniem, aby pokonać lęk i oswoić się ze śmiercią, mogą być szkoły umierania, czyli szkoły życia, bo przecież umieranie to część życia. Poniższe informacje dotyczące szkoły umierania są na podstawie rozmowy, którą przeprowadził Rafał Pisera z prezesem Towarzystwa Humanistycznego Andrzejem Dominiczakiem. Pierwsza szkoła umierania powstała w Holandii, utworzona została przez Holenderskie Towarzystwo Humanistyczne we współpracy z Międzynarodową Szkołą Filozoficzną w Lejdzie. Celem jej jest podnoszenie jakości życia, by było piękniejsze i pełniejsze oraz nauka umierania godnego

i rozumnego, prawdziwie ludzkiego. Szkoła ta otwiera przed ludźmi przestrzeń do życia, zmusza do refleksji nad celem i sensem własnej egzystencji. Uczęszczają do niej ludzie, którym daleko jest jeszcze do śmierci, są na emeryturze, mają zapewnione dobre zarobki, nie walczą o przeżycie w sensie biologicznym, chcą realizować potrzeby wyższego rzędu. Na zajęciach, które są w formie wykładów, dyskusji i warsztatów psychologicznych, poruszane są rozważania dotyczące dobrej śmierci, czym ona jest i co zrobić, żeby sobie taką zapewnić. Omawiany jest problem lęku i godności w obliczu śmierci. Toczony są rozmowy o tym, jak ludzie chcą być zapamiętani przez rodzinę i przyjaciół. Przekazywane są treści regulacji prawnych dotyczących zasad dziedziczenia i pogrzebów, dzięki czemu osoby uczęszczające na zajęcia mogą skuteczniej rozporządzać swoim dorobkiem i majątkiem. Ich zakres kontroli nad procesem umierania stopniowo zwiększa się, nadają mu osobisty sens i charakter. Szkoła umierania to osobiste przemyślenia. Życie ludzkie sprowadza się nie tylko do emocji, ale odwołuje się do rozumu, samodzielnego filozofowania i nadania sensu swojemu życiu, co pomaga także w rozwiązywaniu problemów psychicznych. Nie wyzwala nas to całkiem od cierpienia i problemów, ale daje siłę i dzielność, aby je rozwiązywać i łatwiej znosić [9].

Zatem, czy szkoły umierania mają rację bytu? Skoro powstają szkoły rodzenia, rozmawiania, uwodzenia, bycia dobrym rodzicem, mężem, żoną itd., to również szkoły umierania mogą, a nawet powinny powstawać. Śmierć jest taką samą częścią życia jak miłość, seksualność, agresja, starość, choroba, dlatego winna znajdować się w obszarze nauk o wychowaniu. Uważam, że wychowanie ku śmierci powinno odbywać się również w szkołach, jako obligatoryjny blok treści. Uznanie realizmu śmierci jest podstawowym wymogiem wychowawczym, gdyż należy do niepodważalnych prawd egzystencji ludzkiej. Treści o cierpieniu i śmierci wykształcałyby wśród młodzieży właściwą postawę, następowałyby sukcesywne osvajanie się z tematem, niwelowałyby się niechęć, przerażenie i tabu. Dzisiaj coraz więcej ludzi chce umrzeć jak najszybciej, bez bólu, żeby nawet nie poczuć – najlepiej we śnie. Współczesny człowiek nie umie cierpieć, nie chce współcierpieć. Temat śmierci jest pomijany, przemilczany. W relacji z umierającym stosujemy „zmowę milczenia” lub gramy we „wzajemne udawanie”, a to niesie samotność, izolację i zamknięcie się na drugiego człowieka. Podsumowaniem niech będą słowa psychiatry K. Jedlińskiego: *„Kontakt z człowiekiem śmiertelnie chorym jest kontaktem trudnym, ale też nie unikniemy go w naszym życiu i nie powinniśmy go unikać. Wszystkie rozwinięte kultury i cywilizacje przywiązywały wielką wagę do relacji z umierającymi. Zdolność do podjęcia takiej relacji, umiejętność bycia z umierającym są wskaźnikiem prawdziwej dojrzałości człowieka. Wreszcie trzeba powiedzieć, że człowiek w*

obliczu śmierci mobilizuje nieraz ogromne pokłady mądrości i dojrzałości, z których i my możemy czerpać” [10].

Wnioski:

1. Człowiek powinien przygotowywać się do śmierci
2. Zasadne jest osvajanie się ze śmiercią
3. W szkołach powinien być realizowany program wychowania ku śmierci
4. Pomocnym rozwiązaniem, aby pokonać lęk i oswoić się ze śmiercią, mogą być szkoły umierania

Piśmiennictwo

1. Szabat M.: Elementy filozofii opieki paliatywnej a zagadnienie śmierci. Wyd. Naukowe Semper, Warszawa 2013.
2. Bąkowska E.: Człowiek i śmierć. PIW, Warszawa 1989.
3. Willber K.: Śmiertelni Nieśmiertelni. Wyd. Mała Litera, Warszawa 2012.
4. <http://www.astro.eco.pl/astro2/przebudzenie.html>, data pobrania 17.03.2015.
5. Ks. Pierzchalski J.: Chrześcijański Portal Kierownictwa Duchowego Przemiana, <http://pierzchalski.ecclesia.org.pl/>, data pobrania 17.03.2015.
6. Żak A.: Memento mori i non omnis moriar. Kącik Twórczości Literackiej, 2011, <http://www.zs3.nisko.pl/tworczosc/?p=142>, data pobrania 17.03.2015.
7. Fabiś A.: Śmierć w całościowym procesie kształcenia. Rocznik Andragogiczny 2011, 131-145.
8. Ponikło T.: Józef Tischner myślenie według miłości. WAM, 2014
9. <http://www.humanizm.net.pl/umierania.html>, data pobrania 17.03.2015.
10. Jedliński K.: Jak rozmawiać z tymi co stracili nadzieję. Intra, W.A.B., 1997.

Ptaszek Gabriela¹, Stołeczka Barbara¹, Mroczkowska Renata¹, Graf Lucyna¹, Ślezionea Mariola¹, Gurowiec Piotr²

Sztuka prowadzenia rozmowy z dzieckiem umierającym w szpitalu i jego rodzicami

1. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu
2. Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Wstęp

Śmierć jest nieuniknioną częścią życia, jednak śmierć dziecka budzi u większości ludzi bunt, strach i przerażenie. Żyjemy w społeczeństwie negującym śmierć, przeciwstawiamy się jej i desperacko walczymy o przedłużenie życia. Nie tak dawno śmierć traktowano jako część cyklu życia, większość ludzi umierała w domu, otoczona rodziną i przyjaciółmi [1]. Dziś ponad 60% ludzi, w tym także dzieci umiera poza domem w instytucjach, takich jak szpitale czy hospicja stacjonarne [2]. Współczesna medycyna przeżywa ogromny rozwój zarówno w sferze diagnostycznej, jak i terapeutycznej. Nowe możliwości powodują, że skupiamy się na osiągnięciu sukcesu, a w takim rozumieniu śmierć pacjenta traktowana jest jak porażka. Dziecko leżące w szpitalu w schyłkowym okresie choroby wymaga szczególnego traktowania przez wszystkich pracowników. Ogromny problem stanowi właściwa komunikacja zarówno z małym pacjentem, jak i jego rodzicami. Rozwiązanie tego problemu jest zależne od kompetencji, indywidualnych cech oraz doświadczenia zawodowego lekarza i pielęgniarki opiekujących się dzieckiem [3]. Właściwa komunikacja pielęgniarki z chorym umierającym jest specyficzna i odgrywa istotną rolę w przygotowaniu chorego i jego rodziny do śmierci. Saunders wyróżnia trzy główne prośby chorego umierającego: pomóż mi, wysłuchaj mnie, nie opuszczaj mnie [4].

Dziecko umierające w szpitalu

Dzieci umierające w szpitalu powinny być objęte opieką całościowo. Oprócz leczenia bólu i objawów towarzyszących chorobie, należy zapewnić dzieciom i rodzicom wsparcie psychologiczne, społeczne i duchowe. Celem opieki paliatywnej jest uzyskanie możliwie najlepszej jakości życia umierającemu dziecku i towarzyszącym mu bliskim [5]. Zasady opieki paliatywnej wprowadzone do współczesnej medycyny przez założycielkę pierwszego hospicjum w Europie Cicely Saunders polegają na:

1. Służeniu najlepszym interesom dziecka.
2. Szacunku do życia, godności i autonomii dziecka.
3. Akceptacji nieuniknionej śmierci jako naturalnego zakończenia nieuleczalnej choroby.

4. Niestosowaniu uporczywej terapii w celu przedłużenia życia.
5. Niestosowaniu eutanazji w celu skrócenia życia [6].

Postępowanie wobec chorego dziecka wymaga od personelu znajomości odrębności psychiki dziecięcej. Dziecko z natury jest bardziej otwarte i egocentryczne, wymaga więc dużo więcej zaangażowania i troski ze strony otoczenia niż dorosły pacjent. Bardzo ważny jest osobowy kontakt z dzieckiem, uważne i poważne traktowanie jego spraw i wątpliwości. Dotrzymywanie przyrzeczeń, słowność czy punktualność są dla dziecka wyrazem szacunku i troski. Wyjaśnienie problemów choroby i leczenia powinno być dostosowane do poziomu umysłowego dziecka i uzgodnione z wszystkimi osobami opiekującymi się dzieckiem [7]. Istotne znaczenie ma zwrócenie uwagi na reakcje emocjonalne osób opiekujących się dzieckiem, jest ono bowiem wrażliwym odbiorcą przekazów niewerbalnych. Dotyczy to zwłaszcza uczuć gniewu, lęku, przygnębienia. W niektórych przypadkach skrajnego zachowania np. nadopiekuńczości lub zaniedbania należy sterować zachowaniem rodziców.

Rodzice dziecka umierającego w szpitalu

Choroba, często długotrwała, prowadząca do brutalnego przerwania młodego życia jest dla dziecka i jego rodziców niewyobrażalnym okrucieństwem. Dodatkowo rodzice muszą być często świadkami choroby, cierpienia i wreszcie śmierci dzieci, którym dali życie. Choroba i śmierć dziecka budzi często w rodzicach szereg różnych uczuć, takich jak ogromne poczucie winy i gniew. Rodzice obarczają się winą za zaniedbania, których się w swoim odczuciu dopuścili. Gniew jest skierowany na wszystkich dookoła, bo rodzice próbują poszukać winnego swojej tragedii. Inne uczucia, których mogą doznawać osieroceni rodzice to ogromny chaos, poczucie dezorientacji, strach przed przyszłością bez ukochanego dziecka, depresja i rozpacz [8]. Rodzice oczekują okazania przez personel akceptacji i zrozumienia tych wszystkich uczuć, szczerzej rozmowy. Nie wolno odmawiać rodzicom prawa do mówienia o swoim dziecku. Należy dać im tyle czasu na przeżywanie żałoby, ile potrzebują [9]. Żałoba rodziców po stracie dziecka nie jest zjawiskiem jednorodnym lecz bardzo dynamicznym, zmiennym przechodzącym przez szereg faz.

Catherine Sander w swej książce p.t. „Jak przeżyć stratę dziecka. Powrót nadziei” opisała pięć faz przez które przechodzą rodzice po stracie dziecka. Granice tych faz są płynne, zachodzą na siebie, a określenie czasu ich trwania jest niemożliwe do określenia, tak jak niemożliwe przydzielenie czasu człowiekowi na pełne przeżycie żałoby. Te fazy to: faza szoku, faza uświadamiania sobie straty, faza chronienia siebie, faza wycofania i faza powracania do zdrowia [10].

Jak rozmawiać z umierającym dzieckiem i jego rodzicami?

Współczesna medycyna mnożąc procedury pielęgnacyjne, bardzo rzadko skupia się na stanie psychicznym chorego dziecka, jego postrzeganiu otaczającej go nowej, często bardzo trudnej do przyjęcia rzeczywistości. Komunikacja w zespole terapeutycznym skupiona jest na stanie fizycznym dziecka, a nie na stanie jego psychiki czy osobowości. Dotyczy to rozmów dziecka z różnymi pracownikami szpitala: lekarzami, pielęgniarkami, nauczycielami, duchownymi, rodzicami i innymi pracownikami szpitala bezpośrednio uczestniczącymi w terapii chorego.

Każdy sprawujący opiekę działa na swoim poziomie – czyli osobno. Rozmowy z dzieckiem także prowadzone są osobno [11]. Komunikowanie się zespołu terapeutycznego z rodzicami dziecka umierającego ma podobny charakter, choć może nieco bardziej spójny ze względu na częste ograniczenie liczby osób upoważnianych do udzielania informacji o stanie zdrowia dziecka. Nie zwalnia to jednak reszty zespołu z rozmów z rodzicami, a tak często się dzieje.

Komunikowanie się z chorym i jego rodziną ma wymiar relacji terapeutycznej. Aby takie było musi być wynikiem profesjonalnego przygotowania oraz zawodowego i życiowego doświadczenia rozmówcy. W rozmowie pielęgniarki z ciężko chorym, umierającym dzieckiem i jego rodzicami ważna jest autentyczność i naturalność, umiejętność aktywnego słuchania, czyli koncentracja uwagi na chorym, powstrzymanie się od sądów, rad i moralizowania. Należy też pamiętać o utrzymaniu kontaktu wzrokowego przez większą część rozmowy oraz o zachowaniu zgodności komunikatów werbalnych z niewerbalnymi [12,13]. Komunikowanie werbalne zawsze powinno być spójne z zachowaniem niewerbalnym, ponieważ daje to choremu poczucie, że przekaz jest jednoznaczny, szczerzy i spójny [14].

Komunikowanie się z chorym stanowi jeden z podstawowych elementów opieki pielęgniarstwa. Komunikacja ta ma za zadanie poznanie psychologicznej sytuacji chorego, wykazanie zrozumienia, okazanie wsparcia i danie możliwości wypowiedzenia się [12]. Nie należy bać się trudnych pytań ze strony ciężko chorych dzieci i uciekać w wyuczone, często banalne formułki. Takie zachowanie może bowiem prowadzić do zamknięcia się dziecka i niewiarę w możliwość szczerego kontaktu z opiekującym się nim personelem. Pacjent i jego rodzina, jeśli wielokrotnie odpowiada na to samo pytanie: Jak się czujesz? Po jakimś czasie wie, że pytanie to tak naprawdę nic nie znaczy, jest tylko słowem kluczem prowadzącym do zdawkowych, grzecznościowych formułek, a nie wstępem do poważnej, rzeczowej rozmowy. Jest również zaprzeczeniem prawdziwej troski o pacjenta.

Jakie warunki powinna spełniać rozmowa z umierającym dzieckiem i jego rodzicami?

Pierwszym i podstawowym warunkiem jest pełne zaufanie i szczerść. Dzieci pamiętają bowiem wszystkie poprzednie rozmowy i prostowanie nieudomówień, i sprzeczności z poprzednich rozmów może być trudne. Jednym z podstawowych warunków szczerzej rozmowy jest prawda. Stosowanie tej reguły wobec chorych dzieci może czasem napotkać na opór rodziców, niechętnych do informowania dziecka o niepomyślnym rokowaniu. Często ich tłumaczeniem takiej decyzji jest chęć podtrzymania nadziei. Taka postawa uniemożliwia pożegnanie się z bliskimi, pozostawia nieudomówienia, domysły i żal przez wiele lat.

W procesie komunikowania się z chorym i jego rodziną istotne znaczenie ma otoczenie, w jakim odbywa się rozmowa, najbardziej komfortowe byłoby osobne pomieszczenie, bez możliwości wstępu osób postronnych. Znaczenie ma również specyfika pomieszczenia: jego wygląd, oświetlenie czy temperatura powietrza. Jest to warunek bardzo często trudny do zrealizowania w oddziałach szpitalnych [15]. Należy wziąć pod uwagę życzenie małego pacjenta i jego rodziców czy rozmowa ma się odbyć we wspólnym gronie, czy może lepiej osobno. Obecność wzajemna członków rodziny może utrudnić niekiedy szczerą relację. W trakcie rozmowy należy zadbać o przyjazną atmosferę i spokój – wyłączyć telefon komórkowy, telewizor czy radio. Pomoże to skupić się na przekazywanych treściach i zapobiegnie rozproszeniu uwagi. Pielęgniarka rozmawiająca z chorym i jego rodziną powinna mówić głośno, wyraźnie, być na tyle blisko chorego, aby być dobrze widzianą, ale uwzględnić też jego przestrzeń osobistą [16]. Informacje podawać rzeczowo z uwzględnieniem wieku rozmówcy i jego stanu psychicznego [17]. Należy unikać mówienia więcej niż chory i jego bliscy pragną usłyszeć. Ważnym elementem rozmowy jest dotyk terapeutyczny, ale jego stosowanie wymaga wyczucia. Przytulenie czy pogłaskanie głowy nie zawsze jest dobrze odbierane. Są dzieci, które mogą nie chcieć zbytniego zbliżenia, może być dla nich krępujące czy nachalne, warto więc spytać, jaka forma bliskości im odpowiada. W rozmowie pomocne są zasady, techniki i zwroty prawidłowego komunikowania werbalnego, należą do nich: stosowanie pytań otwartych, dostrzeganie zmian u chorego, akceptacja, poświadczenie, klasyfikowanie, powtórzenie, odzwierciedlenie, poszukiwanie źródeł emocji oraz zachęcenie do kontynuowania porównań, koncentracji opisu przeżyć. Pytania otwarte to: *Jak się dzisiaj czujesz Jacku?* Dostrzeganie zmian u pacjenta: *Widzę, że dziś nie oglądasz bajek w telewizji.* Akceptacja to przyjęcie wypowiedzi chorego lub jego rodziny bez oceny i osądzenia. Poświadczenie to powtórzenie sensu wypowiedzianej myśli chorego w celu upewnienia się co do jej zrozumienia. Klasyfikowanie to przekazanie choremu odbioru własnego, jego wypowiedzi, próba skupienia się na jego najważniejszych elementach w celu nadania sensu, nieprecyzyjnej wypowiedzi

chorego. Powtórzenie ma na celu zachęcić pacjenta do rozwinięcia tematu konkretnego problemu. Odzwierciedlenie to zwrotne kierowanie do chorego wypowiedzianych myśli i uczuć. Poszukiwanie źródeł emocji: *Co Ciebie dziś tak martwiło?* Zachęcenie do porównań: *Czy wcześniej też tak Ciebie to martwiło?*

O czym rozmawiać z ciężko chorym i jego rodziną?

Nie da się jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie, każdy człowiek jest przecież inny i inne ma oczekiwania. Jedni chcą rozmowy na temat leczenia, choroby, planów terapeutycznych, dolegliwości, inni wręcz przeciwnie, panicznie unikają jakichkolwiek tematów związanych z chorobą, szukając tematów zastępczych. Najczęściej w kontaktach z ciężko chorymi dominuje strach. Co powiedzieć i jak się zachować? Postawa taka jest charakterystyczna nie tylko dla bliskich chorego, ale także dla personelu medycznego, pracującego w szpitalu i mającego niewiele doświadczenia i wiedzy w tym względzie. Opieka paliatywna to nie tylko skupianie się na istotnych dolegliwościach, ale i zauważenie pragnień ciężko chorego dziecka.

Czasami niewielkim kosztem i wysiłkiem można spełnić jego marzenia. Może to być przyniesienie ulubionej zabawki, jakiś smakołyk, zmiana stroju lub drobna zmiana aranżacji wnętrza. Jeśli jednak nie będziemy rozmawiać, to jak dowiemy się o pragnieniach i oczekiwaniach naszych podopiecznych? Nie należy bać się tych rozmów, to często także rozmowa z samym sobą. *Dokąd zmierzam i kim jestem?*

Aby uniknąć strachu i niepewności przed przystąpieniem do rozmowy dobrze ją zaplanować. Przeznaczyć określany czas tylko i wyłącznie na rozmowę z pacjentem, poinformować chorego i jego rodzinę o zamiarze rozmowy i upewnić się, że mają na nią ochotę [18]. Rozmowy z chorym umierającym mają na celu zorientowanie się, jaki jest stan wiedzy chorego i jego bliskich na temat choroby i ile naprawdę chcą wiedzieć na ten temat. Następnie ustalić zbieżność między tą wiedzą a stanem faktycznym. Warto zwrócić uwagę, w jaki sposób chory nazywa swoją chorobę [15]. Pielęgniarka udziela informacji w zakresie, jaki reguluje ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej. Nie jest ona uprawniona do informowania chorego o diagnozie i rokowaniu, ale do jej obowiązków należy przekazywanie informacji o zakresie postępowania pielęgniarskiego, wszystkich działań, jakie podejmuje i zamierz podjąć, o ich celowości i ewentualnych skutkach. Należy pamiętać, że na każdym etapie rozmowy, chory może zmienić zdanie co do potrzeby uzyskania informacji. Proces informowania pacjenta powinno się dostosować do indywidualnych potrzeb i stanu chorego. Zakres przekazywanych informacji winien być dostosowany do ilości zadawanych pytań. Pielęgniarka musi pamiętać, że jeśli przekaze kilka informacji na raz, pacjent najlepiej zapamięta te podawane na początku

i na końcu rozmowy. Przekazywane informacje powinna cechować: jasność, zrozumiałość oraz stopniowe ich podawanie [15]. Karta Pracowników Służby Zdrowia jasno określa konieczność informowania chorych w „decydującej godzinie życia” [19].

Rodzina pacjenta poprzez zadawanie, wydawać by się mogło mało istotnych pytań, próbuje się zorientować, czy może zaufać pielęgniarce i czy jest ona zainteresowana ich problemami. Pielęgniarki w żadnym wypadku nie wolno precyzować czasu śmierci, każdą rozmowę powinna zakończyć słowami nadziei i otuchy. Zawsze należy ustalić termin kolejnej rozmowy [12]. Pielęgniarka w okresie pierwszej reakcji chorego i jego bliskich na wiadomość o chorobie, gdy występuje zaprzeczenie i gniew, powinna starać się nie ingerować w te uczucia, a jedynie współtowarzyszyć. W okresie targowania się o życie należy wspólnie z chorym i rodziną weryfikować przekonanie o winie za wystąpienie choroby oraz udzielać wsparcia [20]. Na etapie depresji odwoływać się do pozytywnych aspektów życia chorego oraz do wartości, jakie po sobie zostawia. W okresie akceptacji śmierci duże znaczenie ma obecność osób bliskich, które widząc pogodzenie się z tym co nieuchronne, własnego dziecka, same być może w okresie żałoby łatwiej tę śmierć zaakceptują [18].

Podsumowanie

Dzieci, mimo dużego postępu medycyny nadal będą chorowały i umierały w szpitalach. Ważne jest, by otoczyć opieką nie tylko dziecko, ale również towarzyszącą mu rodzinę. Aby zapewnić właściwą opiekę paliatywną dziecku umierającemu na oddziale szpitalnym trzeba stworzyć optymalne warunki. Do warunków tych należy zaliczyć: przeszkolenie personelu, współpracę z psychologiem, anestezjologiem, kapłanem i pracownikiem socjalnym, a także w miarę możliwości osobne pomieszczenie i pielęgniarkę. Opieka taka obejmuje również szczere i niewymuszone rozmowy z dzieckiem i jego rodzicami. Umiejętność komunikowania się z chorym umierającym i jego rodziną to trudna sztuka wymagająca ciągłej nauki i doskonalenia. Rozważyć należy nawiązanie współpracy z najbliższym hospicjum domowym. Rodzice i rodzeństwo dziecka zmarłego w szpitalu powinni uzyskać dostęp do programów wsparcia w żałobie oferowanych przez hospicjum.

Piśmiennictwo

1. Sheepshanks M.: Kiedy odchodzą na zawsze ci, których kochamy. Diogenes. Warszawa 1999.
2. Kubler-Ross E.: Dzieci i śmierć. Jak dzieci i ich rodzice radzą sobie ze śmiercią? Wydawnictwo Media Rodzina. Poznań 2007.
3. Bohdan Z.: Lekarz wobec śmierci dziecka. *Więź*, 1999, 2, 77-83.

4. Saunders C.: *Watch with Me: Inspiration for a Life in Hospice Care*, Sheffield: Mortal Press, 2003.
5. World Health Organization (1990) *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Geneva: WHO 11 (World Health Organization technical report series: 804).
6. Saunders C., Foreword W.: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Doyle D., Hanks G.W.C., MacDonald N. (red.). Oxford Medical Publications, Oxford, New York, Tokyo 1998.
7. Schowalter J.E., Patterson P.R., Tallmer M., Kutscher AM., *The child and death*, Columbia Univ. Press, New York 1983.
8. Krakowiak P.: *Strata, Osierocenie i Żałoba. Poradnik dla pomagających i osób w żałobie*. Wydawnictwo Hospicjum to też życie. Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk 2007.
9. Biskupska M., Konieczna M.: *Noworodek i jego rodzice w obliczu choroby i śmierci*. *Now. Lek.*, 2013,82,142-149.
10. Sanders C.: *Jak przeżyć stratę dziecka*. GWP, Gdańsk 2001.
11. Bohdan Z.: *Jak rozmawiać z umierającym dzieckiem?* Fundacja *Lubię pomagać*. www.lubiepomagac.pl, data pobrania 24.02.2015.
12. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W.: *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, Wyd. Czelej. Lublin 2003.
13. Myerscough P.R., Ford M.: *Jak rozmawiać z pacjentem?* GWP, Gdańsk, 2001.
14. Steward J.: *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2005.
15. Watson M.S., Lucas C.F., Hoy A.M., Back I.N.: *Opieka paliatywna*. Elsevier, Urban & Partner, Wrocław 2007.
16. Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D.: *Pragmatics of human Communication*, Northon and Company, New York, 1967.
17. Kubler-Ross E.: *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Media Rodzina, Poznań, 1998.
18. Łuczak J.: *Czy tylko słowa? [w:] Sztuka rozmowy z chorym*, Wyd. Ad vocem, Kraków 2001.
19. *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Watykan, 1995.
20. Kubler-Ross E.: *Życiodajna śmierć*. Media Rodzina, Poznań 1998.

Kulak Piotr, Gościk Elżbieta

Diagnostyka obrazowa w diagnostyce pośmiertnej

Zakład Radiologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Pojęcie diagnostyka obrazowa, za Jakubowski [1], zostało wprowadzone stosunkowo niedawno, bo w ostatnim dwudziestolecu ubiegłego wieku do teorii i praktyki medycznej.

Diagnostyka obrazowa wykorzystuje do oceny budowy ciała ludzkiego zjawisk fizjologicznych, a także do monitorowania przebiegu leczenia działanie promieniowania jonizującego, zjawiska rezonansu magnetycznego oraz ultradźwięków, opierając się o takie metody badań obrazowych, jak [1,2]:

- rentgenodiagnostyka (RTG)
- tomografia komputerowa (CT - *computed tomography*)
- tomografia rezonansu magnetycznego (NMR - *Nuclear Magnetic Resonance*)
- jądrowy rezonans magnetyczny (MRI - *Magnetic Resonance Imaging*)
- ultrasonografia (USG - *ultrasonography*)
- scyntygrafia (Sc)
- tomografia emisyjna pojedynczego fotonu (SPECT - *Single-Photon Emission Computed Tomography*)
- cyfrowa angiografia różnicowa (DSA - *Digital Subtraction Angiography*)
- pozytonowa tomografia emisyjna (PET - *positron emission tomography*).

Każda z tych metod, za Kaliszczak [3,4], umożliwia uzyskanie unikalnych dla określonej techniki danych i wszystkie wykorzystując różnorodne fizyczne zjawiska do tworzenia obrazów, dostarczają informacji o morfologii i cechach patologicznych różnych narządów, co pozwala na ich wykorzystanie w badaniach identyfikacyjnych człowieka, na podstawie obrazu cech indywidualnych patologii jego kośćca..

Obecnie zastosowanie metod obrazowania w pośmiertnej diagnostyce sądowo-lekarskiej dało możliwości rozszerzenia zakresu badań, co powoduje, że dane pochodzące np. z KT i MRI, po wielu latach od wykonania badania, mogą być przydatne do analiz porównawczych, jako niezmienione dane wejściowe. Nowym kierunkiem jest zintegrowanie wielu metod obrazowania, jak np. połączenie KT z PET.

W literaturze przedmiotu [5-16] podkreśla się, że pośmiertne badanie obrazowe TK coraz częściej zajmują istotne miejsce w tanatologii, nie tylko jako jedno z badań kompleksowego, wirtualnego opracowania przypadku, ale także jako badanie wykonywane samodzielnie przed typową sądowo-lekarską sekcją zwłok. W Polsce takie rutynowe badania są prowadzone od początków 2009 roku [17-19].

Woźniak [19] zauważa, że w zasadzie nie jest możliwe całościowe zbadanie każdych zwłok, w związku z tym udokumentowanie, z wykorzystaniem pośmiertnego badania TK, szerszego panelu obserwacji pozwala mieć pewność, że zwiększy się zakres wykrytych zmian i tym samym wzrośnie dokładność klasycznego pośmiertnego badania i jakość prowadzonego postępowania. Istotne jest także to, że jeszcze przed przeprowadzeniem sekcji zwłok można zaplanować celowane modyfikacje techniki sekcyjnej, tak aby zweryfikować, już w konwencjonalny sposób, wykazane zmiany patologiczne [19].

Dane historyczne

W roku 1896 [cyt. za 18, cyt. za 20], w wiedeńskim dzienniku Die Presse, ukazała się pierwsza informacja podana przez Ernsta Lecheta, o odkryciu przez Roentgena nowego rodzaju promieniowania (promienie X, później nazywane promieniami rentgenowskimi), co jak przewidywano, będzie użyteczne w znajdowaniu i lokalizacji kul w ciele pacjenta. Zasugerowano także, że metoda ta może być wykorzystana w medycynie sądowej, co praktycznie zrealizowano pod koniec stycznia 1896 [cyt. za 18].

W sprawach z powództwa cywilnego, za Urbanik [18], wyniki badań radiologicznych, jako materiału dowodowego, zaczęto po raz pierwszy używać w Denver (USA) w listopadzie 1896.

Praktycznie w tym samym czasie zaczęto także wykonywać badania RTG zwłok ludzkich, a najbardziej znaczące było wykorzystanie zdjęć rentgenowskich do identyfikacji ofiar pożaru w wielkiej sali tanecznej w Paryżu w roku 1897 [cyt. za 18].

W roku 1897 Walsh [21] i w roku 1918 Beclere [22] podjęli próbę zastosowania promieni RTG w daktyloskopii, proponując technikę polegającą na pokrywaniu opuszków palców odpowiednio azotanem bizmutu ($\text{Bi}(\text{NO}_3)_3$) lub czterotlenkiem ołowiu (Pb_3O_4) i wykonywaniu zdjęcia RTG.

Kolejnym kamieniem milowym było wprowadzenie do diagnostyki, w 1972 roku, KT [cyt. za 18]. Pierwsze badanie TK dla potrzeb sądowych zostało wykonane w 1977 roku w celu oceny postrzału głowy [cyt. za 18].

W roku 1989, do metod radiologii sądowej wprowadzono techniki spiralne, które pozwoliły na tworzenie wiarygodnych trójwymiarowych rekonstrukcji [cyt. za 18].

Uważa się, że współczesne podwaliny radiologii sądowej dały prace Rieperta [23,24,25] oraz Steina i wsp. [26,27] i Karger [20].

W Polsce [18,28], pierwsze udokumentowane badanie dla potrzeb lokalizacji kuli w ciele pacjenta zostało wykonane w roku 1900 w Warszawie, przez Szteynera.

Identyfikacja ofiar

W procesie identyfikacji ofiar (potwierdzenie lub wykluczenie tożsamości), za Lorkiewicz-Muszyńska [29] stosowane są różne metody, w oparciu o cechy indywidualne (najbardziej niepowtarzalne oraz niezmiennie), w oparciu o materiał żąyciowy i pośmiertny.

Metody identyfikacji, za Sołtyszewski i wsp. [30] uporządkowane są według poniższej kolejności, od naukowych i najbardziej wiarygodnych do nienaukowych i tylko sugerujących tożsamość:

- porównanie profilu genetycznego DNA
- porównanie odcisków palców
- badania uzębienia i innych danych odontologicznych
- badania radiologiczne
- porównanie danych medycznych (przebyte zabiegi lecznicze i chirurgiczne)
- porównanie znaków szczególnych - blizny, tatuaże
- porównanie danych rys opisowych
- identyfikacja rzeczy osobistych, w tym odzieży, biżuterii itp.
- identyfikacja na podstawie dokumentów ujawnionych przy zwłokach lub szczątkach
- rozpoznanie przez świadków, członków rodziny lub znajomych

W identyfikacji zwłok i szczątków ludzkich o nieustalonej tożsamości ogromną rolę odgrywają badania porównawcze z zakresu odontologii, w tym zdjęcia radiologiczne [30].

Przy ustalaniu tożsamości zwłok i szczątków ludzkich, za Lorkiewicz-Muszyńska [29], istotną rolę ogrywają prawidłowo udokumentowane nie tylko w historii choroby, ale także na zdjęciach radiologicznych, ślady po specjalistycznych zabiegach stomatologicznych, cechy morfologiczne zębów, nieprawidłowości wrodzone uzębienia, rodzaj materiału użytego do wypełnienia, metoda opracowania ubytku lub odbudowy zęba [29].

Pamiętać należy, że wypełnienia metalowe, takie jak np. amalgamat i złoto nie przepuszczają promieni X, stąd zawsze bardzo dobrze są widoczne na zdjęciach rentgenowskich, co ułatwia analizę porównawczą w procesie identyfikacji osobniczej [29].

W literaturze przedmiotu [29,31,32,33] podkreśla się, że zdjęcia radiologiczne cechuje wysoka wartość diagnostyczna w procesie identyfikacji, zwłaszcza dotyczące struktur kostnych

wykazujących anatomiczną zmienność lub zmiany pourazowe, czy wszelkiego rodzaju anomalie. Za przykład [29,31,32,33] podaje się przydatność w procesie kompleksowych, porównawczych badań identyfikacyjnych, wykonanych zażyciowo zdjęć radiologicznych czaszki, ukazujących charakterystyczne cechy i struktury, zmiany będące wynikiem patologii rozwojowych lub wrodzonych, zmiany pourazowe lub ślady ingerencji chirurgicznej. Dużą wartość diagnostyczną mają np. zażyciowe cechy zatok czołowych [29,31,32,33], ponieważ ich obraz radiologiczny (pod względem kształtu, wielkości, cech przegrody itp.) cechuje wysoka zmienność międzypersoniczna, nawet pomiędzy bliźniętami jednojajowymi. W badaniach identyfikacyjnych powyższe wykorzystał już w 1921 roku Shuller [34], który stwierdził, że nie ma dwóch osób o identycznym wzorze zatok czołowych. W procesie identyfikacji istotny wydaje się także fakt, iż zatoki czołowe nie są rozwinięte u noworodków oraz w pierwszych latach życia człowieka. Rozwijają się powoli, dopiero około drugiego roku życia, do rozpoczęcia okresu pokwitania, a potem szybko do ok. 20-24 lat, kiedy to osiągną swoje maksymalne rozmiary i ostateczny kształt, by ich cechy budowy anatomicznej pozostały niezienne podczas następnych lat życia [29,31,32,33].

W kolejnych latach inni badacze [35-38] wykazali przydatność także zdjęć radiologicznych innych struktur czaszki, m.in. nosa, zatok przynosowych, szczęki, zębów, siodła tureckiego, wyrostków sutkowatych, z uwagi na anatomiczną zmienność międzypersoniczną.

Diagnostyka obrazowa kości

W literaturze przedmiotu [1,3,4,22-25,39,40-44] podkreśla się wykorzystanie do identyfikacji ciał obrazu radiogramów prawie wszystkich elementów kośćca ludzkiego (uwidocznienie wszystkich elementów kości oraz ustalenie cech ognisk patologii).

Borejko [45] podkreśla, że **radiografia**:

- pozwala na wizualną ocenę z określeniem rodzaju uszkodzenia, jego typu i charakteru w kości chorobowo zmienionej
- umożliwia szczegółową analizę porównawczą przebiegu procesów patologicznych i naprawczych (indywidualne cechy osobowe w postaci np. wgnieceń kości, ubytków i guzów kości, szczelin przełomu, złamań i blizn kostnych itp.)

Tomografia komputerowa pozwala na uzyskanie obrazu warstwowych przekrojów poprzecznych ciała ludzkiego z dużą rozdzielczością obrazu oraz zróżnicowaniem tkanki kostnej, co umożliwia, za Jakubowskim [1], dokładną analizę porównawczą cech zmian kostnych, ich topografii z uwzględnieniem najdrobniejszych szczegółów tych zmian oraz cech

procesów naprawczych i konsolidacji blizn kostnych (rozpoznawaniu i porównywaniu cech zmian patologicznych układu kostno-stawowego).

Badanie USG [1,3,4] pozwala na pomiary układu kostnego oraz rozpoznawanie cech patologii kośćca.

Scyntygrafia (Sc) [1,3,4,46] (bardzo czuła, nawet przy minimalnych zmianach kostnych) pozwala uzyskać obrazy badanej okolicy w różnych projekcjach oraz wykonywać badania przeglądowe całego ciała, dokonać komputerowej obróbki obrazu lub oceny ilościowej z porównywaniem wybranych interesujących obrazów tkanki kostnej. Czułość metody scyntygraficznej w przypadkach wykrywania cech patologii kośćca wynosi 100% [1].

Rezonans magnetyczny (MRI) [1-4], należy do najnowszych oraz najdokładniejszych technik obrazowania stosowanych celem identyfikacji cech patologii kośćca. Badanie, za Hanausek [47], umożliwia dokładną oceną struktury kostnej oraz śledzenie cech przebiegu procesów naprawczych wytwarzających blizny kostne, które są znamienymi cechami identyfikacyjnymi, stąd w kryminalistyce daje nieograniczone możliwości identyfikacyjne w zakresie ustalenia tożsamości osób i zwłok.

Wyniki uzyskane metodami obrazowymi uznawane są w literaturze przedmiotu [1-4, 45,46,47] za materiał porównawczy w badaniach identyfikacyjnych, a w zestawieniu z innymi danymi (płeć, wiek, znaki szczególne) są niezmiernie przydatne w uzyskaniu pozytywnej identyfikacji osobniczej kośćca ludzkiego, zwłaszcza w przypadku osób o nieustalonej tożsamości (np. ofiar masowych katastrof, osób psychicznie chorych, osób cierpiących na zanik pamięci, nieprzytomnych, sprawców przestępstw po zmianie dokumentów tożsamości lub operacjach plastycznych, czy a także zwłok i części zwłok).

Metody badania zwłok

W literaturze fachowej [48,49,50] podkreśla się, że diagnostyka przyczyny zgonu z powodu utonięcia nie jest dla medyków sądowych łatwym zadaniem. Wprowadzenie do praktyki sądowo-lekarskiej pośmiertnego badania obrazowego TK, stworzyło szansę wykazania zmian, które można byłoby odnieść do mechanizmu zgonu w wyniku utonięcia, nie ma jednak takich doniesień zbyt wiele [51-54].

Badania RTG zwłok [17,18] obecnie wykonywane są rutynowo we wszystkich zakładach medycyny sądowej, posiadających do swojej dyspozycji odpowiednią aparaturę, w tym aparaty z ramieniem C do fluoroskopii, co gwarantuje podstawową ocenę układu kostnego. Jednakże w opinii Urbanika i Chrzana [18], zastosowanie TK ewidentnie poprawia możliwości diagnostyczne, przede wszystkim z uwagi na *postprocessing* (możliwość przetwarzania danych obrazowych z dowolną prezentacją badanych elementów, tworzeniem rekonstrukcji oraz

stosowaniem okien filtrujących, pozwalających na ocenianie surowych danych w wybranym aspekcie). W wielu przypadkach wyłącznie w badaniu TK można uwidocznić niewielkie uszkodzenia struktur kostnych, które mogłyby być przeoczone w czasie sekcji [18].

W wybranych przypadkach, na co zwraca uwagę Thali i wsp. [5-10], gdy istnieje potrzeba analizy wybranych elementów kostnych, przydatna jest technika mikroTK.

KT [5-10,55] pozwala na uwidocznienie kanałów przelotowych bez konieczności preparowania tkanek miękkich oraz na identyfikacje kanałów powstałych po użyciu broni białej, a w trudnych przypadkach - na identyfikację kanału i określeniu jego przebiegu.

Badanie TK [53,56,57] wyraźnie uwidacznia obiekty nie tylko o wysokim stopniu osłabienia promieniowania rentgenowskiego, ale także o bardzo niskim, jak np. obszary wypełnione powietrzem. Podobnie w przypadku odmy o różnej lokalizacji, rozedmy, embolii tętnic płucnych czy innych patologicznych przestrzeni powietrznych [53,56,57].

Wysoka rozdzielczość kontrastowa, a przez to tkankowa, pozwoliła na zastosowanie TK w medycynie sądowej do obrazowania narządów mięsistych i tkanek miękkich [5-10, 26,27,56,58,59].

Woźniak i wsp. [51] przedstawili analizę wyników pośmiertnego badania obrazowego TK w przypadku utonięcia młodej osoby w rzece. Obraz TK analizowano szczególnie pod kątem obecności piany w drogach oddechowych oraz obecności płynu w zatokach obocznych nosa, zawartości płynu w komórkach sutkowych, obecności krwi w jamach serca, analizę obrazu płuc (objętości w klatce piersiowej, powietrzność), obecności treści żołądkowej oraz analizę stanu odcinka szyjnego kręgosłupa. Zdaniem autorów [51], pośmiertne badanie TK w takich przypadkach może wnieść dodatkowe informacje uzupełniając klasyczne badania sądowo-lekarskie, pozwalając poszerzyć zakres wykluczenia możliwych przyczyn zgonu, o np. zmiany pourazowe w zakresie odcinka szyjnego kręgosłupa.

W innym badaniu, Woźniak i wsp. [60,61,62] za cel postawili sobie sprawdzenie, w jakim zakresie poprzez wstępną analizę danych, pośmiertne badanie TK, które będzie wykonane przed konwencjonalną sądowo--lekarską sekcją zwłok, może ją ukierunkować w celu ujawnienia zmian trudnych do wykazania drogą normalnej diagnostyki tanatologicznej. W tym celu wykonali badania 58 zwłok przy użyciu tomografu komputerowego. Przed każdym badaniem TK uzyskiwano zgodę właściwego prokuratora, a przed wykonaniem sądowo-lekarskiej sekcji zwłok typowymi metodami, dokonywano wstępnej analizy materiału z akwizycji TK (przekroje *multiplanar reconstruction* - MPR, rekonstrukcje przestrzenne), z zastosowaniem programu komputerowego Osirix. W przypadku ofiar postrzałów z broni palnej i wybuchów lokalizowano ciała obce [60,61,62].

Okazało się, za Woźniak i wsp. [60,61,62], iż ocena obrazu TK przed sekcją zwłok, dotycząca lokalizacji ciał obcych metalicznych (np. pocisków), w większości przypadków skutkowałą możliwością sprawnego ich odnalezienia i wydobycia, jednakże przy mniejszym rozmiarze, pomimo znanej lokalizacji, dodatkowo pomocne było zastosowanie fluoroskopii podczas sekcji. Autorzy podkreślają [60,61,62], że analiza przestrzeni powietrznych pod kątem wykazania „niefizjologicznych” lokalizacji, pozwoliła na precyzyjniejsze zaplanowanie klasycznych prób w celu wykazania obecności powietrza, czy to w jamach serca, czy to w jamach opłucnej. Obraz TK pozwolił na określenie „jakościowe” takiego zjawiska, ale także na zobrazowanie jego rozległości [60,61,62]. Rutynowe sposoby prowadzenia konwencjonalnego badania sekcyjnego na obecność płynu - krwi w jamie opłucnej nie stanowi z reguły większego problemu diagnostycznego, jednakże obraz TK pozwolił dodatkowo na analizę innych, trudniej dostępnych, mniejszych przestrzeni płynowych (twarzoczaszka, zatoki oboczne nosa), z obecnością krwi w przypadku obrażeń, jak i płynu u ofiar utonięć, co zdecydowanie ułatwiło zaplanowanie pobrania płynu do badań, np. z zatok klinowych [60,61,62]. Zdaniem autorów [60,61,62], wstępna analiza danych z pośmiertnego badania TK, przed klasyczną sądowo-lekarską sekcją zwłok, ma wszelkie przesłanki do stania się regułą w diagnostyce tanatologicznej, także w Polsce.

W niektórych przypadkach, za Urbanik i Chrzan [17,18], przy np. bardzo małych ranach kłutych, można uwidocznić zmianę na powierzchni posługując się techniką TK, jednakże ocena obrazów rekonstrukcyjnych wspomagana jest analizą skanów poprzecznych, pozwalających na ujawnienie kanału kłutego.

Nowoczesna technika badania zwłok - Virtopsy® umożliwia uzyskiwanie różnych rekonstrukcji trójwymiarowych i polega na zastosowaniu danych zebranych z laserowego skanowania zwłok ludzkich, fotogrametrii 3D, badań TK i MR oraz spektroskopii i angiografii TK [6,7,9,17,18].

Urbanik i Chrzan [17,18] podkreślają, że aktualnie stosowane aparaty TK dają możliwość wykonania badania całego obszaru zwłok w krótkim czasie, a następująca po etapie diagnostycznym, klasyczna autopsja może być „sterowana” danymi uzyskanymi ze skanowania. Dzięki temu otrzymywany w badaniu TK obraz całych zwłok eliminuje lub w bardzo dużej mierze ogranicza możliwość przeoczenia jakichkolwiek zmian [17,18].

Podsumowanie

Urbanik i Chrzan [17,18] zwracają uwagę, iż dyscyplina zajmująca się szeroko rozumianymi badaniami zagadnień dotyczących śmierci funkcjonuje pod pojęciem tanatologia. Raszeja [63] natomiast podkreśla, że w przypadku, kiedy dzieje się to dla potrzeb wymiaru

sprawiedliwości, jest to tanatologia sądowa. Z tego powodu, jak sugerują Urbanik i Chrzan [17,18], dla technik radiologicznych wykorzystywanych do badania zwłok ludzkich właściwsza jest nazwa radiologia tanatologiczna.

Identyfikacja zwłok ludzkich na podstawie badań porównawczych cech identyfikacyjnych kośćca w obrazie zażyciowych i pośmiertnych radiogramów, została w fachowym piśmiennictwie [36,64] nazwana radiologiczną metodą identyfikacji.

Zdaniem Kaliszczaka [3,4], przy rozważaniu problemu funkcjonowania pojęcia metoda radiologiczna odnośnie badań mających na celu określenie cech identyfikacyjnych kośćca, należy brać także pod uwagę, że podobnie, z pominięciem przedmiotu identyfikacji, mogą być sformułowane zbliżone określenia różnych metod identyfikacji cech patologii kośćca, także na podstawie nieradiologicznych technik diagnostyki obrazowej. Uzasadnia to zdaniem autora [3,4] *„możliwość stosowania analogicznie takich określeń, jak np.: tomograficzna metoda identyfikacji, magnetyczno-rezonansowa metoda identyfikacji, ultrasonograficzna metoda identyfikacji, scyntygraficzna metoda identyfikacji, metoda tomografii komputerowej itp., co zbędnie w bardzo znacznym stopniu rozszerzyłoby zakres terminologii dotyczący tego samego przedmiotu identyfikacji”*.

Ekspert, za Kaliszczak [3,4], prowadząc badania porównawczo-identyfikacyjne za pośrednictwem obrazów diagnostycznych, może analizować uwidoczniona na nich identyczność lub odmienność cech patologicznych anatomicznego obiektu kostnego, w związku z tym badania te powinny być określane nazwą osteopatoskopia, ponieważ na nazwa *„przedmiotowo, ściśle i jednoznacznie, przyporządkowuje konotacje metody identyfikacji osób na podstawie różnorodnych technik obrazowania diagnostycznego i porównawczych badań cech patologicznych kośćca, ujawnionych w tych obrazach”*.

Marcinkowski [65] zwraca uwagę, że osteopatoskopia to określenie metody identyfikacji kośćca składające się z trzech członów wskazujących na przedmiot badań identyfikacyjnych: *os*teo - kość, kościec; *os*teo - patologia - stan chorobowy, zmiana chorobowa; *os*teo - skopia - skopein - oglądać, badać. Uzasadniając przydatność terminu osteopatoskopia w identyfikacji osób, autor [65], przytacza wiele przykładów określonych przedmiotowo metod identyfikacji stosowanych w nomenklaturze zarówno teorii, jak i praktyki kryminalistyki i medycyny sądowej, a które swą nazwą oznaczają przedmiot analizy porównawczej, np. daktyloskopia - do analizy porównawczej śladów linii papilarnych palców; mechanoskopia - do identyfikacji narzędzi na podstawie pozostawionych przez nie śladów; chelioskopia - do identyfikacji śladów czerwieni wargowej; chejroskopia do badań porównawczo-identyfikacyjnych śladów linii papilarnych dłoni; pelmatoskopia - do identyfikacji odcisków

linii brodawkowych stóp; poroskopia - do badań identyfikacyjnym rozmieszczenia ujść gruczołów potowych na fragmentach odcisków palców.

Urbanik i Chrzan [17,18] podkreślają, że medycy sądowi, w przeciwieństwie do specjalistów radiologii, nie posiadają odpowiedniej wiedzy do interpretacji obrazów TK, ani w świetle obowiązującego w Polsce prawa, nie mają uprawnień do opisywania badań TK. Z drugiej strony, opis zwłok w krótkim czasie po śmierci nie sprawi dla radiologa problemów, to ocena zwłok w stanie rozkładu może stanowić dla niego trudność. W związku z tym autorzy [17,18] uważają, że jedynym rozsądnym wyjściem jest tworzenie zespołów składających się ze specjalistów radiologii i medyków sądowych.

Czołowi eksperci medycyny sądowej w Wielkiej Brytanii, za Hayakawai wsp. [66], zaproponowali w roku 2012, aby wirtualna autopsja została uznana oficjalnie za rutynową procedurę pomocniczą dla klasycznej autopsji, a w szczególnych przypadkach ją zastępowała. Stwierdzili także potrzebę funkcjonowania 30 regionalnych centrów, w których byłaby możliwość wykonywania badań TK i w których pracowałiby radiolodzy i patolodzy [66].

Piśmiennictwo

1. Jakubowski W., Serafin - Król M.: Diagnostyka obrazowa w traumatologii narządu ruchu [w:] Traumatologia narządu ruchu. Tylman D., Dziak A. (red.), t. I, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1996.
2. Gonet B.: Obrazowanie magnetyczno – rezonansowe. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1997.
3. Kaliszczak M.: Kryminalistyczno-identyfikacyjne aspekty diagnostyki obrazowej cech patologii kośćca. Arch. Med. Sąd. Kryminol., 2004, 52, 205–212.
4. Kaliszczak M.: Przydatność diagnostyki obrazowej w kryminalistyce. Wyd. Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2001.
5. Thali M. J., Jackowski C, Oesterhelweg L., Ross S. G., Dirnhofer R.: Virtopsy - The Swiss virtual autopsy approach. Leg. Med., 2007, 9, 100-104.
6. Thali M. J., Yen K., Schweitzer W., et al.: Virtopsy, a new imaging horizon in forensic pathology: virtual autopsy by postmortem multislice computed tomography (MSCT) and magnetic resonance imaging (MRI) - a feasibility study. J. Forensic Sci., 2003, 48, 386-403.
7. Thali M., Braun M., Buck U. et al.: Virtopsy: scientific documentation, reconstruction and animation in forensic: individual and real 3D data based geometric approach

- including optical body/object surface and radiological CT/MRI scanning. *J. Forensic Sci.*, 2005, 50, 428-442.
8. Thali M., Taubenreuther U., Karolczak M., et al.: Forensic microradiology: micro-computed tomography (micro-CT) and analysis of patterned injuries inside of bone. *J. Forensic Sci.*, 2003, 48, 1336 -1342.
 9. Thali M., Yen K., Schweitzer W. et al.: Virtopsy, a new imaging horizon in forensic pathology: virtual autopsy by postmortem multislice computed tomography (MSCT) and magnetic resonance imaging (MRI) – a feasibility study. *J. Forensic Sci.* 2003, 48, 386-403.
 10. Thali M., Yen K., Vock P. et al.: Image-guided virtual autopsy findings of gunshot victims performed with multi-slice computed tomography and magnetic resonance imaging and subsequent correlation between radiology and autopsy findings. *J. Forensic Sci. Int.*, 2003, 138, 8-16.
 11. Bolliger S. A., Thali M. J., Ross S., et al.: Virtual autopsy using imaging: bridging radiologic and forensic sciences. A review of the Virtopsy and similar projects. *Eur. Radiol.*, 2008, 18, 273-282.
 12. Levy G., Goldstein L., Blachar A., et al.: Postmortem computed tomography in victims of military air mishaps: radiological-pathological correlation of CT findings. *Isr. Med. Assoc. J.*, 2007, 9, 699-702.
 13. Hoey B.A., Cipolla J., Grossman M.D., et al.: Postmortem computed tomography, "CATopsy", predicts cause of death in trauma patients. *J. Trauma.*, 2007, 63, 979-985.
 14. Dedouit R, Telmon N., Costagliola R., et al: New identification possibilities with postmortem multislice computed tomography. *Int. J. Legal. Med.*, 2007, 121, 507-510.
 15. Blau S., Robertson S., Johnstone M.: Disaster victim identification: new applications for postmortem computed tomography. *J. Forensic Sci.*, 2008, 53, 956-961.
 16. Sidler M., Jackowski O, Dirnhofner R., et al.: Use of multislice computed tomography in disaster victim identification-advantages and limitations. *J. Forensic Sci. Int.*, 2007, 169, 118-128.
 17. Urbanik A., Chrzan R., Woźniak K., Moskała A.: Post-mortem CT examination - own experiences. *Pol. J. Radiol.*, 2009, 74, 55-63.
 18. Urbanik A., Chrzan R.: Zastosowanie badania tomografii komputerowej (TK) dla potrzeb medycyny sądowej. *Przegl. Lek.*, 2013, 70, 229-242.

19. Woźniak K., Moskała A., Urbanik A., Kłys M.: Przydatność wstępnej analizy danych z pośmiertnego badania TK dla poszerzenia możliwości diagnostycznych sądowo-lekarskiej sekcji zwłok. *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 2010, 60, 27-37.
20. Karger B.: Morphological findings in the brain after experimental gunshots using radiology, pathology and histology. *Int. J. Legal Med.*, 1998, 111, 314-319.
21. Walsch D.: Skin pictures with X-rays. *Br. Med. J.*, 1897, 27, 787.
22. Beclere H.: La radiographie antropometric du pouce (superpositione des empreintes digitales, du squelette et de l'ongle). *C. R. Acad. Sci.*, 1918, 167, 499.
23. Riepert T., Rittner C.: Roentgen identification of unknown cadavers with advanced postmortem changes. *Z. Rechtsmed.*, 1989, 102, 207.
24. Riepert T., Schultes A., Grass H. et al.: Autopsie und postmortale Computertomographie – ein prospektiver Vergleich. *Rechtsmedizin*, 2001, 11, 160.
25. Riepert T., Schweden F., Schild H., Rittner C.: The identification of unknown corpses by x-ray comparison. *Rofo. Fortschr. Geb. Rentgeustr. Neuen Bildgeb. Verfahr.*, 1995, 162, 241-245.
26. Stein K.: Computed tomography in forensic pathology, what is normal findings in cadaver. *Forensic Sci. Int.*, 2003, 136, 270.
27. Stein K., Bahner L., Merkel J. et al.: Detection of gunshot residues in routine CTs. *Int. J. Legal Med.*, 2000, 114, 15-18.
28. Szteyner W.: Kula wyjęta z przepony i rentgenogram, na którym widać cień tej kuli. *Pam. Tow. Lek. Warsz.*, 1900, 96, 152.
29. Lorkiewicz-Muszyńska D., Przysańska A., Wojciech K.: Badania odontologiczne i radiologiczne w identyfikacji ofiar katastrof [w:] *Bezpieczeństwo zdrowia publicznego w zagrożeniach środowiskowych. Postępy metodologii badań*, Konieczny J. (red.). Garmond Oficyna Wyd., Poznań-Łódź-Inowrocław, 2012, 401-409 .
30. Sołtyszewski I., Młodziejowski B., Płoski R et al.: Kryminalistyczne i sądowo-lekarskie metody identyfikacji zwłok i szczątków ludzkich. *Probl. Krym.*, 2003, 239, 7-10.
31. Pondé J.M., Andrade R.N., Via J.M., et al.: Anatomical Variations of the Frontal Sinus. *Int. J. Morphol.*, 2008, 26, 803-808.
32. Goodman N. R., Edelson L. B.: The efficiency of an X-ray screening system at a mass disaster. *J. Forensic. Sci.*, 2002, 47, 127–130.
33. Marlin D.C., Clark M.A., Standish S.M. Identification of Human Remains by Comparison of Frontal Sinus Radiographs: A Series of Four Cases. *J. Forensic. Sci.*, 1991, 36, 1765-1772.

34. Schuller A.: A note on the identification of skulls by x-ray pictures of the frontal sinuses. *Med. J. Aust.*, 1943, 1, 554-557.
35. Culbert WL, Law FM. Identification by comparison of roentgenograms of nasal accessory sinuses and mastoid processes. *JAMA*, 1927, 88, 1634-1636.
36. Murphy W.A., Spruill F.G., Gantner G.E.: Radiologic Identification of Unknown Human Remains. *J. Forensic Sci.*, 1980, 25, 727-735.
37. Taniguchi M., Sakoda S., Kano T., et al.: Possible Possible Use of Nasal Septum and Frontal Sinus Patterns to Radiographic Identification of Unknown Human Remains. *Osaka City Med. J.*, 2003, 49, 31-38.
38. Voluter, G. The V-Test. *Radiologia Clinica, Supplement* 1959, 5-17.
39. Berent J.A.: Wartość dowodowa zdjęć radiologicznych dla identyfikacji zwłok. *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 1997, 47, 222-226.
40. Kahona T., Ravioli J.A., Urroz C.L., Hiss J.: Radiographic identification of fragmentary human remains from a mass disaster. *Am. J. Forensic Med. Pathol.*, 1997, 18, 40-44.
41. Marek Z., Kuśmiderski J., Lisowski Z.: Identyfikacja człowieka na podstawie zdjęć radiologicznych zatok czołowych. *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 1993, 33, 109-114.
42. Messmer J.M., Ferro M.F.: Personal identification by radiographic comparison of vascular groove patterns of the calvarium. *Am. J. Forensic, Med. Pathol.*, 1986, 7, 159-162.
43. Nainys J.V., Anuseviciene O.W.: Zastosowanie elektrentgenograficznych badań kości przedramienia do osobniczej identyfikacji szkieletu. *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 1980, 30, 197-200.
44. Śliwka K., Boroń Z., Miścicka-Śliwka D.: Wykorzystanie badań radiologicznych klatki piersiowej do identyfikacji zwłok osób nieznanych. *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 1983, 33, 47-51.
45. Borejko M.: Niektóre uwagi o technice i metodach badania narządu ruchu [w:] *Radiologia*, Leszczyński S.(red.). PZWL, Warszawa 1993.
46. Wojciechowski-Woy J.: Diagnostyka izotopowa układu kostnego [w:] *Radiologia*, Leszczyński S. (red.), PZWL, Warszawa, 1993, 342-368.
47. Hanausek T.: Cechy identyfikacyjne modus operandi. *Probl. Praworz.*, 1990, 6, 4-7.
48. Piette M. H., De Letter E. A.: Drowning: still a difficult autopsy diagnosis. *J. Forensic Sci. Int.*, 2006, 163, 1-9.
49. Modell J. H., bellefleur M., Davis J. H.: Drowning without aspiration: is this an appropriate diagnosis? *J. Forensic Sci.*, 1999, 44, 1119-1123.

50. Lunetta P., Penttila A. Sajantila A.: Circumstances and macropathologic findings in 1590 consecutive cases of bodies found in water. *Am. J. Forensic Med. Pathol.*, 2002, 23, 371-376.
51. Woźniak K., Urbanik A., Rzepecka-Woźniak E. et al.: Pośmiertne badanie obrazowe TK w przypadku domniemanego utonięcia – opis przypadku. *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 2009, 59, 330-336.
52. Aghayev E., Thali M.J., Sonnenschein M. et al.: Fatal steamer accident; blunt force injuries and drowning in post-mortem MSCT and MRI. *Forensic. Sci. Int.*, 2005, 152, 65-71.
53. Aghayev E., Yen K., Sonnenschein M. et al.: Pneumomediastinum and soft tissue emphysema of the neck in postmortem CT and MRI: a new vital sign in hanging? *J. Forensic Sci. Int.*, 2005, 153, 181-188.
54. Dedouit F., Telmon N., Guilbeau-Frugier C., et al.: Virtual autopsy and forensic identification-practical application: a report of one case. *J. Forensic Sci.*, 2007, 52, 960-964.
55. Oehmichen M., Gehl H., Meissner C. et al.: Forensic pathological aspects of postmortem imaging of gunshot injury to the head: documentation and biometric data. *Acta Neuropathol.*, 2003, 105, 570-580.
56. Jackowski C., Schweitzer W., Thali M. et al.: Virtopsy: postmortem imaging of the human heart in situ using MSCT and MRI. *J. Forensic Sci. Int.*, 2005, 149, 11-23.
57. Jackowski C., Thali M., Sonnenschein M. et al.: Visualization and quantification of air embolism structure by processing postmortem MSCT data. *J. Forensic Sci.*, 2004, 49, 1339-1342.
58. Dirnhoffer R., Jackowski C., Vock P. et al.: Virtopsy: minimally invasive, imaging-guided virtual autopsy. *Radiographic.*, 2006, 26, 1305-1333.
59. Grabherr S., Stephan B.A., Buck U. et al.: Virtopsy – radiology in forensic medicine. *Imaging Decisions*, 2007, 5, 2-9.
60. Woźniak K., Moskała A., Urbanik A. et al.: Pośmiertne badania obrazowe z rekonstrukcją 3D: nowa droga rozwoju klasycznej medycyny sądowej? *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 2009, 59, 124-130.
61. Woźniak K., Moskała A., Urbanik A., Kłys M.: Pośmiertne badania obrazowe TK z rekonstrukcją 3D u ofiar wypadków drogowych. *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 2009, 59, 93-100.

62. Woźniak K., Moskała A., Urbanik A.: Przestrzenna rekonstrukcja złamań na podstawie pośmiertnego badania TK, jako element procesu rekonstrukcji wypadku drogowego, Paragraf na Drodze, 2009, nr spec, 299-305.
63. Raszeja S.: Dziś i jutro tanatologii sądowo-lekarskiej. Arch. Med. Sąd. Krym., 2007, 57, 420.
64. Singleton A.C.: The Rentgenological Identification of Victims of the Naronic Disaster, Am. J. Roentgenol. Radium Ther. Nucl. Med., 1951, 66, 375-384.
65. Marcinkowski T.: Medycyna sądowa dla prawników. Wyd. Prawnicze, Warszawa, 1982.
66. Hayakawa M., Yamamoto S., Motani H. et al.: Does imaging technology overcome problems of conventional postmortem examination? A trial of computed tomography imaging for postmortem examination. Int. J. Legal Med., 2006, 120, 24-26.

Pasieka Ewa¹, Lewandowski Jacek²

Zastosowanie rentgenodiagnostyki klasycznej w identyfikacji zwłok i szczątków ludzkich

1. Zakład Radiologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Pracownia Hemodynamiki, Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

Wstęp

Odkrycie promieniowania X przez W. K. Roentgena w listopadzie 1895 roku umożliwiło badanie ciała ludzkiego nie tylko na potrzeby medycyny, ale i kryminalistyki. W maju 1896 roku T. Bordas wskazał na przydatność zdjęcia rentgenowskiego (ZRTG) w praktyce sądowej w potwierdzeniu obecności złamań, pocisków i innych ciał obcych. W tym samym roku T. Angerer wykazał, że pomiar kości nadgarstka na wykonanym radiogramie pozwala na przeprowadzenie identyfikacji i ustalenie wieku badanego dziecka [1,2]. Dwa lata później w *American X-ray Journal* doktor Fovau d'Courmelles pisał: „*jeśli wiadomo o osobie, której zwłoki znaleziono spalone, że za życia doznała złamań, to promieniowanie rentgenowskie może być przydatne w identyfikacji*” [3]. Po raz pierwszy celem identyfikacji zwłok zdjęcia rentgenowskie zostały wykonane ofiarom pożaru sali tanecznej w Paryżu w 1897 roku [4]. Natomiast w 1899 roku B. Levinsohn opracował pierwszy system do identyfikacji na podstawie antropologicznej oceny zdjęć rentgenowskich [2]. Korzystając z oceny osobniczych punktów anatomicznych, w 1927 roku W. L. Culbert i F. M. Law przeprowadzili pierwszą skuteczną identyfikację na podstawie ZRTG wykonanego za życia osoby zmarłej i po śmierci, analizując kształt zatok obocznych nosa [1]. W roku 1935 w Wielkiej Brytanii zidentyfikowano szczątki osoby zaginionej metodą porównania radiogramów uzębienia wykonanych za życia i pośmiertnie [5].

Identyfikacja radiologiczna miała swój udział w kompleksowej analizie i potwierdzeniu tożsamości szczątków osób znanych z kart historii. W maju 1945 roku, po zdobyciu Berlina przez wojska radzieckie, odnaleziono liczne fragmenty zwęglonych ciał. Analiza porównawcza zdjęć rentgenowskich uzębienia potwierdziła, iż znalezione w okolicy bunkra Führera szczątki należą do przywódcy III Rzeszy. Do przeprowadzenia identyfikacji Rosjanie wykorzystali ZRTG wykonane Adolfowi Hitlerowi we wrześniu 1944 roku, kiedy to przywódca III Rzeszy został poddany starannym badaniom lekarskim ze względu na

utrzymujące się bóle głowy od czasu próby zamachu na jego życie w Wilczym Szańcu. Rozstrzygająca w procesie identyfikacji czaszki Führera była analiza punktów anatomicznych oraz potwierdzenie faktu, że Adolf Hitler miał wykonany most protetyczny [3,5,6,7].

Celem opracowania jest charakterystyka technik identyfikacji zwłok i szczątków z wykorzystaniem rentgenodiagnostyki klasycznej. Praca powstała z przeglądu wydawnictw książkowych i czasopism (wyszukiwarka PubMed) zgodnie z omawianym zagadnieniem.

Rozwinięcie

Problem śmierci w aspekcie medyczno-sądowym obejmuje następujące zagadnienia [9]:

- Identyfikację,
- ustalenie czasu zgonu,
- ustalenie przyczyn zgonu,
- ustalenie sprawcy czynu,
- ujawnienie, zabezpieczenie i wykorzystanie śladów kryminalistycznych.

Potwierdzenie tożsamości ofiar katastrof naturalnych, np. huragany, tsunami lub incydentów wywołanych przez człowieka, np. zamachy terrorystyczne, katastrofy lotnicze, morderstwa stanowi zawsze wyzwanie stawiane przed specjalistami z zakresu medycyny sądowej. Często są to fragmenty ciał, które mogą być w znacznym stopniu rozczłonkowania, rozkładu, zwęglenia, itp. Identyfikacja zwłok lub szczątków jest jednym z najważniejszych etapów dochodzenia nie tylko w samej procedurze sądowej, ale i na płaszczyźnie emocjonalnej, gdyż na identyfikację oczekują bliscy osób uznanych za zaginione.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi definiuje zwłoki, jako „ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży”. Natomiast za szczątki ludzkie zostały uznane [10,11]:

- popioły powstałe w wyniku spopielenia zwłok,
- pozostałości zwłok, wydobyte przy kopaniu grobu lub w innych okolicznościach,
- części ciała ludzkiego, odłączone od całości.

Identyfikacja zwłok lub ich fragmentów, także w dużym stopniu rozczłonkowania (ofiary masowych katastrof) i rozkładu (zwłoki wykopane z ziemi), na podstawie porównania ZRTG zażyciowego (*ante mortem*, AM) i pośmiertnego (*post mortem*, PM) nazywana jest *radiologiczną metodą identyfikacji*. Wykonywana na podstawie obrazów radiologicznych analiza porównawcza układu kostno-stawowego w zakresie indywidualnych cech danej osoby możliwa jest do przeprowadzenia dla wszystkich składowych kośćca. Ocenie poddawane są

zmiany wrodzone i nabyte w przebiegu procesów patologicznych, np. złamania kości, a także elementy procesów terapeutycznych jakim za życia był poddany zmarły, np. endoprotezy, zespolenia kostne [9,12]. Metoda identyfikacji traumatycznych zmian kostnych jest bardzo skuteczna, gdyż nie ma praktycznie dwóch identycznych pod względem morfologicznym zmian w obrębie kośćca [13].

Metoda porównawcza w identyfikacji zwłok może również polegać na fuzji obrazów. Na wykonaną fotografię fragmentu zwłok nanosi się obraz rentgenowski AM albo obraz rentgenowski PM nanosi się na znane wizerunki malarskie lub fotografie. Głównie technika ta stosowana jest do porównywania zdjęcia rentgenowskiego czaszki z obrazem twarzy. *Technika morfologicznego porównania czaszek* wykorzystuje analizę charakterystycznych cech osobniczych, np. kształt łuku jarzmowego, wielkość guzów czołowych, kształt żuchwy. Istnieją specjalne algorytmy komputerowe umożliwiające porównanie kilkudziesięciu punktów anatomicznych, które definiują indywidualne cechy kości czaszki. Matematyczna ocena ilościowa algorytmu minimalizuje subiektywną ocenę podobieństwa lub różnic [14,15, 16]. Mimo wdrożenia osiągnięć technicznych do prowadzenia analiz, słabym punktem tej metody jest fakt, że cechy kostne czaszki nie muszą wykazywać silnego związku z wyglądem twarzy. Dowodzą tego różne "rekonstrukcje przeżyciowe" wykonane na podstawie tej samej czaszki, których warianty mogą przedstawiać zupełnie różne osoby [17]. Stąd technika morfologicznego porównania czaszek musi być łączona z innymi metodami celem obiektywizacji procesu ustalenia tożsamości.

Analiza porównawcza zdjęć RTG uzębienia to złoty standard identyfikacji. Wysoki odsetek powodzenia w potwierdzeniu tożsamości przy wykorzystaniu radiogramów stomatologicznych wynika z dwóch faktów [18,19,20]:

- zęby są bardzo trwałe i mogą przetrwać wiele zdarzeń pośmiertnych, które mogłyby wpłynąć na ich strukturę,
- w ciągu życia danej osoby zęby są poddawane licznym, mniej lub bardziej skomplikowanym interwencjom np. implanty, uzupełnianie ubytków (często materiałem charakterystycznym dla danego kręgu kulturowego np. stal w Rosji).

W wielu przypadkach jeden ząb umożliwia identyfikację, jednak musi zawierać unikalne cechy, np. kształt uzupełnień [9]. Badanie szczątków ofiar tsunami z grudnia 2004 roku w rejonie Azji potwierdziły, że zdjęcia rentgenowskie stomatologiczne (pantomogram i zdjęcia rentgenowskie punktowe) są najskuteczniejszym sposobem identyfikacji porównawczej ofiar katastrof (*Disaster Victim Identification, DVI*) [21,22,23].

Współcześnie rozwija się tendencja do znakowania protez zębowych indywidualnym kodem numerycznym, co stanowi dodatkowy punkt odniesienia przy prowadzonej identyfikacji. Kod nanoszony jest na płytkę z ołowiu lub z innego materiału dobrze pochłaniającego promieniowanie X, która następnie jest zatapiana w żywicy akrylowej protezy. Umieszczanie znakowania na płytce sprawia, że jest możliwe odczytanie zakodowanych danych na wykonanych zdjęciach rentgenowskich i ich przypisanie do konkretnej osoby wykonującej protezę oraz użytkownika protezy [24,25].

Radiogramy uzębienia i czaszki w przypadku szczątków mogą być przydatne w tzw. *profilowaniu post mortem*. Technika ta ma na celu określenie podstawowych cech ułatwiających identyfikację, takich jak: płeć, wiek, rasa oraz czynniki środowiskowe, na które była narażona dana osoba w czasie życia, jak i zmiany patologiczne. Ustalenia dotyczące zębów, np.: obecność erozji lub nietypowe wzorce zużycia mogą być pomocne w określeniu nawyków (np. dieta bogata w owoce, twarde nasiona), również rodzaju wykonywanej pracy (np. nadłamanie siekaczy od zwyczajowego umieszczania gwoździ pomiędzy zębami przez stolarzy, szewców, dekarzy). Natomiast ustalenia związane z cechami leczenia stomatologicznego lub jego brakiem pozwalają na identyfikację statusu ekonomicznego, a nawet kręgu kulturowego [18,26,27].

W przypadku dzieci konwencjonalne zdjęcie rentgenowskie jest nieocenione przy ustaleniu rozwoju kośćca, także w odniesieniu do wieku ciążowego oraz potwierdzenia obecności anomalii, np. dysplazji szkieletu, co ułatwia identyfikację zwłok lub szczątków. Interesującym jest fakt praktyki wykonywania radiogramów płodom po aborcji przy użyciu mammografu, ze względu na wysoką rozdzielczość obrazów radiologicznych i umożliwienie wizualizacji szczegółów [28,29].

Jedynym ograniczeniem stosowana opisywanych analiz jest brak dokumentacji medycznej z radiogramami do porównania. W tym aspekcie na uwagę zasługuje rozwiązanie stosowane przez *Federal and State Dental Identification System* w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Kalifornijski system identyfikacji zwłok na podstawie uzębienia nakłada obowiązek przesyłania danych medycznych z zakresu diagnostyki i leczenia stomatologicznego do Narodowego Centrum Informacji Kryminalistycznej [9]. Również w USA na potrzeby armii tworzone są bazy stomatologicznych zdjęć rentgenowskich, które mogą być przydatne w potwierdzeniu tożsamości żołnierzy o statusie *Prisoners of War* (POW) lub *Missing in Action* (MIA). Innym unikatowym rozwiązaniem jest projekt *NamUs* – internetowa baza danych osób zaginionych w USA dostępna dla ogółu społeczeństwa od 2007

roku. Nazwę projektu stanowi akronim pochodzący od *National Missing and Unidentified Persons Systems*. Baza danych prowadzona jest pod patronatem *National Institute of Justice* (NIJ) oraz *Federal Bureau of Investigation* (FBI). Przeglądając stronę internetową *NamUs* można zapoznać się z danymi opisowymi charakteryzującą osobę zaginioną oraz dokumentacją obrazową, w tym stomatologicznymi zdjęciami rentgenowskimi [30].

Klasyczna rentgenodiagnostyka jest często pierwszym etapem badań z wykorzystaniem metod obrazowych w identyfikacji *post mortem*. Uzupełnieniem tego procesu jest wykonanie tomografii komputerowej (TK), wykorzystującej również promieniowanie rentgenowskie do wizualizacji ciała ludzkiego. W celu potwierdzenia tożsamości wykorzystywane są rekonstrukcje trójwymiarowe (3D) tomografii komputerowej, które wraz z aplikacją nakładania (fuzji) obrazów i porównywania z klasyczną fotografią umożliwiają precyzyjną ocenę korelacji pomiędzy wskazanymi punktami antropometrycznymi [31]. Rekonstrukcje 3D znajdują również zastosowanie w wizualizacji wypełnień kompozytowych zębów, co stanowi uzupełnienie technik identyfikacji w stomatologii sądowej [32]. Jednakże rola *post mortem* TK jest szersza niż tylko potwierdzenie tożsamości. Tomografia komputerowa ma największe znaczenie w określeniu przyczyny zgonu w sytuacji licznych zmian urazowych, jak również ustaleniu przebiegu ran postrzałowych oraz ran ciętych i kłutych [33,34,35]. Dodatkowo TK można poszerzyć o wykonanie angiografii i/lub biopsji [36]. Pośmiertne badanie naczyniowe wymaga użycia zewnętrznej pompy, której zadaniem jest wymuszenie dystrybucji środka kontrastującego (ŚK) w naczyniach krwionośnych. W przypadku planowanej angiografii pobrania materiału biologicznego celem analizy, np. toksykologicznej należy wykonać przed podaniem ŚK, który może wpłynąć na skład chemiczny analizowanej próbki [37]. Radiologiczna autopsja przy zastosowaniu tomografii komputerowej może być wykonana także wtedy, gdy tradycyjna sekcja zwłok nie jest akceptowana, przykładowo z powodów religijnych [38]. Dodatkowo wizualizacja *post mortem* TK przyczyniła się do zrozumienia powiązań pomiędzy dawką promieniowania i jakością obrazu w tomografii oraz tworzenia algorytmów redukcji dawki promieniowania rentgenowskiego w tej metodzie [39].

Inne metody obrazowe mające zastosowanie w identyfikacji zwłok i szczątków ludzkich to ultrasonografia (USG) i magnetyczny rezonans jądrowy (MRI). Jednak ich wykorzystanie jest znaczenie mniejsze niż metod z użyciem promieniowania rentgenowskiego. USG i MRI stanowią uzupełnienie klasycznej autopsji, umożliwiając poznanie przyczyny zgonu. Szczególnie przydatne jest badanie *post mortem* MRI u niemowląt i małych dzieci, u których wykrycie przyczyny śmierci jest szczególnie trudne [40].

Podsumowanie

Klasyczne zdjęcie rentgenowskie jest skutecznym narzędziem wykorzystywanym w różnych technikach identyfikacji zwłok i szczątków ludzkich. Dodatkowo, wsparcie analizy potwierdzenia tożsamości przez programy komputerowe działające w oparciu o algorytmy rozpoznawania punktów anatomicznych zwiększa efektywność oceny radiogramów oraz sprzyja obiektywizacji wyniku. Współcześnie w procesie identyfikacji zwłok korzysta się także z innych metod diagnostyki obrazowej, np. tomografii komputerowej, jednak to zdjęcie rentgenowskie stanowi nadal podstawę analiz. Wynika to także z faktu, iż radiogramy są bardzo często wykonywane *ante mortem*, a rozpowszechnienie radiologii cyfrowej sprzyja tworzeniu wielu kopii i długoletniej archiwizacji bez większego nakładu kosztów.

Piśmiennictwo

1. Hines E., Rock C., Viner M.: Radiography. Forensic human identification. An introduction, Thompson T., Black S. (red.). CRC Press, Boca Raton 2007, 221-226.
2. Urbanik A., Chrzan R.: Zastosowanie badania tomografii komputerowej (TK) dla potrzeb medycyny sądowej. *Przew. Lek.*, 2013, 70, 229-242.
3. Romans L., Arbor A.: Forensic radiology. CEwebservice.com. <http://www.cewebservice.com/coursePDFs/forensicRadiology.pdf>, data pobrania: 4.07.2013.
4. Brogdon G., Thali M., Viner M.: Brogdon's forensic radiology. CRC Press, Boca Raton 2010.
5. Szatny H.: Krótka historia medycyny sądowej. *Miesięcznik Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu*, 2011, 3, 3-4.
6. Keiser-Nielsen S., Strøm F.: The odontological identification of Eva Braun Hitler. *Forensic Science International*, 1983, 21, 59-64.
7. Lorkiewicz-Muszyńska D.: Znaczenie dokumentacji stomatologicznej w identyfikacji nieznanymi zwłok i szczątków ludzkich. *TPS*, 2004, 6, 52-55.
8. Gałęska-Śliwka A.: Śmierć jako problem medyczno-kryminalistyczny. Oficyna Wolters Kluwer business. Warszawa 2009.
9. Brogdon G.: Forensic radiology. CRC Press, Waszyngton 1998.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. 2001.153.1783).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. 2007.1.10).

12. Kaliszczak M.: Kryminalistyczno-identyfikacyjne aspekty diagnostyki obrazowej cech patologii kośćca. Arch. Med. Sąd, 2004, 52, 205–212.
13. Wolnikowska B.: Problemy z identyfikacją zwłok bliźniąt jednojajowych. Wiedza Prawnicza, 2012, 5, 45-58.
14. Hołyst B.: Kryminalistyka. Wydawnictwa Prawnicze PWN, Warszawa 2000, 820-826.
15. Kaliszczak M.: W kwestii alternatywnego określenia dla „radiologicznej metody identyfikacji”. PK, 2008, 259, 41-43.
16. Kolesnikov L. L., Pashinyan G. A., Abramov S. S.: Anatomical appraisal of the skulls and teeth associated with the family of Tsar Nicolay Romanov. Anat. Rec. 2001, 265, 15-32.
17. Kozłowski T.: Refleksje antropologa nad identyfikacją szczątków kostnych znalezionych w katedrze we Fromborku jako należących do Mikołaja Kopernika. Próba krytycznej oceny. Kokowski M. (red.): Tajemnica grobu Mikołaja Kopernika. Dialog ekspertów (Kraków, 22–23 II 2010). Polska Akademia Umiejętności, Centrum Kopernika Badań Interdyscyplinarnych, Kraków 2012, 53-71.
18. Pretty I. A., Sweet D.: A look at forensic dentistry – Part 1: The role of teeth in the determination of human identity. Br. Dent. J., 2001, 190, 359-366.
19. Lewandowski B., Brodowski R.: Wykorzystanie badania stomatologicznego do identyfikacji szczątków ludzkich, Przegl. Med. Uniw. Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, 2011, 3, 380–383.
20. Hemasathya B. A., Balagopal S.: A study of composite restorations as a tool in forensic identification. J. Forensic. Dent. Sci., 2013, 5, 35-41.
21. Sirisup N., Kanluen S.: Role of forensic doctors in Thailand's tsunami: experiences from Chulalongkorn Medical School. J. Med. Assoc. Thai., 2005, 88 (Suppl 4), 335-338.
22. Tan P. H.: The killing field of Khao Lak: forensic odontology in Thailand tsunami victim identification. Singapore Dental J., 2005, 27, 41-50.
23. Pittayapat P., Jacobs R., De Valck E., et al: Forensic odontology in the disaster victim identification process. J. Forensic Odontostomatol., 2012, 30, 1-12.
24. Bansal P. K., Sharma A., Bhanot R.: Denture labeling: A new approach. Contemp. Clin. Dent., 2011, 2, 76-78.
25. Mohan J., Kumar C. D., Simon P.: "Denture marking" as an aid to forensic identification. J. Indian Prosthodont. Soc., 2012, 12, 131-136.

26. Chandra Shekar B. R., Reddy C. V. K.: Role of dentist in person identification. *Indian J. Dent. Res.*, 2009, 20, 356-360.
27. Panchbhai A. S.: Dental radiographic indicators, a key to age estimation. *Dentomaxillofac Radiol.*, 2011, 40, 199-212.
28. Sieswerda-Hoogendoorn T., van Rijn R. R.: Current techniques in postmortem imaging with specific attention to pediatric applications. *Pediatr. Radiol.*, 2010, 40, 141–152.
29. Viner M.: Forensic radiography [in:] *Forensic ecology handbook. From crime scene to Court.*, Márquez-Grant N., Roberts J. (red.). Wiley-Blackwell, Hoboken 2012, 69-83.
30. Feil M.: Chewing the fat: a conversation with Dr. Lowell Levine. *The Forensic Teacher Magazine*, 2013, 22, 8-15.
31. Lorkiewicz-Muszyńska D., Kociemba W., Żaba C. et al: The conclusive role of postmortem computed tomography (CT) of the skull and computer-assisted superimposition in identification of an unknown body. *Int. J. Legal. Med.*, 2013, 127, 653–660.
32. Sakuma A., Saitoh H., Makino Y. et al.: Three-dimensional visualization of composite fillings for dental identification using CT images. *Dentomaxillofac. Radiol*, 2012, 41, 515-519.
33. Leth P. M.: Computerized tomography used as a routine procedure at postmortem investigations. *Am. J. Forensic Med. Pathol.*, 2009, 30, 219-222.
34. Woźniak K., Moskała A., Urbanik A., Kłys M.: Wartość pośmiertnych badań TK w przypadkach rozległe urazy mechaniczne, powodując znaczne zniszczenia zwłok. *Arch. Med. Sąd.*, 2010, 60, 38-47.
35. Rutty G. N., Hainsworth S. V.: The dismembered body. [w:] *Essentials of autopsy practice. Advances, updates and emerging technologies.* Rutty GN (red.). Springer, Londyn 2014, 59-87.
36. Baglivo M., Winklhofer S., Hatch G. M., Ampanozi G., Thali M. J., Ruder T. D.: The rise of forensic and post-mortem radiology – analysis of the literature between the year 2000 and 2011. *JOFRI*, 2013, 1, 3-9.
37. Woźniak K, Moskała A, Urbanik A. i wsp.: Pośmiertne badania obrazowe z rekonstrukcją 3D: nowa droga rozwoju klasycznej medycyny sądowej? *Arch. Med. Sąd.*, 2009, 59, 124-130.
38. Thali M. J., Jackowski C., Oesterhelweg L. et al.: VIRTOPSY – The Swiss virtual autopsy approach. *Legal. Med.*, 2007, 9, 101-104.

39. Woźniak K., Moskała A., Urbanik A., Kopacz P., Kłys M.: Pośmiertne badania obrazowe z rekonstrukcją 3D: nowa droga rozwoju klasycznej medycyny sądowej? Arch Med Sąd, 2009, LIX, 124-130.
40. Thayyil S., Sebire N. J., Chitty L. S. et al: MARIAS collaborative group: Post-mortem MRI versus conventional autopsy in fetuses and children: a prospective validation study. Lancet, 2013, 382, 223-233.

Gnus Jan^{1,2}, Krzak Łukasz², Mołęcki Daniel², Paprocka-Borowicz Małgorzata¹, Dawidczyk Piotr², Podlawska Paulina², Fernec Stanisław², Zając Bernard²

Rola lekarza dentysty w identyfikacji szczątków ludzkich – przegląd piśmiennictwa

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra Fizjoterapii, Zakład Rehabilitacji w Dysfunkcjach Narządu Ruchu
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu Ośrodek Badawczo-Rozwojowy

Kłęski żywiołowe, wypadki komunikacyjne, czy też ataki terrorystyczne pociągają za sobą liczne ofiary śmiertelne, których tożsamość często jest nieznana, a liczba ofiar drastycznie duża. Proces identyfikacji zmierzający do ustalenia tożsamości zwłok i szczątków ludzkich jest problemem niezwykle złożonym i wymagającym integracji specjalistów z wielu dziedzin nauki [1]. Ustalenie tożsamości zwłok stanowi podstawowe prawo człowieka i jest niezwykle ważną kwestią dla rodzin, które dzięki temu mogą w sposób godny pożegnać się z bliskimi, uzyskać akt zgonu oraz zaplanować uroczystości pogrzebowe. Odnalezienie szczątków oraz identyfikacja jest priorytetem postępowania w takich przypadkach. W każdym przypadku dąży się do jak najszybszej identyfikacji ofiar, z tego względu najchętniej wykorzystuje się do identyfikacji te metody, które są skuteczne, tanie i szybkie. Taki proces nadzoruje policja oraz specjaliści wielu dziedzin nauk. Wiele państw ma własne procedury postępowania, jednak większość z nich opiera się na systemie opublikowanym przez INTERPOL. W 1984 roku INTERPOL opublikował Disaster Victim Identification (DVI), system ten zawiera komplet formularzy, które ułatwiają identyfikacje ofiar katastrof [2,3]. Trudności w identyfikacji sprawiają także zmiany pośmiertelne w postaci bladości twarzy, utraty napięcia tkanek, zwiótczenia mięśni mimicznych twarzy, wszystkie te elementy tworzą tzw. „Twarz maskowatą”. Szczególne trudności sprawiają osoby, których śmierć nastąpiła w nieznanych okolicznościach, zwłoki w stanie rozkładu, rozwałkowane, podlegające dekapitacji. Ciała zwęglone lub wyłowione po wielu miesiącach z rzek, rozszarpane przez dziką zwierzynę dodatkowo utrudniają proces identyfikacji [4,5,6]. Kiedy zawodzą techniki sprawdzające się przy dobrze zachowanych ciałach uciekamy się do precyzyjnej, taniej oraz szybkiej alternatywy, jaką jest odontologia. Nie twierdzimy, iż jest to najlepsza metoda, która ma przewagę nad badaniem materiału genetycznego, ale na pewno jest metodą tańszą i szybszą.

Ze względu na niski poziom nagłośnienia i znajomości tematyki identyfikacji zwłok przy wykorzystaniu badań odontologicznych, braku jednolitego systemu nauczania oraz

przedmiotu, który mógł dostarczyć informacji oraz wiedzy podczas toku kształcenia medycznego chcielibyśmy skupić się w naszej pracy w obrębie działań stomatologii.

Głowa człowieka, w zależności od jakości zachowanych struktur, jest najbardziej charakterystyczną częścią ludzkiego ciała, zawierającą zarówno „informacje” o znaczeniu biologicznym i antropologicznym. Poczynając od mózgowcaszki możemy badając ją określić wiek denata poprzez obserwacje kostnienia w obrębie szwów – jest to jednak bardzo ogólna cecha mogąca przybliżyć nam jedynie przedział wiekowy. Biorąc pod uwagę inny element czaszki, który pozwala nam uzyskać informacje ogólne oraz cechy charakterystyczne osobnika - warto zwrócić uwagę na zatoki czołowe. Unikatowa budowa tej struktury przez wzgląd na proces powstawania oraz dojrzewania ułatwia, podobnie jak w poprzednim przykładzie, przybliżenie wieku biologicznego [7-12]. Musimy jednak pamiętać, iż wiek biologiczny nie zawsze pokrywa się z wiekiem metrykalnym.

Jama ustna jest to część twarzowa czaszki oraz miejsce pracy lekarzy stomatologów. Podczas badań dostarcza wielu informacji, co jest związane z różnorodnością tkanek, które możemy spotkać w niewielkiej odległości. Szczególną wartość identyfikacyjną mają tkanki twarde, takie jak kości, choć lepszym materiałem okazują się zęby ze względu na ich skład chemiczny, a dzięki temu wytrzymałość na rozkład i działanie czynników niszczących.

Wytrzymują one działanie temperatur rzędu 1600°C, w której po innych tkankach pozostaje jedynie popiół. Poza samą ich budową i składem chemicznym są również źródłem materiału do badań DNA i DNA mitochondrialnego poprzez wykorzystanie próbek z miazgi zębowej. Faktem, który dodatkowo wpływa na wiarygodność tych badań oraz wartość w procesie identyfikacyjnym, jest to, że występuje ok 2,5 mld cech charakterystycznych jamy ustnej, co w praktyce oznacza niemożliwe znalezienie dwóch identycznych osobników [13].

Biorąc pod lupę również bliźniaki jednojajowe - stwierdza się pewne różnice i zmienne cechy osobnicze (nawet takie, jak wspomniane wyżej różnorodność budowy zatoki czołowej) [11,12].

Identyfikacja na podstawie uzębienia może mieć różną postać. Zaczynając od znalezienia śladów uzębienia na pobliskich przedmiotach, aż po szczegółową analizę anatomii zębów. Kluczem do wielu porównań jest wykonanie odlewów gipsowych na podstawie pobranych wycisków bądź ich projekcji przy użyciu skanowania. Problemem natury etycznej przy badaniach zgryzu jest zabieg dezartykulacji zwłok polegający na oddzieleniu szczęki oraz żuchwy od reszty ciała. Opracowano kilka technik tego zabiegu w zależności od zastosowanych cięć, tj. cięcie klinowe, boczne ukośne, prostokątne, podżuchwowe bądź Keisera-Nielsena. Niestety ogólna zasada mówi, iż żuchwa i szczeka nie powinny być oddzielane od organizmu.

Istnieją odstępstwa od tej zasady, kiedy zostanie wydana na to zgoda organów śledczych czy DVI [26].

Metody identyfikacji uporządkowano od naukowych (najbardziej wiarygodnych) do nienaukowych (jedynie sugerujących tożsamość) [2].

Standardowo postępuje się według wzorca [15]:

- Porównanie kodu DNA
- Daktyloskopia
- Badanie uzębienia i innych danych odontologicznych
- Badania radiologiczne
- Porównanie danych medycznych (przebyte zabiegi lecznicze i chirurgiczne)
- Porównanie znaków szczególnych (blizn i tatuaży)
- Porównanie danych z rysopisu
- Identyfikacja rzeczy osobistych (ubrania, biżuteria)
- Identyfikacja na podstawie dokumentów znalezionych przy zwłokach
- Rozpoznanie przez świadków, członków rodziny, znajomych

Analizując powyższą kolejność metod można jednoznacznie stwierdzić, że odontologia jest sposobem identyfikacji dającym dużą wiarygodność zastosowania.

Badania odontologiczne

Zadaniem lekarza stomatologa, który zostanie poproszony o identyfikację ofiar katastrof jest dokonanie porównania cech uzębienia badanych czaszek ofiar z cechami uzębienia osób, które są poszukiwane bądź zaginione. Aby to było możliwe, musi on dysponować dostatecznie dużą liczbą wiarygodnych dokumentów: kartami leczenia stomatologicznego, kartami ortodontycznymi, zdjęciami rentgenowskimi, modelami gipsowymi [16,17]. Reasumując można podkreślić fakt istotnej roli stomatologa za życia identyfikowanej osoby. Zależność ta jest dwustronna – lekarz dentyista jest zobowiązany do rzetelnego prowadzenia kart leczenia i wszelkiej dokumentacji z tym związanej, natomiast pacjent najlepiej gdyby korzystał z usług dentyistycznych wykonywanych w jednym gabinecie [18] bądź przy jego zmianie zadbać o dostarczenie historii przebiegu wykonanych zabiegów oraz leczenia kolejnemu lekarzowi. Wspaniałą ideą byłoby ujednoczenie wszystkich systemów bankowania danych leczniczych stomatologii tak, aby transfer danych pomiędzy placówkami oraz organizacjami korzystających z tych dokumentów był na tyle prosty, by ułatwić przekazywanie historii leczenia pacjentów oraz umożliwić przechowywanie obszernej i

ujednoliconej bazy danych, która mogłaby być w prosty sposób wykorzystywana do badań pośmiertelnych.

Tutaj najlepszym rozwiązaniem byłoby stworzenie czegoś w rodzaju „Ogólnopolskiej centralnej bazy leczenia stomatologicznego”, w której każdy pacjent posiadałby wirtualną kartę choroby, na której wszelkie wykonywane zabiegi mogłyby być nanoszone przez każdego lekarza niezależnie czy pacjent leczy się w gabinecie prywatnym czy państwowym, czy też u jednego lub trzech dentystrów w różnych miastach.

Co ważniejsze, taki system automatycznie narzucałby ujednolicony formularz, który lekarz musiałby wypełnić po każdym zabiegu tak, aby później nie było problemu z rozczytywaniem (karta wypełniana pismem komputerowym) oraz domyślaniem się np. na jakiej powierzchni zostało wykonane wypełnienie, czy jaki materiał został użyty do leczenia. Wracając do rozważań cech indywidualnych, nie można pominąć dziedziny stomatologii, jaką jest protetyka. Zachowanie uzupełnień protetycznych stałych, jak i ruchomych może być istną kopalnią wiedzy przy weryfikacji danych. Uzupełnienia są tak samo charakterystyczne dla poszczególnej osoby jak chociażby cechy ortodontyczne. Wykonywane prace są indywidualne, często bardzo dokładnie udokumentowane i doskonale dopasowane [19,20].

Nie będąc gołosłownym posłużmy się przykładem z historii. Identyfikacja ciała Adolfa Hitlera odbyła się w oparciu o zeznania jego dentystry, doktora Johannes Blaschke (dentysta Führera w latach 1934-1945). Rozpoznane znaki charakterystyczne, takie jak most w obrębie szczęki, użycie korony okienkowej w lewym siekaczu, brak leczenia protetycznego w żuchwie, rozpoczęcie leczenia kanałowego w lewym dolnym siekaczu i obecność porcelanowego wypełnienia w tym zębie były niepodważalnymi dowodami trafności identyfikacji. Zeznania te znalazły potwierdzenie w zdjęciach rentgenowskich wykonanych przez otolaryngologa Führera dr Paula Gieslera (leczony z powodu bólu okolicy zatok po zamachu z 20 lipca 1944), który udostępnił trzy fotografie, jak również podczas analizy materiałów filmowych denata [21,22,23,26].

Zadaniem lekarza stomatologa w przypadku identyfikacji ofiar katastrof lotniczych, trzęsień ziemi itp. jest wykonanie badania porównawczego stanu przed- i pośmiertelnego danej ofiary [24]. Aby to było możliwe musi on dysponować dostateczną ilością materiałów dowodowych, w skład których wchodzi:

- oryginały lub kopie dokumentacji leczenia, wraz ze zdjęciami, zdjęciami rtg (filmami stomatologicznymi, panoramiczne, cefalografią boczną), tk
- cyfrowe zdjęcia rentgenowskie
- modele gipsowe szczęki i żuchwy

- szyny oraz zapisy okluzji
- tymczasowe uzupełnienia
- aparaty ortodontyczne
- uzupełnienia protetyczne stałe i tymczasowe
- korespondencja, wraz z dokumentacją finansową

Po zgromadzeniu tych materiałów lekarz przystępuje do pośmiertnego badania stomatologicznego i rejestracji danych odontologicznych (w tym wykonanie zdjęcia RTG). W wyniku badania powstaje zapisany w postaci formularza, jak i udokumentowany zdjęciami rentgenowskimi, profil odontologiczny indywidualny dla każdej ofiary.

Stworzony profil jest w dalszej kolejności porównywany z udostępnionymi danymi żąźyciowymi [24].

Pierwszym etapem badania jest ilościowe określenie stanu uzębienia [14]. Liczba zębów w preparacie sekcyjnym i z danymi uzyskanymi od stomatologa muszą się pokrywać [20]. Również szczegółowo oceniamy rodzaj zachowanych zębów i obecność wypełnień – uwzględniając wszelkie szczegóły (tj. liczba wypełnień, umiejscowienie oraz rodzaj zastosowanego materiału) [1]. Cechy morfologiczne zębów (szerokość, kształt, wypukłość itp.) pozwalają nam określić przybliżony kształt twarzy identyfikowanej osoby, gdyż cechy budowy tych struktur wykazują obustronną analogię [1].

Powyższą zależność opisuje teoria Williamsa, która wskazuje na zależność pomiędzy kształtem siekaczy centralnych a kształtem twarzy pacjenta.

Istnieje również teoria Kretschmer, która mówi o zależności między 4 typami sylwetki ludzkiej, którym odpowiada rodzaj zgryzu i kształt zębów:

- pyknik - przy zgryzie prostym powinien mieć zęby trójkątne, kanciaste, krótkie i szerokie, ze startą krawędzią sieczną
- astenik i leptosemik o zgryzie zwykle nożycowym, posiada długie, wąskie, prostokątne i ciasno ustawione zęby
- przy budowie atletycznej spotkamy się z kwadratowymi, szerokimi zębami z szczególnie rozbudowanymi kłami

Według Searsa powinniśmy również zwracać uwagę na krzywiznę poszczególnych powierzchni zębów, ponieważ powinny one harmonizować z wypukłością twarzy [25].

Na rozbieżności w obu przypadkach może mieć wpływ odstęp czasu, jaki upłynął między ostatnią wizytą a datą badania zwłok [20].

Następnie określamy umiejscowienie zębów (wszelkie anomalie rozwojowe: zęby zatrzymane, dodatkowe ...). Później odnotowujemy obecność uzupełnień protetycznych lub aparatów ortodontycznych [25].

Wyżej wspomniane dane muszą być ujednolicone i odnotowane na odpowiednich formularzach, opracowanych przez INTERPOL, z podziałem na dane zażyciowe - osoby zaginione (formularz żółty – *antemortem* AM) oraz dane pośmiertne - ofiary (formularz różowy - *postmortem* PM) [27].

Przy odnotowywaniu stanu uzębienia pacjenta bądź ofiary wykorzystujemy się metodę FDI – *Federation Dentaire Internationale* (znaną również jak metoda Viohla). Jest to system powszechnie stosowany w Europie i Kanadzie (w Stanach Zjednoczonych używany jest system znakowania UNS - inaczej system Morlanga), który jest uznawany przez Międzynarodową Organizację Standaryzacji oraz INTERPOL. Jest to czytelny dwucyfrowy schemat, w którym pierwsza cyfra określa jedną z 4 ćwiartek jamy ustnej, poczynając od prawej strony szczęki i przesuwając się zgodnie z ruchem wskazówek zegara, przedstawia się następująco [1,26] :

- 1- górna prawa ćwiartka
- 2- górna lewa ćwiartka
- 3- dolna lewa ćwiartka
- 4- dolna prawa ćwiartka

Druga cyfra określa nam kolejny ząb od 1 (siekiacz przyśrodkowy) do 8 (trzeci trzonowiec).

Dla uzębienia mlecznego oznaczenie to wygląda analogicznie, ale pierwsza liczba określająca ćwiartki wygląda następująco:

- 5 - prawa górna ćwiartka
- 6 - lewa górna ćwiartka
- 7 - lewa dolna ćwiartka
- 8 - prawa dolna ćwiartka

Formularz taki musi być wykonany w języku angielskim z zastosowaniem ujednoliconego systemu znaków [27]:

- Sou (*sound tooth*) – ząb bez zmian i śladów leczenia
- Mam (*missing antemortem*) – brak zażyciowy
- Mpm (*missing post mortem*) – brak pośmiertny
- Tcf (*tooth colored filling*) – wypełnienie w kolorze zęba
- Amf (*amalgam filling*) – wypełnienie amalgamatowe

- Cr (*crow*n) – korona protetyczna
- None – brak informacji

Następnie musimy określić umiejscowienie wypełnienia na określonej powierzchni zęba:

- M - mesial
- D - distal
- O - occlusal
- V - vestibular,
- L - lingual.

Na diagramie wypełnienia oznaczamy kolorem [24]:

- czarnym - amalgamatowe
- czerwonym – złote
- zielonym - w kolorze zęba.

Ząb utracony za życia oznacza się przez przekreślenie kratki dużym krzyżykiem, a brak pośmiertny przez obrysowanie odpowiedniej kratki. W przypadku uzupełnień protetycznym (mostów, koron, implantów) powinniśmy opisać ich cechy charakterystyczne, tj. oznaczenie cyfrowe bądź nazwa producenta. Należy odnotować dodatkowe informacje zawierające anomalia w obrębie budowy tkanek zęba, przyzębia oraz zaburzenia okluzji [24]. Zawarte zdjęcia RTG muszą posiadać rzetelny opis. Wszelkie dodatkowe informacje dotyczące „pacjenta” muszą również zostać odnotowane.

W formularzu AM wpisujemy wiek w momencie zaginięcia, a w formularzu PM – wiek zębowy ustalony na miejscu zdarzenia [24].

Po wypełnieniu powyższych procedur wynik procesu identyfikacji na podstawie uzyskanych dowodów może być następujący [28]:

- identyfikacja pozytywna – zgodność danych zażyciowych i pośmiertnych oraz brak różnic, których nie można wyjaśnić
- identyfikacja możliwa – brak wystarczających danych do przeprowadzenia porównania i brak elementów wykluczających
- niewystarczające dowody – ze względu na niewystarczającą ilość danych
- wykluczenie identyfikacji – dane zażyciowe i pośmiertne pochodzą od innych osób

Powyższa ocena wyników procesu identyfikacyjnego jest zgodna z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Odontologii Sądowej, które są oparte na DVI Guide (INTERPOL) oraz standardach *The American Board of Forensic Odontology* (ABFO) [29].

Reasumując chcemy przedstawić wybrane przykłady masowej identyfikacji ofiar na podstawie badań odontologicznych. Najważniejsze z nich to:

- 1849 rok - Pożar Opery Wiedeńskiej (pierwsze wykorzystanie odontologii przy identyfikacji) [30]
- 1976 rok - Powódź w Big Thompson Canyon w Colorado (139 ofiar) [31]
- 2001 rok - Zamach na World Trade Center (zidentyfikowano 1600 ofiar z ok.20000 szczątków ludzkich, w tym 596 na podstawie uzębienia) [32]
- 2004 rok – Tsunami na Oceanie Indyjskim (zginęło ok. 5395 osób, z czego 92% zidentyfikowano na podstawie uzębienia – dla porównania 4% za pomocą daktyloskopii, a 0,3% analizą DNA[33].

Wnioski

W powyższym tekście widzimy istotną rolę, jaką odgrywa lekarz dentysta w identyfikacji szczątków ludzkich. Przytoczone przykłady pokazują nam, iż pomimo istnienia bardziej rozpowszechnionych, precyzyjnych, czy też wyszukanych technik badawczych, takich jak analiza materiału genetycznego czy badanie odcisków palców, klasyfikująca się tuż za nimi odontologia również jest cennym źródłem informacji w toku postępowania identyfikacyjnego.

Stosowane ówczesnie systemy, przedstawione klarownie w powyższym tekście pokazują, iż badania odontologiczne cechują się dużą precyzją, która wynika z rozpiętości wachlarza cech charakterystycznych jamy ustnej indywidualnych dla danej osoby. Jednocześnie badania te cechują tanie koszty oraz fakt powszechnie dostępnych usług stomatologicznym na polskim rynku.

Widzimy również, jak ważne jest prowadzenie dokładnej i rzetelnej dokumentacji medycznej, która ma znaczenie w procesie leczenia pacjentów, jak i odgrywa ogromną rolę w procesie identyfikacji ofiar kataklizmów.

Piśmiennictwo

1. Lorkiewicz-Muszyńska D., Przysańska A., Kociemba W.: Badania odontologiczne i radiologiczne w identyfikacji ofiar katastrof. [w:]: Bezpieczeństwo zdrowia publicznego w zagrożeniach środowiskowych. Postępy metodologii badań, Konieczny J. (red.). Garmond Oficyna Wyd., Poznań-Łódź-Inowrocław,. 2012, 401-409 .
2. Perera C.: After the Tsunami: Legal Implications of Mass Burials of Unidentified Victims in Sri Lanka. PLoS Med., 2005, 2, : e185. doi:10.1371/journal.pmed.0020185

3. <http://www.interpol.int/INTERPOL-expertise/Forensics/DVI-Pages/DVI-guide>, data pobrania 10.01.2013.
4. Malinowski A., Młodziejowski B.: Identyfikacja ze szkieletowanych zwłok ze szczególnym uwzględnieniem metody superprojekcji. *Zeszyty Naukowe ASW*, 1977, 18,1 65-178
5. Młodziejowski B.: Badania sądowo-lekarskie szczątków kostnych (steologia sądowa). *Palestra*, 1993, 9-10, 21-30.
6. Pikulski S., Kaliszczak M.: Nowe metody kryminalistycznej identyfikacji zwłok ludzkich. *Wyższa Szkoła Policji, Szczytno*, 1989.
7. Pondé J.M., Andrade R.N., Via J.M. et al.: Anatomical Variations of the Frontal Sinus. *Int. J. Morphol.* 2008, 26, 803-808.
8. Goodman N.R., Edelson L.B.: The efficiency of an X-ray screening system at a mass disaster. *J. Forensic. Sci.*, 2002, 47, 127–130.
9. Marlin D.C., Clark M.A., Standish S.M.: Identification of Human Remains by Comparison of Frontal Sinus Radiographs: A Series of Four Cases. *J. Forensic. Sci.* 1991, 36, 1765-1772.
10. http://suw.biblos.pk.edu.pl/resources/i3/i4/i6/i4/r3464/KarpiszD_KomputerowaAnaliza.pdf, data pobrania 16.03.2015.
11. Schuller A.: Das roentgenogramm der Stirnhohle: Ein hilfsmittel fur die identitatsbestimmung von schadeln. *Monatschrift fur Ohrenh*, 1921, 55, 1617-1620.
12. Schuller A.: A note on the identification of skulls by x-ray pictures of the frontal sinuses. *Med. J. Aust.*, 1943, 1, 554-557.
13. Luntz L.: The Use of Dentistry by Law Enforcement Agency. *Australia Police J.*, 1970, 24, 78-79.
14. Sołtyszewski I., Młodziejowski B., Płoski R. i wsp.: Kryminalistyczne i sądowo-lekarskie metody identyfikacji zwłok i szczątków ludzkich. *Probl. Krym.*, 2003, 239, 7-10.
15. Hołyst B.: *Kryminalistyka*. PWN, Warszawa 2000, 610-628.
16. Sweet D., Hildebrand D.: Recovery of DNA from human teeth by cryogenic grinding. *J. Forensic. Sci.*, 1998, 43, 1199–1202.
17. Luntz L.L., Luntz P.: *Handbook for dental identification: Techniques in forensic dentistry*. JB Lippincott, Philadelphia, 1973.

18. Lorkiewicz-Muszyńska D., Łabęcka M., Żaba C. i wsp.: Trudności identyfikacji zwłok i szczątków ludzkich w oparciu o dokumentację i badania stomatologiczne. Arch. Med. Sąd. Krym., 2009, 59, 218-224.
19. Popielski B., Kobiela J.: Medycyna sądowa. PZWL, Warszawa 1972, 435-450.
20. Kaliś-Swędzioł A., Niedzielska I.: Identyfikacja odontologiczna zwłok – przegląd piśmiennictwa. Dent. Med. Probl., 2010, 47, 131-136.
21. Hauser R.: Problematyka Identyfikacji ofiar katastrof. Arch. Med. Sąd. Krym., 2002, 59, 25-31.
22. Malinowski A., Bożilow W.: Podstawy antropometrii. Metody, techniki, normy. PWN, Warszawa 1997.
23. Biedowa J.: Rola lekarza dentysty przy ustaleniu tożsamości nieznanymi zwłok i osób. Prob. Krym., 1963, 46, 747-765.
24. Przysańska A., Lorkiewicz-Muszyńska D., Łabęcka M.: Indywidualne cechy uzębienia i ich przydatność w identyfikacji ofiar katastrof. [w:] Bezpieczeństwo zdrowia publicznego w zagrożeniach środowiskowych. Postępy metodologii badań, Konieczny J. (red.). Garmond Oficyna Wydaw. Poznań-Łódź-Inowrocław, 2012, 6, 52-55.
25. Karasiński A.: Protezy całkowite. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2000, 69-71.
26. Polak P.: Odontologia w ekspertyzie kryminalnej. Novae Res, Gdynia 2012.
27. Lorkiewicz- Muszyńska D., Glapiński M., Przysańska A.: Zadania lekarza dentysty w identyfikacji ofiar katastrof- wytyczne i formularze Interpolu. Dental. Forum, 2013, 41,83-86.
28. Adams B.J.: Establishing personal identification based on specific patterns of missing, filled and unrestored teeth. J. Forensic Sci., 2003, 48, 487- 496.
29. Sweet D., Pretty I.A.: A look at forensic dentistry- Part 1: The role of teeth in the determination of human identity. Br. Dent. J., 2001, 190, 359-366.
30. Luntz L.L., Luntz P.: Handbook for dental identifications: Techniques in forensic dentistry. Philadelphia: JB Lippincott, 1973.
31. <http://www.kryminalistyka.fr.pl/forensicodontologia.pnp>, data pobrania 15.03.2015.
32. Burkes J.R.: Identifyind Victims of 9/10, Bowers C.M Forensic Dental Evidence: an investigator 's handbook. 2nd ed. Elsevier Academic Press, 2011, 263-272.
33. Schuller-Götzburg P., Suchanek J.: Forensic odontologists successfully identify tsunami victims in Phuket, Thailand. Forensic Sci. Int., 2007, 171, 204-207.

**Gnus Jan^{1,2}, Kasperczak Michał², Winter Paweł², Małek Dorota², Ferenc Stanisław²,
Zajac Bernard², Witkiewicz Wojciech²**

Śmierć człowieka a śmierć mózgu

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra Fizjoterapii, Zakład Rehabilitacji w Dysfunkcjach Narządu Ruchu
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy

Śmierć jest nieodłącznym zjawiskiem wpisanym w istnienie ludzkości. Rozważania nad jej istotą trwały od zarania dziejów i stanowiły ważną część życia kulturalnego każdej społeczności. Temat śmierci był poruszany zarówno w sferze religijnej, filozoficznej, naukowej i artystycznej. Jednym z pierwszych uczonych, który próbował zgłębić istotę śmierci był grecki filozof Parmenides, który głosił, iż śmierć nie jest realna, a złudzeniem wywołanym lękiem człowieka przed końcem istnienia. Wierzył w jeden, wszechobecny byt, który jest niezmienny, wieczny i niezniszczalny. „*A zatem powiem ci, a ty wysłuchaj i zapamiętaj sobie me słowo o drogach badania, jakie jedynie dadzą się pomyśleć. Pierwsza jest ta, że byt istnieje i jest niemożliwe, aby nie istniał. Jest to droga przekonania, towarzyszy, bowiem prawdzie. Druga, że niebyt nie istnieje i z konieczności nie może istnieć. [...] Nie ma i nie może być czegoś innego poza bytem, ponieważ przeznaczenie go tak zespoliło, że jest niepodzielny i nieruchomy. Dlatego mamy do czynienia tylko z pustymi nazwami, jakie ludzie nadali rzeczom w przekonaniu, że są prawdziwe, jak powstawanie i zanikanie, istnienie i nieistnienie, zmiana miejsca i zmiana jasnej barwy*” [1]. Po setkach lat rozważań i początkowym rozwojem medycyny powstała klasyczna definicja śmierci, którą medycyna posługiwała do połowy lat 60. XX wieku. Za fakt śmierci uznawała ustanie krążenia i oddychania oraz utrwalone następstwa ich zaniku w postaci oziębienia ciała zmarłego, plam opadowych, stężenia pośmiertnego, widoczne wraz z upływem czasu dawały pewność w orzekaniu zgonów.

W drugiej połowie XX wieku nastąpił szybki rozwój medycyny oraz upowszechnienie metod reanimacji i podtrzymywania funkcjonowania układu oddechowo-krążeniowego, które doprowadziły do zdewaluowania klasycznej definicji śmierci. Zaczęto szukać pewniejszych jej oznak, co skierowało uwagę lekarzy na mózg człowieka i formy jego zamierania. Pierwszy opis śmierci mózgu przedstawili w 1959 r. Mollaret i Gulon [2] na przykładzie 23 chorych będących w głębokiej śpiączce, bez odruchów i z płaską krzywą w zapisie EEG. W 1964 r. na zjeździe chirurgicznym w Monachium podano pierwsze w Europie kryteria śmierci mózgu [3]. Natomiast pierwszym znaczącym krokiem w kierunku ustalenia nowej międzynarodowej

definicji śmierci była tzw. Deklaracja z Sydney, czyli "Komunikat na temat śmierci," sformułowany na spotkaniu Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) w 1968 roku. W deklaracji tej zastąpiono "śmierć na skutek ustania czynności serca" na "śmiercią mózgową" [4]. W tym samym dniu ukazał się raport Nadzwyczajnej Komisji Harwardzkiej Szkoły Medycznej do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej, który okazał się przełomem w ustaleniu nowych kryteriów śmierci [5]. Przedstawiono w nim przewlekłą, definitywną śpiączkę, w której wykluczono jakiegokolwiek działanie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) oraz sformułowano także nowe kryterium śmierci, jako nieodwracalne, trwałe ustanie czynności całego mózgu, stwierdzone za pomocą kompleksowych badań, które ukazują:

- brak reakcji na bodźce,
- brak samoistnego lub będącego reakcją na bodźce ruchu mięśni,
- nieobecność samoistnego oddychania,
- brak odruchów pnia mózgu i głębokich odruchów ścięgniastych.

Raport zaleca – dla upewnienia się, że stwierdzony stan ma charakter trwały – wykonanie badań elektroencefalograficznych (EEG) oraz powtórne przeprowadzenie wszystkich testów po upływie 24 godzin. Hipotermia i zatrucie środkami odurzającymi uchylają ważność przedstawionych kryteriów [6]. W 1980 r. Prezydent USA Gerald Rudolph Ford, Jr. powołał Komisję ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych, która przedstawiła raport *Defining Death: Medical, Legal, and Ethical Issues in the Determination of Death* [7] stanowiący podstawę dla Aktu Jednolitego Ustalania Śmierci (*Uniform Determination of Death Act, UDDA*). "Najistotniejszym postanowieniem [tego aktu] było uznanie, iż po utracie przez pień mózgu zdolności pełnienia funkcji integracyjnych poszczególne systemy żywych organów nie tworzą już żyjącego organizmu, jako całości. W istocie była to modyfikacja definicji śmierci, utożsamiająca bezpośrednio życie pnia mózgu z życiem całego mózgu, a pośrednio życie pnia mózgu z życiem organizmu, jako całości" [8]. Na świecie najwcześniej, bo w marcu 1971 roku odpowiednie ustawodawstwo wprowadziła Finlandia [9]. W Polsce definicję śmierci mózgu przyjęto pierwszego lipca 1984 roku Komunikatem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej [10]. Po poprawkach na przełomie lat 1994/1996 [11], jej obecny kształt został zamieszczony w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 "w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu" [12].

Stwierdzenie śmierci mózgu opiera się na stwierdzeniu nieodwracalnej utraty jego funkcji. Postępowanie kwalifikacyjne jest dwuetapowe:

- Etap I: wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu,
- Etap II: wykonanie badań potwierdzających śmierć mózgu.

Etap I obejmuje dokonanie następujących stwierdzeń i wykluczeń [12]:

Stwierdzenia:

- Stwierdzenie, że chory jest w śpiączce;
- Stwierdzenie, że chory jest sztucznie wentylowany;
- Rozpoznano przyczynę śpiączki;
- Stwierdzono wystąpienie pierwotnego lub wtórnego uszkodzenia mózgu;
- Stwierdzenie, że uszkodzenie to jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu.

Wykluczenia:

- Chorych zatrutych i pod wpływem działania niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, środki usypiające, środki zwiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane);
- Chorych w stanie hipotermii ($\leq 35^{\circ}$ C ciepłoty powierzchniowej);
- Chorych z zaburzeniami metabolicznymi lub endokrynologicznymi;
- Noworodków poniżej 7. dnia życia [12].

Przeprowadzenie wszystkich *Stwierdzeń* i *Wykluczeń* pozwala na przejście do etapu II.

W etapie II stwierdza się:

Nieobecność odruchów pniowych:

- Brak reakcji źrenic na światło;
- Brak odruchu rogówkowego;
- Brak spontanicznych ruchów gałek ocznych, brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej z zimną wodą;
- Brak reakcji ruchowych na bodziec bólowy w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych oraz brak reakcji ruchowej w obrębie twarzy w odpowiedzi na bodźce bólowe w obszarze unerwienia rdzeniowego;
- Brak odruchów wymiotnych i kaszlowych;
- Brak odruchu oczno-mózgowego.

Trwały bezdech:

- Brak reaktywności ośrodka oddechowego wykazuje próba bezdechu [12].

W celu potwierdzenia śmierci mózgu u pacjenta należy przeprowadzić sprawdzenie powyższych zaburzeń czynności w dwukrotnym badaniu przeprowadzonym w odstępie trzech

godzin. Okres ten wynosi co najmniej 72 godziny u noworodków i co najmniej 24 godziny u dzieci do końca drugiego roku życia, niezależnie od przyczyny uszkodzenia mózgu. U dzieci powyżej 2 lat wynosi tyle, co u dorosłych [12].

Podczas badania obserwowane są niekiedy izolowane objawy, niewykluczające śmierci mózgu, a mogące prowadzić do fałszywych wniosków:

- Subtelne okresowe i rytmiczne skurcze mięśni twarzy (przypuszczalnie wynikają z odnerwienia mięśni w zakresie nerwu VII);
- Zgięciowe ruchy palców ręki;
- Toniczne odruchy szyjne, często nasilane przez kwasicę (objaw Łazarza);
- Inne ruchy tułowia;
- Zachowanie odruchów ścięgnistych;
- Naprzemienne ruchy zgięciowe i wyprostne palców stóp;
- Ruchy nawrotne i wyprostne kończyny dolnej [12].

Najczęściej śmierć mózgu jest rozpoznawana przez komisję złożoną z dwóch lekarzy, których kwalifikacje zawodowe są określone w prawie państwowym, np. Niemcy czy Wielka Brytania. Jednakże występują kraje, jak USA, gdzie śmierć mózgu stwierdza jeden lekarz. Wyjątki stanowią stany Alaska i Georgia, gdzie pierwsze badania diagnostyczne może wykonać dyplomowana pielęgniarka, jednak muszą być one potwierdzone w ciągu 24 h przez lekarza specjalistę [13]. Natomiast w Polsce, tak jak w Belgii, Grecji, Jugosławii, Słowacji i we Włoszech komisja składa się z trzech lekarzy [14]. Najczęściej w skład komisji ds. stwierdzania śmierci mózgu wchodzi specjaliści z dziedzin medycyny, jak neurologia lub neurochirurgia, kardiologia oraz anestezjologia i intensywne terapię [13]. W Polsce każda komisja ds. stwierdzania śmierci mózgu w *przypadku jakiegokolwiek wątpliwości dotyczącej śmierci mózgu odstępuje od jej stwierdzenia* [12].

Obecna definicja śmierci mózgu jest pewnego rodzaju kompromisem pomiędzy obrońcami ludzkiego życia za wszelką cenę a przeciwnikami uporczywego podtrzymywania funkcji życiowych pacjentów. Sam dr Henry Beecher przewodniczący wyżej wspomnianej Komisji Harwardzkiej wierzył, że nie ma jednej poprawnej definicji śmierci mózgu i już w latach 70. XX wieku przedstawił trzy równorzędne definicje śmierci :

- z utratą i niemożnością przywrócenia naturalnego krążenia czy też oddychania;
- ze śmiercią mózgu;
- ze śmiercią półkul mózgowych i bezpowrotną utratą świadomości [15].

Według niego *już nie śmierć całego mózgu, która obejmuje także pień mózgu, lecz tylko samo obumarcie kory mózgowej (...) jest już wystarczającym kryterium do orzekania, iż nastąpiła śmierć* [16]. Jednak jest to zbyt szeroka oraz wątpliwie etyczna definicja śmierci naruszająca podstawowe normy społeczne. Przyjęta w takiej formie mogłaby doprowadzić do niebezpiecznych oraz patologicznych zachowań w światowej służbie zdrowia.

Szereg zastrzeżeń wobec definicji śmierci formułuje Hans Jonas, który uważa, że środowisko medyczne przywłaszczyło sobie prawo na wyznaczenie granicy między życiem a śmiercią [17]. Jego zdaniem obecna definicja śmierci podaje tylko znamiona umierania niż granice między życiem a śmiercią. Wnioski, jakie wysuwa w swoich przemyśleniach są także dalekie od współczesnej myśli medycznej i etycznej, sugeruje że śmierć mózgowa nie stanowi ani kryterium śmierci, ani kryterium pobierania narządów, lecz jest znakiem nieodwracalności procesów zachodzących w ciele ludzkim [18].

Takie tezy spotkały się z ogromną falą krytyki ze strony moralistów niemieckich, jak np. Wilfried Ruff, Heinrich Pompey czy Dietmar Mieth, którzy w nieodwracalność procesu umierania doszukiwali się etycznych podstaw do pobrania narządów do transplantacji, oczywiście przy świadomej i samodzielnej zgodzie pacjenta. Argumentowali swoje myślenie tym, iż samo pobranie narządów nie jest bezpośrednią przyczyną śmierci [18].

Nieustanna wojna na argumenty przeciwników obecnej definicji śmierci i ważny aspekt społeczny, jaki niosła ze sobą kwestia śmierci skłoniła duchowieństwo na zabranie głosu i jak wszyscy myśleli opowiedzeniu się po którejś ze stron. W 1957 roku papież Pius XII zaznaczył, że Kościół nie ma kompetencji prawnych oraz merytorycznych, aby określić kiedy następuje śmierć człowieka i zadanie to pozostawia biologii i medycynie.

Papieska Rada *Cor Unum* w 1981 roku w swoim oświadczeniu: *Wzrasta jednak zgoda co do tego, że za zmarłego należy uznać człowieka, u którego zostałby stwierdzony całkowity i nieodwracalny brak aktywności mózgu (śmierć mózgowa)* [19] poparła dość niejednoznacznie raport Nadzwyczajnej Komisji Harwardzkiej Szkoły Medycznej do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej z 1968 roku oraz raport *Defining Death: Medical, Legal, and Ethical Issues in the Determination of Death* z 1981 roku przedstawiony przez Komisję ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych.

Dopiero Papieska Akademia Nauk 21 października 1985 roku w *Deklaracji o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci* formułuje wyraźne stanowisko w kwestii śmierci człowieka. *Osobę uznaje się za zmarłą, gdy doznała nieodwracalnej utraty wszelkiej zdolności utrzymania czynności ustrojów integracyjnych i koordynacyjnych – tak fizycznych, jak i umysłowych. Śmierć stwierdza się, gdy:*

a) nastąpiło ostateczne zahamowanie czynności serca i oddechu lub

b) stwierdzono nieodwracalne ustanie wszelkiej czynności mózgu.

W czasie dyskusji stwierdzono, że śmierć mózgu jest prawdziwym kryterium śmierci, bowiem ostateczne ustanie czynności krążenia i oddychania prowadzi bardzo szybko do śmierci mózgowej [20].

W 2000 roku Jan Paweł II w czasie Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego w Rzymie skierował się do uczestników takimi słowami: *W tym miejscu można orzec, że przyjęte w ostatnim okresie kryterium, na podstawie którego stwierdza się śmierć, a mianowicie całkowite i nieodwracalne ustanie wszelkiej aktywności mózgowej, jeśli jest rygorystycznie stosowane, nie wydaje się pozostawać w sprzeczności z istotnymi założeniami rzetelnej antropologii [21].*

Definicja śmierci mózgu, co ukazują powyższe argumenty nie jest idealna. Jednakże jak już wspomniano powyżej jest kompromisem społecznym, teologicznym, naukowym oraz prawnym. Jej treść zawiera wady i nie może przewidzieć wszystkich przypadków, jakie mogą się zdarzyć w życiu. Ta niedoskonałość jest spowodowana ludzką ułomnością na temat rzeczy łączących duchowość ze światem materialnym. Natomiast musimy zrozumieć, że większość nieporozumień między rodziną pacjenta a personelem medycznym w sprawie orzekania zgonu, jest brak wiedzy na temat funkcjonowania organizmu człowieka ze strony osób nie związanych z medycyną. Zazwyczaj w takiej sytuacji w zachowaniu rodziny zmarłego biorą udział negatywne emocje, które odbijają się głównie na osobach trzecich - "biały personel". Jedynym wyjściem, aby zmniejszyć liczbę takich nerwowych sytuacji jest edukacja społeczeństwa od najmłodszych lat reguł, jakimi lekarze posługują się w orzekaniu zgonu, a także zatrudnienie w szpitalach psychologów, którzy służyliby wsparciem dla rodzin w ciężkich chwilach.

Piśmiennictwo

1. Legowicz J.: Filozofia starożytna Grecji i Rzymu. Warszawa, 1970, 85-86.
2. Mollaret P., Goulon M.: Le coma depasse. Rev. Neurol., 1959, 101, 3-5.
3. Frowein R.A., Euler K.H., Karimi-Nejad A.: Grenzen der Wiederbelebung bei schweren Hirntraumen. Langenb. Arch. Klein. Chirurgie, 1964, 308, 276-281.
4. Dunn H.P.: Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów. Biblios, Tarnów 1997.
5. A definition of irreversible coma: report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. J. Am. Med. Assoc., 1968, 205/6, 85-88.

6. Szczęsna A.: Wokół medycznej definicji śmierci. [w:] Umierać bez lęku: wstęp do bioetyki kulturowej, Gałuszka M., Szewczyk K., (red.). PWN, Warszawa-Łódź 1996, 77–78.
7. Ziemiński I.: Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej. TN KUL, Lublin 1999, 102,
8. Nowacka M.: Etyka a transplantacja. PWN, Warszawa 2003.
9. Wijdicks E.F.: Brain death worldwide: accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. *Neurology*, 2002, 1, 20–25.
10. Komunikat w sprawie wytycznych Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii i medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu. Dz.Urz. MZOS, z 26 czerwca 1984 r., nr 6, poz. 38;
11. Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996 r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej), Dz.Urz. MZOS z 30 listopada 1996 r. nr 13 poz. 36;
12. Obwieszczenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu;
13. Wijdicks F.M.: Brain death worldwide. Accepted but no global consensus in diagnosis criteria. *Neurology*, 2002, 58, 20-25.
14. Haupt W., Rudolf J.: European brain death codes a comparison of national guidelines. *J. Neurol.*, 1999, 246, 432-437.
15. Keith Mant A.: Definicja śmierci z punktu widzenia medycyny [w:] Człowiek wobec śmierci, Toynbee A. Warszawa, 1973, 34–35.
16. Türk H.J.: Śmierć mózgowa w aspekcie filozoficznym [w:] Etyczne aspekty transplantacji narządów, Marcol A. (red.). Materiały z sympozjum w Kamieniu Śląskim w dniach 15–16.04.1996, Opole, WT UO, 1996, 60.
17. Jonas H.: Gehirntod und menschliche Organbank: zur pragmatischen Umdefinierung des Todes. [in:] Technik: Medizin und Ethik: zur Praxis des Prinzips Verantwortung. Insel, Frankfurt am Main 1985, 222.
18. Türk H.J.: Śmierć mózgowa w aspekcie filozoficznym [w:] Etyczne aspekty transplantacji narządów, Marcol A., (red.). Materiały z sympozjum w Kamieniu Śląskim w dniach 15–16.04.1996. Opole, WT UO, 1996, 71-72.
19. Papieska Rada "Cor Unum": Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających (27.08.1981) [w:] W trosce o życie: wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej, Szczygieł K. (red.). dz. cyt.: 446.

20. Papieska Akademia Nauk: Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci z 21.10.1985. [w:] *W trosce o życie*, Szczygieł K. (red.), dz. cyt.: 453–454.
21. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: *Karta Pracowników Służby Zdrowia*. Watykan 1995: nr 87 27. Jan Paweł II: *Do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego w Rzymie*, 29.08.2000. *L'Osserv. Rom.*, 2000, 228, 11-12.

PROBLEMY WIELOKULTUROWOŚCI W MEDYCYNIE



Sarosiek Justyna

Mangowa miłość. Doświadczenia z afrykańskiej misji. Wspomnienia z Zambii

Doktorantka Studiów Doktoranckich Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego
w Białymstoku
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

*Moja Afryka
taka Afryka gorąca
oparta o kruche drzewa
Afryka chora, bezbronna
co nawet nie potrafi śpiewać
taka Afryka milcząca,
której brak już tchu
Afryka za biedna,
by każdy miał swoje imię
taka Afryka jedyna
czerpiąca siłę z bicia czarnych serc
Afryka,
przed którą każdy ucieka
(Anna Zatoń) [1]*



Jest duszno, gorąco, temperatura w najgorętszym momencie sięga 40 stopni Celsjusza. Wokół jest tyle kurzu, że czuje się go dosłownie wszędzie: w nosie, w oczach, na skórze. Wszędzie hałas, ruch, muzyka. Masa ludzi, którzy gdzieś idą, jakby odbywali wieczną wędrówkę, kobiety niosące na głowach 20-litrowe baniaki z wodą, dzieci, bawiące się samochodami z drutu. I te słońce, które nas Europejczyków na początku odrzuca, uniemożliwia nam widzenie, sprawia, że marszczymy brwi i widzimy niczym krety. Jak już się przyzwyczaimy do gorąca i promieni słonecznych, to zauważamy melodię barw, odcieni, kolorów. Wszystko nagle staje się wyraziste, piękne, kolorowe, soczyście zielone i

oczywiście czerwone. Czerwona ziemia, czerwone domy, czerwone kwiaty. I nagle uświadamiamy sobie, że pomimo gorąca, potu lejącego się nam po plecach, brudu oraz hałasu znajdujemy się w najpiękniejszym miejscu na świecie. Znajdujemy się w Afryce.



List z Afryki

*tutaj słońce wstaje trochę wcześniej
tylko po to,
by móc dłużej suszyć łzy
w glinianym domu możesz spotkać
smutną matkę,
która właśnie żegna
swego pięcioletniego żołnierzyka
idąc na spacer uodpornij się
na cichy krzyk czarnych rzek,
których
jest tu chyba za dużo
a jeśli do granic cię zmęczy
tutejsza codzienność,
to posłuchaj pieśni baobabów,
które na chwilę przytłumią afrykańską
rzeczywistość.*

(Anna Zatoń) [1]



Afryka leży w zdecydowanej większości na półkuli wschodniej, pomiędzy Oceanem Atlantyckim a Indyjskim [2]. Pierwotnie była zamieszкана przez Buszmenów, którzy przybyli do Afryki prawdopodobnie w pierwszym tysiącleciu p.n.e. [2]. Po nich przybyli

Hotentoci, a od IX wieku - ludy Bantu, które „zepchnęły” Buszmenów i Hotentotów na południowy zachód. [2]. Pierwsi Europejczycy pojawili się u schyłku XV wieku [2].

Nazwa „Afryka” pochodzi z łaciny i oznacza „ziemia Afrów” [2]. Po raz pierwszy jako nazwa kontynentu leżącego na południe od Morza Śródziemnego pojawiła się w dziele *De chorographia* autorstwa Pomponiusza Meli z 41. roku naszej ery [2].

Według danych z 2012 roku w Afryce zamieszkuje ok. 1. 070 000 000 ludzi, co stanowi 1/7 ludności świata [3].



Afryka, zwana Czarnym Lądem otula swą magią, tajemniczością, jest swego rodzaju magnesem, sprawia, że wciąż chcemy odkrywać więcej i więcej.

Moim celem była Republika Zambii - kraj na półkuli południowej, bez dostępu do morza, w którym mieszka około 15 milionów ludzi, mówi się 76 dialektami i płaci się kwachą zambijską (Ryc. 1). Słowo kwacha wywodzi się z języka Nyanja oraz Bemba i oznacza "świt".



Ryc. 1. 2 kwacha zambijskie [3]



Stolicą Zambii jest Lusaka. 50-75% stanowią tu chrześcijanie (wiele regionów Afryki, głównie w Afryce Środkowej i Południowej), 24-49% muzułmanie (Afryka Północna

i Wschodnia). Animizm dominuje na południe od Sahary, głównie w Afryce Zachodniej i Centralnej.

Pierwotnie tereny Zambii były zamieszkiwane przez Buszmenów, a od około VI wieku zaczęły napływać ludy Bantu [4]. Od XIV do XV wieku Zambia była pod wpływami państwa Monomotapa, a od XIX wieku, na jej terenie, powstały państwo Barotse (na zachodzie) i Bemba (na południowym zachodzie) [4]. W 1835 w Zambii osiedlił się zuluski lud Nguni, zaś w drugiej połowie XIX wieku jej tereny zaczęły być stopniowo penetrowane przez europejskich misjonarzy, handlarzy i odkrywców [4].

Jednym z odkrywców był Brytyjczyk David Livingstone (Ryc. 2), który jako pierwszy z Europejczyków zobaczył wodospady na rzece Zambezi i nazwał je na cześć królowej Wiktorii [4].



Ryc. 2. David Livingstone [5]

Obszar Zambii obejmuje lekko pofałdowany płaskowyż (1000-1400 m n.p.m.), który stanowi znaczną część lewobrzeżnego dorzecza Zambezi [4].

Na południu znajduje się rozległa Dolina Luangwy, z jednej strony ograniczona przez pasmo górskie Muchinga [4].

Zambia to kraj sawanny, rzeki Zambezi i Wodospadów Wiktorii

Zambezi to czwarta najdłuższa rzeka w Afryce [6]. Ma długość 3.540 km, dorzecza 1,3 mln. km², a jej źródła znajdują się na podmokłych terenach w dystrykcie Mwinilunga, w północno-zachodniej Zambii, niedaleko punktu, w którym spotykają się Zambia, Angola i

Kongo [6]. Jednakże w porównaniu do innych dużych rzek w Afryce, Zambezi jest mało zbadana. Żeglowna tylko w dolnym odcinku na długości ok. 700 km.

Zambezi przepływa przez sześć krajów: Angolę, Namibię, Botswanę, Zimbabwe (wzdłuż granicy z Zambią), a następnie przecina Mozambik i wpada do Oceanu Indyjskiego [6].

W roku 1498 Vasco da Gama, jako pierwszy Europejczyk, zobaczył rzekę Zambezi i nazwał ją "Rzeką Dobrego Omenu" (Rio dos Bons Sinais) [6].

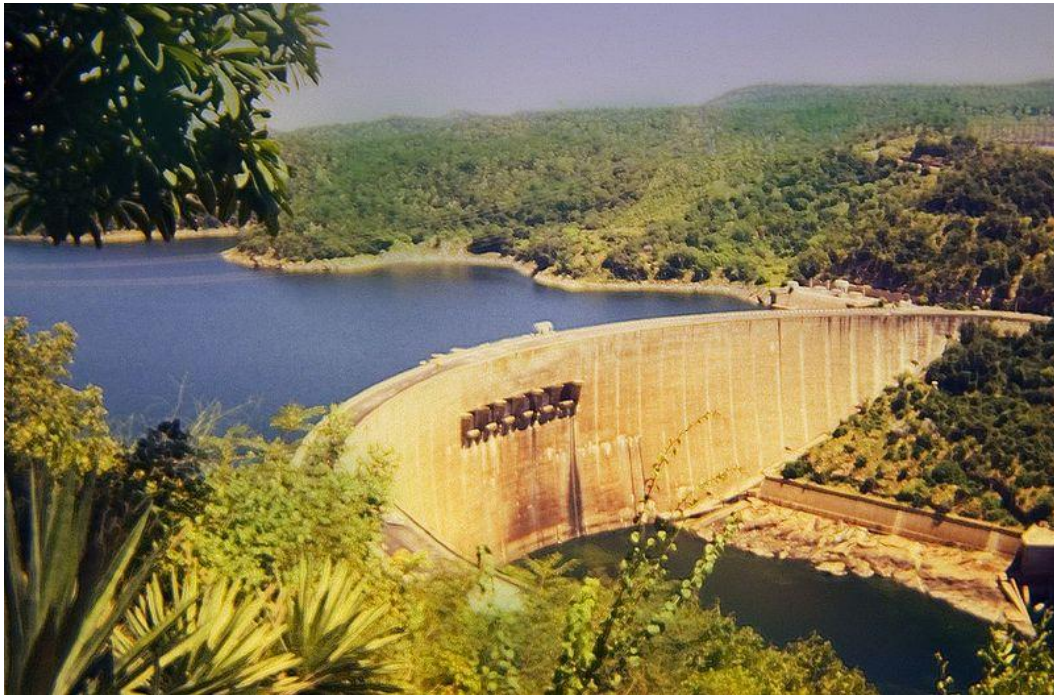
Co roku Zambezi wylewa, a ta doroczna powódź jest okazją do ceremonii zwanej Kuomboka (aby przenieść się z wody) (Ryc. 3).



Ryc. 3. Kuomboka [6]

W Zambii jest także Jezioro Kariba, jedno z największych jezior antropogenicznych, które powstało przez wybudowanie tamy wodnej na Zambezi. Powierzchnia jeziora Kariba to: 5.580 km², pojemność: 185 km³ wody [6]. Uważa się, iż tutejsza elektrownia wodna ma większą moc niż niektóre elektrownie jądrowe [6]. Ma ona 128 metrów wysokości i 579 metrów szerokości (Ryc. 4). Inwestycja została zrealizowana w latach 1955-1959 przez Federację Rodezji i Niasy. Podczas jej budowy życie straciło osiemdziesiąt sześciu mężczyzn [6].

Wzdłuż rzeki można obserwować liczne zwierzęta, np. leżące na brzegu krokodyle i hipopotamy, chodzące w pobliżu rzeki słonie, lwy, zebry, żyrafy oraz liczne ptaki (czaple, pelikany i bieliki afrykańskie) [7].



Ryc. 4. Zapora Kariba [7]

W rzece żyje wiele gatunków ryb, np. yellowfish, sum, tigerfish i pielęgnice.

Na Zambezi jest kilka wodospadów: Ngonye Falls w zachodniej Zambii, Chavuma Falls na granicy Angoli i Zambii oraz Wodospady Wiktorii (Ryc. 5), jedno z najbardziej popularnych miejsc turystycznych w Afryce [7].



Ryc. 5. Wodospady Wiktorii [9]

Przed przybyciem Europejczyków na te tereny zwane były *Mosi-oa-Tunya*, co w języku lokalnego plemienia Kololo oznacza *Mgła, która grzmi* [8].

Wodospady uważane są za jeden z siedmiu naturalnych cudów świata. Wysokość wodospadu to 108 metrów, a szerokość 1,7 kilometra. W sezonie szczytowym w każdej sekundzie przetacza się tam ponad 9 milionów litrów wody. Ten zjawiskowy obiekt sprawia, że patrząc na niego, nie myśli się o niczym, po prostu podziwia się i pragnie się już tylko tam pozostać. Odkryte zostały w 1855 roku przez szkockiego misjonarza i badacza Davida Livingstone'a, który wówczas powiedział o nich: „*Widok tak piękny, że muszą się w niego wpatrywać aniołowie w locie*” [9].

Wodospady Wiktorii uważane są za jeden z siedmiu naturalnych cudów świata

Spowiedź afrykańskiej dziewczynki
*przepraszam dziś Boże jak zwykle,
że jestem niechcianym problemem,
że na mój widok ptak milknie,
lub kryje się za drzewem
i wybacz, Boże jedyny,
że po dniu ciężkiej pracy
niekiedy brakuje mi siły -
a przecież ma być inaczej
żałuje braku uznania
dla słonecznej ozdoby nieba,
lecz głodnej i bliskiej skonania
takich ozdób nie trzeba
mimo mych grzechów ciężkich jak głaz
ze łzami, pełna rozpaczy
proszę cię Panie o jeden drogowskaz
do miejsca, gdzie będę coś znaczyć
(Anna Zatoń) [1]*



Do Zambii w południowo-wschodniej Afryce wyruszyłam w połowie października. Pamiętam ten dzień doskonale, wysiadając z samolotu po 16-godzinnej podróży, gorący podmuch powietrza uderzył w moją jeszcze bladą twarz. Asfalt był tak nagrany od słońca, że mogłam odcisnąć podeszwę buta. Październik to w Zambii miesiąc, w którym stykają się dwie pory- kończy się pora sucha, a zaczyna się pora deszczowa, dlatego temperatura w ciągu dnia sięga wtedy 40 stopni i w nocy niewiele się obniża. Jeden z najgorętszych miesięcy w ciągu całego roku, ziemia jest tak sucha, nawet w studniach zaczyna brakować wody. Miesiąc, w którym wszyscy wypatrują upragnionego deszczu. Deszczu, który dla Zambijczyków jest sprawcą życia, który pobudza zwierzęta, roślinność, a nawet ich samych.



Ryc. 6. Brama wjazdowa do Hospicjum (zdjęcie własne)

W Zambii spędziłam 3 miesiące i były to definitywnie jedne z lepszych miesięcy mojego życia. Pierwszy miesiąc pracowałam przy remoncie przedszkola w Lindzie. Linda to jedna z najuboższych dzielnic Lusaki, stolicy Zambii. Przechadzając się główną ulicą Lindy można dostrzec życie, tłumy ludzi, którzy gdzieś pędzą, kupują, krzyczą, sprzedają. Właśnie, 80% Zambijczyków żyje z ulicznych handlów. Wszędzie panuje gwar, harmider, jakbyśmy znajdowali się gdzieś w innym wymiarze, zupełnie innym niż znamy z Europy. Z każdego zakątka słychać ‘Mzungu’, co oznacza białego człowieka, tego, który ‘ma szczęście’ bądź

dosłownie 'potrafi więcej'. Jest to oznaka szacunku. Afrykańczycy od zawsze nam zazdroszczą. Nie do końca jest to zazdrość o kolor skóry. Któregoś dnia zapytałam, o co to tak naprawdę chodzi. Okazało się, że to nie kolor skóry, miejsce pochodzenia czy pieniądze. Zazdroszczą nam różnorodności, tego, że różnimy się od siebie nawzajem. Biały człowiek może mieć brązowe, blond, rude włosy, proste, kręcone, krótkie, długie. Nasze oczy posiadają przeróżne kolory: piwne, niebieskie, zielone. I o to cała ta batalia zazdrości. Dla mnie choć Zambijczycy wyglądają przeróżnie, bo nie ma dwóch takich samych ludzi, dla nich różnice są zbyt małe. Dlatego dla większości z nich biały człowiek wydaje się bardziej atrakcyjny. Ta atrakcyjność daje o sobie znać wszędzie. Z każdej strony podbiegają dzieci, aby dotknąć mojej skóry i włosów. Dla nich biała kobieta to coś niespotykanego. Gdy chwyтали mojej dłoni, nie chcieli jej puścić. Zachowywali się tak, jakby nasze skóry się różniły, jakbyśmy byli z innej planety.



Ryc. 7. Świąteczna zabawa (zdjęcie własne)

W oddali zawsze gra afrykańska muzyka, która sprawia, że biodra same chcą tańczyć. To jej skoczność i luz sprawia, że wszystko porusza się w jej rytmie. Na ulicznych marketach można znaleźć dosłownie wszystko. Poprzez artykuły spożywcze-fasolę, masło, kukurydzę, olej, mięso, mango, papaję, pomidory, cebulę; skończywszy na butach, ubraniach oraz oponach do roweru. Mam wrażenie, że Zambijczyk jest w stanie sprzedać dosłownie wszystko. Przedszkole, w którym mieszkamy i pracujemy posiada 5 ogromnych pomieszczeń dla dzieci, z dużymi oknami, aby zambijskie słońce oświetlało pokoje. Potrzeby pracy były duże, więc od razu zabraliśmy się do pracy. Zaczęliśmy od malowania okien, potem sufitów

oraz ścian. Przedszkole powstało przy parafii Świętej Rodziny w Lindzie, której opiekunem i proboszczem jest zakonnik, werbista o. Jacek Gniadek SVD. Czas mijał mi wtedy szybko, praca szła w tempie, choć przy tak wysokiej temperaturze człowiek zdecydowanie szybciej się męczy. Pamiętam tylko, jak bolały mnie ramiona od trzymania pędzla w górze, ale oko się cieszyło, jak widziało efekty własnej pracy. Po kilku tygodniach betonowe, szare miejsce zmieniło się w jasne, zielone, a przede wszystkim przestraszone przedszkole dla dzieciaków. Obecnie wygląda bardzo europejsko. Dzieciaki będą miały świetne warunki do nauki. Przedszkole zostało otwarte w styczniu i z tego, co wiem dzisiaj funkcjonuje bardzo dobrze i uczęszcza tam obecnie trzydzieścioro dzieci.

Kolejne miesiące to praca w hospicjum i klinice, przy Zgromadzeniu Sióstr Boromeuszek w Chilandze.



Chilanga to mała miejscowość położona 15 km od Lusaki – stolicy Zambii [<http://www.adopcjaserca.org/index.php/misja-w-chilandze>]

Chilangę i okolice zamieszkuje prawie 30.000 ludności. Znajduje się tu druga wspólnota misyjna Sióstr Boromeuszek, które poprzez różnorodną posługę starają się pomóc ludziom w zmaganiu się z różnymi codziennymi problemami.

Istotą duchowości Sióstr Boromeuszek jest całkowite oddanie się Bogu, które wyrasta z kontemplacji i przyjęcia daru Jego miłosiernej miłości, a w odpowiedzi owocuje miłosierdziem, czyli całkowitym i stałym poświęceniem się służbie potrzebującym bliźnim na wzór Chrystusa, w duchu ewangelicznej miłosiernej miłości: „*idź i ty czyn podobnie*” (Łk 10,37) [10].

Podwaliny duchowości zakonnej znajdują w otrzymanych na chrzcie św. zdolnościach praktykowania cnót Boskich: wiary, nadziei i miłości oraz w głębokiej czci dla Maryi, jakiej dała nam przykład Matka Anne Royer [10].

Pogłębienie swojej duchowości dokonują przez praktykowanie cnót, jakich wzór dają im patronowie Kongregacji [10]:

- duch rodzinny – Święta Rodzina
- wierność Kościołowi i Papieżowi – Święty Karol Boromeusz (1538-1584)
- radość serca – Święty Franciszek Salezy.

Fundamentem działalności Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza było dzieło charytatywne zainicjowane przez Józefa Chauvenel (ur. ok. 1610 zm. 1651) w Nancy (Francja – Lotaryngia).

Siostry Boromeuszki są powołane do ukazywania miłosiernej miłości Chrystusa, który leczy, karmi, naucza, modli się i zbawia [10]. Ich priorytetem jest pełne i szczerze umiłowanie człowieka cierpiącego fizycznie, moralnie i duchowo [10]. Każda siostra stara się w całym życiu i działaniu realizować hasło Zgromadzenia Bóg i ubodzy. Składa ślub miłosierdzia, gdyż miłość do Boga przynagła ją do oddania całego serca i wszystkich sił w służbie biednym, chorym, dzieciom i młodzieży, a przez modlitwę sięgającą kontemplacji oraz praktykowanie miłosierdzia, Jezus działa w nas i przez nas [10].

Siostry troską i miłością otaczają chorych zarówno cierpiących na duchu, jak i na ciele [10].

Reguły życia z Nancy z 1975 roku mówią : „*W Jego zbawczej woli, by wszystkich ludzi ratowa, Jego miłosierdzie zawsze przewyższa grzech, a Jego miłość żyje w ubogich i cierpiących. Gdzie panuje Jego miłość, tam On jest obecny*” [10].

Pierwsze siostry niejednokrotnie powtarzały, że do ubogich i chorych należy podchodzić z pokorą, czią i ofiarą, aby zobaczyć w nich Chrystusa i otworzyć ich serce na miłość Bożą, gdy Pan udzieli im swojej łaski [10].

Ślub miłosierdzia, który składają obejmując chorych i dotyczy rodzaju oraz sposobu ich pielęgnowania, a także ustosunkowania się do nich [10]. Współczucie im w cierpieniach, gotowość na każde wezwanie jest ukazywaniem jak bardzo ukochał ich Chrystus. Siostry pielęgnują cierpiących w szpitalach, domach pomocy społecznej, w domach prywatnych jako pielęgniarki środowiskowe, w specjalnych ośrodkach wychowawczych i zakładach opiekuńczo – leczniczych [10].

W Chilandze pracują 4 siostry, a od paru już lat wraz z naszymi polskimi siostrami misjonarkami służą zambijskie siostry, które przeszły swoją formację podstawową w domu formacyjnym w Makeni, a obecnie posługują w dwóch pozostałych wspólnotach zakonnych [10].

Siostry Boromeuszki, prowadzące w Zambii placówki misyjne (hospicjum Matki Miłosierdzia -*Mother of Mercy Hospice Ryc. 8-12*), przychodnie dla ludzi chorych na AIDS, dwie szkoły podstawowe z jedną grupą dzieci przedszkolnych w każdej szkole, przedszkole przy parafii, szkołę gospodarstwa domowego z uwzględnieniem kursu kroju i szycia dla kobiet - Homecraft, działalność duszpastersko-katechetyczna przy parafii), leczą chorych,

uczą praktycznych umiejętności i katechizują, starają się ratować każde życie w miarę sił i posiadanych możliwości.

Problemy ludności żyjącej w Chilandze związane są z brakiem dostępu do wody, brakiem środków materialnych do utrzymania rodziny, bezrobociem, prowadzącym w konsekwencji do głodu, brakiem możliwości edukacji dzieci, a także rozprzestrzenianiem się różnych chorób. Większość ludzi żyje w skrajnej biedzie, której Siostry starają się zapobiegać na ile potrafią.



Pamiętam swój pierwszy dzień, był listopad i wciąż nie mogłam się przyzwyczać do tego miesiąca. W głowie miałam polski listopad - deszczowy, mglisty, przesywający swoją ponurością. A tutaj piękny i upalny dzień, bez deszczu i śniegu. Takie skojarzenia sprawiają, że pamięć jest niezawodna i dokładnie zapamiętuje wydarzenia.

Hospicjum dla chorych na HIV/AIDS funkcjonuje już od 2007 roku i jest utrzymywane z datków sponsorów. Siostry zakonne nie posiadają wsparcia rządowego. Pomimo to, budynek nie wyglądał źle. Składał się z holu, pokoju badań, laboratorium, biura, kuchni dla pacjentów, łazienki, pokoju dla personelu, sali opatrunkowej oraz trzech pomieszczeń dla pacjentów- męskiej, damskiej i dziecięcej.



Ryc. 8. Hospicjum Matki Boskiej Miłosiernej (*Mother of Mercy Hospice*) w Chilandze (zdjęcie własne)



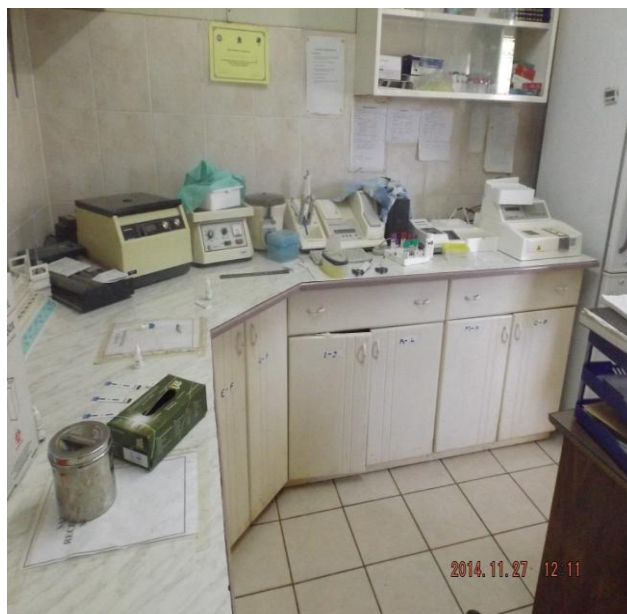
Ryc. 9. Hospicjum Matki Boskiej Miłosiernej w Chilandze (zdjęcie własne)



Ryc. 10. Sala chorych - Hospicjum Matki Boskiej Miłosiernej w Chilandze (zdjęcie własne)



Ryc. 11. Laboratorium - Hospicjum Matki Boskiej Miłosiernej w Chilandze (zdjęcie własne)



Ryc. 12. Laboratorium - Hospicjum Matki Boskiej Miłosiernej w Chilandze (zdjęcie własne)

Hospicjum Matki Boskiej Miłosierdzia było gotowe pomieścić ok. 20 pacjentów.

Miejsce to ma w sobie coś magicznego, wchodząc tam, zostawiamy wszystko na zewnątrz. Wszystkie problemy, zmartwienia. Jesteśmy tylko tu i teraz, dla naszych pacjentów. Dla mnie miejsce było otoczone miłością i miłosierdziem, tak zdecydowanie można nazwać to uczucie miłosierdziem.

Dlaczego miłosierdzie? Bo nie wyobrażam sobie innej formy współczucia, która może towarzyszyć temu miejscu. Bo miłosierdzie to najlepsze, czym możemy obdarzać naszych pacjentów.

Przed przyjazdem znałam AIDS tylko z literatury medycznej. AIDS - (ang. *Acquired Immune Deficiency Syndrome*) Zespół Nabytego Niedoboru Odporności, definiowane jako końcowe stadium zarażenia wirusem zespołu nabytego braku odporności HIV (ang. *human immunodeficiency virus*).



Według danych UNAIDS pod koniec 2012 r. na świecie żyły około 34 miliony ludzi z HIV/AIDS, z czego 90% w krajach rozwijających się [11]. Choroba charakteryzuje się niskim poziomem limfocytów, a więc obniżeniem odporności, co skutkuje w dalszym czasie zapadalnością na różnego rodzaju choroby. U nosicieli rozwija się gruźlica, zapalenie płuc,

meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, mięsak Kaposiego. Niektórzy chorzy, w ciągu kilku tygodni od zakażenia, mogą odczuwać trwające kilka dni lub dłużej, objawy grypopodobne [12]. Jednakże część z nich nie obserwuje żadnych symptomów klinicznych. Wyróżnia się [12]:

- **Pierwotne Zakażenie HIV (PIH – Primary HIV Infection)** - kiedy czas od zakażenia wirusem HIV do pojawienia się przeciwciał anti-HIV charakteryzuje się przejściowym wysokim stężeniem wirusa (wiremią) HIV i przejściowym obniżeniem poziomu limfocytów T CD4, a także wysoką zakaźnością i brakiem swoistych przeciwciał anti-HIV. U ok. 40-90% pacjentów występują objawy kliniczne Ostrej Choroby Retrowirusowej, tj. gorączka, powiększenie węzłów chłonnych, zapalenie gardła, wysypka, bóle stawowo-mięśniowe itp.
- **Fazę przewlekłą** - od tygodnia do 3 miesięcy od wystąpienia ostrej choroby retrowirusowej, charakteryzującą się przewlekłą aktywacją mechanizmów odpornościowych i ich degradacją, stopniowym obniżeniem limfocytów T CD4 i niską wiremią HIV (różnica osobnicza).
- **Fazą objawową**, która wynika ze znacznego upośledzenia układu odpornościowego, przełamania sił obronnych organizmu i gdy pojawiają się objawy zakażenia HIV, a w okresie zaawansowania pojawiają się choroby oportunistyczne.
- **Skrajne upośledzenie odporności** - które jest związane z intensywną replikacją wirusa HIV i zwiększoną wrażliwością na zakażenia, z wystąpieniem „chorób wskazujących” na AIDS. Rozpoznanie stawia się, nawet bez objawów klinicznych, przy wartościach limfocytów T CD4 poniżej 200 kom/ul,. Kryteria Europejskie rozpoznania to zaliczenie do Grupy C

Do zakażeń lub chorób ustalonych przez CDC, których obecność wskazuje na zakażenie HIV zalicza się [12]: nowotwory, zespoły chorobowe nie występujące w populacji niezakażonej HIV, zespół wyczerpania, HIV encefalopatię, zakażenie bakteryjne, grzybicze, pierwotniakowe lub wirusowe wywołane przez pospolite w środowisku drobnoustroje powodujące chorobę jedynie u osób z poważnie uszkodzonym i niewydolnym układem odpornościowym.



*„Dawać to trwalsza przyjemność niż dostawać,
bowiem ten, co daje, pamięta o tym dłużej”*

(N. Chamfor) [13]

Wydawało mi się, że w mojej 2-letniej praktyce widziałam już wiele chorób, nie przypuszczałam, że kiedykolwiek będzie mi dane zobaczyć coś takiego. Nawet trudno mi nazwać to, co zobaczyłam...

Czy to był ból i cierpienie? Tak, zdecydowanie był to ból i cierpienie, ale te dwa słowa nie oddadzą tego, co się tam dzieje. To nie jest jedynie zwykły ból, ale przede wszystkim jego ogrom. Patrzenie na moich pacjentów było dla mnie katorgą. Ale w tym wszystkim moje cierpienie było niczym z porównaniem z ich cierpieniem.



Ryc. 13. Szybkie testy na wykrycie wirusa HIV (zdjęcie własne)



Ryc. 14. Szybkie testy na wykrycie wirusa HIV (zdjęcie własne)

U nas, w Europie, wirusa można nosić w sobie kilkadziesiąt lat, przy dobrym stylu życia i odżywianiu oraz regularnym braku leków retrowirusowych. Dzisiejsza medycyna sprawia, że nie odczuwamy obecności choroby przez długi czas, który może sięgać aż 10-20 lat. Inaczej jest w Afryce, tutaj z powodu ciągłego niedożywienia, ogromnej biedy, braku dostępu do podstawowej opieki medycznej HIV przechodzi w fazę AIDS w ciągu 2-3 lat. Pacjent w końcowej fazie choroby jest jakby zatrzymany w czasoprzestrzeni. Nie jest w stanie się poruszyć, usiąść, pójść do toalety, sięgnąć po kubek z wodą. Jedynie co robi, to leży nieruchomo na łóżku. Nawet oddychanie jest dla nich bolesne. Każdy ruch sprawia im mękę, a ekstremalnie wysoka gorączka osłabia jeszcze bardziej. Choroba sprawia, że chyba do końca nie wiedzą, co się z nimi dzieje, z zewnątrz wyglądało to tak, jakby w każdym fragmencie ciała odczuwali ból. I ten ciężar bólu ich przytłaczał. Jakby byli zawieszani i nie mogli tego zmienić. Chcę powiedzieć, że choroba dotyka nie tylko ciała, ale także i duszy. Bo tylko taki nadmiar cierpienia może dotknąć tej drugiej sfery, sfery, która każdy z nas ma, sfery duchowej.

Doświadczenie pracy w hospicjum uświadomiło mi, że umieranie na AIDS to umieranie w męczarniach.

Przekonałam się na sobie, że śmierć naprawdę bywa ulgą. Najgorsze w tym wszystkim było, to, że tak naprawdę nie potrafiłam im pomóc. Jedyne co mogłam zrobić, to służyć. Podsunąć kubek z wodą, podać tabletki, zrobić zastrzyk przeciwbólowy, ale przede wszystkim być z nimi w tych najtrudniejszych momentach.

Obecność i czas, który dajemy drugiemu człowiekowi to rzecz najcenniejsza. Rzecz nie do kupienia i nie do odzyskania. To coś, co dajemy za darmo i nie oczekujemy niczego w zamian. Coś, co sprawia, że się zmieniamy, że stajemy się lepszymi ludźmi.

Hospicjum w Chilandze to świat lepszy, świat w którym człowiek, który jest wykluczony przez społeczeństwo przez swój status, zepchnięty na margines społeczny, dyskryminowany, otrzymuje pomoc.

Dostaje wszystko, co mu potrzebne: łóżko, jedzenie, opiekę medyczną, leczenie oraz MIŁOŚĆ.

Hospicjum to miejsce, w którym przestaje być ważne wszystko inne, liczy się tylko drugi człowiek. Przełamujemy tam wszystkie bariery i uprzedzenia. Te rasowe, etniczne, narodowościowe, koloru skóry.

Hospicjum jest otwarte dla wszystkim, tych, którzy tego potrzebują.



Ryc. 15. Mobilna klinika (zdjęcie własne)



Ryc. 16. Mobilna klinika (zdjęcie własne)



Afryka to kontynent różnorodności, zadziwia swoim pięknem. Mówią, że ludzie dzielą się na dwie kategorie, Ci, którzy kochają Afrykę i ci, którzy jej nienawidzą. Ja wiem, że każdy kto raz pojedzie do Afryki, później będzie już tylko wracał. Wyjazd do Zambii był moim drugim pobytom na Czarnym Lądzie. Wyjazd sprawił, że jeszcze bardziej zakochałam się w Afryce. Afryka moich zmysłów to pasja, która ukrywa gdzieś głęboko w sercu nie pozwala zapomnieć i napędza mnie do działania każdego dnia. To tam oddycham inaczej, mam mnóstwo pomysłów w głowie i ciągłą energię do pracy. Afryka wyzwala we mnie wszystkie moje talenty i dobre strony. Zawsze, gdy tam wracam, odkrywam nowe możliwości, szanse, poszerzam horyzonty. Afryka zawsze zmienia, czy tego chcemy czy nie. Jestem przekonana, że dla mnie jest to zawsze zmiana na lepsze. Gdy wracam do domu, Afrykę mam w sercu, potem już tylko wyciągam do niej ręce, pragnę jej bliżej i więcej.



Ryc. 16. Badania dzieci pod względem ich niedożywienia (zdjęcie własne)

Pobyt w Zambii kojarzy mi się z codziennym wstawaniem o piątej rano, jedzeniem słodkiego mango, ostrym słońcem, wszechobecnym kurzem, spoconym czołem, spaloną słońcem skórą, chaosem, skoczną muzyką, zakupami na ulicy, z matkami noszącymi swoje małe dzieci na plecach. Ale najbardziej kojarzy mi się z wolnością. Gdy zamykam oczy i próbuje wrócić wspomnieniami do Afryki, to w ustach mam smak soczystego mango, a w sercu miłość. Dlatego moja Afryka to MANGOWA MIŁOŚĆ.



Ryc. 17. Mali pacjenci (zdjęcie własne)

Piśmiennictwo

1. http://www.gim9.gorzow.pl/download/prace_u/korzel/www/wiersze.html, data pobrania 26.03.2015
2. Makowski J.: Geografia fizyczna świata. PWN, Warszawa 2004.
3. http://www.afryka.com/zambia/http://pl.wikipedia.org/wiki/Kwacha_zambijska, data pobrania 26.03.2015
4. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Afryka>, data pobrania 26.03.2015
5. http://pl.wikipedia.org/wiki/David_Livingstone, data pobrania 26.03.2015
6. <http://www.africangamesafari.com/zambezi-rzeka.html>, data pobrania 26.03.2015
7. <http://en.wikipedia.org/wiki/Kuomboka>, data pobrania 26.03.2015
8. http://pl.wikipedia.org/wiki/Zapora_Kariba, data pobrania 26.03.2015
9. http://pl.wikipedia.org/wiki/Wodospady_Wiktorii, data pobrania 26.03.2015
10. http://www.boromeuszki.katowice.opoka.org.pl/seb/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1, data pobrania 26.03.2015
11. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/hiv-i-aids>, data pobrania 26.03.2015
12. http://www.boehringer-ingelheim.pl/informacje_dla_pacjentow/aids/przebieg_choroby.html, data pobrania 26.03.2015
13. <http://montini.w.interia.pl/aforyzmy/d.htm>, data pobrania 26.03.2015

Chadzopulu Antygona¹, Krajewska-Kulak Elżbieta², Łukaszuk Cecylia², Kulak Agnieszka³, Bejda Grzegorz², Cybulski Mateusz², Theodosopoulou Eleni⁴

Medyczna moc kamieni szlachetnych

1. Szpital Kavala, Greece
2. Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens Greece
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Studenckie Koło Naukowe Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

„W całym stworzeniu, drzewach, roślinach, zwierzętach, kamieniach, minerałach są ukryte tajemnice Boże, których żaden człowiek nie może poznać, ani zbadać, ani wynaleźć, ani doświadczyć, jeśli Bóg ich sam nie objawi ...”

św. Hildegarda z Bingen

Ludzie od tysiącleci patrzyli w gwiazdy, a dla pierwszych cywilizacji astrologia była poważną dziedziną nauki [1,2]. Starożytni, Babilończycy, Egipcjanie, Grecy, Persowie wierzyli, że kosmos emituje energię, która działa na wszystko, co żyje. To oni zaczęli tworzyć przedmioty, które (według ich badań) miały pomagać gromadzić tę energię i przekazywać ją właścicielowi [1,2].

Od niepamiętnych czasów, za Krzywobłocka [1,2], złe moce lub złe duchy, a potem także diabły wyobrażano sobie w czarnych kolorach.

Niektórym kamieniom przypisywano własności lecznicze, innym znów trujące. Wierzono, że niektóre chronią przed ukąszeniem węży i skorpionów, inne przed złym spojrzeniem, które może przynieść nieszczęście.

Amulety i talizmany, które tworzone z różnych kruszców, kamieni szlachetnych, ziół, włosów i siarki odgrywały dużą rolę nie tylko w codziennym życiu, ale także we wszelkich formach kultu i wierzeń [1,2].

Starożytne cywilizacje upadły, ale wielkie religie wchłonęły wiarę w talizmany. Człowiek instynktownie przypisywał im wszelkie nadzwyczajności.

Nie można analizować historii biżuterii, czy kształtów bez znajomości symboliki magicznej.

Egipcjanie nie tylko wiedzieli o istnieniu możliwości oddziaływania przez kształty, ale dobrze znali jego siłę i potrafili uzyskaną energię użyć do określonego celu.

Chociaż wiadomo, jak się obchodzić z kamieniami szlachetnymi, wciąż poszukiwano odpowiedzi na pytania: Czy poszczególne kamienie mają właściwości uzdrawiające? Jaką energię emitują? Dlaczego niektóre kamienie przynoszą szczęście? Czy można regenerować siły i odmładzać organizm ich mocą? Jak wykorzystać je do ochrony przed złem i złymi mocami?

Wszystkie cenne kamienie zostały podzielone na trzy chóry [3]:

- Pierwszy - do planet, a stanowią go: diament związany z Merkurem, rubin poddany Wenerze, szafir, któremu patronuje Uran, turkus rządzony przez Saturna, opal przynależny Jowiszowi i ametyst związany z Ziemią
- Drugi - gwiazdny, składa się z topazów, onyksów, beryli, jaspisów, chryzoprazów, granatów, chryzolitów, agatów, chalcedonów, heliotropów, hiacyntów i sardoniksów
- Trzeci chór, ziemski - stanowią perły, korale i bursztyny.

Od małego kamyczka do bioelektroniki Prof. Sedlaka

W chrześcijańskiej Europie, aż do XII wieku, Timaios był jedynym czytany po łacinie tekstem Platona, który został odkodowany. Opiera się na nim fizyka kwantowa. Niezwykła wizja genezyjska wywarła silny wpływ na wyobraźnię potomnych. Na uwagę zasługuje fragment mówiący, że ten świat jest „*jak istota żywa, ma duszę i rozum - dzięki opatrności Boga*”. Według Platona, Bóg chciał jak najbardziej upodobnić świat do najpiękniejszego z przedmiotów i ze wszech miar najdoskonalszego, więc zrobił go jedyną istotą żywą widzialną, która zawiera w sobie wszystkie istoty żywe, spokrewnione z nią co do natury [4].

Profesor Sedlak, twórca i kierownik Katedry Biologii Teoretycznej na KUL-u, przez długie lata prowadził badania nad bioplazmą. Karol Jung podejrzewał, że w naszym psyche istnieje jakiś „obszar nieosobniczy”, mający powiązanie z innymi wymiarami przestrzennymi [5].

Jednym z twórców teorii bioplazmy był również prof. Manczarski i Griszczenko. W 1944 roku po raz pierwszy wspomniano o możliwości istnienia piątego stanu materii w organizmach żywych (*pemptusia, ether Arystotelesa*). Dwadzieścia lat później nazwano go plazma biologiczna–bioplazma [6].

Już w latach dwudziestych bieżącego stulecia biolog Aleksander Gurwicz wysunął hipotezę, że wszystko co żywe, ma zdolność tworzenia pól biologicznych, które swoiście regulują, organizują rozwój tkanek organizmu [7,8].

Nieudane próby udowodnienia tego przypuszczenia za pomocą obliczeń i prostego doświadczenia fizycznego doprowadziły jednak do tego, że pola biologiczne uznano za

fantazje. Członek Akademii Nauk Medycznych Kazanczejew potrzebował 10 lat, żeby znaleźć doświadczalny dowód dla tej hipotezy. Razem ze swoimi współpracownikami, w laboratorium hodowli tkanek Nowosybirskiego Instytutu Medycznego wykonał szereg doświadczeń, które udowodniły, że pola biologiczne Gurwicza istnieją. W jednym z doświadczeń uczeni brali dwie kolby ze szkła kwarcowego, które przepuszcza promienie fioletowe. W pierwszej umieszczali nadważoną wirusem hodowlę tkanki, a w drugiej - dokładnie taką samą, ale nie nadkażoną. Po pewnym czasie w obu kolbach postawionych obok siebie zaczynała szerzyć się ta sama choroba wirusowa. Odkrycie Kazanczejewa i jego kolegów okazuje się jednym z dowodów funkcji informacyjnej pól elektromagnetycznych w przyrodzie żywej [6,7].

Cybernetyk dr Grabiec uważa, że *„wszystko co żyje, musi promieniować i to w różnych pasmach częstotliwości. Emisja fotonowa jest po prostu jedną funkcją żywej materii”* [6,7].

Prof. Sedlak [8-11] docenił wagę intuicji w związku z wykorzystaniem krzemu w pracy naukowej twierdząc, że *„intuicyjny ślad, nawet najgłupszy nie może być bez znaczenia”* W swoim kalendarzu zapisał: *„krzem – życie i co?”*

Stefan Ossowiecki [12], na początku XX wieku, tłumaczył niezwykle pełną tajemnic tradycję, według której najwyższy kapłan Egiptu i Izraela nosił na piersiach tablicę złożoną z dwunastu drogocennych kamieni. Na czym polegała ta tajemnica zawarta w tych kamieniach? Otóż, klejnoty te wyobrażały realnie dwanaście zasadniczych wibracji kosmicznych [12]. O tej tajemnicy pisali także Aklemens Aleksandryjski i Athanazy Kircher. Według Ossowieckiego [12], wszystko właściwie żyje, nawet przedmioty pozornie martwe wibrują w przestrzeń, wydzielając charakterystyczne, tylko im właściwe emanacje [12]. Poza tym pisał, że amulety zawierają w sobie *„zamkniętą drogę sugestii składającą się z pewnej ilości atomów”*, które nazywał psychonami, *„mogących oddziaływać na człowieka dodatnio lub ujemnie”* [12].

Pamiętać należy, że nasi dziadowie żyli bliżej natury niż my i wsłuchiwali się we wszelkie „pomruki naszej planety”. Prekursorskie prace Enela, Chaumeryego, Belizala i La Foye, za Le Cossek [13] wykazały istnienie energii (promieniowanie kształtów), których nie da się wykryć tradycyjnymi aparatami. Powstają one wówczas, gdy spotka się pole energetyczne i spolaryzowany przedmiot [13].

Starożytni upatrywali doskonałości w figurach – w pentagramie, heksagramie, co z kolei zmusiło wszystkich twórców do uprawiania sztuki geometrycznej i posługiwania się umownymi znakami.

Magia kamieni i minerałów łączy się także z ich kolorem. Nie wiadomo, dlaczego np. niektóre motywy ornamentów islamskich mają identyczny rysunek jak siatka krystalograficzna szmaragdu?

Krystalografia jako nauka powstała pod koniec XVII wieku, a siatkę krystalograficzną poznano dopiero po zastosowaniu promieniowania rentgenowskiego.

Już w starożytności zauważono, że pospolity minerał kwarc (gr. $\kappa\rho\upsilon\acute{\iota}\tau\iota\omicron$), może występować w postaci wielościanów ograniczonych płaskimi ścianami, które nazywali lodem powstałym z bardzo silnego przechłodzenia i zakrzepnięcia wody.

Eksperymentalnie potwierdzono słuszność wyobrażenia budowy wewnętrznej kryształów w postaci sieci przestrzennych, w których atomy, jony lub ich grupy powtarzają się w danym kierunku.

Kwarc to jedna rodzina minerału licząca 200 odmian. Dwutlenek krzemu (SiO_2) to na dodatek jeden z najbardziej rozpowszechnionych w przyrodzie. Warto tu wspomnieć, że Li_2O pod wpływem sił grawitacyjnych przekształca się w krzem.

W starożytności kamień Lety niósł zapomnienie o wszystkim, co raniło duszę i serce. [1,2]. Dzisiaj bez płytek kwarcowych nie istniałyby komputery i telefony komórkowe. Z krzemu produkowane są również chipy.

Według profesora Sedlaka [8-11], zbieżności krystalograficzne białek, kwasów nukleinowych, krzemionki i lodu nie wydają się przypadkowe. Optyka biologiczna jest rzeczą nieznaną, tymczasem ośrodek organiczny i fala elektromagnetyczna oddziaływały dwustronnie. Ośrodek to molekularne orbitale, uruchomione elektrony i fotony. Profesor [8-11] wnioskuje o możliwości ingerowania w stany kwantowe organizmu poprzez świadomość. Jeśli świadomość nie jest „poznaniem”, ale czynnikiem energetycznym i jeśli, podobnie jak życie, ma swoje egzystencjalne racje w stanach kwantowych biomasy, to paradoksem byłoby przypisywanie jej raczej cech poznawczych z niezrozumiałym wpływem na biologiczną stronę człowieka [8-11]. Organizm człowieka jest naturalnym urządzeniem półprzewodnikowym, zasilanym reakcjami chemicznymi przemiany materii, z wszystkimi skutkami typowymi dla elektroniki (przewodzenie-biopłydy, różnica potencjału, biopotencjały, kwantowa emisja fotonów w efektach biolaserowych, zmiana polaryzacji półprzewodnika pod wpływem fali elektromagnetycznej, stany wzbudzone). Według Ks. profesora Sedlaka [8-11] działanie przyrody, jako nadajnika jest nieprawdopodobne według racjonalnych kryteriów. Intuicja to ogromny skrót myślowy, z którego wypadają wszelkie racje i logiczne procesy. Prawdopodobnie intuicja jest szczątkiem dawnego zmysłu orientacji, który człowiek zatracił na rzecz pokrętej logiki działania przy użyciu wszystkich środków

najmniej logicznych, a nawet mało ludzkich [8-11]. Człowiek opracował cały system przenoszenia informacji do radiodbiornika lub telewizora, z kompletnym pominięciem swojego biologicznego udziału. Tymczasem „anteny wystawiane podczas ewolucji przez organizm” posiadają swój pozatechniczny odbiór [8-11]. U człowieka wyróżnia się dwa odbiory [8-11]: na drodze technicznej oraz odbiór bezpośredni, całym organizmem. Anteny organiczne odbierają informacje również z pominięciem technicznego odbiornika, są bowiem bioelektrycznym urządzeniem przyrody i nie mogą reagować na elektromagnetyczną mieszankę, nakładającą się na odwieczne tło przyrody.

Niedobór krzemu w organizmie ludzkim i w glebie był niezauważany, a nawet twierdzono, że jest niepotrzebny dla wzrostu i komunikacji międzykomórkowej różnych organizmów [14]. W przeprowadzonych badaniach wykazano, że zwiększenie zawartości krzemu w organizmach żywych przyczynia się do wzrostu ich odporności. Prof. Sedlak [8-11] zwraca uwagę także na fakt, że obecność krzemu nie jest przypadkowa i że nasze pole morfogenetyczne komunikuje się z innymi polami, pomijając nasze zmysły.

Odpowiednio oszlifowany kryształ kwarcu, po przyłożeniu do niego elektrod z odpowiednim napięciem zaczyna drgać ze ściśle określoną częstotliwością, która jest na dodatek stabilna [14].

Kryształy są piezoelektryczne [15,16], w momencie kiedy się je ścisną, wytwarzają potencjał elektryczny, a kiedy przechodzi przez nie prąd elektryczny, zmieniają kształt i pod wpływem temperatury mogą wytwarzać siłę elektromotoryczną. Poza tym wchodzą w rezonans, wibrując w odpowiedzi na inne częstotliwości w ich otoczeniu. Potrafią przekształcać drgania elektryczne w fale dźwiękowe i transmitować sygnały, jak również magazynować energię, umożliwiać obserwację i jej odbieranie [15,16]. Potrafią wzmacniać, skupiać, przekierowywać energię, wpływać na zapis czasu i zdarzeń. Najstarsze zapisy dotyczące pamięci kryształów istnieją w tekstach związanych ze starożytną medycyną chińską, starohinduską ayurwedą oraz biblią [15,16],

Od zamierzchłych czasów radiestezja była sztuką pozyskiwania informacji w celu odkrycia tego, co nie dociera do zmysłów. Posługiwano się nią już w starożytności. W przypadku większości ludzi menhir (*men* - kamień i *hir* - wysoki) to tylko wielki, mniej lub bardziej dekoracyjny kamień (Ryc. 1).

Radiesteci, za Le Cossec [13] odkryli, iż ten kamień został osadzony w ściśle określonym miejscu, gdzie krzyżują się linie mocy. Ten nieregularny blok kamienny okazał się ważny dla kultu zmarłych i dlatego wybudowano go w tyłu krajach, jak np. Francja, Anglia, Irlandia, Skandynawia, Azja, północna i wschodnia Afryka [13].



Ryc. 1. 9,5 m menhir z Bretanii, źródło:[17]

Ten mały kamień w biżuterii, niejako pokazuje nam, jak bardzo powiązani jesteśmy z Gają Matką Ziemi. Krzem jest pierwiastkiem życia niezbędnym w rozwoju wszystkich istot. Prof. Sedlak [11-18] podkreślał, że współczesny człowiek nie zrezygnuje nigdy z pól elektromagnetycznych, ponieważ stały się one integralną częścią jego działalności. Środowisko geofizyczne, w przedziale elektromagnetycznym, zaczyna się zmieniać w tempie nie notowanym dotychczas w historii planety i życia [11-18]. Oby nie spotkał nas los Atlantydy.



*Podzwonne ginącemu światu
Hellenowie my, w proch obróceni,
Pogrzebane umarłych nadzieje
Wciąż chowamy w swoich sercach. Patrzcie:
Nic już na świecie nie jest tym, czym było
(Epigr. Platyn)*



W starożytności używano go w formie kul do chłodzenia rąk w upalne dni oraz jako szkła zapalające przy wypalaniu ran [1,2].

Hafciarze japońscy używali kul, by zapobiec poceniu się rąk przy mozolnym wyszywaniu skomplikowanych wzorów [1,2].

Uważano też [1,2], że kryształ górski, jako kamień jasny, może służyć białej magii (tzw. czarom dobroczynnym), a czarne kryształy (np. moriony) - w czarnej magii (szkodzenie ludziom). Wierzono, iż woda nalana w kryształowy dzban nie może być ani zła, ani też zatruta, bo byłoby widać zmaćcenia, bo kryształ górski ma dar wykrywania trucizny lub działania na nią jako antidotum. Robiono więc z niego nie tylko dzbany, ale i łyżki [1,2].

Litoterapia

Leczenie kamieniami (litoterapia), jako holistyczny sposób leczenia dobrze znany od 3 tys., ma coraz więcej zwolenników [18]. Propagatorzy litoterapii uważają np., że źle dobrana biżuteria może spowodować gwałtowny skok ciśnienia tętniczego. Sugerują [18], by osoby z wysokim ciśnieniem nosiły kamienie zielone, a cierpiące na niskie – czerwone (np. rubiny, granaty i jaspisy). Forma biżuterii nie ma znaczenia, istotne jest jednak, by myć je często ciepłą wodą, a następnie suszyć na słońcu, by odzyskały moc i blask.

Litoterapia była już stosowana w starożytności, np. [18]:

- w Grecji osobom cierpiącym na łamliwość kości zalecano picie wody z dodatkiem sproszkowanych minerałów, zawierających w swoim składzie wapń
- w Indiach na choroby skóry stosowano okłady z pereł
- przewlekle chorym podawano sproszkowane kamienie zawierające mikroelementy.

Zgodnie z zasadami litoterapii należy [18]:

- przy doborze kamieni mieć na względzie wiek osoby i stan jej zdrowia
- kamienie trzeba więc często zmieniać (to, co pomaga dzisiaj – jutro może szkodzić)
- by były skuteczne należy je mieć w zasięgu własnego biopola, to znaczy nie dalej niż 20 centymetrów od ciała (w kieszeniach, w woreczkach na szyi, przyklejone plastrem, wszyte w ubrania lub bieliznę).

Ametyst

Ametyst nazywany jest „kamieniem harmonii i relaksu” (Ryc. 2) [18].

Jego nazwa pochodzi z języka greckiego i oznacza "trzeźwy" (ἀ- a – ‘nie’, μέθυστος *méthystos* – ‘pijany’ [19-23].



Ryc. 2. Ametyst, źródło: [24]

Starożytni, za Krzywobłocka [1,2] wierzyli, że ametyst strzeże jego posiadacza przed pijaństwem, ofiarowany w pierścieniu jako symbol przyjaźni, czyni związek szczerym, a szczególnie silnie przeciwdziała nieszczęściom, gdy był noszony na szyi cały, nigdzie nie przekłuty.

W *Nowym Testamencie* [cyt. za 1,2] ametyst to kamień łaski, posłaniec szczęścia, powiązany z apostołem i ewangelistą Mateuszem, symbolizujący czystość duchową i fizyczną. Wielu królów chrześcijańskich nosiło korony, sadzone ametystami, w tym Wilhelm Zdobywca, któremu to ogromny ametyst przyniósł szczęście w bitwie pod Hastings. Od VII wieku ametyst stał się szczególnie cenionym symbolem godności kościelnej [cyt. za 1,2].

Ametyst posiada prawdopodobnie moc w łagodzeniu konfliktów w życiu osobistym i zawodowym, a także zdolność oczyszczania z nagromadzonej tam negatywnej energii, miejsc, w których długo się przebywa (biura, domy, sklepy) [18]. Reguluje także przemianę materii, łagodzi także bóle głowy, objawy migreny, pomaga w bezsenności, sprzyja pozbywaniu się urazów psychicznych oraz łagodzi objawy chorób o podłożu nerwowym [18].

Jaspis

Nazwa jaspisu pochodzi od greckiego słowa *iaspis* - *cętkowany kamień* (Ryc.3) [19-23].



Ryc. 3. Jaspis, źródło: [25]

Wierzono, za Krzywobłocka [1,2], iż jaspis leczył zranienia i choroby powodujące krwotoki i wewnętrzne wylewy krwi. W związku z tym żołnierze i dowódcy nosili jaspisy jako amulety (oprawione w srebro i zawieszane na szyi), zabezpieczające ich przed ranami i kontuzjami [1,2]. U „Germanów zaś, stosowano go przeciw katarom i krwotokom gardlanym” [1,2].

Zalecano [1,2], by „chorzy na płuca i wrzody kiszek” nosili na ciele, wysyłające uzdrawiające promienie, pas z jaspisów.

Orfeusz, za Krzywobłocka [1,2], nauczył Greków by korzystali z mocy jaspisu w poprawie zdrowia i regenerowaniu sił płoźnic.

Pasterze, używając jego błogosławionej mocy osiągnęli obfitość mleka u samic i dzięki jemu ich stada mnożyły się szybko.

W Indiach [1,2] twierdzono, iż chroni przed zatruciem krwi spowodowanym zatrutą strzałą lub ukąszeniem węża.

Generalnie uważa się, że jaspis ma moc wspierającą i uspokajającą, szczególnie dla ludzi żyjących w stresie [18].

Koral

Czarnoksiężnicy i magowie [cyt. za 1,2] traktowali korale jako szczególny amulet zapewniający szczęście, pogodę ducha i błogosławieństwo sił przyrody.

Benoni [cyt. za 1,2], znakomity alchemik z XIV wieku twierdził, że koralowy amulet należy nosić bezpośrednio na ciele tak, by obce oko nie mogło go dostrzec i aby nie stracił swej czarodziejskiej mocy.

Starożytni Grecy, za Krzywobłocka [1,2] wierzyli, iż koral chroni przed każdą trucizną, czarami i opętaniem. Roztarty na proszek koral rzucono wraz z ziarnem na ziemię wierząc, że spowoduje zwiększenie plonów (im koral był czerwiejszy - tym lepszy miał być plon) [1,2].

Wierzono, że sznurek czerwonych prawdziwych koralu, założony na rękę niemowlęciu, będzie go strzec przed wszelkimi niebezpieczeństwami [1,2].

Uważano go także za symbol dobrego samopoczucia i sądzono, że noszony przez osoby chore blednie, dając w ten sposób sygnał o złym stanie swego właściciela [1,2].

Paracelsus [1,2] zalecał białą odmianę koralu (Izisz), jako środek przeciwko padaczce, manii prześladowczej, opętaniu, porażeniom pioruna i wszelkim zatruciom.

Wielu lekarzy i alchemików średniowiecza, za Krzywobłocka [1,2] stosowało wprowadzony do uszu głuchych koral roztarty z oliwą, traktując to jako znakomite lekarstwo na głuchotę.

Właściwości lecznicze zależą od barwy koralu, jednakże zawsze powinno się je nosić blisko ciała.

Białe korale [18] dobroczynnie wpływają na psychikę i system nerwowy człowieka (poprzez przyłożenie małego koralowca między brwiami u nasady nosa). Zaburzenia nerwowe leczy systematyczne spożywanie szczypty proszku z białego koralu [18]. Z niego też przygotowuje się minerały i preparaty lecznicze do regeneracji układu kostnego, w tym zmniejszenia bólu kości w artretyzmie [18].

Koral o barwie łososiowej lub różowej wycisza emocje i stany lękowe, ma korzystny wpływ na krążenie krwi, serce (arytmie serca), ciśnienie krwi oraz wzmożenie produkcji krwinek czerwonych i białych [18]. Zapobiega także miażdżycy, żylakom, hemoroidom, wylewom i udarom mózgu oraz pobudza układ limfatyczny, śledzionę i grasicę. Stymuluje również pracę nerek i zwalcza choroby pęcherza moczowego [18].

Koral czerwony (przyłożony bezpośrednio na chore miejsce) ma zdolności aktywizujące takie organy, jak tarczyca, mięsień sercowy, leczy bezpłodność, impotencję i zaburzenia miesiączkowe, ale także skutecznie rozjaśnia umysł i dodaje energii [18].

Kryształ górski

Kryształ górski (gr. κρύσταλλος – *krystallos* = lód) - uważa się [18-23], że kryształ górski poprawia koncentrację i stymuluje funkcjonowanie umysłu, zobojętnia szkodliwe

promieniowanie, stąd warto go postawić w pobliżu komputera. Wspomaga leczenie chorób nerek i wątroby, migreny, guzów nowotworowych i ciężkich przeziębień. Wspomaga pracę nadnerczy oraz pobudza płodność zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Łagodzi objawy bolesnego miesiączkowania. Oczyszcza cerę z toksyn. Poprawia także przemianę materii [18].

Perły

Perły, już od najdawniejszych czasów były przedmiotem szczególnego kultu, magii astrologicznej i przesądów medycznych [1,2].

Perły, korale i bursztyny zalicza się [cyt. za 1,2] do chóru ziemskiego klejnotów, przy czym perłę przypisuje się słońcu i uważa się, że symbolizuje łzę boską uronioną nad grzechem pierworodnych rodziców.

Medycyna starożytna, ale i lekarze z wieków późniejszych traktowali perły nie tylko jako cudowny lek, a także uniwersalny kosmetyk [1,2,18].

Według Arystotelesa [za 1,2], perły i pył perłowy jest niezastąpiony w leczeniu febry i czarnej ospy, ale także przydatny w terapii trądu.

W średniowieczu [1,2,18] „esencji perłowej” przyrządzanej z rozpuszczonych w occie pereł i masy perłowej przypisywano moc uzdrawiającą w różnych chorobach. Wierzono także, że bardzo zdrowe jest już samo picie z kielicha z muszli z masą perłową [1,2]. Pył perłowy, pity ze świeżym mlekiem, pozwala zachować do późnej starości czystość i siłę głosu [1,2].

Sproszkowanych pereł [1,2] używano także jako leku przeciwko niemocy seksualnej. Powyższe znalazło odbicie w poezji Morsztyna [26].



„Na nieplodnego

Jużeś i perły wyjadł, i apteki,

Żeby przypisać dzieci do metryki,

Pijesz dekokty i polewkę zdrową,

Nawiedzasz z panią Gidie, Częstochową

do Leżajska miewasz dróżki chyże;

Radzęć: z Leżajskiem sprzągnij Święte Krzyże.

(Jan Andrzej Morsztyn) [Morsztyn]



Na Jawie do dziś znachorzy leczą perłami (zmiażdżonymi na bardzo drobny proszek) choroby wywołane jadem węża lub trucizną wsypaną do jedzenia [1,2].

W większości krajów Azjatyckich, głównie zaś muzułmańskich, wierzy się [1,2], że żółte perły przynoszą bogactwo, białe - wolność, brązowe dają mądrość, a zielone gwarantują szczęście. Tybetańscy mnisi [1,2] są przekonani, że perły tracą swój blask, jeśli osoba, która je nosi jest chora.

W litoterapii [18,27] podkreśla się, że perły zawierają duże ilości wapnia, więc mogą być pomocne w leczeniu chorób spowodowanych jego brakiem (wzmacniają kości i zęby). Mają zdolności stymulujące procesy wydalania i oczyszczania organizmu oraz obniżające poziom cholesterolu. Wspomagają leczenie chorób wątroby, łagodzą objawy choroby wrzodowej żołądka, działają korzystnie na jelita i stymulują trawienie [18,27]. Zmniejszają przewlekłe bóle głowy i migreny. Są przydatne w zwalczaniu alergii, astmy, przeziębień, zapalenia oskrzeli i infekcji płucnych. Wzmacniają także system nerwowy, gruczoły nadnerczy, śledzionę oraz mięśnie. Łagodzą dolegliwości serca i układu krążenia, anemii oraz układu oddechowego [18,27].

Perły mają zdolność pochłaniania szkodliwego promieniowania, stąd zapobiegają powstawaniu wolnych rodników i starzeniu się skóry [18,27].

Zastosowanie lecznicze innych kamieni:

- **Agat** - uzdrawia i chroni duszę i ciało posiadacza, pozwala pozbyć się problemów oraz trosk, leczy z depresji [18,27,29,30]
- **Akwamaryn** - łagodzi katar, alergiczne łzawienie oczu i alergię skórne, przeciwdziała zakażeniom i stanom zapalnym, zwiększa odporność organizmu na infekcje, łagodzi dolegliwości neurologiczne i z obszaru dróg oddechowych, chroni przed reumatyzmem i bólami szyi, zmniejsza bóle głowy i zapobiega chorobie wieńcowej serca [18,27,29,30]
- **Ametryn** - łagodzi zawroty głowy i zaburzenia błędnika, działa uspokajająco i łagodząco na serce, obniża napięcie i stres, jest pomocny w leczeniu wad wzroku, niedosłuchu, niekontrolowanego drżenia mięśni, napadowego czerwienia się na twarzy, nagłej i nadmiernej potliwości, chroni przed zapaleniem opon mózgowych, harmonizuje pracę obu półkul mózgowych, dotlenia mózg i pomaga w zerwaniu z uzależnieniem od różnych używek [18,27,29,30]
- **Apatyt** - łagodzi ból zębów i gardła, wspomaga leczenie chorób płuc, zapalenia oskrzeli, górnych dróg oddechowych i zaburzenia pracy tarczycy, przyspiesza

rekonwalescencję po chorobach, pomaga w zrastaniu się złamanych kości, ułatwia skupienie się i koncentrację oraz likwiduje napadowe pocenie się [18,27,29,30]

- **Chalcedon** - łagodzi bóle gardła, migdałków, uszu, oskrzeli, objawy astmy i dolegliwości górnych dróg oddechowych, jest pomocny w zaburzeniach czynności gruczołu tarczycy i układu limfatycznego, przynosi ulgę w bólach szyi, karku i ramion, w problemach z woreczkiem żółciowym, śledzioną i układem krążenia, chroni przed infekcjami i wszelkimi innymi rodzajami zapaleń, wspomaga leczenie depresji i negatywnych skutków klimakterium [18,27,29,30]
- **Cytryn** - podwyższa zdolności regeneracyjne organizmu w czasie choroby, wspomaga wydzielanie insuliny, reguluje pracę trzustki i wątroby, poprawia system krążenia, pracę gruczołów limfatycznych i komórek mózgowych, usprawnia pracę systemu trawiennego, reguluje przemianę materii, łagodzi dolegliwości żołądkowe i jelitowe, obniża wysoki poziom cholesterolu we krwi, likwiduje zawroty głowy, łagodzi migreny oraz umożliwia szybkie zaśnięcie i zdrowy, mocny sen [18,27,29,30]
- **Fluoryt** - chroni przed chorobami zębów, układ kostny i kręgosłup, korzystnie wpływa na stan zdrowia ludzi z artretyzmem i reumatyzmem, jest pomocny w leczeniu nowotworów wątroby i płuc, poprawia fizyczną kondycję, wzmacnia organizm i jego układ nerwowy, usprawnia pracę mózgu oraz likwiduje skutki przeciążenia systemu nerwowego, stresu i przepracowania [18,27,29,30]
- **Granat** - reguluje ciśnienie krwi, pomocny w leczeniu dolegliwości reumatycznych i stanów zapalnych stawów, w schorzeniu nerek i pęcherza moczowego, zwiększa sprawność i aktywność seksualną, usprawnia pracę jelit i czynności układu rozrodczego, wspomaga leczenie nowotworów, białaczki, alergii, astmy, wspomaga układ krążenia, funkcjonowanie gospodarki cieplnej, niweluje chroniczne marznięcie oraz zwiększa skuteczność leczenia problemów hormonalnych, a także hemoroidów [18,27,29,30]
- **Karneol** - uspokaja i poprawia koncentrację, pomaga pomyślnie zdawać egzaminy, wspomaga leczenie bezpłodności, zwiększa popęd seksualny, obniża gorączkę, łagodzi bóle głowy i reumatyzm, pozytywnie wpływa na choroby jelit, zapalenie nerwu kulszowego, działa wzmacniająco na proces krążenia krwi, przeciwdziała napadom skurczów, przyspiesza rekonwalescencję, zwłaszcza gojenie się ran [18,27,29,30]

- **Kunzyt** - wzmacnia serce, poprawia ukrwienie narządów i skóry, wspomaga prawidłową pracę nerek i płuc, pomaga w leczeniu zaburzeń łaknienia, epilepsji, schizofrenii i psychoz maniakalno-depresyjnych, chorób krwi, np. anemii czy białaczki, łagodzi napięcia w rejonie karku i barków, zmniejsza bóle menstruacyjne i reguluje cykle miesięczkowe, zapobiega procesowi starzenia narządów oraz skóry, pomaga wyjść z nałogów [18,27,29,30]
- **Kyanit** - regeneruje system nerwowy, stymuluje pracę mózgu, ułatwia koncentrację, rozumienie i zapamiętanie nowego materiału do nauki, usuwa zmęczenie, reguluje pracę tarczycy, wspiera leczenie stanów zapalnych, reguluje ciśnienie, jest pomocny w leczeniu zaburzeń nerwowych, epilepsji, autyzmu, stanów po wstrząśnieniach mózgu, udarów lub zapaleń opon mózgowych oraz pomaga w zwalczaniu bólów głowy, alergii, astmy [18,27,29,30]
- **Labradoryt** - pozytywnie wpływa na funkcjonowanie gospodarki hormonalnej, jest pomocny przy braku koncentracji, kłopotach z pamięcią i bólach głowy, przy przeziębieniach, niskim ciśnieniu krwi i chorobach oczu, poprawia kondycję tkanki kostnej, przynosi ulgę w chorobach kręgosłupa, bólach stawów, reumatyzmie i artretyzmie, pomaga oczyścić ciało z toksyn i spowalnia procesy starzenia się, pobudza fizyczną aktywność oraz reguluje procesy trawienne i poprawia metabolizm [18,27,29,30]
- **Morganit** - wspiera i chroni system immunologiczny, łagodzi niepokój wewnętrzny, stres, nerwowość, wszelkie dolegliwości związane z sercem, układem krążenia i cyrkulacją krwi oraz ułatwia dojście do stanu medytacji, niwelując gonitwę myśli [18,27,29,30]
- **Onyks czarny** - wzmacnia i regeneruje nerki, łagodzi schorzenia pęcherza moczowego, łagodzi zaburzenia neurologiczne, apatię i stres, dolegliwości oczu, stosowany przy leczeniu jaskry, wzmacnia system immunologiczny, nerwowy, poprawia stan i wygląd skóry, zębów, paznokci i włosów, pomaga przy wszelkich infekcjach skórnych typu: zapalenie skóry, wysypka, infekcje grzybicze, a nawet poparzenia słoneczne, łagodzi objawy alergii czy astmy, zapobiega chorobom zakaźnym, łagodzi schorzenia jelita grubego, prostaty i zapalenie stawów, reguluje temperaturę ciała, leczy przewlekłe marzniecie, wzmacnia kręgosłup i system kostny oraz usprawnia czynności układu rozrodczego [18,27,29,30]

- **Onyks zielony** - poprawia pamięć, ułatwia koncentrację, daje wewnętrzny spokój, niweluje nerwowość, wpływa pozytywnie na układ immunologiczny i odporność, łagodzi dolegliwości związane z sercem i układem krążenia, cyrkulacją krwi oraz szybkim męczeniem się [18,27,29,30]
- **Opal** - chroni przed chorobami serca, wątroby oraz wszelkiego rodzaju infekcjami, poprawia wzrok i łagodzi dolegliwości oczu oraz wzmacnia serce, uspokaja i łagodzi objawy depresji oraz w leczeniu chorób krwi i układu krwionośnego **Opale Ogniste** używa się do leczenia białaczki, ponieważ zrobiony z nich eliksir lub nalewka wpływa na zwiększenie produkcji białych i czerwonych krwinek oraz regenerację tkanek [18,27,29,30]
- **Perydot** - pozytywnie wpływa na krążenie krwi i układ immunologiczny, neutralizuje toksyny, oczyszcza organizm ze zbędnych produktów przemiany materii odciażając przy tym nerki, wątrobę i trzustkę, reguluje przemianę materii, sprzyja regeneracji wątroby oraz pęcherzyka żółciowego, przeciwdziała zaparciom i dolegliwościom jelitowym, przyspiesza proces rekonwalescencji oraz ułatwia przyswajanie mikroelementów z pożywienia [18,27,29,30]
- **Piryt** - wzmacnia system odpornościowy, pomaga przy problemach z zajściem w ciążę, a także w zwiększeniu potencji, oczyszcza organizm, w szczególności nerki i wątrobę, podnosi ogólną wydolność organizmu i jego witalność, łagodzi stany lękowe, uczucie niepokoju, tłumi agresję, bezsilność, pesymizm, wpływa korzystnie na system trawienny i wegetatywny system nerwowy, pomaga niwelować choroby oczu, skurcze i tiki nerwowe, zawroty głowy i zaburzenia snu oraz obniża wysoki poziom cholesterolu we krwi, łagodzi objawy cukrzycy, zapalenie wątroby i pęcherza żółciowego [18,27,29,30]
- **Priasiolit** - pozytywnie wpływa na układ immunologiczny i odporność, łagodzi stany szybkiego męczenia się i nietolerancji upałów, jest pomocny przy wszelkich dolegliwościach związanych z sercem, układem krążenia i cyrkulacją krwi, poprawia pamięć i zdolność koncentracji oraz wycisza, niweluje wewnętrzny niepokój i nerwowość [18,27,29,30]
- **Rodolit** - łagodzi stres, przeciwdziała lękom, uspokaja i usuwa bezsenność spowodowaną przepracowaniem, łagodzi skutki wyczerpania fizycznego i emocjonalnego, pobudza umysł do pracy twórczej, umożliwia koncentrację oraz pomaga pokonać depresję, przygnębienie i melancholię [18,27,29,30]

- **Rubin** - wzmacnia serce, oczyszcza krew, pobudza krążenie (doskonały dla osób z niskim ciśnieniem), rozgrzewa zimne kończyny, uśmierza bóle w górnym odcinku kręgosłupa, łagodzi dolegliwości lub zmęczenie oczu, ma dobroczynne działanie na gruczoł grasicy, dzięki czemu wzmacnia odporność organizmu i pobudza system immunologiczny oraz wpływa na szybszą regenerację organizmu po chorobach, w szczególności po zawale serca [18,27,29,30]
- **Spinel** - korzystnie wpływa na aktywność seksualną i zaburzenia czynności układu rozrodczego, chroni przed chorobami serca i usprawnia krążenie krwi, wspomaga leczenie dolegliwości związanych z jelitem grubym, prostatą, zapaleniem stawów, jest pomocny w leczeniu nowotworów, białaczki, a także alergii, astmy, artretyzmu, bólu pleców, łagodzi schorzenia nerek i pęcherza moczowego, pozytywnie wpływa na zdrowy wzrost włosów i paznokci oraz promienny wygląd skóry, wspomaga leczenie chronicznego marznięcia i zaburzeń gospodarki cieplnej [18,27,29,30]
- **Topaz** - przeciwdziała stanom wyczerpania i depresji, opóźnia proces starzenia i sprzyja długowieczności, przynosi ulgę przy bólach głowy i migrenach, łagodzi ataki epilepsji, podagry i astmy, choroby przewodu pokarmowego i wątroby, pomaga obniżyć zbyt wysokie ciśnienie krwi, przy leczeniu gruźlicy oraz ułatwia szybkie zasypianie, zapewnia mocny sen [18,27,29,30]

Podsumowanie

Kamienie szlachetne są nie tylko piękne, ale mają także wpływ na nasze zdrowie, samopoczucie i wysyłają do nas swoistą energię.

Wpływ na nasze zdrowie ma nie tylko rodzaj kamienia, ale także jego kolor [18,27,29,30]:

- Czerwone (rubin, granat, agat, karneol) - pobudzają energię życiową, stymulują regenerację komórek, krwi i tkanek.
- Fioletowe (ametyst, kryształ górski, dodalit, sugalit) - to kamienie transformacji, zmiany i pięcia się w górę
- Indygo - (sodalit, ametyst) - odpowiadają za wyobraźnię i intuicję, reprezentują zimno i regulują przepływ krwi w organizmie
- Niebieskie (szafir, akwamaryn, turkus, lapis-lazuli, błękitny agat koronkowy) - wspierają zamiary, wspomagają jasność umysłu, kreatywność, uśmierzają gorączkę i stany zapalne, działają wyjaławiająco na ukąszenia zwierząt i owadów, i innego rodzaju infekcje

- Pomarańczowe (bursztyn, topaz, kwarc dymny) - równoważą stany emocjonalne, poprawiają system trawienny, pomagają przyswajać pożywienie, a kąpiel w pomarańczowej wodzie działa uspokajająco i optymistycznie
- Zielone (szmaragd, turmalin, nefryt, agat mszysty) - studzą, równoważą, uspokajają
- Żółte (cytryn, topaz, żółty cyrkon) - opiekują się intelektualną stroną umysłu, dają ciepło i życiodajna moc, wyzwalają emocje radości

Katarzyna Grela [31], w swojej książce „Kryształy i kamienie półszlachetne” pisze: *„Przyroda wokół nas jest niewyczerpanym źródłem energii. Warto z niej korzystać. Trzeba jednak wiedzieć, jak postępować, by ta potężna siła nie obróciła się przeciwko nam. Jak wybrać swój kamień? Od czego zacząć i czym się kierować? Aby cieszyć się energią kryształów i kamieni wystarczy się na nią otworzyć. Dość popularna i prosta w użyciu metoda opiera się na podziale według czakramów, gdzie następuje wymiana potrzebnej do życia energii”*

Podkreśla także [31], że kamienie pochłaniają negatywną energię, np. jeżeli znajdują się w pomieszczeniu, gdzie ktoś się pokłóci, to bardzo szybko absorbują „obecne w nim złość i gniew”. Uzdrawiając same, niestety, pochłaniają szkodliwe energie i powinno się je systematycznie dokładnie oczyszczać.

Znanych jest kilka metod czyszczenia, podczas których należy także wizualizować i afirmować oczyszczanie kamienia z negatywnych energii i zanieczyszczeń [31]:

- wodą z solą: najlepiej morską wodą, w przypadku jej braku, należy w naczyniu ze zwykłą wodą rozpuścić nieco soli i zanurzyć w niej kamień, powinien moczyć się 24 godziny, potem go się opłukuje i suszy (ale nie wyciera ręcznikiem)
- płomieniem świecy: należy przesuwac kamień nad płomieniem (nigdy nie wkładać go do płomienia)
- bieżącą wodą - należy wstawić kamień pod strumień zimnej albo letniej wody
- oczyszczanie kadzidłem - zalecane do oczyszczania kamieni, których nie można moczyć w wodzie, należy zapalić naturalne kadzidło o właściwościach oczyszczających (np. biała szałwia, cedr) i trzymać kamień w dymie
- zakopanie kamienia w ziemi - należy je zakopać w czystym miejscu, najlepiej na kilka dni, a minimum na 12 godzin, w spokojnym miejscu

Po oczyszczeniu [31] dobrze jest kamień naładować energią. W zależności od rodzaju kamienia (niektóre dobrze reagują na Słońce, inne lepiej na Księżyc itp.) stosuje najczęściej energię [31]:

- słoneczną: oczyszczony kamień wystawia się na działanie promieni słonecznych, od kilku minut do 4 godz.
- świec: umieszcza się kamień pomiędzy jasną a ciemną świecą i czeka aż się wypalą
- księżycową: wystawia się kamień podczas pełni (od wschodu do zachodu Księżyca)



„Gdy szukając bogactw, całą ziemię schodzę,

Nie wiem sam, co spotkać mogę na swej drodze:

Czy bogactwo, które posiłść chciałbym oto, Czy też złoto, co zawładnie mną z ochotą”.

Księga tysiąca i jednej nocy [32]



Piśmiennictwo

1. Krzywobłocka B., Krzywobłocka R.: Tajemnice klejnotów. Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa 1983.
2. Krzywobłocka B., Krzywobłocka-Laurów R.: Magia klejnotów. Wyd. 3. Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa 1990.
3. <http://forumezo.pl/amulety-astrologia-i-magia-t37878.html>, data pobrania 20.03.2015.
4. Platon: Dialogi. Unia Wydawnicza „VERUM”, Warszawa 1993.
5. <http://krystynasmoczynska.blogspot.com/p/relaks-wizyalizacja-medytacja.html>, data pobrania 20.03.2015.
6. <http://zjawiska-paranormalne1989.blog.onet.pl/2011/09/22/zywa-komorka-promieniuje/>, data pobrania 20.03.2015.
7. <http://krystyna-smoczynska.blogspot.com/p/relaks-wizyalizacja-medytacja.html>, data pobrania 20.03.2015.
8. Sedlak Wł. : Bioelektronika. Materiały VI Krajowego Sympozjum KUL, Lublin, 20-21.11.1987.
9. Sedlak Wł.: Mała monografia bioelektroniki. Wyd. Continuo, Lublin 2000.
10. Sedlak Wł.: Postępy fizyki życia. Inst. Wyd. PAX, Warszawa 1984.
11. Sedlak Wł.: Światło jest życiem. Continuo, Radom 2004.
12. Osowiecki St.: Świat mego ducha i wizje przyszłości. Cień Kształtu, Warszawa 2013.

13. Le Cossec G.: Podrecznik Radiestezji praktycznej. KDC, Warszawa 2008.
14. Larson L.: Szlachetne kamienie i metale. Czwarty Wymiar, 2015, 3,66-69.
15. <http://www.eioba.pl/a/3idg/o-pamieci-krysztalow-i-biorezonansie>, data pobrania 20.03.2015.
16. <http://www.illuminatio.pl/wp-content/uploads/2013/09/Kryształy-dla-początkujących>, data pobrania 20.03.2015.
17. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Menhir>, data pobrania 20.03.2015.
18. Lemańska U., Lemański R.: Zastosowanie kamieni w życiu codziennym. Self Publishing, 2012.
19. Sobczak N.: Mała encyklopedia kamieni szlachetnych i ozdobnych. Alfa, Warszawa 1986.
20. Szumann W.: Kamienie szlachetne i ozdobne. Alma-Press, Warszawa 2004.
21. Maślankiewicz K.: Kamienie szlachetne. Wyd. 3. Wyd. Geologiczne, Warszawa 1982.
22. Hall C.: Klejnoty. Kamienie szlachetne i ozdobne. Wiedza i Życie, Warszawa 1996.
23. Hochleitner R.: Minerale i kryształy. Muza, Warszawa 1994.
24. <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:GuerreroAm%C3%A9thyste.jpg>, data pobrania 20.03.2015.
25. <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Jasper.pebble.600pix.jpg>, data pobrania 20.03.2015.
26. Morsztyn J.A.: Na niepełnego [w:] Wybór poezji, J. A. Morsztyn , oprac. J. Dürr-Durski, Warszawa 1949, 217.
27. Harding J.: Uzdrowiająca moc kamieni szlachetnych. Oficyna Wydawnicza MULTICO, Warszawa 2009.
28. <http://pasion.com.pl/pl/kamienie>, data pobrania 20.03.2015.
29. Blanco J.A.: Tajemnicza moc kryształów. Wyd. Klub dla Ciebie, 2009.
30. Keyte G.: Moc kryształów. Wyd. Ravi, 1979.
31. Grela K.M.: Kryształy i kamienie półszlachetne. Studio Astropsychologii, 2004
32. Księga tysiąca i jednej nocy. PIW, 1973.

Zdziebło Kazimiera^{1,2}, Nowak-Starz Grażyna¹, Stępień Renata¹, Wiraszka Grażyna¹

Kulturowe i społeczne bariery w opiece zdrowotnej

1. Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Nauk o Zdrowiu,
2. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie – Oddział w Kielcach

Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej, rozwój wszechstronnej współpracy międzynarodowej i globalizacji wywołuje we wszystkich dziedzinach życia potrzebę przygotowania się do kontaktów z innymi kulturami i innymi stylami życia. Dane statystyczne świadczą o tym, że z roku na rok w Polsce rośnie liczba cudzoziemców, którzy znaleźli swoje miejsce do życia w Polsce i korzystają ze świadczeń zdrowotnych. Dlatego wiedza dotycząca zjawisk kulturowych i umiejętności w zakresie specyfiki pracy z osobami zróżnicowanymi kulturowo i społecznie staje się coraz bardziej potrzebna.

Rosnąca mobilność ludzi skutkuje rosnącym zróżnicowaniem kulturowym i narodowościowym społeczeństw wielu państw. Zróżnicowanie to widać nie tylko na ulicy, na bazarach, w miejscach pracy, ale także w sektorze ochrony zdrowia. Coraz bardziej wyraźna w placówkach ochrony zdrowia obecność migrantów powoduje różne konsekwencje zarówno dla nich samych, jak i dla systemu opieki zdrowotnej oraz dla pracowników ochrony zdrowia. Przed profesjonalistami opieki zdrowotnej, którzy w tym procesie odgrywają i będą odgrywać główną rolę pojawia się zatem szereg nowych zadań związanych z „opieką zróżnicowaną kulturowo”.

W Polsce można uzyskać różne formy ochrony międzynarodowej: status uchodźcy, ochronę uzupełniającą, azyl, zgodę na pobyt tolerowany i ochronę czasową. W czasie postępowania o nadanie statusu uchodźcy, cudzoziemiec ma zapewniony dostęp do opieki zdrowotnej w takim samym zakresie jak ubezpieczeni. Koszty opieki zdrowotnej ponosi Skarb Państwa [1]. Nieudokumentowani migranci nie mają w Polsce bezpłatnego dostępu do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej, za wyjątkiem świadczeń udzielanych przez zespoły ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych [2].

Pełen dostęp do systemu opieki zdrowotnej jest niezbędnym elementem integracji imigrantów. Inwestycja w językowo i kulturowo kompetentne usługi medyczne w sytuacji coraz powszechniejszego osiedlania się imigrantów w Polsce nie tylko sprzyja procesowi ich pomyślnej adaptacji, ale także wpływa na obniżenie kosztów ponoszonych przez państwo

polskie – tak w wymiarze finansowym, jak i społecznym – w perspektywie długoterminowej. Instytucje publiczne zobowiązane są do promowania równego dostępu do opieki zdrowotnej i powinny stanowić przykład stosowania tzw. dobrych praktyk oraz skutecznej polityki w zakresie ochrony zdrowia. Bez ich współpracy nie jest możliwe prowadzenie spójnej polityki imigracyjnej w regionie. Cudzoziemcom przysługuje ochrona praw pacjenta [3].

Dostęp cudzoziemców do systemu ochrony zdrowia w Polsce jest regulowany przede wszystkim przez następujące akty prawne:

- ustawę o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 czerwca 2003 roku (Dz. U. z 2003 r., Nr 128, poz. 1176 z późn. zm.)
- ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 roku (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)
- ustawę o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku (Dz. U. z 2008 r., Nr 115, poz. 728)
- ustawę o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku (Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 z późn. zm.)
- rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie środków utrzymania, które powinien posiadać cudzoziemiec wjeżdżający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz dokumentów potwierdzających możliwość uzyskania takich środków z dnia 22 grudnia 2008 roku (Dz. U. z 2008 r., Nr 235, poz. 1611).
- rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie podejmowania i odbywania przez cudzoziemców studiów i szkoleń oraz ich uczestniczenia w badaniach naukowych i pracach rozwojowych z dnia 12 października 2006 roku (Dz. U. z 2006 r., Nr 190, poz. 1406 z późn. zm.).

Można zatem wyróżnić następujące czynniki formalne sprzyjające integracji cudzoziemców (zarówno z Unii Europejskiej, jak i z krajów spoza UE) w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej:

- zgodnie z art. 68 Konstytucji RP każda osoba w Polsce ma prawo do ochrony zdrowia.
- lekarz lub szpital nie może odmówić w nagłych przypadkach przyjęcia osoby poniżej 18. roku życia, nawet jeśli nie posiada ona ubezpieczenia (koszty jej leczenia pokrywa wówczas Skarb Państwa)
- cudzoziemcy nie objęci ubezpieczeniem obowiązkowym NFZ mogą dobrowolnie opłacać składki
- cudzoziemcom przysługuje ochrona praw pacjenta.

Dostęp do ochrony zdrowia, który jest jednym z podstawowych praw socjalnych obywateli krajów europejskich, w przypadku cudzoziemców nabiera zatem specjalnego znaczenia. Wynika to z faktu, iż z jednej strony mamy do czynienia z występowaniem zjawiska tzw. zdrowego imigranta, który w wybranych przypadkach jest zdrowszy od członków społeczeństwa przyjmującego. Z drugiej strony zaś, na stan zdrowia migrantów po przybyciu do kraju docelowego wpływa ich stan zdrowia przed wyemigrowaniem, często nienajlepszy. W Deklaracji Amsterdamskiej podkreślono, iż sytuacja zdrowotna imigrantów jest szczególnie podatna na pogorszenie z powodu ich niskiego statusu społeczno-ekonomicznego w krajach przyjmujących. Wynika to po części z profilu pracy wykonywanej przez migrantów charakteryzowanej jako *3d: dirty, dangerous and difficult* (brudna, niebezpieczna i trudna), która przyczyniać się może do zwiększenia liczby urazów i chorób [4,5].

Bieda, złe warunki lokalowe, sanitarne, oderwanie od bliskich, ograniczony dostęp migrantów do świadczeń społecznych (ubezpieczenie, opieka, zaopatrzenie), ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej z powodu ubóstwa i nieznajomości języka lokalnego, nieznajomość zwyczajów, struktur i przepisów prawa powoduje, że sytuacja zdrowotna cudzoziemców pogarsza się. Nawet wysoko wykwalifikowani migranci często są zatrudnieni do prac fizycznych obciążonych wysokim ryzykiem zawodowym, dzieci albo pracują z rodzicami, albo pozostają bez opieki, bez dostępu do edukacji [6].

Mniejszości etniczne w rozumieniu wszystkich odrębnych grup społecznych mają takie same choroby i problemy zdrowotne jak reszta społeczeństwa. Niemniej, obserwuje się znaczące różnice w rozpowszechnieniu niektórych chorób, etniczne zróżnicowanie zdrowia, występowanie nierówności w zdrowiu na podłożu etnicznym oraz czynniki genetyczne i wzorce zachowań wynikające z kultury, tradycji, wierzeń. Istotny wpływ na powstawanie nierówności w zdrowiu mają: nierówności społeczne i ekonomiczne mniejszości, ograniczony dostęp do opieki medycznej, indywidualne i instytucjonalne uprzedzenia rasowe i etniczne

Niezależnie od przyczyn, z jakich migranci znaleźli się w Polsce, wszyscy mogą mieć potrzebę skorzystania z pomocy medycznej i nikomu z nich – nawet tym, których pobyt na terenie kraju jest nieuregulowany – nie należy tego prawa odmawiać. Argumenty pragmatyczne i ekonomiczne są tu nie mniej ważne od humanitarnych i antydyskryminacyjnych. Bowiem zdrowi migranci, to również większe bezpieczeństwo zdrowotne obywateli (szczególnie epidemiologiczne). A wielu migrantów, którym odmówiono prawa do pobytu w Polsce, z różnych przyczyn i tak nie opuszcza i nie opuści naszego kraju. W interesie obywateli leży zatem, by mieszkali wśród nich ludzie zdrowi.

Warunkiem pozostawania w dobrym stanie zdrowia jest zaś dostęp do profilaktyki i świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej [7].

Już sam kontekst imigracji – konieczność adaptacji do często odmiennego klimatu, diety oraz warunków życia, pracy i relacji społecznych – może wywoływać u imigranta silny stres. Dodatkowo potęgować go mogą okoliczności wyjazdu oraz rozłąka z bliskimi. W literaturze przedmiotu, migracja traktowana jest jako czynnik wysoko stresogenny [8], mogący wpływać na funkcjonowanie imigranta zarówno pod względem fizjologicznym (obniżenie odporności immunologicznej), jak i psychicznym, stanowiąc duże obciążenie [9].

W nowej, często trudnej, sytuacji życiowej, jaką jest migracja ważnym „zapleczem” staje się dla imigranta kultura pochodzenia, na bazie której buduje on swoje relacje z otoczeniem. Wraz z upływem czasu i stopniowym poznawaniem nowej społeczności, rola kultury pochodzenia migranta może maleć, aby niejednokrotnie ponownie nabrać znaczenia w wieku starszym. Zawsze jednak kultura „wyjściowa” stanowi dla imigranta swoisty punkt odniesienia, w oparciu o który poznaje on społeczność przyjmującą i obiera strategię adaptacyjną. W związku z tym znajomość priorytetów i wartości podzielanych w kulturze danego imigranta, może pomóc w prognozowaniu przebiegu jego integracji oraz planowaniu tzw. polityki integracyjnej [3].

W powyższym kontekście niezwykle istotne staje się zagadnienie realnego zapewnienia imigrantom równego dostępu do systemu opieki zdrowotnej i zapobieganie ewentualnym wykluczeniom pacjentów pochodzących ze środowisk imigracyjnych. Równy dostęp do opieki medycznej to bardzo ważny czynnik ułatwiający przebieg procesu integracji imigrantów, zważywszy dodatkowo na fakt, iż szczególnie w pierwszym okresie po przyjeździe, przybyszów cechuje *„brak orientacji i mniejsza umiejętność korzystania z systemu leczenia oraz trudności porozumiewania się w kontekstach medycznych”* [10]. Odnosi się to do wszystkich imigrantów, nawet tych, których kultura pochodzenia jest zbliżona do kultury nowego kraju osiedlenia.

Główne bariery w integracji

Mimo przysługujących cudzoziemcom praw do opieki zdrowotnej, napotykają oni szereg barier, które w znaczny sposób ograniczają im możliwość korzystania z opieki lekarskiej i innych usług medycznych oferowanych przez różne placówki ochrony zdrowia. Są to przede wszystkim bariery komunikacyjne, wynikające z braku znajomości języków obcych, ale także utrudnienia bardziej formalne, świadczące o nieznanym przepisów dotyczących leczenia osób nie posiadających polskiego obywatelstwa. Najbardziej niepokojące są jednak relacje cudzoziemców – ale także respondentów polskich z ich

najbliższego otoczenia – mówiące o przypadkach jawnej dyskryminacji ze względu na odmienność językową, kulturową czy fizyczną.

Ogólny obraz, jaki wyłania się z badań, jakie przeprowadzono świadczy o występowaniu wielu problemów w w/w zakresie:

- brak przygotowania systemu opieki zdrowotnej do przyjmowania pacjentów nie posługujących się językiem polskim.
- brak powszechnie dostępnych, kompletnych i aktualizowanych przez kompetentne instytucje informacji na temat systemu ochrony zdrowia w językach obcych. Dotyczy to zarówno podstawowych informacji o dostępie do polskiego systemu ochrony zdrowia, jak i bardziej szczegółowych o możliwościach korzystania z ubezpieczeń dobrowolnych NFZ oraz procedurach formalnych, jakie powinno się dopełnić w sytuacji choroby. Respondenci nie potrafili wskazać żadnego punktu informacyjnego, instytucji ani nawet adresu oficjalnej strony internetowej, infolinii telefonicznej itp., gdzie mogliby uzyskać pełną informację na temat opieki medycznej [3].

Co prawda dzięki dofinansowaniu Europejskiego Funduszu na rzecz Integracji Obywateli Państw Trzecich, Fundacja Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna wykonała 17 dwujęzycznych zestawów formularzy ułatwiających komunikację z pacjentem znającym język rosyjski, angielski bądź francuski [11]. Formularze te nie rozwiązują jednak wszystkich problemów – mogą najwyżej wspomóc komunikację pacjentów i pracowników placówek medycznych.

- brak informacji dotyczących oferty ubezpieczeń zdrowotnych dla cudzoziemców, w tym możliwości ubezpieczenia w NFZ,
- pracownicy administracji publicznej wielokrotnie nie umieli udzielić im kompletnych informacji na temat możliwości korzystania z usług medycznych lub przekazywane przez nich informacje były nieadekwatne do sytuacji konkretnego respondenta oraz/lub często dotyczyły tylko osób z Unii Europejskiej.
- brak oznaczeń w językach obcych na terenie placówek publicznych (NFZ i ZUS) oraz drukowanych informacji, ułatwiających rejestrację [3].
- odmienne traktowanie ze względu na kraj pochodzenia (różnego typu dyskryminację ze strony personelu medycznego i współpacjentów; personel nie reagował i zachowywał wobec niej dystans)
- „infantylicyzacja” pacjentów, którzy nie znali dostatecznie języka polskiego (ignorowanie ich osoby i kierowanie informacji do osoby im towarzyszącej,

uśmiechami i pobłażliwością w chwili, gdy starali się sami posługiwać językiem polskim oraz bagatelizowaniem próśb o ponowne wytłumaczenie przekazanych informacji).

- transkrypcja imion i nazwisk - brak ujednoliconego, powszechnie stosowanego sposobu zapisu imion i nazwisk cudzoziemców w alfabecie łacińskim [3].

W ośrodkach Urzędu ds. Cudzoziemców kobiety skarżyły się na brak dostępu do kobiet ginekologów. Wiele uchodźczyń w ośrodkach opowiadało, że nawet jeśli ostatecznie zgodziły się na badanie przez mężczyznę, czuły się bardzo niezręcznie i było to dla nich upokarzającym doświadczeniem, do którego rzadko przyznawały się swym mężom. Innym problemem jest to, że nie wszystkim kobietom w ciąży, które korzystają z usług ginekologów, są wystawiane karty ciąży. Ich brak wraz z brakiem aktualnych wyników badań utrudnia pracę lekarzy na oddziałach położniczych, gdy uchodźczynie przyjmowane są w czasie porodu, ponieważ brakuje dokumentów, w których byłyby wpisane wyniki badań oraz pomiarów z okresu ciąży. Dużym utrudnieniem dla cudzoziemek rodzących w Polsce jest również brak dostępności tłumaczy w czasie porodu. Ośrodki są trudnym środowiskiem dla nowo narodzonych dzieci. Ich matki nie otrzymują becikowego ani wyprawki, gdyż zgodnie z obowiązującymi przepisami pomoc w tym zakresie nie przysługuje osobom ubiegającym się o nadanie statusu uchodźcy. Matki noworodków nie otrzymują również szczególnej pomocy w odpowiednim przygotowaniu pokoju. Większość ośrodków nie ma na wyposażeniu łóżeczek niemowlęcych, co zmusza kobiety do spania w jednym łóżku i w jednej pościeli z noworodkiem, a często także jego rodzeństwem. Niewielu rodziców uciekających do Polski ma możliwość lub świadomość konieczności skompletowania dokumentacji medycznej swoich dzieci stąd brak informacji o dotychczasowych szczepieniach, którym było poddane dziecko urodzone za granicą. Psychologowie w ośrodku zajmują się najczęściej interwencjami doraźnymi, wsparciem psychologicznym tudzież poradnictwem. Diagnostyka psychologiczna i terapia nie są wpisane do umów z psychologami jako usługi – nikt więc nie jest zobowiązany do ich prowadzenia [12].

Jeśli chodzi o osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy, to główne trudności napotkane w dostępie do opieki zdrowotnej w Polsce dotyczyły dostępu do lekarza za każdym razem, gdy tego potrzebowali, braku dostępu do informacji zarówno w zakresie uprawnień związanych z korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych, jak i dotyczących dojazdu do placówek medycznych. Jest to szczególnie niepokojące, zwłaszcza że osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy w pierwszej kolejności udają się do lekarza zatrudnionego w ośrodku. Ponadto blisko 1/4 respondentów zadeklarowała, że odmówiono im dostępu do

opieki zdrowotnej. Zbyt duże oddalenie placówek medycznych udzielających specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, a tym samym trudności w korzystaniu z opieki zdrowotnej było jedną z najczęściej wymienianych barier przez osoby ubiegające się o ochronę międzynarodową. Problem ten wynika z obowiązującego dla tej grupy cudzoziemców systemu opieki zdrowotnej – każdy pacjent powinien zgłosić się najpierw do lekarza przyjmującego w ośrodku (z wyjątkiem sytuacji nagłych). Cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową (szczególnie mężczyźni) bardzo często wskazywali barierę językową jako trudność w dostępie do opieki zdrowotnej. Niemal połowa respondentów ubiegających się o ochronę międzynarodową oceniła swoją kondycję psychiczną jako złą lub bardzo złą i oczekiwałyby wsparcia psychologicznego. W wypadku nieudokumentowanych migrantów kluczowe jest jednak to, że główną barierą w dostępie do opieki zdrowotnej jest ich status prawny. Jedynie niewiele ponad połowa respondentów o nieuregulowanym statusie zwróciła się do specjalisty medycznego w związku ze swoim ostatnim problemem zdrowotnym w Polsce. Tak niewielki odsetek odzwierciedla fakt, że ta grupa nie jest uprawniona do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych (za wyjątkiem niektórych sytuacji związanych z ratowaniem życia), ani nie ma możliwości wykupienia ubezpieczenia zdrowotnego [13].

Wszystkie bariery wskazywane przez badanych cudzoziemców mają swoje konsekwencje zarówno dla pacjentów, jak i dla zakładów opieki zdrowotnej, udzielających im świadczeń. Niezrozumienie przez cudzoziemców obowiązującego w Polsce systemu ochrony zdrowia prowadzi do szeregu niedogodności dla zakładów opieki zdrowotnej. Niezapisywanie się do lekarza rodzinnego, zgłaszanie się do specjalistów bez skierowań, powszechna wśród respondentów tendencja kierowania się w chwili choroby bezpośrednio na oddziały ratunkowe przy szpitalach, częsty brak aktualnego lub odpowiedniego ubezpieczenia w chwili udzielania im pomocy to główne problemy odnotowane w czasie wywiadów. Wszystkie te zachowania oznaczają dla zakładów opieki zdrowotnej dodatkowe koszty administracji i leczenia. Brak znajomości przepisów oraz języków obcych (angielski/rosyjski) w punktach rejestracji prowadzi zaś do wydłużenia czasu pracy personelu medycznego, zmniejszenia jego wydajności, a także ogólnej dezorganizacji, co w konsekwencji generuje dodatkowe koszty.

W przypadku pacjenta-cudzoziemca, poważną konsekwencją wymienionych wcześniej barier jest częsta strategia unikania wizyt w przychodni. Niektórzy respondenci wspominali o zaniechaniu prób kontaktu z lekarzem nawet w sytuacjach choroby, gdy napotykanne bariery natury administracyjnej i językowej okazywały się zbyt trudne do pokonania. Niezrozumienie przez pacjenta zaleceń lekarza, wynikające z braku dostatecznej

możliwości komunikacji może być pogorszenie stanu zdrowia, a nawet zagrożenie życia pacjenta

Wymieniane przez respondentów bariery stanowią codzienną rzeczywistość cudzoziemców. Spotykają się oni z nierównym traktowaniem, które wyraźnie dyskryminuje ich w stosunku do rdzennych mieszkańców i stoi na przeszkodzie pomyślnej integracji. Trudna sytuacja polskiego systemu opieki zdrowotnej teoretycznie nie sprzyja wprowadzaniu udogodnień dla pacjentów zagranicznych. Zmiany instytucjonalne to pierwszy krok do głębszych przemian na poziomie świadomościowym społeczeństwa, które, jak wykazały badania, nie zawsze jest przygotowane na kontakt z odmiennością kulturową, językową oraz obyczajową, jaką wnoszą cudzoziemcy do codziennego życia miasta. Gotowość poznawcza i otwartość na inność to konieczne warunki, jakie musi spełniać społeczeństwo przyjmujące, aby integracja imigrantów przebiegała pomyślnie. Wobec takiego wyzwania ważne jest zaangażowanie – obok instytucji rządowych i samorządowych – także organizacji pozarządowych, które przy poparciu lokalnych władz, mogłyby realizować długoterminowe działania na rzecz popularyzacji idei równości i tolerancji wobec innych kultur, które to stanowią podstawowe założenia Konstytucji RP oraz postanowień Unii Europejskiej.

Badania dowiodły też istnienia szeregu luk w systemie gromadzenia danych na temat leczenia się cudzoziemców oraz praktycznie pomijania przez lokalne instytucje faktu rosnącego udziału tej grupy w regionie. Problem ten może znacznie utrudnić planowanie polityki imigracyjnej miasta oraz prowadzić do zbędnych lub nieskutecznych rozwiązań oraz wydatków.

Rozważając zagadnienie barier i czynników sprzyjających integracji pacjentów zagranicznych, nie można oczywiście zapominać o wciąż niestabilnej sytuacji polskiego systemu opieki zdrowotnej zarówno pod względem finansowym, jak i organizacyjnym. Emigracja personelu medycznego powoduje coraz bardziej widoczny problem kadrowy. Personel mogący wykazać się dobrą znajomością języków obcych często decyduje się na pracę za granicą [14].

Leczenie pacjentów-imigrantów wymaga odpowiedniego przygotowania personelu medycznego. Istotna staje się nie tylko znajomość przepisów i procedur dotyczących leczenia osób o innym obywatelstwie, ale także ich akceptacja oraz świadomość możliwych odmienności, wynikających z ich pochodzenia kulturowego. Znaczną barierą w kontakcie imigrantów z instytucjami opieki zdrowotnej są trudności językowe. Zrozumienie terminologii medycznej oraz zagadnień związanych z kwestiami administracyjnymi towarzyszącymi leczeniu wymaga dużej kompetencji językowej, którą nie zawsze mogą

wykazać się nawet sami „przeciętni” obywatele danego kraju. Sytuacja choroby dodatkowo obciąża imigranta i może bardzo ograniczać jego możliwości komunikacyjne [3].

Z badań dotyczących przygotowania personelu do pracy z pacjentami z innych kultur czy innej religii wynika, iż w kontaktach i opiece nad pacjentami zróżnicowanymi kulturowo niezbędne jest przygotowanie personelu z zakresu znajomości języka, uznawania różnic kulturowych, umiejętności rozpoznawania problemów wynikających z różnic kulturowych, wiedza o różnicach kulturowych, wiedza o wpływie kultury na zdrowie i chorobę. Badane osoby prezentowały, co prawda poprawne zachowania i postawy względem osób z innego kręgu kulturowego, a te postawy i zachowania warunkowane były przez wykształcenie badanych, miejsce pracy, miejsce zamieszkania oraz stosunek do religii [15].

Z innych badań wynika, że aż 92,5% ankietowanych ocenia, iż nie czuje się przygotowanych do efektywnego kontaktu z osobą prezentującą inną kulturę. W opinii ponad połowy ankietowanych (56 osób, 52,8%) organizacja szkoleń podyplomowych dotyczących efektywnej komunikacji z osobą prezentującą inną kulturę byłaby zasadna. W badanej grupie prawie połowa respondentów (43,4%) nie zetknęła się z pojęciem kompetencji międzykulturowych. Badane osoby nie czują się zatem wystarczająco przygotowane do kontaktów z osobami odmiennymi kulturowo. Do pracy z pacjentami odmiennymi kulturowo w dużym zakresie niezbędne jest przygotowanie personelu z wielu obszarów wiedzy, umiejętności i postaw. Cechy socjodemograficzne badanych warunkują niektóre elementy kompetencji międzykulturowych [16].

Posumowanie

Wymienia się, zatem wiele przeszkód utrudniających korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej przez migrantów. Jest to z pewnością bariera językowa: nieznajomość języka i brak odpowiedniej liczby tłumaczy czy bariera kulturowa: inne postrzeganie chorób w różnych kulturach, różne zapatrywanie na rolę lekarza i pacjenta w procesie leczenia) oraz brak wiedzy na temat dostępnych usług medycznych [4]. Doświadczenia takich grup, jak uchodźcy czy imigranci nieregularni zdają się potwierdzać występowanie wyżej wymienionych barier w polskiej ochronie zdrowia [17].

Ponadto, rezultaty badań wskazują, iż z powodu specyficznych problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej (kolejki, konieczność osobistej rejestracji), nawet osoby, które są uprawnione do darmowej publicznej ochrony zdrowia, często korzystają z prywatnych usług. Natomiast, jeśli dochodzi do interakcji z lekarzem w ramach publicznej opieki zdrowotnej, jest ona oceniana przez większość cudzoziemców bardzo pozytywnie. Jak pokazują doświadczenia zagraniczne, migranci zarobkowi, zwłaszcza pracujący we wtórnym sektorze

gospodarki mają specyficzne potrzeby zdrowotne. Pochodzenie z kraju o niskim poziomie opieki zdrowotnej, praca w złych warunkach i częste przepracowanie prowadzą do rozwoju specyficznych schorzeń i urazów.

Ale nasuwa się również szereg pytań i wątpliwości: Czy podmioty odpowiedzialne za opiekę zdrowotną mają świadomość specyficznych potrzeb imigrantów związanych z ich funkcjonowaniem w społeczeństwie przyjmującym. Jaka jest rola samych imigrantów w informowaniu o swoich potrzebach i problemach zdrowotnych placówek i instytucji odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną? [18].

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach. Dz. U. 2003 nr 128 poz. 1175. Art. 13, 15, 90, 106.
2. Maśliński K.: Prawne regulacje w zakresie dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych imigrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce. [w:] Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce. Chrzanowska A., Klaus W. (red.). Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Warszawa 2011, 23 - 45.
3. Mińkowska A.: Cudzoziemiec jako pacjent. Integracja w sferze poznańskiej opieki zdrowotnej. [w:] Od gości do sąsiadów. Integracja cudzoziemców spoza Unii Europejskiej w Poznaniu w edukacji, na rynku pracy i w opiece zdrowotnej. Bloch N., Goździak E. M., Centrum Badań Migracyjnych UAM, Poznań 2010, 145.
4. Pace P., Shapiro S.: Migration and the Right to Health in Europe Geneva. International Organization for Migration, 2009.
5. SOPEMI. International Migration Outlook. Paris, OECD, 2009.
6. Cianciara D.: Aspekty wielokulturowości w dzisiejszej Polsce. Probl. Hig. Epidemiol., 2012, 1, 128-135.
7. Chrzanowska A., Klaus W.: Poprawa dostępu migrantów do opieki zdrowotnej. Rekomendacje wynikające z przeprowadzonych badań. [w:] Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce, Chrzanowska A., Klaus W. (red.). Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Warszawa 2011, 10-15.
8. Grzymała-Moszczyńska H.: Uchodźcy. Podręcznik dla osób pracujących z uchodźcami. Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków 2000.

9. Bhugra D., Bahl V.: *Ethnicity: An agenda for mental health*. The Royal College of Psychiatrists, London 1999.
10. Horodecki I.: Problemy emocjonalne i tożsamościowe u migrantów – możliwości i granice terapeutyczne (doświadczenia z Austrii), *Biuletyn Informacyjny: Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Oddział Krakowski*, 2006, http://ptp.krakow.pl/uploads/pdf/b2006_1.pdf , data pobrania 05.03.2015.
11. www.ihif.eu, data pobrania 28,02.2015.
12. Książek W.: *Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce*. Stowarzyszenie Interwencji Prawnej. Warszawa 2011.
13. Klorek N.: *Ochrona zdrowia nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegających się o ochronę międzynarodową w opinii cudzoziemców*. [w:] *Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce*. Chrzanowska A., Klaus W. (red.). Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Warszawa 2011, 45-112
14. Mińkowska A.: *Prognoza skali emigracji lekarzy z Polski*. [w:] *Prognoza skali emigracji lekarzy z Polski*, Krajewski-Siuda K. (red.). Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Bytom 2008,176.
15. Zdziebło K., Nowak-Starz G., Stępień R. i wsp.: *Kulturowe uwarunkowania w pracy pielęgniarek* [w:] *W drodze do brzegu życia*, Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C, Lewko J, Kułak W. (red.). UMB, Białystok, 2014, Tom XII, 894-905.
16. Zdziebło K., Nowak-Starz G., Stępień R. i wsp.: *Kompetencje międzykulturowe w pielęgniarstwie*. *Probl. Pielęg.*, 2014, 3, 367-372.
17. Grzymała-Kazłowska A., Stefańska R.: *Podobieństwa i różnice w integracji imigrantów o różnym statusie prawnym. Między jednością a wielością. Integracja odmiennych grup i kategorii imigrantów w Polsce*. Warszawa, Ośrodek Badań nad Migracjami WNE UW, 2008.
18. Pawlak P., Szelewa D., Polakowski M., Fijałkowska M.: *Usługi społeczne a imigranci w Polsce: pomoc społeczna i służba zdrowia*. Centrum Stosunków Międzynarodowych. Raporty i analizy. www.csm.org.pl , data 20.09.2012.

Łasak Dorota¹, Miarka Joanna², Śleziona Mariola¹, Graf Lucyna¹, Ingram Paulina¹

Kulturowe aspekty opieki pielęgniarstwiej nad pacjentami wyznającymi judaizm

1. Studentka studiów doktoranckich, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Studentka studiów doktoranckich, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Wstęp

Wielokulturowość stanowi wyzwanie dla współczesnego świata, w tym także dla pielęgniarstwa, wymagając od osób opiekujących się chorymi zwrócenia uwagi nie tylko na potrzeby biologiczne i zdrowotne podopiecznych, ale również na ich odmienność kulturową, ze szczególnym uwzględnieniem wrażliwości religijnej. Stwierdzenie, iż kultura ma duże znaczenie dla opieki pielęgniarstwiej nie jest nowe, już Florence Nightingale uważała, że holistyczne rozumienie drugiej osoby ma swoje źródło w duchowości człowieka [1].

Według Madeleine M. Leininger – inicjatorce pielęgniarstwa transkulturowego „*ludzie rodzą się, żyją, chorują i umierają zgodnie z systemem wierzeń i praktyk kulturowych, ale w swoim wzrastaniu i przeżywaniu są zależni od ludzkiej troskliwości*” [1]. Leininger twierdziła, że opieka, którą ma otrzymywać pacjent powinna być jak najbardziej zbliżona do jego wartości kulturowych. Brak takowej opieki może doprowadzić do stresu, kulturowych konfliktów i trudności etycznych, które znacząco mogą zaburzyć współdziałanie na linii pielęgniarz – pacjent.

Na przykładzie opieki nad pacjentami wyznającymi judaizm chciałabym wykazać, jak podstawowa wiedza z zakresu kultury i życia codziennego Żydów jest niezbędna w opiece nad nimi. Pozwala ona na uszanowanie odmienności kulturowej chorego, w tym praktyk jego religii, przez co umożliwia zapewnienie mu nie tylko profesjonalnej opieki, ale także wsparcia psychicznego umożliwiającego leczenie.

Cel pracy

Celem pracy jest analiza aspektów opieki pielęgniarstwiej nad pacjentami wyznającymi judaizm w kontekście wyznawanych zasad i wartości. Analizie poddano dostępne w tym zakresie piśmiennictwo.

Wprowadzenie do wybranych założeń judaizmu

Judaizm, zwany również wyznaniem mojżeszowym lub mozaizmem, jest religią Żydów. Początki judaizmu sięgają czasów, kiedy Bóg wezwał Abrahama i zawarł z nim przymierze obiecując, że jego potomkowie będą narodem wybranym. Do podstawowych elementów judaizmu zalicza się: monoteizm (wiara w Boga jedyne), uniwersalizm (Bóg jako twórca wszystkiego), panenteizm (założenie, że Bóg jest wszechobecny), partykularyzm (Bóg jest zbawcą i tylko Jemu należne jest posłuszeństwo) [2]. Warty podkreślenia jest, że w wielu środowiskach żydowskich judaizm jest traktowany jako zbiór nauk i przykazań, których podstawami są *Tora* i *Talmud*.

Tora (Pięć pierwszych ksiąg Biblii - *Pięcioksiąg Mojżeszowy*) jest najważniejszym tekstem objawionym judaizmu i stanowi kanon i twierdzą wiary. Księga została dana Mojżeszowi na górze Synaj. Jej liturgiczne egzemplarze przechowywane są w świętych skrzyniach (hebr. *aron ha – kodesz*) w synagogach. Obowiązek studiowania *Tory* oraz przestrzegania jej nauk w codziennym życiu spoczywa na każdym Żydzie. W skład *Tory* wchodzi 613 przykazań, 248 nakazów i 365 zakazów. Obowiązują one chłopców od ukończenia 13. roku życia, a dziewczynki od 12. W celu wyjaśnienia i przybliżenia wiernym nauk zawartych w Torze, stworzono do niej komentarze. Pierwszym wielkim komentarzem *Tory* jest *Talmud*, który składa się z dwóch części: *Miszny* – zbioru pouczeń regulujących prawidłowe postępowanie i *Gemary* – zbioru uzupełnień oraz komentarzy do *Miszny* [3]. Oba te teksty stały się wraz z Biblią fundamentalnym tekstem sakralnym judaizmu.

Tradycja duchowa judaizmu jest bardzo bogata i różnorodna. Duchowość żydowska jest w swojej istocie stylem życia. Objawia się w modlitwie, liturgii, w studiowaniu *Tory* oraz w etyce jako formie pobożności. W żydowskim kalendarzu kościelnym znajduje się wiele świąt o szeroko rozbudowanej obrzędowości. Jednym z istotnych świąt jest szabat, który jest dniem całkowitego odpoczynku i trwa od każdego piątkowego wieczoru do zapadnięcia sobotniej nocy. Szabat, jako pierwszy spośród wszystkich świętych wezwań cytowany jest następująco: „Przez sześć dni będzie wykonywana praca, ale siódmego dnia jest uroczysty szabat, jest zwołanie święta, nie będziecie wykonywać żadnej pracy – to jest szabat dla Pana, we wszystkich waszych siedzibach” (Księga Kapłańska) [4]. Szabat stanowi dzień pobłogosławiony przez Boga odpoczywającego po stworzeniu świata. Obowiązkiem wyznawcy judaizmu jest w tym dniu zaprzestanie wykonywania codziennych czynności, które są podejmowane w zwykłe dni, np. pisanie, telefonowanie, jazda samochodem czy słuchanie radia. Należy nadmienić, iż studiowanie *Tory* nie jest pracą, ale szczęściem i uroczystą aktywnością pobożnych i religijnych Żydów, wykonywaną przez nich w szabatowy

dzień. Odrębne przepisy regulują przebieg modlitw i ceremonii oraz przygotowanie szabasowego posiłku. Posiłki spożywane są ze szczególną starannością i celebracją, towarzyszą im śpiewy przepełnione radością. Odczuwanie przyjemności w dniu rytualnego odpoczynku jest radością duchową. Judaizm nakazuje dzień szabatowy kosztować duchowo i zmysłowo. Odpoczynek w okresie szabatu może być przerwany w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia [2].

Pozostałymi ważnymi świętami w judaizmie są między innymi [5,6]:

- *Rosz ha – Szana* (początek Nowego Roku i przypomnienie o Sądzie Bożym).
- *Jom Kipur* (Dzień Pojednania, święto oczyszczenia z grzechów). W święto obowiązuje post absolutny (zakaz spożywania wszelkich pokarmów i napojów). Nakaz ten obowiązuje wszystkich oprócz dzieci, które nie osiągnęły jeszcze dojrzałości religijnej. Dzień ten szanują poszcząc i nie pracując nawet niepraktykujący Żydzi.
- *Sukot* (Święto Szałasów) – święto należy do świąt radosnych i upamiętnia czterdziestoletnią wędrówkę Żydów przez pustynię.
- *Chanuka* (Święto Świąteł) – upamiętnia zwycięskie powstanie Machabeuszy.
- *Purim* (Żydowski karnawał).
- *Pesach* (Święto Paschy) – upamiętnia wyzwolenie Izraelitów z niewoli egipskiej.
- *Szawuot* (Święto Tygodni, Święto Żniw) – upamiętnia nadanie Tory Mojżeszowi na górze Synaj i wypada siedem tygodni po święcie Paschy [5,6].

Życie religijnego wyznawcy judaizmu powinno upływać na chwaleniu Boga jako Stwórcy. Pobożni Żydzi zaczynają dzień modlitwą poranną (*szachrit*), kolejną odmawiają w południe (*mincha*) i kończą dzień modlitwą wieczorną (*maariw*). Wszystkim codziennym wydarzeniom powinny towarzyszyć modlitwy pochwalne, pokutne, o błogosławieństwo i wstawiennictwo. Istotnym składnikiem modlitwy są błogosławieństwa *Szemone Esre* i *Szma Israel*: „*Śluchaj, Izraelu, Pan jest naszym Bogiem – Panem jedynym*”. Praktykujący Żydzi koncentrują się przede wszystkim na modlitwie zarówno w domu, jak i w synagodze, która jest nie tylko miejscem nabożeństw, lecz także miejscem studiowania Tory, aktywnego życia wspólnoty i siedzibą gminy. Modlitwa żydowska wiąże się z pewnymi obrzędami, takimi jak nakrycie głowy na znak pokory oraz założeniu odpowiednich szat modlitewnych (*tales*) [7]. Żydzi modlą się z ramionami wzniesionymi do Boga, z otwartymi dłońmi skierowanymi w górę, z twarzą zwróconą ku Jerozolimie, stojąc, siedząc lub kiwając się całym ciałem, co traktowane jest jako symbol pobożnej modlitwy [8].

Współczesny judaizm

Żydzi, pomimo diaspory, pozostali wierni swej religii. Jednak wielu z nich nie praktykuje przykazań, nakazów i zakazów wymaganych przez tradycyjny judaizm, lecz jedną z jego zreformowanych form. Tylko kilkanaście procent Żydów praktykuje ortodoksyjny judaizm.

Ortodoksyjni Żydzi uważają, że Mojżesz otrzymał od Boga na górze Synaj wraz z Prawem pisany i prawo ustne – i przestrzegają obu tych praw. Bliski tradycji, a jednocześnie współczesnemu myśleniu jest judaizm konserwatywny, który zakłada, że *Tora* jest dziełem rabinów. Zwolennicy tego nurtu nie podzielają poglądu, że Mojżesz otrzymał od Boga prawo ustne. Natomiast judaizm reformowany zakłada, że niektóre nakazy zawarte w Biblii, np. dotyczące jedzenia miały znaczenie tylko w starożytności i nie obowiązują współczesnych Żydów. Zwolennicy judaizmu reformowanego nie uważają *Tory* za prawdę objawioną przez Boga i odrzucają większość tradycyjnych form praktykowania pobożności.

Mniejszymi nurtami judaizmu są: judaizm rekonstrukcjonistyczny i humanistyczny. Judaizm rekonstrukcjonistyczny opiera się na twórczym podejściu do przestrzegania żydowskich obyczajów, a jego hasło przewodnie brzmi: „*przeszłość ma prawo głosu, ale nie ma prawa weta*”. Natomiast judaizm humanistyczny jest definiowany jako kultura i historyczne doświadczenie narodu żydowskiego [6,7].

Stosunek judaizmu do zdrowia

Bogata obrzędowość typowa dla wyznawców judaizmu obejmuje również zachowania mające związek ze zdrowiem. Nadmienić tu można, np. obrzezanie czy specyficzne reguły odżywiania. W judaizmie ciało, jako narzędzie ducha powinno być utrzymywane w zdrowiu. Bezwzględną powinnością w przypadku choroby jest dążenie do odzyskania zdrowia [7].

Pożywienie spożywane przez wyznawców judaizmu powinno być kosherne. Dla ortodoksyjnych wyznawców tej religii jest to bardzo istotne. Wyznawcy judaizmu reformowanego, konserwatywnego i rekonstrukcjonistycznego podchodzą mniej restrykcyjnie do reguł odżywiania podkreślając, że istotą religii jest etyka, a nie dietetyka. Zasady koszerności wywodzą się z *Tory* i obejmują m.in.:

- spożywanie mięsa określonych gatunków zwierząt: parzystokopytnych, zaliczanych do przeżuwaczy np. owiec. (Wieprzowina nie należy do grupy pokarmów koszernych, gdyż świnie są zwierzętami nieprzeżuwającymi);
- spożywanie ryb, wyłącznie tych, które mają łuski i płetwy;

- szczegółowe zasady dotyczące uboju zwierząt. Koszerne zwierzęta muszą zostać zabite w sposób rytualny i przez rytualnego rzeźnika tzn. takiego, którego metody uboju zwierząt są zgodne i potwierdzone przez autorytet rabiniczny;
- spożywanie produktów pochodzenia zwierzęcego (np. mleko) tylko wtedy, gdy pochodzą od koszernych zwierząt;
- szczegółowe zasady konsumpcji warzyw i owoców, które przed posiłkiem muszą być dokładnie oczyszczone;
- zakaz łączenia w jednym posiłku mleka i mięsa. Ortodoksyjni Żydzi do przygotowywania potraw mięsnych i mlecznych używają dwa różne komplety naczyń, które są przechowywane i myte oddzielnie [2,7].

Ciąża i poród w judaizmie

Nowe życie to najważniejsze przesłanie w judaizmie. Wielodzietność jest wyrazem Bożego błogosławieństwa. Judaizm uznaje obowiązek za spełniony dopiero wtedy, kiedy poczęty zostaje jeden syn i jedna córka. W *Torze* zapisano: „*bądźcie płodni i rozmnażajcie się, abyście zaludnili ziemię i uczynili ją sobie poddaną*”.

Tradycja żydowska nakazuje szczególną dbałość ciężarnej o siebie. Kobieta ciężarna nie jest zobowiązana do przestrzegania postów. Nakłada się na nią obowiązek dbania zarówno o zdrowie psychiczne, jak i duchowe, co zdaniem komentatorów żydowskich przełoży się na lepszą kondycję dziecka. Ciężarna powinna poddawać się wszelkim badaniom, w tym badaniom prenatalnym. Kobieta spodziewająca się dziecka ma również obowiązek pilnego studiowania *Tory* oraz częstego skupiania się na modlitwie. Według religii problem z donoszeniem ciąży oraz jej patologiczny przebieg dotyka kobiety, które współżyły w czasie miesiączkowania, czyli tzw. czasie nieczystym. Istotnym jest, że czas miesiączkowania to czas nieczystości dla kobiety interpretowany jako wykluczenie duchowe. Bycie „nieczystą” nie ma nic wspólnego z brakiem fizycznej czystości. W okresie menstruacji i siedmiu dni po jej zakończeniu zakazana jest aktywność seksualna oraz przebywanie z mężczyzną we wspólnym pomieszczeniu. Oczyszczenie może nastąpić dopiero po odbyciu przez kobietę rytuału polegającego na całkowitym zanurzeniu się jej w specjalnej wannie zwanej *mykwą*. Rytualne oczyszczenie pozwala kobiecie na pełen powrót do codziennych obowiązków [4,7]. W związku z brakiem możliwości, bez naruszania godności kobiety, stwierdzenia, czy w danym momencie jest, czy nie jest „czysta” przyjęło się, iż kobieta nie jest w stanie przygotować koszernej potrawy.

W tradycji żydowskiej preferowanym sposobem porodu jest poród naturalny.

Natomiast w przypadku wystąpienia komplikacji podczas porodu siłami natury, nakazane jest rozwiązanie za pomocą cięcia cesarskiego. Po porodzie matka dziecka również jest „nieczysta” rytualnie – przez 7 dni po urodzeniu chłopca i przez 14 po urodzeniu dziewczynki, co w praktyce żydowskiej oznacza zakaz dotykania mężczyzn, z wyłączeniem noworodka. Ponownie obowiązuje ją po tym czasie kąpiel w *mykwie*. Zgodnie z prawem żydowskim życie zaczyna się dopiero w momencie narodzin, w chwili, kiedy połowa ciała dziecka znajduje się poza organizmem matki [9]. W judaizmie dziecko rodzi się bez znamion grzechu pierworodnego.

Wyznawcy judaizmu odmiennie obchodzą narodzenie się chłopca i dziewczynki. Narodziny córki traktowane są jako dobry znak, ponieważ kobieta ma znaczące miejsce w domu rodzinnym. Narodziny syna otoczone są szczególnymi obyczajami. W ósmym dniu po narodzinach chłopca dokonuje się obrzezania (rytuał ten polega na usunięciu napletka). Dokonanie obrzędu wiąże się z przeświadczeniem, że Abraham uratuje obrzezanych przed karą po ich śmierci. Ważne jest jednak, iż nieobrzezany Żyd może być pełnoprawnym członkiem swej gminy [2].

W czasie połogu kobieta również zwolniona jest z przestrzegania postu, a jeśli jej stan zdrowia na to pozwala, ma obowiązek zapalania świec szabasowych. W czasie połogu religijna młoda matka zaprasza do siebie bliskie jej kobiety. Uroczystość rozpoczyna się od poświęcenia owoców i wina. Kobiety modlą się nad potrawami – ciastami w kształcie ryb, które symbolizują płodność i liczne potomstwo. Spotkanie jest okazją wyrażenia wdzięczności za szczęśliwy okres ciąży i pomyślne rozwiązanie [10].

Postawa judaizmu wobec in vitro

Według judaizmu posiadanie dzieci to obowiązek i przykazanie oparte na zaleceniach *Tory* – „*bądźcie płodni i rozmnażajcie się*”. Takie podejście przekłada się na pełną akceptację dla wszystkich metod wspomaganey prokreacji. Jak przypomina rabin Elliot N. Dorff, *Miszna* wręcz nakazuje, by małżonkowie mieli przynajmniej dwoje dzieci, inaczej bowiem nie wypełnią najważniejszego przykazania [11]. Judaizm konserwatywny podkreśla, iż naturalnym – idealnym sposobem powoływania do istnienia dzieci jest stosunek seksualny małżonków. Jeśli jednak z jakiegoś powodu para nie może mieć dzieci, a metody wspomagające zapłodnienie nie odnoszą efektów, dopuszczalne, a nawet wskazane jest zapłodnienie pozaustrojowe [9]. Konserwatywni rabini podkreślają, że choć metoda in vitro nie jest zakazana przez prawo żydowskie, to nie powinna być ona narzucana małżonkom.

Powinni oni samodzielnie decydować, czy akceptują takową metodę i czy chcą z niej skorzystać.

Stosunek judaizmu do antykoncepcji

Pomimo, iż w judaizmie ceni się wielodzietność uznając ją za wyraz Bożego błogosławieństwa, jest zezwolenie na stosowanie doustnych i wewnątrzmacicznych środków antykoncepcyjnych. W małżeństwie akceptowane jest stosowanie antykoncepcji w sytuacji, gdy małżonkowie posiadają już dzieci. Jednak należy podkreślić, że nawet młode, bezdzietne małżeństwa mogą stosować antykoncepcję, jeśli np. zła sytuacja materialna uniemożliwia im posiadanie potomstwa. Antykoncepcja jest również tolerowana w przypadku, gdyby zajście w ciążę i urodzenie dziecka stanowiło zagrożenie dla zdrowia kobiety [7].

Judaizm a aborcja

Aborcja w judaizmie nie jest traktowana jako morderstwo, lecz jako czyn zakazany. *Tora* nie mówi o niej na tyle wyraźnie, by można było ustanowić z tego prawo. Wielu rabinów zastrzega, że choć trudno nie uznać aborcji za zło, to nie powinna być ona prawnie zakazywana. Według rabina Roberta Gordisa „*aborcja powinna być prawnie dostępna, ale etycznie ograniczana*” [12]. Każdy przypadek aborcji jest traktowany indywidualnie i wiele zależy od opinii konkretnych autorytetów rabinicznych, które nie zawsze są zgodne. Zgodą rabina na wykonanie aborcji lub jej brak zależy od wielu czynników. Zdaniem rabinów konserwatywnych, na aborcję zezwala się nie tylko w sytuacji, gdy zagrożone jest życie i zdrowie (w tym także stan psychiczny) matki, ale również gdy ciąża jest efektem gwałtu. Jeśli zabieg aborcji ma być dokonany, należy go przeprowadzić w pierwszych trzech miesiącach ciąży. Wyjątek stanowi sytuacja, kiedy aborcja może uratować życie ciężarnej, wtedy może być przeprowadzona w każdym okresie przed porodem. Powodem usunięcia ciąży może być także ciężkie schorzenie genetyczne dziecka. Choć zakres dopuszczalności aborcji w konserwatywnej wersji żydowskiego prawa jest szeroki, to wyznawcy tego nurtu nie uznają ekonomicznych racji przerywania ciąży i nie znajdują usprawiedliwienia dla aborcji przeprowadzanej w celu kontroli urodzeń [7].

Stosunek judaizmu do eutanazji

Zarówno eutanazja, jak i wspomagane samobójstwo są zakazane przez prawo żydowskie i uznane za niemoralne. Personel medyczny jest zobowiązany zrobić wszystko, aby chronić i przedłużać życie. Postawa taka wynika z Dekalogu: „*Nie zabijaj*”, a także z Pięcioksięgu Mojżeszowego: „*Jeśli zaś ktoś posunąłby się do tego, że bliźniego zabiłby podstępnie, oderwiesz go nawet od mego ołtarza, aby ukarać śmiercią*” (Księga Wyjścia

21,14). Powyższe biblijne formuły zakazują stosowania eutanazji, także tej na życzenie. Jakikolwiek formy aktywnego przyspieszania śmierci są niedopuszczalne i uważane za morderstwo, lecz pasywna eutanazja może być czasem dozwolona. Współczesne autorytety rabinackie godzą się na zaprzestanie uporczywej terapii tam, gdzie jest ona jedynie przedłużaniem agonii. W takiej sytuacji nie przedłuża się życia za wszelką cenę, lecz podaje się umierającemu jedynie środki uśmierzające ból. Zgodne z prawem jest podawanie środków wyłącznie w celu zmniejszenia cierpienia, a nie przyspieszenia śmierci [13].

Judaizm a transplantacja narządów

Judaistyczne poglądy w kwestii transplantacji narządów są zróżnicowane. Część autorytetów wskazuje, że oddanie po śmierci swojego organu, aby ocalić życie drugiej osoby jest wielką zasługą w myśl najwyższej wartości, jaką jest obowiązek zachowania życia ludzkiego. Z drugiej strony według wierzeń tego rodzaju ingerencja w ciało zmarłego może się przyczynić to tego, że nie będzie one integralne w dniu zmartwychwstania [7].

Judaizm a śmierć i żałoba

W gminach żydowskich istnieją stowarzyszenia, których członkowie zajmują się chorymi i umierającymi. Niespełnienie obowiązku zainteresowania się cierpiącym człowiekiem świadczy o niedostatku serdeczności. W judaizmie nie praktykuje się obrzędów sakramentalnych przeznaczonych dla osób umierających, istnieje jednak obowiązek stałego czuwania przy konającym. Judaizm traktuje śmierć jako naturalną konsekwencję życia, a za moment śmierci uznaje się całkowite ustanie oddychania. W judaizmie śmierć nie oznacza końca życia, lecz jest zapowiedzią zmartwychwstania: „... *ciało moje będzie spoczywać z ufnością: bo nie zostawisz mojej duszy w Szeolu, i nie dozwolisz by wierny Tobie zaznał grobu. Ukazesz mi ścieżkę życia: pełnię radości u Ciebie, rozkosze na wieki po Twojej prawicy*”(Psalm 16, 9-11) [4]. Z chwilą śmierci zadaniem rodziny jest jak najszybsze przystąpienie do przygotowań pogrzebowych. W judaizmie ortodoksyjnym obowiązuje zakaz kremacji, a także sekcji zwłok. Natomiast judaizm reformowany dopuszcza palenie zwłok. Bogaty w rytuały jest przebieg żałoby, do której obchodzenia zobowiązani są najbliżsi krewni osoby zmarłej. Praktyki żałobne dzielą się na kilka etapów, które pozwalają żałobnikom na stopniowy powrót do normalnego życia. W ciągu siedmiu dni po pogrzebie najbliżsi krewni pozostają w domu, który mogą opuścić jedynie w szabat udając się do synagogi. Najbliższej rodzinie nie wolno podejmować wielu codziennych czynności, m.in. mycia głowy, pracowania, słuchania muzyki i in. Obowiązkiem żałobników jest odmawianie modlitwy – *kaddisz*. Po tygodniu rozpoczyna się druga faza żałoby, która trwa przez trzydzieści dni od

pogrzebu. W tym czasie wolno podejmować codzienne czynności i pełnić role społeczne. Żałoba po śmierci dziecka, małżonka lub rodzeństwa trwa trzydzieści dni, natomiast po utracie rodzica trwa przez rok [2,14].

Opieka pielęgniarska uwzględniająca aspekty kulturowe

Pielęgniarka zobowiązana jest do objęcia pacjenta opieką jak najbardziej zbliżoną do jego wartości kulturowych. Wymaga to zdobycia przez nią wiedzy na temat społeczno – kulturowego pochodzenia podopiecznego, w takim samym stopniu jak rozpoznanie jego fizycznych potrzeb. Podstawowa znajomość żydowskich zwyczajów oraz wiedza z zakresu codziennego życia wyznawców judaizmu jest niezbędna w opiece nad pacjentem, gdyż pozwala na uszanowanie jego odmienności kulturowej.

Pielęgniarka opiekująca się pacjentami wyznającymi judaizm powinna [7]:

- pozyskać wiedzę na temat judaistycznych zwyczajów związanych z ciążą, macierzyństwem, chorobą, śmiercią oraz codziennym życiem;
- uzyskać wiedzę na temat odżywiania podopiecznych (pożywienie koszerne); umożliwić spożywanie pokarmów sporządzonych przez rodzinę, jeśli nie ma możliwości zapewnienia pożywienia koszerne w szpitalu;
- umożliwić praktykowanie religii (usunięcie symboli chrześcijańskich nie jest wymagane);
- skupić szczególną uwagę na pacjencie, którego pobyt w szpitalu przypadnie w szabat (ze względu na zakazy religijne, pacjent nie będzie mógł o siebie zadbać tak, jak w każdym innym dniu);
- umożliwić rodzinie czuwania przy łóżku osoby umierającej;
- zapewnić pacjentowi wsparcie psychiczne poprzez rozmowę o jego obawach związanych ze stanem zdrowia (w rozmowie można odwołać się do wyznawanej przez podopiecznego religii, jej filozofii);
- zadbać, aby w szpitalu znany był numer telefonu do gminy żydowskiej, z którą zawsze w razie wątpliwości co do postępowania z pacjentem można się skonsultować.

W opiece pielęgniarskiej nad pacjentem wyznającym judaizm przede wszystkim należy mieć na uwadze jego wiarę oraz elementy jej praktykowania, co jest bardzo ważnym elementem życia każdego religijnego Żyda. Dzięki znajomości zakazów i nakazów obowiązujących wyznawcę judaizmu, pielęgniarka może nawiązać dobry kontakt z pacjentem, co nie tylko jest pomocne w ułatwieniu opieki ale również zapewnia choremu poczucie bezpieczeństwa.

Podsumowanie

Jednym z priorytetowych elementów w działaniach na rzecz poprawy jakości usług medycznych świadczonych pacjentom wyznającym judaizm, powinno być uwzględnienie perspektywy międzykulturowej w opiece pielęgniarskiej oraz w kontakcie pielęgniarki z pacjentem. Zwrócenie uwagi na podłoże kulturowe i światopogląd pacjentów – Żydów pozwoli na większe zrozumienie ich problemów. Kultura i związany z nią sposób patrzenia na świat niezwykle silnie wpływają na sposób rozumienia przez pacjenta własnej choroby oraz stosunku do niektórych badań i czynności pielęgnacyjnych. Wiedza pielęgniarek na temat różnic w patrzeniu na sprawy zdrowia i choroby w innych kręgach kulturowych pozytywnie wpływa na jakość kontaktu z pacjentem, jego zaufanie i skłonność do współpracy terapeutycznej. Stosowanie tej wiedzy w praktyce może być uznane za przejaw empatii.

Wiedza o kręgu kulturowym, z którego pochodzi pacjent, powinna uzupełniać wiedzę medyczną personelu i bez niej trudno dziś sobie wyobrazić profesjonalną opiekę pielęgniarską. Pracownicy ochrony zdrowia powinni zapoznać się z problemami wynikającymi z różnic kulturowych u podopiecznych i mieć je na uwadze w procesach planowania i realizowania opieki. Uwrażliwienie na odmienność kulturową i religijną pacjenta przyczyni się do umocnienia terapeutycznego związku pomiędzy pielęgniarką a pacjentem. Ochrona godności pacjenta i jego odrębności jest bezpośrednio powiązana z istotą pielęgniarstwa.

Piśmiennictwo

1. Poznańska S., Płaszewska-Żywko L.: Wybrane modele pielęgniarstwa. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
2. Grabowska M., Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M.: Charakterystyka wybranych religii świata i grup etnicznych. Judaizm [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie. Krajewska – Kułak E., Wrońska I., Kędziora – Kornatowska K. (red.). PZWL Warszawa 2010, 40-44.
3. Eisenberg J.: Judaizm. Wydawnictwo Cyklady, Warszawa 1999.
4. Maisonneuve D.: Judaizm. Wydawnictwo Akademickie Dialog, Warszawa 2010.
5. De Vries S.: Obrzędy i symbole Żydów. Wydawnictwo WAM, Kraków 2006.
6. Kameraz-Kos N.: Święta i obyczaje żydowskie. Cyklady, Warszawa 1997.

7. Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B.: Pielęgniarstwo transkulturowe. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
8. Kolb E.: Co to jest... Judaizm. Ośrodek Wydawniczy „Augustana”, Bielsko – Biała 2000.
9. Terlikowski T.: Tora między życiem a śmiercią. Bioetyki żydowskie w dialogu. Wydawnictwo Rhetos, Warszawa 2007.
10. Olszewska J., Osipiak – Czerwińska A.: Spojrzenie na ciążę i poród przez pryzmat różnych religii. Probl. Pielęg., 2013, 21, 534-541.
11. Dorff E.N.: Artificial Insemination, Egg Donation and Adoption [w:] Respona of the CJLS 1991-2000, New York 2001.
12. Gordis R.: Abortion: Major Wrong or Basic Right? [w:] Preceedings of the Committee on Jewish Law and Standards 1980-1985. New York, 1987.
13. Solomon N.: Judaizm. Wyd. Prószyński i S-ka, Warszawa 1997.
14. Johnston P.: Cienie Szeolu. Śmierć i zaświaty w biblijnej tradycji żydowskiej. Wydawnictwo WAM, Kraków 2010.

Twardowska – Rajewska Jolanta

Otyłość w kulturze odrzucenia - od zdrowia do helsizmu

Pracownia Edukacji Zdrowotnej, Wydział Studiów Edukacyjnych, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Większość ludzi jest przekonanych, że ma „jedno życie” na tej Ziemi i ograniczony czas jego trwania. Jeszcze do niedawna przyszłość wydawała się być względnie przewidywalna dla biografii ludzkiej (wyłączając czas wojen, klęsk żywiołowych i epidemii chorób). A więc rozsądnie „zarządzając” sobą można było zazwyczaj spodziewać się wszelkiej pomyślności: zdrowia, długowieczności, zamożności.

Dzisiejsza rzeczywistość tego przekonania nas pozbawiła. Straciliśmy możliwość, czy potrzebę rozumienia świata wg zasady systematyczności i kategoryzacji.

Z jednej strony panuje ekonomia neoliberalna – korporacyjna, gdzie jednostka ludzka „homo economicus” przekształcana jest wbrew jej woli na potrzeby zarządzania współczesnej demokracji [1].

Człowiek jest tylko konsumentem „ego consumens” – „pochłania dobra” przez całe swe życie.

Realizuje również podejście „fun morality”, którego istotą jest imperatyw zabawy: „nie bawisz się – nie żyjesz” (również filozofia kidult’a) oraz imperatyw „fast i instant”, jak w „instant culture” [2].

Efektem takiego „zarządzania sobą” w aspekcie ciała są ludzie otyli (np. latyno i afroamerykanie), tzw. „ludzie – odpady”.

Ekonomia neoliberalna – korporacyjna współistnieje z dominującą współcześnie kulturą „instant” („w pigułce”). Charakteryzują ją trzy zasady: „fast food” (instant coffee, szybki kubek, kuchenka mikrofalowa, Mc.Donald, Coca-Cola), „fast sex” (instant sex-viagra – bez zaangażowania i bez komplikacji, często jako przyczyna „instant death” natychmiastowa śmierć z powodu AIDS) oraz „fast car” (przemieszczanie w świecie Fast Concorde).

Drugą cechą charakterystyczną dla instant culture jest natychmiastowa komunikacja i informacja, którą umożliwia mobilny telefon, faksy, e-maile, TV-CNN, MTV (zapping). Ogromną rolę w tworzeniu tej kultury odgrywają mass media, które (jak dotąd) pełnią rolę

służebną – odzwierciedlającą świat i relacjonującą rzeczywistość. One ją generują, kreują: tworzą świat nadrealny (hyperreality), tzn. bardziej realny niż rzeczywistość społeczna. W świecie tym panują żelazne reguły gry: permanentne zużywanie się stylów, produktów i tożsamości ludzkich, gdzie „nowość” staje się „przestarzałością”, trwa nieustanny niepokój konsumpcyjny i ciągle pożądanie – pragnienie nowości i zmiany, również odnośnie pop-tożsamości (fashion collection). Science fiction miesza się z rzeczywistością. Współczesny człowiek żyje w ciągłym lęku o zaspokojenie potrzeb kultury instant, w poszukiwaniu zmiany, nowości, nowych ekstremalnych wrażeń, niepowtarzalnych i natychmiastowych przyjemności. Z tego błędnego koła nie ma możliwości wyjścia! [3].

Mass media dyktują również kanony estetyczne ciała ludzkiego – ciała kobiety. Mimo, że komunikacja wirtualna zdominowała interakcje międzyludzkie, to nadal ciało – jako komunikat niewerbalny pełni podstawową rolę w społecznym życiu człowieka.

W cyberprzestrzeni główną rolę odgrywa aspekt poznawczo – emocjonalny człowieka („duch”), wykreowana cyber – tożsamość. Ciało zaś – jako często „niedoskonałe” (ze swoją biologią) sprawia kłopot właścicielowi, który stara się bezskutecznie dorównać narzuconym przez mass media kanonom, standardom estetycznym. Jak zawsze ciało może stać się „anty – ideałem”, źródłem krępującej „inności”, powodem stygmatyzacji, dyskryminacji. Stąd cyberprzestrzeń daje możliwość „ukrycia” niedoskonałości, stworzenia idealnego cyber – ciała, cyber – płci, cyber – seksualności [4].

W świecie realnym, ponowoczesnym medycyna estetyczna z chirurgią plastyczną, dermatologią estetyczną i kosmetologią daje (choć kosztowną i uzależniającą!) możliwość natychmiastowego uzyskania idealnego ciała, piękna, zachowania młodości.

Idealne ciało to ciało bez nadwagi, nadmiaru tłuszczu i zmian powłok cielesnych wynikających z powyższych problemów zdrowotnych. Dziś otyłość częściej traktuje się nie jako problem medyczny lecz estetyczny.

Ciało odgrywa podstawową rolę w autokreacji człowieka, obok materialnych „symboli autorytetu” (przedmioty świadczące o statusie społecznym) [5,6].

Status zawodowy i majątkowy członka współczesnej cywilizacji zachodniej zależy, poza wymogami merytorycznymi, w znaczący sposób od spełniania wymogów korporacyjnych – tzw. „kultury korporacyjnej” [1]. Masa ciała i tzw. fashion collection odgrywają tu znaczącą rolę i są wymogiem, i często przyczyną problemów w psycho – społecznym funkcjonowaniu człowieka.

Są już nie tylko problemem osobistym, jednostkowym – stają się problemem społecznym.

Najczęstszą przyczyną otyłości (dodatni bilans kaloryczny) jest kompulsywny sposób jedzenia jako wyraz zaburzonych – niezrealizowanych potrzeb emocjonalnych, będących wynikiem „instant” stylu życia: stosunków panujących w miejscu pracy (wyścig szczurów, mobbing) oraz niesatysfakcjonujących relacji w życiu osobistym.

Zaburzone relacje między partnerami – tzw. współzależnienie emocjonalne skutkuje rozwojem licznych patologii- m.in. zachowań obsesyjno- kompulsywnych, również z obszaru psychosomatycznych zaburzeń odżywiania (żarłoczność psychogenna, bulimia, chaos żywieniowy, czekoladomania, jedzenie nocne) [7-10].

I tutaj obserwujemy współzależność między przyczyną a skutkiem: stres (stresory społeczne) jest nieefektywnie likwidowany poprzez zachowania obsesyjno – kompulsywne, uzależnienia/nałogi (jedzenie, alkohol, narkotyki, leki, seks, praca, zakupy, internet, telewizja, telefon komórkowy, solarium, siłownia, sporty ekstremalne itp.) prowadzące do patologii somatycznych (m.in. otyłość) i psycho - emocjonalnych. Powoduje to coraz większe odchodzenie od cyber-ideału ciała – przyjętego jako kanon estetyczny, pogłębia poczucie klęski, zaniżają samoocenę, oddala sukces życiowy

Dziś otyłość rozwijająca się wg wyżej opisanego modelu etiopatogenetycznego jest najpopularniejszą formą dysadaptacji współczesnego człowieka w świecie, w którym on żyje, dowodem na to, że nie jest szczęśliwy.

Otyli są oceniani jako mniej wartościowi, upośledzeni wolicjonalnie, niezaradni życiowo, na których nie można polegać bo „nie radzą sobie” ze swoim problemem.

Jest to ocena stereotypowa, stygmatyzująca, a otyli są łączeni w grupę – populację marginalizowaną. Jesteśmy świadkami nowej formy dyskryminacji: dyskryminacji ze względu na wysoką masę ciała. Otyli bywają nierzadko ofiarami nadużyć (agresji, przemocy) [11,12,13].

Otyły to „Inny” , często przez całe swe życie, z biografią naznaczoną klęską efektu jo-jo, wymaga pomocy profesjonalnej - medycznej i psychologicznej, a także socjoterapeutycznej [12,14].

Obecnie problemem globalnym jest profilaktyka otyłości, szczególnie wśród dzieci i młodzieży, poprzez propagowanie prozdrowotnego stylu życia [15].

Koncentracja na właściwym sposobie żywienia, aktywności fizycznej i przestrzeganiu zasad tzw. higieny psychicznej (aktywność poznawcza, relacje interpersonalne, autoakceptacja, unikanie zachowań ryzykownych) pozwoli uniknąć powstawania dodatniego bilansu kalorycznego z następowym przyborem masy ciała.

Jednak w profilaktyce otyłości (i innych chorób tzw. cywilizacyjnych) należy unikać działań utożsamianych z tzw. helsizmem.

Helsizm (healthism) to „kult zdrowia”- „obsesja zdrowia”, nadmierna koncentracja na zdrowiu, działania oparte na wysiłku i samodyscyplinie, z koncentracją na doskonaleniu i chronieniu ciała, kształtowaniu jego masy i rozmiarów. *”Ciało staje się symbolem, wskaźnikiem zdrowia, jest wartością najbardziej znaczącą spośród wszystkich innych, jest celem samym w sobie, a nie środkiem do osiągnięcia innych celów i wartości”*. Helsizm jest pochodną procesów medykalizacji życia społecznego, (lata 70-te XX wieku) i „jest procesem uzależnienia społeczeństw od medycyny i wchodzenia ludzi pod jurysdykcję profesji medycznych”.

Helsizm to właśnie estetyzująca ciało postać medykalizacji. Medycyna proponuje środki „estetyzacji” ciała dysponując wiedzą i umiejętnościami, kształtując w ten sposób potrzeby medyczne (estetyczne) ludzi. Helsizm uważany jest za zjawisko negatywne indywidualnie i społecznie [15].

Wyznawcy i realizatorzy założeń helsizmu dyskryminują „innych”, którzy często z przyczyn od siebie niezależnych (czynniki genetyczne, społeczne, ekonomiczne) mają niepowodzenia w osiągnięciu prozdrowotnego stylu życia i zdrowia.

Graniczne zachowania ze spektrum helsizmu to body building (ekstremalne kształtowanie masy mięśniowej przez środki anaboliczne i ćwiczenia mięśni) oraz ortoreksja. Ortoreksja to obsesyjna koncentracja na zdrowym żywieniu (ilościowym i jakościowym oraz ekologicznym) z podporządkowaniem całego życia dla osiągnięcia tego celu. Osoby te często mają rysy psycho- i socjopatyczne, wymagają terapii [16].

Zatem, w epoce ponowoczesności i kultury instant, cielesność człowieka w kontekście jej „ulepszania i poprawiania”, może być przedmiotem manipulacji społecznej, politycznej i ideologicznej, a nie tylko „sprawą prywatną” człowieka i medycyny.

Otyli w „kulturze odrzucenia” z nieodpartą potrzebą „naprawy ciała”, teraz – na początku XXI wieku, czyżby powtarzali historię sprzed blisko 100 lat: kiedy to Nitsche i Hitler stwarzali „nadczołowieka”?

Te niepokojące problemy zaczynają być dostrzegane na całym świecie przez ludzi rozsądnie myślących, nie tylko futurystów czy wizjonerów.

Rodzimym dowodem na zagrożenia płynące z „ulepszana ciała ludzkiego i społecznego” jest wystawa Andy Rottenberg w warszawskiej Zachęcie pt. „Postęp i higiena. Od higieny do eugeniki” [17].

Jak pisze twórczyni wystawy, powstała ona *„dla ukazania pułapek modernizacji w kontekście wspólnej dla sztuki i nauki początków XX wieku idealistycznej wiary w postęp i możliwości ulepszania społeczeństwa”*.

Wystawa swymi treściami nawiązuje do pierwszej połowy XX wieku, kiedy to zgodnie z estetyką modernizmu, powstała koncepcja „higienicznego miasta” (również Warszawa międzywojnia!) w powiązaniu z kultem „czystego rasowo ciała” (Riefenstahl, Rodczenko). To zdrowe, wysportowane ciało w systemach totalitarnych stało się przedmiotem ideologicznej manipulacji o podłożu politycznym i rasowym (inżynieria społeczna – „zdrowe ciało narodu”).

Konsekwencje realizowania założeń tzw. higieny rasy i inżynierii społecznej znalazły odzwierciedlenie w praktykach sterylizacyjnych III Rzeszy (później USA, Kanady, krajów skandynawskich, Japonii, Indii), w zakazie zawierania małżeństw „nieczystych rasowo” (brukanie rasy), nazistowskim programie eutanazji (T4) obejmującym osoby kalekie, chore psychicznie, starców, Żydów, Romów, jeńców wojennych, w zbrodniczych doświadczeniach na ludzkim ciele, prowadzonych przez nazistowskich lekarzy aż po tworzenie ośrodków produkujących „czyste rasowo dzieci”.

Można tu postawić pytanie: czy współczesne praktyki „ulepszającej ingerencji w ciało ludzkie” inspirowane kreowanymi przez mass media kanonami estetycznymi (choćby cyberkobieta!) powiązane z globalnymi rynkami finansowymi, korporacyjnymi, władzy (a pośrednio przemocy przez piętnowanie wszelkiej „inności”) nie są spadkobiercami filozofii i praktyki nazistowskich Niemiec?

Skrajne metody „poprawiające” ciało ludzkie (medycyna estetyczna), praktyki skrajnego samodoskonalenia (helsizm) oraz próby wykorzystania inżynierii genetycznej w celach „estetycznych” (nie zaś dla likwidacji nieuleczalnych chorób genetycznych) powinny budzić głęboką refleksję, a nawet niepokój.

W globalnym (etycznym?) świecie przejawy koncepcji „higieny rasy” pobrzmiewają silnie we współczesnych konsekwencjach kolonializmu (wykluczanie społeczne), niektórych praktykach ograniczania rozrodu (sterylizacja w Indiach, Chiny).

Czyżby współczesny świat konsekwentnie powielał błędy, a nawet okrucieństwa z przeszłości?

Czy wizualna „inność” człowieka może stanowić podstawę do wykluczenia społecznego i dyskryminacji?

Kogo należy leczyć? Czy nie tylko chorego – otyłego somatycznie, uzależnionego od jedzenia, a więc zaburzonego psycho-emocjonalnie, czy również społeczeństwo z jego

„kulturą wykluczenia inności”, inności - wykraczającej poza ślepo przyjęte kanony estetyczne, kreowane przez mass media, przez instant –culture.

Można zaobserwować budzące nadzieje inicjatywy akceptacji inności w formie choćby tworzenia mody odzieżowej dla osób skrajnie otyłych lub niepełnosprawnych, a także pojawiania się osób” sprawnych inaczej” na rynku kultury i rozrywki (ociemniali śpiewacy i piosenkarze, malujący ustami i stopami), sportu (koszykarze i tancerze na wózkach inwalidzkich, sport w wykonaniu osób z zaprotegowanymi kończynami itp.)

Naszym zadaniem – współczesnych Ludzi - jest tworzenie wspólnego, jednego Świata - równie przyjaznego dla wszystkich jego Mieszkańców, również tych „Innych”.

Piśmiennictwo

1. Potulicka E., Rutkowiak J.: Neoliberalne uwikłania edukacji. Wyd. Impuls, Kraków 2010.
2. Twardowska–Rajewska J.: Piękny umysł czy kidult [w:] Zostawić ślad na ziemi. Halicka M., Halicki J. (red.). Wyd. Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, 137-146
3. Melosik Z.: Kultura instant – paradoksy pop – tożsamości [w:] Edukacja. Społeczne konstruowanie idei i rzeczywistości. Cyłkowska-Nowak M.(red). Wyd. Wolumin s.c. Poznań 2000, 372-385.
4. Gromkowska A.: Kobiecość w rzeczywistości wirtualnej, czyli: kto chciałby być Larą Croft? [w:] Edukacja. Społeczne konstruowanie idei i rzeczywistości. Cyłkowska-Nowak M. (red.). Wyd. Wolumin s.c. Poznań 2000, 186-213.
5. Leary M.: Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji. Wyd. GWP, Gdańsk 2012.
6. Cialdini R.B.: Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka. Wyd. GWP, Gdańsk 2013
7. Beattle M.: Koniec współzależnienia. Wyd. Media Rodzina, Poznań 2003.
8. Twardowska-Rajewska J., Cichocka M.: Przemoc psychiczna w rodzinie: zamienność ról „ofiara – sprawca” w perspektywie czasowej [w:] Zagrożenia w starości i na jej przedpolu. Halicka M., Halicki J., Czykier K. (red.). Wyd. Uniwersytetu Białostockiego, Białystok 2010, 365-379
9. Bilikiewicz A.: Zespoły psychopatologiczne związane z zaburzeniami procesów fizjologicznych [w:] Psychiatria. Bilikiewicz A. (red). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 383-389.

10. Basdevant A.: Somatyczne powikłania otyłości. Wyd. Server, 2004.
11. Gruszczyński W., Florkowski A., Gruszczyński B.: Agresja i przemoc a zaburzenia psychosomatyczne i ich leczenie [w:] Przemoc i agresja jako problem zdrowia psychicznego, Binczycka-Anholcer M. (red.). Wyd. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa 2005, 487-492
12. Wojciszke B., Jarynowicz M. (red.): Psychologia rozumienia zjawisk społecznych. Wyd. Naukowe PWN, Łódź 1999.
13. Twardowska-Rajewska J.: Stygmat starości z perspektywy młodości [w:] W drodze do brzegu życia. Krajewska -Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Kułak W. (red)., T.IX. Wyd. Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Białystok 2013, 575-583.
14. Piorunek M.: Interwencja i wsparcie społeczne w przebiegu biografii jednostkowej – opinie, potrzeby, bariery korzystania z pomocy profesjonalnej [w:] Postępy psychoterapii T.III. Gapik L. (red). Wyd. Naukowe UAM, Poznań 2000, 19-27.
15. Woynarowska B. (red): Edukacja zdrowotna. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2012.
16. Twardowska-Rajewska J., Zagawa E.: Orthorexia nervosa. Medycyna Estetyczna i Przeciwstarzeniowa, 2006, 5, 4-8.
17. Nymś A.: Postęp i higiena. Od higieny do eugeniki. Sprawozdanie z Wystawy w Zachęcie. Warszawa, luty 2015.

Laskowski Karol

Problematyka uchodźstwa w Polsce

Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża J.P.II w Białej Podlaskiej

Żaden Europejczyk nie może stać się całkowitym uchodźcą w żadnej części Europy

Edmund Burke

Wprowadzenie

Różnorodność kulturowa powstała w wyniku procesów politycznych, migracyjnych i ogólnoświatowej globalizacji jest zjawiskiem występującym w wielu krajach Europy.

W Polsce od momentu integracji ze strukturami Unii Europejskiej personel medyczny coraz częściej spotyka się z pacjentami odmiennymi kulturowo.

Bardzo ważnym wyzwaniem stojącym przed pracownikami służby zdrowia jest wypracowanie odpowiedniego podejścia do osób z innych kręgów kulturowych. Proces ten powinien być poprzedzony zbadaniem istniejących postaw wobec tego zjawiska. Najlepszą metodą zdobycia danych jest przeprowadzanie wywiadów i ankiet wśród lekarzy, pielęgniarek, psychologów i studentów kierunków medycznych. Badania pozwolą na dokładne poznanie uwarunkowań stosunku badanej populacji do uchodźców. Dzięki nim możliwe stanie się wyłonienie większości problemów napotykanych po obu stronach podczas kontaktów z obcokrajowcami.

Krótką historia uchodźstwa w Polsce

Na przestrzeni wielowiekowej historii Polska ze względu na swoje położenie geograficzne była miejscem licznych migracji [1].

W XI i XII wieku, w okresie wypraw krzyżowych, pojawiły się pierwsze przymusowe migracje, a do Polski zaczęli przybywać, jako ofiary „świętej wojny” - Żydzi prześladowani w Europie Zachodniej [1].

Masowy napływ imigrantów do Polski nastąpił jednak dopiero w XIV wieku, w związku z prześladowaniami Żydów oskarżonych o wywołanie epidemii dżumy [1].

W latach 1348–1350 Europę nawiedziła epidemia tzw. czarnej śmierci, która spowodowała śmierć prawie jednej trzeciej ludności kontynentu (zmarło ok. 25 mln ludzi), co było punktem kulminacyjnym pogromów Żydów europejskich, którzy oskarżano „o wywołanie zarazy” [1].

Twierdzono także [1], że plan wymordowania chrześcijan uknuli Żydzi hiszpańscy, którzy dysponowali olbrzymimi środkami i wpływami. W tym celu, z Toledo w Hiszpanii miano rozesać do wszystkich gmin żydowskich w Europie truciznę, która miała się składać z mięsa

bazyliżków, pajaków, żab, jaszczurek, serc chrześcijańskich i ciasta przeznaczonego na hostię. Powyższe wywołało falę pogromów Żydów w całej Europie. Fala uchodźców żydowskich z zachodniej Europy, z lat 1348–1349, była najliczniejszą falą Żydów, jaka napłynęła w średniowieczu do Polski, która stała się krajem docelowym głównie dla Żydów niemieckich, węgierskich i francuskich [1].

We wspomnianym okresie, władcy Polski, w masowo napływających na ich ziemie Żydach, widzieli szansę na przyspieszenie rozwoju gospodarczego kraju i napływową ludność żydowską otoczyli opieką nadając im przywileje [1]. W 1264 roku w Kaliszu, jako pierwszy, książę Bolesław Pobożny wydał najstarszy przywilej dla Żydów określający prawa i obowiązki tzw. Statut kaliski. Był to akt prawny liczący czterdzieści artykułów ustalających prawa ludności żydowskiej, zgodnie z którym Żydzi podporządkowani zostali władzy księcia reprezentowanego przez wojewodę. Takie przyporządkowanie gwarantowało ludności żydowskiej książęcą opiekę i ochronę [1]. Za zabicie Żyda w wydanym prawie przewidziana była surowa kara wraz z pełną konfiskatą rodzinnego majątku. Obywatel, który nie udzielił pomocy napadniętemu Żydowi, podlegał karze. Za czyny napaści na synagogę lub zdewastowanie cmentarza istniały także stosowne konsekwencje. Statut kaliski zapewnił Żydom swobodę istnienia. Mogli oni tworzyć swoje gminy tzw. kahały, a sądy kahalne w gminach nastawione były na rozstrzygnięcie zaistniałych sporów wewnętrznych. Od ich decyzji można się było odwoływać do sądu książęcego. Kupcy żydowscy mocą nadanego prawa uzyskali swobodę handlu i podróżowania na równi z kupcami chrześcijańskimi. Statut kaliski można uznać za pierwszy akt prawny zinstytucjonalizowanej pomocy dla uchodźców w naszym kraju [1].

W wieku XVI i następnym stuleciach Rzeczpospolita była postrzegana jako kraj tolerancyjny, otwarty na przyjęcie na jej tereny oraz pokojowe współistnienie różnych kultur [1].

W tym miejscu warto wspomnieć, iż na przestrzeni dziejów Polacy niejednokrotnie zmuszeni byli do opuszczenia własnego kraju, a największe wychodźstwo polityczne z ziem polskich datuje się na XIX wiek [1]. W tym okresie, w związku z represjami powstaniowymi wyemigrowało z Polski około 30 tysięcy ludzi, najczęściej związanych z działalnością polityczną lub zbrojną [1].

Kolejną wielką falę uchodźstwa spowodowała II wojna światowa [2]. Po jej zakończeniu, Polska nie przyjmowała uchodźców oraz nie przystąpiła do międzynarodowego systemu ochrony uchodźców przyjętego w Konwencji Genewskiej z 1951 roku i tzw. Protokołu Nowojorskiego z 1967 roku [2].

Ówczesne władze polskie nie były zainteresowane międzynarodową współpracą na tym polu ze względów polityczno-ideologicznych. Powyższe dwa akty prawa międzynarodowego, w momencie ich powstania, przyjęte były przez blok państw socjalistycznych jako przejawy zmagania trwającej „zimnej wojny”. Polska niestety nie była zainteresowana współpracą w zakresie uchodźstwa, także ze względów praktycznych - była wówczas państwem, które opuszczali uchodźcy [2].

Czasy socjalizmu po wojnie przyczyniły się do poszukiwania schronienia w różnych zakątkach świata przez kolejne pokolenia rodaków [1]. Ogłoszony 13.12.1981 roku stan wojenny spotęgował przymusową migrację Polaków, co spowodowało, iż w 1988 roku w krajach Europy Zachodniej wśród osób występujących o azyl największą liczbę stanowili Polacy [1].

Problem uchodźstwa w Polsce po transformacji ustrojowej w kraju

W czasach współczesnych Polska często staje się miejscem schronienia dla osób prześladowanych przez represyjne reżimy lub zmuszonych do ucieczki z powodu działań wojennych toczących się na ich ziemiach.

Pierwsza grupa uchodźców, w liczbie 600 osób, pojawiła się w Polsce na przełomie lat 1989 - 1990 [3]. Pochodzili oni z Etiopii, Iraku, Syrii i Libanu krajów Afryki i Dalekiego Wschodu ogarniętych wojną, próbowali przekroczyć Bałtyk i przedostać się do Szwecji. W tym samym czasie schronienie w Polsce znalazło 50 obywateli albańskich, którzy wcześniej dostali się do budynku Ambasady Polskiej w Tiranie i za wstawiennictwem mediacyjnym sekretarza generalnego ONZ zostali skierowani do Polski [3].

Warto podkreślić, iż w prawie polskim brak było wówczas przepisów dotyczących postępowania z uchodźcami. Rząd polski współpracował z Urzędem Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców (UNHCR - *The United Nations High Commissioner for Refugees*), który w latach 1990 - 1991 wysłał do Polski kilka misji do zbadania wniosków azytowych i zakwalifikowania wnioskodawców do osiedlenia się w krajach zachodnich [3]. Wszystkie decyzje dotyczące cudzoziemców, w tym dotyczące udzielenia im zgody na przebywanie na terytorium Polski, podejmowane były przez biuro UNHCR w Genewie, gdzie także gromadzono dokumentację dotyczącą tych osób. Polska pomimo, że jeszcze wtedy nie ratyfikowała Konwencji o statusie uchodźcy z 1951 roku, stosowała się do jej postanowień [36]. Opiekę nad uchodźcami sprawował początkowo Polski Czerwony Krzyż, następnie utworzono specjalne biuro do spraw Uchodźców MSW (Ministerstwo Spraw Wewnętrznych), a później Departament do spraw Migracji i Uchodźstwa, którego nazwa przekształciła się w Departament do spraw Repatriacji i Cudzoziemców. Istotnym punktem w polskim prawie

dotyczącym uchodźstwa stało się podpisanie przez Polskę, w 1991 roku, postanowień Konwencji Genewskiej i decyzji o przyjmowaniu uchodźców [3]. Zaistniałe przemiany demokratyczne rozpoczęte w Polsce w 1989 roku przekształciły ją w miejsce, gdzie przyjmuje się cudzoziemców i otacza się ich potrzebną opieką [2].

Polityka wobec uchodźców - prawo międzynarodowe i prawo polskie

Współczesny międzynarodowy system ochrony uchodźców ukształtował się w połowie XX wieku [2,4].

Ze względu na zawarte w nim uniwersalne wartości moralne został przyjęty przez większość państw świata. Jego podstawę, za Loescher i wsp. [2,4] „*stanowi Konwencja Genewska z 1951 roku, której art. I A ust.2 stanowi, iż uchodźcą jest osoba, która na skutek uzasadnionej obawy przed prześladowaniem z powodu swojej rasy, religii, narodowości, przynależności do określonej grupy społecznej lub z powodu przekonań politycznych przebywa poza granicami swojego państwa i z powodu tych obaw nie może lub nie chce korzystać z jego ochrony albo która nie ma żadnego obywatelstwa i znajduje się na skutek podobnych zdarzeń poza państwem swojego dawnego, stałego zamieszkania, nie może lub nie chce z powodu tych obaw powrócić do niego*” [5].

Celem tego aktu prawnego było ustalenie międzynarodowych zasad udzielania statusu uchodźcy i wynikających z nich uprawnień dla tych osób oraz obowiązków państw ich przyjmujących [6]. Przyspieszenie uchwalenia Konwencji regulującej status uchodźców spowodowali uciekinierzy z krajów Europy Wschodniej, poszukujący ochrony przed prześladowaniami ideologiczno-politycznymi. Konwencja Genewska i Protokół Nowojorski z 1967 roku, znoszący ograniczenia geograficzne i czasowe w jej stosowaniu, są nadal fundamentem międzynarodowego systemu uchodźczego. Konwencja [6] określiła rozszerzoną definicję uchodźców, zagwarantowała prawa im przysługujące, wyznaczyła standardy ich traktowania oraz wprowadziła ograniczenia w wydalaniu uchodźców i zakaz wydalania cudzoziemców do krajów, w których mogą być narażeni na poważne nierespektowanie podstawowych praw człowieka. W praktyce oznacza to, za Goodwin-Gill [7] „*iz osoba, która nie udowodniła indywidualnej obawy przed prześladowaniem, nie może być mimo wszystko wydalona do kraju swego pochodzenia lub państwa trzeciego, jeśli istnieje zagrożenie, iż w państwie tym mogłyby ja spotkać prześladowania lub tortury*”. Definicja uchodźcy nie obejmuje kategorii migrantów ekonomicznych, którzy opuścili swój kraj z powodu skrajnie złych warunków bytowych [8]. Takich cudzoziemców nazywa się emigrantami dobrowolnymi. Konwencja Genewska nie przewiduje także uznania za

uchodźców osób zmuszonych do poszukiwania ochrony poza terytorium własnego kraju z powodów różnorodnych klęsk żywiołowych [8].

W opinii Wieruszewskiego [9] „*Celem uchwalonej w 1951 roku Konwencji Genewskiej był przede wszystkim zamiar objęcia międzynarodową ochroną uchodźców politycznych, którzy musieli szukać bezpiecznego miejsca poza granicami swojego kraju – dotyczyło to w dużej mierze uciekinierów z krajów komunistycznych. Z państw tych uchodzili już pierwsi prześladowani i nie bardzo było wiadomo, jaki powinien być ich status*”. Jak podkreśla Wieruszewski [9] „*w prawie istniała co prawda formuła azylu, ale miała całkowicie dyskrejonalny charakter, to znaczy państwa samodzielnie decydowały, czy udzielić schronienia danej osobie. Kwestii tej nie regulowało prawo międzynarodowe. Byli to zresztą nie tylko prześladowani, ale również – na przykład – wybitni uczeni*”. Zdaniem Wieruszewskiego [9] pomimo, że „*powszechna Deklaracja Praw Człowieka z 1948 roku przewidywała możliwość poszukiwania ochrony poza granicami własnego kraju, dopiero Konwencja Genewska określiła prawno-międzynarodowe zobowiązanie do udzielania pomocy prześladowanym. Sprecyzowała, w jakich sytuacjach rządy państw są zobowiązane do ochrony uchodźców oraz jaki jest jej zakres – wymieniła między innymi prawo do posiadania specjalnego dokumentu podróży, który uprawnia uchodźcę do podróżowania po wszystkich krajach, które Konwencję ratyfikowały, a także prawo do pracy, opieki socjalnej i zdrowotnej. Od 1951 roku udzielanie schronienia uchodźcom przestało być wyrazem dobrej woli danego kraju*”.

Wraz z uchwaleniem Konwencji Genewskiej powstał Urząd Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców (UNHCR) [3]. UNHCR, jako agencja ONZ, przechodził stopniowy rozwój. Na początku jego istnienia podstawowym zadaniem było ustalenie jednolitego sposobu postępowania z uchodźcami. Następnie rozwijano i doprecyzowywano wiele postanowień Konwencji i jednocześnie monitorowano sytuację uchodźców na świecie. Obecnie zadania UNHCR skupiają się na dobrze organizowanej działalności operacyjnej w miejscach o szczególnym zagrożeniu. UNHCR posiada sieć biur terenowych i prowadzi operacje w różnych częściach świata, a jego pracownicy mają doświadczenie w pracy z uchodźcami oraz w organizowaniu im pomocy materialnej i pomocy wobec państw, które udzielają im schronienia [3].

Do istotnych aktów prawa międzynarodowego dotyczącego uchodźców należą także regulacje Unii Europejskiej w tym zakresie. W czerwcu 1990 roku, w Dublinie, została sporządzona Konwencja wyznaczająca państwo odpowiedzialne za rozpatrywanie wniosków o azyl złożonych w jednym z Państw Członkowskich Wspólnoty Europejskiej [8].

Rozporządzenie Dublin II, powstałe w lutym 2003 roku, zobowiązało państwa członkowskie do rozpatrzenia każdego wniosku o azyl złożonego przez cudzoziemca w każdym z krajów wspólnoty i wprowadziło zasadę, że tylko jedno państwo Unii Europejskiej jest odpowiedzialne za rozpatrzenie wniosku o nadanie statusu uchodźcy. W przypadku, gdy pojawiają się trudności z ustaleniem takiej odpowiedzialności np. przy nielegalnym przekroczeniu granicy, pierwsze państwo, w którym wniosek o nadanie statusu uchodźcy został złożony zobowiązane jest do jego rozpatrzenia [8]. Inną ważną regulacją praw UE, w zakresie uchodźstwa, jest Rozporządzenie EURODAC (*European Dactyloscopy*) z grudnia 2000 roku, na podstawie którego został stworzony system z europejską bazą odcisków palców przeznaczoną do identyfikacji cudzoziemców ubiegających się o status uchodźcy na terytorium wspólnoty [8]. System funkcjonuje od początku 2003 roku i przechowywane są w nim odciski palców każdej osoby powyżej 14. roku życia, która składa wniosek o azyl w jednym z krajów UE. Ze względu na ochronę danych system nie zawiera informacji dotyczących osób, nawet ich nazwisk. Baza danych EURODAC funkcjonuje wyłącznie na zasadzie porównań biometrycznych. Pobrane od uchodźców odciski palców w formie cyfrowej przesyłane są do jednostki centralnej mieszczącej się przy Komisji Europejskiej, a tam porównywane z innymi znajdującymi się już w bazie [3]. Procedura ta prowadzi do prawidłowego ustalenia kraju odpowiedzialnego za rozpatrywanie wniosku o nadanie statusu uchodźcy.

Zasadniczym celem EURODAC jest [10]:

- pomoc w ustaleniu, które państwo członkowskie UE jest odpowiedzialne za badanie wniosku o azyl zgodnie z rozporządzeniem dublińskim
- wykrywanie wniosków składanych wielokrotnie w tym samym państwie członkowskim lub w kilku państwach członkowskich
- pokazanie realnego udziału bazy danych odcisków palców w zarządzaniu wnioskami o azyl
- ustalanie, które państwo członkowskie powinno badać każdy z nich, poprzez porównywanie odcisków palców osób ubiegających się o azyl i nielegalnie przekraczających granice
- zapobieganie zjawisku "*asylum shopping*" (składania wniosków o azyl jednocześnie w różnych krajach).

W roku 1999, państwa członkowskie Unii Europejskiej, podczas posiedzenia Rady Europejskiej w Tampere, rozpoczęły tworzenie wspólnego europejskiego systemu azylowego

(CEAS), opartego na postanowieniach konwencji genewskiej z 1951 roku dotyczącej statusu uchodźców, uzupełnionej protokołem nowojorskim z 1967 roku.

Na ten wspólny europejski system azylowy składa się pięć aktów prawnych:

- Dyrektywa Kwalifikacyjna (określająca, jakie osoby kwalifikują się do objęcia ochroną międzynarodową)
- Dyrektywa Proceduralna (określająca minimalne standardy procedur azylowych)
- Dyrektywa Recepcyjna (określająca minimalne standardy przyjmowania osób poszukujących ochrony)
- Rozporządzenie Dublin II i Rozporządzenie dotyczące Systemu EURODAC.

Po wejściu w życie tych wszystkich postanowień prawnych Unia Europejska monitorowała przebieg procesów związanych z uchodźstwem na terenie wspólnoty, a po przeanalizowaniu wniosków pracowała nad dalszymi ulepszeniami każdego z tych aktów prawnych. W opinii Volker Türka [11], Dyrektora ds. Ochrony Międzynarodowej w siedzibie głównej UNHCR „Unia stale przyciąga osoby szukające ochrony międzynarodowej, jednak dramatycznie mniej niż kiedyś. W 1992 w 15 krajach UE o status uchodźcy ubiegało się blisko 700 tysięcy osób, w 2010 w 27 krajach Unii już tylko nieco ponad 240 tysięcy osób szukało ochrony”.

Unia Europejska, w celu zapewnienia wsparcia finansowego dla państw członkowskich umożliwiającego skuteczną pracę ich systemów azylowych, powołała również Europejski Fundusz na rzecz Uchodźców (ERF) [11]. Jednakże, pomimo obowiązywania dyrektyw i rozporządzeń mających na celu ujednoczenie we wspólnocie procedur związanych z uchodźstwem, nadal istnieją różnice między poszczególnymi jej członkami, polegające na podejściu do problemu uchodźstwa i poziomie udzielania im ochrony oraz dostępie do opieki zdrowotnej ubiegających się o status uchodźcy [11].

W Polsce budowę systemu zinstytucjonalizowanej pomocy dla uchodźców rozpoczęto w 1991 roku, na drodze ratyfikacji aktów prawa międzynarodowego dotyczącego uchodźstwa [8].

Przystąpienie naszego kraju do Konwencji Genewskiej i Protokołu Nowojorskiego wymusiło stworzenie regulacji prawnych w dziedzinie uchodźstwa i odpowiednich struktur administracyjnych. Według Białocerkiewicza [12], sytuacja ta „była o tyle komfortowa, iż dawała polskiemu ustawodawcy możliwość zapoznania się z unormowaniami i praktyką wypracowaną przez lata w różnych państwach europejskich, mających większe niż Polska doświadczenie w przyjmowaniu na swym terytorium przymusowych migrantów”.

Duże znaczenie dla Polski w zakresie udzielania ochrony cudzoziemcom miała Dyrektywa Rady 2004/83/WE z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie minimalnych norm dla kwalifikacji i statusu obywateli państw trzecich lub bezpaństwowców, jako uchodźców lub jako osoby, które z innych względów potrzebują międzynarodowej ochrony oraz zawartości przyznawanej ochrony, przekształcona Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/95/UE, z dnia 13 grudnia 2011 roku, w sprawie norm dotyczących kwalifikowania obywateli państw trzecich lub bezpaństwowców, jako beneficjentów ochrony międzynarodowej, jednolitego statusu uchodźców lub osób kwalifikujących się do otrzymania ochrony uzupełniającej oraz zakresu udzielanej ochrony [8].

Dyrektywa ma zastosowanie do wszystkich wniosków złożonych na granicy lub na terenie państwa członkowskiego UE i w jej myśl, państwa członkowskie mogą wprowadzić lub utrzymywać bardziej korzystne dla siebie normy. Dyrektywa z 2004 roku została włączona do polskiego systemu prawnego w drodze wprowadzenia ustawy z dnia 13 czerwca 2003 roku o udzielaniu cudzoziemcom ochrony [13]. Ustawa była kilkakrotnie nowelizowana, a ostateczną, zmienioną wersję ustalono Obwieszczeniem Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 22 maja 2011 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy z dnia 13 czerwca 2003 roku, o udzieleniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej Dz. U. Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 19 czerwca 2011 r. poz. 680 [13].

Najważniejszy akt prawa Konstytucja RP, z 1997 roku, mówi w art. 56 [14]. „*1. Cudzoziemcy mogą korzystać z prawa azylu w Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach określonych w ustawie. 2. Cudzoziemcowi, który w Rzeczypospolitej Polskiej poszukuje ochrony przed prześladowaniem, może być przyznany status uchodźcy zgodnie z wiążącymi Rzeczypospolitą Polską umowami międzynarodowymi*”.

Polskie prawo normujące problemy uchodźcze wynika przede wszystkim z zaciągniętych przez nasz kraj zobowiązań międzynarodowych i w związku z tym, w wielu aspektach, wzoruje się na regulacjach wewnętrznych innych państw europejskich [6]. Po okresie transformacji Polska nie przyznaje azylu, nadaje status uchodźcy i udziela innych unormowanych ustawa form ochrony cudzoziemcom [8].

Chrzanowska [8] podkreśla, że akty wewnętrznego prawa polskiego zawierające regulacje dotyczące uchodźców można podzielić na:

- wszelkie unormowania dotyczące procedury i zasad przyznawania cudzoziemcom ochrony

- przepisy wielu ustaw określające status prawny osób, którym udzielono ochrony, jak również kwestie związane z ich integracją w społeczeństwie polskim

Na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej istnieją następujące rodzaje ochrony udzielonej cudzoziemcowi [8]:

- nadanie statusu uchodźcy
- udzielenie zgody na pobyt tolerowany
- udzielenie ochrony czasowej
- udzielenie ochrony uzupełniającej
- udzielenie azylu.

Nadanie statusu uchodźcy traktowane jest w Polsce jako podstawowy rodzaj stosowanej ochrony. Prawo międzynarodowe dotyczące cudzoziemców posiada najwięcej regulacji związanych ze statusem uchodźcy. Także polskie unormowania prawne w pełni regulują i najdokładniej regulują kwestie związane ze statusem uchodźcy.

Podsumowanie

Bycie uchodźcą jest naprawdę koszmarną i niebezpieczną sytuacją.

DalajLama XIV

Uważa się, iż odmienność kulturowa może budzić mieszane odczucia, bo z jednej strony, jak przytaczają Majda i współautorzy [15], może być źródłem niechęci, leków i poczucia zagrożenia, a z drugiej z kolei zaciekawienia, zachwyty i fascynacji.

Chrzanowska i Gracz [8] są zdania, iż „*Polska oficjalnie realizuje wobec uchodźców politykę integracji, zgodnie z której założeniem, powinna ona się charakteryzować otwartością państwa przyjmującego wobec migrantów, być oparta na działaniach inkluzyjnych, umożliwiających przybyszom pełnoprawne uczestnictwo w życiu społecznym*” Głównym celem działań integracyjnych jest zbudowanie społeczeństwa wielokulturowego, co zadaniem autorów jest możliwe jedynie poprzez obustronną akceptację pomiędzy migrantami i społeczeństwem przyjmującym [8].

Majda i wsp. [15] zauważają, iż odbieranie przysłowiowego „innego”, za kogoś interesującego i wartościowego, zawsze sprzyja interakcjom zmierzającym do współpracy i współdziałania, ponieważ prawdopodobnie są one oparte na uznaniu i szacunku. Z kolei, gdy obcowaniu z „innym” towarzyszy przeświadczenie, iż jest to osoba małowartościowa i zacofana, wyzwala to negatywne odczucia np. dominacji oraz zachowania antagonistyczne [15]. Uzupełnieniem powyższego mogą być słowa Chrzanowskiej i Gracz [8], iż to właśnie stosunek „społeczeństwa przyjmującego”, w największym stopniu determinuje odpowiednią

integrację przymusowych migrantów, a w konsekwencji powstanie społeczeństwa wielokulturowego. Autorki [6] podkreślają tu także rolę regulacji prawnych odnoszących się do uchodźców. W związku z tym podjęcie przez cudzoziemców strategii integracyjnej, może mieć miejsce jedynie wówczas, gdy zostaną stworzone ku temu odpowiednie warunki.

Piśmiennictwo

1. Cegiełka D.: Uchodźcy w Polsce, <http://www.edukacjaprawnicza.pl/artykuly/artikul/a/pokaz/c/artikul/art/uchodzcy-w-polsce.html>, (data pobrania 15.12.2014).
2. Jasińska Kania A., Łodziński S.: Obszary: formy wykluczenia etnicznego w Polsce, mniejszości narodowe, imigranci, uchodźcy. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009.
3. Sypion N.: Współczesne zagrożenia bezpieczeństwa zbiorowego; Systemy bezpieczeństwa zbiorowego. Stowarzyszenie Oświatowców Polskich, Toruń 2003.
4. Wierzbicki B.: Sytuacja prawna uchodźcy w systemie międzynarodowej ochrony praw człowieka. Białystok 1993.
5. Loescher G., Betts A., Milner J.: The United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR); The politics and practice of refugee protection into the 21 st century, Routledge, London 2008.
6. Wieruszewski R.: Polski system uchodźczy – ewolucja regulacji prawnych. Konferencja Naukowa, 8 maja 2010 r. w SWPS w Warszawie http://www.swps.pl/warszawa/warszawa-uczelnia/warszawa-uczelnia-kadra/430-uczelnia-inne/organizacje/index.php?option=com_content&view=article&id=5243:konferencje-regulacja-prawna-problemu-u (data pobrania 15.12.2014).
7. Goodwin-Gill G.S.: The Refugee in International Law. Clarendon Press Oxford, 1996.
8. Chrzanowska A., Gracz K. red. Gutkowska A.: Uchodźcy w Polsce kulturowo-prawne bariery w procesie adaptacji. Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Warszawa 2007.
9. Wieruszewski R.: Zawsze zakładamy powrót - wywiad z Romanem Wieruszewskim o międzynarodowej ochronie uchodźców rozmawia Marcin Żyła Miesięcznik ZNAK, luty 2008, <http://www miesiecznik.znak.com.pl/9840/zawsze-zakladamy-powrot>, (data pobrania 15.12.2014).
10. http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/asylum/identification/fsj_asylum_identification_en.htm, (data pobrania 15.12.2014).

11. www.unhcr-centraleurope.org/pl/wiadomosci/2011/wspolny-europejski-system-azylowy-do-konca-2012.html, (data pobrania 15.12.2014).
12. Białocerkiewicz J.: Cudzoziemcy w Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz Ustawa z dnia 25 czerwca 1997 r. o cudzoziemcach wraz z przepisami wykonawczymi. Wyd. TNOiK, Toruń 1998.
13. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. 03.128.1176.)
14. Konstytucja RP.
15. Majda A., Zalewska – Puchała J., Barczyk E., Postawy studentów pielęgniarstwa wobec osób odmiennych kulturowo, *Probl. Pielęg.*, 2013, 21, 327-334.

Laskowski Karol

Stosunek Polaków do uchodźców i obcokrajowców

Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża J.P.II w Białej Podlaskiej

W imię tolerancji powinniśmy zastrzec sobie prawo nie tolerować nietolerancji.

Karl Popper, Die offene Gesellschaft und ihre Feinde

Polska na tle innych krajów Unii Europejskiej jest państwem o niewielkim odsetku mieszkańców pochodzenia obcego [1]. Przytaczając wyniki spisu z 2011 roku, Polskę, jako miejsce urodzenia, wskazało 98,2% (37.820,8 tys.) stałych mieszkańców. Poza obecnymi granicami Rzeczypospolitej Polskiej urodziło się 1,8% (674,9 tys.). Jednocześnie zdecydowana większość osób urodzonych za granicą ma obywatelstwo polskie, tylko niespełna 7% (47. tys.) tych osób stanowią cudzoziemcy. W Białymstoku przynależność narodowo – etniczną inną niż polska, zadeklarowało, co najmniej 10% mieszkańców. Jednocześnie 84,1% Białostoczan uznało Białystok, za miasto wielokulturowe [1].

Przytaczając wyniki badań CBOS [2], w perspektywie 20 lat, zauważalne były pozytywne zmiany stosunku Polaków do innych narodów.

Inne wyniki otrzymało Miasto Białystok w badaniu pt. „*Diagnoza postaw mieszkańców Białegostoku w zakresie tolerancji*”, przeprowadzonym w sierpniu 2013 roku. Okazało się, że 54,4% mieszkańców miasta wyraziło opinię, iż Białostoczanie nie są tolerancyjni [3].

Na podstawie badań otrzymanych w 2006 roku przez TNS OBP (Ośrodek Badania Opinii Publicznej Sp. z o.o.) [4] można wnioskować, iż otwartość Polaków wobec cudzoziemców, jest to tzw. otwartość deklarowana. Wspomniane zagadnienie porusza również Nawrocki [5], który także podkreśla, iż mamy do czynienia z deklaracją otwartości wobec uchodźców, a nie rzeczywistą postawą otwartości. Podobnie wygląda kwestia tolerancji Polaków, którą, na poziomie deklaracji, zdają się wysoko cenić, jednakże już w konkretnych sytuacjach jest to raczej „tolerancja z ograniczeniami” [5].

Pamiętać należy, iż proces adaptacji kulturowej uchodźców, a z nim i perspektywy tworzenia się społeczeństwa wielokulturowego pod wpływem przymusowych ruchów migracyjnych, uwarunkowane są wieloma różnorodnymi czynnikami, leżącymi zarówno po

stronie przybyszów, jak i państwa udzielającego ochrony [6]. Do najważniejszych zależnych od kraju azylu należą [6]:

- skuteczna i racjonalna polityka migracyjna
- odpowiednie instrumenty prawne
- efektywnie funkcjonujące zaplecze instytucjonalne
- postawy społeczeństwa przyjmującego.

Stosunek społeczności lokalnych, wśród których będą żyć przymusowi migranci, jest najważniejszym elementem wpływającym na postrzeganie przez nich kraju, w którym uzyskali ochronę [6]. To tzw. pierwsza linia konfrontacji z nieznaną im rzeczywistością społeczną, z odmiennością kulturową i mentalnością Polaków, które nierzadko obarczone są stereotypami, uprzedzeniami i dystansem wobec obcokrajowców [6].

Od początku lat dziewięćdziesiątych [7], wraz ze zmianą ustroju na demokratyczny, w Polsce zaczęły pojawiać się problemy migracji ludności, a uchodźctwo stało się nowym zjawiskiem w polskiej rzeczywistości.

W stosunku polskiego społeczeństwa do uchodźców można zauważyć dwa rodzaje nastawienia [8]:

- racjonalne - związane z poczuciem bezpieczeństwa i braku zagrożeń w związku z ich napływem, tolerancją w stosunku do cudzoziemców ze strony społeczeństwa
- irracjonalne - związane z poczuciem zagrożenia w związku z obniżeniem szans życiowych, konkurencją w zdobyciu pracy.

Łodziński [8] zauważa, że obecność uchodźców jest postrzegana przez pryzmat ubóstwa samego społeczeństwa polskiego, stąd *„trudna sytuacja materialna niektórych Polaków, skorelowana z sytuacją gospodarczą kraju, może wpływać na poglądy wyrażane na temat sposobu traktowania uchodźców”*.

Pierwsze badania zajmujące się poznaniem stosunku Polaków do uchodźców rozpoczęto w latach dziewięćdziesiątych przez Centrum Badania Opinii Społecznej i OBOP. Objęły one 1.212 Polaków i miały na celu rozpoznanie i przybliżenie wyobrażenia Polaków na temat cudzoziemców. Badania prowadzone w 1992 roku [9] miały wstępnie rozpoznać i ustalić granice oraz warunki akceptacji ludności osiedlającej się w Polsce.

Z przeprowadzonych obserwacji na Polakach wynika [9], że pojęcie uchodźca było wtedy niewłaściwie rozumienie przez polskie społeczeństwo, a ponad połowa Polaków za uchodźcę uważała także migrantów ekonomicznych i wszystkich innych cudzoziemców pojawiających się u nas.

W Polsce propagowanie wiedzy o uchodźcach odbywa się poprzez obchody Dnia Uchodźcy, które są corocznie organizowane przez Biuro Łącznikowe UNHCR (*The United Nations High Commissioner for Refugees*) wspólnie z organizacjami pozarządowymi [9]. Święto ma na celu przybliżenie społeczeństwu problemu dotyczącego uchodźstwa, jednak jak się okazało, informacje o tej uroczystości nie miały zasadniczego wpływu na opinie społeczeństwa polskiego, dotyczące właściwego postępowania wobec uchodźców [9].

Badania przeprowadzone przez OBOP (Ośrodek Badania Opinii Publicznej) wykazały, iż w opinii większości badanych Polaków (87%) uchodźcami są ludzie, którzy opuścili swój kraj w obawie przed prześladowaniami lub są to uciekinierzy z terenu lub kraju objętego wojną (85%) [10,11]. Pogłębiona analiza pozwoliła na wyciągnięcie wniosku, iż większość Polaków nie wie dokładnie, kim są uchodźcy. Niestety, spora grupa osób ma na ten temat nieprawdziwe wyobrażenia. Ponad połowa (55%) polskiego społeczeństwa uważała, że są to osoby, które opuściły swój kraj w poszukiwaniu lepszych warunków życia, a 32% sądziło, iż w ten sposób określa się Polaków ze Wschodu. Niewiele ponad 22% badanych nazwę tę przypisywało wszystkim mniejszościom narodowym zamieszkałym w Polsce, a prawie 18% pojęciem tym określało Cyganów [10,11].

Gardocka i Sobczak [12] uważają, że proces integracji uchodźców uzależniony jest także od stosunku do nich społeczności lokalnej i podkreślają, że społeczeństwo polskie nie jest wystarczająco poinformowane, kim są uchodźcy. Media, niestety, rzadko przekazują informacje o imigrantach i często kreują ich wizerunki odbiegające od rzeczywistości, przeciwstawiając imigrantów państwu i instytucjom, które stoją na straży ładu i porządku w kraju [12].

W latach dziewięćdziesiątych [13] problem uchodźstwa był nowym zjawiskiem w Polsce, społeczeństwo zaczynało przyzwyczajać się do takiej rzeczywistości i zaczęło akceptować powyższe zjawisko, wyrażając zgodę na osiedlanie się uchodźców w Polsce i pozostawanie ich na jakiś czas. Jednakże jednocześnie opowiadało się za ulokowaniem uchodźców na terenach specjalnie dla nich wydzielonych [13].

Florczak [13] uważa, że nie można zapominać, o stosunku Polaków do przyjęcia na nasze terytorium uchodźców z Kosowa. Autorka [13] przytacza badania przeprowadzone przez COBOS w kwietniu 1999 roku, które wykazały, że prawie trzy czwarte respondentów opowiedziało się za przyjęciem części uchodźców, co poświadcza, iż społeczeństwo polskie solidaryzowało się z uchodźcami z Kosowa i było skłonne udzielać im zarówno pomocy humanitarnej, jak i przyjąć ich na nasze terytorium.

Polacy opowiadali się wówczas za zapewnieniem uchodźcom podstawowych świadczeń, takich jak: zakwaterowanie, wyżywienia, opieka medyczna, a nieliczni - za udzieleniem pomocy w podjęciu pracy i przekazywaniem drobnych sum pieniędzy na potrzebne im wydatki [13]. Badania przeprowadzone w okresie kształtowania się polityki migracyjnej w Polsce [13] pokazały, że niewiele ponad połowa społeczeństwa wiedziała wówczas o istnieniu Urzędu Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do Spraw Uchodźców. Zdaniem Florczak [13] społeczeństwo polskie nie jest w wystarczającym stopniu poinformowane na temat, kim są uchodźcy i dlaczego powinniśmy udzielać im pomocy. W związku z tym, jej zdaniem, z jednej strony konieczne wydaje się przekazywanie, zwłaszcza społecznościom lokalnym, jak największej liczby rzetelnych informacji na temat uchodźców oraz kreowanie pozytywnego wizerunku uchodźcy w mediach, a z drugiej - uchodźcy, podejmujący próbę zintegrowania się w społeczeństwie polskim powinni mieć stworzoną okazję, by dowiedzieć się jak najwięcej na temat naszego kraju, zwyczajów, kultury, przepisów prawnych [13].

W pierwszym dziesięcioleciu XXI wieku [1], już po okresie przyzwyczajania się polskiego społeczeństwa do zjawiska uchodźstwa, tylko prawie połowa z ankietowanych osób znała prawidłową odpowiedź, a co dziewiąty z nich twierdził, że spotkał osobiście uchodźcę. Ponad połowa Polaków wyrażała zgodę na pozostawanie tego typu cudzoziemców w Polsce. Respondenci twierdzili także, że osobiste kontakty z uchodźcami dodatkowo pogłębiają otwartość na osiedlanie się przymusowych migrantów w naszym kraju [1].

Mieszkańcy Polski, którzy znali osobiście uchodźców byli bardziej przekonani co do korzyści, jaką ci ludzie wnoszą dla Polski i widzieli ich pozytywny wkład w rozwój polskiej kultury [8]. Nadal jednak funkcjonowało zaniepokojenie wzrostem bezrobocia, zwiększeniem się przestępczości czy narastaniem konfliktów na tle narodowościowym. Większość Polaków, umieszczanie uchodźców w specjalnych ośrodkach do czasu usamodzielnienia się ich uważała za najlepszą formę pomocy ze strony państwa [8]. Niewielu Polaków było przekonanych do pomocy publicznej w znalezieniu pracy dla uchodźcy, skierowaniu ich na kursy nauki języka polskiego. Łodziński [8] podkreśla, że Polacy, którzy opowiadali się za pełną otwartością kraju, jak i aprobujący jego zamknięcie, prezentują dwie zbiorowości różniące się socjologicznie. Pierwsza - to ludzie młodzi, wykształceni, stosunkowo zamożni, pracujący w przedsiębiorstwach prywatnych lub piastujący wysokie stanowiska, a druga - osoby starsze, emeryci i renciści, słabo wykształceni, o niskich dochodach lub bezrobotni [8].

Najchętniej Polacy widzieliby w swoim kraju migrantów z krajów zachodnich: Amerykanów, Anglików, Francuzów, Holendrów, Irlandczyków, Austriaków, Włochów,

Hiszpanów, Szwedów, Duńczyków, Finów, Czechów, Słowaków i Węgrów [8]. Polacy najmniej chętnie zapraszaliby do Polski: Rosjan, Ukraińców, Rumunów, Bułgarów, Serbów, Wietnamczyków, Koreańczyków [8]. Zdaniem Łodzińskiego [8], powyższe stwierdzenia obrazują także poglądy opinii publicznej na ten temat w USA, Kanadzie, Australii i krajach Europy Zachodniej, gdzie badani preferują obcokrajowców z podobnego kręgu cywilizacyjnego, ale odrzucają imigrantów odmiennych rasowo, kulturowo i etnicznie, pomimo ogólnie pozytywnego stosunku do imigrantów i mocno zakorzenionych zasad poprawności politycznej oraz tolerancji i wielokulturowości.

Badania CBOS z 2005 roku [14] na reprezentatywnej grupie 943 Polaków wykazały jednak, iż z powyższego schematu niejako wyłamuje się stosunek do Niemców, którzy z jednej strony należą do kręgu rozwiniętych, bogatych krajów zachodnich, darzonych przez Polaków sympatią, a z drugiej jednak stosunki polsko - niemieckie obarczone są wyjątkowo dużym bagażem historycznych zaszłości.

Najmniejsze przyzwolenie na pozostanie w naszym kraju miały osoby z krajów islamskich, co nasiliło się po atakach z 11 września 2001 roku w Nowym Jorku i Waszyngtonie, zamachu na moskiewskiej Dubrowce w 2002 roku i w Madrycie w 2004 roku [15]. Z badania CBOS z 2007 roku [15] wynika, że respondenci (28 389 z 27 krajów) byli w większości przekonani, iż napięcia między islamem a Zachodem wynikają przede wszystkim z konfliktów dotyczących wpływów politycznych i interesów, a nie różnic religijnych i kulturowych, źródłem problemów są nietolerancyjne mniejszości, a nie różnice kultur jako całość.

W Polsce nie odnotowuje się znaczących konfliktów pomiędzy Polakami a imigrantami i uchodźcami, a pozytywny stosunek Polaków do uchodźców wynika także z racji wstąpienia naszego kraju w struktury UE [16]. Badania CBOS z 2007 roku [16] przeprowadzone na reprezentatywnej grupie 937 Polaków pokazały, że najbardziej dystansują się ONI wobec wyznawców islamu - ponad połowa (55%) sprzeciwiłaby się temu, żeby ich syn lub córka poślubił osobę wyznania mahometańskiego.

Polacy w badaniu CBOS z 2006 roku [17] deklarowali, że uważają się za katolików, wyrażając silne przywiązanie do swojej religii, a to znajdowało potwierdzenie w deklaracjach dotyczących znaczenia religii w codziennym życiu, jak również w poziomie uczestnictwa w praktykach religijnych. Jednocześnie nie dyskredytowali oni innych religii i wyznań [17].

W badaniu CBOS z roku 2007 [8], ponad 80% Polaków uważała, że każda religia jest tak samo dobra, jeżeli pomaga człowiekowi w jego życiu.

Innym mało znanym problemem w Polsce jest sytuacja mniejszości narodowych, etnicznych lub językowych, stanowiących bardzo mały odsetek społeczeństwa. „W obowiązującej od 1 maja ustawie wymieniono dziewięć mniejszości narodowych i cztery etniczne [18].

Polacy (1100 osób) uczestniczący w badaniu CBOS z 2005 roku [11] twierdzili, że poczucie świadomości narodowej Polaków, decydujące o ich polskości, wyraża się w byciu Polakiem i posiadaniu polskiego obywatelstwa. Badani akceptowali wielokulturowość, znaczna ich większość brała pod uwagę możliwość posiadania dwóch ojczyzn i bycia związanym jednocześnie z dwoma krajami. Uważali także (50% badanych) [11], że cudzoziemcy decydujący się na stały pobyt w naszym kraju powinni przyjąć polski język i kulturę jako własną. Także połowa Polaków była zadowolona z posiadania sąsiada o kulturze i tradycji innej niż polska. Nie budziło także sprzeciwu ankietowanych kultywowanie języków mniejszości narodowych czy etnicznych – większość uważała, że mniejszości narodowe powinny mieć zapewnioną możliwość uczenia się w swoim języku. Z oporem większości spotkało się natomiast [11] przyznanie prawa do umieszczania tablic z nazwami miejscowości w językach mniejszości obok tablic z nazwami polskimi czy też używanie tych języków, jako pomocniczych w urzędach lokalnych, a więc pozwolenie na zaistnienie ich w sferze publicznej.

Polacy, za Nowicka [19], pomimo obaw wynikających z potrzeb egzystencjonalnych, nie są przeciwni sąsiedztwu ludzi o odmiennej kulturze i tradycji. Na powyższe doświadczenia z reguły narażona jest bardzo mała grupa społeczeństwa. Autorka [19] zauważa znaczenie w tej kwestii tzw. dystansu społecznego, jako dostrzeganej różnicy i dopuszczalnego stopnia kontaktu i rodzaju tego kontaktu z ludźmi uznanymi za obcych. W kontekście „dystansu” można mieć również na uwadze oddalenie w sensie emocjonalno-poznawczym, „duchowym”, odnoszące się do wartości, przekonań lub innych sfer różnicujących ludzi między sobą.

W opinii Szweda [20], ludzie przyjmując określone postawy, określają w ten sposób swój społeczny dystans w stosunku do obcych, a na zachowanie się w stosunku do innych grup etnicznych, zmniejszenie owego dystansu może mieć wpływ wcześniejsze spotkanie i poznanie przedstawicieli jakiegokolwiek grupy narodowej. Każdy kontakt zdecydowanie osłabia dystans wobec określonej grupy, zaś jego brak - wywołuje w efekcie większy dystans wobec obcych. Każdy kontakt i pozytywne postawy wobec przedstawicieli konkretnej mniejszości może spowodować, że „zyskają” oni w oczach przy bliższym poznaniu czy nawet powierzchownym kontakcie. Kontakt, za Szwed [21], nawet jeśli nie polepszy obrazu, potrafi

zmniejszyć dystans, obalić pewne mity i uproszczenia, które często okazują się być nieprawdziwe przy zetknięciu z przedstawicielami konkretnej mniejszości narodowej czy religijnej i wyznaniowej.

Z perspektywy dwudziestoletnich kontaktów Polaków z cudzoziemcami na terenie naszego kraju nastąpiły nieznaczne zmiany w stosunku do obywateli innych narodów i w postrzeganiu ich, co potwierdzają badania CBOS z 2011 roku przeprowadzone na reprezentatywnej grupie 1058 osób [28]. Okazało się, iż do narodów najbardziej lubianych przez Polaków należą Czesi i Słowacy, a następnie Hiszpanie, Włosi, Węgrzy, Francuzi i Holendrzy. Mniejszą sympatią Polacy darzą Anglików, Amerykanów, Greków, Norwegów, Szwedów, Belgów, Finów, Irlandczyków i Japończyków. Swoją niechęć zdecydowanie rzadziej wyrażano w stosunku do Austriaków, Duńczyków, Chorwatów, Litwinów, Gruzinów, Bułgarów, Estończyków. Stwierdzono także niewielką przewagę deklarowanej sympatii, nad niechęcią, do Niemców. Natomiast minimalna przewaga niechęci utrzymywała się nadal, jak przed laty, do Rosjan, Ukraińców, Turków i Czechenów i Żydów [28]. Wyraźne deklaracje niechęci Polacy kierowali także w stronę Arabów i Romów. Stosunek Polaków do innych nacji jest najprawdopodobniej związany z szeroko rozumianym położeniem geograficznym - swoje pozytywne uczucia Polacy kierowali ku narodom mieszkającym na zachód od naszego kraju, a negatywne – do mieszkających na wschód od Polski.

Ciekawe wyniki otrzymała Majda i wsp. [22], w badaniu przeprowadzonym wśród studentów pielęgniarstwa. Okazało się, iż 27% respondentów zadeklarowało uprzedzenia wobec grup etnicznych. Jednocześnie znacznie większy odsetek - 75% oświadczył, iż był świadkiem zachowań dyskryminacyjnych wobec osób odmiennych kulturowo. Na wspomniane zajścia 13% reagowało zawsze, 68% czasem reagowało, 10% udawało, że takiej sytuacji nie zauważa, natomiast dla 9% respondentów takie sytuacje były obojętne [22].

Łotocki, za Klaus [23], przytacza badania przeprowadzone wśród cudzoziemców, z których wynika, iż relacje z polskim społeczeństwem oceniane są najczęściej pozytywnie, a za istotną wadę procesu integracji zauważają współpracę na poziomie instytucjonalnym.

W badaniu CBOS także z roku 2011, którym objęto 1.164 Polaków [24] okazało się, że pięciu sąsiadów Polski postrzeganych było przez społeczeństwo jako bardziej lub mniej przychylnych Polsce. Najbardziej lubiani przez Polaków byli Czesi i Słowacy, a w dalszej kolejności - Niemcy, Ukraińcy i Litwini.

Pomimo upływu dwóch dziesięcioleci można stwierdzić, że stosunek Polaków do innych narodów kształtują poniższe stereotypy [24]:

- mający na uwadze zamożność i zachodni rozwój cywilizacyjny, z którym społeczeństwo pragnie się identyfikować
- wschodni - o słabszym poziomie rozwoju, od którego wolelibyśmy być zdystansowani.

Innym mechanizmem kształtującym sympatie i antypatie Polaków do różnych narodów jest przynależność do struktur Unii Europejskiej - poza Litwinami, Łotyszami, Estończykami, Rumunami i Niemcami, wszystkie narody unijne mają w polskim społeczeństwie dobre notowania [24]. W przypadku Niemców, wciąż decydujące są zaszłości historyczne i utrwalone w pamięci zbiorowej doświadczenia, chociaż widać dość wyraźny jest spadek niechęci ankietowanych do tego narodu. Rumuni nadal należą do jednego z najbardziej nielubianych przez Polaków narodów, co prawdopodobnie związane jest z tym, iż za bardzo kojarzeni są z Cyganami [24].

Polacy, za badaniami CBOS z 2011 roku obejmującymi 1.002 respondentów [25], będąc od dziesięciu lat w strukturach UE, we własnym odczuciu stają się coraz bardziej podobni do mieszkańców Europy Zachodniej. Największe zamiany, jakie zaszły w wizerunku Polaka odnoszą się do polepszenia jego materialnego poziomu życia. Obecnie poziom życia Polaków niewiele odbiega od standardu życia mieszkańców Europy Zachodniej, jednakże pomimo widocznych podobieństw, Polacy zachowali swoje indywidualne cechy świadczące o tożsamości narodowej, takie jak: patriotyzm, religijność, przywiązanie do wartości rodzinnych [25]. W opinii respondentów, po ponad dwudziestu latach przemian ustrojowych w kraju, Polacy przeobrazili się z ludzi zagubionych w pewnych sobie, wierzących we własne możliwości, dorównujących Europejczykom pod względem pracowitości i szacunku do pracy [25].

Powyższe badania [25] potwierdziły także, że dotychczas nie notowano zbyt dużych różnic w ocenie przez przeciętnego Polaka, czy przeciętnego Europejczyka, stosunku do innych ludzi, chociaż Polacy byli od dłuższego czasu postrzegani jako osoby mniej życzliwe i mniej otwarte niż mieszkańcy zachodniej Europy. W ciągu ostatnich czterech lat przekonanie o pozytywnym nastawieniu Polaków do ludzi wyraźnie osłabło, podczas gdy opinie o Europejczykach się nie zmieniły. Przeciętny Polak jest charakteryzowany z reguły, jako osoba życzliwa i otwarta na innych, to jednak atrybuty te znacząco częściej przypisywane były typowemu mieszkańcowi Europy Zachodniej [25].

Zdaniem Grzymały-Moszczyńskiej i Nowickiej [26], postawy społeczeństwa wobec cudzoziemców przybywających do Polski stanowią bardzo ważny czynnik ich adaptacji, a

postawy prezentowane przez młodzież w wieku 14 – 15 lat, są dość dokładnym odbiciem postaw rodziców, domów, z których młodzież pochodzi.

Z badań Borkowskiego [27] wynika, że większość respondentów nie ma nic przeciwko obecności obcokrajowców w murach swojej uczelni, ale jednocześnie - w odpowiedzi na pytanie o akceptację bliskości „obcego” uderzała niechęć do Romów i Żydów, przejawiająca się bardzo niskim poziomem akceptacji dla wejścia do rodziny.

Zdaniem Olejnika [28], polska młodzież w większości akceptuje prawa mniejszości narodowych związane z kulturą, ale jest nastawiona sceptycznie do kwestii sprawowania władzy na poziomie lokalnym i centralnym przez przedstawicieli mniejszości etnicznych. Wydaje się, iż szeroki wpływ na postawy młodych ludzi mają środowiska uczelni wyższych i polskie szkoły. Współistnienie odmienności i różnorodności w warunkach funkcjonowania każdej społeczności powoduje, że tolerancja staje się konieczna, a współczesny świat stawia przed młodymi ludźmi wyzwania w postaci szacunku dla wolności innych ludzi, ich przekonań, upodobań oraz sposobu życia [28]. Pamiętać należy, że wpojona w świadomość młodego społeczeństwa tolerancja, nie jest dana na zawsze i należy im ciągle umiejętnie o niej przypominać. Olejnik [28] podkreśla, że do zadań współczesnej szkoły należy wyrobienie w ludziach poczucia respektu wobec innych i zaangażowanie w budowanie solidaryzmu społecznego, wyrażającego się zdolnością do rozwiązywania konfliktów, pluralizmu, gotowością do bycia w świecie globalnym.

Krajewska-Kulak i wsp. [29] badaniem objęli 150 studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz 102 z Uniwersytet im. Janki Kupały w Grodnie. W opinii 12% badanych z Polski i 70,6% z Białorusi ich narody są tolerancyjne. 37,4% osób z Polski i 12,7% z Białorusi uważało, iż tolerancyjność w ich narodach wzrasta [29]. 57% z Polski i 34,3% z Białorusi znało osobę należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej. Zarówno badani z Polski, jak i Białorusi, nie chcieliby mieć za sąsiada, partnera/współmałżonka, kolegi w szkole lub na studiach narkomanów, homoseksualistów i nosicieli wirusa HIV. Badani z Polski wymieniali 23 mniejszości narodowe, etniczne mieszkające w Polsce, w tym najczęściej Żydów (96,6%), Cyganów (88%) i Kaszubów (87,3%), a z Białorusi - 21 mniejszości, w tym - Rosjan (94,1%), Polaków (95,1%) i Ukraińców(99,2%) [29]. 40,7% badanych z Polski i 77.5% z Białorusi uważało, że przedstawiciele mniejszości narodowych i etnicznych powinni mieć możliwość nauki swojego języka w szkołach polskich na dodatkowych lekcjach. Kolejne 58% z Polski i 52,9% z Białorusi było przeciwnych, aby otrzymywały pomoc finansową na podtrzymywanie własnej kultury, tradycji i tyle samo aby mogli porozumiewać się w swoim języku w urzędach lokalnych [29]. O tym, iż powinni mieć

prawo, tam gdzie mieszkają, umieszczania tablic z nazwami miejscowości we własnym języku obok tablic z nazwami polskimi/białoruskimi, przekonanych było 7,7% osób z Polski i 35.3% z Białorusi. Studenci z Polski najwięcej cech pozytywnych przypisali Włochom, Francuzom, Grekom oraz, a z Białorusi - Anglikom, Finom i Francuzom. Najwięcej cech negatywnych badani z Polski przypisali: Cyganom i Rosjanom, a studenci z Białorusi - Niemcom, Arabom i Czeczenom [29].

Podsumowaniem pracy mogą być słowa Leo Moulina, belgijskiego socjologa i pisarza [30] *„Trzeba maksymalnie respektować w ludziach ich skrajną inność. Ale nierówność zdolności, darów i talentów w żadnym wypadku nie ma pociągać za sobą czynienia różnic w stosunku do osób, traktowania ludzi w sposób nierówny, lecz przeciwnie - sprawiedliwie”*.

Piśmiennictwo

1. Ludność. Stan i struktura demograficzno – społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2013.
2. Stosunek Polaków do uchodźców, Ośrodek Badania Opinii Publicznej, Warszawa, 2001.
3. Białystok dla Tolerancji. Program Miasta Białegostoku Przeciwdziałania Dyskryminacji Rasowej, Ksenofobii i Związanej z Nimi Nietolerancji na lata 2014 – 2017, Białystok 2013.
4. Chrzanowska A., Gracz K. red. Gutkowska A.: Uchodźcy w Polsce kulturowo-prawne bariery w procesie adaptacji, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Warszawa, 2007.
5. Nawrocki J., Tolerancja z ograniczeniami. Raport z badań jakościowych [W] Inny – Obcy – Wróg, Oficyna Naukowa, Warszawa, 1996.
6. Komunikat z badań CBOS - BS/31/2007: Islam i kultura Zachodu w opiniach mieszkańców 27 krajów, komunikat a badan, Warszawa, 2007, 2, 1-19.
7. Lewandowska J.: Komunikat z badań CBOS - BS/84/2005/: Tożsamość narodowa Polaków oraz postrzeganie mniejszości narodowych i etnicznych w Polsce, Warszawa, 2005, 5, 1-16.
8. Łodziński Sł: Stosunek Polaków do uchodźców w świetle badań opinii publicznej, Raport nr 200, Kancelaria Sejmu, Biuro Studiów i Ekspertyz, Warszawa, styczeń 2002.
9. Klaus W. (red), Sąsiedzi czy intruzi? O dyskryminacji cudzoziemców w Polsce, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa, 2010.
10. Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędzióra-Kornatowska K. Red. Naukowa.: Problemy wielokulturowości w medycynie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010.

11. Lewandowska J.: Komunikat z badań CBOS - BS/84/2005/: Tożsamość narodowa Polaków oraz postrzeganie mniejszości narodowych i etnicznych w Polsce, Warszawa, 2005, 5, 1-16.
12. Gardocka T., Sobczak J.: Uchodźcy w Polsce i Europie. Stan prawny i rzeczywistość, Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 2011.
13. Florczak A.: Uchodźcy w Polsce między humanitaryzmem a pragmatyzmem, Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 2003.
14. Strzeszewski W.: Komunikat z badań CBOS BS/1/2005: Stosunek do innych narodów, komunikat z badań, Warszawa, 2005, 1, 1-10.
15. Komunikat z badań CBOS - BS/31/2007: Islam i kultura Zachodu w opiniach mieszkańców 27 krajów, komunikat a badan, Warszawa, 2007, 2, 1-19.
16. Strzeszewski W.: Komunikat z badań CBOS - BS/3/2007: Przejawy dystansu społecznego wobec innych narodów i religii, Warszawa, 2007, 1, 1-11.
17. Boguszewski R.: Komunikat z badań CBOS - BS/107/2006: Polacy wobec różnych religii i zasad moralnych katolicyzmu, Warszawa, 2006, 6, 1-6.
18. Ustawa z dnia 6 stycznia 2005 r. o mniejszościach narodowych i etnicznych oraz języku regionalnym Dz. U. 05.07.141.
19. Nowicka E.: Dystans wobec innych ras i narodów w społeczeństwie polski [w:] Swoi i obcy. Nowicka E (red), Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, 1990.
20. Szwed R.: Tożsamość a obcość kulturowa, Wyd. KUL, Lublin, 2003.
21. Szwed R.: Społeczne i przestrzenne uwarunkowania dystansu etnicznego, StatSoft Polska, 2004.
22. Majda A., Zalewska – Puchała J., Barczyk E., Postawy studentów pielęgniarstwa wobec osób odmiennych kulturowo, Probl. Pielęg., 2013, 21, 327-334.
23. Klaus W. : Sąsiedzi czy intruzi? O dyskryminacji cudzoziemców w Polsce, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa, 2010.
24. Omyła-Rudzka M.: Komunikat z badań CBOS- BS/22/2012: Stosunek Polaków do innych narodów, Warszawa, 2011, 2, 1-13.
25. Rogulska B.: Komunikat CBOS- BS/33/2011: Stereotyp Polaka i Europejczyka A. D. 2011, Warszawa, 2011, 3, 1-15.
26. Grzymała – Moszczyńska H., Nowicka E.: Goście i gospodarze, problem adaptacji kulturowej w obozach dla uchodźców oraz otaczających je społecznościach lokalnych, Wyd. Nomos, Kraków, 1998.

27. Borkowski R.: Tolerancja i nietolerancja (wybrane zagadnienia), Wyd. Abrys, Poznań, 2002.
28. Olejnik P.: Młodzież wobec mniejszości narodowych między tolerancją a ksenofobią, Wyd. Uniwersytet Białostocki, Białystok, 2003.
29. Krajewska-Kułak E., Shpakau A., Kułak W., Kułak A., Okurowska-Zawada B., Shpakau A.: Polish and Belaurian students' attitudes toward other nations. *Prog. Helath Sci.*, 2012, 2, 29-42.
30. <http://cytaty.klp.pl/scc-114.html>, data pobrania 5.05.2014

Van Damme Małgorzata¹, Sarosiek Justyna², Borowska Emilia³, Van Damme-Ostapowicz Katarzyna⁴

Kraina Otwartych Okiennic

- 1 Student Kulturoznawstwa, Uniwersytet w Białymstoku, Koło Naukowe Tropik, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- 2 Student Studiów Doktoranckich, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- 3 Koło Naukowe Tropik, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- 4 Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Na północnym brzegu Narwi, na zachód od miasta Narew zachowały się wioski zamieszkałe przez prawosławną ludność białoruską. Zwarta drewniana zabudowa, liczne cerkwie, krzyże wotywno i kapliczki, a nade wszystko bogata ornamentyka snycerska to najbardziej charakterystyczne elementy krajobrazu tej części Podlasia, popularnie nazywanej „Krainą Otwartych Okiennic” [1].

Trasa charakteryzuje się przede wszystkim starą, oryginalną architekturą. Domy, zabudowania gospodarcze i świątynie w tym właśnie regionie są wyjątkowe. Ta urokliwa nazwa wzięła się od ornitologów, którzy obserwując ptaki na rozlewiskach Narwi zostali zauroczeni drewnianą architekturą podlaskich wsi. Specyfika tych budynków polega na bogatej dekoracji zewnętrznej. Niespotykane w żadnej innej części kraju zdobienia snycerskie wprawiają w zachwyt każdego. Ta piękna ornamentyka w formie nad- i podokienników, okiennic, wiatrownic, narożników, a także dekoracyjnego oszalowania elewacji i szczytów jest pamiątką po dawnym osadnictwie rosyjskim. Warto wybrać się do Krainy Otwartych Okiennic i osobiście „poczuć ducha” tych wyjątkowych osad [2].

Kraina Otwartych Okiennic jest elementem projektu "Podlaski Szlak Bociani" realizowanego przez Polskie Towarzystwo Ochrony Ptaków, a dokładnie przez ich dwóch twórców: Romana Kalskiego i Mirosława Stepaniuka. Ma on za zadanie zachowanie krajobrazu kulturowego doliny rzeki Narew oraz osad położonych w sąsiedztwie Puszczy Białowieskiej. W ramach projektu w 2001 roku odnowiono ozdobne okiennice, okna i narożniki starych drewnianych domów. Twórcy projektu zauważyli, że tradycyjnym wiejskim budownictwem zachwycili się przybywający w te strony cudzoziemscy przyrodniccy. Postanowili je ratować. Do swego pomysłu przekonali sołtysów, a mieszkańców zachęcili do odnowienia domostw. Mniej zasobnym dostarczyli olejną farbę, a osobom starszym przysłali

do pomocy wolontariuszy. Doraźna, spontaniczna akcja przekształciła się w długofalowy projekt mający na celu zarówno renowację XIX-wiecznych domów, jak i zachowanie miejscowych tradycji i obrzędów. Przedsięwzięcie sponsoruje DANCEE - Duńska Agencja Współpracy dla Środowiska w Europie Wschodniej.

Mirosław Stepaniuk nie tylko zachęca do odwiedzania Krainy Otwartych Okiennic, ale i sam się tu zadowił. Odnowił w Puchłach starą chatę, pokrył ją gontem, a w obejściu gromadzi zabytkowe narzędzia rolnicze. Chce tu stworzyć ośrodek edukacji kulturalno-przyrodniczej, który być może udostępni turystom [3].

Zwiedzając szlak otwartych okiennic zachwycą nie tylko jego unikatowe dekoracje, ale również okazałe, drewniane cerkwie i kościoły, stare krzyże wotywnie, zabytkowe kapliczki przydrożne i cmentarne oraz nade wszystko przyroda, na tle której całość nabiera jeszcze większej wartości. Lasy, czyste rzeki, cisza, spokój i mnóstwo bocianich gniazd stanowią idealną atmosferę dla odpoczynku. Wracając jednak do zabudowań warto zauważyć, że nie tylko domy, ale całe zagrody zachowały swój specyficzny charakter. Stare stodoły, dawne narzędzia rolnicze, żurawie przy studniach – wszystko to można podziwiać właśnie w Krainie Otwartych Okiennic. Nie można nie wspomnieć także o zabytkowych świątyniach [3].

Podlasie drewnem słynie

Mieszkańców ubogiego regionu nie stać było na budowanie okazałych, murowanych budowli. Istniały tu nie tylko wsie zbudowane z drewna, lecz całe drewniane miasteczka (Bielsk Podlaski, Zabłudów, Michałowo, Narew). Zniszczenia wojenne i powojenny rozwój cywilizacyjny zniszczyły wiele urokliwych budynków. Pomimo tego na Podlasiu zachowało się jeszcze sporo drewnianej architektury sakralnej i świeckiej [4].

Podlaska wieś posiada specyficzny wygląd i klimat, zdecydowanie różniący się od wsi innych regionów Polski. Ludzie odwiedzający Podlasie po raz pierwszy mają wrażenie, jakby przekraczali niewidzialną granicę, za którą oglądają świat odmienny od tego, w którym żyją na co dzień. Babuleńki w chustkach siedzące na ławeczkach przed drewnianymi chatkami, obfitość gniazd bocianich niemal na każdym słupie czy stodole, rozległe łąki, pola i lasy przywodzą na myśl sielską krainę, która dla wielu z nich stanowiła już tylko wspomnienie [3].

Wiejskie domy na Podlasiu zachwycają bogatymi zdobieniami. Elementy dekoracyjne również były wykonywane z drewna. Miejscowi cieśle wycinali je z desek za pomocą piły o wąskim brzeszczocie. Miały one charakter ornamentów, które przybijano nad i pod oknami, na narożnikach domów, w szczytach a także wzdłuż dachu. Wykonanie takich ozdób, nazywanych przez miejscowych "wyrezkami", było bardzo pracochłonne, a więc - kosztowne.

Nie każdy gospodarz mógł sobie pozwolić na taki zbytek, więc bogato ozdobiony dom świadczył o jego zamożności. Z czasem doprowadziło to do rywalizacji między sąsiadami: każdy chciał mieć jak najokazalej i najpiękniej przyozdobiony dom, bowiem świadczyłoby to o jego wysokim statusie materialnym. Domy na Podlasiu ozdabiano w ten sposób już w II połowie XIX wieku. Region ten znajdował się wówczas pod zaborem rosyjskim. Zdobienia pojawiające się na domach wysokich rosyjskich urzędników, stacjach kolejowych i dworze carskim w Białowieży z czasem zaczęły się pojawiać na domach miejscowej ludności. Jednak prawdziwy rozkwit ozdabiania domów "wyrezkami" miał miejsce po I wojnie światowej. Miało na to wpływ tzw. bieżenstwo, czyli przymusowe wysiedlenie miejscowej ludności prawosławnej w głąb Rosji w 1915 roku. Kilka milionów mieszkańców Podlasia zostało zmuszonych do opuszczenia swych domów i zamieszkania w guberniach pod Uralem przez okres ok. 5 lat. Po tym czasie, około 1920 roku powrócili oni na swoje ziemie, przywożąc ze sobą podpatrzony na wschodzie sposób ozdabiania domów mieszkalnych [5,6].

Rosyjskie wzory zostały przekształcone i zaadaptowane do miejscowych warunków, co doprowadziło do powstania odrębnego, lokalnego stylu zdobnictwa. Najczęściej wykorzystywano motywy geometryczne, roślinne (wijące się łodygi, kwiaty), a także zoomorficzne (ptaki, zwierzęta). Każdy cieśla posiadał swoje własne szablony i wzory, także już po wyglądzie zdobień można było określić wykonawcę. Sprawiało to, że istnieją grupy miejscowości położonych niedaleko siebie, w których spotykamy podobne motywy [7]. Aby móc je dobrze wyeksponować często malowano je na różne, kontrastujące między sobą kolory. Dzięki temu przejeżdżając przez podlaskie wsie można cieszyć oko wesołymi, kolorowymi domkami, z których każdy jest niepowtarzalnym unikatem - nie znajdziemy bowiem dwóch jednakowych budynków [5].

Charakterystyka wsi Trześcianka, Soce i Puchły

Trześcianką zaimponowały nas stojące szczytem do drogi domy z jaskrawo malowanymi okiennicami, ażurowymi wiatrownicami, misternie rzeźbionymi w drewnie węglami. Zdobione domy często kojarzą się z tą wsią. Dwuspadowe dachy są półtora razy wyższe od zrębu. Szalunkowe deski na szczytach ułożono nie tylko pionowo czy poziomo, ale również ukośnie, promieniście, w jodełkę, a nawet półkoliście. Zbudowane w końcu XIX lub na początku XX stulecia domy są starannie odnowione [8].

W Trześciance, założonej pod koniec XV w. jako Trościanica (w miejscowej gwarze - rzeka porośniętą trzcina), mieszkają od dawien dawna polscy Białorusini. Swoje domy budowali przy granicy siedliska, szczytem i częścią mieszkalną do drogi. W jednej linii z domem stawiano budynki gospodarcze - najbliżej stajnie dla koni, potem obory dla krów,

owczarnie i kurniki, najdalej zaś chlewy. Tworzyły równy rząd o podobnych zrębach i dachach [1].

Trześcianka to przykład wsi szeregowej, bardziej regularnej niż "ulicówka": jej zagrody są niemal jednakowe, droga zaś biegnie w linii prostej (spotykane na linii Włodawa - Parczew - Białystok - Grodno "szeregówki" powstawały jedynie na Podlasiu, w wyniku "pomiarów włóczęj" - reformy agrarnej przeprowadzonej w podlaskich królewstwach w XVI i XVII w., która wprowadziła trójpolówkę jako jedyny system uprawy) [9].

Mniej więcej na środku wsi, na niewielkim pagórku stoi drewniana cerkiew parafialna św. Michała Archanioła. Budowano ją w latach 1864-66, ale pierwsza wzmianka pochodzi z 1541 roku.

W II połowie XIX w. wieś była wzorcowym ośrodkiem oświaty cerkiewnej - przy świątyni zorganizowano szkołę, a w 1887 r. utworzono męskie i żeńskie seminarium kształcące nauczycieli szkół cerkiewno-parafialnych.

Prawdziwego ducha "Krainy Otwartych Okiennic" odnajdziemy w Socach – wsi, która ma niezwykle specyficzny układ, który charakteryzuje się dwuszeregową zabudową. W skład siedlisk wchodzi dom mieszkalny z podwórzem, zabudowania gospodarcze, a także sad lub ogród. Zwracają uwagę geometryczne wzory szalówki - układanej w trójkąty, kwadraty i romby - a także motywy dekoracyjne. Na domach nie brakuje ornamentyki roślinnej, krzyży, gwiazd i przedstawień zwierząt. Panuje tu cisza, mieszkańcy czerpią wodę ze studni, roi się od bocianów i wylegających na słońcu kotów [9].

Na każdym wjeździe do wsi natknąć się można na kamienne wotywno-krzyże, które - według legendy - uratowały wioskę przed zarazą w 1895 roku. Soce to wyjątkowa wieś: składa się z dwóch oddzielnych szeregówek położonych równolegle wzdłuż dzielącej je rzeczki Rudni. Ta część, która leży niżej, nazywa się Mokrawy. Stoi tu dom sołtysa, sklep i mała cerkiewka o prostej konstrukcji. Na wyższym brzegu Rudni leżą Suchlany. Kiedy podczas wiosennych roztopów rzeczka zalewa Mokrawy, po Suchlanach można przejść suchą stopą. Nazwa wsi też wiąże się z wodą: *Soce eta wada iz ziemi, ino soce-* mawiali pierwsi osadnicy, którzy znaleźli tu niewielkie źródło ledwie sączącej się wody [1].

Z którejkolwiek strony byśmy do Soc wjechali, natkniemy się na krzyże wotywno-ustawione w czasie zarazy w 1895 r. Śmierć zebrała wówczas potężne żniwo. Zmarłych, których nie nadążano grzebać na cmentarzu parafialnym w Puchłach, zakopywano w pobliskim lesie. Wtedy to jeden z mieszkańców Soc usłyszał we śnie głos nakazujący pozostałym przy życiu mężczyznom sporządzić w ciągu jednej doby kamienne krzyże i

postawić na czterech krańcach wsi, kobietom zaś połączyć je uprzedzoną w tym samym czasie nicią. Polecenie wykonano i stał się cud - zaraza ustąpiła.

Wczesnym popołudniem we wsi panuje senny spokój. Nikt nie krząta się po obejściach, nawet psy nie szczekają na obcych. Przed domami siedzą na ławeczkach ludzie w podeszłym wieku, którzy w spokojnej atmosferze spędzają swój wolny czas [9].

W Puchłach - najmniejszej ze wsi Krainy - również dominuje drewniana zabudowa oraz słynna jest ze swojej cudownej ikony. Cerkiew w tej miejscowości jest uznawana za jeden z najpiękniejszych obiektów sakralnych doliny Narwi. Nie jest to jednak pierwsza świątynia w tym miejscu [2].

Po drodze do nadnarwiańskich Puchłów (3 km od Trześcianki) mija się Uroczysko Stawok. To tutaj w 1850 roku trześciański proboszcz ks. Grzegorz Sosnowski założył szkołę cerkiewno-parafialną z kursem nauczycielskim i klasą nauki rzemiosła, w której uczono racjonalnej uprawy ziemi, łąkarstwa, pszczelarstwa i ogrodnictwa. Była to pierwsza taka placówka w imperium rosyjskim. W 1875 r. powstała dostępna dla wszystkich parafian biblioteka. Dzięki poparciu Bractwa Świętego Ducha z Wilna otwarto też szkołę żeńską dla nauczycieli szkół parafialnych. Niestety, podczas I wojny światowej niemal cały ośrodek został zniszczony.

W Puchłach tylko dwa domy są murowane, reszta to drewniane chaty z przełomu XIX i XX wieku. Najstarsze budowano z okrągłaków z węglami "na obłap" i stawiano na polnych kamieniach. W ścianach wewnętrznych konstrukcję zrębową wspomogła konstrukcja sumikowo-łatkowa (pomiędzy pionowe słupy - łątki wsunięto poziome belki - sumiki). Od zewnątrz ściany oszalowano, a później starannie ozdobiono obramowania okien, futryny drzwi, okiennice, listwy okapowe, wiatrownice, ościeżnice i węgła. Ozdoby przywędrowały ze Wschodu wraz z powracającymi w rodzinne strony "bieżeńcami", mieszkańcami podlaskich wsi, których w 1915 roku rosyjskie wojsko zmusiło do wyjazdu w głąb Rosji. "Bieżeńcom" przypadły do gustu upiększenia rosyjskich chałup. Po powrocie do Polski zaczęli je z pamięci odtwarzać. Węgła i okiennice dekorowali geometrycznie, a nadokienniki - w motywy roślinne i ptasie [10].

Największą atrakcją turystyczną w Puchłach jest drewniana cerkiew Opieki Matki Boskiej. Zbudowana w latach 1913-1919 jest już trzecią świątynią w tym miejscu. Powstanie pierwszej w 1756 roku wiąże się z ludową legendą o objawieniu w XVI wieku cudownej ikony Matki Boskiej Opiekuńczej. Na niewielkim wzgórzu, na którym stoi cerkiew, rosła niegdyś olbrzymia lipa. Pod nią w szałasie zamieszkał stary człowiek cierpiący na obrzęk

nóg. Kiedy pewnego dnia modlił się żarliwie pod drzewem, zobaczył na jego wierzchołku obraz Matki Bożej.

Wkrótce potem wyzdrowiał. Miejsce to zwano odtąd Puchły - nazwa pochodzi od słowa "opuchli", którym określano w gwarze obrzęknięte kończyny. Ikona objawiła się wkrótce po raz drugi (na tej samej lipie) mieszkańcom wioski proszącym o obronę przed dziedzicem, który chciał zmusić ich do przejścia na wiarę grecko-katolicką. Z odrostów, które zostały po cudownej lipie, wyrosły po dwóch stuleciach potężne drzewa. Wraz z równie wielkimi dębami tworzą grupę 15 pomników przyrody [9].

Najwięcej takich ozdobionych chat zachowało się w wymienionych wsiach, leżących wzdłuż Narwi, chociaż w prawie każdej podlaskiej wsi możemy spotkać mniej lub więcej ozdobionych w ten sposób domów. Z roku na rok jest ich coraz mniej - niektóre zniszczył czas, lecz większość zmodernizowali sami gospodarze. Obite sidingiem, ze zmienionym dachem i przebudowane zatraciły swój regionalny, unikatowy charakter i rozplynęły w masie nijakich, bezstylowych zabudowań [4].

Podsumowanie

W ostatnich latach zauważa się tendencję powrotu do tradycji. Właściciele nowo budowanych domów czy budynków starają się nawiązywać do lokalnych wzorów i powoli, nieśmiało, ale jednak pojawiają się lśniące nowością wyrezki, a miejscowi cieśle na powrót wyciągają swoje szablony z zakurzonych lamusów. Zdobnictwo drewnianych domów na Podlasiu doczekało się rehabilitacji także wśród etnografów. Dotychczas niedoceniane i traktowane jako naleciałość obcej kultury zaczyna być postrzegane jako ważny element regionalnej specyfiki [3].

Piśmiennictwo

- 1 Dobroński A.: Historia województwa podlaskiego. Instytut Wydawniczy Kreator, Białystok 2010.
- 2 Wołkow W.: Moje Podlasie. Fundacja Sąsiedzi, 2012.
- 3 Fabijański P.: Polska. Magiczne Podlasie. Bielsko-Biała 2009.
- 4 <http://www.bialystokonline.pl/kraina-otwartych-okienic-oryginalna-wizytowka-podlasia,artykul,79283,1,1.html>, data pobrania 20.01.2015.
- 5 Gaweł A.: Zdobnictwo drewnianych domów na Białostocczyźnie. Białystok, 2007.
- 6 Gloger Z.: Budownictwo drzewne i wyroby z drzewa. Grafika, Warszawa, 2006.
- 7 Worowska A.: Podlaskie Krainy. Fundacja Sąsiedzi, Białystok, 2014.
- 8 Dylewski A.: „Śladami kultur pogranicza”. Wydawnictwo Pascal, Warszawa, 2004.

- 9 <http://podroze.gazeta.pl/podroze/1,114158,2907079.html>, data pobrania 20.01.2015.
- 10 <http://www.mapakultury.pl/art,pl,mapa-kultury,99559.html>, data 20.01.2015.

ŚMIERĆ SPOŁECZNA



Kowalczuk Krystyna¹, Krajewska-Kulak Elzbieta¹, Sarnacka Emilia¹, Klimaszewska Krystyna¹, Kondzior Dorota¹, Kowalewska Beata¹, Sieniawska Ewa², Góralczyk Małgorzata²

Podjęcie do chorych psychicznie na przestrzeni dziejów w różnych cywilizacjach

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB
2. Instytut Medyczny Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Informatyki w Łomży

Wprowadzenie

Ludzie z zaburzeniami umysłowymi na przestrzeni historii, którzy zachowywali się inaczej niż pozostałe społeczeństwo byli traktowani bezlitośnie. Często byli pozbawieni domów rodzinnych i zostawali mieszkańcami dróg Europy. Potocznie nazywano ich głupkami, a przydomek powyższy przylegał do każdego człowieka, który miał ułomności fizyczne lub psychiczne, np. schizofrenia, zniekształcone kształty ciała w przebiegu krzywicy.

Z danych literaturowych wynika, że ludzie psychicznie chorzy byli więzieni, przykuwani do ściany lub umieszczano ich w wilgotnych, ciemnych i śmierdzących pomieszczeniach domowych [1,2].

Rozwinięcie

Rozwój kultury ludów pierwotnych, a szczególności medycyny wiąże się z empirią, czyli pojmowaniem doświadczenia w szeroko pojętym zakresie. Człowiek pierwotny zdobywa wiedzę na podstawie własnych doświadczeń, np. uciska ranę, z której płynie krew, przykładając rozpaloną głowę do zimnego kamienia [1]. Wyższy stopień wtajemniczenia w empirię ludy pierwotne wykorzystały np. do skutecznego leczenia ropni poprzez położenie kataplazmu wykonanego z gorących potłuczonych liści. W Kalifornii ludy pierwotne otwierały ropień i wysysały [1,3].

W podobny sposób różne ludy opanowały zakładanie szyny na złamaną kończynę (szynę wykonywano z kija lub twardej kory) [1].

W rozwoju i poznawaniu doświadczeń u ludów pierwotnych duże znaczenie odegrał instynkt. Człowiek pierwotny kierował instynktem w sytuacjach, kiedy należało wykonać jakiś zabieg, podać odpowiednią roślinę. W dużej mierze był to przypadek, np. odwar z makowca-środek usypiający, kora z drzewa chinowego- podawana w febrze [2]. Wszystkie środki lecznicze były poznawane na zasadzie prób i błędów i funkcjonują w medycynie do dnia dzisiejszego. Część chorób pozostała nie wyjaśniona i dlatego u prawie wszystkich ludów

występowała wiara w siły nadprzyrodzone. Człowiek pierwotny nie zawsze odróżniał zwiędzenia senne od postrzegania rzeczywistości. W tym okresie historycznym kapłaństwo, medycyna, czary i leczenie tworzą całościowy związek, który rozwija się przez tysiące lat [2,4]. Wierzenia religijne są podstawą do tworzenia różnych obrzędów, np. korowody tańca przy dźwiękach dzikiej muzyki, rytualne spożywanie pokarmów [1,2]. W życiu ludów pierwotnych został utrwalony zabobon.

W medycynie ludów pierwotnych przedstawicielem lekarza, lecznictwa był: znachor, czarownik, kapłan [1,2].

Czarownik – znachor zawsze do chorego wychodził przebrany w strój przedstawiający gady, na twarz zakładał maskę i do ręki brał hałaśliwy instrument. Założeniem takiego postępowania było wystraszenie demona, który siedział w chorym człowieku. Czasami do wypędzania powyższego były potrzebne odpowiednie zaklęcia [1,2,3,4]. Ważną sprawą było myślenie znachora, jeżeli uważał, że człowiek stracił duszę lub zgubił cień. Rozpocynały się praktyki czarnoksiężskie [1,2,5]. Prawie wszystkie ludy wierzyły w cudowną moc amuletów. Zazwyczaj mógł to być kamień, ząb, kawałek kości z narysowanymi lub wyrytymi magicznymi znakami, które dostarczał czarnoksiężnik [1,2].

Ludy pierwotne stosowały kąpiele zimne i gorące, bańki, upusty, trepanację czaszki, która była wykonywana w Peru, na Polinezji. Człowiek pierwotny zauważał, że po zabiegu trepanacji ustępują niektóre choroby, np. ból głowy, padaczka [1,2].

Okres najdawniejszych cywilizacji związany jest z czterema cywilizacjami, w tym trzy zlokalizowane były w dorzeczach rzek, czwarta zaś nie posiadała dostępu do żadnego akwenu wodnego [1,2]. Medycyna babilońska zlokalizowana była między wielkimi rzekami Tygrysem i Eufratem w Mezopotamii, egipska znajdowała się nad Nilem, indyjska nad Indusem i Gangesem, chińska nie posiadała określonego dorzecza [2,6].

W okresie najdawniejszych cywilizacji - panowały supranaturalistyczne poglądy, człowiek nie potrafił wyjaśnić zjawisk przyrody w sposób przyrodzony, więc uciekał się do zjawisk nadprzyrodzonych [1,2]. Kapłani czarownicy stawali się pierwotnymi lekarzami, usuwając cierpienia za pomocą modłów i czarów zamówień. Wpływ leczniczych praktyk można odnieść do psychoterapii, kiedy to czarownicy poznawali siłę ziół [2]. Choroby psychiczne i fizyczne były tłumaczone oddziaływaniem złych duchów na człowieka [1,2,7].

Na podstawie literatury można stwierdzić, iż w niektórych szczepach pierwotnych był zwyczaj zabijania starych i chorych, często na własne życzenie. Strach przed złymi duchami i zarazą wywodzą się ze wspólnego wierzenia, że duch może wstąpić w ciało bliźniego. Na

wyspach Fidżi i niektórych okolicach Afryki paliło się żywcem lub zabijało chorych psychicznie w nadziei, że wraz z opętaniem zniszczeniu ulegnie zły duch [1,2,8].

W Kongo, np. ofiary czarów zabijano, gdy błyszczały im oczy lub byli nadmiernie wychudzeni, tylko i wyłącznie dla zniszczenia złej magii [1,2].

W niektórych szczepach Indian amerykańskich oraz Chinach obchodzono się z chorymi psychicznie z czcią, ponieważ uważano, że posiadają siły nadprzyrodzone. Na podstawie danych literaturowych można stwierdzić, że praktyki kapłanów amerykańskich, australijskich były prowadzone przez normalnych ludzi, natomiast szamani syberyjscy już mogli wywodzić się z psychopatów [1,2]. W zależności od rozwoju myślenia religijnego człowiek pierwotny wyobrażał przyczyny zaburzeń psychicznych pod postacią demonów, duchów zmarłych, wiedźm w kształcie zwierząt, większych robaków. Siły nadprzyrodzone mogły też działać za pomocą różnych przedmiotów: roślin, zwierząt, ludzi np. odłamków kości, włosów, szczeciny. Działanie tych przedmiotów umiejscowiono w mózgu lub sercu, a nawet przewodzie pokarmowym.

W czasach obecnych w medycynie ludowej funkcjonują czasami następujące zwroty dla określenia umysłowo chorych: „*w głowie masz motyla, świerszcza, gąsienicę*” [1,2]. W najstarszym piśmiennictwie i najprymitywniejszych językach są określenia typu: głupota, szaleństwo, opętanie. Istnieją także dowody wykopaliskowe świadczące o chorych psychicznie, np. czaszki chorobowo lub sztucznie uszkodzone.

Znane było także upojenie alkoholowe (na podstawie wykopalisk w Biskupinie surowców do wytwarzania alkoholi oraz rysunki przedstawiające sceny picia). Człowiek pierwotny próbował samodzielnie zwalczać proste dolegliwości typu bezsenności oraz ból głowy za pomocą mieszanek maku [1,2,8].

Kapłani znali też działanie leków przeczyszczających, wymiotnych, odurzających, przeciwgorączkowych, przeciwbólowych. Przy doborze leków kierowano się kształtem, kolorem dopasowanym do części ciała i do objawów choroby lub urojonego kształtu.

Na podstawie literatury wykazano, że choroby leczono za pomocą [1,2,9].

- wstrząsania, wystraszania hałasem, okładania różnymi środkami pochodzenia roślinnego lub zwierzęcego
- zlizywania, zmywania, wyciskania, wysysania, krzesania iskier, przenoszenia choroby na określony przedmiot, roślinę,
- stosowano zabiegi operacyjne w rodzaju przypiekania, nacinania skóry, nakłuwania, a nawet trepanacji czaszki.

Na podstawie literatury można stwierdzić, że zabiegi wykonywano w celach magicznych, ale i leczniczych [1,2,9]. Codzienne życie w czasach prehistorycznych skłaniało człowieka do podglądania zwierząt i naśladowania przyrody. Zdobywane doświadczenie na zasadzie prób i błędów pozwalało mu na przetrwanie, a także unikania zagrożenia. Interesującym faktem jest korzystaniem z własnego doświadczenia i przekazywanie kolejnym pokoleniom. W kolejnych etapach rozwoju intelektualnego człowiek dążył do zrozumienia zjawisk. W sytuacji, kiedy było to niemożliwe tłumaczył jako oddziaływanie zjawisk nadprzyrodzonych, czyli magii. Na podstawie literatury występowały dwa typy magii: biała i czarna. I typ odnosił się do zjawisk pozytywnych, np. zapobieganie chorobom, odwrócenia nieszczęścia. Drugi typ magii pozwalał na ściąganie nieszczęścia, chorób [1,2].

Medycyna Mezopotamii to głównie medycyna sakralna, oparta na poglądach religijnych [1,2].

Na podstawie danych literaturowych można wyróżnić następujących bogów, do których modlili się ludzie w zależności od potrzeb [1,2].

Mechanizm powstawania choroby w medycynie babilońskiej tłumaczono w następujący sposób [1,2]. Obrażony bóg opuszcza człowieka, którym dotychczas się zajmował a w jego ciało wstępuje demon w zależności od dolegliwości, np. demon bólu głowy, serca, wątroby. Złymi duchami mogły stawać się dusze pochowane bez należytego rytuału. Konsekwencją takiego pojmowania choroby i znaczenia bogów było całkowite przejęcie funkcji lekarskich przez kapłanów (wysoka funkcja obok władców) [1,2].

Leczeniem ludzi zajmowali się kapłani, którzy pełnili różne funkcje w zależności od pola działania [1,2]. Wróżbici (baru) zajmowali się przepowiadaniem opartym na znakach np., szukali znaków w gwiazdach, narządach zwierząt (wątroba), zjawiskach przyrodniczych, snach. Przepowiadali zjawiska mające wystąpić, epidemie, pojedyncze choroby, a także tłumaczyli przyczyny. Zjawiska te były zgodne z wolą bogów (supranaturalistyczne). Kolejną grupę stanowili zaklinacze duchów (ashipu), którzy prowadzili praktyki magiczne, aby doprowadzić do pojednania człowieka z bogiem lub odpędzeniem złego demona i przywróceniem zdrowia. Posługiwali się zaklęciami, modlitwami i egzorcyzmami. Przyjmowali ofiary dla przebłagania bogów i w podziękowaniu (działali zawsze w imieniu boga). Obie te grupy nie przyjmowały opłat, a leczenie odnosiło się do chorób wewnętrznych. Ostatnia grupa to Asu - sprawująca opiekę nad pacjentem wykonująca zabiegi lecznicze. Cieszyła się najmniejszym uznaniem społecznym i była sownie opłacana. Z tej grupy wyodrębniła się grupa lekarzy i stanowiła zaczątek medycyny świeckiej. Babilonia pozostawiła najstarszy dokument świecki regulujący wykonywanie zawodu. Wśród 282 przepisów

zawartych w kodeksie władców Babilonii dziewięć dotyczyło wysokości honorariów. Dokument ten nie apeluje do sumienia lekarza, ale stawia mu wymagania i gwarantuje wysoką nagrodę, a w przypadku niepowodzenia wysoką karę. Wysokie ceny porad lekarskich sprawiły, że ludzie rzadko korzystali z porad. W Babilonii wynoszono chorych w miejsca publiczne, aby mogli opowiadać o swoich dolegliwościach i uzyskać poradę, wsparcie [1,2,3].

Medycyna egipska także posiadała charakter sakralny i związaną była z kapłanami i tu także nie było lekarzy świeckich [1,2]. Stan lekarski cieszył się wielkim szacunkiem, nie był jednak jednolity i kontrolowany był przez wyższych kapłanów. Zgodnie ze zwyczajami egipskimi nadawano lekarzom wyszukane tytuły, np. „wielki strażnik odbytu” lub „wielki lekarz górnego i dolnego Egiptu” [1,2].

Za boga z zakresu medycy uważano Toota i przypisywano mu autorstwo czterdziestu dwóch ksiąg [1]. Wiedza zawarta w księgach była pilnie strzeżona, lekarzom nakazywano postępowanie według zasad zawartych w księgach. Jeżeli lekarz odstępował od powyższych zasad, a chory zmarł to lekarz był karany nawet śmiercią [1,2].

Ludzie chorzy po poradę zgłaszali się do świątyni boga Toota. W medycynie egipskiej ludzie musieli sobie pomagać wzajemnie, a także służyć pomocą innym potrzebującym.

W tym czasie słabo było rozwinięta anatomia, ponieważ uważano, że krojenie zwłok było profanacją [1]. W Egipcie powstały zasady balsamowania zwłok. Z początku dotyczyło faraonów, później jednak pozostałym ludziom. Jednak tą czynność wykonywali rzemieślnicy, a nie lekarze [1,2].

Higiena i zapobieganie chorobom zajmowało wysoka pozycję i wręcz nakazywano ludziom zachowywać czystość osobistą, strzyżenie włosów obcinanie paznokci, wykonywanie gimnastyki, prowadzenie życia płciowego [1,2].

Medycyna indyjska także częściowo związana jest z działaniem sił nadprzyrodzonych. Wielu hindusów uważało, że chorobę można leczyć za pomocą amuletów lub też przenieść na inną istotę żywą, np. febrę na żabę [1,2,3]. Pod koniec okresu wandejskiego (tj. okres od wkroczenia plemion aryjskich do Pendżabu do ok. VII w. przed Chrystusem).

Pojawiają się w Indiach lekarze, którzy udzielają porad za pieniądze, a nie z miłosierdzia [1,2]. Cieszyli się wielkim uznaniem u ludu [1,4]. Lekarze prowadzący badanie u człowieka chorego używali pięciu zmysłów: wzroku, słuchu, węchu, dotyku i smaku [1,2].

Na podstawie literatury można zauważyć, że u Hindusów była doskonale rozwinięta nauka o rokowaniach, połączona z nauką o wyglądzie pacjenta i wiedzą lekarza.

W tym okresie ważnym elementem leczenia było ustalenie, czy choroba jest uleczalna, czy też nie. W przypadku rozpoznania choroby nieuleczalnej w oparciu o złe znaki, np. jeżeli

chory jest smutny, wystraszony, przybył o północy. Lekarz miał prawo odmówić leczenia [1,2]. Wytworem kultury indyjskiej był fakir (człowiek biedny, żebrak umartwiający swoje ciało w różny sposób), który dobrowolnie stawał się kaleką [1,2].

Medycyna chińska miała wypracowane własne autorytety, które uważane były za wyrocznie, związana była z filozofią przyrody. Zawód lekarza był zawodem wolnym, którego nauczał mistrz posiadający wiedzę i doświadczenie. Pozycja społeczna lekarza zależała od kategorii osób, którym świadczyli usług. Ośrodkami leczenia w Grecji były świątynie Asklepiosa, gdzie kapłani, znający wiele tajemnic medycyny, kojarzyli ziołolecznictwo z praktykami religijno-psychoterapeutycznymi, np. chory noc spędzał w świątyni i czekał na pojawienie się boga, który go uzdrowi. Wyobrażenia ludzi chorych była tak wielka, że widzieli oni węże i nawet bóstwa [1,2].

Kapłani dbali o swój wizerunek i ich towarzyszymi były święte węże, które lizały rany ludzi i budziły respekt [1,2].

Chorzy, którzy odzyskali zdrowie składali tzw. vota symbolizujące uzdrowioną część ciała. Kapłani mieli obowiązek opisywanie cudownego wyleczenia i wystawianie na widok publiczny. W świątyniach były też stosowane mechanizmy oszukańcze działające na psychikę chorego człowieka, np. automat bóg - w określonej chwili mechanizm podnosił ręce tak, jak by błogosławił. Z upływem czasu świątynie stają się siedliskiem zabobonów [1,2].

Choroba psychiczna w Grecji była odbierana jako stan uduchowienia mistycznego (Pytia Delficka) lub jako dowód opętania, wówczas odpędzano od świątyni kamieniami. Często leczono ich bez podziałów na równi z innymi chorymi [1,2].

Hipokrates jako pierwszy opisał psychonerwicę lekową oraz opis majaczenia. Greckie prawo cywilne liczyło się bardziej niż karne z chorobami umysłowymi. Jeżeli syn udowodnił, że ojciec cierpi na chorobę umysłową, np. paranoję mógł dostać z urzędu opiekuna. Prawo to uznał również Platon. Hipokrates był ceniony jako biegły psychiatra (występował w przypadku kobiety oskarżonej o stosunek z murzynem). Próbował on również sklasyfikować choroby psychiczne [1,2].

Platon uważał, iż chorobom psychicznym można zapobiegać przez utrzymywanie równowagi między ciałem a duszą przez rozumne wychowywanie, odpowiednie wysiłki fizyczne, rozveselanie ducha sztuką i nauką. Choroba umysłowa polegała na rozluźnieniu łączności między duszą rozumną i nierozumną [1,2,5].

Grecy stworzyli podstawy kultury starożytnego Rzymu. Asklepiades zapoczątkował ruch metodyków. Leczyli oni psychicznie chorych, duże znaczenie uspakajające przypisywali śpiewom, muzyce i kąpielom. Asklepiades uważał, że psychicznie chorzy powinni przebywać

w miejscach dobrze oświetlonych. Występował przeciwko stosowanemu już przetrzymywaniu w więzieniach i celach, gdyż uważał, że ciemności mają zły wpływ na ludzi chorych psychicznie [1,2,6].

Pierwsze dzieło lekarskie po łacinie napisał niemedyk Celsus. Autor podzielił choroby na ogólne i miejscowe (choroby psychiczne należały do ogólnych) [1,2].

Na podstawie literatury można stwierdzić, że leczenie chorych psychicznie polegało na stosowaniu łagodnych środków naprawczych. W stosunku do chorych pobudzonych zalecano pętanie, wiązanie tak, aby nie wyrządzili krzywdy sobie i innym ludziom. Uważano, że umysłem chorego należy wstrząsnąć przez wywołanie nagłego przestraszenia. Ulubionymi środkami leczenia były: środki przeczyszczające i przeciwwymiotne. Chorym psychicznie golono głowy i namaszczano olejkami różanymi lub innymi wonnościami

Soranus z zamiłowaniem zajmował się leczeniem chorób psychicznych, przeciwstawiał się stosowaniu środków nieludzkich w rodzaju ciemnicy, chłosty, odmawiania jedzenia, picia, dawania leków, które nie uspakajają, a pobudzają. Zalecał ludzkie traktowanie chorych: umieszczenie w jasnym pokoju wśród wygod i z daleka od urazów duchowych. Ludzie obcy powinni jak najmniej odwiedzać [1,2]. Wskazana była cierpliwość i delikatność w tłumaczeniu złego postępowania. Jeżeli zachodziła konieczność krępowania należało robić to delikatnie miękkimi tkaninami. Doskonałym środkiem uspakajającym był szmer jednostajnie kapiącej wody, a także przykładanie ciepłych gąbek na zamknięte powieki [1,2]. W okresie rekonwalescencji autor zalecał z chorymi rozmawiać na tematy, którymi wykazują zainteresowanie. Pozytywne działanie w przypadku smutku, gniewu daje przysłuchiwanie się dysputom filozofów [1,2,7].

W piśmiennictwie aryjsko – babilońskim, egipskim, hinduskim i perskim można spotkać informacje na temat chorych psychicznie i postępowaniu z nimi [1-5].

Nie rozróżnia się odmian obłąkania, ogólnie mówi się o chorobach psychicznych. Zapobiega się i leczy za pomocą czarów, zamawianiem, zaklęciami, modlitwami, amuletami, muzyką, rozweselaniem, przyjaznym przekonywaniem, w stanach ostrych chłostą, więzieniem, głodzeniem, stosowaniem różnych środków zwierzęcych lub roślinnych. Chorzy psychiczni nie byli przedmiotem pogardy, strachu, szyderstwa, raczej cieszyli się zainteresowaniem, a nawet pewnym wyróżnieniem.

Żydzi chorobę psychiczną uważali za karę boga, na których patrzono jak na złego ducha.

W oczach człowieka średniowiecza choroba psychiczna była wyrazem opętania. Położenie psychicznie chorych zaczęło się pogarszać. Często zamykano ich w specjalnych wieżach w więzieniach lub klatkach umieszczonych blisko bram miasta, gdzie byli narażeni na

wzgardę i pośmiewisko. Często wypędzano z miasta, skazywano na męki, chłostę, a w późniejszym czasie zaczęły zdarzać się wypadki palenia na stosie (Tuluza) [1,2,5,6].

Psychiatria przeszła w ręce kleru, polegała na wyszukiwaniu w ciele osoby podejrzanej znamion świadczących o kontaktach z diabłem. Psychozę, np. nazywano wilkołactwem. Chorych niespokojnych uważano za opętanych przez diabła, natomiast spokojnych, wypowiadających urojenia religijne za świętych lub za narzędzie sił nadprzyrodzonych [1,2].

Arabowie po zdobyciu Aleksandrii odznaczali się dużą tolerancją dla chorych psychicznie, założyli pierwszy szpital dla psychicznie chorych w Egipcie, a następnie pod ich wpływem został także założony w Hiszpanii [1,2]. Arabowie w szaleńcach zauważyli ludzi chorych. Wymagających opieki, a nie odosobnienia. Najab choroby psychiczne podzielił na 9 grup, około 30 jednostek chorobowych. Leczenie według niego powinno polegać na dobrym odżywianiu, muzyce, okładach, zmianie klimatu, rzadko leczenie mogło polegać na upuszczaniu krwi [1,2].

W Bazylii XIV wieku chłostano szalonych chorych. Wprowadzono męki jako metodyczny sposób postępowania z chorymi psychicznie [1,2]. W Niemczech umieszczani byli w klatkach przymocowanych do muru, gdzie byli wystawieni na pastwę niepogody i szyderstw pospółstwa. Zamykano w ciemnych wieżach. Zakuci w kajdany, w robactwie i gniliźnie o głodzie i chłodzie ginęli. Spokojniejsi chodzili samopas. Ciemną kartą średniowiecza były zbiorowe psychozy, wytwór środowiskowych warunków: ciemnoty, zabobonów, mistycyzmu i wiary w demony [1,2]. Starożytni lekarze prosili o łagodne obchodzenie się z chorymi psychicznie. Jeżeli nie stosowano powyższych zaleceń, pacjent był nadmiernie pobudzony, zalecano używanie specjalnych biczy, krzesel, szaf, worków krępujących oraz maszyn obrotowych wykonujących około 120 ruchów na minutę wraz z przywiązaniem chorem. Używano masek na twarz w przypadku krwioplucia, ludzi krzykliwych. Stosowano środki wymiotne, lewatywy i upusty krwi. Chorych podnieconych uspakajano kąpielami pod dużym ciśnieniem. Metody lekarsko – pielęgniarskie nie były lepsze niż stosowane przez teologów

Odrodzenie nie przyniosło zbawienia psychicznie chorym, a nasiliły się prześladowania czarownic. Natomiast w świecie kultury arabskiej chorzy byli otaczani opieką. W Damaszku, Kairze Bagdadzie powstały pierwsze domy opieki dla psychicznie chorych.

W Europie niektóre klasztory zaczęły przyjmować psychicznie chorych i dawać im schronienie, np. w Kolonii. Jeżeli nawet pojawiło się zainteresowanie chorymi psychicznie, to trudno było wyzwolić się z rąk ciemnoty [1,2].

Początki opieki nad umysłowo chorymi rozpoczęły się ok. VII wieku w okolicy Antwerpii. Utworzono kolonie dla psychicznie chorych, stopniowo całe miasteczko zamieniło

się w jedną kolonię. Większości ludzi pielęgnowano na zasadzie opieki rodzinnej, obchodzono się z nimi po ludzku i miłosiernie [1,2,3].

Oświecenie, wiek ten próbował zwalczać zabobony i przesady, ale z niewielkim skutkiem. W ówczesnym czasie niechlubnie dla medycyny w Europie zasłynął Cagliostro, który podawał się za lekarza, naturalistę wywoływacza duchów. W rzeczywistości był wielkim oszustem, który sprzedawał eliksiry życia i wodę piękności [1,2,3].

Wiek sprzeczności, poważni pisarze byli okrutni dla chorych psychicznie. Reil opracował leczenia obłąkanych za pomocą nieszkodliwych tortur, np. wrzucanie do wody, straszenie strzałami z armat, żądał założenia teatru, w którym wstrząsano by wyobraźnię za pomocą wstającymi grobu upiorami, fikcyjną śmiercią (sadystyczna psychoterapia).

Punktem kulminacyjnym była rewolucja francuska. Powstawały w różnych częściach Europy zakłady dla obłąkanych. Pierwszy powstał w Szwecji w Upsali. W Polsce pierwsze schronisko powstało w Krakowie w 1534 roku [2,3].

Podsumowanie: Podejście do ludzi psychicznie chorych ulegało transformacjom w zależności od epoki. Duży wpływ na rozwój medycyny, leczenia chorych miały nurty filozoficzne, a także stosunki społeczno-polityczne [9-12]. Wraz ze wzrostem wiedzy lekarskiej, chorzy psychicznie byli otaczani coraz lepszą opieką bez użycia siły i przymusu. W czasach obecnych wykorzystywana jest wiedza dawnych pokoleń w wersji zmodyfikowanej, dostosowanej do czasów współczesnych. Na przestrzeni wieków lekarze zajmujący się chorymi psychicznie przeszli transformację. W dawnych epokach choroby psychiczne były uważane za przekleństwo przechodzące z rodziców na dzieci lub też były oznaką złej krwi. Leczenie było skupione w rękach kleru. W obecnych czasach psychiatria jest to dziedzina skupiona na relacji lekarz – pacjent [9-12].

Piśmiennictwo

1. Szumowski W.: Historia medycyny filozoficznie ujęta. Wyd. Med. Sanmedia, Warszawa 1994.
2. Brzezinski T. (red.): Historia Medycyny. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000.
3. Shorter E.: Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozaku. Wyd. Szkolne i Pedagogiczne Spółka akcyjna, Warszawa 2005.
4. Bielski J., Bilada E.: Zdrowie i kultura fizyczna na przestrzeni dziejów. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2004.
5. Sródka A.: Zarys historii nauczania medycyny w Polsce od roku 1939. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.

6. Vigarello G.: Historia zdrowia i choroby. Praktyki sanitarne od średniowiecza do współczesności. Wyd. Aletheia, Warszawa 2011.
7. Vigarello G.: Historia zdrowia i choroby od średniowiecza do współczesności. Oficyna Wyd. Volumen, Warszawa 1997.
8. Łyskanowski M.: Z dziejów medycyny polskiej. Skrypt z historii medycyny polskiej dla studentów I i II WL oddziału stomatologicznego oraz doktorantów wszystkich specjalności. Wyd. Akademii Medycznej w Warszawie, Warszawa 2000.
9. Seyda B.: Dzieje medycyny w zarysie część II: od połowy XVII do połowy XX stulecia. Wyd. PZWL, Warszawa 1965.
10. Seyda B.: Dzieje medycyny w zarysie część I: od czasów najdawniejszych do połowy XVII wieku, połowy XVII do połowy XX stulecia. Wyd. PZWL, Warszawa 1965.
11. Thorwald J.: Dawna medycyna jej tajemnice i potęga. Wyd. Zakład Narodowy imieniem Ossolińskich, Wrocław 1990.
12. Grmek D.M.: Historia chorób u zarania cywilizacji zachodniej. Wyd. W.A.B., Warszawa.

**Jankowiak Barbara^{1,2}, Bujalska Dorota³, Kondzior Dorota¹, Kowalewska Beata^{1,2},
Rolka Hanna^{1,2}, Klimaszewska Krystyna^{1,2}, Krajewska – Kułak Elżbieta¹**

Postawy społeczeństwa wobec osób chorych psychicznie

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
3. Absolwentka studiów II stopnia kierunku Pielęgniarstwo, Instytutu Medycznego, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Wstęp

Psychicznie chorzy to osoby, które przestają rozumieć otaczający ich świat, przebywających wokół nich ludzi. W praktyce klinicznej mówi się o „braku wglądu” lub „nieświadomości choroby”. Sami chorzy nie rozpoznają obecności zaburzeń, nie dostrzegają ich chorobowego pochodzenia. Nie są rozumiani przez społeczeństwo, a istotnym objawem choroby psychicznej są zaburzenia współżycia z otoczeniem. Opanowani chorobliwymi przeżyciami prowadzą „walkę” ze swym otoczeniem, oddalają się uczuciowo od rodziny, od przyjaciół. Dziwaczne zachowania, wrogość spowodowana lękiem, przerażenie czy smutek chorego powodują, że osoby bliskie uruchamiają postawy obronne, przestają go zauważać, odsuwają się od niego lub w wyniku rodzących się konfliktów coraz bardziej izolują się od niego [1].

Chory psychicznie często nie potrafi określić swoich potrzeb i słabości, dlatego niełatwo komunikuje je otoczeniu. Dręczy go przekonanie, wynikające z pobudek psychotycznych, że jego problemy nie są zrozumiałe czy nieakceptowane, co może być przyczyną negatywnych reakcji na próby rozmowy [2]. Dla niego choroba jest sytuacją niejasnego zagrożenia. Z obawy przed napiętnowaniem zaprzestaje komunikacji ze środowiskiem, skupia się na cierpieniu, które sygnalizuje jako cierpienie ciała, cierpienie, które jest bardziej akceptowane społecznie. Często też wykazuje niskie poczucie własnej wartości, obawia się porażki w kontaktach z otoczeniem, nie jest w stanie wyrażać uczuć, uporządkować swoich myśli, boi się konfrontacji marzeń o sobie z rzeczywistością. A przecież osoby z chorobą psychiczną to ludzie, którzy przez większą wrażliwość od pozostałych „nie są w stanie udźwignąć emocjonalnego ciężaru własnych doświadczeń życiowych” [3].

Zazwyczaj definiowanie zaburzeń opiera się na braku występowania optymalnych, idealnych cech, a zachowanie człowieka chorego wyraźnie odbiega od przyjętych norm. Może niejednokrotnie stwarzać zagrożenie dla otoczenia lub samego dotkniętego zaburzeniem. Jednak postępowanie zgodne z obowiązującymi w danym środowisku zasadami może także być traktowane jako nienormalne, świadczące o zaburzeniach psychicznych. Dzieje się tak, gdy poważnie zakłóca ono funkcjonowanie, a skutkiem jego są autodestrukcyjne działania [4].

Mówiąc o „zachowaniu nienormalnym” zwykle na myśl przychodzi jedno lub kilka niżej wymienionych określeń zachowania:

- dewiacyjne – określa zachowanie wyraźnie odbiegające od przyjętych społecznie standardów postępowania, słowo to ma raczej negatywne konotacje
- odmienne – określa zachowanie znacznie różniące się od przyjętych norm, ale raczej nie wywołuje negatywnych konotacji
- zaburzone – zachowanie związane z brakiem integracji w zachowaniu, utrudniające radzenie sobie w życiu
- dziwaczne – zachowanie skrajnie odbiegające od przyjętych norm, jednostka niewłaściwie radzi sobie w różnych sytuacjach [5].

Choroba psychiczna jest pojęciem, które od wieków kojarzy się z niebezpiecznymi, wymagającymi izolacji chorymi. Także najwięcej lęków społecznych, uprzedzeń oraz wykluczeń ze świata zdrowych, ograniczeń prawa do wolności, wreszcie stereotypów wiąże się z terminem choroby psychicznej [6]. Najczęściej powielane mity mówią, że chorzy na schizofrenię nie nadają się do współpracy i nie mogą być dobrymi pracownikami, że należy w obecności takiej osoby uważać, co się mówi, gdyż można sprowokować nieprzyjemne reakcje, czy nawrót choroby oraz, że chorzy mają rozdwojenie jaźni lub biegają z ostrym narzędziem chcąc kogoś nastraszyć albo zabić [7].

W dobie szeroko rozwiniętych mediów, wiedza społeczna na temat chorób somatycznych jest bardzo duża. Chętnie pozwalamy sobie na dyskusję ze specjalistami na temat przyczyn, symptomów, a nawet sposobów leczenia tych schorzeń. Jeżeli jednak chodzi o zaburzenia dotyczące naszej psychiki, zachowujemy się tak, jakbyśmy wchodzili na nieznaną ścieżkę. Zazwyczaj nasze zachowanie jest nieracjonalne, wywołane obawą przed reakcjami otoczenia, przed piętnem społecznym. Ludzie bezpośrednio dotknięci chorobą psychiczną oraz ich rodziny odczuwają podwójne obciążenie – z jednej strony zaistnieniem choroby, z drugiej zaś postawami społecznymi, jakie ta choroba wywołuje. Poczucie

odrzućenia, izolacji, braku życiowych perspektyw, również załamanie i zmiany wzorców zachowań w stosunkach nie tylko sąsiedzkich, ale i w obowiązujących dotychczas w rodzinie bliskiej i dalszej, wywołują szkodliwe działanie [8]. Sondaże opinii publicznej i analizy środków masowego przekazu ukazują bardzo stereotypowy obraz psychicznie chorych. Dla większości społeczeństwa osoby te zachowują się i wypowiadają niezrozumiale, są śmieszni, niesprawni intelektualnie, zaniedbani, niesamodzielnymi, nieprzewidywalni. Istnieją jednak, choć bardzo nieliczne, pozytywne stereotypy mówiące, że chociaż chorzy psychicznie są odmienni od większości ludzi, to są oni wrażliwsi, rozumiejący więcej, bardziej kreatywni. Niestety, negatywne stereotypy przeważają w społeczeństwie [9]. Efektem takiego odbioru niepełnosprawnych psychicznie jest szczególnie widoczne narzucanie z zewnątrz tym chorym przynależności grupowej. W taki sposób ujawnia się proces naznaczenia społecznego, a co za tym idzie izolacji, separowania od otoczenia, od rodziny, zamykania w ośrodkach o charakterze totalnym. Sami naznaczeni zaś, w wyniku izolacji, przyswajają sobie rolę społeczną polegającą na unikaniu kontaktów z ludźmi zdrowymi. Można by pomyśleć, że osoby chore psychicznie czują się najlepiej w towarzystwie innych osób z takimi samymi dolegliwościami. W rzeczywistości zależność jest odwrotna. Uczestnictwo w innych grupach społecznych daje możliwość niepełnosprawnym umysłowo, przełamania istniejących stereotypów i barier [10].

Celem pracy była ocena postaw społecznych wobec osób chorych psychicznie w zależności od wieku i płci respondentów.

Material i metodyka

Badania zostały przeprowadzone wśród mieszkańców pobliskiego Szpitala Psychiatrycznego w Tworkach. W badaniu wzięło udział łącznie 160 osób pełnoletnich.

Badania przeprowadzone zostały metodą sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz skonstruowany dla potrzeb badań.

Kwestionariusz ankiety składał się z 15 pytań w części zasadniczej. Dotyczyły one częstości kontaktów z chorymi psychicznie, słownictwa, za pomocą którego potocznie określa się tych chorych, społecznych wyobrażeniach o ich zachowaniach i uleczalności choroby, akceptacji w kwestii pełnienia ról społecznych przez byłych pacjentów szpitali psychiatrycznych, ich izolacji, stosunku emocjonalnego do w/w osób, uznawania ich choroby za wstydlivą, a także spostrzeżeń społeczeństwa dotyczących przejawów dyskryminacji chorych psychicznie przez instytucje społeczne. Pytania dotyczyły również wpływu

obecności szpitala psychiatrycznego w sąsiedztwie i środków przekazu, dzięki którym można zmienić negatywne nastawienie do chorób psychicznych.

W kwestionariuszu umieszczono także 6 pytań dotyczących danych socjometrycznych ankietowanego: płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania w kontekście odległości od Szpitala Psychiatrycznego w Tworkach, stanu cywilnego i aktywności zawodowej.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych PWSiP w Łomży.

Wyniki badań i ich omówienie

Charakterystyka grupy badanej

W badaniu udział wzięło 160 osób zamieszkujących okolice Szpitala Psychiatrycznego w Tworkach, w tym 98 kobiet (61,3%) i 62 mężczyzn (38,7%). Wśród respondentów najmniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 61 lat i więcej (10%), zaś osoby biorące udział w badaniu w kategoriach wiekowych 18-25 lat (30,6%), 26-40 lat (27,5%) i 41-60 lat (31,9%) stanowiły podobne liczebnie grupy. Wśród ankietowanych najwięcej osób posiadało wykształcenie średnie (40,6%) oraz wyższe I (23,8%) i II (13,8%) stopnia.

Prawie połowa respondentów (49,4%) to osoby pozostające w związku małżeńskim. Dużą grupę (38,1%) stanowiły panny i kawalerowie. 52,8% respondentów było osobami aktywnymi zawodowo, z czego zdecydowana większość to pracownicy umysłowi (32,5%). Co piąty ankietowany był pracownikiem fizycznym (19,7%) lub rolnikiem (0,6%). Pozostali ankietowani nie będący aktywnymi zawodowo, to uczniowie i studenci oraz emeryci i renciści.

Szczegółowa analiza badań

Respondenci biorący udział w badaniu zdecydowanie rzadko spotykali w życiu codziennym osoby chore psychicznie (42,5%). Wielu z nich nie było zdecydowanych, czy mieli kontakt z chorymi (17,5%). Osoby biorące udział w badaniu, dla podkreślenia odmienności chorych psychicznie, używały różnych epitetów. Najczęściej były to: wariat (21,3%), niebezpieczny dla otoczenia (19,4%), świr (15%) oraz ma żółte papiery (14,4%). Dość często chorzy określani byli także jako obłąkany (11,9%), stuknięty (10,6%) i czubek (10%), co prezentuje Tabela I.

Respondenci wśród słownictwa, które podkreśla niższość intelektualną osób psychicznie chorych, zdecydowanie najczęściej wybierali określenie umysłowo niedorozwinięty (18,7%). Często zaznaczali określenie głupi, przygłup (6,3%), idiota, debil (6,3%) i półmózg (5,6%). Co trzeci ankietowany, oceniający negatywnie zachowanie

psychicznie chorych, użył do tej oceny słów: niepoczytalny (37,5%) i nieprzewidywalny (43,1%), co czwarty natomiast – trudny do obcowania (23,1%). Wśród określeń neutralnych bądź pozytywnych najczęściej stosowane były: niesprawny umysłowo (30,0%). Nieco rzadziej: biedny człowiek (23,1%), niepełnosprawny (21,9%) i chory inaczej (20,6%).

Tabela I. Częstość używania określeń pejoratywnych w stosunku do chorych

Określenia pejoratywne	N	%*
wariat	34	21,3%
niebezpieczny dla otoczenia	31	19,4%
czubek	16	10,0%
świr	24	15,0%
odmieniec	9	5,6%
szurnięty	9	5,6%
obłąkany	19	11,9%
popapraniec	11	6,9%
stuknięty	17	10,6%
ma żółte papiery	23	14,4%

* wartości nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Na pytanie „jakie odczucia ma Pan/i spotykając osobę chorą psychicznie?” co drugi ankietowany, spotykając osobę chorą psychicznie, odczuwał niepokój (46,9%) lub/i współczucie (46,9%). Częstym odczuciem było zakłopotanie (39,4%), bezradność (30,6%), strach, lęk (23,1%). Najrzadszą reakcją był śmiech (3,8%) i irytacja (6,9%). Jedna osoba odczuwała smutek (0,6%).

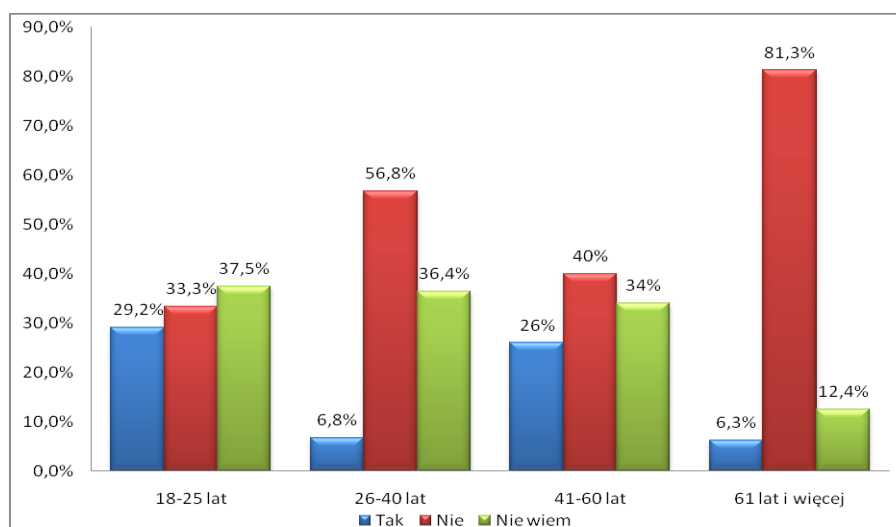
Osoby biorące udział w badaniu zapytano o częstość występowania ich zdaniem różnych symptomów choroby. Odpowiedź „prawie zawsze” oznacza, że ankietowani uznawali takie zachowanie za typowe dla osób dotkniętych chorobą psychiczną. Co trzeci badany (33,9%) uważał przejaw niepokoju w zachowaniu, jak również co trzeci badany (31,3%) niezrozumiałe zachowanie, za typowy objaw choroby psychicznej. Co piąty uczestnik badania (22,9%) twierdził, że nie jest typowym wśród chorych psychicznie zachowywanie się jak osoby psychicznie zdrowe. Jednak zdecydowana większość respondentów udzieliła odpowiedzi „czasami tak, czasami nie”. Szczegółowe wyniki badań obrazuje Tabela II.

Wśród najmłodszej grupy respondentów, tj. 18-25 lat, nie widać istotnych różnic w poglądach na temat uleczalności chorób psychicznych. Osoby w wieku 61 lat i więcej

biorące udział w badaniu, w zdecydowanej większości (81,3%) były przekonane o nieuleczalności chorób psychicznych (Ryc.1).

Tabela II. Symptomy choroby i częstość występowania wśród osób chorych według opinii respondentów biorących udział w badaniu

Symptomy choroby	Prawie zawsze %	Prawie nigdy %	Czasami tak, a czasami nie %	Trudno powiedzieć %
przejawia niepokój w zachowaniu	33,9	3,2	54,5	8,4
zachowuje się niezrozumiale	31,3	4,6	53,6	10,5
jest zobojętniała wobec własnego losu	12,7	10,1	34,9	42,3
zaniedbuje wygląd lub higienę	18,5	8,6	48,4	24,5
uważa się za kogoś, kim nie jest	15,7	5,9	54,9	23,5
boi się bez powodu	18,4	7,9	56,6	17,1
słyszy nierzeczywiste „głosy”	10,7	3,4	51,0	34,9
unika ludzi	13,6	10,1	52,7	23,6
zachowuje się agresywnie wobec innych ludzi	3,3	12,0	70,7	14,0
myśli o popełnieniu samobójstwa	8,6	9,9	36,8	44,7
jest zrozpaczona	14,0	12,0	42,0	32,0
okazuje niepokohamowaną wesołość	10,1	10,8	57,5	21,6
nie może spać	12,8	8,7	34,9	43,6
mówi „od rzeczy”	17,2	9,3	51,6	21,9
nie wie, co robi	14,5	7,2	50,0	28,3
zachowuje się tak, jak osoby zdrowe psychicznie	8,7	22,9	51,0	17,4



Ryc. 1. Pogląd respondentów na temat uleczalności choroby psychicznej w zależności od wieku

Ponad połowa respondentów (51,3%) deklarowała, że ich stosunek do osób chorych psychicznie jest zdecydowanie lub raczej życzliwy. Zdecydowanych było jednak zauważalnie mniej (13,9%). Co czwarta osoba miała obojętny stosunek do chorych (25,9%). Rzadziej niż co piąty ankietowany deklarował raczej lub zdecydowaną niechęć do chorych psychicznie (odpowiednio 12,7% i 4,4%).

W większości (39,9%) badani stosunek osób ze swojego otoczenia do chorych psychicznie uważali za niechętny, przy czym odpowiedzi „raczej niechętny” (34,4%) były udzielane zdecydowanie częściej niż „zdecydowanie niechętny” (9,5%). Co czwarty badany określał ten stosunek jako obojętny (26,6%), a prawie co piąty jako zdecydowanie lub raczej życzliwy (odpowiednio 4,4% i 13,9%).

Ponad połowa badanej grupy (54,1%) stwierdziła, że choroby psychiczne nie należą do wstydlivych i nie powinny być ukrywane przed innymi. Jednak prawie co czwarta osoba z badanej grupy (23,9%) uzależniła wstydlivosc, czy ukrywanie choroby od jej rodzaju.

Większość respondentów (40,1%) było zdania, że osoby chore psychicznie powinny być izolowane tylko w okresie zaostrenia choroby, jednocześnie co piąty badany (22,3%) uważał chorych za ludzi potrzebujących pomocy bez konieczności ich izolacji. Te opinie obrazuje Tabela III.

Tabela III. Opinia grupy badanej, obrazująca konieczność izolacji osób chorych psychicznie

Konieczność izolacji chorych psychicznie	N	%	% ważnych
zdecydowanie tak, niezależnie w jakiej fazie choroby osoba się znajduje	5	3,1	3,2
tak, kontakt z rzeczywistością nasila objawy choroby	8	5,0	5,1
tak, ale tylko w okresie zaostrenia choroby	63	39,4	40,1
nie, kontakt z rzeczywistością zmniejsza objawy choroby	14	8,8	8,9
nie, ponieważ są ludźmi potrzebującymi pomocy	35	21,9	22,3
nie mam zdania na ten temat	26	16,3	16,6
inna opinia	5	3,1	3,2
Ogółem	157	98,1	100,0
Systemowe braki danych	3	1,9	
Ogółem	160	100,0	

Respondenci zostali zapytani, czy chorzy psychicznie są traktowani gorzej, czy tak samo jak inni, jeżeli chodzi o różne aspekty życia. Możliwa była również odpowiedź „trudno powiedzieć” w przypadku niezdecydowania lub braku wiedzy w tym temacie. Według zdecydowanej większości badanych (70,9%), chorzy są traktowani gorzej niż inni, gdy chodzi o pracę i zatrudnienie. W przypadku prawa do leczenia i opieki społecznej – większość respondentów (67,7% i 62,2%) twierdziła, iż chorzy są traktowani tak samo, jak reszta społeczeństwa.

Zdecydowana większość ankietowanych uważała, że osoby chore psychicznie nie ponoszą odpowiedzialności za swoją chorobę (81,3%) i przebywając w ich towarzystwie nie można zarazić się chorobą psychiczną (91%). Znacząca większość twierdziła także, iż chorzy oczekują pomocy ze strony społeczeństwa (75,6%) oraz są trudne w relacjach codziennych (63,8%). Na pytanie o posiadanie dzieci przez osoby naznaczone chorobą psychiczną, prawie połowa odpowiedziała raczej lub zdecydowanie nie (48,1%), a co trzeci badany (31,4%) nie zajął stanowiska w tej sprawie (Tabela IV).

Tabela IV. Odbiór społeczny osób chorych psychicznie

Opinia	Zdecydowanie tak %	Raczej tak %	Raczej nie %	Zdecydowanie nie %	Trudno powiedzieć %
ponoszą odpowiedzialność za swoją chorobę	5,8	7,1	29,5	51,8	5,8
oczekują pomocy ze strony społeczeństwa	28,8	46,8	9,6	2,6	12,2
są trudne w relacjach codziennych	13,4	50,4	12,7	2,5	21,0
są bardziej twórcze i mają bogatszą wyobraźnię	16,0	29,5	15,4	3,8	35,3
powinny mieć dzieci	3,2	17,3	26,3	21,8	31,4
sami radzą sobie w życiu codziennym	5,2	31,6	26,4	11,0	25,8
są zaniedbane emocjonalnie	10,5	32,2	19,1	6,6	31,6
mogą zarazić chorobą psychiczną, przebywając w ich towarzystwie	2,6	1,9	16,8	74,2	4,5
powinny być łagodniej traktowane w sądzie	5,8	26,3	27,6	14,7	25,6
za popełnienie przestępstwa należy leczyć, a nie karać	18,6	24,3	15,4	14,1	27,6

Omówienie wyników i dyskusja

Postawy społeczne wobec osób dotkniętych chorobą psychiczną, traktujące psychiczne cierpienia tych chorych w sposób niechętny, lekceważący, często także poniżający, stanowią podstawę wykluczenia pacjentów psychiatrycznych.

Stygmatyzacja, to pewien proces, w który zaangażowane jest całe społeczeństwo. Problem stygmatyzacji dotyka szczególnie osób odróżniających się od reszty społeczeństwa z powodu swojej choroby. To tzw. stygmatyzacja związana z chorobą [11].

Spółeczeństwo swój stosunek do osób chorych psychicznie wyraża m.in. za pomocą słownictwa, różnych epitetów określającego tych chorych. Analizując własne wyniki badań dotyczące używanego słownictwa dla określenia osób dotkniętych chorobą psychiczną widać, że prawie połowa ankietowanych (46,2%) podkreśla niższość intelektualną chorych, używając określenia: umysłowo niedorozwinięty. Co trzeci respondent negatywnie ocenia zachowanie i reakcje psychicznie chorych: nieprzewidywalny (36,1%), czy niepoczytalny (31,4%). Tylko co czwarty lub co piąty badany w sposób neutralny lub pozytywny określa chorych: niepełnosprawny umysłowo (24,6%) i biedny człowiek (19%). Ponad połowa respondentów (53,8%) dla określenia osób chorych psychicznie używa epitetów o wydźwięku negatywnym. Podobne wyniki uzyskali Wciórka i Wciórka w Komunikacie z badań przeprowadzonych wśród losowo wybranej grupy Polaków w 2008 roku, gdzie większość osób badanych (61%) w swoim otoczeniu zetknęło się z pejoratywnymi określeniami chorych dotkniętych zaburzeniami psychicznymi [12]. W badaniach własnych (39%), tak jak w badaniach Wciórki (39%), określenia pejoratywne dotyczyły przede wszystkim negatywnej oceny zachowań i reagowania psychicznie chorych. Nieco więcej osób zamieszkujących okolice szpitala psychiatrycznego niż osób z populacji ogólnej, używa w stosunku do chorych epitetów podkreślających ich niższość intelektualną (odpowiednio 30,2% i 24%), a także brak odporności czy równowagi psychicznej lub niesprawność, inwalidztwo, kalectwo (odpowiednio 28% i 22%) [12].

Każdy człowiek, spotykając chorego psychicznie, odczuwa różne emocje związane z tym spotkaniem. Z badań własnych wynika, iż osoby często w życiu codziennym spotykające pacjentów psychiatrycznych, odczuwają niepokój (66,7%) lub chęć ucieczki (41,7%). Strach towarzyszy zazwyczaj młodszym ankietowanym w wieku 18-25 lat (30,6) i 26-40 lat (29,5%). Niepokojące jest to, że jedynie prawie co trzeci respondent często spotykający chorego psychicznie (30,8%) wyraża chęć udzielenia mu pomocy. Zapewne takie zjawisko jest rezultatem ciągle pokutującego w społeczeństwie stereotypowego obrazu osoby

chorej psychicznie. Angermayer i Matschinger w swoich badaniach wykazali, że ilustracje zachowań schizofrenicznych pociągają za sobą strach w związku z nieprzewidywalnością i zagrożeniem, inaczej niż depresyjnych, pociągających za sobą raczej reakcje pozytywne [13].

Choroby dotykające człowieka mają zazwyczaj określony obraz kliniczny. Choroby psychiczne zaś, w zależności od rodzaju schorzenia, mogą mieć ten obraz bardzo zróżnicowany. W niniejszym badaniu, dotyczącym postaw społeczeństwa wobec osób chorych psychicznie pokazano, jakie symptomy chorobowe są uważane przez respondentów za typowe dla zdecydowanej większości chorych. Swoje zdanie ankietowani wyrażali w stosunku do 16 objawów. Przyjęto, że odpowiedź „prawie zawsze” oznacza typowe zachowanie osoby zaburzonej psychicznie, a odpowiedź „prawie nigdy”, to właściwie brak objawów chorobowych. Analizując wyniki badań własnych należy stwierdzić, iż ponad połowa lub prawie połowa badanych przy prawie wszystkich symptomach odpowiedziała, że występują „czasami tak, a czasami nie”. Zróżnicowana opinia na temat zachowań zależy od rodzaju choroby psychicznej. Jest to dobry sygnał, który świadczyć może o mniej stereotypowym postrzeganiu pacjentów psychiatrycznych i większej wiedzy społeczeństwa na temat schorzeń ich dotykających. Dla co trzeciego uczestnika badania (33,8%) przejawy niepokoju w zachowaniu są typowe dla chorych psychicznie. Także w komunikacie z badań Wciórki i Wciórki Polacy stwierdzają przejaw niepokoju za typowy symptom choroby (36%, spadek o 5 pkt. w stosunku do 2005 roku). Należy jednak zauważyć tu tendencję spadkową [12].

Pogląd dotyczący uleczalności chorób psychicznych jest istotnym elementem wizerunku pacjentów psychiatrycznych. W wynikach badań własnych widać pesymizm związany z uleczalnością chorób psychicznych. Co drugi badany (46,8%) uważa, że choroba psychiczna nie jest uleczalna, a co trzeci badany (33,5%) nie potrafi sprecyzować, czy jest uleczalna, czy nie. Zdecydowanie optymistycznej przedstawiają się wyniki badań Wciórki i Wciórki. Tam większość ankietowanych (59%) twierdziło, że choroby psychiatryczne należą do uleczalnych i nie mają wpływu na taką opinię wskaźniki społeczno-demograficzne oraz charakter kontaktu z chorymi psychicznie, czy też kondycja psychiczna ankietowanych. Wpływ ma natomiast poziom wykształcenia – im wyższe, tym większy optymizm [12]. Z badań własnych wynika zaś, że przekonanie o nieuleczalności chorób psychicznych wykazują zdecydowanie częściej kobiety (52%), osoby w wieku 26-40 lat (56,8%), mające 61 lat i więcej (81,3%) oraz respondenci ze średnim wykształceniem (53,1%). Poza tym nie wykazano istotnych różnic statystycznych pomiędzy wykształceniem a danym poglądem.

W kolejnym etapie badań własnych poddano analizie stosunek ankietowanych oraz osób z ich otoczenia do chorych psychicznie. Wyniki tych badań wskazują na bardziej życzliwy stosunek samych respondentów (51,4%) do chorych niż osób z otoczenia badanych (18,3%). Analogicznie niechęć tych pierwszych jest mniejsza (17,1%), niż niechęć tych drugich (39,9%). W obu przypadkach, co czwarty badany wyraził obojętność swoją (25,9%) i swojego otoczenia (26,6%) do dotkniętych chorobą psychiczną. Również w analizie badań dokonanej przez autorów pracy [12] przedstawiono, że stosunek samych respondentów do osób chorych w 2008 roku był życzliwy (65%), aczkolwiek na przestrzeni 12 lat wyraźnie uwidoczniła się tendencja spadkowa. Inaczej natomiast u Wciórki ukazuje się stosunek otoczenia ankietowanych do pacjentów psychiatrycznych – więcej jest deklaracji życzliwości (33%), ale z tendencją spadkową, niż deklaracji niechęci (23%), ale niestety z tendencją wzrostową [12]. Zarówno w badaniach własnych, jak i w analizie badań CBOS, respondenci zazwyczaj swoje zdanie dotyczące stosunku swojego i swojego otoczenia do osób chorych psychicznie wyrażali z wahaniem, zaznaczając odpowiedź ze słowem „raczej”. Porównując stosunek respondentów znających osobiście osobę chorą do stosunku respondentów, którzy takiej osoby osobiście nie znają, wyniki własne pokazują, że ci pierwsi traktują zdecydowanie lub raczej życzliwie osoby chore (29,3%) i wśród nich nie ma nieżyczliwych (0%). Ci drudzy również w większości wyrażają swoją życzliwość (26,9%), ale także spora grupa deklaruje obojętność (16,7%). W badaniach CBOS, o których już była mowa, w większości grup społeczno-demograficznych przeważają ankietowani oceniający pozytywnie swój stosunek do chorych [12]. W Austrii, wśród członków rodzin osób chorujących na schizofrenię, pracowników leczenia psychiatrycznego i terapeutów zajęciowych oraz populacji ogólnej, Grausgruber i wsp. przeprowadzili badania postaw wobec chorujących na schizofrenię. Wywnioskowali oni, że krewni chorych i pracownicy leczenia psychiatrycznego w porównaniu do populacji ogólnej mają znacznie bardziej pozytywny stosunek do chorych, zapewne w związku z częstymi osobistymi kontaktami z osobami chorymi na schizofrenię [14]. W badaniach, które przeprowadził Świtaj i wsp., dotyczących doświadczeń stygmatyzacji chorych na schizofrenię i chorych z innymi problemami zdrowotnymi ukazano, że tylko uzależnieni od narkotyków wzbudzają bardziej negatywne reakcje od chorych psychicznie [15].

Wśród społeczeństwa dominuje pogląd, że choroby psychiczne należą do wstydlivych, dyskryminujących, uruchamiających proces społecznego napiętnowania. Konsekwencją takiego przekonania jest tendencja do ukrywania tych chorób [16]. Kolejne

zagadnienie, które poddano analizie własnej dotyczyło opinii respondentów na temat wstydlivosti i konieczności ukrywania chorób psychicznych przed innymi. Ponad połowa badanych (54,1%) zamieszkujących okolice Szpitala Psychiatrycznego w Tworkach uważa, że choroby psychiczne nie należą do wstydlivych i nie powinny być ukrywane, zaś prawie co czwarty (23,9%) uzależnia swoje zdanie od rodzaju choroby. W analizie badań CBOS z 2008 roku, Wciórka i Wciórka pokazali, że trzy czwarte badanych (75%) zaliczyłyby te choroby do tych, które zazwyczaj ukrywa się przed ludźmi jako wstydlive [43]. Z badań własnych wynika również, iż więcej respondentów nie znających osobiście osoby chorej psychicznie (29,7%) uważa schorzenia psychiatryczne za niewstydlive. U Wciórki natomiast im wyższe wykształcenie i pozycja zawodowa, tym częściej badani podzielają opinię o wstydlivosti chorób psychicznych [12].

Aprobata społeczna, dotycząca izolowania osób dotkniętych chorobą psychiczną, może być wskaźnikiem stereotypowego, negatywnego postrzegania tych chorych i przyczyną łatwego wykluczenia z ogółu. Jednak stosowanie przymusowych hospitalizacji psychiatrycznych, jak i przymusu bezpośredniego w leczeniu tych chorych wywołuje kontrowersje i różne reakcje, od skrajnie liberalnych do skrajnie restrykcyjnych [17]. Badając postawy społeczeństwa wobec osób chorych psychicznie, zadano respondentom pytanie dotyczące konieczności izolowania chorych od reszty społeczeństwa. Na pytanie „Czy według Pana/i osoby chore psychicznie powinny być izolowane?” większość (40,1%) jest za zastosowaniem izolacji, ale tylko w okresie zaostrzenia choroby, czyli nasilenia objawów. Ta opinia może mieć związek z emocjami, jakie towarzyszą respondentom podczas spotkania osoby chorej psychicznie (niepokój 66,7%; chęć ucieczki 41,7%). Co piąty badany (22,3%) twierdzi natomiast, że chorzy nie powinni być izolowani, ponieważ są ludźmi potrzebującymi pomocy. Jednak chęć udzielenia pomocy przy kontaktach z ludźmi z zaburzeniami psychicznymi deklaruje tylko 25 osób (15,6%) biorących udział w badaniu. Inaczej, niż w badaniach własnych, przedstawia się sytuacja w analizie z badań CBOS dokonanej przez Wciórkę i Wciórkę. Tam, ponad trzy czwarte respondentów uważa, że słuszne jest przymusowe leczenie osób chorych psychicznie. Taka opinia jest dominująca we wszystkich grupach społeczno-demograficznych [12]. Jeszcze inne wnioski przedstawili w swojej pracy Wciórka, Wciórka i Pelc. Opinia publiczna w sytuacji trudnego problemu częściej zaleca interwencje spoza systemu opieki zdrowotnej, nieinstytucjonalne, np. spotkanie z życiowym doradcą, rozmowa z osobą z rodziny, a nie porada psychiatry [18]. Świącicki jednak podkreśla, że choroba psychiczna jest problemem, który można rozwiązać przy współpracy

profesjonalistów z rodziną pacjenta, ale bezwzględnie wymaga leczenia [19]. Następne zagadnienie poddane analizie dotyczyło opinii respondentów na temat dyskryminacji, stygmatyzowania i nierównego traktowania osób chorych psychicznie w różnych dziedzinach życia społecznego. Zdecydowana większość (70,9%) zauważa gorsze traktowanie chorych w prawie do pracy i zatrudnienia, a prawie połowa (47,7%) w prawie do poszanowania godności osobistej. Najmniejszy przejaw dyskryminacji badani dostrzegają w prawie do leczenia i opieki społecznej uważając, że chorzy są traktowani tak samo, jak inni (prawo do leczenia - 67,7%; do opieki społecznej - 62,2%). Jednak w pięciu na siedem przedstawionych dziedzin życia, co trzeci badany nie spostrzega przejawów dyskryminacji chorych. Dużo większe nasilenie dyskryminacji i gorszego traktowania osób chorych psychicznie zauważają badani z populacji ogólnej niż grupa społeczeństwa zamieszkująca okolice Szpitala Psychiatrycznego w Tworkach. Z badań CBOS z 2008 roku wynika, iż w Polsce pacjenci psychiatryczni należą do grupy strukturalnie dyskryminowanej w wielu dziedzinach życia społecznego [12].

Odbiór społeczny osób dotkniętych chorobą psychiczną często bywa stereotypowy, oparty na przekazie kulturowym, a nie na zdobytej wiedzy. Wyniki badań własnych pokazują stereotypowe podejście ankietowanych do zaradności i codziennych zachowań osób chorych. Znacząca większość twierdzi, iż chorzy oczekują pomocy ze strony społeczeństwa (75,6%) oraz są trudni w relacjach codziennych (63,7%). Jednak zdecydowanie więcej ankietowanych uważa, że osoby chore psychicznie nie ponoszą odpowiedzialności za swoją chorobę (81,4%) i przebywając w ich towarzystwie nie można zarazić się chorobą psychiczną (91%). Jednak ci sami badani na pytanie o posiadanie dzieci przez osoby naznaczone chorobą psychiczną, odpowiedzieli raczej lub zdecydowanie nie (48,1%), a co trzeci (31,4%) nie zajął stanowiska w tej sprawie.

Wnioski

Wyniki badań pozwoliły sformułować następujące wnioski:

1. Spotkanie osoby chorej psychicznie wywołuje u respondentów najczęściej niepokój i/lub współczucie.
2. Choroby psychiczne uważane są za nieuleczalne, o czym najczęściej przekonane są kobiety i osoby najstarsze.
3. Stosunek respondentów do chorych psychicznie i przekonanie, że choroby psychiczne nie należą do wstydlivych i nie powinny być ukrywane przed innymi, nie zależy od osobistych kontaktów z chorymi.

4. Mieszkańcy Tworek i okolic uważają, że izolować należy tylko pacjentów psychiatrycznych w okresie zaostrzenia choroby.
5. Zdecydowana większość badanych twierdzi, iż chorzy psychicznie są dyskryminowani i gorzej traktowani w przypadku prawa do pracy i zatrudnienia, a traktowani tak samo jak zdrowi w przypadku prawa do leczenia i opieki społecznej.
6. Respondenci mają wiedzę, że osoby chore psychicznie nie ponoszą odpowiedzialności za swoją chorobę i potrzebują pomocy ze strony społeczeństwa.

Piśmiennictwo

1. Niedźwiedzka I., Kühn A., Wciórka B.: Wgląd w chorobę a funkcjonowanie poznawcze osób chorych na schizofrenię. *Psychiat. Pol.*, 2008, 42, 943-957.
2. Heitzman J. (red.): *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, 23-52.
3. Wilczek-Rużyczka E.: *Komunikowanie się z chorym psychicznie*. Wyd. Czelej, Lublin 2007.
4. Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S.: *Psychologia zaburzeń*. GWP, Gdańsk 2003, 32-33, 691-692.
5. Meyer R.: *Psychopatologia*. GWP, Gdańsk 2003.
6. Anczewska M., Wciórka J. (red.): *Umacnianie nadzieja czy uprzedzenia*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007.
7. Murawiec S., Wasilewski D.: *Poradnik dla pracodawcy. Schizofrenia. Kiedy pracownik choruje*. Sanofi Aventis & Wydawnictwo Wiatr, Warszawa 2010.
8. Stark M., Bremer F., Esterer I. (red.): *Przecież ja nie zwariowałem. Pierwszy kryzys psychiczny*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2002.
9. Wciórka J., Świtaj P.: Kontekst społeczny – psychiatria w świadomości i praktyce społecznej [w:] *Psychiatria*, t. 3, Metody leczenia, zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne, Wciórka J., Pużyński S., Rybakowski J. (red.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2012.
10. Pankiewicz P.: *Metapsychiatria*. Medyk, Warszawa 2005, 21-26.
11. Skambler G., Heijnders M., van Brakel W. H. et al.: Understanding and tackling health-related stigma. *Psychology Health and Medicine*, 2006, 11, 269-270.
12. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_124_08.PDF, data pobrania 08.04.2014

13. Angermeyer M.C., Matschinger H.: The stigma of mental illness: effects of labeling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr. Scand.*, 2003, 108, 304-309.
14. Grausgruber A., Meise U., Katsching H. et al.: Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia In Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health Staff. *Acta Psychiatr. Scand.*, 2007, 115, 310-319.
15. Świtaj P., Wciórka J., Grygiel P., Smolarska-Świtaj J., Anczewska M., Chrostek A.: Częstość doświadczeń stygmatyzacji u chorych na schizofrenię w porównaniu do pacjentów z innymi problemami zdrowotnymi. *Post. Psych. Neurol.*, 2010, 19, 269-274.
16. Świtaj P.: Doświadczenia piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008.
17. Langiewicz W., Pasiorska M.: Przymusowe hospitalizacje oraz przymus bezpośredni w oddziałach psychiatrycznych w 2006 roku na tle lat wcześniejszych. *Post. Psych. Neurol.*, 2008, 17, 127-133.
18. Wciórka B., Wciórka J., Pelc Z.: Początek zaburzeń schizofrenicznych: rozeznanie problemu i wybór pomocy. Sondaż opinii publicznej w Polsce. *Post. Psych. Neurol.*, 2003, 12, 413-424.
19. Świącicki Ł.: Sam w obcym domu. Poradnik dla bliskich osób chorych na schizofrenię. PRO. MED., Katowice 2013.

Krajewska-Kulak Elżbieta, Łukaszuk Cecylia, Guzowski Andrzej, Cybulski Mateusz

Syndrom chodzącego trupa

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

*(...) Absolutna większość mieszkańców naszej ziemi to chodzące trupy.
Rodzą się martwi, żenią się z martwymi, rodzą martwych, umierają; ich martwe dzieci rodzą
nowe trupy - i tak z pokolenia na pokolenie. To kołowrót ich martwego życia.
Nie ma z niego wyjścia.
Władimir Sorokin, Łódź [1]*

Wprowadzenie

Zespół Cotarda, syndrom chodzącego trupa, charakteryzuje się obecnością:

- *urojeń nihilistycznych* - pacjent jest przekonany o tym, że nie żyje i w związku z tym nie może już umrzeć naturalną śmiercią
- *urojeń negacyjnych* (wyrzeczenia się siebie) - chory całkowicie neguje swoją fizyczność, uważając się za osobę nieistniejącą [2-7].

Przypadek został nazwany od nazwiska francuskiego neurologa, Jules'a Cotarda (1840-1889) [2, 3, 8, 9, 10], do którego w roku 1880 zgłosiła się kobieta w średnim wieku, nazwana przez niego jako Mademoiselle X [10, cyt. za 11], twierdząc że "*nie ma mózgu, nerwów, klatki piersiowej, żołądka ani wnętrzości*", iż jest "*niczym więcej niż gnijącym trupem*" i, że „*ani Bóg ani Szatan nie istnieją i że nie ma duszy. Z racji tego, że nie mogła umrzeć śmiercią naturalną "nie odczuwała potrzeby jedzenia"*. W ten sposób zaistniał zespół Cotarda, który autor nazwał wstępnie *le délire de négation* (delirium negacji), a jego opis opublikował w 1882 roku w zeszycie *Archive de Neurologie* [12].

Uważa się jednak, [cyt. za 11], iż to schorzenie znane już było w 1788 roku, kiedy to Charles Bonnet, zaprezentował przypadek starszej która była sparaliżowana po jednej stronie ciała [13]. Kiedy powróciło czucie, zdolność ruchu i umiejętność mówienia, poprosiła córkę, aby ubierać ją w całun, umieścić w trumnie i traktować jakby była martwa. Kobieta okresowo „wybudzała się z tego urojenia”, ale do końca życia, co trzy miesiące, miała przekonania iż „umarła” oraz że rozmawia z innymi umarłymi i częstuje ich kolacją [13].

W pracy dokonano przeglądu piśmiennictwa dostępnego po wprowadzeniu do bazy PubMed hasła „*Cotard Syndrome*”. Na ten temat w latach 1995- 2014 ukazało się 57 publikacji, w tym:

- jedno opracowanie z 2014 roku - Perez i wsp. [10]

- trzy prace z 2013 roku - Basu i wsp. [14], Weiss i wsp. [15], Stompe i Schanda [16]
- jedno opracowanie z 2012 roku - Alvarez i wsp. [17]
- trzy prace z 2011 roku - Mendez i Ramírez-Bermúdez [18], Graux i wsp. [19], Bandinelli i wsp. [20]
- dwie prace z 2010 roku - Ramirez-Bermudez i wsp. [21], Grover i wsp. [22]
- cztery prace z 2008 roku - Nagy i wsp. [6], Vinkers [23], Van den Eynde i wsp. [24], Wani i wsp. [25]
- pięć prac z 2007 roku - Ghaffari-Nejad i wsp. [26], Montgomery i Vasu [27], Coltheart i wsp. [28], Madani i Sabbe [29], McKay i Cipolotti [30]
- jedno opracowanie z 2005 roku - Kozian [31]
- pięć prac z 2004 roku - Gardner-Thrope i Peam [7], De Risio i wsp. [32], Factor i Molho [33], Kucia i Delkowski [34], Shiraishi i wsp. [35]
- trzy prace z 2003 roku - Metzinger [5], Trujillano [8], Mori i wsp. [36]
- trzy prace z 2002 roku - Pearm i Gardner-Thorpe [9], Cannas i wsp. [37], Hashioka i wsp. [38]
- dwie prace z 2001 roku - Graux i wsp. [19], Barbier [39]
- jedno opracowanie z 2000 roku - Butler [40]
- jedno opracowanie z 1999 roku - Howe i Srinivasan [41]
- jedno opracowanie z 1998 roku - Paulig i wsp. [42]
- jedno opracowanie z 1997 roku - Huertas i wsp. [43],
- dwie prace z 1996 roku - Lohmann i wsp. [44], Simovici i Bauer [45]
- dwa opracowania z 1995 roku - Berrios i Luque [46,47]
- dwie prace z 1994 roku - Luque Luque i Valls Blanco [48], Young I wsp. [49]
- jedno opracowanie z 1993 roku - Wright i wsp. [50]
- jedno opracowania z 1992 roku - Förstl i Beats [13]
- jedno opracowanie z 1989 roku - Ko [51]
- jedno opracowanie z 1987 roku - Degiovanni i wsp. [52]
- jedno opracowanie z 1985 - Halfon i wsp. [53]
- jedno opracowanie z 1982 - Martínez Pardo [54]
- jedno opracowanie z 1980 - Bourgeois [55]
- jedno opracowanie z 1975 - Majeron i Finavera [56]
- jedno opracowanie z 1968 - Saavedra [57]

- jedno opracowanie z 1958 - Millefiorini i Alessandri [58]
- jedno opracowanie z 1957 - Mattioli-Foggia [59]
- dwie prace z 1956 - Zalla i Cossio [60], Jaria [61]
- jedno opracowanie z 1955 - Resnik [62]

Etiologia

Specjaliści [2,3,10,63] nie są zgodni co do przyczyn powstania tego rzadkiego zaburzenia.

Uważa się [2,3,63], że z reguły pojawienie się zespołu Cotarda wiąże się z ciężką depresją, w tym depresją inwolucyjną (wieku starczego), spowodowaną odczuwaniem efektów starzenia się i uświadamianiem sobie zbliżającej się śmierci, poczuciem braku sensu dalszego życia.

Często współwystępuje z zespołem Capgrasa (urojeniem związanym z przeświadczeniem, iż osoby z otoczenia chorego zostały podmienione na sobowtóry) [2,3,35].

Opisywane są jednak przypadki [2,3,25,63], kiedy syndrom chodzącego trupa dotyczył ludzi młodych, nawet nastolatków. Wani i wsp. [25] zauważają, iż w przypadku ludzi młodych, 90% z nich to kobiety.

Poza silną depresją badacze [2-5,63], wymieniają także inne możliwe przyczyny pojawienia się tego zespołu:

- zaburzenia schizofreniczne,
- wady strukturalne lub uszkodzenia mózgu (z reguły prawej półkuli odpowiadającej m. in. za obraz siebie)
- zatrucie
- zaburzenia metaboliczne
- atrofię (stopniowy zanik) jąder podstawnych
- patologiczne zmiany w środkowej i głównej części płatów ciemieniowych.

Istotną przyczyną (zwłaszcza w przypadkach współistnienia syndromów Cotarda i Caprasa) może być uszkodzenie połączeń neuronalnych łączących ośrodek rozpoznawania twarzy z tzw. układem limbicznym, odpowiedzialnym za przyporządkowywanie stanów emocjonalnych do rozpoznawanych obiektów, co uniemożliwia choremu rozpoznanie nie tylko bliskich, ale i własnej twarzy [2-5,63].

Schorzenie może wystąpić także u chorych z wadami strukturalnymi lub uszkodzeniami mózgu, zwłaszcza dróg neuronalnych, które łączą ośrodek rozpoznawania

twarzy z układem limbicznym, odpowiedzialnym za kojarzenie rozpoznawanych obiektów ze stanami emocjonalnymi [4].

W literaturze przedmiotu, za Majewska [4], jako przyczynę choroby rozważa się także atrofię jąder podstawnych (pełniących funkcje związane m.in. z procesami poznawczymi, emocjami), zmian w płatach ciemieniowych albo uszkodzeń mózgu o charakterze rozlanym lub zatrucia albo zaburzeń metabolicznych.

Uczeni, [64, 65] są przekonani, że acyklowir i niewydolność nerek to niebezpieczne skojarzenie. Acyklowir, podobnie jak większość powszechnie stosowanych leków, jest usuwany z organizmu przez nerki, po odpowiednim przetworzeniu, a jeden z produktów tych przemian jest CMMG (9-carboxymethoxymethylguanine, 9-karboksymetoksymetylguanina), która z reguły występuje w organizmie na bardzo niskim poziomie, ale u osób cierpiących na zespół Cotarda, jej normy były przekroczone nawet 20-krotnie. W przypadku niesprawności nerek, substancja ta nie może zostać wydalona i wywołuje zaburzenia psychiatryczne. Lindén i Helldén [65] wykazali, że obniżenie dawki leku lub poprzez usunięcie dializy pojawia się zatrzymać objawy. Stwierdzili [65] także, u kilku pacjentów, bardzo wysokie ciśnienie krwi, co zdaniem autorów sugeruje, że CMMG powodujące jakies zwężenie tętnic w mózgu.

Objawy

Van den Eynde i wsp. [24] zauważają, iż istnieje coraz więcej kontrowersji na temat tego, czy choroby psychiczne powinny być podzielone na kategorie, a jednym z powodów jest to, że taki system kategoryzacji, już ze swej natury, nie może dostarczyć szczegółowych opisów konkretnych objawów psychopatologicznych. Za przykład powyższego podają pacjenta z zespołem Cotarda, który ich zdaniem nie może być zaliczony jednoznacznie do jednej kategorii obecnego systemu klasyfikacji, gdyż jego objawy mogą być bardzo zróżnicowane [24].

Pacjentom z zespołem Cotarda wydaje się, iż są poruszającymi się zwłokami [2,3]. Mają także przekonanie o rozpadzie swojego ciała, w tym również narządów wewnętrznych, które w ich wyobrażeniu pożerane jest przez robaki [2,3].

Nie mają poczucia własnej tożsamości i zaprzeczają własnemu istnieniu [4], ale jednocześnie są przekonani o własnej racji i nie biorą pod uwagę prezentowanych przez otoczenie dowodów oraz potwierdzeń tego, że żyją (np. martwi ludzie nie chodzą, gdybyś nie miał serca, nie moglibyśmy teraz rozmawiać, skoro jesz, nie możesz być martwy – trafiają w próżnię), szybko znajdując powyższe irracjonalnymi argumentami albo zwyczajnie je ignorując [2,3,63].

Zespół charakteryzuje się także [2-7,17,40,41,43,44,63]:

- zmniejszoną percepcją własnego ciała (chory nie czuje np. bicia własnego serca)
- pobudzeniem psychoruchowym (chory porusza się bardzo specyficznym, a jego ruchy przypominające ruchy "żywych trupów" z filmów)
- poczuciem swoistej więzi ze zmarłymi (chory często chodzi po cmentarzach, jako najważniejszym dla niego miejscu, rozmawia ze zmarłymi)
- obniżonym progiem bólowym, zwiększającym ryzyko zachowań autoagresywnych
 - chory, by przekonać otoczenie, że nie żyje może się samookaleczać, sądzi bowiem iż skoro jest martwy, to jego rany nie będą krwawić i nawet widząc krwotok, nadal będzie przekonany, że jego ciało jest martwe (lub niezniszczalne)
 - może podejmować próby samobójcze (skoro nie żyje, to nie może umrzeć ponownie). Samobójstwo jest także sposobem na pozbycie się martwego ciała, na które chory jest rzekomo skazany. Chociaż nie wszystkie próby samobójcze są udane, to chory może być przekonany, że próba odebrania sobie życia się powiodła i jest martwy.
- zaniedbaniami higienicznymi chory nie myje się, nie je i nie pije (chory uważa, iż jedzenie i picie nie ma sensu, skoro się nie żyje - stąd często pacjenci giną z wygłodzenia).
- silnym lękiem oraz poczuciem winy i kary (chory szuka wytłumaczenia, dlaczego skoro już nie żyje, to dalej jest na ziemi. W konsekwencji dochodzi do wniosku, że śmierć jest karą za jego grzechy i nieposłuszeństwo, a on sam jest zbłąkaną duszą, skazaną na wieczne przebywanie w martwym ciele)
- skupianiem się na aspektach fizycznych (chory jest przekonany np. o braku, skamienieniu lub zgorzeli jakiegoś istotnego organu ciała - serca, mózgu itp.), mogą się jednak pojawić także urojenia związane ze sferą emocjonalną, np. kiedy chory swoją śmiercią tłumaczy sobie brakiem zainteresowania otoczenia.
- brakiem poczucia własnej tożsamości (chory zapytany o swoje imię, płeć, wiek, wzrost, wagę ciała, stan cywilny, rodzinę, może podawać urojone informacje lub w ogóle negować zasadność tych pytań np. zaprzeczać temu, że posiada imię, wzrost, masę ciała czy nawet ciało w ogóle).

Terapia

Chory powinien być pod stałą opieką psychiatry (ze względu na ryzyko okaleczenia się i podejmowania prób samobójczych). W leczeniu stosuje się leczenie farmakologiczne np. sulpiryd [35], wenlafaksynę i olanzapinę [22] oraz terapię elektrowstrząsami [15,22,34].

Szanse na wyleczenie chorego zależą do stopnia zaawansowania schorzenia i schorzeń towarzyszących.

Berrios i Luque, za Madani i Sabbe [29] wskazują na trzy podkategorie w zespole w Cotard: Cotard typu I, Cotard typu II i typ III - Cotard w przebiegu depresji psychiatrycznej. Madani i Sabbe [29], w artykule, który opiera się na dwóch studiach przypadków i analizie odpowiedniej literatury od 1995 roku, starli się sprawdzić, czy istnieją różne strategie leczenia poszczególnych typów. Okazało się, iż typ III bardzo dobrze reaguje na terapię elektrowstrząsową, a typ I na leczenie przeciwpsychotyczne.

Wybrane przypadki kliniczne

W roku 1989, Ko [51] zaprezentował dwa przypadki zespołu Cotard - jeden 33-letniej gospodyni cierpiącej na schizofrenię paranoidalną i drugi - 43-letniej gospodyni z ostrą depresją psychiatryczną.

W 1995 roku Berrios i Luque [46, cyt za 5] opisali 100 przypadków Zespół Cotarda i u 89% z nich stwierdzili ostrą depresję, z najczęstszym „nihilistycznym urojeniem” dotyczącym ciała (86%) i egzystencji (69%). Innymi częstymi dolegliwościami były stany lękowe (65%), wina (63%), urojenia hipochondryczne (58%) i przekonanie o własnej nieśmiertelności (55%) [46,cyt. za 5],

W 1996 roku, w Szkocji, opisano przypadek pacjenta, który doznał urazu głowy w wypadku motocyklowego i po nim zaczął wierzyć, że zmarł z powodu komplikacji [64].

Greccy psychiatrzy, w 2003 roku, opisali pacjenta przekonanego, że ma pustą głowę, bo nie ma mózgu i który z powodu przekonania, że nie warto żyć, próbował rok wcześniej popełnić samobójstwo [64].

Kucia i Delkowski [34] w roku 2004 przedstawili przypadek 67-letniej chorej, dotychczas nie leczonej psychiatrycznie, u której wystąpiły objawy ciężkiej depresji z zespołem Cotarda, czyli z urojeniami nihilistycznymi. Ze względu na fakt, iż pacjentka odmówiła zażywania leków, wykazywała zagrożenie suicydalne i poważne schorzenia kardiologiczne, nie można było zastosować farmakoterapii tymoleptykami. Podjęto więc leczenie elektrowstrząsami i uzyskano szybką remisję symptomów chorobowych, bez żadnych powikłań somatycznych [34].

Shiraishi i wsp. [35] w 2004 roku, opisali przypadek 33-letniego mężczyzny cierpiącego na schizofrenię z typowymi objawami zespołu Cotard, tj, różnymi złudzeniami negacji i ciężkimi objawami depresji. Obserwowano również nietypowe objawy, takie jak urojenia prześladowcze. Objawy te stopniowo poprawiały się w trakcie leczenia sulpirydem 300 mg/dzień [35]. W trakcie zanikania objawów zespołu Cotard, u pacjent rozpoznano także

zespół Capgrasa. Zdaniem autorów [35] objawy zespołu Cotard są modyfikowane w zależności od zaburzeń podstawowych.

W 2005 roku irańscy lekarze zarejestrowali przypadek 32-letniego mężczyzny, który przybył do ich szpitala mówiąc, że był martwy i został zamieniony w psa [64]. Twierdził, że taki los spotkał także jego żonę oraz trzy córki, które również zmarły i zamieniły się w owce. Był przekonany, że jego krewni próbowali go otruć, ale nic go z tego powodu nie bolało, ponieważ Bóg chroni go nawet po śmierci [64].

W roku 2007, Ghaffari-Nejad i wsp. [26] opisali przypadek 32-letniej kobiety, u której zdiagnozowano schizofrenię i która wierząc, że nie żyje, odcięła sobie czubek nosa.

W 2008 roku psychiatrzy z Nowego Jorku zgłosili przypadek 53-letniego pacjenta, który uważał, że nie żyje i sądził, że pachnie jak gnijące mięso [64], a Wani i wsp. [25] jako pierwsi opisali przypadek młodej kobiety w ciąży cierpiącej na syndrom Cotarda.

W 2009 roku psychiatrzy belgijscy zgłosili przypadek 88-letniego mężczyzny, który przyszedł do ich szpitala z objawami depresji. Mężczyzna uważał, że nie żyje i był wielce zaniepokojony tym, że nikt go jeszcze nie pochował [64]. Ci sami lekarze leczyli także 46-letnią kobietę, która twierdziła, że od miesięcy nie je, nie chodzi do łazienki i od lat nie śpi. Sądziła też, że wszystkie jej organy zgniły, że nie ma krwi, a lekarze monitorujący jej serce lub mierzący jej ciśnienie krwi oszukują ją, ponieważ nic nie mogą zbadać, bo jej serce nie bije [64].

Enoch i Trethowan [cyt za 5] zaprezentowali dwa przypadki Zespołu Cotarda - pierwszy dotyczył 59-letniej pacjentki, która była przekonana, iż nie ma krwi, a drugi - chorej twierdzącej „*Kiedyś miałam serce. Teraz mam coś, co bije w jego miejscu*”.

Ahleid [cyt za 5] przybliżył przypadek pacjenta z Zespołem Cotarda, który prosił, by go pochowano, ponieważ był „*trupem, który zaczynał już śmierdzieć*”, a po miesiącu stwierdził, że nie posiada już mięśni, nóg ani korpusu.

Ramirez-Bermudez i wsp. [21] w roku 2010 opisali częstotliwość występowania i cechy zespołu Cotard w grupie pacjentów neurologicznych oraz psychiatrycznych hospitalizowanych w Narodowym Instytucie Neurologii w Meksyku na przestrzeni marca 2007 i maja 2009. Wśród 1.321 pacjentów, u 63,7% rozpoznano chorobę neurologiczną i jeden (0,11%) wirusowe zapalenie mózgu i zespół Cotard [21]. Wśród pacjentów hospitalizowanych - 36,2% miało typowe zaburzenia psychiczne i trzech (0,62%) zespół Cotard, związany z psychotyczną depresją, depersonalizacją i zespołem Koro (zaburzenie lękowe u mężczyzn, którzy doświadczają ostrego lęku przed wciąganiem penisa w głąb brzucha, aż do jego całkowitego zaniknięcia) [21].

Grover i wsp. [22] w roku 2010 zaprezentowali przypadek kobiety z rozpoznaną psychotyczną depresją współistniejącą z zespołem Cotard. Z jednej strony miała przekonanie o metamorfozie jej i dzieci do świni, a z drugiej, że ciało jej i dzieci gnije. W leczeniu zastosowano terapię elektrowstrząsami oraz farmakologiczną (wenlafaksyna i olanzapina) i uzyskano całkowitą poprawę [22].

Weiss i wsp. [15] w roku 2013 opisali przypadek 22-letniej kobiety z objawami depresji i psychoz, po zastosowaniu rysperydonu. W badaniu psychiatrycznym i neurologicznym stwierdzono współistnienie katatonii i zespołu Cotarda. Chora była przekonana, iż nie ma serca ani głowy oraz czuła się odpowiedzialna za "śmierć na całym świecie". W badaniu rezonansem magnetycznym mózgu wykazano leukoencefalopatię. Pacjentka dobrze zareagowała na leczenie elektrowstrząsami po 11 sesjach [15].

Stompe i Schanda [16] w roku 2013 przeanalizowali dane austriackie (n = 346) z międzynarodowego badania objawów psychotycznych w schizofrenii. Syndrom Cotarda zdiagnozowali w trzech przypadkach (0,87%). W każdym z nich, choroba przejawiała się urojeniami nihilistyczno-hipochondrycznymi i postępującą utratą energii [16].

W roku 2013, Basu i wsp. [14] opisali przypadek 45-letniej kobiety z bardzo rzadkim połączeniem zespołu Cotarda i katatonii.

W ostatnim czasie, grupa szwedzkich naukowców podała, że rozszyfrowała mechanizm, który wywołuje syndrom Cotarda i za element sprawczy, uznała acyklowir (Zovirax), popularny lek przeciwwirusowy, wykorzystywany szeroko w leczeniu opryszczki i innych drobnych infekcji wirusowych. Anders Helldén z Karolinska University Hospital w Sztokholmie i Thomas Linden z Akademii Sahlgrenska w Göteborgu uważają, iż u 1% osób, które zażyły acyklovi (Zovirax), mogą wystąpić silne komplikacje, w tym syndrom Cotarda, który rozwija się wówczas, gdy w organizmie występuje np. częściowa niewydolność nerek. Uczeni opisali przypadki ośmiu, u których po zażyciu acyklowiru pojawił się zespół Cotarda. Jedna z kobiet (z niewydolnością nerek) stosowała Zovirax w leczeniu półpaśca. W szpitalu, po godzinnej dializie stwierdziła, że "nie warto jej ratować, bo i tak nie żyje". Kilka godzin później powiedziała, że "nie jest już dłużej martwa, ale lewa ręka na pewno nie należy do niej". Po 24 godzinach udanej detoksykacji, wszelkie objawy syndromu Cotarda zniknęły.

Piśmiennictwo

1. <http://lubimyczytac.pl/cytat/43212>, data pobrania 20.10.2014
2. Bilikiewicz A., Strzyżewski A.: Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny, PZWL, Warszawa 1992.

3. Pużyński S.: Leksykon psychiatrii, PZWL, Warszawa 1993.
4. Majewska M.: Zespół Cotarda (syndrom chodzącego trupa): przyczyny, objawy i leczenie. http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/uklad-nerwowy/zespolecotarda-syndrom-chodzacego-trupa-przyczyny-objawy-i-leczenie_35906.html, data pobrania 28.08.2014
5. Metzinger T.: Phenomenal transparency and cognitive self-reference, *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 2003, 2, 353-393.
6. Nagy A., Vörös V, Tényi T.: About the Cotard's syndrome, *Neuropsychopharmacol Hung.* 2008, 10, 213-224.
7. Gardner-Thorpe C., Peam J.: The Cotard syndrome. Report of two patients: with a review of the extended spectrum of 'délire des négations', *Eur. J. Neurol.*, 2004, 11, 563-536.
8. Trujillano A.C.: Jules Cotard (1840-1889), *Neurology*, 2003, 60, 153.
9. Pearm J., Gardner-Thorpe C.: Jules Cotard (1840-1889): his life and the unique syndrome which bears his name, *Neurology*, 2002, 14, 1400-1403.
10. Perez D.L., Fuchs B.H., Epstein J.: A case of cotard syndrome in a woman with a right subdural hemorrhage, *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2014, 26, E29-30.
11. Historia syndromu Cotarda, <http://dtbbth.blogspot.com/2013/12/historia-syndromu-cotarda.html>, data pobrania 28.08.2014
12. Cotard J.: Du délire des négations. *Archive de Neurologie*, 1882, 4, 152-170, 282-285.
13. Förstl H., Beats B.: Charles Bonnet's description of Cotard's delusion and reduplicative paramnesia in an elderly patient (1788). *Br. J. Psychiatry*, 1992, 160, 416-418.
14. Basu A., Singh P., Gupta R., Soni S.: Cotard Syndrome with Catatonia: Unique Combination, *Indian J. Psychol. Med.*, 2013, 35, 314–316.
15. Weiss C., Santander J, Torres R.: Catatonia, neuroleptic malignant syndrome, and cotard syndrome in a 22-year-old woman: a case report. *Case Rep. Psychiatry.*, 2013, 2013, 452646.
16. Stompe T., Schanda H.: The Cotard syndrome in schizophrenic disorders, *Neuropsychiatr.* 2013, 27: 38-46.
17. Alvarez P., Puente V.M., Blasco M.J et al: Concurrent Koro and Cotard syndromes in a Spanish male patient with a psychotic depression and cerebrovascular disease. *Psychopathology.* 2012, 45, 126-129.

18. Mendez M.F., Ramírez-Bermúdez J.: Cotard syndrome in semantic dementia, *Psychosomatics*, 2011, 52, 571-574.
19. Graux J., Lemoine M., Gaillard P., Camus V.: Cenesthopathies: a disorder of background emotions at the crossroads of the cognitive sciences and phenomenology. *Encephale*, 2011, 37, 361-370.
20. Bandinelli P.L., Trevisi M., Kotzalidis G.D.: Chronic Koro-like Syndrome (KLS) in recurrent depressive disorder as a variant of Cotard's delusion in an Italian male patient. A case report and historical review. *Riv. Psichiatr.*, 2011, 46, 220-226.
21. Ramirez-Bermudez J., Aquilar-Venegas L.C., Crail-melendez D. et al.: Cotard Syndrome in Neurological and Psychiatric patients. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 2010, 22, 409-416.
22. Grover S., Shah R., Ghosh A.: Electroconvulsive therapy for lycanthropy and Cotard syndrome: a case report, *J ECT*, 2010, 26, 280-281.
23. Vinkers D.J.: Reaction to 'The syndrome of Cotard: an overview', *Tijdschr. Psychiatr.*, 2008, 50, 391-392.
24. Van den Eynde F., Debruyne H., Portzky M.: The syndrome of Cotard: an overview, 2008, 50, 89-98.
25. Wani Za.A., Khan A.W., Baba A.A. et al: Cotard's syndrome and delayed diagnosis in Kashmir, India, *Int. J. Ment. Health. Syst.*, 2008, 11, 1.
26. Ghaffari-Nejad A., Kerdegari M., Reihani-Kermani H.: Self-mutilation of the nose in a schizophrenic patient with Cotard syndrome, *Arch. Iran Med.*, 2007, 10: 540-542.
27. Montgomery J.H., Vasu D.: The use of electroconvulsive therapy in atypical psychotic presentations: a case review. *Psychiatry (Edgmont)*, 2007, 4, 30-39.
28. Coltheart M., Langdon R., McKay R.: Schizophrenia and monothematic delusions. *Schizophr Bull.*, 2007, 33, 642-647.
29. Madani Y., Sabbe B.G.: Cotard's syndrome. Different treatment strategies according to subclassification, *Tijdschr. Psychiatr.*, 2007, 49, 49-53.
30. McKay R., Cicolotti L.: Attributional style in a case of Cotard delusion *Conscious Cogn.*, 2007, 16, 349-359.
31. Kozian R.: Brief case report. Duloxetine in Cotard syndrome. *Psychiatr Prax.*, 2005, 32, 412-413.
32. De Risio S., De Rossi G., Sarchiapone M. et al.: A case of Cotard syndrome: (123)I-IBZM SPECT imaging of striatal D(2) receptor binding, *Psychiatry Res.*, 2004, 15, 109-112.

33. Factor S.A., Molho E.S.: Threatening auditory hallucinations and Cotard syndrome in Parkinson disease, *Clin. Neuropharmacol.*, 2004, ;27, 205-207.
34. Kucia K., Delkowski R.S.: ECT treatment of Cotard's syndrome in a patient with combined valvular heart disease and persistent atrial fibrillation, *Wiad. Lek.*, 2004, 57, 290-292.
35. Shiraishi H., Ito M., Hayashi H., Otani K: Sulpiride treatment of Cotard's syndrome in schizophrenia. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 2004, 28, 607-609.
36. Mori T., Ikeda M., Tanabe H.: Cotard syndrome, *Ryoikibetsu Shokogun Shirizu.*, 2003, 38, 124-127.
37. Cannas A., Spissu A., Floris G.L. et al: Bipolar affective disorder and Parkinson's disease: a rare, insidious and often unrecognized association, *Neurol Sci.*, 2002, 23, Suppl 2: S67-68.
38. Hashioka S., Monji A., Sasaki M. et al.: A patient with Cotard syndrome who showed an improvement in single photon emission computed tomography findings after successful treatment with antidepressants, *Clin. Neuropharmacol.*, 2002, ,25, 276-279.
39. Barbier D.: Depression in the elderly. Clinical aspects. *Presse Med.*, 2001, 24, 30, 339-340.
40. Butler P.V.: Diurnal variation in Cotard's syndrome (copresent with Capgras delusion) following traumatic brain injury. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 2000, 34, 684-687.
41. Howe G., Srinivasan M.: A case study on the successful management of Cotard's syndrome in pregnancy: Case Reports. *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.*, 1999, 3, 293-295.
42. Paulig M., Böttger S., Sommer M., Prosiegel M.: Depersonalization syndrome after acquired brain damage. Overview based on 3 case reports and the literature and discussion of etiological models. *Nervenarzt*, 1998, 69, 1100-1106.
43. Huertas D., Molina J.D., Chamorro L., Toral J.: Delirium in delusions of negations of Cotard: syndrome versus disorder, *Actas. Luso. Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines.*, 1997, 25, 333-340.
44. Lohmann T, Nishimura K, Sabri O, Klosterkötter J.: Successful electroconvulsive therapy of Cotard syndrome with bitemporal hypoperfusion, *Nervenarzt*, 1996, 67,400-403.
45. Simovici G., Bauer A.: Cotard Syndrome, *Harefuah*, 1996, 130, 18, 71.
46. Berrios G.A., Luque R.: Cotard's syndrome. Analysis of 100 cases. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 1995,91,185-189.

47. Berrios G.A., Luque R, Cotard's delusion or syndrome?: a conceptual history. *Compr. Psychiatry.*, 1995, 36, 218-223.
48. Luque R., Valls Blanco J.M.: Cotard's syndrome: historical and conceptual aspects, *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines.*, 1994, 22, 178-188.
49. Young A.W., Leafhead K.M., Szulecka T.K.: The Capgras and Cotard delusions. *Psychopathology*, 1994, 27, 226-231.
50. Wright S., Young A.W., Hellowell D.J.: Sequential Cotard and Capgras delusions. *Br. J. Clin. Psychol.*, 1993, 32, 345-349.
51. Ko S.M.: Cotard's syndrome--two case reports. *Singapore Med.J.*, 1989, 30, 277-278.
52. Degiovanni A., Faure M., Lévêque J.P., Gaillard P.: Cotard syndrome in young people: apropos of 2 cases. *Ann. Med. Psychol. (Paris)*, 1987, 145, 874-876.
53. Halfon O., Mouren-Simeoni M.C., Dugas M.: The Cotard syndrome in adolescents, *Ann. Med. Psychol. (Paris)*, 1985, 143, 876-879.
54. Martínez Pardo F.: Cotard syndrome, a century later. *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines.*, 1982, 10, 127-136.
55. Bourgeois M.: Jules Cotard and his syndrome a 100 years later. *Ann. Med. Psychol., (Paris)*, 1980, 138, 1165-1180.
56. Majeron M., Finavera L.: The Cotard syndrome: atypical aspect of involutive melancholia. Considerations on 3 cases. *Minerva Med.*, 1975, 66, 4269-4272.
57. Saavedra V.: Cotard syndrome. Psychopathological and nosographical considerations. *Rev. Neuropsiquiatr.*, 1968, 31, 145-174.
58. Millefiorini M., Alessandri L.: Cotard syndrome with delirium of internal zoopathy, *Riv. Sper. Freniatr. Med. Leg. Alien. Ment.*, 1958, 31, 949-962.
59. Mattioli-Foggia C.: Significance of the heart disease factor in the Cotard-Falret syndrome. *Riv. Patol. Nerv. Ment.*, 1957, 78, 1-12.
60. Zalla A, Cossio M.: Cotard and Falret syndrome in heart disease patient. *Rass Studi Psichiatri.*, 1956, 45, 1029-1030.
61. Jaria A.: Clinicopsychological findings on a case of Cotard syndrome, *Riv. Patol. Nerv. Ment.*, 1956, 77, 614-617.
62. Resnik S.: Cotard syndrome and depersonalization; contribution on the problem of negation. *Rev. Psicoanal.*, 1955, 12, 80-101.
63. Stephen J.: *Zagadki mózgu*, GWP, 2007.
64. Thomson H.: Walking corpse syndrome reversed, *New Scientist*, 2013, 220, 2939, 8.

65. Linden T., Helldén A.: Cotard's syndrome as an adverse effect of acyclovir treatment in renal failure, *J. Neurol. Sci.*, 2013, 333, supl. 1, e650.

Stolecka Barbara¹, Ptaszek Gabriela¹, Śleziona Mariola¹, Graf Lucyna¹, Mroczkowska Renata¹, Gurowiec Piotr²

Postawy społeczne, które przyczyniają się do stygmatyzacji osób z niepełnosprawnością intelektualną

1. SUM Katowice Wydział Nauk o Zdrowiu, Studium Doktoranckie
2. Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu Oddział Intensywnej Terapii Pooperacyjnej

Wstęp

Zaburzenie rozwojowe, polegające na obniżeniu poziomu funkcjonowania intelektualnego w strefie niezależności i odpowiedzialności jest definicją niepełnosprawności intelektualnej. Brak komunikacji i dezinformacja powoduje negatywną postawę zdrowych osób wobec ludzi niepełnosprawnych intelektualnie. W nomenklaturze medycznej funkcjonuje klasyfikacja osób niepełnosprawnych intelektualnie, jako ludzi upośledzonych umysłowo. Taki stan rzeczy tłumaczony jest rozpowszechnieniem takiego nazewnictwa w nomenklaturze międzynarodowej i ułatwieniem w zrozumieniu w specjalistycznych środowiskach. Do klasyfikacji deficytów intelektualnych stosuje się skalę Wechslera, gdzie uzyskanie 70 punktów jest graniczne dla prawidłowego funkcjonowania. Uzyskanie 69 – 50 punktów w IQ Wechslera świadczy o lekkim stopniu niepełnosprawności, co oznacza osobę samodzielną i zaradną społecznie. Jednak z powodu trudności w osiągnięciu myślenia abstrakcyjnego nie mogą pełnić funkcji decyzyjnych. Osoby te osiągają poziom intelektualny dwunastolatka. Wynik 54 – 35 punktów w skali Wechslera dowodzi niepełnosprawności intelektualnej w stopniu umiarkowanym. Osoby z taką ilością punktów osiągają wiek intelektualny dziewięciolatka. Nabywają zdolność samoobsługi, mogą wykonywać proste prace, potrzebują wsparcia społecznego, żeby żyć i pracować. Wynik IQ Wechslera wynoszący 34 – 20 punktów, przedstawia osobę ze znacznym stopniem niepełnosprawności intelektualnej. Osoby te nie są zdolne do nauki zawodu, ale mogą wyuczyć się podstawowych czynności domowych i wykonywać je pod nadzorem. Poziom intelektualny tych osób pozostaje na poziomie sześciolatka. Niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębokim oznacza całkowite uzależnienie od innych osób. Ilość zdobytych punktów w badaniu mieści się poniżej 20. Głęboki stopień niepełnosprawności powoduje funkcjonowanie człowieka na poziomie rozwoju osoby trzyletniej [1].

Rozwinięcie

Przez stulecia kształtowały się zachowania wobec osób niepełnosprawnych intelektualnie. Wraz z rozwojem cywilizacji zmieniały się postawy w stosunku do niepełnosprawnych. Wobec tych osób stosowane były dyskryminacja, izolacja i segregacja. W społeczeństwach, gdzie dochodził do głosu narodoxy socjalizm, dopuszczalna była eutanazja ludzi opóźnionych w rozwoju umysłowym. Dyskryminacja przybiera różne formy, od dystansowania się od osób niepełnosprawnych poprzez unikanie okazywania im pomocy, do podkreślania ujemnych cech lub powtarzania nieprawdziwych informacji na ich temat [2]. Znaczny wpływ na stygmatyzację osób niepełnosprawnych miała nomenklatura używana przez społeczeństwo. Terminy, takie jak „nienormalny”, „upośledzony” oznaczały człowieka gorszego, o niższym statusie społecznym. Pierwotnie stosowane nazewnictwo medyczne wskazujące na stopień dysfunkcji umysłowej, takie jak: „idiota”, „debil”, „imbecyl” weszło do potocznego języka i często jest nadużywane. Obecnie znaczenie powyższych słów jest zdecydowanie pejoratywne, pogardliwe. W medycynie zaprzestano stosowania tych określeń, uważając je za stygmatyzujące, wywołujące emocjonalne skojarzenia. Zazwyczaj ludzie używają ich po to, aby komuś dokuczyć lub poniżyć go. Skłonności do stygmatyzowania osób niepełnosprawnych mają ludzie o niskiej samoocenie. Wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną społeczeństwo prezentuje różne postawy. Postawy społeczne mają charakter emocjonalny, motywacyjny i poznawczy. Możemy wyróżnić postawy pozytywne, negatywne, neutralne i ambiwalentne [3]. Postawa negatywna charakteryzuje się odrzuceniem, obojętnością, uprzedzeniem i niechęcią do komunikowania się z osobami niepełnosprawnymi, unikaniem kontaktów, dyskryminacją i agresją. Okazywanie życzliwości i szacunku wobec innych osób oraz akceptacja ich odmienności, to zachowanie charakterystyczne dla postawy pozytywnej. Taka postawa pojawia się, gdy kontakt z osobą niepełnosprawną nabiera większej wartości dla danej osoby [4]. Postawy determinują nasze uczucia, myśli i postępowanie wobec osób i grup społecznych [5].

Postawy środowiska otaczającego osobę niepełnosprawną wpływają znacząco na zachowanie tych osób. Budując stereotypy zachowań osób niepełnosprawnych, możemy ograniczać obszary działań tych osób. Efektem tego może być rezygnacja z podejmowania wysiłku przez osobę niepełnosprawną i brak wiary we własne możliwości [3]. Niepełnosprawność intelektualna charakteryzuje się zwolnieniem tempa opanowywania sprawności społecznych i poznawczych. Wolniejszy jest tryb uczenia się. Społeczna reakcja na odmiennosc często wyraża się w izolowaniu osób z dysfunkcją, ochranianiu przed trudnościami życia codziennego i pokonywaniem barier. W zetknięciu z problemem osoby z

niepełnosprawnością osoby pełnosprawne czują się bezradne i zagubione. Często ludzie pełnosprawni uzurpują sobie prawo do kontrolowania całego życia osób z niepełnosprawnością, nie pozwalając im na podejmowanie samodzielnych decyzji. Od dzieci z niepełnosprawnością intelektualną często nie wymaga się takich samych form zachowań, jak od tych z prawidłowym poziomem intelektualnym. Jednak normy społeczne są dla wszystkich jednakowe i obowiązują tak samo każdego obywatela. O ile dzieciom opóźnionym w rozwoju pozwala się na niewłaściwe zachowania, bo „przecież są pokrzywdzone przez los”, to takie samo zachowanie u dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie jest nieakceptowane. Takie postępowanie wobec dzieci niepełnosprawnych powoduje, że warunki ich rozwoju są nienormalne. Największy wpływ na rozwój dziecka mają rodzice. W przypadku rodziców, którym urodziło się dziecko niepełnosprawne, mogą pojawiać się nieprawidłowe postawy, charakteryzujące się brakiem akceptacji niepełnosprawności dziecka, bezradnością i bezsilnością. Przekłada się to na nieumiejętne radzenie sobie z dzieckiem specjalnej troski. Niewiedza na temat sposobu opieki i wymagań może prowadzić do nadmiernego wyręczania dziecka we wszystkich czynnościach. Takie postępowanie jest przyczyną prezentowania przez osoby niepełnosprawne intelektualnie zachowań biernych społecznie [6]. Postawy wobec osób niepełnosprawnych uzależnione są od wielu czynników ekonomicznych, kulturowych, społecznych i psychologicznych.

Hierarchia wartości i potrzeb wyznacza kierunek naszych działań. Decydujące znaczenie w kształtowaniu postaw człowieka ma rodzina. Aby zmienić postawy społeczne wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną, potrzebne są działania prowadzone w wielu obszarach życia społecznego jednocześnie. Bardzo trudno zmienić stereotypowe postrzeganie niepełnosprawnych. Badania wykazują, że oduczanie z uprzedzeń nie przynosi dobrych efektów [2].

W związku z tym najważniejsze jest wychowywanie dzieci w poszanowaniu i tolerancji niepełnosprawności. Jak wynika z badań socjologicznych i psychologicznych, niepełnosprawność wpływa na pojawienie się negatywnych postaw w rodzinie. Badający wyodrębniają tu przyczyny bezpośrednie i pośrednie. Bezpośrednie przyczyny mają źródło w wyglądzie i zachowaniu osoby niepełnosprawnej, natomiast pośrednie dotyczą pogorszenia sytuacji materialnej rodziny związanej z dodatkowymi wydatkami na leczenie czy rehabilitację. Wśród pośrednich przyczyn pojawia się ograniczenie kontaktów towarzyskich i pogorszenie więzi emocjonalnych rodziny [7,8].

Pojawia się poczucie odmienności rodziny w społeczeństwie, wzbudzania litości. Współczesne społeczeństwa starają się prezentować i realizować postawę integracji. Obniżona

sprawność intelektualna wpływa w znacznym stopniu na funkcjonowanie społeczne. Aby integrowanie społeczne przebiegało pomyślnie, potrzebne jest uwzględnienie empatii emocjonalnej, przekazywanie systemów wartości przez właściwe wychowanie oraz umiejętność komunikowania się. Należy również uwzględnić cechy osobowości. Poprawa pozycji w społeczeństwie osób z niepełnosprawnością intelektualną zależy od rozwoju ich kompetencji społecznych. Wpływ na rozwój kompetencji mają czynniki zewnętrzne i wewnętrzne. Do zewnętrznych czynników zaliczamy rodzinę, rówieśników i instytucje. Czynniki wewnętrzne to przede wszystkim procesy psychiczne i cechy osobowościowe [9]. Osoby dorosłe z niepełnosprawnością intelektualną, tak samo jak osoby sprawne, potrafią zdobywać nowe umiejętności i zachowania. Należy im stworzyć warunki do rozwijania zainteresowań, kontaktów towarzyskich, rehabilitacji i terapii zajęciowej. Trzeba umożliwić osobom z dysfunkcją intelektualną naukę planowania własnego dnia, praktykowanie codziennych czynności [10]. Niepełnosprawność niesie ze sobą pewne ograniczenia, gdzie „zakres ludzkiej aktywności zostaje pomniejszony” [11]. W 2001 roku Światowa Organizacja Zdrowia stworzyła nową klasyfikację osób niepełnosprawnych. Określiła niepełnosprawność jako „wielowymiarowe zjawisko, wynikające ze wzajemnych oddziaływań pomiędzy ludźmi a ich fizycznym i społecznym otoczeniem” [12]. Nieadekwatność wymagań społecznych w stosunku do możliwości osoby niepełnosprawnej intelektualnie stwarza dla niej największy problem. Jak pisze Kościelska (2012), organizowane formy wsparcia rzadziej mobilizują osoby z niepełnosprawnością do samodzielności, niż sytuacje życiowe czy zbieg okoliczności [13]. W swojej pracy Kirenko (2007) przedstawia modele niepełnosprawności. W wymiarze niepełnosprawności medycznej człowiek traktowany jest jako pacjent z osobistą tragedią, który wymaga fachowej interwencji i kontroli osiągnięć. Wymiar społeczny niepełnosprawności postrzega osobę niepełnosprawną jako konsumenta równoważnego z pełnosprawną jednostką. Problem niepełnosprawności intelektualnej dotyczy całego społeczeństwa, konieczności usuwania barier architektonicznych i ekonomicznych, mentalnych i światopoglądowych. W wymiarze społecznym osoba z dysfunkcją intelektualną sama decyduje o swoim życiu, wymaga jedynie wsparcia i doradztwa [14].

Otoczająca rzeczywistość wymusza na nas kategoryzację i tworzenie stereotypów. Kreowanie stereotypów jest związane z napiętnowaniem pewnych grup społecznych. Niechęć wobec osób niepełnosprawnych intelektualnie, spowodowana schematycznym postrzeganiem tej grupy, uwypukla cechy stygmatyzujące usuwając w cień inne, o pozytywnym wydźwięku, jak dobroć, dokładność, sumienność. Pojawia się selektywność podziału społecznego na „my” i „oni”. Relacja między osobami z różnym stopniem sprawności intelektualnej najczęściej jest

krótka. Powodem jest dążenie osoby pełnosprawnej do zakończenia kontaktu z rozmówcą. Przyczyny takiej sytuacji są różnorokie, najczęściej źródłem takiej postawy jest niewiedza, a co za tym idzie, izolowanie się od odmienności. Komunikacja z osobą niepełnosprawną intelektualnie wymaga od człowieka sprawnego większego wysiłku i zaangażowania. W naturze człowieka jest jednak wybieranie prostszych rozwiązań i unikanie trudności. Pojawienie się w rodzinie osoby niesprawnej intelektualnie powoduje weryfikację poglądów na życie i przyszłość dziecka i całej rodziny. Często jednak rodzice poprzez swoją postawę przyczyniają się do stygmatyzacji dziecka, a później osoby dorosłej. Proces wychowywania dzieci niepełnosprawnych intelektualnie wymaga wsparcia instytucji i specjalistów. Rodzice często intuicyjnie wybierają różne formy kształcenia swoich dzieci i przygotowania do życia. Większość rodzin nie jest przygotowana na niepełnosprawność i czuje się osamotniona ze swoim problemem. Kompetencji nabywają przez cały okres wychowawczy i opiekuńczy nad niepełnosprawnym członkiem swojej rodziny. Ograniczają kontakty towarzyskie, obawiając się reakcji otoczenia na zachowania dziecka odbiegające od norm. Starają się ukryć odmiennosc swoich dzieci. Trudna jest również sytuacja rodzeństwa osoby niepełnosprawnej intelektualnie. Muszą zmagać się ze stereotypami utrwalonymi i powielanymi przez dzieci, których rodzice manifestują swoją niechęć i brak tolerancji dla niepełnosprawności. Rodzeństwo osób z dysfunkcją intelektualną dorastając przyjmuje różne role i postawy. Często przyjęcie roli opiekuna wiąże się z koniecznością konfrontacji z postawą współpartnera, który może mieć decydujący głos w tej sprawie. Sposób, w jaki rodzina radzi sobie z niepełnosprawnością zależy od wielu czynników. Znaczący wpływ mają możliwości finansowe, wzory moralne, umiejętności, jak również liczebność rodziny i ich stan zdrowia [15]. Jak donosi „Raport - kierunki aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością intelektualną” (przygotowany przez zespół ekspertów Stowarzyszenia na Rzecz Osób Niepełnosprawnych Promyk 31.10.2012r), osoby niepełnosprawne umysłowo traktowane są jako „globalnie nieprzystosowane do pracy”, a ogólnie panująca opinia głosi, że praca zarobkowa nie jest przeznaczona dla tych osób. Taka postawa wpływa destrukcyjnie na poczucie własnej wartości tych osób. Dodatkowo deprymująca jest postawa rodzin osoby niepełnosprawnej intelektualnie, które nie wierzą w jej możliwości. Autorzy raportu podają również, że w Polsce doradcy zawodowi nie są wyposażeni w narzędzia adekwatne dla osób z niepełnosprawnością intelektualną [16]. Innym problemem jest obawa rodzin osób niepełnosprawnych i samych osób niepełnosprawnych przed utratą świadczeń o charakterze zapomogowym. Często takie świadczenie socjalne jest znaczącym wsparciem dla rodziny [17].

Podsumowanie

Status osoby niepełnosprawnej intelektualnie w dalszym ciągu jest niższy od przeciętnej. Wpływ na taki stan rzeczy mają dyskryminujące i stygmatyzujące postawy społeczeństwa, które swoją wiedzę o niepełnosprawności niezmiennie czerpie ze stereotypowych wzorców. Przyczynia się do tego przedstawianie osób z niepełnosprawnością intelektualną, jako ofiar choroby lub bohaterów, którzy podejmują działania przekraczające ich kompetencje. Często media przedstawiają ludzi z niepełnosprawnością, jako obiekt akcji dobroczynnych. Istotna jest edukacja społeczeństwa. Przekaz medialny powinien pokazywać osoby niepełnosprawne w sposób naturalny. W większości społeczeństwo nie dostrzega korzyści płynących z integracji z osobami o ilorazie inteligencji poniżej ustalonych norm. Pomijany jest wymiar duchowy w komunikacji, wyrażanie pozytywnych emocji. Charakterystyczne jest, że problemami osób niepełnosprawnych interesują się osoby, które mają takich ludzi w rodzinie lub w najbliższym otoczeniu. Wieloletnie dążenie do izolacji osób niepełnosprawnych intelektualnie i przypisywanie cech stygmatyzujących są głęboko zakorzenione w społeczeństwie. Oduczanie z uprzedzeń i niechętnych postaw to długotrwały proces. Wydaje się, że obecnie najlepszym sposobem na godne funkcjonowanie osób niepełnosprawnych w społeczeństwie jest integracja. Ludzie niepełnosprawni intelektualnie mają takie same prawa i przywileje, zagwarantowane prawnie. Jednak często jest to ignorowane w relacjach społecznych. Występuje ciągły niedosyt środków potrzebnych do rewalidacji osób niepełnosprawnych.

Piśmiennictwo.

1. International Classification of Functioning, Disability and Health www.csioz.gov.pl/src/files/klasyfikacje/ICF_Polish_version.pdf, data pobrania 9.03.2015.
2. Kowalik S.: Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Wyd. Śląsk, Katowice 1999.
3. Larkowa H.: Postawy społeczne wobec osób z odchyleniami od normy [w:] Pedagogika rewalidacyjna, Hulka A. (red.). PWN, Warszawa 1988, 479.
4. Kościelak R.: Funkcjonowanie psychospołeczne osób niepełnosprawnych umysłowo. Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1996.
5. Bohner G., Wanke M.: Postawy i zmiana postaw. Gdańskie Wyd. Pedagogiczne, Gdańsk 2004.
6. Borzyszkowska H.: Dziecko upośledzone w rodzinie [w:] Pedagogika rewalidacyjna. Hulka A. (red.). PWN, Warszawa 1988, 16.

7. Kawczyńska-Butrym Z.: Niepełnosprawność - specyfika pomocy społecznej. Wyd. Śląsk, Katowice 1998.
8. Ostrowska A.: Niepełnosprawni w społeczeństwie. Postawy społeczeństwa polskiego wobec ludzi niepełnosprawnych. Raport z badań, Warszawa 1994.
9. Pileccy W i J.: Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej. Wyd. Naukowe WSP Kraków, Karków 1999.
10. Pilecki J.: Usprawnianie, wychowanie i nauczanie osób z głębszym upośledzeniem umysłowym. Wydaw. Naukowe WSP Kraków, Kraków 1998.
11. Kirenko J.: Oblicza niepełnosprawności. Wyd. Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej, Lublin 2006.
12. Wapiennik E., Piotrowicz R.: Niepełnosprawny – pełnosprawny obywatel Europy. UKIE, Warszawa 2002.
13. Kościelska M.: Przeżywanie własnej i cudzej dorosłości przez osoby z niepełnosprawnością [w:] Niepełnosprawność w zwierciadle dorosłości, Kijak R. (red.). Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012, 17-34.
14. Kirenko J.: Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności. Wyd. UMCS, Lublin 2007.
15. Taranowicz I.: Rodzina a problemy zdrowia i choroby [w:] Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny. Barański J., Piątkowski W. (red.). Wyd. Atut, Wrocław 2002, 112.
16. Raport - kierunki aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością intelektualną www.samodzielni.org.pl/wp-content/plugins/download.../download.php?id., data pobrania 09.03.2015
17. Jurgielewicz – Wojtaszek M., Pawlak M.: Wpływ zainteresowań na kształtowanie się drogi zawodowej młodzieży upośledzonej umysłowo w stopniu lekkim [w:] Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną t. 2, Wybrane problemy społecznego funkcjonowania oraz rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną, Janiszewska – Niścioruk Z., (red). Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2004, 65-73.

Twardowska – Rajewska Jolanta

Relacje międzypokoleniowe – dziadkowie – wnuki: konflikt czy współpraca

Pracownia Edukacji Zdrowotnej, Wydział Studiów Edukacyjnych, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Wstęp

Epoka ponowoczesności ze swoją kulturą instant wkroczyła również w życie ludzi, będących w okresie średniej i później dojrzałości [1].

Globalizacja (obejmująca informację - mass media, kulturę, miejsce zatrudnienia, transport i handel, bankowość, żywność), nowe technologie informatyczne, rewolucja cyfrowa powodują, że świat dla seniorów stał się niezrozumiały, obcy, a nawet wrogi. Szczególnie w państwach post – socjalistycznych, gdzie zniknął „parasol socjalny”, dający przewidywalność i bezpieczeństwo jutra (kosztem ograniczenia wolności jednostki) osoby starsze nie mogą się odnaleźć w nowej rzeczywistości. Są bierne, roszczeniowe, charakteryzujące się tzw. wyuczoną bezradnością. Mimo niskich świadczeń emerytalnych ich aktywność zawodowa jest znikoma [2]. Z jednej strony przyczyną tego zjawiska jest dyskryminacja ze względu na wiek w obszarze zatrudnienia osób na emeryturze [3].

Z drugiej, niski odsetek osób 60+ pragnących powrócić na rynek pracy podejmuje naukę w celu: doskonalenia zawodowego (np. studia III st, nauka języka obcego, obsługi komputera), przekwalifikowania (np. z tancerki klasycznej na choreografa czy instruktora tańca, z pielęgniarki anestezyjologicznej do higienistki szkolnej) czy przezawodowienia (nauczycielka staje się opiekunką osoby starszej, niepełnosprawnej czy agentem ubezpieczeniowym).

Niezbyt liczne osoby starsze, bowiem rozumieją potrzebę permanentnej edukacji zawodowej i pozazawodowej, aby sprostać wyzwaniom codzienności: obsłużyć nowy sprzęt kuchenny, nowy telewizor, kuchenkę mikrofalową czy telefon komórkowy, uniknąć wykluczenia cyfrowego. Stąd też fundamentalne znaczenie odgrywa edukacja permanentna – całożyciowa, pozwalająca uniknąć marginalizacji, spowodowanej zdezaktualizowaniem się posiadanej wiedzy (analfabetyzm funkcjonalny) [4].

Wprawdzie coraz liczniej pojawiają się kursy, warsztaty, szkolenia dla osób 50+ czy starszych, organizowane w ramach projektów lokalnych, regionalnych, krajowych czy

unijnych. Aktywność w tym obszarze wykazują również kluby seniora – przykładowe, osiedlowe, przyparafialne, uniwersytety trzeciego wieku i wiele innych. Jednak korzystają z nich częściej kobiety, bardziej skłonne do aktywności edukacyjnej czy partycypacji kulturalnej i działalności społecznej (wolontaryjnej).

Najkorzystniejsze - naturalne przekazywanie „nowej wiedzy” międzypokoleniowo w rodzinach odgrywa coraz mniejszą rolę z powodu zaniku wielopokoleniowości rodzin (atomizacja) lub zaniku więzi między przedstawicielami różnych pokoleń [1]. Relacje są niesatysfakcjonujące dla seniorów - dziadków, ale również dla młodych – wnuków [5].

Wydaje się, że zarówno starzy, jak i młodzi muszą nauczyć się umiejętności komunikowania się, negocjowania i mediowanie wspólnych rozwiązań, w atmosferze porozumienia i szacunku dla adwersarza.

Seniorzy muszą zaakceptować fakt, że tytuł babci czy dziadka oraz siwizna nie wystarczają, aby dyktować i egzekwować swoje warunki. Dziś trzeba być atrakcyjnym partnerem w układzie, trzeba zapracować sobie na szacunek, uznanie, podziw wnuków. A to wymaga adaptabilności relacyjnej.

Niezbędna jest „nowa umowa społeczna”: wzajemne porozumienie i świadczenie sobie wsparcia i pomocy na równych prawach w atmosferze szacunku i tolerancji. Dziadkowie będą mieli możliwość podzielenia się swoim doświadczeniem, mądrością życiową, tradycją i historią rodzinną z wnukami, wnuki cierpliwie poprowadzą dziadków przez meandry nowych technologii.

Cel pracy

Celem naszej pracy było zbadanie, czy dziadkowie i wnuki mają podobne zasady i wartości życiowe oraz ogląd świata, w jakim stopniu darzą się zaufaniem i wzajemnie udzielają sobie wsparcia i pomocy.

Material i metoda

W grudniu 2014 r., metodą sondażu diagnostycznego, przebadano grupę 30 osób: 15 – z pokolenia dziadków, 15 – z pokolenia wnuków, zamieszkujących średnie i małe miasto oraz wieś w Wielkopolsce.

Jako narzędzie zastosowano kwestionariusz wywiadu (ankieta przeprowadzana przez badającego). Ankieta składała się z 5 pytań metryczkowych i 12 pytań właściwych ankiety.

Wyniki

Pytania metryczkowe

- **Płeć i wiek: dziadkowie:** 8 kobiet i 7 mężczyzn w **wieku:** 66-75 lat – 9 osób, > 75. r.ż – 4 osoby, < 65. r.ż. – 2 badanych

- **Zamieszkiwanie** - w większości na wsi (7 osób) i w małym mieście (6 osób)
- **Wykształcenie** podstawowe posiadało 9 seniorów, zawodowe - 5
- Większość żyła w **rodzinie** 2-pokoleniowej (8 badanych), rzadziej jednopokoleniowej (4 osoby), zaś samotnie – 3 respondentów
- **Płeć i wiek: wnuki:** 9 dziewcząt i 6 chłopców w **wieku** 14-19 lat – 10 osób, < 13 lat – 3 osoby, > 20 lat - 2 osoby
- **Zamieszkiwanie:** wieś – 7 badanych, małe miasto – 5, średnie miasto – 2 badanych
- **Rodzeństwo:** jednego brata lub siostrę – posiada 6 badanych młodych, dwójkę rodzeństwa – 3 badanych , troje i więcej – 2 osoby, jedynekami były 3 osoby

Pytania ankiety

Kontakt dziadków z wnukami : miał miejsce zazwyczaj kilka razy w tygodni (8 odpowiedzi na 15 badanych), rzadziej codziennie (5/15) lub najrzadziej – „kontakt był okazjonalny” (2/15)

Pomoc uzyskiwana od wnuków – najczęściej pomoc udzielana była codziennie (w formie zakupów i wykonywania prac domowych) - 9 wyborów na 15 odpowiedzi lub sporadycznie (5/15); w jednym przypadku senior nie korzystał z żadnej pomocy

Formy pomocy uzyskiwane ze strony wnuków: codzienna pomoc w formie zakupów i prac domowych (7/15), w formie rozmowy (5/15) lub wspólnego spaceru (3/15)

Udział dziadków w wychowaniu - wnuki oceniają wysoko: najczęściej jest to pomoc w rozwiązywaniu problemów życia codziennego (7/15), nieco rzadziej – wsparcie emocjonalne, kiedy to wnuki traktują dziadków, jako przyjaciół i autorytety, a nawet partnerów (4/15). Brak lub incydentalny udział wybrało tylko po 2 badanych wnuków

Stosowanie ograniczeń przez dziadków wobec wnuków: Dziadkowie podają, że przyczyną stosowanych ograniczeń jest ochrona wnuków przed niebezpieczeństwem (8/15), ochrona przed ryzykownym stylem życia (4/15) i przed złym towarzystwem kolegów (3/15). W odpowiedziach wnuków wybory są podobne: zaobserwowali oni, że najczęstszym powodem stosowania ograniczeń wobec nich przez dziadków była intencja, aby chronić ich przed niebezpiecznymi zdarzeniami (6/15), ryzykownym stylem życia (8/15) i złym towarzystwem kolegów (4/15)

Przekonanie wśród dziadków o konieczności **stosowania ograniczeń wobec wnuków:** są niezbędne – tak uważa 7/15 badanych lub częściowo niezbędne (5/15). Wnuki sądzą, że ograniczenia stosowane przez dziadków są dla nich szkodliwe, gdyż ograniczają

swobodny ich rozwój (7/15); mniejsza liczba badanych wnuków uważa, że są niezbędne (4/15) lub częściowo niezbędne(4/15)

Otoczający świat – dziadkowie postrzegają, jako nieprzewidywalny (7/15), rzadziej, że zależy od nich samych (4/15). Wnuki przeważnie widzą świat, jako zależny od nich samych (8/15), rzadziej, jako nieprzewidywalny (5/15).

Zaufanie do ludzi – wg dziadków można mieć tylko w ograniczonym stopniu (7/15) lub nie można nikomu ufać (5/15). Wnuki najczęściej uważają, że należy dać każdemu człowiekowi kredyt zaufania, bo ludzie są dobrzy i mają dobre intencje (10/15); mniejsza grupa badanych wnuków sądzi, że zaufanie można mieć, lecz tylko w ograniczonym zakresie (4/15)

Zaufanie dziadków do wnuków - najczęściej ograniczone deklaruje 7/15 badanych seniorów, nieograniczone – mniej, bo 3/15, zaś brak zaufania 5/15 badanych. Co zaś sądzą wnuki nt. zaufania dziadków do nich: dziadkowie mają najczęściej ograniczone zaufanie (8/15) , rzadziej nieograniczone (4/15) lub wykazują zupełny brak zaufania (3/15).

Angażowanie dzieci w konflikty rodzinne – zdaniem dziadków – dzieci nie wolno angażować w konflikty, które ich nie dotyczą (8/15) i nie zaznajamiać z konfliktami pozarodzinnymi (3/15). Wnuki zgodnie z tym twierdzą, że nie są włączane do konfliktów, które nie dotyczą ich bezpośrednio (7/15) i nie są zaznajamiani z konfliktami zewnętrznymi rodziny (3/15).

Zapewnienie młodym markowej odzieży i gadżetów: dziadkowie sądzą, że jest to słuszne, uzasadniając: „niech będą szczęśliwe mając to, czego myśmy nie mieli w dzieciństwie” (11/15). Wnuki prawidłowo odczytują intencje dziadków (6/15), ale też drugim atutem podnoszonym dla uzasadnienia tej racji jest ochrona przed dyskryminacją ze strony rówieśników (5/15).

Zasady życiowe – najważniejsze, zdaniem dziadków, to „nauka – wiedza – studia – ciekawa praca” (8/15) oraz rzadziej wybierana odpowiedź „pryzwoitość- zasady – wartości”(5/15). Wnuki podobnie uważają, że dziadkowie preferują w życiu „wykształcenie – wiedzę – studia – ciekawą pracę” (9/15), rzadziej zaś - ”dobry zarobek bez wykształcenia” (4/15).

Tryb życia - który preferują dziadkowie jest zazwyczaj” tradycyjny” (10/15), rzadko określany jako „zdrowy” (3/15) czy „ambitny” (2/15). Wnuki określają tryb życia dziadków podobnie: jako „tradycyjny” (12/15), rzadko „zdrowy” (3/15) .

Omówienie

WEDŁUG Szczepańskiego rodzina to” *grupa złożona z osób połączonych stosunkiem małżeństwa i rodzicielskim. Rodzina oparta jest na stałych wzorach postępowania i wzorach wzajemnych oddziaływań*” [1]. Obserwowane w ostatnich dziesięcioleciach przemiany demograficzne, ekonomiczne i społeczne spowodowały rozpad rodzin wielopokoleniowych i tym samym utratę pełnienia funkcji opiekuńczych wobec słabszych jej członków – dzieci i seniorów. Osoby starsze oczekują wsparcia emocjonalnego, fizycznego, a często i materialnego i coraz rzadziej mogą na nie liczyć.

Obserwujemy kryzys solidarności intergeneracyjnej, utożsamianej ze sprawiedliwością międzypokoleniową [6]. Pojęcie to oznacza zaspakajanie potrzeb dzisiejszych generacji bez ograniczania zdolności przyszłych pokoleń do zaspakajania swoich potrzeb. Starzenie demograficznie oznacza narastanie współegzystencji kilku pokoleń, przy czym długie życie wiąże się z narastającymi kosztami leczenia i opieki nad osobami starszymi, zazwyczaj o ograniczonej sprawności. Wymusza to myślenie kategoriami ekonomizacji działań, tzn. jak zarządzać społeczeństwem dziś, aby nie ograniczać znacząco możliwości rozwoju przyszłych pokoleń (ekologizm), jak przygotować się do przyszłości, aby dziś najstarsze pokolenie poprzez swoją nadmierną konsumpcję nie zaciągało kredytu u przyszłych pokoleń (kryzys systemu świadczeń emerytalnych).

Jak zatem powinien wyglądać współczesny kontrakt międzypokoleniowy? To pytanie nurtują społeczność współczesnego świata.

Między członkami rodziny panują określone relacje, łączą ich więzy. O więziach rodzinnych świadczy m.in. wspólne zamieszkiwanie i transfer przepływów międzypokoleniowych.

Według badań POLSENIOR [7] w grupie osób w wieku 65 – 80 lat w formalnym związku pozostawało 62,5% seniorów, (w tym mężczyzn: 81%, zaś kobiet tylko 44% ze względu na nasilone wdowieństwo kobiet - aż 49% wdów). Osoby mieszkające samotnie stanowiły 18%, z partnerem 31%, bez partnera, lecz z: dziećmi – 8%, z dziećmi i wnukami – 7%, tylko z wnukami 0,8% (pozostał odsetek stanowią inne, rzadziej występujące rodzinne formy zamieszkiwania).

W naszej grupie badawczej najczęstszą formą zamieszkiwania seniorów była rodzina dwupokoleniowa – z dziećmi (53%), rzadziej jednopokoleniowa (z partnerem 26%), najrzadziej – zamieszkiwanie samotnie (20%). Widoczna jest tu różnica: nasi badani częściej mieszkają ze swoimi dorosłymi dziećmi (53% versus 8% w bad. POLSENIOR).

Częstość kontaktów seniorów z wnukami (niezależnie od miejsca zamieszkania) może świadczyć o jakości więzi rodzinnych [9].

W badaniach POLSENIOR seniorzy spotykają się częściej aniżeli 1x w miesiącu z wnukami (i ewent. z ich partnerami), tak zadeklarowało średnio - 55% badanych osób starszych (wieś 58%, średnie miasto 52%)

W naszych badaniach aż 53% wnuków kontaktowało się z dziadkami kilka razy w tygodniu, zaś codziennie - co trzeci badany wnuk. Kontakt okazjonalny deklarowało najmniej, bo ok.13%. A zatem w naszych badaniach więzi rodzinne, przynajmniej, jeśli chodzi o częstość spotkań, jawią się bardziej optymistycznie w stosunku do badań krajowych, choć mała grupa badawcza nie upoważnia do bardziej kategorycznych stwierdzeń.

Pomoc. Transfery międzypokoleniowe

Szatur - Jaworska podaje, że wstępni (dzieci seniorów) oferują starym rodzicom opiekę, sporadycznie pomoc finansową (opłacanie usług opiekuńczych). Regularną pomoc pielęgnacyjną deklaruje ponad 20% wstępnych, pomoc w pracach domowych i zakupach – 56%, pomoc finansową, mieszkaniową i rzeczową – łącznie ponad 42% [2].

W naszych badaniach najczęstszą formą pomocy ze strony wnuków była pomoc w pracach domowych – codzienna, najrzadziej - pomoc finansowa.

Zstępni – dziadkowie często dokonują transferów materialnych (spadki, pomoc finansowa, wydatki edukacyjne, pożyczki) oraz „w naturze” (udostępnienie mieszkań, usługi opiekuńczo – wychowawcze) [2].

W badaniach POLSENIOR seniorzy są oferentami następujących form pomocy: prowadzenie gospodarstwa domowego i pomoc dzieciom (46-62%), pielęgnacja i opieka nad wnukami (17-27%), udostępnianie mieszkania dzieciom (58-79%), wnukom (23-33%), wsparcie psychiczne udzielane badanych dzieciom (55-60%), wnukom (13-24%).

W naszych badaniach najczęstszymi formami pomocy dla wnuków ze strony dziadków była pomoc w codziennym życiu, (blisko w 50% badanych), a także wsparcie emocjonalne.

Za przyjaciół i autorytety uważa swoich dziadków ponad 25% badanych wnuków. Tylko nieliczni nie otrzymują od dziadków żadnej pomocy.

W badaniach Halickiej i Pędicha, seniorzy uważają, że młodzi mogliby się od starszych wiele nauczyć (tak sądzi 43 – 61% badanych seniorów w wieku 65-79 lat). Również doświadczenie życiowe zdaniem seniorów może przydać się młodym (tak sądzi 66 – 87% badanych w tej grupie wiekowej) [8].

Wspólne przebywanie dziadków i wnuków obejmuje również okres wakacji – wspólnych wyjazdów. Jest to częste zjawisko, jednak Zawadzka podkreśla obok zalet również pewne zagrożenia [8].

Ograniczone zaufanie dziadków obejmuje również wnuki, które odczuwają taki stosunek dziadków do siebie. Jest to odzwierciedlenie troski o młodych, którzy „bez nadzoru” mogą popełniać nieodżałowane błędy.

Od wieków starsi tłumaczą swą postawę „chęcią przekazania doświadczenia i zaoszczędzenia młodym rozczarowań i klęsk”, choć wiadomo, że na cudzych błędach nie można się nauczyć.

Udział dziadków w wychowaniu wnuków

Jak pisze Segiet, *„rodzina powinna stanowić środowisko pielęgnacji wartości i mimo narastających wymogów dnia codziennego nie jest zwolniona z obowiązku wnikliwego śledzenia i ochrony nad rozwojem wszystkich swoich członków rodziny, dobrej organizacji życia i odpowiedzialnego postępowania wychowawczego... Rodzina to wspólnota, w której stary człowiek nie powinien czuć się osamotniony ... Zaradzić temu zjawisku mogą kontakty z dziećmi”*. Niestety, w zatimizowanej rodzinie słabną więzi emocjonalne i pojawia się osamotnienie, szczególnie dotyczące osoby starsze [9,10].

Konieczne są zatem działania zapobiegające utracie więzów i odtwarzające je. Aby to było możliwe, dziadkowie i wnuki muszą się lepiej poznać (paradoksalne!), wzajemnie wysłuchać, zrozumieć, zaakceptować swą niewątpliwą inność.

Fundamentalnym problemem jest inność w zakresie wartości, postaw, stosunku do przeszłości, teraźniejszości, wizja przyszłości.

Niestety, zarówno starsi, jak i młodzi oceniają się wzajemnie w oparciu o stereotypy, zazwyczaj fałszywe lecz silnie utrwalone [5,10].

Trudno zaprzeczyć, że dziadkowie mają zawsze najlepsze intencje, pragną dla wnuków wszelkiej pomyślności w życiu. Drogi i sposoby dochodzenia do tej pomyślności są jednak różne w wyobrażeniu starszych i młodych. Tym bardziej, że ogląd świata i stosunek do napotkanych ludzi często różnią się diametralnie.

I tak, na pytanie o przyczynę stosowania przez dziadków ograniczeń wobec wnuków, była to troska o ochronę ich: przed niebezpiecznymi zdarzeniami, ustrzeżenie wnuków przed złym towarzystwem kolegów oraz ryzykownymi zachowaniami. Wybory odpowiedzi w obu grupach były zbliżone, a więc widzimy, że serdeczna intencja dziadków została zrozumiana i doceniona przez wnuki.

Dziadkowie są przekonani, co do niezbędności (zawsze lub często) stosowania ograniczeń, zaś wnuki nie zgadzają się z tym stanowiskiem uważając, że to ogranicza ich swobodny rozwój.

Dziadkowie i wnuki różnią się w ocenie świata: dziadkowie częściej widzą jego „nieprzewidywalność” aniżeli wnuki. Przeciwnie – wnuki częściej sądzą, że świat zależy od nich samych, zaś dziadkowie mają poczucie sprawstwa tylko w 1/4 badanych.

Stosunek do świata dziadków i wnuków też pokazuje różnice: dziadkowie deklarują ograniczone zaufanie lub brak do innych, odwrotnie zaś wnuki – sądzą, że każdemu należy dać kredyt zaufania, którego należy mu udzielić.

Wydaje się, że przyczyna tkwi w innych doświadczeniach życiowych: dziadkowie to pokolenie wojenne lub narodzone i wychowane w Polsce Ludowej, socjalistycznej, wnuki – przyszły na świat już w innych realiach politycznych, gospodarczych, społecznych i światopoglądowych, stąd nieufność i ostrożność seniorów w opozycji do wiary graniczącej z naiwnością u młodych, którzy jeszcze nie zdążyli zawieść się na człowieku.

Troska o wnuki obejmuje też postawę dziadków izolowania ich od problemów domowych i konfliktów, co prawidłowo odczuwają i interpretują też młodzi.

Jeśli chodzi o dobra materialne, dziadkowie przeważnie sądzą, że słusznym jest zaopatrywanie młodych w markową odzież i inne kosztowne przedmioty, którymi oni na tym etapie życia nie mogli dysponować. I tu ponownie przyczyna tkwi w nieporównywalnych realiach, w których wychowywali się starsi, nie mogąc zrealizować swoich potrzeb, tęsknot, marzeń.

W obszarze wartości i zasad życiowych, ocena dziadków i wnuków jest zbliżona: oba pokolenia podkreślają wartość nauki, wiedzy, studiów, ciekawej pracy (ponad połowa odpowiedzi w obu grupach). Dobry zarobek, jako cel życiowy, preferują jednostkowo.

Według badań Wiechetka, Zarzyckiej i Steuden znaczący jest udział starych w kształtowaniu młodego pokolenia. Wysoką pozycję zajmuje „uczenie wartości prawdy i dobra” (58%), „przekazywanie wzorców, norm i wartości” (55%), a także uczenie: radzenia sobie w życiu, wytrwałości, cierpliwości, pracy nad sobą [11].

Można zadać pytanie, czy kontakty międzypokoleniowe (w rodzinie) są na tyle intensywne, akceptowalne i satysfakcjonujące obie strony, że dziadkowie mają sposobność nie tyle przekazywać ile „przemycać między wierszami ” pożądany system wartości wnukom, będących pod władzą obfitości zajęć pozalekcyjnych, mass mediów, Internetu? Tym bardziej, że styl życia obu pokoleń zazwyczaj różni się zasadniczo. Dziadkowie pędzą tryb życia „tradycyjny” (w zgodnej opinii dziadków i wnuków), bardzo rzadko „zdrowy”, czy tym

bardziej "ambitny"- edukacyjny - UTW. Zatem różnice w oglądzie świata mogą być dla obu pokoleń zasadnicze, włączając dodatkowo analfabetyzm funkcjonalny seniorów (nowe media, nowe technologie).

Wnioski

Wyniki naszych badań przedstawiają się optymistycznie: panuje duża zgodność wypowiedzi z wyłączeniem: kwestii wychowawczych (zalecane przez dziadków ograniczenia wobec wnuków), stosunku do świata i drugiego człowieka (nieufność i brak poczucia sprawstwa ze strony starszych przeciw preferowanym swobodom wychowawczym i zaufaniu do świata ze strony wnuków).

Kontakt wnuków z dziadkami jest zadowalający, jak również mogą oni liczyć na pomoc młodych. Udział dziadków w życiu wnuków jest ważny, przeważnie dostrzeżony i doceniony.

Zapewne miejsce przeprowadzanych badań (małe liczebnie aglomeracje), gdzie może jeszcze panować „klimat minionych dziesięcioleci” w ich pozytywnym aspekcie, nadaje tym badaniom specyficzny (subiektywny?) rysunek. A może w rzeczywistości jest lepiej aniżeli alarmistycznie głoszą mass media o tragicznych konsekwencjach atomizacji rodziny w epoce ponowoczesność?

Piśmiennictwo

1. Melosik Z.: Kultura instant – paradoksy pop-tożsamości [w:] Edukacja. Społeczne konstruowanie idei i rzeczywistości. Cyłkowska-Nowak M. (red). Wyd. Wolumin s.c., Poznań 2000, 372-385.
2. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M.: Podstawy gerontologii społecznej. Wyd. ASPRA-JR, Warszawa 2006.
3. Tokarz B.: Stop dyskryminacji ze względu na wiek. Wyd. Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce. Warszawa 2006.
4. Jankowski D., Przyszczykowski K., Skrzypczak J.: Edukacja dorosłych. Wyd. Naukowe UAM, Poznań 2008.
5. Twardowska-Rajewska J.: Stygmat starości z perspektywy młodości [w:] W drodze do brzegu życia. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R, Lewko J., Kułak W. (red). Tom IX, Wyd. Naukowe o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok 2013, 575-583.

6. Szukalski P.: Czym jest solidarność międzypokoleniowa? [w:] Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej. Kałuża D., Szukalski P. (red.). Wyd. Biblioteka, Łódź 2010, 74-91.
7. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P.: POLSENIOR. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Wyd. TerMedia, Poznań 2012, 419- 466.
8. Dzięgielewska M.: Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych. Wyd. Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź 2000.
9. Segiet K.: Miejsce człowieka starego w codzienności rodzinnej [w:] Starość w perspektywie studiów pedagogicznych, Tokaj A. (red.). Wyd. Wyższej Szkoły Humanistycznej w Lesznie, Leszno 2008, 56-68.
10. Słupska – Kwiatkowska K.: Młodzi – starsi. Wzajemne relacje między pokoleniami. [w:] Starość w perspektywie studiów pedagogicznych. Tokaj A. (red.). Wyd. Wyższej Szkoły Humanistycznej w Lesznie, Leszno 2008, 69-85.
11. Wiechetek M., Zarzycka B., Steuden S.: Percepcja roli i znaczenia ludzi starszych w wychowaniu młodego pokolenia [w:] Starzenie się a satysfakcja z życia, Steuden S., Marczuk M. (red.). Wyd. KUL, Lublin 2006, 217-228.

**Burak Anna^{1,2}, Kłopocka Maria¹, Cierznikowska Katarzyna³, Dembna Iwona²,
Zacniewski Robert⁴**

Pacjent bezdomny - od nietolerancji do dyskryminacji

1. Katedra Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy
2. Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej, UMK Collegium Medicum w Bydgoszczy, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy
3. Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy
4. Klinika Alergologii, UMK Collegium Medicum w Bydgoszczy, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy

Wstęp

Sytuacja pacjentów bezdomnych w placówkach ochrony zdrowia powinna być rozpatrywana w szerokim kontekście społecznym. Jest ona, bowiem, odzwierciedleniem ogólnie prezentowanego stosunku ludzi do wszelkiej odmienności.

W polskim społeczeństwie dyskryminacja opiera się na stereotypach, nietolerancji i stygmatyzacji ludzi, w tym również biednych i bezdomnych. U podłoża dyskryminacji bezdomnych leży przekonanie, że są oni ludźmi gorszymi, o mniejszej wartości, co pociąga za sobą także postać zinstytucjonalizowaną, przejawiającą się nie do końca właściwym traktowaniem przez przedstawicieli instytucji, szczególnie tych z założenia powołanych do udzielania pomocy [1].

Istnieją różne formy, przejawy, a także rodzaje dyskryminacji, która jest zjawiskiem wieloaspektowym i na tyle złożonym, że do tej pory nie udało się jednoznacznie wyeliminować tego, z całą pewnością negatywnego zjawiska z życia społecznego.

Według Tabernackiej, dyskryminacja to niesprawiedliwe traktowanie pewnych grup społecznych lub osób, warunkowane ich przynależnością grupową. Ryzyko dyskryminacji związane jest z tym, że stereotypy na ogół zniekształcają sposób postrzegania [2].

Dyskryminacja oznacza nierówne traktowanie prawnie nieusprawiedliwione i nieuzasadnione obiektywnymi przyczynami i dzieli się na dyskryminację bezpośrednią i pośrednią. Dyskryminacja bezpośrednia oznacza zamierzone i zorganizowane działania mające na celu ograniczenie lub zamknięcie dostępu do środków zaspokajania potrzeb i

pozycji, które pozwalają je uzyskiwać, natomiast dyskryminacja pośrednia istnieje wtedy, gdy pewne działania mają dyskryminujące konsekwencje, chociaż nie to było ich intencją [3].

Można, więc powiedzieć, że dyskryminacja pośrednia jest efektem nierówności ugruntowanej już wcześniej, a jej stosowanie nie jest w pełni uświadomione.

Istotę rozważań nad relacją personel medyczny - pacjent bezdomny stanowi diagnoza sytuacji, w jakich dochodzi do ich wzajemnego oddziaływania oraz analiza przyczyn zaburzeń tej relacji.

Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. definiuje osobę bezdomną, jako „osobę niezamieszkujejącą w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowaną na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych, a także osobę niezamieszkujejącą w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania” [4].

Z całą pewnością należy podkreślić, że sam fakt braku stałego miejsca zamieszkania nie jest determinantem zaburzeń w kontaktach z personelem medycznym. Sytuacja trudna pojawia się zwykle wtedy, gdy pacjentami stają się ludzie dotknięci bezdomnością *sensu stricto*, czyli nie posiadają żadnego stałego miejsca schronienia, prowadzą tułaczy styl życia, prezentują przynajmniej pozorną akceptację swojej sytuacji życiowej, spowodowaną najczęściej różnego rodzaju indywidualnymi patologiami. Skutkiem długotrwałego znajdowania się w stanie skrajnej bezdomności jest bardzo często niski poziom potrzeb i aspiracji życiowych oraz daleko idące zaburzenia więzi społecznych, w tym także zawierania i utrzymywania kontaktów interpersonalnych [5].

Specyfika pracy personelu medycznego z tą grupą chorych wynika z określonych cech, jakimi w znacznej części charakteryzują się osoby bezdomne. Skrajnie zły stan higieniczny, wyniszczenie, hipotermia, alkoholizm, wszawica, świerzb, owrzodzenia, a także schorzenia neurologiczne, to główne problemy zdrowotne tej grupy chorych [6,7].

Agresja w stosunku do personelu szpitala, do siebie oraz innych pacjentów to drugi aspekt charakterystyczny dla chorych z problemem bezdomności [8]. Warto podkreślić, że trafiają oni do szpitala głównie z powodu nadużycia alkoholu, często niekonsumpcyjnego oraz drobnych urazów. Część z tych osób wraca do szpitalnych oddziałów ratunkowych wielokrotnie, a ich oczekiwania, co do rodzaju pomocy ograniczają się do zapewnienia im noclegu i posiłku. Niechętnie poddają się zabiegom higienicznym, często nie wyrażają zgody na proponowane im lub bezwzględnie konieczne procedury pielęgnacyjno – lecznicze.

Założenia i cel pracy

Marginalizacja społeczna i utrudniony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej ludzi bezdomnych oraz nieprzychylnie traktowanie pacjentów bezdomnych przez personel medyczny szpitali, w rzeczywistości jest jedynie odzwierciedleniem stosunku większości społeczeństwa do tej grupy ludzi i stanowi w konsekwencji kolejny przyczynek do jeszcze większej jej alienacji i wykluczenia.

Celem badań była identyfikacja przejawów nierównego traktowania pacjentów bezdomnych przez pracowników medycznych oraz wyjaśnienie przyczyn tego zjawiska.

Material i metody

Badania przeprowadzono w styczniu 2015 roku, w grupie 112 pielęgniarek i ratowników medycznych, zatrudnionych w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz wybranych oddziałach szpitalnych Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy: ortopedii, chirurgii, neurochirurgii oraz dwóch oddziałach internistycznych.

Wybór oddziałów był celowy z uwagi na największą liczbę hospitalizowanych tam pacjentów bezdomnych.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego.

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 15 pytań zamkniętych. Kwestionariusz był anonimowy. Wszyscy badani wyrazili zgodę na udział w badaniu.

Opisową analizę wyników przedstawiono w postaci tabel i rycin zawierających odpowiednio: liczebności i odsetek uzyskiwanych odpowiedzi. Do analiz statystycznych wykorzystano nieparametryczne testy istotności różnic dla grup niezależnych. Za istotną statystycznie zależność między zmiennymi uznano, odpowiadający otrzymanej statystyce, poziom istotności $p < 0,05$. Pozyskane dane zostały opracowane za pomocą programów: Microsoft Excel i Statistica PL.

Wyniki badań

Grupę badaną stanowiło 99 pielęgniarek i 13 ratowników medycznych.

Wśród badanych było 100 kobiet i 12 mężczyzn.

Personel pracujący w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) stanowił 40,2% badanych, pozostałe 59,8%, to personel z oddziałów szpitalnych (Tab. I). Wszyscy ratownicy medyczni byli członkami zespołu SOR.

Ponad połowa badanych (54,4%) miała wykształcenie wyższe, w tym 21,4% - licencjackie.

Najliczniejsza była grupa badanych w przedziale wiekowym 41 - 50 lat (45,5%), nieco mniejsza, w przedziale wieku 31 - 40 lat (29,5%).

Blisko połowa pracowników (48,2%) miała ponad 20-letni staż pracy w szpitalu. Żaden z badanych nie pracował w szpitalu krócej niż rok (Tab. II).

Tabela I. Miejsce zatrudnienia badanych

Zatrudnienie na oddziałach szpitalnych	N	%	%
szpitalny oddział ratunkowy	45	40,2	40,2%
oddziały internistyczne	27	24,1	59,8%
oddział chirurgii	16	14,3	
oddział ortopedii	9	8,0	
oddział neurochirurgii	15	13,4	

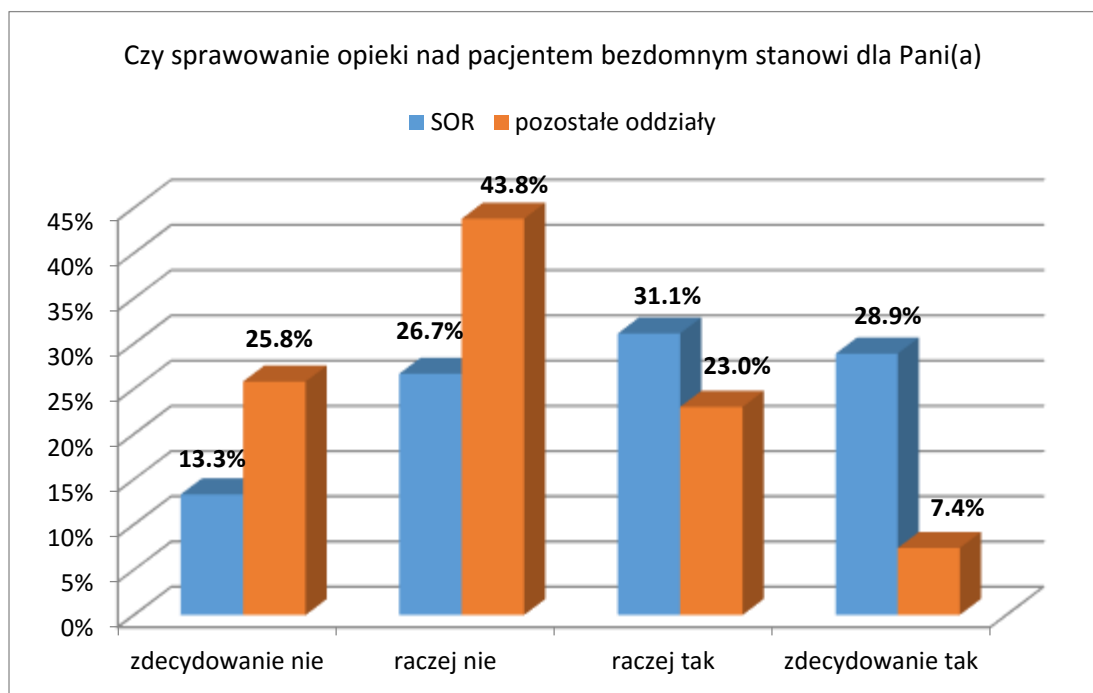
Tabela II. Staż pracy w szpitalu

Staż pracy w szpitalu	N	%
poniżej roku	0	0
1-5 lat	12	10,7
6-15 lat	26	23,2
16-20 lat	20	17,9
>20 lat	54	48,2

Na pytanie, czy sprawowanie opieki nad pacjentem bezdomnym stanowi dla Pani(a) problem, liczba skrajnych odpowiedzi: zdecydowanie tak i zdecydowanie nie była podobna,

odpowiednio: 17% i 20,5%. Różnica dotyczy odpowiedzi pośrednich: 25% badanych – wskazuje, że raczej ma problem ze sprawowaniem opieki nad bezdomnymi, a 37,5%, raczej takich problemów nie ma.

Nieco inaczej wyglądają dane, jeśli weźmiemy pod uwagę miejsce zatrudnienia pracowników. Dla pracowników SOR sprawowanie opieki nad pacjentem bezdomnym stanowi dwa razy większy problem niż dla personelu pozostałych oddziałów (Ryc. 1). Różnica jest istotna statystycznie (test Kruskala-Wallisa: $H=16,34$; $p=0,026$). Opieka nad chorym bezdomnym stanowi najmniejszy problem dla pielęgniarek pracujących w oddziale neurochirurgicznym.

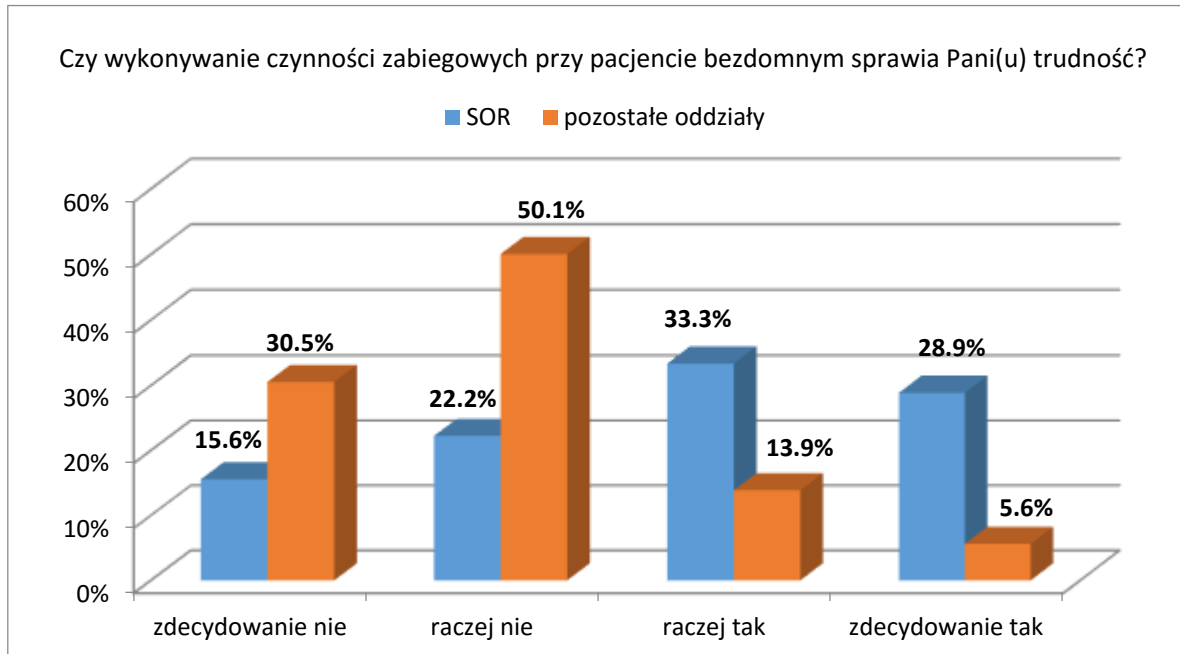


Ryc. 1. Odpowiedzi na pytanie: *Czy opieka nad pacjentem bezdomnym stanowi dla Pani(a) problem?* względem miejsca zatrudnienia

W kontekście wykonywania czynności zabiegowych przy chorym, uzyskane dane były bardzo podobne do przedstawionych powyżej. Wykonywanie czynności zabiegowych nie stanowi żadnego problemu dla 22,3% respondentów. Zdecydowaną trudność w tym zakresie deklaruje 17% z nich.

Ponad 60% pracowników SOR przyznaje, że wykonywanie czynności zabiegowych przy pacjentach bezdomnych w większym lub nieco mniejszym stopniu sprawia im trudność.

W porównaniu z pracownikami oddziałów, w których są hospitalizowani bezdomni, gdzie ponad 80% nie widzi przeszkód w wykonywaniu czynności zabiegowych, różnice są istotne statystycznie (test Kruskala-Wallisa: $H=20,05$; $p=0,0005$) (Ryc. 2).



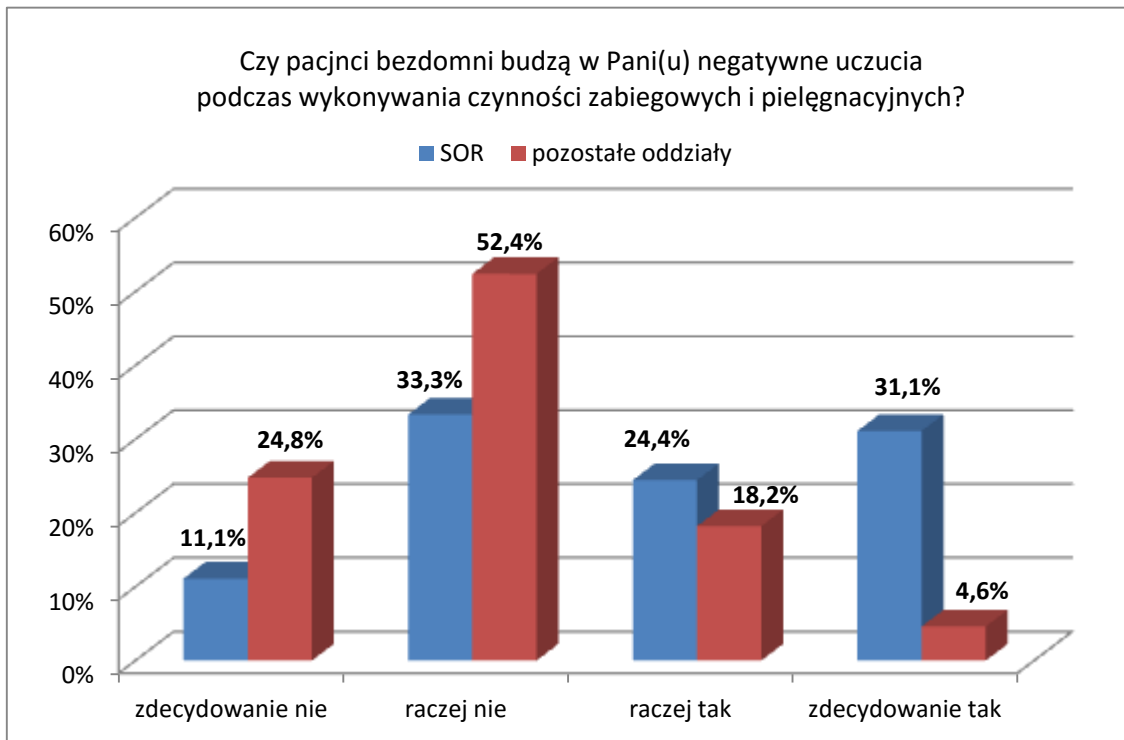
Ryc. 2. Odpowiedzi na pytanie: *Czy wykonywanie czynności zabiegowych przy pacjentach bezdomnych sprawia Pani (u) trudność?* względem miejsca zatrudnienia

Na trudności w opiece nad chorymi bezdomnymi oraz na wykonywanie czynności zabiegowych w tej grupie chorych nie wpływał wiek badanych, ani ich staż pracy ($p>0,05$).

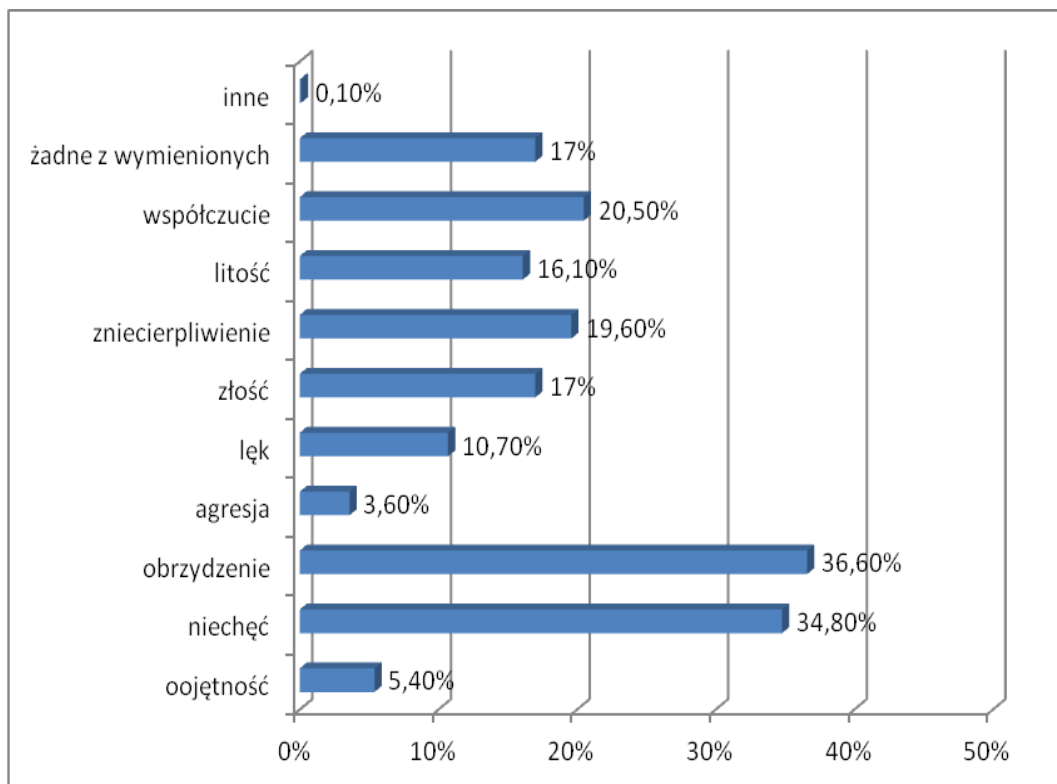
Ponad połowa pracowników SOR przyznała, że bezdomni pacjenci wywołują u nich negatywne emocje podczas wykonywania czynności zabiegowych i pielęgnacyjnych, natomiast w przypadku personelu oddziałów szpitalnych, negatywne odczucia towarzyszą, co czwartej pielęgniarce sprawującej opiekę nad chorym bezdomnym (Ryc.3).

Różnice w tym zakresie są istotne statystycznie (test Kruskala-Wallisa: $H=14,96$; $p=0,0048$).

Czynnikiem, który budzi największą niechęć personelu wobec pacjentów bezdomnych jest zły stan higieniczny tej grupy pacjentów (69,6%) oraz wulgarne zachowanie (67%).



Ryc. 3. Odpowiedzi na pytanie: *Czy pacjenci bezdomni budzą w Pani(u) negatywne emocje podczas wykonywania czynności zawodowych?* względem miejsca zatrudnienia

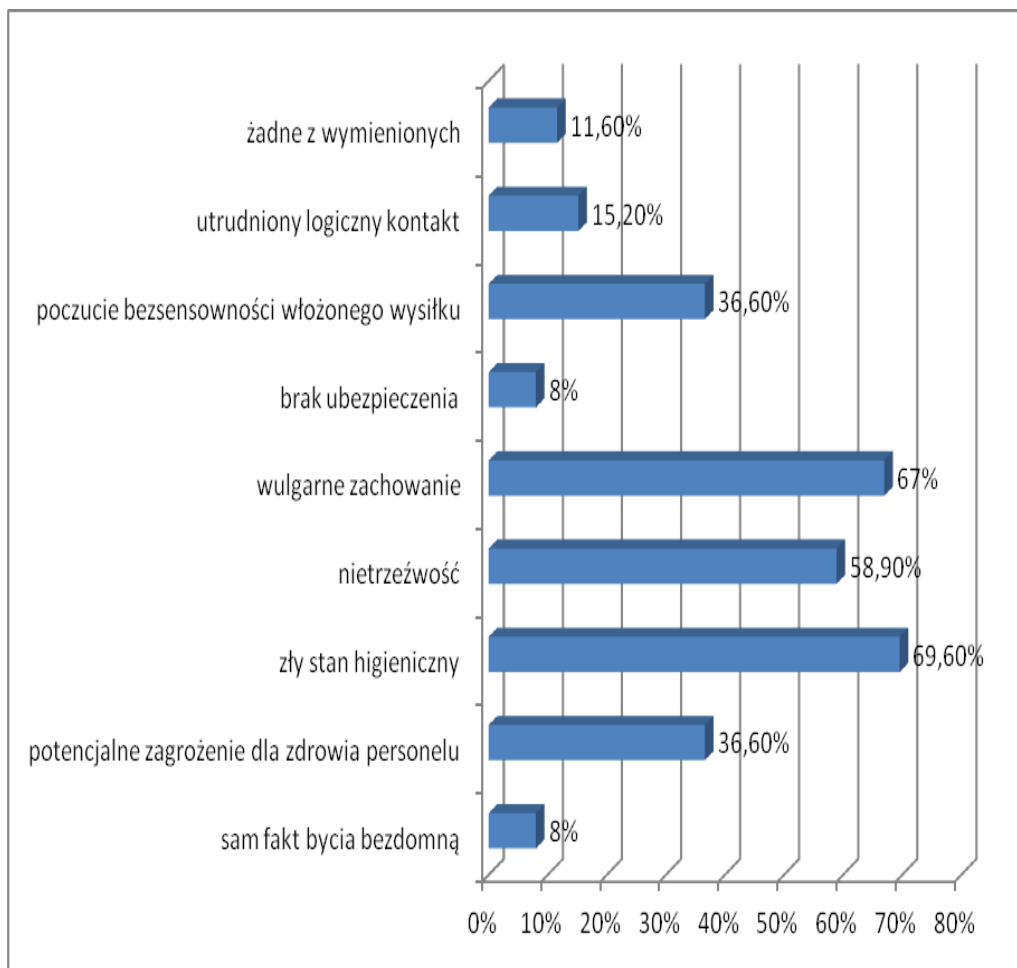


Ryc. 4. Uczucia, jakie wzbudają w personelu medycznym pacjenci bezdomni

Ponadto, dla 58,9% respondentów takim czynnikiem jest stan nietrzeźwości. W pracy z pacjentami bezdomnymi, 36,6% respondentów widzi potencjalne zagrożenie dla swojego zdrowia, a tyle samo badanych ma poczucie bezsensowności włożonego wysiłku w wykonywanie czynności wobec tej grupy pacjentów.

Marginalnym czynnikiem budzącym niechęć personelu jest sam fakt bycia osobą bezdomną i fakt bycia osobą nieubezpieczoną (8%). Dla 11,6% badanych żaden z wymienionych czynników nie był powodem niechęci wobec pacjentów bezdomnych (Ryc. 5).

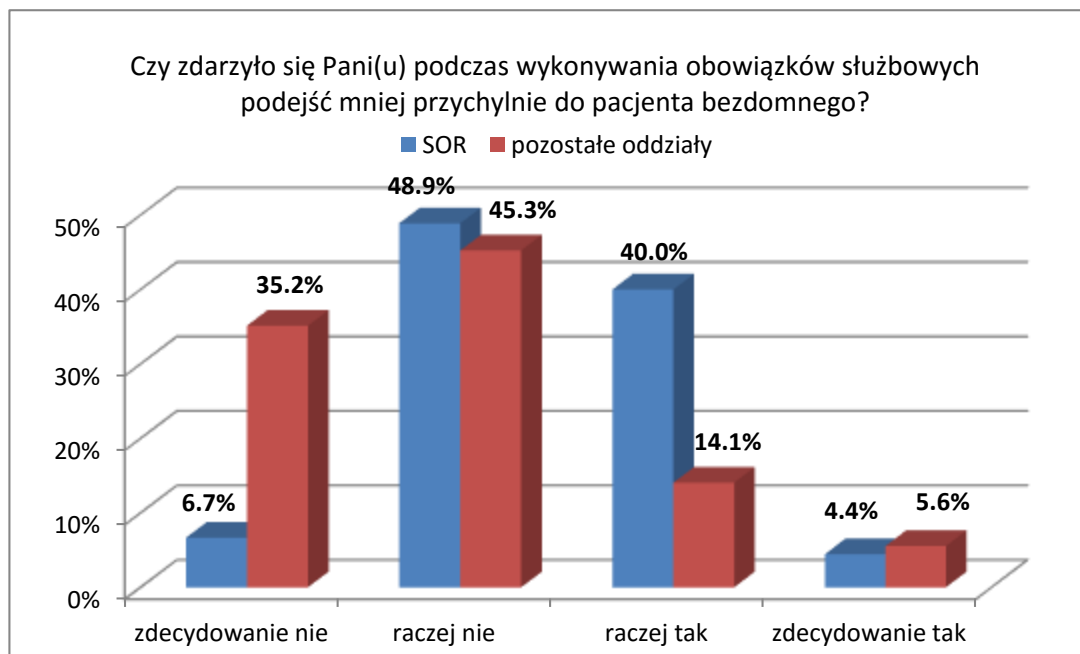
Na pytanie, czy zdarzyło się Pani(u), podczas wykonywania czynności służbowych, podejść mniej przychylnie do pacjenta bezdomnego, 31,3% wszystkich badanych odpowiedziało twierdząco, w tym 5,4% stwierdziło, że zdecydowanie tak.



Ryc. 5. Czynniki ze strony pacjentów bezdomnych budzące niechęć wśród personelu medycznego

Większość (68,8%) pracowników zanegowała nieprzychylnie podejście do bezdomnego pacjenta w trakcie wykonywania pracy. Istotne różnicowanie w podejściu do chorego bezdomnego zaobserwowano względem miejsca zatrudnienia badanych (test Kruskala-Wallisa: $H=17,73$; $p=0,0014$) (Ryc.6). Pozostałe zmienne, takie jak: wiek, płeć, staż pracy czy wykształcenie badanych nie wywierały istotnego wpływu na sposób traktowania chorych bezdomnych ($p>0,050$).

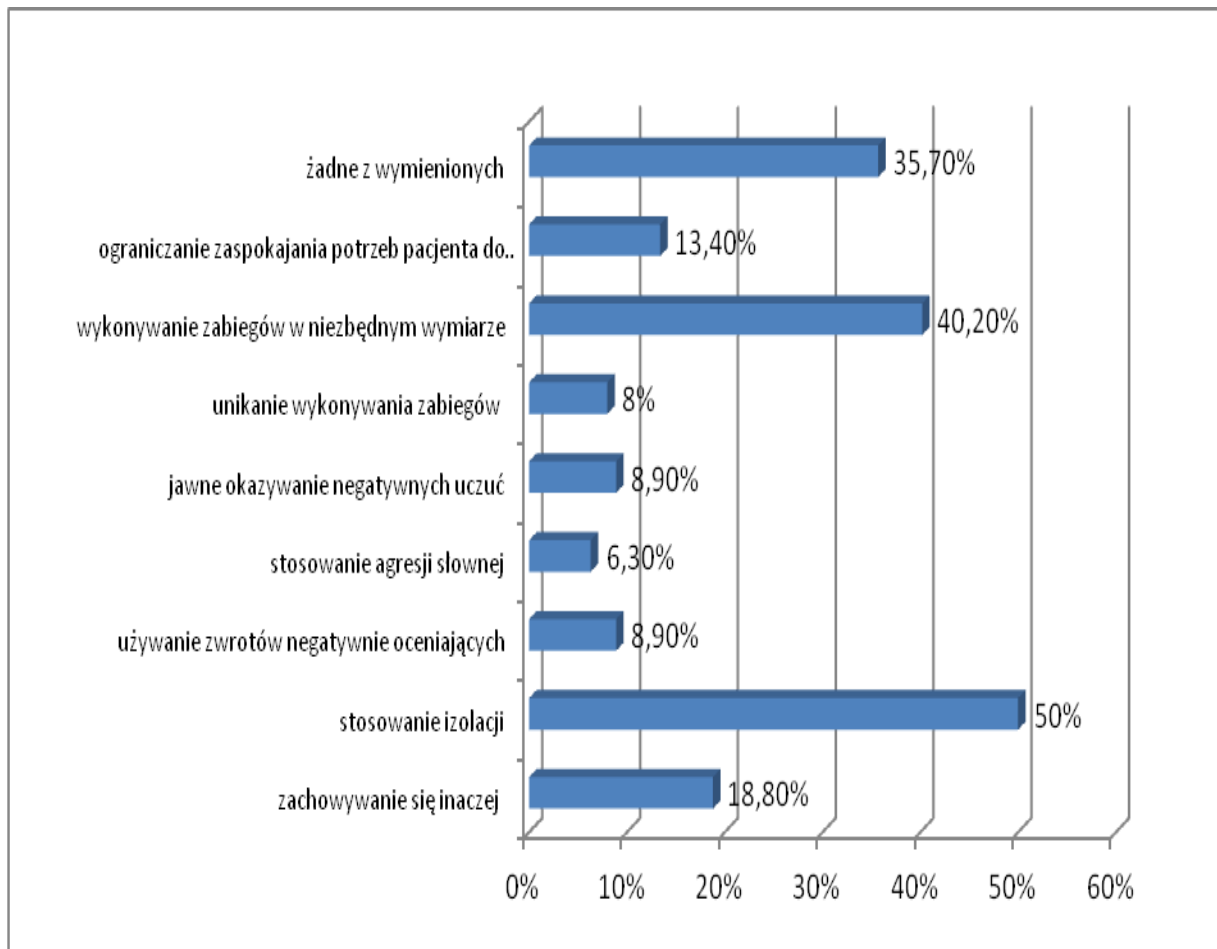
Spośród badanych, połowa przyznała, że wobec pacjentów bezdomnych stosowała izolację. Zabiegi higieniczne i pielęgnacyjne, jedynie w niezbędnym i koniecznym wymiarze, wykonywało 40,2% personelu, a 8% unikało ich wykonania. Ponadto, 13,4% respondentów ograniczało zaspokajanie potrzeb pacjenta do niezbędnego minimum. Do odmiennego zachowania w stosunku do bezdomnych, w porównaniu z pozostałymi chorymi, przyznało się 18,8% respondentów.



Ryc. 6. Odpowiedzi na pytanie: *Czy zdarzyło się Pani(u) podczas wykonywania czynności służbowych podejść mniej przychylnie do pacjenta bezdomnego?* względem miejsca zatrudnienia

Aż 8,9% spośród wszystkich badanych zdarzyło się używać wobec tej grupy pacjentów zwrotów negatywnie oceniających oraz jawnie okazywać swoje negatywne uczucia. Agresję słowną stosowało 6,3% badanych. Ponad jedna trzecia pracowników

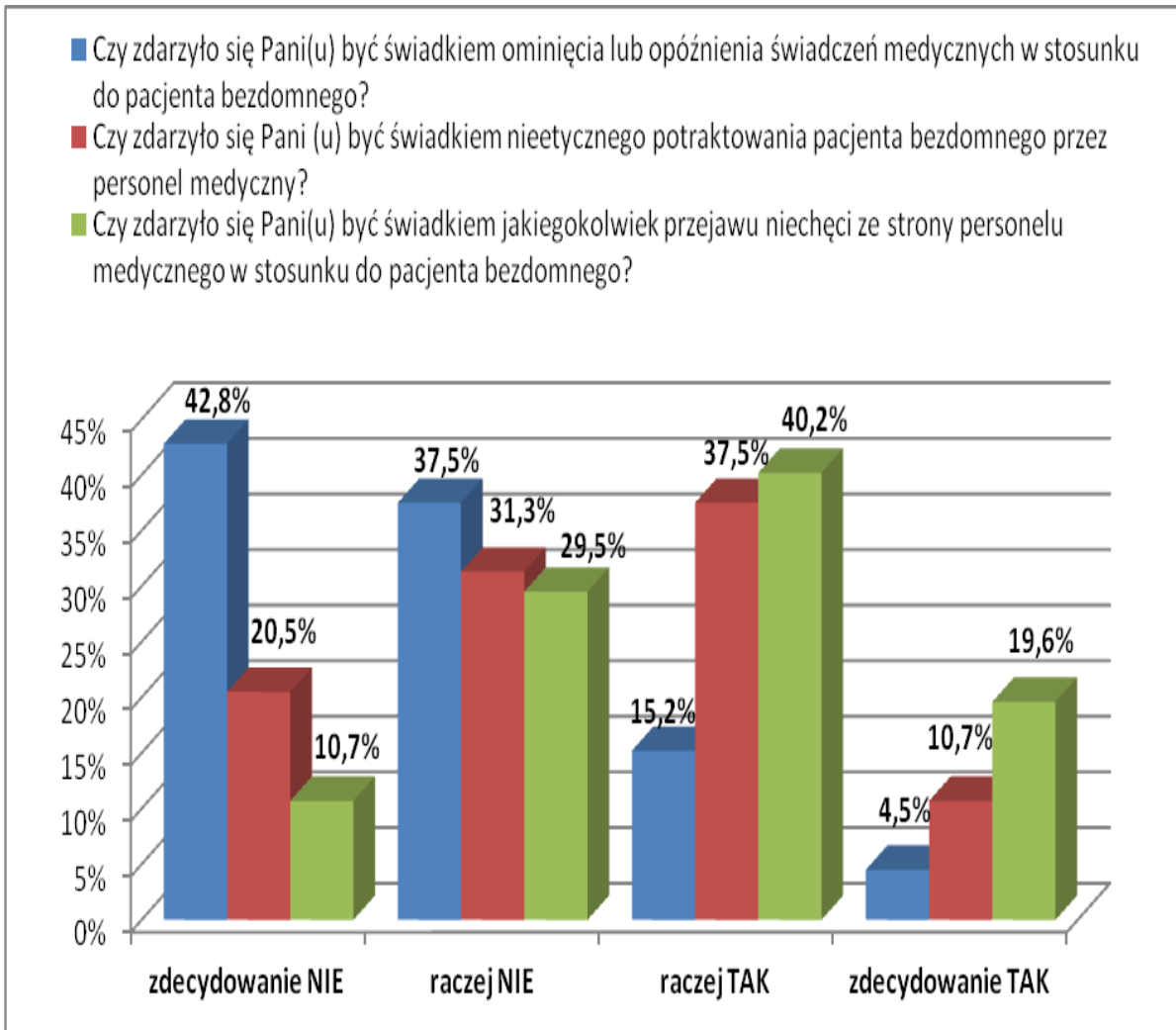
(35,7%) stwierdziła, że nie stosowała wobec pacjentów bezdomnych żadnego z wymienionych w kwestionariuszu zachowań (Ryc.7).



Ryc. 7. Zachowania personelu wobec pacjentów bezdomnych

Badani pracownicy byli świadkami omięcia lub opóźnienia świadczeń medycznych u pacjenta bezdomnego (19,4%) lub nieetycznego potraktowania takiego pacjenta przez personel medyczny (48,2%). Niemal 60% badanych było świadkiem jakiegokolwiek przejawu niechęci ze strony koleżanek i kolegów w stosunku do pacjenta bezdomnego (Ryc.8). Ratownicy medyczni znamienne częściej byli świadkami omięcia lub opóźnienia świadczeń medycznych wykonywanych u chorych bezdomnych ($p=0,027$).

Pomimo tego, że tylko 32,1% wszystkich badanych uważa, że chorzy bezdomni mają utrudniony dostęp do usług i świadczeń medycznych, wśród pielęgniarek i ratowników medycznych występuje przekonanie, iż dla tej grupy chorych, opiekę medyczną powinny świadczyć odrębne, wyspecjalizowane w tym względzie struktury/institucje (58%).

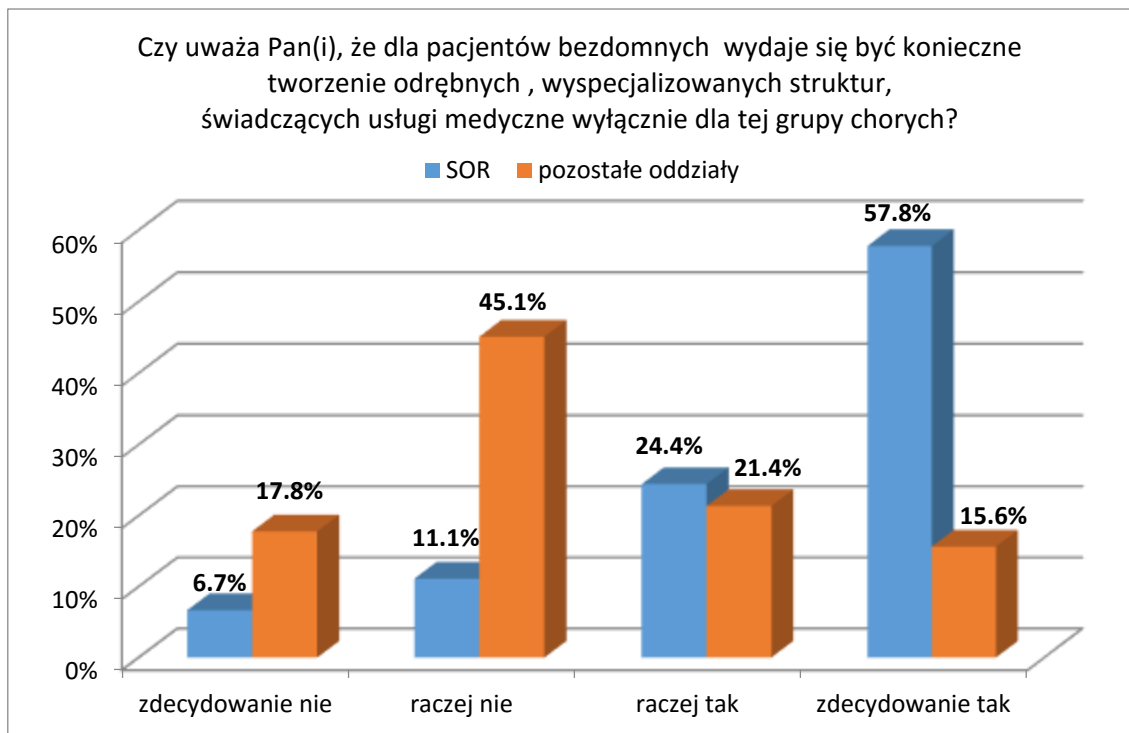


Ryc. 8. Odpowiedzi na pytania związane z obserwowaniem przejawów niewłaściwego traktowania chorych bezdomnych, względem miejsca zatrudnienia

Potrzeby takiej nie widzi 42% badanych, w tym niewielki odsetek badanych (14,3%) zdecydowanie się temu sprzeciwia. Najwięcej zwolenników takiego rozwiązania jest wśród pracowników SOR – aż 57,8% zdecydowanie widzi taką konieczność, kolejne 24,4% uważa, że raczej tak powinno być (Ryc. 9).

Miejsce zatrudnienia respondentów ma istotny wpływ na opinię na temat tworzenia odrębnych struktur w celu zapewnienia opieki medycznej dla chorych bezdomnych (test Kruskala-Wallisa: $H=25,64$; $p<0,001$).

Spośród badanych, 46,4% uważa, że pracownicy ochrony zdrowia są przygotowani do pracy z pacjentami bezdomnymi, w tym 18,8% jest o tym przekonana. Z kolei 12,5% respondentów jest zdania, że pracownicy medyczni zdecydowanie nie są przygotowani do pracy z tą grupą pacjentów.



Ryc. 9. Odpowiedzi na pytanie: *Czy wydaje się być konieczne tworzenie odrębnych struktur świadczących usługi medyczne wyłącznie dla pacjentów bezdomnych?*, względem miejsca zatrudnienia

Jednocześnie 54,5% respondentów uważa, że przestrzeganie karty praw pacjenta jest łatwe wobec pacjentów bezdomnych, 45,5% jest przeciwnego zdania, w tym 10,7% uważa, że zdecydowanie nie jest łatwe.

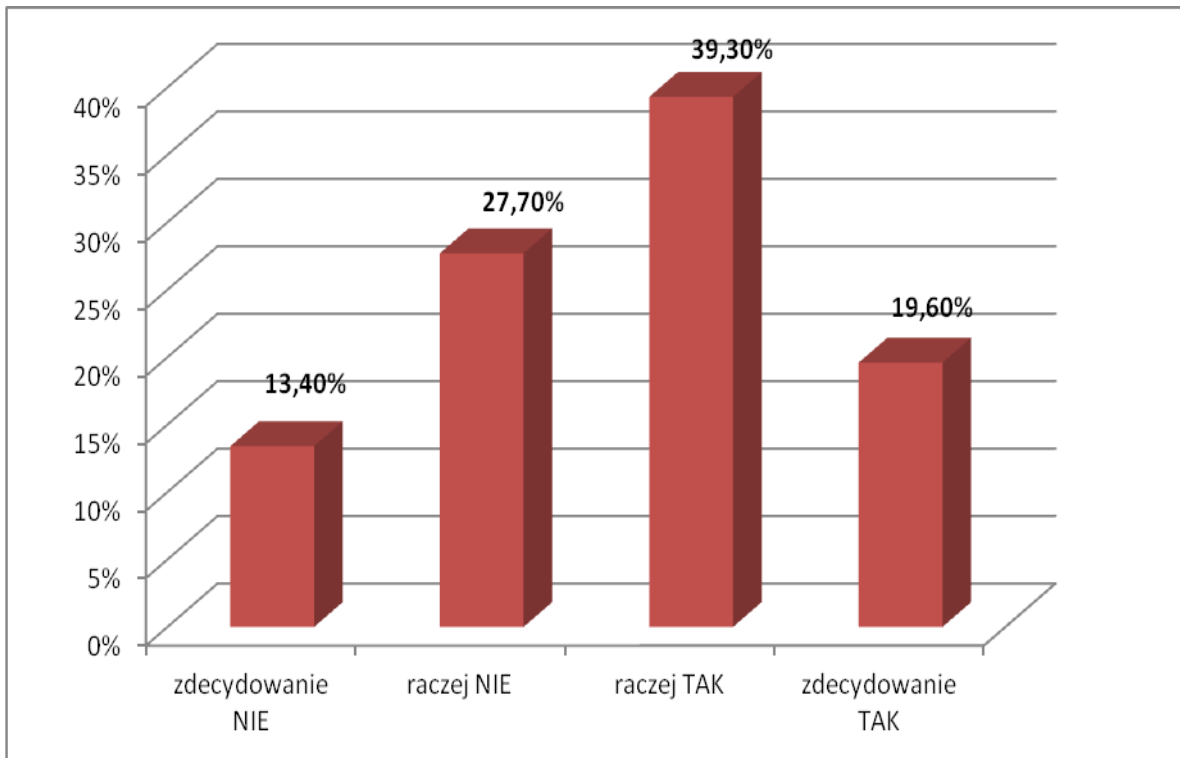
Ankietowani zostali poproszeni o opinię na temat występowania zjawiska dyskryminacji wśród pracowników medycznych wobec chorych bezdomnych.

Niemal 20% z nich wskazuje, że zjawisko takie występuje z całą pewnością, kolejne 39,3% uważa, że może mieć ono miejsce.

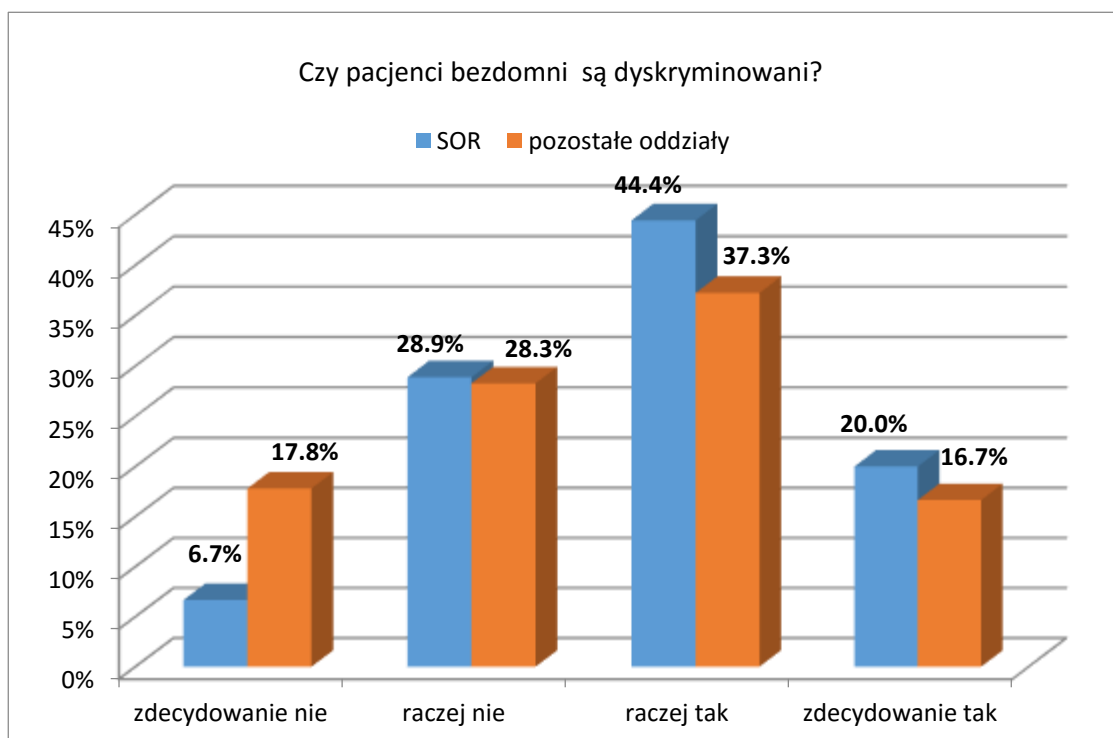
Tylko 13,4% badanych jest przekonana, że dyskryminacja chorych bezdomnych nie występuje (Ryc.10).

W tej kwestii nie ma znaczących różnic w odpowiedziach zarówno pracowników SOR, jak i pielęgniarek pozostałych oddziałów ($p > 0,05$) (Ryc.11).

Istotne znaczenie w prezentowanej opinii miał wiek badanych. Badani znajdujący się w przedziale wiekowym 20-30 lat, znacząco częściej wskazywali na występowanie zjawiska dyskryminacji chorych bezdomnych (test Kruskala-Wallisa: $H=8,19$; $p=0,042$).



Ryc. 10. Odpowiedzi wszystkich badanych na pytanie: *Czy pacjenci bezdomni są dyskryminowani?*



Ryc. 11. Odpowiedzi na pytanie: *Czy pacjenci bezdomni są dyskryminowani?*, względem miejsca zatrudnienia

Omówienie

Zjawisko bezdomności w Polsce istnieje od zawsze, jednak znacząco wzrosło po okresie przemian ustrojowych. Przyczyn należy upatrywać w rosnącym bezrobociu, biedzie, bezradności, skłonności do nałogów i w wielu innych, „typowych” dla społeczeństw demokratycznych zjawiskach społecznych [9,10].

Doniesienia piśmiennictwa i własne doświadczenia pozwalają na sformułowanie tezy, że opieka nad pacjentem bezdomnym, w większości przypadków, stanowi olbrzymi problem i wymaga wielkiego zaangażowania, cierpliwości, czasu oraz odporności psychicznej personelu medycznego [6,11].

Dotyczy to głównie szpitalnych oddziałów ratunkowych, które dla pacjentów bezdomnych często są miejscem udzielania podstawowej opieki zdrowotnej. Bezdomni pacjenci znacznie częściej korzystają z pomocy szpitalnych oddziałów ratunkowych w porównaniu z populacją ogólną [12,13].

Ponadto, szpitalne oddziały ratunkowe są elementarnym ogniwem w systemie opieki zdrowotnej dla osób bezdomnych, z racji ograniczonego, chociażby z powodu braku ubezpieczenia, czy braku zameldowania dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej [8,12].

Analiza przyczyn nietolerancji, a w skrajnych przypadkach nawet dyskryminacji pacjentów bezdomnych w jednostkach ochrony zdrowia i otwarta dyskusja na ten temat może stanowić podstawę do szukania rozwiązań poprawiających zarówno sytuację pacjentów, jak i personelu medycznego [14].

Badania przeprowadzone w grupie bezdomnych wskazują, bowiem, że odczuwają oni przejawy dyskryminacji ze strony społeczeństwa i pracowników medycznych, najczęściej w postaci dystansu społecznego i etykietowania. Jako główne powody takiego traktowania wskazują na samo zjawisko bezdomności, ich ubóstwo, stosowanie używek, jak również choroby psychiczne, których doświadczają [15,16].

Reakcje emocjonalne osób bezdomnych na przykre doświadczenia, wpływają negatywnie na chęć poszukiwania pomocy medycznej w przyszłości. Przejawy dyskryminacji ze strony pracowników medycznych mogą natomiast, przyczynić się do unikania lub opóźnienia świadczeń medycznych udzielanych bezdomnym chorym [16].

Wyniki badań wyraźnie wskazują, że pracownicy medyczni, zwłaszcza szpitalnych oddziałów ratunkowych, uważają opiekę nad pacjentem bezdomnym za szczególnie trudny wycinek swojej codziennej pracy, jednak na tę sytuację wpływają wyłącznie specyficzne

cechy charakterystyczne tych chorych, które wywołują całą gamę przykrych doznań i doświadczeń.

Wyraźnie widać różnicę w ocenie sytuacji związanej z koniecznością sprawowania opieki nad bezdomnymi w zależności od miejsca zatrudnienia. Najtrudniejsze warunki pracy występują w szpitalnym oddziale ratunkowym, gdzie wykonywane są wszystkie czynności higieniczne, pielęgnacyjne oraz diagnostyczno-lecznicze, wymagające wyjątkowej odporności i ogromnego wysiłku. Stąd, u pracowników SOR największe nasilenie negatywnych odczuć i niechęci do wykonywania tych czynności. Pielęgniarki z oddziałów szpitalnych wykazują bardziej przychylny stosunek do bezdomnych. Być może, na taki stan wpływa fakt, iż odsetek pacjentów hospitalizowanych w stosunku do wszystkich trafiających do szpitala jest niski, a chorzy trafiają na oddziały już w lepszym stanie higienicznym i przez to wzbudzają mniej negatywnych emocji.

W polskim piśmiennictwie brakuje prac oceniających zjawisko dyskryminacji osób bezdomnych przez pracowników ochrony zdrowia. Stąd, występuje duża trudność omawiania uzyskanych wyników badań. Zdecydowana większość publikacji odnosi się do samego zjawiska bezdomności. Są to zazwyczaj publikacje zwarte z zakresu psychologii, socjologii, pedagogiki [5,10,17,18,19] bądź raporty na temat występowania bezdomności, skali zjawiska, najczęściej na poziomie lokalnym województwa czy gminy [6,20,21].

Można przypuszczać, że główną przyczyną niechęci i nietolerancji większości tych chorych ze strony personelu medycznego, zwłaszcza SOR, jest niski stopień zdolności pacjentów bezdomnych do funkcjonowania zgodnie z zasadami właściwego zachowania, wyznaczonymi przez społeczeństwo. Bardzo często dochodzi do prezentowania przez chorych bezdomnych tak skrajnie nieakceptowalnych zachowań, że próg tolerancji personelu zostaje znacznie przekroczony. Szukanie wówczas zrozumienia i usprawiedliwienia dla tych zachowań jest dla przeciętnego człowieka właściwie niemożliwe i zostaje uznane za dewiację. Przykładem jest przejawianie zachowań antyspołecznych:

- zakłócanie porządku
- przeklinanie
- wandalizm
- agresja wobec personelu
- groźby użycia przemocy
- publiczne załatwianie potrzeb fizjologicznych.

Zrozumienie, iż są to przejawy frustracji, nadużywania alkoholu oraz forma wyuczonego zachowania społecznego, a nie agresja skierowana wobec konkretnej osoby jest jednak bardzo trudne i wymaga posiadania pogłębionej wiedzy z zakresu psychologii. Nieumiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych i rozwiązywania konfliktów interpersonalnych jest skutkiem braku szkoleń dla personelu w tym zakresie.

Powyższe potwierdziły badania. Prawie połowa badanego personelu uważa, że pracownicy medyczni nie są przygotowani do pracy z tak specyficzną grupą pacjentów, jaką są osoby bezdomne. W efekcie, dochodzi często do impulsywnych reakcji instynktownych, pogłębiających konflikt oraz wzmagających wzajemną niechęć i nietolerancję.

W wielu przypadkach powstaje między personelem a pacjentem swoisty konflikt interesów, który polega właśnie na zupełnie różnym rozumieniu i traktowaniu potrzeb zdrowotnych. Nawet najwyższa wartość, jaką jest zdrowie, nie stanowi dla ludzi w stanie zaawansowanej bezdomności priorytetu; nie jest, bowiem traktowane, jako warunek do osiągnięcia celów życiowych. Pacjenci ci oczekują od personelu jedynie zniesienia ewentualnego bólu, zapewnienia posiłku i umożliwienia noclegu.

Zabiegi higieniczne i pielęgnacyjne napotykać często na gwałtowny sprzeciw, a nawet wywołują agresję. Są one jednak konieczne, ponieważ bardzo zły stan higieniczny, wszawica, odrażający zapach uniemożliwiają przeprowadzenie badania, wykonanie dokładnej diagnostyki, wdrożenie procedur medycznych, a także wymuszają izolację takiego chorego.

Nie można jednak zapominać, że Karta Praw Pacjenta wyraźnie wskazuje na konieczność uzyskania zgody na świadczenia zdrowotne oraz poszanowanie godności i intymności pacjenta; nie ma więc możliwości przymuszenia do wykonania jakichkolwiek zabiegów wbrew woli chorego.

Dokładna analiza wszystkich trudności w opiece nad pacjentami bezdomnymi pozwala na sformułowanie wniosku, że stygmat pacjenta bezdomnego tworzy się w świadomości członków zespołu medycznego nie z powodu stwierdzenia braku meldunku i ubezpieczenia, ale wyłącznie z powodu przedstawionego w niniejszym artykule zespołu cech identyfikujących jedynie część tych chorych, które implikują skrajnie trudne warunki pracy w procesie realizacji procedur pielęgnacyjno – leczniczych oraz wywołują negatywne emocje.

Emocje mają olbrzymi wpływ na regulację interakcji społecznych [17]. Negatywne emocje i zły nastrój nie pobudzają do zachowań prospołecznych, wpływają też bezpośrednio na używanie języka, to jest na uprzejmość i sposób wyrażania się w stosunku do drugiej osoby.

Wielokrotny kontakt z pacjentami bezdomnymi, skrajnie zaniedbanymi, pijanymi i wulgarnymi zmienia postawę wobec tych chorych właśnie z powodu przykrych bodźców wywołujących negatywne emocje, najczęściej uczucie obrzydzenia, niechęci, zniecierpliwienia, złości a także strachu.

Jak pokazały wyniki badań, 56% personelu przyznało się, że pacjenci bezdomni wywołują w nich negatywne emocje. Doświadczanie przez pracowników medycznych wyjątkowo przykrych bodźców prowadzi, niestety, do powstawania trwałych uprzedzeń, a w konsekwencji do unikania lub ograniczania do niezbędnego minimum, kontaktów z tymi chorymi. Takie postawy personelu medycznego można zaobserwować właśnie wśród pracowników SOR. Ponad połowa badanych przyznała się nie tylko do tego, że pacjenci bezdomni wywołują w nich negatywne emocje, ale również do tego, że opieka nad bezdomnymi pacjentami jest dla nich dużym problemem, a wykonywanie czynności zabiegowych nie łączy trudnością. Postawa taka może być formą reakcji obronnej przed przewidywanymi przykrymi doznaniem wywołującymi stres.

Pierwotna chęć pomagania, współczucie i otwartość na potrzeby innych ludzi z czasem przekształca się w automatyczne realizowanie zadań, bez poczucia spełnienia się w roli osoby niosącej pomoc, która stanowi źródło powołania. Jedną z przyczyn jest poczucie bezsensowności działań i wysiłków włożonych w proces pomocy bezdomnym. A takie poczucie ma ponad jedna trzecia badanego personelu. Wiedzą oni o tym, że ludzie ci wracają do swojego środowiska i trafiają do szpitala ponownie, znowu w tak samo złym stanie. Wielokrotność pobytów w SOR bezdomnych pacjentów jest, bowiem, normą dla tej grupy chorych [8].

Wśród badanych pielęgniarek i ratowników medycznych występuje przekonanie, iż dla tej grupy chorych opiekę medyczną powinny świadczyć odrębne, wyspecjalizowane w tym względzie struktury/institucje. Nie zawsze stan kliniczny chorego wymaga hospitalizacji, stąd działalność ambulatoryjna dla bezdomnych i nieubezpieczonych jest bardzo pożądaną formą opieki medycznej. Jest to system praktykowany w Polsce, praktycznie w każdym większym mieście, jednak skala działalności tych instytucji jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb.

Ponadto, pomimo konstytucyjnej gwarancji prawa do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych, pokrycie kosztów opieki medycznej dla osób nieubezpieczonych nadal stanowi problem. Poziom skomplikowania, długotrwałość oraz niepełna skuteczność procedury, w ramach której

szpitale uzyskują zwrot kosztów poniesionych z tytułu udzielenia pomocy osobie nieubezpieczonej powodują niechęć do przyjmowania osób o takim statusie [6].

Wnioski

1. Sprawowanie właściwej opieki nad chorymi bezdomnymi stanowi problem dla pielęgniarek i ratowników medycznych, szczególnie pracujących w szpitalnym oddziale ratunkowym.
2. Wykonywanie świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych wobec chorych bezdomnych budzi wśród badanych uczucia obrzydzenia i niechęci, które najczęściej są spowodowane złym stanem higienicznym, wulgarnym zachowaniem tych chorych oraz często stanem nietrzeźwości.
3. Zachowania w stosunku do chorych bezdomnych, takie jak: ograniczanie zaspokajania potrzeb chorego do minimum, stosowanie agresji słownej czy odmienne traktowanie chorych bezdomnych, w porównaniu z pozostałymi pacjentami, stanowią niewielki odsetek zachowań, są jednak niezgodnie z etyką zawodową i nie powinny mieć miejsca.

Piśmiennictwo

1. Kudlińska I.: Stygmatyzacja społeczna jako strategia dyskursywna biedy i jej rola w procesie wykluczenia społecznego. *Kultura i społeczeństwo*, 2012, 1, 176-177.
2. Tabernacka M.: *Negocjacje i mediacje w sferze publicznej*. Oficyna, Warszawa 2009.
3. Rysz-Kowalczyk B.: *Leksykon polityki społecznej*. IPS UW, Warszawa 2001.
4. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593
5. Żurko J.: *Bezdomni w dzisiejszej Polsce – obraz środowiska i sposób życia*. Wiedza o kulturze, Wrocław 1992.
6. Porowska A., Wygnańska J.: *Leczenie ludzi chorych w sytuacji bezdomności*. Raport Zespołu ds. Zdrowia Warszawskiej Rady Opiekuńczej. Warszawa, 2012, 5, 1-13.
7. Witkiewicz W., Gnus J.J., Stankiewicz Z., i wsp.: *Problemy chirurgiczne ludzi bezdomnych*. *Pol. Merkur. Lek.*, 2013, 35, 154-158
8. Burak A., Mućka J., Ferenc A., Koreleska E.: *Skala zjawiska bezdomności w szpitalnych oddziałach ratunkowych w oparciu o analizę przeprowadzoną w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 w Bydgoszczy*. III Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa "Współdziałanie Fundamentem Skutecznego Ratownictwa", Arłamów

- 2014 r. Streszczenia wydane przez Państwową Wyższą Szkołę Zawodową im. J. Grodka, Sanok pod. red. Elżbiety Cipory i Krzysztofa Jakubowskiego, 16-17.
9. <https://asiasi.wordpress.com/bezdomnosc-w-polsce/>, data pobrania 03.03.2015.
 10. Dębski M.: Wybrane metody pracy z bezdomnymi. Wyd. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich. Warszawa 2014, 29-35.
 11. Stodolska A., Szewczyk M.T., Banaszekiewicz Z. i wsp.: Bezdomność a problemy zdrowotne - analiza przypadku [w:] Interdyscyplinarny wymiar nauk o zdrowiu. Bartuzi Z. (red.). UMK CM, Bydgoszcz 2007, 406-411.
 12. Hwang S.W., Chambers C., Chiu S. et al: A comprehensive assessment of health care utilization among homeless adults under a system of universal health insurance. *Am. J. Public. Health.*, 2013, 103, 294-301.
 13. Han B., Wells B.L.: Inappropriate emergency department visits and use of the Health Care for the Homeless Program services by homeless adults in the northeastern United States. *J. Public. Health. Manag. Pract.*, 2003, 9, 530-537.
 14. Skosireva A., O'Campo P., Zerger S., et al.: Different faces of discrimination: perceived discrimination among homeless adults with mental illness in healthcare settings. *BMC Health. Serv. Res.*, 2014, 7, 376-387.
 15. Zerger S., Bacon S., Corneau S. et al.: Differential experiences of discrimination among ethnoracially diverse persons experiencing mental illness and homelessness. *BMC Psychiatry*, 2014, 14, 353-364.
 16. Wen C.K., Hudak P.L., Hwang S.W.: Homeless people's perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters. *J. Gen. Intern. Med.*, 2007, 22, 1011-1017.
 17. Gerrig R.J., Zimbardo P.G.: *Psychologia i życie*. PWN, Warszawa 2009.
 18. Pospiszyl I. *Patologie społeczne*. PWN Warszawa 2010, 294-304.
 19. Krajewska-Kułak E., Van Damme-Ostapowicz K., Rozwadowska E., Lewko J., Łukaszuk C. R., Rolka H. J., Sierakowska M., Szyszko-Perłowska A., Kulmaczewska M. A., Radziejewski P., Moczydłowska A.: Ocena postaw młodzieży wobec bezdomności. [w:] *W drodze do brzegu życia*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J. (red.). Duchno, Duchno sp. z o.o., Białystok 2011, tom IX, 219-229,
 20. Dębski M.: Problem bezdomności w Polsce. Wybrane aspekty. *Diagnoza zespołu badawczego działającego w ramach projektu „Gminny standard wychodzenia z bezdomności”*. Gdańsk, 2010, 6, 96-127.

21. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku. Obserwatorium Integracji Społecznej. Socjodemograficzny Portret Zbiorowości Ludzi Bezdomnych Województwa Podlaskiego. Białystok 2012. <http://www.ropsbialystok.pl/downloads/Socjodemograficzny%20portret%20bezdomnosci%202012.pdf>, data pobrania 03.03.2015.

Dorota Koncewicz

Opinia studentów i słuchaczy zawodów medycznych na temat osób niesłyszących

Akademicki Zespół Szkół w Suwałkach przy Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

Wprowadzenie

Tematyka dotycząca osób z wadą słuchu weszła do programów kształcenia w zawodach medycznych zarówno na poziomie studiów wyższych, jak i w policealnych szkołach medycznych. Studenci i słuchacze zawodów medycznych w przyszłej pracy będą mieli kontakt z osobami niepełnosprawnymi, w tym mającymi problemy ze słuchem, w związku z tym powinni być przygotowani do pracy z takimi osobami, tj. wyposażeni w podstawową wiedzę dotyczącą tej populacji osób oraz postawy sprzyjające nawiązaniu dobrego kontaktu w relacji medyk – pacjent. W przypadku osób z uszkodzonym słuchem istotna jest znajomość specyfiki w zakresie komunikacji, ponieważ pokonanie tej bariery umożliwi nawiązanie skutecznego kontaktu.

Na świecie aż 250 mln osób ma poważne problemy ze słuchem (dane WHO); w krajach rozwiniętych (Niemcy, Szwajcaria, USA) żyje ok. 10-13% osób dotkniętych poważnymi uszkodzeniami słuchu [1].

W Polsce, według danych Polskiego Związku Głuchych, żyje około 50 tys. osób niesłyszących (uszkodzenia słuchu w stopniu znacznym i głębokim), ok. 800-900 tys. osób słabo słyszących (uszkodzenie słuchu w stopniu umiarkowanym) oraz ok. 3 mln osób z uszkodzeniami słuchu w stopniu lekkim [2].

Z danych GUS wynika, że osoby dotknięte dysfunkcjami słuchu stanowią 8,3% ogółu osób niepełnosprawnych [1]. Powyższe dane liczbowe wskazują na wagę tego problemu i podkreślają fakt, że w pracy przyszłych medyków prawdopodobieństwo zetknięcia się z pacjentem z wadą słuchu jest duże. To od ich profesjonalizmu, postawy, zaangażowania i znajomości potrzeb pacjenta z wadą słuchu oraz metod komunikacji zależała będzie jakość niesionej pomocy, opieki, diagnostyki, leczenia, czyli świadczonych usług medycznych.

Cel badania

Pomysł przeprowadzenia tej ankiety zrodził się pod koniec prowadzenia zajęć z języka migowego w okresie maj-czerwiec 2014 roku, w grupie studentów/słuchaczy Instytutu

Ochrony Zdrowia PWSZ w Suwałkach oraz w Akademickim Zespole Szkół w Suwałkach przy PWSZ w Suwałkach.

Początkowo miała to być ankieta ewaluacyjna prowadzonych zajęć, która miała dać informację zwrotną, jak studenci/słuchacze przyswajają wiedzę, która jest im przekazywana w trakcie semestru. Ostatecznie celem badania było zebranie opinii na temat osób niesłyszących w grupie osób, które z racji wybranego zawodu mogą mieć kontakt z grupą pacjentów z uszkodzonym słuchem.

Dodatkowo przeprowadzono ankietę u studentów I roku pedagogiki, którzy mieli zajęcia z biomedycznych podstaw rozwoju, a którzy nie mieli zajęć z języka migowego.

Charakterystyka grupy badawczej

W badaniu udział wzięły łącznie 124 osoby (46 studentów ratownictwa medycznego - grupa I, 29 słuchaczy policealnych kierunków medycznych - grupa II, 49 studentów pedagogiki - grupa III).

Najliczniejszą grupę studentów i słuchaczy stanowiły osoby w wieku między 19. a 24. r. ż. (38 osób grupy I, 11 z grupy II, 38 z grupy III). W wieku 25-30 lat były 4 osoby z grupy I, jedna z grupy II i 5 z grupy III. W wieku 31-35 lat tylko 4 osoby z grupy II. W wieku 36-40 lat - po 3 osoby z grupy I i II oraz jedna z grupy III. W wieku powyżej 41 lat było 9 osób z grupy II, jedna z grupy III. Nie podały swojego wieku pojedyncze osoby z grup I i II oraz 4 z grupy III.

Zdecydowaną większość respondentów stanowiły kobiety (83 osoby - 67% całej grupy), w tym 13 osób (10,5% wszystkich badanych) w grupie I, 26 osób (21% wszystkich badanych) w grupie II i 47 osób (37,9% wszystkich badanych) w grupie III. Mężczyźni dominowali w grupie I (33 osoby - 27% wszystkich badanych). W pozostałych grupach stanowili odpowiednio - 3 osoby (2,4% wszystkich badanych) w grupie II i jedna osoba (0,8% wszystkich badanych) w grupie III. Nie wypowiedziała się w tej kwestii jedna osoba (0,8% wszystkich badanych) w grupie III.

Zdecydowana większość badanych mieszkała w mieście (93 osoby - 75% badanych), w tym 35 osób (28,2% wszystkich badanych) z grupy I, 24 osób (19,4% wszystkich badanych) z grupy II i 34 (27,4% wszystkich badanych) osób z grupy III. Na wsi mieszkało 28 osób (23% grupy), w tym 10 osób (8,1% wszystkich badanych) z grupy I, 4 osoby (3,2% wszystkich badanych) z grupy II i 44 (11,3% wszystkich badanych) osób z grupy III. Po jednej osobie z każdej grupy (2% wszystkich badanych) nie wskazało swojego miejsca zamieszkania.

Metodyka badań

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem kwestionariusza ankietowego składającego się z 29 pytań (21 pytań zamkniętych, 3 pytań otwartych, 3 pytań półotwartych, 2 pytania o charakterze skali). Ankieta była przeprowadzona w sposób anonimowy.

Wynik badania

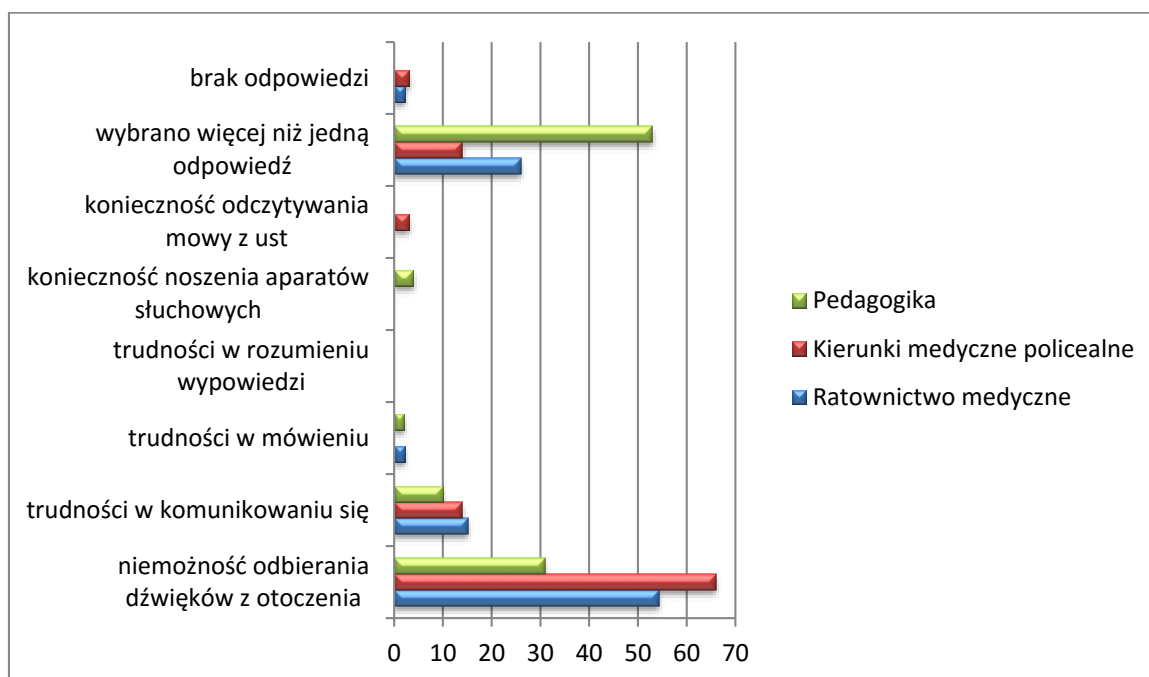
Generalnie 36% ogółu badanych odpowiedziało, że miało kontakt z osobą niesłyszącą. Podobnie wyniki przedstawiały się w poszczególnych grupach, tj. nie miało kontaktu z osobą niesłyszącą 67% grupy I, 62% grupy II oraz 59% grupy III. Twierdząco na powyższe pytanie odpowiedziało: 33% grupy I, 38% grupy II oraz 39% grupy III. Osoby, które udzieliły twierdzącej odpowiedzi, wskazały następujące miejsca kontaktu z osobą niesłyszącą: rodzina (7 osób), dom/miejsce zamieszkania (6 osób), miejsca publiczne (6 osób), praca (6 osób), ulica (4 osoby), szkoła (3 osoby), sklep (3 osoby), spotkania ze znajomymi (3 osoby), sąsiedztwo (1 osoba). Dwóch (1,6% ogółu badanych) respondentów z grupy III miało problem z udzieleniem odpowiedzi.

Prawie wszyscy (96%) studenci z grupy I podali, że w rodzinie nie mają osób niesłyszących. Twierdząco odpowiedziało jedynie 4% z nich. 83% badanych z grupy II i 90% z grupy III także udzieliło odpowiedzi negatywnej. Największy odsetek odpowiedzi pozytywnych (w rodzinie są osoby niesłyszące) odnotowano w grupie II (14% badanych) i trochę mniejszy (10%) w grupie III. Osoby, które twierdząco odpowiedziały na to pytanie, wskazały następujący stopień pokrewieństwa: wujek (4 osoby), ciocia (2 osoby), dziadek (2 osoby), tata (1 osoba), dziecko (1 osoba), kuzynka (1 osoba). Trzy osoby (2,4% ogółu badanych) z grupy II nie udzieliło odpowiedzi.

U większości badanych osób, w ich gronie znajomych nie było osób niesłyszących (89% - grupa I, 86% - grupa II, 88% grupa III). Najwyższy odsetek osób, które odpowiedziały twierdząco był w grupie III (12%) i niewiele mniejszy (11%) w grupie II. Najmniej osób niesłyszących stwierdzono w gronie znajomych studentów z grupy I (9%). Reszta respondentów (4%, w tym dwóch z grupy I i trzech z grupy II) miała problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi.

Największy odsetek badanych (54,4% grupy I, 66% badanych grupy II, 31% grupy III) uznał, że uszkodzenie słuchu jest najczęściej związane z niemożnością odbierania dźwięków z otoczenia. Na drugim miejscu znalazły się trudności w komunikowaniu się (15,2% grupy I, 14% grupy II, 10% grupy III). Sporadycznie z uszkodzeniem słuchu wiązano

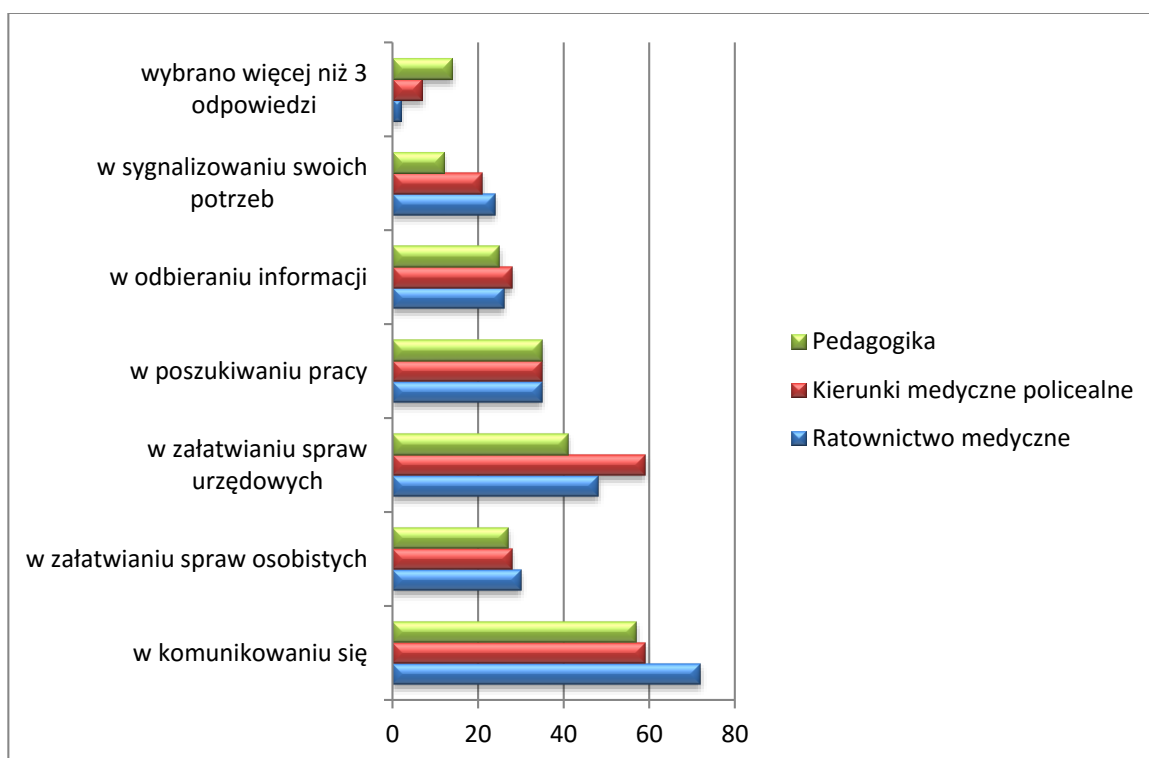
konieczność odczytywania mowy z ust, konieczność noszenia aparatów słuchowych czy trudności w mówieniu. Wyniki obrazuje Ryc. 1.



Ryc. 1. Opinie badanych na temat, z czym najczęściej jest związane uszkodzenie słuchu

Zdaniem ankietowanych, osoby niesłyszące najczęściej doświadczają trudności w komunikowaniu się, na co wskazało 72% studentów grupy I, 59% grupy II i 57% grupy III. Na drugim miejscu znalazły się trudności w załatwianiu spraw urzędowych, co podkreśliło 59% osób z grupy II, 48% z grupy I i 41% z grupy III. Identyczne wyniki badani uzyskali wskazując trudności w poszukiwaniu pracy, w trzech badanych podgrupach było po 35% wskazań.

Respondenci na podobnym poziomie wskazali także trudności w załatwianiu spraw osobistych (30% grupy I, 28% grupy II i 27% grupy III). Na problemy z odbieraniem informacji zwróciło uwagę 26% studentów z grupy I, 28% z grupy II i 25% z grupy III. Najrzadziej postrzegane były trudności w sygnalizowaniu swoich potrzeb - 12% studentów z grupy III i 24% z grupy I. Pozostałe wyniki obrazuje Ryc. 2.



Ryc. 2. Opinie badanych na temat, z czym najczęściej jest związane uszkodzenie słuchu

W grupie III aż 92% badanych nie uczyło się języka migowego, a jedynie 8% tej grupy takie umiejętności doskonaliło, głównie w domu, szkole, z pomocą rodziny. Nie uczyło się języka migowego także 17% studentów z grupy I i 21% z grupy II. Jednakże przeważająca większość osób z tych grup (83% grupy I i 79% grupy II) tajniki języka migowego poznawała w szkole/na studiach.

W kolejnym pytaniu badani mieli podać znane im metody komunikowania się z osobą niesłyszącą. Respondenci wskazali osiem takich metod. Najbardziej znaną okazał się język migowy, który wymieniło aż 85,5% grupy badanych (46% z grupy I, 40% z grupy III i 24% z grupy II). Na drugim miejscu uplasowało się pismo, które wymieniło 30,7% ankietowanych (20% z grupy I, 12% z grupy III i 6% z grupy II). Kolejną pozycję zajęła grupa metod niewerbalnych, opartych na gestach i ruchu – podało ją 19,4% badanych (11% z grupy II, 9% z grupy III i 7% z grupy II). Mowę oraz odczytywanie z ust wskazało po niespełna 10% badanych (5% z grupy III i po 2% z grupy I i grupy II). Najrzadziej wskazywano skype/pokazy medialne (po 1% badanych z grupy I i II). Pozostałe wyniki obrazuje Tabela I.

Tabela I: Zestawienie metod komunikowania się z osobą niesłyszącą w opinii respondentów*

Metoda komunikowania się	Grupa a		
	I N= 46	II N=29	III N=49
Język migowy/miganie/ideografia/ daktylografia	42	24	40
Mowa/werbalne	3	3	2
Pismo	20	6	12
Odczytywanie z ust	2	2	5
Mimika twarzy/mowa ciała/gesty/ruch/niewerbalne	7	11	9
Graficzne/obrazkowe/rysunek	2	1	2
Telefon komórkowy/sms	1	1	1
Skype/ pokazy medialne	1	1	0
Brak odpowiedzi	2	1	2

*Dane nie sumują się, ponieważ była możliwość kilku odpowiedzi

Ankietowanych zapytano także, skąd wiedzą, że mają do czynienia z osobą niesłyszącą. Odpowiedzi respondentów były bardzo zróżnicowane i analizując je wytypowano słowa kluczowe, które pomogły skategoryzować uzyskane odpowiedzi. Z analizy jednoznacznie wynika, że przejawem tego, że mamy do czynienia z osobą niesłyszącą, jest:

- posługiwanie się przez nią językiem migowym (12,9% grupy I; 5,6% grupy II; 13,7% grupy III)
- jej sposób komunikacji (11,3% studentów grupy III; 7,3% grupy I; 0,8% grupy II)
- nie reagowanie na mowę innych (4,8% grupy II; 4% grupy III; 2,4% grupy I)
- nie słyszenie, co się do niej mówi (4,8% grupy I; 4,8% grupy III; 2,4% grupy II)
- nie rozumienie co się do niej mówi (4,8% grupy I; 3,2% grupy III; 2,4% grupy II)
- używanie aparatu słuchowego (4,8% grupy III; 4% grupy I; 3,2% grupy II)
- czytanie patrząc z ust (2,4% grupy III; 1,6% grupy I; 1,6% grupy II)
- inne zachowanie się (2,4% grupy II; 1,6% grupy I; 0,8% grupy II)
- nie mówienie (4% grupy II; 1,6% grupy II)
- efekt jej obserwacji (1,6% grupy II)
- trudno powiedzieć (4,8% grupy II; 4% grupy I; 4% grupy II)

Za najpoważniejsze konsekwencje uszkodzenia słuchu badani uznali:

- niemożność odbierania wszystkich dźwięków (48% grupy I; 30% grupy II; 20,5% grupy III)

- zablokowanie lub ograniczenie możliwości komunikowania się w języku fonicznym (30% grupy I; 21% grupy II; 22,5% grupy III)
- ograniczenie możliwości słyszenia dźwięków (28% grupy I; 24% grupy II; 22,5% grupy III)
- konieczność posługiwania się językiem migowym (8% grupy III)
- trudno powiedzieć (3,5% grupy II)

Na podkreślenie zasługuje fakt, że aż 26,5% badanych z grupy III, 12% z grupy I i 3,5% z grupy II, wybierało więcej niż jeden wariant odpowiedzi.

Zdecydowana większość badanych z grupy I (63%) i grupy II (86%) wykorzystywałaby do komunikacji z osobą niesłyszącą przede wszystkim język migowy. Skorzystałoby z tej opcji także 26% osób z grupy III. Pismo do komunikacji wykorzystywałoby 35% ankietowanych z grupy III i 17% z grupy I. O tej formie komunikacji nie myślała żadna osoba z grupy II. Mowa była preferowana przez 2% studentów z grupy I i takiej samej liczby z grupy III, a artykulacja - przez 3% z grupy II. Duży odsetek respondentów (38% z grupy I, 11% z grupy II, 37% z grupy III) wskazywał więcej niż jeden wariant odpowiedzi.

Najczęściej studenci z grupy I (61%), grupy III (39%) i grupy II (35%), do komunikacji z osobą niedosłyszącą wykorzystaliby mowę. Język migowy preferowało 11% badanych z grupy I, 48% z grupy II oraz 10% z grupy III. Pisemną komunikację wykorzystywałoby 11% osób z grupy I, 3% z grupy II oraz 27% z grupy III, a daktylografię - po 6% respondentów z grupy I i III. Podobnie, jak w pytaniu wcześniejszym, spory odsetek badanych (11% z grupy I, 14% z grupy II i 18% z grupy III) wybierał więcej niż jeden wariant odpowiedzi.

Zdecydowana większość ankietowanych, za najistotniejszą sprawę w kontakcie z osobą z uszkodzonym słuchem, uznała preferowany przez daną osobę sposób komunikowania się (54% z grupy I, 34% z grupy II, 41% z grupy III). Na drugim miejscu badani wskazali posługiwanie się językiem migowym (22% z grupy I, 28% z grupy II, 14% z grupy III) lub stopień uszkodzenia słuchu (11% z grupy I, 24% z grupy II, 18,5% z grupy III). Za istotne w powyższej kwestii - 4% z grupy I, 7% z grupy II i 4% z grupy III uznało potrzeby tej grupy. Więcej niż jedną odpowiedź wybrało 7% z grupy I, 7% z grupy II i 18,5% z grupy III. Odpowiedzi nie udzieliło 2% badanych z grupy I i 4% z grupy II.

W opinii przeważającej większości badanych (56,5% z grupy I, 62% z grupy II i 47% z grupy III) skuteczną komunikację z osobą z uszkodzonym słuchem ułatwia zachowanie kontaktu wzrokowego. Drugim w kolejności czynnikiem było głośne mówienie (19,5% z grupy I, 21% z grupy II i 14% z grupy III). Znajomość stopnia uszkodzenia słuchu wskazało

13% z grupy I, 7% z grupy II i 18,5% z grupy III, a określenie uszkodzenia słuchu w decybelach - 4% z grupy I, 3% z grupy II i 2% z grupy III. Więcej niż jedną odpowiedź wskazało 7% z grupy I, 3% z grupy II i 18,5% z grupy III. Niezdecydowanych w powyższej kwestii było 3% badanych z grupy II.

Zdaniem zdecydowanej większości badanych osoba niesłysząca może mówić. Najwięcej twierdzących odpowiedzi (78%) było w grupie I, następnie w II (69%) i w III (55%). Odmienne sądziło 11% respondentów z grupy I, 10% z grupy II oraz 18% z grupy III. Problem z odpowiedzią miało 11% studentów z grupy I, 21% z grupy II oraz 27% z grupy III.

Na pytanie, czy każda osoba niesłysząca potrafi odczytywać mowę z ust, 67% badanych studentów z grupy I, 55% z grupy II oraz 41% z grupy III, odpowiedziało, że nie. Przekonanych o powyższym było 20% respondentów z grupy I, 31% z grupy II oraz 28,5% z grupy III. Nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie 13% z grupy I, 14% z grupy II i aż 30,5% z grupy III.

Zdecydowana większość wszystkich grup badanych uważała, że uszkodzenie słuchu utrudnia funkcjonowanie społeczne (71% grupy I, 86% z grupy II i 76% z grupy III). Nie uważało tak 14% ankietowanych z grupy II i 6% z grupy III, a odpowiedź „nie wiem” zaznaczyło 28% studentów z grupy I i 16% z grupy II.

Największy odsetek badanych (80% z grupy I, 55 z grupy II i 39% z grupy III) stanowiły osoby, które sądziły, że osoba niesłysząca może mieć prawo jazdy. Najwyższy odsetek odpowiedzi „nie” odnotowano w grupie III (37%), a następnie II (24%) i I (11%). Problem z odpowiedzią miało 9% osób z grupy I, 21% z grupy II i 24% z grupy III.

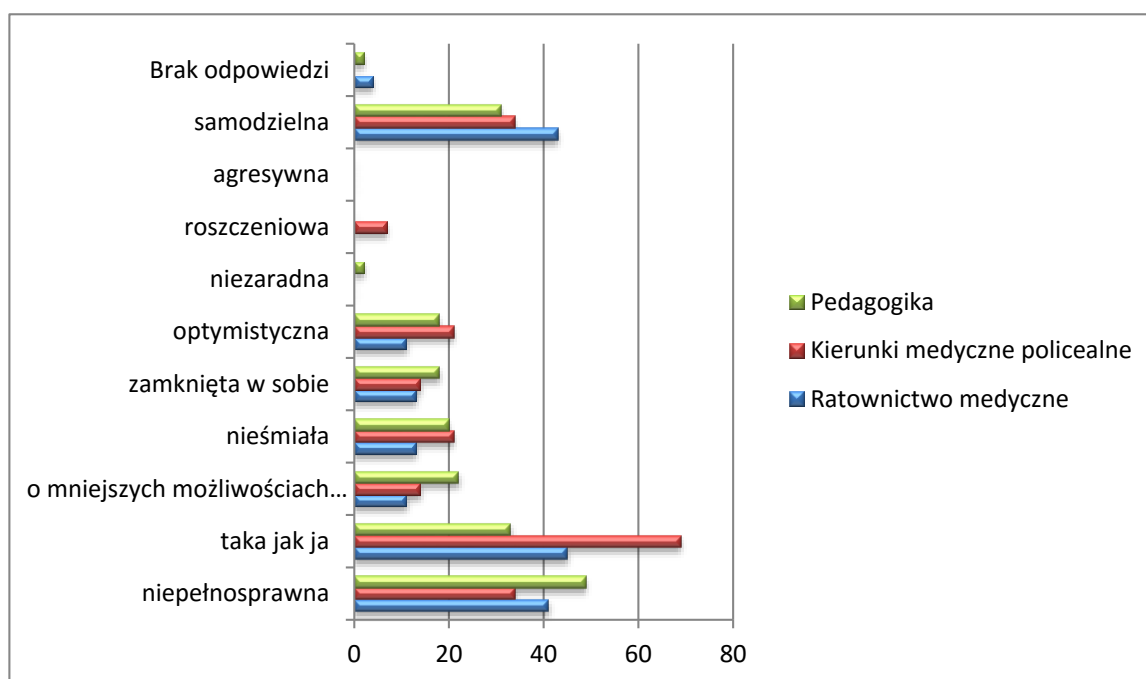
Opinie o funkcjonowaniu osób niesłyszących były zróżnicowane (Tab. II). Większość badanych uważała jednak, że taka osoba powinna pracować zawodowo (96% grupy I, 97% grupy II, 76% grupy III), zawierać małżeństwo (98% grupy I, 100% grupy II, 96% grupy III) i jeździć samochodem (76% grupy I, 62% grupy II, 37% grupy III).

Studentów poproszono także o określenie, jaką ich zdaniem osobą jest osoba z uszkodzonym słuchem. Badani z grupy I (45%) i II (69%) najczęściej wskazywali określenie „taka jak ja”, podczas gdy blisko połowa studentów grupy III na pierwszym miejscu postawiła określenie „niepełnosprawna”. Ponad 40% osób z grupy I twierdziło, że osoba z uszkodzonym słuchem jest „samodzielna” i „niepełnosprawna”. Po 34% osób z grupy II sądziło, że osoba z uszkodzonym słuchem jest „niepełnosprawna” i „samodzielna”. 33% spośród studentów z grupy III wybrało stwierdzenia „taka jak ja” i 31% „samodzielna”. Badani sporadycznie wskazywali określenia „niezaradna” lub „roszczeniowa”. Nikt nie

zaznaczył odpowiedzi, że osoby z uszkodzonym słuchem są „agresywne”. Wyniki obrazuje Ryc. 3.

Tabela II. Zestawienie odpowiedzi studentów ratownictwa medycznego na temat funkcjonowania osoby niesłyszącej

Osoba niesłysząca powinna.....						
forma funkcjonowania	tak		nie		nie wiem	
	N	%	N	%	N	%
GRUPA I (N=46)						
Pracować zawodowo	44	96	1	2	1	2
Zawierać małżeństwa	45	98	0	0	1	2
Jeździć samochodem	35	76	0	0	11	24
GRUPA II (N=29)						
Pracować zawodowo	28	97	0	0	1	3
Zawierać małżeństwa	29	100	0	0	0	0
Jeździć samochodem	18	62	6	21	5	17
GRUPA III (N=49)						
Pracować zawodowo	37	76	1	2	10	20
Zawierać małżeństwa	47	96	0	0	1	2
Jeździć samochodem	18	37	18	37	12	24



Ryc. 3. Określenia przypisane przez badanych osobie niepełnosprawnej

W kolejnym pytaniu badani wyrażali swoją opinię, czy chcieliby mieć osobę niesłyszącą za sąsiada, koleżankę/kolegę, żonę/męża, dziecko. Za sąsiada chciałyby mieć osobę niesłyszącą zdecydowana większość badanych (63% grupy I, 66% grupy II, 39% grupy III). Niesłysząca koleżankę/kolegę mogłoby mieć 70% osób z grupy I, 70% z grupy II i 33% z

grupy III. Ponad połowa wszystkich badanych nie chciałaby mieć żony/męża i dziecka niesłyszącego. Wyniki zawiera Tabela III.

Tabela III: Opinie studentów na temat preferowanych relacji z osobą niesłyszącą

Osoba niesłysząca	tak		nie		nie wiem		brak odpowiedzi	
	N	%	N	%	N	%	N	%
GRUPA I (N=46)								
Sąsiad	29	63	3	7	14	30	0	0
Koleżanka/kolega	32	70	7	15	7	15	0	0
Żona/mąż	5	11	25	54	15	33	1	2
Dziecko	2	4	33	72	10	22	1	2
GRUPA II (N=29)								
Sąsiad	19	66	0	0	10	34	0	0
Koleżanka/kolega	20	70	1	3	7	24	1	3
Żona/mąż	4	14	13	45	11	38	1	3
Dziecko	4	14	14	48	10	35	1	3
GRUPA III (N=49)								
Sąsiad	19	39	11	22	15	31	4	8
Koleżanka/kolega	16	33	12	24	16	33	5	10
Żona/mąż	1	2	13	27	30	61	5	10
Dziecko	2	4	31	63	10	21	6	12

Jeżeli chodzi o zachowanie badanych w stosunku do osób posługujących się językiem migowym w miejscach publicznych (ulica, sklep, autobus) uzyskano następujące warianty odpowiedzi:

- staram się je zrozumieć (52% grupy II, 43% grupy I, 20% grupy III)
- nie budzi to mojej specjalnej reakcji (39% grupy II, 21% grupy I, 23% grupy III)
- patrzę na te osoby z zaciekawieniem (7% grupy II, 10% grupy I, 18% grupy III)
- rzucam ukradkowe spojrzenia (2% grupy II, 7% grupy I, 6% grupy III).

Problem z odpowiedzią miało 9% badanych z grupy I i 6% z grupy III. Więcej niż jeden wariant odpowiedzi wybrało 10% ankietowanych z grupy II i 27% z grupy III.

W kolejnym pytaniu badani musieli wyrazić opinię na temat uczuć, jakie budzi w nich osoba niesłysząca. Ankietowani wskazywali:

- chęć porozumienia się (62% grupy I, 46% grupy II, 31% grupy III)
- chęć poznania takiej grupy (59% grupy II, 44% grupy I, 33% grupy III)
- chęć pomocy (55% grupy III, 41% grupy I, 38% grupy II)
- ciekawość (43% grupy III, 41% grupy II, 35% grupy I)
- obojętność (20% grupy I, 8% grupy III, 4% grupy II)

- litość (14% grupy III, 13% grupy I, 4% grupy II)
- żal (12% grupy III, 9% grupy I, 7% grupy II)

Problem z odpowiedzią miało 2% badanych z grupy III.

Odpowiedzi badanych dotyczące ich reakcji w sytuacji, kiedy osoba niesłysząca wyraźnie sygnalizuje potrzebę pomocy obrazuje Tabela IV. Najwięcej badanych (68% z grupy I, 55% z grupy II, 33% z grupy III) deklarowało chęć pomocy. 39% studentów z grupy III i 7% z grupy II wybrało więcej niż jeden wariant odpowiedzi. Nikt nie wybrał wariantu „unikam kontaktu z tą osobą”, a rzadko zaznaczano wariant „nie wiem, jak się zachować” lub „wybieram kartkę i próbuję pisać”.

Tabela IV. Opinie studentów na temat preferowanych reakcji w sytuacji, kiedy osoba niesłysząca wyraźnie sygnalizuje potrzebę pomocy

Rodzaj reakcji	Odsetek odpowiedzi		
	Grupa I N=46	GRUPA II N=29	GRUPA III N=49
staram się pomóc	68	55	33
nie wiem, jak się zachować	2	3,5	2
unikam kontaktu z tą osobą	0	0	0
podchodzę i staram się porozumieć	11	28	14
wybieram kartkę i próbuję pisać	2	3,5	10
inne	0	3	0
brak odpowiedzi	17	0	2

Badanych poproszono o wyrażenie opinii na temat poziomu realizacji potrzeb osób niesłyszących w naszym społeczeństwie. We wszystkich grupach uznano go za niewystarczający i najczęściej takich odpowiedzi udzielili badani z grupy II (48%), a następnie grupy I (37%) i III (33%). Za niski uważało go 28% grupy I, 20% grupy III i 14% grupy II, za bardzo niski - 24% grupy II, 23% grupy III i 15% grupy I. Jako dobry uznało go 13% grupy I, 8% grupy III i 7% grupy II, a za dostateczny 12% grupy III, 4,5% grupy I i 3,5% grupy II. Jedynie 2% badanych z grupy III uważało, że jest on bardzo dobry. Problem z jednoznaczną odpowiedzią miało 3,5% respondentów z grupy II oraz 2,5% z grupy I i 2% z grupy III.

W kolejnym pytaniu ankietowani poproszeni zostali o przypisanie rangi takim potrzebom osób niesłyszących, jak miłość, akceptacja, bezpieczeństwo, kontakt z rodziną, z rówieśnikami, z tłumaczem języka migowego, ze środowiskiem niesłyszących, komfort akustyczny i porozumiewanie się w języku migowym. Każdemu sformułowaniu przypisywali numerację od 1 do 9, gdzie 1 oznaczało najważniejszą ich zdaniem potrzebę. Ankietowani studenci z grupy I za najważniejsze potrzeby uznali potrzebę miłości (18 osób) i potrzebę

akceptacji (16 osób), badani z grupy III - potrzebę akceptacji, którą na pierwszym miejscu postawiło 10 osób i na drugim 7 osób, a respondenci z grupy II - potrzebę akceptacji (19 osób) i potrzebę miłości (10 osób). Pozostałe wyniki obrazuje Tabela V.

Tabela V. Rangi przypisane potrzebom osób niesłyszących

PUNKTACJA	Potrzeby osób niesłyszących/liczba odpowiedzi									Legenda
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
GRUPA I (N=46)										A. miłości B. akceptacji C. bezpieczeństwa D. kontaktu z rodziną E. kontaktu z rówieśnikami F. komfortu akustycznego G. kontaktu z tłumaczem języka migowego H. kontaktu ze środowiskiem niesłyszących I. porozumiewanie się w języku migowym
1	18	16	2	3	2	0	0	0	1	
2	8	9	10	8	2	0	0	2	3	
3	7	5	12	6	8	1	2	1	0	
4	1	4	2	12	6	5	2	6	4	
5	4	3	5	3	11	5	2	4	5	
6	1	2	3	5	6	5	4	8	8	
7	1	1	4	1	2	7	10	5	11	
8	1	0	2	1	2	10	12	12	2	
9	1	2	2	3	3	9	10	4	8	
GRUPA II (N=29)										
1	5	10	1	0	2	1	0	0	5	
2	5	7	3	3	0	2	2	2	0	
3	3	2	8	6	2	1	1	1	1	
4	2	1	5	7	3	1	0	2	2	
5	2	1	1	2	8	1	5	3	1	
6	1	0	3	3	2	7	2	4	2	
7	1	0	2	1	2	3	3	6	6	
8	3	1	0	1	3	5	3	4	4	
9	2	2	1	1	2	3	8	2	3	
GRUPA III (N=49)										
1	10	19	2	2	1	1	0	0	4	
2	6	9	13	7	1	0	2	0	1	
3	7	3	5	11	5	1	4	1	2	
4	2	2	9	10	6	1	1	4	5	
5	6	3	2	5	11	2	0	7	3	
6	2	0	2	3	6	6	6	4	10	
7	2	0	2	1	5	10	4	10	4	
8	2	2	0	0	2	5	14	8	6	
9	2	1	4	0	2	13	8	5	4	

Respondentów poproszono o podanie, co chcieliby powiedzieć osobie niesłyszącej. Najczęściej badani mieli problem z udzieleniem odpowiedzi (20 osób z grupy I, 18 z grupy III i 8 z grupy II). Ankietowani z grupy I z reguły zapytaliby o sytuację osoby niesłyszącej (5 osób), a II (12 osób) i III (11 osób) powiedzieliby coś podnoszącego na duchu. Najbardziej badani z grupy I życzyliby zdrowia lub przekazali jakiś zwrot grzecznościowy (po 2 osoby), z

grupy II powiedzieliby coś w zależności od sytuacji (3 osoby), a z III grupy nie chcieliby nic powiedzieć (1 osoba). Wyniki obrazuje tabela VI.

Tabela VI. Odpowiedzi badanych na pytanie „Co chcielibyście Państwo powiedzieć osobie niesłyszącej”

Kategorie określeń	Liczba odpowiedzi		
	Grupa I	Grupa II	Grupa III
Zapewnienie o pomocy	2		
Zapytanie o sytuację osoby niesłyszącej	5		5
Nic nie chcę powiedzieć	2		1
Wypowiedź uzależniona od sytuacji	3	3	
Życzenie zdrowia	1		
Zwrot grzecznościowy	1		5
Podnoszenie na duchu	3	12	11
Wyrażenie opinii „jesteście tak jak inni”	2	6	6
Porozmawiać	3		
Nie wiem	2		
Treść wypowiedzi zależna od umiejętności komunikacyjnych	2		
Chęć poznania i nauczania się komunikowania			3
Brak	20	8	18

Ankietowani swoją wiedzę na temat osób niesłyszących czerpali z: zajęć na uczelni/w szkole (70% badanych z grupy I, 62% z grupy II, 23% z grupy III), mediów (37% z grupy III, 24% z grupy II, 11% badanych z grupy I), kontaktu z osobami niesłyszącymi (4% z grupy III), literatury fachowej (2% z grupy III) oraz innych źródeł, takich jak rozmowy z osobami, które miały kontakt z niesłyszącymi; z obserwacji w swoim otoczeniu, znajomość z takimi osobami, czy posiadanie własnego niesłyszącego dziecka (2% z grupy I, 8% z grupy III). Problem z odpowiedzią miało 6% badanych z grupy III, a 20% z grupy III, 17% z grupy I i 14% z grupy II, podało więcej niż jeden wariant odpowiedzi.

Większość badanych oceniła swoją wiedzę na temat osób niesłyszących na poziomie średnim (grupa I – 54%, grupa II – 66%, grupa III – 45%). Jako małą uznało ją 31% studentów z grupy III, 22% z grupy I i 10% z grupy II. Posiadanie dużej wiedzy na temat osób niesłyszących zadeklarowało 22% studentów z grupy I, 17% z grupy II i tylko 4% z grupy III. Sporadycznie ankietowani oceniali swoją wiedzę jako „bardzo dużą” - jedynie 2%

osób z grupy III. Za bardzo małą swoją wiedzę uznało 10% respondentów z grupy III, 7% z grupy II i 2% z grupy I. Problem z odpowiedzią miało 8% badanych z grupy III.

Badani wyrazili także swoją opinię na temat wykorzystania w przyszłości wiedzy na temat osób niesłyszących przez respondentów twierdząc, że będzie ono przydatna do: skutecznej komunikacji (31% grupy II, 22% z grupy I, 14% z grupy III), pomocy osobom niesłyszącym (70% badanych z grupy I, 62% z grupy II, 23% z grupy III), w przyszłej pracy (15% grupy I, 10% z grupy II, 2% z grupy III), nawiązania nowych kontaktów (14% grupy II, 4% z grupy III, 2% z grupy I), zachowam ją dla siebie (18% grupy III, 7% z grupy I, 3,5% z grupy II) oraz do innych rzeczy (8% z grupy III). Odpowiedzi nie udzieliło po 4% badanych z grupy I i III, a 33% osób z grupy I, 19% z grupy II i 14% z grupy II wybrało więcej niż jeden wariant odpowiedzi.

Dyskusja

Uszkodzenie słuchu jest niepełnosprawnością bardzo nietypową, ponieważ jest niedostrzegalna zewnątrz, a problem ujawnia się przy próbie nawiązania bezpośredniego kontaktu [3]. Wciąż jeszcze mała wiedza na temat osób dotkniętych uszkodzeniem narządu słuchu i ich problemów w funkcjonowaniu w życiu codziennym sprawia, że słysząca większość posługuje się nieprecyzyjnymi określeniami, co w konsekwencji może prowadzić do powstawania krzywdzących mitów społecznych, które budują błędny i uproszczony obraz niedosłyszących i głuchych [3,4]. Dlatego tak ważne jest kształtowanie prawidłowych postaw wobec osób, które są „inne”, mają specyficzne potrzeby (tu: potrzeby komunikacyjne). Taką świadomość powinni posiadać przyszli medycy, aby nie potwierdzała się opinia, że postawy i oczekiwania ludzi pełnosprawnych wobec osób niepełnosprawnych przeważnie są negatywne (według Sękowskiego) [5]. U podstaw negatywnych postaw wobec niesłyszących, posługujących się językiem migowym, leży fakt obustronnych trudności w komunikowaniu się [3]. Larkowa [6] zwraca uwagę, że na kształtowanie się postaw ma wpływ pięć czynników: środowisko społeczne, warunki ekonomiczne, widok nietypowych cech fizycznych, rodzaje kontaktów z osobami niepełnosprawnymi oraz informacje o tych osobach. Biorąc pod uwagę powyższe stwierdzenia, znaczna część badanych (63%) nie miała kontaktu z osobą niesłyszącą w ogóle, a blisko 90% ogółu badanych potwierdziło, że nie ma osób niesłyszących w ich rodzinie i w gronie znajomych. Nie wykazano w tej kwestii różnic pomiędzy grupą studentów/słuchaczy kierunków medycznych a grupą studentów pedagogiki, jeśli chodzi o kontakt z osobami niesłyszącymi. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Krajewskiej – Kułak i wsp. [7] oraz Cybulskiego i wsp. [8]. Sporadyczne kontakty z niesłyszącymi mieli także studenci pedagogiki, biorący udział w badaniach Woźnickiej [9].

Respondenci z wszystkich badanych kierunków (obecnie ankietowanych) uważali, że najczęściej uszkodzenie słuchu jest związane z niemożnością odbierania dźwięków z otoczenia, a dopiero w dalszej kolejności z trudnościami w komunikowaniu się. W tym aspekcie również nie było istotnych różnic między grupami.

Trudności w komunikowaniu się, to zdaniem wszystkich grup obecnie ankietowanych, najczęściej doświadczane przez osoby niesłyszące trudności. Na barierę w komunikacji zwrócili także uwagę studenci pedagogiki w badaniach Woźnickiej [9].

Prawie wszyscy studenci i słuchacze kierunków medycznych wskazali, że uczyli się języka migowego (wynika to z programu nauczania), podczas gdy jedynie 8% studentów pedagogiki potwierdziło uczenie się języka migowego. Wykazano w tym zakresie istotne różnice pomiędzy badanymi grupami. Aż 96% badanych studentów przez Woźnicką [9] chciałoby się uczyć języka migowego.

Respondenci trafnie nazywali metody komunikowania się z osobą niesłyszącą, stwierdzono bowiem, że badani potrafili wymienić osiem metod, w tym najczęściej język migowy, a w dalszej kolejności pismo i metody niewerbalne oparte na gestach i ruchu. Wyniki były zbliżone w porównywanych grupach. Znajomość metod komunikowania się z osobą niesłyszącą potwierdzają wyniki badań studentów pedagogiki u Woźnickiej [9]. Tak wysoki poziom wiedzy na temat metod komunikacji z niesłyszącymi może wynikać z tego, że problematyka dotycząca niesłyszących i języka migowego jest obecnie popularna i często gości w mediach.

Oдноśnie przeważającej części badanych, przejawem tego, że ma się do czynienia z osobą niesłyszącą było posługiwanie się językiem migowym.

Analiza odpowiedzi dotyczących opinii na temat tego, co jest najpoważniejszą konsekwencją uszkodzenia słuchu wskazuje na pewne różnice między grupą młodych „medyków” a ich kolegów z kierunku pedagogika. Za najpoważniejsze konsekwencje uszkodzenia słuchu studenci/słuchacze kierunków medycznych w pierwszej kolejności uznali: niemożność odbierania wszystkich dźwięków, zablokowanie lub ograniczenie możliwości komunikowania się w języku fonicznym; niemożność odbierania wszystkich dźwięków. Natomiast studenci pedagogiki na pierwszym miejscu wskazali ograniczenie możliwości słyszenia dźwięków i zablokowanie lub ograniczenie możliwości komunikowania się w języku fonicznym. Konieczność posługiwania się językiem migowym nie została uznana za konsekwencję uszkodzenia słuchu ani przez studentów/słuchaczy kierunków medycznych, ani przez studentów pedagogiki.

Do komunikacji z osobą niesłyszącą badani studenci/słuchacze kierunków medycznych wykorzystaliby przede wszystkim język migowy, podczas gdy studenci pedagogiki na pierwszym miejscu postawili pismo. Język migowy u studentów pedagogiki znalazł się na drugim miejscu. Do komunikacji z osobą niedosłyszącą studenci ratownictwa medycznego i pedagogiki wykorzystaliby przede wszystkim mowę, podczas gdy słuchacze szkoły policealnej na pierwszym miejscu postawili język migowy. Z kolei studenci pedagogiki na drugim miejscu postawili pismo. Analiza odpowiedzi wykazała więc pewne rozbieżności w opinii w grupie studentów i słuchaczy kierunków medycznych.

Wszyscy ankietowani byli zgodni, co należy uznać za najistotniejszą sprawę w kontakcie z osobą z uszkodzonym słuchem i zgodnie uznali, że jest nią znajomość preferowanego przez daną osobę sposobu komunikowania się. Studenci i słuchacze kierunków medycznych na drugim miejscu wskazali posługiwanie się językiem migowym, podczas gdy studenci pedagogiki stopień uszkodzenia słuchu.

Przeważająca większość badanych obu porównywanych grup uważała, że zachowanie kontaktu wzrokowego ułatwia skuteczną komunikację z osobą z uszkodzonym słuchem. Dla studentów i słuchaczy kierunków medycznych drugim w kolejności czynnikiem było głośne mówienie, natomiast dla studentów pedagogiki znajomość stopnia uszkodzenia słuchu.

We wszystkich grupach opinia dotycząca tego, czy osoba niesłysząca może mówić była zgodna. Zdecydowana większość badanych uznała, że osoba niesłysząca może mówić. Jednak blisko jedna czwarta badanych studentów pedagogiki tego nie wiedziała.

Analiza opinii na temat, czy każda osoba niesłysząca potrafi odczytywać mowę z ust nie wykazała różnic w tym temacie, ponieważ zdecydowana większość obu grup uważała, że nie wszystkie osoby niesłyszące posiadają taką umiejętność. Podobnie dla 44% badanych studentów pedagogiki [9] nie było oczywiste, czy wszyscy głusi potrafią odczytywać mowę z ust. Wiadomo jest, że nie wszystkie osoby z uszkodzonym słuchem potrafią odczytywać mowę z ust. Jest to jeden ze stereotypów, który wciąż jeszcze funkcjonuje. Bowiem umiejętność odczytywania mowy z ust jest skomplikowanym i żmudnym procesem wymagającym wielu godzin ćwiczeń. Z opinii badanych wynika, że przeważa realistyczne podejście do tej kwestii.

Nie bez znaczenia jest problem niepełnosprawności w odniesieniu do funkcjonowania społecznego, które jest zagadnieniem bardzo złożonym. Dotyczy takich kwestii, jak praca, rodzina, małżeństwo, stosunku zdrowej części społeczeństwa [10]. Zdecydowana większość respondentów porównywanych grup była zgodna co do opinii, że uszkodzenie słuchu utrudnia funkcjonowanie społeczne. We wszystkich podgrupach badanych, największy odsetek

stanowiły osoby, które uważały, że osoba niesłysząca może mieć prawo jazdy. Opinia dotycząca pracy zawodowej osób niesłyszących była identyczna w grupie studentów i słuchaczy kierunków medycznych uważających, że osoba niesłysząca powinna pracować zawodowo. Większe zróżnicowanie dało się zauważyć w grupie studentów pedagogiki. Wprawdzie zdecydowana większość wyraziła opinie taką jak „medycy”, ale jedna piąta badanych nie miała zdania na ten temat. Opinia dotycząca zawierania małżeństw przez osoby niesłyszące była prawie identyczna u wszystkich badanych - prawie wszyscy odpowiedzieli twierdząco na to pytanie. Większe zróżnicowanie odpowiedzi zauważało się analizując odpowiedzi na pytanie, czy osoba niesłysząca powinna jeździć samochodem. Odpowiedzi twierdzącej udzieliła zdecydowana większość studentów i słuchaczy kierunków medycznych, podczas gdy takiej odpowiedzi udzieliło niespełna 40% studentów pedagogiki. Na podkreślenie zasługuje fakt, że spora grupa badanych nie ma zdania na ten temat. Powyższe opinie znajdują odzwierciedlenie w badaniach dotyczących tego obszaru. Wyniki CEBOS z 2007 roku [11] wykazały, że przeważająca większość Polaków uważa, że niepełnosprawni ludzie powinni pracować (jeśli chcą i mogą); podobnie studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku [8] są zdania, że osoby z zaburzeniami wzroku i słuchu są w stanie prowadzić normalne życie pracując zawodowo (86,7%), zawierając małżeństwa (93,3%), posiadając dzieci (88,7%).

Pomiędzy badanymi grupami medyków i studentów pedagogiki zauważalne były różnice w określeniu, jaką osobą jest osoba z uszkodzonym słuchem. W przypadku większości „medyków” jest osobą taką jak oni, podczas gdy dla blisko połowy studentów pedagogiki jest to osoba „niepełnosprawna”. Badani sporadycznie wskazywali określenia: niezaradna, roszczeniowa. Nikt nie zaznaczył odpowiedzi, że osoby z uszkodzonym słuchem są „agresywne”.

Opinie badanych były zgodne co do posiadania niesłyszącego sąsiada, koleżanki/kolegi (zdecydowana większość odpowiedzi twierdzących), jak i niesłyszącego męża/żony, dziecka (w tym przypadku zdecydowanie przeważały odpowiedzi „nie”).

Zdanie respondentów na temat zachowania się badanych w stosunku do osób posługujących się językiem migowym w miejscach publicznych (ulica, sklep, autobus) – różniło się. Studenci i słuchacze kierunków medycznych deklarowali, że „starają się je zrozumieć” lub że „nie budzi to ich specjalnej reakcji”. Natomiast w odpowiedziach studentów pedagogiki na pierwszym miejscu było stwierdzenie „nie budzi to mojej specjalnej reakcji” i „staram się je zrozumieć” (czyli odwrotnie niż w grupie „medyków”). Podobne postawy wykazywali studenci Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku [8]

Opinia na temat uczuć, jakie budzą w respondentach osoby niesłyszące – była zgodna. Najczęściej ankietowani wskazywali: chęć porozumienia się, chęć poznania, chęć pomocy oraz ciekawość. Uczucia złości nie wskazała żadna badana osoba.

Zachowania i reakcje badanych w sytuacji, kiedy osoba niesłysząca wyraźnie sygnalizuje potrzebę pomocy były w porównywanych grupach takie same: zdecydowana większość starałaby się pomóc, na drugim miejscu ankietowani wskazali odpowiedź „podchodzę i staram się porozumieć”. Nikt nie wskazał, że unikałby kontaktu z tą osobą.

W opinii respondentów porównywanych grup zauważa się zgodność, co do określenia najważniejszych potrzeb osób niesłyszących. Za najważniejsze zostały uznane potrzeby: miłości, akceptacji i bezpieczeństwa.

We wszystkich grupach uczących się poziom realizacji potrzeb osób niesłyszących w naszym społeczeństwie uznano za niewystarczający.

Respondenci swoją wiedzę na temat osób niesłyszących czerpali w większości z zajęć na uczelni/w szkole lub z mediów i większość oceniła ją na poziomie średnim lub jako małą. Braki w tym zakresie wskazała także ponad połowa badanych studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu [8], która stwierdziła, że nie mieli zajęć, na których poruszana była tematyka osób z zaburzeniami wzroku i słuchu. Jak wskazuje Larkowa [6], informacje o osobach są jednym z pięciu czynników decydujących o kształtowaniu się postaw wobec osób niepełnosprawnych.

Opinia na temat wykorzystania w przyszłości wiedzy na temat osób niesłyszących przez respondentów różniła się, ponieważ badani studenci pedagogiki zadeklarowali wykorzystanie wiedzy do pomocy osobom niesłyszącym, a studenci/ słuchacze kierunków medycznych przede wszystkim wykorzystają wiedzę do skutecznej komunikacji. W wypowiedziach badanych można było wyodrębnić pewne kategorie, w porównywanych grupach były one takie same, m. in.: zapewnienie o pomocy; zapytanie o sytuację osoby niesłyszącej; zwroty grzecznościowe; podnoszenie na duchu; wyrażenie opinii „jesteście jak inni”; treść wypowiedzi zależna od umiejętności komunikacyjnych. Niestety, duża grupa osób nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie.

Aktualne wyniki oraz wyniki przytaczanych badań pokazują pewne tendencje, jeśli chodzi o stosunek badanych studentów różnych uczelni i kierunków do osób niepełnosprawnych (tu chodzi o osoby z uszkodzonym słuchem). W badaniach tych znaleźć można potwierdzenie dla postawy otwartości na potrzeby osób z zaburzeniami słuchu. Opinie młodych ludzi wskazują na brak postrzegania populacji osób niesłyszących przez pryzmat stereotypów i uprzedzeń, a wręcz przeciwnie – dominują bardzo obiektywne i realistyczne wypowiedzi, mimo nikłego kontaktu z tą grupą osób.

Wnioski

1. Większość opinii dotyczących osób niesłyszących w grupach studentów ratownictwa i pedagogiki oraz słuchaczy studium policealnego była zgodna.
2. Opinie respondentów były w większości trafne i wskazują na znajomość lub dobrą intuicję w określaniu trudności, metod komunikacji, funkcjonowania społecznego i potrzeb osób niesłyszących. Ten stan rzeczy może wynikać z faktu, że od czasu wprowadzenia Ustawy o języku migowym..., tematyka dotycząca osób z uszkodzonym słuchem jest często obecna w mediach, zauważamy pewną „modę” na naukę języka migowego.
3. Budujące są postawy respondentów wobec osób niesłyszących, tj. chęć pomocy, porozumienia się, poznania. Może to świadczyć o otwartości przyszłych „medyków” i pedagogów na osoby o specyficznych potrzebach komunikacyjnych.
4. Uzyskane wyniki są bardzo cenne z perspektywy wykładowcy i nauczyciela praktyka, ponieważ pokazują na co należy zwracać uwagę przygotowując młodych ludzi do nawiązania kontaktu z osobami niesłyszącymi, np. w kwestii nauki języka migowego oraz uczenia stawiania trafnej „diagnozy komunikacyjnej”, aby skutecznie porozumiewać się z potencjalnym pacjentem/klientem/wychowankiem.

Piśmiennictwo

1. Kowalska A. J.; Włoszczak - Szubzda A.; Jarosz M. J.: Problemy komunikowania się pracowników medycznych z pacjentami głuchymi i głuchoniemymi. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2011, 17, 2, 96-99.
2. Szczepankowski B., Koncewicz D.: *Język migowy w terapii*. Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Łodzi, 2012, 13.
3. Szczepankowski B.: *Niesłyszący – Głusi – Głuchoniemi. Wyrównywanie Szans*. WSiP, Warszawa 1999, 167 - 168.
4. Albińska P.: *Problemy życia społecznego i zawodowego osób niedosłyszących i głuchych*. http://www.adam-europe.eu/prj/5431/prj/publikacja_albinska.pdf, data pobrania 30.01.2015.
5. Sękowski T.: *Analiza ilościowa i jakościowa zmian w nasileniu cech osobowościowych uczestników projektu. Raport z badań rezultatów miękkich przeprowadzonych w ramach projektu. „Per linguas mundi ad laborem (przez języki świata do pracy)” IW EQUAL*, www.kul.pl/files/292/files/Tomasz_Sekowski_raport.doc, data pobrania 22.02.2015.

6. Larkowa H.: Postawy społeczne wobec osób z odchyleniami od normy [w:] Pedagogika rewalidacyjna, A. Hulek (red.). PWN, Warszawa 1988, 479.
7. Krajewska-Kułak E., Kułak W., Łukaszuk C., Lewko J., Lankau A., Van Damme-Ostapowicz K., Rozwadowska E., Kropiwnicka E., Guzowski A.: Postawy studentów kierunku pielęgniarstwo wobec osób niepełnosprawnych. Hygeia Public Health, 2011, 46, 335-361.
8. Cybulski M., Krajewska-Kułak E., Manias S., Orzechowska A., Sowa P., Rozwadowska E., Guzowski A.: Obraz osób z zaburzeniami słuchu i wzroku w świadomości studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku [w:] W drodze do brzegu życia - Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., Kułak W. (red.), Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, „Duchno” Piotr Duchnowski, Białystok, 2013, t. XI, 653-671
9. Woźnicka E.: Stereotypy osoby niesłyszącej w opinii studentów pedagogiki. http://www.adam-europe.eu/prj/5431/prj/publikacja_woznicka-1.pdf, data pobrania 25.01.2015.
10. Ossowski R.: Pedagog specjalny wobec współczesnych problemów życiowych osoby niepełnosprawnej. [w:] Rehabilitacja niewidomych i słabo widzących. Kuczyńska-Kwapisz J. (red.). Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa 1996, 6-10.
11. Chajda E.: Postawy wobec osób niepełnosprawnych. Badanie CBOS. Komunikat z badań. BS/169/2007, Warszawa, 2007, 11, 1-25.

**Futyma Monika¹, Żemojduk Dominika¹, Ścisłowska Natalia¹, Szymańska Marta¹,
Kulesza-Brończyk Bożena²**

Czy kobiecość może umrzeć? - trudne momenty w życiu kobiety

1. Koło Naukowe przy Zakładzie Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo - Ginekologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo - Ginekologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

„Musi być do wyboru.

Zmieniać się, żeby tylko nic się nie zmieniło. (...)

*Oczy ma, jeśli trzeba, raz modre, raz szare,
czarne, wesole, bez powodu pełne łez.*

Śpi z nim jak pierwsza z brzegu, jedyna na świecie.

Urodzi mu czworo dzieci, żadnych dzieci, jedno.

Naiwna, ale najlepiej doradzi.

Słaba, ale udźwignie.

Nie ma głowy na karku, to będzie ją miała (...).”

Fragment wiersza „Portret kobiety” Wisławy Szymborskiej

Wstęp

Kobiecość jest pojęciem tak głębokim, jak głęboka jest wyobraźnia każdego człowieka. To pojęcie łączące w sobie sferę psychiczną i fizyczną kobiety. To świadomość swoich kobiecych cech. To nie tylko posiadanie cielesnych przymiotów, uznawanych za atrybuty kobiecości, ale także poczucie piękna, delikatności, wrażliwości. Kobieta, aby czuć się kobieco, musi czuć się atrakcyjna, spotykać się z uznaniem płci przeciwnej. Wtedy jest pewna siebie, pewna swojej kobiecości. W dzisiejszych czasach myśląc o kobiecości pierwszą wizualizacją tego zjawiska jest wygląd: kobieta o wydatnych, proporcjonalnych kształtach, zgrabnej sylwetce, jędrnych piersiach, kusząca, świetnie ubrana, o szerokim uśmiechu i nienagannej aparycji. Nic dziwnego skoro media codziennie kreują właśnie taki model kobiety idealnej. Wygląd zewnętrzny jest uważany za najważniejszy z komponentów składających się na postrzeganie atrakcyjności, dlatego też to kobiety

bardziej dbają o siebie, używają więcej kosmetyków i są w stanie tolerować dyskomfort fizyczny, aby wyglądać bardziej kobieco [1,7].

W życiu kobiety przychodzą momenty, kiedy zarówno poczucie cielesnej kobiecości, jak i emocjonalne poczucie własnej wartości zostaje zachwiane. W niektórych okolicznościach kobieta traci poczucie swojego zewnętrznego i wewnętrznego piękna. Zmiany zachodzące w jej organizmie mogą diametralnie wpłynąć na poczucie swojej wartości, pewności i kobiecości. Nie wszystkie przemiany, którym zostaje poddana w trakcie swojego życia akceptuje, nie na wszystkie ma wpływ, a często nie może niektórych cofnąć. Kobiety stają wtedy przed wyzwaniem zaakceptowania nowego „ja”, nowego „ja – kobieta” [1-3].

Do trudnych, często nieuniknionych, momentów w życiu kobiety pod względem poczucia kobiecości zaliczyć można: ciążę, a w szczególności ostatni trymestr, połóg, okres klimakterium, choroby i operacje ginekologiczno – onkologiczne [1,2].

Cel pracy

Przedstawienie etapów w życiu kobiety, które wiążą się ze zmianami w zakresie poczucia własnej atrakcyjności, kobiecości i cielesności.

Metody badawcze i metodologia

Analiza literatury medycznej z okresu ostatnich 10 lat.

Ciąża

Aby dobrze przeżyć okres ciąży, kobieta powinna być dojrzała do macierzyństwa. Wtedy możliwe jest prawidłowe przeżycie tego etapu. W czasie ciąży kobiecy organizm przechodzi wiele zmian w obszarze somatycznym i psychicznym. Niesie ze sobą różnorakie stany emocjonalne, od optymizmu do skrajnego pesymizmu. Okres ciąży, a następnie macierzyństwo jest uznawane za rozkwit kobiecości. Jednak z punktu widzenia kobiet nie zawsze jest to czas, gdy czują się wyjątkowo kobieco. To sprawa indywidualna i w dużej mierze zależy od poczucia atrakcyjności sprzed ciąży. Przeprowadzono badania, które uwzględniają zadowolenie z własnego ciała kobiet w trakcie przebiegu ciąży. Przed poczęciem dziecka kobiety oceniły swoje ciało pozytywnie, albo bardzo pozytywnie. W trakcie ciąży i po porodzie oceny te uległy istotnym zmianom [3].

Pierwsze tygodnie ciąży są czasem poważnych przemian w organizmie kobiety, zwłaszcza pierworódki. Tworzy się świadomość stanu, w jakim się znalazła i co się dalej wydarzy. W zależności od indywidualnego stosunku do poczęcia, postawa kobiety i nastawienie do samej siebie może być różna. Jeśli jest to ciąża chciana, zazwyczaj przeważają

pozytywne emocje, kobieta kwitnie, koncentruje się na sobie i rozwijającemu się dziecku. W I trymestrze nie zachodzą istotne zmiany w wyglądzie zewnętrznym ciężarnej, dlatego poczucie kobiecości oparte na tym kryterium nie ulega zmianie. Świadomość bycia w wyjątkowym stanie może podnosić samoocenę. Dzieje się tak zwłaszcza, gdy dziecko było oczekiwane. W trakcie trwania ciąży kobiety zgłaszają pogorszenie życia seksualnego. Fakt bycia w ciąży niesie ze sobą pewne ograniczenia w tej sferze. W I trymestrze obserwuje się nieznaczny spadek libido [2]. W psychologii pierwsze 13 tygodni ciąży postrzegane jest jako „kryzys psychiczny”. Przyczynami tej tendencji mogą być mdłości, senność, bolesność piersi, chwiejność nastroju oraz obawa o utratę ciąży. Zmiany hormonalne skutkują ogólnym osłabieniem oraz zmniejszeniem potrzeb seksualnych. Jednocześnie kobieta zyskuje psychiczny komfort związany z brakiem lęku o niechcianą ciążę. Dodatkowo zmiany w obrębie narządów rodnych wpływają pozytywnie na odczuwanie satysfakcji seksualnej. W II trymestrze libido wzrasta. Kobiety w tym okresie dostrzegają pozytywne zmiany w swoim organizmie. Podnosi się samoocena atrakcyjności całego ciała, w szczególności piersi. Jest to czas dobrego samopoczucia, stabilizacji hormonalnej i emocjonalnej [1-6].

Najwyraźniejsze zmiany w poczuciu kobiecości obserwuje się w III trymestrze ciąży. Jest to rezultat wielu przemian, które zachodzą w sferze cielesności i w psychice kobiety. Wpływ mają występujące zmiany somatyczne. Coraz większy brzuch stanowi dla niektórych kobiet istotną przeszkodę w czynnościach dnia codziennego, dbaniu o swoje ciało i życie płciowe. Ograniczenia ruchowe, spowolnione poruszanie się, męczliwość wpływają na pogorszenie samopoczucia kobiety. Obraz siebie, jako osoby mniej sprawnej, o większych gabarytach dodatkowo pogarszają inne dolegliwości, tj. rozstępy, żylaki, obrzęki, problemy skórne. Kobiety czują się mniej atrakcyjne. W związku z zaawansowanym wiekiem ciąży ich aktywność staje się coraz bardziej ograniczona. Spędzając dni na biernym wypoczynku tracą poczucie wartości. Ubolewanie nad problemami ze strefy cielesności wraz z burzą hormonów dają efekt ogólnego złego samopoczucia i rozdrażnienia. Z przyczyn niskiego libido, a czasem także ograniczeń medycznych, życie seksualne zostaje w znacznym stopniu ograniczone, a nawet zaniechane. Badania donoszą o wiodącej przyczynie abstynencji seksualnej, jaką jest obawa o dobrostan płodu oraz o wywołanie przedwczesnej akcji skurczowej mięśnia macicy [3]. Znaczenie ma także ból okolicy krzyżowej, zmęczenie fizyczne i psychiczne w okresie oczekiwania na rozwiązanie [4]. Konieczne jest każdorazowe informowanie kobiety w czasie wizyt kontrolnych o możliwych formach aktywności fizycznej. Dobre rezultaty w kształtowaniu poczucia wartości kobiet ciężarnych

ma uczestnictwo w Szkole Rodzenia. Jednak najważniejszym wydaje się być posiadanie odpowiedniego wsparcia ze strony najbliższych w trudnym okresie ciąży, a zwłaszcza III trymestrze. Najistotniejszą rolę pełni aprobata i życzliwość ze strony partnera. Kobieta powinna mieć świadomość, że zmiany somatyczne uprzykrzające funkcjonowanie i pogarszające zewnętrzny wizerunek są zjawiskiem fizjologicznym i przejściowym. Należy je zaakceptować. Samopoczucie poprawi dbałość o swoje ciało, relaks i otucha płynąca z najbliższego otoczenia [1–6].

Zmiany w poczuciu kobiecości następują także po porodzie. W momencie porodu cała uwaga zostaje przekierowana z kobiety na dziecko. To ono staje się celem zainteresowania i adoracji. Kobieta może czuć, że została odsunięta na drugi plan. Przez 9 miesięcy to o nią zabiegano i dbano. W nowej sytuacji najważniejszy jest noworodek i to na nim skupia się uwaga otoczenia, rodziny i partnera. Często spotykane są problemy w zakresie karmienia piersią. Właściwie niemożliwe jest wyeliminowanie wszystkich niepowodzeń w trakcie nauki karmienia, zwłaszcza w przypadku pierworódek. Jeśli kobieta nie jest wystarczająco zmotywowana, w obliczu najmniejszych potknięć może czuć brak pewności siebie i chęć rezygnacji z naturalnego karmienia. Jeśli spotyka naciski ze strony najbliższych, tym bardziej się zniechęca, a jej własne odczucia zostają znieważone. To wszystko może negatywnie wpłynąć na samopoczucie kobiety. W następnych dniach po porodzie kobieta zauważa zmiany, jakie zaszły w jej organizmie w czasie ciąży i porodu. Z niektórymi ciężko jest się pogodzić i zaakceptować. Michaj i Stankowska przeprowadziły badanie, którym objęto ponad 250 kobiet posiadających małe dzieci. Pokazuje ono, jak zmienia się obraz własnego ciała po porodzie. Konsystencja i wygląd powłok brzusznych, stan zewnętrznych narządów płciowych, nóg, pośladków po przebytej ciąży w znacznym stopniu różni się od stanu przed ciążą. Duże znaczenie mają zmiany w obrębie narządów rodnych. Kobiety odczuwają znaczny dyskomfort dotyczący wyglądu zewnętrznego i poziomu wrażliwości tej strefy intymnej. Zmiany te utrzymują się niejednolicie długo. Większość kobiet odczuwa wtedy spadek samooceny i poczucia kobiecości [1]. Badanie ujawniło, że bardzo często kobiety po porodzie starają się szybko wrócić do formy i choć w pewnym stopniu przywrócić witalny i piękny wygląd [1]. Istotne znaczenie ma akceptacja siebie, nowej sytuacji i rozbudzenie uczuć macierzyńskich. Dostrzeżenie piękna macierzyństwa pozwala zbudować kobiecie swój nowy wizerunek – „ja – kobieta – matka”. Badania mówią, że ok. połowa kobiet postrzega przebytą ciążę, poród oraz czas karmienia piersią, jako doświadczenie umożliwiające im bycie bardziej atrakcyjną kobietą [1]. Specjaliści spekulują, że macierzyństwo i akceptacja

siebie w nowej roli ma charakter rozwojowy. W matce stopniowo buduje się poczucie własnej wartości i poczucie kobiecości. Znaczący jest także aspekt poznania własnej cielesności, co także podnosi poziom oceny własnej atrakcyjności. Ok. 40% kobiet po 2. latach po porodzie stwierdziło, że urodzenie dziecka pozwoliło im stać się lepszą partnerką seksualną [1].

Czas ciąży w silny sposób wpływa na poczucie kobiecości. W zależności od przebiegu i stopnia zaawansowania wieku ciążowego, zmiany oceny własnej atrakcyjności mają różny przebieg. Kobiety kryzys w samoocenie przeżywają w III trymestrze ciąży i w porożu. Zazwyczaj stan ten jest przejściowy i z czasem matki odnajdują się w nowej sytuacji. Mimo, że nie wszystkie zmiany ciążowe udaje się cofnąć, często ich samopoczucie jest wyższe niż przed ciążą. W większości przypadków ciąża wpływa pozytywnie na poczucie kobiecości na dalszych etapach życia [1-5].

Klimakterium

Cykl miesięczny jest traktowany jako atrybut kobiecości. Symbolem pełnowartościowej kobiety jest także związana z cyklem możliwość zajścia w ciążę, rodzenia dzieci i karmienia piersią. Obraz siebie ulega przemianom w czasie kolejnych faz cyklu w zależności od poziomu hormonów płciowych. Tym bardziej jest on modyfikowany w momencie rozpoczęcia klimakterium. W wyniku starzenia się organizmu krwawienia stają się nieregularne, aby w końcu ustać na zawsze. Kobieta stopniowo traci szansę na posiadanie nowego potomstwa. Zaburza się wtedy obraz siebie jako pełnosprawnej kobiety [7,8].

Okres okołomenopauzalny niesie ze sobą zmiany anatomiczne, fizjologiczne i psychologiczne wywołane przez zmieniającą się regulację hormonalną. Niedobór hormonów płciowych sprawia, że kobieta przestaje czuć się kobieco, traci poczucie własnej wartości, atrakcyjności, cierpi na gorsze samopoczucie, brak odporności na stres, męczliwość i zaburzenia motywacji. Menopauza jest odbierana przez kobiety raczej jako negatywne doświadczenie. Jest opisywana w kategoriach straty. Postrzeganie fizycznych oznak starzenia jako objaw utraty kobiecości tworzy niewłaściwy stosunek do wizerunku własnego ciała. W okresie menopauzy panie w wyraźnym stopniu wycofują się z prowadzenia aktywnego życia seksualnego. Jest to spowodowane nie tylko zmianami w sferze psychicznej i osłabionym libido, ale także modyfikacjami, którym ulegają narządy rozrodcze kobiety. Fizjologiczny niedobór estrogenów wywołuje suchość pochwy i dyspareunię. Objawy zanikowe w obszarze organów płciowych powodują spadek zadowolenia i odczuwania satysfakcji w czasie zbliżeń. Dlatego też kobiety dążą do ograniczenia, a nawet zaniechania

współżycia. Zachodzące zmiany dają się odczuć także partnerowi. Kobiety wycofują się z tej sfery życia, aby w jak najmniejszym stopniu być narażone na ekspozycję utraty witalności, atrakcyjności, kobiecości. Brak akceptacji siebie i nowej sytuacji wywołuje reakcję wycofania z nawiązywania bliskich kontaktów. W ten sposób unikają poruszania negatywnych emocji towarzyszących tematowi cielesności [7-11].

Badania Mącik i Ziółkowskiej ujawniają duże prawdopodobieństwo istnienia głębokich mechanizmów psychologicznych, których uruchomienie w obliczu menopauzy pozwala na lepsze odnalezienie się w nowej sytuacji. Polegają one na wyparci myśli o swojej większej atrakcyjności sprzed menopauzy. W wyniku tej reakcji kobiety w czasie klimakterium oceniają swoją kobiecość na bardzo podobnym, niewysokim, poziomie. Potwierdzeniem jest to, że panie z grupy kontrolnej, będące w wieku prokreacyjnym oceniły swoją atrakcyjność znacznie wyższej. Schemat wyparcia powoduje pojawienie się wewnętrznego przekonania, że menopauza nie zmieniła wiele w ich życiu. Kobiety są świadome zachodzących zmian, ale nie przypisują im dużego wpływu na ogólne postrzeganie siebie. Może to dodatkowo potwierdzać, że nowe doświadczenia są w rzeczywistości tak istotne, iż wyzwalają podświadome uruchomienie owych mechanizmów [7]. Specjaliści określili menopauzę jako niebagatelne wyzwanie dla własnego ego. Postrzeganie siebie w tym trudnym momencie w dużej mierze uzależnione jest od poczucia własnej wartości posiadanego na wcześniejszych etapach życia. Świadomość swoich zalet powinna dotyczyć nie tylko wymiaru fizycznego, ale głównie sfery wartości wyższych, duchowych. Utrata miesiączkowania w opinii kobiet nie powinna być równoważona ze stratą kobiecości. Ukazywanie cechy osobowości, charakteru, zachowania nadal powinny być okazją do eksponowania swojego kobiecego wdzięku [7-11].

Większość kobiet uznaje, że są w stanie same sobie poradzić z problemami okresu klimakterium. Mimo to powinny one spotykać się ze wsparciem ze strony najbliższych, zwłaszcza partnera. Dodatkowo należy przygotowywać kobiety na nadejście omawianego stanu. Przekazywanie informacji o obecnych sposobach radzenia sobie z objawami menopauzy i metodach leczenia umożliwi racjonalne podejście do zagadnienia i chętniejsze podejmowanie działań polepszających komfort życia. Hormonalna terapia zastępcza poprawia funkcjonowanie narządów płciowych i znacząco poprawia jakość życia seksualnego likwidując dyspareunie, nie wpływając przy tym na libido. Badania Babalczuk donoszą o wysokiej poprawie poziomu libido u kobiet w wieku okołomenopauzalnym po stosowaniu podaży testosteronu [11]. Okres po menopauzie należy przedstawiać jako kolejny etap życie

kobiety, w którym pojawia się możliwość uwolnienia od konieczności stosowania antykoncepcji. Powinien być to czas wzrostu zaufania do własnego ciała, skutkujący pozytywnym efektem na rozwój życia seksualnego. Badania pokazują, że aktywne życie płciowe, przynoszące satysfakcję dla obojga partnerów podnosi poczucie atrakcyjności u kobiet. Jest to możliwe również w trudnym czasie klimakterium. Dzięki odpowiedniej pomocy i własnej determinacji możliwe jest wydłużenie czasu aktywności seksualnej, a co za tym idzie, także wyższej samooceny i akceptacji własnego ciała u kobiet [9,10].

Naturalny proces wygaszania czynności jajników, którego świadoma jest każda kobieta, powoduje duże zmiany w psychice. Inicjuje zmiany w postrzeganiu siebie, jako kobiety. Okres ten kojarzy się ze „stawaniem się starą”, utratą kobiecości i negatywnie wpływa na samoakceptację. W trosce o zdrowie psychiczne i fizyczne kobiet należy rozpowszechniać metody przeciwdziałania skutkom menopauzy. Prawidłowo prowadzone leczenie, aktywność fizyczna, zróżnicowana dieta, korzystanie z zabiegów kosmetycznych mogą pomóc kobietom odzyskać pewność siebie jako kobiety [8,11].

Choroby i operacje ginekologiczno - onkologiczne

Największą zgorą chorób ginekologicznych są nowotwory. Postawienie diagnozy „rak” otwiera kobiecie nowy świat, codzienność pełną lęku, żalu, smutku, zaprzeczania chorobie, złości i poczucia krzywdy. Celem tej trudnej drogi jest akceptacja choroby. Niestety, nie każda kobieta jest w stanie szybko pogodzić się z nową sytuacją życiową. Często trwa to miesiącami lub latami, a nawet bywa nieosiągalne. To właśnie okres dążenia do akceptacji siebie jest najtrudniejszym psychicznie okresem w przebiegu całej choroby. Każda operacja ginekologiczna jest ingerencją w narząd identyfikowany z kobiecością i macierzyństwem. Badania Pośpiecha udowadniają, że im bardziej zabieg operacyjny był radykalny, tym większe negatywne zmiany w psychice kobiety [17]. Problemem operowanych kobiet jest zniekształcony wizerunek własnego "ja" i poczucie niskiej wartości w roli partnerki seksualnej, dlatego zabieg, który niesie za sobą blizny pooperacyjne, ustanie miesiączkowania czy pozbawienie atrybutu kobiecości jakimi są piersi- może być odczuwany jako okaleczenie kobiecości, odebranie wartości istotnej w życiu społecznym. Literatura donosi, że ogromnym problemem psychicznym chorych kobiet jest strefa seksualna [13 - 15,17]. Bardzo często obserwuje się zjawisko blokady we współżyciu płciowym spowodowanej bólem podczas stosunku, czy oddaleniem się partnerów od siebie, a także nieakceptowaniem swojego zdrowia, wyglądu i cielesności. Ciekawym spostrzeżeniem, o czym donoszą wyniki badań przeprowadzonych przez Stadnicką i wsp. jest fakt, iż kobiety z

chorobą nowotworową wykazały niższy stopień satysfakcji z życia po operacji, niż kobiety operowane z innych wskazań [14]. Można by sądzić iż dzieję się tak z powodu skutków ubocznych operacji histerektomii i następowej radio- i chemioterapii (objawy wypadowe, obrzęki kończyn, zaburzenia oddawania moczu/stolca, bóle podbrzusza, nudności, wymioty, biegunki, odczyny popromienne, zmęczenie, zmniejszenie odporności itp.) [12 - 17].

Histerektomia

Histerektomia jest najczęściej wykonywaną operacją ginekologiczną na świecie u kobiet pomiędzy 40. a 70. rokiem życia [14]. Polega ona na usunięciu macicy drogą brzuszną lub pochwową. W zależności od wskazań medycznych macica może zostać wycięta wraz z jednym bądź z dwoma jajnikami. Zaskakujące jest, że w zależności od obszerności tej operacji w kobietach narastają negatywne zmiany sfery psychoseksualnej. Odzwierciedleniem tej teorii są wyniki badań Pośpiecha, ukazujące zmniejszenie lub zanik libido, obniżenie własnych wartości w roli partnerki i kobiety, a także osłabienie doznań w trakcie współżycia [17]. W następstwie histerektomii występują u kobiet operowanych zaburzenia orgazmu, dyspareunia oraz zespół nieprzystosowania seksualnego [15]. W naszym kręgu kulturowym wciąż istnieje przeświadczenie o szczególnym znaczeniu narządu rodnoego jako elementu, dzięki któremu życie seksualne bywa satysfakcjonujące. Dlatego też kobiety po histerektomii, jak i ich partnerzy często nazywają tą operację „pozbawieniem jądra kobiecości” [17]. Macica jest najbardziej kobiecym narządem w pojęciu większości społeczeństwa, a jej brak jest pozbawieniem określenia płci żeńskiej. Niektóre prace naukowe ukazują negatywny wpływ operacji na relacje z partnerem. Wynikają one najczęściej z niezrozumienia przez mężczyznę traumatycznej dla kobiety sytuacji lub z utraceniem przez małżonkę kobiecości wraz z narządem rodny. Często również powodem jest strach związany ze zbliżeniem płciowym [14,16]. Aprobatę w niektórych publikacjach naukowych znajdują również poglądy mówiące o zbliżeniu się partnerów do siebie w sferze czułości i przyjaźni [16]. Trudno jest więc ostatecznie stwierdzić, jakie oddziaływanie na więzi między małżonkami ma operacja histerektomii. Można domniemać, że istotny wpływ na stan rzeczy mają relacje łączące partnerów przed pojawieniem się choroby kobiety.

Ważnym elementem pogarszającym samopoczucie, samoakceptację oraz samoocenę jest następstwo niedoborów hormonalnych wynikających z usunięcia jajników. Suchość pochwy, bolesne stosunki, częste infekcje oraz poczucie szybszego starzenia powodują, że kobiety oceniają satysfakcję z życia na poziomie średnim. Pacjentki po usunięciu macicy

najniżej oceniają swoją fizyczność oraz zajmowaną pozycję społeczną, bardziej natomiast doceniają swoje umysłowe i interpersonalne wartości [13-17].

Mastektomia

W Polsce na raka piersi zapada ok. 110 000 kobiet rocznie, a ponad 80 000 umiera [18]. Liczby te sugerują społeczeństwu nie lada problem w tym zakresie, co skłoniło wiele instytucji do rozpowszechniania idei profilaktyki raka sutka - samobadania piersi. Sama choroba jest ogromnym wyzwaniem dla kobiety i obciążeniem psychicznym, jednak poczucie utraty kobiecości przypisuje się zabiegowi mastektomii. Mastektomia jest operacją polegającą na usunięciu nowotworu piersi wraz z obszarem tkanki zdrowej - ten zabieg nazywamy oszczędzającym. Istnieje jednak druga metoda leczenia chirurgicznego raka sutka, mianowicie radykalna mastektomia. Z punktu widzenia chorej, zabieg radykalnej mastektomii jest trudniejszy do zaakceptowania, gdyż całkowite pozbawienie piersi wprawia kobietę w poczucie bycia „niekompletną, nienaturalną, wybrakowaną i okaleczoną”. Jeśli mielibyśmy określić „kobiecość” zmaterializować, z pewnością oczom naszej wyobraźni ukazałyby się kobiece piersi. Jak głoszą wyniki badań Bąk-Sosnowskiej i wsp., z chwilą odjęcia tej części ciała amazonki poczuły ujmę na swojej atrakcyjności i seksualności [18]. Zdaniem kobiet nieważny jest rozmiar, kształt, jędrność biustu, ważne, aby był, jakkolwiek, byle był kompletny [19]. Biust jest elementem widocznym dla społeczeństwa, symbolem, nie tyle seksualności czy macierzyństwa, ale też pełni zdrowia i normalności, tak więc jego niekompletność lub całkowity brak wywołuje mieszane uczucia, niekoniecznie tolerancyjne, w osobach trzecich. Ludzie nie są przygotowani do oglądania czegoś, co zdeformowane, nieidealne, bowiem w dobie kultu piękna osoby o ciele niewpisującym się w kanony zdają się być spychane na bok, niechętnie oglądane. Taka zależność pogarsza stan psychiczny i obniża poczucie wartości kobiety. Panie, które przebyły zabieg mastektomii mówią, że dominującą emocją w ich życiu stał się strach, poczucie samotności, psychofizyczne zmęczenie, zaburzenia obrazu własnego „ja” w postaci własnego ciała. Odczuwają znaczne pogorszenie bycia normalnym członkiem społeczeństwa, utraciły na atrakcyjności fizycznej, a niekiedy można mówić o osłabieniu identyfikacji z rolą płciową [18 - 20].

Wielu badaczy od dawna poszukuje w psychice kobiecej zależności między posiadaniem biustu, jego brakiem w wyniku leczenia choroby a rekonstrukcją piersi. Wyniki są niejednorodne i bardzo indywidualne. Wszystkie kobiety wyrażają zgodność co do negatywnego wpływu mastektomii na poczucie kobiecości, jednak nie wszystkie amazonki uważają zabieg rekonstrukcji za potrzebny do osiągnięcia szczęścia i lepszego samopoczucia.

Argumenty stawiane przez kobiety, które nie godziły się na operację rekonstrukcji piersi, to głównie: strach przed kolejną operacją i możliwymi powikłaniami, brak rzetelnej informacji o przebiegu i konsekwencjach rekonstrukcji oraz lęk przed hospitalizacją. W dzisiejszych czasach zabieg rekonstrukcji często bywa wykonywany podczas operacji usunięcia piersi, gdyż jak donosi literatura: jest to sytuacja ograniczająca stres pooperacyjny oraz niewygodę pacjentki, oznacza to jednorazową hospitalizację i jednorazową ingerencję w organizm chorej [19]. Przeprowadzone badania Mazurek pokazują natomiast, że pacjentki, które zdecydowały się na rekonstrukcję piersi szybciej wróciły do sprawności psychicznej, stały się pewniejsze siebie, bardziej ekstrawertyczne, częściej podejmowały inicjatywę [19].

W publikacji Bąk-Sosnowskiej i wsp. został poruszony wątek wsparcia, jako istotnego elementu przyspieszającego dojście do pełnej sprawności [18]. Kobiety, które czuły wsparcie ze strony rodziny, partnerów czy personelu medycznego zaskakująco szybko doszły do pełnej sprawności fizycznej, jak i psychicznej. Badane oceniły źródło i natężenie wsparcia w skali od 0 do 10 odpowiednio: personel medyczny (8,13), rodzina (7,38), przyjaciele (5,97), partner (5,84) [18]. Poczucie oparcia w kimś daje kobietom siłę do walki z chorobą, a co za tym idzie - siłę do samoakceptacji. Podsumowując, tożsamość płciowa to nie tylko wygląd fizyczny, ale również osobowość i doświadczanie własnego „ja” [18-20].

Wnioski

- 1) Poczucie kobiecości jest nierozzerwalnie związane z samooceną i samoakceptacją kobiet.
- 2) W okresie ciąży poczucie kobiecości zmienia się w poszczególnych trymestrach i jest uzależnione od nastawienia kobiety do poczęcia. W III trymestrze kobiety mają niską samoocenę i ograniczają aktywność seksualną.
- 3) Ok. 40% kobiet postrzega ciążę i poród jako wydarzenie, które pozytywnie wpłynęło na poczucie jej atrakcyjności.
- 4) Stosowanie hormonalnej terapii zastępczej w niektórych przypadkach wpływa pozytywnie na poczucie atrakcyjności kobiet.
- 5) Każda operacja ginekologiczna jest traktowana jako ingerencja w narząd identyfikowany z kobiecością, dlatego też zabiegi tego typu niosą za sobą wiele problemów psychologicznych, takich jak: obniżona samoocena, brak samoakceptacji, zaburzenia poczucia kobiecości, seksualności. Im bardziej obszerna operacja ginekologiczna- tym bardziej negatywne zmiany sfery psychoseksualnej kobiety.

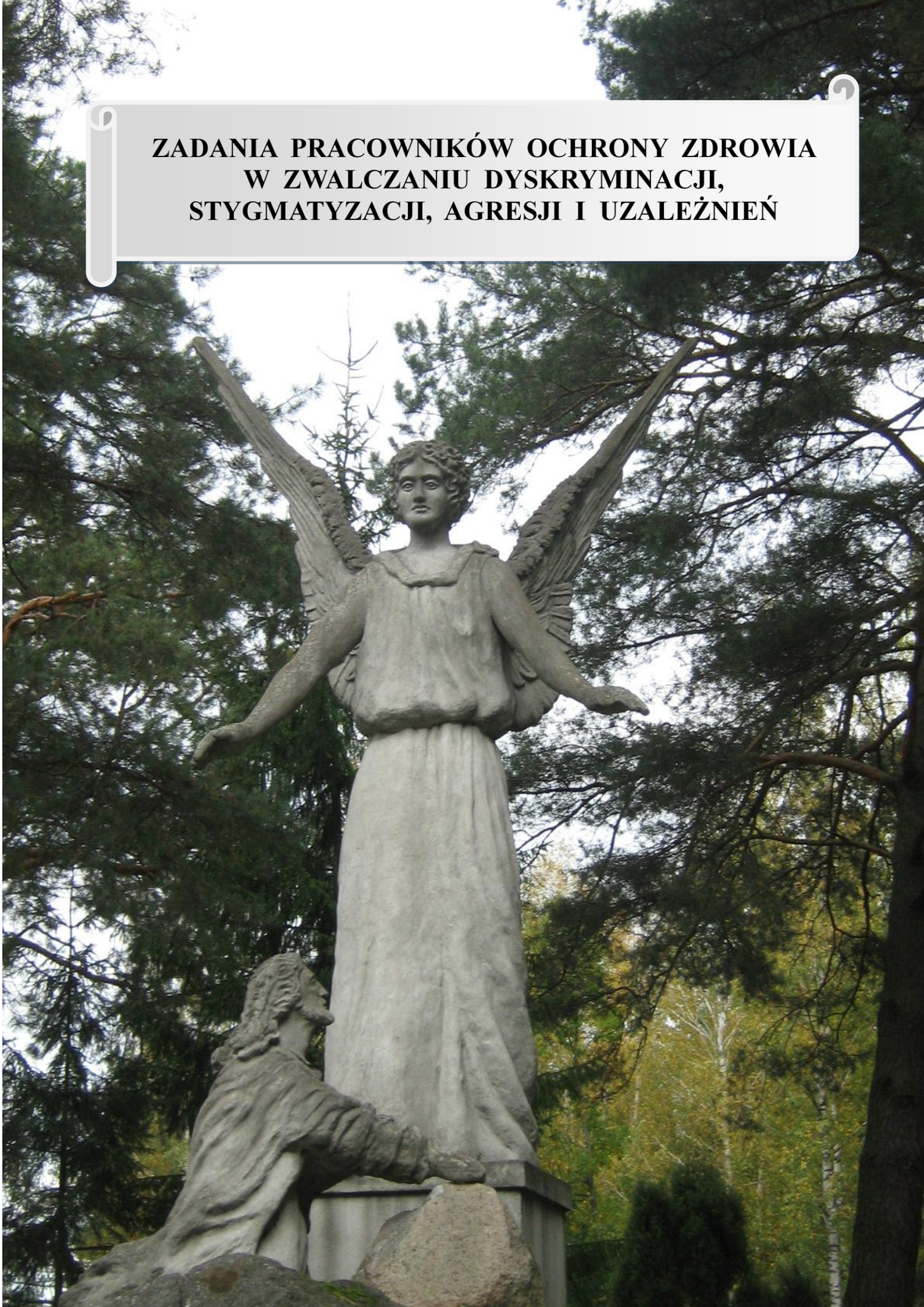
- 6) Pacjentki po radykalnej histerektomii, z powodu dolegliwości wynikających z hipoestrogenizmu oceniają poziom zadowolenia z życia jako średni.
- 7) Na relacje partnerów po operacji histerektomii lub mastektomii mają wpływ relacje sprzed zabiegu. Konieczne jest przeprowadzenie większej ilości badań na temat zmiany pooperacyjnej więzi partnerów.
- 8) Wszystkie kobiety wyrażają zgodność co do negatywnego wpływu mastektomii na poczucie kobiecości, jednak nie wszystkie amazonki decydują się na rekonstrukcję piersi z powodu strachu przed kolejną operacją i możliwymi powikłaniami, lęku przed hospitalizacją oraz z powodu braku rzetelnej informacji o przebiegu i konsekwencjach rekonstrukcji.
- 9) Wsparcie jest ważnym elementem przyspieszającym okres powrotu do sprawności psychicznej i fizycznej. Największe wsparcie kobieta otrzymuje od personelu medycznego.
- 10) Ważnym aspektem w przebiegu choroby ginekologiczno-onkologicznej jest przygotowanie psychiczne, dostęp do opieki psychoonkologicznej.

Piśmiennictwo

1. Machaj A., Stankowska I.: Poczucie atrakcyjności kobiet w wieku prokreacyjnym po przebyciu ciąży i okresu karmienia. *Now. Lek.*, 2011, 80, 323-333.
2. Huras H., Ossowski P., Wójtowicz A., Reroń A., Jach R.: Ocena wpływu ciąży na aktywność seksualną kobiet. *Ginekol. Pol.*, 2013, 2, 31-43.
3. Makara-Sudzińska M., Wdowiak A., Plawik I., Kryś K. M.: Seksualność kobiet w ciąży. *Seksuol. Pol.*, 2011, 9, 85 -90.
4. Kremska A., Wróbel R., Kołodziej B., Barnaś E.: Zachowania seksualne kobiet w ciąży. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 2013, 1, 75-85.
5. Gałązka I., Poremska K., Kobiełka A., Czajkowska M., Podsiadło B., Leszczyńska K., Naworska B.: Porównanie zachowań intymnych kobiet w okresie przed ciążą i po porodzie. *Zdrowie Dobrostan*, 2013, 3, 53-68.
6. Iwanowicz-Palus G., Bień A.: Psychoprophylaktyka u kobiet w ciąży. Psychologiczne aspekty ciąży i porodu — charakterystyka stanów emocjonalnych kobiet w ciąży [w:] *Opieka nad kobietą ciężarną*, Bień A. (red.). *Wyd. Lek. PZWL*, Warszawa 2009, 342–348.

7. Mącik D., Ziółkowska P.: Sytuacje postrzeganej utraty kobiecości: menopauza i mastektomia – zmiany w obrazie siebie jako kobiety. *Przegl. Menopauz.*, 2012, 6, 456-462.
8. Lewiński A.: Życie zaczyna się po menopauzie [w:] *Menopauza bez tajemnic*, Lewiński A. (red.). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2006, 131-137.
9. Carr C.: Cenne wsparcie [w:] *Menopauza. Poradnik współczesnej kobiety*, pod red. Carr C. Wyd. Vespser, Poznań 2011, 222-230.
10. Bielawska E., Królikowska M.: Poczucie własnej atrakcyjności seksualnej u kobiet w okresie menopauzy. *Przegl. Menopauz.*, 2003, 3, 67-72.
11. Bakalczuk G., Bakalczuk Sz.: Wpływ terapii hormonalnej na życie seksualne kobiet w okresie menopauzy. *Przegl. Menopauz.*, 2009, 2, 108-111.
12. Midzio K.: *Lustro, kobiecość i emocje*. Głos Pacjenta Onkologicznego, 2014, 08.
13. Pietrzyk A.: Seksualne funkcjonowanie w małżeństwie i własny obraz kobiet po leczeniu raka macicy. Perspektywa pacjentek i perspektywa ich zdrowych mężów. *Seksuol. Pol.*, 2009, 7/2, 35-45.
14. Stadnicka G., Iwanowicz- Palus G., Mazurek A., Pięta B.: Poczucie satysfakcji z życia u pacjentek po histerektomii. *Ginekol. Pol.*, 2012, 83, 347-352.
15. Lew- Starowicz Z., Kaczmarczyk U.: Poziom funkcjonowania w roli seksualnej kobiet po histerektomii. *Post. Rehabil.*, 1992, 6, 55-61.
16. Bidzian M., Zielonka- Sujkowska A., Smutek J.: Niektóre uwarunkowania samooceny kobiet operowanych z powodu raka szyjki macicy metodą Wertheima – Meigsa. *Psychoonkol.* 2001, 8, 57-64.
17. Pośpiech P.: Reakcje psychoseksualne kobiet po przebytej operacji usunięcia macicy z przydatkami lub bez przydatków. *Probl. Lek.*, 1993, 32, 3-4.
18. Bąk-Sosnowska M., Oleszko K., Skrzypulec-Plinta V.: Adaptacja psychologiczna dojrzałych kobiet w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii. *Przegl. Menopauz.*, 2013, 2, 120-124.
19. Mazurek E.: Obraz siebie kobiet po rekonstrukcji piersi. *Now. Lek.*, 2012, 81, 281-287.
20. Adamczyk M.: *Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii*. Wyd. Naukowe UAM, Poznań 1988.

**ZADANIA PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA
W ZWALCZANIU DYSKRYMINACJI,
STYGMATYZACJI, AGRESJI I UZALEŻNIEŃ**



Kicel Katarzyna¹, Kieźel Emilia², Kopcych Bożena², Zalewska Anna², Chilińska-Kopko Ewelina², Waszkiewicz Napoleon¹

Wielowymiarowość przyczyn i konsekwencji nadużywania alkoholu

1. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Studia Doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Powszechnie wiadomo, że alkoholizm jest chorobą powodującą poważne skutki zdrowotne [1]. Niekorzystny wpływ alkoholu na organizm człowieka jest znany od bardzo dawna. Wzmianki na ten temat możemy przeczytać nawet w Biblii. Natomiast określenie „alkoholizm” jest stosunkowo młode. Po raz pierwszy zostało użyte przez szwedzkiego psychiatrę Magnusa Husa w 1849 r. Rozpowszechnienie problemu jest szerokie. Szacuje się, że ok. 15% Polaków nadużywa alkoholu, a 2% jest od niego uzależniona [2]. Blisko 20% kosztów poniesionych przez ochronę zdrowia jest spowodowana nadużywaniem alkoholu. Z badań wynika, że lekarze Podstawowej Opieki Zdrowotnej są w stanie rozpoznać nadużywanie alkoholu jedynie u 20% do 50% osób mających ten problem [3]. Określenie jednolitych kryteriów diagnostycznych oraz definicji uzależnienia od alkoholu nie było łatwym zadaniem postawionym przez Światową Organizację Zdrowia. Pracę nad tymi zagadnieniami rozpoczęto w latach 70. Kluczowe znaczenie miało potwierdzenie wieloczynnikowej przyczyny uzależnienia oraz zakwalifikowanie go do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów pod nazwą Zespół Uzależnienia od Alkoholu (ZUA) [4].

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych wyróżnia następujące rozpoznania kliniczne, spowodowane szkodliwym używaniem alkoholu [5]:

- F 10.0 Ostre zatrucie. Objawami ostrego zatrucia alkoholem są: zaburzenia świadomości, percepcji, procesów poznawczych, afektu, zachowania. Objawy te ustępują całkowicie, jeżeli nie doszło do uszkodzenia narządów. Powikłaniem ostrego zatrucia alkoholem może być majaczenie, zachłyśnięcie, atak epileptyczny.
- F 10.1 Następstwa szkodliwego używania. To rozpoznanie obejmuje wszystkie schorzenia, których bezpośrednią przyczyną było szkodliwe użycie alkoholu np. epizod depresji po spożyciu alkoholu, alkoholowe zapalenie wątroby.

- F10.2 Zespół uzależnienia. Rozpoznawany w przypadku występowania behawioralnych, poznawczych i somatycznych objawów uzależnienia.
- F10.3 Zespół abstynencyjny. Objawami zespołu abstynencyjnego są między innymi: niepokój, lęk, koszmary senne, drżenie, wzmożona potliwość, wzrost ciśnienia krwi, przyspieszenie akcji serca, omamy, halucynacje, urojenia, drgawki.
- F10.4 Zespół abstynencyjny z majaczeniem.
- F10.5 Zaburzenia psychotyczne. Obejmują te zaburzenia, które występują po wypiciu alkoholu. Mogą to być omamy (najczęściej wzrokowe), urojenia (prześladowcze), zaburzenia percepcji, pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe, zaburzenia afektu.
- F10.6 Zespół amnestyczny. Obejmuje głównie zaburzenia pamięci świeżej.
- F10.7 Rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia pamięci świeżej. Spowodowane przez alkohol zmiany w zakresie zachowania, osobowości i afektu.
- F 10.8 Inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania
- F10.9 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, nieokreślone.

Do rozwinięcia się uzależnienia od alkoholu niezbędne jest zaistnienie czynników biologicznych, psychologicznych, duchowych i społecznych. W przypadku uzależnienia od alkoholu nigdy nie mamy do czynienia z jednym, dwoma lub trzema czynnikami. Uzależnienie obejmuje wszystkie obszary życia człowieka [6-8].

Do **czynników biologicznych** zaliczamy specyficzną reakcję organizmu na spożycie alkoholu uwarunkowaną aktywnością dehydrogenazy alkoholowej i aldehydowej. Ten proces ma podłoże genetyczne. Zakłada się, że niektóre osoby mają bardziej nasiloną pozytywną reakcję organizmu na alkohol, a inne negatywną. U tych, którzy po spożyciu alkoholu mają przyjemne doznania istnieje większe prawdopodobieństwo rozwoju uzależnienia [6-8].

Na **czynniki psychologiczne** składają się cechy zarówno nabyte, jak i wrodzone. Warunkują one osobniczą potrzebę przeżywania stanu euforyzującego, zmniejszenia napięcia psychicznego lub złagodzenia różnego typu dolegliwości po spożyciu substancji psychoaktywnych. Alkohol daje uczucie odprężenia i komfortu psychicznego. Wyostrza zmysły na aktualne doznania, zmniejszając jednocześnie wrażliwość na problemy dnia codziennego i nieprzyjemne wspomnienia [6-8].

Czynnik duchowy, który moglibyśmy nazwać egzystencjalnym wiąże się z potrzebą poczucia kierunku i sensu życia, podtrzymywania relacji i więzi. Alkohol daje uczucie przynależności i bezpieczeństwa. Pozornie wypełnia pustkę w życiu, tak naprawdę ją pogłębiając [6-8].

Czynniki społeczne wiążą się z potrzebą przynależności do określonych grup. Są zależne od środowiska życia i jego stosunku do konsumpcji alkoholu. Czynniki te zyskują na znaczeniu, kiedy pojawiają się problemy materialne, rodzinne, zdrowotne i inne. Każdy człowiek posiada wewnętrzną potrzebę akceptacji, którą osoba uzależniona zaspokaja poprzez przynależność do grupy innych pijących lub ułatwiając sobie „wejście” do pożądanego kręgu towarzyskiego przez zwiększenie poczucia pewności siebie po spożyciu alkoholu [6-8].

Nasilenie zmian zachodzących w organizmie zależy od czasu trwania uzależnienia, ilości spożywanego alkoholu i częstości picia. W celu diagnostycznym posługujemy się podziałem osób uzależnionych na grupy [8-11]:

- **Pijący umiarkowanie** (*social drinkers*): osoby spożywające nie więcej niż 1-2 (kobiety) lub 2-3 (mężczyźni) porcje (porcja alkoholu = 10 gram alkoholu na dobę). Ten styl spożywania alkoholu nie wiąże się z ryzykiem zdrowotnym. Istnieją doniesienia, że spożywanie alkoholu w takiej ilości wpływa korzystnie na układ sercowo-naczyniowy.
- **Pijący ryzykownie** (*risky drinkers*): kobiety spożywające powyżej 1-2 porcji i mężczyźni spożywający 3-4 porcje alkoholu na dobę. U tych osób istnieje ryzyko wystąpienia szkód zdrowotnych.
- **Upijający się** (*binge drinkers*): osoby pijące jednorazowo (np. weekendowo) powyżej 4-5 porcji alkoholu w przypadku kobiet i powyżej 5-6 porcji w przypadku mężczyzn. Ten rodzaj konsumpcji alkoholu możemy zaliczyć zarówno do stylu picia ryzykownego (wysokie ryzyko uzależnienia), jak i do szkodliwego („szkodliwość odroczone”). Liczba osób zaliczanych do tej grupy rośnie bardzo dynamicznie. To te osoby są najczęściej sprawcami i ofiarami wypadków, używają przemocy i są jej ofiarami, ulegają zatruciom, popełniają samobójstwa.
- **Pijący przewlekłe znaczne ilości** (*heavy drinkers*): kobiety i mężczyźni spożywający regularnie powyżej 6 porcji alkoholu na dobę. Charakterystyka tej grupy jest zbliżona do charakterystyki grupy osób upijających się.
- **Pijący w sposób szkodliwy** (*problem drinkers*): kobiety spożywające powyżej 35 porcji alkoholu tygodniowo i mężczyźni spożywający powyżej 50 porcji. W organizmie tych osób zachodzą poważne szkody fizyczne i psychiczne.
- **Uzależnieni od alkoholu** (*alcoholics*): osoby spożywające alkohol przewlekłe w znacznych ilościach, występują „ciągi alkoholowe”. Pomimo występowania zauważalnych i dotkliwych szkód fizycznych, psychicznych i społecznych

(rodzinnych) uzależniony nie jest w stanie przerwać picia. W przypadku odstawienia alkoholu pojawiają się objawy abstynencyjne, które ustępują po spożyciu alkoholu. Zaniechane jest życie osobiste, praca, a w centrum uwagi znajduje się konieczność wypicia alkoholu.

Fazy rozwoju uzależnienia od alkoholu i powrót do trzeźwości według Elvina Mortona Jellinka to najpowszechniej stosowana teoria przedstawiająca proces rozwoju nałogu i zdrowienia. Zakłada, że u początku uzależnienia leży pozornie niegroźne tzw. „picie towarzyskie”, tzn. w trakcie uroczystości, imprez itp. Większość osób nigdy nie przekracza tej granicy i poprzestaje na spożywaniu alkoholu sporadycznie, kiedy jest ku temu wyraźna okazja. Jeżeli jednak zaistnieją odpowiednie czynniki środowiskowe i osobnicze następuje tzw. faza ostrzegawcza. Osoba wkraczająca w tą fazę zaczyna odczuwać pozytywny wpływ alkoholu na samopoczucie i nastrój. Odkrywa, że dzięki odpowiedniej dawce alkoholu pozbywa się wcześniejszych zahamowań i staje się „duszą towarzystwa”, dlatego inicjuje „kolejki”, szuka okazji do spożycia alkoholu. Coraz częściej zdarza się picie do utraty świadomości oraz picie w samotności. Kolejnym etapem jest faza krytyczna. Osoba odkrywa, że lekarstwem na „kaca” jest przyjęcie kolejnej porcji alkoholu. W ten sposób pojawiają się okresy picia codziennego („ciągi alkoholowe”), początkowo kilkudniowe, a z czasem coraz dłuższe. Spożywanie alkoholu zaczyna zaburzać codzienne funkcjonowanie. Pojawiają się problemy rodzinne i zawodowe. Dotychczasowe zainteresowania schodzą na dalszy plan, a w centrum uwagi pojawia się potrzeba spożycia alkoholu. Na tym etapie rozwoju uzależnienia człowiek traci całkowitą kontrolę nad piciem, a całe jego życie i funkcjonowanie jest podporządkowane potrzebą ciągłego picia. Następuje rozpad życia zawodowego i rodzinnego. Osoba uzależniona zaniedbuje potrzeby biologiczne. Pojawiają się niedożywienie i wyniszczenie organizmu, rozregulowanie rytmu dobowego, dolegliwości ze strony narządów wewnętrznych, urazy spowodowane wypadkami po spożyciu alkoholu. Jeśli na tym etapie osoba uzależniona nie otrzyma fachowej pomocy i nie przejdzie w okres trwałej abstynencji to grozi jej nieuchronny zgon. W przypadku uświadomienia tej zależności jest możliwość rozpoczęcia procesu powrotu do trzeźwości, którego podstawowym warunkiem jest przyznanie się do uzależnienia i utraty kontroli nad piciem. W początkowym etapie niezbędne jest wspomaganie farmakologiczne w celu złagodzenia objawów abstynencyjnych, zapobiegnięciu rozwojowi padaczki i psychozy alkoholowej. Niezbędne jest przywrócenie utraconej homeostazy organizmu, wyrównanie niedoborów i zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej. Takie leczenie powinno być prowadzone na oddziale detoksykacji alkoholowej, ponieważ istnieje wysokie ryzyko zgonu w przypadku rozwinięcia delirium

tremens. Z uwagi na wieloprzyczynowość uzależnienia od alkoholu, leczenie powinno charakteryzować się podejściem holistycznym. Niezbędna jest długoterminowa terapia prowadzona przez specjalistę w zakresie psychoterapii uzależnień. Nie bez znaczenia jest wsparcie osób, które były uzależnione, ale od wielu lat pozostają w trzeźwości. Najpopularniejszą grupą samopomocową są Anonimowi Alkoholicy. W Polsce działają trzy organizacje, których celem jest skupienie osób uzależnionych od alkoholu w celu udzielania wzajemnego wsparcia, wspólnego rozwoju i podejmowania działań wspierających życie w trzeźwości, jednak najprężniej działający jest Ruch Anonimowych Alkoholików. Został założony w Stanach Zjednoczonych Ameryki w 1935 roku. Dzięki terapii następuje odbudowa relacji rodzinnych i społecznych oraz powrót do życia zawodowego i dawnych zainteresowań. Proces powrotu do trzeźwości jest długotrwały, często bolesny. Wiąże się z koniecznością zachowania całkowitej abstynencji do końca życia [12].

Wpływ nadużywania alkoholu na organizm [13]:

- **Ośrodkowy układ nerwowy.** Alkohol zaburza reakcję na bodźce, zmniejsza krytycyzm i zdolność precyzyjnego myślenia. Zwiększa się prawdopodobieństwo ryzykownych zachowań. Długotrwałe spożywanie alkoholu uszkadza ośrodki podkorowe, prowadzi do nieodwracalnego otępienia. Spożycie dużej dawki alkoholu wpływa toksycznie na pień mózgu, co potencjalnie może skutkować upośledzeniem czynności krążeniowo-oddechowych, a w skrajnych przypadkach – śmiercią.
- **Obwodowy układ nerwowy.** Wpływ alkoholu na nerwy obwodowe odbywa się szczególnie poprzez niedobór witamin z grupy B spowodowany niedożywieniem. Uszkodzenie nerwów obwodowych spowodowane działaniem alkoholu nazywamy polineuropatią alkoholową, która może przybierać postać: zaburzeń czucia w kończynach, drętwień i kurczów mięśni. W skrajnych przypadkach dochodzi do niedowładów i owrzodzeń troficzných.
- **Układ krążenia.** Jednorazowe spożycie alkoholu powoduje początkowo wzrost, a następnie spadek ciśnienia tętniczego krwi. Długotrwałe picie alkoholu może prowadzić to rozwoju trwałego nadciśnienia. Kolejnym schorzeniem, którego przyczyną jest chroniczne spożywanie alkoholu jest kardiomiopatia alkoholowa, mogąca przebiegać w sposób bezobjawowy przez wiele lat. Ujawnienie choroby może spowodować np. uraz, zakażenie lub stres psychiczny. W przypadku współistnienia choroby układowej z kardiomiopatią, znacznemu pogorszeniu ulega rokowanie pacjenta.

- **Układ pokarmowy.** Drażniące działanie alkoholu powoduje uszkodzenie bariery śluzowej układu pokarmowego (nadżerki), co zwiększa ryzyko zakażenia, krwawień i urazów. Równie drażniąco działa sok żołądkowy dostający się do przełyku w czasie wymiotów. Alkohol zwiększa jego wydzielanie, a także rozluźnienie zwieracza przełyku skutkujące zarzucaniem kwaśnej treści do przełyku. Wieloletnie działanie kwasu solnego i alkoholu, współistniejącego z uszkodzeniem śluzówki i przewlekłym zapaleniem jest czynnikiem silnie predysponującym do rozwoju raka przełyku. Zaniedbywanie higieny jamy ustnej prowadzi do zakażeń i przenikania bakterii do krwioobiegu. Niedobory substancji odżywczych prowadzą do wyniszczenia organizmu, polineuropatii, pęknięcia kącików ust. Najczęstszą przyczyną ostrego zapalenia wątroby jest zatrucie etanolem. Ustąpienie fazy ostrej zapoczątkowuje proces regeneracji wątroby, który zazwyczaj przebiega nieprawidłowo prowadząc do zmian w strukturze miększu, a w konsekwencji do marskości wątroby. Konsekwencjami trwałego uszkodzenia narządu są między innymi: encefalopatia wątrobowa, śpiączka wątrobowa, zmniejszenie odporności z powodu ograniczonej produkcji białek odpornościowych, krwawienia w wyniku zaburzonego wytwarzania czynników krzepnięcia, nieprawidłowości w gospodarce węglowodanowej, wytworzenie żyłaków przełyku, których pęknięcie powoduje masywny krwotok wewnętrzny o wysokiej śmiertelności. Ostre zapalenie trzustki jest stanem nagłym, spowodowanym zatruciem etanolem. Samotrawienie narządu i uwolnienie enzymów trzustkowych w krótkim czasie prowadzi do silnego stanu zapalnego z wytwarzaniem tkanek nekrotycznych nie tylko trzustki, ale potencjalnie może obejmować całą jamę brzuszną. Przewlekłe zapalenie trzustki, podobnie jak zapalenie wątroby, ma poważne konsekwencje między innymi: wyniszczenie z niedoboru tłuszczu i witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (niedobór enzymów trawiących tłuszcze), cukrzycę z niedoboru insuliny.
- **Układ oddechowy.** Występują zapalenia dróg oddechowych spowodowane upośledzoną odpornością organizmu oraz zmniejszoną zdolnością rzęsek do usuwania zanieczyszczeń. Ze względu na często zły stan ogólny istnieje zwiększone ryzyko zachorowania na gruźlicę.
- **Stan psychiczny.** Zależność między schorzeniami psychicznymi a spożywaniem alkoholu przebiega dwutorowo. Alkohol powoduje pewne stany psychiczne, ale jego nadużywanie może być też spowodowane chorobą psychiczną. Niskie dawki alkoholu

mają działanie euforyzujące i stymulujące, natomiast przewlekłe spożywanie działa depresyjnie i powoduje psychozy alkoholowe.

Nurty terapeutyczne w leczeniu uzależnienia od alkoholu

- **Grupa samopomocowa.** Można wyróżnić cztery elementy warunkujące skuteczność tej formy terapii [14,15]:
 - posiadanie opiekuna kontrolującego rozwój podopiecznego, z którym można się skontaktować np. telefonicznie w sytuacji, kiedy chęć spożycia alkoholu staje się trudna do opanowania,
 - proponowanie alternatywnych zachowań, zgodnie z teorią, że pustkę po „stracie alkoholu” należy wypełnić różnymi formami aktywności, szczególnie w sytuacjach wysokiego ryzyka: dni wolne od pracy, wakacje i inne,
 - nawiązywanie nowych relacji międzyludzkich z osobami, które nie były świadkami rozwoju uzależnienia, zakłada się, że takie relacje dają uzależnionemu poczucie, że nie jest tylko „alkoholikiem”,
 - rozwój duchowości i religijności, które dają uczucie przywiązania, podobne do tego, jakie daje alkohol są także źródłem siły do rozwiązywania problemów.

Czynnikami zniechęcającymi do korzystania z tej formy pomocy jest błędne skojarzenie z sektą lub grupą religijną, gdyż AA są organizacją nie związaną z żadnym wyznaniem.

- **Terapia poznawczo – behawioralna** opiera się na poznaniu przyczyn sięgania po alkohol, analizie procesu rozwoju uzależnienia i identyfikacji sytuacji skłaniających do sięgnięcia po alkohol, a następnie naukę nowych zachowań.
- **Terapia motywująca** to forma terapii skupiająca się na wzmacnianiu pozytywnym motywacji do zmiany. Podstawowe zasady to: okazywanie empatii, rozwijanie poczucia sprawczości (posiadania kontroli i możliwości działania), podążanie za oporem i rozwijanie rozbieżności (pomiędzy stanem obecnym a pożądanym) [15,16].
- **Metoda skoncentrowana na wzmocnieniu relacji i sieci wsparcia** jest połączeniem innych form terapii: rodzinnej, par, uczestnictwo w grupie samopomocowej, terapię opartą na Dwunastu Krokach. Silną stroną tej terapii jest ponowne zasymilowanie osoby uzależnionej ze społeczeństwem [17].
- **Behawioralna terapia par i terapia rodzinna** mają na celu zmianę negatywnych uczuć między partnerami oraz członkami rodziny i zbudowanie relacji wspierającej abstynencję [18,19].

Największym problemem w leczeniu uzależnienia od alkoholu jest późne zgłaszanie się do specjalisty. Często osoba uzależniona nie zgłasza się z własnej woli lecz trafia do szpitala po znacznym pogorszeniu stanu somatycznego. Zazwyczaj jest to ostatnia faza uzależnienia. Wielu uzależnionych, pomimo długich lat picia, ma głębokie przekonanie, że kontroluje sytuację i panuje nad nałogiem. Wierzą, że piją, bo zmusza ich sytuacja, zdarzenia, problemy. Ufają, że kiedy ich sytuacja się zmieni, będą mogli odstawić alkohol i żyć bez niego. Dolegliwości fizycznych nie wiążą z negatywnym skutkiem spożywanych trunków. Unikają kontaktu z pracownikami służby zdrowia, bo boją się rozpoznania uzależnienia, co potencjalnie wiązałoby się z koniecznością podjęcia leczenia i rozstania z alkoholem. Dla osób uzależnionych, niepoddanych leczeniu, słowo „alkoholik” jest obelgą. Kojarzy im się ono z osobą bezdomną, brudną, samotną, wykluczoną społecznie, a oni przecież pracują, nie piją w miejscach publicznych, mają rodziny. Unikają korzystania z publicznych instytucji ochrony zdrowia w obawie przed zaszeregowaniem jako „alkoholik”, koniecznością ujawniania swojego życia osobistego, ujawnieniem informacji na ich temat osobom postronnym. W domowym zaciszu próbują odstawić alkohol, ciesząc się chwilowym powodzeniem. Kiedy znów sięgają po alkohol, mówią sobie, że to ostatni raz, że odstawią jak tylko problem się rozwiąże. Próbuje kosztownych i mało efektywnych sposobów, jak domowa detoksykacja alkoholowa lub implantacja esperalu. Niestety, wszystkie te zabiegi jedynie odsuwają w czasie moment rozpoczęcia trzeźwego życia.

Piśmiennictwo

1. Malicki D.: Nadużywanie alkoholu – psychiatria dla nie psychiatrów. *Med. Ogól.*, 2004, 10, 18.
2. Niemela O.: Biomarkers in alcoholism. *Clin. Chim. Acta*, 2007, 377, 39.
3. Sharpe P. C.: Biochemical detection and monitoring of alcohol abuse and abstinence. *Ann. Clin. Biochem.*, 2001, 38, 652.
4. Woronowicz B.T.: Problemy alkoholowe w praktyce lekarza rodzinnego. Cz. 1. *Med. Rodz.*, 2002, 1, 16-22.
5. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. 2008, t. I, 2017-2018.
6. Ehrig T., Bosron W.F., Li T.K.: Alcohol and aldehyd dehydrogenase. *Alcohol & Alcohol*, 1990, 25, 105-116.
7. Tarter R.E., Alterman A.L., Edwards K.L.: Vulnerability to alcoholism in men: A behavior-genetics perspective. *J. Stud. Alcohol*, 1985, 46, 329-356.

8. Woronowicz B.T.: Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2001, 78-79.
9. Habrat B.: Osoby z problemami alkoholowymi – rozpoznawanie i postępowanie. *Przew. Lek.*, 2000, 3, 86.
10. Saitz R.: Unhealthy alcohol use. *N. Engl. J. Med.*, 2005, 352, 596.
11. Waszkiewicz N., Szajda S. D., Jankowska A.: The effect of the binge drinkers session on the activity of salivary, serum and urine betahexosaminidase: preliminary data. *Alcohol. Alcohol.*, 2008, 43, 446.
12. Fazy rozwoju uzależnienia od alkoholu oraz etapy zdrowienia z programem terapii <http://www.psychiatria.pl/arttykul/znaczenie-trzezwienia-jako-procesu-zmiany-w-terapii-uzaleznienia-od-alkoholu/13480.html>, data pobrania 15.03.2015.
13. Szczygieł Ł.: Psychofarmakoterapia uzależnienia od alkoholu. *Gazeta Farmaceut.*, 2008, 8, 24-27.
14. Vaillant G. E.: Alcoholics Anonymous: cult or cure? *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 2005, 39, 431–436.
15. Miller S. D., Berg I. K.: Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. Galaktyka, Łódź 2000.
16. Miller W. R., Rollnick S.: Wywiad motywujący. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
17. O’Farrell T.J., Hooley J., Fals-Stewart W., Cutter H.S.: Expressed Emotion and Relapse in Alcoholic Patients. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1998, 66, 744–752.
18. Schumm J.A., O’Farrell T.J., Murphy C.M., Fals-Stewart W.: Partner Violence Before and After Couples-Based Alcoholism Treatment for Female Alcoholic Patients. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2009, 77, 1136–1146.
19. Briones E., Robbins M.S., Szapocznik J.: Brief strategic family therapy: Engagement and treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 2008, 26, 81–103.

Zalewska-Ćwikła Martyna¹, Kowalczyk Krystyna², Krajewska - Kulak Elżbieta²

Konsumpcja alkoholu przez studentów uczelni wyższych w Białymstoku

1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

W sytuacji, kiedy rodzice znajdują narkotyk u dziecka są zrozpaczeni, poszukują pomocy w różnych instytucjach, między innymi w policji. Natomiast, gdy dziecko wraca pod wpływem alkoholu, problem ulega wyciszeniu. Powyższa sytuacja wykazuje, iż społeczeństwo posiada niedostateczną wiedzę na temat uzależnień [1].

Alkoholizm jest jedną z najczęściej występujących chorób, która dotyka polskie społeczeństwo. W ostatnich latach zazwyczaj problem ten dotyczy młodych ludzi w okresie życia studenckiego. Wysoki odsetek Polaków posiada obraz osoby uzależnionej od alkoholu, jako osoby z bardzo zaawansowaną degradacją fizyczną, psychiczną, duchową oraz materialną [2]. Uzależnienie od alkoholu jest chorobą rozwijającą się bardzo podstępnie, bez świadomości zainteresowanej osoby. Objawy choroby uwidaczniają się przede wszystkim w [2]:

- zmianie tolerancji na alkohol – podwyższenie tolerancji ujawnia się, gdy po wypiciu określonej dawki alkoholu występują znacznie słabsze efekty, czyli aby uzyskać ten sam stan upojenia alkoholowego, dana osoba musi znacznie więcej spożyć alkoholu;
- objawach abstynencyjnych – podczas przerywania spożywania alkoholu po dłuższym czasie lub zmniejszenia ilości wypijanego alkoholu pojawiają się typowe objawy zespołu abstynencyjnego. Osoba uzależniona szybko stara się dane cierpienia usunąć poprzez wypicie kolejnych dawek alkoholu;
- subiektywnym poczuciu łaknienia alkoholu – w miarę długiego odstępu czasu od ostatniego spożywania alkoholu, występuje wewnętrzny przymus spożywania alkoholu, połączonego z poczuciem paniki;
- koncentracji życia wokół picia – obecność alkoholu w codziennym życiu staje się priorytetem. Osoba poświęca dużo uwagi dla okazji dających możliwość spożycia alkoholu;

- utracie kontroli nad piciem – po wypiciu określonej ilości alkoholu występuje niemożność określenia, decydowania o ilości i o momencie przerywania spożywania alkoholu;
- zaburzeniu pamięci i świadomości – po wypiciu alkoholu powstają tak zwane „luki pamięciowe” powodujące, iż coraz więcej sytuacji i zachowań dzieje się poza świadomością osoby pijącej;
- nawrotach picia po próbach utrzymywania okresowej abstynencji – od czasu do czasu człowiek staje się świadomy, iż posiada problem z alkoholem i próbuje udowodnić sobie i osobom bliskim, że potrafi funkcjonować bez alkoholu poprzez zaprzestanie spożywania alkoholu. Próby najczęściej kończą się niepowodzeniem.

Na podstawie literatury można wyróżnić cztery fazy choroby alkoholowej [3,4]:

- faza wstępna – picie alkoholu w celu uzyskania ulgi lub też wzrostu tolerancji na alkohol. Pijący nie upija się, ale doprowadza się do stanu odprężenia emocjonalnego. Początkowo osoba pije okazjonalnie, ale wraz ze wzrostem poziomu tolerancji alkoholowej sięga coraz częściej po alkohol w celu osiągnięcia błogostanu;
- faza ostrzegawcza – alkohol staje się narkotykiem, występują coraz częściej luki pamięciowe. Osoba w pewnym momencie uświadamia sobie, że jej picie alkoholu wychodzi poza granice normy, pojawia się poczucie winy, wyrzuty sumienia oraz unikanie rozmów na temat alkoholu. Pije szybko i ukradkiem, maskuje problem przymusowego odprężenia się przez alkohol;
- faza krytyczna – występuje niepohamowany głód alkoholowy, pojawia się kompletna utrata panowania nad spożywaniem alkoholu. Alkoholik siebie i bliskie osoby przekonuje, że posiada kontrolę nad ilością spożywanego alkoholu. Następuje zjawisko zaniedbywania pracy, rodziny, bliskich, przyjaciół, wyraźne zawężenie zainteresowań. Życie danej osoby koncentruje się na piciu alkoholu;
- faza przewlekła – okresy tak zwanych „ciągów” – kilkudniowe picie. Następuje osłabienie zasad moralnych, uszkodzenie myślenia i zdolności oceny, spożywanie alkoholu niekonsumpcyjnego, np.: denaturatu, lęki, napady drgawkowe, spadek tolerancji na alkohol, psychozy alkoholowe, ciężkie choroby somatyczne oraz zgon.

Wychwycenie początkowej fazy choroby alkoholowej jest niezmiernie trudne, ponieważ granica pomiędzy towarzyskim piciem a uzależnieniem jest bardzo płynna. Zależy od wielu czynników oraz samego człowieka [5]. Alkoholizm w zaawansowanej fazie jest bardzo trudną chorobą, dlatego też niezmiernie ważne jest rozpoznanie choroby we

wczesnym stadium. Na podstawie kryteriów diagnostycznych oraz mechanizmów uzależnienia do podstawowych i bezpośrednich znaków rozpoznawczych należy utrata kontroli ilości spożywanego alkoholu [3].

Ważną umiejętnością jest nie tylko diagnozowanie alkoholizmu, ale też rozpoznawanie zjawisk oraz zachowań, które stanowią początek choroby alkoholowej. Podstawową sferą, którą niszczy alkohol jest sfera emocjonalna. W przypadku dużej liczby zmartwień oraz problemów człowiek nie jest w stanie kontrolować własnego obniżonego nastroju. Natomiast pod wpływem alkoholu potrafi zmienić własne nastawienie. Próby poprawienia nastroju bez dążenia poprawy i zmiany stanu własnego życia stanowi najczęstszą przyczyną nadużywania alkoholu [3].

Choroba alkoholowa rozwija się w zróżnicowanym tempie w zależności od osobowości oraz okoliczności, w jakiej dana osoba się znajduje. Do podstawowych czynników, które wpływają na tempo rozwijania się alkoholizmu należy [3]:

- wiek inicjacji alkoholowej – choroba alkoholowa rozwija się znacznie szybciej u osób, które bardzo wcześnie sięgnęły po alkohol pierwszy raz. Jeżeli kontakt z alkoholem był już w wieku szkoły podstawowej, to uzależnienie może rozwinąć się nawet w ciągu kilku miesięcy po pierwszym kontakcie z alkoholem;
- ilość i częstość wprowadzanej do organizmu – zależy od kilku uwarunkowań: od stanu psychicznego danej osoby, od stopnia obrony organizmu przed alkoholem oraz od zwyczajów panujących w danym środowisku. Podobnie, jak w przypadku innych uzależnień, kluczowym krokiem wyzwolenia się z nałogu jest chęć pacjenta do podjęcia leczenia lub uzyskanie skierowania na leczenie pod przymusem.

Postępowanie w stosunku do osób uzależnionych od alkoholu zostało określone w Ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Poddanie się leczeniu odwykowemu w standardowych przypadkach jest dobrowolne. Jednak wobec osób, które w związku z nałogiem powodują rozpad życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, można zastosować przymus leczenia [5,6]. W tym celu kieruje się daną osobę na badania, podczas których biegły sądowy wydaje opinię na temat alkoholika. Kwalifikuje do przymusowego leczenia oraz wskazuje rodzaj zakładu leczniczego. Na badanie kieruje gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych. Wniosek do komisji może wystosować każda osoba, która potrafi udokumentować fakty będące podstawą do zastosowania przymusowej

terapii. O obowiązku poddania się leczeniu orzeka w postępowaniu nieprocesowym sąd rejonowy. Do uzyskanego wniosku od gminnej komisji lub prokuratury dołącza się zebraną dokumentację wraz z opinią biegłego. Jeżeli badanie przez biegłego nie zostało dotychczas przeprowadzone, sąd zarządza poddanie zainteresowanego specjalistycznym badaniom. W terminie do jednego miesiąca od dnia złożenia wniosku sąd orzeka o zastosowaniu lub uchyleniu obowiązku poddania się leczeniu. Po prawomocnym zarządzeniu przymusowego leczenia sąd wzywa daną osobę do stawienia się dobrowolnie w wyznaczonym dniu we wskazanym zakładzie leczenia odwykowego. W przypadku uchylenia się od wykonania tych zaleceń, zostanie zastosowany przymus. Osoba objęta nakazem sądu nie może opuszczać terenu zakładu bez zgody kierownika zakładu. Sąd może także uznać potrzebę zastosowania wobec alkoholika całkowitego ubezwłasnowolnienia. Darmowe świadczenia zdrowotne w zakresie terapii i rehabilitacji współzależnienia oraz profilaktyki uzyskują także członkowie rodziny osoby uzależnionej od alkoholu, dotknięci następstwami nadużywania alkoholu przez alkoholika. Dzieci uzyskują także pomoc psychologiczną i socjoterapeutyczną w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, publicznych poradniach specjalistycznych oraz placówkach opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych [6].

Cel pracy: Sprawdzenie czy uczelnia, na której kształcili się studenci miała wpływ na ilość spożytego alkoholu w ciągu ostatnich sześciu miesięcy.

Material i metoda

Badaniem objęto 200 studentów z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz 200 studentów z Politechniki Białostockiej, w wieku od 2.0 do 30. roku życia, w okresie od stycznia do kwietnia 2010 roku.

Do zebrania danych dotyczących stopnia uzależnienia od środków psychoaktywnych oraz alkoholu wśród młodzieży akademickiej posłużył kwestionariusz ankiety do badania uzależnień opracowany przez Pracownię Badań Społecznych w modyfikacji własnej. Studenci zostali poinformowani o dobrowolności i anonimowości przeprowadzonych badań.

Wyniki opracowano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA for Windows. Analizę poszczególnych pytań prowadzono metodą tabeli wielozmiennych oraz tabeli wielokrotnych odpowiedzi wraz z testem zależności opartym o χ^2 . Za istotne uznano prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p \leq 0,05$, a za wysoce istotne $p \leq 0,01$.

Wyniki

Badaniem objęto 200 studentów z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz 200 studentów z Politechniki Białostockiej. W badanej populacji większość respondentów

Uniwersytetu Medycznego 76,5% stanowiły kobiety, natomiast na Politechnice Białostockiej 63,5% stanowili mężczyźni. Stwierdzono wysoką zależność statystyczną ($p < 0,0001$) pomiędzy płcią respondentów a uczelnią. W badanej populacji na Politechnice Białostockiej 63,50% respondentów była w wieku do 20. roku życia, natomiast na Uniwersytecie Medycznym 59% respondentów było pomiędzy 21. a 25. rokiem życia. Analiza statystyczna potwierdziła istotną zależność ($p < 0,0001$) pomiędzy wiekiem respondentów a uczelnią.

W badanej populacji stwierdzono wysoką istotną zależność ($p = 0,0001$) odpowiedzi na pytanie „Ile zwykle wypijałeś/aś piwa w ciągu ostatnich 6 miesięcy przy jednej okazji?” w zależności od uczelni. Różnica dotyczyła głównie osób, które deklarowały, że nie spożywają piwa (23% studentów Uniwersytetu Medycznego i 8,5% studentów Politechniki Białostockiej) (Tab. I)

Tabela I. Ilość spożytego piwa w ciągu ostatnich 6 miesięcy przez studentów uczelni wyższych

Uczelnia Wyższa	Ile zwykle wypijałeś/aś piwa w ciągu ostatnich 6 m-cy przy jednej okazji?				Razem
	Nie piłem piwa	Do 3 typowych butelek lub puszek (od 0,5 litra do 1,5 litra)	Od 4 do 7 typowych butelek lub puszek (2 litrów do 3,5 litra)	Powyżej 8 typowych butelek lub puszek (powyżej 4 litrów)	
Uniwersytet Medyczny	46	104	33	17	200
% wiersza	23%	52%	16,5%	8,5%	
Politechnika Białostocka	17	108	59	16	200
% wiersza	8,5%	54%	29,5%	8%	
Ogół	63	212	92	33	400

Studenci obu uczelni spożywali alkohol typu wino, szampan w porównywalnej ilości. Wyjątek stanowiło spożywanie alkoholu powyżej 750g przez studentów Politechniki Białostockiej. Szczegółowe dane przedstawiono w Tab II.

W badanej populacji stwierdzono wysoką istotną zależność ($p < 0,0001$) rozkładu odpowiedzi na pytanie „Ile zwykle wypijałeś/aś wódki, koniaku itp. w ciągu ostatnich 6 m-cy przy jednej okazji?” w poszczególnych uczelniach. Studenci Uniwersytetu Medycznego 32% deklarowali picie wódki w ilości „1-5 kieliszków”. Natomiast studenci Politechniki Białostockiej deklarowali picie wódki w ilości „6-10 kieliszków” lub „więcej niż 11 kieliszków” (Tab. III).

W badanej populacji stwierdzono istotną zależność ($p = 0,0153$) rozkładu odpowiedzi na pytanie „Ile razy w ciągu ostatnich 30 dni wypić/aś powyżej 5 butelek piwa, lampek wina czy kieliszków wódki z rzędu ?” w zależności od uczelni. Studenci Uniwersytetu Medycznego częściej deklarowali, że ani razu w ciągu ostatnich 30 dni nie spożyli powyżej 5 butelek piwa, lampek wina czy kieliszków wódki z rzędu (Tab. IV).

Tabela II. Ilość spożytego wina, szampana itp. w ciągu ostatnich 6 miesięcy przez studentów uczelni wyższych

Uczelnia Wyższa	Ile zwykle wypijałeś/aś wina, szampana itp. w ciągu ostatnich 6 m-cy przy jednej okazji?				Razem
	Nie piłem wina, szampana	Do 3 lampek wina (od 100 do 300 gram)	Więcej niż 3 lampki wina, ale mniej niż butelkę (od 300 do 750 gram)	Więcej niż butelkę (powyżej 750 gram)	
Uniwersytet Medyczny	65	80	44	11	200
% wiersza	32,5%	40%	22%	5,5%	
Politechnika Białostocka	47	73	48	32	200
% wiersza	23,5%	36,5%	24%	16%	
Ogół	112	153	92	43	400

Tabela III. Ilość spożytej wódki, koniaku itp. w ciągu ostatnich 6 miesięcy przez studentów uczelni wyższych

Uczelnia wyższa	Ile zwykle wypijałeś/aś wódki, koniaku itp. w ciągu ostatnich 6 m-cy przy jednej okazji?				Razem
	Nie piłam/em Wódki	1-5 kieliszków (od 50 do 250 gram)	6-10 kieliszków (od 300 do 500 gram)	Więcej niż 11 kieliszków (powyżej 550gram)	
Uniwersytet Medyczny	73	64	48	15	200
% wiersza	36,5%	32%	24%	7,5%	
Politechnika Białostocka	29	41	80	50	200
% wiersza	14,5%	20,5%	40%	25%	
Ogół	102	105	128	65	400

Tabela IV. Ilość spożytych < 5 piw, lampek wina czy też wódki w ciągu ostatnich 30 dni przez studentów uczelni wyższych

Uczelnia Wyższa	Ile razy w ciągu ostatnich 30 dni wypileś/aś ponad 5 butelek piwa, lampek wina czy kieliszków wódki z rzędu ?					
	Ani razu	1-3 razy	4-6 razy	7-10 razy	Powyżej 11 razy	Razem
Uniwersytet Medyczny	95	77	21	7	0	200
% wiersza	47,5%	38,5%	10,5%	3,5%	0%	
Politechnika Białostocka	72	76	35	10	7	200
% wiersza	36%	38%	17,5%	5%	3,5%	
Ogół	167	153	56	17	7	400

Nie stwierdzono istotnej zależności ($p=0,0978$) pomiędzy utratą przytomności lub pamięci z powodu wypicia nadmiernej ilości alkoholu w poszczególnych uczelniach. Studenci obu uczelni posiadali porównywalne wyniki. Respondenci obu uczelni wyższych deklarowali, iż epizod utraty przytomności lub pamięci zdarzył się 1-3 razy (18% studentów Uniwersytetu Medycznego i 20% studentów Politechniki Białostockiej) (Tab. V).

Tabela V. Utrata przytomności lub pamięci z powodu wypicia nadmiernej ilości alkoholu przez studentów wyższych uczelni

Uczelnia wyższa	Ile razy w ciągu 6 miesięcy zdarzyło Ci się utracić przytomność lub pamięć z powodu wypicia nadmiernej ilości alkoholu?				
	Ani razu	1-3 razy	4-8 razy	Powyżej 9 razy	Razem
Uniwersytet Medyczny	160	36	4	0	200
% wiersza	80%	18%	2%	0%	
Politechnika Białostocka	149	40	5	6	200
% wiersza	74,5%	20%	2,5%	3%	
Ogół	309	75	9	6	400

Najczęściej studenci badanych uczelni pod wpływem alkoholu lub substancji psychoaktywnych byli w klubie, w pubie, na koncercie lub na imprezach w domu lub w akademikach. Wśród Studentów Politechniki Białostockiej 16,5% respondentów deklarowało zażywanie powyższych substancji w trakcie nauki, natomiast na Uniwersytecie Medycznym 4% respondentów (Tab. VI)

Tabela VI. Sytuacje, w których respondenci w ciągu ostatniego roku byli pod wpływem substancji psychoaktywnych lub alkoholu

Uczelnia Wyższa	W jakich sytuacjach, w ciągu ostatniego roku, zdarzyło Ci się być pod wpływem substancji psychoaktywnych bądź alkoholu.					
	W żadnej sytuacji,	W klubie, w pubie na koncercie	Na imprezach w domu lub w akademikach	W trakcie nauki	Na wykładzie, ćwiczeniach	W pracy
Uniwersytet Medyczny	36	127	111	4	8	5
% wiersza	18%	63,5%	55,5%	2%	4%	2,5%
Politechnika Białostocka	23	146	164	36	31	9
% wiersza	11,5%	53%	82%	18%	16,5%	4,5%
Ogół	59	141	274	40	55	14

* Liczby nie sumują się, ponieważ istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Ankietowani najczęściej sięgali po alkohol i substancje psychoaktywne dla zabawy oraz relaksu. Wśród respondentów Politechniki Białostockiej 4% korzystało z alkoholu i substancji psychoaktywnych w celu szybszej nauki (Tab. VII).

Tabela VII. Przyczyny sięgania po używki przez studentów uczelni wyższych

Uczelnia Wyższa	Z jakich powodów w ciągu ostatniego roku sięgałeś/aś zazwyczaj po substancje psychoaktywne bądź alkohol?					
	Z ciekawości	Dla zabawy	Dla relaksu	Z żadnego powodu nie sięgam po substancje psychoaktywne	W celu oderwania się od problemów	W celu szybszej nauki
Uniwersytet Medyczny	12	97	109	47	31	0
% wiersza	6%	48,5%	54,5%	23,5%	15,5%	0%
Politechnika Białostocka	23	144	134	34	57	8
% wiersza	11,5%	72%	67%	17%	28,5%	4%
Ogół	35	241	243	81	88	8

* Liczby nie sumują się, ponieważ istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Dyskusja

Na podstawie literatury można stwierdzić, iż spożywanie alkoholu jest najbardziej powszechnym zjawiskiem wśród młodych dorosłych. Badania brytyjskie oraz amerykańskie

wykazały, iż osoby młode dorosłe należą do grupy o wysokim wskaźniku konsumpcji alkoholu. Napoje alkoholowe towarzyszą człowiekowi przez całe życie. Każda ważna chwila typu rocznica urodzin, zdany egzamin stanowi okazję do wzniesienia alkoholowego toastu. Żyjąc w tak skonstruowanej kulturze picia, na abstynentów patrzymy z podejrzliwością. Zwłaszcza, gdy okazuje się, że decyzję o niespożywaniu alkoholu podejmowano dobrowolnie [3].

Badania przeprowadzone przez Szczyrbę [4] na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach wykazały, że 20% studentów z kierunku pielęgniarstwa nie posiadało kontaktu z alkoholem. Ponad 80% studentów pielęgniarstwa oraz 90% studentów z wydziału lekarskiego czynnie spożywało alkohol. W badaniach własnych wykazano, iż 38% studentów z Uniwersytetu Medycznego przyznało się, iż w przeciągu ostatniego miesiąca przynajmniej jeden raz spożyło ponad 5 butelek piwa, lampek wina lub kieliszków wódki podczas jednego spotkania towarzyskiego.

Badania przeprowadzone przez Mellibrudę [5] wykazały, iż 40% studentów z ośmiu największych ośrodków akademickich w Polsce w przeciągu ostatnich 2 tygodni przekroczyło wysoki próg szkodliwego nadużycia alkoholu.

Z kolejnych badań przeprowadzonych przez Kurzę [6] wynika, iż 42% studentów z ogólnopolskiej grupy badanych spożywało ponad 2 litry piwa, 400 ml wina lub 200 ml wódki przy jednym spotkaniu w przeciągu dwóch tygodni. W powyższym badaniu dla 17% studentów było to jednorazowe doświadczenie, 12% studentów przyznało się, że zdarzyło im się to dwukrotnie. Natomiast co dziesiąty student przekraczał próg szkodliwego spożywania alkoholu co najmniej trzy razy w ciągu miesiąca.

W badaniach Szczyrby [4] wykazano, iż 40% studentów ze Śląska spożywało alkohol od 2 do 4 razy w miesiącu. Z badań własnych wynika, iż ponad 40% studentów z Politechniki Białostockiej przyznało się do spożywania ponad 11 kieliszków wódki przy jednej okazji w przeciągu 6 miesięcy.

Klimberg [7] w swoich badaniach wykazała, iż 14,5% studiujących wyrażało chęć zachowania abstynencji alkoholowej. Sytuacje spożywania alkoholu wśród studentów białostockich i studentów ze Śląska były bardzo podobne. Obie grupy respondentów najczęściej spożywały alkohol w trakcie spotkań towarzyskich typu imprezy, wyjście do pubu, dyskoteki czy też podczas koncertów.

W badaniach przeprowadzonych przez Pietrykę – Michałowską [8] wykazano, że spożywanie alkoholu było wynikiem namowy znajomych. Najczęściej spożywanym

alkoholem przez studentów ze Śląska było piwo, wino. Najmniej studenci ze Śląska spożywali wódki. Z badań własnych wynika, iż najczęściej spożywanym alkoholem przez studentów obu uczelni białostockich było piwo oraz wino [4].

Podobne wyniki uzyskał Pach [9] w badaniach przeprowadzonych na wydziale lekarskim na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. W powyższych badaniach 70% studentów z Uniwersytetu Jagiellońskiego wykazało te same powody spożywania substancji psychoaktywnych oraz alkoholu, co studenci z Białegostoku oraz Katowic.

Polska należy do krajów spożywających największą ilość alkoholu. Problem alkoholizmu dotyczy coraz młodszych osób. Spożywanie alkoholu wśród studentów jest zjawiskiem rozpowszechnionym. Osoby niespożywające alkoholu nie są akceptowane przez znajomych lub są uważane za outsiderów. Strach przed odrzuceniem grupy oraz brak asertywności stanowią większość powodów spożywania alkoholu. Wielu studentów czynnie spożywających alkohol nie posiada wiedzy na temat antyzdrowotnych aspektów spożywania alkoholu [10,11].

Badania przeprowadzone przez Strzyżewską [12] wśród studentów pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Warszawie wykazały, iż znaczna liczba studentów coraz częściej spożywała alkohol. Studenci z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego najczęściej sięgali po piwo oraz wino. W badaniach własnych wykazano, iż 92% studentów z Politechniki Białostockiej oraz 77% studentów z Uniwersytetu Medycznego spożywało piwo, natomiast 76% studentów Politechniki Białostockiej oraz 67% studentów z Uniwersytetu Medycznego spożywało wino. Oba badania potwierdzają fakt, iż piwo i wino stanowiły najczęstszy rodzaj alkoholu spożywanego przez studentów.

Michałowska – Pietryka [8] stwierdziła fakt częstszego spożywania piwa oraz wódki przez płęć męską. Na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie spożywanie wódki deklarowało 86,6% studentów płci męskiej. Badania własne przeprowadzone na Politechnice Białostockiej, gdzie znaczną większość stanowili studenci płci męskiej, spożywanie wódki deklarowało 65% studentów w ilościach większych niż 300 gram oraz piwa 37,5 % studentów w ilości ponad dwa litry.

Bobrowski [13] w badaniach własnych wykazał, że ponad połowa ankietowanych upiła się, co najmniej raz w okresie 30 dni poprzedzającym badanie. W badaniach własnych 34,5% studentów z Politechniki Białostockiej oraz 30% studentów z Uniwersytetu Medycznego przyznało się do spożywania ilości alkoholu, która powodowała utratę pamięci. Powyższe badania wykazały, iż studenci z badanych grup przyznali się do problemów

wynikających z nadmiernego spożycia alkoholu typu: kłótnie, sprzeczki, bójki lub prowadzenie samochodu.

Rozwój programów profilaktycznych wymaga stałej oceny ich skuteczności. Ewaluacja programów profilaktycznych jest dziedziną słabo rozwiniętą w Polsce, co wymusza niejako potrzebę prowadzenia efektywności realizowanych programów. Liczne przytoczone wyniki wykazały, iż zachowania prozdrowotne młodzieży uniwersyteckiej w dużym stopniu były nieprawidłowe. Na podstawie analizowanych badań wykazano, iż większość ankietowanych była świadoma konieczności zmian zachowań zdrowotnych w życiu codziennym [14,15].

Wywieranie nacisku na tworzenie oraz realizowanie programów profilaktycznych, jak i edukacyjnych zmniejszy liczbę osób uzależnionych od alkoholu. Większa liczba młodych ludzi będzie świadoma, jakie zagrożenia oraz konsekwencje niesie za sobą nagminne spożywanie alkoholu.

Wnioski

Stwierdzono, że studenci Uniwersytetu Medycznego rzadziej sięgali po alkohol niż studenci Politechniki Białostockiej w ciągu ostatnich sześciu miesięcy

Piśmiennictwo

1. Lenart D.: Uzależnieni od przyjemności. Wiedza i życie, 2009, 10, 28-30.
2. Dziewiecki M.: Nowoczesna profilaktyka uzależnień. Wyd. Jedność, Kielce 2001, 25-119.
3. Kubat K.: Abstynent na cenzurowanym. Semestr, 2004, 6.
4. Szczyrba B.A., Trzcieńska Green A.: Porównanie używania alkoholu i innych środków psychoaktywnych przez studentów I roku pielęgniarstwa. Zdr. Publ., 2004, 114, 177-183
5. Mellibruda A., Nikodemka S., Fronczyk K.: Używanie i nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez polskich studentów. Medycyna wieku rozwojowego, 2003, 7, 135-155.
6. Kurza K.: W stronę alkoholizmu czy narkomanii. Terapia uzależnienia i współuzależnienia, 2003, 2.
7. Klimberg A., Marcinkowki J., Przybylski J.: Konsumpcja alkoholu i innych środków psychoaktywnych wśród studentów poszczególnych kierunków uniwersyteckich

- studiów medycznych. Sceneria wokół konsumpcji alkoholu. *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2009, 90, 218-221.
8. Michałowska – Pietryka E., Wdowiak L., Dreher P.: Zachowania zdrowotne studentów Akademii Medycznej. II analiza spożycia alkoholu, palenia papierosów, zażywania narkotyków, picia kawy. *Zdr. Publ.*, 2004, 114, 532-536.
 9. Pach J., Tobiasz – Adamczyk B., Brzyski P., Krawczyk E., Satora L., Morawska J., Ogonowska D.: Zjawisko zażywania substancji psychoaktywnych przez studentów medycyny, badania ewaluacyjne. *Przegl. Lek.*, 2006, 63, 393-395.
 10. Stanisław A.: *Biostatystyka*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005.
 11. Niedbała A.: Dziękuję – jestem trzeźwy. *Semestr*, 2005, 6.
 12. Strzyżewska M., Wrońska I.: Zażywanie substancji uzależniających antyzdrowotnym elementem stylu życia młodzieży akademickiej. *Med. Dydaktyka Wychowanie*, 2008, 10, 20-25.
 13. Borowski K.: Fazy używania nielegalnych substancji psychoaktywnych a picie alkoholu wśród młodzieży i młodych dorosłych. *Alkoholizm i Narkomania*, 2008, 21, 341-362.
 14. Potocka – Banaś B., Janus T., Borowiak K.: Młodzież a środki narkotyczne w świetle wyników własnych badań przeprowadzonych w Szczecinie w latach 1998-2003. *Diagnostyka Laboratoryjna*, 2006, 42, 189-197.
 15. Wrona J.: *Narkotyki, Narkomania krótka analiza problemu*. Colonel, Częstochowa 2002.

Zalewska-Ćwikła Martyna, Kowalczuk Krystyna

Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież akademicką

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

W Polsce narkomania nie jest zjawiskiem nowym [1]. Występowała już w okresie międzywojennym oraz przed pierwszą wojną światową. Stała się powszechnym problemem na początku lat 60. i 70., gdy do Polski przeniknęły wpływy kontrkultury hippisowskiej, chętnie podejmowanej przez młodych Polaków na znak zbuntowania się przeciwko dorosłym oraz napiętej sytuacji społecznej i politycznej. Zażywanie środków narkotycznych epatowane było na początku publicznie. Osoby zażywające były traktowane jako ludzie, którzy osiągnęli stan świadomości niedostępny innym. W ten sposób na oczach milionów osób rodziła się młodzieżowa subkultura narkomańska [2]. Była bagatelizowana od samego początku, traktowana jako zachcianka i nowa moda młodzieży, a została najpoważniejszym problemem uzależnień, obok alkoholu. Odurzenie środkami psychoaktywnymi stawało się celem samym w sobie i jednocześnie sposobem na życie. Dołączając do grupy narkomanów, młody człowiek nie odczuwał osamotnienia, zyskiwał pewność siebie, przez co zapominał o kłopotach osobistych, szkolnych, jak i rodzinnych [2].

Wokół aspektu uzależnienia od narkotyków narosło najwięcej fałszywych przekonań oraz legend. Osoby postronne nie rozumieją przymusu zażywania kolejnych dawek przez osoby uzależnione, natomiast sam biorący tworzy ideologię potrzeby brania, okłamując samego siebie [2]. Uzależnienie od narkotyków jest uzależnieniem psychicznym uważanym za „głęboki psychiczny przymus zażycia środka lub wykonania pewnej czynności, przymus manifestujący się narastającym napięciem, lękiem, niepokojem” [1].

Uzależnić może każdy środek psychoaktywny – alkohol, opiaty czy też benzodiazepiny. Mechanizm zależności fizycznej polega na tym, iż dana substancja włącza się w metabolizm organizmu i po pewnym czasie organizm nie potrafi prawidłowo funkcjonować bez narkotyku. Objawy somatyczne typu: ból, dreszcze, pocenie się, czy biegunki wymuszają na uzależnionym przyjęcie kolejnej dawki narkotyku w celu ustąpienia powyższych powikłań. Dodatkowo przy silnych uzależnieniach występują nieodwracalne

zmiany w organizmie. Narkotyki palone, wziewne uszkadzają układ oddechowy (płuca, oskrzela), psychostymulanty – narządy mięśniowe, kanabinole – układ sercowo - naczyniowy, natomiast praktycznie wszystkie narkotyki powodują trwałe uszkodzenia układu nerwowego [3].

Uzależnienie na podstawie literatury można podzielić na cztery fazy [1,2].

Pierwszą jest faza eksperymentowania. Osoby uzależnione, w początkowych etapach wprowadzają zmiany w wyglądzie oraz sposobie zachowywania się. Charakterystyczne zachowanie wśród kobiet polega na nadmiernym używaniu środków perfumowanych w celu zniwelowania zapachu zażywanych narkotyków, które najczęściej utrzymują się na włosach i ubraniach. Osoby są nadpobudliwe, ospałe z objawami przeziębienia. Typowe objawy to utrzymujący się katar, zaczerwienione oczy. W zachowaniu osoby uzależnionej występują kłamstwa dotyczące spóźnień, miejsc do których wychodzą oraz towarzystwa. Drugą fazą jest przyjemność ze stanu odurzenia. Uzależniony w drugiej fazie wprowadza zmiany w życiu osobistym, jak i społecznym. Stale pogarszające się wyniki w pracy, w szkole, czy też na studiach stanowią początkową fazę drugiego stopnia uzależnienia. Osoba przebywa w nowym środowisku, zaniedbuje podstawowe codzienne czynności oraz nawyki higieniczne. Charakteryzuje się labilnością emocjonalną, agresją słowną oraz skłonnością do pożyczania pieniędzy. Kolejną, trzecią fazą jest najważniejsze to być pod wpływem narkotyku. Trzeci stopień uzależnienia powoduje pojawienie się pierwszych symptomów przedawkowania, codziennego lub częstszego odurzania się oraz objawów po odstawieniu narkotyków. Następuje wycofanie się z życia rodziny, szkoły oraz pracy. Zaobserwowany zostaje wzrost konfliktów z prawem, kradzieży lub handlu narkotykami dla zdobycia pieniędzy. Ogólne pogorszenie stanu zdrowia oraz początki przewlekłego kaszlu. Ostatnią fazą jest zażywanie narkotyków, aby funkcjonować normalnie w każdej strefie życiowej. Działa destrukcyjnie na każde aspekty życia osoby zażywającej. Zmiany występują w życiu zawodowym, osobistym, duchowym, jak i socjalnym. Występują psychozy narkotykowe, chroniczny kaszel, depresje, paranoje narkotyczne oraz myśli samobójcze. Uzależniony normalnie funkcjonuje po zażyciu dużej dawki narkotyku, dzięki czemu zanikają wybuchy wściekłości oraz agresja, a powraca normalne samopoczucie [3,4].

Na podstawie literatury można wyróżnić kilka powodów uzależnienia od narkotyków [1,2,3].

Jednym z powodów sięgania po środek psychoaktywny jest bunt i chęć zaszokowania zwłaszcza dorosłych. Poczucie przynależności do grupy, dobra zabawa, nuda oraz łatwość

przeżycia czegoś nowego stanowią podstawowe powody sięgania po środki psychoaktywne. Dołącza do tego chęć poczucia się bardziej dorosłym, presję kolegów, chęć zaimponowania innym oraz ucieczki od stawianych przez życie wymagań, przez co odcięcie się od otaczającego świata [4].

Zdaniem kolejnego autor, jest to bezwzględna pogoń za sukcesem w społeczeństwie współczesnym, tzw. „wyścig szczurów”, który powoduje odpadanie i marginalizację słabszych jednostek, rosnący stres codziennego życia oraz pogarda społeczna wobec osób nieprzystosowanych, nadwrażliwych i słabszych psychicznie stanowią główne powody zażywania narkotyków. Wspomina dodatkowo o braku przestrzegania norm moralnych przez zdecydowaną większość społeczeństwa, niedostatek pozytywnych modeli i wzorców zachowań wśród starszego pokolenia, które mogą być przekazane młodzieży oraz niedostatek miłości do drugiego człowieka i uwrażliwienia na jego dobro [3,4].

Powody uzależnień można też podzielić na uwarunkowania makrostrukturalne, mikrostrukturalne, rodzinne oraz indywidualne. Do uwarunkowań makrostrukturalnych należą cywilizacje konsumpcyjno – przemysłowe, współczesne trendy kulturowe i ekonomiczne oraz wzorce kultury masowej. Środowisko sąsiedzkie, rówieśnicze, szkolne i pracy stanowią uwarunkowania mikrostrukturalne. Do uwarunkowań rodzinnych należą uzależnienia w pokoleniu dziadków i rodziców, przemoc, zaniedbania, rozwody, porzucenia, traumy, urazy, choroby somatyczne, choroby psychiczne oraz wadliwe kompetencje wychowawcze. Ostatnimi czynnikami, które należą do uwarunkowań indywidualnych jest niedojrzałość emocjonalna, niska samoocena, brak odporności na stres, cierpienie, negatywne przekonania oraz niedostatek umiejętności interpersonalnych [5,6].

Z literatury przedmiotu wynika, że jeżeli dochodzi do uzależnienia od środków psychoaktywnych poszukuje się winnego. Najczęściej wina koncentruje się na rodzinie, szkole, państwie, czy też urzędach. Rzadko się zdarza, by dorosłe osoby publicznie zareagowały na problem narkomanii. Badania naukowe potwierdzają, że problem uzależnienia zostaje zauważony, gdy bezpośrednio dotyczy nas i naszych bliskich. Obarczamy wówczas odpowiedzialnością za „traumatyczne przeżycia” w pierwszej kolejności samego uzależnionego [6,7].

Cel pracy

Sprawdzenie, czy młodzież akademicka miała kontakt ze środkami psychoaktywnymi. Określenie, jakie środki psychoaktywne najczęściej były używane przez studentów obu uczelni.

Material i metoda

Badaniem objęto 200 studentów z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz 200 studentów z Politechniki Białostockiej, w wieku od 20. do 30. roku życia, w okresie od stycznia do kwietnia 2010 roku. Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Do zebrania danych dotyczących stopnia uzależnienia od środków psychoaktywnych oraz alkoholu wśród młodzieży akademickiej posłużył kwestionariusz ankiety do badania uzależnień opracowany przez Pracownię Badań Społecznych w Sopocie w modyfikacji własnej.

Wyniki opracowano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA for Windows. Analizę poszczególnych pytań prowadzono metodą tabeli wielodzzielczych oraz tabeli wielokrotnych odpowiedzi wraz z testem zależności opartym o χ^2 . Za istotne uznano prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p \leq 0,05$ a za wysoce istotne $p \leq 0,01$.

Wyniki

Badaniem objęto 400 studentów uczelni wyższych w Białymstoku po 200 respondentów z Uniwersytetu Medycznego i Politechniki Białostockiej.

W badanej populacji 76,5% respondentów Uniwersytetu Medycznego stanowiły kobiety, natomiast na Politechnice Białostockiej 63,5% stanowili mężczyźni. Stwierdzono wysoką zależność statystyczną ($p < 0,0001$) pomiędzy płcią respondentów a uczelnią

Analizując wiek respondentów stwierdzono, że 63,50% respondentów Politechniki Białostockiej była w wieku do 20. roku życia natomiast na Uniwersytecie Medycznym 59% respondentów było pomiędzy 21. a 25. rokiem życia. Analiza statystyczna potwierdziła istotną zależność ($p < 0,0001$) pomiędzy wiekiem respondentów a uczelnią.

Na Uniwersytecie Medycznym 72% respondentów deklarowało posiadanie partnera/partnerki, natomiast na Politechnice Białostockiej ponad połowa respondentów deklarowała brak partnera/partnerki. Analiza statystyczna potwierdziła silną istotność statystyczną ($p < 0,0001$) pomiędzy posiadaniem partnera a typem uczelni.

W badaniach własnych wykazano, że zjawisko zażywania substancji psychoaktywnych wśród studentów istnieje w obu uczelniach. Natomiast mniejszy problem, zdaniem studentów, występował na Politechnice Białostockiej niż na Uniwersytecie Medycznym. Analogiczny rozkład odpowiedzi rozkładał się w następujący sposób: Politechnika Białostocka- 13,5%, Uniwersytet Medyczny-33,5%) (Tabela I).

Tabela I. Subiektywna ocena studentów dotycząca zażywania środków psychoaktywnych

Uczelnia Wyższa	Twoim zdaniem, czy istnieje zjawisko zażywania substancji psychoaktywnych wśród studentów?				
	Nie potrafię określić	Istnieje, ale nie stanowi problemu	Stanowi problem	Nie istnieje	Razem
Uniwersytet Medyczny	34	76	67	23	200
% wiersza	17%	38%	33,5%	11,5%	
Politechnika Białostocka	43	122	27	8	200
% wiersza	21,5%	61%	13,5%	4%	
Ogół	77	198	94	31	400

Na obu uczelniach studenci stwierdzili, że słyszeli o ludziach, którzy zażywali substancje psychoaktywne, ale nie znali osobiście. Rozkład odpowiedzi na pytanie zawarty był w przedziale 24% studenci Politechniki Białostockiej i 25,5% Studenci Uniwersytetu Medycznego. Natomiast większy odsetek studentów Politechniki Białostockiej 55,5% osobiście znało osobę zażywającą substancje psychoaktywne (Tabela. II).

Tabela II. Subiektywna opinia studentów na temat osób, które zażywały środki psychoaktywne

Uczelnia Wyższa	Czy zetknąłeś/aś się w swoim środowisku studenckim z osobami, które zażywają środki psychoaktywne?			
	Słyszałem tylko o takich osobach	Nie znam takich osób	Znam osobiście taką osobę	Razem
Uniwersytet Medyczny	51	57	92	200
% wiersza	25,5%	28,5%	46%	
Politechnika Białostocka	48	41	111	200
% wiersza	24%	20,5%	55,5%	
Ogół	99	98	203	400

W badanej populacji po 50% studentów obu uczelni wyższych nigdy nie sięgała po środki psychoaktywne. Natomiast pozostała część populacji eksperymentowała w powyższym zakresie. Największa liczba osób na każdej z uczelni najczęściej próbowała marihuanę oraz haszysz. Studenci z Uniwersytetu Medycznego częściej próbowali LSD, Amfetaminy oraz Ecstasy niż studenci z Politechniki Białostockiej (Tabela III). W badanej populacji analiza statystyczna potwierdziła wysoką istotną zależność ($p=0,0002$) pomiędzy zażywanymi środkami psychoaktywnymi a typem uczelni.

Tabela III. Najczęściej używane środki psychoaktywne przez studentów uczelni wyższych

Uczelnia wyższa	Jakiego środka psychoaktywnego używasz najczęściej?								
	Nie używam żadnych środków psychoaktywnych	Ecstasy	Marihuana, haszysz	uspokajające oraz przeciwbólowe wydawane na receptę, używane bez wskazań	LSD	Kokaina	Amfetamina	Heroina	Razem
Uniwersytet Medyczny	115	13	45	9	12	2	4	0	200
% wiersza	57,5%	6,5%	22,5%	4,5%	6%	1%	2%	0%	
Politechnika Białostocka	134	0	56	6	2	1	0	1	200
% wiersza	67%	0%	28%	3%	1%	0,5%	0%	0,5%	
Ogół	249	13	101	15	14	3	4	1	400

Stwierdzono istotną zależność ($p=0,0372$) odpowiedzi na pytanie „Ile razy zdarzyło ci się używać środków psychoaktywne w przeciągu ostatnich 6 miesięcy? - (Marihuana, haszysz)” w poszczególnych uczelniach. Różnica ta dotyczyła głównie odpowiedzi „1-3 razy” występującej blisko 2 razy częściej wśród studentów Politechniki Białostockiej w stosunku do studentów Uniwersytetu Medycznego (Tabela IV).

Tabela IV. Częstość używania Marihuany oraz haszyszu w przeciągu 6 miesięcy przez studentów uczelni wyższych

Uczelnia Wyższa	(Marihuana, haszysz) Ile razy zdarzyło ci się używać środków psychoaktywne w przeciągu ostatnich 6 miesięcy?						
	Nigdy	1-3 razy	4-6 razy	7-10 razy	11-15 razy	Powyżej 16 razy	Wiersz
Uniwersytet Medyczny	145	23	9	12	7	4	200
% wiersza	74,74%	10,53%	4,74%	5,26%	3,16%	1,58%	
Politechnika Białostocka	133	41	8	8	2	8	200
% wiersza	66,5%	20,5%	4%	4%	1%	4%	
Ogół	275	61	17	18	8	11	400

Nie stwierdzono istotnej zależności ($p=0,0714$) pomiędzy używaniem amfetaminy a uczelnią. Większość ankietowanych deklarowała, że nigdy nie używała amfetaminy (Tabela V).

Tabela V. Częstość zażywania Amfetaminy w przeciągu 6 miesięcy przez studentów uczelni wyższych

Uczelnia wyższa	(Amfetamina) Ile razy zdarzyło ci się zażywać środki psychoaktywne w przeciągu ostatnich 6 miesięcy?					Razem
	Nigdy	1-3 razy	4-6 razy	7-10 razy	Powyżej 16 razy	
Uniwersytet Medyczny	189	9	1	0	1	200
% wiersza	94,47%	4,52%	0,5%	0%	0,5%	
Politechnika Białostocka	196	2	0	2	0	200
% wiersza	98%	1%	0%	1%	0%	
Ogół	384	11	1	2	1	399

W badanej populacji stwierdzono istotną zależność ($p=0,0190$) rozkładu odpowiedzi na pytanie „Ile razy zdarzyło ci się zażywać środki psychoaktywne w przeciągu ostatnich 6 miesięcy? - (Ecstasy)” w poszczególnych uczelniach. Studenci Uniwersytetu Medycznego częściej deklarowali zażywanie Ecstasy „1-3 razy” i 4-6 razy” w przeciągu ostatnich 6 miesięcy niż studenci Politechniki Białostockiej (Tabela VI).

Tabela VI. Częstość zażywania Ecstasy w przeciągu 6 miesięcy przez studentów uczelni wyższych

Uczelnia wyższa	(Ecstasy) Ile razy zdarzyło ci się zażywać środki psychoaktywne w przeciągu ostatnich 6 miesięcy?					Razem
	Nigdy	1-3 razy	4-6 razy	7-10 razy	Powyżej 16 razy	
Uniwersytet Medyczny	175	14	8	2	1	200
% wiersza	87,5%	7%	4%	1%	0,5%	
Politechnika Białostocka	192	4	1	2	1	200
% wiersza	96%	2%	0,5%	1%	0,5%	
Ogół	367	18	9	4	2	400

Stwierdzono istotną zależność ($p=0,0315$) rozkładu odpowiedzi na pytanie „Ile razy zdarzyło ci się zażywać środki psychoaktywne w przeciągu ostatnich 6 miesięcy? - (LSD)” w poszczególnych uczelniach. Wśród studentów Uniwersytetu Medycznego odnotowano wyższą częstość deklaracji zażywania LSD „1-3 razy” w przeciągu ostatnich 6 miesięcy (Tabela VII).

Tabela VII. Częstość zażywania LSD w przeciągu 6 miesięcy przez studentów wyższych uczelni

Uczelnia wyższa	(LSD) Ile razy zdarzyło ci się zażywać środki psychoaktywne w przeciągu ostatnich 6 miesięcy?						Razem
	Nigdy	1-3 razy	4-6 razy	11-15 razy	7-10 razy	Powyżej 16 razy	
Uniwersytet Medyczny	175	18	5	1	1	0	200
% wiersza	87,5%	9%	2,5%	0,5%	0,5%	0%	
Politechnika Białostocka	192	4	3	0	0	1	200
% wiersza	96%	2%	1,5%	0%	0%	0,5%	
Ogół	367	22	7	1	1	1	400

W badanej populacji nie stwierdzono istotnej zależności ($p=0,6058$) pomiędzy zażywaniem Heroiny. Respondenci obu uczelni deklarowali, że nigdy nie zdarzyło im się zażywać heroiny w przeciągu ostatnich 6 miesięcy (98,5% studentów z Uniwersytetu Medycznego i 98% studentów z Politechniki Białostockiej) (Tabela VIII)

Tabela VIII. Częstość zażywania Heroiny w przeciągu 6 miesięcy przez studentów uczelni wyższych

M.1. Uczelnia	(Heroina) Ile razy zdarzyło ci się zażywać środki psychoaktywne w przeciągu ostatnich 6 miesięcy?			Razem
	Nigdy	1-3 razy	Powyżej 16 razy	
Uniwersytet Medyczny	197	3	0	200
% wiersza	98,5%	1,5%	0%	
Politechnika Białostocka	196	3	1	200
% wiersza	98%	1,5%	0,5%	
Ogół	393	6	1	400

W badanej populacji stwierdzono istotną zależność ($p=0,0380$) rozkładu odpowiedzi na pytanie „Ile razy zdarzyło ci się zażywać środki psychoaktywne w przeciągu ostatnich 6 miesięcy? - (Kokaina)” w poszczególnych uczelniach. Studenci Uniwersytetu Medycznego częściej deklarowali zażywanie kokainy „1-3 razy” w przeciągu ostatnich 6 miesięcy niż studenci Politechniki Białostockiej (Tabela IX).

Tabela IX. Częstość zażywania Kokainy w przeciągu 6 miesięcy przez studentów uczelni wyższych

Uczelnia Wyższa	(Kokaina) Ile razy zdarzyło ci się zażywać środki psychoaktywne w przeciągu ostatnich 6 miesięcy?			
	Nigdy	1-3 razy	7-10 razy	Razem
Uniwersytet Medyczny	193	7	0	200
%wiersza	96,5%	3,5%	0%	
Politechnika Białostocka	197	1	2	200
%wiersza	98,5%	0,5%	1%	
Ogół	390	8	2	400

Nie stwierdzono istotnej zależności ($p=0,1286$) odpowiedzi na pytanie „Ile razy zdarzyło ci się zażywać środki psychoaktywne w przeciągu ostatnich 6 miesięcy? - (Leki nasenne)” w poszczególnych uczelniach. Większość respondentów obu uczelni deklarowała, że nigdy nie zdarzyło im się zażywać leków nasennych w przeciągu ostatnich 6 miesięcy (91% studentów z Uniwersytetu Medycznego i 92,5% studentów z Politechniki Białostockiej) (Tabela X).

Tabela X. Częstość zażywania środków nasennych w przeciągu 6 miesięcy przez studentów uczelni wyższych

Uczelnia Wyższa	(Leki nasenne) Ile razy zdarzyło ci się zażywać środki psychoaktywne w przeciągu ostatnich 6 miesięcy?						Razem
	Nigdy	1-3 razy	4-6 razy	7-10 razy	11-15 razy	Powyżej 16 razy	
Uniwersytet Medyczny	182	16	1	0	1	0	200
%wiersza	91%	8%	0,5%	0%	0,5%	0%	
Politechnika Białostocka	185	7	3	2	1	2	200
%wiersza	92,5%	3,5%	1,5%	1%	0,5%	1%	
Ogół	367	23	4	2	2	2	400

Dyskusja

Zjawisko zażywania narkotyków typu: marihuana, ecstasy lub LSD jest rozpowszechnione wśród młodzieży na całym świecie. Na podstawie literatury można stwierdzić, iż studenci na spotkaniach towarzyskich sięgają po alkohol i narkotyki, aby oddalić się od problemu lub dla zabawy. Zdaniem wielu studentów narkotyki typu: amfetamina, kokaina, czy też heroina zarezerwowane są dla osób uzależnionych, natomiast marihuana, ecstasy lub LSD osobom, które chcą się zabawić. Badania statystyczne wykazały,

jak duży problem stanowi narkomania oraz alkoholizm wśród młodzieży, do której zaliczamy ponad 2 mln studentów naszego kraju [2].

Badania przeprowadzone przez Lataskiego [5] na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie pozwoliły określić częstość zażywania narkotyków oraz leków psychotropowych wydawanych bez recepty wśród studentów medycyny. Powyższe badania wykazały, iż 34% studentów kierunku medycznego z Lublina przyznaje, iż przynajmniej jeden raz sięgnęła po środki psychotropowe.

Badania własne przeprowadzone na uczelniach wyższych w Białymstoku wykazały, że 42,5% studentów Uniwersytetu Medycznego oraz 33 % studentów z Politechniki Białostockiej przynajmniej jeden raz sięgnęło po narkotyk.

Badania przeprowadzone wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie wykazały, iż najczęściej stosowanym narkotykiem były konopie oraz amfetamina.

W badaniach własnych wykazano, iż 30% studentów Uniwersytetu Medycznego oraz 33% studentów Politechniki Białostockiej także zażywało konopie oraz amfetaminę.

Z badań własnych przeprowadzonych na Uniwersytecie Medycznym oraz Politechnice Białostockiej wynika, iż ponad 50% studentów deklaruowało zażywanie marihuany przynajmniej raz w przeciągu 6 miesięcy. Natomiast Ostaszewski [6] w badaniach własnych wykazał, iż studenci przynajmniej raz w roku mieli osobiste doświadczenie z substancjami psychoaktywnymi. Przedział wiekowy ankietowanych mieścił się pomiędzy 20. a 25. rokiem życia. Był to jeden z najbardziej popularnych narkotyków spożywanych na badanych uczelniach.

Potocka-Banaś uważała marihuanę za najbardziej popularny narkotyk wśród młodzieży [7].

Na podstawie badań własnych wykazano, że najczęściej zażywanym narkotykiem była marihuana przez 28% studentów Politechniki Białostockiej oraz 22,5% studentów z Uniwersytetu Medycznego. Na powyższych uczelniach nie zanotowano łączenia narkotyków w celu osiągnięcia silniejszych doznań.

Badania przeprowadzone przez Potocką - Banaś [7] wykazały, iż 17% badanej populacji używała jednocześnie więcej niż jednego narkotyku. Najczęstszym połączeniem stanowiło THC z amfetaminą lub jej pochodnymi.

W badaniach Potockiej – Banaś [7] wykazano, że liczba osób stosujących wyłącznie substancje amfetaminowe była względnie stała i blisko dwa razy mniejsza od liczby zażywających substancje zawierające THC. Istotne znaczenie miało sięganie po różne rodzaje

substancje psychoaktywne. Jeżeli osoby zażywały więcej niż jeden środek psychoaktywny, wiązało się to z 2,5 – krotnym wzrostem ryzyka problemowego używania narkotyków, w porównaniu z sytuacją, gdy zażywano tylko jednej substancji.

Podobne wyniki uzyskał Pach [8], przeprowadzając badania na uczelniach krakowskich. W powyższych badaniach 38% ankietowanych studentów zażywało marihuanę przynajmniej raz w życiu. W badanej populacji studentów krakowskich 7,9% zażywało amfetaminę, a 6,9% zażywało leki nasenne i uspokajające bez zlecenia lekarza.

W badaniach własnych wykazano, że 7,5% studentów obu badanych uczelni zażywało amfetaminę, natomiast do zażywania leków nasennych lub uspokajających przyznało się aż 16,5% respondentów. Widocznie jest niemal 100% podobieństwo częstości zażywania amfetaminy pomiędzy studentami z białostockich uczelni a studentami z Krakowa. Około 10% więcej studentów z białostockich uczelni zażywało leki nasenne lub uspokajające niż studenci z Krakowa.

Chodorowski [9] w badaniach własnych wykazał, iż 11% studentów z uczelni gdańskich zażywało amfetaminę. Studenci z powyżej badanych uczelni posiadali świadomość konsekwencji zażywania środków psychoaktywnych na terenie uczelni. Za skreśleniem z listy studenta zażywającego środki psychoaktywne lub alkohol na terenie uczelni było 73,2% studentów krakowskich oraz 63,5% studentów białostockich.

Badania własne przeprowadzone na poszczególnych uczelniach wyższych wykazały, iż większy odsetek osób zażywających środki psychoaktywne był na Uniwersytecie Medycznym (48,5%) niż na Politechnice Białostockiej (41,5%).

W badaniach własnych oraz Pacha [8] badano obecność narkotyków w życiu studenta. W populacji studentów krakowskich 83,6% miało kontakt z osobami zażywającymi narkotyki. W badaniach własnych około 50% studentów białostockich uczelni także posiadało kontakt z osobami, które stosowały środki narkotyczne.

W badaniach własnych wykazano, iż 70,5% studentów z Uniwersytetu Medycznego oraz 61% studentów z Politechniki Białostockiej uważało marihuanę za narkotyk. Natomiast Pach [8] w badaniach własnych wykazał, iż co 5 student z Krakowa nie ma pewności, czy marihuana jest narkotykiem.

Badania własne oraz badania przeprowadzone na innych uczelniach wyższych w Polsce wykazały, iż wiedza zdobyta przez studentów na Uniwersytetach Medycznych nie przekładała się na zachowania prozdrowotne studentów. Rozpatrując aspekty analityczne w diagnostyce środków psychoaktywnych należy uwzględnić dynamikę rozwoju rynku

narkotykowego. Nowe substancje w minimalnych dawkach wywołują doznania, natomiast są trudno wykrywalne w badaniach laboratoryjnych. Dodatkowym zagrożeniem jest stosowanie narkotyków pochodzenia roślinnego. W Stanach Zjednoczonych zaobserwowano zjawisko zażywania narkotyków pochodzenia roślinnego między innymi z roślin, takich jak Bieleń Dziedzierzawa. Wielu naukowców badających stopień uzależnienia od narkotyków stwierdza, iż powyższe zjawisko w krótkim czasie dotrze do Polski. Stanowić będzie wyzwanie ludziom tworzącym oraz prowadzącym programy profilaktyczne oraz edukacyjne, ze względu na rozpowszechniony stan Bielunia w Polsce. Wskazane jest, aby były wdrażane programy profilaktyczne od najmłodszych klas szkoły podstawowej aż po uczelnie wyższe. W działalności edukacyjnej powinni być także włączeni rodzice, aby w odpowiednim okresie życia dziecka mogli interweniować [7].

Rozwój programów profilaktycznych wymaga stałej oceny ich skuteczności. Ewaluacja programów profilaktycznych jest dziedziną słabo rozwiniętą w Polsce, co wymusza niejako potrzebę prowadzenia efektywności realizowanych programów [10]. Liczne przytoczone wyniki wykazały, iż zachowania prozdrowotne młodzieży uniwersyteckiej w dużym stopniu były nieprawidłowe. Na podstawie analizowanych badań wykazano, iż większość ankietowanych była świadoma konieczności zmian zachowań zdrowotnych w życiu codziennym.

Na podstawie literatury można stwierdzić, że także studenci Uniwersytetów Medycznych powinni być włączani w szeroki zakres działań edukacyjnych [11].

Wnioski

W badanej populacji 1/3 studentów obu uczelni sięgała po substancje psychoaktywne. Najczęściej zażywaną substancją psychoaktywną przez studentów obu uczelni wyższych była marihuana oraz haszysz. Studenci z Uniwersytetu Medycznego częściej próbowali LSD, Amfetaminy oraz Ecstasy niż studenci z Politechniki Białostockiej

Piśmiennictwo

1. Korpetta E., Szmerdt-Sisicka E.: Narkotyki w Polsce. Mity i rzeczywistość. Wydawnictwo Prószyński i Sówka, Warszawa 2000.
2. Drażek A., Drażek E.: Patologie naszych czasów. Wyd. Prymat, Białystok 2007, 50-240.
3. Korpetta E., Szmerdt-Sisicka E.: Co to znaczy uzależnienie? Wyd. Spectrum, Warszawa 2000, 1-17

4. Robson P.: Narkotyki. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 1998.
5. Lataski M., Żołnierczuk – Kieliszek D., Pacian A., Skórzyńska H., Kucmin T., Dyduch A.: Używanie narkotyków przez studentów Akademii Medycznej w Lublinie. Zdr. Publ., 2006, 116, 413-417.
6. Ostaszewski K.: Problemy nastolatków związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Alkoholizm i Narkomania, 2008, 21, 4, 363-389.
7. Potocka – Banaś B., Janus T., Borowiak K.: Młodzież a środki narkotyczne w świetle wyników własnych badań przeprowadzonych w Szczecinie w latach 1998-2003. Diagnostyka Laboratoryjna, 2006, 42, 189-197.
8. Pach J., Tobiasz – Adamczyk B., Jabłoński P., Brzyski P., Krawczyk E., Satora L., Targosz D., Morawska J.: Uczelnie wolne od narkotyków – trendy używania substancji psychoaktywnych przez studentów krakowskich uczelni. Przegl. Lek., 2005, 62, 342-351.
9. Chodorowski Z., Anand – Sein J., Salomon M., Waldman M., Wnuk K., Ciechanowicz R., Świątek – Brzeziński K.: Ocena używania środków uzależniających przez studentów Wyższych Uczelni Gdańska. Przegl. Lek., 2001, 58, 267-271.
10. Wrona J.: Narkotyki, Narkomania krótka analiza problemu. Wyd. Colonel, Częstochowa 2002.
11. Strzyżewska M., Wrońska I.: Zazywanie substancji uzależniających antyzdrowotnym elementem stylu życia młodzieży akademickiej. Medycyna Dydaktyka Wychowanie, 2008, 10, 20-25.

Kowalczuk Krystyna, Krajewska-Kula Elżbieta, Klimaszewska Krystyna, Kondzior Dorota, Kowalewska Beata, Jankowiak Barbara, Rolka Hanna

Wybrane zjawiska patologiczne w miejscu pracy

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

Wprowadzenie

Rosnąca globalizacja wymusza zmiany na rynku pracy. Wiąże się to ze wzrostem świadomości pracownika na temat oczekiwań w miejscu pracy, a także skłania pracodawcę do tworzenia bezpiecznych warunków pracy w oparciu o zasoby organizacji i akty prawne [1,2, 3].

Najważniejszym aktem prawnym odnoszącym się do profilaktyki zagrożeń psychospołecznych w miejscu pracy jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polski z roku 1997 (Dz.Uz. 1997r, nr 78, poz449). Zawarte w niej zapisy mówią, że „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia” oraz że „Każdy ma prawo do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy. Sposób realizacji powyższego prawa oraz obowiązki pracodawcy określa ustawa”(pkt. 1, art. 66) [1,2].

Z Kodeksu pracy art. 94 wynika, że pracodawca powinien [1,2]:

- zapoznać pracowników podejmujących prace z zakresem ich obowiązków, sposobem wykonywania pracy na określonych stanowiskach oraz podstawowymi uprawnieniami,
- organizować prace tak, aby w pełni wykorzystać uzdolnienia, kwalifikacje, wydajność i jakość pracy,
- przeciwdziałać dyskryminacji w zatrudnieniu ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, wyznanie, orientację seksualną, zatrudnianie na czas określony lub nieokreślony,
- prowadzić systematyczne szkolenia pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
- wpływać na tworzenie zasad współżycia społecznego.

Tworzenie bezpiecznego i przyjaznego miejsca pracy polega między innymi na właściwym zarządzaniu, przestrzeganiu prawa pracy, a także ograniczeniu lub zminimalizowaniu patologii w środowisku pracy [4,5,6]

Wykonywanie czynności zawodowych powinno dawać człowiekowi satysfakcję i zapewnić samorealizację [7]. Z danych literaturowych wynika, że czasami świadczenie pracy staje się uciążliwym obowiązkiem. Wynika to między innymi z cech osobowościowych, predyspozycji człowieka do zachowań w grupie, a także siły organizacji [6,7]. Bardzo silna organizacja ogranicza człowieka, słaba natomiast rozluźnia więzi [6,7]. W przypadku silnej organizacji może występować niechęć do akceptacji innych poglądów niż te, które już istnieją. Kolejnym problemem mogą być utrwalone wzorce, np. awans pracy uzależniony od stażu pracy i znajomości, nie od wiedzy i umiejętności. Konformizm jest kolejną cechą, która występuje w silnych organizacjach i powoduje podporządkowanie sobie pracownika przez grupy formalne i nieformalne. W silnej organizacji pracownicy nie mogą, nie potrafią racjonalnie wytłumaczyć własnego zachowania, jest to tzw. kolektywna postawa uniku. Odczuwają też niechęć do wszelkich zmian i ignorują sygnały o niebezpieczeństwie [8].

W słabej kulturowo organizacji pracownicy na ogół nie utożsamiają się z organizacją i wykorzystują jej brak możliwości do kontrolowania zachowań. Dość często pracownicy w ramach odwetu za złe traktowanie w firmie mogą próbować wymierzać jej karę, np. kradzieże materiałów biurowych. Kiedy w organizacji rozwinięty jest system kar pracownicy w dużym stopniu mogą naruszać kodeks etyczny. I w tej sytuacji może nastąpić np. kradzież cudzych pomysłów w celu uzyskania pochwały od przełożonego. W słabej kulturowo organizacji jest nastawienie pracownika na zysk niż na dobro klienta [7- 10].

Rozwinięcie

W literaturze przedmiotu patologia określana jest jako *”zjawisko społecznego zachowania się jednostek i określonych grup społecznych sprzecznych z wartościami danej kultury”* [7]. Z danych literaturowych wynika, że patologie mogą dotyczyć człowieka indywidualnie, np. uzależnienia, samobójstwa, prostytutcja, dewiacje, pracoholizm. A także mogą wynikać z funkcjonowania rodziny, np. przemoc w rodzinie, pozbawienie praw rodzicielskich, sieroctwo społeczne i emigracyjne. Kolejną grupą patologii dotyczy miejsca pracy, np. mobbing, bezrobocie, ubóstwo [7].

Pracoholizm w środowisku pracy powstaje podobnie, tak jak inne uzależnienia, powoli czasami latami. Nie należy mylić z osobami ciężko pracującymi, ponieważ takie osoby są w stanie postawić granice tam, gdzie jest ona niezbędna [8,9,10]. Z danych literaturowych wynika, że przyczyny pracoholizmu można podzielić na dwie grupy: osobowościowe i społeczne. Do pierwszych przyczyn można zaliczyć wydarzenia z dzieciństwa: śmierć rodziców, rywalizacja pomiędzy rodzeństwem, zaburzenia poznawcze, rozwód, a także

stresująca praca. Uzależnienie od pracy w dużej części zależy od relacji pomiędzy dziećmi a rodzicami w okresie dzieciństwa. Ludzie uzależnieni od pracy twierdzą, iż w dużym stopniu ich wychowanie wpłynęło na rozwój uzależnienia. Zdaniem pracoholików na uznanie, miłość i szacunek rodziców można zasłużyć jedynie ciężką pracą [7,11,12]. Wielu ludzi dorosłych uzależnionych od pracy jest niepewnych i zagubionych we współczesnym świecie. Z przyczyn społecznych najczęstszym powodem pracoholizmu jest praca powyżej 8 godzin dziennie, brak chęci i pomysłu na zorganizowanie czasu wolnego lub też kompensowanie braku rodziny lub partnera. Na podstawie literatury i Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 można określić uzależnienie od pracy [11]:

- ilościowy i jakościowy wzrost zaangażowania w wykonywanie pracy, poświęcanie coraz większej ilości czasu pracy, a także podejmowanie większej ilości nowych zadań do wykonania,
- skoncentrowanie myśli, celów z wykonywaną pracą, utrata zainteresowań innymi sprawami nie związanymi z pracą, traktowanie pozostałych zajęć w kategorii pracy,
- urata kontroli nad swoim zachowaniem dotyczącym oceny czasu pracy i zadań do wykonania,
- niezdolność do zaprzestania pracy i życia bez pracy. Przy wymuszonym zaprzestaniu wykonywanej pracy pojawia się lęk i napięcie,
- obniżenie satysfakcji z wykonywanej pracy,
- pojawiające się problemy zdrowotne i dysfunkcyjne w codziennym funkcjonowaniu,

Cechami charakterystycznymi pracoholika jest wewnętrzny przymus wykonywania pracy bez konieczności i przyjemności. Na podstawie literatury można stwierdzić, że pracoholik zakłada, że bez pracy nie może funkcjonować. Oczekuje też uznania zachwyty ze strony innych ludzi w miejscu wykonywania pracy. Często też odsuwa rodzinę na dalszy plan. Nie potrzebuje więzi bliskości. Ludzie uzależnieni od pracy starają się przebywać w podobnym środowisku, które akceptuje nierealne plany robocze do wykonania [11]. Pracoholicy odczuwają strach przed zwolnieniem z pracy, co może być tylko tworem wyobraźni. Starają się też pokazać przełożonemu, że są najlepsi w tym co robią. Człowiek uzależniony od pracy nie potrafi zorganizować wolnego czasu. Żyje w ciągłym napięciu i pośpiechu. Brak intuicji i wyczucia w zachowaniu równowagi między pracą a wypoczynkiem doprowadza do dużego napięcia. Ludzie uzależnieni od pracy mogą popełniać wiele błędów, nerwowo reagują na pojawiające się przeszkody. Często rywalizują, poszukują współzawodnictwa [11,12, 13].

Na podstawie literatury Fasel wyróżnia cztery typy pracoholików [7]:

- kompulsywny - ciągle zaangażowany jest w wykonywanie pracy jest to standardowy typ pracoholika,
- okresowy - pracuje od czasu do czasu ciągami w sposób obsesyjny,
- ukryty - skrzętnie ukrywa swoje zapracowanie,
- anorektyczny- ma przymus unikania pracy (w literaturze przedmiotu pokazane jest jako sprzeczność i tu występuje przymusowy charakter pracy).

Zdaniem Golińskiej pracoholików można podzielić w następujący sposób [13]:

- pracoholik do „szpiku kości” oznacza to, że ma ustalone godziny i zasady pracy, traktuje prace poważnie, zawsze jest przygotowany do wykonania zadania i odczuwa niezadowolenie, a nawet wstręt przy niekompetencji,
- nawrócony pracoholik pracuje tyle, ile wymaga organizacja, unika dodatkowej pracy,
- pracoholicy sytuacyjni zazwyczaj są to pracownicy, którzy pracują, aby mieć poczucie bezpieczeństwa, ich zainteresowanie i zaangażowanie pracą nie wpływa z cech osobowych
- pseudopracoholicy są to ludzie, którym zależy na osiągnięciu celu nie związanego z wykonywaniem pracy. Tacy ludzie próbują robić wrażenie pracoholika, aby osiągnąć zamierzony cel, np. awans,
- pracoholicy uciekinierzy spędzają w pracy wiele czasu, aby unikać sytuacji trudnych np. nierozwiązane sprawy domowe, rodzinne.

Kolejną patologią w pracy jest uzależnienie od alkoholu. Woronowicz definiuje jako *”....stan psychiczny i fizyczny wynikający ze współdziałania żywego organizmu i alkoholu. Stan ten charakteryzuje się zmianami w zachowaniu i innymi następstwami, w tym przymusem ciągłego lub okresowego używania alkoholu po to, aby uniknąć objawów wynikających z jego braku”* [14].

Prekursorem badań nad alkoholem był Jelinek, który wyodrębnił pięć typów alkoholizmu oznaczonych greckimi literami: Alfa, Beta, Gamma, Delta, Epsilon [7,15]:

- alkoholizm alfa charakteryzuje uzależnienie o podłożu psychologicznym, spożywanie alkoholu jest umiarkowane i w niewielkich ilościach. Zmniejsza przykre odczucia fizyczne i psychiczne. Często może być przyczyną konfliktów interpersonalnych w domu i w pracy. Powyższy typ alkoholizmu nie ma tendencji postępującej,
- alkoholizm beta - charakteryzuje się tym, że nie występują objawy uzależnienia psychicznego i fizycznego. Natomiast występują powikłania zdrowotne wynikające z

nadmiernego spożywania alkoholu, np. marskość wątroby. Powyższy typ alkoholizmu dotyczy ludzi, którzy spożywają niewielkie ilości pokarmu przy nadmiernym picie alkoholu,

- alkoholizm gamma – jest to typowa choroba alkoholowa. Najczęściej występuje utrata kontroli na rozpoczętym spożywaniem alkoholu, wzmożona tolerancja na alkohol oraz zaburzenia fizjologiczne, które mogą prowadzić do powstania zespołu abstynencyjnego. W tym typie alkoholizmu występuje uzależnienie fizyczne i psychiczne,
- alkoholizm delta objawia się uzależnieniem psychicznym i fizycznym bez symptomów utraty kontroli nad ilością wypijanego alkoholu. Spożywanie alkoholu można odstawić w każdej chwili. Ale też może występować każdorazowo zespół odstawieniowy,
- alkoholizm epsilon - ten typ alkoholizmu nie został do końca wyjaśniony. Często określany jest jako „opilstwo okresowe”. Ten typ alkoholizmu podporządkowany jest poszukiwaniem okazji do spożywania alkoholu.

Na podstawie literatury można wyodrębnić wiele sygnałów ostrzegawczych świadczących o nadużywaniu alkoholu [7,15]:

- alkohol przynosi odprężenie, zmniejsza napięcie, ułatwia zaśnięcie, pobudza do działania,
- poszukiwanie i inicjowanie okazji do spożywania alkoholu,
- zwiększenie spożywania większych ilości alkoholu i radość z powodu tzw. „mocnej głowy”. W tym czasie występują już luki pamięciowe dotyczące wydarzeń podczas spożywania alkoholu,
- picie alkoholu w samotności i w ukryciu,
- człowiek zmagający się z początkiem uzależnienia unika dyskusji na temat spożywania alkoholu. Często też reaguje złością i gniewem na prośby ograniczenia picia,
- w sytuacji, kiedy zauważy różnice między spożywaniem własnym alkoholu a picciem innych osób. Podejmuje samodzielnie próby ograniczenia picia tylko po to, aby udowodnić sobie, że posiada kontrolę nad spożywaniem alkoholu.

Myślenie alkoholika opiera się na zasadzie iluzji i zaprzeczeń [7]. Człowiek uzależniony początkowo zaprzecza i używa pseudouzasadnień, np. to nie ja wczoraj piłem. Kolejny etap to zmniejszanie ilości wypitego alkoholu poprzez żartobliwe wypowiedzi np.

mam mały problem z piciem, ale to jest problem przejściowy, poradzę sobie. Człowiek uzależniony próbuje znaleźć osobę, którą może obwiniać za spożywanie alkoholu, np. szef mnie nie rozumie i dlatego muszę się napić. Kolejnym etapem myślenia alkoholika jest racjonalizowanie, czyli najpierw jest wyjaśnienie przyczyny sięgania po alkohol. W codziennym życiu problem wygląda zupełnie odwrotnie, człowiek uzależniony najpierw sięga po alkohol potem szuka usprawiedliwienia [7,8]. Następnie pojawia się odwracanie uwagi od problemu i częściowe minimalizowanie, np. może jednak za dużo wypijam alkoholu i tu następuje zmiana myślenia, np. teraz należy zakończyć podjęte zobowiązanie i doprowadzić siebie do porządku. W dalszej fazie iluzji następuje koloryzowanie i przypominanie zdarzeń związanych ze spożywaniem alkoholu tak, aby móc dalej pić. Uzależniony omija wszystkie przykre sytuacje związane z nadmiernym spożywaniem alkoholu, np. ból głowy, nudności, konflikty. W ostatniej fazie zaprzeczeń i iluzji pojawiają się marzenia dotyczące zaprzestania picia alkoholu. Człowiek uzależniony tylko marzy i na tym kończy się przeżywanie przyjemnych doznań. W powyższej sytuacji potrzebna jest fachowa pomoc, ponieważ samodzielne poradzenie z problemem raczej jest niemożliwe [7,16,17].

Kolejnym patologicznym zachowaniem w miejscu pracy jest mobbing. Wiele jest definicji mobbingu, najbardziej adekwatna w kontekście rozważań patologii pracy jest cyt. za Hirgoyen *„mobbing to niewłaściwe postępowanie (gest słowo, postawa, zachowanie), które przez swoją powtarzalność czy systematyczność narusza godność lub integralność psychiczną lub fizyczną osoby, narażając ją na utratę zatrudnienia lub pogarszająca się atmosferę w pracy”* [18].

Mobbing jest zjawiskiem dynamicznym i fazowym. Początkiem mobbingu jest zazwyczaj eskalacja konfliktu. Następnie rozwija typowe postępowanie mobbingowe, prowadzące do skrzywdzenia osoby mobbowanej. Zazwyczaj są to pomówienia, plotki, zniesławienie prowadzące do zaburzeń w relacjach interpersonalnych. W kolejnej fazie dochodzi do izolowania ofiary, a tym samym do powstania błędnego koła. Człowiek mobbowany jest osamotniony i w konsekwencji dochodzi do zaburzeń psychiczno-fizycznych. Ostatnią fazą przebiegu mobbingu jest odejście z pracy lub wydalenie pracy człowieka mobbowanego [17].

Na podstawie przeprowadzonych badań można wyłonić sylwetkę mobbera, „kata” oraz człowieka, który może zostać ofiarą w miejscu pracy.

Z przeprowadzonych badań dotyczących mobbingu można stwierdzić, że istnieją grupy podwyższonego ryzyka, do których między innymi należą osoby samotne w pracy tzn.

nie należące do organizacji formalnych i nieformalnych, np. wspólne spędzanie czasu po pracy. Osoby, które nie identyfikują się grupą są traktowane jak „czarne owce” [7,17].

Kolejną grupą wysokiego ryzyka są młodzi ludzie i w wieku emerytalnym. W przypadku ludzi młodych dobre wykształcenie, znajomość języków obcych, staże zagraniczne wywołują niepokój u ludzi o ustalonej pozycji zawodowej, a przede wszystkim nie posiadających odpowiednich kompetencji i wiedzy [17]. Kolejną grupą wysokiego ryzyka są ludzie w wieku emerytalnym, pomimo wiedzy i kompetencji nie pasują do młodego zespołu i wobec nich jest stosowany terror psychiczny. Z danych literaturowych wynika, że takiego człowieka jest łatwiej zwolnić z pracy w organizacjach źle zarządzanych, gdzie liczą się tylko dochody jest to sposób na ograniczenie wydatków związanych z odprawą pracownika [7,17,18].

Napędem do rozwoju mobbingu może być narodowość, pochodzenie, odmienność seksualna, inny stosunek do pracy, a także sumienność i zaangażowanie. Kompetencje uzdolnienia mogą przeszkadzać innym kolegom, położonym w pracy [18].

Większość autorów rozważań na temat mobbingu stwierdza, że częściej mobberami bywają mężczyźni, jednak w ciągu ostatnich lat wzrosła liczba kobiet mobberów [7,17].

Z danych literaturowych wynika, że mobberem może zostać osoba o wyolbrzymionym poczuciu własnej wartości, stosunkowo młoda, zajmująca wysokie stanowisko. Mobber nie znosi uwag, reaguje złością, oczekuje aprobaty wszystkich swoich decyzji. Posiada cechy egocentryzmu, nie posiada zaufania ąatmosferę [7,17].

Kolejnym patologicznym zachowaniem w pracy jest plotka, czyli niekontrolowany przepływ informacji [7].

W literaturze przedmiotu występują dwa terminy: plotka i pogłoska. Termin plotka dotyczy treści i ludzi, natomiast termin pogłoska może dotyczyć ludzi i zdarzeń [7].

Aby powstała plotka muszą zaistnieć dwa warunki, pierwszy to jakieś zdarzenie, zachowanie jest niezrozumiałe, nieczytelne dla osób postronnych. Drugi warunek to temat lub osoba jest ważna dla danej społeczności [7,11]. Im ważniejsza jest sprawa lub osoba, tym więcej osób będzie brało w interpretacji danego tematu [7].

Plotkowanie zazwyczaj jest strategią życia dla ludzi, którzy nie posiadają innych sposobów wypełniania własnej pustki lub rozładowania napięcia [7,8].

Na podstawie danych literaturowych można wyróżnić kilka typów plotek [7]:

- plotka publiczna zazwyczaj jest niezłośliwa, dotyczy ludzi działających na forum społecznym lub publicznym i celem jej jest przekazanie informacji,

- plotka rozrywkowa raczej występuje w formie anegdoty wtedy, gdy występują dwie grupy plotkujące,
- plotka zemsta o podłożu złośliwym często przekształca się w kaskadę plotek wypowiedzianych przez dwie strony konfliktu. Rozwija się dynamicznie, często uzyskuje status niewiarygodności,
- plotka celowa inaczej nazywa prowokacyjną, która ma na celu uzyskanie pożądanego efektu.

Kolejną patologią w pracy jest molestowanie seksualne, które może być odbierane jako jedna z form mobbingu [19]. Z kodeksu pracy wynika, *„że molestowanie seksualne jest to każde nie akceptowane zachowanie odnoszące się do pracownika , którego celem jest naruszenie godności lub poniżenie albo upokorzenie pracownika”* [20]. Aby molestowanie seksualne zostało uznane za bezprawne zachowanie, człowiek doświadczający powyższej patologii musi jednoznacznie wyrazić sprzeciw [19].

Z danych literaturowych wynika, że można wyróżnić dwie formy molestowania seksualnego. Pierwsza forma to tzw. „szantaż seksualny” , który występuje w sytuacji, kiedy osoba molestująca pełni funkcję przełożonego za coś” [19]. Przyjęcie przez osobę molestowaną propozycji o podłożu seksualnym często wiąże się z pozostaniem w pracy na danym stanowisku lub z innymi korzyściami materialnymi [7,19].

Kolejną formą molestowania seksualnego to stwarzanie niewłaściwych warunków pracy i tu osobą molestującą może być kolega z pracy lub przełożony [7,19]. Na podstawie danych literaturowych można wyróżnić dwa typy zachowań, które mogą być uważane za molestowanie seksualne [7,19]:

- niepożądane zainteresowanie seksualne, np. dotykanie, żarty, komentarze o podłożu seksualnym, na temat wyglądu, osobiste uwagi na temat seksu i seksualności.
- molestowanie ze względu na przynależność do płci. I tu można wyróżnić zachowania, obraźliwe komentarze dotyczące zdolności kobiet lub mężczyzn.

Na podstawie literatury można wyodrębnić etapy molestowania seksualnego z uwzględnieniem sprawcy i ofiary [17]:

- zachowanie tolerowane, bez zastrzeżeń, uśmiech, mile spojrzenie, poklepywanie po ramieniu,
- zachowanie krępujące, np. pożądlive spojrzenie,
- zachowanie budzące zdecydowany opór np. poklepywanie, obejmowanie,
- propozycje seksualne,

- zachowanie powodujące strach, np. przemoc seksualna.
- groźby seksualne, np. zamieszanie informacji w Internecie.

Podsumowanie

Trudno jest jednoznacznie stwierdzić, które patologie występują częściej w miejscu pracy niż pozostałe. Z danych literaturowych wynika, że wszystkie rozwijają się podobnie w czasie i zależą indywidualnie od człowieka, jego uwarunkowań genetycznych i środowiskowych [20, 21,22].

Zadaniem każdej organizacji jest minimalizowanie czynników odpowiadających za rozwój patologii poprzez budowanie klimatu zaufania i dobrej atmosfery. Każda organizacja powinna wypracować własne normy, standardy pracy formalne lub nieformalne, które pozwolą pracownikowi dobrze funkcjonowanie w miejscu pracy. Organizacja o wysokiej kulturze jednoczy ludzi, zachowania nieetyczne występują bardzo rzadko. Pracownicy utożsamiają się organizacją i dlatego też dbają o jakość pracy. Rozwój zachowań patologicznych można ograniczyć także poprzez budowanie więzi na każdym szczeblu organizacji opartych na szczerości. Wskazane jest eliminowanie tzw. „zjawiska oszukiwania”, które oznacza, że pracownik, który osiąga doskonałe wyniki wraz z upływem czasu stwierdza, że niewiele potrafi zrobić. Zjawisko to dotyczy ludzi na każdym szczeblu organizacji w tym pracowników wysokospecjalistycznych, którzy obawiają się ujawnienia stanu faktycznego wiedzy, ponieważ mogą stracić status w organizacji [23, 24, 25].

Piśmiennictwo

1. Krajowa polityka w zakresie zdrowia pracujących: <http://rop.sejm.gov.pl/old/opracowania>, data pobrania 22.03.2015.
2. Dyrektywa 89/931 – dyrektywa ramowa dotycząca bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy. <http://osha.europa.eu/pl>, data pobrania 22.03.2015.
3. Armstrong M.: Zarządzanie zasobami ludzkimi. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005, 1-784.
4. Chmiel N. (red.): Psychologia pracy i organizacji. GWP, Gdańsk 2003.
5. Borys B.: Sytuacje ekstremalne i ich wpływ na stan psychiczny człowieka. Psychiatria, 2004, 1, 97-105.
6. Bechowska – Gebhardt A., Stalewski T.: Mobbing. Patologia zarządzania personelem. Difin, Warszawa 2004.

7. Kozak S.: Patologie w środowisku pracy. Zapobieganie i leczenie. Wyd. Difin, Warszawa 2009.
8. Sułkowski Ł.: Kulturowa zmienność organizacji. Polskie Wyd. Ekonomiczne, Warszawa 2002, 5-140.
9. Pospieszyl I.: Patologie społeczne. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2012, 20-40.
10. Szczepanik R., Wawrzyniak J.: Różne spojrzenia na przemoc. Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2008.
11. Czerska M.: Zmiana kulturowa w organizacjach. Wyd. Difin, Warszawa 2003.
12. Killinger B.: Pracoholicy – szkoła przetrwania. Dom Wydawniczy Rebis Poznań 2000.
13. Golińska L.: Pracoholizm uzależnienie czy pasja. Wyd. Dyfin, Warszawa 2008.
14. Woronowicz B.T.: Alkoholizm jest chorobą. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1998.
15. Kinney J., Leaton G.: Zrozumieć alkohol. Państwowa Agencja Rozwiązywania problemów alkoholowych. Warszawa 1996.
16. Kmicik-Baran K., Rybicki J.: Zagrożenia współczesnego miejsca pracy. Wydawnictwo Pomorski Instytut Demokratyczny, Gdańsk 2004.
17. Bechowska- Gebhard A., Stalewski T.: Mobbing patologia zarządzania personelem. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2000.
18. Hirigoyen M.F.: Molestowanie w pracy. Wyd. w drodze, Poznań 2003.
19. Mandal E.: Molestowanie seksualne w miejscu pracy. Palestra Pismo Adwokatury Polskiej 2002, 1-2, 63.
20. Jędrak G.: Cywilnoprawna odpowiedzialność za stosowanie mobbingu. Wyd. Prawnicze Lexis Nexis Sp.z oo., Warszawa 2004.
21. World Health Organization: Health aspects of wellbeing in work places. Report of a WHO Working Group. EURO Reports and Studies 31. WHO, Praga 1979.
22. Potocka A. Psychospołeczne zagrożenia zawodowe zarys problem. [w:] Profilaktyka psychospołecznych zagrożeń w miejscu pracy – od teorii do praktyki. Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź, 2011, 21-36.
23. Potocka A, Merez-Kot D.: Co wiemy o psychospołecznych zagrożeniach w środowisku pracy? Część II – Badanie świadomości pracowników. Med. Prac., 2010, 61, 393-411.

24. Batarowski H.: Analiza potencjalnych czynników, wywołujących stres u pracowników. Okręgowy Inspektorat Pracy w Gdańsku, Gdańsk 2008,1-13.
25. Potocka A.: Co wiemy o psychospołecznych zagrożeniach w środowisku pracy? Część I – Rozważania teoretyczne. Med. Pracy, 2010, 61, 341-352.

Czajkowska-Fiesio Jolanta

**Przestrzeganie zasad etyki wobec psychicznie chorych na przestrzeni wieków.
Doświadczenia własne na przykładzie chorych z niepsychotycznymi zaburzeniami
psychicznymi lub upośledzonych umysłowo izolowanych w warunkach więziennej służby
zdrowia**

Zakład Karny w Potulicach

*„Podstawą kontaktu psychiatrycznego
jest szacunek, a nawet pewna pokora
wobec bogactwa odsłaniającego
przed oczyma struktury
świata drugiego człowieka”
Kępiński „Autoportret człowieka”*

Zainteresowanie chorobą psychiczną na przestrzeni wieków nie maleje. Aktualnie można zauważyć ten temat w malarstwie, filmie i literaturze. Postrzeganie chorego cały czas go krzywdzi, stygmatyzuje. Może to prowadzić do dehumanizacji i degradacji społecznej. Ludzie są bardziej przychylni wobec chorych somatycznie niż wobec chorych psychicznie, którzy są niezrozumiali dla społeczeństwa i często odrzucani. Osoby leczone z powodu zaburzeń psychicznych często nie mówią o tym, co im dolega, znajomym, bliskim. Wstydzą się, a może i boją, że zostaną wyśmiane, wytykane palcem, etykietowane. Często słyszą o sobie, że są „czubkami”, „debilami”, „szaleńcami”, „osobami pozbawionymi rozumu”. Takie postępowanie zdrowych ludzi jest spowodowane mitami i sędami, a to z kolei wywodzi się z niedostatecznej wiedzy, braku chęci jej poznania czy pogłębienia.

Etyka ma wiele synonimów, niektóre z nich: etyczność, moralność, przyzwoitość, normy, normy zachowania, obycie, obyczaje, ogół norm, ogół zasad, sposób postępowania, sumienie, światopogląd, wartości, wzorce postępowania. Tymi synonimami, a także innymi posługujemy się w życiu codziennym rozumiejąc, co mamy na myśli, o co nam chodzi. Model etyki, jako wyraz troski o drugiego człowieka, niezależnie od wieku, płci, wykształcenia, światopoglądu powstał na podstawie przypowieści o miłosiernym Samarytaninie, jaką możemy odnaleźć w Ewangelii św. Łukasza (10,30-37). Etyka troski o człowieka jest chronieniem człowieka, który znajduje się w sytuacji granicznej, np. w szpitalu, sanatorium [1]. Z kolei opiekuńczość pielęgniarki stanowi zapewnienie pomocy wszystkim tym, którzy

sami o siebie, o własne zdrowie, troszczyć się nie mogą, czyli dzieciom, chorym, rannym, ułomnym, słabym i cierpiącym [2].

Badania historyczne, które zostaną zawarte w niniejszej pracy umożliwią dotarcie do różnych form pomocy drugiemu człowiekowi, ukażą etyczne i mniej etyczne postępowanie wobec chorego psychicznie na przestrzeni wieków. Zawarte zostaną informacje dotyczące leczenia i pielęgnowania chorych w różnych epokach historycznych. Pielęgnowanie i leczenie różnie funkcjonowało, miało okresy wzlotów i upadków, okresy rozkwitu i zacofania. Ludzie oferowali pomoc z różnych pobudek: altruistycznych, humanistycznych czy religijnych [2]. Od najdawniejszych czasów w zapewnieniu opieki główną rolę odgrywały kobiety z najwyższych sfer społecznych. Opieką zajmowały się zakonnice, wolontariusze. W odległym okresie historycznym ludzie opiekujący się chorymi zasługiwali na pogardę i odrzucenie (służący, niewolnicy). Od czasu Florencji Nightingale rozpoczął się rozkwit pielęgniarstwa, zaczęto powoływać szkoły pielęgniarские, następnie umożliwiono pielęgniarcom studiowanie. Utworzono pierwszą szkołę dla pielęgniarek przy szpitalu św. Tomasza (1860), Międzynarodowy Komitet Pielęgniarstwa, Międzynarodową Radę Pielęgniarek (1900). W przysiędze Nightingale zostały zawarte normy etyczne dla pielęgniarek, natomiast pielęgniarstwo zostało określone słowami profesja i powołanie. Historia psychiatrii to nie tylko rozwój dyscypliny medycyny, ale i podejście do pacjenta, przemiany społeczeństwa wobec chorego psychicznie. Ma to wyraz w pojmowaniu normy, zdrowia i choroby na przestrzeni wieków. Nasierowski uważa, że spoglądano na psychiatrię jako dyscyplinę, która ma więcej podobieństw z religią i polityką niż nauką. Lekarz psychiatra był odbierany dwójako; z jednej strony był przedmiotem najwyższego uznania, z drugiej pogardy [3]. Doniesienia o chorobach psychicznie można znaleźć w bardzo odległym czasie, gdzie psychiatria była przedstawiana językiem mitów i legend. Pierwsze ślady dotyczące leczenia u ludów pierwotnych dowodzą o magicznym sposobie myślenia, poszukiwania przyczyn choroby i metod terapeutycznych w czynnikach nadprzyrodzonych [4]. Wypędzanie „złego ducha” uosabiającego chorobę miało działanie lecznicze poprzez sugestię, która była poparta silną wiarą chorego. Człowiek pierwotny żył ze swoimi bliskimi (plemienia, rodziny). Z pokolenia na pokolenie przekazywano normy, zwyczaje i tradycje. Opieka była dwukierunkowa: od zapewnienia opieki i pomocy cierpiącym do okrucieństwa, czyli pozbywania się tych, którzy stanowili obciążenie dla pozostałych. Głównym ogniwem opiekuńczym były kobiety, matki. Z upływem czasu leczeniem zaczęli zajmować się szamani i czarownicy, a kobieta wykonywała czynności pomocnicze (opiekuńcze).

W Egipcie najważniejsze były wierzenia religijne i kapłani. Wielką wartością była gościnność, uprzejmość, modlenie się do bogów, oddawanie czci zmarłym. Egipt był kolebką medycyny starożytnej, co dokumentują papyrusy. Chorych leczono w domach i w świątyniach. Grecka sztuka lekarska była nierozzerwalnie związana z filozofią i stanowiła jeden z najważniejszych kanonów kultury starożytnej. Chorobę uważano za zrzędzenie bogów, leczono ją za pomocą oczyszczania (katharsis). Osoby dotknięte chorobą psychiczną miały wypalane lub wycinane znaki na skórze. Bogom składano ofiary. Hipokrates (460-377 p.n.e) jako pierwszy stwierdził, że choroby powodują siły natury, a nie jak dotychczas bogowie. Według niego zaburzenia psychiczne powstają w wyniku zakłócenia równowagi pomiędzy czterema płynami ustrojowymi: krwią, flegmą, żółcią i czarną żółcią. I tak: nadmiar flegmy prowadzi do obłądu, nadmiar żółci doprowadza do szału/manii, a z kolei nadmiar czarnej żółci powoduje depresje. Hipokrates choroby psychiczne uważał za schorzenia mózgu. Przedstawił trafny opis kliniczny szeregu jednostek chorobowych (padaczki, melancholii, manii, hysterii) i zespołów psychopatologicznych. Zarówno on, jak i przedstawiciele tego okresu uważali, że człowiek stanowi absolutną jedność duszy i ciała. Platon duszę przedstawiał jako odrębną od ciała, a Arystoteles uważał, że dusza stanowi formę ciała. Poglądy wielu lekarzy tego okresu są nacechowane wysoce humanitarnym podejściem do chorego człowieka. Wynikają z przekonania o leczniczym działaniu pozytywnych warunków środowiska na przebieg choroby. Na pierwszy plan wysuwają się dwa wzajemnie uzupełniające się nurty: medycyna świecka i sakralna. Pierwsza z nich obecnie utożsamiana jest z akademicką, przechodziła wiele ewolucji, robiła szybkie postępy i doskonaliła umiejętności praktyczne. Z kolei medycyna sakralna bazowała na praktykach rytualnych, stanowiła uzupełnienie medycyny świeckiej w sytuacjach bezradności (ciężkie nieuleczalne choroby lub brak możliwości zapłacenia przez chorego za pomoc w cierpieniu). Taka dwoistość medycyny była odbiciem dualistycznej koncepcji człowieka. Arabowie takie podejście kontynuowali przez wiele lat. Od 800 r. na obszarze panowania islamu powstały instytucje dla szaleńców, a w chrześcijańskiej Europie działały „oddziały psychiatryczne” przy szpitalach, klasztorach i kościołach. Arabowie traktowali chorobę psychiczną jako łaskę od Boga i budowali dla chorych specjalne azyle. Soran z Efezu i Galen z Pergamonu w starożytnym Rzymie kontynuowali grecką sztukę lekarską. Soran w swojej rozprawie „*De morbis acutis*” zwrócił uwagę na bezpieczeństwo chorych psychicznie. Według niego pomieszczenia, w których przebywają chorzy powinny być dobrze oświetlone, a okna umieszczone wysoko. Środki bezpieczeństwa w postaci przytrzymania chorego powinny być stosowane tylko w ostateczności. Dla chorych psychicznie proponował spacer, gimnastykę,

ćwiczenia głosowe, czytanie na głos. Zwracał uwagę na to, że teksty czytane przez nich powinny zawierać błędy, aby tym samym zmuszać do intensywnego myślenia. Proponował oglądanie spektakli teatralnych, włączanie do leczenia najbliższe otoczenie chorego, rodzinę, przyjaciół. Odmienne podejście do chorych psychicznie miał Aulus Cornelius Celsus, które zawarł w „*De medicina libri octo*”. Poglądy te obowiązywały przez 1700 lat. Określając zaburzenia psychiczne posługiwał się terminem *insania* (odpowiednik greckiego terminu *paranoja* - obłąkanie). Celsus wyróżnił trzy rodzaje zaburzeń psychicznych: *phrenitis* (zapalenie mózgu), *melancholię* i długotrwałe psychozy (zaburzenia spostrzegania i myślenia). W leczeniu melancholii proponował upusty krwi. W leczeniu osłabienia zalecał podawanie środków wymiotnych i przeczyszczających (odmowa nie była uznawana, kazał dodawać do posiłków). Wobec długotrwałych psychoz był bardzo okrutny. Przykłady jego okrucieństwa to: głodzenie, krępowanie, izolowanie w ciemnych pomieszczeniach, bicie.

W Rzymie głównym przesłaniem była miłość do Boga i bliźnich. Do dodatkowych czynności pielęgniarских dołączono: palenie w piecach, grzanie wody do mycia, przygotowywanie posiłków, nakrywanie do stołów i mycie naczyń. W kolejnych latach nie zwracano uwagi na pozytywne metody Celsusa, wykorzystywano tylko te, które obnażały chorych psychicznie, pozbawiały ich praw a przede wszystkim pozwalały na stosowanie przemocy wobec bezradnego człowieka. Kolejni przedstawiciele między innymi Galen, proponowali upusty krwi, stosowanie środków drażniących w stanach osłabienia, a przy bezsenności wcieranie w nos opium. Następnie przez kilkaset lat sądy inkwizycyjne skazywały na okrutną śmierć tysiące niewinnych ludzi, w tym chorych psychicznie. Opętanych przez diabła poddawano egzorcyzmom, torturom, przetrzymywano w schronach dla biednych, leprozoriach, spalano na stosie. Ci, którym się udało uciec, wędli życie włóczęgów, ukrywali się jako „leśni ludzie”. Przedstawiani byli jako dzikie bestie, które mordowały ludzi lub jako błąźni, których ludzie bardzo się bali. Często byli poddawani operacjom głowy polegającym na usunięciu z czaszki „kamienia szaleństwa”. Także byli obiektami do oglądania, zamknięci w klatce, odpłatnie ukazywani jako „okazy” na jarmarkach [5].

Działania Hildegardy z Bingen są przykładami średniowiecznych religijnych metod leczenia opętanych. Przy leczeniu pewnej kobiety wypowiedziała słowa: „*Wypędź szatana z ciała tej kobiety, daj w nim miejsce Duchowi Świętemu! I wyszedł nieczysty duch w odrażający sposób z wydzieliną przez srom kobiety*” [5].

W średniowieczu we wschodniej części Bizancjum powstały przytułki dla potrzebujących, były to: schronienia dla podróżnych - *xenodochia*, dla starców -

gerontocomia, dla sierot - orphanotrophia, dla podrzutków - brechotrophia, dla chorych, kalek i żebraków - nosocomial [6]. Cechą charakterystyczną tego okresu i kultury było przeniknięcie zabobonami i mistycyzmem. Wyrazem tego były zbiorowe psychozy, szal biczowania i zbiorowe tańce. Tanecznictwo odnotowano w 1021 roku, gdzie w jednej z niemieckich wsi podczas rezurekcji grupa młodzieży zachowywała się głośno pod kościołem i przeszkadzała księdzu w odprawianiu nabożeństwa. Ksiądz wykrzyknął „*Bodajęście tak tańczyli cały rok!*” Nie jedząc i nie pijąc tańczyli i nie mogli przestać. Dopiero po interwencji biskupa zostali z tego tańca uwolnieni i zapadli w sen. Wielu z nich zmarło [6]. Ruchy biczowników odnotowano w 1260 roku i 1349 roku, gdzie zauważyć można wątki sadystyczno-masochistyczne.

Pierwsze wieki istnienia państwa polskiego były zdominowane lecnictwem ludowym i rodzinnym. Przeważała wiara w uosobione i ubóstwione siły przyrody i wiara w demony. Czarownice pośredniczyły pomiędzy ludźmi a duchami: uprawiały praktyki magiczne, odczytywały i rzucały urok. Te praktyki miały wpływać na demony, tak aby je odstraszyć przez hałas, uderzaniem osoby chorej [7]. Czarownice odkadzały, oszukiwały, stosowały ogień i wodę. Podawały chorym środki obrzydające demony w ciele człowieka: oset, piołun i pokrzywę. W tym czasie przyczyn chorób, które miały wpływ na organizm ludzi upatrywano we wpływie ciał niebieskich oraz zwierząt (szczególnie robaków). Wśród stosowanych środków leczniczych wyróżnić można: miód pszczeli, tłuszcz bobrowy, sadło niedźwiedzia, mieszaniny z różnych zwierząt. Stawiano bańki, a także trepanowano czaszkę. Przedstawicielem tego okresu był Witelon (1230-1314), który nie był lekarzem, ale w swoich pracach poruszał problemy psychologiczno-psychiatryczne. Los chorych psychicznie był bardzo trudny w okresie średniowiecza zarówno w Polsce, jak i w Europie Zachodniej. Ludzi tych skazywano na procesy o czary, prześladowano, palono na stosie, topiono. Chorych psychicznie uważano za grzeszników, którzy muszą ponieść karę. Umieszczano ich w klatkach, zamykano w lochach. Pozytywnym przykładem tego okresu był święty Jan Boży (1495-1550), założyciel Zakonu Bonifratów. Celem życia tego świętego była opieka nad psychicznie chorymi. W 1534 roku mieszczanie krakowscy ufundowali pierwszy szpital dla psychicznie chorych - pisał o tym biskup Jerzy Radziwiłł. Symbolem zwycięstwa nad złymi mocami może być córka króla Irlandii, Dimpna, która uciekła przed swoim ojcem (molestował ją seksualnie). Dimpna wraz ze swoim spowiednikiem została brutalnie zamordowana przez wojska ojca. Przy jej grobie zaczęły się zdarzać cudowne uzdrowienia chorych psychicznie. Nie należy zapomnieć o tym, że w średniowieczu dokonano podziału na osoby niedorozwinięte umysłowo i osoby obłąkane [8]. Zgodnie z ówczesnym prawem za

niedorozwiniętych umysłowo uważano tych, którzy się tacy urodzili, a majątek, którzy dziedziczyli, przechodził w ręce monarchy. W XIII wieku indyjski medyk Najabuddin Unhammad zalecał chorym psychicznie leczenie poprzez straszenie wężami, lwami, słoniami oraz mężczyznami przebranymi za bandytów [8]. W 1409 roku, w hiszpańskiej Walencji, utworzono pierwszy samodzielny dom psychiatryczny.

Okres odrodzenia i oświecenia jest czasem prymitywnej opieki nad chorymi psychicznie. Pacjenci przebywali w więzieniach razem z przestępcami. W 1593 roku holenderski lekarz Pieter van Foreest opisał upuszczanie krwi 20-letniej kobiecie z powodu obłądu (otworzył żyłę odpiszczelową na podudziu). W 1602 roku szwajcar Felix Platter opublikował pierwszy podręcznik medycyny, która skupiała się na zaburzeniach umysłowych. W 1606 roku w Hamburgu powstał „dom zarazy”, w którym za skuteczne metody leczenia uważano przede wszystkim pobożność, a także: musztrę, ciężką pracę, surowy porządek dnia, naukę czytania i pisanie. Szpitale psychiatryczne, które powstały w XVI wieku nie miały na celu niesienia pomocy chorym. W głównej mierze miały na celu odizolowanie ich od reszty społeczeństwa w obawie przed agresją. Warunki, jakie tam panowały, były poniżej godności człowieka: indywidualnie lub zbiorowo zamykano w klatkach, stosowano poniżające ćwiczenia mające na celu wymuszanie posłuszeństwa, przykuwano chorych łańcuchami lub kunami.

Wiek XVII i XVIII to okres odgradzenia chorych psychicznie od biednych, włóczęgów i kryminalistów. Jednak w tym czasie w europejskich szpitalach psychiatrycznych, np. w Bethelem więziono pacjentów i znęcano się nad nimi. Społecznie napiętnowano osoby chore psychicznie jako nieuleczalnie chore, dzikie bestie, które muszą być opętane łańcuchami i poskramiane regularnym biciem i okrucieństwem. Thomas Willis (1684), angielski lekarz pisał, „*Szaleńcy, prawie nigdy nie odczuwają zmęczenia. Znoszą zimno, gorąco, głód, ciosy i rany bez widocznego cierpienia*” [8]. Szpital w Bethelem odwiedzało rocznie 100 tysięcy gości, którzy płacili za wejście 1 pensa i oglądali na własne oczy „*bełkotliwe wrzaski, szokujące napady furii i zadziwiające dowody siły fizycznej*” [8]. Według Willisa, chorych trzeba było leczyć poprzez upuszczanie krwi, prowokowanie wymiotów, ostre przeczyszczanie organizmu, a także podtapianie. W podłogach montowano ukryte zapadnie, które służyły zrzucaniu niczego niespodziewających się chorych do kąpielni bez ostrzeżenia. Innym przykładem było „leczenie” w trumnach z wywierconymi otworami, w których zamykano chorych i zanurzano w wodzie. W 1774 roku Franz Anton Mesmer po raz pierwszy zaczął leczyć za pomocą namagnesowanego żelaza 29-letnią pacjentkę, cierpiącą na ataki spazmu (jeden magnez umieścił na wysokości żołądka i dwa na nogach pacjentki);

metodę tę określał magnetyzmem zwierzęcym, magnetyzmem życiowym. Innym przykładem leczenia chorych psychicznie był Gassner, który w 1775 roku, nakładał ręce na pacjenta, wzywał Chrystusa, aby diabeł opuścił chorego i robił znak krzyża. Okrutnym przykładem jest obracane krzesło Josepha Masona Coxa (1806). Chorego przywiązywało się pasami do krzesła wiszącego na kilku łańcuchach. Następnie kręcono nim i kołysano. Według Coxa zwiększenie prędkości huśtawki, nagłe zmiany kierunków pracy i gwałtowne zatrzymania powodowały „natychmiastowe i jednoczesne opróżnianie żołądka, jelit i pęcherza” [8].

W XVII wieku we Francji powstały „Domy poprawcze dla obłąkanych”, osobne dla kobiet i mężczyzn. Obłąkani umieszczani byli w „kojach dla obłąkanych”- wyglądem przypominających klatki, zaopatrzone we własne toalety. „Dom dla biednych, sierot i obłąkanych” (1716 za panowania Fryderyka Augusta I), powstał w celu izolacji od „zgrai złodziei i rabusiów”. Izolowanie chorych w warunkach zbliżonych do więziennych trwało do końca XVIII wieku. Pierwsze próby leczenia tych chorych w szpitalach podejmowano w Toskanii (1774), Londynie (1786), Wiedniu i Paryżu. W 1784 roku w Wiedniu nastąpiło otwarcie Szpitala Psychiatrycznego przez cesarza Józefa II. Szpital miał 2.000 łóżek, twierdzą przeznaczono dla chorych psychicznie, cele były mocne, drzwi okratowane, na ścianach zamontowano pierścienie, do których przywiązywani byli niepohamowani mieszkańcy. Peter Frank (1745-1821), chcąc ulżyć doli pacjentów zamkniętych w 139 celach w „wieży obłąkanych” w Wiedniu, stosował wypuszczanie ich nocą na świeże powietrze. Inne sposoby „leczenia” to: zamykanie w komórce, polewanie zimną wodą, zmniejszanie porcji żywnościowych, wykorzystywanie do poniżających prac.

Ważnym wydarzeniem dla chorych psychicznie była Wielka Rewolucja Francuska, gdzie głoszono wolność, równość i braterstwo. Powstała Deklaracja Praw Człowieka i Obywatela (1789). Był to czas narodzin nowożytnej psychiatrii naukowej, początki profesjonalizacji opieki nad osobami psychicznie chorymi. Wówczas zaczęto organizować szpitale psychiatryczne oraz zmieniono podejście do chorego, dostrzeżono człowieka. Odbyło się to pod wpływem, między innymi, Philipa Pinela (1745-1826), Williama Battie (1751), Vincenzio Chiarugi (1785). W latach 1794-1795 Pinel obwieścił „(..) *obłąkani nie są winowajcami, których trzeba karać. Są ludźmi chorymi, którzy zasługują na wzgląd, jaki winni jesteśmy cierpiącej naturze ludzkiej*”. Do tej pory chorzy byli przytwierdzani do ścian ponurych, wilgotnych i mrocznych karcerów, stosowano im środki wymiotne i przeczyszczające, aplikowało się im zimne terapie szokowe i torturowano, krępowano ciało, zakuwano w łańcuchy - uważano to za metody „terapeutyczne” [9]. W 1793 roku Pinel został dyrektorem męskiego szpitala dla obłąkanych, gdzie bacznie obserwował, wysłuchiwał

pacjentów i rejestrował historię choroby. W „Eseju o szaleństwie” podkreślał, że w obcowaniu z psychicznie chorymi należy być życzliwym i stanowczym. Pinel proponował szczerłość, zrozumienie, dobrą wolę. Metody stosowane dotychczas służyły otoczeniu w celu odizolowania chorych, ale w pewnym sensie stanowiły poczucie bezpieczeństwa dla samych pacjentów. Opiekę nad nimi sprawował przypadkowy personel, często pochodzący z niższych klas społecznych i kontrolowany przez duchownych. W pierwszej połowie XIX wieku we Francji powstała szkoła psychiatryczna, następnie pierwsze prywatne zakłady lecznicze. W dalszej kolejności zaczęto organizować kursy psychiatryczne (1817) i wydawać pierwsze podręczniki psychiatrii (1838). W 1810 roku powstał Kodeks Karny, w którym znalazł się artykuł o niepoczytalności. W 1825 roku w Siegburgu pod kierownictwem psychiatry Maximiliana Jacobiego (1775-1858) powstała pierwsza w prowincji Renu „lecznica dla obłąkanych”. Jacobi sprowadzał choroby umysłowe do przyczyn cielesnych. Metody leczenia: niespecjalistyczne środki lecznicze, aparatura restrykcyjna służąca do utrzymania bezpieczeństwa, czystości i higieny. Leczone za pomocą diety, ruchu na świeżym powietrzu, zabawy w teatr i taniec, a także wykorzystywano chorych do pracy w ogrodzie i w polu. Nauczano czytania, pisanie, liczenia. Obowiązkowe były ćwiczenia wojskowe, które polegały na musztrowaniu z karabinami drewnianymi. W przypadku nieposłuszeństwa i ociągania się, chorzy otrzymywali tornistry wypełnione piaskiem. W szpitalu wykorzystywano również łóżko i krzesło obrotowe. W 1845 roku została wydana książeczka „Piotruś rozczochrany” autorstwa Heinricha Hoffmana, która przełożono na wszystkie języki świata. We Frankfurcie w latach 1851-1888 funkcjonował pierwszy oddział psychiatryczny dla dzieci. W 1856 roku w Zurychu został otwarty „zakład dla obłąkanych Kantonu Zurych”. Forel (1848-1931) próbował wykorzystać hipnozę do leczenia chorych, chciał zmienić prawo karne dla osób z ograniczoną poczytalnością, był przedstawicielem ruchu antyalkoholowego w Szwajcarii. W 1862 roku, w Geel zbudowano izbę chorych, potem państwowy szpital psychiatryczny. Wydarzenie to stało się symbolem opieki rodzinnej i pierwszą formą środowiskowej opieki psychiatrycznej. Psychiatria, która stanowi opiekę medyczną nad chorymi psychicznie rozwinię się dopiero w XIX wieku. Jednak relikty dawnych metod obecne są do dnia dzisiejszego; rysunki-wycinanie kamienia szaleństwa, leśny ludek czy klatka szaleńca.

Pierwsze ślady chirurgicznego leczenia chorych psychicznie można znaleźć w przypadkach prehistorycznych trepanacji czaszki (otwarcie czaszki ok. 6000 p.n.e nie tylko zmarłym, ale i żywym. Leczenie takie miało na celu pozbycie się opętania przez złe duchy). W 1890 roku Burckhardt zalecał, aby w przypadku niespokojnych umysłowo „wyjąć im z

mózgu element emocjonalno-impulsywny". Do 1950 roku w USA wykonano 50 tysięcy operacji leukotomii. Dzisiaj metoda ta jest zapomniana.

W Polsce Łukaszewski (1891) opublikował „Opiekę nad obłąkanymi, umieszczenie i pielęgnowanie”, a Tumpowski (1899) „Służba niższa w szpitalach dla obłąkanych” [9].

W Polsce opieka nad chorymi psychicznie była zła, personel był niedokształcony, nie było praktyk dla uczennic w oddziałach dla nerwowo chorych. Pierwszym czasopismem przedstawiającym tematykę w zakresie chorych psychicznie był „Przewodnik Pielęgniarski” (1929-1933). W tematyce zawarta była organizacja pracy, pielęgnacja umysłowo chorych, patogeneza chorób i terapia pacjentów. Poruszano sposób przyjmowania chorych do szpitala psychiatrycznego, postępowanie z nim, podkreślano prawa i obowiązki pielęgniarzy i wykorzystanie form terapii zajęciowej [9]. W szpitalu psychiatrycznym „Dziekanka” w Gnieźnie na początku lat 20. ubiegłego wieku wprowadzono „zajęcia produktywne”, które obejmowały: warsztaty krawieckie, szewskie, stolarskie, robótki ręczne, haftowanie, ogrodnictwo, „zajęcia nieproduktywne” skierowane dla najbardziej upośledzonych umysłowo, „skubanie szmatek” i „zajęcia luksusowe”- inteligentkie, w których wykorzystywano talenty chorych psychicznie - fotografię, malarstwo i rzeźbę [9].

W 1922 roku Prinzhorn, który był asystentem w uniwersyteckiej klinice psychiatrycznej, opublikował „Sztukę chorego umysłowo”, w którym zawarł obrazy pacjentów psychiatrycznych, powstałych w zakładach lub klinikach. Wieloletnie efekty zbierania materiałów stanowiły ogromną, bo ponad 5 tys. kolekcję (malarstwo, rysunki, rzeźby), co potwierdza uzdolnienia chorych psychicznie, szczególnie schizofreników.

Na polu medycyny akademickiej w latach 1933-1949 nastąpił przełom w leczeniu chorych psychicznie. Zastosowano metody wstrząsów: Sakel (1933) - wstrząsy insulinowe, Meduna (1935) – wstrząsy pentetrazolowe, Cerletti i Bini (1938) - wstrząsy elektryczne i Forrer (1949) - wstrząsy elektryczne. Bettelheim (1903-1990) uważał, że przyczyn choroby psychicznej nie należy szukać w osobie z zaburzeniami, ale w patologicznym otoczeniu. Także Bateson (1904-1990) zwracał uwagę na zaburzenie komunikacji w rodzinie. Keenedy (1963) zaproponował wprowadzenie modelu leczenia środowiskowego, a główne założenia przedstawił Caplan.

Wiek XIX był okresem uwikłania psychiatrii w politykę. W 1922 roku Binding, z zawodu prawnik, napisał pracę „Wydanie zniszczeniu istot nie wartych życia”, w której uznał przewlekłe chorych psychicznie za ludzi niegodnych życia. W Niemczech w roku 1933 została wydana Ustawa o zapobieganiu choremu potomstwu, która usankcjonowała sterylizację. Tylko w latach 1934-1945 w Niemczech poddano sterylizacji ponad 400 tysięcy

osób. W kolejnych latach w USA, Danii, Norwegii, Szwecji i Szwajcarii również zezwalano na sterylizację chorych psychicznie. W 1935 roku Hitler ogłosił, że w przypadku wojny możliwa będzie sterylizacja. Natomiast w lipcu 1939 roku w Niemczech została utworzona tajna komisja do uśmiercania chorych T-4. Hitler wraz z himlerowskim ministrem zdrowia wydali polecenie władzom medycznym, że bezwzględnie należy pozbyć się „bezużytecznych gęb”- chorych umysłowo, nieuleczalnie chorych [10]. W 1939 roku Hitler wydał pierwszy rozkaz dotyczący „litościwej śmierci”. Według danych podczas II wojny światowej zgładzono 27 tysięcy chorych psychicznie. W Polsce, w Poznaniu, 15 października 1939 roku odnotowano pierwsze polskie ofiary chorych psychicznie, którzy byli uśmierceni przez Niemców poprzez: rozstrzeliwanie, zagazowanie, dożylne podawanie skopoliny i luminalu). Inne metody stosowane przez Niemców wobec chorych psychicznie to: głodzenie, eksperymenty medyczne i brak warunków higienicznych, poprzez które szerzyły się choroby zakaźne. Podczas II wojny światowej psychiatrzy zaczęli współpracować ze sobą, w ciągu 2 lat w komorach gazowych stracono 70 tys. chorych. Profesor Wurth wówczas stwierdził: *„Jeżeli wyeliminujemy wszystkich chorych psychicznie, kto zechce studiować psychiatrię?”* [10]. Lekarze bez żadnych skrupułów torturowali, dręczyli i zabijali chorych w obozach koncentracyjnych. Pozwolili im umierać z głodu, pragnienia i zimna. Często ich topiono, amputowano kończyny, duszono, żywcem krojono ludzkie ciała; badając w ten sposób efektywność swoich technik i mierząc przy tym stopień wytrzymałości [10]. Himmler zastosował wobec chorych trujący gaz cyklon B. Hallevorden w 1942 roku przeprowadzał selekcję mózgów pobranych od 500 pacjentów „słabych umysłowo”. Doktor Schneider zorganizował zakład dla „idiotów i epileptyków”. Po badaniach pacjenci byli zabijani, a mózgi poddane analizie. W czasie eksperymentów lekarze niemieccy popełniali morderstwa, dopuszczali się okrucieństw wobec ludzi. Często dokonywali systematycznych, potajemnych egzekucji ludzi starych, chorych umysłowo, upośledzonych, nieuleczalnie chorych dzieci za pomocą wspomnianego śmiertelnościanowego gazu, zastrzyków, wykonywanych w domach opieki, szpitalach ogólnych i psychiatrycznych [10]. Vivien Spitz w swojej książce „Doktorzy z piekła rodem” wymienia eksperymenty - doświadczenia na ludziach, w tym chorych psychicznie: eksperymenty z malarią, z gazem musztardowym, z sulfonamidum, z regeneracją kości, mięśni, nerwów, eksperymenty z wodą morską, z zakaźną żółtaczką, ze sterylizacją, z tyfusem, z trucizną i bombą zapalającą [10]. Eksperymenty z malarią polegały na wstrzykiwaniu ekstraktu z gruczołów śluzowych komarów, nosicieli zarazków malarii (wielu z badanych zmarło, inni bardzo cierpieli, a jeszcze inni zostali inwalidami). Eksperymenty z gazem musztardowym (iperytem) polegały na celowym okaleczaniu chorych, spowodowanie

ich cierpienia, a następnie uśmiercaniu. Eksperymenty z sulfonamidum polegały na tym, że otwarte rany celowo zakażano zgorzelą gazową lub tężcem, następnie zanieczyszczano je wiórami drewna i tłuczonym szkłem. Podczas eksperymentów związanych z regeneracją kości, mięśni i nerwów chorym wycinano ich fragmenty. Z kolei eksperymenty z wodą morską polegały na celowym pozbawianiu chorych pożywienia. Do spożycia podawano im chemicznie spreparowaną wodę morską, która powodowała ból i cierpienia, doprowadzała do obłądu. Eksperymenty ze sterylizacją promieniami X doprowadzały chorych do psychicznych i fizycznych cierpień. Eksperymenty z tyfusem powodowały 95% śmiertelność. Eksperymenty z trucizną polegały na potajemnym podawaniu trucizny w jedzeniu, osoby poddane tym badaniom zmarły lub zostały zabite, a tym co przeżyli wstrzykiwano zatrute kule. Podczas eksperymentów z bombą zapalającą ofiary przypalano fosforem wydobytym z bomb, co powodowało: ostry ból, cierpienie, śmierć. W czasie II wojny światowej nastąpiło upodlenie nauki medycznej i badań. Ludzi starych, upośledzonych umysłowo i fizycznie określano jako „żyjących życiem niegodnym życia” [10]. W latach 1940-1941 zabito 70 tysięcy niemieckich pacjentów chorych psychicznie. Podczas II wojny światowej niemal milion żołnierzy amerykańskich leczono z powodu zaburzeń psychicznych. Niemiecką metodą wobec swoich żołnierzy były elektrowstrząsy. Etyka medyczna po II wojnie światowej do dnia dzisiejszego nosi ślad dyskusji na temat „medycyny bez ludzkiego oblicza”.

Psychiatria represyjna w ZSRR jest przykładem sposobu postępowania z przeciwnikami politycznymi – dysydentami. Polegała na przymusowym leczeniu psychiatrycznym w szpitalu - więzieniu w latach 50.-80. ubiegłego wieku. W taki sposób represjonowano w Rumunii, w Chinach i na Kubie. Ludzie przebywający w więzieniach-lagrach byli przetrzymywani bezterminowo. Warunki tam panujące były poniżej godności człowieka, bezkarnie, przez wiele lat znęcano się nad „pacjentami”, biczowano ich zaordynowano kułanizm, duszono, gwałcono, dyskredytowano, szykanowano, często też bezpodstawnie rozstrzeliwano. Te „szpitale-więzienia” stanowiły sieć tzw. „Psychuszek”. „Leczono” za pomocą leków psychotropowych, insuliny, podskórnie podawano zastrzyki koloidalnej siarki, która powodowała silne bóle mięśni i wysoką gorączkę. Post factum nikt z pracujących tam ludzi nie przyznał się do winy ani nie wyraził skruchy. W 1988 roku zlikwidowano 5 szpitali, a 16 przekazano z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych ZSRR do Ministerstwa Zdrowia. W latach 1989-1990 z ewidencji chorych psychicznie wykreślono 2 mln. osób, wobec których stosowano psychiatrię represyjną. Głównym rozpoznaniem u „chorych” była schizofrenia. Przykłady osób represjonowanych to: Siergiej Pisariew za

napisanie listu do Stalina został uznany za schizofrenika; Natalia Gorbaniewska współorganizatorka demonstracji w Moskwie przeciwko wejściu armii Układu Warszawskiego do Czechosłowacji; Władimir Bukowski za organizowanie spotkań poetyckich czy ukraiński psychiatra Siemion Głuzman - więziony za obronę ofiar psychiatrii politycznej. Także inny psychiatra Anatolij Koriagin został skazany za napisanie i opublikowanie pracy w czasopiśmie medycznym pt „Pacjenci mimo woli”.

W latach 60. XX wieku powstała antypsychiatria, ruch społeczny i intelektualny, podważający założenia psychiatrii i poszukujący innych metod leczenia. Głównym przedstawicielem był David Cooper - psychiatra (1967). Jego główne założenia to, że pacjenci placówek psychiatrycznych nie są osobami chorymi, ale tymi, którzy nie przyjmują wartości i norm społecznych obowiązujących w zachodnim społeczeństwie:

- umysł nie jest organem cielesnym i dlatego nie może być chory, zaburzenia umysłowe mogą być tłumaczone czynnikami społecznymi, etycznymi i politycznymi,
- etykietowanie jednostek określeniem „chory” jest sztucznym narzędziem, terapia lekami i hospitalizacja są szkodliwe dla osób w ten sposób leczonych.

W 1949 roku Moniz otrzymał Nagrodę Nobla za badania nad chorymi psychicznie. Uważał, że można złagodzić objawy choroby psychicznej poprzez podział połączenia między płatami czołowymi a pozostałymi częściami mózgu. Miało to zastosowanie w stanach depresyjnych, uczuciu lęku, w manii prześladowczej, schizofrenii i wysokiej agresywności. Taką operację wykonywano jeszcze przez 50 lat. Skutkiem ubocznym lobotomii była utrata tożsamości, apatia, zdziecinnienie [11]. Moniz został zastrzelony przez jednego ze swoich pacjentów. W 1952 roku na rynku medycznym pojawiła się nowa generacja leków psychotropowych. Obecnie nowoczesne metody, które pozytywnie oddziałują na pacjentów stosuje profesor Marek Harat, kierownik oddziału neurochirurgicznego w 10. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Bydgoszczy. Profesor Harat, jako jeden z pierwszych w kraju, pod koniec lat 90. XX wieku zaczął operacyjnie leczyć chorobę Parkinsona, depresję, mózgowie porażenie dziecięce, natręctwa, dystonię, samoistne drżenie, padaczkę lekooporną, otyłość i zespół Tourett'a. Już u około 2.500 ludzi dokonał wszczepienia stymulatora, zmieniając tym samym ich dotychczasowe życie. Leczy depresję z zastosowaniem stymulatora, który wszczepia w mózg pacjenta. Stymulator pobudza wydzielanie serotoniny [12]. Profesor przygotowuje się do leczenia neurochirurgicznego alkoholizmu i narkomanii [12]. Profesor Harat uważa, że pacjenci ciężko chorzy psychicznie inaczej odbierają świat i trzeba znaleźć sposób na dotarcie do nich. Profesor dokonał

pierwszej próby operacyjnego leczenia agresji w Polsce poprzez wprowadzenie elektrod do tylnoprzyśrodkowej części podwzgórza i zablokowanie tych obszarów mózgu [12].

Prawa człowieka przysługują każdemu, najważniejsza jest godność. Prawa te mają charakter powszechny, niezbywalny, nienaruszalny, naturalny i niepodzielny. Deklaracje praw człowieka zakazują stosowania tortur, nieludzkiego lub poniżającego traktowania, lub karania. Wśród kategorii osób w szczególny sposób zagrożonymi naruszeniami praw człowieka wymienia się niepełnosprawnych. Przecież już w 1215 roku została wydana przez króla Anglii, Jana bez Ziemi, Wielka Karta Swobód, w której czytamy, „*że żaden wolny człowiek nie ma być pojmany ani uwięziony albo wyrzucony z posiadłości*”. Przestrzeganie praw pacjenta niezależnie od jego schorzenia, czy ułomności jest obowiązkiem każdego państwa [13]. Prawa pacjenta wyodrębniły się z praw człowieka po II wojnie światowej. W 1945 roku powstała Karta Narodów Zjednoczonych (KNZ), w kolejnych latach powstały inne akty, które odnoszą się bezpośrednio do praw pacjenta. W Polsce stanowią odniesienie w wielu ustawach; o zawodzie lekarza, pielęgniarki i położnej, o ochronie zdrowia psychicznego, o rzeczniku praw pacjenta i innych. Zdrowie psychiczne jest podstawowym dobrem każdego człowieka. Bardzo ważna jest regulacja prawna w tym zakresie, stworzenie skutecznych procedur leczniczych, takich aby nie naruszały godności i podmiotowości człowieka. Wymaga to współpracy wielu specjalistów w danym zakresie, a także władz państwowych. Pozytywnym przykładem pomocy chorym psychicznie jest Rzecznik Praw Pacjenta Psychiatrycznego, który jest pracownikiem Biura Praw Pacjenta i odpowiada za stałą i bezpośrednią kontrolę przestrzegania praw osób, które korzystają ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez psychiatryczne zakłady opieki zdrowotnej. Do jego zadań należy zapewnienie praw pacjentom związanych z przyjęciem do szpitala, leczeniem, pobytem i wypisem. Rzecznik powinien wyjaśniać i pomagać chorym w przypadku skarg. Do jego zadań należy także współpraca z rodzinami, przedstawicielami ustawowymi, opiekunami prawnymi lub faktycznymi, a także powinien prowadzić działalność edukacyjno-informatyczną. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) -2009 (Serena) potępiła fakt, że na całym świecie wciąż obserwuje się przejawy stygmatyzacji, dyskryminacji, braku opieki i jej ciągłości a także dostępu do usług [14]. Współczesne kierunki rozwoju pielęgniarstwa psychiatrycznego to: modele teoretyczne i pojęciowe. Do tych drugich zaliczamy modele: medyczne, psychospołeczne, społeczne, biopsychospołeczne i interpersonalne [14]. Postępowanie wobec chorego psychicznie zostało określone w wielu przepisach, ustawach i regulaminach. Wymienić tu można kodeks zawodowy lekarza, pielęgniarki, psychologa, ustawę o ochronie zdrowia psychicznego i ustawę w sprawie sposobu stosowania i

dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania. W Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego zauważono, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa. W siedmiu rozdziałach zawarto: przepisy ogólne, sposób badania, leczenia, rehabilitacji, opieki i pomocy osobom chorym, sposób postępowania leczniczego, warunki przyjęcia do domu pomocy społecznej, postępowanie przed sądem opiekuńczym, sposób, w jaki zachowana jest tajemnica i przepisy karne. Ustawa w jasny i przejrzysty sposób gwarantuje poszanowanie praw i wolności człowieka chorego psychicznie, jednak nie wyczerpuje zagadnień ochrony praw pacjenta leczonego z powodu zaburzeń psychicznych (nie podjęto prawa pacjenta do prywatności). W trakcie leczenia często pojawiają się dylematy prawno-etyczne (wewnątrzszpitalne regulaminy, które doprowadzają do powstania licznych konfliktów na linii pacjent-personel). Dla przykładu, w USA ustanowiono przepisy prawa medycznego, które odwołują się do kwestii poszanowania prywatności w trakcie korzystania z usług medycznych. Wiadomo, że frustracja prowadzi do agresji. Łamanie prawa wpływa destrukcyjnie na proces terapeutyczny. Prawo nie jest jedynie zbiorem przepisów umiejscowionych w opasłych tomach. Prawo działając na społeczeństwo, wpływa na konkretnego człowieka, wywołując u niego określone reakcje psychiczne. Niezrozumiałe oddziaływanie prawa, które opiera się na arbitralności może prowadzić do szeroko rozumianej demoralizacji, w takiej sytuacji prawo nie stanowi autorytetu. W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (2010) w ogólnych założeniach wyodrębnione zostało: promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi zintegrowanej i ogólnie dostępnej opieki. Zwrócono uwagę na rozwój badań naukowych i systemów informatycznych z zakresu zdrowia psychicznego. W strategii działań na pierwszy plan wysunięto ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Podmiotami realizującymi Program są ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, Narodowy Fundusz Zdrowia, samorządy województw, powiatów i gmin. W latach 1990-2007 wskaźnik rejestrowania zaburzeń psychicznych wzrósł o 119% (z 1629 do 3571 na 100 tysięcy ludności) w opiece ambulatoryjnej i o 50% (z 362 do 542 na 100 tys. ludności) w leczeniu szpitalnym. W ustawie w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania zostały określone warunki i zasadność stosowania przymusu bezpośredniego i jego dokumentowanie. Unieruchomienie lub izolacja nie powinny trwać

dłużej niż 4 godziny. Lekarz lub pielęgniarka w zasadnych przypadkach może przedłużyć na dwa okresy jednak nie dłuższe niż 6 godzin. Po upływie 24 godzin musi być powiadomiony ordynator. Pomieszczenie do stosowania przymusu bezpośredniego musi być monitorowane, jednoosobowe i wyposażone w taki sposób, aby nie wyrządzić krzywdy i szkody osobie, wobec której je zastosowano. W trakcie stosowania przymusu pielęgniarka musi dokonywać co 15 minut oceny stanu fizycznego osoby unieruchomionej, a także sprawdzać ocenę prawidłowości unieruchomienia: pasy, uchwyty, prześcieradła, kaftan bezpieczeństwa, czy nie są za luźno ani za ciasno. Zaspokojenie potrzeb fizjologicznych i higienicznych należy umożliwiać nie rzadziej niż co 4 godziny. W przypadku zagrożenia życia należy bezzwłocznie powiadomić lekarza lub ratownictwo medyczne. Po zastosowaniu przymusu należy wypisać protokół, a kartę unieruchomienia należy dołączyć do historii choroby. Przymus bezpośredni (art.18 pkt. 3 ustawy o OZP) polega na: przytrzymaniu, przymusowym podawaniu leków, unieruchomieniu i izolacji. Przytrzymanie polega na krótkotrwałym unieruchomieniu z użyciem siły fizycznej. Przymusowe podawanie leków polega na wprowadzaniu leków do organizmu osoby bez jej zgody doraźnie lub przewidywanym planem leczenia. Unieruchomienie to dłużej trwające obezwładnienie, a izolacja polega na przebywaniu pojedynczo w zamkniętym pomieszczeniu. Przymus bezpośredni stosuje się wobec osób, które dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, albo zagrażają bezpieczeństwu powszechnemu, gwałtownie niszczą lub uszkadzają przedmioty we własnym otoczeniu, poważnie uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznego lub jednostki organizacyjnej, pomocy społecznej (w tym przypadku tylko stosuje się przytrzymanie lub przymusowe podawanie leków).

Aktualnie obowiązujący system ochrony zdrowia psychicznego obejmuje:

- Poradnie Zdrowia Psychicznego (PZP)- 1200 placówek
- Szpitale psychiatryczne, oddziały psychiatryczne i ośrodki dla osób uzależnionych,
- Oddziały psychiatryczne dla celów MSWiA, MON, MS

Zdrowie psychiczne nie ma jednej definicji, wg WHO (1948), oznacza dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka. Z kolei brak rozpoznanej choroby psychicznej nie musi oznaczać zdrowia psychicznego. Normą w psychiatrii jest konstrukt naukowy wyznaczający granice normalnych zachowań człowieka. Jednostka dobrze przystosowana jest plastyczna w myśleniu, krytyczna wobec siebie i aktywna w rozwiązywaniu swoich problemów. Natomiast w zaburzeniach psychicznych pojawia się cierpienie, trudność w indywidualnym przystosowaniu, nieracjonalność i dziwaczność, nieprzewidywalność i brak kontroli, rzadkość i niekonwencjonalność, dyskomfort obserwatora, a także często naruszenie

norm społecznych. Choroba psychiczna jest terminem zbiorczym obejmującym wszelkie zaburzenia psychiczne (nerwice, psychozy, zespoły psychoorganiczne i zaburzenia osobowości). W praktyce klinicznej mamy do czynienia z dwiema klasyfikacjami chorób i zaburzeń psychicznych: Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Psychiczych ICD i Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM. W Polsce od 1997 roku obowiązuje 10 rewizja ICD.

Komunikowanie z osobami z zaburzeniami psychicznymi wymaga odpowiednio wykształconych predyspozycji osobowościowych, w tym wrażliwości, empatii i autentyczności. Każda osoba komunikująca się z chorym psychicznie powinna być świadoma, z jak trudnym i specyficznym zadaniem ma do czynienia. Postępowanie to powinno być etyczne z zachowaniem ostrożności. Zasady sprawnego działania zespołu terapeutycznego to:

1. współdziałanie między członkami zespołu,
2. ustalony jednolity front działania,
3. ustalony program terapeutyczny (elastyczny),
4. przepływ informacji między członkami zespołu (bardzo istotne),
5. współpraca na zasadzie partnerstwa.

W literaturze XX wieku zauważyć można zbiorowe psychozy. W tym okresie chorzy psychicznie tłumaczyli swoje doznania wpływem sił nadprzyrodzonych, obecnie, że zachowanie spowodowane jest oddziaływaniem kosmicznym, wpływem radarów, telewizji.

Pilarz uważa, że praktyka pielęgniarska obejmuje dwa podstawowe aspekty: wysokospecjalistyczną wiedzę, opartą na obiektywnych, naukowych standardach i procedurach oraz umiejętnością bycia gotowym do osobistego kontaktu z cierpiącym człowiekiem [15]. Rozwój pielęgniarstwa oparty jest na stałym tworzeniu i doskonaleniu specyficznych modeli koncepcji. Skupiają na sobie poglądy i idee związane z daną dyscypliną, ukierunkowaną edukację i dalsze badania naukowe. W pielęgniarstwie psychiatrycznym przeważa model Hildegardy Peplau (1952), który merytorycznie oparty jest na poglądach Sullivana i Fromma. Według Peplau, kontakt z pielęgniarką, celowo przez nią kontrolowany i kształtowany staje się „narzędziem terapeutycznym”. Obowiązują odpowiednie strategie postępowania, oparte na empatii, racjonalnej kontroli konfliktów i frustracji. Pacjent uczy się zachowań konstruktywnych, poddanych autokontroli, powoduje to odbudowanie zaufania do drugiego człowieka [15].

Kępiński wyróżnia trzy niedopuszczalne błędy w stosunku do pacjenta: przedmiotowe traktowanie, błąd maski i błąd sędziego. Przedmiotowe traktowanie przejawia się jako: traktowanie pacjenta jako biernego uczestnika badania podczas treningów i zabiegów, czyli

traktowanie automatyczne. Często mówienie do pacjenta w trzeciej osobie - jest to postawa antyhumanistyczna, głęboko nieefektywna. Takie traktowanie nasila patologiczne objawy, powoduje opór i agresję, przedłuża czas leczenia, dostarcza dodatkowego cierpienia i uniemożliwia terapeutyczne zmiany. Błąd maski polega na zastępowaniu własnego sposobu bycia, reagowanie sztuczną, fasadową postawą, niedopasowaną ani do pacjenta, ani do siebie (rutynowy zestaw min, uśmiechów, wyuczona rola). Z kolei błąd sędziego polega na włączanie do relacji z chorym ocen wartościujących jego zachowania i postawy emocjonalne w kategoriach etycznych i moralizatorskich [15].

Więzienia istniały już w starożytnym Egipcie, Babilonii, Chinach, Grecji i Rzymie. Były one miejscem tortur i wymuszania zeznań [16]. Więźniów przytrzymywano w dołach ziemnych, następnie w wilgotnych, ciemnych i zimnych lochach oraz w wieżach przy ratuszach, klasztorach. Aż do końca XVI wieku w miejscach tych dokonywano okrutnej zemsty, kaźni i tortur. W XVII i XVIII wieku warunki uchybiały godności ludzkiej. Panowała ciasnota, brak światła i powietrza, notowano niedostatek pożywienia i wody. Chorzy mieli na rękach i nogach kajdany. Wszelkie choroby, gorączka więzienna i robactwo. Zauważano dużą brutalność nie tylko wobec więźniów, ale i personelu. Obecnie w Polsce jednostki penitencjarne dzielą się na Areszty Śledcze i Zakłady Karne. Kodeks Karny Wykonawczy zapewnia osobom pozbawionym wolności przebywającym w izolacji więziennej bezpłatną opiekę i zaopatrzenie w leki. Za opiekę nad osadzonymi odpowiedzialna jest więzienna służba zdrowia. Zatrudnione tam pielęgniarki wykonują te same czynności, co pielęgniarki zatrudnione w innych placówkach służby zdrowia. Jednak praca w więzieniu ma specyficzny charakter, na co mają wpływ cechy populacji, z jaką muszą się stykać pielęgniarki [16]. Do jednostek penitencjarnych trafiają ludzie o różnej konstrukcji psychicznej. Zdarzają się zachowania odbiegające od normy, świadczące o trudnościach adaptacyjnych. Jeżeli zaburzenia nie mają natury psychotycznej osoby takie kierowane są na specjalne oddziały terapeutyczne. Wśród wskazań są:

- zaburzenia osobowości, zachowania antyspołeczne bez wyraźnej motywacji,
- zaburzenia spowodowane organicznym zaburzeniem uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego poprzez alkohol, narkotyki, leki,
- upośledzenie umysłowe, deficyty w zakresie umiejętności społecznych, słabe radzenie sobie z załatwianiem codziennych spraw, nieumiejętność rozwiązywania swoich problemów, bezradność.

Od wielu lat istniała potrzeba odrębnego traktowania osób skazanych tzw. niepełnosprawnych pod względem psychicznym: chorych psychicznie, alkoholików i

narkomanów, wymagających terapii i upośledzonych umysłowo. Od 1970 roku do ośrodków leczenia skazanych kierują sądy i komisje penitencjarne. Najczęstszymi pensjonariuszami są psychopaci, socjopaci i upośledzeni umysłowo. Wśród psychopatów wyróżnić można psychopatów fanatycznych, żądnych uznania i znaczenia, wybuchowych i chłodnych uczuciowo. U więźniów mamy do czynienia często z psychozami o biologicznym podłożu, czyli z psychozą maniakalno-depresyjną, paranoidalną i ze schizofrenią. Resocjalizacja tych więźniów odbywa się poprzez pracę, czyli zaspakajanie potrzeb indywidualnych i społecznych człowieka, uczy pożądanых nawyków i postaw. Aktywność fizyczna (spacer, siłownia) niweluje lęk, gniew. Skazani mogą się uczyć, wzbogacają swoją wiedzę, rozwijają zainteresowania, a także uczą się obowiązkowości, systematyczności, poczucia odpowiedzialności i nawyku pracy. Jednak pacjenci często dokonują samoagresji, w postaci pocięcia, połyków, wbitek, zasypek czy samozatruc.

W Polsce więzienna służba zdrowia obejmuje:

- 6 zakładów opieki zdrowotnej z łózkami dla chorych psychicznie, oddziały obserwacji sądowo-psychiatrycznej (222 łóżka),
- 22 oddziały terapeutyczne dla osadzonych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo (1612 miejsc),
- 21 oddziałów dla uzależnionych od alkoholu (689 miejsc).

Na koniec pojawia się refleksja, jaki wpływ na dzieje ludzkości miały znane osoby, u których stwierdzono zaburzenia psychiczne i tak dla przykładu: Fryderyk Wilhelm I król pruski, bił tym, co miał pod ręką, chorował na podagrę. Fryderyk Wielki miał ataki szału, jednak potrafił się uspokoić i jego choroba nie miała większego wpływu na poczynania wojenne. Jerzy III (1738-1820) cierpiał na porfirię, która doprowadziła do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Winston Churchill miał zdiagnozowany zespół maniakalno-depresyjny. Stalin był diagnozowany w kierunku zaburzeń psychicznych. Z kolei Hitler chorował na Parkinsona i stwierdzono u niego zmiany organiczne w mózgu.

Podsumowanie

Historia psychiatrii i pielęgniarstwa psychiatrycznego sięga już czasów starożytnych. Ciccero stworzył kwestionariusz dla zaburzonych psychicznie, aby ustalić odpowiedni sposób leczenia i opieki psychologicznej. Pierwsze ośrodki psychiatryczne powstały w VIII wieku na Bliskim Wschodzie. W XIII wieku były budowane szpitale psychiatryczne stanowiące dach nad głową osobom chorym psychicznie. W XVI wieku obserwowano nieskończoną liczbę osób, które opętał diabeł i stwierdzono u nich histerię (Sydenham XVII wiek). „Epidemia opętania” rozwinęła się w klasztorze Auxonn, gdzie wyodrębniono histerię demoniczną i

mistyczną. Kolejno pojawiły się pojęcia sugestia i autosugestia – trans i opętanie. Metody terapii kształtowały się od umieszczenia w „spokoju” – *in pace* (głęboka piwnica) do właściwej i zasadnej farmakoterapii. Przełomowym momentem była Wielka Rewolucja Francuska i postać Filipa Pinela (1745-1826), który w roku 1793 podzielił chorych na somatyków i psychików. Inne ważne postacie to: Sigmunt Freud (1856-1939) i wyróżnienie przez niego dwóch popędów: eros (libido) i thanatos, Alfred Adler (1870-1937), który uważał, że poczucie wspólnoty koreluje z popędem mocy. Z kolei Carl Rogers (1902-1987) wyodrębnił: empatię, akceptację i kongruencję (zgodność). W terapii biologicznej przedstawicielami są: Wagner-Jaureeg i jego badania nad zimnicą (1917), Klaesie (1922)-Somnifen oraz Sakel (1927), Meduna (1936), Cerletti i Bini (1939), którzy po raz pierwszy zastosowali leczenie wstrząsami, kolejno: insulinowymi, kardiazolowymi i elektrycznymi. Natomiast w 1973 roku powstał pierwszy rozbudowany standard opieki nad pacjentami psychiatrycznymi stworzony przez dział psychiatryczny Amerykańskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek (ANA). Standard ten określał zakres obowiązków pielęgniarek i pielęgniarzy, i oczekiwań wobec nich podczas świadczenia usług ludziom chorym psychicznie.

Piśmiennictwo

1. Kowalczyk St.: Filozoficzne podstawy etyki pielęgniarskiej [w:] Etyka w pracy pielęgniarskiej. Wrońska I., Mariański J. (red). Wyd. Czelej, Lublin, 2002, 41.
2. Poznańska St.: Z historii etyki pielęgniarstwa [w:] Etyka w pracy pielęgniarskiej. I Wrońska I., Mariański J. (red). Wyd. Czelej, Lublin, 2002, 91.
3. Nasierowski T: Zarys dziejów psychiatrii. Kierunki psychiatrii [w:] Psychiatria podręcznik dla studentów medycyny. Bilikiewicz A., (red)., PZWL, Warszawa, 2011, 23.
4. Florkowski, A. Gałęcki P.: Podstawy psychiatrii dla studentów kierunków medycznych. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, 2009.
5. Schott H.: Kronika medycyny. Wyd. Kronika, Warszawa, 1994.
6. Brzeziński T.: Historia medycyny. PZWL, 2004, 79-110.
7. Zwolski St.: Medycyna przedakademicka w średniowiecznej Polsce [w:] Zarys historii nauczania medycyny w Polsce do roku 1939. Śródka A. (red)., Uniwersytet Jagielloński, Kraków, 2012, 9.
8. Queijo J. : Przełom. Sonia Draga, Katowice, 2011, 264-268.
9. Paciorek M.: Pielęgniarstwo psychiatryczne na łamach „Przewodnika Pielęgniarskiego (1929-1933)”. [w:] Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX w. Urbanek

- B., Instytut Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, 2008, 306-309.
10. Spitz V.: Doktorzy z piekła rodem. Replika, 2009, 16-95.
 11. http://m.wyborcza.pl/wyborcza/1,136731,15832136,z_wizyta_u_prof_Harata_neuroc_hirurga_Podlaczam,html, data pobrania 20.01.2015
 12. <http://polska.newseek.pl/artykuly/Polska/prof—marek-harat—lekarz-od-cudow,99564,1,1,html>, data pobrania 20.01.2015
 13. Kulik J.: Prawa osób chorych psychicznie w świetle obowiązujących regulacji prawnych. Probl. Hig. Epidemiol., 2010, 91, 369-374.
 14. Usher K.: Pielęgniarstwo psychiatryczne. Problemy i kierunki rozwoju. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek, 2009, 9-13.
 15. Pilarz Z.: Specyfika relacji z pacjentem chorym psychicznie [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa Krupka-Matuszczyk I. (red), Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, 2007, 163-175.
 16. Ciosek M.: Psychologia sądowa i penitencjarna. Wyd. Prawnicze LEXINEXIS, Warszawa, 2003.
 17. Gajda Z.: Do historii medycyny wprowadzenie. WAM, Kraków, 2011.

**Janiszewska Mariola¹, Barańska Agnieszka¹, Skiba Joanna², Zabłocka Kamila³,
Dziedzic Małgorzata¹, Węgorowski Paweł⁴**

Wiedza personelu medycznego na temat zespołu dziecka krzywdzonego

1. Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Matematyki i Biostatystyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
4. Zakład Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

Szczęśliwe dzieciństwo jest pragnieniem każdego dziecka. Dorastanie w domu, w którym jest się otoczonym miłością, czułością i poczuciem bezpieczeństwa. Niestety, nie wszystkie dzieci mają to szczęście, aby doświadczyć takiego obrazu domu rodzinnego. Od kilkunastu lat do świadomości społecznej dociera problem, jakim jest zjawisko przemocy w rodzinie, a w szczególności problem krzywdzenia dzieci. Początkowo problem ten był lekceważony i marginalizowany, lecz sukcesywnie zaczęto wprowadzać w życie różnego rodzaju działania, które mają na celu łagodzenie skutków społecznych przemocy wobec dzieci. Skala zjawiska, którą w pełni możemy obserwować, dociera w dzisiejszych czasach do szerokiej społeczności, m. in. poprzez media. Problem krzywdzenia dzieci wymaga szerszej analizy zarówno pod kątem zdiagnozowania zjawiska przemocy wobec dzieci, jak i prowadzonych w tym zakresie działań.

Rola lekarzy, pielęgniarek, położnych pracujących z dziećmi i ich rodzinami jest ogromna, ponieważ w wielu przypadkach Ci ludzie są jedynymi, którzy poza rodzicami mają kontakt z dzieckiem, a więc mogą zaobserwować niepokojące zjawiska i zachowania rodziny. Dlatego tak ważnym elementem jest umiejętność odpowiedniego i szybkiego zdiagnozowania dzieci przez pracowników ochrony zdrowia. Zadanie to nie jest łatwe, ponieważ brak pewności czy odpowiedniej wiedzy sprawia czasami, że odpowiednie działania nie są podjęte. Umiejętność odpowiedniego przeprowadzenia wywiadu lekarskiego, rozpoznanie niepokojących symptomów to kluczowe elementy diagnozy [1]. Pamiętać jednak należy, że każdy, nie tylko pracownik służby zdrowia ma moralny i prawny obowiązek zgłoszenia przemocy wobec dziecka.

Przemoc, jak każde tego typu zachowanie wobec dziecka odciska głęboki ślad na jego psychice i funkcjonowaniu w społeczeństwie. Elementem, który podkreśla bestialski charakter tego zjawiska jest fakt, że wykonawcami przemocy są najczęściej rodzice lub prawni opiekunowie, których zadaniem powinno być zapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa. Rolą rodziców jest zaspokajanie podstawowych potrzeb biologicznych i psychicznych dziecka, zapewnienie miłości i akceptacji, kształtowanie nowych potrzeb poznawczych, emocjonalnych i społecznych. Miłość rodzica do dziecka, która powinna być bezwarunkowa stanowi czynnik do rozwoju emocjonalnego i społecznego dziecka. Rodzice powinni być dla dziecka podporą emocjonalną, ostoją i oparciem, jednak w wielu przypadkach te role nie są wypełniane w sposób należyty i zgodny z obowiązującymi normami społecznymi, a władza i kontrola nad dziećmi jest srodze nadużywana.

W 1946 r. amerykański radiolog Caffey opublikował artykuł *Liczne złamania kości długich u niemowląt z chronicznymi krwiakami podoponowymi*, w którym udowodnił nieprzypadkowo urazowy charakter tych obrażeń. W 1961 roku Kempe, przewodniczący Amerykańskiej Akademii Pediatrii, zorganizował konferencję zatytułowaną *The Battered Child Syndrom* (Syndrom dziecka bitego) - było to w zasadzie pierwsze w świecie spotkanie naukowców reprezentujących różne dyscypliny poświęcone nowo rozpoznanemu problemowi. Uważano wówczas, iż dotyczy on wyłącznie młodszych dzieci. Analizy ograniczano do urazów o charakterze fizycznym, jednocześnie jednak uczyniony został pierwszy krok w kierunku uznania krzywdzenia dzieci - abstrahując od tego, jak było ono wówczas definiowane - za problem społeczny. Termin ten wkrótce uległ zmianie i w miejsce "syndromu dziecka bitego" zaczęto używać kategorii "dziecko maltretowane" (*maltrated child*), którym obejmowano nie tylko zachowania o charakterze przemocy fizycznej wobec dziecka.

Warto zauważyć, że także w Polsce autorami pierwszych doniesień na temat zjawiska krzywdzenia dzieci byli lekarze (H. Grabowska w 1968 roku, nieco później m. in. Pietroń, Medyńska, Langer), a pierwsza osobna publikacja wydana została w 1982 roku przez Polskie Towarzystwo Chirurgii Dziecięcej, w następstwie sympozjum poświęconemu temu zagadnieniu. Krąg odbiorców tych prac był jednak dalece ograniczony. Główną zasługę w społecznej - choć częściowej - legitymizacji problemu (nie nazywanego wówczas jeszcze krzywdzeniem dzieci) przypisać raczej trzeba działającemu od 1981 roku - jako pierwszej tego rodzaju organizacji w Europie Wschodniej - Komitetowi Ochrony Praw Dziecka, założonemu i przez wiele lat kierowanemu przez pedagog Łopatkową [2].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje przemoc jako „*zamierzone postępowanie lub użycie siły fizycznej przeciw komuś innemu, innej osobie, grupie lub społeczności, które powoduje doznanie obrażeń, zgonu, szkód psychicznych, uniemożliwienia rozwoju lub narażenie zdrowia*” [3] „Przemocą wobec dzieci jest fizyczne lub umysłowe działanie na szkodę, wykorzystywanie seksualne, zaniedbywanie lub maltretowanie dziecka poniżej 18. roku życia przez osobę, która jest odpowiedzialna za jego pomyślny rozwój oraz działania będące zagrożeniem dla jego rozwoju. Wyróżnia się następujące formy krzywdzenia [4]:

- maltretowanie fizyczne
- krzywdzenie psychiczne (emocjonalne)
- wykorzystywanie seksualne
- zaniedbywanie.

Zespół dziecka krzywdzonego (*The Battered Child Syndrom*) jest definiowany jako zespół objawów wynikających ze stosowania przemocy wobec dziecka, określony w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10 jako T74 [5]:

- przemoc fizyczna - T74.1: agresywne zachowania odnoszące się do ciała dziecka,
- przemoc seksualna - T74.2: włączanie dziecka w aktywność seksualną dla zaspokojenia własnych potrzeb,
- przemoc psychiczna - T74.3: rozmyślne niszczenie lub obniżanie możliwości prawidłowego rozwoju dziecka bez stosowania przemocy fizycznej,
- zaniedbanie - T74.4: niezaspokajanie podstawowych potrzeb biologicznych i psychicznych dziecka,
- Zastępczy Zespół Münchhausena tzn. świadome wywoływanie u dziecka objawów chorobowych – oznaczenie medyczne w zależności od przyczyny powodującej uszczerbek na zdrowiu.

Zespół dziecka maltretowanego, jako jednostka chorobowa bywa często nierozpoznawany - jak podaje Mossakowska i niewłaściwie prowadzony przez lekarzy, co naraża dziecko nie tylko na dalsze powikłania, ale także na dalsze ataki agresji ze strony rodziców. Za przyczynę (BSC) jednogłośnie uznaje się najczęściej świadomy akt agresji ze strony rodziców, sprawujących opiekę nad dzieckiem. Występuje w różnych środowiskach, a w szczególności w patologicznych, z tzw. marginesu społecznego, prostytutek, alkoholików.

Zespół ten może wystąpić w każdym wieku, głównie dotyczy dzieci bezbronnych poniżej 3. roku życia [6].

Niezwykle ważne jest zaangażowanie lekarzy i ich chęć działania w kierunku społecznym i prawnym poprzez niesienie pomocy rodzinie i dziecku. Lekarz ma prawny i społeczny obowiązek zawiadomienia o przemocy wobec dziecka, którą podejrzewa lub stwierdził przy wykonywaniu swoich obowiązków służbowych lub zawodowych. Istotne jest także, aby lekarz przed podjęciem decyzji o zawiadomieniu o przemocy wobec dziecka pamiętał o wyjątkach wskazanych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, które dopuszczają możliwość odstąpienia od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.

Na stałe w świadomość lekarza powinna wpisać się zasada nagłaśniania problemu dziecka krzywdzonego oraz reagowania na najmniejsze nawet objawy stosowania wobec niego przemocy. W celu zwiększenia ochrony lekarzy podejmujących działania w przypadku stosowania przemocy wobec dzieci powinni oni otrzymywać instytucjonalne wsparcie i pomoc ze strony wymiaru sprawiedliwości [7].

Cel pracy

Celem głównym pracy jest określenie poziomu wiedzy pracowników ochrony zdrowia na temat Zespołu Dziecka Krzywdzonego.

Cele szczegółowe:

1. Określenie wiedzy badanych, na temat czynników warunkujących przemoc wobec dzieci w rodzinie.
2. Określenie wiedzy badanych na temat umiejętności diagnozowania i znajomości następstw przemocy wobec dzieci.
3. Określenie częstości występowania podejrzenia Zespołu Dziecka Krzywdzonego w pracy zawodowej badanych osób.
4. Określenie zależności występującej między wykonywanym zawodem a poziomem wiedzy respondentów na badany temat.
5. Zbadanie zależności między płcią, miejscem zamieszkania, wykształceniem a wiedzą na temat Zespołu Dziecka Krzywdzonego.

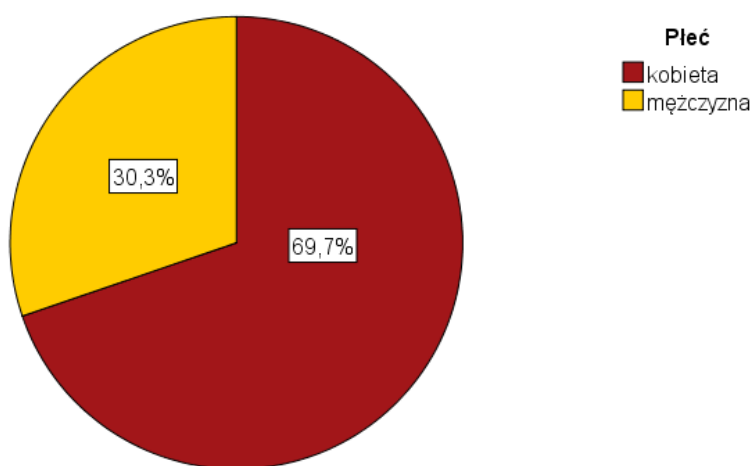
Material i metody

W celu uzyskania materiału badawczego zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania oraz narzędzie, jakim był autorski kwestionariusz ankiety. Badania zostały przeprowadzone w: Dziecięcym Szpitalu Klinicznym im. prof. Antoniego Gębali w Lublinie, Zespole Opieki Zdrowotnej Arion w Biłgoraju oraz Szpitalnym

Oddziale Ratunkowym jednego ze szpitali w Mińsku Mazowieckim, wśród pracowników personelu medycznego. Badania miały charakter anonimowy. Ankieta zawierała pytania zamknięte. Wszystkie obliczenia przeprowadzono poprzez zastosowanie programu Statistica. Do badania zależności zastosowano test Chi-2.

Demograficzno- społeczna charakterystyka badanych

Badaniami objęto 119 osób, w tym 70% stanowiły kobiety, a 30% mężczyźni (Rycina 1). Przy charakterystyce zostały wybrane następujące dane socjometryczne: płeć, wiek, wykształcenie, wykonywany zawód, miejsce zamieszkania. Granica wiekowa respondentów mieściła się w przedziale od 25 do 64 lat.



Rycina 1. Płeć badanych

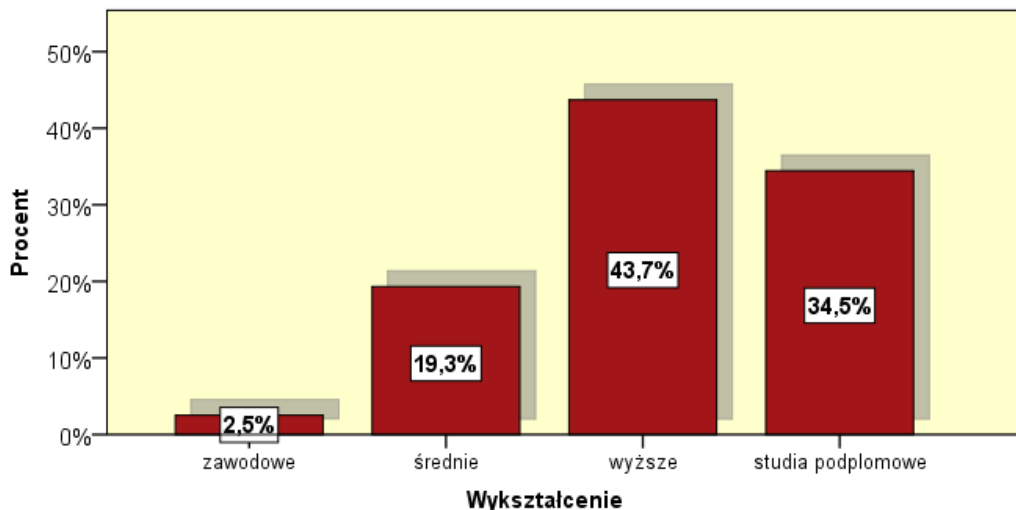
Granica wiekowa respondentów mieściła się w przedziale od 25 do 64 lat. Średnia wieku wynosiła 45,31 lat (Tabela I).

Tabela I. Wiek badanych

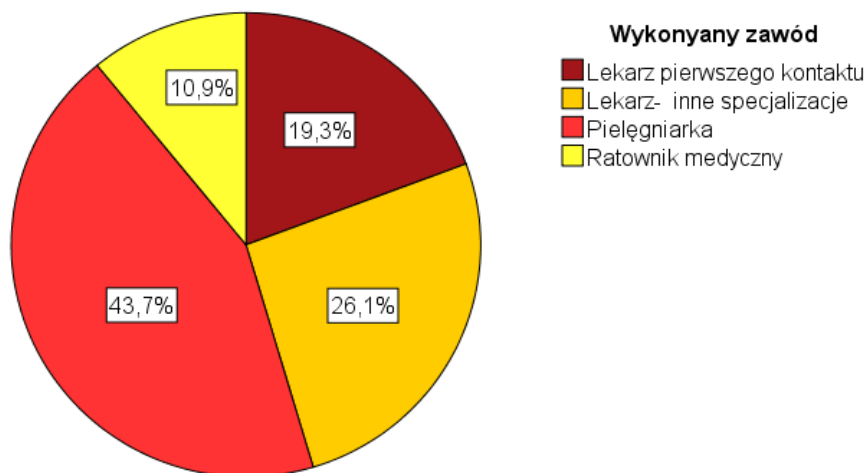
	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Wiek w latach	119	25	64	45,31	9,92

Biorąc pod uwagę wykształcenie badanych osób, największą część - 44% stanowiły osoby z wykształceniem wyższym, 34% respondentów było po studiach podyplomowych, 19% miało wykształcenie średnie, natomiast tylko 3% ankietowanych miało jedynie wykształcenie zawodowe (Rycina 2).

Wśród ankietowanych jest 44% pielęgniarek, 19% to lekarze pierwszego kontaktu, 26% stanowią lekarze innej specjalizacji, natomiast 11% badanych to ratownicy medyczni (Rycina 3).



Rycina 2. Wykształcenie badanych



Rycina 3. Wykonywany zawód

Wyniki

Przeprowadzone badania miały na celu określenie wiedzy pracowników medycznych na temat Zespołu Dziecka Krzywdzonego. Poniżej przedstawiona zostanie analiza poszczególnych pytań badawczych oraz uzyskanych na nie odpowiedzi.

Z przeprowadzonego sondażu wynika, iż 80,7% badanych (96 osób) wskazało poprawną odpowiedź na zadane pytanie (Tabela II).

Według większości respondentów - 95,8%- pojęcie Zespołu Dziecka Krzywdzonego uwzględnia maltretowanie moralne oraz zaniedbywanie, 94,1% wymienia maltretowanie fizyczne. Niepokojącym faktem jest to, że najmniejsza część badanych - jedynie 83,2% wskazuje maltretowanie psychiczne za przejaw przemocy. Warto pamiętać, że krzywdzenie emocjonalne jest bardzo często występującą formą przemocy, która współwystępuje z innymi formami krzywdzenia. Mimo, że nie zostawia śladów na ciele ofiary, wyrządza ogromne spustoszenie w sferze emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej dziecka (Tabela III).

Tabela II. Definicja krzywdzenia dzieci

Za krzywdzenie dziecka uważa się :	Odpowiedzi		Procent obserwacji
	N	Procent	
Zamierzone działania osoby dorosłej które mają negatywny wpływ na zdrowie i rozwój psychofizyczny dziecka	29	22,8%	24,4%
Niezamierzone działania osoby dorosłej które mają negatywny wpływ na zdrowie i rozwój psychofizyczny dziecka	2	1,6%	1,7%
Zamierzone i niezamierzone działania osoby dorosłej które mają negatywny wpływ na zdrowie i rozwój psychofizyczny dziecka	96	75,6%	80,7%
Ogółem	127	100,0%	106,7%

Tabela III. Składowe pojęcia Zespołu Dziecka Krzywdzonego

Pojęcie Zespołu Dziecka Krzywdzonego uwzględnia:	Odpowiedzi		Procent obserwacji
	N	Procent	
Maltretowanie fizyczne	112	34,5%	94,1%
Maltretowanie psychiczne	99	30,5%	83,2%
Maltretowanie moralne oraz zaniedbywanie	114	35,1%	95,8%
Ogółem	325	100,0%	273,1%

Aż 92,4% badanych poprawnie odpowiedziało na pytanie – „Jakie zachowania obejmuje krzywdzenie dzieci.” Respondenci Ci zaznaczyli odpowiedź – *przemoc fizyczna, emocjonalna, wykorzystywanie seksualne i zaniedbywanie*; która była najtrafniejszą spośród wszystkich. Jedynie 6,7% badanych za krzywdzenie dziecka uważa wymierzenie klapsa, a 9,2% krzyk na dziecko. (Tabela IV).

Z przeprowadzonego sondażu wynika, iż według 83,9% badanych przemoc wobec dzieci jest częstym zjawiskiem. 16,1% respondentów stwierdziło, że przemoc jest zjawiskiem

rzadkim (Rycina 4). Dr n. med. Johan Marchand, dyrektor Confidential Center for Child Abuse w Brukseli, podczas II naukowej konferencji na temat powikłań neurologiczno-psychiatrycznych zespołu dziecka krzywdzonego, określił współczesną sytuację zdrowotną jako epidemię przemocy.

Tabela IV. Charakterystyka krzywdzenia dzieci

Krzywdzenie dzieci obejmuje:	Odpowiedzi		Procent obserwacji
	N	Procent	
Krzyczenie na dziecko	11	7,1%	9,2%
Wymierzenie klapsa	8	5,1%	6,7%
Zaniedbywanie	27	17,3%	22,7%
Przemoc fizyczna, emocjonalna, wykorzystywanie seksualne i zaniedbywanie	110	70,5%	92,4%
Ogółem	156	100,0%	131,1%



Rycina 4. Istnienie przemocy wobec dzieci w opinii badanych

Wśród ankietowanych pracowników personelu medycznego, aż 89,1% spotkało się w swojej pracy zawodowej z przypadkiem maltretowanego dziecka. Dużo mniejszy odsetek, bo tylko 10,9% respondentów, nie doświadczyło w swojej pracy zawodowej takiej sytuacji (Rycina 5).

Wśród wszystkich osób badanych, największy odsetek – 78,5% stanowią osoby, które w swojej pracy zawodowej spotkały się z przykładem dziecka maltretowanego fizycznie. Kontakt z dzieckiem, wobec którego była stosowna przemoc psychiczna zadeklarowało 50,5% respondentów, natomiast 43% badanych wskazało przemoc seksualną (Tabela V).



Rycina 5. Występowanie zjawiska przemocy wobec dzieci- doświadczenia pracowników medycznych

Tabela V. Forma krzywdzenia dzieci, z którą respondenci spotkali się w swojej pracy zawodowej

Z jaką formą krzywdzenia dzieci spotkał/a się Pan/Pani w swojej pracy?	Odpowiedzi		Procent obserwacji
	N	Procent	
Przemoc seksualna	46	25,0%	43,0%
Przemoc psychiczna	54	29,3%	50,5%
Przemoc fizyczna	84	45,7%	78,5%
Ogółem	184	100,0%	172,0%

W pytaniu oceniającym wiedzę badanych na temat diagnozy Zespołu Dziecka Krzywdzonego, najczęściej padała odpowiedź, iż jednostkę tą diagnozuje się *na podstawie obserwacji* – 73,9% badanych oraz *poprzez badania kliniczne* – 72,3%. Znacznie mniej, bo tylko 48,7% zaznaczyło odpowiedź – *ocena rozwoju psychoruchowego dziecka*, natomiast *wywiad z rodzicami lub opiekunami dziecka* wskazało jedynie 44,5% badanych. Należy pamiętać, że wywiad z rodzicami, bądź opiekunami, zaraz po badaniach klinicznych dziecka, jest kluczowym elementem diagnozy Zespołu Dziecka Krzywdzonego. Rodzice często zatajają prawdziwą przyczynę urazu, chroniąc siebie przed ewentualnymi konsekwencjami. Należy zwrócić uwagę, czy obraz kliniczny urazu odpowiada podawanym przez rodziców przyczynom (Tabela VI).

Pracownicy personelu medycznego zapytani o cechy charakteryzujące rodzinę, w której dochodzi do przemocy, odpowiadali w następujący sposób. Największa liczba ankietowanych - 90,8%, za przyczynę wskazała – niechcianą ciążę i chorobę dziecka; 84,9% nadużywanie alkoholu przez członków rodziny; 74,8% trudną sytuację materialną oraz niską

pozycję społeczną rodziny; 72,3% kontakt z narkotykami; 68,1% choroby psychiczne członków rodziny, 52,1% brak akceptacji wśród społeczeństwa; natomiast niskie wykształcenie rodziców, jako przyczynę przemocy w domu wskazało 51,3% badanych. (Tabela VII).

Tabela VI. Diagnoza Zespołu Dziecka Krzywdzonego

W jaki sposób można zdiagnozować Zespół Dziecka Krzywdzonego?	Odpowiedzi		Procent obserwacji
	N	Procent	
Wywiad z rodzicami lub opiekunami dziecka	53	18,6%	44,5%
Badania kliniczne	86	30,2%	72,3%
Ocena rozwoju psychoruchowego dziecka	58	20,4%	48,7%
Na podstawie obserwacji	88	30,9%	73,9%
Ogółem	285	100,0%	239,5%

Tabela VII. Wiedza pracowników medycznych na temat cech charakteryzujących rodziny w których dochodzi do przemocy

Jakie według Pana/ Pani cechy charakteryzują rodzinę w której dochodzi do przemocy?	Odpowiedzi		Procent obserwacji
	N	Procent	
Nadużywanie alkoholu	101	17,2%	84,9%
Kontakt z narkotykami	86	14,6%	72,3%
Trudna sytuacja materialna, niska pozycja społeczna	89	15,1%	74,8%
Niskie wykształcenie rodziców	61	10,4%	51,3%
Brak akceptacji wśród społeczeństwa	62	10,5%	52,1%
Niechciana ciąża, choroba dziecka	108	18,4%	90,8%
Choroba psychiczna członków rodziny	81	13,8%	68,1%
Ogółem	588	100,0%	494,1%

Na pytanie o elementy zachowania dziecka, które powinny być sygnałem o prawdopodobieństwie występowania przemocy, największy odsetek badanych - 84,7% udzieliło odpowiedzi, że u dziecka występują zaburzenia zachowania związane z trudnością kontrolowania emocji i rozwiązywania sytuacji społecznych. Kolejno, 58,5% ankietowanych wskazało odpowiedź – *dziecko smutne, o cierpiącym wyrazie twarzy*; 55,9% - *dziecko zaniedbane, ubrane niestosownie do pory roku*.

Jedynie 24,6% respondentów uważa, że cechą charakterystyczną dziecka wobec którego stosowana jest przemoc jest nadpobudliwość. Warto pamiętać, że np. w przypadku przemocy na tle seksualnym, u dzieci może się pojawić się lęk przed jakimkolwiek kontaktem lub wręcz przeciwnie – nadpobudliwość, a czasem nawet skłonność do prostytucji (Tabela VIII).

Respondenci, za najczęstszą zmianę chorobową występującą u maltretowanych dzieci uznali siniaki (89,1%). Kolejną zmianą były - krwotoki wewnętrzne do narządów i jam ciała - 56,3%, pęknięcia i złamania przynasadowe kości długich - 53,8% oraz bóle głowy - 24,4% odpowiedzi (Tabela IX). Anna Nowaczyk w swoim opracowaniu „Dziecko krzywdzone” jako najczęstsze obrażenia na ciele dziecka maltretowanego podaje „potłuczenia - siniaki, złamania i pęknięcia kości długich, w tym złamania spiralne, będące rezultatem wykręcania kończyn oraz wewnętrzne uszkodzenia” [8].

Tabela VIII. Zachowanie dziecka dotkniętego przemocą

Jakie elementy zachowania dziecka powinny być sygnałem o prawdopodobieństwie występowania przemocy?	Odpowiedzi		Procent obserwacji
	N	Procent	
Dziecko smutne, o cierpiącym wyrazie twarzy	69	26,1%	58,5%
Dziecko nadpobudliwe	29	11,0%	24,6%
Dziecko zaniedbane, ubrane nie stosownie do pory roku	66	25,0%	55,9%
U dziecka występują zaburzenia zachowania związane z trudnością kontrolowania emocji i rozwiązywania sytuacji społecznych	100	37,9%	84,7%
Ogółem	264	100,0%	223,7%

Tabela IX. Najczęstsze zmiany chorobowe u maltretowanych dzieci

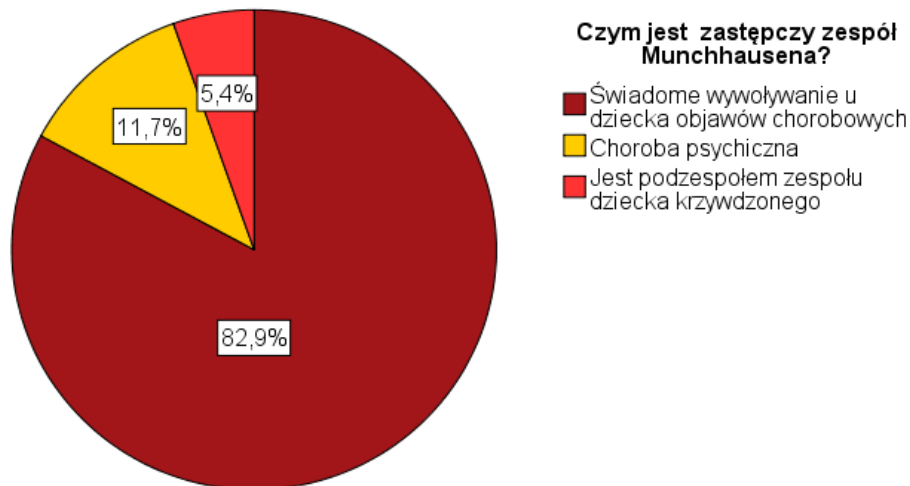
Najczęściej występujące zmiany chorobowe obserwowane u maltretowanych dzieci to:	Odpowiedzi		Procent obserwacji
	N	Procent	
Krwotoki wewnętrzne do narządów i jam ciała	67	25,2%	56,3%
Siniaki	106	39,8%	89,1%
Bóle głowy	29	10,9%	24,4%
Pęknięcia i złamania przynasadowe kości długich	64	24,1%	53,8%
Ogółem	266	100,0%	223,5%

Ankietowani, pytani o definicję Zastępczego Zespołu Munchhausena w większości odpowiadali poprawnie. Aż 82,9% respondentów udzieliło właściwej odpowiedzi, lecz tylko 5,4% badanych wiedziało, że jednostka ta jest podzespołem Zespołu Dziecka Krzywdzonego. 11,7% badanych błędnie uznało Zespół Munchhausena per procura, za chorobę psychiczną. (Rycina 6).

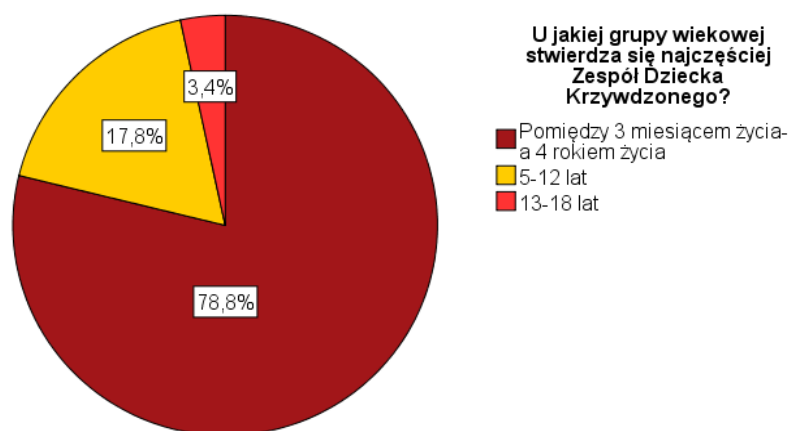
Wśród respondentów 78,8% udzieliło właściwej odpowiedzi. Niepoprawnej odpowiedzi udzieliło łącznie 21,2% ankietowanych (Rycina 7).

Na pytanie „U jakiej płci częściej stwierdza się Zespół Dziecka Krzywdzonego?” 85,1% ankietowanych udzieliło odpowiedzi poprawnej. 14,9% badanych stwierdziło, iż

ofiarami przemocy najczęściej padają chłopcy. Liczne badania dowodzą iż ofiarami przemocy padają zarówno chłopcy, jak i dziewczynki, jednak druga grupa doświadcza sytuacji maltretowania i przemocy dużo częściej (Rycina 8).

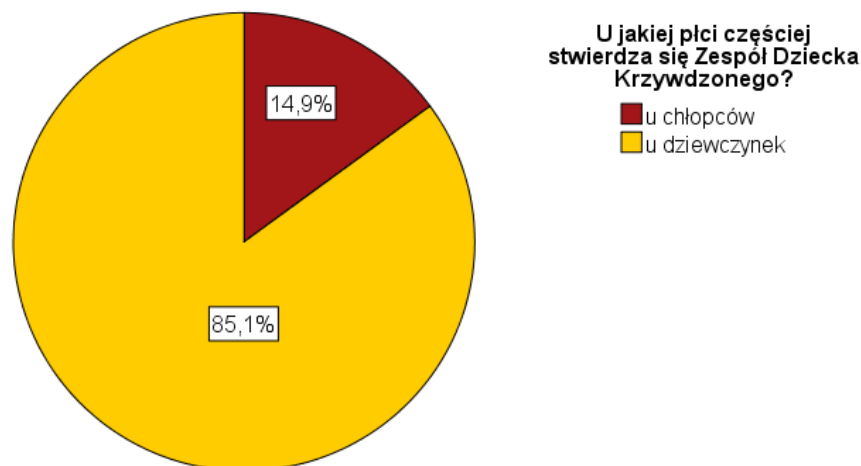


Rycina 6. Definicja zastępczego zespołu Munchhausena

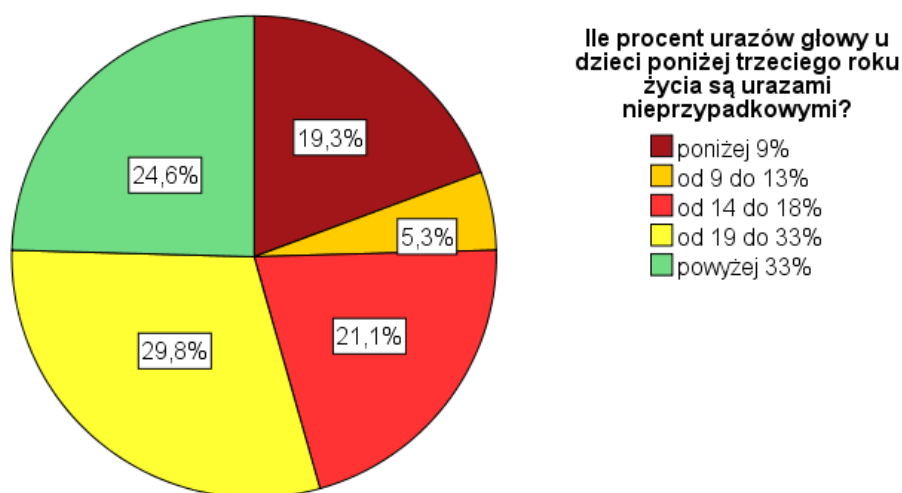


Rycina 7. Grupa wiekowa dzieci, u której najczęściej stwierdza się Zespół Dziecka Krzywdzonego

Jedynie 29,8% badanych udzieliło prawidłowej odpowiedzi na powyższe pytanie. Łącznie 70,2% ankietowanych nie znało właściwej odpowiedzi. „Według różnych statystyk, od 19-33% urazów głowy u dzieci poniżej trzeciego roku życia jest pochodzenia nieprzypadkowego. Oznacza to, że średnio, co czwarty mały pacjent odniósł uraz głowy w wyniku pobicia, potrząśnięcia lub zaniedbywania [9] (Rycina 9).



Rycina 8. Płeć, u której najczęściej stwierdza się Zespół Dziecka Krzywdzonego



Rycina 9. Procent nieprzypadkowych urazów głowy u dzieci poniżej trzeciego roku życia

Jako najczęstsze powikłania urazów głowy 76,5% respondentów wskazało krwiaki podtwardówkowe; 63%- krwawienia podpajęczynówkowe, a 16% zaburzenia widzenia. Stosunkowo dużo, bo 9,2% ankietowanych nie znalazło poprawnej odpowiedzi i zaznaczyło odpowiedź błędną - udar mózgu (Tabela X).

Badanych zapytano o to, na jakie aspekty należy zwrócić szczególną uwagę podczas badania dziecka po urazie. Największa część ankietowanych - 82 osoby (69,5%) odpowiedziało, że są to odstępstwa od normy stwierdzone w trakcie realizowanego badania przedmiotowego. Sposób zachowania rodziców wskazało 75 osób (63,6%); jednoznaczne obrazy radiologiczne przebytych dawniej zmian pourazowych – wskazało 73 osoby (61,9%),

a charakterystyczne dane z wywiadu zasugerowały jedynie 63 osoby, co stanowiło 53,4% wszystkich odpowiedzi. (Tabela XI).

Tabela X. Najczęstsze powikłań urazów głowy

Wśród powikłań urazów głowy najczęstsze są?	Odpowiedzi		Procent obserwacji
	N	Procent	
Krwiaki podtwardówkowe	91	46,4%	76,5%
Zaburzenia widzenia	19	9,7%	16,0%
Krwawienie podpajęczynówkowe	75	38,3%	63,0%
Udar mózgu	11	5,6%	9,2%
Ogółem	196	100,0%	164,7%

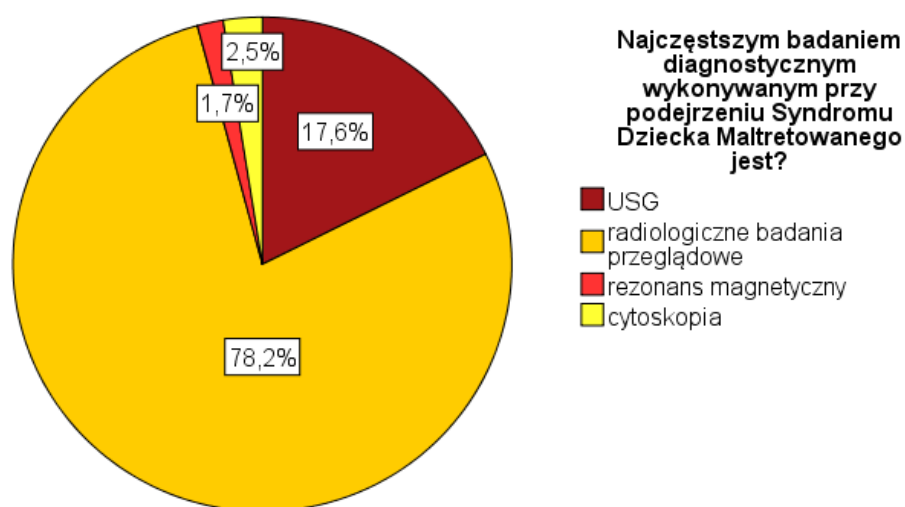
Tabela XI. Aspekty, na które należy zwrócić uwagę przy badaniu dziecka po urazie

Podczas badania dziecka po urazie należy zwrócić szczególną uwagę na:	Odpowiedzi		Procent obserwacji
	N	Procent	
Charakterystyczne dane z wywiadu	63	21,5%	53,4%
Sposób zachowania rodziców	75	25,6%	63,6%
Odstępstwa od tzw. normy stwierdzone w trakcie realizowanego badania przedmiotowego	82	28,0%	69,5%
Jednoznaczne obrazy radiologiczne przebytych dawniej zmian pourazowych	73	24,9%	61,9%
Ogółem	293	100,0%	248,3%

W pytaniu o najczęstsze badanie diagnostyczne wykonywane przy podejrzeniu Syndromu Dziecka Maltretowanego - 78,2% badanych udzieliło poprawnej odpowiedzi-wskazując rodzaj badania diagnostycznego jako – radiologiczne badanie przeglądowe. USG, jako najczęstszą metodę diagnostyczną wskazało 17,6% respondentów; 1,7% rezonans magnetyczny, natomiast 2,5% błędnie wskazało cystoskopię. Literatura wskazuje, iż diagnostyka obrazowa u dzieci dotkniętych przemocą sprowadza się głównie do zdjęć rentgenowskich, które są najczęściej wykonywanym badaniem diagnostycznym. W wybranych przypadkach diagnostykę uzupełnia się tomografią komputerową głowy, a tylko w niewielu przypadkach badaniem rezonansu magnetycznego. U dzieci, u których zmiany pourazowe obejmują narządy jamy brzusznej algorytm diagnostyczny obejmuje również zdjęcia przeglądowe i badania ultrasonograficzne (Rycina 10).

Ankietowanych poproszono o wskazanie głównych lokalizacji obrażeń dominujących na ciele dziecka maltretowanego. Najwięcej ankietowanych – 88 osób (75,2%) wskazało

obrażenia w okolicy niewystających części ciała; 54 osoby (46,2%) za najbardziej charakterystyczne obrażenia uznało zdrapania i rany liniowe; 42 osoby (35,9%) oparzenia symetryczne rąk i nóg. Na urazy w okolicy niewystających części ciała nie mogą działać urazy bierne, zatem ustalenie etiologii jest kluczowym elementem diagnozy. Często występują również linowe ślady - np. bicia pasem lub charakterystyczne oparzenia, najczęściej powstałe wskutek oblewania dziecka gorącą wodą, bądź wkładania go do gorącej wody. Reasumując, wiedza badanej grupy na temat najczęstszych lokalizacji urazów u dzieci oscyluje na średnio zadowalającym poziomie. Odpowiedzi niepoprawnych było aż 24, co stanowi 20,5% wszystkich odpowiedzi (Tabela XII).



Rycina 10. Najczęstsze badanie diagnostyczne wykonywane przy podejrzeniu Syndromu Dziecka Maltretowanego

Tabela XII. Lokalizacja obrażeń dominujących na ciele dziecka maltretowanego

Jakie obrażenia dominują na ciele dziecka maltretowanego?	Odpowiedzi		Procent obserwacji
	N	Procent	
Obrażenia w okolicy wystających części ciała	24	11,5%	20,5%
Oparzenia symetryczne rąk i nóg	42	20,2%	35,9%
Obrażenia w okolicy niewystających części ciała	88	42,3%	75,2%
Zdrapania i rany liniowe	54	26,0%	46,2%
Ogółem	208	100,0%	177,8%

Pracownicy personelu medycznego zapytani o zdarzenia, w których może nasunąć się podejrzenie maltretowania dziecka wskazali następujące sytuacje: 80,9% badanych (93 osoby) wskazało sytuację, w której zebrany wywiad jest rozbieżny z ciężkością i mechanizmem powstania urazu, 72,2% badanych (83 osoby) – kiedy minął długi czas między

powstaniem urazu a zgłoszeniem się do lekarza, 56,5% - gdy występuje niewspółmierność między powodem zgłoszenia się na konsultację a obrazem klinicznym, natomiast 48,7% respondentów - za taką sytuację uważa nieadekwatny do wieku rozwój psychoruchowy dziecka. Rozbieżność między zebranymi informacjami a mechanizmem powstania urazu jest sygnałem dla lekarza o możliwości wystąpienia przemocy. Często przemoc wykrywania jest przy okazji szczepienia, czy bilansu dziecka, a nieprawidłowości stwierdzone w trakcie badania przedmiotowego rodzice tłumaczą wyimaginowaną przeszłością dziecka. Konieczna jest ocena sposobu zachowania rodziców w chwili, gdy nie spodziewają się niczyjego zainteresowania, a więc poza gabinetem lekarskim i sala chorych (Tabela XIII).

Tabela XIII. Sytuacje, w których może nasunąć się podejrzenie maltretowania dziecka

Podejrzenie maltretowanego dziecka może nasunąć się w sytuacji gdy:	Odpowiedzi		Procent obserwacji
	N	Procent	
Minął długi czas między powstaniem urazu, a zgłoszeniem się do lekarza	83	27,9%	72,2%
Zebrany wywiad jest rozbieżny z ciężkością i mechanizmem powstania urazu	93	31,3%	80,9%
Występuje niewspółmierność między powodem zgłoszenia się na konsultację a obrazem klinicznym	65	21,9%	56,5%
Rozwój psychoruchowy dziecka jest nieadekwatny do wieku dziecka	56	18,9%	48,7%
Ogółem	297	100,0%	258,3%

Dyskusja

Przemoc wobec dzieci jest istotnym i stale narastającym problemem społecznym zarówno w Polsce, jak i na świecie. Badaniom poddano 119 pracowników personelu medycznego, rozpiętość wieku wahała się od 25 do 64 lat. Badania dowiodły, że wiedza personelu medycznego na temat Zespołu Dziecka Krzywdzonego nie we wszystkich aspektach tematu znajduje się na najlepszym poziomie. Zestawiając badania przedstawione na konferencji naukowej pt. „Profilaktyka i terapia Zespołu Dziecka Krzywdzonego” w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie wynika, iż Zespół Dziecka Krzywdzonego rozpoznawany jest najczęściej przez szkolnych psychologów, pedagogów i pracowników socjalnych, natomiast pracownicy służby zdrowia ograniczają się do udzielenia dziecku doraźnej pomocy medycznej, bez włączenia się w proces interwencyjny. Uwrażliwienie i zaangażowanie środowiska medycznego w przerywanie przemocy wobec dzieci jest nadal celem wielu instytucji zarówno rządowych, jak i pozarządowych. Statystyki, jakie przedstawiają badania wskazują, iż

przemoc występuje w 30% rodzin miejskich i 40% rodzin wiejskich, a 10,6% wszystkich urazów dzieci w wieku 0-12 miesięcy, będących przyczyną hospitalizacji, to urazy nieprzypadkowe. Skutki krzywdzenia w dzieciństwie mogą przez długie lata kształtować sferę fizyczną (opóźnienie w rozwoju, zespół stresu pourazowego) i psychiczną (niska samoocena, problemy z przystosowaniem społecznym, izolacja, stany depresyjne i lękowe, skłonność do nałogów). Bardzo niepokojący jest fakt, iż 30% osób krzywdzonych w dzieciństwie powtarza te same zachowania w stosunku do swoich dzieci. Dlatego, tak istotne jest zorganizowanie w szpitalach i poradniach pediatrycznych kompleksowej pomocy interdyscyplinarnej dla ofiar przemocy.

Wśród przyczyn niedostrzegania problemu i niedostatecznego zaangażowania się w zorganizowanie dziecku ochrony wymieniono brak znajomości symptomatologii i niechęć do wdrażania procedur prawnych [10]. Wynika ona z obawy o własną reputację, ze strachu przez rodzicami dziecka, z braku wiedzy, w jaki sposób interweniować oraz z przekonania, że do tego celu powołane są inne służby. Zauważono, że warunkiem rozpoznania problemu przemocy wobec dzieci jest regularna edukacja, począwszy od studentów medycyny, skończywszy na edukacji społecznej [11,12].

Wnioski

1. Analiza statystyczna wykazała, że aż 92,4% badanych poprawnie określiło definicję Zespołu Dziecka Krzywdzonego. Na pytanie – „Jakie zachowania obejmuje krzywdzenie dzieci.” Respondenci Ci zaznaczyli odpowiedź – *przemoc fizyczna, emocjonalna, wykorzystywanie seksualne i zaniedbywani*, która była najtrafniejszą z możliwych odpowiedzi. Niepokojącym faktem jest to, iż jedynie 83,2% badanych uważa znęcanie psychiczne za podzespół Zespołu Dziecka Krzywdzonego.
2. Co ciekawe, aż 16,1% ankietowanych nie zdaje sobie sprawy z rangi problemu, określając częstość występowania przemocy wobec dzieci jako małą. Jest to zatrważający wynik, ponieważ to głównie na personelu medycznym ciąży odpowiedzialność dotycząca wykrywania, diagnozowania i zgłaszania przypadków maltretowania. Nieznajomość skali zjawiska, nie tylko negatywnie wpływa na czujność pracowników służby zdrowia, ale i również na możliwość skutecznego rozpoznania i ograniczenia liczby przypadków i następstw przemocy w przyszłości.
3. Aż co piąty badany nie wykazał się wiedzą na temat najczęstszych lokalizacji urazów u dzieci krzywdzonych- wskazali oni na obrażenia w okolicy wystających części ciała. Umiejscowienie urazów i ustalenie ich etiologii jest kluczowym elementem diagnozy,

dlatego tak ważna jest wiedza na ten temat. Nieznajomość tych aspektów, nie tylko utrudnia rozpoznanie Zespołu Dziecka Krzywdzonego, ale i niekorzystnie wpływa na wizję zmniejszenia przemocy w przyszłości.

4. Zadowolającym faktem jest to, że aż 82,9% ankietowanych pracowników służby zdrowia wie, czym jest zastępczy zespół Munchausena (per procura) i potrafi poprawnie do sklasyfikować.
5. Aż 78,8% badanych właściwie określa grupę wiekową, w której najczęściej dochodzi do rozpoznania Zespołu Dziecka Maltretowanego. Respondenci mieszkający w mieście częściej niż ankietowani ze wsi udzielali poprawnej odpowiedzi.
6. Badani w większości (78,2%) poprawnie wskazują za najlepszą metodę diagnostyczną dzieci krzywdzonych – radiologiczne badanie przeglądowe.

Piśmiennictwo

1. Mroczek B., Romańska A., Karakiewicz B.: Kompetencje wybranych grup zawodowych w zakresie wczesnej profilaktyki przemocy wobec dziecka. *Fam. Med. Primary Care Rev.*, 2006, 8, 701-707.
2. Szymańczak M.: Pojęcie krzywdzenia dzieci. *Niebieska Linia*, 1999, 1.
3. Definicja wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).
4. Definicja wg Amerykańskiego Centrum Pomocy Dzieciom Krzywdzonym i Zaniechanym (National Center on Child Abuse and Neglect).
5. Wolska Konferencja Szkoleniowa - „Bez przemocy wobec dziecka – Wola do wychowywania” – Warszawa, 29 kwietnia 2010.
6. Marzec-Holka K.: *Nie będziesz bił dziecka swego*. Wydawnictwo WSP, Bydgoszcz 1996.
7. Goniewicz K., Goniewicz M.: Przemoc wobec dzieci - aspekty etyczno-prawne. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2011, 5, 437-444.
8. Binczycka-Anholcer M.: *Agresja i przemoc a zdrowie psychiczne*. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa- Poznań, 2001.
9. Bąk P., Pakulski C.: Zespół dziecka maltretowanego - opis przypadku. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2008, 2, 261-264.
10. Na podstawie Koton-Czarnecka M., Zespół Dziecka Krzywdzonego: trudna diagnoza dla lekarza., *Puls Medycyny*, <http://pulsmedycyny.pl/2578900,8467,zespol-dziecka-krzywdzonego-trudna-diagnoza-dla-lekarza>, data pobrania 16.03.2015.

11. Dutton D. G.: Przemoc w rodzinie. Grupa Wydawnicza Bertelsmann Media, Warszawa 2001.
12. Finkelhor D.: Child Sexual Abuse. New York, Free Press, 1984.

**Jankowiak Barbara¹, Kiszycka Magdalena², Rolka Hanna¹, Kowalewska Beata¹,
Kowalczuk Krystyna¹, Klimaszewska Krystyna¹, Krajewska-Kulak Elżbieta¹**

Stygmatyzacja osób uzależnionych od alkoholu

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Absolwentka studiów II stopnia kierunku Pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Termin „alkoholizm” został wprowadzony przez szwedzkiego lekarza Hussa w 1849 roku. Oznacza chorobę, która jest bezpośrednią konsekwencją nadużywania alkoholu, czyli spożywanie tej substancji w negatywny sposób powoduje dramatyczne konsekwencje dla pijącego i jego otoczenia [1]. To choroba, która niszczy wszystkie sfery życia: psychiczną, duchową, moralną oraz religijną, głęboko zaburza świadomość i wolność człowieka. Uzależniony może wychodzić z czynnej fazy choroby, jednak do końca życia pozostanie alkoholikiem [1].

W 1956 roku alkoholizm został wciągnięty na listę chorób Światowej Organizacji Zdrowia. Jest to jedno z najbardziej niszczących schorzeń i jednocześnie jedno z niewielu, w którym do istoty choroby należy zaprzeczanie jej istnienia przez pijącego [2].

Współcześnie funkcjonuje wiele podobnych definicji, które mówią, że choroba alkoholowa (alkoholizm, zespół uzależnienia alkoholowego) to zespół zaburzeń psychicznych i somatycznych, polegający na utracie kontroli nad ilością spożywanego alkoholu. Alkoholizm rozwija się podstępnie, jest chorobą chroniczną, wywiera szereg negatywnych skutków zdrowotnych oraz społecznych, może doprowadzić do przedwczesnej śmierci [3,4].

Problem nadużywania alkoholu dotyczy około 15% Polaków, a 2% jest od niego uzależniona [4]. Na podstawie danych zgromadzonych przez GUS, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oszacowała, że w 2009 roku na jednego mieszkańca Polski przypadło 9,06 litra wypitego 100% alkoholu rocznie, gdzie dla porównania w 1999 roku było to 7,04 litra [5]. Tendencja wzrostowa powoduje, że obniża się również wiek inicjacji alkoholowej oraz zmniejszają się różnice w poziomach spożycia alkoholu między różnymi grupami wiekowymi [6]. Według raportu z badań HSBC 2006 oraz IMiD 2007 – „Zdrowie subiektywne, style życia i środowisko psychospołeczne młodzieży szkolnej w Polsce”, blisko 22% młodych ludzi po raz pierwszy spróbowało alkoholu w wieku 11 lat bądź mniej [7]. Najwięcej wypijają osoby w wieku 40-49 lat, a najmniej osoby po 65.

roku życia. Mężczyźni piją więcej niż kobiety, jednak różnica ta zaczyna stopniowo się wyrównywać. Rośnie spożywanie alkoholu wśród młodzieży, a zwłaszcza młodych kobiet. Odsetek uzależnionych od alkoholu wśród obu płci jest zdecydowanie widoczny w przedziale wiekowym 18-24 [6].

Kobiety z wyższym wykształceniem piją więcej niż kobiety z wykształceniem podstawowym. Natomiast w przypadku mężczyzn jest odwrotnie. Najwięcej alkoholu piją mężczyźni z niższym wykształceniem, bezrobotni (około 30% więcej niż pracujący) oraz mężczyźni mieszkający na wsi [6,8].

Według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol zajmuje trzecie miejsce wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji [4]. Uzależnienie od alkoholu wywiera wpływ na całość funkcjonowania człowieka. Choroba ta jest niezwykle trudna, może dotknąć wiele osób bez względu na wiek, płeć czy status społeczny, niszcząc wszystkie sfery życia oraz powodując dramatyczne skutki dla chorego i jego otoczenia.

Alkoholizm jest zjawiskiem niepożądanym społecznie. W dzisiejszych czasach funkcjonuje przekonanie, że choroba ta jest zaburzeniem w rozwoju osobowości oraz przejawem słabości woli czy charakteru jednostki. Osoby uzależnione od alkoholu postrzegane są poprzez stereotypy dysfunkcyjnych zachowań, co objawia się używaniem pejoratywnych terminów wobec nich, np. lumpy, pijaki. Nadużywanie alkoholu jest także jednym z nieprawidłowych sposobów walki ze stresem.

Brak wiedzy społeczeństwa na temat istoty alkoholizmu, degradujący charakter choroby, stereotypy, a także brak wsparcia mogą stać się powodem osamotnienia oraz odrzucenia przez społeczeństwo, co w konsekwencji prowadzi do utrudnionego funkcjonowania w środowisku, a nawet nawrotu choroby.

Celem pracy było:

1. Przedstawienie ogólnej samooceny osób uzależnionych od alkoholu.
2. Ocena poziomu stygmatyzacji osób uzależnionych od alkoholu w zależności od wieku oraz płci.

Material i metodyka badań

Badania zostały przeprowadzone w grupie 120 pacjentów hospitalizowanych w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym ZOZ im. dr Stanisława Deresza w Choroszczy z rozpoznaną chorobą alkoholową. Pacjenci wyszli z czynnej fazy choroby i byli poddani terapii grupowej.

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem:

- Kwestionariusza ankiety własnego autorstwa

- Skali samooceny SES M. Rosenberga.

Kwestionariusz Ankiety własnego autorstwa zawierał pytania dotyczące problemu stygmatyzacji oraz dane metryczkowe (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny oraz obecne źródło utrzymania).

Skala Rosenberg Self-Esteem Scale (SES) (w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek i M. Łaguny) to narzędzie pozwalające na ocenę poziomu samooceny. Składa się z 10 stwierdzeń, które odnoszą się do przekonań o własnej osobie. Badany wskazuje właściwą odpowiedź na czterostopniowej skali:

1- Zdecydowanie zgadzam się

2- Zgadzam się

3- Nie zgadzam się

4- Zdecydowanie nie zgadzam się.

Całkowitą punktację uzyskuje się dodając punkty za poszczególne pytania, przy czym wyniki w pytaniach 1, 2, 4, 6, 7 są wynikami odwróconymi. Możliwe do uzyskania punkty mieszczą się w przedziale od 10 do 40. Wyższy wynik świadczy o wyższym poczuciu własnej wartości [9].

Wszystkie uzyskane dane zostały uogólnione i poddane analizie statystycznej. Aby uzyskać odpowiedzi na pytania postawione w pracy wykonano korelację rho-Spearmana, test niezależności Chi-kwadrat oraz test U Manna-Whitneya. Końcowym wynikiem każdego testu jest wartość p , czyli poziom istotności. W związku z tym wyodrębniono następujące sytuacje:

- $p \geq 0,05$ – wynik uznajemy za nieistotny statystycznie
- $p < 0,05$ – mówimy o istotności statystycznej

Istotność statystyczna jest równoważna ze stwierdzeniem, że zależność zaobserwowana w próbie może być uogólniana za całą populację.

Wyniki badań własnych

Przedstawienie grupy badawczej

Badanie przeprowadzono wśród 120 osób z rozpoznaną chorobą alkoholową w wieku od 23 do 72 lat, ze średnią wieku $M = 44,3$ lata (odchylenie standardowe $SD = 10,5$ lat). W badaniu wzięło udział więcej mężczyzn (53,3%) niż kobiet (46,7%).

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 40-49 lat (32%), kolejno 30-39 lat (26%) oraz 50-59 lat (26%). Najmniejszą liczbę respondentów stanowiły osoby powyżej 70. roku życia.

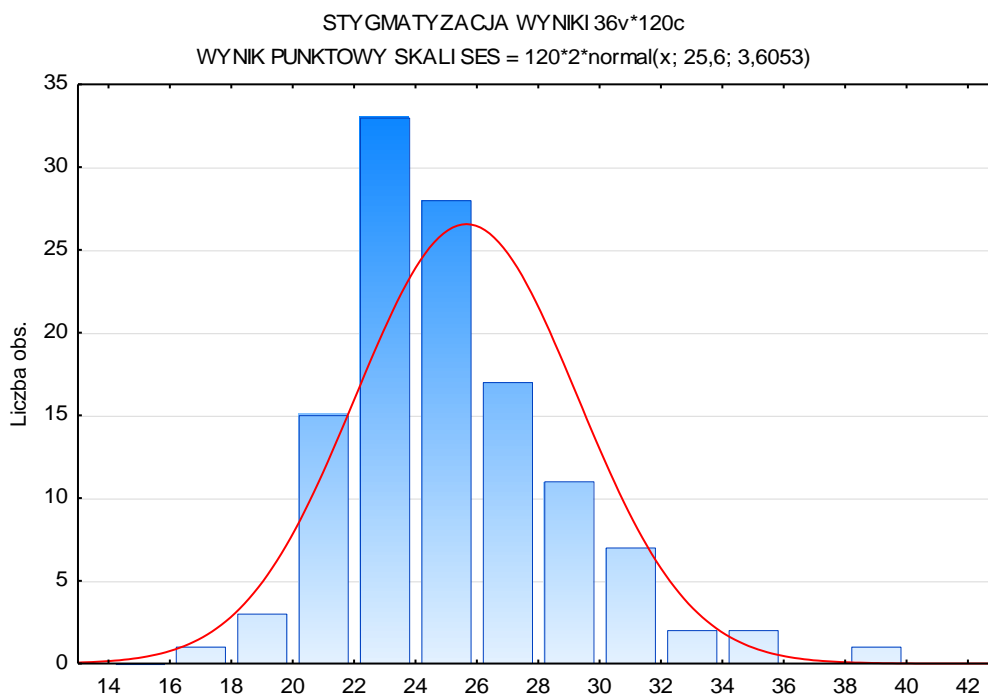
W populacji badanych osób, 50,2% ogółu kobiet legitymowało się wykształceniem średnim, 31,8% zawodowym, 10,9% wyższym oraz 7,1% podstawowym. W grupie mężczyzn 41,3% to osoby z wykształceniem zawodowym, 27,2% średnim, 22,7% podstawowym oraz 8,8% to osoby z wykształceniem wyższym.

W badaniu wzięło udział więcej osób mieszkających w mieście (60,0%) niż na wsi (40,0%). Najwięcej badanych to osoby pozostające w związku małżeńskim (58,3%). Co czwarta badana osoba była kawalerem/panną. 18,3% badanej próby stanowiły osoby po rozwodzie, a jedynie 3,4% osoby owdowiałe. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby bezrobotne (37,5%). 22,5% ogółu badanej populacji to pracownicy fizyczni, 13,3% rolnicy, a 6,7% pracownicy umysłowi. Co piąta badana osoba wskazała na inne źródła utrzymania (20,0%).

Analiza samooceny za pomocą skali SES

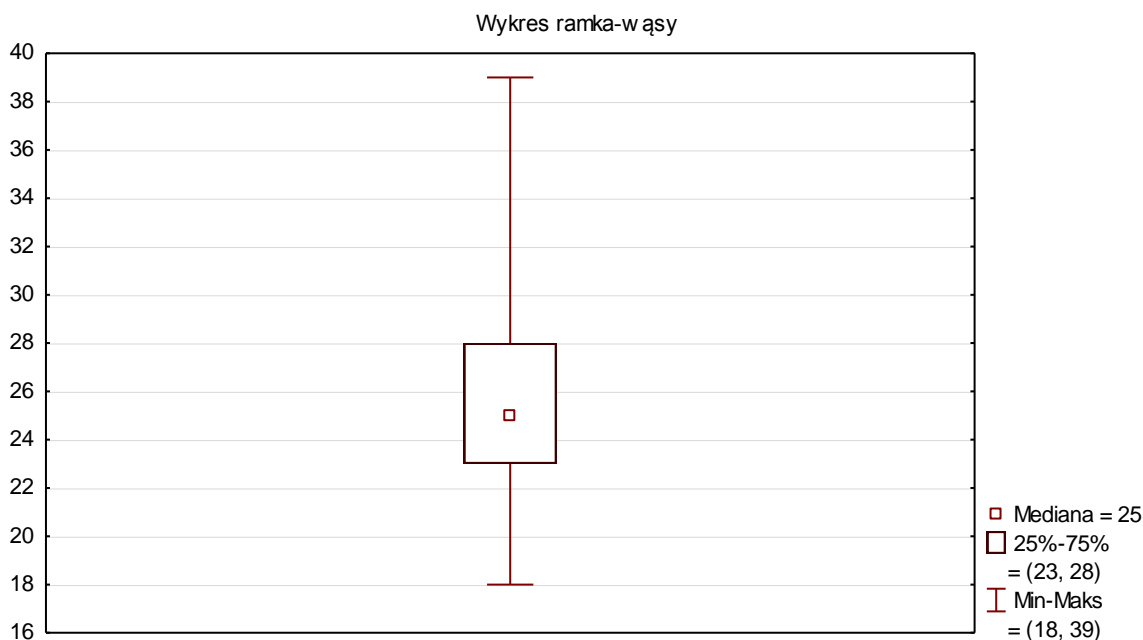
W badaniu zmierzono poziom samooceny za pomocą skali Self-Esteem Scale (SES).

Badane osoby, na skali od 10 do 40 punktów, uzyskiwały średni wynik $M = 26$ pkt. Najczęstszy wynik wynosił 23 pkt, co przedstawia Rycina 1.



Rycina 1. Rozkład punktów skali SES badanej populacji

75% populacji badanych osób uzyskało co najwyżej 28 pkt., a 25% respondentów maksymalnie 23 pkt (Rycina 2).



Rycina 2. Wartości punktowe badanej populacji odchylające się od mediany

Analizując poziom samooceny według płci, kobiety uzyskały średni wynik o 1 pkt niższy (25 pkt) niż mężczyźni (26 pkt). Kobiety zdobywały najczęściej 23 pkt, natomiast mężczyźni 24 pkt. Połowa ogółu kobiet miała 24 punkty lub mniej, natomiast mężczyźni 26 punktów bądź mniej. 75% kobiet uzyskało maksymalnie 26 pkt, natomiast 75% mężczyzn maksymalnie 29 pkt. Statystyki opisowe badanej zmiennej według płci przedstawia Tabela I.

Tabela I. Poziom samooceny respondentów według płci

Statystyka	Poziom samooceny- wartości punktowe	
	Kobiety	Mężczyźni
Średnia	24,59	26,48
Mediana	24	26
Moda	23	24
Odchylenie standardowe	3,62	3,38
Kwartył dolny	22	24
Kwartył górny	26	29

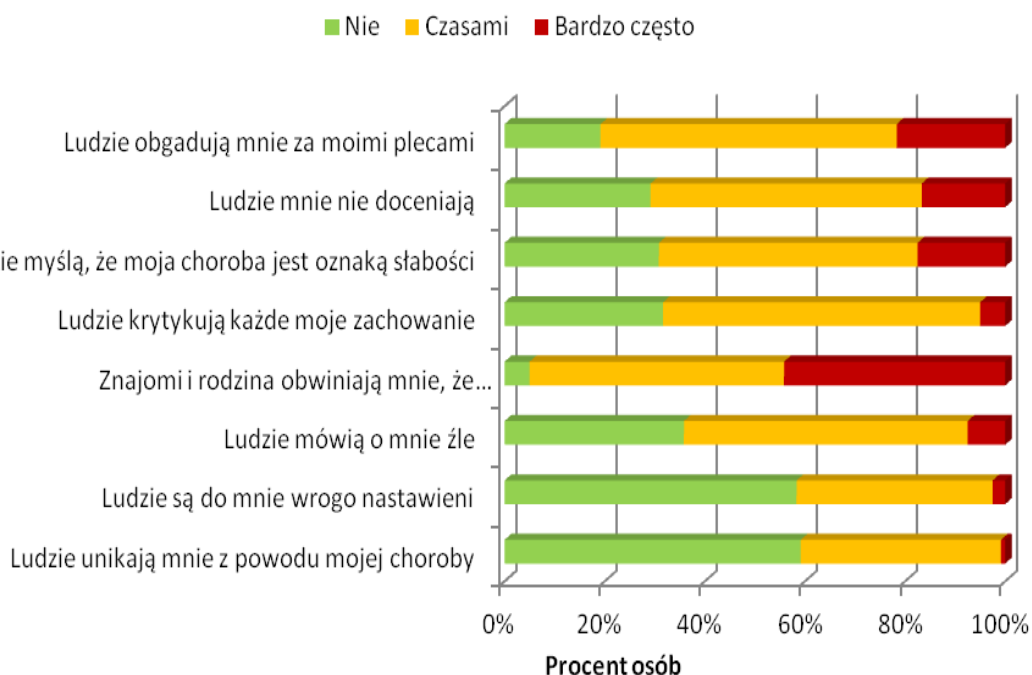
Analiza autorskiego kwestionariusza ankiety

Według badanych osób prawie 57% na pytanie „Ludzie mówią o mnie źle” odpowiedziało „czasami”, ponad 50% osób w odpowiedzi na pytania „Znajomi i rodzina obwiniają mnie, że nadużywałam/em alkoholu”, „Ludzie myślą, że moja choroba jest oznaką

słabości”, „Ludzie mnie nie doceniają”, „Ludzie obgadują mnie za moimi plecami” również dało odpowiedź „czasami”. Ponad 63% ankietowanych uważało, że ludzie krytykują ich zachowanie.

Większość osób (39,2%) nikomu nie mówiło o swoim uzależnieniu. Ponad 40% osób nie uważało, że z powodu choroby nie będzie szanowana oraz ma mniej przyjaciół. Na pytanie „Czuję się nieszczęśliwy” 36,7% osób odpowiedziało „raczej tak” i „raczej nie”, jednak na pytanie o uczucie samotności ponad 40% raczej zgadzało się z tym. 45% ankietowanych nie czuło się gorsze od innych, dając odpowiedź „raczej nie”. W opinii respondentów większe zakłopotanie występowało przy tym, jak ktoś pyta o chorobę (43,3% - „raczej tak”) niż gdy ktoś patrzy (32,5% - „z całą pewnością nie”). 34,2% osób raczej zgadzało się ze stwierdzeniem, że „Czuje się jak wyrzutek” oraz 37,5% raczej była zraniona, gdy się dowiedziało, co inni ludzie o nich myślą.

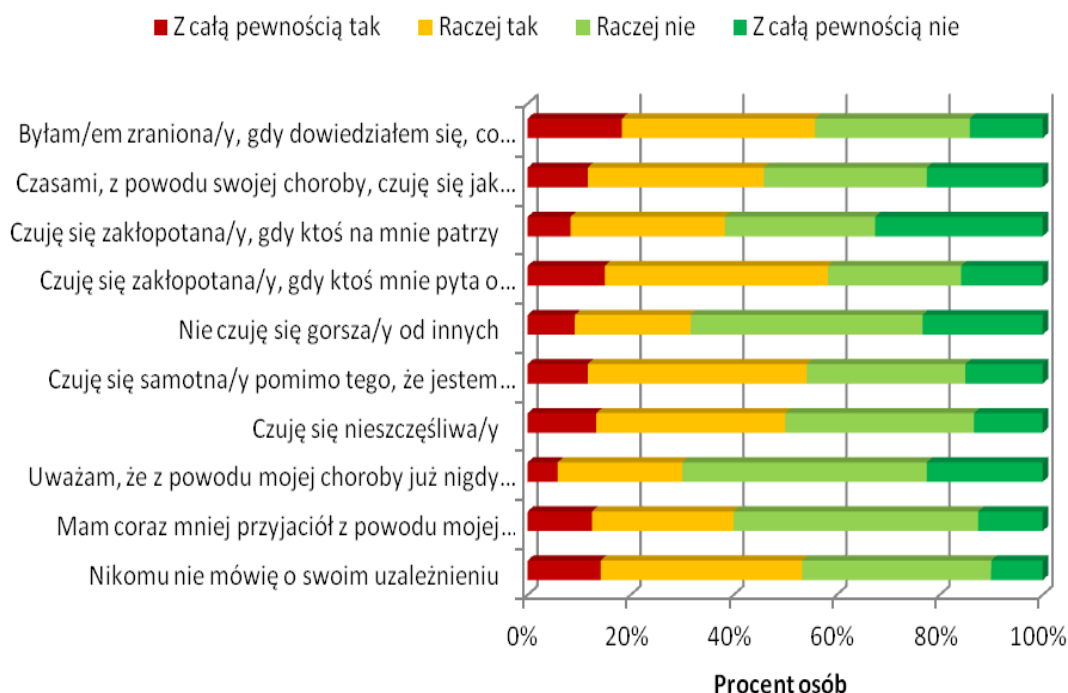
Na Rycinach 3 i 4 przedstawiono w sposób graficzny odpowiedzi na pytania dotyczące stygmatyzacji.



Rycina 3. Rozkład udzielanych odpowiedzi na poszczególne pytania dotyczące stygmatyzacji badanych osób – część I

W dalszej kolejności przeanalizowano, czym dla badanych osób jest ich choroba. Ankietowani mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź lub podać odpowiedź własną. Najczęściej wskazywano na słabość (36,7%), wyzwanie (30,8%), przeszkodę (26,7%) oraz

karę (26,7%). Dla 13,3% ankietowanych ich choroba była stratą, a dla 1,7% ulgą i wartością. Tylko 1 osoba (0,8%) wskazała, że choroba alkoholowa jest korzyścią.



Rycina 4. Rozkład udzielanych odpowiedzi na poszczególne pytania dotyczące stygmatyzacji badanych osób – część II

Następnie sprawdzono, czy zachodzą związki pomiędzy wiekiem badanych osób a sposobem udzielania odpowiedzi na zadane pytania dotyczące stygmatyzacji (Tabela II).

Analizy korelacji wykazały, że im badane osoby były starsze, tym (według ich oceny) rzadziej ludzie unikali ich z powodu choroby, ludzie mówili o nich źle, znajomi i rodzina obwiniali ich, że nadużywali alkoholu, ludzie krytykowali ich każde zachowanie oraz rzadziej byli obgadywani za plecami czy też byli zranieni, gdy dowiedzieli się, co ludzie o nich uważają.

Następnie sprawdzono, czy kobiety różniły się od mężczyzn pod względem udzielanych odpowiedzi na pytania dotyczące stygmatyzacji. W tym celu zastosowano analizę testem U Manna-Whitneya (porządkowy charakter zmiennych pomiarowych) i jedynie w dwóch określeniach uzyskano istotność statystyczną (Tabela III).

Analizy wykazały, że mężczyźni rzadziej od kobiet czuli się zakłopotani, gdy ktoś ich pyta o chorobę oraz rzadziej z powodu choroby czuli się jak wyrzutkowie.

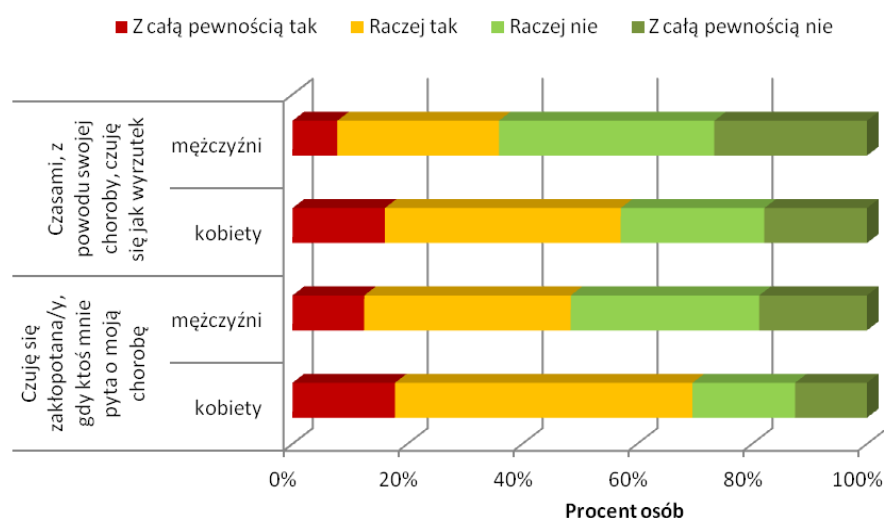
Tabela II. Współczynniki korelacji rho-Spearmana pomiędzy wiekiem badanych osób a sposobem udzielania odpowiedzi na pytania dotyczące stygmatyzacji (*p < 0,05)

Stygmatyzacja	Wiek
Ludzie unikają mnie z powodu mojej choroby	-0,27*
Ludzie są do mnie wrogo nastawieni	-0,17
Ludzie mówią o mnie źle	-0,26*
Znajomi i rodzina obwiniają mnie, że nadużywałam/em alkoholu	-0,26*
Ludzie krytykują każde moje zachowanie	-0,19*
Ludzie myślą, że moja choroba jest oznaką słabości	-0,09
Ludzie mnie nie doceniają	-0,06
Ludzie obgadują mnie za moimi plecami	-0,25*
Nikomui nie mówię o swoim uzależnieniu	-0,15
Mam coraz mniej przyjaciół z powodu mojej choroby	0,13
Uważam, że z powodu mojej choroby już nigdy nie będę szanowana/y	-0,10
Czuję się nieszczęśliwa/y	0,11
Czuję się samotna/y pomimo tego, że jestem wśród ludzi	0,03
Nie czuję się gorsza/y od innych	-0,06
Czuję się zakłopotana/y, gdy ktoś mnie pyta o moją chorobę	-0,07
Czuję się zakłopotana/y, gdy ktoś na mnie patrzy	0,07
Czasami, z powodu swojej choroby, czuję się jak wyrzutek	0,18
Byłam/em zraniona/y, gdy dowiedziałem się, co ludzie o mnie uważają	0,24*

Na Rycinie 5 przedstawiono udzielone odpowiedzi, w których analiza wykazała istotność statystyczną w podziale na płeć badanych osób.

Tabela III. Wyniki porównania kobiet i mężczyzn pod względem pytań dotyczących stygmatyzacji

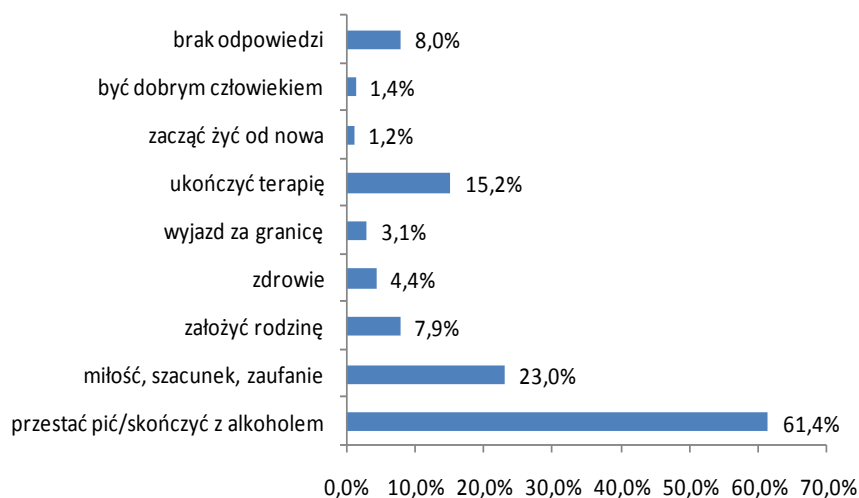
Pytanie	Płeć	Średnia ranga	Wynik testu U	Poziom istotności
Czuję się zakłopotana/y, gdy ktoś mnie pyta o moją chorobę	Kobiety	53,97	2,03	0,042
	Mężczyźni	66,21		
	Mężczyźni	58,16		
Czasami, z powodu swojej choroby, czuję się jak wyrzutek	Kobiety	53,31	2,21	0,027
	Mężczyźni	66,79		
	Mężczyźni	60,49		



Rycina 5. Odpowiedzi na pytania: „Czasami, z powodu swojej choroby, czuję się jak wyrzutek” oraz „Czuję się zakłopotana/y, gdy ktoś mnie pyta o moją chorobę” w zależności od płci

W pytaniu otwartym ankietowani mieli opowiedzieć o swoich marzeniach. Większość osób (61,4%) opowiedziało, że chciało by „przestać pić” czy „skończyć z alkoholem”, 23,0% stwierdziło, że ich marzeniem jest „odzyskać miłość, szacunek oraz zaufanie rodziny i innych osób”, 15,2% „ukończyć terapię”, 7,9% „chciałoby założyć rodzinę”. 4,4% respondentów „zdrowie”, 3,1% „wyjazd z kraju”, 1,2% „chciałoby zacząć życie od nowa”, 1,3% „chciałoby być dobrym człowiekiem”. 8,0% ogółu badanej populacji nie

udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Rycina 6 przedstawia odpowiedzi respondentów na pytanie otwarte.



* suma nie jest równa 100%, gdyż ankietowani mogli podać więcej niż jedną odpowiedź

Rycina 6. „Moim marzeniem jest” w opinii respondentów

Omówienie wyników i dyskusja

Alkoholizm jest zespołem zaburzeń somatycznych i psychicznych, gdzie naprzemiennie występują okresy zaostrzeń, czyli ciągłego picia oraz remisji-abstynencji [3]. Nie ma jednoznacznie ustalonej przyczyny choroby alkoholowej. Najprawdopodobniej do jej rozwoju przyczynia się szereg czynników: biologicznych, psychologicznych oraz społeczno-kulturowych [4].

Liczne badania wskazują, iż alkoholizm i bezrobocie idą w parze: alkoholicy są narażeni na stratę pracy, bądź też bezrobocie skutkuje rozwojem alkoholizmu [10]. Około 30% więcej mężczyzn bezrobotnych niż pracujących jest uzależniona od alkoholu. Najwięcej pijących to mieszkańcy wsi [6,8].

Badania własne ukazują, że nadal dominują bezrobotni mężczyźni, jednak nie potwierdziły, że osoby z problemem alkoholowym to głównie mieszkańcy wsi. Wśród respondentów płci męskiej dominowały osoby bezrobotne (45,3%), a wśród kobiet osoby pracujące fizycznie (32,1%). Osoby badane to głównie mieszkańcy miast (60,0%).

Alkoholizm wpływa na wszystkie sfery życia człowieka: fizyczną, psychiczną, duchową oraz społeczną. Nadmierne spożywanie alkoholu doprowadza do zmian we wszystkich tkankach i układach [11]. Alkoholik uzależnia swoje życie od alkoholu, często

zapominając o najbliższym otoczeniu, większość czasu poświęca na jego zdobywanie i picie, przez co zaniedbuje najbliższe otoczenie, czyli rodzinę i bliskich [1]. Powtarzające się nadużywanie alkoholu powoduje brak właściwego wypełniania obowiązków w domu czy w pracy, stwarza fizyczne i prawne zagrożenie dla otaczającego środowiska. Jedne z licznych skutków alkoholizmu to bezrobocie, wypadki drogowe, wypadki w pracy, przemoc domowa, naruszenie prawa i porządku przez osoby nietrzeźwe [12].

Te wymienione powyżej destrukcyjne zachowania związane z chorobą alkoholową powodują utrwalanie się stereotypów panujących w środowisku społecznym. Osoby uzależnione od alkoholu postrzegane są poprzez stereotypy dysfunkcyjnych zachowań, co objawia się używaniem krytycznych, wręcz obraźliwych terminów wobec nich [13]. Na kształtowanie się negatywnego stereotypu człowieka uzależnionego od alkoholu ma także wpływ widoczność społeczna, głównie osób z tzw. „marginesu społecznego” [10]. W dzisiejszych czasach funkcjonuje przekonanie, że choroba ta jest zaburzeniem w rozwoju osobowości oraz przejawem słabości woli czy charakteru jednostki.

Przeprowadzone przez nas badania wykazały, iż 51,7% respondentów na pytanie „ludzie myślą, że moja choroba jest oznaką słabości” odpowiedziało „czasami”. Natomiast w opinii na temat „czym dla samego uzależnionego jest jego choroba” okazało się, że najczęściej ankietowanych przyznało, że jest słabością (36,7%). Można więc wyraźnie powiedzieć, że stereotypy i przekonania na temat alkoholizmu kształtują jego obraz w społeczeństwie oraz własne przekonania o sobie.

Choroba alkoholowa postrzegana jest w dalszym ciągu przez pryzmat kategorii moralnych. Żulewska-Sak i Dąbrowska w swoim artykule przytaczają słowa sklepikarza ze Sztokholmu „Nawet, jeśli prawnie zostało uznane za chorobę, nie sądzę, aby wiele osób myślało o tym w ten sposób. Większość myśli, że to jest jego wina, wina tej osoby” [14].

Badania niniejsze potwierdziły powyższe przekonania. Na pytanie „znajomi i rodzina obwiniają mnie, że nadużywała/em alkoholu” 50,8% ankietowanych odpowiedziało „czasami” oraz 44,2% „bardzo często”.

Zjawisko stygmatyzacji społecznej jest wieloetapowym procesem, w którym jednostce przypisuje się silnie nieakceptowalną właściwość, przez co postrzegana jest jako obca, odmienna czy też niedoskonała. Taka negatywna „cecha” określa spostrzegającemu sposób myślenia oraz spychając na dalszy plan wszystkie inne cechy powoduje, że osoba stygmatyzowana postrzegana jest przez pryzmat tejże skazy [15]. Proces naznaczania społecznego przejawia się tym, że jednostka napiętnowana doświadcza wielu różnych form negatywnych reakcji i zachowań dyskryminacyjnych ze strony społeczeństwa [16,17]. Skutki

społecznego napiętnowania są trudne do oceny, zwłaszcza u osób chorych, gdyż nakładają się na nie trudności wynikające z samej choroby i jej objawów [15]. Jednak można wymienić szereg negatywnych skutków, jakie zjawisko to wywołuje u osób naznaczonych:

- efekt etykietowania - gdy ludzie traktują daną osobę w odmienny sposób, ponieważ kierują się informacjami o posiadaniu przez nią „etykiety”
- efekt Pigmaliona - polega na spełnieniu się pozytywnego oczekiwania wobec kogoś, dlatego, że to pozytywne oczekiwanie sobie stworzył
- efekt Golema - mówi o tym, że określone oczekiwania w stosunku do innych, samego siebie czy przyszłych zdarzeń wpływają na zachowanie innych i nas samych, co powoduje spełnienie oczekiwań [18].

Piętno choroby przyczynia się do społecznego wykluczenia i izolacji naznaczonych osób, a tym samym zmniejsza szanse życiowe, możliwości samorealizacji oraz powoduje utratę statusu społecznego. Wykluczenie społeczne może mieć szeroki zakres i może dotyczyć m.in. relacji z sąsiadami, rodziną, znajomymi, szans znalezienia partnera, uczestnictwa w życiu publicznym, możliwości kształcenia się czy znalezienia pracy [15].

Do skutków stygmatyzacji społecznej można zaliczyć także nieufność, wrogość, agresję, ostracyzm, podejrzliwość, separację czy też dyskryminację. Skutkami mogą być nawet akty terroryzmu, terroru społecznego oraz przemocy [19].

Inna grupa konsekwencji dotyczy wpływu stygmatyzacji na samoocenę, poczucie samoskuteczności i wskaźniki dobrostanu psychicznego czy jakość życia. Niektórzy autorzy rozpatrują samonapiętnowanie jako zyskiwanie lub odzyskiwanie poczucia kontroli nad własnym życiem i leczeniem, co jednocześnie wiąże się z podniesieniem samooceny i poczuciem zadowolenia z siebie. Na osoby świadome negatywnych stereotypów dotyczących własnej grupy, nie zgadzające się z nimi i wykazujące silną identyfikację grupową piętno społeczne może działać mobilizująco [15].

Analiza badań w niniejszej pracy pokazała, że alkoholicy doznają negatywnych reakcji ze strony innych ludzi. Na pytania „Ludzie mówią o mnie źle”, „Ludzie mnie nie doceniają”, „Ludzie obgadują mnie za moimi plecami” ponad 50% ankietowanych odpowiedziało „czasami”. 63,3% badanych osób uważało, że ludzie „czasami” krytykują ich każde zachowanie. W opinii respondentów, niż gdy ktoś patrzy (32,5% - „z całą pewnością nie”). 42,5% ankietowanych („raczej tak”) czuła się samotna pomimo tego, że przebywają wśród ludzi. 45,0% „raczej nie” oraz 23,3% „z całą pewnością nie” odpowiedziało na pytanie „Nie czuję się gorszy/sza od innych”. 37,5% osób „raczej” zraniła wiadomość o tym, co ludzie o nich uważają.

Proces stygmatyzacji to zjawisko, które wywiera niekorzystny wpływ na sposób na relacje społeczne i przeżywania siebie [16]. Link wyróżnia trzy sposoby, za pomocą których napiętnowany próbuje radzić sobie z naznaczeniem społecznym: zachowanie swojego piętna w sekrecie, ograniczenie kontaktów do wąskiego kręgu lub do osób jednakowo naznaczonych oraz edukacja społeczeństwa [cyt. za 15]. Najczęściej jednostka stygmatyzowana ukrywa swoją ułomność, chcąc w ten sposób uniknąć dyskredytujących skutków napiętnowania [15,20].

Wyniki badań własnych prezentują postawę zachowania swojej skazy w sekrecie. Ankietowani w odpowiedzi na pytanie „Nikommu nie mówię o swoim uzależnieniu” odpowiedziało „raczej tak” - 39,2%.

Skutki społecznego napiętnowania są trudne do oceny zwłaszcza u osób chorych, gdyż nakładają się na nie trudności wynikające z samej choroby i jej objawów. Piętno choroby przyczynia się do społecznego wykluczenia i izolacji naznaczonych osób, a tym samym zmniejsza szanse życiowe. Może powodować trudności w relacjach z rodziną, sąsiadami, znajomymi [15]. Do skutków stygmatyzacji społecznej można zaliczyć także jej wpływ na samoocenę, niskie poczucie samoskuteczności oraz nieufność, wrogość, agresję [15,19].

W przeprowadzonych przez nas badaniach zbadano poziom samooceny osób uzależnionych od alkoholu za pomocą skali SES (Self-Esteem Scale). Wyniki pokazują, że osoby z uzależnieniem alkoholowym mają obniżony poziom samooceny - średni wynik 26 punktów na 40 możliwych do zdobycia. Kobiety zdobywały najczęściej 23 pkt, natomiast mężczyźni 24 pkt. W opinii ankietowanych ludzie rzadziej byli do nich wrogo nastawieni oraz myśleli, że ich choroba jest oznaką słabości. Sami ankietowani rzadziej czują się nieszczęśliwi i samotni, odczuwają zakłopotanie, gdy ktoś na nich patrzy oraz pyta o chorobę, mają mniejsze poczucie bycia „wyrzutkami” oraz rzadziej uważają, że z powodu choroby już nigdy nie będą szanowani.

Żulewska-Sak i Dąbrowska piszą, że stereotypy funkcjonujące w społeczeństwie mogą utrudniać walkę z nałogiem. Przytaczają słowa kierownika ambulatoryjnej placówki leczenia alkoholizmu z Warszawy, który mówi o stereotypie postrzegania mężczyzny jako osoby silnej: „Ludzie nie chcą się przyznawać do swoich słabości – problem pojawia się przy rozdziale na płęć. Kobiętom łatwiej jest się przyznać do słabości niż mężczyznom” [14].

Badania ankietowe zawierały pytanie otwarte na temat marzenia osób uzależnionych. Większość osób (61,4%) odpowiedziało, że chciałoby „przestać pić” czy „skończyć z alkoholem”, 23,0% stwierdziło, że ich marzeniem jest „odzyskać miłość, szacunek oraz zaufanie rodziny i innych osób”. Można więc stwierdzić, że badane osoby były napiętnowane

z powodu swojej choroby, a ich marzenie kierowało się walką z nałogiem. Nie zbadano jednak wpływu alkoholizmu na łatwość bądź trudność wychodzenia z nałogu.

Skłonność do stygmatyzacji i negatywnych postaw zwłaszcza wobec osób chorych jest uwarunkowana licznymi czynnikami socjodemograficznymi: wiek, płeć, zawód, poziom wykształcenia, częstość kontaktu z osobami chorymi, wiedza na temat choroby, uwarunkowania kulturowe oraz wyznawany system wartości. Kontakt z osobą chorą i wyższy poziom wiedzy, wyznawane wartości, jak tolerancja czy sprawiedliwość sprawiają, że ludzie mają bardziej pozytywne postawy wobec osób noszących piętno [18].

Wnioski

Wysunięto następujące wnioski:

1. Badane osoby uzyskały niski wynik poczucia własnej wartości ($M = 26$ $SD = 3,61$).
2. Kobiety ($M = 25$, $SD = 3,62$) uzyskały nieco niższy poziom samooceny niż mężczyźni ($M = 26$, $SD = 3,38$).
3. Poziom stygmatyzacji bardzo często uzależniony jest od płci oraz wieku. U badanych osób analizy wykazały, że mężczyźni oraz osoby starsze mają mniejsze poczucie odrzucenia społecznego z powodu uzależnienia od alkoholu.

Piśmiennictwo

1. Zalewska-Ćwikła M., Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E.: Koncepcje uzależnień od alkoholu [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., Kułak W. (red.). Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2013, XI, 745-753.
2. Kresimon E., Krupka-Matuszczyk I., Karnowska-Węglewska A., Stokowacka-Zakrzewska M.: Alkoholizm u kobiet. *Lekarz*, 2005, 10, 76-81.
3. Augustyńska B., Szczepkowski J.: Zespół zależności alkoholowej [w:] Uzależnienie od alkoholu-diagnoza i terapia. Wybrane zagadnienia, Augustyńska B., Grodzki L. (red.). Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Collegium Medicum, Bydgoszcz 2007, 7-16.
4. Malicki D.: Nadużywanie alkoholu-psychiatria dla niepsychiatrów. *Med. Ogól.*, 2004, 10, 19-41.
5. Gosek P.: Rodzaje alkoholizmu. *Medycyna po Dyplomie*, 2013, 2, 74-79.
6. Skrętowicz B., Schabowski J.: Alkoholizm w Polsce - problemy epidemiologiczne. *Med. Ogól.*, 2004, 10, 9-17.
7. Wojtyła A., Bojar I., Biliński P.: Problem spożywania alkoholu wśród młodzieży w Polsce. *Med. Ogól.*, 2010, 4, 570-580.

8. Moskalewicz J.: Epidemiologia alkoholu. *Służba Zdrowia*, 2002, 51-56, 3148-3153.
9. Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabaczek K., Łaguna M.: Samoocena i jej pomiar. Skala samooceny SES M. Rosenberga. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2008.
10. Ryczkowska A.: Alkoholizm a wykluczenie społeczne [w:] *Problemy wykluczenia społecznego - wybrane aspekty*. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Opole 2010, 17-22.
11. Bąbała O., Działo J., Deptuła W.: Alkohol a zdrowie. *Kosmos. Probl. N. Biol.*, 2011, 1-2, 189-194.
12. Kopiel A.: Społeczne skutki nadużywania alkoholu. *Med. Ogól.*, 2004, 10, 49-56.
13. Babor F.T.: Klasyfikacja Alkoholików. Teorie typologiczne od XIX wieku do współczesności [w:] *Alkohol a zdrowie. Typologia alkoholizmu*, Durda R. (red.). Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2000, 24-44.
14. Żulewska-Sak J., Dąbrowska K.: Percepcja społeczna czynników udaremniających samodzielne przezwyciężanie uzależnienia - jakościowa analiza porównawcza. *Alkoholizm i Narkomania*, 2005, 18,3,63-77.
15. Świtaj P.: Piętno choroby psychicznej. *Post. Psych. Neurol.*, 2005, 2, 137-144.
16. Bielińska M., Lisiecka A., Radiukiewicz A., Sochocki M.J.: Jestem zwykłym ćpunem - o roli piętna w procesie wychodzenia z nałogu. Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012.
17. Corrigan P.W., Watson A.C.: Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 2002, 1, 16-20.
18. Dyduch A., Grzywna A.: Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji z chorobą psychiczną. *Merk. Lek.*, 2009, 153, 263-266.
19. Kosche M.: Ocena stygmatyzacji w świetle zasad życia społecznego. *Seminare*, 2011, 29, 123-136.
20. Corrigan P.W., River L.P., Lundin R.K., Wasowski K.U., Champion J., Mathisen J., Goldstein H., Bergman M., Gagnon C., Kubiak M.A.: Stigmatizing attributions about mental illness. *J. Community Psychol.*, 2000, 28, 91-102.

Janiszewska Mariola¹, Barańska Agnieszka¹, Firlej Ewelina¹, Kryk Aneta², Sokołowska Anna³

Poczucie wypalenia zawodowego jako zagrożenie XXI wieku

1. Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
2. Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
3. Pracownia Kosmetologii i Medycyny Estetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wprowadzenie

Przeciętnie pracownik spędza w pracy prawie 25% swojego życia. Nietrudno więc zauważyć, że przestaje ona być jedynie sposobem na pozyskiwanie pieniędzy, staje się także stylem życia, coraz bardziej wpływając na jego pozostałe sfery. Warto przytoczyć złotą myśl François-Marie Arouet de Voltaire, która brzmi: *“Praca jest często ojcem przyjemności”*. Jednak co się dzieje, gdy „ta przyjemność” się kończy? Kiedy zamiast zadowolenie z pracy będziemy odczuwać pewien niedosyt, zmęczenie, nudę... Takim zachowaniom często towarzyszy definicja „wypalenia zawodowego”. Przede wszystkim pojęcie to wiąże się z brakiem satysfakcji z wykonywanej pracy, zwłaszcza pracy z innymi osobami. Na problem wypalenia zawodowego zwrócono uwagę już ponad 30 lat temu. Ostatnio zaczyna być postrzegane jako jedno z dwu – obok depresji – największych zagrożeń naszego zdrowia psychicznego; nazywa się je wręcz epidemią XXI wieku. Wiele środowisk naukowych nie docenia powagi problemu wypalenia zawodowego, określając syndrom szeptycznie mianem zbędnego wymysłu współczesnego świata. Jednakże wypalenie zawodowe i jego konsekwencje nie ograniczają się tylko do dotkniętej tym problemem osoby, ale mają również niebywale negatywny wpływ na funkcjonowanie i efektywność organizacji zatrudniającej danego pracownika oraz na relacje między pracownikami. Ponadto skutki wypalenia wychodzą poza ramy jednostki i organizacji, wpływając również na społeczeństwo [1].

Wypalenie zawodowe nazywane jest chorobą cywilizacyjną XXI wieku, która została ujęta w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 z kodem Z73.0. Wypalenie zawodowe dotyczy coraz większej liczby osób pracujących. Zjawisko niewłaściwego funkcjonowania człowieka w swoim środowisku, jakie pojawia się w wyniku powstania stresu zawodowego, po raz pierwszy opisał w roku 1974 Freudenberger i nazwał je „*burnout*” (wypalenie). Freudenberg, obserwując wolontariuszy pracujących z młodocianymi

narkomanami, po upływie roku stwierdził, że pojawiło się u nich zniechęcenie podjęte działalnością charytatywną oraz brak sił [2].

Natomiast Ch. Maslach, wraz ze swoimi współpracownikami z Uniwersytetu Berkley (1976), zjawisko wypalenia zawodowego wyłoniła na drodze badań empirycznych wśród osób pracujących w zawodach społecznych. Osoby wykonujące pracę, skoncentrowane na niesieniu pomocy innym (pielęgniarki, lekarze, nauczyciele, wychowawcy, policjanci, pracownicy społeczni), w analizie własnych doświadczeń zawodowych akcentowały: emocjonalne wyczerpanie, zanik uczuciowości, negatywne postawy w postrzeganiu siebie i innych, wzrost obojętności wobec pacjentów czy klientów, a z czasem podkreślali obecność poczucia utraty kompetencji zawodowych. Na określenie tych subiektywnych odczuć Maslach użyła terminu „wypalenie się” [3].

Uważa się, że zespół wypalenia zawodowego dotyczy w szczególności tych osób, które się „zapaliły” – zaczynały pracować z dużym zaangażowaniem, entuzjazmem, przepełnione ideałami i energią. Uwarunkowaniami usposabiającymi lub uodporniającymi wobec wypalenia zawodowego są cechy podmiotu i kontekstu pracy [4]. Zainteresowanie tym zjawiskiem w dziedzinie nauki zaowocowało wieloma interesującymi badaniami. W chwili obecnej posiadamy już wiele interesujących wiadomości dotyczących między innymi czynników wywołujących wypalenie, objawów, obrazu klinicznego czy też skutków [5].

Definiowanie wypalenia zawodowego

Zjawisko syndromu wypalenia zawodowego w literaturze fachowej opisano dopiero w latach 70. XX wieku. Pojęcie wypalenia zawodowego zostało użyte do opisu reakcji człowieka na długotrwały stres związany z interpersonalnymi relacjami w miejscu pracy, używano go do opisu efektów nadużywania narkotyków. Termin ten stosowany był również w slangu sportowym w sytuacji, gdy zawodnik osiągał dobre wyniki na treningach, a przegrywał w decydujących zawodach. Mawiano wówczas, że się wypalił. W 1961 roku ukazało się opowiadanie G. Greena zatytułowane "Przypadek wypalenia zawodowego" (*A Burn-Out Case*). Autor ukazał w nim zmęczonego pracą architekta, który porzuca dotychczasowe życie, zajęcie i zamieszkuje w afrykańskiej dżungli [6]. Definicja wypalenia zawodowego określa emocjonalne i psychiczne wyczerpanie, w szczególności poprzez długie działanie stresu. Badania wykazują, że syndrom wypalenia jest ściśle powiązany z zawodami medycznymi. Żeby dokładniej przyjrzeć się definicji syndromu wypalenia zawodowego warto się przyjrzeć definicji międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 i DSM- IV- klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego - APA [7].

Według klinicznego zestawienia stanu zdrowia syndrom wypalenia zawodowego może być klasyfikowany jako zaburzenie związane z pracą i jest opisane w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (*International Classification of Disease ICD – 10*). Opis definicji zawarty w ICD -10 klasyfikuje objawy następująco :

- uporczywe i przykre dolegliwości z uczuciem zmęczenia po małym wysiłku umysłowym lub uporczywe i przykre dolegliwości z uczuciem zmęczenia i słabości po minimalnym wysiłku fizycznym,
- pacjent nie jest w stanie odzyskać energii i pozbyć się objawów po odpoczynku, porcji relaksu lub rozrywki,
- czas trwania zaburzenia trwa co najmniej trzy miesiące,
- kryteria jakichkolwiek bardziej szczegółowych zaburzeń nie mają zastosowania.

Freudenberger zdefiniował zjawisko wypalenia zawodowego jako spadek energii u pracownika, który pojawia się na skutek przytłoczenia problemami innych. Natomiast Maslach definiuje wypalenie zawodowe jako, „ *psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, które może wystąpić u osób, pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób*”. Wyczerpanie emocjonalne odnosi się do subiektywnego poczucia danej osoby, że jest nadmiernie obciążona emocjonalnie, a jej zasoby emocji zostały w znacznym stopniu uszczuplone. Depersonalizacja dotyczy negatywnego, bezdusznego lub obojętnego reagowania na innych ludzi, którzy zwykle są odbiorcami usług danej osoby lub przedmiotem opieki z jej strony. Obniżone poczucie dokonań osobistych odnosi się do spadku poczucia własnej kompetencji i sukcesów w pracy [6].

Europejskie Forum Stowarzyszeń Medycznych WHO określa wypalenie zawodowe jako zespół wyczerpania energii emocjonalnej, fizycznej i poznawczej, przejawiający się wyczerpaniem emocjonalnym i fizycznym, brakiem efektywności i kompetencji [9].

Alternatywne rozumienie wypalenia zaproponowali Pines i Aronson, według których jest to stan fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania, spowodowany przez długotrwałe zaangażowanie w sytuacje, które są obciążające pod względem emocjonalnym. Według Pines i Aronsona wypalenie występuje również w zawodach, które nie są ukierunkowane na ludzi, a także w sytuacjach niezwiązanych z pracą zawodową, np. może dotyczyć małżeństw [10].

Istnieje także inna definicja według Burisch'a, który podaje, że wypalenie jest ogólną nazwą dla pewnych błędnie zdefiniowanych typów kryzysu. Wypalenie jest rozmytym

zbiorem symptomów lub ludzi ujawniających te symptomy. W obu przypadkach mamy do czynienia ze zbiorami, które częściowo się pokrywają. W definicji wypalenia sformułowanej przez Burischa, ludzie którzy znajdują się w stanie prototypowego procesu wypalenia, wykazują do pewnego stopnia jedną lub więcej (a zwykle wszystkie) cechy, które proponuje tymczasowo uznać za symptomy kluczowe, chociaż brak im precyzji. Do symptomów tych Burisch zalicza:

- hyper- lub hypoaktywność
- poczucie bezradności, depresji i wyczerpania
- niepokój wewnętrzny
- obniżona samoocena, zniechęcenie
- pogarszające się lub złe relacje społeczne
- aktywne pragnienie dokonania zmiany (cecha, która odróżnia jednostki wypalone od ludzi odczuwających żal po stracie) [11].

Z kolei Faber określa zespół wypalenia jako poczucie braku znaczenia [12]. W modelu tym wymienia się następujące etapy:

- niknie entuzjazm i zaangażowanie w pracę
- pojawia się frustracja i gniew w reakcjach na stresory osobowego, społeczne i związane z pracą,
- następuje poczucie braku znaczenia, co prowadzi do wycofania się z zaangażowania, a następnie do wzrostu podatności na dolegliwości z licznymi symptomami fizycznymi i emocjonalnymi.

Objawy te następnie prowadzą do uczucia wyczerpania i utraty zainteresowania. B.A. Farber uważa, że poczucie wypalenia w dużej mierze uzależnione jest od poczucia braku znaczenia. Jest to wrażenie, którego doznaje pracownik sądzący, iż wszelkie jego wysiłki nakierowane na pomoc innym nie są skuteczne. Pracownik nie odczuwa sukcesu (brak mu uznania współpracowników i przełożonych w formie wdzięczności lub awansu), wręcz uważa, że jego obowiązki nigdy się nie skończą. Sądzi, że nie jest w stanie zrealizować podstawowego celu, jakim jest pomoc innym. Cierpi na zaniżoną samoocenę i czuje się osobą wypaloną [12].

Z prezentowanych definicji wynika, że „mianem wypalenia określane jest stan charakteryzujący się frustracją i wyczerpaniem, pojawiający się u osób, które w pracy intensywnie zajmują się innymi, poświęcając tak wiele energii psychicznej i fizycznej, że nie mają już siły i motywacji do kontynuowania swojej pracy z dotychczasową intensywnością” [13].

Źródła wypalenia zawodowego

Psycholodzy rozpatrują wypalenie zawodowe na trzech poziomach. W makroskali jest to efekt stresu, który pracownik odczuwa w pracy i z którym nie potrafi sobie poradzić. Po jakimś czasie stres jest już tak duży, że pracownik nie ma sił na dalszą walkę i poddaje się – czyli wypala. Na poziomie relacji człowiek – społeczeństwo wypalenie jest efektem braku dopasowania jednostki do oczekiwań społecznych. Zaczyna się wtedy, kiedy patrząc na innych dochodzimy do wniosku, że powinno nas być stać na więcej, a tkwimy w sytuacji, która nam nie pasuje. Ostatni poziom to skala mikro – czyli różnica między własnymi oczekiwaniami wobec życia i kariery zawodowej a aktualną sytuacją – jeśli rozbieżność jest zbyt duża, zaczyna pojawiać się apatia, zniechęcenie, złość i inne symptomy wypalenia [14].

Według Fenglera do najważniejszych czynników sprzyjających procesowi wypalenia zalicza się [15]:

- niedokładne poinformowanie pracownika o zakresie jego pracy i o obowiązujących procedurach
- apatia i rutyna w pracy
- ograniczenie samodzielności pracownika i zbytne przyporządkowanie jego pracy i procedurom
- konflikty z przełożonymi i kolegami
- niemożność otwartego prezentowania swoich opinii i uzyskiwania wsparcia
- cechy środowiska pracy: zbyt liczny lub zbyt mały skład pracowników, nieodpowiedni dobór zespołu, trudności w komunikacji (brak informacji zwrotnych, wsparcia), brak kontaktu, rywalizacja, zazdrość, brak sukcesów, dyrektywne zarządzanie.

Z kolei Aronson i inni uważają, że na uwagę zasługuje częstotliwość pojawiania się uczucia przesytu w organizacjach biurokratycznych. Uczucie to spowodowane jest przede wszystkim trzema czynnikami: przeciążeniem, brakiem autonomii oraz brakiem należytego wynagrodzenia i uznania.

Natomiast Kamrowska źródła wypalenia lokalizuje na trzech płaszczyznach:

- indywidualnej: jako sprzyjające cechy osobowości: niska samoocena, defensywność, zależność, bierność, perfekcjonizm, poczucie kontroli zewnętrznej, nieracjonalne przekonania, niskie poczucie sprawności zaradczej, specyficzny typ kontroli polegający na unikaniu sytuacji trudnych,

- interpersonalnej: między pracownikami a chorymi – emocjonalne zaangażowanie, między przełożonymi i współpracownikami, konflikty interpersonalne, rywalizacja, brak wzajemnego zaufania, zaburzona komunikacja, agresja werbalna, mobbing, zamierzone lub niezamierzone przyczynianie się pracodawcy do poczucia obniżenia wartości pracowników, np. kwestionowanie kompetencji i blokowanie aktywności zawodowej
- organizacyjnej: cele instytucji jako sprzeczne z wartościami i normami uznawanymi przez pracownika (np. brak czasu na prowadzenie życia rodzinnego), stresory związane ze środowiskiem fizycznym (np. hałas, stresory związane ze sposobem wykonywania pracy, np. pośpiech, monotonia, praca w godzinach wieczornych lub nocnych), stresory związane z funkcjonowaniem pracownika jako członka organizacji (np. brak możliwości wypowiedzenia swojej opinii w istotnych sprawach), stresory związane z rozwojem zawodowym (niezadowolenie z przebiegu kariery, brak możliwości rozwoju zawodowego, brak poczucia stałości pracy), styl kierowania niedostosowany do zadań placówki i potrzeb pracowników [16].

W opisie Siwek dostrzegamy podobny podział czynników ryzyka wystąpienia wypalenia zawodowego. Zatem do grupy czynników indywidualnych przyczyniających się do uruchomienia wypalenia zawodowego należą:

- sztywność postaw (charakteryzujący się ignorowaniem nowych informacji związanych z realizacją roli zawodowej, również poszukiwaniem nowych możliwości rozwoju zadań zawodowych, w tym niechęcią do doksztalcania),
- ograniczona zdolność do nabywania wiedzy (w wielu wypadkach występuję razem ze sztywnością postaw. Może być połączona z niskim poziomem rozwoju umysłowego, brakiem nawyków czytania, negatywną postawą do doksztalcania się itp., świadczy także o braku lub zbyt słabym wyrażeniem potrzeby samorealizacji),
- ograniczona energia fizyczna (najczęściej jest związana z przeciążeniem pracą, np. pracownik ma zbyt dużo klientów, którym musi udzielić pomocy, informacji itp. Może jednak pojawiać się poza pracą, przyczyniając się do zmniejszania energii fizycznej, przeciążenia obowiązkami domowymi, rodzinnymi również zdarzenia losowe, tj. śmierć, choroba, wypadek itp.),
- spadek poziomu motywacji do pracy, do awansowania (może być spowodowany zbyt monotonna, jednostajna, mało urozmaiconą, mało satysfakcjonującą, rutynową pracą),

- podeszły wiek (istnieje założenie, że im starszy wiek pracownika, tym istnieje większe prawdopodobieństwo wystąpienia wypalenia zawodowego. Ale nie zawsze tak się dzieje, gdyż człowiek starszy może być w najwyższej formie umysłowej),
- stres i zaburzenia emocjonalne (w tym czynniki wyodrębnia się wypalenie sytuacyjne i długotrwałe. Wypalenie sytuacyjne występuje, gdy pojawia się krytyczne wydarzenie, np. choroba, śmierć, itp. Wtedy to pracownik nie może się skoncentrować, jest apatyczny, bezradny. Z kolei długotrwała sytuacja stresowa to m. in. przeciążenie jakościowe pracą, konflikty wewnętrzne pracownika),
- złe nawyki pracy (to odkładanie najważniejszych spraw do załatwienia na koniec pracy, pośpiech w realizacji zadań zawodowych, nadmierna powolność podczas wykonywania obowiązków. Nieprzekazywanie i nierozdzielanie obowiązków zawodowych na innych pracowników – szczególnie zadań kierowniczych) [17].

W skład interpersonalnych źródeł wypalenia wchodzi również stresujące sytuacje, które przynoszą kontakty z przełożonymi i współpracownikami. Są to między innymi: konflikty interpersonalne, rywalizacja, brak wzajemnego zaufania, zaburzona komunikacja, przemoc psychiczna, agresja werbalna, mobbing. Zamierzone lub niezamierzone przyczynianie się pracodawcy do obniżenia poczucia własnej wartości i skuteczności pracowników, np. kwestionowanie kompetencji czy blokowanie aktywności twórczej podwładnych. Kiedy w pracy ciągle pojawiają się sytuacje stresujące, przekłada się to również na funkcjonowanie, kontakty z członkami rodziny.

Z kolei czynniki organizacyjne powodujące wypalenie zawodowe, zdaniem Grandjeana, to:

- środowisko psychofizyczne, tzn. konflikty ról, czy też ich dwuznaczność.
- zarządzanie, hierarchiczna struktura grupy,
- konflikty interpersonalne,
- środowisko fizyczne pracy, tzn. hałas, złe oświetlenie, nieodpowiednia temperatura w pomieszczeniu [18].

Objawy, etapy i skutki wypalenia zawodowego

Według Siudem wypalenie zawodowe jest swego rodzaju procesem, który można przedstawić za pomocą następujących po sobie etapów czy stadiów wyróżnionych ze względu na stopień wyrządzanej szkody:

- Etap I – jest to swojego rodzaju stadium ostrzegawcze, w którym pojawiają się objawy przeziębienia, bezsenność, uczucie irytacji, ból głowy. Powrót do normalnego funkcjonowania z tego stadium jest stosunkowo prosty, wystarczy krótki wypoczynek.
- Etap II – syndrom jest długotrwały. Charakterystyczne objawy to: gorsze wykonywanie obowiązków, wybuchy irytacji. Powrót do właściwego funkcjonowania może wymagać dłuższego odpoczynku (wzięcie urlopu) oraz zainteresowania się czymś innym niż praca.
- Etap III – występuje wtedy, kiedy syndrom staje się chroniczny. Typowe objawy to: wrzody żołądka, napady depresji, uczucie osamotnienia, nadciśnienie oraz pojawiające się kryzysy (np. rodzinne, małżeńskie, przyjacielskie), które powodują cierpienie również członków rodziny, przyjaciół, współpracowników. Niezbędna na tym etapie jest pomoc profesjonalisty (lekarza, psychologa, terapeuty). Krańcowe wypalenie się może prowadzić do poważnej depresji, a co za tym idzie – konieczności zmiany pracy [19].

Według Wojewódzkiej wyróżnia się pięć etapów w procesie wypalenia zawodowego (burn out) [15]:

- miesiąc miodowy (*honeymoon*), który jest okresem zauroczenia pracą i ogromnej satysfakcji z osiągnięć zawodowych; pracownik w tym okresie „kipi” energią, optymizmem, entuzjazmem;
- przebudzenie (*awaking*) to czas, w którym osoba urealnia swoją ocenę pracy, ale ponieważ chce, aby idealistyczny obraz nie uległ zaburzeniu, pracuje coraz więcej;
- szorstkość (*brownout*) to etap, w którym realizacja zadań zawodowych wymaga coraz więcej wysiłku, pojawiają się także problemy interpersonalne;
- wypalenie pełnoobjawowe (*fullscaleburnout*), które oznacza pełne wyczerpanie fizyczne i psychiczne, pojawiają się objawy depresyjne, poczucie pustki, osamotnienie, pragnienie wyzwolenia się, chęć ucieczki z pracy;
- odradzanie się (*phoenixphenomenon*) jest okresem „lizania ran” powstałych w wyniku doświadczonego stresu

Z kolei Fengler wyróżnia dziesięć etapów rozwoju wypalenia zawodowego [20]:

- grzeczność i idealizm
- przepracowanie
- coraz bardziej zmniejszająca się grzeczność
- poczucie winy z tego powodu

- coraz większy wysiłek, żeby być grzecznym i solidnym
- brak sukcesów
- bezradność
- utrata nadziei
- wyczerpanie, awersja do klientów, apatia, złość
- wypalenie: oskarżenie siebie, ucieczka, cynizm, sarkazm, reakcje psychosomatyczne, nieobecność w pracy, wypadki, nieprzemyślana rezygnacja z pracy, sztywne trzymanie się przepisów w pracy, upadek społeczny.

Natomiast Golembiewski opracował fazowy model syndromu, a kolejne fazy scharakteryzował jako [21] :

- faza I – stan początkowy – niski poziom wszystkich wymiarów wypalenia – syndrom nie istnieje;
- faza II – wysoki poziom depersonalizacji przy niskim poziomie wyczerpania i poczucia osiągnięć;
- faza III – wysoki poziom poczucia osiągnięć, niski poziom depersonalizacji i emocjonalnego wyczerpania;
- faza IV – wysoki poziom depersonalizacji i poczucia osiągnięć osobistych, niski poziom emocjonalnego wyczerpania;
- faza V – wysoki poziom emocjonalnego wyczerpania, niski poziom poczucia osiągnięć, niski poziom depersonalizacji;
- faza VI – wysoki poziom depersonalizacji i emocjonalnego wyczerpania przy niskim poziomie poczucia osiągnięć;
- faza VII – wysoki poziom emocjonalnego wyczerpania i poczucia braku osiągnięć, niski poziom depersonalizacji;
- faza VIII – wysoki poziom wszystkich wymiarów wypalenia.

Noworol i Marek na podstawie analizy skupień opracowali typologiczny model syndromu *burnout*, odpowiadający fazom wyodrębnionym przez Golembiewskiego. Cyfry rzymskie oznaczają skupienia potraktowane jako kolejne fazy według modelu. Golembiewskiego [22]:

- Etap A (faza I) – brak wypalenia zawodowego (jak u R.T. Golembiewskiego),
- Etap B (faza II, III, V) – średni stopień wypalenia zawodowego,
- Etap C (faza IV, VI, VII) – umiarkowane wypalenie zawodowe,
- Etap D (faza VIII) – duże wypalenie zawodowe na wszystkich trzech wymiarach.

Wypalenie zawodowe może powodować, że zestresowany i mniej wydajny pracownik jako pierwszy jest brany pod uwagę przy zwolnieniach w ramach redukcji etatów, czy przy zatrudnianiu nowych pracowników. „Wypalonemu” pracownikowi praca nie daje już satysfakcji, przestaje się rozwijać zawodowo, czuje się przepracowany i niezadowolony z wykonywanego zajęcia, które niegdyś sprawiało mu przyjemność. Zjawisko to dotyczy najczęściej zawodów wymagających intensywnych kontaktów z ludźmi, np. psychologów, pedagogów, nauczycieli, pielęgniarek, lekarzy, pracowników socjalnych i innych.

Skutki wypalenia dotyczą nie tylko tych, którzy wypaleniu ulegli, ale również ich klientów, współpracowników, członków rodzin, znajomych i przyjaciół, odczuwane są również na poziomie organizacji [15].

W literaturze przedmiotu, tacy autorzy jak: Schaufeli i D. Enzmann, zinventaryzowali łącznie 132 symptomy wypalenia, które sklasyfikowali w pięciu kategoriach: afektywne, kognitywne, filozoficzne, behawioralne i motywacyjne. Ta pionierska lista symptomów obecnie jest krytykowana z uwagi na to, że wiele z tych symptomów występuje w związku z tymi zaburzeniami emocjonalnymi czy chorobami. To też nie są oficjalne dla wypalenia [23].

Buchk i Hackenberg stworzyli listę cech wyczerpania. Została ona podzielona na trzy kategorie proponowane przez Aronsona:

- Kategoria 1: wyczerpanie fizyczne. Należą tutaj: brak energii, osłabienie, chroniczne zmęczenie, podatność na wypadki, napięcie i skurcze w obrębie mięśni szyi i ramion, bóle pleców, zmiana zwyczajów żywieniowych, zmiana masy ciała, zwiększona podatność na przeziębienia i infekcje wirusowe, zaburzenia snu, koszmary senne, zwiększone przyjmowanie leków lub konsumpcja alkoholu w celu zniwelowania wyczerpania fizycznego;
- Kategoria 2: wyczerpanie emocjonalne. Należą tutaj: uczucie przygnębienia, uczucie bezradności, uczucie beznadziejności i braku perspektyw, niepohamowany płacz, dysfunkcja mechanizmów kontroli emocji, uczucie rozczarowania, poczucie pustki emocjonalnej, pobudliwość, uczucie pustki i rozpacz, uczucie osamotnienia, uczucie zniechęcenia, ogólny brak chęci do działania.
- Kategoria 3: Wyczerpanie psychiczne. Należą tutaj: negatywne nastawienie do siebie, negatywne nastawienie do pracy, negatywne nastawienie do życia, przesyt, wykształcenie nastawienia dezawuuującego klientów (cynizm, lekceważenie, agresja), utrata szacunku do siebie, poczucie własnej nieudolności, poczucie niższej wartości, zerwanie kontaktów z klientami i kolegami [22].

Warto zauważyć, że koncentracja i intensywność poszczególnych cech mogą być różne i zależą od czynników indywidualnych bądź sytuacyjnych [13].

Najpełniejszym obrazem objawów wypalenia jest opis jego symptomów podany przez C. Chernissa. Wymienia on między innymi [20] :

- uczucie zawodu wobec samego siebie;
- złość i niechęć;
- poczucie winy;
- brak odwagi i obojętność;
- negatywizm, izolacja i wycofanie się;
- codzienne uczucie zmęczenia i wyczerpania;
- częste "spoglądanie na zegarek";
- wielkie zmęczenie po pracy;
- utrata pozytywnych uczuć w stosunku do klientów;
- przesuwanie terminów spotkań z klientami;
- awersja do telefonów i wizyt klientów;
- stereotypizacja klientów;
- niezdolność do koncentrowania się na klientach lub ich wysłuchania;
- wrażenie bezruchu;
- cynizm i postawa strofująca wobec klientów;
- zakłócenia snu;
- częste przeziębienia i grypy;
- częste bóle głowy i dolegliwości przewodu pokarmowego;
- nieustępliwość w myśleniu i niechęć do zmian;
- nieufność i paranoidalne wyobrażenia;
- problemy małżeńskie i rodzinne;
- częsta nieobecność w miejscu pracy.

Barański za najczęstsze objawy zespołu wypalenia uważa [24]:

- fizyczne znużenie,
- zaburzenia somatyczne i czynnościowe,
- wybuchy gniewu i irytację,
- okresy bezczynności w pracy,
- inicjowanie konfliktów w pracy,

- ucieczkę przed decyzjami, zmianę zachowań lekarza – nadmierne spożywanie alkoholu,
- zażywanie narkotyków oraz brak poczucia identyfikacji z zawodem.

Podsumowanie

W literaturze pojęcie wypalenia nie jest stosowane jednoznacznie. W języku potocznym oznacza mniej więcej : jestem wyczerpany i nie mogę nic więcej zrobić lub dać [13].

Wypalenie jest coraz częstszym zjawiskiem, ponieważ dodatkowo na podniesienie poziomu stresu wpływa niepewność posiadania pracy w dłuższej perspektywie czasowej, restrukturyzacje, większa koncentracja na zyskach niż na wartościach, jakie może nieść praca zawodowa.

Do najważniejszych skutków zespołu wypalenia zawodowego można zaliczyć niską efektywność pracy i nieskuteczność w wykonywaniu powierzonych zadań. Wskutek odczuwanej niechęci do otoczenia można narazić się na negatywny odbiór w oczach innych współpracowników, przełożonych czy klientów. Poczucie permanentnego zmęczenia może z kolei prowadzić do stopniowego wycofywania się z pełnionej roli zawodowej, a w konsekwencji do braku satysfakcji z życia zawodowego. Ogólny obraz osoby borykającej się ze stanem wypalenia zawodowego przedstawia się więc nie najlepiej – złe relacje z otoczeniem, niska samoocena i negatywne postrzeganie własnej osoby w miejscu pracy. W efekcie prosta droga do stanów depresyjnych [25].

Należy zatem pamiętać, że syndrom wypalenia zawodowego rozwija się w wyniku źle zrównoważonych wzajemnie oddziaływań między tym, czego otaczający świat wymaga od danej osoby a jej zdolnością do znoszenia obciążeń.

Piśmiennictwo

1. Szaton M., Harazin B.: Wypalenie zawodowe w wybranych zespołach ratownictwa medycznego w województwie Śląskim. *Ann. Acad. Sil.*, 2013, 67., 29.
2. Tucholska S.: Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego – etapy rozwoju. *Przeegl. Psychol.*, 2001, 4, 133-134.
3. Tucholska S.: Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego – etapy rozwoju, *Przeegl. Psychol.*, 2001, 4, 301-317.
4. Wojtczak D.: Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek. *Praca socjalna*, 2007, 4, 49.

5. Winch B.: Zespół wypalenia - objawy, ryzyko, profilaktyka, leczenie. Instytut Matki i Dziecka & Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, Warszawa 1997, 7-8.
6. Maslach Ch.: Wypalenie się: utrata troski o człowieka. [w:] Psychologia i życie, Zimbardo Philip G., Ruch Floyd L.(red.). Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1994, 40.
7. Makara-Studzińska M., Kryś – Noszczyk K., Starczyńska M., Kiebzak W.: Wypalenie zawodowe i zadowolenie z życia kobiet pracujących w zawodzie fizjoterapeuty. *Fizjot. Pol.*, 2012, 12, 326-338.
8. Sęk H.: Wypalenie zawodowe: przyczyny, mechanizmy, zapobieganie, PWN, Warszawa 2000.
9. Bartkowiak G.: Psychologia zarządzania. Wyd. AE, Poznań 1999, 102.
10. Anczewska M., Świtaj P., Roszczyńska J.: Wypalenie zawodowe. *Post. Psych. Neurol.*, 2005, 14, 69.
11. Burisch M.: W poszukiwaniu teorii-przemyslenia na temat natury i etiologii wypalenia. [w:] Wypalenie zawodowe, Sęk H. (red). Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2004, 52-58.
12. Zbyrad T.: Stres i wypalenie zawodowe pielęgniarek, pracowników socjalnych i policjantów. Wyd. KUL, Stalowa Wola 2009, 35-36.
13. Lizke S. M., Schuh H.: Stres, mobbing i wypalenie zawodowe. GWP, Gdańsk 2007, 167-168.
14. www.praca.pl/centrum-prasowe/komunikaty-prasowe/10-sposobow-na-wypalenie-zawodowe_cp-719.html; data pobrania: 23. 12. 2014.
15. Wojewódzka B.: Zatrzymać mobbing i inne formy przemocy. Wyd. Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2012.
16. Kamrowska A.: Wypalenie zawodowe. *Pol. Merk. Lek.*, 2007, 23, 317-319.
17. Siwek A.: Wpływ czynników indywidualnych na syndrom wypalenia zawodowego. *Praca socjalna*, 2008, 6, 93-94.
18. Terelak J. F.: Psychologia organizacji i zarządzani., Difin, Warszawa 2005, 239-240.
19. Siudem A.: Style radzenia sobie ze stresem a wypalenie zawodowe wśród nauczycieli. [w:] Człowiek w środowisku pracy, Jędrak J., Rybak M. (red.). Wyd. Uniwersytet Marii Curie –Skłodowskiej, Lublin 2011, 96.
20. Fengler J.: Pomaganie mężczy. Wypalenie w pracy zawodowej. GWP, Gdańsk 2001.
21. Golembiewski R.T.: Burnout in cross-national settings: Generic and model-specific perspectives. [w:] *Professional Burnout*, Schaufeli W.B., Maslach Christina, Marek T. (red.). Washington 1993, 217.

22. Mickiewicz I., Krajewska-Kułak E., Kędziora-Kornatowska K., Muszyńska-Roslan K., Wybrane problemy związane z pracą na oddziałach onkologicznych i w hospicjach. *Piel. Zdr. Pub.*, 2011, 1, 348-352.
23. Szmagalski J.: *Stres i wypalenie zawodowe pracowników socjalnych*. IRSS, Warszawa 2004.
24. Barański J.: Ryzyko niepowodzeń w praktyce lekarskiej. *Lek. Rodz.*, 2005, 10, 1110-1113.
25. Kwinta –Odrzywołek J.: Wypalenie zawodowe. *Komunikat z Rynku Pracy*, 2014, 2.

ISBN - 978-83-937785-5-3