

W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

Elżbiety Krajewskiej-Kułąk

Cecylii Reginy Łukaszuk

Jolanty Lewko

Wojciecha Kułąk

Tom XV

W drodze do brzegu życia

Tom XV

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu

W drodze do brzegu życia

Tom XV

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

Białystok 2017

Recenzenci monografii

Prof. dr hab. Irena Wrońska
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

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

ISBN- 978-83-944852-4-5

Wydanie I
Białystok 2017

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak
Zdjęcia: Wojciech Kułak

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

*Zawsze gdy myślisz
że już nie dajesz rady
i nic ci się nie udaje
pojawia się światełko.*

*To światełko
odnawia twoje siły
i dodaje ci energii,
byś zrobił jeszcze jeden krok*

Elisabeth Kübler-Ross, „Koło życia”

Szanowni Państwo

Monografia jest tradycyjnie próbą stworzenia przedstawicielom różnych dziedzin nauki i sztuki okazji do dialogu o umieraniu i śmierci, do poznania na ten temat opinii lekarza i filozofa, psychologa, etyka i socjologa, duchownego i artysty, dziennikarza, pielęgniarki i położnej.

Wiodąca tematyka monografii dotyczy interdyscyplinarnych wyzwań opieki paliatywnej, w tym problemów opieki paliatywnej/hospicyjnej, pułapek farmakoterapii w opiece paliatywnej, kwestii związanych z okresem żałoby i osierocenia, miejscem tanatoedukacji oraz współczesnych wyzwań psychoonkologii, pamiętając słowa ks. Tischnera *„Cierpienie jest podstawowym faktem ludzkim, a nawet czymś więcej - jest próbą człowieczeństwa człowieka, próbą jego wewnętrznej prawdy. Przechodząc poprzez tę próbę człowiek okazuje się taki, jaki jest. Jego maski opadają, traci sens wszelka gra”*.

Instrumentalne, przedmiotowe podejście do człowieka zdehumanizowało bowiem umieranie, alienując osoby w nim uczestniczące – tych, którzy odchodzą i tych, którzy towarzyszą umieraniu, a później zostają sami, a przecież jak mawiała dr Cicely Saunders: *„Ci którzy umierają potrzebują ratunku, bohaterstwa i uwagi wspólnoty. Ona nieco zmniejsza ich smutnienie i strach, pozwala im spokojnie pożegnać się ze światem”*.

Są tu też prace służące wymianie poglądów oraz opinii na temat rozlicznych dylematów etycznych, prawnych i społecznych, z jakimi na co dzień spotykają się pracownicy ochrony zdrowia - jak postrzegają metodę *in vitro*, aborcję, donację, transplantację, eutanazję, uporczywą terapię? Zgodnie z radą dr Cicely Saunders których udzielała swoim współpracownikom i stażystom: *„Zanim zaczniesz zastanawiać się nad dopuszczalnością eutanazji konkretnego pacjenta, zbadaj sumiennie, czy wszystko zostało dla niego zrobione, a raczej, czy nic nie jest zaniedbane”*? Inne stwarzają okazję do pokazania, iż śmierć dotyczy nie tylko tych, którzy są ciężko chorzy, ale także osób starszych, chorych psychicznie, niepełnosprawnych, z upośledzeniami genetycznymi i tych, którzy są po prostu bezdomni i już za życia traktowani jako nieobecni, usunięci na margines, tak jakby nie żyli. A przecież *„wartość człowieka wynika nie z tego, co "ma", chociażby posiadał nawet cały świat - ale z tego, kim "jest". (...) Osobista godność stanowi podstawę równości wszystkich ludzi, (...) jest niezniszczalną własnością każdej ludzkiej istoty. (...)”* jak pisał św. Jan Paweł II. Kolejne przybliżają rolę religii i jej wpływ na zdrowie, bo jak twierdził Herman Hesse *„religia to dusza, niezależnie od tego, czy przystępuje się wówczas do komunii, czy odbywa pielgrzymkę do Mekki”*. Kolejne przybliżają zadania pracowników ochrony zdrowia w zwalczaniu dyskryminacji, stygmatyzacji, agresji i uzależnień oraz zastanowimy się nad postrzeganiem różnych kultur przez inne narody, ich wizją zdrowia, choroby i śmierci, kulturowymi uwarunkowaniami w poszczególnych dziedzinach medycyny, miejscem medycyny niekonwencjonalnej w terapii oraz dylematami etycznymi w opiece nad pacjentami pochodzącymi z różnych kultur, w myśl twierdzenia Ludwiga Andreasa Feurbacha *„taki twój Bóg, jakie masz serce”*.

W tym tomie po raz pierwszy jest rozdział *Cierpienie, śmierć i żałoba zwierząt*, gdzie poruszono tematy związane nie tylko z żałobą zwierząt po utracie właściciela oraz żałoby ludzi po zwierzętach, ale także z terapeutyczną rolą zwierząt, bioetycznymi granicami zadawania bólu zwierzętom podczas eksperymentów naukowych, kulturą traktowania zwierząt w Polsce, paradygmatami o naturze zwierząt i ich miejscu w rzeczywistości.

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, MEDYCyna

Breczko Jacek: „Zapomnienie o śmierci”. Józefa Czapskiego krytyka współczesnej kultury Zachodu	16-26
Tomaszewska-Laszczyk Mirosława, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Emilia, Dorna Krzysztof, Kurzalewska Anna, Czerwiński Paweł, Gnus Jan: Od diagnozy do aktu ostatecznego, czyli pacjent w obliczu śmierci.....	27-38
Tomaszewska-Laszczyk Mirosława, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Emilia, Dorna Krzysztof, Kurzalewska Anna, Czerwiński Paweł, Gnus Jan: Kara śmierci. Oko za oko, ząb za ząb- odwieczny dylemat współmierności kary do winy.....	39-52
Zabielski Józef Ks.: Transplantacje jako moralno-formacyjne. Wyzwania współczesności.....	53-63
Lubas Sylwia, Krzyżanowski Filip, Jaszczak Jakub, Gajos Piotr, Dorna Krzysztof, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Transplantacja w świetle wielkich religii świata.....	64-73
Wawros Karina, Gawłów-Nowak Lilianna, Szurlej Dariusz, Sejboth Justyna, Mroczkowska Reanta, Karczewska Olimpia, Sternik Anna, Ślężona Mariola, Graf Lucyna, Wawros Angelika: Za i przeciw transplantologii w opinii społecznej.....	74-84
Sejboth Justyna, Szurlej Dariusz, Gurowiec Piotr, Karczewska Olimpia, Sternik Anna, Romańska Aleksandra, Wanot Joanna, Wawros Karina, Gawłów-Nowak Lilianna, Mroczkowska Renata, Graf Lucyna, Ślężona Mariola: Śmierć to nie zawsze koniec życia, czyli trudne rozmowy z rodziną potencjalnego dawcy narządów.....	85-94
Gawłów-Nowak Lilianna, Wawros Karina, Szurlej Dariusz, Sejboth Justyna, Karczewska Olimpia, Sternik Anna, Mroczkowska Renata, Ślężona Mariola, Graf Lucyna, Wawros Angelika: Znaczenie rozmowy szpitalnego koordynatora transplantacyjnego z rodziną dawcy dla skutecznego pobrania narządów od osoby zmarłej.....	95-106
Kuczyńska Martyna, Wala Kamila, Abdalla Elnour Dominika, Gajos Piotr, Cebulski Kamil, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Dylematy etyczne i niejasności medyczne. Kiedy stwierdzić śmierć mózgu?.....	107-115
Kurzelewska Anna, Kurzelewski Bartosz, Tomaszewska-Laszczyk Mirosława, Krzesińska-Nowacka Anna, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Czerwiński Piotr, Gnus Emilia, Dorna Krzysztof, Gnus Jan: Postawy wobec śmierci w obozach koncentracyjnych, łagrach i w czasach współczesnych - akcje terrorystyczne.....	116-125
Bejda Grzegorz, Lewko Jolanta, Kulak-Bejda Agnieszka, Lankau Agnieszka: Religijność w życiu człowieka chorego - aspekt teoretyczny.....	126-143
Bejda Grzegorz, Lewko Jolanta, Kulak-Bejda Agnieszka, Lankau Agnieszka: Religijność a deklarowane zachowania prozdrowotne.....	144-167
Mańkowska Joanna, Pytłasińska Joanna, Pielka Ewa, Pielka Izabela, Dorna Krzysztof, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Medycyna paliatywna a eutanazja i ortotanazja. Odmienne oblicza godnej śmierci.....	168-178

Olejarczyk Dorota, Niemiec Jacek, Dzierżek Ireneusz, Przeździecka Małgorzata, Czerwiński Paweł, Olejarczyk Michał, Dorna Krzysztof, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Śmierć i umieranie w sztuce oraz kulturze.....	179-194
Burdziak Konrad: Doprowadzenie człowieka do targnięcia się na własne życie – analiza prawnokarna	195-204
Wiśniewska-Śliwińska Hanna: Zaniechanie uporczywej terapii i eutanazja w opiniach młodzieży akademickiej i seniorów – na podst. badań na terenie woj. śląskiego.....	205-215
Petuchova Aurelija, Klimaszewska Krystyna: Poziom wiedzy i opinie ludności z okręgu wileńskiego i województwa podlaskiego w odniesieniu do eutanazji.....	216-256
Kurzelewska Anna, Kurzelewski Bartosz, Tomaszewska - Laszczak Mirosława, Krzesińska-Nowacka Anna, Paprocka - Borowicz Małgorzata, Czerwiński Piotr, Gnus Emilia, Dorna Krzysztof, Gnus Jan: Rozważania o śmierci nagłej i powolnej.....	257-264

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ

Klimasz Maria, Piotrowska Bogumiła, Rogoziński Tomasz, Dorna Krzysztof, Ferenc Stanisław, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Choroby nowotworowe jako przyczyna zgonów w Polsce.....	265-294
Bogdan Magdalena, Barańska Agnieszka, Firlej Ewelina, Janiszewska Mariola: Konkurencyjność podmiotów leczniczych w sektorze opieki paliatywnej.....	295-304
Pielka Ewa, Pielka Izabela, Abdalla Elnour Dominika, Ferenc Stanisław, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Chorobowa nowotworowa przeżywana bez wsparcia społecznego. Wpływ samotności na jakość życia i rokowanie.....	305-314
Graf Lucyna, Śleziona Mariola, Foltyn Agnieszka, Mroczkowska Renata, Wawros Karina, Gawłów- Nowak Lilianna, Sternik Anna, Karczewska Olimpia, Sejboth Justyna, Szurlej Dariusz: Życ i umierać z kardiowerterem.....	315-322
Lubińska – Żądło Bogumiła, Majerska Irena, Kiełtyka Aleksandra: Jakość życia pacjentów objętych opieką hospicjum domowego dla dorosłych.....	323-337
Dytko-Lesisz Izabela, Nowak-Kapusta Zofia, Pająk Bożena, Tymińska Katarzyna: Pielęgniarka na oddziale onkologii dziecięcej.....	338-353
Gnus Emilia, Paprocka – Borowicz Małgorzata, Tomaszewska-Laszczak Mirosława, Czerwiński Paweł, Dorna Krzysztof, Kurzelewska Anna, Ferenc Stanisław, Gnus Jan: Aspekt fizjoterapii w opiece paliatywnej i długoterminowej.....	354-360
Stepanczuk – Jasiuk Agnieszka, Sobolewska Ewelina, Fleks Paula: Fizjoterapia w chorobach onkologicznych dzieci.....	361-374
Kupcewicz Ewa, Olewińska Joanna, Jurczyk Zofia, Orzechowski Stanisław, Tałaj Anna: Strategie przystosowania się do choroby w grupie pacjentów z nowotworem jelita grubego.....	375-385

Karczewska Olimpia, Sternik Anna, Wanot Joanna, Romańska Aleksandra, Sejboth Justyna, Szurlej Dariusz, Wawros Karina, Gawłów-Nowak Lilianna, Mroczkowska Renata, Śleziona Mariola, Graf Lucyna: Przygotowanie i znieczulenie dawcy narządów.....	386-397
Abdalla Elnour Dominika, Pytłasińska Joanna, Lubas Sylwia, Krzyżanowski Filip, Jaszczak Jakub, Ferenc Stanisław, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Wpływ personelu medycznego na kondycję psychiczną pacjentów onkologicznych.....	398-406
Wolbiś Karolina, Wójcik Paulina, Pichlińska Kornelia, Jaszczak Jakub: Depresja u pacjenta z chorobą nowotworową leczonego paliatywnie.....	407-418
Bardowska Klaudia, Boryczka Katarzyna, Kudła Tomasz, Królicki Tomasz, Ferenc Stanisław, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Problemy leczenia bólu nowotworowego u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek.....	419-432
Kowalewska Beata, Łapińska Katarzyna, Krajewska Kułak Elżbieta: Problemy biopsychospołeczne u pacjenta ze szpiczakiem.....	433-451
Ratajczak Karolina, Stryczek Marlena, Klimasz Maria, Piotrowska Bogumiła, Ferenc Stanisław, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Problemy dyspeptyczne wywołane opioidami u pacjentów z chorobą nowotworową.....	452-458
Sejboth Justyna, Szurlej Dariusz, Gurowiec Piotr, Karczewska Olimpia, Sternik Anna, Romańska Aleksandra, Wanot Joanna, Wawros Karina, Gawłów-Nowak Lilianna, Mroczkowska Renata, Graf Lucyna, Śleziona Mariola: Hipotermia głęboka, czyli stan na granicy życia i śmierci.....	459-466

PERINATOLOGIA

Sternik Anna, Karczewska Olimpia, Wanot Joanna, Romańska Aleksandra, Sejboth Justyna, Szurlej Dariusz, Wawros Karina, Gawłów-Nowak Lilianna, Mroczkowska Renata, Śleziona Mariola, Graf Lucyna: Zastosowanie badań prenatalnych w diagnostyce wad wrodzonych.....	467-481
Sobolewska Ewelina Maria, Stepanczuk-Jasiuk Agnieszka: Perinatalna opieka paliatywna wsparciem dla rodziców w przypadku wykrycia wady letalnej u dziecka.....	482-492
Rygiel Klaudia, Wijata Klaudia, Fedorowicz Sebastian, Szpytko Szymon, Mańkowska Joanna, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Rola perinatalnej opieki paliatywnej w pomocy rodzinom z wykrytą wadą letalną płodu.....	493-500
Dopierala Milena, Rogoziński Tomasz, Kasperczak Michał, Jędrzejak Kamila, Proniak Marcin, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Planowanie i przebieg kolejnej ciąży po utracie dziecka- przegląd wybranych badań klinicznych.....	501-506
Mroczkowska Renata, Wawros Karina, Gawłów – Nowak Lilianna, Karczewska Olimpia, Sternik Anna, Śleziona Mariola, Graf Lucyna, Sejboth Justyna, Szurlej Dariusz: Kompleksowa opieka pielęgniarska a jakość życia pacjentów z wrodzonymi wadami serca.....	507-516
Mroczkowska Renata, Wawros Karina, Gawłów – Nowak Lilianna, Karczewska Olimpia, Sternik Anna, Śleziona Mariola, Graf Lucyna, Sejboth Justyna, Szurlej Dariusz: Czynniki warunkujące jakość życia chorych z wrodzonymi wadami serca w świetle literatury.....	517-530

TANATOEDUKACJA

Rogowska-Szadkowska Dorota: Marihuana w opiece paliatywnej.....	531-557
Konczelska K.: Model tworzenia znaczenia C. Park w odniesieniu do sytuacji straty dziecka.....	558-568
Śleziona Mariola, Graf Lucyna, Foltyn Agnieszka, Wawros Karina, Gawłów-Nowak Lilianna, Karczewska Olimpia, Sternik Aanna, Szurlej Dariusz, Sejboth Justyna, Mroczkowska Renata: Szczęście utracone – różne formy pomocy rodzicom po utracie dziecka.....	569-578
Cichoń Klaudia, Nowak-Kapusta Zofia, Pałka Izabela: Pielęgniarka wobec pacjenta umierającego.....	579-590
Szydło Edyta: Rodzina - siła i wsparcie dla przewlekle chorego.....	591-596
Zychalska Klaudia: „Dla niektórych warto się roztopić...”.....	597-601
Sobolewska Ewelina, Harasim-Piszczatowska Ewelina: „Pola Nadziei” formą edukacji społeczeństwa i rozwoju wolontariatu. na przykładzie kampanii prowadzonej przez Fundację „Pomóż Im”.....	602-612
Kimszal Ewelina, Kurowska Klaudia: Rola badania EEG w stwierdzaniu śmierci mózgu.....	613-621

CIERPIENIE, ŚMIERĆ I ŻAŁOBA ZWIERZĄT

Pucko Zygmunt: Syntonia w relacji człowieka ze zwierzętami jako jeden z podstawowych warunków zmniejszenia sumy zadawanego im cierpienia – próba filozoficznej interpretacji przypadku Monty Robertsa.....	622-629
Pucko Zygmunt: Wymiar filozoficzny wątków animalnych w prozie Zofii Nałkowskiej oraz w literackiej twórczości Johna M. Coetzego.....	630-638
Jantos Małgorzata, Kloński Andrzej: Cywilizacja oparta na opresji zwierząt.....	639-650

ŚMIERĆ SPOŁECZNA

Zalewski Grzegorz, Dziadel Agnieszka, Walejewska-Iwaszko Krystyna: Wątki irracjonalne i autodestrukcyjne w kulturze Inków jako jedna z przyczyn klęski w zderzeniu z cywilizacją europejską (analiza psychologiczno – historyczna)	651-660
Breguła Katarzyna: „Drugie życie” - czyli jakość życia pacjenta z przeszczepionym sercem i płucami.....	661-672
Kurzelewski Bartosz, Fidewicz Tomasz, Kurzelewska Anna, Czerwiński Paweł, Dorna Krzysztof, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Śmierć społeczna jako przejaw wykluczenia społecznego.....	673-690
Miarka-Lachendro Joanna, Kłapa Wojciech: Zjawisko stygmatyzacji dozorowanych w obserwacji kuratora społecznego.....	691-702

Cebulski Kamil, Gajos Piotr, Kuczyńska Martyna, Wala Kamila, Jaszczak Jakub, Dorna Krzysztof, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Współczesna medycyna a życie społeczne pacjenta - brakujący element w drabinie terapeutycznej.....	703-710
Marcinkowski Jerzy T., Masłoń Irena, Konopielko Zofia, Rosińska Paulina, Tworek Karolina, Klimberg Aneta, Wojtyła-Buciora Paulina: Okoliczności śmierci lekarzy zwykłe, heroiczne i inne. Cz. I. Okoliczności zwykłe.....	711-719
Marcinkowski Jerzy T., Masłoń Irena, Konopielko Zofia, Rosińska Paulina, Tworek Karolina, Klimberg Aneta, Wojtyła-Buciora Paulina: Okoliczności śmierci lekarzy zwykłe, heroiczne i inne. Cz. II. Okoliczności heroiczne.....	720-725
Marcinkowski Jerzy T., Masłoń Irena, Konopielko Zofia, Rosińska Paulina, Tworek Karolina, Klimberg Aneta, Wojtyła-Buciora Paulina: Okoliczności śmierci lekarzy zwykłe, heroiczne i inne. Cz. III. Okoliczności inne, w tym w niesławie.....	726-731
Śleziona Mariola, Graf Lucyna, Foltyn Agnieszka, Wawros Karina, Gawłów – Nowak Lilianna, Karczewska Olimpia, Sternik Anna, Szurlej Dariusz, Sejboth Justyna, Mroczkowska Renata: Ospa party – przejaw rodzicielskiej troski czy skrajnej bezmyślności.....	732-742
Brygala Magdalena, Talaj Anna: Starzenie się i starość. Umowny próg starości.....	743-750
Korol Agnieszka: Problem starzenia się społeczeństwa.....	751-763
Barańska Agnieszka, Firlej Ewelina, Pawlikowska-Łagód Katarzyna, Dąbska Olga, Nadziejka Ewelina, Janiszewska Mariola: Specyfika procesu starzenia się w aspekcie – fizycznym, psychicznym i społecznym.....	764-774
Gładczuk Jolanta, Grajek Zbysław W, Kleszczewska Ewa: Zdrowe starzenie się wyzwaniem dla edukacji i promocji zdrowia młodego pokolenia.....	775-794
Graf Lucyna, Śleziona Mariola, Foltyn Agnieszka, Mroczkowska Renata, Wawros Karina, Gawłów- Nowak Lilianna, Sternik Anna, Karczewska Olimpia, Sejboth Justyna, Szurlej Dariusz: Pragnienie własnej śmierci wśród osób starszych.....	795-803
Pawlikowska-Łagód Katarzyna, Dąbska Olga, Wołoszynek Eliza, Firlej Ewelina, Barańska Agnieszka: Problemy zdrowia psychicznego osób starszych wiekiem.....	804-812
Kowalewska Beata, Omelczuk Sylwia, Krajewska – Kułak Elżbieta: Osoby starsze i starość w opinii społecznej.....	813-842
Brygala Magdalena, Talaj Anna: Ludzie starzy w rodzinie.....	843-848
Puciłowska Monika, Kułak-Bejda Agnieszka, Śmigielska-Kuzia Joanna, Waszkiewicz Napoleon, Krajewska-Kułak Elżbieta: Depresja w grupie młodzieży licealnej wyzwaniem dla pielęgniarki.....	849-870
Barańska Agnieszka, Janiszewska Mariola, Jędrych Marian, Brop Bartłomiej, Firlej Ewelina, Tacikowska Justyna: Wiedza o chorobie i postawy wobec osób chorujących na schizofrenię.....	871-891
Foltyn Agnieszka, Graf Lucyna, Śleziona Mariola: Ocena jakości oferowanych usług przez Poradnię Zdrowia Psychicznego w SPZOZ w Bielsku-Białej. Analiza zapotrzebowania na wsparcie osób przewlekle chorych psychicznie w środowisku	892-899

Miarka-Lachendro Joanna, Łasak Dorota, Kłapa Wojciech: Otyłość jako konsekwencja niszczyielskiej siły kultury.....	900-911
Majewska Ewa, Kowalczuk Krystyna: Problemy pielęgnacyjne pacjenta będącego w fazie rehabilitacji po zawale mięśnia sercowego – zadania pielęgniarki.....	912-955
Walczak Waclaw: Śmierć społeczna jako następstwo ubóstwa, czyli dlaczego oferta komercyjnych mediów nie dostrzega biednych.....	956-965
Serafin Agnieszka, Bujno Weronika: Stwardnienie zanikowe boczne – szczególne wyzwanie w holistycznej opiece nad pacjentem i jego rodziną.....	966-978
Szydło Edyta: Rodzina - siła i wsparcie dla przewlekle chorego.....	979-984

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

Łasak Dorota, Miarka-Lachendro Joanna, Kłapa Wojciech: Odmienność kulturowa – od etnocentryzmu do integracji.....	985-992
Rutkowska Joanna: Niedosłuch osób starszych, czy aparat słuchowy- co bardziej wpływa na stygmatyzację w społeczeństwie.....	993-1003
Kulak-Bejda Agnieszka, Waszkiewicz Napoleon, Bejda Grzegorz: Definicja, etiologia, kryteria diagnostyczne zachowań ryzykownych.....	1004-1025
Kulak-Bejda Agnieszka, Waszkiewicz Napoleon, Bejda Grzegorz: Wybrane konsekwencje zachowań ryzykownych.....	1026-1047
Kulak-Bejda Agnieszka, Waszkiewicz Napoleon, Bejda Grzegorz: Społeczny zasięg wybranych zachowań ryzykownych.....	1048-1071
Boguszewska Michalina Iga, Harasim-Piszczałowska Emilia: Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży.....	1072-1084
Harasim-Piszczałowska Emilia: Żeby dzieci nie miały dzieci, czyli problemy nastoletniego macierzyństwa.....	1085-1095
Dojlida Tomasz, Kowalczuk Krystyna: Uzależnienia od komputera i Internetu wśród studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.....	1096-1135
Barańska Agnieszka, Janiszewska Mariola, Nadziejka Ewelina, Gierszon Patrycja, Woś Michał, Rusek Magdalena: Miejsce używek w codziennym życiu studentów lubelskich uczelni.....	1136-1153

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCYNA



„Zapomnienie o śmierci”. Józefa Czapskiego krytyka współczesnej kultury Zachodu

Breczko Jacek

Studium Filozofii i Psychologii Człowieka

W minionym roku obchodziliśmy 120. rocznicę urodzin Józefa Czapskiego, jednej z największych – nie tylko w sensie metaforycznym – postaci polskiej kultury XX wieku; wybitnego malarza, teoretyka sztuki, pisarza, pacyfisty i żołnierza, myśliciela i świadka epoki.

Zacząć chciałbym od przytoczenia dwóch opinii o jego pisarstwie, które wydają się trafiać w sedno. Konstanty Jeleński zauważył, że należy „podejść do jego dzieła z uwagą i uporem eksploratora i archeologa” [1]. Dlaczego archeologa? W pisarstwie Czapskiego jest wiele „punktowych wglądów”, oderwanych uwag, myślowych szkiców, „zdanek”, które trzeba próbować połączyć ze sobą niczym fragmenty jakiejś cennej antycznej wazy. Co więcej, opublikowane dotąd teksty Czapskiego to tylko drobna część jego pisarskiej spuścizny, niczym wierzchołek góry lodowej. Zdecydowana większość zawarta jest w *Dzienniku*, który jest niezwykle trudny do odczytania ze względu na „hieroglificzne” pismo (odczytano i opublikowano kilkadziesiąt stron spośród tysięcy). A zatem archeolog, dokonując rekonstrukcji, nie tylko musi domyślać się kształtu całości z fragmentów, ale też powinien te fragmenty rozszyfrować. Musi zatem ryzykować, wypełniać puste miejsca, wskazywać możliwe połączenia; dodawać „coś od siebie”. Podobnie postąpię w niniejszej rozprawce. Będę posługiwał się dyrektywą metodologiczną, którą pod koniec lat pięćdziesiątych sformułował Leszek Kołakowski, nazywając ją „historiografią ekspresjonistyczną”. Porównuje on pracę historyka filozofii do pracy portrecisty; nie może on „zmierzać do odtworzenia rzeczywistości w sposób bez reszty adekwatny, wolny od własnego wkładu i własnej, z góry przyjętej koncepcji malarskiej i stylu” [2].

Druga opinia to opinia Jacka Woźniakowskiego: „W prozie Czapski jest aż niesamowicie mądry, o wiele bardziej niż się wydaje nieuważnemu czytelnikowi, zwiedzionemu kolokwialnością języka” [3]. Kolokwialność języka w tym przypadku to nie tylko unikanie „naukowo brzmiących” sformułowań, ale też pewien swoisty, natychmiast zdradzający autora, sposób opowiadania, sposób „budowania myśli”.

Czym się charakteryzuje ten typ „budowania myśli”? (Który zaiste może, nieuważnemu czytelnikowi, utrudnić zrozumienie i docenienie mądrości jego prozy). Czapski unika

dwóch typowych – rzecz można mechanicznych – ciągów logicznych: „przesłanka, przesłanka, wniosek” oraz „wniosek, przesłanka, przesłanka”. U Czapskiego wniosek często „łąduje” między przesłankami. Mamy zatem rytm: „przesłanka, wniosek, przesłanka”. Zanim czytelnik nauczy się „w lot” pojmować („chwycić”) ten nowy układ argumentów, musi na początku mozolnie rozkładać rozumowanie Czapskiego na czynniki pierwsze, ustawiać je w tradycyjnej kolejności i dopiero wtedy pojawia się zrozumienie. Po czym może ponownie odczytać oryginalny tekst Czapskiego. I co się okazuje? Tak jak on napisał, jest dobrze; brzmi świeżo, niepowtarzalnie, ukazuje nieoczekiwany widok, związany z owym przesunięciem. Owa przesłanka na miejscu wniosku zaczyna bić osobliwym blaskiem. Przypomina to – nawiasem mówiąc – kadrowanie Czapskiego w malarstwie, kiedy to jakiś przedmiot, z pozoru mało ważny, zajmuje centralną część obrazu, a przedmiot „na pierwszy rzut oka” główny, najważniejszy, jest przecięty, nie mieści się cały na płótnie. Jego myśl charakteryzuje się zatem – już na poziomie logicznego rozbioru – twórczą swobodą, pewną, z pozoru, nonszalancją (czyli też kolokwialnością), za którą jednak kryje się jednak pragnienie dochowania wierności jakiemś „pierwotnemu zrozumieniu” („ośnieniu”, „epifanii”); jak się ono jawi przed logiczną, mechaniczną, obróbką.

*

Czapskiego obraz kultury współczesnej jest wielobarwny i zniuansowany, pełen znaków zapytania oraz próby „myślenia przeciwko sobie”. Przyczyniło się do tego niewątpliwie to, że miał dwa wyraźnie odmienne punkty odniesienia. Pierwszym była „Europa tradycyjna”, czyli organiczne, nieśpieszne, harmonijne życie na obszarach nietkniętych jeszcze gwałtownymi przemianami cywilizacyjnymi (mam na myśli wschodnie obszary dawnej Rzeczypospolitej na przełomie XIX i XX wieku). Ze wspomnień z dzieciństwa oraz z opowieści przodków wyłaniał się obraz Arkadii. Drugim punktem odniesienia były wspomnienia z Rosji ogarniętej rewolucją, a następnie, po dwóch dekadach, z Rosji stalinowskiej; gdzie oglądał skumulowaną agresję, nienawiść, nędzę, strach, ludzi albo kłamiących, albo milczących; krótko mówiąc, miał wrażenie przebywania na „niehumanitarnej ziemi”. Był to rodzaj „tajemnego wtajemniczenia” w odmęty zła, w jakie ludzkość może popaść. Pierwszy punkt skłaniał do krytyki różnych procesów kulturowych na Zachodzie, drugi krytykę tę hamował. Czapski miał bowiem świadomość, że może być lepiej, ale może też być znacznie gorzej.

Jakie jasne strony dostrzega we współczesnym świecie Zachodu? Dajmy dwa przykłady. Obywa zaczerpnięte z jego notatek z podróży po Stanach Zjednoczonych, którą odbył w roku 1949, kiedy to zbiedniała Europa podnosiła się dopiero z wojennych ruin.

Po pierwsze, zadbane dzieci; czyste, wesole i „wykarmione”. To niewątpliwy postęp, zwłaszcza na tle wychudzonych dzieci w łachmanach w Rosji, a zwłaszcza band „bezprizornych”.

Po drugie, funkcjonalność i grzeczność. Życie społeczne – jak zauważa – przypomina dobrze skonstruowaną i naoliwioną maszynę; poszczególne elementy pasują do siebie i zająbiają się ze sobą; nie ma tłoku, rozpychania się, kolejek; „dla wszystkich starczy”, „wszyscy się zmieszczą”. Ludzie uśmiechają się do siebie, pozdrawiają, mówią „dziękuję”, „przepraszam”; w stosunkach między nieznanymi dominuje delikatność, „miętkość” oraz uprzejmość. Niektórzy zarzucali Czapskiemu naiwność, powiadając, że ta grzeczność jest „nauczona”, konwencjonalna i powierzchowna. Czapski odpowiadał, że każda grzeczność jest „nauczona” i lepsza taka niż żadna. Owa miętkość, delikatność w obcowaniu wydawała mu się szczególnie cenna po doświadczeniu wszechobecnej obcesowości, grubiaństwa i brutalności „życia sowieckiego”.

*

Przejdźmy teraz do głównego wątku tego szkicu, czyli do ciemnych stron cywilizacji Zachodu.

Cywilizacja nowoczesna – powiada Czapski, nawiązując do Bernanosa – „wyplenia w sobie pierwiastek religijny”. Rozwój nauki i techniki sprzyja laicyzacji i światopoglądowi naturalistycznemu. Główna myśl, główna teza Czapskiego jest następująca: odejście od religii, przesunięcie akcentu z transcendencji na doczesność, osłabienie sferę kulturową. Niewątpliwemu zatem postępowi w sferze cywilizacyjnej, naukowej i technicznej towarzyszy kryzys w sferze kultury i moralności. Na czym jednak polega – i w czym się przejawia – owo osłabienie sfery kulturowej? W jaki sposób Czapski uzasadnia pogląd o ogólnym kryzysie kultury zachodniej, związanym z „wyplenianiem pierwiastka religijnego”?

Zacznijmy od tego, że społeczeństwa pozbawione religii, albo z zanikającą religią, to wyjątek w dziejach ludzkości, to – rzecz można – gigantyczny eksperyment kulturowy. Religie zaspokajały pewne głęboko zakorzenione ludzkie potrzeby; nade wszystko potrzebę sensu istnienia (świata, ludzkości i człowieka), wzmacniając „ufność w życie” i poczucie bezpie-

czeństwa duchowego. Inne, bardziej „przyziemne” potrzeby, zaspokajane niegdyś przez religię (jak wyjaśnienie zjawisk przyrody i obrona przed nimi) zaczęły być zaspokajane – z nie małym zresztą powodzeniem – przez naukę i technikę (odgromnik zastąpił gromnicę).

Kiedy jednak religia została amputowana, owe głębsze potrzeby nie mogły zostać zaspokojone. Nauka – ściśle pojęta – dawała mnóstwo odpowiedzi, ale nie dawała odpowiedzi na pytanie o sens istnienia. Pojawił się głód; coś co Czapski określił jako „religijne nienasycenie” [4]. Głód wymagał wszakże pokarmu, pojawiły się przeto rozliczne substytuty religii. I tak oto: „deszcz bogów sypie się z nieba na pogrzebie jedyne Boga, który się przeżył” – jak to sentencjonalnie ujął Leszek Kołakowski [5].

Jacyż to byli bogowie? Jakie – innymi słowy – substytuty religii pojawiły się w kulturze europejskiej? Były to ideologie i kultury wytwarzane zazwyczaj na styku filozofii i polityki. Towarzyszyła im więc całościowa wizja świata (spadek po filozofii), obudowana wokół jakichś nowych absolutów: czy to Rozumu, czy to rozumnej Historii, czy to przyszłego Braterstwa Ludzkości (komunizmu), czy to Narodu, czy to Nauki, czy to Sztuki, czy to Przyrody-Gai. Owe absoluty wskazywały na wielkie cele, na wielkie ideały, które miały skłaniać wyznawców do aktywności w sferze politycznej lub publicznej oraz nadawać ich życiu głęboki sens. Miały tylko jedną – identyczną zresztą – wadę, jedną wspólną „piętę achillesową”, była nią śmierć.

W obliczu śmierci – szczególnie indywidualnej, ale też śmierci gatunku – wszystkie te absoluty i wytyczane przez nie cele zaczynały blaknąć, kurczyć się, by, na koniec, okazać się iluzją, „połączonym próchnem” (śmierć gatunku wydaje się bowiem nieunikniona na gruncie ontologicznego naturalizmu, połączonego z wizją eksplodującego kosmosu; a na ontologicznym naturalizmie oparte były wszystkie te kultury).

Aby zatem w nie wierzyć, aby nie straciły swego blasku, należało zakazać sobie o śmierci myśleć, „wyprzeć” ją ze świadomości. Oto jedna z najgłębszych przyczyn znikania śmierci z kultury i ludzkiej wyobraźni.

Nasza cywilizacja – powiada Czapski – to „cywilizacja, która śmierci widzieć nie chce, zapomina o niej” [6]. „Zapomnienie o śmierci” to – jego zdaniem – specyficzny rys kultury nowoczesnej. Śmierć stała się tematem tabu. Przejawia się to nawet w języku. Nie mówi się „umarł”, ale – eufemistycznie – „odszedł”. Jakże odszedł, skoro go ponieśli. Kiedyś uważano, że mądry i refleksyjny człowiek zdaje sobie sprawę ze skończoności życia na ziemi; nie zapomina, że jest „bytem ku śmierci”. Wedle Platona, Cyncerona i Montaigne’a esencją filozofii jest namysł nad śmiercią; czyli że „filozofować znaczy uczyć się umierać”, a zatem

filozofia to *meditatio mortis* oraz *ars moriendi*. „Celem naszej wędrówki jest śmierć; to nieunikniony przedmiot naszego dążenia: jeżeli nas przeraża, w jakiż sposób może być nam ująć jeden krok bez drżenia? Lekarstwem pospółstwa jest nie myśleć o tym, ale jakaż głupota, jakaż tępość może sprowadzić tak grube zaślepienie?” [7].

Obecnie zaś zaczęło upowszechniać się przekonanie filozoficznych monistów i naturalistów – takich jak Epikur i Spinoza – że mądrość polega na czymś odwrotnym, na tym, aby o śmierci nie myśleć. Klasyczni antyczni hedoniści, spod znaku Arystypa, piszący na kielichach biesiadnych „*memento mori*”, wydają się być przeto – pod tym względem – mędrkami w porównaniu do epikurejczyków i współczesnych konsumpcyjnych hedonistów.

Jakie z kolei są skutki „zapomnienia o śmierci”?

Czapski, w swoim *Dzienniku*, notuje: „Ta cała [religijna] wielkość i groza samego istnienia w kategoriach zła i dobra, winy i kary stwarzała wielkość i grozę śmierci... Ukradziono śmierć człowiekowi” [8]. Śmierć nie jest więc traktowana jako nieszczęście i zło, ale jako egzystencjalna wartość. Dlatego też Czapski mówi o kradzieży. O cóż tu jednak chodzi? Co właściwie zostało ukradzione? Czapski powiada, że wielkość i groza emanująca z religijnej wizji bytu, stwarzała wielkość i grozę śmierci. Podkreślić należy połączenie pojęcia „wielkości” (wspaniałości i zachwyty) oraz „grozy”. W języku polskim nie istnieje słowo, które łączyłoby te dwa pojęcia; inaczej jest w innych językach; najdobitniej być może wyrażone to jest w krótkim angielskim „*awe*”: wymieszanie ze sobą zachwyty i trwogi (zbliżone znaczeniowe greckie *δέος*, łacińskie *reverentia*, hiszpańskie *temor*).

Wedle Czapskiego śmierć jest zatem cenna, albowiem myśl o niej może być źródłem *awe*, czyli jednego z najszlachetniejszych uczuć, do jakich zdolny jest człowiek. Nie tylko szlachetnego, ale też płodnego.

Awe, czyli „trwożny zachwyt”, wydaje się być zacyzmem i nieodzownym, koniecznym składnikiem uczuć metafizycznych (które Witkacy nazwał zbiorczo „metafizycznym poczuciem dziwności istnienia”); z kolei te uczucia zasilają, niczym soki żywotne, trzy najwyższe gałęzie „drzewa kultury”: mistyczną odmianę religii, uduchowioną sztukę i maksymalistyczną filozofię. Należy filozofować, Czapski [9] cytuje Ciorana – „jakby filozofia nie istniała, na wzór troglodyty olśnionego i przerażonego” (myśl tę Czapski uczynił mottem artykułu). Zważmy, że podkreślony jest w niej źródłowy – w przypadku filozofii – charakter *awe* (zarazem olśnienie i przerażenie).

Zanik *awe* – związany z redukcjonizmem naturalistycznym oraz z zapomnieniem o śmierci, albo z jej „odczarowaniem” i banalizacją – prowadzi do kryzysu, a nawet uwiędnięcia najwyższych gałęzi kultury.

Czymże jednak jest owa – wspomniana wyżej – banalizacja śmierci? W światopoglądzie naturalistycznym, zastępującym dawną religijną wizję bytu, człowiek przestaje być dzieckiem Boga, stworzonym na jego podobieństwo; staje się zwierzęciem i niczym więcej. Śmierć człowieka staje się przeto czymś zwyczajnym i naturalnym, jak śmierć mrówki czy muchy. W XX wieku mieliśmy do czynienia również z „empiryczną”, naoczną banalizacją śmierci. Dwie wojny światowe, wielkie i małe rewolucje, niezliczone wojny lokalne, ludobójcze rzezie oraz – na zimno zaplanowane – obozy śmierci, w wyniku czego ludzie ginęli masowo (jak niegdyś w czasach zarazy), odbierały śmierci dostojność i powagę związaną z jej wyjątkowością.

W perspektywie naturalistycznej od kilku miliardów lat umiera na tej ziemi niezliczona liczba zwierzęcych osobników następujących po sobie w niezliczonych pokoleniach; śmierć człowieka nie jest więc żadnym wydarzeniem (samo słowo „umarł” staje się wręcz niestosowne; o mrówce nie mówimy, że umarła). Nie ma tu więc miejsca na żaden *pathos*, a bez *pathos* nie ma *kaharsis*. Co również uszkadza owe najwyższe gałęzie kultury: religię, filozofię i sztukę.

Czapski szczególnie interesuje się tym ostatnim składnikiem kultury wysokiej – sztuką i jej obecną kondycją. Zauważa, że twórców, którzy uprawiają „sztukę wysoką”, „sztukę ambitną” – na przykład malarstwo abstrakcyjne – jest coraz więcej; z czego można by wnosić, że ta gałąź kultury się rozwija. To jednak pozory; strumień sztuki rozlewa się szeroko, ale jest płytki. Powstają dzieła poprawne i dobre, ale nie powstają dzieła wielkie. Nie widać arcydzieł, których oddziaływanie mogłoby być liczone nie w miesiącach i latach, ale w stuleciach. Wystarczy pospacerować po muzeach sztuki współczesnej – po owych rozlicznych instalacjach, artefaktach, kolażach i brikolażach, „projektach”, wizualizacjach, dziełach sztuki koncepcyjnej – i zadać sobie pytanie, kto będzie chciał to oglądać za sto, dwieście, tysiąc lat?

Czapski podkreśla trzy sprawy.

Dominuje obecnie „estetyka szybkości”. Szybkość wykonania staje się oznaką „wartości” dzieła (rzemieślnik pracuje powoli, „w pocie czoła”, a geniusz tworzy błyskawicznie). Dzieło ma być efektem przebłysku geniuszu i „szoku twórczego” i ten „szok” powinien udzielić się odbiorcy. „Estetyka szybkości” współgra ze światopoglądem naturalistycznym i egotyzmem współczesnych twórców; będącym odwrotnością pokory twórców średniowiecz-

nych, którzy ani się nie popisywali, ani nawet się nie podpisywali; dzieło robione było bowiem na chwałę Boga, a nie na własną chwałę. W dziele współczesnym przeciwnie, popisywanie się i podpisywanie wydają się najważniejsze. Czapski nie lubił Gombrowiczowskiego „Ja”, „Ja”, „Ja”.

Kolejna cecha to „epatowanie nowością”. Inicjatorem tego trendu i głównym winowajcą był – zdaniem Czapskiego – Pablo Picasso. Owo „epatowanie nowością” jest, jak się zdaje, przejawem głębszej przemiany. Uprawianie sztuki, tworzenie przestaje być służbą, traci aspekt altruistyczny, dzielenia się pięknem, staje się działalnością nakierowaną na odniesienie sukcesu, zdobycie sławy i pieniędzy. Artysta służy sobie. Tworzenie łączy się z autoreklamą i „marketingiem artystycznym”. I w tym przypadku pewne skazy moralne – chciwość, pycha i egotyzm – stają się decydujące.

I wreszcie, po trzecie, Czapski dostrzega w sztuce nowoczesnej epatowanie złem, agresją i ironią. Niemodna jest akceptacja bytu; twórcy są pełni sarkazmu, odrazy do świata, który przedstawia się im jako chaos lub absurd. Dobroć zaś jest nudna i wskazuje na naiwność i poczciwość, czyli brak wyrafinowania i głupotę. Epatowanie złem i ironią ma również tło marketingowe; dzieła jaskrawe – atakujące odbiorcę „mocnymi efektami”, pełne demonicznego zła, perwersji, agresji, krwi – lepiej się sprzedają (wszak w logice mediów „zła wiadomość to dobra wiadomość”).

*

Sekularyzacja i „zapomnienie o śmierci” uderza jednak nie tylko w owe trzy najwyższe gałęzie kultury. Czapski odnotowuje również inne szkodliwe tendencje w kulturze, które „amputację religii” i „zapomnienie o śmierci” mają w tle. Wymieńmy niektóre.

„Zapomnienie o śmierci” prowadzi do „spłycenia”, osłabienia myślenia dogłębnego, do obawy przed zadawaniem „ważnych pytań” i prowadzeniem „istotnych rozmów”. Takie bowiem pytania i takie rozmowy odsłaniają problem śmierci. Kto myśli poważnie, ten dociera do końca; dociera zatem do kresu życia i do fundamentów istnienia, a zatem do pytania o sens, które – z kolei, zwrotnie – nabiera szczególnej wagi w obliczu śmierci. A jaki jest tego skutek? Otóż – między innymi – powodzenie hałaśliwej rozrywki; inwazja płytkiej i wulgarnej kultury masowej, pomagającej „spędzać” czas, czyli czas „zabijać” (powodzenie zatem – używając terminu Pascala – *divertissement*, czyli różnych „rozpraszaczy”). Natomiast w sferze edukacji prowadzi to do zastąpienia dążenia do istotnej prawdy przez – Czapski cytuje Malraux – „nagromadzenie wiadomości”.

Zapomnienie o śmierci i spłylenie myślenia łączy się – zapewne wzajemnie się wzmacniając – z przyspieszeniem tempa życia; a może nawet z ogólną „akceleracją historii” (termin wymyślony przez – zaprzyjaźnionego z Czapskim – Daniela Halévy). Wszechobecny pośpiech uszkadza refleksyjność, brak refleksyjności skłania do pośpiechu. Z kolei pośpiech, nerwowości i zapracowanie – nie umieszczone na tle całościowej i sensownej wizji życia i świata – powoduje, że ludzie „wypalają się” duchowo. Wysiłek może być bowiem budujący (kiedy wieńczy go „dzieło”) i może być jałowy (niczym przenoszenie kamieni z jednego miejsca na inne, i z powrotem (kara stosowana w obozach koncentracyjnych). Pojawiają się więc – w związku z rozrostem państwowej biurokracji oraz rynkowej sfery usług, zaspokajającej coraz dziwniejsze, coraz bardziej „sztuczne” potrzeby – olbrzymie obszary pracy wyalienowanej, jałowej. Ludzie wykonują czynności, których nie cenią, nie lubią, nie pojmują. Taka bezsensowna aktywność odbywa się, powtórzmy, na tle świata, który jawi się jako roztrzaskany, chaotyczny; pozbawiony prawa naturalnego i sensu (albowiem pozbawiony został, poprzez sekularyzację, transcendentnego spoiwa, a większość – wspomnianych wyżej – „substitutów religii” również zbankrutowała). Czapski pisze tak [10]:

Ludzie pieszo idą naszą ulicą ze stacji... Widocznie na niedzielę jadą wytchnąć, uciec z Paryża. Co uderza, że zawsze robią wrażenie zmęczonych, z brakiem tchu, zawsze pośpiesznych. Simenon pisze, że w ustach swoich dzieci nigdy nie spotyka słowa *effort* (wysiłek), ale stale słowo *fatigue*. Tak jest, ale przecież to wysiłek odświeża, odmładza, zmienia zmęczenie w radość i prawo do odpoczynku. Co znaczy ta nasza zabiegana cywilizacja, i jeszcze do tego to porywanie ludzi, zakładnicy i cała szaruga krwi, morderstw dokonywanych przez wierzących w swoje utopie utopistów albo najprościej przez młodych, którzy tak się wyżywają w istnieniu bez podstaw, bez wiary w sens życia? To jest jedyny romantyzm epoki?

Mamy więc problem zmęczenia, jałowego wysiłku, który prowadzi do problemu „istnienia bez podstaw”, czyli – używając terminu, niezmiernie cenionej przez Czapskiego, Simone Weil – *wykorzenia*. Odczarowany, zsekularyzowany czas i przestrzeń ludzą prostokątą powierzchnią, ale nie dają solidnych i sensownych punktów odniesienia. Znika rytm świąt kościelnych (który niegdyś nadawał ład czasowi), znika hierarchia miejsc świętych: kapliczek, kościołów, katedr i bazylik (która niegdyś nadawała ład przestrzeni). Czapski podkreśla płytki kontakt ze światem właśnie w wymiarze przestrzennym. Ludzie nie potrafią kon-

templować przestrzeni, pejzażu, widoku. Patrzą, ale nie widzą. Przypominają pędzących (japońskich) turystów, którzy przebiegają muzea, albo przejeżdżają w klimatyzowanych autobusach zabytkowe centra miast (wygoda, zamożność łączy się tu z płytkością, z chłonięciem „pstrokatej powierzchni”). Przeciwstawia im dawne „dostojne bytowanie” człowieka (które jeszcze teraz można znaleźć w częściach świata niedotkniętych „akceleracją” i „wykorzeniem”). Podaje przykład greckiego chłopca, który z kozą i kawałkiem winnicy, żyje, bez pośpiechu, u stóp Akropolu. Bliski Czapskiemu Stanisław Vincenz ujmował owo wykorzenie w plastycznych metaforach; powiadał, że współcześni ludzie – w wymiarze społecznym – potrzebują ojczyzny, a dostają państwo, w wymiarze egzystencjalnym utracili zaś pępowinę łączącą ich z wnętrzem świata. W obydwu przypadkach podkreślana jest – jak widać – powierzchowność, naskórkowość.

Dodajmy na koniec jeszcze jedno spostrzeżenie, które Czapski wyniósł ze swoich powojennych podróży po Stanach Zjednoczonych (które potem, w związku z „amerykanizacją”, nabrało cech uniwersalnych). Uderzyła go mianowicie wszechobecność reklamy. Nie tylko jednak liczba reklam go dziwiła, ale też ich jednolitość (jakby wszystkie wykonane zostały wedle jednej sztancy, albo przez jednego autora). Wyjaśniono mu, że w reklamie nie sprawdzają się żadne oryginalne pomysły; że twórcy reklam – opierając się na precyzyjnych naukowych pomiarach – celują w gust 10-letniego dziecka, albowiem ten gust jest najbliższy gustom masowym. Cóż to znaczy? Kiedyś sztuka „apelowała” do tego, co wyższe, niepospolite w człowieku; obecnie reklama – coraz bardziej ekspansywna – apeluje do tego, co niższe i pospolite. Celowanie w gust 10-letniego dziecka przyczynia się do infantylizacji kultury oraz kultu młodości. Kult młodości współgra z kolei z „zapomnieniem” o śmierci, albowiem dzieciństwo i młodość najmniej kojarzą się ze śmiercią.

*

Podsumujmy.

Czapskiego należy zaliczyć do konserwatywnych krytyków obecnego stanu kultury Zachodu. Przy czym nie jest to konserwatyzm spod znaku Josepha de Maistre, marzącego o powrocie monarchów z bożej łaski i kata jako strażnika moralności. Jest to raczej konserwatyzm spod znaku Burke’a. Konserwatyzm ten nie lubi „linii prostych” i „geometryzacji” społeczeństwa, ceni to, co organiczne, co wzrastało i formowało się spontanicznie przez stulecia; a nade wszystko ceni religię; a konkretnie chrześcijaństwo, które było – przez kilkanaście

stuleci – najważniejszym bodaj składnikiem tożsamości kulturowej ludów europejskich; było też światopoglądowym spoiwem, wskazującym cel i nadającym sens istnieniu.

Należy zaliczyć go do najważniejszych – choć chyba niedocenionych – przedstawicieli polskiej dwudziestowiecznej filozofii kultury. Podejrzewam, że jego znaczenie i rola będzie rosnąć wraz z odszyfrowaniem i wydaniem *Dzienników*. Wydanie *Dzienników* Czapskiego był to bodaj ostatni wielki plan wydawniczy Jerzego Giedroycia, który pokrzyżowała śmierć Redaktora.

W polskiej filozofii kultury występował silny nurt katastroficzny (Zdziechowski, Znaniecki, Witkacy); Czapski o katastrofizm się ociera, ale sprawy nie przesądza (jak zwykle dostrzega „dwie strony medalu”). Ma więc nadzieję, że po okresie głępszym nastąpi okres mądrzejszy. Stare kultury (jak kultura francuska) mają bowiem ukryte zasoby i mogą przetrwać nawet głębokie kryzysy. Kultura europejska ma za sobą wiele „stanów harmonijnych” i stanów chaosu; gubiła ślad i go odnajdowała. Można więc mieć nadzieję na kolejne „stany harmonijne”, że ponownie ślad odnajdzie (dla Czapskiego, z pewnymi zastrzeżeniami, to – powtórzmy – ślad chrześcijański).

Oto przykład zastrzeżeń, wątpliwości, wewnętrznych zmagani: „Kościół. Narastające uczucie (bo „głowa sama myśli”), że moja religijność (?) to czytanie o niej, mówienie o niej i wzruszenie, albo wyraźny „odpych”, ale gdzie ja tam jestem, czy nie zupełnie obok: obserwator pozytywistyczny? katolicyzm? protestantyzm? buddyizm? - to są „*des pistes dans la neige*”, ale nie można wejść na górę, próbując wszystkich tropów, „*toutes les pistes*” naraz. Który to cesarz z czasów upadku Rzymu miał w swoim pokoju wszystkich bożków, w jakich wierzyli poddani jego imperium? Mówiąc serio, bez porównań, wiara, naprawdę wiara w świętych obcowanie, ciała zmartwychwstanie - jakże jest dla mnie pojęciem czysto zewnętrznym, poza moją rzeczywistą rzeczywistością? Tak! Jest nadzieja we mnie świętych obcowania, jest „Panie nie jestem godzien, byś wszedł do przybytku serca mojego” i jest „czyńcie to na pamiątkę moją”! Jest w tych słowach wypowiedzianych w chwili pogńębienia pomoc, światło prawdziwe... Czasami!” [11].

Jedno jest pewne – i to również uzasadnia umieszczenie go w kręgu liberalnych konserwatystów – nie pokłada on wielkich nadziei w laickim humanizmie. Przeciwnie, podkreśla destrukcyjne skutki „amputacji religii”. Albowiem wszystkie jej substytuty oraz konsumpcja i zgiełk kultury masowej „wszystko to, to jest NIC... Nihil w obliczu śmierci, która JEST i której moi współcześni za Boga nie chcą widzieć” [12].

Piśmiennictwo

1. Jeleński K.A.: Szkice, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, Kraków, 1990, 156.
2. Kołakowski L.: Nieempiryczność historii [w:] Świadomość religijna i więź kościelna. Studia nad chrześcijaństwem bezwyznaniowym XVII wieku, Wyd. PWN, Warszawa, 1965, 250-254.
3. Woźniakowski J.: Wypisy, Zeszyty literackie, 1993, 44, 110.
4. Czapski J.: Patrząc, Wydawnictwo Znak, Kraków, 1996, 276.
5. Kołakowski L.: Kapłan i błazen [w:] Pochwała niekonsekwencji, t. II, Kołakowski L, Oficyna Wydawnicza NOWA, Warszawa, 1989, 179.
6. Czapski J.: Wyrwane strony, Zeszyty Literackie, 1993, 44, 69.
7. de Montaigne M.: Próby. Księga pierwsza, przeł. Tadeusz Żeleński (Boy), Wyd. Zielona Sowa, Warszawa, 1985, 204.
8. Czapski J.: Wyrwane strony, Zeszyty Literackie, 1993, 44, 50.
9. Czapski J., Patrząc, Wyd. Znak, Kraków, 1996, 348.
10. Czapski J.: Wyrwane strony..., Zeszyty Literackie, 1993, 44, 156-157
11. Czapski J.: Wyrwane strony... Zeszyty Literackie, 1994, 45, 11.
12. Czapski J.: Czytając, Wyd. Znak, Kraków, 1990, 415.

Od diagnozy do aktu ostatecznego, czyli pacjent w obliczu śmierci

Mirosława Tomaszewska-Laszcza² Małgorzata Paprocka-Borowicz^{1,2} Emilia Gnus²
Krzysztof Dorna³ Anna Kurzalewska² Paweł Czerwiński² Jan Gnus^{1,2,3}

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy we Wrocławiu
3. Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu

Wstęp

Szpital, hospicjum są to szczególne miejsca. Wszyscy w środowisku medycznym, poczynając od lekarzy, pielęgniarek, a kończąc na salowych i sprzątaczkach stykają się na co dzień ze śmiercią. Ale nikt nie zastanawia się nad tym, z czym zmagają się pacjenci i ich rodziny. Często bagatelizujemy zachowanie pacjenta. Ponieważ dla nas to pacjent, przypadek medyczny jeden z wielu. Ale dla innych jest to rodzic, mąż, żona, przyjaciel, dziecko. Osoba, która pełni pewną określoną rolę w życiu innych osób. W związku z tym, pokusiliśmy się o krótkie zestawienie różnej wiedzy o procesie umierania, a raczej dochodzenia małymi krokami do próby oswojenia się z ostatecznością.

Wiadomość o chorobie dokonuje w sferze emocjonalnej i psychicznej człowieka olbrzymie spustoszenie. Ważne jest, aby uświadomić sobie, że tego typu diagnoza dotyczy nie tylko pacjenta, ale także jego najbliższych.

Od momentu diagnozy pacjent przechodzi stadia adaptacji, które są w mniejszym bądź większym stopniu zauważalne. Reakcje człowieka na wiadomość o chorobie terminalnej są wszelakie. Psychologowie kliniczni dysponują wiedzą na temat możliwych zachowań zarówno pacjenta, jak i jego najbliższych. Ale i profesjonaliści w odmienny sposób szeregują reakcje pacjentów na wiadomość o chorobie terminalnej. Według Marka Jarosza [1], reakcje na wiadomość o chorobie będziemy dzielić na 5 etatów:

I ETAP

OCENA CIĘŻKOŚCI WŁASNEJ CHOROBY

Chory zmagają się z pytaniem „czy ja naprawdę jestem ciężko chory?”. Podczas tego etapu możemy zauważyć 4 zasadnicze zachowania:

- Zaprzeczenie, czyli wyparcie. Tego typu zachowanie redukuje lęk, ale nie usuwa jego źródła
- Pomniejszenie, chory bagatelizuje swój stan zdrowia. W tej formie górę bierze racjonalizacja. Umożliwia ona redukcję lęku i jest wyrazem działania kierowanego bezwiednie. Gdy u pacjenta zauważamy swoistą „niefrasobliwość” możemy brać pod uwagę zmiany tkanki mózgowej
- Przyjęcie diagnozy lekarskiej, jej akceptacja, a co za tym idzie do poddania się chorobie.
- Wyolbrzymienie.

II ETAP

ZNACZENIE WŁASNEJ CHOROBY DLA CZŁOWIEKA CHOREGO

1. Choroba postrzegana jako przeszkoda, łączy ze sobą dwa bliskoznaczne terminy: „choroba jako wyzwanie” i „choroba jako wróg”, która postrzegana jako sytuacja trudna, ale także jako przynosząca życie. Na tym etapie jest ważne wszystko, co prowadzi do sukcesu i co zmniejsza napięcie lękowe. Tu możemy mieć do czynienia z dwiema odmiennymi tendencjami. Pierwsza, w której pacjent podejmuje walkę i druga, gdzie poczucie własnej słabości weźmie górę i pacjent wykazuje gotowość do poddania się.
2. Choroba traktowana jako nieodwracalna strata lub uszkodzenie. Jest to dość niebezpieczne zjawisko, gdzie należy pacjenta bacznie obserwować, gdyż w tej formie zachowań pacjenci wykazują tendencje samobójcze.
3. Choroba jako ulga, czyli rodzaj usprawiedliwienia wobec innych, ale i wobec siebie. Jest wówczas sposobem od uwolnienia się od obowiązków, odpowiedzialności za niedokończone sprawy, stając się uczuciem ulgi, korzystny moment do „ucieczki” przed wcześniejszymi zobowiązaniami.
4. Choroba jako korzyść lub jako strategia. Jest często spotykana u osób, które szukają wsparcia, czułości i pomocy ze strony bliskich, ze strony środowiska. Innym sposobem rozumienia tego procesu są zyski materialne: uzyskanie renty,

odszkodowania. Lecz ten sposób nie sprzyja motywacji do procesu wyzdrowienia, a więc traktowania choroby jako przeszkody, która wymaga pokonania.

5. Choroba jako wartość. Kiedy to cierpienie może korzystnie wpływać na człowieka. Oderwanie człowieka od spraw przyziemnych i skierowanie jego myśli na inne, wyższe aspekty życia. Dochodzi wówczas do rewizji swojego życia i celów. Bardzo często dochodzi u człowieka do przewartościowania swojego życia. Osoby postrzegające chorobę jako wartość w tym okresie podejmują się rzeczy, na które nigdy nie mieli czasu, ale także i odwagi. Pragną wykorzystać pozostawiony czas maksymalnie z korzyścią dla siebie.

III ETAP

REAKCJE EMOCJONALNE

Stosunek chorego do choroby kształtuje się na trzech poziomach: poznawczym, emocjonalno- motywacyjnym i behawioralnym.

1. Strach jest stosunkowo częstą reakcją emocjonalną u chorych terminalnych. Strach w większości przypadków prowadzi do baczego obserwowania siebie jako człowieka cierpiącego i swojej sytuacji, w której się znalazł.
2. Lęk przeżywany jest podobnie do strachu, ale nie stanowi reakcji na bezpośrednie zagrożenie. W „Słowniku psychologii” definicja lęku przedstawiona jest jako „(...) krańcowy niepokój, irracjonalny strach. Lęk jest przykrym, intensywnie odczuwanym stanem złego samopoczucia, wywołanym niejasnym wrażeniem niesprecyzowanego i bliskiego zagrożenia, wobec którego człowiek czuje się bezbronny i bezsilny. Stanowi temu towarzyszą najczęściej zmiany neurovegetatywne porównywalne z tymi, jakie zaobserwować można w szokach (wstrząsach) emocjonalnych: palpacje, pocenie się, drżenie, zaburzenie wzroku itd. Lęk wywiera dezorganizujący wpływ na świadomość, wywołuje regresję, obejmującą zarówno sferę myślenia, jak i emocje. Powodować go może konflikt wewnętrzny, (np. gdy tłum się agresję), niezadowolające życie seksualne lub tragedia miłosna (strata ukochanej osoby bądź jej dezaprobata), budząca z uśpienia dawne uczucie porzucenia. W pewnych wypadkach źródłem lęku nie jest realna sytuacja, lecz fantazmy, fikcyjne wyobrażenia sytuacji konfliktowej, np. u niektórych dzieci uprawiających masturbację groźby rodziców nakładające się na poczucie winy mogą spowodować silne reakcje emocjonalne i objawy

nieprzystosowania, związane z lękiem przed - kastracją, obawą okaleczenia lub utraty członka.

Lęk sam w sobie nie stanowi zjawiska patologicznego. Jego istnienie związane jest z kondycją człowieka. Według obserwacji R. Spitz'a, prawdziwy lęk po raz pierwszy objawia się u około ośmiomiesięcznego niemowlęcia, gdy pod nieobecność matki dostrzeże ono zbliżającą się do niego osobę, którą nagle zidentyfikuje jako obcą. Zachowanie takie nie jest bynajmniej czymś anormalnym, a wręcz odwrotnie znakiem postępu, jaki się dokonał w rozwoju dziecka. Oznacza, że dziecko osiągnęło zdolność rozpoznawania „swoich” od „obcych” oraz że jego rozwój emocjonalny przebiega normalnie. Później, w kluczowych momentach życia, gdy niezbędne okazuje się przystosowanie do nowych warunków, człowiek na nowo odczuwa przejściowy lęk. Jeśli nie potrafi stworzyć warunków dla nowej adaptacji, poczucie niepewności nie ustępuje, co może prowadzić do nerwicy lub psychozy. Lęk patologiczny opisany w nowej amerykańskiej nomenklaturze psychiatrycznej (DSM, III 1983) pod nazwą „panicznego lęku” (panic disorder) i „lęku nadmiernego” (overanxious disorder) jest najczęściej spotykanym w praktyce medycznej symptomem psychiatrycznym”[2].

O uzasadnionym lęku mówimy wówczas, gdy mamy do czynienia z zabiegiem operacyjnym, przed powikłaniami, czy też ryzykiem kalectwem. Inną reakcją, jaką można zaobserwować na oddziale szpitalnym jest to tzw. „kamienny spokój”. Jest to stan kryjący lęk, natomiast agresja i gniew mogą być bezpośrednim następstwem narastającego napięcia lękowego”.

Gniew. Frustracja często prowadzi do agresji. W tym układzie będzie to agresja skierowana na lekarza, na proces leczenia, na personel.

PRZYGNEBIENIE jest reakcją w pełni fizjologiczną, tzn., że jest traktowana jako prawidłową proporcjonalną do negatywnego obrazu własnej choroby. Pomimo tego, że tego typu emocje nie wykazują cech patologicznych, ale niemniej jednak wymagają starannego uwzględnienia oddziaływania na stan psychiczny pacjenta. Jest to dość skomplikowany stan, dlatego, że można z nastroju patologii zrobić normę, a z nastroju normy patologię.

NASTRÓJ WYRÓWNANY, w tym sposobie reakcji wyróżniamy trzy podobne pod względem przejawów zewnętrznych, sposoby zachowań:

- Odważny spokój, który jest wynikiem spostrzegania choroby jako przeszkody, którą trzeba pokonać. Ten stan wyzwala lęk. Zewnętrzny spokój jest osiągnięty w wyniku

świadomej kontroli swego zachowania, w następstwie wykorzystanych wcześniej nabytych doświadczeń w zmaganiu się z trudnościami.

- Pozorny brak reakcji, kiedy reakcja emocjonalna jest nikła. Przykładem takiej reakcji może być tłumienie lęku, który nie jest on uświadomiony, ale także nie został rozładowany.
- Rzeczywisty brak reakcji emocjonalnej.

NASTRÓJ PODWYŻSZONY. Należy go umieć różnicować. Czasem jednak podwyższony nastrój może być następstwem organicznego uszkodzenia tkanki mózgowej. W takich przypadkach będziemy mówili o euforii, czy też o nastroju euforycznym.

Każda osoba, która zмага się z chorobą podejmuje działania by poradzić sobie z zaistniałą sytuacją. Według Lipowskiego (za M. Jaroszem, 1988) wyróżniamy:

- **walka** - jestem chory, dlatego podejmuję się wszystkiego, by dążyć do optymalnego stanu. Pacjentowi wówczas towarzyszy silna motywacja do pokonania choroby. Możemy ją przedstawić przy pomocy prostej, gdzie na jednym końcu pacjent za wszelką cenę chce wyzdrowieć i dochodzi do sytuacji przeciążenia. Natomiast, gdy wypośredkujemy cały proces „Walki”, będziemy bardziej „Umiarkowani”, wówczas dojdzie do wytworzenia silnej motywacji do pokonania choroby z racjonalnym podporządkowaniem się zaleceniom lekarskim.
- **rezygnacja**- poddanie się. Zachodzą tutaj dość subtelne różnice:
 - rezygnacja wczesna, tzn. trwająca już od wytworzenia się negatywnego (pesymistycznego) obrazu własnej osoby,
 - stopniowe wycofywanie się, gdy w procesie leczenia pacjent nie obserwuje żadnej poprawy
 - bierne poddanie się biegowi wydarzeń
- **Przeciwstawienie się i uleganie**

IV ETAP

NIEKTÓRE PSYCHOLOGICZNE NASTĘPSTWA CHOROBY

Chory, oczekujący diagnozy i informacji o dalszym postępowaniu, ze względu na stan emocjonalno-psychiczny, często nazywany jest „trudnym pacjentem” [1]. Wynika to z tego, że nie potrafi sobie poradzić ze zbliżającym się „wyrokiem”, który będzie brzmiał „

życie” lub „śmierć”. Dla tej grupy pacjentów i ich rodzin, często pielęgniarka jest „kapelanem umierającego”. Każdy, kto pracuje z osobami chorymi terminalnie i ich rodzinami, powinien znać i potrafić rozróżnić poszczególne fazy, w którym ten człowiek się znajduje. Jest to bardzo ważne ze względu na to, że każdy z tych etapów rządzi się swoimi prawami. W zależności od tego, w którym momencie znajdzie się pacjent, będziemy z nim postępowali w sposób odmienny.

Chory często sygnalizuje niewerbalnie, w jakim stopniu boi się tej niepewności. Należy nauczyć się odczytywać informacje, które nam przesyła. Mogą to być: specyficzne ułożenie ciała, zwiększona czujność, odwracanie się do ściany i niechęć do rozmowy, może śnić o swojej śmierci, a także i inne.

Możemy wyróżnić trzy sposoby **reakcji na wiadomość o chorobie terminalnej**:

- **Akceptacja informacji** (śmierć jako normalne zjawisko – najczęściej u osób wierzących, o dojrzałej osobowości).
- **Ucieczka w aktywizm**. Ludzie o orientacji ekonomicznej żyjący dniem dzisiejszym
- „nie mam czasu, żeby umrzeć”. Pacjenci często podejmują decyzje o samobójstwie na wiadomość o chorobie – zaraz po uzyskaniu wyników badań.
- **Unikanie świadomości o chorobie / śmierci** – wypieranie się „mnie to nie dotyczy”. Małe dzieci poniżej 5 –tego roku życia nie mają świadomości o śmierci – niektórzy dorośli też nie posiadają tej świadomości – dochodzi u nich do spychania informacji o chorobie w podświadomość.

Chorzy odbierają informacje pozawerbalne od rodziny, chorych, lekarzy, personelu i innych osób. Wnioskują z zachowania, gestów i mimiki. Chorzy konfrontują swoją wiedzę z osobami spoza zespołu terapeutycznego. Taka wymiana informacji może mieć bardzo poważne konsekwencje na przebieg procesu leczniczego, a tym samym dla samego pacjenta. Przekazywane sobie treści bardzo często odbiegają od prawdy i faktycznego stanu rzeczy - są to mity. Zasłyszane informacje od drugiej osoby stają się niejednokrotnie wyrocznią i przesądają o procesie leczenia, a mianowicie to, czy dana osoba podda się proponowanemu leczeniu. Dlatego tak istotny jest przepływ rzetelnych informacji ze strony lekarza. Gdy lekarz wyjaśni pacjentowi przebieg leczenia i dojdzie do zbudowania prawidłowej relacji pacjent-lekarz możemy spodziewać się bardziej aktywnej współpracy ze strony chorego. W ten sposób lekarz buduje swój autorytet w oczach pacjenta i może mieć pewność, że współpraca będzie przebiegać bez większych zakłóceń. Brak informacji ze strony zespołu leczniczego chory odbiera jako zagrożenie dla siebie. Bardzo ważnym elementem jest unikanie przez personel medyczny błędów jatrogennych.

Elizabeth Kübler-Ross zauważyła u pacjentów o niepomyślnym rokowaniu 5 stadiów dojrzewania człowieka do własnej śmierci:

1. **Niedowierzenie** – jest to naturalna zdrowa reakcja. W tym stadium chorzy odbywają wizyty u różnych lekarzy, znachorów. Ponoszą duże koszty, po to tylko, aby wykluczyć diagnozę.
2. **Czas intensywnych emocji** – agresja, gniew kierowane są na wszystkich wokół, głównie na rodzinę, lekarzy, psychologów itd.
3. **Stadium „targowania się”** z lekarzami, z Bogiem. Przetargi te są nieskuteczne. Często regułą powtarzaną jest, „Boże, jeśli wyzdrowieje, to ...”.
4. **Depresja** – chory pozornie nie chce pomocy. Odwraca się do ściany, ale to nie oznacza, że on nie chce pomocy. Trzeba mu pozwolić na ten stan.
5. **Akceptacja** – jest to spokojne przyzwolenie „niech się stanie”. Dochodzi do przeglądu całego swojego życia [3].

Trzeba pamiętać, że przy każdym łóżku jest miejsce, aby usiąść przy chorym, jest to sygnał, że przez jakiś czas zatrzymamy się przy nim, że mamy czas dla niego. A także jest to znak dla nas - zobacz tu jest miejsce- bądź ze mną, potrzebuję Cię. Pomóż mi przejść przez ten trudny etap, pomóż mi umrzeć.

Uważa się, że na oddziałach, gdzie leczy się chorych o niepomyślnym rokowaniu, powinny pracować osoby młode. Są one traktowane jako ciągłość istnienia świata. Ludzie ci cechują się nie nabytą zawodową rutyną.

Istotne jest to, by chorzy nie pozostawali sami sobie. Należy zaangażować rodzinę podczas przebiegu choroby i leczenia. Gdy przeprowadzamy tzw. rehabilitację psychiczną nie należy zapominać o osobach najbliższych tego człowieka. Niejednokrotnie to, jak przebiega proces leczenia i rehabilitacji uzależniony jest od osób najbliższych. Ciężar choroby jest rozłożony na wszystkich najbliższych osoby chorej. Każdy odbiera proces choroby inaczej. Dlatego tak ważne jest udzielanie wsparcia nie tylko pacjentowi, ale i jego bliskimi. W procesie terapeutycznym należy uwzględnić wszystkich bohaterów tragedii. Ważne jest także zwrócenie uwagi pacjentowi na jego stosunek do swoich bliskich. Stan dotyczy wszystkich. Często dochodzi do sytuacji, że pacjent odrzuca ludzi najbliższych. Staje się wrogi, agresywny. Uważa, że tak będzie dla nich najlepiej. Zapominając o uczuciach innych. Osoby bliskie, które zostają odrzucone starają się za wszelką cenę pomóc pacjentowi w przejściu przez proces choroby. Ze względu na zachowanie chorego, po pewnym czasie sami się odsuwają. Z niechęci? Nie, ze zwykłej ludzkiej bezsilności. Dlatego bardzo ważne, by cała

rodzina była objęta opieką psychologa. Daje to możliwość wytłumaczenia rodzinie zachowanie pacjenta, a pacjentowi zwrócenia uwagi na jego postępowanie.

Gdy proces leczenia zakończy się niepomyślnie (tzn. pacjent umrze) nasza opieka nie powinna się zakończyć. Należy udzielić wszelkich informacji dotyczących procedur związanych z pogrzebem. Pamiętać należy, że odejście kogoś z bliskich jest przeżyciem traumatycznym. Stan ten powoduje, że osoby pogrążone w żałobie ostatnią rzeczą, o której myślą to pogrzeb.

Jak pacjenci radzą sobie z sytuacją choroby?

M. Jarosz (za Lazarus R.), rozróżnia radzenie sobie z sytuacją choroby, skoncentrowane na emocjach lub problemie [1].

Lipowski Z. J. (za M. Jaroszem, 1988 r.) wyróżnia dwa style radzenia sobie z sytuacją choroby: .

- behawioralny, który wyróżnia:
 - Walkę. Chory traktuje chorobę jako coś, co musi pokonać, z czym należy walczyć. Doprowadzić to może do paradoksalnej sytuacji, gdzie pacjent zatracą się w walce i dochodzi do znacznego obciążenia narządu o obniżonej sprawności. Ten rodzaj walki można także przedstawić na kontinuum, gdzie na jednym końcu jest całkowite zatracenie siebie w walce, a na drugim poddanie się.
 - Poddanie się, rezygnacja. W tym rodzaju zauważamy trzy rodzaje. Rezygnację wczesną, gdzie u pacjenta na samym początku dochodzi do wytworzenia się negatywnego obrazu własnej choroby. Drugi rodzaj, to stopniowe wycofywanie się z walki, następuje ono powoli po pierwszych nieudanych próbach leczenia. I trzeci rodzaj to bierne poddanie się biegowi wydarzeń. Pacjent staje się obojętny od początku na leczenie, na efekty.
 - Uleganie i przeciwstawienie się. Jest to typowa huśtawka emocjonalna, gdzie pacjent po okresie poprawy zaczyna podchodzić do stanu choroby w sposób optymistyczny, chce dalej walczyć. Natomiast, gdy dochodzi do pogorszenia się wyników, pacjent traci nadzieję i wolę walki.
- poznawcze:
 - pomniejszenie choroby,
 - czujną koncentrację.

M. Jarosz (1983) podkreśla, że w praktyce spotykamy naprzemienne występowanie walki i rezygnacji u tego samego pacjenta. Związane jest to ze sprzecznymi informacjami,

które dopływają do chorego. Jednego dnia jest to wiadomość o polepszeniu stanu, drugiego o pogorszeniu. Nie bez znaczenia jest także zachowanie się personelu wobec chorego [1].

Śmierć jest częścią życia, choć zawsze przychodzi o nieodpowiedniej godzinie. Trudno jest się nam z nią pogodzić. Niektórzy tak bardzo na nią czekają, gdyż wiąże się im z końcem ich ziemskiego cierpienia. Zastanawiając się nad życiem możemy dojść do wniosku, że tak naprawdę to moment narodzin jest początkiem końca. Całe życie zmierza do jednego celu - do śmierci. Mawiają starsi ludzie, że śmierć nie rychliwa, lecz sprawiedliwa, lecz czy do końca? Każdą śmierć inaczej odbieramy. Inaczej, gdy umiera dziecko, młody człowiek, czy też osoba w starszym wieku. Także na odbiór śmierci składa się to, jaka to była śmierć. Czy było to brutalne morderstwo, „głupie” wydarzenie, czy wynik choroby.

Najgorsze, co może być, to umieranie w samotności i cierpieniu. Z psychologicznego punktu widzenia śmierć należy traktować jako sytuację trudną i stresującą. A. Ostrowska (1991) przytacza koncepcję E. M. Pattison [4].

Według E. M. Pattison, osoby umierające przechodzą przez trzy etapy:

- Ostra faza kryzysu,
- Przewlekła faza życia - umieranie,
- Fazę terminalną.

Ostra faza kryzysu to przede wszystkim zachowanie o wysokim stopniu lęku, niepokoju, paniki. Pacjent czuje bezradność, apatię lub dochodzi do bardzo dziwnego zachowania, jakim jest „paraliż psychiczny”. W tym momencie chorzy nic nie słyszą, nic do nich nie dociera z otoczenia. Wówczas dochodzi do tzw. „kalejdoskopu życia”. Pacjenci bardzo często używają tego określenia, mówią, że wszystkie najważniejsze sceny z życia przemykają przed oczami, a oczy wypełniają się łzami. Człowiek nie jest w stanie się ruszyć i kłębi się jedno pytanie, „co ja mam zrobić?”.

Granice faz śmierci są płynne, a wspomniana klasyfikacja bardzo ogólna.

Każda faza cechuje się różnego rodzaju formami zachowań. Istotą podziału jest natężenie niepokoju przeżywanego przez umierającą osobę.

Ostra faza kryzysu - następuje w momencie, gdy chory uzyska informację o stanie zdrowia. Obserwuje się szczytowe przeżywanie niepokoju. Charakterystycznymi zachowaniami tej fazy są:

- panika,
- poczucie bezradności,
- apatia.

Przewlekła faza życia - umierania w tej fazie pacjent uruchamia mechanizmy obronne. Dochodzi do obniżenia poziomu niepokoju. Cechy charakterystyczne tej fazy to:

- zmniejszenie aktywności życiowej,
- osłabienie siły fizycznej,
- dochodzi do nasilenia się dolegliwości chorobowych,
- chory naprzemiennie przeżywa rezygnację lub nadzieję,
- dochodzi do uzależnienia się od innych.

Faza terminalna jest ostatnią fazą umierania. Rozpoczyna się od momentu zaakceptowania swojego losu. Dochodzi do zamknięcia się w sobie. Uwaga chorego skupia się na bodźcach płynących z wewnątrz własnego ciała. Zaczyna słuchać siebie.

Osoba umierająca używa specyficznego sposobu radzenia sobie ze stresem, określanego przez psychologów mianem intrapsychicznych sposobów radzenia sobie ze stresem. Mechanizmy te możemy podzielić następująco:

- odsuwanie groźby śmierci (regresja),
- wypieranie śmierci poza świadomość (zaprzeczenie, tłumienie, wyparcie),
- podejmowanie prób kontrolowania śmierci (racjonalizacja, przeciwstawienie się, sublimacja, zachowanie kompulsywne) [4].

Regresja to odsunięcie wizji własnej śmierci. Pojawiają się zachowania charakterystyczne dla wcześniejszych okresów rozwojowych. Wypieranie śmierci to przede wszystkim zaprzeczanie jej. Racjonalizacja jest najczęściej mechanizmem wspierającym zaprzeczenie. Bardzo często dochodzi do depersonalizacji u chorych umierających. Obserwuje się także kontratakowanie lęku, czyli przeciwstawienie się. Dochodzi także do wielu innych reakcji, którym poświęcono wiele publikacji [4,5].

Trzeba pamiętać, że mechanizmy obronne mogą wpływać destrukcyjnie i powodować komplikacje emocjonalne. A. Ostrowska podaje sytuacje, w których zaznacza się szkodliwy wpływ mechanizmów obronnych:

- gdy nie umożliwiają one lub utrudniają wskazaną dla chorego terapię,
- w znaczący sposób zwiększają ból i stres związany z chorobą,
- zaburzają właściwe funkcjonowanie w grupach społecznych,
- wpływają na dezorganizację osobowości, pojawienie się symptomów psychiatrycznych [4].

Gdy dojdzie do takich sytuacji wskazana jest pomoc specjalisty. Wszystkie powyżej opisane reakcje i etapy uzależnione będą także od świadomości pacjenta [6].

Gdy pacjent jest nieświadomy swego stanu, a trafiają do niego jedynie „przecieki” staje się osobą nieufną. Stara się weryfikować swoje hipotezy, poszukuje informacji na swój temat. Dochodzi do zakłócenia relacji między pacjentem a jego otoczeniem; dość często zauważa się tzw. wzajemną grę pozorów. Efektem tej sytuacji jest cierpienie obu stron, lecz cierpienie to odbywa się w samotności [7].

Rodzina po śmierci pacjenta, oprócz standardowego poinformowania o procedurze pogrzebowej powinna mieć możliwość dalszej opieki. Proces umierania jest różny u każdego człowieka i inaczej przechodzą go bliscy. Pacjenci umierają kilka tygodni ale i wiele miesięcy. Są w różnym stanie bio-psycho-społecznym. Oprócz cierpienia fizycznego i psychicznego dochodzi troska o przyszłość bliskich. Brak umiejętności radzenia sobie w tak traumatycznym momencie życia, zarówno dla pacjenta jak i rodziny, sprawia, że jest to najtrudniejszy sprawdzian w zakresie zaufania, przywiązania, miłości i lojalności. Obie strony targane są emocjami o olbrzymiej sile. Często niestety ale partnerzy nie są w stanie sprostać temu stanowi. Nie mają siły na trwanie, na patrzenie na cierpienie najbliższej osoby. Nie rozumieją zachowania drugiego człowieka i nie potrafią poradzić sobie z emocjami, które nimi targają. Bliscy oprócz troski, obawy o bliską osobę muszą toczyć normalne życie zawodowe, rodzinne, społeczne [8].

Po śmierci kogoś dla nas bliskiego, często pozostajemy z wyrzutami sumienia, że nie daliśmy z siebie wszystkiego, że mogliśmy zrobić więcej.

Należy pamiętać, że pacjent i rodzina dojrzewa do aktu ostatecznego. Gdy dla pacjenta droga życia się kończy dla rodziny dopiero się zaczyna. Teraz oni muszą nauczyć się żyć bez kogoś kto był częścią naszego życia, muszą zaakceptować sytuację. Do tego wszystkiego żyć z obrazem cierpienia ostatnich chwil człowieka, którego już wśród nich nie ma. Proces żałoby jest odmienny u dzieci i u dorosłych. Dlatego tak ważna jest obecność bliskich osób, przyjaciół a niejednokrotnie i specjalistów by przejść przez proces żałoby.

Temat śmierci jest bardzo trudnym zagadnieniem. Jest ona częścią życia, każdy sobie dobrze z tego zdaje sprawę, lecz nadal nie umiemy o niej mówić. W sytuacji śmierci słowa stają się płytkie, tracą one sens.

Piśmiennictwo

1. Jarosz M.: Psychologia lekarska, PZWL, Warszawa, 1983.
2. Sillamy N.: Słownik psychologii, przeł. z jęz. fr. Jarosz K., Wyd. Książnica, Katowice 1989.
3. Kübler-Ross E.: Śmierć. Ostatni etap. Wyd. Laurum, Warszawa, 2008.

4. Ostrowska A.: Śmierć i umieranie, Oficyna Wydawnicza Almapress, Warszawa, 1991.
5. Kunz D.: Duchowe aspekty medycyny, Wydawnictwo Golion, Gdynia, 2000.
6. Santorski J., Jankowski K.: Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej... Dwadzieścia lat później. &Co Agencja Wydawnicza, Warszawa, 1994.
7. Parkinson B., Colman A. M. (red.): Emocje i motywacje, Wyd. Zysk i Spółka, Poznań, 1999.
8. Satir V.: Terapia rodziny, Wyd. GWP, Gdańsk, 2000.

Kara śmierci. Oko za oko, ząb za ząb- odwieczny dylemat współmierności kary do winy

Tomaszewska-Laszczyk Mirosława², Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Gnus Emilia², Dorna Krzysztof³, Kurzalewska Anna², Czerwiński Paweł², Gnus Jan^{1,2,3}

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy we Wrocławiu
3. Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu

Wstęp

Oko za oko, ząb za ząb, śmierć za śmierć... Kara śmierci zawsze była obecna w życiu człowieka i systemie prawnym. Budziła od niepamiętnych czasów wiele kontrowersji. Byli zawsze zwolennicy, jak i przeciwnicy zasądzeniu i wykonaniu kary śmierci. Systemy prawne regulują kwestię skazania i wykonania kary śmierci. Kara śmierci była nie tylko za poglądy polityczne czy przestępstwo. Była wykonana także ze względu na pochodzenie, jak to miało w okresie II wojny, gdzie ludobójstwo było na porządku dziennym tylko za to, że ktoś był Żydem. Nie mniej jednak istnieje także w obecnych czasach bardziej lub mniej otwarcie, że władza państwowa „usuwa” tzw. niewygodnych obywateli. Osoby, które traktuje jako wrogów systemu państwowego. Dane te nie trafiają do oficjalnych źródeł. Poniższy artykuł jest próbą usystematyzowania rozwoju kary śmierci, a także metod jej wykonania.

W systemie wartości życie stanowi najwyższą wartość. Wartość, którą należy chronić. Organizacje międzynarodowe biją na alarm w zakresie łamania Praw Człowieka. Czy więc życie, które należy chronić i w większości religii uznawane jest jako Dar od Boga i tylko ON ma prawo je dawać i odbierać, mamy prawo je odbierać? **Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych** otwarty w Nowym Jorku 19 grudnia 1966 r. i przyjęty przez Polskę w Warszawie 3 marca 1977 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167) oraz na **Konwencję o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności** (potocznie nazywaną Europejską konwencją praw człowieka) sporządzoną w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284), która weszła w życie w stosunku do Rzeczypospolitej Polskiej 19 stycznia 1993 r. W Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych o ochronie życia

mowa jest w art. 6, który m.in. stanowi:" 1. Każda istota ludzka ma przyrodzone prawo do życia. Prawo to powinno być chronione ustawą. Nikt nie może być samowolnie pozbawiony życia. 2. W krajach, w których kara śmierci nie została zniesiona, wyrok śmierci może być wydany jedynie za najcięższe zbrodnie zgodnie z ustawą, która obowiązywała w chwili popełnienia zbrodni (..) Kara ta może być wydana tylko na podstawie prawomocnego wyroku wydanego przez właściwy sąd.(..) 4. Każdy skazany na śmierć ma prawo ubiegać się i ułaskawienie lub zmianę kary. Amnestia, ułaskawienie lub zmiana kary śmierci mogą być zastosowane we wszystkich przypadkach. 5. Wyrok śmierci nie będzie wydany w odniesieniu do przestępstw popełnionych przez osoby w wieku poniżej 18 lat i nie będzie wykonywany w stosunku do kobiet ciężarnych. 6. Nie można powoływać się na żadne postanowienie niniejszego artykułu w celu opóźnienia lub niedopuszczenia do zniesienia kary śmierci przez jakiekolwiek Państwo Stronę niniejszego Paktu". Natomiast w art. 2 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności określono: "1. Prawo każdego człowieka do życia jest chronione przez ustawę. Nikt nie może być umyślnie pozbawiony życia, wyjąwszy przypadki wykonania wyroku sądowego, skazującego za przestępstwo, za które ustawa przewiduje taką karę. 2. Pozbawienie życia nie będzie uznane za sprzeczne z tym artykułem, jeżeli nastąpi w wyniku bezwzględnie koniecznego użycia siły: 1. w obronie jakiegokolwiek osoby przed bezprawną przemocą. 2.W celu wykonania zgodnego z prawem zatrzymania lub uniemożliwienia ucieczki osobie pozbawionej wolności zgodnie z prawem; 3. w działaniach podjętych zgodnie z prawem w celu stłumienia zamieszek lub powstania" [1].

Czym jest więc kara śmierci? Jak jest rozumiana? Kara śmierci składa się z dwóch konglomeratów pojęciowych: kary i śmierci. W rozumieniu litery prawa: „Kara jest to - środek przymusu państwowego stosowany przez *sąd* wobec sprawcy przestępstwa (kara kryminalna) polegający na wyrządzeniu sprawcy dolegliwości i wyrażający społeczne potępienie czynu¹”. *Natomiast karę śmierci określa się jako: „... najostrzejszy środek represji w systemie sankcji karnych, przewidziana za najcięższe zbrodnie; w Polskim Kodeksie Karnym z 1997r., zastąpiona karą dożywotniego pozbawienia wolności”* [2].

Najstarszym rodzajem kary śmierci była „krwawa zemsta”, która była stosowna w prawie prymitywnym. Nie obowiązywała zasada tzw. współmierności kary za wyrządzone szkody. Dopiero pojawienie się reguły talionu regulowało zasadę kary do winy, gdzie

sanekcja była identyczna ze skutkiem przestępstwa. Prawo talionu podkreślało zasadę równości biologicznej ludzkiego życia. Życie każdego człowieka ma taką samą wartość [3].

Pierwszym kodeksem, który wyznaczał prawnie karę śmierci był kodeks Hammurabiego. Był to babiloński zbiór praw zredagowany i spisany w XVIII w. p.n.e. za panowania króla Hammurabiego. W XII w. p.n.e prawo Asyryjskie jest o wiele bardziej archaiczne w stosunku do prawa babilońskiego [3].

W prawie Asyryjskim uznawano odszkodowanie (kompozycję) za zabójstwo.

W Persji uznawano karę śmierci przeciwko przestępstwom popełnionym wobec władcy. W Persji obowiązywała krwawa zemsta, jako zasada odwetu.

Hetycki kodeks przewidywał najwyższą karę w przypadku rebelii przeciw władcy i przestępstwa seksualne. Wprawie Hetyckim zastąpiono wymierzenie kary śmierci na karę pieniężną. Bardzo mało informacji na temat prawa jest w zakresie prawa egipskiego. Wiadomym jest, że prawo to było regulowane zasadami religijnymi. Ze względu na olbrzymi szacunek do życia, jaki był prezentowany w Egipcie, kara śmierci była stosowana bardzo rzadko. W państwie Greckim spotykamy wiele elementów kary śmierci. Nie pozostały żadne ślady w zapisach [4]. Jedynym źródłem są tak naprawdę przekazy filozofów, historyków i w zapisach poetyckich.

W prawie Ateńskim, które zostało ustanowione przez Drakona przewidziana była tylko jedna kara - kara śmierci, która groziła praktycznie za wszystko – nawet za nieróbstwo.

W średniowieczu system prawa był dość specyficzny. Źródłem prawa był zwyczaj. Najważniejszą karą za przestępstwa była zemsta rodowa lub też odwet. Podstawą poniesienia kary za przestępstwo był pochodzenie. Zasada ta wynikała z prawa feudalnego. Obowiązek wniesienia okupu nałożony był nie tylko na sprawcę, ale także na jego bliskich i krewnych. I mógł trwać nawet przez wiele lat, a nawet konieczność rekompensaty mógł być przekazywany z pokolenia na pokolenie. Okup sprawca przekazywał się rodzinie zmarłego, ale także należało wpłacić do sakwy państwowej. W późniejszym czasie doszło do podziału na kary publiczne oraz kary prywatne [3].

W 1027 r. wprowadzono tzw. Pokój Boży, który stanowił zakaz prowadzenia wojen od środy wieczorem do poniedziałku rano, w późniejszym okresie rozszerzono go na okres adwentu i Wielkiego Postu, stosowany do końca XIII w. przez papieży i synody biskupie w celu ograniczenia wojen feudalnych. Kto zabił w tym czasie, podlegał wyrokowi śmierci. W roku 1532 wprowadzony został przez Karola V kodeks karny, który przewidywał 8

sposobów wykonania kary śmierci, Kara śmierci była jasno określona za co może zostać zastosowana i w jakiej formie może zostać wykonana.

W 1764 roku pojawił się pierwszy głos przeciwko karze śmierci. Dzieło zostało wstępnie opublikowane anonimowo w Livorno. Dopiero później okazało się, że twórcą dzieła „O przestępstwach i karach”, które było też nazywane "kodeksem uczuć ludzkich" był Cesare Beccarii. Beccarii kwestionował zbyt szeroki zakres przestępstw, za które przewidziana była kara śmierci. Powoływał się też na zasady etyczno-religijne. Jednakże w 1794 roku podczas posiedzenia komisji przygotowującej kodeks karny w Lombardii, Baccari opowiedział się, by tylko w przypadku przestępstwa przeciwko państwu obowiązywała kara śmierci [4].

Dzięki temu wytworzył się ruch abolicyjny. Wprowadzono zamianę kary śmierci na karę pozbawienia wolności.

Od XVIII do połowy XIX wieku trwał ruch kodyfikacyjny.

Zabranie głosu przeciwko karze śmierci był tylko kwestią czasu. Nie przypadkowe jest to, że głos veta powstał w okresie oświecenia.

Rok 1768 przyniósł pierwszy sukces abolicjonistów. W Toskanii zaniechano wykonanie kary śmierci, a 18 lat później kodeksem Leopolda II zniesiono karę śmierci w kodeksie karnym.

W Austrii Maria Teresa wydała pierwszy kodeks karny, gdzie pojawiła się kara na ciele zmarłego przestępcy.

Dopiero rok 1787 kiedy to kodeks karny Józefa II zniósł karę śmierci w postępowaniu zwyczajnym.

W 1803 roku kara śmierci powróciła do kodeksu Austriackiego. Rok 1804 przyniósł w Prusach uregulowanie kodeksu karnego. Prawo Landrechtu po modyfikacji stosowano także w Księstwie Warszawskim [5].

Także pierwsze dyskusje nad karą śmierci zapoczątkowano w XVIII w we Francji. Ten system kary istniał praktycznie od początku istnienia państwa aż do 1793 roku, kiedy wykonano ją ostatni raz. Kodeks karny Francji w 1791 roku przewidywał 32 przestępstw, za które stosowano karę śmierci.

Do momentu wybuchu Wielkiej Rewolucji Francuskiej stosowano różne formy wykonania kary śmierci. Joseph Ignace Guillotin, deputowany Paryża i tu ciekawe....lekarz – chirurg, uważał, że kara powinna być wykonywana w sposób „humanitarny”. Zaproponował,

aby wykonać ją poprzez ścięcie przy pomocy gilotyny. Ostatni raz karę śmierci we Francji wykonano w roku 1977, natomiast ostatecznie zawieszono ją w roku 1981 [6,7].

W Polsce kara śmierci również obowiązywała nieprzerwalnie od początku powstania państwa polskiego aż do lat 80 XX w.

W okresie II RP karę śmierci przewidywały 2 ustawy. Dotyczyły one wykonania kary na urzędnikach państwowych, a także kodeks karny Makarewicza i kodeks karny wojskowy przewidywały karę za najcięższe przestępstwa. Sposobem wykonania kary było rozstrzelanie.

W okresie PRL-u także kodeks karny przewidywał w przypadku ludności cywilnej powieszenie natomiast w przypadku wojskowych było to rozstrzelanie.

Najbardziej krwawym okresem w historii Polski był okres stalinowski trwający od roku 1944-1956. Wówczas na terenach Polski w 100 zakładach karnych wyrok śmierci wykonano na blisko trzech i pół tysiąca osób.

Ostatnia publiczna egzekucja wykonana na nazistowskim zbrodniarzu Reichstatthaltera Kraju Warty Arthura Greisera miała miejsce 21 lipca 1946, na cytadeli w Poznaniu. Po okresie stalinowskim od roku 1956 do 1988 wyroki śmierci wykonano na 321 osobach. Ostatni raz kara śmierci została zasądzona i wykonana 21 kwietnia 1988 roku. Ostatecznie 7 grudnia 1989 roku Sejm PRL ogłasza amnestię i zawieszona jest kary śmierci i zastępuje ją wyrokiem pozbawienia wolności na okres 25 lat. Okres III RP wprowadza w 1995 roku moratorium na wykonywanie kary śmierci. 1 września 1998 roku zostaje zniesiona kara śmierci w kodeksie karnym i zastąpiona dożywotnim pozbawieniem wolności [8].

Najbardziej współcześnie wykonanie kary śmierci kojarzy się ze Stanami Zjednoczonymi Ameryki. Najciekawszą rzeczą jest fakt zasądzenia tej formy i wykonanie wobec dzieci. USA jako państwo demokratyczne do roku 2005 uznawało, w niektórych stanach, wykonanie kary śmierci także na dzieciach.

W wydanym w 2013 roku Raporcie Amnestii International znajdujemy niepokojące liczby w zakresie wykonalności kary śmierci. W obecnej chwili najwięcej wyroków dokonuje się na Bliskim Wschodzie gdzie w porównaniu roku 2012 do 2013 wykazywana jest tendencja wzrostowa o blisko 15%. Pierwsze miejsce w rankingu zajmują Chiny, gdzie niestety, ale dane są bardzo ściśle chronione.

Religia chrześcijańska. Stary Testament wskazuje liczne cytaty mówiące i akceptujące karę śmierci. W ST kara śmierci miała specyficzną rolę, miały one zapobiec apostazji Narodu Wybranego przez Boga. Jednakże zapisy Pisma Świętego są dość surowe, to jednak w praktyce nie stosowano aż tak radykalnie kary śmierci. Można określić to jako, że Bóg zezwalał na wykonanie kary śmierci, jednakże nie żądał jej w sposób bezwzględny. Do roku 1987 Kościół Katolicki przewidywał karę śmierci.

W Judaizmie Tora nie tylko zabrania morderstwa, ale także zdecydowanie i wyraźnie nakazuje stosowanie kary śmierci za morderstwo z premedytacją. Jest to jedyna micwa, czyli przykazanie, wymieniona we wszystkich pięciu Księgach Mojżeszowych. Do II w n.e. na terenie Palestyny karę śmierci wykonywano z częstotliwością nie inną niż w innych społecznościach. Dość ciekawe jest to, że jest to jedyna religia, w której tak naprawdę w ciągu 1900 lat żaden z sądów żydowskich nie wydał wyroku skazującego. Od roku 1948, do chwili obecnej został wydany tylko jeden wyrok kary śmierci. Wykonanie kary nastąpiło w roku 1962 na Adolfie Eichmannie, który był skazany za ludobójstwo w okresie nazizmu [9].

W **islamie** stosowano bardzo szeroko karę śmierci. Należy rozróżnić dwie kwestie mówiąc o karze śmierci. Kara w myśl Islamu i kara w krajach islamskich. Koran nakazuje orzeczenie tej formy kary za poważne zbrodnie. Do roku 2004 niemalże wszystkie kraje islamskie stosowały karę za ridde – czyli odstępstwo od wiary. Po roku 2004 wyroki śmierci za apostazję zostały wydane w ośmiu krajach.

Śledząc różne religie możemy zauważyć, że ogólnie zakazują one zabijania. Jedynymi przestępstwami, za jakie może spotkać nas kara, to zbrodnie przeciwko drugiemu człowiekowi, religii i ustrojowi państwowemu.

Jeśli już doszło do wykonalności kary śmierci, to jakimi metodami posługiwano się? Wachlarz wymierzania kar był różnorodny i niejednokrotnie cechujący się dużą dozą okrucieństwa. Sposoby śmierci ewaluowały wraz z prawem, systemem etyczno-moralnym czy też z rozwojem techniki. Pierwsze wzmianki o humanitaryzmie znajdujemy w zapisach prawa francuskiego, o którym wcześniej już wspominaliśmy. Należałoby wspomnieć w tym miejscu, że osoby, które zostały skazane na tortury, a nie na śmierć nie przeżywały ówczesnych kar lub też umierały w niedługim okresie.

Często wykonalność kary odbywała się publicznie na rynkach miast. Miało to służyć jako przestroga dla potencjalnych przestępców. Zbierała się wówczas cała lokalna społeczność w wyznaczonym miejscu i obserwowała. Było to wielkie wydarzenie [10 teatr]. Egzekucje uliczne, które były stosowane w okresie okupowanej Polski, kiedy to w wyniku psychologicznego nacisku okupanta na ulicy rozstrzeliwano ludzi bez żadnych postępowań sądowych. Miało to na celu zastraszenie cywilnej ludności miast i wiosek przed jakimikolwiek działaniami zbrojnymi przeciwko okupantowi.

Inną formą wykonania kary śmierci jest samosąd, czy też inna nazwa to lincz. Ostatni głośny samosąd wykonany w Polsce odbył się 1 lipca 2005 roku we Włodawie.

Pokrótkie przedstawimy kilka z metod wykonania kary śmierci.

Nabijanie na pal lub też nawlekanie na pal

Obowiązywała ona od starożytności do XVII w. Była to metoda, którą stosowano starożytności w na Bliskim Wschodzie, a od średniowiecza stosowana także na ziemiach podbitych przez imperium Osmańskie. Inną metodą jest spalenie na stosie. Metoda ta obowiązywała od starożytności aż do XVIII wieku. [11, haki] Człowiek najczęściej umierał w wyniku zaccadzenia.

Gilotyna wynalazek francuski.

Konstrukcja ta jak na ówczesny czas była dość „wykwintna”. Metodę tą stosowano tylko wobec arystokratów. Wobec osób z niższych klas stosowano powieszenie [12 powieszenie]. W kodeksie karnym kat, dzień przed wykonaniem wyroku poprzez powieszenie, miał obowiązek sprawdzić wzrost i wagę osoby, a następnie przygotować sznur i przeprowadzić próbę na worku ważącym tyle, co skazany. Po pomyślnie przeprowadzonej próbie, kat wkładał sznur do koperty, która była zaklejana i składana do depozytu. Ostatni wyrok przez powieszenie dokonany został w Polsce w więzieniu w Warszawie, w roku 1988.

Łamanie kołem - stosowano w Europie w okresie średniowiecza

Asyryjczycy stosowali metodę **obdzieranie ze skóry**, metoda ta obowiązywała także w czasach dynastii Ming.

Inną ciekawą karą śmierci był tak zwany **Spizowy Byk**, zwany również Bykiem Sycylijskim [13]. Ta wymyślna i jakże okrutna forma została wymyślona w Grecji przez Perillosa na zlecenia Phalarisa z Akargas. Persowie stosowali tzw. Scaphism.

W Afryce południowej znaną formą od wielu lat i praktykowaną do dziś jest **obrączkowanie**.

Innym rodzajem wykonania kary śmierci jest sposób pochodzący od chińskiego premiera Li Si, **tzw. metoda pięciu cięć**. Niestety w przypadku premiera sprawdziło się przysłowie, kto mieczem wojuje od miecza ginie. Li Si został stracony opracowanym przez siebie sposobie pozbawiania życia.

Pomiędzy rokiem 1948 a 1968 w Kolumbii podczas trwającej wojny domowej, stosowano **kolumbijski krawat**. Metoda ta miała za zadanie spowodować szczególnie strach w przeciwnikach. Także z Francji wywodzi się republikański ślub.

Inną karą śmierci spotykaną w Azji i stosowaną przez Hindusów było **łamanie słoniem**. Metoda także stosowana przez pewien czas w Persji, ale ze względu na nieekonomiczność Persowie wycofali się ze stosowania jej [14 maszyny do tortur].

W historii spotykamy wiele sposobów wykonania kary śmierci. Metoda ta zależy tylko od pomysłowości człowieka. Czy w zakresie „pomysłowości” kar przeważa chęć zemsty? Czy też socjopatyczne usposobienie pomysłodawców kar? Na tym etapie nie będziemy skupiać się nad rozważaniami na ten temat. Współcześnie istnieje jeszcze kilka sposobów wykonania kary śmierci: rozstrzelanie, wstrzyknięcie trucizny, komora gazowa i krzesło elektryczne [15].

Krzesło elektryczne - jest obecnie najbardziej kontrowersyjną metodą wykonania kary śmierci. Pomysłodawcą był Thomas Alva Edison, natomiast wykonawcą urządzenia był pewien lekarz – dentysta Albert Southwick. Analizując wszystkich pomysłodawców i konstruktorów urządzeń do wykonywania kary śmierci byli Ci, którzy powinni stać na straży jego bezpieczeństwa, a mianowicie lekarze. Pierwszy raz użyto tej metody w 1890 roku. W

USA najczęstszym sposobem jest wykonanie kary śmierci poprzez zastrzyk. Proces odbywa się przed specjalną komisją. Skazaniec umieszczany jest w specjalnym pokoju, przypominającym salę zabiegową. Zostaje przypięty pasami do łóżka i podłączony do aparatury monitorującej procesy życiowe. Poprzez wkłucie obwodowe zostają podane po kolei 3 środki (Tiopental, następnie pankuronium i ostatnim jest KCL). Sam proces trwa kilka minut. Zgon stwierdza się na podstawie wskazań aparatury [6].

Komora gazowa - została opracowana przez amerykańskiego lekarza wojskowego majora Delos A. Turnera. Gazowanie zostało zaproponowane przez dr Allen McLean Hamilton, który był toksykologiem i który zaproponował metodę wykonania, które byłoby bardziej humanitarne niż wieszanie lub fotografowania, które były wybory oferowane skazańców w Newadzie i tam też wykonano pierwszą egzekucję w roku 1924 roku [16]. Od 2006 roku metoda ta jest dopuszczona w 4 stanach w USA. Metoda stosowana także w okresie II wojny światowej, kiedy to była wykorzystywana przez nazistów w komorach gazowych. Okres ludobójstwa podczas II wojny światowej jest jednym z rodzajów kary śmierci. Kim był kat? Kat jest bardzo ciekawą postacią. Była to osoba, która „zawodowo” zajmowała się wykonywaniem wyroków śmierci, ale także zajmowała się torturowaniem i uzyskiwaniem zeznań. W późniejszym czasie do funkcji kata należało oczyszczanie terenu miasta z martwych zwierząt. Jednak do tego celu kat wykorzystywał tzw. hycli. Innym zadaniem dla kata było prowadzenie domów publicznych. Kat w średniowieczu był funkcją elitarną jednak nie był szanowany przez miejscową ludność. Jego ubiór odróżniał go od innych mieszkańców. Katem zostawała osoba, która cechowała się dobrą wiedzą w zakresie medycyny, anatomii, która potrafiła czytać i pisać. Nie do końca wiadomo, czy jest to prawda czy też legenda ale w Bieczu znajduje się Baszta Katowska, w której to rzekomo kształcono katów. Paradoksem jest, że skazańcy za to, że zgadzali się na funkcję kata byli ulaskawiani [17].

Było przestępstwo jest i kara. Kara często współmierna do zbrodni, która została dokonana. A jednak w dalszym ciągu pojawiają się głosy za i przeciw karze śmierci.

Czy można wszystkich resocjalizować?

A może wszyscy przestępcy i zbrodniarze, którzy dokonują nie tylko mordu, ale i gwałtu, pedofilii, czy też recydywiści w ciężkich przestępstwach powinni być skazywani na karę śmierci?

Gdzie są owe granice?

Kiedy należy uważać, że proces resocjalizacji zawiódł?

Tylko, czy zawiódł system, czy ludzie realizujący proces?

I na czym proces powinien polegać?

Współpracując z zakładami karnymi, pracując z późniejszymi skazanymi i osobami opuszczającymi zakłady karne pokusić bym się mogła o stwierdzenie, że jednak zawiedli zarówno ludzie, jak i system.

Sam Jean-Jacques Rousseau uważał, że człowiek z natury jest dobry. To dopiero środowisko go zmienia. Bo czy rodzące się dziecko możemy określić jednoznacznie, że jest dobre albo złe? To my, dorośli i środowisko, w którym dorasta i rozwija się dziecko kształtują jego wartości, poglądy, zasady i poznaje role społeczne. Często mówimy Ten wpadł w złe towarzystwo, czyli sądząc z tego stwierdzenia to właśnie środowisko kształtuje człowieka, a warunki środowiskowe wpływają na jego działania [18]. Czyli idąc za tym tokiem myślenia, to właśnie po dokonaniu przestępstwa i „wyrwania” się z patogenicznego środowiska i trafienie do Zakładu Karnego powinno spowodować zmiany w zachowaniu skazanego. Niestety procesy resocjalizacji dość często nie przynoszą zamierzonych rezultatów. Z historii kryminalistyki i prawa procesowego wiemy, że nie każdy ulega resocjalizacji. Często w wyniku styczności z innymi przestępcami w zakładzie karnym osadzeni „rokujejący” stają się bardziej okrutni i bezwzględni.

Zawsze będą głosy opowiadające się za karą śmierci i przeciwko. W tym momencie, gdyby ktoś zadał pytanie, czy jesteśmy za, czy przeciwko karze śmierci nikt by nie udzielił jednoznacznej odpowiedzi. Nie stoimy na stanowisku ortodoksyjnego tak ani liberalnego. Bo jak można nie chcieć kary śmierci za zabicie kogoś bliskiego? Jak nie chcieć ukarania śmiercią człowieka, który zabija czy też gwałci dziecko? Jak przyjąć postawę racjonalizmu, przez który nie będą przenikać instynkt rodzicielski? Jak wybaczyć? Ale to jest kwestia rozważań na kolejne prace. Jak wybaczyć krzywdę? Czy każdy z nas byłby w stanie stanąć jak Jan Paweł II twarzą w twarz z osobą, która pragnęła naszej śmierci i powiedzieć przebaczam.....

Artur Siciński, prawnik i redaktor naczelny „Znaki Czasu” w jednej ze swoich publikacji ustosunkował się do tej kwestii. Jego zdaniem **przeciwko** karze śmierci przemawiają takie argumenty, jak: nieludzka kara, nieodwracalność ewentualnej pomyłki sądu, zamianę kary śmierci na karę dożywotniego pozbawienia wolności bez możliwości

opuszczenia zakładu karnego, zastosowanie tego środka prawnego, niestety, ale nie zmniejsza ilości przestępstw. Kara w swojej funkcji ma na celu resocjalizację, a wykonanie wyroku śmierci nie daje takiej możliwości. Kara śmierci to prozaiczne zapewnienie poczucia bezpieczeństwa [19]. Bolesław Senyszyn, który w swojej karierze jako sędzia wydał kilka wyroków śmierci stwierdził, że nie żałuje tego. W wywiadzie udzielonym dla Dziennika Polskiego stwierdził: „(...)Prawo pełni zupełnie inną funkcję. Bóg nie ma tu nic do rzeczy. Państwo jest od tego, żeby dbać o bezpieczeństwo obywateli. Sędzia jest z nadania państwa i ma prawo – w imieniu tego państwa- skazywać na karę śmierci” [20].

Neutralne stanowisko zajął natomiast Leszek Kołakowski „(...) Wynik; nie ma argumentów zniewalających, moralnych lub praktycznych, za stosowaniem kary śmierci; nie ma też zniewalających argumentów przeciwnych. Bezpieczniej jest jednak – zarówno w sensie utylitarnym, jak moralnym – iść za przykładem krajów cywilizowanych, co karę śmierci zniosły i nie popadły z tego powodu w ruinę [21]”.

Także Kościół zajmuje stanowisko przeciwko karze śmierci. Dla nauk Kościoła każde życie należy chronić, bez względu na to kim jest i co uczynił.

Przeciwko karze śmierci stoi także pojęcie mordu sądowego. Mord sądowy to określenie na działalność sądu, który to wydaje wyrok śmierci, jako środek do popełnienia zbrodni. Innym powodem wydania kary śmierci jest niewspółmierne do czynu ściganego przepisami prawa. Bardzo często mord sądowy był stosowany w okresie totalitaryzmu. Należy wspomnieć, że w okresie socjalizmu sądy były poddane władzy państwowej. I były używane jako środek do walki z wrogiem klasowym. Bardzo dużo osób zostało tak skazanych. Wiele procesów było procesami czysto politycznymi, których wyroki były z góry przesądzone. Przykładem był proces Gen. August Emil Fieldorf „Nil”. 16 kwietnia 1952 roku sędzia Maria Gurowska, oraz ławników Michała Szymańskiego i Bolesława Malinowskiego, skazali na karę śmierci gen. bryg. August Emil Fieldorf ps. „Nil” przez powieszenie. 20 października 1952 roku Sąd Najwyższy na posiedzeniu tajnym zatwierdził wyrok kary śmierci [13].

A co przemawia **za** karą śmierci? Andrzej Siciński uważa, że niektórych ludzi należy bezwzględnie eliminować. Szczególnie tych, którzy dopuszczają się najcięższych przestępstw. Kolejnym argumentem jest to, że nie ma zachowanej wartości życia. Prowadzi to do degradacji wartości życia ofiary, a z drugiej strony do wyniesienia wartości życia zbrodniarza. Dające do myślenia jest stwierdzenie Andrzeja Sicińskiego, że osoby, które stoją

na stanowisku przeciwko karze śmierci nie mają nic przeciwko eutanazji, ani aborcji. Przywrócenie kary śmierci mogłoby wpłynąć na zmniejszenie przestępczości. Powołuje się także na zapisy Nowego Testamentu *„Rządzący bowiem nie są postrachem dla tych, którzy pełnią dobre uczynki, lecz dla tych, którzy pełnią zło (...) jeśli czynisz zło, bój się, bo nie na próżno miecz nosi, wszak jest służą Bogą”* (Rz 13,3-4) [19].

Natomiast Leszek Kołakowski dodatkowo uważa, że nie ma ryzyka ucieczki z więzienia. Nie ma także możliwości popełniania dalszych przestępstw w więzieniu. Państwo nie musi utrzymywać skazańca [21]. Umieszczając osobę za najcięższe przestępstwa w zakładach karnych (nie uwzględniając gwałtów i pedofilii) powodujemy paradoksalnie u skazanego wzrost poczucia wartości. Osoby skazane za morderstwa ze szczególnym okrucieństwem stawiane są przez współwięźniów najwyżej w hierarchii. Natomiast osoby skazane za gwałty i pedofilię są najniżej w systemie więziennym. Najczęściej osoby skazane za zbrodnie na dzieciach umieszczane są w oddzielnych celach, aby chronić ich bezpieczeństwo. Stają się odizolowywane. Przynajmniej tak nakazują przepisy. Osoby, które są skazane za gwałty same są poniżane i stają się ofiarami.

Praca jest tylko fragmentem, małym ułamkiem zagadnienia kary śmierci. Ukazaliśmy wiele wątków, które powinny zostać dodatkowo poruszone, które spowodowałyby szerszy pogląd nad karą śmierci. Nie poruszony został wątek rodzin osób skazanych. Skupiamy się nad tym, za jakie kary powinniśmy wymierzać karę śmierci, jak ją wykonać, czy zostanie dokonane „zadośćuczynienie” wobec rodziny ofiary. A co w sytuacji kiedy skazany dokonał zbrodni, ale był kochającym ojcem w stosunku do swoich dzieci. Skazany jest zawsze czymś synem/córką, ojcem/matką, czyimś bliskim.

Czy w tym momencie mamy prawo do tego, aby odbierać możliwość kontaktu dzieci z rodzicami, nawet z tymi, którzy kogoś zabili?

Czy w tym momencie nie dokonujemy skazania na cierpienie tak naprawdę tylko bliskich skazanego?

Jak ma żyć, rozwijać się i cieszyć się życiem młody człowiek, którego rodzic nie dość, że popełnił przestępstwo dodatkowo został pozbawiony życia?

Dziecko takie staje się stygmatykiem w swoim środowisku. Jest upokarzane, poniżane, nieakceptowane. Nigdzie w opracowaniach nie znaleźliśmy nawet wzmianki na ten temat. Dlatego uważamy, że kara śmierci powinna pozostać w sumieniu i opinii każdego

indywidualnie. Nie należy narzucać swojej opinii i poglądów. Czasami tylko warto popatrzeć całościowo. I jak Mały Książę.... Najlepiej widzi się tylko sercem.

Piśmiennictwo

1. Witkowska B.: Prawna ochrona życia a Konstytucja i Konkordat, <http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,3018>, data pobrania 5.05.2017.
2. Ekspertyza Beaty Witkowskiej dotycząca prawnej ochrony życia w świetle obowiązujących przepisów prawnych, Konstytucji uchwalonej przez Zgromadzenie Narodowe 2 kwietnia 1997 r. i przepisów Konkordatu między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską przygotowana na zlecenie poseł Danuty Ciborowskiej (5 maja 1997 r., Warszawa) , <http://www.racjonalista.pl/kk.php/t,3018>, data pobrania 5.05.2017.
3. Encyklopedia Popularna PWN, Kara, PWN, Warszawa, 1992.
4. Bojarski W.: Kara śmierci w prawach państw antycznych. [w:] Kara śmierci w starożytnym Rzymie. Kowalski H. i Kuryłowicz M. (red.), Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, 1996, 9-22.
5. Włoch W.: Problem kary śmierci jako elementu sprawiedliwego ustroju w Doktrynie Cesare Beccarii, Toruńskie Studia Polsko-Włoskie X - Studi Polacco-Italiani Di Toruń X, 2014, 75-88.
6. Śliwowski J.: Kodeks karzący Królestwa Polskiego (1818 r.). Historia jego powstania i próba krytycznej analizy, Wyd. Prawnicze, Warszawa, 1958.
7. Mazurek A. (oprac. red.): KARA śmierci: historia, prawo, etyka. wyd. Bestprint, Lublin, 2006.
8. Pawlak G.: Kara śmierci: sprawiedliwa odплата czy odwetowy absurd? Opieka, Wychowanie, Terapia, 2006, 3/4, 44-46.
9. Miera M., Zubik M.: Kara śmierci w świetle doświadczeń współczesnych by Helsinki Foundation for Human Rights <http://docplayer.pl/3457652-Monika-mitera-marek-zubik-kara-smierci-w-swietle-doswiadczen-wspolczesnych-systemow-prawnych-by-helsinki-foundation-for-human-rights.html>
10. Ślipko T. : Kara śmierci z teologicznego i filozoficznego punktu widzenia. - Wydawnictwo WAM, Kraków, 2002.

11. Łukasiewicz D.: Teatr śmierci. Aż do schyłku XIX wieku publiczne egzekucje były największymi widowiskami. Wprost, 2001, 8.
12. Lisak A.: Im sroższa, tym lepsza. Powieszenie na haku za żebro, wbicie na pal, spalenie. Przez wieki karę śmierci powszechnie uważano za najbardziej skuteczną, a im była krwawsza, tym lepszą miała być przestrogą dla przestępców. Wiedza i Życie, 2001, 9.
13. Krzemińska A.: Wychowanie przez wieszanie. Polityka, 2008, 47.
14. Sztama P.: Tekst "August Emil Fieldorf „Nil” w 60. rocznicę tragicznej śmierci" ukazał się w serwisie Histmag.org. Materiał został opublikowany na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – Na tych samych warunkach 3.0 Polska, <https://www.wprost.pl/historia/495274/Mord-sadowy-na-gen-Nilu-Skazany-Fieldorf-na-laske-nie-zasluguje.htm>, data pobrania 5.05.2017.
15. Szaniawski P.: Machiny do tortur, czyli jak karano na świecie dla Newsweek. Polska, styczeń, 2015.
16. Dąbrowski J.: Śmierć pod wysokim napięciem: Krzesło elektryczne ma 105 lat. Polityka, 1995.
17. <http://web.archive.org/web/20061004025430/http://www.richard.clark32.btinternet.co.uk/gascham.html>, data pobrania 5.05.2017.
18. Zaremska H.: Niegodne rzemiosło. Kat w społeczeństwie Polski XIV-XVI w., PWN, Warszawa, 1986.
19. Bojarski W., za Diodo. z Sycylii, I, 65, 79, 94-95; Kronika demotycka' V' 8 n'.
20. Rousseau J. J.: Emil, czyli o wychowaniu. Tom 1. Wrocław, 1955
21. Siciński A.: Kara śmierci. Za i przeciw, Znaki czasu, wrzesień, 2009.
22. Słomczyński T., Senyszyn B.: Skazywałem na śmierć. I nigdy tego nie żałowałem Dziennik Bałtycki, kwiecień, 2015.
23. Kołakowski L.: O karze głównej [w:] Mini-wykłady o maxi-sprawach, Kraków, 2005.

Transplantacje jako moralno-formacyjne. Wyzwania współczesności

Ks. prof. zw. dr hab. Józef Zabielski

Katedra Teologii Moralnej Życia Społecznego, UKSW w Warszawie

W aksjologicznej hierarchii ludzkiej egzystencji życie człowieka sytuuje się na szczycie. Wartościowanie życia i jego uszanowanie stanowi fundamentalny wyznacznik ludzkich decyzji i działań. Świadomość tej rzeczywistości dochodzi do głosu szczególnie w przypadku zagrożenia życia osobistego lub innych osób, zwłaszcza nam najbliższych. W konsekwencji, ratowanie ludzkiego życia jawi się jako najwyższy dar – wyraz miłości osoby ludzkiej. Elementem wartościującym owego daru jest osobisty wkład i ofiara darczyńcy. Im bardziej jest on związany z wartością darowaną, tym więcej okazuje poświęcenia osobie obdarowanej. Najbardziej więc okazujemy miłość wtedy, gdy ofiarujemy coś nam najcenniejszego i najbardziej angażującego. Prawdę tę niezwykle przekonująco wyraził Jezus Chrystus w słowach: „Nikt nie ma większej miłości od tej, gdy ktoś życie swoje oddaje za przyjaciół swoich” (J 15, 13).

Taki akt miłości - „darowanie życia” drugiemu człowiekowi - umożliwia współczesna transplantologia, w ramach której przeszczepiane organy ratują życie wielu ludziom. Te medyczne możliwości nie niwelują jednak dylematów natury bioetycznej. Normatywne „napięcie” w tym zakresie tworzą zagadnienia natury etyczno-prawnej dotyczące przekazywania ludzkich organów, ich pobierania i właściwego wykorzystywania. Podejmując analityczną refleksję nad tymi problemami, chcemy skoncentrować się na dwóch wymiarach:

1. Donacja organów jako wyraz miłości „darującej życie”
2. Etyczno-prawne zagrożenia w rozwoju transplantologii.

Donacja organów jako wyraz miłości „darującej życie”

Zapoczątkowany w połowie XX wieku rozwój chirurgii transplantacyjnej umożliwia przejście od leczenia terapeutycznego do działań rekonstrukcyjno-zastępczych wobec uszkodzonych lub niewydolnych ludzkich organów, tkanek i komórek [1,2]. „Technika przeszczepów to wielki krok naprzód – podkreśla Jan Paweł II - w dziejach nauki służącej człowiekowi. Niemało jest dzisiaj ludzi, którzy zawdzięczają życie przeszczepowi organów.

W coraz większej mierze technika przeszczepów jawi się jako skuteczna metoda realizacji podstawowego celu wszelkiej medycyny, którym jest służba ludzkiemu życiu” [3]. Realizacja tych medycznych możliwości uwarunkowana jest pozyskaniem organów do przeszczepów, co wymaga uszanowania woli ich dawcy. Nikt z ludzi nie ma prawnego obowiązku przekazywania swoich organów lub tkanek, nikt też nie może rościć prawa do organów drugiej osoby – żywej czy zmarłej. Moralnie i prawnie zasadną normą pozyskiwania narządów do przeszczepu jest jedynie świadomy i dobrowolny akt dawcy, wyrażony wprost lub w sposób domniemany. W podejmowaniu takiej decyzji należy kierować się wyłącznie celem ratowania życia lub zdrowia drugiego człowieka, przekazując jedynie organy „neutralne” dla osobowości człowieka, czyli wykluczona jest transplantacja mózgu oraz gruczołów płciowych. Wymóg ten zawarty jest też w polskim prawodawstwie, gdzie stwierdzono, że norma prawna „nie dotyczy pobierania i przeszczepiania komórek rozrodczych i gonad, tkanek embrionalnych i płodowych oraz narządów rozrodczych i ich części” [4,5]. Norma ta jest akceptowana w nauczaniu Kościoła katolickiego, gdzie stwierdzono, że z implantowanych organów „należy wykluczyć mózgowie i gruczoły płciowe, które zapewniają tożsamość osobową i prokreacyjną osoby” [6].

Normatywnym wymogiem przekazywania organów do przeszczepu jest uszanowanie godności i wartości dawcy. Osoba żyjąca może w sposób dobrowolny przekazać tylko jeden z organów podwójnych (nerka), część organu (wątroba lub płuca) lub tkanek. Przekazanie organów nie może być przyczyną trwałego kalectwa lub śmierci dawcy. W *Katechizmie Kościoła Katolickiego* czytamy, że przeszczep narządów „jest zgodny z prawem moralnym i może zasługiwać na uznanie, jeśli zagrożenia i ryzyko fizyczne i psychiczne ponoszone przez dawcę są proporcjonalne do pożądanego dobra biorcy. Jest rzeczą moralnie niedopuszczalną bezpośrednio powodowanie trwałego kalectwa lub śmierci jednej istoty ludzkiej, nawet gdyby to miało przedłużyć życie innych osób” [6]. Zachowanie tych wymogów moralno-prawnych wyraża charakter najwyższego daru, ukazując osobowy wymiar donacji jako aktu wielkodusznej solidarności z drugim człowiekiem oraz gestem bezinteresownego heroizmu. Tak jest wartościowany w etyce personalistycznej, eksponowanej w etyce chrześcijańskiej. Jan Paweł II podkreśla, że tylko w pojmowaniu człowieka „bogatym w wartości ludzkie i w miłość, rodzą się także gesty heroiczne. Są one najbardziej uroczystym wysławianiem Ewangelii życia, ponieważ głoszą ją poprzez całkowity dar z siebie; są chwalebny objawieniem miłości największej, która każe oddać życie za ukochaną osobę (por. J 15, 13); są uczestnictwem w tajemnicy Krzyża, w której Jezus objawia, jak wielką wartość ma dla Niego życie każdego

człowieka i jak realizuje się ono w pełni poprzez bezinteresowny dar z siebie. (...) Pośród tych gestów na szczególne uznanie zasługuje oddawanie organów, zgodnie z wymogami etyki, w celu ratowania zdrowia, a nawet życia chorym, pozbawionym niekiedy wszelkiej nadziei” [7,8].

Możliwości współczesnej transplantologii zobowiązują ludzkość do gotowości darowania przekazania swoich organów do przeszczepów. Osoba ludzka winna uznać siebie za dawcę, który dobrowolnie zgadza się na pobranie narządów do przeszczepu; uprzednia – świadoma i wolna decyzja – dawcy stanowi etyczną możliwość przeszczepu. Jan Paweł II wyjaśnia i apeluje: „Jest to decyzja ofiarowania, bez żadnego wynagrodzenia, części ciała komuś ze względu na zdrowie i dobro danej osoby. W tym sensie akt medyczny przeszczepu umożliwia akt ofiarowania ze strony dawcy, ów szczerzy dar z siebie, który wyraża nasze istotne powołanie do miłości i komunii” [9]. Postęp współczesnej transplantologii umożliwia „przedłużyć poza śmierć powołanie do miłości”, co powinno „prowadzić osobę do <ofiarowania za życia części swego ciała, ofiarowania, które stanie się rzeczywiste po śmierci>. Jest to <akt wielkiej miłości, tej miłości, która daje życie za innych>” [10,11]. Takie pojmowanie tego aktu należy rozwijać, żeby wzmocnić poczucie odpowiedzialności za życie drugiego człowieka.

Etyczno-prawne zagrożenia w rozwoju transplantologii

Rozwijająca się transplantologia umożliwia ratowanie życia i zdrowia wielu ludzi. Jednak te medyczno-techniczne możliwości wielu ludzi wykorzystuje do osiągnięcia dobra finansowego lub życiowej kariery. Fakt ten rodzi potrzebę obiektywizacji stanowisk medyków specjalizujących się w transplantologii, żeby nie dopuszczać do naruszania wartości i godności ludzkiego życia. Nie można dopuszczać wydawania sądów przez osoby odpowiedzialne za ludzkie życie, których pierwszorzędym celem nie jest ratowanie życia człowieka. W naszej analizie chcemy wskazać kilka szczególnych zagrożeń związanych z rozwojem współczesnej transplantologii.

Rozwijającym się zagrożeniem ludzkiego życia powiązaniem z transplantologią jest handel organami. Wyrazem tego są ogłoszenie chęci kupna lub sprzedaży narządu na portalach aukcyjnych. Polskie organy ścigania odnotowały już próby nielegalnego handlu organami, co jest naruszeniem *Ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu tkanek, komórek i narządów* [12]. Istnieją fundacje promujące w Internecie swoje usługi pośrednictwa między ewentualnymi biorcami i dawcami organów. Oferują wysokie opłaty za wyjazd za granicę –

np. do Egiptu czy Izraela – w celu pobrania organów. Głównym powodem sprzedaży swoich organów jest zazwyczaj bieda i konieczność zdobycia dużej kwoty pieniędzy. Sprzedaż dotyczy zwłaszcza narządów parzystych, choć w niektórych krajach [np. afrykańskich czy azjatyckich] dochodzi do zabijania dzieci w celu pobierania organów. Wartym nadmienienia jest fakt przestępczy proceder na Filipinach, gdzie dokonuje się licznych porwań, szczególnie na terenach ubogich, w celu pobrania narządów do sprzedaży. Ofiarami są „dzieci ulicy” i bezdomni; wyrazem tego jest apel Filipińskiego Episkopatu do władz państwowych o zablokowanie tego procederu [13,14]. Szczególnym wynaturzeniem w tym względzie jest prawna legalność handlu ludzkimi organami. Przykładem tego jest Singapur, którego parlament w roku 2009 uchwalił ustawę umożliwiającą handel organami żywych osób. Dodatkowym ustaleniem była zgoda na określenie ceny przez rynek. Oszacowano, iż nerka gotowa do przeszczepu kosztuje około 5 tysięcy euro. W przyszłości w Singapurze mają być dopuszczone do handlu osoby z zagranicy, co oznacza, że kraj ten może stać się miejscem transplantacyjnej turystyki [13,15].

Handel organami jest wyrazem zaprzeczenia osobowej natury człowieka – uprzedmiotowieniem ciała. Ludzkie ciało jest wyrazicielem człowieka jako osoby, stanowi kategorię daru i nie może być przedmiotem zysku [16]. Moralna możliwość przeszczepienia organów wyklucza wszelką komercjalizację ludzkich narządów i traktowania ich jako przedmiotów handlu i wymiany. Kościół katolicki podkreśla bezinteresowność, jako etyczny normatyw pobierania i przekazywania organów do przeszczepu. Właściwym motywem jest wyłącznie akt miłości odznaczający się darmowością [17,18,19]. Z handlem organami powiązane jest nadużycie etyczno-prawne w postaci wyboru biorcy organów. Nie zawsze bowiem decydują o tym aspekty medyczne, lecz bywają przypadki korupcji decydujących, komu przekazać dany organ. Potencjalny biorca bardziej zamożny może pozwolić sobie na skrócenie kolejki w oczekiwaniu na zabieg. Życie każdego człowieka winno być tak samo traktowane; podstawowymi kryteriami są: niezbędność szybkiego wykonania zabiegu, zdatność biorcy do transplantacji i wykluczenie przeszkód immunologicznych [20,21]. Zakaz komercjalizacji ludzkich organów jest normą zapisaną w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*, gdzie czytamy, że „wszelkie komercyjne wykorzystanie narządów jest nieetyczne i niezgodne z najbardziej podstawowymi wartościami człowieka” [22,23].

Swoiste dylematy i zagrożenia ludzkiego życia wiążą się z określeniem śmierci mózgowej w przypadku pobierania organów *ex mortuo*. Przełomem w tym zakresie było ogłoszenie przez *Harvard Medical School* w 1968 roku, że śmierć człowieka to „całkowite i

nieodwracalne ustanie czynności mózgu, które ustala się przy pomocy kompleksowych badań” [24]. Ta definicja śmierci mózgowej została zaaprobowana przez przeważającą część krajów świata. W Polsce zatwierdziło ją Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej 1 lipca 1984 roku. Do stwierdzenia faktu śmierci mózgu upoważniona jest trzyosobowa komisja lekarzy specjalistów. Stwierdzenie śmierci mózgowej jest potwierdzeniem, że mózg człowieka nie funkcjonuje i już nigdy nie będzie funkcjonował. Wprawdzie narządy cielesne, podtrzymywane przez aparaturę medyczną, funkcjonują, ale osoba po śmierci mózgowej, faktycznie nie żyje. Komisja stwierdzająca musi wykonać badania określone w *Obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu z dnia 17.07.2007 roku* [21,25].

Pierwszy kontakt z osobą po śmierci mózgu rodzi wiele pytań i niejasności wynikających ze zróżnicowania między biologiczną śmiercią mózgu a śmiercią biologiczną całego organizmu człowieka; życie wegetatywne jest podtrzymywane za pomocą specjalnej aparatury. To dzięki niej organy ludzkie są w stanie życia, natomiast człowiek ten nie wróci już do życia osobowego. Organy te mogą być wykorzystane do przeszczepienia oczekującemu biorcy, gdyż nie tracą swej efektywności. Abstrahując od tych objawów, należy pamiętać, że umieranie człowieka jako osoby finalizuje się razem ze śmiercią mózgu. Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 34 orzeka: „Lekarz po stwierdzeniu śmierci mózgowej winien podtrzymać funkcjonowanie komórek, tkanek i narządów, jeżeli mogą być one przeszczepione” [26,27].

Medyczno-biologiczna definicja śmierci człowieka w fakcie śmierci mózgu znajduje potwierdzenie w rozumieniu moralnym, akceptowanym w nauczaniu Kościoła katolickiego. Komisja Papieskiej Akademii Nauk w roku 1985 zaakceptowała kryteria śmierci człowieka odnośnie do operacji transplantacyjnych podkreślając, że osoba zmarła to ta, która utraciła swe zdolności ingerowania w sposób nieodwracalny oraz koordynacje funkcji somatycznych i umysłowych. Papieska Komisja „Cor Unum” oświadcza, że „za zmarłego należy uznać człowieka, u którego zostałyby stwierdzone całkowity i nieodwracalny brak aktywności mózgu (śmierć mózgowa)” [28]. Kościół nie jest kompetentny do wydawania opinii techniczno-medycznych umierania człowieka, lecz stara się ukazać podobieństwa i antynomie naruszające ludzką godność osobową. Podczas Światowego Kongresu Towarzystwa Transplantologicznego w Rzymie w 2000 roku papież Jan Paweł II podkreślił, że „żywotne organy występujące pojedynczo w ciele człowieka mogą być usunięte dopiero po śmierci, to znaczy pobrane z ciała kogoś, kto z całą pewnością nie żyje. [...] Pomocne może być tu uświadomienie sobie, że śmierć człowieka jest jednorazowym wydarzeniem, polegającym na całkowitym rozpadzie

owej jednolitej i zintegrowanej całości, jaką jest jaźń osobowa. Następuje to na skutek oddzielenia się zasady życia (czyli duszy) od cielesnej rzeczywistości człowieka. Śmierć osoby, rozumiana w swoim zasadniczym sensie, jest wydarzeniem, którego nie może bezpośrednio uchwycić żadna technika naukowa ani metoda empiryczna. Jednakże ludzkie doświadczenie pokazuje, że gdy śmierć już nastąpi, jej nieuniknioną konsekwencją są pewne zjawiska biologiczne, które medycyna uczy się rozpoznawać z coraz większą precyzją. Należy zatem rozumieć, że <kryteria>, jakimi posługuje się dziś medycyna [...] są naukowo pewnymi środkami określenia biologicznych oznak świadczących o tym, że człowiek naprawdę umarł” [29].

Uznanie śmierci mózgowej jako definicji śmierci osoby ludzkiej budzi wiele głosów przeciwnych. „Wiąże się z tym - podkreśla Jan Paweł II - jedno z najbardziej dyskusyjnych zagadnień współczesnej bioetyki, budzące też pewne wątpliwości w umysłach zwykłych ludzi: kiedy można uznać, że dana osoba z całą pewnością umarła?” [29,30]. W tych wątpliwościach umacniają fakty „wybudzania” z tzw. śpiączki osoby uznawane za zmarłych, czego przykładem może być Agnieszka Terlecka, którą uznano za zmarłą (niektóre źródła podają, że była tylko w śpiączce) [31], ale udało się ją przywrócić do życia [32]. Największym zagrożeniem w tym względzie są błędy i zaniedbania w diagnostyce stwierdzającej śmierć mózgu, uśmiercenie człowieka mimo przeprowadzonych badań. Komisja w tych badaniach nie może działać pod przymusem pilnego przeszczepienia organów, zwłaszcza w sytuacji skrajnej potencjalnego biorcy. Także wszelkie akty szantażu medyków lub próby przekupstwa są zabronione prawnie i moralnie. Błędnie postawiona diagnoza przez lekarzy specjalistów prowadzi do śmierci człowieka, mimo oznak życia, które źle zostały zdiagnozowane.

Coraz więcej niejasności i znaków zapytania towarzyszy rozwijającej się ksenotransplantacji. Jest metoda przeszczepów międzygatunkowych, czyli transplantacje organów, tkanek z organizmu jednego gatunku do organizmu gatunku różnego od dawcy. W sytuacji niedoboru organów ludzkich wykorzystywane są organy zwierzęce. Postęp transplantologii przybliży perspektywę zastosowania ksenotransplantów na szerszą skalę. W tym celu rozwijają się metody genetycznego upodobnienia organów zwierzęcych do ludzkich, aby wykorzystać je do ratowania życia ludzi. Przykładem jest prof. Zbigniew Religa, który starał się w ten sposób zastąpić ludzkie serce sercem świni [33]. Przy badaniu i ocenie ksenotransplantacji ważne jest zachowanie godności życia ludzkiego oraz uszanowaniu zwierząt [34]. Kościół katolicki swoją opinię w tym zakresie zawarł w dokumencie „Perspektywy dla ksenotransplantacji. Aspekty naukowe i rozważania etyczne” wydanym w

2001 przez Papieską Akademię „Pro Vita”. W dokumencie tym zwrócono uwagę, że człowiek ma prawo do korzystania z natury, ale nie powinien łamać praw natury ustalonych przez Boga. Pojawia się też problem korzystania z organów zwierzęcych w celu polepszenia stanu zdrowia ludzi oraz naruszenia bariery gatunkowej. Podkreślono, że ksenotransplanty mózgu i gruczołów płciowych, podobnie jak w przypadku przeszczepów w obrębie gatunku ludzkiego, nie mogą być transplantowane. Zabrania się też przeszczepiania narządów od zwierząt w przypadku dużego ryzyka niosącego bezpośrednio zagrożenie życia [35]. Papież Jan Paweł II, odnosząc się do przeszczepów organów zwierzęcych, w przemówieniu do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego w Rzymie w roku 2000 stwierdził: „Aby ksenotransplant był dopuszczalny, przeszczepiony organ nie może naruszać psychicznej i genetycznej tożsamości osoby, która go przyjmuje; ponadto musi także istnieć dowiedziona biologicznie możliwość, iż przeszczep się uda i że nie narazi odbiorcy na niekontrolowane ryzyko” [36,37].

Poznanie istoty i działania transplantologii oraz jej skuteczności w ratowaniu zdrowia i życia przekonuje do akceptacji tej formy medycznej pomocy. Potwierdzeniem tego jest zwiększająca się akceptacja transplantologii, czego przykładem może być też Polska. Według danych Centrum Badania Opinii Społecznej w roku 2016, 93% respondentów w Polsce opowiada się za słusznością transplantacji, co w porównaniu z rokiem 1994 jest wzrostem o 10%. Negatywny stosunek deklaruje zaledwie 4%, a 3% powstrzymuje się od oceny. Zgodę na pobranie narządów po śmierci wyraża 80% Polaków i ten wynik też wzrastający. Nie wszyscy znają możliwość wyrażenia tej zgody, co wymaga zwiększenia informacji w tym zakresie. Także uszanowanie opinii osób najbliższych przekazujących organy do przeszczepu po śmierci wzrasta; 67% Polaków uszanowałoby wolę zmarłego w tym zakresie. W sprawie promocji transplantologii państwo czyni wiele starań, czego przykładem jest obchodzony 26 stycznia Dzień Transplantacji oraz powołanie Krajowej Rady Transplantacyjnej, której celem jest „współdziałanie z organizacjami i stowarzyszeniami krajowymi i zagranicznymi, których celem jest rozwój transplantologii oraz z samorządem lekarskim” [38,39].

W promowanie transplantacji włącza się też Kościół katolicki. Wyrazem tego są dokumenty Stolicy Apostolskiej, podejmujące kwestie problematyczne, ale też zachęcające do odpowiedzialnego podejścia do transplantacji. W dokumentach Magisterium Kościoła znajdujemy wiele pozytywnych opinii popierających decyzje oddawania narządów do przeszczepu *ex vivo* oraz zgody na pobranie ich *ex mortuo*. Edukacja Kościoła jest bardzo

ważna dla osób wierzących, którym nauczanie Kościoła jest decydujące w przypadkach wątpliwości. W edukację Kościoła powszechnego włącza się też lokalny Kościół w Polsce, czego wyrazem jest m. in. *List biskupów Polski w kwestii przeszczepiania narządów* odczytany w parafiach 23.09.2007 roku. W tym liście biskupi polscy zachęcają, aby nie bać się dzielenia z innymi życia oraz by pomagać swoją wolą odnośnie do pobrania organów po śmierci, co jest aktem miłości ratującej życie. Apelują też do mediów, aby tworzyły atmosferę ułatwiającą poprawne rozumienie trudnych zagadnień transplantologii, pomagając w procesie kształtowania postaw społecznych do pomocy ludziom chorym [40]. Sanktuarium Matki Bożej Cierpliwie Słuchającej w Rokitnie jest miejscem corocznej pielgrzymki Stowarzyszenia Pomocy Ludziom z Uszkodzoną Wątrobą „Życie po przeszczepie”. W 2003 roku kustosz tego miejsca ks. Tadeusz Kondracki w swojej homilii powiedział: „Jeżeli po mojej śmierci – którą stwierdzą moralnie, odpowiedzialnie, że ja już nie żyję – przydadzą się moje buty, moje serce, moja wątroba, moja nerka – bracia i siostry, to nie ma dyskusji – należy oddać bliźniemu” [25]. To testamentalne wyznanie potwierdzają i umacniają słowa V. Hugo: „Żyjmy więc. Lecz starajmy się, by śmierć była dla nas postępem. Dążmy do jaśniejszego świata. Idźmy za sumieniem, które nas prowadzi. I nigdy nie zapominajmy, że lepsze można znaleźć tylko poprzez to, co najlepsze” [41].

Piśmiennictwo

1. Wolf P., Cinqualbre J., Boudjema K., Ellero B.: *Transplantacja narządów*, Kompendium, Wyd. Cornetis, Wrocław, 1993.
2. Knoepffer N., Savulescu J.: *Der neue Mensch? Enhancement und Genetik*, Freiburg 2009.
3. Jan Paweł II, *Poszukiwania naukowe muszą szanować godność każdej istoty ludzkiej*. Przemówienie do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego, 29.08.2000, *L'Osservatore Romano*, 2000, 11-12(228), 17.
4. Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, *Dz. U.*, 1995, nr 138, poz. 682, art. 1-2.
5. Morciniec P.: *Przeszczepy narządów*. [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, Muszala A. (red.), Wyd. Encyklopedyczne, Radom, 2007, 468-469.
6. Papieska Rada d. s. Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, 88.
7. Jan Paweł II, *Encyklika Evangelium vitae*, nr 86.

8. Zabielski J.: Odpowiedzialność za życie, Białystok 2007, 33-55.
9. Jan Paweł II, Przemówienie do Międzynarodowego Kongresu na temat przeszczepów narządów, 20.06.1991, 3 [w:] „Insegnamenti di Giovanni Paolo II”, 1991, 14/1, 1711.
10. Papieska Rada d. s. Służby Zdrowia, Karta Pracowników Służby Zdrowia, 90.
11. Kowalski E.: Osoba i bioetyka. Zagadnienia biomedyczne dla duszpasterzy i katechetów, Kraków, 2009.
12. <http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/Handel-wlasnymi-organami-w-Internecie,5807,2.html>, data pobrania 01.06.2016.
13. Biały S.: Biomedyczne aspekty przeszczepiania organów pojedynczych i ich pamięci, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa, 2011, 60-62.
14. Perz A.: Transplantacje medyczne wyrazem miłości człowieka do człowieka, Kieleckie Studia Teologiczne, 2007, 6, 122-123.
15. Witschen D.: Menschenrechte als sekundäres Naturrechte, Theologie und Glaube, 1997, 87, 3, 346-366.
16. Ramsey P.: Pacjent jest osobą, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa, 1977, 246-248.
17. Katechizm Kościoła Katolickiego, dz. cyt., nr 2301
18. Wróbel J.: Dar życia, W Drodze, 2014, 2, 38-39;
19. Dyk T.: Transplantacja w świetle religii objawionych. [w:] Transplantologia. Oczekiwania, możliwości, granice, Biblioteka Instytutu Medycznego im. Jana Pawła II, Szczecin, 2012, 198-199.
20. Gubała W.: Etyczne aspekty przeszczepiania narządów, Resovia Sacra, 2006, 13, 155-156.
21. Ferdynus W.: Przedłużenie ludzkiego życia w świetle transplantologii, Studia Paradyskie, 2014, 24. 122-124.
22. <http://eurlex.europa.eu?LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:259E:0001:0009:PL:PDF>, data pobrania: 01.06.2016.
23. Dylus A.: Problem komercjalizacji organów ludzkich [w:] Etyczne aspekty transplantacji narządów, Marcol A. (red.), Opole 1996, 201-202.
24. Kalita T.: Śmierć mózgu jako granica prawnokarnej ochrony życia człowieka, Prokuratura i Prawo, 2016, 7-8, 42.
25. Wasak A.: Transplantacje, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom, 2007, 24-28.

26. Kodeks Etyki Lekarskiej, art. 34.
27. Reroń T.: Ocena moralna przeszczepów organów ludzkich, *Questiones selectae*, 2006, 20, 73-75.
28. 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*, Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej BIBLOS, Tarnów, 1998, 446.
29. Jan Paweł II, Poszukiwania naukowe muszą szanować godność każdej ludzkiej istoty, dz. cyt., 37-38.
30. Norkowski J., Kiedy umiera człowiek? Śmierć mózgową: prawda czy fikcja?, *Zeszyty Karmelitańskie*, 2006, 2, 24-33.
31. <http://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/91983,transplantolodzy-nie-lubia-cudotworcy.html>, data pobrania 01.06.2016.
32. Norkowski J.: *Medycyna na krawędzi. Ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów*, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom, 2011.
33. Kilka ciekawostek transplantologii, <http://www.medonet.pl/magazyny/transplantologia,ciekawostki-o-transplantologii,art.>, data pobrania 09.02.2017.
34. Morciniec P.: *Organy zwierzęce dla ludzi. Nowe wyzwanie etyczne*, *Poznańskie Studia Teologiczne*, 2001, 10, 178-185.
35. Wójcik B.: *Ksenotransplantacje*. [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, Muszala A., Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom, 2007, 312-316.
36. Jan Paweł II, Poszukiwania naukowe muszą szanować godność każdej ludzkiej istoty, dz. cyt., . 38.
37. Ludzkie organy hodowane w ... świniami. Naukowcy tworzą chimery, by wyhodować organy dla potrzebujących przeszczepu, <http://innpoland.pl/127421,ludzkie-organy-hodowane-w-swiniach-naukowcy-tworza-...>, data pobrania 01.02.2017.
38. www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016_119_16.PDF, data pobrania 01.12.2016.
39. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-prtofilaktyka/program-zdrowie/wykaz-programow/program-wieloletni-na-lata2011-2020-narodowy-program-rozwoju-medycyny-transplantacyjnej/informacje-dotyczace-podstaw-prawnych-funkcjonowania-i-kompetencji-krajowej-rady-transplantacyjnej/>, data pobrania 01.12.2016.

40. [http://episkopat.pl/nadp\[rzyrodzony-krwioobieg-milosci/](http://episkopat.pl/nadp[rzyrodzony-krwioobieg-milosci/), data pobrania 01.12.2016.
Schroetr Fr.: L'autonomie de la volonté: une idée pèrimée?, Philosophie und Theologie, 2006, 53, 3, 41-751.
41. Hugo V.: Pracownicy morza, Wyd.. P.I.W., Warszawa, 1955, 444.

Transplantacja w świetle wielkich religii świata

Lubas Sylwia¹, Krzyżanowski Filip¹, Jaszczak Jakub¹, Gajos Piotr¹, Dorna Krzysztof³, Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Gnus Jan^{1,2,3}

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

Wstęp

Transplantologia stała się jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin medycyny. Daje szansę na uratowanie życia pacjentom, którzy nie mieli jej jeszcze kilkadziesiąt lat temu. Poprzez słowo transplantacja (łac. *transplantare* ‘szczepić’, ‘przesadzać’), rozumiemy przeszczepianie, zabieg przeniesienia komórek (np. szpiku), tkanek (np. skóry) bądź narządów (np. serca, nerek) w obrębie jednego organizmu lub między dwoma organizmami [1].

W 1954 roku Murray i Merrill w Bostonie po raz pierwszy przeszczepili nerkę między bliźniakami jednojajowymi. Operacja zakończyła się sukcesem. W kolejnych latach naukowcy i lekarze zajęli się opracowaniem metod mających zminimalizować powikłania po zabiegach. Udoskonalenie procedur zabiegów transplantacyjnych i poznanie mechanizmów immunologicznych spowodowało, że przeszczepy stały się powszechną metodą ratowania ludzkiego życia. W Polsce pionierem transplantacji stał się prof. Jan Nielubowicz, wykonując w 1966 udany zabieg przeszczepienia nerki [2].

Na początku XXI wieku nastąpił kryzys transplantologii wynikający m.in. z incydentów handlu narządami, szeroko opisywanych w prasie. Ta dziedzina medycyny napotyka na liczne problemy, które wynikają nie tylko z działalności przestępczej. Często decydujące znaczenie przy przeszczepie narządów są kwestie etyczne i moralne. Wiele niejasności związanych jest zwłaszcza z dogmatami religijnymi w poszczególnych wyznaniach.

Transplantacja jest tematem szczególnie trudnym i budzi wiele kontrowersji wśród wyznawców różnych religii. W wielu wypadkach dotyczy bowiem przeszczepu *ex mortuo* (od osoby zmarłej). Rozwój medycyny dostarczył nowych możliwości, co spowodowało, że ustanie akcji serca przestało spełniać kryterium zgonu. Obecnie najpowszechniejszym sposobem kwalifikującym do transplantacji *ex mortuo* jest śmierć mózgową. Kryteria, które umożliwiają jej stwierdzenie, to: brak odruchów pniowych, trwałe bezdech oraz całkowity brak reakcji na bardzo bolesne bodźce z zewnątrz. Oględzin pacjenta dokonuje zespół trzech lekarzy specjalistów z następujących dziedzin: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej [3]. Warto zauważyć, że procedura ta jest procedurą medyczną, ale śmierć każdego człowieka w oczach jego bliskich to sprawa bardzo osobista, a podejście do śmierci i tego co się po niej dzieje z człowiekiem i jego ciałem jest uzależnione w dużej mierze od uwarunkowań kulturowych i religijnych. Częsty dylemat w transplantologii to wybór między ratowaniem życia obcej osoby, a poszanowaniem godności zmarłego, a także zasad wyznawanej przez zmarłego i jego rodzinę religii [3].

Autorzy niniejszej publikacji uznali, że wpływ religii na możliwość przeprowadzenia zabiegu transplantacji ma w wielu wypadkach decydujący wpływ na decyzje podejmowane zarówno przez potencjalnego dawcę bądź jego rodzinę, a także przez biorcę, w związku z czym podjęli temat uwarunkowań religijnych i ich znaczenia w transplantologii.

Publikacja ma na celu przedstawienie stosunku największych religii świata: katolicyzmu, islamu, buddyzmu, hinduizmu i judaizmu, do zabiegów przeszczepienia narządów i tkanek. Autorzy wskazali ograniczenia, jakie w związku z wyznaniem, mogą napotkać transplantolodzy, a także okoliczności, które dopuszczają przeprowadzenie transplantacji.

Kościół katolicki – oddanie narządu czynem heroicznym

Katolicyzm to największa z religii chrześcijańskich, uznająca nieomylność Papieża w sprawach wiary. Dla katolików życie jest święte, ponieważ jest ono dziełem Bożym, Bóg jest natomiast panem życia, od jego początku, aż do końca [4].

Nauczanie Kościoła Katolickiego traktuje, iż w transplantologii mamy do czynienia z dobrem, ale podkreśla także zagrożenia, które niesie ta dziedzina medycyny.

Święty Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae* pisze, iż oddanie narządu dla potrzebującej osoby zalicza się do czynów heroiczych. Podkreśla także, że taki akt może

uratować życie osoby już praktycznie pozbawionej wszelkiej nadziei, co świadczy o wadze tego czynu [5]. W tej samej encyklice zaznaczono także zagrożenie, które niesie ze sobą rozwój medycyny przeszczepowej. Chęć uratowania większej liczby osób poprzez przeszczepienie im niezbędnego narządu może prowadzić do zwiększonej liczby eutanazji, które Kościół katolicki uważa za niedopuszczalne [6].

Za ważną kwestię w przypadku przeszczepu narządów ze zwłok ludzkich, Kościół uznaje problem określenia momentu zgonu. Już papież Pius XII stwierdził, że ustalenie momentu śmierci człowieka nie leży w gestii teologów czy etyków, ale lekarzy. Stosowane w medycynie kryterium śmierci mózgowej zostało poddane licznym zastrzeżeniom i wątpliwościom ze strony Kościoła Katolickiego, m.in. przez Papieża Jana Pawła II [7]. Jednak w 1995 r. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia wydała dokument, w którym jasno stwierdza, iż śmierć mózgu jest prawdziwym kryterium śmierci, dopuszczającym pobranie potrzebnych narządów od zmarłego [8].

W przypadku przeszczepu od osoby żywej, Kościół Katolicki podkreśla rolę dawcy, a w szczególności jego dobrowolnej i wyraźnej zgody, bez której transplantacja narządów jest moralnie niedopuszczalna. Zwraca również uwagę na korzyści uzyskane przez biorcę przeszczepu oraz straty poniesione przez dawcę. Zagrożenie, jakie nakłada na siebie dawca, nie może przeważać nad korzyściami uzyskanymi przez biorcę. Z nauczania Kościoła Katolickiego wynika, iż niemoralne i zabronione jest wywołać u człowieka trwałe kalectwo lub śmierć, nawet w celu uratowania życia drugiej osoby [9]. Także w przypadku ryzyka znacznego uszczerbku na zdrowiu dawcy zabrania się pobierania narządu do transplantacji.

Katolicyzm dopuszcza zatem możliwość pobrania narządów zarówno od dawcy żyjącego, jak również zmarłego. Religia ta uznaje szczególną rolę transplantologii w ratowaniu życia ludzkiego. Nie może się ono jednak odbywać kosztem zdrowia i życia dawcy lub wbrew jego woli. W przypadku przeszczepów pośmiertnych, najważniejszą kwestią jest prawidłowe ustalenie momentu zgonu dawcy.

Transplantacja w islamie - oficjalna zgoda, nieoficjalne problemy

Islam – religia proroka Mahometa to najmłodsza z uniwersalistycznych religii [1]. Dla jej wyznawców najważniejszą, świętą księgą jest *Koran*. Stanowi podstawę życia muzułmanów, a także wyznacza przepisy prawa cywilnego w niektórych krajach. Natomiast *Sunna* to jego rozwinięcie i uzupełnienie. W religii proroka Mahometa ludzkie istnienie jest

darem. Życie człowieka pochodzi od Allaha, to On je daje i On odbiera [10]. Jednak wyznawcy islamu są podzieleni i w zależności od odłamu w różny sposób postrzegają kwestie związane z transplantacją narządów. Wynika to głównie z różnicy w interpretacji Koranu przez poszczególne odłamy religii.

Transplantacja jest popierana przez większość duchownych muzułmańskich. Potwierdzenie możemy znaleźć w fatwie Komitetu fatw w Arabii Saudyjskiej z roku 1988 [11]. W dokumencie opisano warunki wykonania przeszczepu narządów między biorcą a dawcą żywym oraz zmarłym, a także sytuacje, w których niemożliwy jest taki zabieg. Transplantacja musi być zabiegiem koniecznym, czyli wykonywanym w momencie zagrożenia życia biorcy, a nie w celu poprawienia wyglądu – jest to kluczowe kryterium podawane przez imamów [12]. Można przeszczepić organ osobie potrzebującej, jeśli został on usunięty jednemu pacjentowi z powodu choroby. Taki przypadek dotyczy, np. rogówki, której transplantacja nie ratuje życia, ale należy do zabiegów medycznych chroniących przed pogorszeniem jakości życia. Ważne jest, by korzyści płynące z zabiegu przewyższały ewentualne straty.

Ponadto przeszczepy allogeniczne (między organizmami należącymi do tego samego gatunku) są dozwolone między biorcą i żywym, dojrzałym, świadomym dawcą, jeśli dotyczą tkanek odnawialnych (krew, skóra) oraz części organu, który został usunięty z powodu choroby, aby inna osoba mogła z tego skorzystać [12].

Świadomą zgodę dawcy za życia lub przyzwolenie najbliższych po śmierci uważa się za niezbędne przy homotransplantacji *ex-mortuo*. Warunek umożliwiający pobranie narządów od zmarłych to śmierć mózgu [13]. Mimo, że kryterium określone zostało przez duchownych nie wszyscy wierni w pełni z nim się zgadzają. Skrajni wyznawcy islamu odbierają transplantacje jako bezczeszczenie zwłok ludzkich [13]. Natomiast inni śmierć mózgu uznają za zbyt wąskie kryterium do orzekania o końcu życia drugiego człowieka .

Uchwały prawa islamskiego kategorycznie zabraniają transplantacji *ex vivo* (od dawcy żywego) organów, od których zależy ludzkie życie, np. serca, czy też takich, których usunięcie prowadzi do upośledzenia funkcji życiowych. Ciekawie wygląda także aspekt przeszczepów ksenogenicznych (między różnymi gatunkami) od świń, czyli zwierząt nieczystych. Ajatollah Ali Sistani uregulował tą funkcję i przyzwolił na nią, ponieważ „Przeszczepiony narząd, uzupełniający i usprawniający ciało muzułmanina, staje się uświęcony” [3]. Zdarzają się też sytuacje, gdy organ pochodzi od dawcy niebędącego muzułmaninem, lecz prawo muzułmańskie nie przyzwala na sytuację odwrotną. Wśród

wyznawców Allaha panuje oficjalny zakaz handlu organami. Jednak akceptuje się przyjęcie przez dawcę prezentu lub pieniędzy po zabiegu, jeśli był na to nieprzygotowany [13].

Buddyzm – należyty szacunek dla zmarłych

Buddyzm to kolejna z wielkich religii uniwersalnych oraz system filozoficzny, który wywodzi się z terenów północnych Indii, założony na przełomie VI i V w p.n.e. przez Siddhartha Gautam [1]. U podstaw buddyzmu leży pojęcie *samsary*, czyli wędrówki przez kolejne wcielenia. Owa wędrówka ma na celu osiągnięcie *nirwany*, rozumianej jako uwolnienie się od cierpienia oraz wyzwolenie z cyklu narodzin i śmierci.

Filozofia ta przyjmuje za dozwolone wszelkie formy ratowania życia, jednak dla buddyzmu tybetańskiego okres umierania i śmierci jest szczególnie istotny, dlatego niektórzy z umierających buddystów mogą odmawiać przyjmowania środków przeciwbólowych i uspokajających. Dotyczy to zwłaszcza narkotyków, ponieważ uważa się, że niszczą one wszelkie efekty medytacji i są czymś przeciwnym do tego, co chce się osiągnąć w swoim duchowym rozwoju [14]. W buddyźmie nie są akceptowane: samobójstwo, eutanazja, sztuczne przedłużenia życia i przerwanie cierpienia [15].

Oddanie po śmierci swojego ciała na rzecz rozwoju medycyny, uznawane jest wśród wyznawców buddyzmu jako najwyższy akt altruizmu. Także idea medycyny transplantacyjnej została poparta przez wyznawców Buddyzmu, ponieważ jest ona zgodna z wartościami altruizmu i współczucia, które to stanowią fundamenty tej religii. Określone są jednak warunki, które muszą być spełnione, aby doszło do przeszczepu. Przede wszystkim dawca musi podjąć świadomą decyzję za życia w sprawie oddania swoich narządów. Wymagane jest zachowanie należytego szacunku dla osoby zmarłej oraz poszanowanie zasady śmierci. Buddyści wierzą, iż dusza opuszcza ciało po trzech dniach od orzeknięcia śmierci klinicznej, a więc do tego czasu lekarz nie może pobierać narządów od zmarłego, co stanowi pewne utrudnienie dla transplantologa [3].

Długa tradycja transplantacji w Hinduizmie

Według hinduizmu wszystko, co żywe zostało wyłonione z pierwotnego bytu, a więc nie ma różnicy między bóstwem a człowiekiem. Ludzie nie są podporządkowani Bogu, który jest wszechmocny i nieomylny. Hindusi nie mają jednego wspólnego poglądu na zdrowie,

ponieważ ich religia złożona jest z wielu nurtów. Przykładowo dla *joginów* bardzo ważne jest zachowanie zdrowego, wolnego od toksyn i sprawnego ciała, ponieważ pomaga ono w całkowitym skupieniu na medytacji. W kulturze Indii bardzo silnie rozwinięte są tradycyjne metody leczenia oparte na ziołolecznictwie. Popularna jest również medycyna *Ajurwedy* oparta na zachowaniu równowagi pomiędzy składnikami ciała ludzkiego i siłami życiowymi oraz uwzględniająca otoczenie człowieka [16].

Dla wyznawców tej religii charakterystyczna jest wiara w liczne reinkarnacje, których liczba jest uwarunkowana dobrymi i złymi uczynkami. Śmierć w hinduizmie uważana jest za koniec pewnego etapu życia. Przestaje wtedy istnieć ciało w sensie fizycznym, a dusza wraca w „dziedzinę tymczasowej szczęśliwości”, aby w danym czasie odrodzić się w ciele fizycznym. Celem życia jest uwolnienie się od narodzin i śmierci oraz zjednoczenie z Brahmanem, które ma miejsce przed śmiercią i jest opisywane jako stan ekstazy [15].

W religii tej zakazane są eutanazja oraz samobójstwo wspomagane, natomiast dopuszcza się samozagłodzenie lub samouduszenie przez wstrzymanie oddechu. Nie akceptowane jest sztuczne przedłużanie życia, ponieważ powoduje to jedynie przedłużenie cierpienia. Mity pojawiające się w starych księgach hinduskich możemy utożsamiać z pierwotną koncepcją przeszczepów ksenogenicznych. Do dzisiejszego dnia w wierzeniach potężny mężczyzna, któremu po obcięciu głowy reimplantowano głowę słonia, jest utożsamiany z bóstwem mądrości [15].

W starych księgach hinduskich opisywane są zabiegi przeszczepiania skóry wykonywane przez hinduskich lekarzy, co wskazuje na długą tradycję transplantacji wśród wyznawców tej religii. W sprawie pobierania narządów po śmierci hinduizm kładzie szczególny nacisk na osobiste decyzje, a więc podobnie jak w buddyzmie konieczna jest świadoma decyzja dawcy [15].

***Pikuach nefes* - życie ludzkie jako wartość priorytetowa. Zasady transplantacji w judaizmie**

Judaizm narodził się w II tysiącleciu przed naszą erą. Jest religią monoteistyczną, w której na szczególny szacunek zasługuje życie człowieka. Można je wręcz określić jako wartość absolutną i nietykalną, ponieważ Bóg jest dawcą życia, a człowieka stworzył na swój obraz i podobieństwo [17]. Ratowanie ludzkiego istnienia (*pikuach nefes*) stanowi priorytet pośród żydowskich reguł, dlatego Żydzi dopuszczają złamanie prawa, by je ocalić.

Istnieją oczywiście pewne zasady, których przekroczyć nie wolno i w takim wypadku wyznawca Mojżesza powinien wybrać drogę, która doprowadzi do jego własnej śmierci. Prawo nie dopuszcza: zabicia niewinnej osoby, by ocalić siebie samego, wyrzeczenia wiary, które uchroniłoby przed śmiercią i sytuacji, gdy decyzje mogłyby skutkować zabronionymi relacjami seksualnymi.

Oficjalne stanowisko rabinów wobec transplantacji jest jasne. Są oni przychylni przeszczepom, które ratują życie i zgodne jest w prawem *pikuach nefes*. Potwierdzenie tej opinii znajdujemy w słowach polskiego rabina Michaela Schudricha: *Wielu rabinów uważa, że oddanie narządów to wielka zasługa. Pobranie organu musi się bezwzględnie dokonać po śmierci dawcy, jakkolwiek ją zdefiniujemy, z zachowaniem szacunku dla zmarłego* [13]. Bycie dawcą w kulturze żydowskiej postrzega się jako wielką zasługę – *mitzvah*, z której wierny nie czerpie korzyści [13].

Choć prawo sprzyja transplantacji to i w tej religii napotyka ona pewne problemy. W przeszczepach *ex vivo* kryteria są klarowne: zabieg można wykonać, jeśli dawca organu nie dozna uszczerbku na zdrowiu. Wśród Żydów panuje ambiwalentny stosunek względem transplantacji *ex mortuo*. Z jednej strony oddanie narządów, by uratować ludzkie życie to wielki dar. Zaś z drugiej panuje pogląd, że zwłokom ludzkim w czasie takiej procedury nie oddaje się należytego szacunku, co może utrudnić zmartwychwstanie [3].

Sprawę przeszczepów od osób zmarłych komplikuje ponadto przywiązanie Żydów do tradycyjnego pochówku kompletnego ciała, który winien odbyć się jak najszybciej od momentu śmierci [13]. Dodatkowym utrudnieniem jest definicja śmierci. Nie wszyscy wyznawcy judaizmu uznają, że śmierć mózgu wystarcza do uznania osoby za zmarłą. Niektórzy śmierć definiują jako ustanie działania, nie tylko układu nerwowego, ale także oddechowego i sercowo-naczyniowego [3].

Bliscy potencjalnego dawcy mierzą się z niełatwym problem. Muszą bowiem zdecydować, czy uszanować wolę zmarłego i zasadę *pikuach nefes*, czy też postąpić tak, by ciało zmarłego nie zostało zbezczeszczone i możliwe było zmartwychwstanie. Z pomocą w takiej sytuacji przybywają rabini [18]. Duchowni są znawcami Talmudu i prawa żydowskiego i mogą każdy przypadek ocenić w sposób indywidualny.

Ponadto Żydzi uznają ksenotransplantacje. Sprzeciwu nie budzi wśród nich także przeszczep od świni, którą jak wiadomo uważana jest zwierzę nieczyste. W oparciu o księgę Starego Testamentu, dopuszcza się użycie tkanek zwierzęcych, w tym pochodzących od świń, w celu poprawy zdrowia człowieka [3].

Podsumowanie

Ludzkie życie bez wątpienia należy do najważniejszych wartości wśród wyznawców religii przywołanych powyżej. Istotne jest także jego ratowanie, w tym również poprzez zabieg transplantacji *ex-mortu*, jak również *ex-vivo*. Musimy uzmysłwić sobie, iż decyzja o donacji narządu to decyzja niełatwa zarówno dla dawcy, ale także dla jego najbliższych, bez względu na wyznanie. Brak wystarczającej wiedzy o transplantacji skutkuje pojawieniem się u ludzi obawy przed złamaniem praw oraz tradycji religijnych, które mogą uniemożliwić duszy opuszczenie ciała, osiągnięcie nirwany czy dostąpienie zmartwychwstania. Z tego powodu kwestią kluczową jest współpraca między duchownymi a lekarzami. Umożliwi ona opracowanie wspólnego stanowiska dotyczącego zasad przeprowadzania transplantacji. Również zaangażowanie hierarchów poszczególnych wyznań w edukację wiernych, pozwoli wyeliminować stereotypy i błędne poglądy dotyczące przeszczepów wśród osób nie posiadających rzetelnych informacji w tej dziedzinie. Kluczowe jest także zachęcanie wiernych do dobrowolnego wypełnienia karty dawcy lub oświadczenia woli jeszcze za życia. W każdej religii świadoma zgoda potencjalnego dawcy to element niezbędny, by rozpocząć procedurę transplantacyjną. Bez niej nawet aprobatą rodziny nie pozwala na pobranie od zmarłego organów do przeszczepu.

Transplantacja to spotkanie śmierci i życia w tym samym miejscu i czasie. Sytuacja, w której śmierć jednego człowieka koreluje z odzyskaniem zdrowia lub uratowaniem życia innej osobie. To tragedia dla bliskich zmarłego, a nadzieja dla biorcy i jego rodziny. Każda osoba utratę krewnego przeżywa w odmienny sposób i staje przed trudnym wyborem w momencie, gdy musi podjąć decyzję o przekazaniu jego narządów potrzebującym przeszczepu pacjentom. Religia jest w tym wypadku dla wielu osób drogowskazem, a decyzja o donacji narządów zapada w oparciu o jej zasady. Przywołane powyżej wyznania podkreślają, że zachowanie godności zmarłego to wartość nadrzędna, także w procesie transplantacji. Istotne wydaje się więc, by lekarze i personel medyczny z szacunkiem oraz pokorą traktowali śmierć dawcy oraz w kontaktach z rodziną ukazali, że przeszczepienie narządów nie jest bezczeszczeniem zwłok, a największym darem człowieka dla innej osoby.

Liczne migracje i spowodowana tym zróżnicowana struktura narodowościowa wymagają od lekarzy zaznajomienia się z regułami poszczególnych religii. Znajomość praw, tradycji oraz wartości istotnych dla wyznawców danego sposobu wierzeń umożliwi prowadzenie dialogu pomiędzy nauką i wiarą. Wspólny dialog pomoże przekonać bliskich

zmarłego, że zgoda na transplantację to decyzja nie kolidująca z ich religijnymi przekonaniami.

Piśmienictwo

1. Transplantologia [w:] Encyklopedia PWN. <http://encyklopedia.pwn.pl/>, data pobrania 5.05.2017.
2. Foryś Z., Dębska G., Królczyk C.: Transplantologia wczoraj i dziś. [W:] Pielęgniarstwo na rzecz milenijnych celów rozwoju, Dobrowolska B. Foryś Z. Jaśkiewicz J. (red.), Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków, 2014, 33-45.
3. Górka K. M.: Związek medycyny i religii. Podobieństwa i różnice w poglądach na temat transplantacji organów wśród przedstawicieli judaizmu, buddyzmu i islamu, Sadowski M. (red.), Wiara, polityka i religia, Acta Erasmiana VIII. Koło Naukowe Doktryn Politycznych i Prawnych Katedra Doktryn Politycznych i Prawnych Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytet Wrocławski. Wrocław, 2015.
4. Katechizm Kościoła Katolickiego, Pallottinum, 2012, 2258.
5. Jan Paweł II, Evangelium vitae, Pallottinum 1995, rozdział IV.
6. Jan Paweł II, Evangelium vitae, Pallottinum 1995, rozdział I.
7. Bp. Wróbel J.: Dyskusja wokół problemu śmierci mózgowej człowieka – dawcy organów. Między biologią, biomedycyną i filozofią, Roczniki Teologii Moralnej, 2011, 3(58).
8. Papieska rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Karta pracowników służby zdrowia. Watykan, 1995, (129) http://dsz.oil.lublin.pl/dokumenty/8_karta_pracownikow_sluzby_zdrowia.pdf, data pobrania 28.03.2017.
9. Katechizm Kościoła Katolickiego. Pallottinum, 2012, 2296.
10. Aouil B.: Islam. Wybrane założenia islamu. [W:] Problemy wielokulturowości w medycynie, Krajewska-Kułąk E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.), Wydawnictwa Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010, 35-40.
11. http://www.planetaislam.com/praktyka/fatwa/transplantacja_organy_ludzkie_islam.htm, data pobrania 15.03.2017.
12. <https://www.dawca.pl/warto-wiedziec/transplantacja-a-religie>, data pobrania 15.03.2017.
13. Mandrecki M., Religie świata a transplantacje. Część 2. Poglądy niechrześcijańskich religii świata na problematykę transplantacji narządów i tkanek. http://www.akademia.medycyny.pl/wp-content/uploads/2016/11/2_1.pdf, data pobrania 15.03.2017.

14. Pruszyński J. J.: Potrzeby i oczekiwania buddystów w czasie choroby i schyłkowego okresu życia. *Gerontol. Pol.*, 2007, 15, 40-42.
15. Krajewska Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.): *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010.
16. Pawlikowski J., Marczewski K.: Religia a zdrowie – czy religia może sprzyjać trosce o zdrowie? Część 1 – wartość zdrowia w wielkich religiach świata, *Kardiologia po dyplomie*, 2008, 7, 10.
17. Guigui A.: Moralność żydowska wobec medycyny i biotechnologii. <http://etyka.doktorzy.pl/guigui.htm>, data pobrania 19.03.2017.
18. Judaism and organ donation, <http://www.bbc.co.uk/religion/religions/judaism/jewishethics/organs.shtml>, data pobrania 19.03.2017.

Za i przeciw transplantologii w opinii społecznej

Wawros Karina¹, Gawłów–Nowak Lilianna¹, Szurlej Dariusz², Sejboth Justyna², Mroczkowska Reanta³, Karczewska Olimpia¹, Sternik Anna¹, Śleziona Mariola⁴, Graf Lucyna⁴, Wawros Angelika⁵

1. Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny
2. Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Zakład Anestezjologii Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny
3. Klinika Wad Wrodzonych Serca i Kardiologii Dzieci, Śląski Uniwersytet Medyczny, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze
4. Studium Doktoranckie, Zakład Filozofii i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
5. Uniwersytet Śląski w Katowicach Wydział Filologiczny w Sosnowcu

Wstęp

„Transplantacja” jest słowem, które pochodzi od łacińskiego *transplantare* („przesadzać”, „przenosić”) i oznacza metodę chirurgicznego przeszczepiania komórek, tkanek i organów. Medycyna zajmująca się przeszczepianiem narządów nazywa się transplantologią [1,3,5]. Chirurgia transplantacyjna jest dużym osiągnięciem współczesnej medycyny. Rozwój transplantologii wywiera znaczący wpływ nie tylko na metodologię medycyny, ale także na kierunek jej rozwoju [1,2,4].

Rozwój transplantologii i jej skuteczność doprowadziły do tego, że przeszczepianie narządów i tkanek jest już obecnie standardową metodą terapeutyczną. Pewne wątpliwości oraz trudności, które występowały w początkowym okresie rozwoju transplantacji są już nieco mniejsze. Chirurgia przeszczepów nadal wzbudza wiele refleksji moralnej, a jej ciągły postęp rodzi niepokój, co do możliwych konsekwencji jej rozwoju. Coraz większa świadomość społeczna

pozwała na akceptację przeszczepiania narządów. Natomiast inny stosunek społeczny obserwuje się w temacie przeszczepiania od dawcy zmarłego, a także decyzji dotyczącej wyrażania woli na pobranie narządów [1,3,5].

Material i Metody

Na podstawie dostępnego piśmiennictwa lat 2008 – 2010 dokonano oceny poglądów społecznych na transplantację.

Historia transplantologii

Rozwój nauki w każdej dziedzinie wpływa na życie zwykłych ludzi w największym chyba rozwój medycyny. Edukacja pozwala na samodzielne rozeznanie zwiastuna poprawy ludzkiej egzystencji, a co jego zaprzeczeniem. Przyczynia się również do szukania alternatywnych rozwiązań podczas choroby. Alternatywą przeżycia dla wielu nieuleczalnie chorych pacjentów stała się transplantologia [1,3,5].

Pierwsze próby ratowania życia ludziom za pomocą transplantacji organów podejmowano już dawno. Marzenie senne z roku 1920 Amerykanina Alexisa Carrela o tym, że będzie możliwe za pomocą operacji uzdrowić nieuleczalnie chorych poprzez wymianę narządów na zdrowe, stawało się coraz bardziej rzeczywiste. Richard H. Lawler z Chicago, 17 czerwca 1950 roku jako pierwszy dokonał przeszczepu nerki kobiecie cierpiącej na torbielowatość nerek. Chora żyła po operacji około czterech lat, przeszczepiona nerka pracowała tylko kilka tygodni, nie poradziły sobie siły obronne organizmu. Układ immunologiczny każdego człowieka rozpoznaje obce ciało i od razu zaczyna proces niszczenia „intruza”. Dużym wyzwaniem, jakie się pojawiło w transplantologii było opracowanie sposobu zapobiegania odrzutu przeszczepu. Próbowano na różne sposoby oszukać układ immunologiczny, np. poprzez napromieniowywanie ciała pacjenta ogromną dawką promieni Roentgena. Przełom to rok 1959 i wynalezienie przez Schwartza i Damaesheka pierwszego leku immunosupresyjnego. W 1962 roku została zsyntetyzowana bardziej skuteczna Azatiopryna - przez Hitchginsana i Eliona. Polska transplantologia to przeszczep nerki wykonany w 1966 r przez prof. Jana Nielubowicza. 1969r. - prof. Jan Moll przeszczepił jako jeden z pierwszych na świecie serce [3,5].

Transplantologia pomaga pacjentom, dla których bez przeszczepu nie ma ratunku lub życie (jak w przypadku chorych dializowanych) do końca jest przepełnione cierpieniem. Ogromna skuteczność transplantologii stwarza presję na jej stosowanie, co wiąże się z brakiem dawców pogłębiany utrzymującą się nadal niechęcią rodziny do wyrażania zgody na pobranie organów od zmarłych bliskich. Innym problemem jest konieczność stosowania leków immunosupresyjnych, zapobiegających odrzucaniu przeszczepu, ponieważ obniża to bardzo jakość życia pacjenta. Zmusza to naukę do poszukiwania innych metod naprawczych organizmu takich jak metody wszczepiania tkanek czy struktur neuronowych stymulujących samoistne odrastanie, czy choćby wzmacnianie uszkodzonych fragmentów organów [1,3,5]

Rodzaje przeszczepów

Z uwagi na relacje genetyczne łączące dawcę i biorcę wyróżniamy cztery grupy przeszczepów [1,3,5]:

- autoprzeszczep - przemieszczenie w inne miejsce narządu lub tkanki u tego samego osobnika np. przeszczep skóry
- izoprzeszczep - transplantacja w obrębie dwóch osobników identycznych genetycznie, czyli bliźniąt jednojajowych;
- alloprzeszczep - zabieg dokonywany między osobnikami tego samego gatunku, którzy nie są identyczni genetycznie. Oczywiście pewna zgodność antygenów musi być zachowana (np. przy przeszczepie nerki co najmniej 6 zgodności antygenowych, a podstawą jest naturalnie ta sama grupa krwi)
- ksenoprzeszczep - transplantacja między osobnikami różnych gatunków:
 - - ksenoprzeszczep zgodny: organ pobrany jest od małą naczelną dla człowieka
 - - ksenoprzeszczep niezgodny: narząd pochodzi od świni.

Inny podział przeszczepów [1,3,5]:

- od dawcy żyjącego, np. organ parzysty: nerka, dawca po darowaniu choremu organu dalej może normalnie/niemal normalnie żyć. W Polsce najczęściej wykonuje się przeszczepy rodzinne.
- od dawcy zmarłego w wyniku wypadku, albo u którego nastąpiła śmierć mózgu.

Orzekanie śmierci mózgu

Śmierć mózgu odnosi się do jego pnia, który jest odpowiedzialny za procesy oddychania, pracy serca. Świadomość oraz pamięć biograficzna, która znajduje się w górnych partiach mózgu obumiera wcześniej. Dlatego śmierć pnia oznacza śmierć człowieka jako zintegrowanej całości, Został opracowany cały szereg zabezpieczeń, aby uniknąć pomyłki podczas orzekania śmierci mózgu. Lekarz, który bierze udział w badaniach nie może uczestniczyć w ewentualnej eksplantacji organów [1,3,5].

W pierwszej kolejności lekarz anestezjolog dwukrotnie, co dwie godziny poprzez serię dziesięciu badań stwierdza śmierć pnia mózgu[1,3,5].

Następnie jego wyniki muszą być potwierdzone przez trzyosobową komisję lekarzy posiadających specjalizację z zakresu: anestezjologii, neurochirurgii lub chirurgii oraz lekarza medycyny sądowej [1,3,5].

Stwierdzenie prawdziwości wyników badań pierwszego anestezjologa daje podstawy do orzeczenia zgonu pacjenta [1,3,5].

Wyjaśnienie tych niuansów medycznych, wbrew pozorom, jest niezbędne, gdyż niewielu spośród społeczeństwa słyszało o śmierci pnia mózgu.

Rodzina widzi bliskiego który oddycha i wygląda jakby spał, czeka na powrót chorego do zdrowia [1,3,5].

Nieprzygotowana rodzina otrzymująca informację o śmierci oraz możliwości przekazania organów bliskiej osoby do transplantacji nie potrafi podjąć decyzji, a zachowanie lekarzy uznają za nietaktowne i wyrażają sprzeciw, gdyż mają rozterki natury moralnej i społecznej, zwłaszcza gdy lekarzowi wyjaśniającemu krewnym stan zmarłego pacjenta brak delikatności i współczucia dla bólu rodziny [1,3,5].

W praktyce stanowczy i kategoryczny sprzeciw rodziny jest respektowany i pomimo prawnej możliwości pobrania narządów, nie wykonuje się tej procedury [1,3,5].

Jedną z przyczyn trudności dialogu z rodziną jest niedostateczne przygotowanie studentów medycyny do rozmów z rodziną, brak wsparcia psychologicznego personelu medycznego oraz rodziny potencjalnego dawcy, oraz niedostateczne nakłady na kampanie społeczne podnoszące świadomość społeczną w zakresie transplantologii [1,3,5].

Aspekty prawne transplantacji

Regulacje prawne na świecie

Transplantologia, tak jak inne dziedziny medycyny, wymaga uregulowań prawnych. W Europie czy w Stanach Zjednoczonych sukcesy transplantologii, które dawały nowe możliwości leczenia wymagały przystosowywania przepisów prawa. Państwa, takie jak: Wielka Brytania, Dania, Grecja, Norwegia, Szwecja, Szwajcaria, USA wprowadzały zasadę uzyskiwania wyraźnej, pisemnej lub ustnej, zgody danej osoby na pobranie jej narządów po śmierci, inne zaś przyjęły tzw. zasadę zgodny domniemanej, czyli założenie, iż brak wyrażonego za życia sprzeciwu jest równoznaczny zgodzie na pobranie po śmierci organu ze zwłok. Fakt akceptacji transplantacji przez Kościół katolicki, pozwolił na akceptację społeczną przeszczepiania narządów [1,3,5,9].

Regulacje prawne w Polsce

W Polsce podstawą prawną leczenia transplantacyjnego jest ustawa z dn. 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z późniejszą nowelizacją z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Ustawa reguluje pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek i narządów zarówno pochodzących ze zwłok, jak i od żyjącej osoby [1,5]. Przyjęto zasadę zgody domniemanej, o której mówi art. 5 ust. 1: „Pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu”. Sprzeciw taki może zostać wyrażony, albo w formie wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów, albo oświadczenia pisemnego lub oświadczenia ustnego w obecności co najmniej dwóch świadków w czasie pobytu w szpitalu. Z zakresu działania Ustawy wyłączono pobieranie i przeszczepianie komórek rozrodczych i gonad, tkanek embrionalnych i płodowych oraz narządów rozrodczych i ich części, a także zagadnienia krwiodawstwa [9]. Ustawa określa od kogo można pobrać narządy oraz w jaki sposób przebiega proces ich pobierania, jasno precyzuje tworzenie i prowadzenia listy biorców. W art. 17§1 mówi, iż osoby oczekujące na przeszczepienie komórek, szpiku lub narządów zgłasza się do krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie, paragraf §5 tego artykułu określa kryteria wyboru biorcy. Prowadzeniem listy zajmuje się Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” [1,3,5]. Ustawa zabezpiecza przed handlem narządami oraz nielegalnych przeszczepów, pozwala lekarzowi na samodzielne decydowanie o pobraniu

narządów od osób, które nie dokonały zastrzeżenia swojej woli w rejestrze sprzeciwów. Często niestety pojawia się problem braku zgody rodziny na przeszczep w przypadku wiedzy o deklarowanej pozytywnej decyzji osoby zmarłej. Zgodnie z prawem lekarze mogą dokonać pobrania narządów u osób, które nie dokonały sprzeciwu w rejestrze zawsze proszą rodzinę o wyrażenie zgody. Odstępuje się od pobrania, nawet gdy zmarły złożył wolę oddania narządów, a rodzina nie wyraża. Sytuacje takie nie są odosobnione tworząc w pewnym sensie błędne koło [5,9].

Konsekwencje społeczne transplantologii

Chirurgia transplantacyjna wymusiła zmiany w przepisach prawa, sposobie działania medycyny w sferze społecznej i prawnej. Chirurgia transplantacyjna wymaga bardzo szerokiej i sprawnie funkcjonującej sieci logistycznej, którą stanowią ośrodki koordynujące. Wraz z rozwojem nauki i postępowaniem technicznym, medycyna nabiera charakteru społecznego. Transplantologia dostarcza argumentów na rzecz tezy, która głosi, iż działania medyczne mają wymiar społeczny [7,10,11]. W tym momencie problem zdrowia przestaje być jedynie problemem jednostki, lecz jest postrzegany jako problem szerszy, czyli społeczny. Konsekwencją społecznego charakteru medycyny transplantacyjnej jest wpływ na prawną stronę organizacji jej działań. Istotne są problemy prawne związane z pozyskiwaniem organów do przeszczepów [11].

Zarówno w Polsce i wielu innych krajach wprowadzona zasada zgody domniemanej okazała się niedoskonała, gdyż duża siła tradycji nie pozwala lekarzom pominąć sprzeciwu rodziny zmarłego [10,11]. Inny obraz transplantologii generuje działania patologiczne i przestępcze. Istnieją fakty handlu organami do przeszczepów, czy przestępcze ich pozyskiwanie. Nawet przy zachowaniu wszelkich standardów moralnych oraz organizacyjnych dochodzi do konkurencji między szpitalami o dostęp do zwłok. Chociaż tego rodzaju negatywne procesy nie są znaczące dla oceny działań transplantologicznych, niektórzy twierdzą, że właśnie regulowana ścisłymi przepisami prawa komercjalizacja dawstwa narządów może zapobiegać zjawiskom kryminalnym [9,11].

Niewątpliwie chirurgia transplantacyjna zapoczątkowała proces charakterystycznych zmian w sferze moralności społecznej. Postępujący proces słabnięcia wpływu religii sprawia, że aspekt duchowy człowieka pojmowany jest wyłącznie w perspektywie doczesnej. Życie doczesne staje się wartością najwyższą, a wszelkie działania służące zachowaniu, przedłużaniu i polepszaniu jakości życia są postrzegane jako moralne. Dlatego wątpliwości moralne związane z

transplantacjami są nieistotne w obliczu zagrożenia życia. Chirurgia transplantacyjna poprzez swój społeczny charakter wzmacnia tego rodzaju postawy. Kontrowersje związane z chirurgią transplantacyjną z pewnością będą dyskutowane do czasu, aż rozwój medycyny w tym zakresie stworzy nowe problemy moralne [2,3].

Poglądy społeczne na transplantologię

Transplantacje narządów w celu ratowania zdrowia lub życia innych są w Polsce niemal powszechnie akceptowane. Centrum badania opinii społecznej (CBOS) bada stosunek społeczeństwa do tematu transplantologii od roku 1994. Pomimo, iż większość badanych popiera przeszczepianie narządów od osób zmarłych, transplantologia nie działa wystarczająco skutecznie. Problemem mogą być niedoskonałe procedury medyczne na poziomie organizacji szpitali, ale również problem sprzeciwu rodziny, który nie ma mocy prawnej, jednak w praktyce lekarze w takiej sytuacji odstępują od pobrania narządów [6,7,9].

Na podstawie wielu opracowanych badań, prac można śmiało stwierdzić, że Polacy powszechnie uznają ideę transplantacji narządów za słuszną, tym samym deklarując gotowość oddania swoich narządów po śmierci. Jeżeli przejdziemy do konkretnej deklaracji- konieczności wypełnienia oświadczenia woli, czyli wyrażenia zgody na oddanie swoich organów po śmierci, to społeczeństwo już nie jest takie jednomyślne, jak w przypadku uznania idei transplantacji. Polskie rozwiązania prawne dotyczące przeszczepiania narządów sprawiają, że poglądy społeczne są bardzo podzielone. Jedni opowiadają się za zgodą domniemaną, natomiast inni uważają, że powinna obowiązywać prawnie wyrażona zgoda za życia na pobranie organów [2,3, 5,9]. Duża część społeczeństwa nie ma wiedzy na temat prawa dotyczącego pobierania narządów.

Polacy w większości deklarujący, iż popierają ideę transplantacji narządów pobranych od osób zmarłych na rzecz ratowania życia innych, często stając przed obliczem takiej decyzji bliskiej osoby zmarłej – wycofują się z deklaracji [5,9].

Jednakże pomimo różnym zawirowaniom wśród transplantologii, zwłaszcza oskarżeniom medialnym lekarzy, można powiedzieć, że poparcie społeczne dla transplantologii stale rośnie. Nieoceniona rola kampanii społecznych, medialnych pozwala na rozwój transplantologii, podnosząc świadomość społeczną, zwiększając liczbę dawców, a co za tym idzie przeszczepionych organów [9,10].

Obawy społeczne wobec transplantologii

Wiele osób nie potrafi nazwać obaw wobec pobrania narządów z ciała osoby zmarłej. Najczęściej obawy towarzyszące osobą przeciwnym przeszczepianiu narządów od osoby zmarłej dotyczą sfery religijnej. Dylematy natury religijnej dotyczą w znacznej mierze starszej części społeczeństwa, która jest przekonana o jedności duszy i ciała, a co za tym idzie, że wraz z organami przekazywana jest część duchowa ciała. Wśród ludzi wierzących pojawia się również obawa przed niemożnością zmartwychwstania [3,4,5]. Innym argumentem przeciwników transplantologii jest poczucie własności swojego ciała, co niekoniecznie związane jest z religijnością, ale sprawą estetyki, obawy o narządy – do jakiej osoby trafia lub zwyczajna niechęć do „rozdawania narządów”. Sprzeciw społeczny wynika też z ignorancji, obojętności, kontekstu kulturowego, a także nieufności wobec lekarzy transplantologów. Obawa przed wyrażeniem zgody wynikać może także z lęku przed pomyłką przy stwierdzeniu zgonu lub braku wiary w powodzenie procedury przeszczepu [7,9].

Zgoda domniemana a wola rodziny

Zgodnie z prawem obowiązującym w Polsce zasada zgody domniemanej w przypadku braku sprzeciwu zgłoszonego w odpowiednim rejestrze bądź ustnego wyrażenia zgody potwierdzonego pisemnie przez dwóch świadków zezwala na pobranie organów od zmarłego. Pomimo braku mocy prawnej opinii rodziny zmarłego lekarze nie pobierają narządów, jeżeli rodzina wyraża sprzeciw. Opinia społeczeństwa jest podzielona, większość opinii pogodzi się z podejmowaniem decyzji przez lekarza na podstawie pisemnej zgody zmarłego i zgody jego rodziny. Jednak największe poparcie ma system oparty na czynnym wyrażeniu zgody przez potencjalnego dawcę. Zaszczepiona w ludziach potrzeba wypełnienia woli zmarłego, której już nie można zmienić sprawia, że nawet osoby wyrażające wolę oddania swoich organów po śmierci realizują deklarację zmarłej osoby bliskiej [3,9]. Opinia osób bliskich jest bardzo ważna dla transplantologii, lecz nie ma ona mocy prawnej, sprzeciw bliskich jest najczęściej równoznaczny z odstąpieniem od pobrania narządów. Część osób uważa, iż to oni zachowują prawo do rozporządzania zwłokami osób bliskich. Takai pogląd pokutuje zwłaszcza wśród najstarszej grupy społeczeństwa, która jest skłonna także do odmowy respektowania zgody zmarłej osoby na pobranie organów [6,8,9].

Rola edukacji i kampanii społecznych w rozwoju transplantologii

W dzisiejszym świecie odruchowo izolujemy swoje dzieci, a także siebie od tematów bolesnych i trudnych. Nie mamy świadomości poziomu wiedzy młodych ludzi, którzy czerpią informacje z mediów, a zwłaszcza Internetu [1,5,6]. Doskonale odnajdujemy się zwłaszcza w portalach internetowych nie dając pełnej możliwości zdobycia wiarygodnej wiedzy. Wiedza o śmierci, chorobie jest częścią naszego życia, z którą trzeba będzie się skonfrontować. Nauczanie młodzież w sposób kompetentny i rzeczowy, zgodny z najnowszymi osiągnięciami nauki, budowanie świadomości uczuć i emocji – jako istotnego elementu w zrozumieniu i wykształceniu postaw wobec transplantologii może wpłynąć na jej rozwój. Dzieci, które od najmłodszych lat osvajają się z tematem choroby, śmierci są gotowe w przyszłości do mierzenia się z tematem transplantologii [7,8,10].

Polskiej transplantologii potrzeba zmiany postaw społecznych wobec przeszczepów. Lekarze informują o trudnej sytuacji transplantologii. Nadzieją na zmianę są prowadzone kampanie społeczne. Pierwsza pojawiła się w 2003 roku: *Życie po przeszczepie* i wypromowała tzw. oświadczenie woli. Kampania miała charakter informacyjny, osoby podpisujące deklarację nosząc ją przy sobie deklarują wolę lekarzom w sytuacji utraty życia [9]. Kampania edukacyjna *Transplantacja jestem na TAK* z 2009 roku była cyklem materiałów edukacyjnych, promujących idee przeszczepów wśród dzieci i młodzieży. Prowadzone są także liczne kampanie regionalne lub prowadzone przez poszczególne środowiska np.: *Przeszczep to drugie życie*. Ogromna rola organizacji pozarządowych promujących idee transplantacji: *Życie Po Przeszczepie*, *Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych Fundacja Zjednoczenie dla Transplantacji*. Organizacje te promują przeszczepy i działania edukacyjnych związane z rozpowszechnianiem wiedzy na ich temat [5]. Narastająca ilość działań, których celem jest wypromowanie idei transplantologii oraz wsparcie działań lekarzy, podejmowanych, by ratować ludzkie życie pomagają podnosić świadomość społeczną. Są one wspierane przez autorytety w dziedzinie medycyny. Istotne jest przekazywanie społeczeństwu rzetelnych informacji na temat transplantologii i zachęcanie do debaty i refleksji nad tym tematem. Skuteczność prowadzonych obecnie działań jest ograniczona. Istnieje zatem potrzeba szukania nowych dróg zmiany postaw społecznych wobec transplantologii [3,7].

Podsumowanie

Analizując poglądy społeczeństwa zarówno popierających, jak i będących przeciwko przeszczepianiu narządów możemy powiedzieć, że transplantologia jest darem życia. Transplantologii nierozdzielnie towarzyszą rozmowy o śmierci, do których większość społeczeństwa nie jest w pełni przygotowana. Fakt potrzeby przeszczepu jest konfrontacją biorcy z własną śmiertelnością i podjęcie decyzji o byciu dawcą jest aktem akceptacji własnej śmiertelności, co jest niezwykle trudne [11]. Stosunek społeczny do transplantologii nie zawsze wynika z przekonań osobistych, religijnych czy wychowania lecz często z braku wiedzy na temat transplantologii. Duże zadanie stoi przed środowiskami medycznymi, organizacjami społecznymi w zakresie podniesienia świadomości społecznej w zakresie pozytywnych aspektów transplantologii. Kontrowersje związane z chirurgią transplantacyjną z pewnością będą się pojawiały do momentu, kiedy rozwój medycyny w tym zakresie stworzy nowe dylematy moralne [8,10]. Zawsze sprawy dotyczące życia i śmierci będą wywoływały emocje społeczne, problemy moralne wynikające nie tylko z przekonań, doświadczeń, ale także z tajemnicy śmierci, która budzi wiele ludzkich emocji [9,10,11].

Piśmiennictwo

1. Matych J., Skrzypek-Mikulska A.: Prawne zagadnienie transplantacji narządów – część I, *Urol Nauk Prakt*, 2009, 55, 16-18.
2. *Biuletyn Poltransplantu*, Warszawa 2009, 3.
3. *Biuletyn Poltransplantu*, Warszawa 2009, 4.
4. Borkowska B., Falkowska-Pijagin E.: Zagadnienie transplantologii w społecznej świadomości mieszkańców Ostrołęki, *Zesz Nauk WSA w Łomży*, 2009, 5-14.
5. Głuszek S., Rębak D.: Problemy etyczne w chirurgii, *Prz . Piśm. Chirurg.* 2009, 1-10.
6. Guzik-Makaruk EM.: Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym – studium prawnoporównawcze, *Temida 2*, Białystok, 2008, 85.
7. Isakiewicz E.: Zwłoki z bijącym sercem, *Tyg. Powsz.*, 2010, 3200,45, 3.
8. Kordel K., Kordel P.: Transplantologia – problemy etyczne i prawne, *Neuroskop*, 2008, 10, 125-130.
9. http://www.poltransplant.pl/Download/prawo/obw_17072007.pdf, data pobrania

5.05.2017.

10. Skorek A.: Pośmiertne dawstwo organów: kwestie prawne i etyczne w protokole II do EKB w sprawie transplantacji organów i tkanek pochodzenia ludzkiego, *Kardiochir. Torakochir. Pol.*, 2008, 5, 339.
11. Zembala M.: Zasady pobierania i przeszczepiania narządów i tkanek do transplantacji w ujęciu Europejskiej Konwencji Bioetycznej, *Kardiochir. Torakochir. Pol.*, 2009, 6, 410.

Śmierć to nie zawsze koniec życia, czyli trudne rozmowy z rodziną potencjalnego dawcy narządów

Sejboth Justyna¹, Szurlej Dariusz¹, Gurowiec Piotr², Karczewska Olimpia³, Sternik Anna³, Romańska Aleksandra³, Wanot Joanna³, Wawros Karina³, Gawłów-Nowak Lilianna³, Mroczkowska Renata⁴, Graf Lucyna⁵, Ślezionek Mariola⁵

1. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii Klinicznej, Katedra anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Instytut Medycyny Pracy w Sosnowcu, Zakład Polityki Zdrowotnej, Wydział Pielęgniarstwa, Zakład Intensywnej Opieki,
3. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
4. Klinika Wad Wrodzonych Serca i Kardiologii Dzieci, Śląski Uniwersytet Medyczny, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze
5. Studium Doktoranckie, Zakład Filozofii i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

W Polsce obowiązujące kryteria rozpoznawania śmierci, opisane są w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007r. Są to kryteria i sposoby stwierdzenia trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu, ustalone przez specjalistów z dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej. Kryteria te są przedstawione w postaci algorytmu postępowania, który ma na celu zminimalizowanie ryzyka pomyłki w trakcie rozpoznawania i określenia momentu śmierci osobniczej. Natomiast pobieranie i transplantacja tkanek i narządów jest regulowana przez Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 15 maja 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [1,2,3].

Kontrowersje związane z rozpoznawaniem śmierci towarzyszą nam od zarania dziejów. Od wieków trwają dyskusje na ten temat na całym świecie, a kryteria rozpoznawania śmierci zmieniają się w miarę rozwoju różnych dyscyplin medycznych. Po raz pierwszy termin „śmierć mózgu” sformułował Marie Francois Xavier Bichat francuski histolog i patolog w 1800 roku [4,5].

Obecnie obowiązującą definicją jest rozpoznanie trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu ustalonego przez specjalistów z dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii i medycyny sądowej. Problem polega na tym, że nie wszystkie komórki i tkanki umierają w tym samym czasie. Może się zdarzyć, że komórki mózgu już obumarły, a krążenie jest jeszcze zachowane. Mówi się tu o zdysocjowanym charakterze zjawiska, jakim jest śmierć [2].

Mimo ogromnych możliwości, jakie daje nam nowoczesna medycyna do ratowania życia ludzkiego na Oddziałach Intensywnej Terapii, należy pamiętać, że istnieje granica ich stosowania. Tą granicą na chwilę obecną jest rozpoznanie śmierci mózgu. Rozpoznanie śmierci mózgu jest procesem dwuetapowym. Etap pierwszy to wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu, natomiast w drugim etapie wykonuje się badania potwierdzające śmierć mózgową według protokołu [2]:

„Etap I: wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu,

Etap II: wykonanie badań potwierdzających śmierć mózgu.

Etap I obejmuje dokonanie następujących stwierdzeń i wykluczeń:

1) Stwierdzenia:

- a. chory jest w śpiączce,
- b. chory jest sztucznie wentylowany,
- c. przyczyna śpiączki została rozpoznana,
- d. wystąpiło uszkodzenie mózgu — pierwotne lub wtórne,
- e. uszkodzenie mózgu jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu.

2) Wykluczenia:

- a. chorych zatrutych i pod wpływem niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, zmiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane),
- b. chorych w stanie hipotermii (≤ 35 °C ciepłoty powierzchniowej),
- c. chorych z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi,

d. noworodków poniżej 7. dnia życia.

Przeprowadzenie wszystkich powyższych „Stwierżeń” i „Wykluczeń” pozwala na przejście do etapu II. Wyłącznie w przypadkach szczególnych określonych w punkcie B etapu II niniejszego załącznika, opisanych w innych częściach niniejszego załącznika, wolno przejść do etapu II, mimo niespełnienia wszystkich warunków etapu I.

Etap II obejmuje 2-krotne wykonanie przez ordynatora oddziału/kliniki lub upoważnionego przez niego lekarza specjalisty następujących badań stwierdzających:

A. W zakresie badań klinicznych

- 1) nieobecność odruchów pniowych,
- 2) trwały bezdech.

O nieobecności odruchów pniowych świadczy:

- 1) brak reakcji źrenic na światło,
- 2) brak odruchu rogówkowego,
- 3) brak ruchów gałek ocznych spontanicznych,
- 4) brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej,
- 5) brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy zastosowany w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych, jak również brak reakcji ruchowej w obrębie twarzy w odpowiedzi na bodźce bólowe zastosowane w obszarze unerwienia rdzeniowego,
- 6) brak odruchów wymiotnych i kaszlowych,
- 7) brak odruchu oczno-mózgowego.

Próba bezdechu wykazuje brak reaktywności ośrodka oddechowego” [2].

Rozpoznanie śmierci mózgowej w większości przypadków opiera się na podstawie badania klinicznego oraz analizy przyczyny i mechanizmu uszkodzenia mózgu. Potwierdza ją komisja składająca się z trzech lekarzy specjalistów z dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii i medycyny sądowej. W razie wątpliwości czy trudności w interpretacji wyników lub niemożności wykonania niektórych badań, np. z powodu rozległych urazów wykonuje się badania instrumentalne: EEG, ocena krążenia mózgowego, multimodalne potencjały wywołane. Gdy wszystkie kryteria są spełnione, próby zostały właściwie wykonane, a w uzasadnionych przypadkach zostały również wykonane badania instrumentalne, komisja złożona z trzech lekarzy specjalistów, w tym co najmniej jednego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii, ma prawo stwierdzić zgon u osoby badanej w wyniku śmierci

mózgu. Kryteria ustalania składu komisji orzekającej śmierć mózgu reguluje art. 9 ust. 6 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [2,3].

W dalszym ciągu brak jest pełnej społecznej akceptacji odnośnie pobierania narządów i tkanek od osób zmarłych. Wynika to z wielu przyczyn. Przede wszystkim niezrozumienia pojęcia śmierci mózgowej. Wiele osób, gdy zostaną poinformowane o potwierdzeniu śmierci mózgowej u osoby bliskiej zadaje pytanie personelowi medycznemu: „jak to nie żyje, przecież serce jeszcze bije”. Dodatkowo niepokój ten potęgują pojawiające się okresowo w mediach doniesienia o wybudzeniu pacjenta przebywającego przez wiele lat w stanie śpiączki. Niestety wiele osób, które nie mają wykształcenia medycznego nie rozumie różnicy między śpiączką a śmiercią mózgową. Pojawiają się również obawy natury etyczno-religijnej, czy pozwolenie na pobranie narządów i tkanek nie zostanie odebrane jako brak poszanowania dla ciała człowieka w obliczu śmierci.

Umiejętność przekazywania złych wiadomości, a w szczególności informowania o śmierci mózgowej pacjenta jego najbliższym i krewnym jest zadaniem niezmiernie trudnym, wymagającym wiedzy i doświadczenia. Lekarz informujący o śmierci powinien wykazać się umiejętnością okazywania empatii. Są to chwile, które zapadną w pamięci najbliższych na zawsze. Od relacji, jaką się stworzy w trakcie rozmowy, sposobu przekazania informacji zależeć będzie czy rodzina pogrążona w żałobie wyrazi akceptację na pobranie narządów. Niestety zbyt mało uwagi przywiązuje się na uczelniach medycznych do nauczania, jak przekazywać złe wiadomości o ciężkiej chorobie, urazie czy w końcu zgonie pacjenta najbliższym. Rzutuje to niewątpliwie na poziom stresu lekarza przekazującego złe wiadomości. Należy pamiętać, że zespół medyczny opiekujący się pacjentem również przeżywa całą sytuację i również może wymagać wsparcia psychologicznego. Śmierć pacjenta jest stresującym przeżyciem dla obu stron [6].

Złe wiadomości powinien przekazywać starszy lekarz lub kierownik zespołu medycznego. Jeżeli bliscy sobie tego życzą, to na każdym etapie rozmowy możemy zaproponować obecność osoby duchownej, psychologa, czy doświadczonej pielęgniarki, którzy mogą pomóc w zmniejszeniu napięcia i rozładowaniu emocji. Rozmowa powinna się odbyć w spokojnym miejscu, zapewniającym komfort, prywatność i poufność. Najlepiej w pokoju specjalnie do tego przystosowanym, gdzie można wygodnie usiąść. Lekarz prowadzący rozmowę powinien dobrze znać historię choroby i przebieg leczenia oraz powinien potwierdzić tożsamość osoby (osób), z którą będzie prowadził rozmowę. Nigdy nie

wiemy, jak rodzina zareaguje na wiadomość o śmierci bliskiej im osoby. Silne emocje bliskich mogą się objawiać w postaci agresji, zaprzeczania, rozpacz, nierzadko całkowitego zaskoczenia, gdy np. umiera ofiara wypadku. Rozmowę należy prowadzić spokojnie, bez pośpiechu, dając bliskim czas na przyswojenie usłyszanych informacji, przemyślenie i zadanie pytań. Występujące chwile ciszy należy uszanować. Niestety nie zawsze w tak emocjonalnie stresującej sytuacji udaje się uzyskać akceptację bliskich na pobranie narządów czy tkanek do przeszczepienia [6,7,8].

Specjaliści współpracujący z programem Gift of Life (Dar Życia) w Filadelfii opracowali koncepcję dual advocacy (DA). Występujący w piśmiennictwie anglojęzycznym termin dual advocacy (DA) nie ma do tej pory odpowiednika w języku polskim. W pewnym sensie chodzi o obronę interesów obu stron dialogu i nowoczesne podejście do kontaktów z rodzinami zmarłych dawców. Lekarz powinien tak prowadzić rozmowę, aby potrzeby rodziny potencjalnego dawcy równoważyły się z potrzebami pacjentów oczekujących na przeszczepienie narządu, z zachowaniem empatii i szacunku w stosunku do obu stron. Celem jest zwiększenie skuteczności rozmowy i uzyskanie akceptacji na pobranie narządów, a także uświadomienie bliskim, że swoją decyzją mogą uratować czyjeś życie, albo przynajmniej poprawić jego komfort. Każda rozmowa powinna być zaplanowana i dobrze przygotowana, a reguły i algorytmy zaproponowane przez koncepcję dual advocacy (DA) pozwalają uniknąć większości podstawowych błędów i zwiększają szansę na pozytywne zakończenie rozmowy, czyli akceptację na pobranie narządów [8,9,10].

Według filozofii dual advocacy (DA) podstawą jest nawiązanie dobrego kontaktu z rodziną pacjenta. Tak naprawdę to od momentu przyjęcia chorego do szpitala powinny być budowane dobre relacje personelu medycznego z bliskimi pacjenta. Oczywiście jest to bardzo trudne w dzisiejszych czasach. Praca na Oddziale Intensywnej Terapii jest trudna i stresująca, a pacjentom znajdującym się stanie zagrożenia życia poświęca się dużo czasu i uwagi. Personel medyczny dodatkowo wypełnienia liczne dokumenty, odbiera liczne telefony i wykonuje konsultacje, i interwencje poza oddziałem w zależności od profilu danego Oddziału Intensywnej Terapii i od profilu szpitala, w którym się dany oddział znajduje. Do tego dochodzi udzielanie informacji rodzinom pacjentów o stanie zdrowia ich bliskich. Jeżeli takiej rodzinie okażemy zniecierpliwienie i nie potraktujemy jej z należyтым szacunkiem i zrozumieniem, a za kilka dni okaże się, że to właśnie z tą rodziną będziemy musieli rozmawiać o śmierci mózgowej i o akceptacji na pobranie narządów, to mamy niewielkie szanse na współpracę z ich strony. Z psychologicznego punktu widzenia ludzie chętniej

spełniają prośbę osoby, która wzbudza w nich emocje pozytywne. Dlatego należy dołożyć wszelkich starań, by pacjent i rodzina byli zadowoleni z poziomu opieki medycznej i troski, z jaką byli traktowani w trakcie pobytu w szpitalu.

Rolą lekarza prowadzącego jest budowanie pozytywnych relacji z rodziną pacjenta i stopniowe wyjaśnianie stanu chorego w sposób prosty i zrozumiały. Wyjaśnienie, co się dzieje z pacjentem i dlaczego, z naciskiem na dokładne wyjaśnienie zjawiska, jakim jest podejrzenie uszkodzenia mózgu. Rodzina powinna być przekonana, że ich bliski jest pod właściwą opieką medyczną i że wykorzystywane są wszystkie możliwości terapeutyczne w celu poprawy stanu pacjenta i leczenia danego schorzenia. W dalszej rozmowie lekarz powinien poinformować rodzinę o niekorzystnym rokowaniu. Rodzina musi mieć czas na oswojenie się z myślą, że rokowanie jest złe i szanse na powrót do zdrowia są coraz mniejsze, mimo intensywnego leczenia [8].

W momencie wysunięcia podejrzenia u pacjenta śmierci mózgu lekarz prowadzący powinien poinformować rodzinę o tym podejrzeniu. Powinien zaproponować przyjazd do szpitala, żeby porozmawiać osobiście, jeżeli jest taka możliwość. Wy tłumaczyć różnicę między stanem śpiączki, w której pacjent może sam oddychać, reaguje w różnym stopniu na bodźce i z której pacjent może się wybudzić a śmiercią mózgu, która jest trwałym i nieodwracalnym uszkodzeniem i że ustala się ją na podstawie braku określonych odruchów nerwowych oraz braku spontanicznej czynności oddechowej. Należy pamiętać, że rodzina patrząc na bliskiego uznanego za zmarłego, widzi bijące serce i różowo zabarwioną skórę. Wtedy trzeba wytłumaczyć, że zmarły nie oddycha, a ruchy klatki piersiowej i wentylacja jest tylko działaniem respiratora. Czasem pojawiają się odruchy, które rodzina uznaje za objaw życia, czy próbę porozumienia się chorego z otoczeniem. Objawy te nie wykluczają rozpoznania śmierci pnia mózgu i pochodzą z rdzenia kręgowego lub nerwów obwodowych, ale bardzo trudno jest wytłumaczyć rodzinie pacjenta. Niestety często dają one bliskim nadzieję, że wszystko będzie dobrze i że pacjent wyzdrowieje. Należą do tych objawów [2]:

- a) "1) subtelne, okresowe i rytmiczne ruchy mięśni twarzy - to zjawisko może wynikać z odnerwienia mięśni w obszarze unerwianym przez nerw VII,
- b) zgięciowe ruchy palców dłoni,
- c) toniczne odruchy szyjne - ruchy szyi, złożone ruchy kończyn inne niż patologiczne zgięcie lub wyprost. Zgięcie tułowia, powolny obrót głowy oraz przywodzenie w stawach ramiennych ze zgięciem w stawach łokciowych. Takie ruchy zdarzają się

czasem podczas testu bezdechu lub po stwierdzeniu śmierci mózgu i odłączeniu respiratora; mogą one przybierać dramatyczną formę (tzw. objaw łazarza),

- d) inne ruchy tułowia, obejmujące asymetryczne ustawienie tułowia z odgięciem głowy do tyłu, zachowane głębokie i powierzchowne odruchy skórne brzuszne,
- e) zachowane odruchy ścięgniste, objaw trójzgięcia (w stawie biodrowym, kolanowym i skokowym, np. podczas wywoływania objawu Babińskiego),
- f) naprzemienne ruchy zgięciowe i wyprostne palców stóp (objaw falujących palców stóp) lub zgięcie palców stóp po opukiwaniu stopy, dodatni objaw Babińskiego,
- g) odruch polegający na nawróceniu i wyprostnie kończyny górnej”.

Zjawiska towarzyszące śmierci mózgu są bardzo trudne do wytłumaczenia bliskim, dlatego należy poświęcić na to wystarczającą ilość czasu. Osoby nieposiadające wykształcenia medycznego mogą myśleć, że zawsze istnieje szansa na to, że ich bliska osoba się jeszcze kiedyś wybudzi ze śpiączki. Wiele się teraz słyszy o eksperymentalnych metodach leczenia pacjentów w śpiączce, np. wszczepianiu stymulatorów rdzenia kręgowego. Powstają ośrodki zajmujące się wybudzaniem pacjentów ze śpiączki. Należy tu wyraźnie rozróżnić pojęcie śpiączki, w której pacjent sam oddycha, ma zachowane odruchy, ale jest nieprzytomny i pojęcie śmierci mózgowej. Lekarz powinien upewnić się, że bliscy rozumieją różnicę. Można tu wykorzystać badania obrazowe mózgu, żeby rodzina mogła sobie lepiej wyobrazić, co się dzieje. Potwierdzić raz jeszcze, że wszystkie możliwości terapeutyczne zostały wykorzystane, a rokowanie jest złe. Wytłumaczyć, jak przebiega badanie śmierci mózgowej i co oznacza. Na tym etapie jeszcze nie powinno się podejmować tematu ewentualnego pobrania narządów. Tak prowadzona rozmowa pozwala bliskim pacjenta oswajać się z myślą o nieuchronnie nadchodzącej śmierci.

Po przeprowadzeniu dwóch serii badań komisja składająca się z trzech specjalistów z dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii i medycyny sądowej orzeka śmierć mózgu. Lekarz powinien przekazać wiadomość o stwierdzeniu śmierci jak najszybciej w sposób jasny i z empatią. Może podać rodzinie godzinę i datę stwierdzenia zgonu i od tego momentu powinien używać określenia „zmarły”, nie powinno się już używać terminów „chory” czy „pacjent”. Lekarz powinien zachęcić do zadawania pytań, wyjaśnić zjawisko śmierci mózgu, pokazać badania obrazowe, a w razie potrzeby zaproponować wsparcie duchowne lub psychologiczne [11].

Rozmowa o możliwości pobrania narządów powinna być przeprowadzona osobno. Może tą rozmowę przeprowadzić lekarz prowadzący lub koordynator do spraw transplantacji.

Jeżeli rozmowę będzie przeprowadzał koordynator, to również powinien dokładnie zapoznać się z dokumentacją medyczną i szczegółowo znać przebieg leczenia szpitalnego, żeby zapewnić rodzinę, że pacjent był pod najlepszą opieką oraz, że zostały wykorzystane wszystkie możliwości terapeutyczne. Bliskich potencjalnego dawcy narządów nie powinno się pytać o zgodę na pobranie narządów, tylko o akceptację na pobranie narządów. Należy natomiast zapytać, czy osoba zmarła za życia nie wyrażała sprzeciwu. W Polsce „Zgodnie z ustawą z dnia 01 lipca 2005 pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu do Centralnego Rejestru Sprzeciwów. Moc prawną ma również własnoręcznie podpisane oświadczenie sprzeciwu noszone przy sobie lub oświadczenie ustne złożone w obecności dwóch świadków pisemnie przez nich potwierdzone. W przypadku małoletniego lub innej osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może wyrazić za życia przedstawiciel ustawowy tej osoby. Małoletni powyżej lat 16 lub inne osoby, które nie mają pełnej zdolności do czynności prawnych, mogą same wyrazić sprzeciw” [3,12].

Nie należy rezygnować z dalszej rozmowy z rodziną zmarłego, gdy odmówi akceptacji na pobranie narządów. Często początkowy brak akceptacji jest związany z silnymi emocjami towarzyszącymi wiadomości o śmierci. Nie należy wywierać presji na rodzinę, bo może zwiększyć się jej niechęć i opór do dalszej rozmowy na ten temat. Nie należy w tym momencie również pytać „dlaczego nie”, ani krytykować ich decyzji. Raczej delikatnie należy zapytać o powody decyzji, z czym są związane, co można jeszcze wyjaśnić. Przyczyn, dla których rodzina zmarłego nie wyraża akceptacji na pobranie narządów od swojej bliskiej osoby zmarłej może być bardzo wiele. Przede wszystkim rodzina może być przytłoczona ilością emocji związanych ze stratą bliskiej osoby, wtedy trudno jest zebrać myśli i podejmować tak ważne decyzje, jak pobranie narządów. Może się zdarzyć, że jeden z członków rodziny się nie zgadza, wtedy dobrze jest spróbować przeprowadzić rozmowę z każdym członkiem rodziny osobno. Jeżeli rodzina wcześniej była źle traktowana, odczuła brak empatii ze strony lekarza udzielającego informacji lub była niewłaściwie informowana i śmierć osoby bliskiej stanowi dla nich zaskoczenie, to trudno jest w takiej sytuacji uzyskać akceptację na pobranie narządów. Gdy rodzina nie czuje presji, czasem udaje się uzyskać możliwość kontynuowania rozmowy i ostatecznie akceptację. Niezależnie od wyniku rozmowy, po jej zakończeniu lekarz powinien podziękować rodzinie za współpracę i jeszcze raz złożyć kondolencje. Można zaproponować rodzinie spędzenie chwili z bliskim zmarłym w samotności lub w obecności duchownego [8].

Bliscy osoby zmarłej opuszczając szpital powinni mieć poczucie, że ich emocje i decyzje spotkały się z szacunkiem i akceptacją ze strony personelu medycznego. Powinni również być poinformowani, że ich bliski zmarły był traktowany z należyтым szacunkiem i poszanowaniem godności w trakcie całego leczenia w szpitalu, w trakcie trwania badań potwierdzających śmierć mózgu i w trakcie zabiegu pobrania narządów. Dobrym zwyczajem jest również propozycja rozmowy ze szpitalnym psychologiem lub duchownym, albo wskazanie placówek, gdzie można uzyskać pomoc i wsparcie.

Dużo łatwiej jest, gdy osoba zmarła za życia wyraziła chęć oddania narządów po śmierci, a bliscy osoby zmarłej są tego świadomi. Zdarza się, że rodzina sama informuje, że rozmawiali na ten temat wcześniej w gronie rodzinnym i akceptują decyzję na pobranie narządów. Niektóre rodziny nawet są zainteresowane, które narządy zostały pobrane od ich bliskiego i ilu osobom udało się dzięki temu pomóc. Wiele osób chce świadomie, za życia wyrazić chęć oddania narządów po śmierci i w ten sposób uratować chorych potrzebujących przeszczepów. Może tego dokonać każda osoba dorosła, która podpisze oświadczenie woli. Wyrażając zgodę na pobranie swoich narządów i tkanek do przeszczepienia daje w ten sposób dowód chęci ratowania życia lub poprawy komfortu życia chorym cierpiącym z powodu dysfunkcji danego narządu. Oświadczenie woli ma charakter jedynie informacyjny. Formularz oświadczenia woli można pobrać z oficjalnej strony internetowej Poltransplantu. Nie trzeba takiego formularza nigdzie zgłaszać ani rejestrować. Należy go jedynie nosić przy sobie w dokumentach osobistych i poinformować o tym fakcie swoich bliskich. Posiadanie takiego dokumentu znacząco ułatwia rozmowę z bliskimi osoby zmarłej i przyspiesza wszczęcie całej procedury transplantacyjnej [12].

Model dual advocacy (DA) rozmowy z rodziną potencjalnego dawcy narządów jest jednym z wielu. Nie jest doskonały, nie dostarcza gotowych rozwiązań, nie narzuca zasad, które wymagają bezwzględnego przestrzegania. Stanowi natomiast formę przewodnika, jak nawiązać kontakt z rodziną pogrążoną w żałobie, będącą w szoku po wiadomości o śmierci bliskiej osoby, której reakcje są nieprzewidywalne. Pozwala lekarzowi przygotować się do rozmowy z rodzinami i jednocześnie pozwala unikać wielu błędów, które mogłyby doprowadzić do decyzji odmownej. Proponuje, jak przeprowadzić rozmowę, żeby przynajmniej częściowo zmienić żal i smutek spowodowany nieodwracalną stratą bliskiej osoby w możliwość podarowania życia innym. Lekarz stosując podejście dual advocacy (DA) ma możliwość bycia adwokatem obu stron. Stara się o to, by rodzina zaakceptowała możliwość pobrania narządów i jednocześnie żeby w całym swoim żalu z powodu utraty

bliskiej osoby czuła, że robi coś ważnego, że ktoś inny dzięki pobranym narządom może dalej cieszyć się życiem. Świadomość, że śmierć członka rodziny uratowała wiele istnień może przyczynić się do łatwiejszego przeżycia żałoby.

Piśmiennictwo

1. Kocaj O.: Prawno karne granice ochrony życia człowieka w związku z działaniami medycznymi, *Prokuratura i Prawo*, 2015, 7-8, 111-125.
2. *Monitor Polski* 2007r. Nr 46, poz. 547.
3. Tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 793
4. Roczeń R.: Historia i idee neurocentrycznych koncepcji śmierci człowieka, *Otw. Ref. Filoz.*, 2010, 3, 5-19.
5. Biesaga T.: Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci, *Med. Prakt.*, 2006, 2, 20-23.
6. Wytyczne resuscytacji 2010, z uwzględnieniem podsumowania 2015, Europejska Rada Resuscytacji. www.erc.edu, data pobrania 16.03.2017.
7. Sejboth J., Gurowiec P., Karczewska O., Sternik A., Wawros K., Gawłów-Nowak L., Mroczkowska R., Ptaszek G., Śleziona M., Graf L, Stołecka B.: Pozaszpitalne zatrzymanie krążenia i jego konsekwencje dla najbliższych, [W:] *W drodze do brzegu życia, pod red. Krajewskiej- E. Kułak, Łukaszuk C., Lewko J., Kułaka W.*, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2016, tom XIV 345-350.
8. Trzeńska M., Woderska A., Włodarczyk Z.: Psychological principles in regard to the interview with the deceased donor's family, *Anaesthesiol Intensive Ther.*, 2014. 47, 200-207.
9. Mone T.: From Dual Advocacy to inspiration. The evolution of family care approach, and consent for donation, Presented to National Organ Donation Summit, 2008, July 9. Adelaide, Australia.
10. Dual Advocacy: a value-centered approach to organ, tissue and eye donation. Certified designated requestor training manual, 4th edition, Lifesource, Upper Midwest Organ Procurement Organization, 2011.
11. Villar C.R.: Family Approach for organ donation. [In:] *Transplant coordination manual*, Institute for LifeLong Learning, Manyalich M., Universitat de Barcelona 2007.
12. <http://www.poltransplant.org.pl>, data pobrania 5.05.2017.

Znaczenie rozmowy szpitalnego koordynatora transplantacyjnego z rodziną dawcy dla skutecznego pobrania narządów od osoby zmarłej

Gawłów-Nowak Lilianna¹, Wawros Karina¹, Szurlej Dariusz², Sejboth Justyna², Karczewska Olimpia¹, Sternik Anna¹, Mroczkowska Renata³, Śleziona Mariola⁴, Graf Lucyna⁴, Wawros Angelika⁵

1. Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny
2. Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Zakład Anestezjologii Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny
3. Klinika Wad Wrodzonych Serca i Kardiologii Dzieci, Śląski Uniwersytet Medyczny, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze
4. Studium Doktoranckie, Zakład Filozofii i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
5. Uniwersytet Śląski w Katowicach Wydział Filologiczny w Sosnowcu

Wstęp

Śmierć nieodłącznie towarzyszy naszemu istnieniu i staje się jego końcem. Nie jest intencją autorów niniejszego opracowania wdawanie się w rozważania, czy końcem definitywnym, czy może początkiem czegoś innego, niż to co jest nam znane, ale przybliżenie wycinka, części problematyki, w której koniec czyjś istnienia staje w centrum uwagi wielu obcych sobie osób, bo jest kwestią następnej śmierci lub ocalonego życia. Zagadnieniem tym jest jedna z najbardziej kontrowersyjnych dziedzin medycyny, to jest transplantacja narządów od osób zmarłych. Prowadzone badania naukowe oraz rozwój technik medycznych spowodowały dynamiczny wzrost liczby skutecznych zabiegów przeszczepiania komórek, tkanek, organów. W polskich realiach czynnikiem blokującym szerokie stosowanie tej metody terapii jest brak wystarczającej liczby donacji, w wyniku których pozyskiwanoby materiał do przeszczepów. Przyczyną tej sytuacji jest brak w społeczeństwie powszechnej

wiedzy o etycznym i medycznym uzasadnieniu dla pobierania narządów od osób zmarłych. W wyniku takiej utrwalonej sensacyjnymi medialnymi doniesieniami rzeczywistości zrozumiała jest mała skuteczność placówek ochrony zdrowia w pozyskiwaniu potencjalnych dawców. Sytuację tą mogłaby poprawić aktywna działalność licznych i dobrze przygotowanych do pełnienia tej funkcji szpitalnych koordynatorów pobierania narządów od osób zmarłych. Jednym z wielu odpowiedzialnych zadań takiego koordynatora jest rozmowa z rodziną potencjalnego dawcy w celu autoryzacji pobrania. Rozmowa ta jest często newralgicznym, najważniejszym i wymagającym najwięcej wysiłku zdarzeniem w całej sekwencji czynności, które mogą doprowadzić do transplantacji.

Rozwinięcie

Informacje zebrane i opracowane przez GUS podają, iż w ostatnich latach rocznie umiera około 390 tysięcy Polaków, a wskaźnik liczby zgonów na tysiąc mieszkańców kształtuje się na poziomie około 10 [1]. Z opracowanej przez PricewaterhouseCoopers (PwC) analizy wynika, iż w roku 2016 w stosunku do roku poprzedniego zmalała liczba pobrań narządów od zmarłych dawców w przeliczeniu na populację. Liczba ta zmalała w większości województw. Największy spadek zaobserwowano w województwie lubuskim (z 14,0 do 9,0 dawców na 1 mln) oraz pomorskim (z 25,2 do 20,0 dawców na 1 mln). Jedynie w województwie dolnośląskim, odnotowano około 60% wzrost ilości dawców [2]. Konfrontacja powyższych danych prowadzi do wniosku, iż potencjał donacyjny w Polsce jest słabo wykorzystany, a liczba zgonów mogłaby być z pewnością mniejsza w wyniku szerszego stosowania zabiegów transplantacyjnych. Mała liczba pobrań nie jest wynikiem zaniedbań strukturalnych, ponieważ liczba stanowisk, na których możliwa jest opieka nad potencjalnym dawcą jest wystarczająca. W Polsce, zgodnie z § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15 ze zm.), liczba łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii powinna stanowić co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu. Ponadto stanowiska umożliwiające prowadzenie chorych z podejrzeniem śmierci mózgu znajdują się także w obrębie odcinków udarowych, działających w strukturach oddziałów neurologii, pooperacyjnych oddziałów neurochirurgicznych, czy kardiochirurgicznych i szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz oddziałów neonatologicznych. Wszystkie te jednostki

organizacyjne mają niewykorzystany w pełni potencjał donacyjny [3]. Sytuacja ta ma raczej swoje źródło w emocjonalnym i etycznym obciążeniu, któremu podlegają lekarze wyżej wymienionych oddziałów. Osoby wiążące swoje życie z medycyną są przygotowywane przede wszystkim, aby leczyć i ratować życie powierzonego sobie pacjenta wszelkimi dostępnymi współczesnej medycynie środkami, ale przeważnie nie są wystarczająco przygotowane do powiedzenia sobie i rodzinie pacjenta tej bolesnej prawdy, że człowiek pozostający pod ich opieką umiera. Rodzi to dylematy dotyczące uporczywości stosowanej terapii, stres spowodowany z prawidłowym wysunięciem podejrzenia śmierci mózgu i ewentualnym udziałem w komisji tę śmierć stwierdzającej i wreszcie obawa przed rozmową z rodziną dawcy, która w momencie poniesienia osobistej straty ma wyrazić zgodę na tak daleką ingerencję w ciało zmarłego. Zbyt duże obciążenie emocjonalne oraz brak umiejętności radzenia sobie z tego rodzaju czynnikami stresogennymi skutkuje niechęcią do identyfikacji możliwości pobrania narządów [2,4,5]. Instytucją mającą w tej sytuacji zapewnić wsparcie lekarzom oraz rozwiązać wiele problemów związanych z postępowaniem donacyjnym, jest koordynator lokalny - jedno z ogniw procesu transplantacji [2,6].

Zadania koordynatora szpitalnego

Szpitalny, albo inaczej lokalny koordynator transplantacyjny, to postać niezbędna w procesie pozyskiwania i przeszczepiania narządów. Działalność tę prowadzi osoba z wykształceniem wyższym z grupy zawodów medycznych oraz z ukończonym dedykowanym szkoleniem podyplomowym. Zadaniem koordynatora szpitalnego jest organizowanie, nadzór, koordynacja i dokumentowanie całości złożonej, wielodyscyplinarnej i rozciągniętej w czasie pracy zespołów medycznych i pozamedycznych w zakresie identyfikacji i kwalifikacji dawcy narządów, opieki nad dawcą, pobrania wielonarządowego, alokacji, dystrybucji i przeszczepienia narządów oraz wczesnej i późnej opieki nad biorcą przeszczepu. Ponadto osoba ta pełni ważną rolę w kształtowaniu wizerunku medycyny transplantacyjnej w społeczeństwie w ogóle i w społeczności medycznej; propaguje, upowszechnia wiedzę związaną z problematyką przeszczepów, prowadzi kampanie promocyjne oraz niezbędną sprawozdawczość i statystykę w tym zakresie. Najistotniejszym zadaniem, które przypada koordynatorom lokalnym, działającym w szpitalach, jest monitorowanie przypadków, które mogą skutkować donacją, ponieważ działają tam, gdzie istnieje możliwość identyfikacji i kwalifikacji potencjalnych zmarłych dawców, a więc

możliwość pobrania narządów do przeszczepienia [6,7]. Sieć szpitalnych koordynatorów pobierania narządów w Polsce, pomimo działań podejmowanych przez Poltransplant, nadal nie ma odpowiedniej gęstości, ponieważ obejmowała ona 123 osoby na koniec roku 2010 oraz 257 osób na koniec roku 2015 w 231 placówkach medycznych. Rozwój liczby stanowisk koordynatorów szpitalnych to także szczególne i pilne zadanie dla krajów członkowskich Unii Europejskiej, nałożone przez Parlament Europejski w rezolucji z 2008 r. „dawstwo i przeszczepianie narządów; taktyka działań na poziomie europejskim”. Rezolucja wzywa kraje członkowskie do pełnego wykorzystania narządów od zmarłych, poprzez wdrożenie systemu koordynatorów szpitalnych, których zadaniem będzie identyfikacja potencjalnych dawców i kontakt z ich rodzinami. Realizacja założeń tej rezolucji została zawarta w założeniach Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011-2020 [8,9].

Od 2010 r. Poltransplant buduje sieć szpitalnych koordynatorów pobierania narządów za pomocą dwóch sposobów pozyskiwania współpracowników:

- poprzez zawieranie przez Poltransplant umów cywilno-prawnych z koordynatorem wskazanym przez Poltransplant lub wskazanym przez dyrekcję szpitala (ale zawsze po akceptacji dyrekcji szpitala), co wiąże się z wykonywaniem określonych umową zadań (rekrutacja dawców, monitorowanie potencjału dawstwa oraz odbycie własnych i prowadzeniu szkoleń dla personelu szpitala) i finansowaniem działalności koordynatora przez Poltransplant;
- poprzez porozumienie pomiędzy Poltransplantem (ale bez zawierania umowy) a koordynatorem powołanym przez dyrekcję szpitala do pełnienia tej funkcji a dyrekcją; w tych przypadkach koordynator, choć nie opłacany przez Poltransplant, jest przez Poltransplant afiliowany w sieci koordynatorów, ma te same zadania (np. dostęp do www.rejestry.net i www.koordynator.net) i jest objęty przez Poltransplant programem szkoleń.

Tak pozyskanym koordynatorom Poltransplant powierzył następujące zadania i obowiązki:

- Odbycie szkoleń (wstępnego, ustawicznych i uaktualniających) zgodnie z wymogami ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 793 ze zm.), organizacja i prowadzenie szkoleń w zakresie pobierania i przeszczepiania narządów dla personelu szpitala, szkół i innych grup odbiorców nie rzadziej niż raz w roku.
- Identyfikacja zmarłych dawców i koordynacja pobrań wielonarządowych, w szczególności wstępna kwalifikacja medyczna, organizacja i dokumentacja pracy

komisji stwierdzającej śmierć mózgu, autoryzacja pobrania (w tym rozmowa z rodziną zmarłego dawcy, pozyskanie opinii prokuratora w przypadkach, gdy jest to konieczne), opieka nad zmarłym dawcą, koordynacja pobrania wielonarządowego, pozyskanie i zabezpieczenie materiału do typowania tkankowego, organizacja i dokumentacja pobrania, współpraca z koordynatorami przeszczepiania narządów z ośrodków transplantacyjnych oraz Poltransplantem.

- Monitorowanie potencjału dawstwa w szpitalu poprzez dokumentację każdego przypadku śmierci w oddziale intensywnej terapii pod kątem możliwości wykorzystania narządów oraz przesyłanie sprawozdań w tym zakresie do dyrekcji szpitala i Poltransplantu [6,7,9].

Konieczność autoryzacji pobrania jest zabezpieczeniem przed dysponowaniem ciałem osoby zmarłej w sposób niezgodny z wolą potencjalnego donatora. Obowiązek ten wynika wprost z art. 5 ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Przepis ten mówi, że pobrania komórek, tkanek i narządów można dokonać, jeśli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu. Zapis ten jest przykładem „zgody domniemanej”, poza nią istnieje drugi rodzaj zgody „zgoda wyraźna”. Artykuł 6 ustawy określa trzy formy wyrażenia sprzeciwu, tj.:

- poprzez dokonanie wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich,
- poprzez złożenie oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis,
- poprzez ustne oświadczenie złożone w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzone.

W przypadku małoletniego lub innej z osób, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może wyrazić za ich życia przedstawiciel ustawowy. Małoletni, który ukończył szesnaście lat może taki sprzeciw złożyć samodzielnie. Artykuł 8 reguluje postępowanie w przypadku podejrzenia, że zgon nastąpił w wyniku czynu zabronionego, stanowiącego przestępstwo, pobranie komórek, tkanek i narządów można dokonać po uzyskaniu od właściwego prokuratora informacji, że nie wyraża sprzeciwu wobec zamiaru pobrania komórek, tkanek i narządów, a gdy postępowanie jest prowadzone przeciwko nieletniemu – stanowisko sądu rodzinnego. Przed dokonaniem pobrania komórek, tkanek lub narządów lekarz lub koordynator mają obowiązek potwierdzić, czy zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu poprzez wniosek złożony do Centralnego rejestru sprzeciwów prowadzonego przez Centrum Organizacyjno – Koordynacyjne do spraw Transplantacji

Poltransplant. Przepisy wykonawcze obowiązujące prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 roku (Dz.U.06.228.11350 ze zm.). Następnie obowiązkiem lekarza lub koordynatora jest uzyskanie informacji od rodziny zmarłego, czy nie wyraził on sprzeciwu w pozostałych formach opisanych w artykule 6 powołanej ustawy. W praktyce osoby przygotowujące procedurę pobrania narządów podejmują rozmowę z rodziną zmarłego i pytają, czy zmarły złożył takie oświadczenia woli. Jednocześnie starają się uzyskać zgodę bliskich na pobranie pomimo tego, że w obecnym stanie prawnym brak jest podstawy do wymagania wyrażenia akceptacji na pobranie komórek, tkanek i narządów przez rodzinę zmarłego, bowiem ciało zmarłego nie jest własnością rodziny, ani nie wchodzi w skład masy spadkowej. Jednakże, gdy krewni potencjalnego dawcy wyrażą taki sprzeciw w sposób wyraźny i ostateczny, nie dając nadziei na zmianę swojego stanowiska, odstępuje się od pobrania komórek, tkanek i narządów [6,7,10].

Rozmowa z rodziną podczas autoryzacji pobrania

Piśmiennictwo zajmujące się problematyką pobierania narządów oraz osoby przeprowadzające praktycznie autoryzację wskazują, iż rozmowa z rodziną dawcy należy do sytuacji psychologicznie trudnych. Nie jest łatwo wejść w interakcje z osobami przeżywającymi żalobę, próbującymi poradzić sobie z ogromnym żalem, smutkiem i zwracać się do nich o akceptację pobrania, oczekując daru w sytuacji, gdy sami ponieśli stratę, nie mając jednocześnie nic w zamian poza poczuciem, że w ten sposób mogą uratować jedno lub parę istnień ludzkich. Rozmowa taka jest bardzo trudnym dialogiem, ponieważ nie ma tu sytuacji, jaka często zachodzi w relacji lekarz - pacjent, w której pacjent jedynie słucha czując się stroną słabszą. Rodzina w takiej rozmowie jest stroną aktywną i ma prawo do oczekiwania wrażliwości na swoje potrzeby i przekonania. Bywają sytuacje, że rozmowy te przybierają bardzo dynamiczny charakter, rodzina artykułuje wiele opinii, argumentów, pretensji, stawia żądania niczym w negocjacjach handlowych. Koordynator w takiej sytuacji powinien wykazać się odpowiednią empatią, zachowując przy tym niezbędny profesjonalizm i dążyć w istocie nie do uzyskania zgody na pobranie, ale ustalić wspólnie z rodziną, jaka była wola zmarłego w tej kwestii [11,12,13,14]. Jak wyżej wspomniano, wymóg akceptacji donacji narządów przez rodzinę nie wynika z przepisów prawa, ale jest wyrazem szacunku dla osoby zmarłej i jego najbliższych, ponieważ to właśnie krewnych uznaje się za dbających o interesy

zmarłego, którzy chronią jego autonomię. W innym spojrzeniu na tę sytuację uważa się, iż to rodzina arbitralnie podejmuje decyzję kierując się własnym światopoglądem kulturowym, społecznym czy religijnym. Zdarza się bowiem, iż pomimo wyraźnie wyrażonej przed śmiercią potencjalnego dawcy zgody, rodzina podejmuje ostatecznie decyzję nierespektującą woli zmarłego i nie zgadza się kategorycznie na wykonanie pobrania. Taką postawę należy również uszanować oraz próbować zrozumieć jej przyczyny bez oceniania w kategoriach dobra czy zła. Zachowanie się zgodnie z wolą rodziny ma jeszcze jeden ważny aspekt, wzmacnia zaufanie do środowiska medycznego oraz pozwala uniknąć oskarżeń o prowadzenie pobrań wbrew woli rodziny z pobudek zarobkowych, czy wręcz celowego uśmiercania pacjenta w celu pozyskania organów [3,5,15]. Czynnikiem, które mogą wpływać na odmowną decyzję rodziny w sprawie donacji są najczęściej brak wiedzy na temat woli potencjalnego dawcy, nieomówienie tej kwestii w kontaktach z osobami spokrewnionymi, czy w ogóle dyskusji z bliskimi na tematy związane ze śmiercią i problematyką przeszczepów. Następnie brak w rodzinie wiedzy medycznej, tj. zrozumienia, na czym tak w istocie polega śmierć mózgu i jakie są jej kryteria neurologiczne oraz do czego wykorzystywany jest pobrany materiał biologiczny, obawa przed uszkodzeniem, niekompletnością ciała zmarłej osoby, co miałyby jej samej, a także bliskim przysporzyć dodatkowych cierpień. Wreszcie osobiste negatywne doświadczenia potencjalnego dawcy lub członków jego rodziny w kontakcie zarówno z szeroko pojętą ochroną zdrowia, jak i ostatnią placówką, w której zmarły był leczony. Niewłaściwie prowadzona rozmowa w ramach autoryzacji przeszczepu także może być istotną przyczyną odmowy [5,15,16].

Osoby rozmawiające z rodziną dawcy podczas autoryzacji pobrania, aby uzyskać zgodę na donację stosują różne podejścia do przeprowadzenia dialogu. Niezależnie od osobistych preferencji, czy doświadczeń koordynatorów istnieją pewne algorytmy postępowania, które pomagają w uzyskaniu zgody rodziny. Rozmowa z rodziną nie może być prowadzona pod presją zmieszczenia się w określonym terminie ani być prowadzona w przypadkowym miejscu, czy bezpośrednio po przekazaniu informacji o śmierci. Powinna odbyć się w stosownym ustronnym pomieszczeniu, które zapewni odrobinę komfortu i swobodę dyskusji. Należy poświęcić na nią tyle czasu ile wymaga sytuacja, nie może być prowadzona w pośpiechu. W kontakcie z bliskimi dawcy ważna jest transparentność w przedstawianiu całego procesu donacji oraz wrażliwość, która pomaga zbudować pomiędzy stronami zaufanie [5,15,16]. Zrozumienie dla postawy rodziny, przystępne, a zarazem rzeczowe wyjaśnienie wszelkich wątpliwości związanych z kryteriami orzekania o śmierci

mózgu. Rozmowa podczas autoryzacji powinna koncentrować się nie na problemie wyrażenia przez osoby bliskie zgody na pobranie, ale na próbie określenia, jak była wola zmarłego, na ile była ona im wiadoma, czy rozmawiali na ten temat i czy z całą pewnością wiedzą, że nie wraziłaby zgody na pobranie. Ważne jest pokazanie bliskim zmarłego faktu, że wyrażając zgodę na pobranie staną się uczestnikami działań ratujących życie innych. Przedstawienie donacji w ten sposób może nadać sens poniesionej przez nich starcie i pomóc inaczej przeżyć żałobę [11,14].

W cytowanym na potrzeby niniejszej pracy artykule autorstwa Trzcńska M., Woderska A., Włodarczyk Z. [16], opisano psychologiczne podejście do rozmowy z rodziną dawcy opracowane w USA. Ta formuła kontaktu z bliskimi (Dual Advocacy) opiera się na zrównoważonym reprezentowaniu interesów zarówno dawców, jak i biorców, przez osoby starające doprowadzić się do skutecznej donacji. Twórcy tego podejścia zakładają, iż prowadzący rozmowę z rodziną lekarz, a następnie koordynator powinni kierować się następującymi założeniami:

- Wyniki wielu badań w dziedzinie psychologii społecznej wskazują na to, że mając możliwość uratowania komuś życia, większość ludzi zrobi to.
- Dawstwo narządów jest właściwą i dobrą decyzją.
- Kluczową rolą prowadzącego rozmowę jest bycie obrońcą obojga stron — rodziny potencjalnego dawcy oraz chorych oczekujących na transplantację.

Algorytm postępowania opisany w tym podejściu zakłada budowę kontaktu z rodziną dawcy przez lekarza prowadzącego pacjenta. Powinien on wyjaśnić bliskim stan chorego, z szczególnym zaakcentowaniem zjawiska uszkodzenia mózgu, a następnie omówić z rodziną plan dalszego postępowania. Ważne jest, aby informacje były przekazywane w niebudzący wątpliwości, możliwie prosty i zrozumiały sposób; ponadto wskazane jest, aby lekarz weryfikował, na ile rodzina zrozumiała jego komunikaty. Powinien również okazać rodzinie wsparcie. Kolejnym etapem jest przedstawienie niekorzystnego rokowania co do stanu pacjenta, aby rodzina miała przekonanie, iż w opiece nad chorym nie zaniedbano żadnej możliwości, a stan bliskiej osoby zgodnie ze stanem faktycznym pogarsza się i w perspektywie nie ma szans na odwrócenie tego procesu. Jeżeli lekarz upewni się, że jego przekaz dotarł do świadomości rodziny i został zrozumiany, należy ponownie podkreślić fakt uszkodzenia mózgu, jeszcze raz przedstawić dotychczasowy przebieg leczenia, wykazać, że zrobiono wszystko co można było zrobić, a następnie wprowadzić do rozmowy pojęcie śmierci mózgu akcentując, że pacjent nie jest w stanie śpiączki. Należy wyraźnie podkreślić

różnice pomiędzy tymi stanami i zweryfikować zrozumienie przedstawionych informacji przez rodzinę. Jeżeli osoby bliskie mają wątpliwości należy wrócić do poprzedniego etapu, a jeżeli wątpliwości czy pytań brak, powinna zostać przedstawiona procedura stwierdzenia śmierci mózgu. Rodzinę o stwierdzeniu śmierci mózgu powinno informować się po przeprowadzeniu wszystkich obowiązkowych badań klinicznych. Dobrze jest udzielić rodzinie informacji cząstkowych również po zakończeniu pierwszej serii badań klinicznych. Rozłożony w czasie proces informowania pozwala na stopniowe osvajanie się i przygotowywanie się na ostateczną informację o śmierci bliskiego. Rozmawiając z rodziną po drugiej serii badań (i komisijnym orzeczeniu śmierci mózgu), lekarz powinien podkreślać, że zakończenie procedur jest równoznaczne ze śmiercią pacjenta. W przybliżeniu pojęcia śmierci mózgu bardzo pomocne bywa odnoszenie się do wyników konkretnych badań. Czyni to nie tylko słowa lekarza bardziej wiarygodnymi, pozwalając je lepiej zrozumieć. Ponadto daje to rodzinie dodatkowy czas na przetworzenie informacji. W tym etapie do interakcji z bliskimi dawcy powinien włączyć się koordynator transplantacyjny. Informacja o śmierci powinna być przekazana w sposób jasny, delikatny, a rodzina powinna uzyskać odpowiedzi na wszystkie swoje pytania czy wątpliwości. Do języka używanego w komunikacji wprowadzamy pojęcia zmarły, a nie chory czy pacjent. Następnie rodzina powinna otrzymać czas na wstępne oswojenie się z informacją o śmierci bliskich i uzyskać wszelkie możliwe wsparcie od personelu medycznego. Następnym etapem jest już rozmowa o kwestii dawstwa narządów. Powinna ona być wyraźnie odseparowana od podawania informacji o stanie chorego, jak i od rozmowy na temat wysunięcia podejrzenia o śmierci mózgu. W rozmowie pierwszoplanową rolę obejmuje koordynator, a lekarz prowadzący ogranicza się do pomocy w udzielaniu odpowiedzi na jakieś bardzo szczegółowe pytanie. Koordynator podczas rozmowy powinien aktywnie słuchać i sprawdzać stopień zrozumienia przekazanych informacji. Rodzina powinna być przekonana, że ma prawo zadawać pytania i mieć wątpliwości, lekceważenie tego uprawnienia może zmniejszyć zaufanie pomiędzy stronami. Brak jest ograniczania liczby członków rodziny, którzy mogą brać udział w rozmowie, lecz dobrze jest zidentyfikować te osoby, które z uwagi na charakter więzi ze zmarłym, mogą mieć decydujący wpływ na ostateczną decyzję. Po wstępnej odmowie wyrażenia zgody na pobranie przez rodzinę nie należy rezygnować, ale zachęcić bliskich potencjalnego dawcy do wstrzymania się z ostateczną decyzją, na czas potrzebny do przemyślenia swojego stanowiska czy uzyskania dodatkowych informacji. Ponadto koordynator powinien w sposób delikatny i z wyczuciem zapytać o motywacje stojącą za taką odmową, zachęcić do sprecyzowania

swoich wątpliwości, tak aby kontynuować rozmowę dalej w celu wyjaśnienia wszelkich możliwych kwestii i przedstawienia argumentów przemawiających za akceptacją pobrania. Koordynator powinien kończyć rozmowę w wypadku, gdy nie widać wątpliwości u członków rodziny, a jej stanowisko co do pierwotnej odmowy jest niezmiennie i pojawiają się symptomy zmęczenia czy utraty empatii [16].

Podsumowanie

Niezbędna w procesie pozyskiwania narządów rozmowa koordynatora transplantacyjnego prowadzona jest zazwyczaj ze stroną, na której postępowanie duży wpływ mają emocje czy odczucia, takie jak szok, zaprzeczenie, dezorganizacja dotychczasowego życia lub poczucie winy i bezradności. Należy wykazać wówczas wsparcie w uporaniu się z tym obciążeniem psychicznym, niejako wchłonąć je [5,11]. Oprócz takiego emocjonalnego przygotowania koordynator powinien dobrze zaplanować swoją interakcję z bliskimi zmarłej osoby, zgromadzić w miarę dokładne informacje o zmarłym i rodzinie, wiedzieć dokładnie, co i na jakim etapie rozmowy powinno być przekazane. Język, w jakim prowadzona jest rozmowa powinien być prosty i komunikatywny, nie może być nacechowany specjalistycznym żargonem. Ale najwięcej zależy od wytworzenia atmosfery zaufania opartej na zrozumieniu, empatii, wrażliwości i cierpliwym tłumaczeniu celu tej rozmowy. Wytworzenie oczekiwanego zaufania zależy od wielu okoliczności, które mogą zniweczyć wysiłki koordynatora, takich jak stosunek rodziny potencjalnego dawcy do personelu medycznego oparty na dotychczasowych doświadczeniach, brak zrozumienia dla działań koordynatora przez pozostałych pracowników szpitala, atmosfera społeczna oparta na nieprawdziwych, czy zbyt pochopnych doniesieniach medialnych [5,11,12,14]. Liczba donacji narządów byłaby niewątpliwie większa, gdyby społeczeństwo posiadało większą wiedzę na temat medycyny transplantacyjnej, w rodzinach prowadzono rozmowy na temat cyklu życia człowieka, umierania, a także oswajano bliskich z myślą, że nawet śmierć może przynieść wspólny dar dla innego cierpiącego człowieka

Piśmiennictwo

1. GUS: Ludność i ruch naturalny w 2016 r., <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-i-ruch-naturalny-w-2016-r-,30,1.html>, data pobrania 07.04.2016.

2. PwC: Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia 2016. <http://www.pwc.pl/pl/publikacje/2016/indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2016.html>, data pobrania 07.04.2016.
3. Saucha W., Maruszewski M., Kucewicz-Czech E.: Donor management – the role of not only anesthetist, *Kardiochir. Torakochirur. Pol.*, 2010, 7, 4,424.
4. Kübler A., Siewiera J.: *Terapia Daremna dla Lekarzy i Prawników*, Wyd. I., Urban&Partner, Wrocław, 2015.
5. Jurek J., Chwal M., Janusz B, de Barbaro B.: Family context of decisions of the deceased relative's organ donation, *Psychoterapia* , 2011, 4,159.
6. Rutka K.: Rola i zadania szpitalnego koordynatora transplantacyjnego, *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2016, 4,1, 51-57.
7. Czerwiński J., Danielewicz R.: Prawo i organizacja pobierania przeszczepiania narządów w Polsce, <http://klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/content/materialy-dydaktyczne>, data pobrania 07.04.2016.
8. UCHWAŁA Nr 164 / 2010 RADY MINISTRÓW z dnia 12 października 2010 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2011 – 2020 pod nazwą „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej” http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2014/01/2progtransplant_20130430.pdf, data pobrania 07.04.2016.
9. Danek T., Czerwiński J., Kochut W.: Koordynatorzy transplantacyjni w Polsce w latach 2010-2015, *Biuletyn Informacyjny Poltransplant* 2016, 1, 24, 119-123.
10. Żaba C.: Prawno- medyczne aspekty pobierania narządów ze zwłok, *Now. Lek.*, 2009, 78, 92, 159-164.
11. Kawczyńska M.: Pobrać organy – uratować życie nawet kilka. „Większość daje nam zielone światło”, *TVPInfo* 17.007.2014 r. <http://www.tvp.info/16066582/pobracorgany-uratowac-zycie-nawet-kilka-wiekszosc-daje-nam-zielone-swiatlo>, data pobrania 07.04.2016.
12. Sieradzka A: Dr Aleksandra Woderska: Koordynator transplantacyjny, czyli empatia i profesjonalizm, *Prawo w Transplantacji*, Blog o prawnych aspektach w transplantologii w Polsce i na świecie. <http://prawowtransplantacji.pl/dr-aleksandra-woderska-koordynator-transplantacyjny-czyli-empatia-i-profesjonalizm/>,data pobrania 07.04.2016 r.).

13. Krzyszkowska R.: Dawcy widzą oczami duszy, Przewodnik Katolicki 2009, 42.
<https://www.przewodnik-katolicki.pl/Archiwum/2009/Przewodnik-Katolicki-42-2009/Nauka/Dawcy-widza-oczami-duszy>, data pobrania 07.04.2016.
14. Pawlitko S.: Zawód: koordynator transplantacyjny, Medycyna i Pasje, 2009, 9, 22-26.
15. Białek K: Why do we agree to organ donation? Factors of transplantation decision making, Pielęg. Zdr. Pub., 2016, 6, 2, 159-164.
16. Trzcńska M., Woderska A., Włodarczyk Z.: Psychological principles in regard to the review with the deceased donor's family, Anestezjologia Intensywna Terapia, 2014, 46, 3, 214-221.

Dylematy etyczne i niejasności medyczne. Kiedy stwierdzić śmierć mózgu?

Kuczyńska Martyna¹, Wala Kamila¹, Abdalla Elnour Dominika¹, Gajos Piotr¹, Cebulski Kamil¹, Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Gnus Jan^{1,2}

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

Problem śmierci obecny jest w otaczającym nas świecie. Zajmuje miejsce w literaturze, historii, sztuce, gdzie otoczony jest pewną tajemniczością, podniosłym nastrojem niepewności. Jednak w dzisiejszych czasach zwracamy uwagę na rzetelność, stabilność i niezawodność. Pragniemy dowodów i poparcia naukowego. Szczególnie w kwestiach tak dla nas istotnych, jak ludzkie przemijanie czy śmierć.

Śmierć człowieka od zawsze była tematem zagadkowym, budzącym intensywne emocje, a ciągle dążenie do uzyskania odpowiedzi na nurtujące nas kwestie stwarza tylko coraz więcej pytań. Postęp medycyny i technik diagnostycznych pozwala nam dokładniej przyjrzeć się temu procesowi na różnych płaszczyznach, ale też ukazuje jego złożoną formę. Dzięki rozwojowi specjalistycznych badań wiemy, że momentu śmierci nie da się dokładnie określić, a stwierdzenie zgonu jest dużym wyzwaniem spowodowanym wieloetapowością całego procesu rozpoczynającego się od agonii, a kończącego na śmierci biologicznej [1]. Odmienne układy czy tkanki umierają w różnym czasie. Powoduje to zaburzenia funkcjonowania organizmu jako całości ze stopniowym zatrzymaniem czynności poszczególnych narządów w różnej sekwencji czasowej [2].

Raszeja w swojej pracy opisuje kilka definicji śmierci. Mogą się one istotnie od siebie różnić, przez co wprowadzają zwątpienie, co do wiarygodności stawianej diagnozy śmierci bliskiej osoby. Biorąc pod uwagę stan funkcjonowania poszczególnych elementów organizmu i stopniowe zatrzymywanie tych czynności możemy wyróżnić: śmierć kliniczną, osobniczą i biologiczną.

Ustanie czynności układu krążenia i oddychania to tzw. śmierć kliniczna. Jednocześnie funkcjonowanie tkanek i narządów jest zachowane, co stwarza możliwość przywrócenia życia za pomocą resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Współczesne postępowanie reanimacyjne z użyciem specjalistycznej aparatury hamuje przejście ze stanu

śmierci klinicznej w biologiczną, jednak ograniczeniem jest tutaj czas, w którym te działania mogą spowodować odwracalność procesu umierania [1,3].

Śmierć biologiczna, inaczej zwana rzeczywistą, jest momentem wygasania wszystkich procesów komórkowych i tkankowych. Wiąże się z nieuchronnym powstaniem znamion pośmiertnych, do których należą m.in. plamy opadowe czy stężenie pośmiertne.

Śmierć mózgową obecnie stanowi podstawę do orzekania o zgonie pacjenta i nie jest tożsama ze śmiercią biologiczną. Definiuje się ją jako ostateczne wstrzymanie jakiegokolwiek aktywności mózgu [1,3]. Komisja do orzeczenia śmierci mózgowej przyjęła następujące kryteria potwierdzające zgon człowieka: nieobecności samoistnego oddychania, brak reakcji na bodźce, brak ruchów mięśni (samoistnych lub będących reakcją na bodźce) oraz brak odruchów pnia mózgu i głębokich odruchów ścięgniętych [4].

Dokładne określenie momentu śmierci od wielu lat stanowi wyzwanie dla lekarzy, a postęp medycyny przyczynia się do ciągłych zmian definiowania śmierci na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat.

Zamierchłe lata ukształtowały obraz śmierci jako ustanie funkcji oddechowych i krążenia krwi. Było to zgodne z ówczesnym stanem wiedzy medycznej i znajomością ludzkiej fizjologii. Przełom miał miejsce w 1968 roku, na 22. Spotkaniu Światowego Stowarzyszenia lekarzy, kiedy to po raz pierwszy użyto sformułowania „śmierć mózgową” i uznano za najważniejszy dowód śmierci człowieka [5].

Powołanie w Stanach Zjednoczonych Nadzwyczajnej Komisji Harvardzkiej Szkoły Medycznej do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej przyniosło wyjaśnienie śmierci mózgu. Została ona opisana jako trwałe ustanie czynności mózgu, którego efekt stanowi nieodwracalna śpiączka, bez konieczności śmierci pozostałych organów [6].

Kolejna przełomowa teoria powstała za sprawą *Mahandas i Chou*, którzy przybliżyli świat do zrozumienia decydującej roli śmierci pnia mózgu [7].

Nowatorskie teorie uczonych przyczyniły się do powołania w 1980 roku w Stanach Zjednoczonych Prezydenckiej Komisji ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych. To właśnie tam powstał „Akt Jednolitego Ustania Śmierci” (*Uniform Determination of Death Act - UDDA*), który stanowi fundament dzisiejszego orzekania śmierci mózgowej. Odrzucono wówczas kryterium obumarcia wszystkich komórek mózgu, wskazując na ważniejszą rolę utraty zdolności integracji funkcji poszczególnych narządów i układów narządów przez pień mózgu [8].

Najnowsze wytyczne obowiązujące w Polsce zawarte są w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 “ w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego

nieodwracalnego ustania czynności mózgu”. W skład komisji orzekającej nieodwracalne ustanie czynności mózgu wchodzi trzech lekarzy specjalistów z dziedziny medycyny, obowiązkowo z anestezjologii i intensywnej terapii oraz neurologii lub neurochirurgii, opcjonalnie lekarz medycyny sądowej.

Proces kwalifikacyjny składa się z dwóch etapów. W pierwszym wysuwa się podejrzenie śmierci mózgu na podstawie ustalonych kryteriów. Należą do nich: śpiączka chorego, sztuczna wentylacja, rozpoznana przyczyna śpiączki, pierwotne lub wtórne uszkodzenie mózgu oraz wyczerpanie możliwości terapeutycznych. Stosuje się również wykluczenia, które chronią przed błędnym lub niepewnym stwierdzeniem śmierci mózgu. Dotyczą one chorych zatrutych i wykazujących spożycie narkotyków, neuroleptyków, środków nasennych, usypiających oraz zwiotczających mięśnie poprzecznie prążkowane, czyli szkieletowe; osób w stanie hipotermii, to znaczy obniżenia temperatury ciała poniżej 35 °C; chorych z zaburzeniami hormonalnymi i metabolicznymi oraz noworodków poniżej 7. dnia życia.

Po spełnieniu powyższych można przejść do kolejnego etapu, który zakłada wykonanie badań specjalistycznych, potwierdzających śmierć mózgu. Zawsze powinny być one wykonane dwukrotnie.

Procedury określające czas obserwacji wstępnej wymagają co najmniej 6 godzin w przypadku pierwotnych uszkodzeń mózgu, minimum 12 godzin dla uszkodzeń wtórnych, czyli spowodowanych między innymi niedotlenieniem, zatrzymaniem krążenia, udarem niedokrwiennym czy hipoglikemią oraz co najmniej tyle samo czasu obserwacji wstępnej dla dzieci do 2. roku życia.

Zdarzają się jednak przypadki, kiedy nie można wykonać badań klinicznych lub ich interpretacja zawiera nieścisłości. Wówczas stosuje się badania instrumentalne. Należą do nich: elektroencefalografia (EEG), która służy do badania bioelektrycznej czynności mózgu; multimodalne potencjały wywołane (EP), rejestrowane z powierzchni głowy po zastosowaniu odpowiedniego bodźca, np. czuciowego, wzrokowego lub słuchowego oraz ocena krążenia mózgowego wykonana metodami przezczaszkowej ultrasonografii Dopplera, scyntygrafii perfuzyjnej lub angiografii mózgowej [9].

Jednak wraz z upływem czasu i rozwojem międzynarodowych technologii, w miarę pojawiania się kolejnych nowinek technicznych, wykorzystywanych w świecie medycyny, zaczynamy mieć wątpliwości co pewnych założeń ogólnie przyjętych metod stwierdzania śmierci mózgu. Badania aktywności mózgu metodą rezonansu magnetycznego (*magnetic resonance imaging - MRI*) oraz pozytonową tomografią emisyjną (*positron emission*

tomography, PET) wskazywały na obecność stanu minimalnej świadomości u pacjentów, u których zdiagnozowano trwały stan wegetatywny. Dlatego, w 2002 roku wprowadzono nowo poznaną kategorię i zdefiniowano ją jako „najcięższą formę neurologicznego upośledzenia występującą u przytomnego, świadomego pacjenta”. Jak wykazują statystyki, liczba chorych będących w takim stanie jest znacząco duża. Wątpliwości budzą także stany, które do złudzenia przypominają trwały stan wegetatywny. Należy do nich syndrom zamknięcia, zwany także chorobą zamurowanego żywca. Pacjenci pozbawieni są aktywności pnia mózgu, jednak z powodu pełnej sprawności kory mózgowej, są świadomi. Mimo paraliżu fizycznego, są sprawni intelektualnie lub mogą te zdolności w pełni odzyskać [10].

Kolejnym problemem staje się brak jedności w przepisach i przyjętych kryteriach dotyczących stwierdzania śmierci mózgu w poszczególnych krajach. Międzynarodowe badanie przeprowadzone w 80 krajach wykazało, że w 70 z nich (88%) istnieją praktyczne wytyczne dotyczące śmierci mózgu. Natomiast normy prawne dotyczące transplantologii usystematyzowane są w 55 krajach (69%). Aby wysunąć właściwą diagnozę 31 wytycznych wymaga obecności jednego lekarza specjalisty (44%), 21 wytycznych zawiera konieczność stwierdzenia śmierci mózgu przez dwóch lekarzy specjalistów (34%), 11 wytycznych od dwóch do maksymalnie czterech specjalistów (16%). Liczba lekarzy nie jest sprecyzowana w 4 wytycznych (6%) [11].

Europa cechuje się dość jednolitymi kryteriami oceny śmierci mózgu. Największe rozbieżności dotyczą stosowania dodatkowych badań fizjologicznych. 11 z 25 wytycznych wymaga potwierdzenia testu diagnostycznego, co ułatwia rozpoznanie. Połowa z badanych krajów określiła liczbę potrzebnych specjalistów do diagnozy klinicznej powyżej jednego. Kilka krajów wymaga dłuższego okresu obserwacji, gdy przyczyną śmierci jest anoksja, czyli deficyt tlenowy. W innych, np. na Węgrzech, wtórne uszkodzenia mózgu są wskazaniem do obserwacji przez 72 godziny. Wiele krajów europejskich różni się także, co do techniki wykonywania testu bezdechu [12].

W Stanach Zjednoczonych wciąż występują znaczne rozbieżności w praktyce. W wiodących szpitalach w USA stwierdzono różnice w spełnianych warunkach wstępnych, najniższej dopuszczalnej temperaturze rdzenia oraz liczbie wymaganych badań [13]. Co więcej, kontrola wykresów pacjentów z rozpoznaną śmiercią mózgu, wykonana przez *Wang i in.*, wykazała powszechne braki w dokumentacji [13].

Przegląd angielskojęzycznej literatury dotyczącej zagadnienia śmierci mózgu u ludzi dorosłych, który został przeprowadzony przez *Eelco i in.*, i dotyczył lat 1996-2009, dostarczył nam informacji o występowaniu złożonych ruchów motorycznych, które błędnie sugerowały

zachowane funkcje mózgu u pacjentów ze stwierdzoną śmiercią pnia mózgu. W sześciu badaniach opisano ruchy mimowolne mięśni twarzy, przejściowe, obustronne drgawki palców, powtarzalne ruchy nóg oraz cykliczne zwężania i rozszerzanie źrenic w odpowiedzi na światło.

Kolejne badanie przeprowadzone na 144 pacjentach ze zdefiniowaną śmiercią mózgową, stwierdziło obecność zachowanego odruchu podeszwowego u 55% badanych. Polega on na odruchowym zgięciu podeszwowym palucha po pobudzeniu dotykowym krawędzi podeszwy stopy [14].

Jak już wcześniej zauważono, śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym, czyli postępującym w czasie. Z tego względu niektóre funkcje układów lub ich części mogą utrzymywać się w oderwaniu od innych już wcześniej obumarłych. To z kolei powoduje, że nieodzownym elementem powiązanim ze stwierdzoną śmiercią mózgu jest możliwość transplantacji wciąż funkcjonujących narządów. Współczesne metody reanimacji, sztuczna wentylacja, krążenie pozaustrojowe, czy też nowe leki dają możliwość podtrzymywania życia pacjentów, jednak nie zawsze wiąże się to z ich powrotem do zdrowia. W części przypadków, w których dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu, sztuczne podtrzymywanie funkcji życiowych nie dopuszcza do obumarcia wszystkich komórek i daje możliwość pobrania sprawnych pod względem funkcjonalnym tkanek.

Przeszczepianie organów pobranych od zmarłego dawcy (*ex mortuo*) wymaga niewątpliwego potwierdzenia śmierci mózgu w sposób wcześniej omówiony. W prawie polskim obowiązuje tzw. zgoda domniemana, tzn. transplantacja jest dozwolone bez otrzymania zgody od zmarłego czy też jego rodziny z zastrzeżeniem, że dawca za życia nie wyraził przewidzianego w ustawie sprzeciwu. W praktyce lekarze najczęściej pytają rodzinę o akceptację [15]. Jest to głównie spowodowane występującym ryzykiem procesów sądowych, ponieważ rodzina zmarłego mogłaby zapewnić sąd o ustnym wyrażeniu przez krewnego sprzeciwu wobec możliwości wykorzystania jego organów.

Transplantacje są uznawane za skuteczną, bezpieczną, czasami jedyną metodę leczenia chorych ze schyłkową niewydolnością narządów. Niestety największym problemem jest niedobór narządów, który wiąże się m.in. z dyskwalifikacją przeszczepu z powodu jego patologii czy uszkodzenia. Kolejnym istotnym czynnikiem ograniczającym liczbę transplantacji jest świadomy sprzeciw ludzi na pobranie komórek, tkanek i narządów po śmierci [16].

Mimo oczywistych korzyści, jakie niesie za sobą rozwój transplantologii dziedzina ta stale wzbudza wiele kontrowersji natury etycznej. Problemem dla wielu sceptyków jest

uznanie za zmarłego człowieka, którego narządy dalej samoistnie funkcjonują lub też są podtrzymywane sztucznie i nadal mogłyby spełniać swoją rolę biologiczną w organizmie biorcy. Ciężko jest zrozumieć jednocześnie występującą śmierć pacjenta i dalej żyjące oraz funkcjonujące niektóre organy, takie jak nerka. Dodatkowo, aby przyjąć postępowanie medyczne za właściwe, trzeba zgodzić się z tezą, że śmierć pnia mózgu oznacza śmierć całego człowieka [2,8].

Największe kontrowersje budzi moment orzekania o zgonie pacjenta. Niepewne wydają się być kryteria śmierci mózgu, których ustalenie zostało niejako wymuszone rozwojem chirurgii i możliwości transplantacji. Uważa się je za względne, tymczasowe. Kryteria te mają charakter umowny, ulegają historycznym przemianom zależnym od postępu techniki i zwiększania wiedzy w zakresie funkcjonowania organizmu człowieka [2,17]. Testy diagnostyczne, czy zasady ich przeprowadzania powinny dawać jednoznaczny wynik i być wiarygodne oraz sprecyzowane. Ich dobór oraz czas przeprowadzania wpływa na stopień bezbłędności diagnozy. Jednym z zarzutów wobec przeprowadzanych badań jest ich arbitralność i ryzyko postawienia błędnej diagnozy. Zasady są ściśle określone w odpowiednim akcie prawnym w danym kraju i nie podlegają modyfikacji, narzucając cały schemat postępowania. Ponadto wyżej opisane metody skupiają się na wykluczeniu pewnych odruchów i reakcji. Tymczasem fakt istnienia innych określonych funkcji mózgu może zostać pominięty, co jest usprawiedliwiane ich mniejszą istotnością. Jest to jednak nad wyraz sztuczny podział na ważniejsze i mniej ważne rodzaje aktywności, czemu sprzeciwia się m. in. *Veatch i in.* Uważa on, że niektóre funkcje mózgu, takie jak sterowanie ruchami przełyku, są zachowane nawet po stwierdzeniu śmierci pnia mózgu według obowiązujących kryteriów. Wynika z tego, że podczas orzekania śmierci mózgu pod uwagę brana jest tylko pewna podgrupa funkcji uznanych za ważniejsze, a nie całkowita aktywność pnia mózgu [2,18,19].

Dodatkowo wątpliwości budzi różnica w traktowaniu pacjenta będącego potencjalnym dawcą, porównując do tego, który ma tylko i wyłącznie zostać odłączony od aparatury ratującej życie. Jak zauważa Chyrowicz [17], ściśle sprecyzowane kryteria są nam potrzebne tylko w momencie istnienia możliwości pobrania narządów. W drugim przypadku, w razie wątpliwości, po odłączeniu od aparatury można odczekać chwilę w celu sprawdzenia, czy organizm samoistnie nie podejmie pracy.

Błąd w rozpoznaniu śmierci mózgu wiąże się z uśmierceniem pacjenta na skutek pozbawienia go koniecznego do życia narządu. Warto tutaj zaznaczyć, że przypadki, w których po odpowiednich badaniach uznano osobę w śpiączce za zmarłą, choć rzadkie nie są

niemożliwe. Przykładem może być Karen Ann Quinlan, która w momencie odłączenia od respiratora zaczęła samodzielnie oddychać po trwającej niemal 10 lat śpiączce [8,20].

Kolejnym aspektem budzącym nieufność w stosunku do transplantacji jest przestrzeganie zasady poszanowania autonomii, która w kontekście medycznym, oznacza interwencję lekarza tylko po świadomej i dobrowolnej zgodzie pacjenta. W przypadku przeszczepu narządu ze zwłok, istotnym pytaniem wydaje się, czy zgoda domniemana jest wystarczająca do uznania jej jako woli zmarłego. Zwolennicy zgody stanowczo wymagają takiej deklaracji wyrażonej wprost jeszcze za życia, a inne postępowanie traktują jako naruszenie zasady szacunku dla autonomii [8,19].

Rozwój transplantologii daje ogromne możliwości terapeutyczne, jednak wiąże się z dużym ograniczeniem, jakim jest niewystarczająca ilość narządów nadających się do przeszczepu. Zgodnie z zasadami ekonomii duży popyt na towar nadaje mu istotną wartość materialną. Nie dziwi więc fakt, że przeciwnicy pobierania narządów od zmarłych uważają całą procedurę za łatwe źródło dochodu i doszukują się nieetycznych działań ze strony personelu medycznego. Podkreślony jest problem nielegalnego handlu organami zarówno od dawców żywych, jak i martwych. W drugim przypadku obawy dotyczą zbyt pochopnego uznania śmierci potencjalnego dawcy. Podważana jest rzetelność testów wykonywanych w celu zdiagnozowania śmierci mózgu oraz altruistyczne intencje osób zaangażowanych w tą diagnostykę [8]. Niewątpliwym działaniem zapobiegającym takim sytuacjom jest dokładny nadzór nad standardami orzekania śmierci mózgu. Przeszczepienie narządu, od pobrania aż do przeszczepienia do ciała biorcy, jest ściśle kontrolowane przez upoważnione ośrodki i Poltransplant oraz może mieć miejsce jedynie w takich ośrodkach pod kontrolą specjalistów.

Podsumowując, stwierdzenie śmierci mózgu powinno być oparte na ujednoczonych, rzetelnych i sprecyzowanych kryteriach oraz potwierdzone przy pomocy najnowszych osiągnięć wiedzy medycznej oraz sprzętu diagnostycznego. Na tak ważnym etapie ludzkiego życia, nie ma miejsca na błąd. Poszanowanie godności człowieka i profesjonalizm wykonywanego zawodu przez lekarzy, mogą otworzyć furtkę dla nieocenionej, intensywnie rozwijającej się gałęzi medycyny, jaką jest transplantologia.

Piśmiennictwo

1. Raszeja S.: Refleksje na temat tanatologii–klasycznego działu medycyny sądowej, *Ann. Acad. Med.*, 2005, 35, 165-172.
2. Sobczak K., Janaszczyk A.: Kontrowersje wokół neurologicznego kryterium śmierci mózgu, *Forum Med. Rodz.*, 2012, 4.

3. Liszewska, A.: *Prawnokarna ocena zabiegów transplantacji organów*, Prawo i Medycyna, 1999, 3.
4. 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.
5. Machado C., Korein J., Ferrer Y., Portela L., García Mde L., Chinchilla M., Machado Y., Machado Y., Manero J.M.: *The Declaration of Sydney on human death*, Medical Ethics. 2007, 33, 699–703.
6. *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, 6, 337–340.
7. Bohatyrewicz R., Makowski A., Kępiński S.: *Rozpoznawanie śmierci mózgu*. [w:] *Transplantologia kliniczna*, Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004, 50.
8. Nowacka M. *Etyka a transplantacja*, Wyd. PWN, Warszawa, 2003.
9. *Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu*, M.P. 2007 nr 46 poz. 547.
10. Boleyn-Fitzgerald M.: *Obrazy naszego umysłu*, Wyd. Sonia Draga, Katowice, 2010.
11. Wijdicks E.: *Brain death worldwide: Accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria*, Neurology, 2002, 58, 20-25.
12. Greer D.M., Varelas P.N., Haque S., Wijdicks E.F.M.: *Variability of brain death determination guidelines in leading US neurologic institutions*, Neurology, 2008, 70, 84–289.
13. Wang M., Wallace P., Gruen J.P.: *Brain death documentation: analysis and issues*, Neurosurgery, 2002, 51, 731–736.
14. Wijdicks E., Varelas P., Gronseth G., Greer D.: *Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology*, Neurology, 2010, 74, 23.
15. Zielińska E.: *Transplantacja w świetle prawa w Polsce i na świecie*, PiP, 1995, 6, 23.
16. Zembala M.: *Prawo i etyka lekarska w medycynie. Zasady pobierania i przeszczepiania narządów i tkanek do transplantacji w ujęciu Europejskiej Konwencji Bioetycznej*, Kardiochir. Torakochir. Pol., 2009, 6, 4, 407-411.

17. Chyrowicz B.: Transplantologia wciąż kontrowersyjna, *Diametros.*, 2004, 1, 104-112.
18. Veatch R.M., Ross L.F.: *Transplantation ethics*, Georgetown University Press, 2014.
19. Ferdynus M.: Przedłużanie ludzkiego życia w świetle transplantacji. Wokół kilku moralnych kontrowersji, *Studia Paradyskie*, 2014, 24, 113-124.
20. Ostrowska A.: *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Wyd. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, 2005.

Postawy wobec śmierci w obozach koncentracyjnych, łagrach i w czasach współczesnych - akcje terrorystyczne

Kurzelewska Anna², Kurzelewski Bartosz², Tomaszewska-Laszczyk Mirosława², Krzezińska-Nowacka Anna², Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Czerwiński Piotr², Gnus Emilia², Dorna Krzysztof³, Gnus Jan^{1,2,3}

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Ośrodek Badawczo – Rozwojowy
3. Papieski Uniwersytet Teologiczny we Wrocławiu

Ci, którzy chcieli zabić człowieka, osiągnęli skutek wręcz odwrotny: uczynili go silniejszym i szlachetniejszym. Ci, którzy usiłowali zniszczyć wartości ludzkie, bezwiednie zasiali ziarno wielkiego i podniosłego odrodzenia. Oświęcim dowiódł raz jeszcze, że żadna otchłań zgrozy nie może zniszczyć ludzkości i złamać woli człowieka, by żyć w wolności, godności i sprawiedliwości.

Prezydent Włoch Giuseppe Saragata

Zasadniczym i ostatecznym celem wszystkich hitlerowskich obozów koncentracyjnych było spowodowanie śmierci osadzonych w nich więźniów, po uprzednim całkowitym wyeksploatowaniu ich, jako siły roboczej. Nad wejściem do obozu w Auschwitz widnieje ironiczne motto: „Arbeit macht frei” – „Praca czyni wolnym”. Przyjeżdżający obywatele różnych państw europejskich wierzyli, że uczciwa praca, bezgranicznie oddana postawa wobec wymagań władz obozu pozwoli przetrwać ten etap w ich życiu. Więźniowie szybko przekonali się, że niesłychanie ciężkie warunki bytowe, głód, choroby, nieludzkie traktowanie oraz przekraczające możliwości ludzkie praca doprowadzały do skrajnego wyczerpywania fizycznego i psychicznego, wynikiem, czego była nieuchronna śmierć.

W wyniku realizacji obłędnej ideologii nazistowskiej „oczyszczania rasy ludzkiej” z „elementów niegodnych życia”. Ofiarą tej ideologii padły miliony istnień ludzkich: Polaków, Żydów, Cyganów, jeńców wojennych oraz przedstawicieli kilkudziesięciu innych narodowości. Z udziałem niemieckich naukowców, opracowano metody masowego uśmiercania ludzi w sposób szybki, skuteczny, ekonomiczny i niepozostawiający śladu. Służyły do tego komory gazowe i krematoria, a wykonawcami była kara zdegenerowanych

funkcjonariuszy obozowych. Na obozową rampę przybywały transporty więźniów z różnych stron Europy. Uznani za nieprzydatnych do pracy, szli prosto do komór gazowych, innym darowano odrobinę życia za mordercze warunki łagrowego bytu. W końcu i tak opuszczali obóz przez krematoryjny komin. „Fabryka śmierci” funkcjonowała perfekcyjnie. Już od pierwszej próby zabijania ludzi przy użyciu gazu aż do końca istnienia obozu oświęcimskiego, widoczne były stałe, gorączkowe zabiegi zmierzające do maksymalnego usprawnienia akcji gazowania przy zastosowaniu wszelkich możliwych usprawnień technicznych.

Prymitywne wyposażenie i przepełnienie pomieszczeń mieszkalnych, brud, brak możliwości utrzymania higieny osobistej oraz panujący terror destruktywnie wpływały na więźniów, zwłaszcza tych, którzy odbywali kwarantannę w Brzezince, gdzie znajdowały się urządzenia masowej zagłady. Oficjalnym celem kwarantanny było zapobieżenie przywleczeniu do obozu chorób zakaźnych. W rzeczywistości wówczas więźniowie zarażali się chorobami i byli poddani pierwszej „naturalnej selekcji”. Najslabsi pod względem fizycznym, najmniej wytrzymali psychicznie więźniowie ginęli już w czasie kwarantanny. Tych, którzy ją przetrzymali, przenoszono - jako zdatną do eksploatacji niewolniczą siłę roboczą – do ogólnej części obozu [1]. Pracowali tu również polscy więźniowie – lekarze, którzy starali się zatrzymać w kwarantannie chorych wymagających leczenia szpitalnego i w ten sposób ratować ich od śmierci.

Szacuje się, że podczas wojny i okupacji zginęło co najmniej pięć tysięcy polskich lekarzy, dwa i pół tysiąca stomatologów i około trzech tysięcy lekarskiego personelu pomocniczego. Jak pisał Stanisław Kłodziński, „wśród mogił polskich lekarzy rozsznanych po całym świecie największe skupisko spopielenych prochów stanowią bagniste pola obozu koncentracyjnego Auschwitz" [2].

Obozowe szpitale w Auschwitz i Birkenau służyły do izolacji chorych na choroby zakaźne, aby uchronić przed epidemiami, które mogłyby dotknąć także załogę obozu. Istnienie szpitala obozowego służyło wyrafinowanej propagandzie, szpital pokazywano komisjom, które kontrolowały obóz, jako wyraz troski o zdrowie więźniów! Szpital obozowy stał się tajną siedzibą międzynarodowego ruchu oporu. W poczuciu obozowej solidarności w szpitalu udało się uratować życie wielu więźniów, na przykład przez fałszowanie dokumentacji lekarskiej, wypisywanie lżej chorych przed planowaną tzw. wybiórką do gazu, ukrywanie chorych, czy pouczanie jak mają się zachowywać podczas wybiórki. Ze szpitala

organizowano ucieczki, przekazywano wiadomości na zewnątrz, do radia, alarmowano wolny świat, odsłaniając prawdę o obozie.

Według księdza Konrada Szweda: „...w obozach tak blisko siebie kroczyły: podłość i wielkość, bestialstwo i heroizm. [...] Straszliwej nienawiści potrafili oni przeciwstawić miłość, a pogardzie człowieka – głęboki szacunek dla godności ludzkiej. To stawiało nas na nogi, ratowało przed zwątpieniem i pomagało przeżyć obóz” [3]. Współwięźniowie pomagali sobie podtrzymując słabszych, mdlejących ze zmęczenia i wycieńczenia.

W warunkach stałego zagrożenia i przy praktycznie minimalnych szansach przeżycia obozu, niektórzy więźniowie jedyną możliwość ocalenia życia widzieli w zorganizowaniu ucieczki. „Z poszczególnych części KL Auschwitz i jego licznych obozów finalnych zbiegło 667 więźniów, spośród których 270 ujęto!” [4]. Jedną z kar dla wszystkich więźniów, po schwytaniu uciekiniera był apel na placu, trwający kilka bądź kilkanaście godzin. Wszyscy musieli stać, chociaż bardzo często słabsi fizycznie nie wytrzymywali, mdleli, nikt nie miał pretensji do uciekinierów. To była jedna z form walki o człowieczeństwo – woleli zginąć, wybrali śmierć w miejsce codziennego poniżania, maltretowania.

Na bezbronnych, pozbawionych skutecznej opieki lekarskiej więźniach dokonywano często zbrodniczych eksperymentów, których wyniki miały służyć realizacji ludobójczych planów na przykład: „W Ravensbrück przeprowadzono następujące rodzaje operacji doświadczalnych [5]:

1. *Operacje mające na celu wywołanie zakażenia i wypróbowanie jego leczenia sulfonamidami*
2. *Operacje kostne, mięśniowe i nerwowe”.*

Kobiety, które przeżyły obóz w powojennej rzeczywistości chorowały, były słabe fizycznie, odczuwały potworny ból. Większość poddawana operacjom nie przeżywała obozu. Często mieszkańcy baraku, z którego wyznaczano więźniów do uczestnictwa w zbrodniczych eksperymentach, wstawiali się za nimi i nie zdradzali wytypowanych. W obliczu śmierci solidaryzowano się z nimi.

Oprócz antyhumanitarnych warunków przyspieszających biologiczne wyniszczenie w KL Auschwitz dążono do złamania psychicznej odporności więźniów. Sprzyjała temu cała procedura, począwszy od rejestracji więźniów, po której stawali się oni bezimiennymi numerami, aż do rozbudowanego systemu kar i zakazów. Wszystko to miało na celu uczynienie z więźniów bezwolnych istot, pozbawionych możliwości obrony podstawowych praw człowieka, których jedynym przeznaczeniem była w ostateczności zagłada. Metody

stosowane przez SS: terror, głód straszliwe warunki bytowania, ciężka praca, stałe zagrożenie życia, brak kontaktu z rodzinami, miały złamać więźniów fizycznie i psychicznie, uczynić z nich bezwolne automaty. Wielu więźniów jednak nie poddawało się i zachowało ludzką godność. Nie tracąc nadziei na odzyskanie wolności potrafili przeciwstawić się zbrodniczym poczynaniom władz obozowych, podjąć walkę polegającą na ratowaniu współwięźniów oraz ujawnieniu i dokumentowaniu przestępstw popełnionych w obozie.

Witold Pilecki przywieziony do obozu 22 września 1940 roku, włączył się dobrowolnie do grupy osób zatrzymanych przez Gestapo podczas jednej z łapanek w Warszawie, uciekł z obozu. Celem jego ucieczki nie było ratowanie własnego życia, ale wyniesienie dokumentów dotyczących zbrodni hitlerowskich, przekazanie światu prawdy o obozie naocznyemu świadkowi oraz przygotowanie przy pomocy organizacji podziemnych planu odbicia obozu i uwolnienia więźniów. Postawa heroiczna, jakich nie brakowało podczas okupacji.

Zakonnik, ksiądz Maksymilian Maria Kolbe, dobrowolnie oddał swoje życie za współwięźnia Franciszka Gajowniczka, gdy ten podczas apelu został wyznaczony na śmierć głodową. Mając liczną rodzinę poprosił, aby darowano mu życie, wówczas Maksymilian Maria Kolbe zgłosił się, aby w celi zginął wraz z innymi śmiercią głodową. To przykład „miłości bliźniego” oddać życie za innego człowieka, dobrowolnie, w imię miłości do Boga i ludzi.

29 lipca 2016r. papież Franciszek, przebywając w Polsce w ramach obchodów Światowych Dni Młodzieży odbył pielgrzymkę do obozu zagłady w Oświęcimiu-Brzezińce. Pieszko przekroczył bramę z napisem „Arbeit macht frei” i w milczeniu udał się do Ściany Straceń, celi Maksymiliana Marii Kolbego i pozostałych miejsc obozu. Milcząc oddał cześć tym milionom istnień ludzkich, które poniosły śmierć z rąk oprawców. W każdym obozie zagłady kamienie przesiąknięte ludzką krwią, krzyczą i tylko trzeba umieć się wsłuchać w ten „niemy krzyk”, który jest świadectwem „zbrodni przeciwko ludzkości”. Słysząc go bardzo głośno, gdy w milczeniu przemierzamy obóz zagłady.

Radzieckie obozy koncentracyjne były pomyślane początkowo przede wszystkim jako instrument nowo powstałego reżimu bolszewickiego. Stały się miejscem śmierci, niewysłowionych cierpień i poniżeń milionów osób. Skrajne lekceważenie ludzkiego życia, ludzkiej godności, ludzkiego cierpienia było stałym elementem systemu, nie tylko zresztą obozowego. Najgorsze miejsca obozów pracy przymusowej, kolonii specjalnych: Workuta, Norylsk, Kołyma (Magadan).

Wskutek izolacji, szoku i przerażenia część ofiar poddawana torturze pozbawiania snu oraz presji psychologicznej ulegała groźbom (metody wegetariańskie). Ludzie traktowani w ten sposób zwykle nie dawali rady utrzymać się na nogach. Zaskakująco dużo osadzonych wytrzymywało te tortury aż do śmierci albo do czasu, gdy przeciążeni urzędnicy więzienni zwrócili uwagę na ich sprawy. Znane są przypadki popełnienia samobójstw, byle tylko uniknąć dalszych tortur.

Torturowany 65-latek – dyrektor teatru – Wsiewołod Meyerhold: „Powtarzałem sobie, że łatwiej znieść śmierć niż to bicie. Zacząłem oczerniać samego siebie w nadziei, że szybciej zaprowadzi mnie to na szafot” [5]. W trakcie stosowania „wyszukanych” i bestialskich tortur wielu przyznawało się do czynów, których nigdy nie popełnili. Przyświecał im tylko jeden cel: aby tortury te się zakończyły, a były one nieludzkie: gwałcono kobiety np. przy użyciu pałki, więźniowie byli okaleczani: odcinano im nosy i uszy. Został wydany również dekret zezwalający na stosowanie kary śmierci nawet wobec dzieci w wieku 12 lat.

Odmianą postawę do omówionej było odnalezienie w sobie odwagi, by wycofać wcześniejsze zeznania. Zrobił to wspomniany Meyerhold. Zdawał sobie sprawę, że czeka go egzekucja w krótkim czasie oraz tortury i bicie. Znalazł w sobie tyle siły, aby przeciwstawiając się urzędnikom łagru z honorem i podniesioną głową, umrzeć.

Radziecki system obozowy w toku swojego rozwoju uzyskał złożoną i rozbudowaną strukturę organizacyjną. Do momentu ujednoczenia systemu penitencjarnego zasady podporządkowania obozów były zróżnicowane:

- obozy koncentracyjne WCzK podlegały lokalnym komisjom nadzwyczajnym, Ogólnorosyjska Komisja Nadzwyczajna (skrót od rosyjskiej nazwy) do Walki z Kонтrewolucją i Sabotażem
- obozy NKWD podporządkowane były Głównemu Zarządowi Prac Przymusowych, a później GUMZ (Zarząd Główny Miejsc Uwięzienia) poprzez ich agendy terenowe
- obozy NKJ-u (Narodowyj Komissariat Justycji - Ludowy Komisariat Sprawiedliwości) zaś terenowym agendum tego resortu. Od 1930r. istniał (najpierw w ramach OGPU, a później w strukturze NKWD) jednolity ośrodek kierowniczy systemu obozowego – GUŁag (Gławnoje Uprawlenje Łagierej) [6].

Machina śmierci i czystek była tak rozbudowana, że jak wspominała potem córka Stalina: „Ludzie znikali jak cienie nocą” [6]. Marksistowski komunizm w ZSRR podbił umysły i serca milionów ludzi. Oferował im kolektywistyczne pocieszenie w obliczu śmierci: śmierć jednostki jest niczym, bo ważny jest tylko kolektyw. Wierzący komunista nie lękał się

śmierci i był gotowy, bez wahania poświęcić życie za sprawę. Poeta Majakowski pisał: *„Jednostka – zerem, jednostka – bzdurą, Jednostka! Co komu po niej?! Jednostki głosik cieńszy od pisku. Partia – to ręka milionopalca, w jedną miażdżącą pięść zaciśnięta”* [7]. Komunistom, dlatego udało się stworzyć tak doskonale działającą maszynę represji i ślepego posłuszeństwa. Jeden obywatel bał się drugiego, donosili wszyscy.

W latach 1918-1953 przez łagry przewinęły się miliony obywateli ZSRR, mieszkający w różnych republikach. Większość z nich zmarła wskutek złych warunków sanitarnych, ogromnego niedożywienia, chorób i bardzo ciężkiej pracy. Więźniowie pracowali przy wydobyciu złota, ołowiu, uranu, rud żelaza, metali kolorowych, węgla, ropy naftowej i gazu. Budowali Wołżańsko-Bałtycką Drogę Wodną, pracowali bardzo ciężko w lesie.

W każdym obozie funkcjonował szpital obozowy ulokowany w ziemiance lub namiocie: *„Chorzy, którzy przybyli wcześniej, leżeli na pryzkach, ci, co później – pod pryzkami i w przejściach na ziemi. W miarę jak umierali na pryzkach, przychodzili na ich miejsce chorzy z ziemi. Było tak ciasno, że nie można było stąpać.[...] Po tym kłębówisku cuchnących, że jeszcze nie widziałem w życiu czegoś tak potwornego”*. Więźniowie robili wszystko, aby tu nie trafić. Kradli jedzenie, wchodzili w układ z kierownictwem obozu, kobiety uprawiały seks za skromną porcję jedzenia. Nadrzędnym celem było przetrwanie, za wszelką cenę.

Jewgienija Ginzburg, wybitna pisarka Gułagu, po powrocie z łagru, ponownie wyszła za mąż w wieku 63 lat. Na wspomnienie zmarłych współwięźniów przez wiele dni leżących w miejscu, gdzie dopadła ich śmierć, wyjaśniała: *„Będąc zamężną, mam przynajmniej osobę, która pochowa mnie od razu”* [6]. Ludzie, którzy przeżyli to „piekło na Ziemi”, „Golgotę Północy” nigdy nie odzyskali równowagi psychicznej, bardzo wielu z nich nie potrafiło się odnaleźć w „nowym” życiu.

Straszliwie warunki pobytu w łagrach potwierdza wypowiedź Wasilija Grossmana, któremu udało się przeżyć i wrócić do Moskwy. Dla większości z nich (więźniów) *„największe szczęście – to nawet będąc ślepym, beznogim, wyczołgać się z obozu i umrzeć na wolności, bodaj 10 metrów od przeklętych drutów”* [6].

Więźniowie, nawet gdy jakoś „zorganizowali” sobie pobyt w obozie zawsze mieli świadomość, że poza drutami łagru jest prawdziwa wolność, której oni zostali pozbawieni. Dlatego starali się zorganizować życie obozowe tak, aby chociaż w minimalnym stopniu przypominało ono to dawne. Zakładali rodziny, były organizowane widzenia z najbliższymi

(zgoda władz była wydawana bardzo rzadko) oraz odbywały się występy muzyków, aktorów, piosenkarzy. To był blady promyk słońca w tej czarnej długotrwałej nocy łagrowej.

Zmiana w życiu społeczeństwa dawnego ZSRR, a dzisiejszej Rosji nastąpiła w okresie pieriestrojki za Michała Gorbaczowa. W ciągu tylko 2 lat oczyścił ponad milion poszkodowanych, a w 1991 roku wydał jednoznaczny dekret prezydencki rehabilitujący pozostałe ofiary Stalina. Na cmentarzu Dońskim, krematorium oznaczono napisem: „Wspólny grób nr 1”. Na kamieniu nagrobnym wyryto napis: *„Tu pochowane są szczątki niewinnych, torturowanych i straconych ofiar represji politycznych. Oby nigdy nie odeszły one w zapomnienie”* [6].

Przedstawiając różne postawy więźniów sowieckich łagrów wobec czyhającej na każdym kroku śmierci, nie można dokonywać oceny postępowania tych ludzi, gdyż dopóki nie będziemy w obliczu tego rodzaju wyborów dotyczących życia i śmierci, nie możemy być pewni jak sami byśmy się wówczas zachowali. Oni za wszelką cenę i różnymi sposobami, każdego dnia i nocy walczyli o swoje życie. Na wolności zostawili swoich najbliższych i pragnienie ich zobaczenia towarzyszyło im do końca.

We współczesnym świecie największym zagrożeniem dla ludzi jest terroryzm. Terroryzm samobójczy stosowany jest z dwóch zasadniczych powodów: politycznych i praktycznych. W sferze politycznej stosowany jest przez różnego rodzaju struktury niepaństwowe, organizacje i grupy uczestniczące w konfliktach narodowych, narodowościowych, religijnych i niepodległościowych. Natomiast w sferze praktycznej na korzyść zamachów samobójczych przemawiają argumenty czysto praktyczne. „Zaletą” tego typu zamachów jest możliwość przeprowadzenia ataku w dowolnym miejscu i na dowolny obiekt – okręt, samolot, obiekt wojskowy, placówkę dyplomatyczną, w miejscu publicznym, na polityka itp. Kolejną „zaletą” jest niewielka liczba osób zaangażowanych w spektakularny zamach.

Świadomie idący na śmierć terroryści samobójcy są groźni dla Zachodu i dla krajów islamu, bo to ich obywatele oraz rządy są celami ataków samobójczych. W atakowanych społecznościach ataki te wywołują szczególny skutek, a mianowicie strach. W wyniku tych działań śmierć ponoszą niewinni ludzie – tysiące, setki, dziesiątki czy pojedyncze osoby. Dla bliskich, krewnych, znajomych i pozostałych to ogromny cios. Śmierć nieoczekiwana, nagła niesie za sobą ogromny ból, smutek i nieprzenikniony żal do tego świata, w którym nam przyszło żyć.

Po 2001r., kiedy prowadzona pod egidą USA walka z terroryzmem przyjęła wymiar globalny, wyklucz się jakiegokolwiek ustępstwa wobec terrorystów.

Nasuwa się pytanie: dlaczego tak wiele młodych ludzi: kobiet i mężczyzn decyduje się brać udział w atakach samobójczych. Jakie są przyczyny tego zjawiska, tej postawy zamachowców niosących świadomie śmierć, najczęściej przypadkowym ludziom.

Bardzo częstym motywem działań terrorystów jest chęć odwetu za doznane krzywdy osobiste i wyrządzone – według nich – ich współwyznawcom. Nieżyjąca Anna Politowska w 2003r. napisała: „*Samobójcze ataki terrorystyczne w Rosji w 2002 roku (zamachy terrorystyczne dokonane 23 października na teatr w Moskwie i wysadzenie siedziby władz cywilnych w Groznych 27 grudnia 2002 r.) stały się politycznym krajobrazem konfliktu rosyjsko-czeczeńskiego, który stworzył rząd Rosji*”. Głównym motywem tych ataków była chęć odwetu za krzywdy wyrządzone w Czeczenii przez Rosjan. Czeczeńscy terroryści (terrorystki) mieli obojętny stosunek do islamu i nie łączył ich fanatyzm religijny.

Sprawcami zamachów są, z reguły ludzie młodzi, którzy nie ukończyli 35 lat. Posługują się bardzo często wieloma językami, podróżują po świecie, potrafią komunikować się z ludźmi niezależnie od miejsca pobytu. Duży odsetek, wśród zamachowców stanowią kobiety, które oglądały śmierć swoich najbliższych, straciły środki utrzymania i nie mają warunków do normalnego życia, popadają w depresję. W tej sytuacji powstają u nich wewnętrzne motywy do samobójczej śmierci poprzez odwetowy atak na wroga.

Sprawcą ataku terrorystycznego może być każdy, niezależnie od wieku, wyznania, płci, wykształcenia i środowiska, w jakim wcześniej przebywał. Wewnętrzny motyw czynu samobójczego powstaje w sprawcy wtedy, gdy czuje on głębokie upokorzenie, ma poczucie niesprawiedliwości i niemożliwego do wyrównania poczucia krzywdy, a także, gdy diametralnej zmianie ulega jego sytuacja życiowa.

Terroryzm samobójczy jest zjawiskiem zorganizowanym (grupowym). Sprawca czynu jest na różne sposoby przygotowywany do ataku, a następnie zobowiązany do jego dokonania wobec swojej grupy, systemu społecznego i wspólnego losu. W takich uwarunkowaniach działał on świadomie i w przeświadczeniu, że dokonując ataku samobójczego, oddaje życie narodowi i grupie, która wysłał go na samobójczą śmierć, wyposażając w ładunek wybuchowy i wskazując cel.

W ocenie ekspertów, nie ma skutecznej ochrony przed terrorystami – samobójcami, gdyż jak się wydaje, działają oni irracjonalnie. Jednak sam zamach jest dokładnie przygotowywany, a motyw odwetu na wrogu wyzwala w nich szczególny sposób

racjonalnego myślenia nad zadaniem mu jak największych strat. Tego typu akcje wymagają niewielkiej wiedzy i przygotowania, za to bardzo trudno im zapobiec.

W wyniku powtarzających się zamachów terrorystycznych panika strachu wśród ludzi potęguje się. Ma ona wpływ na ich życie, spędzanie wolnego czasu, podróżowanie. Na stronie internetowej Ministerstwa Spraw Zagranicznych naszego kraju obywatele polscy mogą dowiedzieć się, w jakie rejony świata nie powinni się udawać na urlop ze względu na zagrożenie terrorystyczne. Większość z nich stosuje się do tych zaleceń. Ma to wpływ również na ruch turystyczny w danym „niespokojnym” rejonie świata. Oznacza to najczęściej zubożenie mieszkańców państwa, do którego nie przyjeżdżają turyści. Dla ludzi współczesnych najwyższym dobrem, jak dla poprzednich pokoleń, jest ich życie, dlatego zabezpieczają się na swój sposób, przed jego utratą. Z drugiej strony mamy świadomość, że do końca nie jesteśmy w stanie przewidzieć grożącego nam niebezpieczeństwa.

Wnioski

1. W okresie II wojny światowej ogromna rzesza mieszkańców większości państw Europy poniosła śmierć w niemieckich obozach koncentracyjnych. „Człowiek człowiekowi zgotował ten los” cytując pisarkę Zofię Nałkowską.
2. Przebywając w tych nieludzkich warunkach więźniowie pomagali sobie przeżyć, podejmowali walkę – ruch oporu oraz niektórzy świadomie oddali życie za współwięźniów.
3. Niemcom nie udało się zabić człowieczeństwa więźniów.
4. Sowieckie łagry, w latach 1918-1953 przyniosły śmierć milionom obywateli ZSRR. W wyniku bardzo rozbudowanego systemu represji nie okupant, a komuniści mordowali mieszkańców poszczególnych republik radzieckich.
5. Mieszkańcy obozów pracy starali się przeżyć, mimo wszystko, codziennie podejmowali walkę o życie. Z drugiej strony oprawcy wymyślali kolejne sposoby uśmiercania więźniów.
6. Ci, którzy przeżywali ten koszmar, piekło na Ziemi, podejmowali życie na nowo. Niektórym się to udało: podjęli pracę, funkcjonowali okaleczeni psychicznie, w społeczeństwie radzieckim. Inni nie potrafili się odnaleźć w nowej rzeczywistości, nadal bali się każdego napotkanego człowieka, nie udało się im odciąć od koszmarów łagrów. Często popełniali samobójstwa, na upragnionej wolności.

7. Współczesny świat znów zniewala człowieka poprzez strach, niepewność, które odczuwamy wskutek ataków terrorystycznych. Człowiek, jeżeli ma taką możliwość, zawsze w obliczu grożącej mu śmierci, podejmuje z nią walkę. Jej wynik nie zależy tylko od niego, ale również od czynników zewnętrznych, na które nie zawsze ma wpływ.

Piśmiennictwo

1. Strzelecka I.: Obóz kwarantanny dla mężczyzn więzionych w Brzezince, *Przegl. Lek.* – Oświęcim, 1987, 1, 102-116.
2. Kłodziński S.: Wkład polskiej służby zdrowia w ratowaniu życia więźniów w obozie koncentracyjnym Oświęcim, *Przegl. Lek.*, 1961, 1a.
3. Szweda K.: Pierwszy okres oddziały chorób zakaźnych w obozie oświęcimskim, *Przegl. Lek.*, - Oświęcim, 1972, 1.
4. Iwaszko T.: *Więźniowie*, Warszawa 1984
5. *Ponad ludzką miarę. Wspomnienia operowanych z Ravensbrück.*, Warszawa 1968.
6. Cohen S.F.: *Ocaleni z Gułagu*, Londyn, 2015.
7. Ciesielski S.: *Gułag. Radzieckie obozy koncentracyjne 1918-1953*, Warszawa 2010
8. Majakowski W.: *Wybór wierszy*, Warszawa 1953.
9. Zamorski K., Starzewski S.: *Sprawiedliwość sowiecka*, Warszawa 1994.
10. Wybory po trupach, „Gazeta Wyborcza” z dnia 4.08.2003

Religijność w życiu człowieka chorego - aspekt teoretyczny

Bejda Grzegorz¹, Lewko Jolanta², Kułak-Bejda Agnieszka³, Lankau Agnieszka²

1. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

*Religia to dusza, niezależnie od tego,
czy przystępuje się wówczas do komunii,
czy odbywa pielgrzymkę do Mekki
Hermann Hesse [1]*

Znaczenie łacińskie terminu „*religio*”, za Kościelniak [2,3], już w starożytności było przedmiotem dyskusji, ponieważ:

- Cyceron (106-43) wyprowadzał je ze słowa „*religere*” (oddawać cześć bogom, "odczytywanie" elementu Boskiego)
- Laktancjusz (250-330) - ze słowa „*religare*” (wiązać człowieka z Bogiem)
- św. Augustyn (354-430) – ze słowa „*relegere*” (dokonywać ponownych wyborów, "wybór" – opowiedzenie się za Bogiem)
- św. Tomasz z Akwinu (1225-1274) - uważał jako oddawanie Bogu należnej czci
- Durkheim (1858-1917) - twierdził, że *"religia stanowi jednolity system wierzeń i praktyk, które zespalają w jedną wspólnotę moralną, zwaną Kościołem, tych wszystkich, którzy do niej należą"*.
- Whitehead (1861-1947) - sądził, że religia *„jest wizją czegoś, co znajduje się ponad, poza i wewnątrz strumienia bezpośrednich rzeczy; czegoś, co jest realne i zarazem jeszcze oczekuje realizacji; czegoś, co jest odległą możliwością, a zarazem jest największym z realnych faktów; czegoś, co nadaje sens wszystkiemu, co przemija i wymyka się poznaniu; czegoś, czego posiadanie jest ostatecznym dobrem, a co jest ponad wszelkim zasięgiem; czegoś, co jest ideałem ostatecznym i zarazem jest beznadziejnym poszukiwaniem"*.

Hipokrates (ok. 460-377), za Russo [4], przysłużył się wyrwaniu medycyny z praktyk

magiczno-religijnych. Pisał on, że ludzie w swej „przesądności i niewiedzy często wykazują skłonności do przypisywania chorobom boskiej proveniencji (...), ale jeśli wszystko, czego nie rozumieją, nazywaliby boskim, nie byłoby końca boskim przedmiotom” [4].

Św. Augustyn, za Russel [5] twierdził, że „wszystkie choroby chrześcijan trzeba przypisać owym demonom; głównie ich znęcaniu się nad świeżo ochrzczonej chrześcijanami”.

Tertulian, za Pioreschi [6] utrzymywał, iż ból, wszystkie choroby i śmierć są sprawką agentów Szatana.

Inni myśliciele chrześcijańscy, jak np. Ambroży, Grzegorz z Nazjanzu, Bazyli twierdzili, że niektóre z chorób Bóg zsyła celem oczyszczenia, pouczenia lub pokarania niepokornych [6].

Sagan [7] pisał, że „W średniowieczu medycyna rozwijała się w świecie islamu, podczas gdy w Europie był to mroczny okres. Większość wiedzy o anatomii i chirurgii została utracona. Rozkwitała wiara w modlitwę i cudowne uzdrowienia. Zanikła działalność laickich lekarzy. Powszechnie stosowano modły, cudowne mikstury, horoskopy i amulety. Ograniczono lub całkowicie zakazano sekcji zwłok, co pozbawiło osoby trudniące się medycyną najważniejszego źródła wiedzy o ludzkim ciele. Badania medyczne zamarły”.

W literaturze przedmiotu [8-12], zwraca się uwagę, iż w teologii religijność jest rozumiana jako odpowiedź człowieka na Bożą obecność oraz udzielanie się mu w Jezusie Chrystusie i jest postawą należnej Bogu, głębokiej czci, przejawiającej się w różnego rodzaju aktach kultu, a w naukach filozoficznych - religijność rozpatrywana jest w kategoriach „faktów religijnych”, pojmowanych jako „jakikolwiek akt, stan, czy objaw tego stanu, w którym wyraża się i konstytuuje osobowy stosunek człowieka do rzeczywistości transcendentnej, a zwłaszcza do osobowo rozumianego Boga”.

Według Clarka, za Kuczkowski [13], religia to „wewnętrzne doświadczenie jednostki w kontakcie z Transcendentnym, uwidocznione szczególnie w skutkach tego doświadczenia na zachowanie jednostki, gdy usiłuje ona zharmonizować swe życie z Transcendentnym”, to swoisty wymiar wewnętrzny, podkreślający typowy dla danej religii mistycyzm.

Z kolei Walesy, za Wosińska [14] sądzi, że religia to „osobiste, indywidualne, a jednocześnie pozytywne ustosunkowanie się człowieka do religii”.

Warandasz [15] zwraca uwagę, że psychologia religii mówi o tzw. autopsychoterapeutycznym oddziaływaniu religijności człowieka, ponieważ:

- odpowiada ona na ludzką potrzebę poczucia sensu życia i świata

- pozwala na odnajdywanie wartości wszystkich sytuacji granicznych, doświadczeń egzystencjalnych, które trzeba samemu przeżyć (cierpienie, choroba, śmierć)
- odpowiada na potrzebę bezpieczeństwa
- otwiera perspektywę transcendentną, biologiczną i społeczno-kulturową w patrzeniu na różne zdarzenia w życiu, zwłaszcza te tragiczne
- równoważy/uwalnia poczucie zagrożenia pojawiające się w sytuacji gdy jednostka dostrzega, iż nieodłącznym elementem życia jest niepewność, przemijanie i umieranie
- daje nadzieję na bliską i dalszą przyszłość, pozwalając na zachowanie równowagi psychicznej.

Bez względu na to, jak byśmy religii/religijności nie definiowali, w większości z nich zdrowie postrzegane jest jako dar od Boga, najwyższą wartość, o którą należy walczyć i troszczyć się [16].

W piśmiennictwie [13,14,17,18] zwraca się uwagę, że religijność podlega przemianom w procesie ontogenezy i wyróżnia się kilka stadiów rozwoju religijnego:

- *areligijne (1. rok życia)* - brak w nim przejawów religijności, jedynie ewentualne naśladowanie gestów religijnych, które nie mają znaczenia religijnego
- *początków religijności (2.–3. rok życia)* - okres, w którym już może pojawiać się zainteresowanie praktykami religijnymi rodziców, można już włączać treści religijne do tematyki zabaw dziecka, a dzieci zaczynają odmawiać pierwsze modlitwy, z reguły związane z ich potrzebami i troskami
- *religijności magicznej (4.–7. rok życia)* - w tym okresie dzieci stają się wrażliwe na treści religijne, jednakże jeszcze nie zmienia się charakter ich modlitw
- *religijności autorytarno-moralnej (8.–12. rok życia)* - okres uzależnienia religijności od autorytetów (najczęściej rodziców)
- *kształtowania się religijności autonomicznej (13.–17. rok życia)* - gdy wyobrażenie Boga przybiera formę uduchowioną, a stosunek do niego podlega indywidualizacji
- *kształtowania się religijności autentycznej (18.–25. rok życia)* - kiedy kształtuje się światopogląd oraz postawy religijne jednostki i kiedy z jednej strony odnotowuje się najwięcej przypadków odejścia od religii, a z drugiej dochodzi do ukształtowania osobistego, stabilnego stosunku do Boga, ponieważ praktyki religijne są realizowane przez jednostki nie pod wpływem autorytetów, ale z powodu ich własnych przekonań
- *stabilności religijnej (25.–40. rok życia)* - gdy wypełnianie licznych zadań rozwojowych powoduje, że przeciętny poziom religijności ulega obniżeniu

- *dojrzałości religijnej (40.–60./70. rok życia)* - kiedy dochodzi do pogłębiania życia religijnego jednostki i nadawanie mu cech stabilizacji
- *religijności eschatologicznej (powyżej 60./70. roku życia)* - gdy obserwuje się zarówno spadek nasilenia, jak i wzrost religijności

W literaturze fachowej [19,20] zwraca się także uwagę, że religijności nie różnią się tylko odniesieniem do kultury, istoty samej religii, w tym w podejściu do zdrowia, choroby, ale także ma elementy indywidualizmu zależne od samej jednostki, która tej religii doświadcza.

Allport i Ross [21] wyróżniają dwa typy religijności/orientacje religijne:

- *wewnętrzna* - gdy jednostka praktykuje religię dla niej samej, przekładając ją na wszystkie inne sfery życia, wykazuje słabszą tendencją do uprzedzeń, niższy poziom dogmatyzmu i impulsywności, słabszy lęk przed śmiercią, wyższy poziom satysfakcji życiowej oraz częstsze podejmowanie zachowań prospołecznych
- *zewnętrzna* - gdy religia służy jednostce do realizacji własnych celów i ceni ona więzi społeczne występujące w jej wspólnotcie religijnej, przywiązuje wagę do prestiżu społecznego i poczucia bezpieczeństwa dostarczanego przez religię, wykazuje powierzchowny stosunek do wyznawanej religii i nastawienie na zaspokojenie wielu swych potrzeb pozareligijnych (np. szacunku, bezpieczeństwa, przynależności, akceptacji, i in.).

Batson, za Kasik [22], doszedł do wniosku, że religijność jest o wiele bardziej, niż proponują Allport i Ross, złożona oraz wielowymiarowa i wydziela religijność:

- *zewnętrzna* - orientacja na religię jako środek, traktującą religię jako sposób realizacji swych innych potrzeb, np. bezpieczeństwa, bliskości innych ludzi itp.
- *wewnętrzna* - ukierunkowanie na religię jako na cel, wszelka aktywność jednostki posiadającej taką orientację znajduje odzwierciedlenie w nacisku na ortodoksję religijną i cechuje się uwewnętrznieniem jej wartości
- *pytającą (interakcyjną)*, charakteryzującą się pozytywnym stosunkiem do religii, jednakże nacechowanym poszukiwaniem, otwartością i nieortodoksyjnością, a jej istotą jest wysiłek w kierunku poszukiwania rozwiązań zaistniałych problemów egzystencjalnych, które wynikają z dramatów życiowych.

Badania Groma [20] wykazały, że „można przekonująco żyć wiarą i jednocześnie jej używać”, ponieważ obie orientacje religijne (wewnętrzna i zewnętrzna) nie wykluczają się wzajemnie.

Stark i Glock [23] określili pięć wymiarów religijności:

- *ideologiczny* - określający stopień akceptacji przez jednostkę wyznawanej religii i głównych twierdzeń postulowanych przez daną religię
- *rytualistyczny* - dotyczący realizowanych przez jednostkę rytuałów religijnych (np. częstość, długość trwania modlitwy, udziału w nabożeństwach itp.)
- *doświadczenia religijnego* - związany z obecnością i/lub częstością doświadczeń o charakterze religijnym (np. poczucie obecności Boga, bycia nagradzonym i/lub karany przez Boga za pewne czyny itp.).
- *wiedzy religijnej* – dotyczący znajomości zasad danej religii, poziomu wiedzy jednostki na jej temat
- *konsekwencji świeckich* - dotyczący poziomu zobowiązań etycznych, jakie wynikają z religii oraz efektów psychologicznych będących konsekwencją ich realizowania.

W literaturze przedmiotu [10,14, 20-39] podkreśla się, że religia może pełnić dużą rolę w procesie radzenia sobie z chorobą.

Libiszowska-Żółtkowska [31] uważa, że religia spełnia wobec zdrowia wiele funkcji, takich jak:

- *eksplikacyjna i sensotwórcza* - objaśniająca i nadająca znaczeń zdrowiu, chorobie i śmierci, w kontekście sensu życia i idei boga zdefiniowanego religijnie
- *normatywna i kontrolna* - sankcjonująca, systemem nakazów i zakazów, indywidualne oraz społeczne zachowania wobec zdrowia, choroby i śmierci oraz wyznaczająca granice medycznym eksperymentom, np. w dziedzinie genetyki i zapłodnienia pozaustrojowego
- *opiekuńcza i charytatywna* – świadczona chorym, z pobudek religijnych, przez zgromadzenia zakonne, osoby świeckie i instytucje dobroczynne
- *terapeutyczna* - duchowe wspieranie przez kapłana oraz wspólnotę wyznaniową
- *uzdrowieńcza* - przywracanie zdrowia mocą praktyk religijnych (zwłaszcza modlitwy), sakramentów, relikwii, pielgrzymek do miejsc świętych, wstawiennictwa Maryi i świętych oraz uzdrowicieli charyzmatycznych.

Z kolei Field [40], w zależności od uwarunkowań kulturowych, rozróżnia pięć rodzajów reakcji na chorobę: religijną, magiczną, opiekuńczo-pielęgnacyjną i medyczną (instrumentalną).

Zdaniem Flannelly i wsp. [41] oraz Kinney i wsp. [42] osoby o wyższej religijności są prawdopodobnie bardziej skłonne do zachowań prozdrowotnych, tj. niepalenie, abstynencja alkoholowa itp..

W piśmiennictwie [10,25-30,39,43,44,45] zwraca się uwagę, iż religijność i koncentracja na wartościach duchowych wpływa zarówno na zdrowie psychiczne, jak i fizyczne, przejawem czego jest np. pozytywny wpływ szeroko rozumianej religijności na choroby, takie jak np. nadciśnienie tętnicze, nowotwory, a także na długość życia. Przekonania, praktyki i różnice religijne wpływają nie tylko na preferowane strategie radzenia sobie z chorobą (przebieg diagnostyki i terapii), ale także na wzajemne relacje pacjent-zespół terapeutyczny, rodzina pacjenta-zespół terapeutyczny oraz pacjent-jego rodzina.

Podkreślić jednakże należy, iż nie każdy rodzaj religijności może wywołać pozytywny efekt. Janiszewska i Lichodziejewska-Niemierko [10] zwracają uwagę, iż w ostatnich latach opublikowano prace podnoszące problem niewłaściwego oddziaływania religii na zdrowie człowieka (psychiczne i somatyczne) i ukazujące różne typy radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, wykorzystując religijne sposoby, tj.: pasywny styl radzenia sobie (jednostka w dużej mierze poddaje się, rezygnuje z walki lub odpowiedzialności za problemy), poczucie opuszczenia przez Boga, wiara, że osobiste problemy są odbiciem Bożego osądu lub kary oraz uczucie złości do Boga.

Na przestrzeni wieków medycyna i religia spletały się niejednokrotnie [24,32], społeczeństwa pierwotne postrzegały rzeczywistość przede wszystkim w wymiarze religijnym i przydawały wyobrażeniom religijnym swoistych znaczeń oraz wykorzystywały je celem interpretacji sensu zaistniałych zdarzeń. Usuwaniu chorób i oddalaniu nieszczęść miały służyć obrzędy magiczne, które w konsekwencji miały zapewniały zdrowie i powodzenie. Szamani, a potem kapłani w cywilizacjach starożytnych, byli pierwszymi "lekarzami", którzy stosowali nie tylko środki kojące ból fizyczny, ale także wykonywali zabiegi terapeutyczne dające ukojenie psychiczne [24,32].

Patryn i wsp. [33] zwracają uwagę na fakt, że przekonania religijne często mają wpływ na decyzję zarówno lekarza, jak i pacjenta.

W Stanach Zjednoczonych na uniwersytetach studenci medycyny mają wykłady i seminaria na temat „wiara i zdrowie psychiczne” lub „religia i zdrowie”, a przyszli lekarze przechodzą specjalistyczne treningi, które mają ich uwrażliwić na duchowe potrzeby pacjentów [24].

Foley, za Szentmártoni [46], na podstawie prowadzonych badań stworzył typologię postaw wobec własnego cierpienia, odwołujących się do różnych obrazów Boga w religijności człowieka, takich jak postawa:

- *ukaranego* – fałszywy obraz Boga prowadzący do interpretacji cierpienia w kategoriach kary i winy
- *poddanego próbie* – poczucie braku wdzięczności wobec Boga powoduje, że chory cierpienie traktuje jako próbę swojej wierności
- *nieszczęśliwego* – wynikająca z fałszywego obrazu Boga, o ograniczonych możliwościach, nie mającego kontroli nad złem
- *uległości wobec praw natury* – chory nie obarcza Boga winą za cierpienie, jednakże może mieć wątpliwości odnośnie Jego dobroci i wszechmocy
- *rezygnacji wobec „woli Bożej”* – wyraz fatalistycznej wizji życia, sadystycznego obrazu Boga
- *akceptacji ludzkiego losu* – nadzieja na koniec cierpienia oraz zaufanie do Boga, prowadzące do przyjęcia cierpienia jako nieuchronnej konsekwencji życia
- *osobowego wzrostu* – traktowanie choroby, jako środka do osobowego wzrostu, ale nieakceptowanie cierpienia i poczucie urazy względem Boga
- *defensywna* – zaprzeczanie swojej chorobie, nadmiernie uruchamianie mechanizmów obronnych, takich jak: reakcje histeryczne, odrzucenie, izolacja, tłumienie, skrzywiona percepcja
- *minimalizowania* – wiążąca się z wdzięcznością dla Bożej opatrzności, która ustrzegła przed czymś gorszym, ale jednocześnie postrzeganie Boga, jako nieprzewidywalnego w wyborze
- *Bożej perspektywy* – przyjmująca cierpienie jako doświadczenie niewytłumaczalne, któremu Bóg może nadać sens;
- *odkupieńcza* – dotycząca osób posiadających chrystocentryczną duchowość, budząca nadzieję na duchowe korzyści ze zjednoczenia swojego cierpienia z Chrystusowym, a która może przybierać różne formy, takie jak:
 - ofiarowanie
 - jednoczenie
 - uczestniczenie
 - altruizm
 - poświęcenie

- pokuta
- wynagradzanie
- wstawiennictwo

Holmstrom [34] jest przekonany, że człowiek wierzący w możliwość boskiej ingerencji w naturalny bieg różnych życiowych zdarzeń, w tym choroby, swoimi zachowaniami (często irracjonalnymi z punktu widzenia nauki), może nie poddać się chorobie i własnej bezradności, zmobilizować swoje siły do pozytywnego myślenia, a wiara staje się dla niego ewidentną siłą psychiczną, dającą mu poczucie bezpieczeństwa, zwiększającą ufność i przekonanie o tym, że wszystkie niepowodzenia go ominą. Niebezpieczeństwo jednak istnieje w tym, aby wierząc w wszechstronną boską pomoc, w sytuacji choroby człowiek nie zaprzestał zamiast szukać pomocy u lekarzy, najpierw lub nawet wyłącznie, modlić się do Boga [34].

Ojciec Serafino Falvo [35] uważa, że aby uzdrowienie mogło nastąpić za sprawą modlitwy, chory musi spełnić pięć warunków:

- pragnąć uzdrowienia
- prosić Jezusa o uzdrowienie
- prosić o to z wiarą
- modlić się z łagodnością i pogodą ducha, a nie wśród łez i jęków
- usunąć wszelkie przeszkody blokujące Bożą interwencję (przez spowiedź i akt pokuty oczyścić się z grzechów).

Natomiast współuczestniczący w modlitwie, za Falvo [35], powinni:

- odpowiednio się do niej przygotować
- prosić Ducha Świętego o dar
- przygotować chorego
- nałożyć ręce na chorego
- modlić się prostymi i spontanicznie nasuwającymi się słowami
- modlić się z pogodą ducha.

Efekty uzdrowienia, jak zaznacza Falvo [35], mogą być natychmiastowe, wystąpić dopiero w późniejszym okresie, ale mogą i nie pojawić się żadne oznaki uzdrowienia. Przyczyn braku efektów uzdrowienia może być wiele, a wśród nich, takie jak:

- brak należytej wiary
- życie w grzechu
- postawienie fałszywej diagnozy

- modlenie się niewłaściwych osób
- opętanie przez złego ducha, jako przyczyna chorób.

W Polsce ruch uzdrowicielski został zapoczątkowany w roku 1972, przez Clive Harrisa, który „przełamał monopol naukowej medycyny i otworzył polskie parafie na działalność uzdrowicielską” [cyt. za 36]. Potem, w latach 90-tych kontynuował to dominikanin ojciec Tardif [37].

Tardif [37] podkreśla, że charyzmatycy religijni są „narzędziem w ręku Boga, przez nich Bóg objawia swoją łaskę” i dlatego uzdrowienie ma nie tylko wymiar duchowej ekspiacji, religijnego pobudzenia wiary, oczyszczenia z grzechów, ale także zawierzenia Bogu. Według charyzmatyków, różnica między lekarzem a uzdrowicielem polega na tym, że lekarze leczą (mają pewną wiedzę i umiejętność), a uzdrowiciel – uzdrawia (odwołując się do wiary i rytuału).

Doktor [38] zwraca uwagę na fakt, że u wyznawców niektórych systemów religijnych występuje zależność pomiędzy poziomem ich religijności, a stanem ich zdrowia, a jej siła wzrasta wraz z wiekiem, czasem z całkowitą lub częściową utratą zdrowia. Zależy od zasad religii, płci, stanu cywilnego i charakteru związku, a także od treści wierzeń religijnych, indywidualnych cech osobowych, kryteriów kulturowo-społecznych, środowiskowych i uwarunkowań genetycznych [24,31,38,47].

Sloan [48] wykazali, że 79% badanych przez nich pacjentów było przekonanych o tym, że w wyzdrowieniu pomaga wiara, a 63% - że lekarze powinni rozmawiać z pacjentami o przeżyciach natury religijnej.

King i Bushwick [49], w ramach prowadzonego przez nich projektu badawczego wykazali, że wielu pacjentów wyraziło pozytywne postawy wobec lekarza i jego zaangażowania w sprawy duchowe. 77% stwierdziło, że lekarz powinien rozważyć potrzeby duchowe pacjentów, 37% chciało częściej rozmawiać ze swoimi lekarzami o przekonaniach religijnych, a 48% widziało potrzebę modlenia się z nimi lekarzy. Aż 68% stwierdziło, że ich lekarz nigdy wcześniej nie rozmawiał z nimi o ich przekonaniach religijnych [21].

W piśmiennictwie [25-29,32,50] zwraca się uwagę, że ważnym czynnikiem wpływającym na jakość relacji zachodzącej pomiędzy chorym a pracownikami ochrony zdrowia, wydaje się być wiedza na temat religijności pacjenta oraz możliwość wystąpienia konfliktu między religijnymi przekonaniem pacjenta a zaleceniami lekarskimi, opartymi na osiągnięciach nauki.

Koenig [26] przeprowadził badania w grupie 337 pacjentów trzech oddziałów: internistycznego, kardiologicznego oraz neurologicznego i wykazał, że aż 90% badanych wykorzystywało religię, jako sposób radzenia sobie z chorobą, a dla 40% religia była ważnym czynnikiem dającym im nadzieję na walkę z chorobą. 60% chorych stwierdziło, że ich przekonania religijne mają istotny wpływ na ich proces podejmowania decyzji dotyczących zalecanej terapii [26].

Proces chorobowy może również spowodować rozwój różnych rozterek duchowych („Dlaczego to mnie dopadła choroba?”, „Czy moja choroba to kara za moje grzechy?” „Czy Bóg o mnie zapomniał?”, „Czy Bogu na mnie nie zależy?”), niekorzystnych z punktu widzenia zdrowia pacjenta, ponieważ w tej grupie pacjentów stwierdzono, niezależnie od stanu zdrowia psychicznego i fizycznego, znaczny wzrost śmiertelności [26].

Udowodniono [25-30], że religijność jest dodatnio skorelowana z poziomem depresyjności (wyższy poziom religijności współwystępuje z niższym poziomem depresyjności) oraz otrzymywanego wsparcia społecznego, a to z kolei skutkuje lepszym przestrzeganiem zaleceń lekarskich oraz większą motywację do kontynuowania terapii i walki o wyzdrowienie.

Podsumowując, jak słusznie zauważa Niebrój [51], coraz większego znaczenia nabiera problem poszanowania decyzji dotyczących diagnostyki, terapii, profilaktyki, które są motywowane przekonaniem religijnym decyzji pacjenta. Autor [51] dostrzega dwa podstawowe czynniki skłaniające do zauważania powyższego problemu - po pierwsze globalizację, prowadzącą do coraz częstszych spotkań między przedstawicielami różnorodnych tradycji kulturowych (religijnych), tendencji do tworzenia się społeczności wielokulturowych, a po drugie - zasadę poszanowania autonomii pacjenta, nakazującą branie pod uwagę wartości uznawanych przez pacjenta, w tym jego przekonania religijne, przy podejmowaniu jakichkolwiek decyzji dotyczących chorego.

Wojtyna, lekarz i psycholog, certyfikowany terapeuta Simonton Cancer, twierdzi, że „Pacjent przeżywa chorobę w każdej sferze: w cielesnej jak najbardziej, ale choroba dotyka także jego psychiki i sfery egzystencjalnej, duchowej (.....) O ile medycyna skupia się głównie na leczeniu choroby ciała, o tyle dla pacjenta często dużo ważniejsze jest cierpienie duszy – strach, złość, żal, rozpacz, uczucia, które nie pozwalają mu walczyć. Od tego, ile ma energii na walkę, zależy powodzenie na drodze do wyzdrowienia” [cyt. za 52].

Podsumowanie

*Ból jest mistrzem wtajemniczenia religijnego.
Cierpienie żłobi nam duszę: krzesze w niej iskry boskie.
Adam Mickiewicz [53]*

W literaturze przedmiotu [54,55] podkreśla się, że duchowość/religijność jest traktowana jako swoisty fenomen zinstytucjonalizowany i społeczny, w którego zlokalizowanym centrum jest transcendencja, rozumiana jako dążenie do związku z czymś/kimś przerastającym własne *ja*, ale niekoniecznie z Bogiem.

Z kolei Paloutzian i Park [56] ukazują związki religijności i sensu życia w kategoriach systemu znaczeń, które podkreśla, że religia – jako system wierzeń i przekonań – w dużym stopniu koncentruje się na wyjaśnianiu i dostarczaniu zrozumienia świata zewnętrznego oraz wydarzeń zachodzących w życiu jednostki.

Hood i wsp. [57] twierdzą, że „*Kiedy kierujemy się w stronę religii, koncentrujemy się na wyraźnych czynnikach poznawczych (higher-level cognitions) i możliwości zrozumienia siebie samych oraz naszych relacji do innych ludzi i świata. Wynikiem tego procesu jest sens – poznawcze znaczenie sensorycznej i percepcyjnej stymulacji oraz docierających do nas informacji*”.

Przekonania i wierzenia religijne, w przekonaniu Kroka [58-62] dostarczają jednostkom nie tylko możliwości zrozumienia wydarzeń zachodzących w ich życiu, a także, a może i przede wszystkim, zbudowania spójnej, logicznej wizji świata i tworzenie oraz nadawanie znaczenia różnym wymiarom życia. Zdaniem autora [58-62] dwoma głównymi wymiarami religijnego systemu znaczeń są: sens religijny, dostarczający możliwości interpretacji życia w kategoriach sensu i celu oraz orientacja, umożliwiająca jednostce zrozumienie własnego życia oraz świata.

Wspólną płaszczyzną dla duchowości i religijności oraz medycyny, zdaniem Barnes, za Ramonetta [63], jest cierpienie.

Podobną opinię wyraził Geertz [cyt. za 63] sugerując, że ponadkulturową rolą religii, jest czynienie cierpienia bardziej znośnym.

Zauważa się także [64,65,66], że duchowość/religijność pomaga jednostce, która doświadczyła jakiejś traumy w uporaniu się z jej negatywnymi konsekwencjami. Jest także traktowana, jako zasób, który sprzyja pojawieniu się pozytywnych zmian potraumatycznych,

co np. może wynikać ze skłonności osób religijnych do nadawania znaczenia i sensu doświadczanym zdarzeniom oraz ich większej świadomości egzystencjalnej.

Duchowość staje się swoistym zasobem, który pomaga w przewyciężeniu fizycznego i psychicznego kryzysu, przyczynia się do obniżenia poziomu stresu, lęku i depresji, podnosi jakość życia i ułatwia przystosowanie się do choroby i wynikających z niej ograniczeń [67-70].

Koenig i wsp. [25] podkreślają, iż osoby, które są silnie zaangażowane religijnie, lepiej radzą sobie także ze zmianami w wyglądzie fizycznym, ponieważ zarówno ich poczucie własnej wartości oraz dobrostanu nie są powiązane tylko z warunkami fizycznymi. Zauważył również [30], że religijność i duchowość odgrywają ważne funkcje w ludzkich doświadczeniach dobrostanu psychicznego i szczęścia, a po dokonaniu metaanalizy dostępnych prac z tej tematyki stwierdził, że w 79% badań wykazano statystycznie istotne dodatnie związki między czynnikami religijnymi, duchowymi a dobrostanem psychicznym.

Badania Kroka [59] wskazują na powiązania pomiędzy religijnością, poczuciem sensu życia oraz dobrostanem psychicznym i pozwalają na stwierdzenie, że zbiorowości osób zdrowych, system religijnych znaczeń korelował dodatnio z posiadaniem sensu życia oraz dobrostanem psychicznym.

Adams [71] jest przekonany, że kontekst życia religijnego nadaje życiu specyficzne rozumienie i znaczenie, a perspektywa wiary stwarza możliwość przeżywania np. straty, nie tylko z punktu widzenia własnej sytuacji życiowej, ale także zbliża ludzi w społecznościach religijnych, gdzie mogą doświadczyć opieki oraz wsparcia.

W literaturze przedmiotu [15,72] zwraca się także uwagę, iż religijność wpływa na poziom satysfakcji z życia, a u osób mających silne przekonania religijne stwierdza się wyższy stopień zadowolenia z życia, mniej negatywnych psychospołecznych konsekwencji traumatycznych wydarzeń życiowych oraz większe poczucie szczęścia.

Preferowanie wartości religijnych stwarza możliwość poczucia istnienia jakiejś siły wyższej, uzyskania swoistego (duchowego) wsparcia, wytyczenia sobie nowych celów życiowych oraz umiejętność alternatywnych interpretacji obecnej sytuacji życiowej [67-70].

Jak twierdzi bowiem Monteskiusz [73] „*Religia, która zdaje się tylko do przyszłego żywota odnosić, już na tym świecie uszczęśliwia człowieka*”.

Piśmiennictwo

1. <https://cytaty.eu/motyw/religia-2.html>, data pobrania 2.06.2017.

2. Kościelniak K.: Chrześcijaństwo w spotkaniu z religiami świata, Wyd. M., Kraków, 2012.
3. Kościelniak K.: Religie współczesnego Bliskiego i Dalekiego Wschodu (cz.1). Złożony obraz zjawiska religii, Wyd. M., Kraków, 2014.
4. Russo L.: Zapomniana rewolucja. Grecka myśl naukowa a nauka nowoczesna, Universitas, Kraków, 2005.
5. Russell B.: Religia i nauka, tłum. B. Stanosz, Instytut Wydawniczy Książka i Prasa, Warszawa, 2011.
6. Prioreshi P., A History of Medicine, Horatius Pr; 2 edition, 2002.
7. Sagan C.: Świat nawiedzany przez demony. Nauka jako światło w mroku, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań, 1999.
8. Holland J.C., Passik S., Kash K.M i wsp.: The role of religious and spiritual belief in coping with malignant melanoma. *Psychooncology*, 1999, 8, 14-26.
9. Usowicz A.: Człowiek religijny, *Roczniki Filozoficzne*, 1949-1950, 2-3, 4.
10. Janiszewska J., Lichodziejewska-Niemierko M.: Znaczenie religijności w życiu człowieka chorego, *Pol. Merk. Lek.*, 2006, 21, 197-200.
11. Olejnik S.: Teologia moralna, Wyd. PWN, Warszawa, 1991.
12. Zdybicka Z.J.: Człowiek i religia, Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, Lublin, 2006.
13. Kuczkowski S.: Psychologia religii, Wyd. WAM, Kraków, 1993.
14. Wosińska W.: Psychologia życia społecznego, GWP, Gdańsk, 2004.
15. Wandrasz M.: Religijność a postawa wobec chorób, RW KUL. Lublin, 1998.
16. Libiszowska-Żółtkowska M.: W trosce o zdrowie [w:] Nowe ruchy religijne w zwierciadle socjologii, Libiszowska-Żółtkowska M. (red.), Wyd. UMCS, Lublin, 2001, 139-155.
17. Domagała H., Grzymała-Moszczyńska H., Socha P.: Psychologia religii, Wyd. UJ, Kraków, 1984.
18. Walesa Cz.: Psychologiczna analiza rozwoju religijności człowieka ze szczególnym uwzględnieniem pierwszych okresów jego ontogenezy, [w:] Psychologia religii, pod red. Z. Chlewiński, TN KUL, Lublin, 1982, 143-180
19. Aleksandrowicz J.: W poszukiwaniu definicji zdrowia, *Studia Filozoficzne*, 1972, 9, 82, 79-83.
20. Grom B.: Psychologia religii, Wyd. WAM, Kraków, 2009.

21. Allport G.W., Ross J.M.: Personal religious orientation and prejudice, *J. Per. Soc. Psychol.*, 1967, 5, 432–443.
22. Kasik M. Ks.: Rreligijność a osobowość. Typy postaw religijnych a obraz siebie, *Studia Włocławskie*, 1998, 1, 229-246.
23. Stark R., Glock Ch. Y.: *American Piety, Patterns of Religious Commitment*, University of California Press, Berkeley/Los Angeles, 1998.
24. Libiszowska-Żółtkowska M.: Religijność a zdrowie [w:] *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.), Wyd. PZWL, 2010, 148-156.
25. Koenig H.G., George L.K., Titus P.: Religion, Spirituality, and Health in Medically III Hospitalized Older Patients, *J. Am. Ger. Soc.*, 2004, 52, 554-562.
26. Koenig H.G.: Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice, *South. Med. J.*, 2004, 97, 1194–1200.
27. Koenig H.G.: *Spirituality in patient care: why, how, when, and what*, Templeton Foundation Press, 2002.
28. Koenig H. G., George L. K., Peterson B. L.: Religiosity and remission of depression in medically ill older patients, *J. Am. Psych.*, 1998, 155, 536-542.
29. Koenig H.G., Idler E., Kasl S., i wsp.: Religion, spirituality, and medicine: a rebuttal to skeptics, *Int. J. Psychiatry Med.*, 1999, 29, 123-131.
30. Koenig H.G.: Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications, *International Scholarly Research Notices in Psychiatry*, 2012, 1, 1-33
31. Libiszowska-Żółtkowska M.: Religia w trosce o zdrowie. Wybrane zagadnienia z pogranicza socjologii medycyny i socjologii religii [w:] *Szkice z socjologii medycyny*, Libiszowska-Żółtkowska M., Ogryzko-Wiewiórowska M., Piątkowski W. (red.), Wyd. UMCS, Lublin, 1998, 39-62.
32. Muszalik M., Grabowska M., Kędziora-Kornatowska K.: Znaczenie przekonań religijnych w opiece zdrowotnej [w:] *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.), PZWL, 2010, 157-164.
33. Patryn R., Pawlikowski J., Sak J., i wsp.: Wpływ przekonań religijnych na decyzje terapeutyczne w opinii studentów medycyny, *Ann. UMCS Sect. A*, Lublin, 2005, 60, 241-244.

34. Holmstrom J.: Kiedy modlitwa jest wysłuchana. Opowieści o cudownych uzdrowieniach, Wyd. Inny Świat, Bydgoszcz, 1997.
35. Falvo S.: Przebudzenie charyzmatyków, Wyd. Ośrodek w Duchu Świętym, Łódź, 1995.
36. Piątkowski W.: Spotkanie z inną medycyną, Wyd. Lubelskie, Lublin, 1990.
37. Tardif E.: Jezus żyje, Wyd. Ottonianum, Szczecin, 1995.
38. Doktor T.: Pomiędzy medycyną a religią. Ruchy religijne i parareligijne w profilaktyce i terapii uzależnień, Wyd. Pusty Obłok, Warszawa, 1994.
39. Janiszewska J.: Wpływ postawy religijnej na poziom lęku u pacjentek z guzem sutka w różnych etapach choroby nowotworowej, *Adv. Clin. Exp. Med.*, 2001, 10, suppl. 1, 119-124
40. Field M.G.: System zdrowia a system społeczny [w:] *Socjologia a zdrowie*. Sokołowska M. (red.), Wyd. PWN, Warszawa, 1976, 133-154.
41. Flannelly K.J, Ellison C.G., Strock A.L.: Methodologic Issues in Research on Religion and Health, *South. Med. J.*, 2004, 97, 1231-1241.
42. Kinney A.Y., Bloor L.E., Dudley W.N., i wsp.: Roles of Religious Involvement and Social Support in the Risk of Colon Cancer among Blacks and Whites, *Am. J. Epidemiol.*, 2003, 158, 1097-1107.
43. Francis L.J., Robbins M., Lewis C.A., i wsp.: Religiosity and general health among undergraduate students: a response to O'Connor, Cobb, and O'Connor, *Pers. Individ. Differ.*, 2004, 37, 485-494.
44. Levin J.S., Markides K.S.: Religion and health in Mexican Americans, *J. Relig. Health*, 1985, 26, 9–36.
45. Sak J.: Złożoność i różnorodność pojęć choroby, *Studia metodologiczne*, 2013, 30, 13-39.
46. Szentmártoni M.: *Psychologia pastoralna*, Wyd. WAM, Kraków, 1995.
47. Libiszowska-Żółtkowska M.: W trosce o zdrowie [w:] *Nowe ruchy religijne w zwierciadle socjologii*, Libiszowska-Żółtkowska M. (red.), Wyd. UMCS, Lublin, 2001, 139-155.
48. Sloan R. P., Bagiella E., Powell T.: Religion, spirituality, and medicine, *The Lancet*, 1999, 353, 664–667.
49. King D.E., Bushwick B.: Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer, *J. Fam. Practice*, 1994, 39,4,349-352.

50. Hall D. E.: When clinical medicine collides with religion, *The Lancet*, 2003, 326, 28–29.
51. Niebrój L.: Znaczenie przekonań religijnych w opiece zdrowotnej : pomiędzy bezużyteczną terapią a odmową skutecznego leczenia, *Materiały International Conference: "Advances in Pneumonology" and International Satellite Meeting: "Psychosomatics"*, Opole, 25-27.05.2006.
52. Mazurowska R.: *Oswoić strach*, Wyd. Ozon, 2005, 22, 47-48
53. <https://cytaty.eu/motyw/religia-2.html>, data pobrania 23.04.2017
54. Heszen I.: Duchowość i jej rola w radzeniu sobie ze stresem [w:] *Człowiek i dzieło*, Suchocka L, Sztembis R. (red.), Wyd. KUL, Lublin, 2010, 215-223.
55. Heszen N.: *Psychologia stresu*, Wyd. PWN, Warszawa, 2013.
56. Paloutzian R.F., Park C.L.: Recent progress and core issues in the science of the psychology of religion and spirituality [in:] *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, Paloutzian R.F., Park C.L. (red.), New York, Guilford Press, 2013, 3-22.
57. Hood R.W., Hill P.C., Spilka B.: *The psychology of religion: an empirical approach*, Guilford Press, New York, 2009.
58. Krok D.: Religijny system znaczeń i poczucie sensu życia jako predykatory eudajmonistycznego dobrostanu psychicznego u osób chorych na nowotwór, *Studia Psychologica*, 2014, 14,2, 25-40.
59. Krok D.: *Religijność a jakość życia w perspektywie mediatorów psychospołecznych*, Redakcja Wydawnictw WT UO, Opole, 2009.
60. Krok D., Rock K.: Religijne style poznawcze a radzenie sobie ze stresem u osób chorych na nowotwór [w:] *Człowiek chory w rodzinie. Analiza problemów i formy pomocy*, Dzierżanowska-Peszko J. (red.), Redakcja Wydawnictw WT UO, Opole, 2010, 195-217
61. Hofmann B.: On the triad disease, illness and sickness, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 2002, 27, 6, 651-673.
62. Krok D.: Poczucie sensu życia a dobrostan psychiczny, *Psychologia Jakości Życia*, 2011, 10, 2, 95-115.
63. Ramonetta LM, Sills D.: Spirituality in gynecological oncology: a review, *Int. J. Gynecol. Cancer*, 2004, 14, 183-201.
64. Ogińska-Bulik N.: Rola duchowości w rozwoju po traumie u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi, *Psychiatr. Psychoter.*, 2014, 10, 3, 3-16.

65. Ai A., Hall D., Pargament K., i wsp.: Posttraumatic growth in patients who survived cardiac surgery: the predictive and mediating roles of faith-based factors, *J. Behav. Med.*, 2013, 36, 2, 186-198.
66. Danhauer S.C., Case L.D., Tedeschi R., i wsp.: Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer, *Psychooncology*, 2013, 22, 12, 2676-2683.
67. Meraviglia M.G.M.: The effect of spirituality on well-being of people with lung cancer, *Oncol. Nurs. Forum*, 2004, 31, 89-94.
68. Laubmeier K.K., Zakowski S.G., Bair J.P.: The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: A test of the transactional model of stress and coping, *J. Behav. Med.*, 2004, 11, 48-55.
69. Cummings S.M., Neff J.A., Husaini B.A.: Functional impairment as a predictor of depressive symptomatology: The role of race, religiosity and social support, *Soc. Work Health Care*, 2003, 28, 23-32.
70. Parker M., Roff L. L., Klemmack D. L., i wsp.: Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults, *Aging Ment. Health*, 2003, 7, 390-397.
71. Adams D.: Nasza duchowość i określenie sposobu w jaki rozpoznajemy potrzeby duchowe [w:] Człowiek nieuleczalnie chory. Block B.L., Otrębski W. (red.), WNS, Lublin, 1997, 64
72. Pargament K.I.: Of means and ends: Religion and the search for significance, *The International Journal for the Psychology of Religion*, 1992, 2, 201-229
73. <https://cytaty.eu/motyw/religia-3.html>, data pobrania 5.04.2017

Religijność a deklarowane zachowania prozdrowotne

Bejda Grzegorz¹, Lewko Jolanta², Kułak-Bejda Agnieszka³, Lankau Agnieszka²

1. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Rola religii w życiu codziennym chorych

*Nie myślmy, że modlitwa jest tylko mówieniem do Boga.
Modlitwa jest bardzo często nadśłuchiwaniem,
co Bóg mówi do nas
Stefan Wyszyński [1]*

Chlewiński [2] stworzył katalog funkcji religijności w osobowości człowieka i zaliczył do niego:

- sens życia – religia wyjaśnia sens i cel życia, obraz świata, umożliwia zrealizowanie potrzeby transcendencji, pozwala interpretować życie, cierpienie, śmierć i inne sytuacje egzystencjalne (zwłaszcza graniczne), jako wartościowe dla człowieka i społeczeństwa
- system wartości – religia stając się systemem wartości, organizuje i hierarchizuje wartości przyjmowane przez człowieka, dostarcza kryteriów wyboru właściwych alternatyw postępowania, staje się czynnikiem integrującym ludzką osobowość i wytycza kierunek dążeń zgodny z przyjmowanymi przez człowieka wartościami
- bezpieczeństwo i zaufanie – religia umożliwia człowiekowi uwolnienie się od poczucia zagrożenia, wprowadza zaufanie i gwarancję równowagi psychicznej, zapewnia o zwycięstwie dobra nad złem oraz życia nad śmiercią i ugruntowuje przekonanie, że Bóg może rozwiązać problemy zagrażające poczuciu bezpieczeństwa
- autoidentyfikacja – w przekonaniach religijnych i religijnym systemie wartości człowiek odnajduje podstawy swego samookreślenia, co wiąże się z przeświadczeniem człowieka i sposobie traktowania go przez Boga

- identyfikacja z grupą – utrzymuje i przekazuje przez pokolenia stałe i trwałe wartości (głównie moralne i obyczajowe), wyzwała specyficzną więź międzyludzką
- funkcje autopsychoterapeutyczne (sensotwórcze) - religia jest czynnikiem redukującym źródła neurotycznych napięć, stwarza możliwość rozróżniania tego, co istotne, a co nieistotne, uwalnia człowieka od winy, ponieważ oferuje mu rytualne sposoby ekspiacji.

Badania CBOS [3] z 2009 roku wykazały, iż trwałą cechą Polaków, która utrzymuje się w ostatnich 20 latach na podobnym poziomie, jest powszechnie deklarowana wiara w Boga. Od początku lat 90., od 93% do 97% badanych określało siebie jako wierzących, a mniej więcej co 10. oceniał swoją wiarę jako głęboką [3].

W grupie 100 pacjentów Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży badanych przez Krajewską-Kułąk i wsp. [4] przeważały osoby wyznania katolickiego (95%), po jednej osobie było wyznania luterńskiego i prawosławnego, a 3% określiły się jako osoby niewierzące. Za osobę niereligijną uznała się tylko jedna osoba ze wsi, za raczej niereligijną - 9% chorych, a za obojętne religijną - 4% . Jako raczej religijne określiło się 57% ankietowanych, w większości z miasta, a jako bardzo religijne - 29% większości ze wsi [4].

W innym badaniu Krajewska-Kułąk i wsp. [5] badaniem objęli 250 losowo wybranych mieszkańców Podlasia i stwierdzili, że w badanej grupie dominowały osoby wyznania katolickiego (83,2%), a potem dopiero inne wyznania religijne - prawosławie (11,2%), muzułmanizm (1,2%), judaizm (0,4%), luteranizm (0,4%) lub określiły się jako Świadkowie Jehowy (0,4%), albo jako osoby niewierzące (3,2%).

W grupie 391 nauczycieli badanych przez Krzysztofik-Gogol [6], ponad 80% badanych nauczycieli identyfikowała się z wyznaniem rzymskokatolickim i większość otrzymała rzetelne wychowanie religijne.

Centrum Badań Opinii Społecznej w 2014 roku przeprowadziło badania na temat „Religijność a zasady moralne” na reprezentatywnej próbie losowej liczącej 910 dorosłych mieszkańców Polski [7]. Wynika z nich, że niespełna połowa badanych brała udział w mszach i nabożeństwach kilka razy w tygodniu (46%), jedna czwarta praktykujących raz w tygodniu (24%) oraz jedynie nieliczni z grona praktykujących 1–2 razy w miesiącu (8%), kilka razy w roku (7%) oraz w ogóle niepraktykujących (8%). Ponadto w uzasadnianiu własnej moralności religię pomija osobiście ponad jedna siódma praktykujących kilka razy w tygodniu (15%), co czwarty uczęszczający na msze i nabożeństwa raz w tygodniu (24%), prawie połowa

praktykujących 1–2 razy w miesiącu (44%), trzy piąte praktykujących kilka razy w roku (60%) oraz dwie trzecie w ogóle niepraktykujących (69%) [7].

Wyniki badania CBOS z 2015 roku [8] wskazują, że poziom zaangażowania Polaków w praktyki religijne w latach 1997–2005 był w miarę stabilny, ale po roku 2005 dość istotnie osłabł. Zmniejszył się np. z 58% do 50% odsetek osób praktykujących regularnie, przynajmniej raz w tygodniu, a przybyło (z 9% do 13% osób tych, które w ogóle nie biorą udziału w praktykach religijnych). Więcej też pojawiło się osób praktykujących nieregularnie (z 33% do 37%) [8].

Z kolei inne badania CBOS, także z 2015 roku [9] wskazują, że od roku 2005 do 2014 odsetek osób, które określały się jako niewierzące wzrósł z 4% do 8%, a odsetek w ogóle nieuczestniczących w praktykach religijnych z 9% do 13%. Ciągle jeszcze zdecydowana większość Polaków to osoby wierzące (92%) oraz mniej lub bardziej regularnie praktykujące (87%) [9].

Nauczyciele badani przez Krzysztofik-Gogol [6] w ponad 44% stwierdzili, że religijność odgrywa przy podejmowaniu przez nich ważnych życiowych decyzji dużą i bardzo dużą rolę. Nauczyciele twierdzili, że rozmawiają ze swoimi dziećmi o wierze, o przykazaniach, o przypowieściach z Pisma Świętego i o tradycjach religijnych. Niektórzy wspólnie z dziećmi odrabiali zadania domowe z religii i uczestniczyli w zajęciach dzieci w grupach parafialnych. Rodzice starszych dzieci martwili się odchodzeniem ich od wiary w Boga i o zmniejszającym się znaczeniu religijności w ich życiu. Część wiarę w Boga traktowała jako drogowskaz życiowy w kontekście współczesnych problemów cywilizacyjnych [6].

W badaniu Mickiewicz i wsp. [10] za najbardziej pożądaną praktykę religijną w hospicjum pielęgniarki uznały Mszę Świętą (61,2%), modlitwę różańcową (37,2%), rozważania tekstów Pisma Świętego (31,1%) oraz lekturę książek religijnych (21,9%). Rzadziej wskazywały drogę krzyżową (8,7%), a w kategorii odpowiedzi „inne” (8,7% badanych): spowiedź, sakramenty, modlitwy indywidualne oraz rozmowy z kapłanem [10].

Masłowski [11] z kolei wykazał, iż chorzy umierający z powodu choroby nowotworowej, za najbardziej wspierające w cierpieniu uznali mszę świętą (53,4%), modlitwę różańcową (62,3%), nabożeństwo drogi krzyżowej (20,7%), rozważanie tekstów Pisma Świętego (18,4%), lekturę książek religijnych (17,8%) lub modlitwy litanijne (10,3%).

W innym badaniu Mickiewicz i wsp. [12] studenci kierunku pielęgniarstwo, za najbardziej pożądanymi praktykami religijnymi w hospicjum, uznali mszę (62,3%), rozważanie tekstów Pisma Świętego (33,1%), modlitwę różańcową (33,1%), drogę krzyżową (14,2%)

oraz lekturę ksiązek religijnych (6,3 %). 98,8% badanych uważało, iż w hospicjum chory powinien mieć zapewniony kontakt z osobą duchowną swojego wyznania [12].

Z kolei badani przez Mickiewicz i wsp. [13] członkowie personelu hospicjum (grupa I) i przedstawiciele rodzin chorych hospitalizowanych w hospicjum (grupa II) za najważniejsze praktyki religijne w hospicjum uznali Mszę Świętą (74,8% grupa I i 76,9% grupa II), modlitwę różańcową (42,7% grupa I i 31,7% grupa II), rozważania tekstów Pisma Świętego (25,2% grupa I i 17,3% grupa II), lekturę ksiązek religijnych (19,4% grupa I i 10,6% grupa II) oraz drogę krzyżową (7,8% grupa I i 13,5%). 16,5% osób z grupy I oraz 5,8% grupy II wskazałi: spowiedź, sakramenty, modlitwy indywidualne oraz rozmowy z kapłanem [13].

W badaniach przeprowadzonych w 2004 roku przez Ośrodek HCD Research i Instytut Finkelsteina w Nowym Jorku na próbie 1100 lekarzy amerykańskich, 72% z nich uważało, że religia nadaje sens życiu, 58% uczęszczało przynajmniej raz w miesiącu na spotkania modlitewne swojej wspólnoty religijnej, 46% twierdziło, że modlitwa spełnia bardzo ważną rolę w ich życiu, 67% zachęcało swoich pacjentów do modlitwy, 51% modliło się za swoich pacjentów, a 37% wierzyło w realność cudów opisanych w Biblii. Religia ma pozytywny wpływ na zdrowie zdaniem 47% [14].

W grupie pacjentów badanych przez Krajewską-Kułąk i wsp. [4], pomimo deklaracji wyznania katolickiego 5% respondentów definitywnie uznało się za osobę niewierzącą i niepraktykującą, a aż 12% miało problem z deklaracją, czy jest osobą wierzącą i praktykującą.

W innym badaniu Krajewskiej-Kułąk i wsp. [5] z osób deklarujących się jako osoby religijne, za osoby wierzące i praktykujące uważało się 88,8% badanych, 6% za osoby niepraktykujące, 5,2% miało problem jednoznacznej odpowiedzi, 3,2% uważało się za osobę w ogóle nie religijną, 90,4% za raczej religijną, a 6,4% - za bardzo religijną.

Coraz częściej przytacza się także [15,16] rolę religijności, a konkretnie modlitwy, w procesie „duchowego uzdrawiania”, która, w powiązaniu z głęboką wiarą, służy przede wszystkim do zredukowania przyczyn negatywnego stanu emocjonalnego. Poprzez takie duchowe uzdrowienie pacjent często zostaje zainspirowany do przezwycięzania wszelkich swoich dolegliwości [15,16].

Strawbridge i wsp. [17] badaniem, w ciągu 28 lat, objęli grupę 5.286 dorosłych od 21. do 65. roku życia i wykazali, iż w zbiorowości osób uczestniczących przynajmniej raz na tydzień w obrzędach i uroczystościach religijnych, prawdopodobieństwo śmierci było o 23% mniejsze (błąd ryzyka 0,77).

Kark i wsp. [18] dokonał 16-letniej (1970-1985) prospektywnej oceny śmiertelności w grupie zakonników i osób świeckich. Okazało się, że śmiertelność była znacznie niższa u osób świeckich.

Ci nauczyciele z badania Krzysztofik-Gogol [6], którzy dostrzegali dużą rolę religijności w swoim życiu osobistym, częściej zwracali się do Boga przy podejmowaniu ważnych życiowo decyzji, czyniąc to poprzez modlitwę, duchowe zawierzenie Bogu, kontemplację lub udział w nabożeństwach. Ponad 70% respondentów przyznało, że obchodzi w sposób tradycyjny święta Bożego Narodzenia i Wielkanocy.

W literaturze przedmiotu [19-23] zwraca się uwagę, iż orientacja religijna bywa związana z dobrostanem psychicznym, ponieważ osoby religijne traktują niekorzystne wydarzenia życiowe jako szansę rozwoju osobistego i duchowego, a także odnajdują głębszy sens w negatywnych zdarzeniach, a to koreluje dodatnio z satysfakcją z życia i szczęściem.

Czapiński [24] podkreśla, że tzw. weryfikacja „cebulowej” teorii szczęścia pokazała, że aktywność religijna sprzyja wyższej ocenie jakości życia, nadziei na przyszłość, lepszemu samopoczuciu, radości życia, pozytywnemu bilansowi doświadczeń emocjonalnych, zadowoleniu z osiągnięć osobistych i stanu własnego zdrowia.

W literaturze przedmiotu [15,16] zwraca się uwagę, iż pacjenci religijni swoją ufność pokładają nie tylko w umiejętnościach osób ich leczących, ale także w „czymś więcej”.

Siła przekonań religijnych w codziennym funkcjonowaniu chorych

*Modlitwa jest dialogiem i rozmową z Bogiem,
porażką zła i odwróceniem się od grzechu
św. Grzegorz z Nyssy [25]*

W literaturze podkreśla się, że orientacja religijna może być związana z dobrostanem psychicznym, w wyniku traktowania niekorzystnych wydarzeń życiowych jako szansy rozwoju osobistego i duchowego. Ponadto umożliwia odnajdywanie głębszego sensu w negatywnych zdarzeniach i w zachowaniu nadziei [20,21,26,27].

Czapiński [24] w swoich badaniach wykazał, że wraz z aktywnością religijną Polaków wyższej i lepszej ocenie ulega jakość życia, samopoczucie, zwiększa się nadzieja na przyszłość, radość życia, zadowolenie ze stanu własnego zdrowia, a także z osiągnięć osobistych.

Zdaniem Holland [28] istnieje ścisły związek pomiędzy wiarą religijną a aktywną formą poznawczego radzenia sobie, zaś przekonania religijne mogą być pomocne w nadawaniu

znaczenia doświadczeniom choroby. To one, podobnie jak praktyki i różnice kulturowe, dotyczą nie tylko preferowanych strategii radzenia sobie z tymi problemami, ale w znaczy sposób wpływają na przebieg leczenia oraz kształtują definicje oraz interpretacje problemu, formułowane nie tylko przez pacjenta, ale także przez terapeutę, w tym pielęgniarki i położne [28].

Powyższe nabiera szczególnego znaczenia w związku z faktem, iż począwszy od roku 1990 do 2008, w Polsce uzyskało status prawny 129 wyznań, co stanowi 74% ze 179 wszystkich figurujących w wykazie i bazach danych GUS wyznań [29].

W oparciu o dane Głównego Urzędu Statystycznego wydane w publikacji „Wyznania religijne i stowarzyszenia narodowościowe i etniczne w Polsce 2006-2008” z 2010 roku, stwierdza się, że w Polsce wyznanie katolickie liczy 33795,4 tys. wyznawców, prawosławne - 504,6 tys., protestanckie - 158,0 tys., islamskie - 2,7 tys., judaistyczne - 1,4 tys., orientalne - 9,1 tys., a inne - 133,7 tys. [29].

Zgodnie z powyższymi danymi katolicyzm jest największym (jeśli chodzi o liczbę wiernych) wyznaniem chrześcijańskim w Polsce [30].

Według badań CBOS z 2015 roku [8], od końca lat 90. tych od 92% do 97% badanych Polaków uważa się za wierzących, w tym mniej więcej co 10. (a ostatnio co 11-12) ocenia swoją wiarę jako głęboką. Odsetek osób zaliczających się do raczej lub całkowicie niewierzących klasuje się od lat na stosunkowo niskim poziomie (3% - 8%), przy czym od 2005 roku ich liczba się podwoiła (z 4% do 8%). Jednocześnie w tym czasie ubyło badanych, którzy określali się jako głęboko wierzący (z 12% do 8%) [8].

W opinii Wandrasza [31] głęboka religijność uczy człowieka szacunku dla innych oraz siebie samego, podkreśla jego wewnętrzną godność i wartość, a to może być pomocne w przezwyciężaniu poczucia osobistej nieadekwatności, bezwartościowości i niekompetencji.

McMillmuray i wsp. [cyt. za 32] dokonali oceny psychospołecznych i duchowych potrzeb pacjentów nowotworowych i wykazali, iż większość badanej grupy stanowiły osoby o niskim statusie społecznym oraz niskim poziomie wykształcenia. 83% spośród badanych zadeklarowało się jako osoby wierzące. Pacjenci ci byli mniej ufni w stosunku do profesjonalistów, mieli mniejszą potrzebę informacji, przykładali mniejszą wagę do zachowania niezależności oraz zgłaszali mniejszą potrzebę pomocy w radzeniu sobie z poczuciem winy niż osoby niewierzące. Zdaniem badaczy wyniki te ewidentnie wskazują, że w przypadku osób słabo wykształconych, nie rozumiejących zagadnień związanych z procesem leczenia, religijność wydaje się być elementem pozwalającym na wypełnienie braków w systemie poznawczym [cyt. za 32].

W literaturze przedmiotu [27,33-37] zaobserwowano pozytywny efekt związany z radzeniem sobie poprzez religię (*religious coping*) w przypadku chorych na raka, osób starszych oraz pacjentów doświadczających ograniczeń związanych z pogorszeniem się zdrowia, sprawności i obniżeniem aktywności życiowej.

Badanie przeprowadzone w roku 2015 przez CBOS [38], na liczącej 1.003 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych Polaków wykazały, że uważanie się za wierzącego i/lub regularne uczestnictwo w praktykach religijnych, nie zawsze oznaczało akceptację wielu podstawowych prawd wiary katolicyzmu, a nawet czasem wiązało się z uznawaniem przekonań niezgodnych z nauczaniem Kościoła katolickiego. 56% badanych deklarowało niezachwianą wiarę w Boga i tyleż samo wierzyło w piekło. 66% deklarowało wiarę w przeznaczenie, 36% było przekonanych, że po śmierci (zależnie od postępowania na ziemi) człowiek trafi do nieba, piekła lub czyśćca, 31% wierzyła, że śmierć nie jest końcem, ale nie wiedziała, co po niej nastąpi, 15% zupełnie nie wierzyło w nowe życie po śmierci, a 12% miało w tej kwestii wątpliwości [38].

Badanie CBOS także z 2015 roku [9] wykazało, że dla 84% Polaków papież Franciszek jest ważnym autorytetem moralnym. Jego autorytet, w porównaniu z Janem Pawłem II, nie jest tak niekwestionowany, a obecny papież jest wyraźnie lepiej postrzegany niż Benedykt XVI. Co ciekawe, papież Franciszek jest także autorytetem moralnym także dla 55% osób niepraktykujących religijnie i 49% niewierzących [9].

We wspomnianym już badaniu CBOS z 2015 roku [9] stwierdzono także, że od roku 2005 do 2013 wzrosła w społeczeństwie polskim akceptacja, m.in. antykoncepcji, życia w związku bez ślubu, homoseksualizmu, seksu przedmałżeńskiego, rozwodów, ale nie zmalało potępienie aborcji. 80% ogółu badanych uważało, że osobom rozwiedzionym, które ponownie zawarły związek małżeński, powinno zezwolić się na przystępowanie do komunii. 79% respondentów opowiedziało się za dopuszczeniem przez Kościół możliwości korzystania przez niepełne małżeństwa z zapłodnienia *in vitro*, 27% - za zgodą Kościoła na stosowanie środków antykoncepcyjnych, 73% - z dopuszczeniem w niektórych sytuacjach przerywania ciąży, a 69% było zdania, że Kościół powinien uprościć procedurę uznawania związku małżeńskiego za nieważny. Jednocześnie 75% badanych sprzeciwiała się dopuszczeniu osób będących w związkach homoseksualnych do sakramentu małżeństwa [9].

Długoletni duszpasterz chorych, ks. Michał Rekas [39] rozróżnia postawy pozytywne i negatywne wobec choroby. Osoba prezentująca postawy pozytywne to chory [39]:

- duchowy - dla którego choroba pozwala przenieść uwagę człowieka ze spraw ziemskich na sprawy ducha i pełniej odkryć swoje przeznaczenie do życia wiecznego

- ofiarny - przyjmujący cierpienie w łączności z Chrystusem i składający je jako ofiarę za zbawienie świata
- opanowany – charakteryzuje się akceptacją choroby przez daną osobę, traktującej ją jako zgodną z wolą Bożą i nie tracącą nadziei na wyzdrowienie
- wzniosły - traktujący swoją chorobę jako szansę doskonalenia się wewnętrznego poprzez pokonywanie trudności.

Osoby prezentujące postawy negatywne to pacjenci zrażeni wobec choroby, zrozpaczeni, rozgoryczeni, zniechęceni, poddający się poczuciu bezradności i beznadziei, traktujący chorobę jako swoisty sposób uzyskania korzyści różnego rodzaju (zainteresowanie ze strony innych osób, uczucia, zwolnienie z odpowiedzialności) [39].

Wpływ wiary, jej praktykowania i siły przekonań religijnych a zachowania zdrowotne

Dzieci poznają życie obserwując i naśladując postępowanie dorosłych.

To, czego doświadczają w rodzinie,

bardzo mocno wpłynie na postawy, które przyjmą jako dorośli.

Jan Paweł II [40]

W Tygodniku Katolickim *Niedziela* [41], przytoczono wyniki badań z judaistycznego Uniwersytetu Yeshiva w Nowym Yorku wskazujące, że: „*religia ma istotny wpływ na kondycję fizyczną człowieka. Ludzie religijni, biorąc pod uwagę dane statystyczne, są zazwyczaj zdrowsi, żyją dłużej i rzadziej zapadają na choroby sercowe (...). Naukowcy nie widzą w tym elementu cudowności, ale dostrzegają fakt, że religia zapewnia pokój wewnętrzny, co redukuje towarzyszący nam nieustannie stres, poza tym ludzie religijni odżywiają się zdrowiej i rzadziej sięgają po szkodliwe dla zdrowia używki, takie jak papierosy czy alkohol (.....). Naukowcy z Yeshiva University przeprowadzili niedawno badania nad wpływem religijności na zdrowie na blisko stutysięcznej grupie kobiet między 50. a 70. rokiem życia. Badania potwierdziły, że w tej grupie kobiety, które przyznawały się do głębokiej wiary rzadziej zapadały na choroby sercowo-naczyniowe. Naukowcy obliczyli, że ryzyko śmiertelności zmniejszyło się o 20 proc. Ich zdaniem, nie wszystko da się wytłumaczyć zdrowszym stylem życia ludzi głęboko wierzących*” [41].

W piśmiennictwie fachowym [42-50] podkreśla się, że religijność oraz koncentracja na wartościach duchowych może wpływać nie tylko na zdrowie psychiczne, ale także fizyczne,

wywierając pozytywny wpływ na takie choroby, jak np. nowotwory, nadciśnienie tętnicze, a także na długość życia.

Badania przeprowadzone przez Balboniego i wsp. [51] w grupie osób będących w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej ewidentnie pokazały, iż czynniki religijne oraz duchowe odgrywają u nich pozytywną rolę w jakości życia. Pacjenci nowotworowi, którzy przechodzili radioterapię charakteryzowali się lepszą zdolnością do radzenia sobie z chorobą wówczas, gdy odwoływali się do religijnych i duchowych przekonań oraz wierzeń [51].

Potwierdzili to także Vallurupalli i wsp. [52] stwierdzając, że duchowość (indywidualne ustosunkowanie się do wartości świętych i etycznych) i religijność (relacje do Boga zachodzące w ramach instytucjonalnej religii), wiązały się z wyższym poziomem jakości życia chorych.

W literaturze przedmiotu [42,53] przytacza się ciekawe wyniki badania 100 pacjentów onkologicznych leczonych z powodu nowotworów płuc, członków ich rodzin i 257 lekarzy onkologów. Wszyscy badani mieli za zadanie ułożenie siedmiu czynników (zalecenie onkologa, wiara w Boga, szanse powodzenia kuracji, jej efekty uboczne, rekomendacja lekarza rodzinnego, rekomendacja ze strony małżonka oraz rekomendacja tej formy terapii ze strony dzieci pacjenta) decydujących o rozpoczęciu u nich chemioterapii, w kolejności od ich zdaniem najważniejszego do najmniej istotnego. Zarówno pacjenci, jak i członkowie ich rodzin oraz lekarze, na pierwszym miejscu usytuowali zalecenia onkologa, jednakże pacjenci i ich rodziny - na drugim miejscu uplasowali czynnik religijny (wiarę w Boga), który onkolodzy umieścili na ostatnim miejscu [42,53].

Danhauer i wsp. [54] wykazali, że duchowość to bardzo istotny czynnik sprzyjający pojawianiu się pozytywnych zmian u osób zmagających się z chorobami somatycznymi, w tym u kobiet z rakiem piersi.

Ai i wsp. [55] z kolei stwierdził, że religijne radzenie sobie było ważnym czynnikiem, który sprzyjał pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych w grupie osób po zabiegach kardiochirurgicznych.

Oxman i wsp. [56] przeprowadzili analizę przeżywalności 232 pacjentów w starszym wieku po przebytej operacji na otwartym sercu i wykazali, że znamionymi czynnikami ryzyka zgonu w okresie 6. miesięcy po zabiegu były: brak przynależności do grup społecznych, stąd brak wsparcia społecznego oraz brak wpływającego z wiary poczucia siły i komfortu. Oba czynniki były niezależnie związane z ryzykiem zgonu, a osoby, u których one występowały trzykrotnie częściej były narażone były na ryzyko zgonu [56].

Ogińska-Bulik [57] analizie poddała 90 osób chorych onkologicznie, kardiologicznie oraz z przewlekłą niewydolnością nerek, w tym 55,5% mężczyzn i 44,5% kobiet. Duchowość była dodatnio powiązana z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych. Predyktorami potraumatycznego rozwoju u osób zmagających się z chorobami przewlekłymi były dwa czynniki duchowości - harmonia i etyczna wrażliwość. Płeć badanych nie wpływała w znaczący sposób na poziom wzrostu po traumie, jednakże kobiety uzyskały wyższe wyniki w zakresie zmian duchowych i dotyczących relacji z innymi. Wiek badanych oraz rodzaj choroby nie wiązał się w istotny statystycznie sposób z poziomem rozwoju potraumatycznego [57].

W opinii wielu autorów [28,31,58,59] przynależność religijna bardzo pomaga radzić sobie w terminalnej fazie choroby, zwłaszcza w przypadku zdiagnozowania nowotworu. Pacjenci o światopoglądzie religijnym często odwołują się do wartości moralnych, a także do takiego modelu zachowania, który umożliwiłby im realizowanie wyższych wartości oraz nadanie głębszego znaczenia swojemu życiu [28,31,58,59].

Uważa się także [58], że religijne radzenie sobie ze stresem może stanowić specyficzną strategię, inną niż strategie zorientowane zadaniowo, czy emocjonalnie.

Klaassen i wsp. [60] sugerują, że religijne sposoby radzenia sobie ze stresem można traktować jako złożony proces konfrontowania się z sytuacjami stresowymi, który nie powinien być sprowadzany do prostych behawioralnych wskaźników (jak np. modlitwa), czy też mechanizmów obronnych (wyparcie lub zaprzeczanie), ponieważ zawiera aktywne i pasywne strategie radzenia sobie ze stresem, które są skoncentrowane na problemie, emocjach, są intrapsychiczne i interpersonalne.

Matthews i wsp. [61] objęli badaniem 177 osób i stwierdzili, że im większa była religijność badanych, tym mniejsze ryzyko depresji oraz szybszy powrót do zdrowia tych osób, które cierpią z jej powodu. Wewnętrzna religijność okazała się istotnie związana z większym prawdopodobieństwem remisji i faktycznie szybszą remisją depresji [61].

Z wyników badań Koeniga i wsp. [46], którymi objął 3.000 chorych okazało się, że u osób w przedziale wieku 18-39 lat zaangażowanie religijne było ściśle powiązane ze zmniejszeniem poziomu lęku (stanu) oraz poziomu lęku w ciągu życia (cechy), co nie dotyczyło osób najstarszych (60-79 lat).

Kaczorowski [62] badaniem objął osoby z zaawansowaną chorobą nowotworową i postanowił sprawdzić teorię, czy im niższy jest lęk związany z chorobą, tym wyższa jest religijność personalna. Autor [62] stwierdził dodatnią korelację pomiędzy lękiem - stanem,

ujawnianym w sytuacji zagrożenia oraz lękiem - cechą, charakterystyczną dla danej jednostki a wysoką religijnością.

McCullough i wsp. [63] w wyniku metaanalizy 42 programów badawczych, w których uczestniczyło blisko 126.000 osób wykazali, że osoby wysoce religijne miały o 29% wyższe prawdopodobieństwo przeżycia w porównaniu z mniej religijnymi osobami.

Clark i wsp. [64] natomiast dokonali analizy religijności w kontekście długowieczności u 993 uczestników w 70- letnim badaniu. Rozważali także kluczowe zmienne społeczne i behawioralne zdrowia fizycznego, psychicznego samopoczucia, statusu społeczno-ekonomicznego, potrzeby pomocy społecznej i preferowanych zachowań zdrowotnych. Uzyskane wyniki pozwoliły na stwierdzenie, że kobiety, które były bardziej religijne (w wieku około 40 lat) wykazywały niższe ryzyko przedwczesnej śmierci, niż osoby mniej religijnie. Wykazywały także większe zachowania zdrowotne, bardziej pozytywne uczucia co do swojej przeszłości i były szczęśliwsze niż ich mniej religijni rówieśnicy [64].

Wyniki badań Silvestri [cyt. za 65] wskazały, że wysoki poziom religijności ewidentnie korelował z niskim poziomem wiedzy dotyczącej zagadnień medycznych, bowiem w przypadku pacjentów nie rozumiejących dobrze medycznych aspektów dotyczących metod leczenia, wiara religijna stawała się ważnym mechanizmem, który pozwalał im na zachowanie poczucia kontroli nad zdarzeniami.

Krok i Rock [66] wykazali, że osoby jednocześnie akceptujące religię i uznające istnienie rzeczywistości transcendentnej, są w stanie dokonać zmian znaczenia choroby poprzez dążenie do znalezienia satysfakcji z minionych lat, odszukania nadziei i umiejętności spoglądania na życie jako na wartość.

Holland i wsp. [28] w grupie chorych z czerniakiem złośliwym stwierdzili zależności pomiędzy poziomem stresu, efektywnością mechanizmów adaptacyjnych a poziomem religijności. Pacjenci, którzy uzyskiwali wysokie wyniki w skali religijności, znacznie częściej przejawiali aktywno-poznawcze sposoby radzenia sobie, usiłując dostrzec w chorobie pozytywne strony [28].

Mueller i wsp. [67] sugerują, że osoby religijne są mniej skłonne, aby używać/nadużywać alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych.

Powyższe potwierdzają badania Hixon i wsp. [68], Oleckno i wsp. [69], Azhar i wsp. [70] w grupie studentów medycyny, gdzie, w ciągu 20- letniego okresu kontrolnego, wśród zbiorowości religijnych studentów, prawdopodobieństwo nadużywania alkoholu było o wiele mniejsze, niż u ich niereligijnych kolegów.

Janiszewska [71] oraz Janiszewska i Lichodziejewska-Niemierko [65], wykonały badania w zbiorowości kobiet z nowotworem piersi, które oczekiwały na operację i wykazały, że na obniżenie poziomu lęku - stanu, który był reakcją na sytuację związaną z leczeniem, ewidentnie wpływał personalny typ religijności.

Kinney i wsp. [72] stwierdzili w grupie pacjentów z nowotworem okrężnicy, iż świadomość przynależności religijnej stwarzała lepsze prognozy na przeżycie, a postęp choroby przyspieszało słabsze wsparcie emocjonalne..

Bjorck i Cohen [58] potwierdzili, że religijne radzenie sobie ze stresem jest specyficzną strategią, inną niż te zorientowane zadaniowo lub emocjonalnie.

Krok [73] badaniem objął 135 osób (71 kobiet i 64 mężczyzn) w wieku od 42 do 75 lat, cierpiących na choroby nowotworowe narządów wewnętrznych, kontynuujących leczenie metodami radioterapii i chemioterapii. W badaniu wykorzystał *Skalę religijnego systemu znaczeń*. U badanych chorych wynik ogólny religijnego systemu znaczeń korelował dodatnio z rozwojem osobistym, pozytywnymi relacjami z innymi oraz celem życiowym (wymiarami eudajmonistycznego dobrostanu) i z wynikiem ogólnym dobrostanu. Sugeruje to, że większy poziom religijności wyrażanej w kategoriach orientacji i sensu wiązał się z wyższym dobrostanem eudajmonistycznym, głównie w zakresie zadowolenia z bliskich relacji z innymi, zdolności do wykorzystywania własnego talentu i potencjału oraz odnajdywaniem sensu życia i realizacji zadań życiowych. Orientacja religijna korelowała dodatnio z wymiarami pozytywnych relacji z innymi oraz celem życiowym, a sens religijny - z rozwojem osobistym, pozytywnymi relacjami z innymi oraz celem życiowym, a także z wynikiem ogólnym dobrostanu. Autor [73] porównując także wyniki uzyskane dla obydwóch wymiarów religijnego systemu znaczeń wykazał, że związki z dobrostanem zachodzą w znacznie większym stopniu dla wymiaru sensu religijnego.

Goldbourt i wsp. [74] analizowali związek religijnego zaangażowania z zapadalnością na zawał serca wśród 10. 059 osób żydowskiego pochodzenia, głównie pracowników służb cywilnych oraz samorządów lokalnych,. Wśród czynników uwzględnianych w analizie były: wiek, pochodzenie etniczne, wykształcenie, palenie tytoniu, aktywność fizyczna, wskaźnik masy ciała (BMI). Niewierzący Żydzi, w porównaniu z Żydami ortodoksyjnymi, mieli znacząco większe prawdopodobieństwo wystąpienia pierwszego zawału mięśnia sercowego (4,2 u mężczyzn i 7,3 u kobiet), a mężczyźni ortodoksyjni Żydzi o 20% mniejsze ryzyko choroby wieńcowej niż niereligijni Żydzi [74].

Rola kapelana szpitalnego

*Bóg nie patrzy na to, co dajemy,
ale na to, co zostawiamy dla siebie.*

Św. Ambroży [75]

Wroński [76] zwraca uwagę, iż na jakość pobytu w szpitalu oraz poczucie satysfakcji z niego wpływa również możliwość kontaktu z duszpasterzem oraz uczestniczenia pacjentów w praktykach religijnych.

W Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w art. 53, za Wroński [76], zapisano, iż: *„1. Każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii. 2. Wolność religii obejmuje wolność wyznawania lub przyjmowania religii wg własnego wyboru oraz uzewnętrzniania indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie swojej religii przez uprawianie kultu, modlitwę, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie. Wolność religii obejmuje także posiadanie świątyń i innych miejsc kultu w zależności od potrzeb ludzi wierzących oraz prawo osób do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajdują”*, co oznacza, że pacjenci znajdujący się w szpitalu mają prawo do korzystania z pomocy religijnej.

Knychała [77], przytaczając obserwacje z codziennej pracy podkreśla, że potrzebę kontaktu z kapelanem w jego szpitalu odczuwało około 70% pacjentów, potrzeby te ulegały modyfikacji zwłaszcza w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia (zgonu) pacjenta. Posługi odmawiało w tych sytuacjach 8,5% chorych. Potrzebę obecności i rozmowy z kapelanem wyrażało również ok. 90% rodzin pacjentów [77].

Pyszkowska [78] twierdzi, że opiekę nad pacjentem ciężko chorym powinien sprawować zespół wielodyscyplinarnej, złożony z lekarza, pielęgniarki, pracownika socjalnego, psychologa, rehabilitanta, terapeuty zajęciowego, kapelana, przy czynnym udziale wolontariuszy, kwalifikowanych opiekunów niemedycznych i przeszkolonych członków rodziny.

Mickiewicz i wsp. [10] badaniem objęli 183 losowo wybrane zawodowo czynne pielęgniarki i wykazali, że w hospicjum powinien pracować przede wszystkim lekarz posiadający specjalizację z medycyny paliatywnej (76%), pielęgniarka ze specjalizacją/kursem z opieki paliatywnej (73,8%) i psycholog (72,7%). Siostrę zakonną widziało w tym miejscu 20,8% pielęgniarek, a jedynie 5% wymieniało: kapłanów, wolontariuszy oraz pracowników socjalnych [10].

Z kolei 103 członków personelu hospicjum (grupa I) i 104 przedstawicieli rodzin chorych hospitalizowanych hospicjum (grupa II) w badaniu Mickiewicz i wsp. [13], uważało, że najbardziej potrzebni w hospicjum są: lekarz ze specjalizacją z medycyny paliatywnej (84,5% grupa I i 78,8% grupa II) oraz pielęgniarka ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie opieki paliatywnej (75,7% grupa I i 78,8% grupa II). Siostrę zakonną wymieniło 15,5% osób z grupy I i 17,3% z grupy II. 25,2% osób z grupy I i 4,8% z grupy II wskazało kapłanów, duchownych, wolontariuszy oraz pracowników socjalnych [13].

W badaniu Masłowskiego [11] respondenci będący członkami zespołu hospicyjnego byli ewidentnie przekonani, że pomocy duchowej w hospicjum powinny dostarczać siostry zakonne (37,3%), osoby po stracie kogoś bliskiego (28,5%), klerycy z seminarium duchownego (25,8%), stali duchowni (18,7%), świeccy szafarze eucharystii (11,9%) i świeccy członkowie ruchów religijnych (11,9%) [11].

Krajewska-Kułak i wsp. [79] badaniami objęli 175 studentów kierunku pielęgniarstwo, którzy za najwłaściwszą osobę do udzielania wsparcia duchowego w hospicjum respondenci uznali stałego duchownego (77,7%). Siostrę zakonną lub pielęgniarkę wymieniło po 34,3% badanych. Pozostali wskazywali: lekarza (24,0%), osoby po stracie kogoś bliskiego (16,0%), kleryków (13,1%), świeckich członków ruchów religijnych (12%) oraz świeckich szafarzy eucharystii (8,0%). W opinii większości ankietowanych kapelan hospicyjny powinien udzielać pomocy duchowej przede wszystkim choremu (84,6%), następnie jego rodzinie (60,0%), a w następnej kolejności personelowi (18,9%) [79].

We wspomnianym badaniu Mickiewicz i wsp. [10] okazało się, że według ankietowanych pielęgniarek wsparcia duchowego w hospicjum powinni udzielać: stały duchowny (80,9%), pielęgniarka (49,2%), lekarz (34,4%), siostra zakonna (32,8%), osoby po stracie bliskiej osoby (21,3%), klerycy (18,6%), świeccy członkowie ruchu religijnego (9,8%) lub świeccy szafarze eucharystii (9,3%).

W innym badaniu Mickiewicz i wsp. [13] w zbiorowościach członków personelu hospicjum (grupa I) i przedstawicieli rodzin chorych hospitalizowanych hospicjum (grupa II) wykazano, że wsparcia duchowego w hospicjum powinien udzielać stały duchowny (78,6% osób z grupy I i 67,3% z grupy II), pielęgniarka (49,2% z grupy I i 46,2% z grupy II) lub lekarz (30,1% - z grupy I i 35,6% z grupy II), rzadziej - osoby po stracie kogoś bliskiego (21,4% z grupy I i 16,3% z grupy II), siostry zakonne (16,5% z grupy I i 19,2% z grupy II), klerycy (12,6% z grupy I i 11,5% z grupy II), świeccy członkowie ruchu religijnego (12,6% z grupy I i 8,7% z grupy II) lub świeccy szafarze eucharystii (5,8% z grupy I i 6,7% z grupy II) [13].

W opinii Ks. Stanisława Warzeszaka, Krajowego Duszpasterza Służby Zdrowia [80], kapelan powinien udzielać sakramentów, wspierać duchowo nie tylko wierzących, ale także tych niewierzących, którzy tego sobie życzą oraz wspierać rodzinę chorego. Szpital w jego opinii „nie jest bowiem miejscem nawracania, a prozelityzm to nie zadanie kapelana” [80], co dobrze oddają słowa z wiersza ks. Jana Twardowskiego [80]:

*„Nie przyszedłem pana nawracać
zresztą wyleciały mi z głowy wszystkie mądre kazania
jestem od dawna obdarty z błyszczenia
jak bohater w zwolnionym tempie
nie będę panu wiercić dziury w brzuchu
pytając co pan sądzi o Mertonie
nie będę podskakiwał w dyskusji jak indor
z czerwoną kapką na nosie
nie wypiękniję jak kaczor w październiku
nie podyktuję łez, które się do wszystkiego przyznają
nie zacznę panu wlewać do ucha świętej teologii łyzeczką
po prostu usiądę przy panu i zwierzę swój sekret
że ja, ksiądz,
wierzę Panu Bogu jak dziecko”*

Głównym zadaniem kapelana w opinii badanych respondentów powinno być zapewnienie pacjentom dostępu do praktyk religijnych (msza, komunie) oraz wspieranie chorego i jego rodziny poprzez rozmowy.

Knychala [77] podkreśla, że spośród wielu problemów związanych z prowadzeniem i zarządzaniem placówkami służby zdrowia, temat posługi kapłańskiej w szpitalu, w aspekcie relacji: szpital – zatrudniony w nim duchowny – pacjent, generalnie traktowany jest marginalnie. Autor [77], będąc kapłanem i pracownikiem jednego z największych szpitali w Wielkopolsce uważa, iż warto spojrzeć na kapelanów w służbie zdrowia jako „na pracowników, wykonujących często mało widoczną, trudno policzalną pracę, która jest pacjentom rzeczywiście potrzebna”.

Ks. Stanisław Warzeszak, Krajowy Duszpasterz Służby Zdrowia [80] podkreśla, że kapelani należą dziś do zespołów terapeutycznych, a ich podstawowym zadaniem jest opieka duszpasterska nad chorymi, będąca integralną częścią opieki terapeutycznej.

Oman i wsp. [50,81] analizowali przeżywalność pacjentów w starszym wieku, będących po operacji na otwartym sercu i wykazali, że w okresie 6. miesięcy od zabiegu

istotnymi czynnikami ryzyka zgonu (trzykrotnie częściej) były brak: wsparcia społecznego, przynależności do grup społecznych oraz poczucia siły i komfortu, jakie wypływają z wiary.

Pacjenci z badań Koeniga i wsp. [45], korzystający z opieki duszpasterskiej lub/i z terapii poznawczo-behawioralnej z treściami religijnymi, mieli po niej znacząco mniejszą depresję w porównaniu z osobami, u których stosowano tylko standardową terapię poznawczo-behawioralną.

Negatywny wpływ religii na zachowania zdrowotne

Istnieją dranie, którzy religię uprawiają tak, jak cesarz chińskie ogrody
Georg Christoph Lichtenberg [82]

Warto jednak pamiętać, iż religijność może wywołać także negatywne reakcje, co podkreśla Pargament [83] zwracając uwagę, iż religijność nie odczuwana, a narzucona, oparta na niepewnej relacji z Bogiem może mieć odwrotny wpływ na zdrowie człowieka.

Na problem niewłaściwego oddziaływania religii na zdrowie psychiczne i somatyczne człowieka także zwracają uwagę Janiszewska i Lichodziejewska-Niemierko [65].

Flanelly i wsp. [84] wykazali związek pomiędzy posługiwaniem się negatywnymi sposobami radzenia sobie przez osoby wierzące a wynikami testów psychologicznych, podwyższonym ryzykiem śmierci i niskimi wskaźnikami poprawy stanu zdrowia. Stwierdzili, że na stan zdrowia mogą oddziaływać również wątpliwości natury duchowej, ponieważ powodują one poczucie braku przejrzystych i ważnych dla człowieka źródeł egzystencji, co może prowadzić w stresujących sytuacjach do wzrostu odczucia bezbronności. Poza tym rozterki duchowe mogą powodować rozwój poczucia winy lub wstydu oraz powstrzymywać konsekwentnie jednostkę przed dzieleniem się z innymi swoimi problemami [84].

W tym miejscu warto przytoczyć, np. normy religijne Świadców Jehowy, zabraniające im transfuzji krwi i podawania produktów krwiopochodnych, zakaz stosowania antybiotyków i szczepień, czy nieuznawanie asysty położnika podczas porodu, ani badań lub terapii prenatalnej przez zgromadzenie wiary, w stanie Indiana w Stanach Zjednoczonych [85,86].

Hall [87] przedstawił przykład pacjenta, który był obciążony ryzykiem wystąpienia nowotworu okrężnicy, odmawiającego poddawania się systematycznym badaniom kolonoskopowym, ponieważ był przekonany, że Bóg uratuje go przed nowotworem, gdyż słucha jego modlitw.

Ten sam autor [87] opisał również przypadek kobiety w ciąży, która pod naciskiem ze strony swojej wspólnoty religijnej, podjęła decyzję o donoszeniu ciąży i urodzeniu dziecka z anencefalią zdiagnozowaną prenatalnie [87].

Podsumowanie

*Żadna! Religia nie jest ani prawdziwa, ani fałszywa,
proponuje tylko pewien sposób życia.
Éric-Emmanuel Schmitt [88]*

Religijność/religia są ważnym czynnikiem wpływającym na relacje między pacjentem a członkami zespołu terapeutycznego.

Na powyższe zwraca uwagę Koenig i wsp. [74,77] twierdząc, że lekarze bardzo często nie rozumieją, dlaczego mieliby swój czas oraz energię poświęcać na prowadzenie z pacjentami rozmów o wymiarze duchowym. Większość lekarzy badanych przez powyższych autorów [74,77] nie czuła się ekspertami w tym zakresie, twierdziła, że nie ma czasu na takie rozmowy i odczuwała dyskomfort w czasie dyskusji z pacjentem o pozamedycznych kwestiach.

Prawdopodobnie powyższe z jednej strony związane jest z brakiem dostatecznej wiedzy dotyczącej religii i duchowego aspektu człowieka oraz obawy, iż pacjenci mogą zadawać pytania na temat religijności/wyznawanej religii przez lekarza, a z drugiej z poczuciem skrępowania i przekonania, że takie rozmowy dotyczące tematów religijnych naruszają prywatność chorych [42,45].

W literaturze przedmiotu [42-49, 89] podkreśla się, że lekarze nie zawsze doceniają rolę przekonań religijnych w życiu ich pacjentów i wyróżnia się, w kształtowaniu powyższych relacji, kilka sfer, które są modyfikowane poziomem religijności zarówno pacjenta, jak i lekarza, do których należą:

- poziom religijności lekarzy może być niższy od poziomu religijności jego pacjentów
- pojawienie się sprzeczności pomiędzy wiedzą naukową a światopoglądem religijnym pacjenta
- proces podejmowania ważnych decyzji zdrowotnych przez pacjenta
- wystąpienie rozterek duchowych
- poziom dostosowania do zaleceń lekarskich.

- wystąpienie ryzyka konfliktów.

Z kolei z badań Ellisa i wsp. [89], przeprowadzonych w zbiorowości lekarzy rodzinnych o tym, że dobrostan duchowy ich pacjentów to ważny czynnik zdrowia, przekonanych było 96% badanych.

Holland [28] jest przekonana o istnieniu ścisłego związku pomiędzy aktywną formą poznawczego radzenia sobie a wiarą religijną. Jej zdaniem [28] przekonania religijne oraz praktyki i różnice kulturowe są pomocne nie tylko dla pacjenta, ale także terapeutów, w nadawaniu znaczenia doświadczeniom choroby. Ewidentnie wpływają bowiem na przebieg leczenia, na kształt definicji oraz interpretację problemów zdrowotnych [28].

Jak słusznie zauważają Jaksz-Recmanik i Zalewska-Puchała [90] nowoczesna wizja opieki nad pacjentem, to opieka holistyczna, która bierze pod uwagę nie tylko potrzeby biologiczne, psychiczne, społeczne, ale także te, które wynikają z uwarunkowań kulturowych i wyznaniowych. Religia wyznawana przez chorego jest czynnikiem mającym silny wpływ na zachowania prozdrowotne, jak antyzdrowotne.

Podsumowaniem badań mogą być słowa Carla Gustawa Junga, zacytowane przez Lankau i wsp. [91] *„Od 30 lat mam pacjentów z całego świata, różnych kultur.... w wieku około 35. roku życia, nie było ani jednego pacjenta, u którego nie znalazłoby się problemów religijnych. Każdy z nich chorował dlatego, bo brakło mu tego, co od wieków daje religia. Nikt nie wyzdrowiał, o ile nie wróciło u niego jakieś odnowienie zaniedbanego życia religijnego*

Piśmiennictwo

1. http://chwilkawytchnienia.com/Cytaty/cytaty_religijne.html , data pobrania 5.05.2017
2. Chlewiński Z.: Psychologia religii, Wyd. Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin, 1982.
3. Boguszewski R.: Dwie dekady przemian religijności w Polsce, CBOS, BS/120/2009, Warszawa, 2009, 9, 1-28.
4. Krajewska-Kułak E., Wróblewska K., Radziejewski P. i wsp.: Postawy chorych wobec przesądów i zabobonów [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. R., Lewko J. (red.). Wyd. Duchno, Duchno sp. z o.o., Białystok, 2011, tom VIII, 169-181.
5. Krajewska - Kułak E., Kułak W., Radziejewski P. i wsp.: Current view of the traditional superstitions in general population of Podlaskie province. Preliminary study, Prog. Health Sci., 2011, 1,76-83.

6. Krzysztofik-Gogol E.: Znaczenie religijności w życiu prywatnym nauczycieli, *Pogranicze. Studium Społeczne*, 2014, 23, 249-264.
7. Boguszewski R.: Religijność a zasady moralne, *CBOS*, 15/2014, Warszawa, 2014, 2, 1-20.
8. Boguszewski R.: Zmiany w zakresie podstawowych wskaźników religijności Polaków po śmierci Jana Pawła II, *CBOS*, 26/2015, Warszawa, 2015, 2, 1-16.
9. Roguska B.: Oczekiwane zmiany w nauczaniu Kościoła, *CBOS*, 32/2015, Warszawa, 2015, 3, 1-12.
10. Mickiewicz I., Krajewska-Kułak E., Kędziora-Kornatowska K. i wsp.: Opinie zawodowo czynnych pielęgniarek na temat opieki paliatywnej, *Med. Paliat.*, 2011, 3, 151-162.
11. Masłowski K.: Zespół hospicyjny w opiece duchowej, http://www.czytelnia.medyczna.pl/nm_op09.php, data pobrania 15.04.2017.
12. Mickiewicz I, Krajewska-Kułak E, Kędziora-Kornatowska K. i wsp.: Opieka paliatywna w percepcji studentów kierunku pielęgniarstwo, *Probl. Pielęg.*, 2011, 19, 481- 491.
13. Mickiewicz I, Krajewska-Kułak E, Kułak W. i wsp.: Hospice workers' and family of hospice patients' perception of hospice care, *Prog. Health Sci.*, 2011, 1, 106-112
14. Science or Miracle? Holiday Season Survey Reveals Physicians' Views of Faith Prayer and Miracles, <http://www.hcdi.net/News/PressRelease.cfm?ID=47>, data pobrania 20.04.2017.
15. Faricy R.: Modlitwa o uzdrowienie wewnętrzne, Kraków, 1993, <ftp://ftp.kniznice.eu/minolta/Kniznica/Obsah/003165.pdf>, data pobrania 15.04.2017
16. Heron B. M.: Modlitwa o uzdrowienie, Wyd. Wyzwanie, Kraków, 1992.
17. Strawbridge W. J., Cohen R. D., Sherma S. J. , et, al.: Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years, *Am. J. Public Health*, 1997, 87, 957-996.
18. Kark J. D., Shemi G., Friedlander Y. i wsp.: Does religious observance promote health? mortality in secular vs religious kibbutzim in Israel, *Am. J. Public Health*, 1996, 87, 957-961
19. Meraviglia M.G.M.: The effect of spirituality on well-being of people with lung cancer, *Oncol. Nurs. Forum*, 2004, 31, 89-94
20. Heszen-Niejodek I, Gruszczyńska E.: Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar, *Przegl. Psychol.*, 2004, 47, 1, 15-31.

21. Maltby J., Day L.: Religious orientation, religious coping and appraisals of stress: assessing primary appraisal factor in the relationship between religiosity and psychological well-being, *Pers. Individ. Differ.*, 2003, 34, 1209–1224.
22. Swinyard R. W., Kau A. K., Phua H.Y.: Happiness, materialism and religious experience in the US and Singapore, *J. Happiness Stud.*, 2001, 2, 13–32.
23. Bergan A., McCoantha J. T.: Religiosity and life satisfaction, *Activities, Adaptation & Aging*, 2000, 24, 23–34.
24. Czapiński J.: *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa, 1994.
25. http://chwilkawytchnienia.com/Cytaty/cytaty_religijne, data pobrania 5.05.2017
26. Heszen I.: Duchowość i jej rola w radzeniu sobie ze stresem [w:] *Człowiek i dzieło*, Suchocka L., Sztembis R. (red.), Wyd. KUL, Lublin, 2010, 215-223
27. Meraviglia M.G.M.: Effects of spirituality in breast cancer survivors, *Oncol. Nurs. Forum.*, 2006,1, 33, 1, E1-7.
28. Holland J.C., Passik S., Kash K.M. i wsp.: The role of religious and spiritual belief in coping with malignant melanoma, *Psychooncology*, 1999, 8, 14-26.
29. Gudaszewski G., Chmielewski M.: *Wyznania religijne i stowarzyszenia narodowościowe i etniczne w Polsce 2006-2008*, GUS, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, 2010.
30. Główny Urząd Statystyczny: *Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2013*. Warszawa, Zakład Wydawnictw Statystycznych, 2013.
31. Wandrasz M.: *Religijność a postawa wobec chorób*, RW KUL. Lublin, 1998
32. Ramonetta LM, Sills D.: Spirituality in gynecological oncology: a review, *J. Int. Gynecol. Cancer*, 2004, 14, 183-201.
33. Laubmeier K.K., Zakowski S.G., Bair J.P.: The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: A test of the transactional model of stress and coping, *IJBM*, 2004, 11, 48–55.
34. Cummings S.M., Neff J.A., Husaini B.A.: Functional impairment as a predictor of depressive symptomatology: The role of race, religiosity and social support, *Soc. Work Health Care*, 2003, 28, 23–32.
35. Parker M., Roff L. L., Klemmack D. L. i wsp.: Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults, *Aging & Mental Health*, 2003, 7, 390-397.
36. Adams D.: *Nasza duchowość i określenie sposobu w jaki rozpoznajemy potrzeby duchowe* [w:] *Człowiek nieuleczalnie chory*. Block B.L., Otrębski W. (red.), WNS,

Lublin, 1997, 64.

37. <https://cytaty.eu/motyw/religia-3.html>, data pobrania 5.06.2016
38. Boguszewski R.: Kanon wiary Polaków, CBOS, 29/2015, Warszawa, 2015,3, 1-15.
39. Rękas M.: Tajemnica cierpienia, Wyd. Apostolstwa Chorych, Katowice, 1949.
40. http://chwilkawytchnienia.com/Cytaty/cytaty_religijne, data pobrania 5.05.2017
41. Zdrowie a wiara, z prasy zagranicznej, Niedziela. Tygodnik Katolicki, 2008, 49, http://www.niedziela.pl/artukul_w_niedzieli.php?doc=nd200849&nr=44, data pobrania: 5.06.2016.
42. Koenig H.G., George L.K., Titus P.: Religion, Spirituality, and Health in Medically III Hospitalized Older Patients, *J. Am. Geriatr. Soc.*, 2004, 52, 554-562.
43. Koenig H.G.: Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice, *South. Med. J.*, 2004, 97, 1194–1200.
44. Koenig H.G.: Spirituality in patient care: why, how, when, and what, Templeton Foundation Press, 2002.
45. Koenig H. G., George L. K., Peterson B. L.: Religiosity and remission of depression in medically ill older patients, *J. Am. Psych.*, 1998, 155, 536-542.
46. Koenig H.G., Idler E., Kasl S. i wsp.: Religion, spirituality, and medicine: a rebuttal to skeptics, *Int. J. Psychiatry Med.*, 1999, 29, 123-131.
47. Koenig H.G.: Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications, *ISRN Psychiatry*, 2012, 1, 1-33
48. Francis L.J., Robbins M., Lewis C.A., et. al.: Religiosity and general health among undergraduate students: a response to O'Connor, Cobb, and O'Connor, *Pers. Individ. Differ.*, 2004, 37, 485-494.
49. Levin J.S., Markides K.S.: Religion and health in Mexican Americans, *J. Relig. Health.*, 1985, 26, 9–36.
50. Oman D., Reed D.: Religion and mortality among the community-dwelling elderly, *Am. J. Public Health*, 1998, 88, 1469–1475.
51. Balboni T.A., Vanderwerker L.C., Block S.D., i wsp.: Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life, *J. Clin. Oncol.*, 2007, 25, 555-560.
52. Vallurupalli M. M., Lauderdale M. K., Balboni M. J. i wsp.: The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy, *J. Support. Oncol.*, 2012, 10, 81-87.

53. Silvestri G.A., Knitting S., Zoller J.S., i wsp.: Importance of faith on medical decisions regarding cancer care, *J. Clin. Oncol.*, 2003, 21,7,1379-1382.
54. Danhauer S.C., Case L.D., Tedeschi R. i wsp.: Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer, *Psychooncology*, 2013, 22, 12, 2676-2683.
55. Ai A., Hall D., Pargament K. i wsp.: Posttraumatic growth in patients who survived cardiac surgery: the predictive and mediating roles of faith-based factors, *J. Behavior. Med.*, 2013, 36, 2, 186-198.
56. Oxman T.E., Freeman D.H., Manheimer E.D.: Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly, *Psychosom. Med.*, 1995, 57,1,5-11.
57. Ogińska-Bulik N.: Rola duchowości w rozwoju po traumie u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi, *Psychiatr. Psychoter.*, 2014, 10, 3, 3-16.
58. Bjorck J.P., Cohen L.H.: Coping with threat, losses and challenges, *J. Soc. Clin. Psychol.*, 1993, 12, 56-72.
59. Ong L.M.L., Visser M.R.M., van Zuuren F.J. i wsp.: Cancer patients' coping styles and doctor - patient communication, *Psychooncology*, 1999, 8, 155-166.
60. Klaassen D. W., McDonald M. J., James S.: Advance in study of religious and spirituals coping [w:] *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping*. Wong PTP (red.). Springer, New York – London, 2006, 105-132.
61. Matthews D.A., Larson D.B., Barry C.P.: *The Faith Factor: An Annotated Bibliography of Clinical Research on Spiritual Subjects. Vol 1*. Rockville, National Institute for Healthcare Research, 2003.
62. Kaczorowski J. M.: Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer, *Hosp. J.*, 1989, 5, 105-116.
63. McCullough M.E., Hoyt W.T., Larson D.B, et al.: Religious involvement and mortality: a meta-analytic review, *J. Health Psychol.*, 2000, 19, 11-222.
64. Clark K. M., Friedman H. S., Martin L. R.: A longitudinal study of religiosity and mortality risk, *J. Health Psychol.*, 1999, 4, 381-391
65. Janiszewska J., Lichodziejewska-Niemierko M.: Znaczenie religijności w życiu człowieka chorego., *Pol. Merk. Lek.*, 2006, 21, 197-200.
66. Krok D., Rock K.: Religijne style poznawcze a radzenie sobie ze stresem u osób chorych na nowotwór [w:] *Człowiek chory w rodzinie. Analiza problemów i formy pomocy*, Dzierżanowska-Peszko J. (red.), Redakcja Wydawnictw WT UO, Opole, 2010, 195-217.

67. Mueller P. S., Plevak D. J., Rummans T. A.: Religious involvement, spirituality and medicine: implications for clinical practice, *Mayo Clin. Proc.*, 2001, 6, 1225-1235.
68. Hixson K.A., Gruchow H.W., Morgan D.W.: The relation between religiosity, selected health behaviors, and blood pressure among adult females, *Prev. Med.*, 1998,27,545-552.
69. Oleckno W.A., Blacconiere M.J.: Relationship of religiosity to wellness and other health-related behaviors and outcomes, *Psychol. Rep.*, 1991, 68, 819-826.
70. Azhar M.Z., Varma S.L., Dharap A.S.: Religious psychotherapy in anxiety disorder patients, *Acta Psychiatr. Scand.*, 1994, 90, 1-3.
71. Janiszewska J.: Wpływ postawy religijnej na poziom lęku u pacjentek z guzem sutka w różnych etapach choroby nowotworowej, *Adv. Clin. Exp. Med.*, 2001, 10, Suppl. 1, 119-124.
72. Kinney A.Y., Bloor L.E., Dudley W.N. i wsp.: Roles of Religious Involvement and Social Support in the Risk of Colon Cancer among Blacks and Whites, *Am. J. Epidemiol.*, 2003, 158, 1097-1107.
73. Krok D.: Religijny system znaczeń i poczucie sensu życia jako predykatory eudajmonistycznego dobrostanu psychicznego u osób chorych na nowotwór, *Studia Psychologica*, 2014, 14,2, 25-40
74. Goldbourt U., Yaari S., Medalie J.H.: Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees. A 23-year mortality follow-up in the Israeli Ischemic Heart Disease Study, *Cardiology*, 1993, 82, 2-3, 100-121.
75. http://chwilkawytchnienia.com/Cytaty/cytaty_religijne.html, data pobrania 5.06.2016
76. Wroński K.: Prawo chorego do opieki duszpasterskiej podczas pobytu w szpitalu, *Współczesna Onkol.*, 2007, 11, 381-384.
77. Knychala J.: Opieka religijna w szpitalu. Kapelan na dyżurze, *Menadżer Zdrowia*, 2006, 9, 74-76.
78. Pyszkowska J.: Opieka paliatywna – formy realizacji, zasady współpracy z lekarzem rodzinnym, *Przew. Lek.*, 2007, 2, 198-201.
79. Krajewska-Kułak E., Van Damme-Ostapowicz K., Bielemuk A. i wsp.: Samoocena postrzegania zawodu pielęgniarki oraz zdolności rozumienia empatycznego innych ludzi przez studentów pielęgniarstwa, *Probl. Pielęg.*, 2010, 18, 1, 1-10.
80. Szczawiński A.: Rola Kapłanów szpitalnych. Nie przyszedłem pana nawracać. Rozmowa z ks. Stanisławem Warzeszakiem, Krajowym Duszpasterzem Służby

- Zdrowia, Przegląd Urologiczny, 12,6, 76, <http://www.przeglad-urologiczny.pl/artukul.php?2359>, data pobrania 1.06.2016
81. Oman, D., Kurata, J., Strawbridge, W. i wsp.: Religious attendance and cause of death over 31 years, *Int. J. Psych. Med.*, 2002, 32, 69–89.
82. <https://cytaty.eu/motyw/religia-3.html>, data pobrania 5.05.2017
83. Pargament K.I.: Of means and ends: Religion and the search for significance, *The Inter. J. Psychol. Relig.*, 1992, 2, 201-229.
84. Flannelly K.J, Ellison C.G., Strock A.L.: Methodologic Issues in Research on Religion and Health, *South. Med. J.*, 2004, 97, 1231-1241.
85. Muszalik M., Grabowska M., Kędziora-Kornatowska K.: Znaczenie przekonań religijnych w opiece zdrowotnej [w:] *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowskiej K (red.), PZWL, 2010, 157-164.
86. Świadkowie Jehowy w Polsce. Służba Informacji o Szpitalach: Opieka medyczna nad pacjentem – Świadkiem Jehowy [w:] *Krajewska-Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A.: Pacjent odmienny kulturowo*, Wyd. Silva Rerum, Poznań, 2015, 303-316.
87. Hall D. E.: When clinical medicine collides with religion, *The Lancet*, 2003, 326, 28–29.
88. Osińska K.: *Refleksje nad etyką lekarską*, Wyd. Archidiecezji Warszawskiej, Warszawa, 1990
89. Ellis M., Vinson D. C., Ewigman B.: Addressing spiritual concerns of patients, *J. Fam. Pract.*, 1999, 48, 105-109.
90. Jaksz-Recmanik E., Zalewska-Puchała J.: Zachowania zdrowotne uwarunkowane religijnie na przykładzie wyznawców Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego, *Probl. Pielęg.*, 2014, 22,4, 533-538.
91. <https://cytaty.eu/zrodlo/dzieckonoego.html>, data pobrania 5.04.2017.

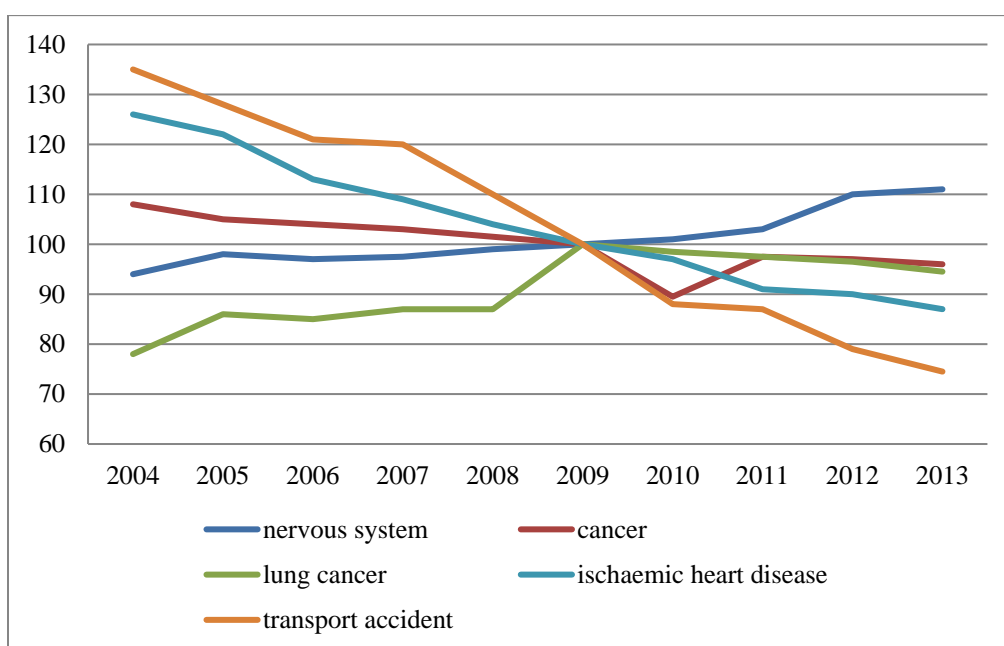
Medycyna paliatywna a eutanazja i ortotanazja. Odmienne oblicza godnej śmierci

Mańkowska Joanna¹, Pytłasińska Joanna¹, Pielka Ewa¹, Pielka Izabela¹, Dorna Krzysztof², Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,3}, Gnus Jan^{1,2,3}

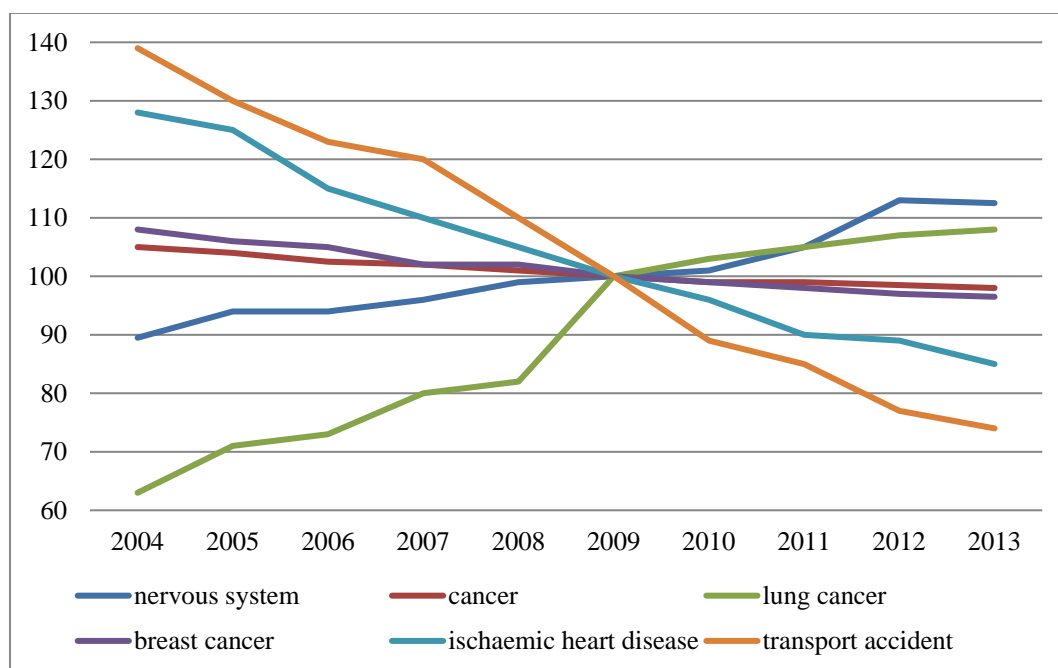
1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
2. Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu
3. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

Wstęp

Medycyna ostatnich lat jest medycyną postępu. Coraz lepsze metody diagnostyczne i terapeutyczne umożliwiają wcześniejsze wykrycie wielu chorób oraz efektywniejsze ich leczenie. Skutkiem tego jest nie tylko zauważalne wydłużenie czasu życia mieszkańców krajów rozwiniętych, lecz także zmiana proporcji najczęstszych przyczyn ich zgonu. Dane statystyczne wskazują na istotny spadek odsetka zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, czy wypadków komunikacyjnych, natomiast widoczny wzrost wśród ogółu przyczyn śmierci notują choroby nowotworowe (ryc. 1, 2) [1].



Ryc. 1. Przyczyny zgonu – standaryzowany współczynnik umieralności na 100 000 mieszkańców, mężczyźni [1].



Ryc. 2. Przyczyny zgonu – standaryzowany współczynnik umieralności na 100 000 mieszkańców, kobiety [1].

Dane te pozwalają wysnuć wniosek, iż coraz rzadziej umieramy śmiercią nagłą, a koniec życia, częściej niż niegdyś, poprzedzony jest stosunkowo długim procesem umierania. W naturalny sposób wyindukowało to konieczność powstania jednostki, instytucji oraz działań odpowiadających na nowe potrzeby umierających pacjentów. Odpowiedzią na nie stała się opieka paliatywna.

Według definicji WHO opieka paliatywna to: „działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin zmagających się z zagrażającą życiu, nieuleczalną chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia, dzięki wczesnej identyfikacji i ocenie bólu, a także innych problemów somatycznych, psychologicznych, socjalnych i duchowych” [2]. Szczególną rolę w opiece paliatywnej pełni medycyna paliatywna.

Koncepcja medycyny paliatywnej powstała w Wielkiej Brytanii, choć pierwszy raz wyraz „hospicjum” jako definicja miejsca przeznaczonego dla umierających użyty został w 1842 r. przez Jeanne Gardier w Lyonie [3]. Od tego czasu dziedzina ta zaczęła dynamicznie się rozwijać i ewoluować, utworzono standardy postępowania.

W społeczeństwie, w którym temat śmierci nadal traktowany jest jako tabu, a intensywny styl życia nie skłania do refleksji nad umieraniem, stosunkowo młody termin, jakim jest opieka paliatywna, nie wydaje się nam wystarczająco bliski. Niestety, sytuacja ta kreuje wiele niefortunnych pomyłek mylących lub nawet utożsamiających medycynę

paliatywną z innymi pojęciami kojarzonymi się powszechnie ze śmiercią w otoczeniu szpitalnym, takimi jak eutanazja, dystanazja czy ortotanazja.

W badaniu przeprowadzonym wśród 198 pielęgniarek i 199 lekarzy z województwa śląskiego odpowiednio 49% oraz 43% z nich podało brak wiedzy osób najbliższych na temat postępowania z chorym umierającym, jako główny problem w opiece nad terminalnie chorymi [4]. Znajomość wspomnianych pojęć jest niedostateczna nawet wśród personelu medycznego oraz przyszłych adeptów zawodów medycznych. Za przykład posłużyć mogą wyniki badania wiedzy studentów kierunków medycznych, z których wynika, iż niemal jedna trzecia ankietowanych miała problem z wyjaśnieniem pojęć “ortotanazja” i “antydystanazja”, a blisko połowie problem taki sprawił termin “dystanazja” [5].

Mając na uwadze powyższe dane, warto w tym miejscu wyjaśnić poszczególne pojęcia, by uniknąć niespójności interpretacji w dalszej części tekstu (tabela I).

Tab. 1. Definicje na podstawie literatury [9,27]

DEFINICJE	
EUTANAZJA CZYNNA	celowe i przemyślane działanie lekarza podjęte na żądanie chorego i pod wpływem współczucia dla niego w celu spowodowania jego śmierci, jeśli nastąpi ona wcześniej niż z przyczyn naturalnych
EUTANAZJA BIERNA	celowe i przemyślane zachowanie się lekarza podjęte pod wpływem współczucia dla chorego i na jego żądanie, polegające na zaprzestaniu wobec chorego środków i procedur utrzymujących go przy życiu, przy czym śmierć następuje wcześniej niż z przyczyn naturalnych
WSPOMAGANE SAMOBÓJSTWO	dostarczenie przez lekarza choremu środków niezbędnych dla dokonania aktu zakończenia życia, szybciej niż z przyczyn naturalnych
DYSTANAZJA	utrzymywanie pacjenta przy życiu dzięki koniecznemu i ciągłemu zastosowaniu środków nadzwyczajnych
ANTYDYSTANA ZJA	odłączenie od aparatury podtrzymującej życie kiedy obumrze pień mózgu (ale pozostaje akcja serca, oddech); także wówczas kiedy obumrze jedynie część mózgu, ale istnieje pewność, że chory nie odzyska już świadomości
ORTOTANAZJA	zaniechanie dalszego sztucznego podtrzymywania życia pacjenta; zaniechanie dystanazji

Eutanazja, ortotanazja, dystanazja

Pojęciu eutanazji w polskim kodeksie karnym odpowiada art. 150, mówiący o czynie zabronionym i podlegającym karze, definiowanym jako „zabicie człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego” [6]. Nieco szerszą definicję znaleźć możemy w Deklaracji Doktryny Wiary, mówiącej iż eutanazja jest nie tylko działaniem, lecz także wstrzymaniem się od działania, skutkującym śmiercią lub dokonany w intencji spowodowania śmierci „w celu wyeliminowania wszelkiego bólu” [7]. Za M. Gałuszką i K. Szewczykiem wyróżnić możemy eutanazję czynną dobrowolną i niedobrowolną oraz bierną dobrowolną i niedobrowolną [8].

Różnica pomiędzy poszczególnymi rodzajami eutanazji zawarta jest w woli chorego (dobrowolna i niedobrowolna) oraz aspekcie podjęcia działania (w przypadku eutanazji czynnej, nazywanej również aktywną) lub jego zaprzestania (eutanazja bierna, inaczej pasywna) w celu przyspieszenia zgonu, motywowanego współczuciem do cierpiącego. Rozpatrując oba rodzaje łącznie mówić możemy o eutanazji *sensu largo*, natomiast eutanazja w znaczeniu eutanazji czynnej uważana jest za eutanazję *sensu stricto* [9,10,11].

Osobnym terminem, który również należy przedstawić jest pojęcie **wspomagane** **samobójstwa**, w którym lekarz dostarcza choremu środków niezbędnych dla dokonania aktu zakończenia życia, szybciej niż z przyczyn naturalnych [12].

Znaczenie tego terminu akcentuje Kodeks Etyki Lekarskiej, który podkreśla, iż lekarzowi nie wolno, nie tylko stosować eutanazji, ale też pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa [13].

Przeciwstawnym do eutanazji pojęciem jest **dystanazja** czyli „utrzymywanie przy życiu człowieka wyłącznie dzięki ciągłemu zastosowaniu środków nadzwyczajnych”. W chwili, gdy podjęta zostaje decyzja o zaprzestaniu dystanazji skutkująca śmiercią pacjenta mamy do czynienia z **ortotanazją** [9]. Jest to pojęcie kontrowersyjne, gdyż część autorów utożsamia je z odmianą eutanazji biernej, inni z rezygnacją z uporczywej terapii.

Kolejnym terminem wartym wyjaśnienia jest właśnie **uporczywa terapia**. Zawiązana w 2008 roku Polska Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca składająca się ze stałego zespołu specjalistów z zakresu etyki, medycyny i prawa życia, odpowiadając na potrzebę ujednolicenia nazewnictwa w środowisku medycznym, jak i pozamedycznym, zdefiniowała uporczywą terapię jako „stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje

podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta” [14].

Wyodrębnienie i zrozumienie wspomnianych pojęć jest warunkiem niezbędnym do uzmysłowienia sobie problemu, jaki rodzą błędne ich interpretacje, także w kontekście rozważań na temat opieki paliatywnej.

Opieka paliatywna

Opieka paliatywna jest różnokierunkową, kompleksową pomocą udzielaną pacjentom z zagrażającą życiu postępującą chorobą, niepoddającą się leczeniu przyczynowemu [15]. Terminem jednoznacznym z opieką paliatywną jest opieka hospicyjna, określane razem jako opieka paliatywna i hospicyjna (OPH). Istotnym podkreślenia jest fakt, iż specjalistyczna OPH nie może być częścią opieki długoterminowej, gdyż opieka długoterminowa nie jest świadczeniem specjalistycznym [16].

Nieścisłość ta jest często powielana, również przez lekarzy oraz personel medyczny, stając się źródłem pomyłek. Zdarzają się również przeinaczenia dotyczące mylenia OPH z geriatrią [17].

Występują różne formy opieki paliatywnej - są to: hospicja domowe, oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne, ambulatoryjna opieka paliatywna, ośrodki opieki dziennej oraz szpitalny zespół wspierający. Ten ostatni skupia się na konsultacjach na oddziałach innych niż medycyny paliatywnej na prośbę lekarzy opiekujących się terminalnie chorymi, wspierając ich radą, a pacjentów otaczając opieką [18].

Wskazania do objęcia opieką paliatywną można zawrzeć w trzech punktach: na podstawie rokowania, na podstawie diagnozy oraz na podstawie potrzeb. Decyzję o przyjęciu powinien podejmować lekarz będący pracownikiem jednostki opieki paliatywnej [17].

Ekstraktem niezbędnym do zrozumienia sensu opieki paliatywnej jest uświadomienie sobie, iż jej celem nie jest wyleczenie czy wprowadzenie choroby w stan remisji, lecz poprawienie jakości życia osób nieuleczalnie chorych. Jest to możliwe dzięki różnorodności zespołu opiekującego się pacjentem, w skład którego powinni wchodzić odpowiednio przeszkoleni lekarze i pielęgniarki, psycholog, pracownik socjalny, rehabilitant, duszpasterz oraz wolontariusze. Bardzo ważną rolę odgrywa duszpasterz, nie tylko dla osób wierzących. Pozwala on pogodzić się umierającym pacjentom z Bogiem w ostatnich chwilach ich życia, ale również służy im wsparciem, rozmową i modlitwą. Jego obecność stwarza także duży

komfort lekarzom i pielęgniarkom, którzy nie zawsze czują się swobodnie w rozmowach o życiu i duchowości, nie chcąc naruszać sfery prywatnej pacjenta. W badaniach przeprowadzonych wśród studentów pielęgniarstwa i pedagogiki, jako osobę towarzyszącą preferowaną do stawania u boku chorego w momencie śmierci, respondenci wskazali księdza na drugim miejscu, po rodzinie, jednak przed lekarzem, czy pielęgniarką [19]. Świadczy to o istotności potrzeb duchowych chorych u schyłku życia.

Opieka paliatywna opiera się na kilku ważnych aspektach (tabela II).

Tab. II. Podstawowe zasady etyczne stosowane w sprawach zdrowia.

**PODSTAWOWE ZASADY ETYCZNE STOSOWANE
W SPRAWACH ZDROWIA**

- 1) autonomia (pacjent powinien być poinformowany i zaangażowany w proces podejmowania decyzji)
- 2) dobroczynność
- 3) nieszkodzenie
- 4) sprawiedliwość (zachowanie równowagi pomiędzy potrzebami jednostki a potrzebami społeczeństwa)

Za: Watson M., Lucas C., Hoy A., Backred I., Kubler A.: Opieka paliatywna. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2005

Przede wszystkim należy uszanować autonomię pacjenta, jego prawo do samostanowienia o sobie. To pacjent decyduje o sobie, o tym czy chce zostać objęty opieką, o sposobie leczenia, a także miejscu, w którym chciałby umrzeć. Jednakże, zgodnie z art. 32 KEL, lekarz nie ma obowiązku podejmować czynności reanimacyjnych, ani stosować uporczywej terapii u chorych w stanach terminalnych, gdy stan pacjenta nie rokuje szansą na wyzdrowienie, natomiast niebezpieczeństwo przedłużenia bólu i cierpienia chorego jest istotnie wysokie (tabela III). Sprawia to, iż czasem lekarz musi podjąć decyzję o zaprzestaniu terapii, która staje się daremną, wbrew woli pacjenta czy rodziny. Jest to związane z kolejnym aspektem opieki paliatywnej - *primum non nocere*.

Istotnym jest, by lekarz potrafił określić moment, w którym wszelkie nowe terapie nie będą już przynosiły efektów leczniczych, a będą jedynie przedłużały agonię pacjenta. Ważnym jest także, aby zapewnić umierającym możliwość godnej śmierci - bez bólu i zbędnego cierpienia. Służą temu m.in. specjalne zabiegi, określane mianem zabiegów

paliatywnych, których celem nie jest wyleczenie pacjenta z choroby, a jedynie złagodzenie jego dolegliwości somatycznych.

Tab. III. Wybrane artykuły Kodeksu Etyki Lekarskiej.

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ
POMOC CHORYM W STANACH TERMINALNYCH

Art. 30. Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia.

Art. 31. Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa.

Art. 32.

1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.

2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych.

Nie należy ukrywać prawdy przed terminalnie chorymi o ich stanie zdrowia - mają oni pełne prawo do tej wiedzy. Wyjątkiem jest stan, w którym chory wyraźnie zażyczy sobie, iż nie chce znać szczegółów dotyczących swojego zdrowia. Jest to jednak sytuacja niezwykle rzadka, gdyż większość pacjentów pragnie wiedzieć co się z nimi dzieje. Wg Cicely Saunders terminalnie chorzy mają trzy główne pragnienia: pomóż mi, wysłuchaj mnie, nie opuszczaj mnie – i to na nich powinien się skupić zespół opieki paliatywnej [20].

Należy pamiętać, iż opieka paliatywna winna jest pomóc rodzinie pogodzić się i poradzić sobie z okresem osierocenia i żałoby. Istotnym jest, by zwrócić szczególną uwagę na rozróżnienie żałoby oraz depresji, gdyż cechują się one inną odpowiedzią na funkcję terapeutyczną wsparcia otoczenia oraz na ewentualne leczenie farmakologiczne [21].

Niezwykle ważną rolę odgrywa także dialog z pacjentem i jego rodziną. Rozmowa o oczekiwaniach, stanie zdrowia, sposobie leczenia i spodziewanych efektach zabiegów pomaga w przygotowaniu się na śmierć.

Świadomość pacjenta i jego bliskich na temat tego co go czeka, jak będzie wyglądał przebieg choroby sprawia, że łatwiej jest im się przygotować do tego, co nieuniknione.

Zespół opieki hospicyjnej powinien zadbać o dobre kontakty i odpowiednią współpracę z bliskimi pacjenta, gdyż to oni stanowią jego najważniejsze środowisko, służą mu radą, wsparciem, otuchą. To oni są przy pacjencie przez większość czasu, widzą jego stan.

Odpowiednio przygotowani przez lekarzy wiedzą jak się zachować, gdy stan chorego się pogarsza oraz łatwiej przechodzą przez ten trudny dla nich okres.

W 2012 roku CBOS przeprowadził badania, które wykazały, że 66% ankietowanych wolałoby umrzeć w domu, gdzie mają wsparcie rodziny. Często jednak można spotkać się z sytuacją, w której pacjenci w ostatnich dniach swojego życia proszą o przeniesienie na oddział paliatywny, by odciążyć swoich bliskich. W tym samym badaniu wykazano, iż większość społeczeństwa pragnie szybkiej i niespodziewanej śmierci. Jednakże 20% społeczeństwa pragnie móc przygotować się na moment śmierci, a czas ten chciałoby poświęcić na pożegnanie się z bliskim, spowiedź, załatwienie spraw materialnych [22].

W tych właśnie pragnieniach może pomóc pacjentom zespół opieki paliatywnej - m. in. poprzez posługę kapłańską czy odpowiednie dobranie dawek leków przeciwbólowych, które uśmierzą ból, ale pozostawia jasność umysłu.

Wnioski

Mnogość pojęć i różnorodna ich interpretacja, nawet wśród autorów podręczników etycznych, prawniczych i medycznych, nastrocza wiele problemów ogółowi społeczeństwa niezwiązanego z poruszaną tematyką na co dzień. Fakt, iż za eutanazją częściej opowiadają się osoby niezwiązane z medycyną, niż osoby posiadające wykształcenie medyczne również sugeruje, że jest to spowodowane mniejszą świadomością i wiedzą [23]. Jednakże nawet wśród osób z wykształceniem medycznym, niezajmujących się na co dzień opieką nad chorymi umierającymi, przygotowanie zarówno merytoryczne, jak i praktyczne do podjęcia wspomnianej opieki jest niewystarczające. Jak podkreśla Katarzyna Hall, minister edukacji narodowej od 2007 do 2011 roku: „dobiegające końca życie, potrzeby człowieka umierającego, śmierć – to kwestie, które rzadko są obecne w materiałach dydaktycznych” [24]. Dlatego tak ważna zdaje się być rzetelna edukacja i debata w dziedzinie opieki paliatywnej.

Do refleksji skłaniają również wyniki badania przeprowadzonego wśród chorych Hospicjum Domowego w Białymstoku, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i pracowników Szpitala Klinicznego, studentów wydziału lekarskiego wspomnianej uczelni oraz mieszkańców województwa podlaskiego. Wykazało ono, że najczęściej przeciw eutanazji wypowiedzieli się sami chorzy (73%), co podkreśla nie tylko niezwykłą wartość życia ludzkiego, ale prawidłowość i skuteczność opieki paliatywnej oraz zadowolenie chorych z otrzymywanej pomocy [25].

Priorytetowym zadaniem osób zespołowo zajmujących się umierającymi chorymi jest dążenie do zapewnienia pacjentowi braku cierpienia, poczucia bezpieczeństwa i jak najdłuższej aktywności. Równie istotne jest objęcie opieką rodziny chorego.

Najistotniejszym elementem tej opieki są ludzie. To głównie od nich zależy, jak chory przeżyje ostatnie chwile swojego życia oraz jak zapamięta je rodzina. Przytoczyć można tu badanie przeprowadzone przez M. Krajnika, A. Szymanowską i A. Adamczyk oraz wsp., podkreślające że wiele gestów, słów i zachowań nie tylko chorego, ale również personelu medycznego jest przechowywanych w pamięci bliskich [26]. Świadczy to o fakcie, iż empatyczne i holistyczne podejście do pacjenta, w połączeniu ze specjalistyczną opieką medyczną powinny iść ze sobą w parze i wzajemnie się uzupełniać.

Opieka paliatywna powinna być dla chorych umierających alternatywą dla eutanazji czy innych form skrócenia życia. Prawidłowo prowadzona, spełniająca wszystkie swoje założenia może sprawić, iż w przyszłości dyskusje na temat legalizacji bądź zakazu eutanazji, dystanazji, wspomaganego samobójstwa czy ortotanazji w konkretnych krajach staną się niepotrzebne, a chorzy umierający w tych ciężkich chwilach będą mogli skupić się wyłącznie na pożegnaniu z rodziną, dokończeniu ostatnich niezłatwionych spraw i potrzebach duchowych, tak by ostatnie momenty spędzone wśród bliskich miały w sobie jak najwięcej spokoju i jednocześnie jak najmniej cierpienia.

Piśmiennictwo

1. Eurostat. Statistics Explained. Dane statystyczne dotyczące przyczyn zgonu. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics/pl_html, data pobrania: 23.03.2017.
2. WHO. Definicja opieki paliatywnej, 2002: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/html> (data pobrania: 23.03.2017)
3. Mickiewicz I., Krajewska-Kułak E., Kędziora-Komatowska K. et al.: Opinie zawodowo czynnych pielęgniarek na temat opieki paliatywnej, *Med. Paliat.*, 2011, 3, 151-162.
4. Bartusek M.: Opieka paliatywna / hospicyjna w świetle wypowiedzi pielęgniarek i lekarzy, Wyd. Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie, 2004, 1, 1-3-109.
5. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Cybulski M.: Wybrane aspekty problemu ortotanazji w percepcji studentów kierunków medycznych, *Med. Paliat.*, 2014, 3, 158-164.

6. Art. 150 ustawy z dnia 2 sierpnia 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. 1997 r., nr 88, poz. 553)
7. Dobrowolski T.: Eutanazja. <http://www.hospicjum-domowe.waw.pl/problem-eutanazji/1-eutanazja.html>, data pobrania: 23.03.2017.
8. Gałuszko M., Szewczyk K. (red.): Narodziny i Śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2002.
9. Brzeziński T.: Etyka lekarska, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
10. Glaser S.: Zabójstwo na żądanie, Księgarnia Wyd. Prawniczych, Warszawa 1936.
11. Huziuk Z.: Przepięstwo eutanazji w kodeksie karnym z 1969 r., Nowe Prawo, 1973, 11, 1604.
12. Tokarczyk R.: Prawa narodzin, życia i śmierci, Wolters Kluwer, Kraków 2000.
13. Art. 31 Kodeksu Etyki Lekarskiej.
14. Bołoz W., Krajnik M. et al.: Definicja Uporczywej Terapii Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia, Med. Paliat. w Prakt., 2008, 2, 77
15. Dorman-Okońska P.: Jak określić wskazania nagłe do objęcia opieką paliatywną - analiza stanu prawnego, Med. Paliat., 2012, 1, 41-46.
16. Łuczak J.: Opieka Paliatywna. Medycyna Paliatywna - medycyna bez bólu. <http://hospicjum-palium.pl/nowy/public/wydarzenia10/czytelnia2.pdf> html, data pobrania: 23.03.2017).
17. Ciałkowska-Rysz A.: Wskazania do objęcia opieką paliatywną, Med. Paliat., 2010, 1, 6-8
18. Ciałkowska-Rysz A.: Sytuacja i wyzwania opieki paliatywnej w Polsce, Med. Paliat., 2009, 1, 22-26.
19. Rygorowicz E., Guzowski A., Krajewska-Kułak E. et al.: Potrzeby duchowe chorych, śmierć i cierpienie w percepcji studentów, Med. Paliat., 2015, 3, 186-200.
20. Niemiec M.: Aspekty etyczne końca życia, Med. Paliat. w Prakt., 2016, 1, 1-7.
21. Sagan M., Pakosz A., Janecki M.: Rola opieki paliatywnej w okresie żałoby i osierocenia, Med. Paliat., 2010, 3, 132-135.
22. CBOS. W obliczu śmierci. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_165_12.PDF html, data pobrania: 23.03.2017.
23. Grochowska A., Sopol H., Kubik B. et al.: Wiedza i postawy studentów wobec osób w stanie terminalnym, Pielęg. XXI w., 2015, 4, 15-19.
24. Binnebesel J., Janowicz A., Krakowiak P.: Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym, Wyd. Fundacja Hospicyjna, Via Media, Gdańsk, 2009.

25. Leppert W., Gottwald L., Kaźmierczak-Łukaszewicz S.: Problematyka eutanazji i opieki paliatywnej w poglądach studentów VI roku medycyny, *Med. Paliat.*, 2009, 1, 45-50.
26. 26 Krajnik M., Szymanowska A., Adamczyk A. et al.: Jak najbliżsi pamiętają umieranie chorych na raka płuc po 2-8 latach? Badanie jakościowe oparte na wywiadach z członkami rodzin, *Med. Paliat.*, 2008, 2, 121-130.
27. Filar M.: *Lekarskie prawo karne*, Wyd. Zakamycze, Kraków 2000.

Śmierć i umieranie w sztuce oraz kulturze

Olejarczyk Dorota¹, Niemiec Jacek¹, Dzierżek Ireneusz¹, Przeździecka Małgorzata¹, Czerwiński Paweł¹, Olejarczyk Michał⁴, Dorna Krzysztof³, Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Gnus Jan^{1,2,3}.

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy we Wrocławiu
2. Zakład Rehabilitacji w Dysfunkcjach Narządu Ruchu Uniwersytetu Medycznego, im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
3. Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu
4. Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu

Myśl o przemijaniu towarzyszy człowiekowi od początku jego istnienia. Ludzkie życie mija, wraz z młodością kończy się pewien etap, człowiek dojrzewa, zaczyna doświadczać zupełnie innych spraw i emocji niż kiedy miał lat kilka, czy kilkanaście, by ostatecznie się zestarzeć i dojść do wniosku, że życie zatoczyło koło. Bywają w życiu lepsze i gorsze okresy, ale to co jest pewne to fakt, że wszystko się kiedyś kończy i dlatego nie powinno się przywiązywać ogromnej wagi do tego, co się przydarza. Warto cenić chwilę, ale nie być jej niewolnikiem.

Człowiek myślał o przemijaniu i sprawach ostatecznych od początku swego istnienia. Każda epoka, każda społeczność zaznaczała tematy przemijania i śmierci w tworzonych przez siebie tekstach kultury. Filozofowie starożytni wiązali problem śmierci z rozważaniami o nieśmiertelności duszy. Epikur pisał: „*Wszak cała nasza działalność zdąży do tego, aby się uwolnić od cierpienia i niepokoju*” [1]. Według niego, śmierć to po prostu rozpad atomów i zarazem koniec wszystkiego, przejście do nicości. Jednak „*póki my istniejemy, śmierci nie ma. Gdy zaś ona nadejdzie, to wtedy nas już nie będzie*” [1]. Platon twierdził, że dusza ma boskie pochodzenie. Ciało to miejsce jej kary. Śmierć nie jest straszna, wręcz jest pożądana, bo wyzwala duszę z więzienia i okowów ciała.

Według starożytnych greków człowiek został stworzony przez Prometeusza z gliny i łez, a więc już u swego początku był skazany na swój trudny los, ponieważ glina symbolizuje kruchość ludzkiego życia, natomiast łzy symbolizują cierpienie z nim związane. Starożytni

oswajali myśl o śmierci snując wizje świata umarłych - Hadesu. Śmierć uosabiał piękny i okrutny młodzieniec - Tanatos, który „ma serce ze spiżu i żelazną wolę” [1]. Los ludzki był zupełnie zależny od woli bogów, człowiek poddawany był cierpieniom i chorobom, które pojawiły się na ziemi za sprawą puszki Pandory. Sofokles powiadał, że: "Śmierć jest długiem, który każdy musi zapłacić" [2]. Te wizje ustępują wraz z upadkiem cesarstwa zachodniorzymskiego i następującą dominacją chrześcijaństwa, które wprowadza zupełnie odmienną teorię na temat przemijania i śmierci.

„Biblia” [3] zawiera dokładny opis początku i końca. Śmierć „narodziła się” w raju jako konsekwencja grzechu pierworodnego i kara za niewierność Bogu. Pierwszy człowiek został omamiony przez Lucyfera - uosobienie zła pełnego zazdrości o szczęście pierwszych ludzi. Bóg, po popełnieniu przez Adama i Ewę grzechu pierworodnego, mówi o ludzkiej egzystencji „prochem jesteś i w proch się obrócisz” [4], podkreślając, jak kruche i ulotne jest ludzkie życie. Stwórca wprowadzi srogo karze człowieka, jednak mówi też o zwycięstwie nad grzechem i końcu śmierci. To wtedy pada obietnica przyjścia Syna, który umierając na krzyżu, wybawi człowieka od śmierci. Zmartwychwstanie Chrystusa odbierze potęgę śmierci. Co zatem stanie się z ludzkością do czasu sądu ostatecznego? Odpowiedź przynosi księga Koheleta, który uważa, że dobra doczesne są niczym, a człowiek nigdy nie zgłębi sensu istnienia: „marność nad marnościami, i wszystko marność” [5]. Ludzka egzystencja jest ulotna, życie doczesne ma swój kres, a wszystko, co osiągniemy odejdzie w zapomnienie. Jedynie wiara i ufność wobec Boga mogą mu pozwolić żyć godnie. Autor chciałby nauczyć się więcej, ale wie, że czas mu na to nie pozwoli. Płyynie z tego jasne przesłanie, że człowiek powinien dążyć do szczęścia, pamiętając jednocześnie o tym, że życie jest nietrwałe. Kohelet przyrównuje życie ludzkie do praw rządzących naturą. Przychodzi wiosna za wiosną, wszystko się odnawia i wygląda tak samo, ale ludzkie pokolenia przychodzą i odchodzą, pojawia się nowy człowiek, a inny umiera, natomiast przyroda pozostaje niezmienna.

Warto jednak w tym miejscu jeszcze wspomnieć, że fakt, iż ludzie umierają i przemijają, nie musi być ostateczny. Istnieją też ludzie, którzy znaleźli sposób na swoją nieśmiertelność na ziemi. Pomnik Horacego oprze się wszelkim niszczycielskim siłom. Nie zniszczy go natura – deszcz ani Akwilon (porywisty północny wiatr), nie obejmą go także prawa czasu [5]:

*„nie naruszą go deszcze gryzące nie zburzy
oszalały Akwilon oszczędzi go nawet*

łańcuch lat niezliczonych i mijanie wieków” .

Stanie się tak, ponieważ spiżowe pomniki i inne materialne dowody uznania z czasem niszczej, a poezja jest nieśmiertelna i trwa wiecznie w sercach potomnych. Skoro dzieła Horacego przetrwają w pamięci ludzi, przetrwa również on sam, jako ich twórca [6]:

*„Nie wszystek umrę wiem że uniknie pogrzebu
cząstka nie byle jaka (...)”.*

Będzie bowiem wspomniany w czasie lektury jego utworów. Poeta mówi z przekonaniem „Nie wszystek umrę” [7] (łac. non omnis moriar), ponieważ w swoich dziełach pozostawił część siebie i dzięki temu następne pokolenia będą o nim pamiętać. Umrze jako człowiek, ale jako artysta będzie trwać wiecznie.

Takie podejście zupełnie nie mieściło się w idei średniowiecza. Już samo hasło „memento mori” (pamiętaj, że umrzesz) każe myśleć o kruchości i ulotności ludzkiego życia. Wszechobecny „dance macabre” przypomina o tym, że śmierć jest demokratyczna i dotyczy każdego. Herby i zaszczyty nie robią tu żadnej różnicy. Śmierć nie daje się przekupić nawet najbogatszym.

”Wielki Testament” F. Villona [8] nawiązuje do średniowiecznego motywu vanitas. Porusza temat utraty sił witalnych przez człowieka, utraty urody, starzenia się, niedoskonałości pamięci. Snuje także refleksje nad przemijaniem w historii. W „Wielkim testamencie” Franciszka Villona mamy do czynienia z umierającym człowiekiem dokonującym rozrachunku ze swoim życiem. Spogląda na nie z perspektywy biednego, aczkolwiek dobrze wykształconego ulicznika, dzięki czemu otrzymujemy obraz postawy człowieka wobec przemijania, z punktu widzenia przeciętnego człowieka żyjącego w średniowieczu. W wieku zaledwie 30 lat przygotowuje się on na śmierć, dywagując na temat swojej egzystencji. Mówi o niej w kontekście biedy, nędzy, cierpienia, a także miłości oraz Boga, lecz zawsze towarzyszy mu przeświadczenie o kruchości i przemijalności ludzkiego życia. Villon wskazuje, że choć w doczesnym życiu często skazywany był na poniżenie, to jednak wobec śmierci pozostaje na równych zasadach, jak każdy inny człowiek. Ponadto autor „Wielkiego Testamentu” podkreśla fakt utraty sił witalnych, zdrowia i urody wraz z ubiegającym czasem. W kontekście przemijania odnosi się nawet do miłości, opisując ją jako przemijającą i ulotną. Tego typu rozważania są szczególnie wyraźnie widoczne w utworze „Ballada o paniach minionego czasu”, gdzie Villon raz po raz powtarza, że niezależnie od posiadanego majątku czy osiągniętego statusu społecznego po każdego z nas prędzej czy później przyjdzie śmierć. Najdoskonalszym tego

wyrazem jest refren, w którym autor mówi: „Ach, gdzież są niegdysiejsze śniegi!” [8]. Warto zwrócić uwagę na fakt, że dywagacje Villona często opatrzone są humorem i ironią, co sprawia, że pesymistyczny obraz nieubłagalnej śmierci nieco się wygładza. Przemijanie w „Wielkim Testamencie” zostało ukazane w sposób bardzo ludzki i jednocześnie trochę bardziej optymistyczny, niż miało to miejsce w przypadku „Księgi Koheleta”. Funkcją tego motywu w dziele Villona jest uświadomienie czytelnikom, że ludzkie życie przemija nieubłaganie, dlatego wobec śmierci każdy z nas jest równy. Dlatego każdy powinien się do tego przygotować. Tej sztuki - sztuki umierania - można było się nauczyć. Powszechne były tzw. „ars moriendi” - podręczniki dobrego umierania - ich motyw ilustruje m. in. „Legenda o św. Aleksym” i inne opowieści o świętych, którzy byli mistrzami w tego typu ćwiczeniach. Ludzkie życie sprowadzało się do marnej egzystencji polegającej na nieustającej modlitwie i pracy. Śmierć była zwieńczeniem cierpienia, czymś wyczekiwany i oczekiwany. Ciekawe były także wyobrażenia samej śmierci. W „Rozmowie mistrza Polikarpa ze Śmiercią”, uosobiona Śmierć ukazana jest jako rozkładający się trup kobiety, który opowiada swoją genealogię.

Zdecydowanie inna wizja ostateczności ujawnia się w epoce renesansu, nawiązującej do antyku. Ludzie nadal zdają sobie sprawę z ulotności i kruchości ludzkiego losu, dlatego powstają liczne utwory funeralne: elegie, epitafia czy treny. Poezja nagrobna osiąga swoje apogeum w twórczości Jana Kochanowskiego. Cykl „Trenów” [8] stanowi niezwykle intymny zapis cierpienia i żałoby w obliczu śmierci najbliższej osoby. Śmierć staje się swoistą partnerką w dialogu. Poeta nazywa ją srogą, nieubłaganą, niepobożną i nieużytą. Szuka sposobów, by zbliżyć się do śmierci i poznać tajemniczy świat umarłych. „Tren XIX albo Sen” to spotkanie poety ze zmarłymi córką i matką. To matka właśnie daje Kochanowskiemu wskazówkę, jaką postawę należy przyjąć wobec niezrozumiałych i bolesnych zjawisk [9]:

„Tego się synu, trzymaj, a ludzkie przygody

Ludzkie noś; jeden jest Pan smutku i nagrody”.

We fraszce „O żywocie ludzkim” [9] Jan z Czarnolasu przedstawia swoje spojrzenie na ludzkie życie wyrażając opinię, że tak naprawdę jest ono nic nieznaczącą drobnostką, przemijającą wraz z kolejnymi latami. Według Kochanowskiego, człowiek nie jest nawet aktorem, a marionetką w rękach Boga, który z rozmysłem kieruje naszym życiem. Fraszka „O żywocie ludzkim” wskazuje więc, że jako ludzie, w żaden sposób nie możemy wpływać na swoje życie, ponieważ nasz los z góry ustala Stwórca i choćbyśmy nie wiadomo jak się starali, to i tak nie mamy szansy go zmienić. Wedle Kochanowskiego, jesteśmy kukielkami w te-

atrze świata, którego reżyser to wszechmocny Bóg, dlatego nie powinniśmy zbyt się ekscytować ani uzalać nad swoim życiem. Widać zatem, że wieszcz przedstawia motyw vanitas w sposób bardzo wyrazisty, nie dający człowiekowi złudnych nadziei na to, że ma on jakkolwiek wpływ na swoje życie. Jako marionetki jesteśmy bowiem mocno ograniczeni ze względu na fakt, że musimy zachowywać się tak, jak ktoś nam każe, a nie tak, żeby poprzez grę nie zostać zmanipulowanym przez innych. Funkcją tak bezkompromisowego i wyrazistego podejścia do tematu jest opowiedzenie się za stoickimi wartościami, z jakimi identyfikował się Kochanowski. Poprzez uświadomienie czytelnikom, że człowiek nie ma żadnego wpływu na własne życie i jest ono przemijającą bląhostką, poeta daje do zrozumienia, że nie należy zbyt mocno się nim przejmować, cały czas zachowując umiar i spokój, czyli „złoty środek” - tak jak nakazywał to stoicyzm. Jest to zatem dość optymistyczne ujęcie tematu.

Podobnie jak Kochanowski w „Trenach”, Zbigniew Morsztyn w utworze „Żywot - sen i cień” [10] także przeciwstawia życie ziemskie pośmiertnemu. Życie ludzkie zostało porównane z nocą, poza tym, że jest ogarnięte ciemnością, mrokiem, jest też związane z szybkim przemijaniem. Czas postrzegany jest jako koło. Poeta pyta o to, gdzie są dawni królowie, władzy, bohaterowie tego świata [11]:

*„Gdzie królowie, gdzie waleczne
księżęta, gdzie przedniejszy
wojsk wodzowie
których lata
dawniejsze pamiętały”.*

Dostrzec tu można nawiązania do filozofii platońskiej. Człowiekowi tylko zdaje się, że żyje. To, co człowiek uznaje za życie, jest tylko jego ziemskim odbiciem, w niewielkim stopniu może poznać życie. Morsztyn nawiązuje do terminu Jaskini Platońskiej. Jest to metafora symbolizująca znikomość ludzkiego życia. Ludzie uwięzieni w jaskini są przywiązani do skał. Jest to metaforyczna wizja ludzi na ziemi, oraz wpływu idei na ten świat. Ludzie w jaskini oglądają jedynie cienie prawdziwej rzeczywistości. Ich twarze zwrócone są na ścianę, na którą padają cienie rzeczy, które znajdują się przed ogniskiem. Dno jaskiń, to czas doczesny, łańcuchy to sprawy, które łączą ich z życiem doczesnym, a cienie to odbicie prawdziwych idei.

Rozważania na temat śmierci towarzyszą ludziom zazwyczaj w czasach ich młodości, zastanawiają się oni wtedy nad ideą śmiertelności własnej oraz swoich najbliższych.

W. Szekspir w „Hamlecie” [11] snuje refleksje na temat przemijania i śmierci. Tytułowy bohater nie może pojąć, że po człowieku nic nie zostaje, nawet jeśli dużo w życiu osiągnął: *”Wszyscy tuczemy się na pokarm dla robactwa. Tłusty król i chudy żebrak to tylko odmiana tej samej potrawy”* [12]. Hamlet po śmierci ojca zdał sobie sprawę, iż życie ludzkie nie trwa wiecznie, doprowadziło go to do zadumy nad własnym odejściem. Jak większość nastolatków, książę rozważał nad samobójstwem, lecz nie miał pewności, czy tak prostym środkiem uwolni się od mizerności swojego życia. Powątpiewał w życie pozagrobowe, gdy wypowiedział znamienne i jakże słynne słowa monologu [12]:

*„Być albo nie być, to wielkie pytanie.
Jestli w istocie szlachetniejszą rzeczą
Znosić pociski zawistnego losu
Czy też, stawiawszy czoło morzu nędzy,
Przez opór wybrnąć z niego? – Umrzeć – zasnąć –
I na tym koniec.
(...)
Zasnąć!
Może śnić? – w tym sęk cały, jakie bowiem
W tym śnie śmiertelnym marzenia przyjść mogą,
Kiedy zrzucimy z siebie więzy ciała (...).”*

Rozważania Hamleta na temat śmierci doprowadziły go do kolejnej kwestii poruszonej przez Szekspira w utworze, czyli problemu nieuchronności nadejścia końca życia ludzkiego. Bohater postrzegał śmierć jako ostatni cykl w tak zwanym „kręgu życia”. Zagadnienie kresu bytu ludzkiego ukazane zostało przez Szekspira z wielu perspektyw i w wielu aspektach. Opętany ideą śmierci Hamlet styka się z jej wymiarem spirytualnym, poprzez rozmowę z Duchem oraz namacalnym dowodem jej siły, czaszką Yoryka. Tytułowy bohater odnajduje w owej idei odpowiedź na dręczące go pytania. Przemijanie wyrażone jest w dramacie, właśnie dzięki symbolicznej czaszce błazna.

Odnaleziona na cmentarzu pozostałość po człowieku, który rozbawił cały dwór, zmusiła Hamleta do rozmyślań na temat kruchości ludzkiego życia. Doszedł do wniosku, iż każdy kiedyś umrze, a wtedy jego ciało trafi do ziemi. Nieważne, czy za życia ktoś był wielkim władcą, czy zwykłym błaznem, wszyscy skończą tak samo.

W baroku miał miejsce kryzys humanistycznych wartości, ludzie nie skupiali swej uwagi na sobie, nauce i rozwoju. Ich główną wartością był Bóg i życie pośmiertne. Zdawali sobie sprawę z tego, jak życie jest kruche, zmienne i niedoskonałe. Świat postrzegali jako nietrwały, bardzo dynamiczny, ulegający ciągłym zmianom. Koniec końców wszystko przemija i ulega rozkładowi. Człowiek baroku jest rozdarty i niepewny przyszłości. Pascal określił człowieka jako istotę kruchą i wątłą: „Człowiek jest tylko trzcina, najwątlejszą w przyrodzie, ale trzcina myślącą. Nie potrzeba, by cały wszechświat uzbroidł się, aby ją zmiażdżyć: mgła, kropla wody wystarczy, aby go zabić” [1].

Do motywu vanitas odnosi się także Daniel Naborowski w wierszu „Krótkość żywota” [12].

Jako że jest on barokowym twórcą, temat przemijania daje się zauważyć w wielu jego utworach, gdyż ta epoka była okresem, w czasie którego najczęściej odwoływano się do niego. Osoba mówiąca, za pomocą inwokacji, zwraca się do bliżej nieokreślonego czytelnika, dlatego można wywnioskować – mając również na uwadze tematykę dzieła – że może nim być każdy człowiek. Podmiot liryczny podkreśla bowiem, że bez względu na wszystko w pewnym momencie dosięgnie nas śmierć i będziemy musieli zejść z tego świata. Z jednej strony wspomina o rodzących się dzieciach, lecz z drugiej zaznacza, że już od dnia narodzin wszyscy ludzie dążą do śmierci. Życie przemija. Ukazuje w ten sposób upływający czas i metamorfozę, jaką przechodzi człowiek - począwszy od poczęcia - przeistaczając się z noworodka w nieistniejący byt. Jednocześnie podmiot liryczny zwraca uwagę na to, jak nieubłagalnym i niezrozumiałym narzędziem jest czas, z powodu którego przemijamy i z każdą kolejną godziną dążymy do śmierci. Tak jak w biblijnej Księdze Koheleta, motyw vanitas w wierszu Naborowskiego zilustrowany jest w kontekście kruchości i marności ludzkiego życia, na co wskazuje skonstrastowanie naszej egzystencji z czasem, który w porównaniu do człowieka jest wieczny. Podmiot liryczny zestawia życie z godziną, dźwiękiem, błyskiem, głosem czy punktem, co jeszcze bardziej pogłębia efekt ulotności i nieuchwytności losu. Zarazem daje się zauważyć, że „Krótkość życia” wskazuje, iż jako ludzie - tak naprawdę - nie mamy wpływu na własne dzieje, bo przecież nie możemy cofnąć czasu, sprawiającego, że jest ono tak marne i kruche. W tym celu autor posługuje się symbolami związanymi z przemijaniem, takimi jak klepsydra, koło Fortuny czy śmierć przedstawiona w formie postaci. Wszystko to składa się na niezwykle pesymistyczne i w gruncie rzeczy dramatyczne ujęcie motywu vanitas, za pomocą którego poeta uświadamia nam, jak mało znaczącymi i znikomymi istotami jesteśmy. Warto

zwrócić uwagę na fakt, że w „Krótkości życia” nie ma miejsca na pouczanie i podawanie wskazówek dotyczących tego, jak żyć, gdyż Naborowski skupia się wyłącznie na zaprezentowaniu ludzkiej egzystencji w kontekście przemijania. Nie nakazuje, aby być pobożnym czy dobrym, dlatego utwór ten nie ma charakteru dydaktycznego.

Inny utwór Daniela Naborowskiego poruszający kwestę przemijania nosi tytuł „Marność” [13]. Ma on zupełnie inny wydźwięk niż „Krótkość życia”, ponieważ jest dziełem optymistycznym i dydaktycznym. Mimo to w pierwszych wersach fraszki podmiot liryczny ze smutkiem wskazuje, że ludzkie życie hołduje marności, czyli nieodwracalnie zmierza ku śmierci. Przemijają zarówno ludzie, jak i wszelkie rzeczy materialne, co bynajmniej nie napawa optymizmem, jednak jest nieuniknione, dlatego należy się z tym pogodzić. Po chwili zadumy przychodzi jednak moment radości, gdyż podmiot liryczny występujący w liczbie mnogiej, co może symbolizować wszystkich ludzi stwierdza, że bez względu na marny nasz los powinniśmy cieszyć się życiem. Jednocześnie musimy jednak pamiętać, aby żyć uczciwie i pobożnie; w przeciwnym wypadku czeka nas kara ze strony Boga, który po śmierci rozsądzi doczesne życie każdego człowieka. „Marność” Daniela Naborowskiego pokazuje, że aby nie przejmować się przemijaniem i żyć spokojnie ze świadomością marności ludzkiej egzystencji, należy przyjąć pobożną, bogobojną i uczciwą postawę.

Innym barokowym utworem lirycznym, godnym omówienia w kontekście tematu, jest „Sonet V” Mikołaja Sępa-Szarzyńskiego [14], który inaczej określa się jako „O nietrwałej miłości rzeczy świata tego”. Poeta przedstawia w nim miłość jako coś paradoksalnego, czego brak wywołuje duże trudności życiowe, a obecność niemniejsze problemy. Co jednak ciekawe, podmiot liryczny początkowo odnosi miłość nie do drugiej osoby, ale do rzeczy materialnych. Autor wychodzi bowiem z założenia, że ludzie umiłowali dobra materialne, a nie siebie nawzajem, idee i wartości, dlatego ich miłość jest nietrwała i bezcelowa. Jawi się ona jako coś beznamiętnego, bezuczuciowego i bezemocjonalnego, co przemija bez większych konsekwencji dla zakochanego człowieka. Mikołaj Sęp-Szarzyński uważa, że ciągłe dążenie do bogactwa i lepszego bytu pod względem materialnym nie może zapewnić człowiekowi trwałej i bazującej na solidnych fundamentach miłości, ponieważ są to rzeczy przemijające. Poeta wyraża przekonanie, że jedynie Bóg ofiarowuje prawdziwe uczucie i spełnienie życiowe niezależne od czasu i miejsca. Widać więc, że w tym przypadku motyw vanitas został zaprezentowany w odniesieniu do przemijalności miłości oraz rzeczy materialnych, co kontrastuje z

nieśmiertelnością i nieprzerwanym trwaniem Boga, który jako jedyny nie poddaje się przemianom, dlatego to właśnie Jemu należy powierzyć swoje życie.

Okres Romantyzmu to czas, kiedy śmierć oznacza koniec cierpień, uwolnienie od beznadziejności. W powieści epistolarnej Johana Wolfganga Goethego pt. „Cierpienia młodego Wertera” [15] motyw śmierci i przemijania ma specyficzną funkcję: uświadamia nam ogrom męczarni, jakie przeżywał główny bohater. Podejmuje on decyzje o samobójstwie, ponieważ śmierć jest wybawieniem od męki niespełnionej miłości.

Kres romantyzmu przesuwa zagadnienie śmierci na drugi plan. Śmierć to nie ostateczny kres ludzkiego istnienia, ku któremu powinna być zwrócona uwaga. Śmierć zostaje ściśle powiązana z miłością. Zabójstwo pozwala uwolnić się od zobowiązań małżeńskich i dać folgę własnym żądom („Lilije” i „Czaty” Mickiewicza). Samobójstwo urasta do roli narzędzia, środka uwalniającego od męki życia - tak dzieje się m.in. w „Cierpieniach młodego Wertera” Goethego i w „Dziadach” cz. IV Mickiewicza.

Śmierć występuje również w innym kontekście - łączy się z bohaterstwem i patriotyzmem. Podobnie jak w średniowiecznej „Pieśni o Rolandzie”, wiąże się z pewnym rytuałem, który można obserwować w „Śmierci Pułkownika” Mickiewicza. Wielki wódz – Emilia Plater - umiera, mając przy sobie swój prosty, żołnierski ryszczunek i wiernego towarzysza walki - konia. Wodza żegnają szczerze łzy prostego ludu i żołnierzy. Ostatnie chwile umierającej bohaterki - to spotkanie i pojednanie ze Stwórcą „*Potem do niej wszedł ksiądz z Panem Bogiem*” [16].

Motyw śmierci, przemijania i nicości był również często wykorzystywany przez artystów Młodej Polski, zainspirowanych pesymistyczną filozofią Artura Schopenhauera. Główne założenia tego nurtu to brak nadziei na pomyślne i szczęśliwe życie. Według Schopenhauera jest ono pasmem niekończących się cierpień. Jedynym wyjściem jest pozbycie się wszelkich pragnień i przejście w stan nirwany. Nie ma Boga, który mógłby ruszyć człowiekowi na ratunek. Myśl o zbliżającym się końcu wieku, strach przed tym, co będzie oraz typowa dla tych czasów postawa dekadence, to najbardziej charakterystyczne elementy kojarzące się z epoką.

Naturalizm przynosi inne spojrzenie na zjawisko śmierci, które traktowane jest czysto biologicznie, jako rozkład ciała. Ostatnia scena „Nany” Zoli [17] dokładnie i szczegółowo przedstawia rozkładające się ciało niezwykle pięknej kobiety. Z dawnej wspaniałej urody pozostają tylko długie, przeświecone promieniami słońca rude włosy. Swoją żywą, jaskrawą

barwą podkreślają jeszcze obrzydliwość gnijącego ciała. Podobna scena szokuje w wierszu Baudelaire'a pt. „Padlina” [18], romantyczna randka staje się makabryczna, gdy młodzieniec prezentuje dziewczynie rozkładające się zwłoki. Nie poprzestaje na tym mówiąc do ukochanej: „*Taką będziesz kiedyś, o wdzięku królowo. Po sakramentach ostatnich*” [19]

W ten sposób podkreśla nieuchronność losu - z ciała ludzkiego po śmierci nie zostanie nic.

Pokolenie przełomu lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XIX wieku wchodziło w życie z poczuciem braku życiowych drogowskazów i odpowiedzi na zasadnicze pytania, nękające ludzkość od zarania jej dziejów: Jakie jest miejsce człowieka w świecie? Jaki sens ma jego życie?

Wyrazicielem buntu modernistycznego był Kazimierz Tetmajer, który w wierszu „Koniec wieku XIX” [19] ukazywał brak odpowiedzi na wszystkie pytania światopoglądowe. Podmiot liryczny w postaci zbiorowej prowadzi dialog z bliżej nieokreślonym rozmówcą. Tytuł wskazuje, że jest nim człowiek końca wieku XIX. W ten sposób czytelnik ma szansę zapoznać się ze światopoglądem podmiotu lirycznego i jego spojrzeniem na rzeczywistość. Ukazuje go poprzez stawianie retorycznych pytań, na które często bezskutecznie szuka odpowiedzi. Zastanawia się nad sensem istnienia negatywnych emocji w trudnych chwilach. Mówiąc, że tylko dziki człowiek, kiedy się skaleczy, zlorzeczy swemu Bogu skrytemu w przestrodze wskazuje, że irracjonalna jest irytacja z powodu życiowych niepowodzeń, ponieważ i tak nie panujemy nad swoim losem i z każdym dniem przemijamy. Życie toczy się własnymi ścieżkami i w jednej chwili może się wszystko zmienić, a my często nie mamy na to żadnego wpływu. Taka kolej rzeczy jest związana oczywiście z przemijaniem i marnością ludzkiego losu. Podmiot liryczny neguje znaczenie wielu ważnych idei i wartości, które nadają sens wielu ludziom i uważa, że w obliczu przemijania nie warto o nie dbać. W ten sposób przekreśla zasadność walki, nadziei, rozpacz i rezygnacji, a także wskazuje, że przyszłość jest niejasna i nikt z nas nie wie, jak się potoczy. Wiersz Tetmajera prezentuje przemijanie również jako upadek wszelkich ideałów i wartości, które jeszcze niedawno miało sens, lecz wraz z biegiem czasu go utraciły. Można zatem uznać „Koniec wieku XIX” za wiersz nihilistyczny, stanowiący symbol dekadentckiej postawy młodopolskich artystów, którzy uważali, że w obliczu przemijania i upadku wszelkich wartości nasze życie jest marne niewiele znaczy. Ten wątek wykorzystała również Zofia Nałkowska. W kontekście tematu przemijania najbardziej symptomatyczną postacią z „Granicy” [20] jest Cecylia Kolichowska – ciotka Elżbiety

Bieckiej i właścicielka mieszczańskiej kamienicy. Narrator systematycznie przybliża czytelnikowi jej charakter i historię życia, odnosząc się w ten sposób do tematu postawy człowieka wobec przemijania. Mianowicie Koliczowska nie umie zaakceptować wpływu czasu na swoją osobę. W młodości była piękną i żywiołą kobietą, która aktywnie spędzała czas, lecz wraz z upływem lat jej ciało zaczęło marnieć, dlatego stawała się coraz bardziej niedołączna, a na twarzy pojawiły się zmarszczki. Cecylia nie potrafi jednak zaakceptować przemijania i nie dopuszcza do siebie myśli, że może się zestarzeć. Buntuje się przeciwko przemijaniu, przez co staje się osobą zgorzkniałą, zrezygnowaną i niepotrafiącą okazywać uczuć. Mimo że kocha Elżbietę, nie umie o tym mówić. Chce zmienić otaczającą ją rzeczywistość, ale ze względu na swoją starość nie podejmuje żadnych działań. Ponadto podnosi czynsz lokatorom, co symbolizuje nie tylko chęć wzbogacenia się, ale również wywołane starością brak skrupułów i zgorzknienie. Z powodu przemijania i problemów życiowych, jakie dosięgają Koliczowską, zaczyna izolować się od świata i zamykać w sobie. Z uwagi na starzenie się, z którym nie może się pogodzić, staje się zrezygnowaną i sfrustrowaną staruszką. Ostatecznie umiera z powodu choroby wypełniającej ostatnie lata jej życia. Widać więc, że w „Granicy” mamy do czynienia z bardzo krytyczną postawą wobec przemijania, które niezwykle negatywnie wpływa na życie bohaterki. Cecylia nie umie zaakceptować upływającego czasu i starości, w efekcie czego jej życie staje się smutne i puste. Przemijanie ją tłamsi i uniemożliwia normalne funkcjonowanie, ponieważ nie jest zdolna do przyjęcia go jako naturalnego procesu dotyczącego każdego z nas.

Zupełnie inny, lecz jakże głęboki sens śmierci jawi się w literaturze czasów wojny i okupacji. Przykładem może być reportaż Hanny Krall „Zdażyć przed Panem Bogiem” [21]. Opowiada on o dramatycznych losach Żydów z warszawskiego getta, w czasie II wojny światowej masowo skazywanych na śmierć przez hitlerowców. Wielu z nich popełniało samobójstwo, aby uniknąć śmierci przez zagazowanie. Był to jedyny akt samodzielności w ich zniewolonym życiu, możliwość decydowania o samym sobie. Odzyskiwali w ten sposób namiastkę godności. Podobnymi przesłankami kierowali się uczestnicy powstania w getcie, które z góry skazane było na porażkę. Powstańcy mieli tę świadomość – świadomość nieuchronnej śmierci. Postanowili jednak podjąć próbę walki, aby umrzeć z czystym sumieniem, że dla swej wolności zrobili wszystko, co było możliwe. Śmierć w walce miała zupełnie inny wymiar, niż śmierć w komorze gazowej. Dla nich nie istniały rozterki związane z przemijaniem,

starzeniem. Głównym problemem było zachowanie - w obliczu wszechobecnej śmierci - najcenniejszego daru - życia.

Również w czasach współczesnych istnieją poeci, którzy w swej złożonej roli odnaleźli obowiązek przypominania o nieuchronności śmierci i przygotowania nas na tą chwilę. Należy do nich Ewa Lipska, autorka wiersza „Ucz się śmierci” [22]. Podmiot liryczny, tak jak u Naborowskiego, mówi o mijającym czasie, o tym, że należy się przyzwyczajać do śmierci już od samego początku naszego życia. „Jesteś wybrańcem bogów” [23], czyli wiedz, że ona dotyczy ciebie bezpośrednio. Taki głos, choć w dzisiejszym świecie jest pewnie słabo słyszalny, jest bardzo potrzebny. Nie po to, aby żyć w strachu przed śmiercią, ale żeby nie zapomnieć, że życie jest krótkie i człowiek musi je godnie przeżyć.

Nieco inną kategorię stanowi twórczość artystów, którzy żyli w poczuciu zbliżającej się śmierci, gdyż zapadł na nich wyrok – nieuleczalna choroba. Do takich twórców należy Halina Poświatowska. Oprócz ciężkiej choroby serca, na twórczość poetki duży wpływ miała przedwczesna śmierć męża. W wierszach Poświatowskiej odnaleźć można niezwykle mądrą i dojrzałą refleksję nad ludzką egzystencją, a także próbę mówienia o śmierci w zwyczajny sposób, bez zbędnego patosu. W wierszu „Czym jest śmierć” [23] podmiot liryczny, którym jest tutaj sama poetka, określa śmierć jako odchodzenie od wszystkich zwyczajnych rzeczy, które otaczają nas na co dzień, a które tak kochamy, pomimo że na pozór niewiele znaczą.

We współczesnych czasach temat śmierci i przemijania poruszany jest w literaturze i sztuce bardzo często, w życiu codziennym jednak pozostaje on tematem tabu. Dominuje kult młodości i szczęśliwego bytu, ucieka się od zadawania ostatecznych pytań i szukania na nie odpowiedzi. Często sam fakt, że kiedyś umrzemy, bywa dla nas zaskoczeniem, choć na pierwszy rzut oka wydaje się on oczywisty. Pytanie „Czy ja umrę?”, choć wydaje się naiwne, pokazuje jak daleko można zabrnąć w materialistycznym podejściu do życia i uciekaniem od refleksji nad ludzką egzystencją.

Podobnie rzecz się ma w „Tangu” Stanisława Mrożka [24]. Na przykładzie groteskowej sceny śmierci seniorki rodu Eugenii przekonujemy się, że całkowite odejście od tradycji na rzecz nowoczesności, zatracenie odwiecznych ról i wartości, które obserwujemy wśród bohaterów dramatu, prowadzi do absurdalnych wręcz zachowań. Gdy Eugenia z całą powagą oznajmia swym bliskim, iż umiera, doznają oni szoku. Córka Eleonora twierdzi, iż w ogóle nie wiedziała, że się umiera. Nawet jedyny obrońca tradycji, wnuk Artur, pragnący przywrócić do porządku pogmatwany świat jego rodziny, nie potrafi podejść do śmierci babci na po-

ważnie, odnajduje w niej jedynie ciekawą formę. Ta sytuacja to istna parodia współczesnego świata, w którym wartości stanęły na głowie.

Podczas rozważań nad przemijaniem i śmiercią nasuwa się jeszcze jedna, bardzo ważna myśl: co po nas zostanie, gdy odejdziemy z tego świata? Czy kolejne pokolenia będą o nas pamiętać? Wątpliwości, co do tego nie miał wspomniany już rzymski poeta Horacy. „Exegi monumentum” – wybudowałem pomnik, czyli swoją poezją utrwaliłem swoją osobę na wieki. Sztuka zatem uczyniła Horacego, jak również wielu innych artystów, nieśmiertelnymi. I choć Halina Poświatowska w wierszu „Asocjacje z motywem śmierci” [25] pisze, iż po zmarłej aktorce pozostała tylko „*nietrwała pamięć i pusta fiolka po proszkach na sen*” [26], to pewnym jest, że są ludzie, którzy nigdy nie umierają całkiem. Na zawsze będą żyć w swoich dziełach, zapadną w pamięci innych, którzy opowiedzą o nich następnym pokoleniom. Oswajaniu się ze śmiercią towarzyszą najczęściej refleksje nad jej sensem. Choć większość z ludzi pojmuje umieranie w kategorii dramatu, kojarzonego z utratą kogoś bliskiego, wbrew pozorom - śmierć może mieć głęboki sens. I to nie tylko śmierć bohaterska – na polu bitwy, w obronie ojczyzny, za idee – bo zazwyczaj taki typ śmierci opiewany jest w literaturze.

Ciekawy pogląd na wymiar śmierci zauważyć można w powieści Paulo Coelho „Weronika postanawia umrzeć” [26], która zaczyna się od nieudanej próby samobójczej głównej bohaterki. W jej mniemaniu świat zacieśnił się do rozmiaru pułapki, a śmierć zdaje się być jedynym wyjściem. Odratowana dziewczyna trafia do szpitala psychiatrycznego, gdzie uczy się żyć na nowo. Ta nauka jednak nie ma jej się przydać na długo, gdyż lekarze dają jej zaledwie tydzień życia. W tym krótkim okresie czasu w Weronice zachodzi nadzwyczajna metamorfoza – nienawiść do własnego życia przemienia się w niesamowitą jego afirmację. Dziewczyna zostaje wyleczona z wiecznego poczucia goryczy poprzez świadomość nadchodzącej śmierci. Śmierć może zatem odmienić ludzkie życie na lepsze, nawet jeśli miałoby ono potrwać jeszcze tylko krótką chwilę, tym bardziej, że kwestie przemijania, starzenia czy marności ludzkiego życia przestają być istotne.

W sposób optymistyczny do motyw vanitas odnosi się również Wisława Szymborska w utworze „Nic dwa razy” [27], ukazując przemijalność ludzkiego życia poprzez podkreślenie, że każda chwila i wykonywana przez nas czynność różni się od siebie, mimo że pozornie może wydawać się taka sama. Podmiot liryczny wskazuje, że nie ma dwóch identycznych pocałunków, spojrzeń w oczy, dni ani pór roku, gdyż wszystkie te chwile są niepowtarzalne i jedyne w swoim rodzaju. Każda godzina jest bowiem inną godziną, po której przychodzi no-

wa, dlatego wszystko, co minęło jest już za nami i nie da się tego zmienić. Podmiot liryczny podkreśla zatem, że należy cieszyć się życiem i czerpać z niego szczęście, ponieważ jest ono niepowtarzalne, a każda jego chwila wyjątkowa. „Nic dwa razy” w kontekście przemijania odnosi się również do miłości pokazując, jak niezwykle trudno jest zdefiniować pojęcie tego uczucia, gdyż w chwili zakochania jawi się jako coś doskonałego i wspaniałego, aby po rozstaniu traktować ją w sposób obojętny. Podmiot liryczny wyraża również opinię, że przemijalność ludzkiego losu jest tym, co łączy nas wszystkich jako ludzi, mimo że jesteśmy od siebie tak różni.

Nadzieja na ukojenie i wieczną szczęśliwość, która ma nas czekać na tamtym świecie, stanowi jasną stronę przemijania.

Motyw śmierci i przemijania może być rozważany w bardzo wielu aspektach, a jego ujęcia bywają niezwykle różnorodne. Sposób mówienia o przemijaniu i śmierci, specyfika podejścia do tego tematu, jest uwarunkowana zarówno czasami, w jakich przyszło żyć pisarzowi, jak i sytuacją życiową, w której się znalazł. Inaczej piszą o śmierci ludzie żyjący z pewnym wyrokiem, a inaczej zwyczajni teoretycy. Wszyscy są jednak zgodni co do jednego: śmierć jest nieuchronna i dotyczy wszystkich. Można się przeciwko niej buntować, ale znacznie rozsądniej jest oswoić się ze świadomością, że kiedyś każdy odejdzie, wbrew twierdzeniom Szymborskiej, która podważa wszechmoc śmierci w wierszu „O śmierci bez przesady” [28]. Dla poetki już sam fakt naszego istnienia jest swoistym „zwycięstwem” nad śmiercią, a dowód to „serca stukające w jajkach” i „rosnące szkielety niemowląt” [29]

Motyw *vanitas* nieodłącznie związany z przemijaniem to niezwykle popularny temat, który obecny jest na przestrzeni wielu epok. Postawy człowieka wobec tego zjawiska są różne, począwszy od konieczności jego akceptacji, czego dowód stanowi Księga Koheleta, poprzez postawę obojętną wobec niego, tak jak miało to miejsce w „Kruchości życia”, aż po negację, o czym świadczy „Granica”. Za pomocą motywu *vanitas* artyści ukazują kruchość ludzkiego życia wskazując, że w obliczu upływającego czasu każdy musi przyjąć jakąś postawę. Motyw ten często stanowi czynnik pozwalający na głęboką zadumę nad sensem ludzkiej egzystencji, a sposób jego prezentacji jest pesymistyczny, tak jak w „Granicy”, „Kruchości życia” i wierszu „Koniec wieku XIX” lub optymistyczny, co widać w „Nic dwa razy”, „O żywocie ludzkim” i w „Wielkim testamencie”.

Piśmiennictwo

1. Łojek M.: Teksty filozoficzne dla uczniów szkół średnich, Warszawa, WSiP, 1987, 79, 80.
2. <https://sosreb.wordpress.com/2012/03/10/krotka-historia-smierci/>, data pobrania 4.05.2017.
3. http://www.interklasa.pl/portal/index/subjectpages/jpolski?methid=2084803977&page=subpage&article_id=320524&page_id=18594, data pobrania 4.05.2017.
4. Biblia Tysiąclecia, Poznań, Pallotinum, 1980.
5. Księga Koheleta, W: Biblia Tysiąclecia, Poznań, Pallotinum, 1980.
6. Horacy, Exegi monumentum aere perennius, http://www.poetica.art.pl/pl/exegi_monumentum_aere_perennius-poetica,wierszautora,10,30.html, data pobrania 4.05.2017.
7. Horacy, Exegi monumentum aere perennius, http://www.poetica.art.pl/pl/exegi_monumentum_aere_perennius-poetica,wierszautora,10,30.html, data pobrania 4.05.2017.
8. Villon Franciszek, Wielki testament, Kraków, Greg.
9. Kochanowski Jan, Treny, <http://literat.ug.edu.pl/kochan/index.htm>, data pobrania 4.05.2017.
10. Kochanowski Jan, O żywocie ludzkim, <http://wiersze.kobieta.pl/wiersz/jan-kochanowski/zywocie-ludzki-227>, data pobrania 4.05.2017.
11. Morsztyn Zbigniew, Żywot - sen i cień, <http://niedoczytania.pl/trzy-wiersze-na-swietla-2008-zbigniew-morsztyn-zywot-sen-i-cien-23/>, data pobrania 4.05.2017.
12. Szekspir, Hamlet, Kraków, Greg, 2017.
13. Naborowski Daniel, Krótkość żywota, http://staropolska.pl/barok/D_Naborowski/wybor_22.html, data pobrania 4.05.2017.
14. Naborowski Daniel, Marność, http://staropolska.pl/barok/D_Naborowski/wybor_10.html, data pobrania 4.05.2017.
15. Sęp-Szarzyński Mikołaj, O nietrwałej miłości rzeczy tego świata, http://staropolska.pl/barok/Sep_Szarzynski/sonety_05.html, data pobrania 4.05.2017.
16. Goethe, Cierpienia młodego Wertera, Kraków, Greg, 2017,
17. Mickiewicz Adam, Śmierć Pułkownika, <http://literat.ug.edu.pl/amwiersz/0061.htm>, data pobrania 4.05.2017.
18. Zola Emil, Nana, Kraków, Greg, 2017.

19. Baudelaire, Padlina, <http://literatura.wywrota.pl/wiersz-klasyka/7283-charles-baudelaire-padlina.html>, data pobrania 4.05.2017.
20. Przerwa-Tetmajer Kazimierz, Koniec wieku XIX, <http://literat.ug.edu.pl/tetmajer/013.htm>, 20.01.2015, data pobrania 4.05.2017.
21. Nałkowska Zofia, Granica, Warszawa, Czytelnik, 2003.
22. Krall Hanna, Zdążyć przed Panem Bogiem, Wydawnictwo a5, Kraków, 2008.
23. Lipska Ewa, Ucz się śmierci, <http://literatura.wywrota.pl/wiersz-klasyka/37351-ewa-lipska-ucz-sie-smierci.html>, data pobrania 4.05.2017.
24. Poświatowska Halina, czym jest śmierć, <https://poema.pl/publikacja/80821-star-star-star-czym-jest-smierc-dot-dot-dot>, data pobrania 4.05.2017.
25. Mrożek Sławomir, Tango, Warszawa, Noir Sur Blanc, 2014.
26. <http://wiersz.eu/halina-poswiatowska/asocjacje-z-motywwem-smierci/>, data pobrania 4.05.2017.
27. Coelho Paulo, Weronika postanawia umrzeć, Wyd. Drzewo Babel, Warszawa, 2000,
28. Szymborska Wisława, Nic dwa razy [w:] Wybór wierszy, Wyd. Literackie, Kraków, 2016.
29. <https://poema.pl/publikacja/63580-o-smierci-bez-przesady>, data pobrania 4.05.2017.

Doprowadzenie człowieka do targnięcia się na własne życie – analiza prawnokarna

Burdziak Konrad

Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Szczecińskiego

Wprowadzenie

Przedmiotem niniejszej pracy uczyniony został art. 151 k.k. (ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny - Dz.U. z 2016 roku, poz. 1137, ze zm.), zgodnie z którym: „Kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”. Przepis powyższy – jak wynika już z samej jego treści – stanowi wyraźny sygnał ze strony ustawodawcy, że współdziałanie przy samobójstwie, mające postać namowy lub udzielenia pomocy, jest zachowaniem się przezeń nieakceptowanym [1] i w konsekwencji zakazanym; i to – dodajmy – pod groźbą kary pozbawienia wolności w wymiarze od 3 miesięcy do lat 5.

Przepis art. 151 k.k. nabiera przy tym w ostatnich latach, tj. w latach utrzymującego się, alarmującego poziomu liczby samobójstw w Polsce [2], niebagatelnego znaczenia. Zabezpiecza potencjalnych samobójców, w tym w szczególności ludzi młodych i bardzo młodych, przed nadużyciami ze strony innych osób i w wyraźny sposób przyczynia się do ochrony najistotniejszych dla człowieka dóbr, tzn. jego życia i zdrowia, przed naruszeniem.

Niestety, z uwagi na syntetyczne ujęcie analizowanej regulacji, pojawia się na jej gruncie szereg niezwykle trudnych do rozwiązania (acz jednocześnie niezwykle pociągających z punktu widzenia naukowego) problemów [3], których rozwiązanie – w kontekście wspomnianego już, alarmującego poziomu liczby samobójstw w Polsce – jawi się wręcz jako paląca konieczność.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest analiza wpływu znamienia „doprowadza (człowieka) do (targnięcia się na własne życie)”, o którym mowa w art. 151 k.k., na określone w rzeczonym przepisie znamiona „namowy” i „udzielenia pomocy” do samobójstwa.

Kwestia ta jawi się nie tylko jako niezwykle istotna, wszak wzmiankowane znamiona stanowią kluczowe elementy, których realizacja pozwala – przy spełnieniu, rzecz jasna, także innych niezbędnych warunków – na pociągnięcie sprawcy współdziałającego przy samobójstwie do odpowiedzialności karnej, ale również – jako wysoce niejednoznaczna. Zauważmy bowiem, że z jednej strony wskazuje się, że z uwagi na posłużenie się przez ustawodawcę w art. 151 k.k. znamieniem „doprowadza (człowieka) do (targnięcia się na własne życie)” namowa i udzielenie pomocy, o których mowa w analizowanym przepisie, stanowić muszą bezpośrednią inspirację zamachu samobójczego bądź też czynnik warunkujący ten zamach, z drugiej strony zaś – że, pomimo posłużenia się wskazanym wyżej znamieniem, wystarczającym jest jakiegokolwiek przyczynienie się przez namowę lub udzielenie pomocy do targnięcia się człowieka na własne życie.

Podjęcie próby adekwatnej interpretacji wskazanych wyżej znamion jawić się musi więc jako zadanie ze wszech miar uzasadnione.

Metoda badawcza

Metodą badawczą wykorzystaną w pracy jest metoda dogmatyczno-prawna. Prezentowane ustalenia poczynione zostały więc w drodze analizy materiału normatywnego odnoszącego się do badanego zagadnienia, konkretniej zaś – w drodze analizy ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2016 roku, poz. 1137, ze zm.).

Wspomniana analiza dokonana została przy tym w oparciu o derywacyjną koncepcję wykładni prawa, która – jak powszechnie wiadomo – najpełniej i zarazem najprecyzyjniej opisuje przebieg wykładni tekstu prawnego, a nadto – jest koncepcją zintegrowaną z innymi koncepcjami wykładni, co również stanowiło istotny argument na rzecz jej wykorzystania [4].

Rozważania

Zgodnie z art. 151 k.k.: „Kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.

Szczególnie doniosłym znamieniem typu czynu zabronionego pod groźbą kary (a właściwie typów czynów zabronionych pod groźbą kary), określonego w tym przepisie, jest znamię „doprowadza (człowieka) do (targnięcia się na własne życie)”. Czasownik „doprowadza” należy bowiem do grupy wyrazów o znaczeniu bardzo zbliżonym do

czasownika „powoduje”, który to stanowi podstawowy językowy wykładnik przyczynowości; służy on, podobnie jak wyraz „powoduje”, wyrażaniu relacji przyczynowo-skutkowej w przepisach konstruujących typy przestępstw materialnych. Co za tym idzie – znamię „doprowadza (człowieka) do (targnięcia się na własne życie)” przesądza o skutkowym (materialnym) charakterze namowy i udzielenia pomocy do samobójstwa, o których mowa w art. 151 k.k. [5,6].

Podkreślenia wymaga wszakże, że według niektórych przedstawicieli polskiej doktryny prawa karnego analizowane znamię przesądza także o tym, że:

1. pomoc do samobójstwa nie może polegać na zaniechaniu (tak chociażby L. Tyszkiewicz [7], zdaniem którego: „Sformułowanie >>przez udzielenie pomocy doprowadza<< wskazuje na to, że nie może tu wystąpić pomocnictwo w postaci zaniechania”);
2. przedmiotem czynności wykonawczej typu czynu zabronionego pod groźbą kary określonego w art. 151 k.k. nie mogą być osoby: 1) małoletnie, 2) niepoczytalne, 3) częściowo poczytalne, 4) pozostające w błędzie co do znaczenia podejmowanego przez siebie czynu (tak chociażby J. Makarewicz [8], zdaniem którego: „»Doprowadzenie« nie jest pojęciem identycznym ze »spowodowaniem«, doprowadzenie nie opiera się na mechanicznym związku przyczynowym, gdyż przechodzi poprzez medium swobodnej dyspozycji własnym życiem po stronie samobójcy”);
3. nie każda namowa/udzielenie pomocy do samobójstwa wypełniać będzie znamiona typu czynu zabronionego pod groźbą kary określonego w art. 151 k.k. (tak chociażby A. Zoll [9], zdaniem którego: „Obie czynności wymienione w art. 151 muszą wystąpić w takim nasileniu, że są w stanie doprowadzić drugą osobę do targnięcia się na własne życie. (...) Także w wypadku pomocy do samobójstwa znamię doprowadzenia do targnięcia się na swoje życie wskazuje, że ułatwienie samobójstwa musi być czynnikiem decydującym dla realizacji zamiaru targnięcia się na życie”).

Jako niezwykle interesujący, a przy tym – wysoce kontrowersyjny, jawi się zwłaszcza pogląd numer trzy, tzn. pogląd, w myśl którego sformułowanie „doprowadza (człowieka) do (targnięcia się na własne życie)” wpływa na charakterystykę namowy i udzielenia pomocy, o których mowa w art. 151 k.k., stąd też – temu właśnie zagadnieniu poświęcona zostanie dalsza część niniejszej publikacji. Innymi słowy – przedmiotem niniejszej publikacji uczyniona zostanie próba udzielenia adekwatnej odpowiedzi na pytanie, czy z uwagi na posłużenie się przez ustawodawcę w art. 151 k.k. znamieniem „doprowadza (człowieka) do

(targnięcia się na własne życie)” namowa i udzielenie pomocy do samobójstwa, o których mowa w rzeczonym przepisie, stanowić muszą bezpośrednią inspirację zamachu samobójczego bądź też czynnik warunkujący ten zamach, czy też wystarczy, że w jakikolwiek sposób przyczynią się do targnięcia się człowieka na własne życie.

Otóż, nie będzie chyba zaskoczeniem stwierdzenie, że podniesiona wyżej kwestia nie doczekała – jak dotąd – jednolitego rozstrzygnięcia w polskiej doktrynie prawa karnego. I tak:

1. zdaniem R. Kokota [10]: „Sprawca czynu zabronionego określonego w art. 151 k.k. musi doprowadzić drugą osobę do targnięcia się na swoje życie, co oznacza, że zachowanie to warunkuje wprowadzenie w czyn decyzji o pozbawieniu się życia, innymi słowy, oznacza to sytuację, w której bez namowy lub udzielenia pomocy do zamachu samobójczego by nie doszło (...). W literaturze zwraca się uwagę, iż musi być to >>intensywne oddziaływanie na samobójcę<<” [namowa i udzielenie pomocy mają być więc – według wskazanego autora – warunkiem koniecznym targnięcia się człowieka na własne życie (warunkiem, bez którego do próby samobójczej by nie doszło); mają być intensywnym (cokolwiek to oznacza) oddziaływaniem na samobójcę];
2. zdaniem V. Konarskiej-Wrzosek [11]: „Użycie w art. 151 k.k. znamienia (...) >>doprowadza<< oznacza, że nie wystarczy, aby sprawca swoim zachowaniem wzbudził u ofiary zamiar popełnienia samobójstwa lub cokolwiek pomógł jej w tym (...), a konieczne jest, aby spowodował faktyczne podjęcie się realizacji aktu samobójczego przez ofiarę (bez względu na jego ostateczny wynik) lub pomógł jej realnie i znacząco (fizycznie lub psychicznie) w akcie samobójstwa” [namowa ma więc – według wskazanej autorki – wywołać u pokrzywdzonego zamiar popełnienia samobójstwa oraz decyzję o przystąpieniu do jego realizacji, udzielenie pomocy zaś ma być pomocą realną i znaczącą (cokolwiek to oznacza)];
3. zdaniem M. Królikowskiego [12]: „mimo użycia w przepisie określenia >>doprowadza<< (...) wystarczy, by namowa nastąpiła w formie, która mogła realnie wpłynąć na proces decyzyjny (...) osoby (...). Nie ma natomiast konieczności dowodzenia pozytywnego związku przyczynowego między zachowaniem sprawcy a podjęciem decyzji o samobójstwie. (...) W przypadku >>udzielenia pomocy<< zachowanie sprawcy warunkuje wprowadzenie w czyn decyzji o pozbawieniu się życia. Jeżeli zachowanie sprawcy nie ma tak istotnego znaczenia dla decyzji o samobójstwie lub wykonania powziętego zamiaru – pozostaje poza zakresem omawianego zakazu karnego” [namowa nie musi być więc – według wskazanego

autora – warunkiem koniecznym targnięcia się człowieka na własne życie; wystarczy, że będzie mieć formę, mogącą – przynajmniej potencjalnie – realnie (cokolwiek to oznacza) wpłynąć na proces decyzyjny pokrzywdzonego. Udzielenie pomocy musi być natomiast z jakichś względów warunkiem koniecznym podjęcia przez pokrzywdzonego próby samobójczej];

4. zdaniem A. Marka [13]: „w świetle sformułowania art. 151 wystarczy, iż został ustalony związek przyczynowy między namową lub udzieleniem pomocy a podjętym zamachem samobójczym” [namowa i udzielenie pomocy nie muszą być więc – według wskazanego autora – warunkiem koniecznym targnięcia się człowieka na własne życie. Wystarczy, że przyczynią się w mniejszym lub większym stopniu do tego targnięcia się w danym, konkretnym przypadku];
5. zdaniem M. Szeroczyńskiej [14]: „Przekładając tę interpretację na kanwę art. 151 k.k., wydaje się, że karze on takie zachowanie sprawcy, które niezależnie od użytej metody (...) jest przyczyną zaistnienia po stronie pokrzywdzonego zamiaru odebrania sobie życia. Do czego bowiem >>doprowadza<< się osobę, która już wyraża wolę śmierci?” [namowa i udzielenie pomocy mają być więc – według wskazanej autorki – bezpośrednią inspiracją targnięcia się człowieka na własne życie];
6. zdaniem M. Filara i E. Zielińskiej [14]: „nie każde (...) pomocnictwo stanowi >>doprowadzenie do targnięcia się na życie poprzez udzielenie pomocy<< – znamię to wyczerpuje dopiero zachowanie będące faktycznym kierowaniem postępowaniem innej osoby, bycie przyczyną jej samobójstwa. Takie pomocnictwo ma stanowić warunek konieczny targnięcia się na własne życie” [udzielenie pomocy ma być więc – według wskazanych autorów – warunkiem koniecznym targnięcia się człowieka na własne życie, faktycznym kierowaniem jego postępowaniem];
7. zdaniem – wspomnianego już – A. Zolla [9]: „Obie czynności wymienione w art. 151 muszą wystąpić w takim nasileniu, że są w stanie doprowadzić drugą osobę do targnięcia się na własne życie. (...) Także w wypadku pomocy do samobójstwa znamię doprowadzenia do targnięcia się na swoje życie wskazuje, że ułatwienie samobójstwa musi być czynnikiem decydującym dla realizacji zamiaru targnięcia się na życie” [namowa i udzielenie pomocy mają być więc – według wskazanego autora – warunkiem koniecznym targnięcia się człowieka na własne życie].

Mając na względzie tak poważną rozbieżność poglądów doktryny, dla udzielenia adekwatnej odpowiedzi na postawione wyżej pytanie, tj. pytanie: czy z uwagi na posłużenie się przez ustawodawcę w art. 151 k.k. znamieniem „doprowadza (człowieka) do (targnięcia

się na własne życie)” namowa i udzielenie pomocy do samobójstwa, o których mowa w rzeczonym przepisie, stanowić muszą bezpośrednią inspirację zamachu samobójczego bądź też czynnik warunkujący ten zamach, czy też wystarczy, że w jakikolwiek sposób przyczynią się do targnięcia się człowieka na własne życie, warto odwołać się (a wręcz – trzeba odwołać się) do znaczenia słowa „doprowadzać” na gruncie słowników ogólnych języka polskiego. Wszak, jak wskazuje M. Zieliński, w sytuacji, w której w stosunku do interpretowanego zwrotu literatura prawnicza nie zajęła jednolitego stanowiska albo interpretowany zwrot jest typowym zwrotem faktycznym, to znaczenie tego zwrotu należy ustalić na gruncie języka ogólnego (powszechnego) [15].

I tak, zgodnie ze Słownikiem Języka Polskiego PWN, doprowadzać to: „1. «prowadząc kogoś lub coś, dotrzeć gdzieś» 2. «założyć instalacje, umożliwiając dopływ wody, gazu itp. do jakiegoś miejsca» 3. «dojść do pewnego etapu swej pracy» 4. «spowodować coś»” [16].

Jak więc widać, słowo „doprowadzać” jest wyrażeniem niejednoznacznym. Z uwagi jednak na kontekst, w jakim słowo to użyte zostało w art. 151 k.k. (przypomnijmy, że chodzi o doprowadzenie człowieka do targnięcia się na własne życie), wybrać należy to ze znaczeń analizowanego wyrazu, zgodnie z którym doprowadzać to spowodować coś. Skoro bowiem sprawca doprowadzić ma człowieka do targnięcia się na własne życie, to nie sposób uznać, że słowo „doprowadzać” można interpretować w tym wypadku jako prowadzenie (i doprowadzenie) do jakiegoś miejsca, założenie instalacji czy dojście do pewnego etapu pracy.

W konsekwencji – można by przyjąć, że na gruncie wykładni językowej dopuszczalny jest zarówno ten sposób interpretacji, w myśl którego namowa i udzielenie pomocy, o których mowa w art. 151 k.k., winny być – z uwagi na posłużenie się przez ustawodawcę w art. 151 k.k. znamieniem „doprowadza (człowieka) do (targnięcia się na własne życie)” – bezpośrednią inspiracją zamachu samobójczego bądź też czynnikiem warunkującym ten zamach, jak i ten sposób interpretacji, w myśl którego wystarczy, że namowa i udzielenie pomocy w jakikolwiek sposób przyczynią się do targnięcia się człowieka na własne życie. Sprawca ma bowiem spowodować targnięcie się człowieka na własne życie, a warunek ten spełniony zostaje zarówno w sytuacji odpowiadającej pierwszemu, węższemu sposobowi interpretacji znamion „namowa”, „udzielenie pomocy” i „doprowadza (człowieka) do (targnięcia się na własne życie)”, jak i w sytuacji odpowiadającej drugiemu, szerszemu sposobowi interpretacji rzeczonych znamion.

Dokonanie ostatecznych ustaleń w zakresie wpływu sformułowania „doprowadza (człowieka) do (targnięcia się na własne życie)” na charakter namowy i udzielenia pomocy określonych w art. 151 k.k. wymaga zatem odwołania się do dyrektyw wykładni funkcjonalnej. W szczególności zaś do celu rzeczony regulacji, wszak – jak słusznie wskazuje M. Zieliński – „wśród wartości wyróżnionych przez założenia aksjologiczne szczególną pozycję zajmują wartości, które bywają określane jako cele danego tekstu prawnego czy danego pojedynczego przepisu. Występowanie tego rodzaju wartości przekłada się w procesie interpretacji na wykorzystanie dyrektyw interpretacyjnych zwanych celowościowymi, ujmowanych jako szczególnego rodzaju dyrektywy funkcjonalne” [15].

Tymczasem, jak twierdzi P. Konieczniak: „karalność pomocy do samobójstwa da się uzasadnić (...) chęcią odsunięcia osób trzecich od wpływu na samobójcę niż potępieniem samobójstwa samego w sobie. Zakaz wspierania drugiego w samobójstwie ma więc na celu po prostu skłonienie ludzi, by nie wspierali innych w samobójstwie (...). Dlaczego zaś nie chcemy, by na samobójstwo miały wpływ osoby trzecie? Dlatego, że samobójca – racjonalnie czy nie – podejmuje i wykonuje decyzję własną w sprawie życiowo fundamentalnej dla niego. Jego intencje są klarowne: z powodów, które subiektywnie uważa on za ważne (może się najwyżej mylić), chce przestać żyć. Intencje pomocnika mogą być najrozmaitsze. Sam sprawca nie może >>nadużyć samobójstwa<<, obecność pomocnika może potencjalnie prowadzić do nadużyć” [1].

Mając powyższe na względzie, nie sposób uznać, że posłużenie się przez ustawodawcę w art. 151 k.k. sformułowaniem „doprowadza (człowieka) do (targnięcia się na własne życie)” mogłoby oznaczać, że namowa i udzielenie pomocy, o których mowa w art. 151 k.k., stanowią mają bezpośrednią inspirację zamachu samobójczego bądź też czynnik warunkujący ten zamach. Wręcz przeciwnie – uznać należy, że posłużenie się tym sformułowaniem oznaczać ma, że namowa i udzielenie pomocy mają się po prostu przyczynić w jakimkolwiek stopniu do targnięcia się człowieka na własne życie. Tylko wówczas bowiem potencjalni samobójcy zabezpieczeni zostaną w sposób należyty przed nadużyciami ze strony osób trzecich. Zasadnie zatem wskazuje J. Malczewski, że słowo „doprowadza” wskazuje tylko na „konieczność zaistnienia związku przyczynowego między działaniem sprawcy – namową bądź udzieleniem pomocy – a próbą samobójczą, jak również stanowi, że do zaistnienia przestępstwa z art. 151 k.k. konieczne jest wystąpienie skutku” [17].

O nietrafności odmiennego stanowiska świadczyć może zresztą – nietrudna chyba do wyobrażenia – sytuacja, w której sprawca przekazuje osobie, o której wie, że ma problemy psychiczne i myśli o popełnieniu samobójstwa, na jej prośbę, nóż czy pistolet, chcąc, by

osoba ta wykorzystwała przekazane jej narzędzie i odebrała sobie życie, a jednocześnie mając na celu osiągnięcie w ten sposób jakiegoś korzystnego dla siebie skutku doczesnego. W przypadku przyjęcia koncepcji, że z uwagi na takie, a nie inne, sformułowanie treści art. 151 k.k. namowa lub udzielenie pomocy stanowią mają bezpośrednią inspirację podjęcia próby samobójczej bądź też czynnik warunkujący tę próbę, wskazane wyżej zachowanie się mogłoby nie podlegać karze, a chyba nie wymaga szerszego argumentowania, że nie byłoby to rozwiązanie słuszne i charakterystyczne dla racjonalnego prawodawcy.

Podkreślenia wymaga przy tym, że wpływ danego, konkretnego zachowania się sprawcy (mającego postać namowy lub udzielenia pomocy) na targnięcie się człowieka na własne życie w danym, konkretnym przypadku rzeczywiście musi zostać wykazany w postępowaniu karnym, a co za tym idzie – nie wystarczy stwierdzenie (tak, jak chciałby tego np. M. Królikowski), że namowa miała taką, a nie inną, formę, mogącą – przynajmniej potencjalnie – realnie wpłynąć na proces decyzyjny pokrzywdzonego. Tego rodzaju abstrakcyjna ocena zachowania się sprawcy nie pozwalałaby bowiem na wyprowadzenie wniosku, że sprawca rzeczywiście doprowadził do targnięcia się człowieka na własne życie (spowodował targnięcie się człowieka na własne życie), a przecież tego rodzaju znamię ustawodawca zawarł w art. 151 k.k. i nie sposób dokonywać w jego kontekście tzw. wykładni *per non est*. Jak bowiem słusznie wskazuje Sąd Najwyższy: „W orzecznictwie podkreśla się zgodnie, że wykładnia prowadząca do uznania jakiegoś przepisu (bądź jego fragmentu – dop. KB) za zbędny jest niedopuszczalna (por. przykładowo uchwały Trybunału Konstytucyjnego z dnia 15 października 1992 r., W 4/92, OTK Zb.Urz. 1993, t. I, s. 150 i nast. i z dnia 14 czerwca 1995 r., W 19/94, OTK Zb.Urz. 1995, t. I, poz. 23 oraz orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 9 września 1965 r., II CR 263/65, nie publ.)” [18].

Warto zauważyć jednocześnie, że fakt, iż zachowanie się w postaci namowy/udzielenia pomocy może w jakimkolwiek stopniu przyczynić się do targnięcia się człowieka na własne życie musi być objęty zarówno świadomością sprawcy, jak i jego wolą. Zauważmy bowiem, że z uwagi na znaczenie słów „namawiać” i „pomagać” nie sposób uznać, że sprawca nie musi co najmniej godzić się, a w przypadku namowy – chcieć, by jego zachowanie przyczyniło się do podjęcia przez pokrzywdzonego próby samobójczej. Wszak namawiać to zachęcać, przekonywać kogoś do czegoś, a pomagać to „1. «wziąć udział w pracy jakiejś osoby, aby ułatwić jej tę pracę» 2. «dokonać jakiegoś wysiłku dla dobra jakiejś osoby, aby jej coś ułatwić lub poratować ją w trudnej sytuacji; też: dać komuś coś» 3. «przydać się do czegoś» 4. «przyczynić się do czegoś, ułatwić coś»” [16]. Siłą konieczności

namawiający i udzielający pomocy muszą więc przewidywać, że swym zachowaniem mogą przyczynić się do targnięcia się człowieka na własne życie oraz godzić się na to/chcieć tego.

Wnioski

Podsumowując krótko powyższe rozważania stwierdzić należy, że wpływ znamienia „doprowadza (człowieka) do (targnięcia się na własne życie)”, o którym mowa w art. 151 k.k., na określone w rzeczonym przepisie znamiona „namowy” i „udzielenia pomocy” do samobójstwa nie jest jednoznaczny. Zauważmy bowiem, że z jednej strony wskazuje się, że z uwagi na posłużenie się przez ustawodawcę w art. 151 k.k. znamieniem „doprowadza (człowieka) do (targnięcia się na własne życie)” namowa i udzielenie pomocy, o których mowa w analizowanym przepisie, stanowić muszą bezpośrednią inspirację zamachu samobójczego bądź też czynnik warunkujący ten zamach, z drugiej strony zaś – że, pomimo posłużenia się wskazanym wyżej znamieniem, wystarczającym jest jakiegokolwiek przyczynienie się przez namowę lub udzielenie pomocy do targnięcia się człowieka na własne życie.

Ostatecznie uznać należy jednak, że sformułowanie „doprowadza (człowieka) do (targnięcia się na własne życie)” oznaczać ma, że namowa i udzielenie pomocy, o których mowa w art. 151 k.k., przyczynić się mają w jakimkolwiek stopniu do targnięcia się człowieka na własne życie. Tylko wówczas bowiem potencjalni samobójcy zabezpieczeni zostaną w sposób należyty przed nadużyciami ze strony osób trzecich.

Podkreślenia wymaga przy tym, że wpływ danego, konkretnego zachowania się sprawcy (mającego postać namowy lub udzielenia pomocy) na targnięcie się człowieka na własne życie w danym, konkretnym przypadku musi zostać wykazany w postępowaniu karnym.

Piśmiennictwo

1. Konieczniak P.: W sprawie eutanatycznej pomocy do samobójstwa (Na marginesie sporu J. Warylewski – K. Poklewski-Koziół), Państwo i Prawo, 1999, 5, 75.
2. <http://zobaczznikam.pl/statystyki-samobojstw-w-polsce/>, data pobrania 01.04.2017.
3. Burdziak K.: Przedmiot czynności wykonawczej przestępstwa z art. 151 Kodeksu karnego, Acta Iuris Stetinensis, 2015, 10, 16.

4. Burdziak K.: Prowokacja (analiza prawnokarna), Niepublikowana rozprawa doktorska, Szczecin, 2016, 39.
5. Sarkowicz R.: Wyrażanie przyczynowości w tekście prawnym, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace z Nauk Politycznych, Kraków, 1989, 37, 49.
6. Burdziak K.: Kierowanie wykonaniem samobójstwa i polecenie jego wykonania w polskim prawie karnym, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny, 2014, 4, 177-179.
7. Tyszkiewicz L.: Komentarz do art. 151 k.k. [w:] Kodeks karny. Komentarz. M. Filar (red.), Wolters Kluwer, Warszawa, 2016, 943.
8. Makarewicz J.: Kodeks karny z Komentarzem, Lwów, 1932, 326.
9. Zoll A.: Komentarz do art. 151 k.k. [w:] Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Komentarz do art. 117-277 k.k. A. Zoll (red.). <https://sip.lex.pl/#/komentarz/587286890/172264>, data pobrania 01.04.2017.
10. Kokot R.: Komentarz do art. 151 k.k. [w:] Kodeks karny. Komentarz. R.A. Stefański (red.), C.H. Beck, Warszawa, 2015, 870.
11. Konarska-Wrzosek V.: Komentarz do art. 151 k.k. [w:] Kodeks karny. Komentarz. V. Konarska-Wrzosek (red.), Wolters Kluwer, Warszawa, 2016, 741.
12. Królikowski M.: Komentarz do art. 151 k.k. [w:] Kodeks karny. Część szczególna. Tom I. Komentarz. M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), C.H. Beck, Warszawa, 2013, 232.
13. Marek A.: Kodeks karny, Komentarz. LEX, 2010, 378-379.
14. Szeroczyńska M.: Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie, Wyd. Universitas, Kraków, 2004.
15. Zieliński M.: Wykładnia prawa. Zasady, reguły, wskazówki, LexisNexis, Warszawa, 2012.
16. <http://sjp.pwn.pl/>, data pobrania 01.04.2017.
17. Malczewski J.: Problemy z prawną kwalifikacją lekarskiej pomocy do samobójstwa (art. 151 k.k.), Prokuratura i Prawo, 2008, 11, s. 32.
18. Uchwała Sądu Najwyższego cała izba SN z dnia 14 października 2004 r., sygn. III CZP 37/04, LEX nr 125609, data pobrania 01.04.2017.

Zaniechanie uporczywej terapii i eutanazja w opiniach młodzieży akademickiej i seniorów – na podst. badań na terenie woj. śląskiego

Wiśniewska-Śliwińska Hanna

Zakład Pracy Socjalnej i Zdrowia Publicznego, Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie

Wprowadzenie

W rozważaniach o eutanazji należy rozpocząć od pojmowania terminu *eutanazja*. Termin ten jest dalece niejednoznaczny. Dawniej określenie to nie miało jednoznacznie ujemnego wydźwięku, dotyczyło jakości umierania [1].

Na przestrzeni wieków terminem *eutanazja* nazywano różne zdarzenia/ zachowania:

- szybką i bezbolesną naturalną śmierć, w której umierający jest do końca autorem swojego istnienia [2]
- śmierć samobójczą, kontrolę nad nią zapewnia wybór momentu i sposobu odejścia,
- towarzyszenie choremu umierającemu do naturalnego końca i łagodzenie jego bólu (pogląd F. Bacona) [3]
- naturalną śmierć, której nie można w żadnym stopniu przyśpieszyć,
- aktywną rolę lekarza uśmiercającego umierającego pacjenta z litości na życzenie tegoż pacjenta (T. Morus, Nietzsche) [4,5]
- eksterminację istnień niewartych życia: psychicznie chorych, upośledzonych – wbrew ich woli, dla dobra społeczeństwa/ rasy/ gatunku (eksterminacja stosowana przez Hitlera i niemieckich lekarzy [6,7].

Prawdopodobnie jako pierwszy słowa *eutanazja* użył Possidipos (ok. 300 r. p.n.e.). Trudno jednak określić jego ówczesne znaczenie. Później Filon z Aleksandrii (I w. p.n.e.) pisał, że „szczęśliwy wiek i dobra śmierć są najwyższymi dobrami człowieka” [8].

Jako idealną uznano śmierć cesarza Augusta, którą opisał Swetoniusz ok.120 r.n.e. Był to zgon szybki, wolny od bólu (*excitus facilis*). Według Swetoniusza eutanazja to umieranie, które pozwala umierającemu czuć się autorem własnej śmierci, mieć na nią wpływ [2].

Niektóre teksty sugerują, że antyczni lekarze przestawali leczyć śmiertelnie chorych pacjentów, a proponowali im odebranie życia. Theophrastus - uczeń Arystotelesa sławił imię

lekarza Tharsyesa z Martineii za to, że medyk stworzył mieszanekę trucizn przyspieszającą śmierć. Platon zachęcał lekarzy, by nie zajmowali się nieuleczalnie chorymi. Powinni pozwolić im umrzeć, a nawet ich zabić [9].

Z kolei Pitagorejczycy sprzeciwiali się prawu do odbierania życia. W starożytnej Sparcie (V w. p.n.e.) prawo do życia przysługiwało tylko silnym noworodkom, a słabe i ułomne zrzucano w przepaść. Uważano, że ich śmierć jest lepsza i dla nich samych, i dla społeczeństwa.

Tomasz More, autor teorii opublikowanej w „Utopii”, ustosunkował się do problemu uśmiercania nieuleczalnie chorych ludzi. W jego idealnym państwie istniała dobrowolna możliwość poddania się eutanazji. Urzędnicy państwowi, kapłani mieli zachęcać chorych do skracania cierpień. Jeśli pacjent nie wyrażał zgody, należało go dalej szanować i dobrze traktować [4].

Przeciwnikami odbierania życia słabszym byli Immanuel Kant i Johna Locke. Kant uważał, że życie powinno podlegać ochronie, ponieważ człowiek jest stworzeniem boskim. Twierdził, że pozbawianie życia stoi w konflikcie z istotą przyrody. Według filozofa prowadzić to może do samozniszczenia świata [8].

W IX i XX w. zaistniały początki pojęcia eutanazji eugenicznej. Dawid Hume twierdził, że osoba w wieku podeszłym jest nieefektywna i stanowi dla innych problem [10]. Artur Schopenhauer, zwolennik samobójstwa, zaproponował, by śmiertelnie chorzy mieli prawo do szybkiej, pozbawionej bólu śmierci, a lekarze mieli za zadanie im w tym pomagać [11].

Panujący wówczas obraz człowieka, oparty na teorii ewolucjonizmu, selekcji i doboru naturalnego, stworzonej przez Karola Darwina, stał się też powodem powrotu do kwestii eutanazji [8]. Friedrich Nietzsche negował istnienie Boga i propagował tzw. „wolną śmierć”. Polegała ona na tym, że człowiek powinien umrzeć zaraz po dokonaniu wszystkich swoich życiowych obowiązków. Według Nietzsche’ego społeczeństwo powinno decydować o przydatności i długości życia jednostki. Należało uśmiercać ludzi słabych i bezwartościowych – nawet bez ich zgody. Osoby takie są „pasożytami”, a zadaniem lekarza jest ich zabijanie [12].

Bardziej radykalne poglądy głosił zwolennik „higieny rasowej” Alfred Ploetz. Zalecał on ocenę stanu zdrowia każdego noworodka zaraz po urodzeniu. Gdyby okazało się, że jest on słaby lub kaleki, należało zabić go przez wstrzyknięcie odpowiedniej dawki morfiny. Takie procedury miały być realizowane również wobec bliźniąt, szóstego dziecka urodzonego

przez tę samą matkę lub dziecka urodzonego przez matkę w wieku powyżej 45 lat oraz wobec dziecka spłodzonego przez 50-letniego ojca.

W 1920 r. w Lipsku Alfred Hoche i Karl Binding opublikowali dzieło „Zezwolenie na niszczenie życia niewartego życia”. Ogłosili, że życie przestaje być chronione przez prawo, gdy nie jest przydatne dla społeczeństwa [13]. Propagatorem tych poglądów stał się Adolf Hitler. Od wybuchu drugiej wojny światowej na jego rozkaz zaczęto masowo uśmiercać ludzi określonych jako „mało wartościowych”.

Z powyższego wynika, że pojęcie eutanazja nigdy nie miało jednego znaczenia – od starożytnej „dobrej śmierci” po masowe zbrodnie przeciwko ludzkości. W Oksfordzkim słowniku języka angielskiego z 1988 r. można znaleźć definiującą eutanazję mówiącą, że jest to: „kierowane współczuciem spowodowanie łagodnej i bezbolesnej śmierci osoby nieuleczalnie chorej i cierpiącej”. Zawiera ona dwa znaczenia – dobrej, godnej, śmierci, a także zabójstwo chorego [7].

Andrzej Alichniewicz definiuje eutanazję jako „czyn, którego intencją jest spowodowanie śmierci nieuleczalnie chorego w celu oszczędzenia mu cierpień. Czyn dokonywany jest przez lekarza na życzenie chorego, zdolnego do świadomego wyrażania woli lub motywowany współczuciem dla pacjenta niezdolnego do podejmowania decyzji” [14]. Małgorzata Szeroczyńska określa: „Szeroko pojęty czyn eutanatyczny polega na pozbawieniu życia – przez pośrednie lub bezpośrednie spowodowanie śmierci, niezapobieżenie jej nadejściu, pomocnictwo w samodzielnym odebraniu życia człowieka cierpiącego (psychicznie lub fizycznie) przez sprawcę motywowanego współczuciem, działającego na rzecz dobra tej osoby w celu zapewnienia jej łagodnej śmierci przez wybawienie jej od zła, jakim jest dla niej owo cierpienie i postępującego zgodnie z wolą (odtworzoną lub wyrażoną) tej osoby, a przynajmniej nie wbrew woli” [15].

Przytoczone określenia wskazują na zabójczy charakter eutanazji oraz na intencję spowodowania śmierci, która ma na celu eliminację cierpień i bólu.

Uporczywa terapia, jak wynika z definicji, dotyczy chorych będących w stanie terminalnym, w przypadku których podejmowanie działań medycznych nie prowadzi do wyleczenia, a oznaczać może przedłużanie umierania i wiązać się z dodatkowym cierpieniem. Zaniechanie uporczywej terapii bywa mylone z eutanazją. W niektórych wypadkach trudności może sprawiać rozróżnienie odstąpienia od uporczywej terapii i tzw. biernej eutanazji. Rozstrzygająca dla oceny konkretnej sytuacji jest intencja przerwania leczenia – to, czy jest nią pozbawienie życia, czy też przywrócenie naturalnego procesu umierania [16].

Wyróżnia się eutanazję:

- czynną dobrowolną,
- czynną niedobrowolną,
- bierną dobrowolną,
- bierną niedobrowolną.

O autoeutanazji (eutanazji samobójczej, wspomaganym samobójstwie) mówimy, gdy cierpiący pacjent podejmuje się działań autodestrukcyjnych. Zaliczana jest ona zarówno do eutanazji czynnej, jak i biernej [17].

W Polsce eutanazja jest zabroniona. Ewentualna pomoc osobie chcącej skrócić swoje cierpienia jest zagrożona karą od 3 miesięcy do 5 lat więzienia. Możliwe jest złagodzenie kary lub odstąpienie od jej wymierzenia [18].

Cel pracy

1. Uzyskanie informacji n.t. samooceny poziomu wiedzy dotyczącej uporczywej terapii i eutanazji.
2. Porównanie opinii studentów i osób po 60. r.ż. na temat eutanazji.

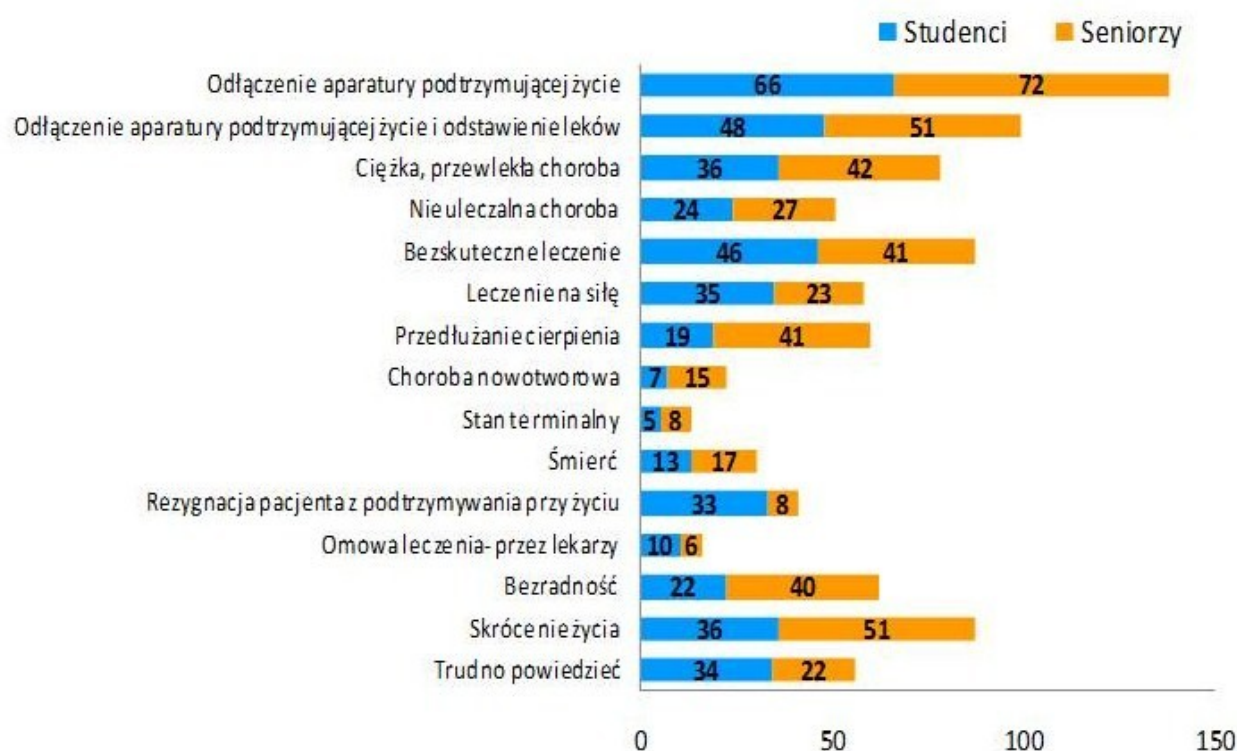
Material i metody

Badania przeprowadzono w terminie 2 czerwca - 30 lipca 2016 r. na terenie Częstochowy i powiatu częstochowskiego. Badaniom poddano 617 osób, w tym 310 osób to młodzież akademicka, a 307 to seniorzy. Uzyskano 600 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy ankiet. Dobór grup był losowy, chodziło jednak o to, by ilość poprawnie wypełnionych kwestionariuszy w obu grupach była równoliczna.

Wyniki

Badanych zapytano, z czym kojarzą im się poszczególne określenia oraz co sądzą o pewnych zachowaniach. Pytania były półotwarte. Badani wybierali odpowiedzi z kafeterii, a gdy zachodziła potrzeba formułowali je sami.

Respondentów zapytano, z czym kojarzą im się określenia „zaniechanie uporczywego leczenia”, „zaniechanie uporczywej terapii”.



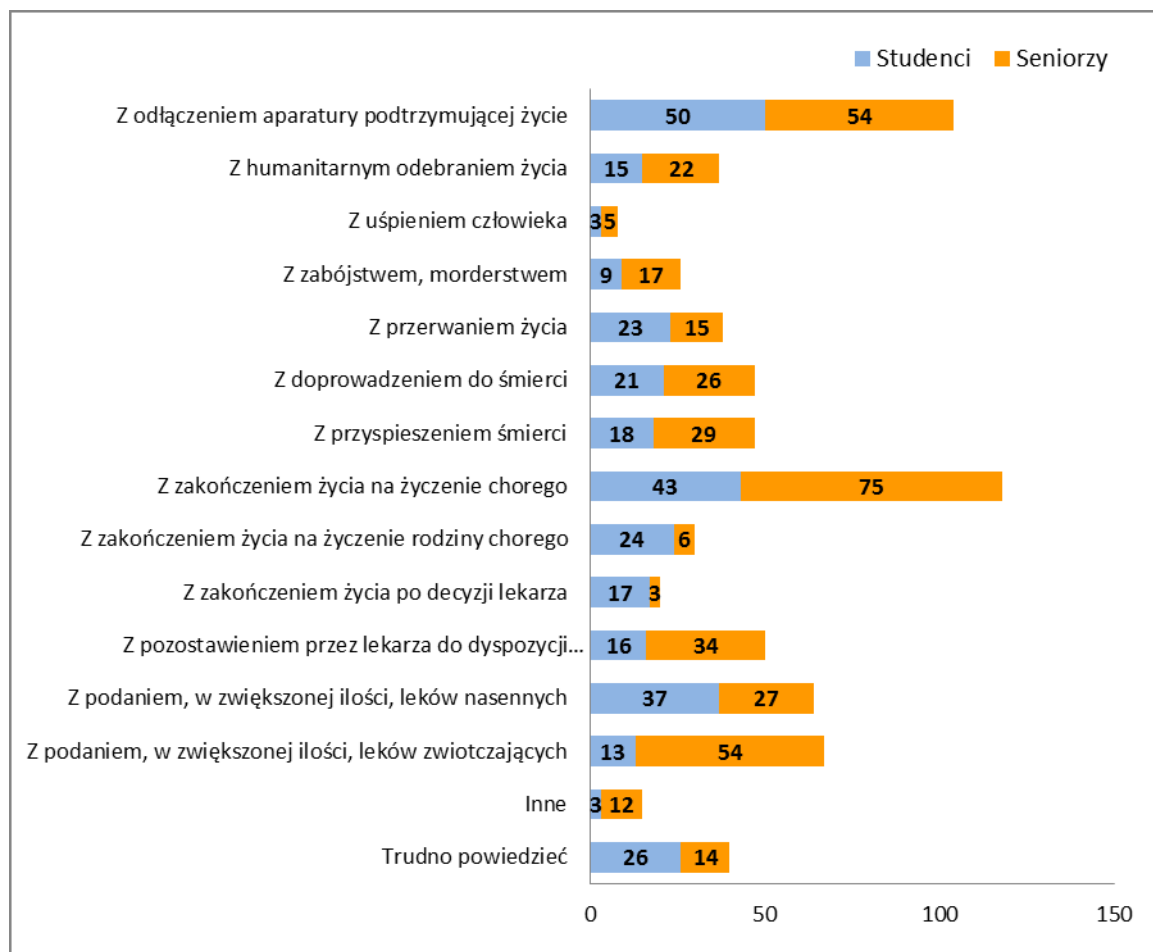
Ryc. 1. Z czym kojarzy się Panu/-i zaniechanie uporczywego leczenia (uporczywej terapii)? (N=600)

**wyniki nie sumują się*

Większość osób – z obu grup (66 studentów, 72 seniorów) – odpowiedziała, że określenie zaniechanie uporczywego leczenia/uporczywej terapii kojarzy im się z odłączeniem od aparatury podtrzymującej życie; z odłączeniem aparatury podtrzymującej życie i odstawieniem leków kojarzy się ono 99 osobom (48 studentów i 51 seniorów); z ciężką, przewlekłą chorobą 36 studentom i 42 seniorom, a z nieuleczalną chorobą 24 studentom i 27 seniorom. Warte zauważenia jest fakt, że termin „zaniechanie uporczywego leczenia/uporczywej terapii” mniejszej liczbie osób kojarzy się ze skróceniem życia (36 studentów, 51 seniorów); niewielkiej liczbie badanych kojarzy się bezpośrednio ze śmiercią (13 studentów, 17 seniorów) (Rycina 1).

Z kolei padło pytanie o to, z czym kojarzy się respondentom określenie „eutanazja”.

Część badanych wskazywała na skojarzenia z uśpieniem człowieka, zabójstwem, morderstwem, przerwaniem życia, doprowadzeniem do śmierci, przyspieszeniem śmierci. Nieco więcej osób kojarzy pojęcie „eutanazja” z podaniem choremu leków- zwiotczających, nasennych, ewentualnie pozostawienie tego typu leków pacjentom, by mógł sam je zażyć.



Ryc. 2. Z czym kojarzy się Panu/-i eutanazja? (N=600)

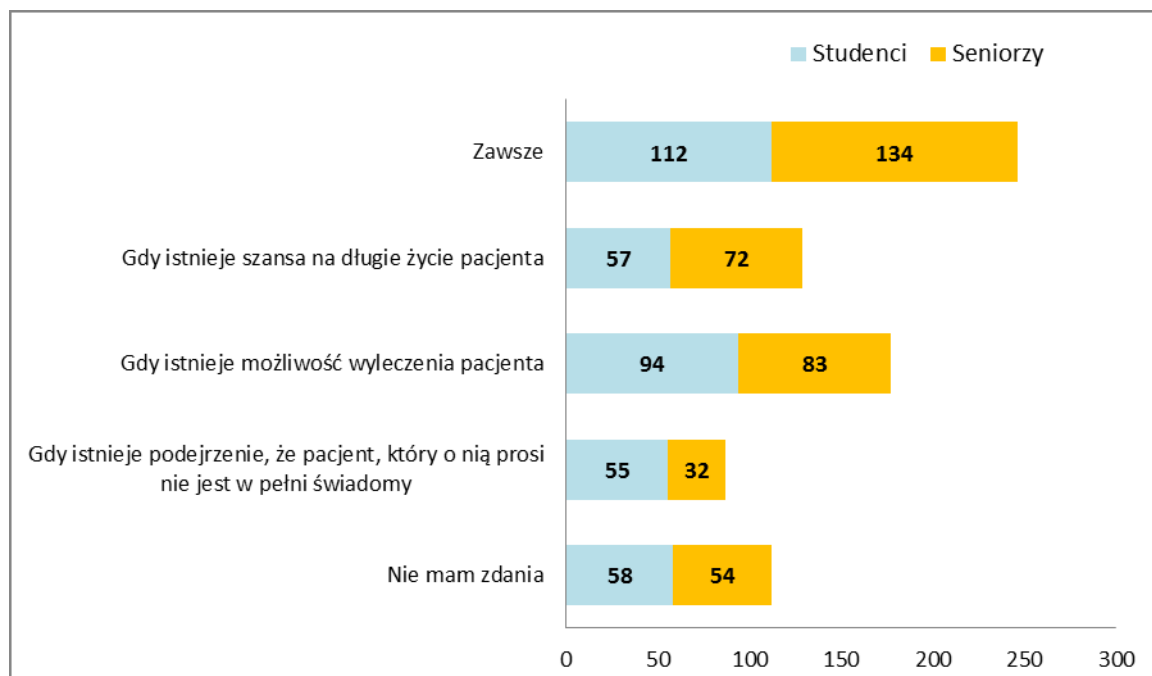
**wyniki nie sumują się*

Największa liczba osób (43 studentów i 75 seniorów) kojarzy eutanazję z zakończeniem życia na życzenie chorego. Są też osoby, którym trudno jest określić, z czym może kojarzyć się eutanazja (26 studentów, 14 seniorów). Opcję „Inne” wybrało studentów 3 i 12 seniorów, przy czym w komentarzu większość tych osób (2 studentów i 10 seniorów) dała odpowiedź „NFZ” (Rycina 2).

Kolejne poruszane zagadnienie to dopuszczalność wykonywania eutanazji - próba określenia, kiedy lekarz powinien odmówić wykonania eutanazji (gdyby była dopuszczalna), a w dalszej kolejności określenie, czy w jakichś sytuacjach prawo powinno dopuszczać wykonywanie eutanazji.

I tak: prawie połowa z każdej grupy respondentów (112 studentów i 134 seniorów) uważa, że lekarz, nawet gdyby eutanazja była dopuszczalna, powinien bezwzględnie odmówić jej wykonania. Mniejsza grupa badanych uważa, że lekarz powinien odmówić wykonania eutanazji – nawet gdyby była dopuszczalna – jeśli istnieje możliwość wyleczenia

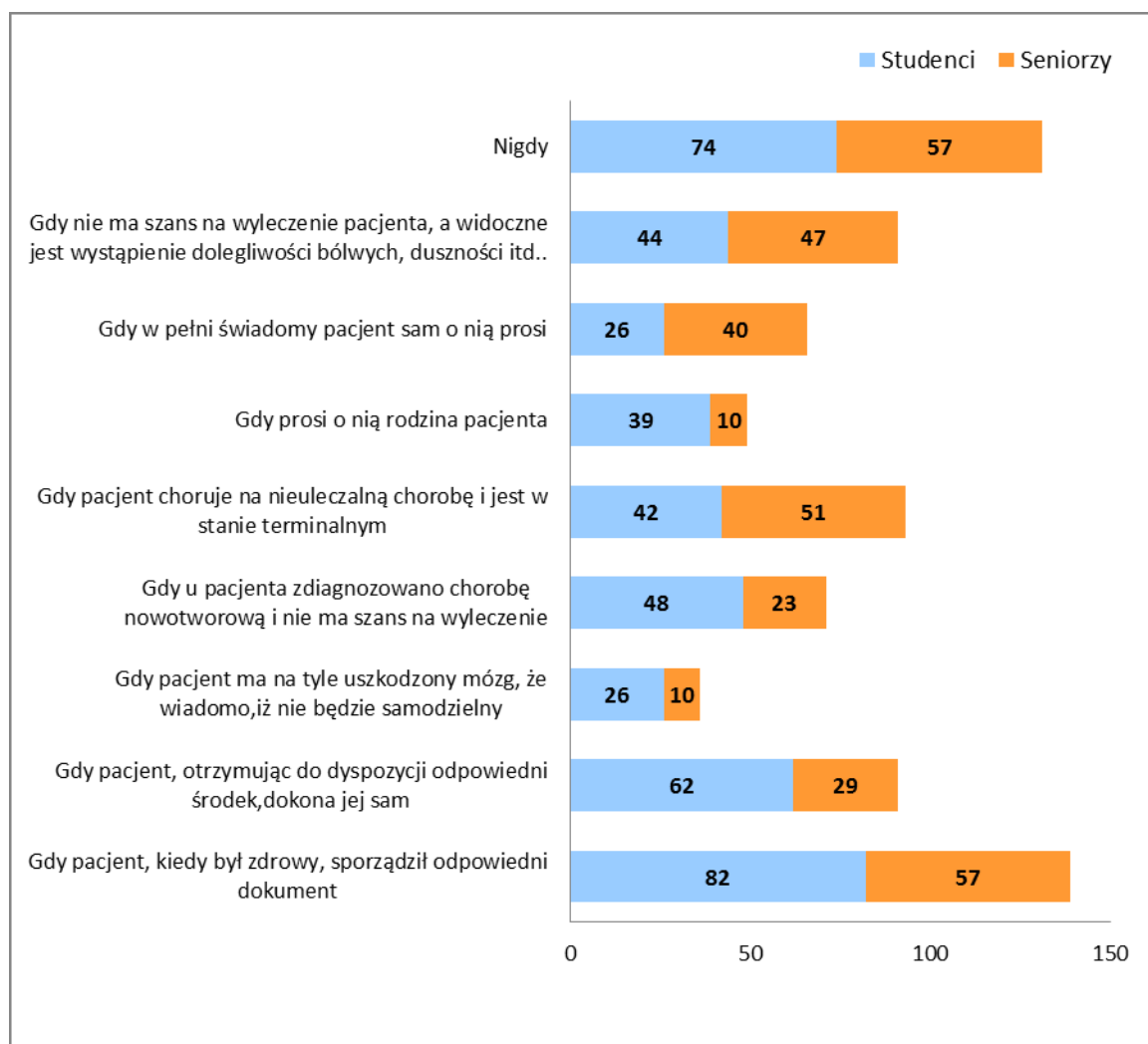
pacjenta (57 studentów i 72 seniorów) lub jeśli istnieje szansa na długie życie pacjenta (nawet w chorobie) - 57 studentów i 72 seniorów. Kolejna grupa odpowiadających (58 studentów i 54 seniorów) nie ma wyrobionego zdania na ten temat. Najmniejsza liczba badanych (55 studentów, 32 seniorów) twierdzi, że lekarz powinien odmówić wykonania eutanazji gdy istnieje podejrzenie, że proszący o nią pacjent nie jest w pełni świadomy - z powodu choroby lub niepełnosprawności umysłowej (Rycina 3).



Ryc. 3. Kiedy, według Pana/-i, lekarz powinien odmówić dokonania eutanazji ? (N=600)
**wyniki nie sumują się*

Kolejnym poruszonym zagadnieniem była prawna dopuszczalność eutanazji. Badani zostali zapytani, w jakich sytuacjach prawo powinno dopuszczać wykonanie eutanazji. Największa liczba odpowiadających uważa, że eutanazja powinna być dopuszczalna, jeśli pacjent, gdy był zdrowy, sporządził odpowiedni dokument. Uważają, że oświadczenie noszone ze sobą to za mało, ponieważ jest to okazja do nadużyć (ktoś inny, nie sam chory, może napisać takie oświadczenie). Według badanych oświadczenie, w którym człowiek wyraża chęć poddania się eutanazji powinien być sporządzany na firmowym druku wybranego urzędu przy urzędniku państwowym i przez niego poświadczany (w Urzędzie Gminy, Urzędzie Miasta, Urzędzie Stanu Cywilnego, w sądzie w wyznaczonym wydziale, w ambasadzie).

Nieco mniejsza grupa badanych (74 studentów i 57 seniorów) uważa, że prawo nigdy nie powinno dopuszczać eutanazji.



Ryc. 4. W jakich przypadkach, według Pana/-i, eutanazja powinna być dopuszczalna? (N=600)

**wyniki nie sumują się*

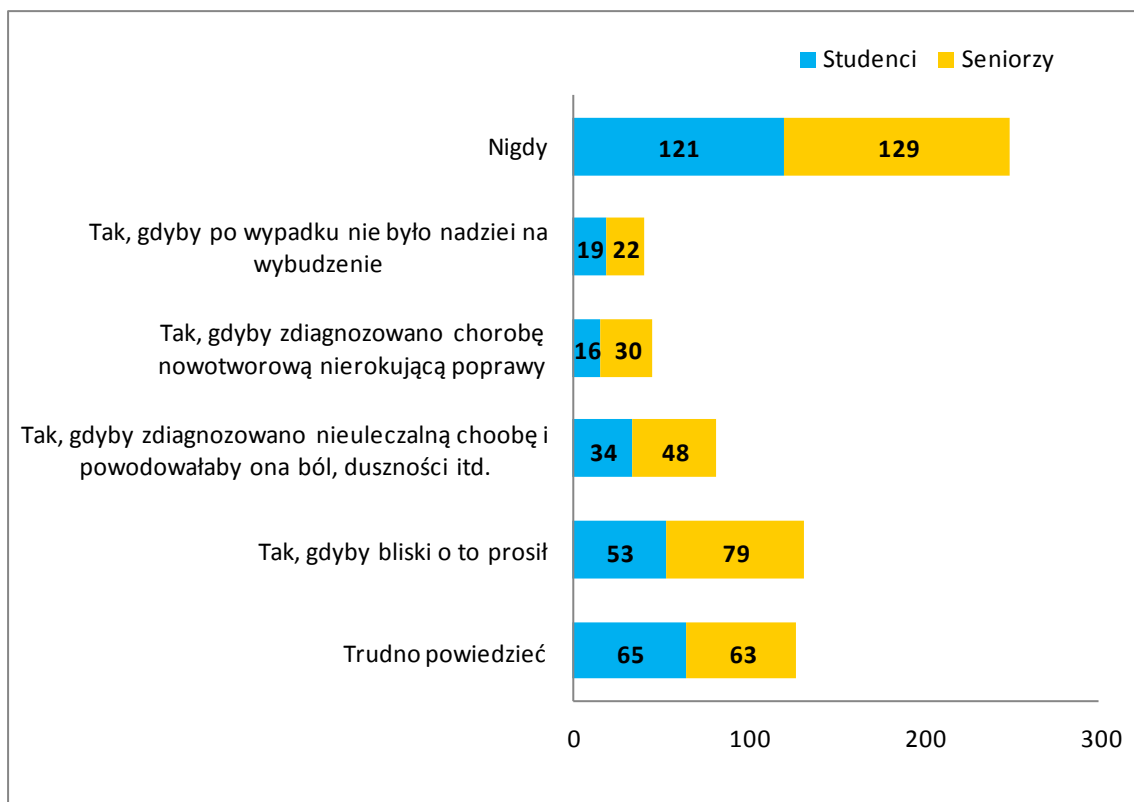
Gdy nie ma szans na wyleczenie pacjenta, a wystąpiły dolegliwości bólowe, duszność, 91 osób (44 studentów i 47 seniorów) jest gotowych zaakceptować prawne usankcjonowanie eutanazji.

Sytuację taką, że pacjent, mając do dyspozycji odpowiednie środki, dokona autoeutanazji, jest gotowa zaakceptować grupa 91 osób. W grupie tej znacznie przeważa grupa studentów- 62 osoby; pozostali to 29 seniorów.

Usankcjonowanie prawne eutanazji w sytuacji, gdy prosi o nią rodzina pacjenta, popiera 49 osób - 39 studentów i 10 seniorów.

Najmniejsza liczba badanych - 36 osób (26 studentów i 10 seniorów) opowiada się za prawnym usankcjonowaniem eutanazji w sytuacji, gdy pacjent ma na tyle uszkodzony mózg, że wiadomo, iż w przyszłości nie będzie samodzielny (Rycina 4).

Na koniec badani zostali poproszeni o odpowiedź na pytanie, czy zdecydowaliby o zaprzestaniu leczenia kogoś bliskiego.



Ryc. 5. W jakiej sytuacji zdecydowałby się Pan na zaprzestanie leczenia kogoś bliskiego ? (N=600)

**wyniki nie sumują się*

Największa grupa respondentów (121 studentów i 129 seniorów) deklaruje, że w żadnej sytuacji nie zdecydowaliby o zaprzestaniu leczenia kogoś bliskiego. Kolejna grupa 132 osób (53 studentów i przeważająca liczba seniorów - 79) zdecydowaliby o zaprzestaniu leczenia osoby bliskiej, gdyby ta osoba o to poprosiła. Kolejne osoby - 65 studentów i 63 seniorów nie potrafią określić, co zdecydowałyby w takiej sytuacji. Gdyby u kogoś bliskiego zdiagnozowano nieuleczalną chorobę, która powodowałaby ból, duszności 34 studentów i 48 seniorów deklaruje, że zdecydowałoby o zaprzestaniu leczenia. Nieco mniej, bo 16 studentów i 30 seniorów podjęłoby decyzję o zaprzestaniu terapii osoby bliskiej gdyby zdiagnozowano u niej chorobę nowotworową nierokującą poprawy. W sytuacji, gdyby w następstwie

wypadku nie było nadziei na wybudzenie osoby bliskiej, o zaprzestaniu jej leczenia zdecydowałoby 19 studentów i 22 seniorów (Rycina 5).

Wnioski

1. Większość badanych z obu grup, czy to na podstawie wiedzy, czy to kierując się intuicją, rozróżnia przerwanie uporczywej terapii i eutanazję.
2. Studenci nie dopuszczają możliwości przerwania uporczywej terapii - nawet na życzenie chorego, natomiast seniorzy uważają, iż terapię można przerwać w wypadku, gdy chory sobie tego życzy.

Podsumowanie

Dyskusje na temat eutanazji, czy zaprzestania uporczywego leczenia budzą kontrowersje od zawsze. Większość dorosłych Polaków ma ogólną orientację na te tematy. Określenie zaniechanie uporczywej terapii wywołuje pewną dezorientację, bywa ona mylona z eutanazją. Sytuacja przerwania leczenia budzi lęk, są osoby, które uważają, że przesłankami do przerwania leczenia mogą być nie tylko wskazania medyczne, ale i inne względy, np. finansowe. Termin zaniechanie uporczywej terapii może być obciążony równie negatywnym ładunkiem emocjonalnym co określenie eutanazja.

Ważna dla oceny dopuszczalności zaniechania uporczywej terapii wydaje się być wola pacjenta. Można przypuszczać, że sytuacja, w której pacjent zgadza się na przerwanie leczenia, jest postrzegana inaczej niż wtedy, gdy decyzję podejmuje lekarz.

Większość badanych popiera bowiem wprowadzenie do polskiego prawa oświadczenia, w którym człowiek deklaruje, że w przypadku długotrwałej utraty świadomości nie chce, aby stosowano wobec niego działania podtrzymujące życie. W opinii większości badanych lekarze powinni spełniać wolę cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć.

Piśmiennictwo

1. Machinek M.: Śmierć w dyspozycji człowieka. Teologia moralna wobec problemów etycznych u kresu życia ludzkiego, Wyd. Hosianum, Olsztyn, 2001.

2. Swetoniusz G.T., Żywoty Cezarów, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź, 1987.
3. Bacon F.: The Advancement of Learning, Clarendon Press, Oxford, 1900.
4. More T.: Utopia, PAX, Warszawa, 1954.
5. Nietzsche, F.: Z genealogii moralności, Tower Press, Gdańsk, 2000.
6. Machinek M.: Śmierć w dyspozycji człowieka. Teologia moralna wobec problemów etycznych u kresu życia ludzkiego, Wyd. Hosianum, Olsztyn, 2001.
7. Szeroczyńska M.: Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie, Universitas, Kraków, 2004.
8. <http://biotechnologia.pl/bioetyka/aktualnosci/krotka-historia-eutanazji,1562>, data pobrania 14.02.2017
9. Platon, Państwo, Prawa, Wyd. ANTYK, Kęty, 2001.
10. Hume D.: Mój żywot, tłum. A. Hochfeldowa, [w:] Dialogi o religii naturalnej i naturalna historia religii wraz z dodatkami, D. Hume, Wyd. PWN, Warszawa, 1962, 246.
11. Schopenhauer A.: Świat jako wola i przedstawienie, t. II, Wyd. PWN, Warszawa, 1995.
12. Nietzsche F.: Wola mocy, Wyd. vis-à-vis/Etiuda, Kraków 2009, 7, 15.
13. Ochmański W.: Eutanazja nie jest alternatywą, Wyd. Salwator, Kraków 2008, 28.
14. Mozgawa M.: Eutanazja, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa, 2015, 19-20.
15. Ochmański W.: Eutanazja nie jest alternatywą, Wyd. Salwator, Kraków, 2008, 35.
16. Dangel T. (red.): Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, 2011,
17. Chyrowicz, B.: Eutanazja: prawo do życia - prawo do wolności, Wyd. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2005, 68-71.
18. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny. Dz.U. 1997 nr 88, poz. 553.

Poziom wiedzy i opinie ludności z okręgu wileńskiego i województwa podlaskiego w odniesieniu do eutanazji

Petuchova Aurelija¹, Klimaszewska Krystyna²

1. Respublikinė Vilniaus Universitetinė Ligoninė
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Eutanazja staje się coraz bardziej aktualnym tematem we współczesnym świecie. Problem eutanazji i dopuszczalność prawna stanowi wieczne debaty między zwolennikami i przeciwnikami eutanazji, którzy nie mogą dojść do kompromisu. Z greckiego słowa *euthanatos* pochodzi termin eutanazja, co oznacza „dobra śmierć”, jest to przyspieszenie czasu umierania chorego, w celu złagodzenia bólu i cierpienia. Jednak w większości krajach, w kodeksach karnych eutanazję traktuje się jako zabójstwo, które jest karane [1,2].

Słowo „eutanazja” pochodzi z języka greckiego – *euthanatos*, gdzie *eu* – dobry, *thanatos* – śmierć. Jest to celowe przyspieszenie śmierci nieuleczalnie chorego, w celu zakończenia cierpienia [1].

Eutanazja ma cały szereg znaczeń, jest często nazywana jako zabijanie na życzenie, zabójstwo z litości, godna, a nawet szybka śmierć.

Zarys historyczny

Po raz pierwszy słowo „eutanazja” towarzyszyło społeczeństwu i zostało użyte w starożytności w V wieku p.n.e. Pojęciem eutanazja posłużył się Kratinos, poeta nie określał znaczenie eutanazji tylko nazwał eutanazję jako dobra śmierć [3].

W starożytności eutanazja została uznana przez Platona. Uważał, że przedłużanie życia ludziom nieuleczalnie chorym jest bezsensowne, w związku z tym radził lekarzom zrezygnować z dalszego leczenia [4].

Z kolei Arystoteles uważał, że każde niedołączone dziecko nie musi być w przyszłości wychowane [3]. Natomiast Hipokrates i jego uczniowie mieli przeciwne zdanie na temat

eutanazji. On, jak i jego uczniowie odrzucali dokonanie eutanazji i zalecali leczyć niepełnosprawne dzieci [4].

W V wieku przed n.e. w Sparcie praktykowano zrzucanie dzieci ze skały, co miało na celu zniwelować słabych i niepełnosprawnych. Twierdzono, że śmierć takich dzieci będzie tylko na korzyść dla ludności, jak i dla nich samych [4].

Tomasz Morus (1516 rok) w swojej twórczości, która powstała w okresie renesansu „Utopii” nie stosował pojęcia eutanazja, tylko „dobrowolna śmierć”. Uważał, że tylko po otrzymaniu zgody od pacjenta może być dokonana dobra śmierć i jedynie od woli pacjenta zależy, w jaki sposób powinna być dokonana [4].

Angielski filozof Francis Bacon (1561-1626) uważał, że obowiązkiem lekarza jest nie tylko uzdrawiać, ale jeżeli nie ma szansy na przywrócenie choremu zdrowia, rozwiązaniem będzie wyłącznie śmierć chorego. Gdyż jedyną pomocą w spokojnej oraz łagodnej śmierci jest dokonanie eutanazji [3,5].

Już w XIX wieku, filozofowie D. Hume oraz A. Schopenhauer twierdzili, że śmiertelnie chorzy pacjenci muszą mieć prawo na śmierć, a lekarz w niektórych przypadkach pozbawiać życia chorych. Nietzsche F. również zgadzał się z zdaniem D. Hume’a oraz A. Schopenhauer’a i twierdził, że Bóg nie istnieje. Uważał, że człowiek jest twórcą swego życia i że sam musi decydować o godzinie śmierci, ponieważ śmierć naturalna jest bezsensowna [3].

Przez Alfreda Hoche’a oraz Karl Bindinga była wydana książka „O swobodnym niszczeniu życia, które nie jest warte życia” twierdząc, że bezcelowe życie nie ma sensu. W latach 1939-1944 stworzono w III Rzeszy program pod kryptonimem „T-4”. Ten program polegał na zabijaniu chorych psychicznie, neurologicznie oraz niedorozwiniętych. W wyniku programu zabito ponad 70 tysięcy niepełnosprawnych i chorych ludzi [6].

W 1973 roku lekarz Gertruda Pastma zamordowała swoją schorowaną matkę w Holandii. Matka cierpiała na depresję, która ciągle pogłębiała się i nieraz prosiła ją o to, tak tłumaczyła się Gertruda przed sądem. Fundacja Holenderska popierała pani Pastmę i zaczęła przekonywać, iż lekarz posiadała prawo zakończyć życie osobie cierpiącej. Holenderów udało się przekonać za pomocą mediów, że eutanazja to uczynek z litości, a nie zabójstwo. Od tego czasu osób, które dokonywały eutanazję nie karano [4].

W aktualnych czasach pierwsze państwo, które zalegalizowała eutanazję była Holandia. W 1993 roku przyjęto prawo przez parlament holenderski o nietykalności lekarzy, wyłącznie po otrzymaniu pozwolenie od pacjenta na wykonanie eutanazji [3,5].

Eutanazja bierna

Ten rodzaj eutanazji niekiedy jest nazywany jako eutanazja „pasywna”, „negatywna” i/lub „ortotanazja”. Eutanazja bierna polega na przerwaniu terapii, która podtrzymuje życie pacjenta. W takim przypadku lekarz rezygnuje z dokonania zabiegu, mogącego polepszyć jakość życia albo opóźnić śmierć chorego, wówczas śmierć występuje jako następstwo choroby, na którą cierpi chory, a nie wynik ingerencji medycznej. Do eutanazji biernej zaliczamy sytuacje, takie jak m.in.: odłączenie chorego od respiratora, zaprzestanie podawania leków, usunięcie sondy dostarczającej pożywienie.

W rezultacie organizm nie radzi sobie sam z podtrzymywaniem życia, a to prowadzi do śmierci [2,7].

Eutanazja czynna

Aktywna, pozytywna - jest inaczej określana eutanazja czynna. Ten rodzaj eutanazji polega na aktywnym przyspieszeniu śmierci chorego, przez podanie choremu dużej dawki środków narkotycznych, które powodują trudne do zniesienia skutki uboczne doprowadzające do wcześniejszego zgonu pacjenta [4,8].

Eutanazja dobrowolna

Ten rodzaj eutanazji posiada formę czynną, jak i bierną. Eutanazja dobrowolna jest to czynność powodująca śmierć, na którą świadomy pacjent wyraził zgodę. Pacjent musi być kompetentny, tj. zdecydowanie podejmować świadome i własnowolne decyzje o własnym losie [9].

Eutanazja niedobrowolna

Eutanazja niedobrowolna inaczej nazywana jako kryptanazja, również ma formę czynną i bierną. W tym rodzaju eutanazji pacjent nie jest świadomy i nie może podejmować decyzji o własnym losie, z takich przyczyn, jak np. pacjent w śpiączce lub pacjent to noworodek. Pacjent nie jest w stanie samodzielnie ujawnić woli swej, w takim przypadku decyzje o losie chorego podejmuje rodzina lub przedstawiciel ustawowy [8].

Eutanazja przymusowa

Także posiada formę czynną i bierną. Tego rodzaju eutanazja polega na tym, że jest dokonywana wbrew jasno wyrażonej woli chorego, czy spodziewaniu się kontynuowania

leczenia. Decyzję o wykonaniu eutanazji przymusowej podejmuje lekarz, wówczas gdy widzi, że leczenie nie polepszy stanu zdrowia chorego. Eutanazja przymusowa jest rodzajem morderstwa, uznawana za moralnie niedopuszczalną nawet wtedy, gdy dokonuje się tego z litości [8].

„Dobra śmierć” w świetle prawa

Problem eutanazji i jej dopuszczalność prawna stanowi jeden z najbardziej dyskutowanych problemów w medycynie. Obserwując poglądy i argumenty społeczeństwa można wywnioskować, że ten spór o „dobrej śmierci” jest nie do rozwiązania. Każde państwo ma swoją ustawę, w niektórych państwach eutanazja jest legalna, a w niektórych nielegalna i nawet karana [10].

Polska

W Polsce eutanazja czynna, jak również bierna jest zakazana. Problem eutanazji w polskim prawie reguluje Kodeks Etyki Lekarskiej, jak i Kodeks Karny [11]. Artykuł 150§ 1 k.k. opisuje karę pozbawienia wolności osoby dokonującej eutanazję od 3 miesięcy do 5 lat [10]. Artykuł 150§ 2 k.k. określa, że w wyjątkowych sytuacjach jest możliwość złagodzenia kary przez sąd oraz w ogóle zrezygnować od jej wymierzenia. Kodeks Karny nie określa pojęcia wyjątkowych sytuacji. Wyjątkowa sytuacja zależy tylko od opinii sądu [10]. Artykuł 30 KEL mówi o prawach lekarza dotyczących eutanazji. Także określa, iż lekarz powinien do ostatniej chwili uśmierzać ból oraz cierpienie, które czuje pacjent w terminalnych stanach oraz umożliwić umierającemu jak największą jakość życia. Również lekarz musi zapewnić godne i spokojne warunki umierania i zmierzać do humanitarnej opieki terminalnej. Lekarzowi zabroniono dokonywać eutanazji, jak też udzielać pomocy w odbieraniu przez pacjenta życia [11]. Jednakże KEL w niektórych wypadkach może usprawiedliwić pasywną eutanazję, lekarz nie jest zobowiązany do prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii w stanach terminalnych. W prawie polskim pojęcie eutanazji znaczy zabójstwo z litości na żądanie pacjenta [11].

Litwa

Zgodnie z obecnym prawem i praktyką na Litwie, podobnie jak w wielu innych krajach, pozbawienie życia chorego traktowane jest za zabójstwo. Według prawa karnego

aktywna eutanazja jest zabroniona i surowo karana, ponieważ jest to zabójstwo, które uważane za najtrudniejsze przestępstwo przeciwko ludności [12]. Kodeks Karny Republiki Litewskiej, artykuł 129 część 2 punkt 2 mówi, że zabicie osoby, która znajduje się w sytuacji bezradnej jest karana od 5 do 20 lat, albo karą dożywotniego pozbawienia wolności. Bezradny pacjent jest uznawany, gdy jest ciężko chory, nieprzytomny z powodu choroby lub umierający [12].

W artykule 11 określone jest, że pacjentowi znajdującemu się w stanie krytycznym jest możliwość przerwania reanimacji. Warto podkreślić, że eutanazja pasywna nie jest karana tylko wtedy, gdy (art 11 punkt 3) pacjent zgodnie z ustawą wyraził sprzeciw, żeby była podjęta reanimacja [12].

Natomiast część 1 art 8 informuje, że w przypadku stwierdzenia śmierci mózgu, nie jest już udzielana pomoc medyczna [12].

W Kodeksie karnym przydzielony zostaje artykuł 134, aby rozwiązać problem wspomaganego samobójstwa. Ten artykuł informuje, iż osoba, która służy pomocą przy dokonaniu przestępstwa z pozbawieniem życia na prośbę osoby ciężko chorej, grozi mu zwolnienie z pracy lub zakaz prowadzenia określonej działalności medycznej, lub pozbawienie wolności do lat 4, lub wykonywanie prac społecznych [12].

Holandia

Holandia to pierwszy kraj w Europie, który zalegalizował i praktykował eutanazję. Eutanazja według aktualnego k.k. w Holandii, jest to celowy czyn na prośbę pacjenta pozbawienie własnego życia. Eutanazja w Holandii dotyczy osób, nie tylko takich, które cierpią z powodu śmiertelnej choroby, ale również na żądanie osób psychicznie oraz fizycznie cierpiących [13]. „Ustawa o zakończeniu życia na żądanie i pomocnictwie w samobójstwie” zawierająca 6 punktów ostrożności, która jest skierowana do czynności lekarza powstała w Holandii w 2001 roku. Lekarz ma prawo dokonać eutanazji i nie będzie karany za ten czyn z wyjątkiem, że spełni 6 punktów ostrożności.

Lekarz jest zobowiązany:

- Upewnić się, że postanowienie o dokonaniu eutanazji pacjenta jest z własnej i nieprzymuszonej woli oraz całkowicie przemyślane;
- Upewnić się, że cierpienia pacjenta są nie do zniesienia i szansy na poprawę stanu zdrowia już nie ma;
- Udzielić informacji o jego stanie zdrowia i o jego szansach na wyzdrowienie;

- Podyskutować z pacjentem o jego stanie zdrowia i przekonać, że nie występuje inna możliwa alternatywa na poprawienie stanu zdrowia pacjenta;
- Lekarz jest zobowiązany skonsultować się przynajmniej z jednym lekarzem, który potwierdza pisemnie, że są spełnione wszystkie kryteria ostrożności;
- Upewnić się, że podczas zakończenia życia pacjenta, zostały spełnione warunki właściwej opieki zdrowotnej [13].

Także lekarz jest zmuszony po każdej wykonanej czynności prowadzić dokumentację medyczną. Po śmierci pacjenta, lekarz powinien zawiadomić patologa o dokonanej eutanazji i oddać dokumentację w całości przeprowadzonej czynności. Następnie, przez Regionalną Komisję jest sprawdzana zasadniczość eutanazji, w skład tej komisji wchodzi lekarzy, prawnicy oraz etycy. Jeżeli podczas sprawdzania dokumentacji medycznej komisja będzie miała podejrzenie, że nie są spełnione warunki ostrożności, w takim przypadku komisja powinna zawiadomić prokuraturę o wykonanym zabójstwie. Jeżeli lekarz nie spełni chociażby jednego z kryteriów, grozi mu kara pozbawienia wolności włącznie do 12 lat [8,11].

Dokonać eutanazji czynnej można tylko w jednym przypadku, gdy pełnoletni pacjent wyraża decyzję samodzielnie. Osoba, która ma ukończone 16 lat i wyraża zgodę na dokonanie eutanazji, w podejmowaniu przez niepełnoletka decyzji powinni wziąć udział rodzice ewentualnie opiekunowie. W przypadku pacjenta, od 12. do 16. roku życia, eutanazję można dokonać tylko gdy pacjent podejmie taką decyzję, a rodzina pacjenta albo opiekunowie zaakceptują jego decyzję. Jeśli pacjent jest chory psychicznie lub ma zaburzenia świadomości i podejmuje decyzję o dokonanie eutanazji to w takim przypadku koniecznością jest skonsultować się z psychiatrą [8,11].

Belgia

Wspomagane zabójstwo nieuleczalnie chorych pacjentów jest również dopuszczalne w Belgii. „Ustawę o eutanazji” zalegalizowano we wrześniu 2002 roku [11,13].

Według ustawy, eutanazja to celowe odebranie życia na prośbę pacjenta przez osobę trzecią. Żeby dokonać eutanazji, powinno się spełnić niżej wymienione warunki [11,13]:

- Pacjent jest świadomy w momencie, gdy prosi o dokonanie eutanazji, pełnoletni bądź pacjent nie jest pozbawiony czynności prawnych;
- Żądanie pacjenta o dokonanie eutanazji jest dobrowolne, kilkakrotnie wyrażone oraz świadomie i odnotowane przez lekarza na piśmie;

- Nie ma wyjścia, aby polepszyć stan zdrowia pacjenta, odczuwa uciążliwy nie do zniesienia ból i cierpienie, tak fizyczne, jak i psychiczne, którego nie da się uśmierzyć, spowodowane śmiertelną chorobą;
- Lekarz powinien powiadomić pacjenta o istniejących alternatywach, aby rozwiązać tę sytuację zdrowotną, poinformować o obecnym stanie zdrowia oraz rozpatrzyć możliwości dalszego leczenia i przekonać pacjenta, że nie istnieją inne możliwości rozwiązania;
- Obowiązkiem lekarza jest upewnić się, że prośba pacjenta o zakończeniu życia i odczuwane cierpienie psychiczne bądź fizyczne jest trwałe;
- Lekarz powinien skonsultować się z niezależnym lekarzem;
- Na prośbę pacjenta omówić sytuację z rodziną ewentualnie opiekunem chorego [13].
- Eutanazję w osiemdziesiątych latach XX wieku traktowano przez belgijskie prawo karne jako zabójstwo i dokonanie takiego morderstwa groziło dożywotnim pozbawieniem wolności. Lekarz otrzymywał karę śmierci, podając dużą dawkę leku, która spowodowałaby śmierć pacjenta, gdyż przyjmowane było to za otrucie. Eutanazja bierna, jak i czynna była również zabroniona [11].

W czasach obecnych belgijskie prawo dopuszcza możliwość legalnego dokonywania eutanazji i także dopuszcza dokonywania eutanazji osobom, którzy nie są po studiach medycznych. Belgia również zalegalizowała eutanazję dzieci i była pierwszym krajem, która dokonała tego aktu. Legalizacja eutanazji dzieci dotyczyła nieuleczalnie chorych, którzy cierpią i już nie ma możliwości złagodzenia bólu oraz mogących świadomie podejmować decyzje [11].

Luksemburg

Eutanazja jest dokonywana w Luksemburgu i została trzecim krajem w Unii Europejskiej, która zalegalizowała eutanazję od razu po Holandii oraz Belgii [14].

Ustawa o legalizacji eutanazji była przyjęta 20 lutego 2008 roku, 30 głosów z 59 było za legalizacją. Kościół Katolicki, partia Chrześcijańsko-Społeczna oraz środowiska medyczne silnie skrytykowali przyjętą przez parlament Luksemburga ustawę o legalizacji eutanazji [14].

Zgodnie z prawem, decydować o przyśpieszeniu śmierci może jedynie nieuleczalnie chora osoba [14].

Stany Zjednoczone

W zależności od stanu w Stanach Zjednoczonych są różne rodzaje prawa do eutanazji. Zabroniona jest eutanazja na poziomie federalnym, także nie jest zatwierdzone prawo przez Konstytucję do wspomaganego samobójstwa, zaś na poziomie stanowym jest możliwość założenia ustawy, akceptującej prawo, na żądanie pacjenta można dokonać zabiegu, który przyspiesza śmierć. W Oregonie obowiązuje od 1994 roku Ustawa o godnej śmierci. Ustawa ta pozwala lekarzowi przepisać leki powodujące śmierć na żądanie chorego cierpiącego [8,11].

Żądać o środek w śmiertelnej dawce zgodnie z prawem może pacjent:

- Pełnoletni, który ma skończone 18 lat,
- Mieszkać w Oregonie,
- Uznany za nieuleczalnie chorego, którego śmierć nastąpi w ciągu sześciu miesięcy,
- Żądający zakończenia życia na piśmie.

Żeby procedura zagwarantowała lekarzowi niekaralność i była całkowicie legalna, powinien posiadać ważne prawo wykonywania zawodu oraz zbadać pacjenta wspólnie z innymi lekarzami, czy pacjent jest świadomy i w stanie podejmować decyzje samodzielnie oraz czy chce zawiadomić rodzinę o swojej podjętej decyzji. Lekarz, który dokonał zabiegu powinien po śmierci pacjenta poinformować Stanowy Wydział Zdrowia i złożyć raport. Jeżeli lekarz nie złoży raportu, nie grożą jemu żadne konsekwencje [8,11].

Szwajcaria

W Szwajcarii lekarz ma prawo przepisać lek, który przyspieszy śmierć pacjenta. Karana jest tylko w przypadku egoistycznych motywów lekarza. Lekarz nie może podać leku pacjentowi w celu skrócenia życia. Lek wręcza pastor, który towarzyszy przy umieraniu [11].

Sąd Najwyższy w Szwajcarii stwierdził, iż prawo do eutanazji mają pacjenci chorzy psychicznie. Eksperti uważali, że taka decyzja może doprowadzić do nadużyć. Sędziowie Sądu w Lozannie twierdzili, iż nieuleczalnie chorzy mają prawo do eutanazji, to należy także dać takie prawo i dla osób cierpiących na choroby psychiczne [11].

Wśród wielu współczesnych problemów, są takie, które przestają być osobiste i zostają przekształcone w problemy społeczne w całym kraju. To w pełni stosuje się do eutanazji. Problem eutanazji i jej dopuszczalności prawnej stanowi jeden z najbardziej dyskutowanych problemów medycyny.

Cele pracy

1. Poznanie i porównanie poglądów i wiedzy społeczeństwa z województwa podlaskiego i okręgu wileńskiego na temat eutanazji.
2. Poznanie podejście społeczeństwa z województwa podlaskiego i okręgu wileńskiego na temat legalizacji eutanazji.

Material i metodyka

Badania zostały przeprowadzone w roku 2016, w okresie od 14 stycznia do 29 lutego metodą sondażu diagnostycznego. Udział w badaniu brało 100 mieszkańców województwa podlaskiego i 100 mieszkańców okręgu wileńskiego.

W celu przeprowadzenia badania został wykorzystany kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, który składał się z 24 pytań.

Wyniki przeprowadzonych badań zostały opisane i przedstawione za pomocą tabel i rycin. Wyniki opracowane za pomocą programu Microsoft Exel.

Wyniki

Udział w badaniu wzięło 100 ankietowanych z województwa podlaskiego oraz 100 ankietowanych z okręgu wileńskiego. Najliczniejszą grupę badawczą stanowiły kobiety z województwa podlaskiego 83% (83 osoby) oraz kobiety z okręgu wileńskiego 71% (71 osoby), zatem tylko 17% ankietowanych (17 osób) to mężczyźni z województwa podlaskiego oraz 29% (29 osób) to mężczyźni z okręgu wileńskiego.

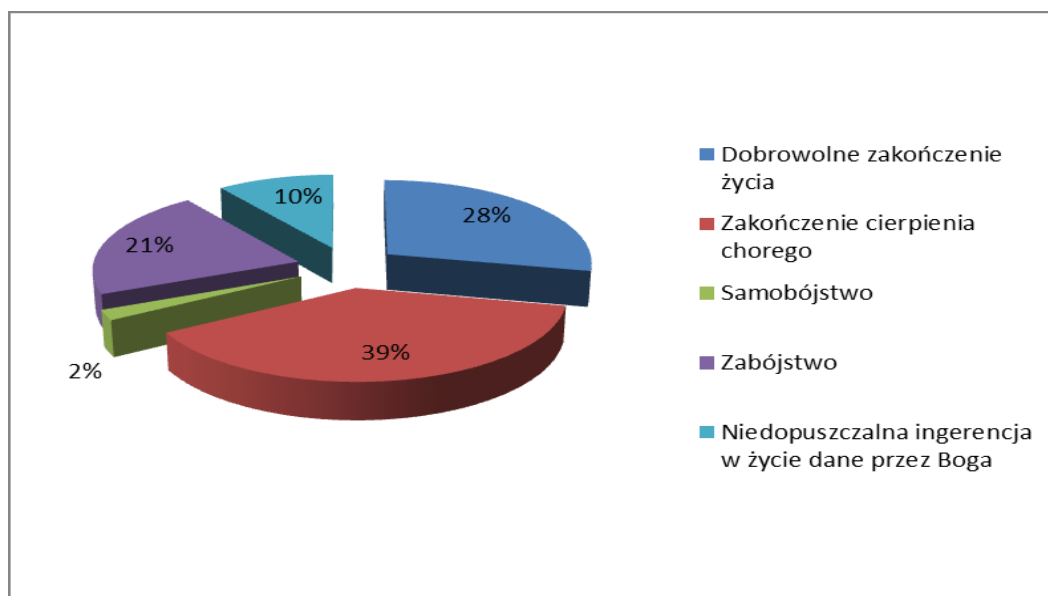
Jak w województwie podlaskim 33% (33 osoby), tak i w okręgu wileńskim 50% (50 osób) większą grupę badawczą stanowili respondenci w wieku 20-29 lat. Taką samą liczbę ankietowanych stanowili respondenci z Polski w przedziale 40-49 oraz 50-59 (po 20 osób- 20%). 19 ankietowanych (19%) z Litwy stanowili grupę w przedziale 30-39 lat, o jeden procent mniej stanowiła grupa 40-49 lat (18 Litwinów- 18%). 18 (18%) Polaków było w wieku 30-39 lat. Tylko 6 (6%) ankietowanych z okręgu wileńskiego było w wieku 50-59 lat. Mniejszą grupą były osoby powyżej 60. roku życia z województwa podlaskiego, stanowili oni tylko 6% (6 osób), a w okręgu wileńskim było 4% (4 osoby) w tymże wieku.

Najmniejszą grupę badawczą w kwestii wieku stanowili respondenci (z okręgu wileńskiego oraz województwa podlaskiego) poniżej 20. roku życia – po 3 % (3 osoby).

Spośród ankietowanych z województwa podlaskiego, najliczniejszą grupę stanowili mieszkańcy miasta - 67%, zaś mieszkańcy wsi stanowili 33%. W związku z miejscem zamieszkania ankietowanych z okręgu wileńskiego, dane są bardzo zbliżone do ankietowanych z województwa podlaskiego, 68% były mieszkańcami miasta, natomiast 32% mieszkańcy, którzy zamieszkały na wsi.

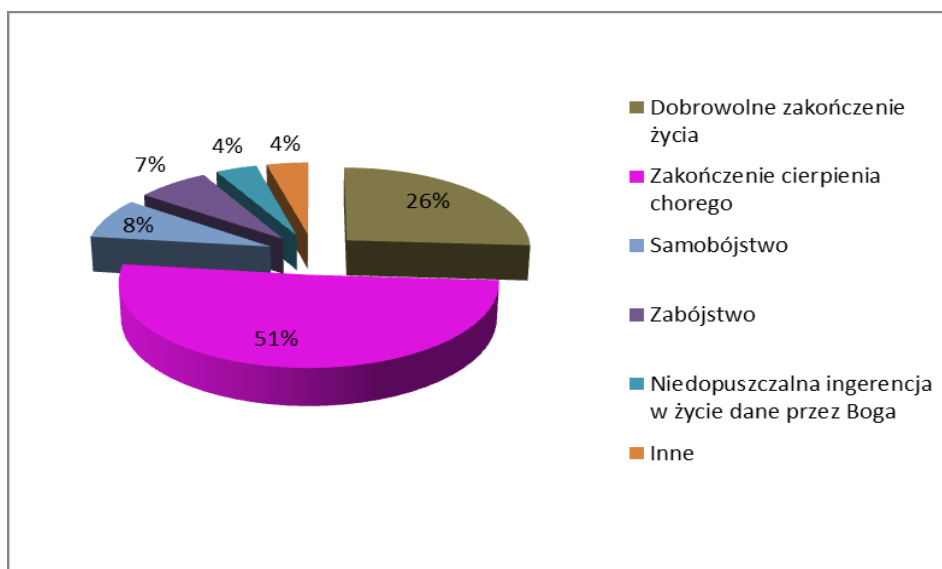
Spośród ankietowanych w województwie podlaskim, najliczniejszą grupę stanowiły osoby wierzące i praktykujące - 52%. 43 respondentów to osoby wierzące, lecz niepraktykujące, natomiast najmniejszą grupę stanowiły osoby niewierzące (5%). Wśród respondentów z okręgu wileńskiego, największą grupę stanowili osoby wierzące, lecz niepraktykujące (57%). Mniejszą grupę stanowili osoby wierzące i praktykujące (27%), a 16 respondentów (16%) to osoby niewierzące.

Na pytanie dotyczące znaczenia terminu „eutanazja”, 39% Polaków z województwa podlaskiego uważa, że to zakończenie cierpienia chorego, zaś 28% respondentów była zdania, że jest to dobrowolne zakończenie życia. Mniejszą grupę stanowią respondenci, którzy uważają, że eutanazja to zabójstwo - 21 osób (21%). Natomiast tylko 10 ankietowanych (10%) postrzega eutanazję, jako niedopuszczalna ingerencja w życie dane przez Boga i tylko 2 osoby z województwa podlaskiego (2%) eutanazję określają jako samobójstwo. Dane przedstawia rycina 1.



Ryc. 1. Termin eutanazji w województwie podlaskim

Według ankietowanych z okręgu wileńskiego termin eutazja określa zakończenie cierpienia chorego, takiej odpowiedzi udzieliło 51 osób. Następnie eutanazja kojarzona jest z dobrowolnym zakończeniem życia (26 ankietowanych). 8 osób uważa, że jest to samobójstwo, zaś 7 ankietowanym przychodzi na myśl, że jest to zabójstwo i tylko 4 osobom eutanazja kojarzy się z niedopuszczalną ingerencją w życie dane przez Boga. 4 osoby udzieliły innej odpowiedzi (3 z 4 osób napisało, że nie znają terminu eutanazji, a 1 osoba nie udzieliła pisemnej odpowiedzi). Dane ilustruje rycina 2.



Ryc. 2. Termin eutanazji w okręgu wileńskim

Według osób wierzących praktykujących, niepraktykujących oraz niewierzących w podziale na województwo podlaskie i okręg wileński, najbardziej popierają dokonywanie eutanazji 31% (29% – raczej tak, 4% - zdecydowanie tak) wierzące i niepraktykujące z okręgu wileńskiego, wierzących i praktykujących, którzy popierają dokonywanie eutanazji było 23% (19% - raczej tak, 4% - zdecydowanie tak), 20% wierzących i niepraktykujących z Litwy nie popierają wykonywanie eutanazji. Natomiast 32% (24% -zdecydowanie nie, 9% - raczej nie) wierzących i praktykujących z województwa podlaskiego nie popierają dokonywanie eutanazji, z kolei wierzących i niepraktykujących było 25% (6% - zdecydowanie tak, 19% - raczej tak), którzy popierają dokonywanie eutanazji. Szczególniejsze dane przedstawione w tabeli I.

Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety z województwa podlaskiego (34%), które zdecydowanie nie popierały eutanazji, 27% kobiet wybrało odpowiedź – raczej tak,

natomiast mężczyźni z województwa podlaskiego podzielili się na połowę 7% - popiera eutanazję, 8% - nie popiera dokonywania eutanazji. 29% kobiet i 23% mężczyzn z okręgu wileńskiego raczej popierają dokonywanie tego czynu, a 20% (16% kobiet; 4% mężczyzn) raczej nie popierają. Dane przedstawia tabela II.

Tab. I. Wiara ankietowanych a państwo, w stosunku do tego, czy jest popierane dokonywanie eutanazji

Czy jest popierane dokonywanie eutanazji	Stosunek do wiary											
	województwo podlaskie						okręg wileński					
	Wierzący i praktykujący		Wierzący i niepraktykujący		Niewierzący		Wierzący i praktykujący		Wierzący i niepraktykujący		Niewierzący	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie tak	1	1%	6	6%	0	0%	4	4%	4	4%	8	8%
Raczej tak	10	10%	19	19%	2	2%	19	19%	29	29%	4	4%
Raczej nie	9	9%	4	4%	0	0%	0	0%	20	20%	0	0%
Zdecydowanie nie	24	24%	11	11%	2	2%	0	0%	0	0%	4	4%
Nie mam zdania	8	8%	3	3%	1	1%	4	4%	4	4%	0	0%
Razem	52	52%	43	43%	5	5%	27	27%	57	57%	16	16%

Tab. II. Płeć a państwo w stosunku do tego, czy jest popierane dokonywanie eutanazji

Czy Pan/Pani popiera wykonywanie eutanazji?	Stosunek do płci							
	województwo podlaskie				okręg wileński			
	M		K		M		K	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie tak	3	3%	4	4%	2	2%	14	14%
Raczej tak	4	4%	27	27%	23	23%	29	29%
Raczej nie	5	5%	8	8%	4	4%	16	16%
Zdecydowanie nie	3	3%	34	34%	0	0%	4	4%
Nie mam zdania	2	2%	10	10%	0	0%	8	8%
Razem	17	17%	83	83%	29	29%	71	71%

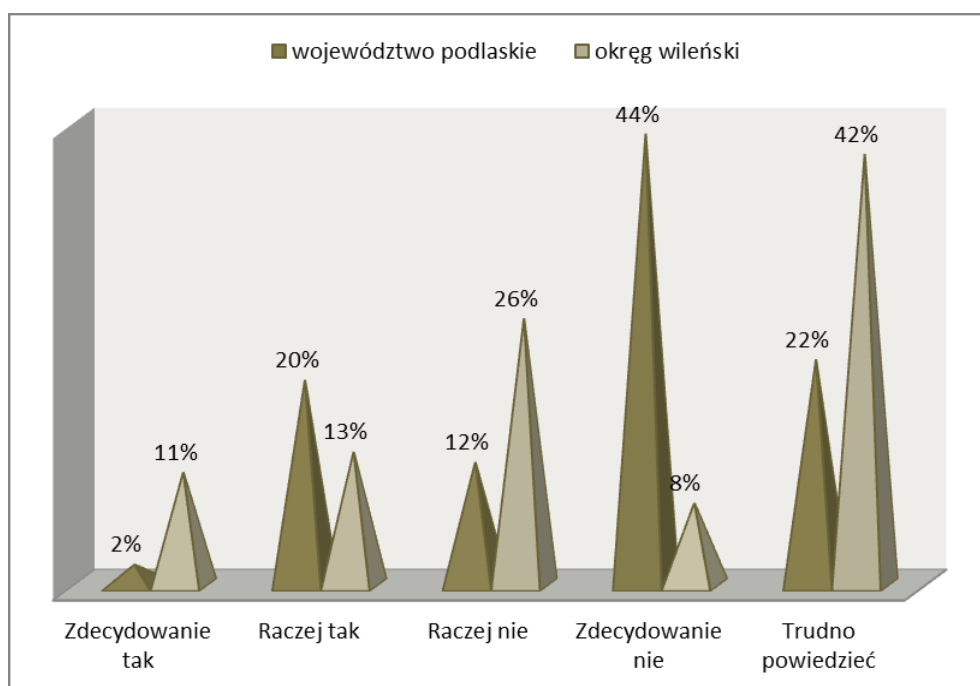
Na pytanie czy zgodziliby/aby się na własną eutanazję, 34% kobiet z województwa podlaskiego zgodziłoby się na własną eutanazję, natomiast 43% kobiet oraz 21% mężczyzn z okręgu wileńskiego, jak również 24% kobiet i tylko 8% mężczyzn z województwa podlaskiego wyraziliby zgodę na własną eutanazję. Wyniki przedstawia tabela III.

Na pytanie, czy zgodziliby się na eutanazję kogoś ze swoich bliskich w celu skrócenia cierpień spowodowanych nieuleczalną chorobą, ankietowani z województwa

podlaskiego i okręgu wileńskiego mieli odmienne zdanie. 56% ankietowanych z województwa podlaskiego i 34% osób z okręgu wileńskiego nie zgodziłoby się na eutanazję kogoś ze swoich bliskich, natomiast 42% respondentów z okręgu wileńskiego i 22% ankietowanych z województwa podlaskiego wybrało odpowiedź – trudno powiedzieć. 22% osób z województwa podlaskiego i 24% osób z okręgu wileńskiego wyraziłoby zgodę na eutanazję kogoś ze swoich bliskich. Dokładne dane ilustruje rycina 3.

Tab. III. Zgoda na własną eutanazję w celu skrócenia cierpień spowodowanych nieuleczalną chorobą a stosunek do płci

Czy zgodziłby/aby się Pan/Pani na własną eutanazję w celu skrócenia cierpień spowodowanych nieuleczalną chorobą	Stosunek do płci							
	województwo podlaskie				okręg wileński			
	Kobieta		Mężczyzna		Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie tak	11	11%	3	3%	16	16%	8	8%
Raczej tak	12	12%	5	5%	27	27%	13	13%
Raczej nie	11	11%	1	1%	8	8%	0	0%
Zdecydowanie nie	23	23%	1	1%	8	8%	0	0%
Trudno powiedzieć	26	26%	7	7%	12	12%	8	8%
Razem	83	83%	17	17%	71	71%	29	29%



Ryc. 3. Zgoda na eutanazję kogoś z członków rodziny

Ankietowani zapytani, jeżeli są przeciw eutanazji, to z jakich względów, aż 56% osób z okręgu wileńskiego i 30% z województwa podlaskiego odpowiedziało, że nie są przeciw eutanazji. Prawie taką samą liczbę grupy badanej stanowiły osoby z województwa podlaskiego (21%) i okręgu wileńskiego (20%), którzy nie mieliby odwagi na dokonanie eutanazji. Natomiast 24 ankietowanych z okręgu wileńskiego oraz 32 osoby z województwa podlaskiego nie popełniłyby tego czynu ze względów moralnych. Najmniejszą grupę (16%) stanowiły osoby z województwa podlaskiego, które wybrały odpowiedź – kłóci się to z moją religią. Jedna osoba z województwa podlaskiego podała swoją odpowiedź – nie zabijaj, bez względu na powód.

Respondenci zapytani, jeżeli są przeciw eutanazji, to pod jakim względem i w stosunku do wiary, większość stanowiły osoby, które nie są przeciw – osoby z województwa podlaskiego wierzące praktykujące 12%, wierzące niepraktykujące – 17%, natomiast z okręgu wileńskiego osoby wierzące praktykujące stanowiły grupę 23%, wierzący niepraktykujący – 21%, osób niewierzących, którzy nie byli przeciw eutanazji było mniej tylko 12%. 20% wierzących i niepraktykujących z okręgu wileńskiego i 11% ankietowanych z województwa podlaskiego nie mieliby odwagi na dokonanie eutanazji. Wśród osób wierzących 30 (16 –wierzący praktykujący, 14 – wierzący niepraktykujący) osób z województwa podlaskiego i 20 (4- wierzący praktykujący, 16 – wierzący niepraktykujący) ankietowanych z okręgu wileńskiego uważają, że na dokonanie takiego czynu im nie pozwoliłyby wartości moralne. Natomiast 15% respondentów wierzących z województwa podlaskiego nie dokonaliby eutanazji, ponieważ to kłóci się z ich religią. Szczegółowe dane przedstawia tabela IV.

Kolejne pytanie, które było kierowane do respondentów, to w której grupie osób powinna być dozwolona eutanazja.

Zdecydowana większość ankietowanych z województwa podlaskiego (55%) oraz z okręgu wileńskiego (64%) odpowiedziała, iż eutanazja powinna być dozwolona w grupie osób cierpiących z powodu nieuleczalnej choroby. 39% z województwa podlaskiego i 24% z okręgu wileńskiego uważają, że w żadnej grupie osób nie powinna być dozwolona eutanazja, natomiast 31% z okręgu wileńskiego i 10% z województwa podlaskiego są przekonane, iż ten czyn powinien być dozwolony młodemu osobom mającym genetyczne nieuleczalne choroby. 19% z okręgu wileńskiego i tylko 3% z województwa podlaskiego wybrało odpowiedź - osoby nieprzydatne i uciążliwe dla społeczeństwa. 16% z okręgu wileńskiego oraz 4% z województwa podlaskiego są zdania, że osobom w podeszłym wieku powinno się

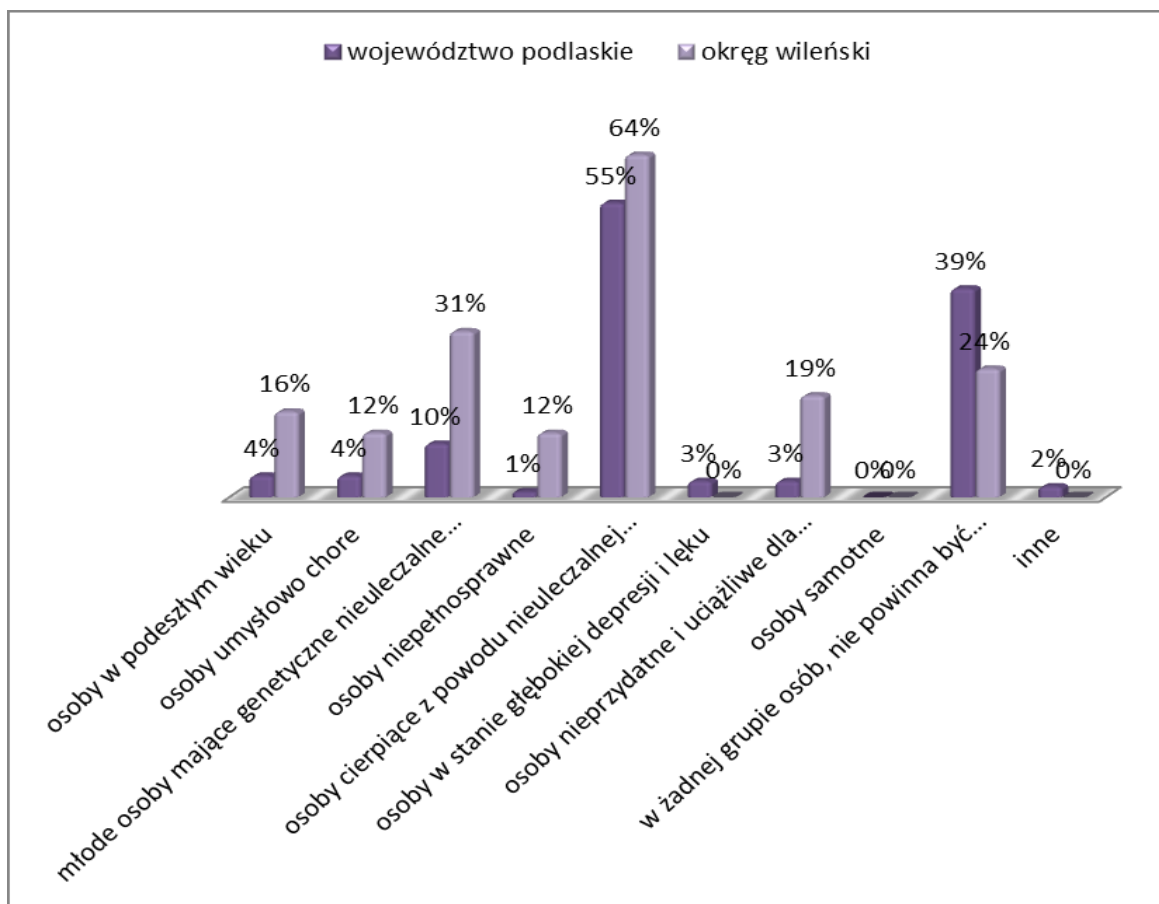
pozwolić na dokonanie eutanazji. Osobom umysłowo chorym - 4% - województwo podlaskie, 12% - okręg wileński. Tylko 1% z Polski i 12% z Litwy wybrało odpowiedź – osoby niepełnosprawne.

Eutanazja powinna być dozwolona osobom w stanie głębokiej depresji i lęku, tak uważają 3% w województwa podlaskiego. 2% z Polski podały własne odpowiedzi (eutanazja powinna być dozwolona osobom, które nie potrafią same sobie radzić z powodu choroby; że każdy ma do tego prawo). Dane ilustruje rycina 4.

Tab. IV. Pod jakim względem ankietowani przeciw eutanazji w stosunku do religii

Jeżeli jest Pan/Pani przeciw, to z jakich względów?	Stosunek do wiary											
	województwo podlaskie						okręg wileński					
	Wierzący praktykujący		Wierzący niepraktykujący		Niewierzący		Wierzący praktykujący		Wierzący niepraktykujący		Niewierzący	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kłóci się to z moją religią	14	14%	1	1%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Nie pozwalają mi na to wartości moralne	16	16%	14	14%	2	2%	4	4%	16	16%	4	4%
Nie miałbym/miałabym odwagi	9	9%	11	11%	1	1%	0	0%	20	20%	0	0%
Nie jestem przeciw	12	12%	17	17%	1	1%	23	23%	21	21%	12	12%
Inne	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Razem	52	52%	43	43%	5	5%	27	27%	57	57%	16	16%

Wśród osób wierzących z województwa podlaskiego aż 52% (29% - wierzący praktykujący, 23% - wierzący niepraktykujący) uznało, że nie ma korzyści z dokonywania eutanazji, natomiast osoby wierzące z okręgu wileńskiego podzieliły się prawie na połowę, w tym 37% (15% - wierzący praktykujący, 22% - wierzący niepraktykujący) uważają, że z dokonywania eutanazji wynikałyby mniejsze koszty za leczenie ciężko chorych, a 35% (8% - wierzący praktykujący, 27% - wierzący niepraktykujący) twierdzą, że nie ma korzyści z dokonywania eutanazji. Z kolei 30% z woj. podlaskiego także uważają, że będą wynikać korzyści z dokonania tego czynu, poprzez zmniejszenie kosztów za leczenie ciężko chorych. Szczególne dane przedstawia tabela V.



*Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ była możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

Ryc. 4. Grupy w których powinna być dozwolona eutanazja

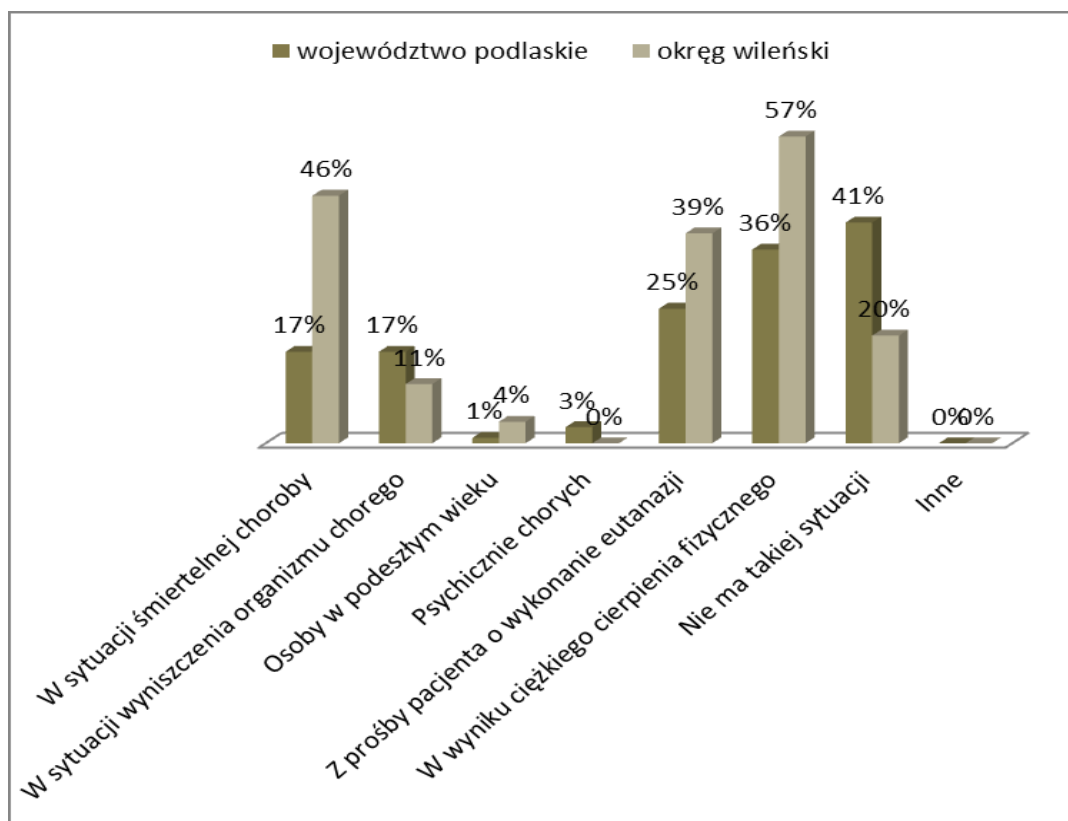
Na pytanie, w jakich sytuacjach jest dopuszczalna eutanazja, odpowiedzi ankietowanych wyglądały następująco: 57% z okręgu wileńskiego oraz 36% z województwa podlaskiego uważają, że w wyniku ciężkiego cierpienia fizycznego powinna być dopuszczalna eutanazja, zaś 39% z woj. podlaskiego i 25% z okręgu wileńskiego uznało, że dopuszczalne powinno być na prośbę pacjenta o wykonanie eutanazji. Kolejnym, często wybieranym argumentem było w sytuacji śmiertelnej choroby (17% - woj. podlaskie, 46% - okręg wileński). 41% z województwa podlaskiego oraz 20% z okręgu wileńskiego uznało, że nie ma takiej sytuacji, w której powinna być dozwolona eutanazja. Następnym argumentem, za którym odpowiedziało się 17% z woj. podlaskiego i 11% z okręgu wileńskiego, to w sytuacji wyniszczenia organizmu chorego. Z kolei 4% z okręgu wileńskiego i 1% z województwa podlaskiego uważa, że osobom w podeszłym wieku powinna być dozwolona eutanazja. Argumentem, za którym odpowiedziała się najmniejsza liczba respondentów to psychicznie chorym powinna być dozwolona eutanazja (3% z województwa podlaskiego). Dane ilustruje rycina 5.

Tab. V. Korzyści dla społeczeństwa z dokonywania eutanazji a stosunek do wiary

Korzyści dla społeczeństwa wynikające z dokonywania eutanazji	Stosunek do wiary											
	województwo podlaskie						okręg wileński					
	Wierzący praktykujący		Wierzący niepraktykujący		Niewierzący		Wierzący praktykujący		Wierzący niepraktykujący		Niewierzący	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mniejsze koszty za leczenie ciężko chorych	15	15%	15	15%	2	2%	15	15%	22	22%	4	4%
Oszczędzanie budżetu państwa (np. mniejsza ilość wypłacanych emerytur)	6	6%	5	5%	1	1%	0	0%	0	0%	8	8%
Likwidują się jednostki chore i słabe	5	5%	3	3%	0	0%	8	8%	11	11%	4	4%
Społeczeństwo się nie starzeje	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	4%
Więcej miejsc pracy dla osób silnych i w pełni zdrowych	1	1%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	4	4%
Nie ma korzyści z dokonywania eutanazji	29	29%	23	23%	3	3%	8	8%	27	27%	8	8%
Inne	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Razem	56	56%	47	47%	6	6%	31	31%	60	60%	32	32%

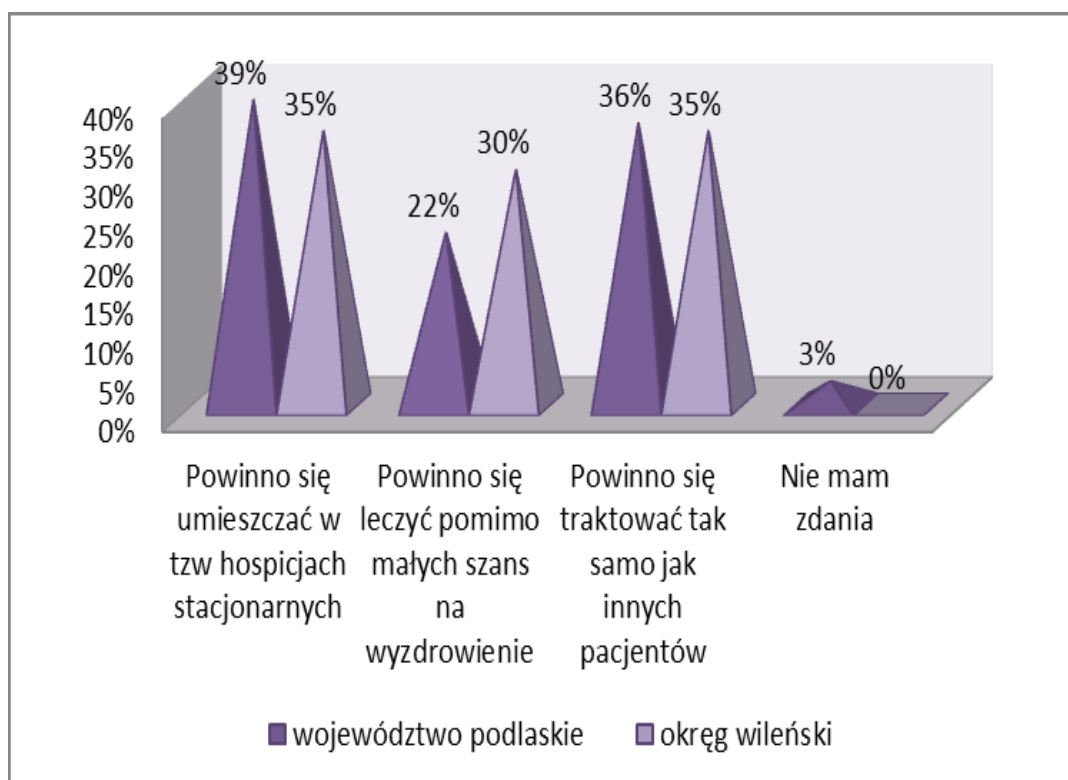
*Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ była możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

Spośród wszystkich ankietowanych, którzy musieli dokonać wyboru, co z nieuleczalnie chorym powinno się robić, odpowiadali następująco: 39% osób z województwa podlaskiego i 35% osób z okręgu wileńskiego uważają, że nieuleczalnie chorych powinno się umieszczać w tzw. hospicjach stacjonarnych, natomiast 36% ankietowanych z Polski i 35% osób z Litwy jest zdania, iż takie osoby powinno się traktować tak samo, jak innych pacjentów. Innego zdania jest 22% Polaków z województwa podlaskiego i 30% Litwinów z okręgu wileńskiego twierdzą, iż nieuleczalnie chorych pacjentów powinno się leczyć pomimo małych szans na wyzdrowienie i dla 3% osób z województwa podlaskiego jest trudno się określić odnośnie tego pytania. Dane przedstawia rycina 6.



*Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ była możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

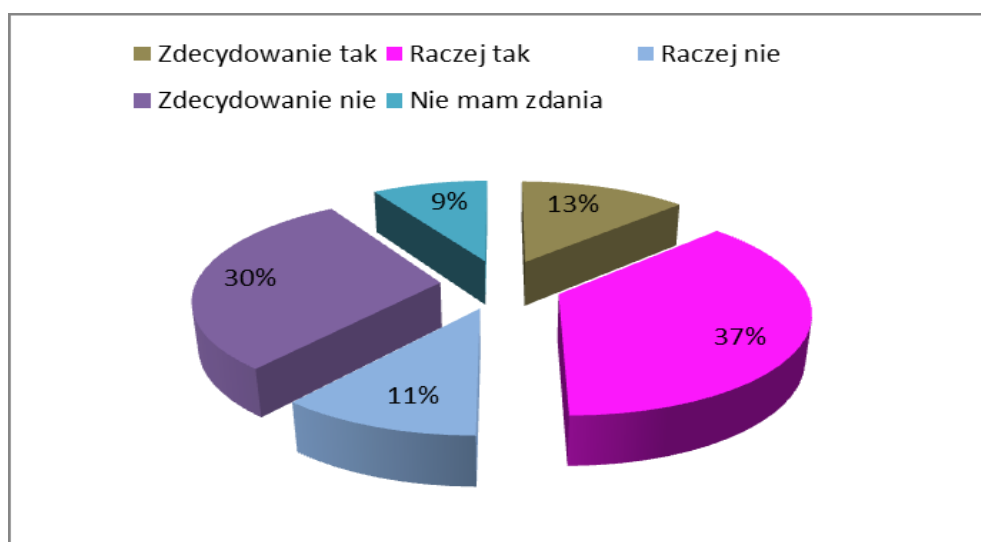
Ryc. 5. Przypadki, w jakich powinna być dozwolona eutanazja



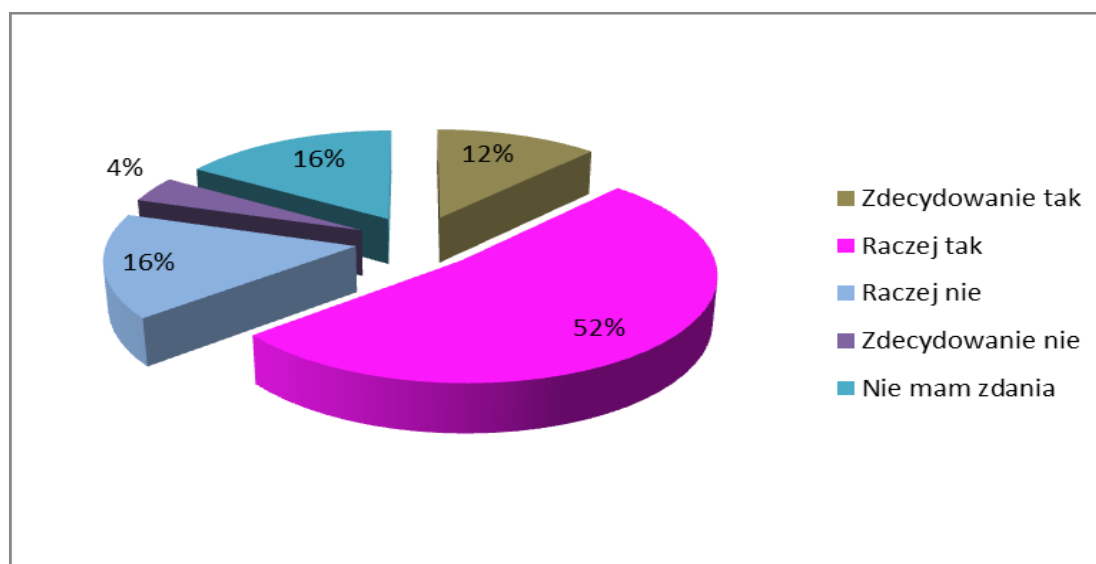
Ryc. 6. Działania z nieuleczalnie chorą osobą

Ankietowani z województwa podlaskiego zapytani, czy w niektórych sytuacjach eutanazja może być uzasadniona, to 50% respondentów udzieliło odpowiedzi twierdzącej, 41% ankietowanych przeczącej, zaś 9% osób nie miało zdania na ten temat. Dane przedstawia rycina 7.

Respondenci z okręgu wileńskiego na pytanie, czy w niektórych sytuacjach eutanazja może być uzasadniona, odpowiadali następująco: 64% ankietowanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej, 20% respondentów – przeczącej, zaś 16% osób nie miało zdania na ten temat. Dane przedstawia rycina 8.

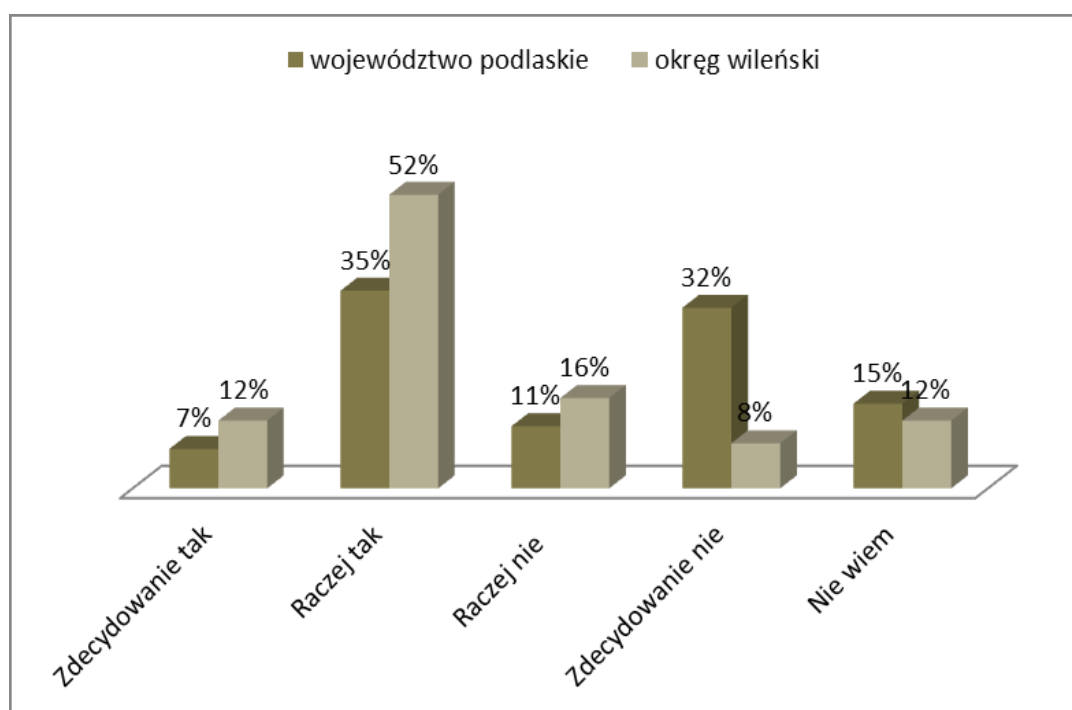


Ryc. 7. Czy eutanazja może być uzasadniona w niektórych przypadkach w opinii ankietowanych z województwa podlaskiego



Ryc. 8. Czy eutanazja może być uzasadniona w niektórych przypadkach w opinii ankietowanych z okręgu wileńskiego

Na pytanie, czy eutanazja powinna być zalegalizowana, dane respondentów z województwa podlaskiego są identyczne 42 (42%) ankietowanych (35 – raczej tak, 7 – zdecydowanie tak) jest zdania, że eutanazja powinna być zalegalizowana, 43 (43%) osoby (32 – raczej nie, 11 – zdecydowanie nie) jest przeciw legalizacji eutanazji oraz 15 (15%) respondentów nie ma zdania na ten temat. Natomiast większość ankietowanych z okręgu wileńskiego jest za legalizacją eutanazji (64% osób). 24 (24%) mieszkańców z okręgu wileńskiego jest przeciw legalizacji. Dane przedstawia rycina 9.



Ryc. 9. Legalizacja eutanazji

Najliczniejszą grupę badawczą stanowiły kobiety (23%) wierzące i praktykujące z województwa podlaskiego, które zdecydowanie nie popierają legalizacji eutanazji, natomiast 24% (5% - zdecydowanie tak, 19% - raczej tak) kobiet wierzących lecz niepraktykujących uważa, że eutanazja powinna być zalegalizowana. 4% mężczyzn (3% - raczej tak, 1% - zdecydowanie tak) wierzących i niepraktykujących jest za legalizację eutanazji, zaś 3% mężczyzn wierzących i praktykujących jest przeciw legalizacji eutanazji. Niewierzące kobiety (2%) i mężczyźni (2%) uważają, że nie powinna być zalegalizowana eutanazja. Dane przedstawia tabela VI.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, 40% (31% raczej tak; 9% zdecydowanie tak) ankietowanych (okręg wileński) i 31% (26% raczej tak; 5% zdecydowanie tak)

ankietowanych (województwo podlaskie) z miasta uważają, że eutanazja powinna być zalegalizowana, natomiast 27% (21% zdecydowanie nie; 6% raczej nie) z miasta w województwie podlaskim oraz 19% (15% raczej nie; 4% zdecydowanie nie) badanych z miasta w okręgu wileńskim twierdzą, że eutanazja nie powinna być zalegalizowana. Natomiast odpowiedzi badanych ze wsi z województwa podlaskiego oraz z okręgu wileńskiego były zróżnicowane – 17% osób ze wsi (woj. podlaskie) nie zgadzają się z legalizacją eutanazji, a 24% mieszkańców ze wsi (okręg wileński) jest zdania, iż eutanazja powinna być zalegalizowana. Dane ilustruje tabela VII.

Tab. VI. Legalizacja eutanazji a stosunek do religii i płci respondentów z województwa podlaskiego

Jak Pan/Pani uważa, czy eutanazja powinna być zalegalizowana?	Stosunek do religii											
	województwo podlaskie											
	Wierzący praktykujący				Wierzący niepraktykujący				Niewierzący			
	M		K		M		K		M		K	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie tak	0	0%	1	1%	1	1%	5	5%	0	0%	0	0%
Raczej tak	2	2%	10	10%	3	3%	19	19%	1	1%	0	0%
Raczej nie	3	3%	3	3%	0	0%	3	3%	1	1%	1	1%
Zdecydowanie nie	0	0%	23	23%	1	1%	6	6%	1	1%	1	1%
Nie wiem	2	2%	8	8%	2	2%	3	3%	0	0%	0	0%
Razem	7	7%	45	45%	7	7%	36	36%	3	3%	2	2%

Tab. VII. Legalizacja eutanazji a stosunek do miejsca zamieszkania

Jak Pan/Pani uważa, czy eutanazja powinna być zalegalizowana?	Stosunek do miejsca zamieszkania							
	województwo podlaskie				okręg wileński			
	Miasto		Wieś		Miasto		Wieś	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie tak	5	5%	2	2%	9	9%	3	3%
Raczej tak	26	26%	9	9%	31	31%	21	21%
Raczej nie	6	6%	5	5%	15	15%	1	1%
Zdecydowanie nie	21	21%	11	11%	4	4%	4	4%
Nie wiem	9	9%	6	6%	9	9%	3	3%
Razem	67	67%	33	33%	68	68%	32	32%

Wierzące kobiety, jak również mężczyźni z okręgu wileńskiego opowiedzieli się za legalizacją eutanazji. Większość grupy stanowiły kobiety wierzące, lecz niepraktykujące (22%) natomiast mężczyzn było tylko 7%. 16% kobiet wierzących niepraktykujących (4% - zdecydowanie nie, 12% - raczej nie) odrzuca eutanazję. 6% niewierzących kobiet i mężczyzn jest zdecydowanie za legalizacją eutanazji. Szczególniejsze dane ilustruje tabela VIII.

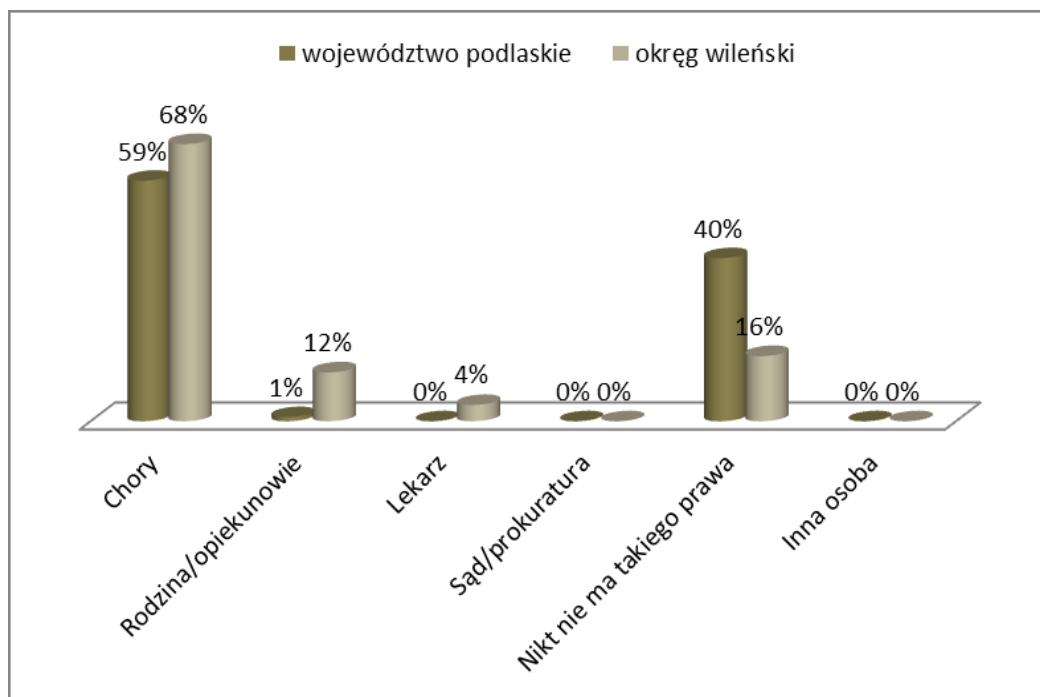
Tab. VIII. Legalizacja eutanazji a stosunek do religii i płci repondentów z okręgu wileńskiego

Jak Pan/Pani uważa, czy eutanazja powinna być zalegalizowana?	Stosunek do religii											
	okręg wileński											
	Wierzący praktykujący				Wierzący niepraktykujący				Niewierzący			
	M		K		M		K		M		K	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Zdecydowanie tak	0	0%	4	4%	0	0%	0	0%	2	2%	6	6%
Raczej tak	8	8%	11	11%	7	7%	22	22%	4	4%	0	0%
Raczej nie	0	0%	0	0%	4	4%	12	12%	0	0%	0	0%
Zdecydowanie nie	0	0%	0	0%	0	0%	4	4%	0	0%	4	4%
Nie wiem	0	0%	4	4%	4	4%	4	4%	0	0%	0	0%
Razem	8	8%	19	19%	15	15%	42	42%	6	6%	10	10%

Z przeprowadzonych badań wynika, iż 68 (68%) ankietowanych z okręgu wileńskiego oraz 59 (59%) respondentów z województwa podlaskiego uważa, że podjąć decyzję o dokonanie eutanazji powinien chory, zaś 40% Polaków z województwa podlaskiego i 16% Litwinów z okręgu wileńskiego stwierdzili, że nikt nie ma takiego prawa. Z kolei 12% osób z okręgu wileńskiego i 1% z województwa podlaskiego wybrało odpowiedź – rodzina/opiekunowie oraz 4% Litwinów uważa, że to lekarz powinien decydować o wykonanie eutanazji. Wyniki ilustruje rycina 10.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż 31% ankietowanych (2% - mężczyzn, 29% - kobiet) wierzących praktykujących z województwa podlaskiego uważa, że nikt nie ma prawa decydować o dokonaniu eutanazji. Natomiast 21% badanych (5% mężczyzn; 16% kobiet) twierdzi, że chory powinien podjąć decyzję o dokonaniu eutanazji. 35% Polaków

wierzących lecz niepraktykujących wybrało odpowiedź – chory. Szczególne wyniki ilustruje tabela IX.



Ryc. 10. Osoba, która powinna decydować o dokonanie eutanazji

Tab. IX. Osoba, która powinna decydować o dokonanie eutanazji wobec religii a płci w województwie podlaskim

Kto według Pana/Pani powinien decydować o wykonaniu eutanazji	Stosunek do religii											
	Wierzący praktykujący				Wierzący niepraktykujący				Niewierzący			
	M		K		M		K		M		K	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chory	5	5%	16	16%	4	4%	31	31%	2	2%	1	1%
Rodzina/opiekunowie	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Lekarz	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Sąd/prokuratura	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Nikt nie ma takiego prawa	2	2%	29	29%	2	2%	5	5%	1	1%	1	1%
Inna osoba	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Razem	7	7%	45	45%	7	7%	36	36%	3	3%	2	2%

37% osób (26% kobiet; 11% mężczyzn) wierzących niepraktykujących z okręgu wileńskiego oraz 19% (11% kobiet; 8% mężczyzn) wierzących praktykujących uważa, że chory ma dokonać wyboru na wykonanie eutanazji. 12% badanych (8% kobiet; 4% mężczyzn) wierzących niepraktykujących jest zdania, że nikt nie ma do tego prawa. Wyniki przedstawia tabela X.

Tab. X. Osoba, która powinna decydować o dokonanie eutanazji wobec religii a płci w okręgu wileńskim

Kto według Pana/Pani powinien decydować o wykonaniu eutanazji	Stosunek do religii											
	Wierzący praktykujący				Wierzący niepraktykujący				Niewierzący			
	M		K		M		K		M		K	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chory	8	8%	11	11%	11	11%	26	26%	6	6%	6	6%
Rodzina/opiekunowie	0	0%	4	4%	0	0%	8	8%	0	0%	0	0%
Lekarz	0	0%	4	4%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Sąd/prokuratura	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Nikt nie ma takiego prawa	0	0%	0	0%	4	4%	8	8%	0	0%	4	4%
Inna osoba	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Razem	8	8%	19	19%	15	15%	42	42%	6	6%	10	10%

21% ankietowanych (19% kobiet; 2% mężczyzn) wierzących praktykujących z województwa podlaskiego określa eutanazję jako wspomaganie samobójstwo, natomiast osoby wierzące i niepraktykujące (11- kobiet, 1- mężczyzna) uważają, że eutanazja to godna śmierć. Osoby niewierzące (2-kobiety, 1-mężczyzna) także twierdzą, że jest to wspomaganie samobójstwo. Wyniki przedstawia tabela XI.

23% wierzących niepraktykujących osób (16%-kobiet, 6%-mężczyzn) oraz 8% niewierzących (4%-kobiety, 4%-mężczyzn) z okręgu wileńskiego określa eutanazję jako śmierć z wyboru oraz 8% wierzących i praktykujących kobiet jest zdania, że to śmierć na życzenie. Wyniki przedstawia tabela XII.

Respondenci zapytani, czy mieli sytuację, w której nieuleczalnie chory pacjent prosił o wykonanie eutanazji, tylko 5% osób z województwa podlaskiego miało taką sytuację, natomiast osobom z okręgu wileńskiego nie zdarzyło się mieć takiej sytuacji. Wyniki przedstawia rycina 11.

Tabela XI. Określenie eutanazji wobec płci i stosunku do religii w województwie podlaskim

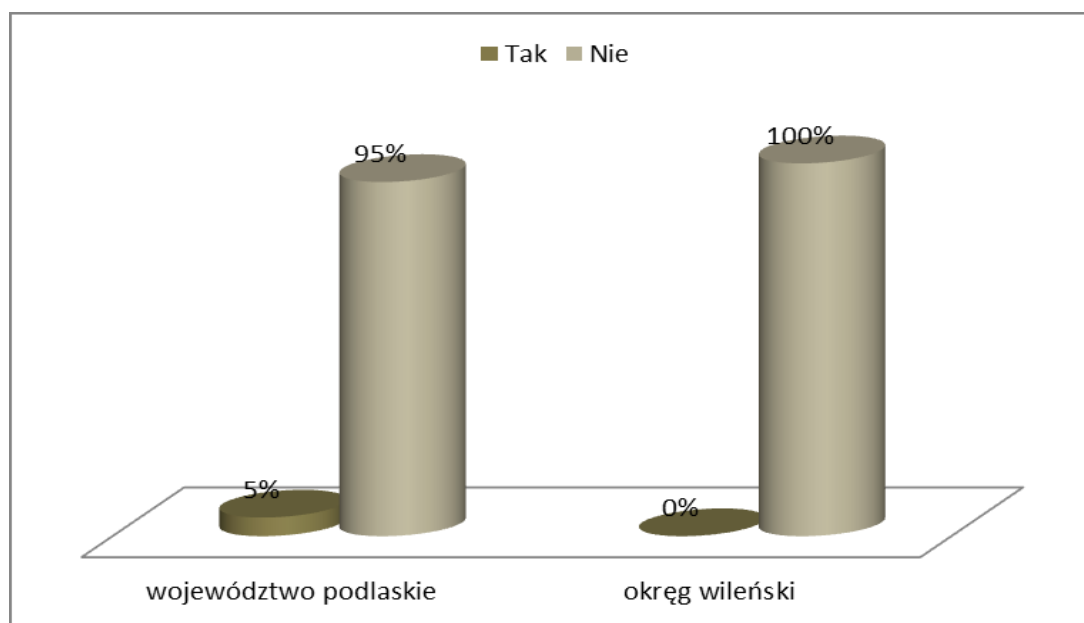
Co dla Pana/Pani oznacza określenie eutanazji?	Stosunek do religii											
	Wierzący praktykujący				Wierzący niepraktykujący				Niewierzący			
	M		K		M		K		M		K	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Łatwa śmierć	3	3%	7	7%	2	2%	2	2%	0	0%	0	0%
Dobra śmierć	0	0%	1	1%	2	2%	6	6%	1	1%	0	0%
Godna śmierć	6	6%	6	6%	1	1%	11	11%	1	1%	0	0%
Wspomagane samobójstwo	2	2%	19	19%	1	1%	10	10%	1	1%	2	2%
Śmierć z litości	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Śmierć z wyboru	2	2%	5	5%	1	1%	4	4%	0	0%	0	0%
Śmierć na życzenie	0	0%	5	5%	0	0%	2	2%	0	0%	0	0%
Szybka śmierć	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%
Razem	7	7%	45	45%	7	7%	36	36%	3	3%	2	2%

Tab. XII .Określenie eutanazji wobec płci i stosunku do religii w okręgu wileńskim

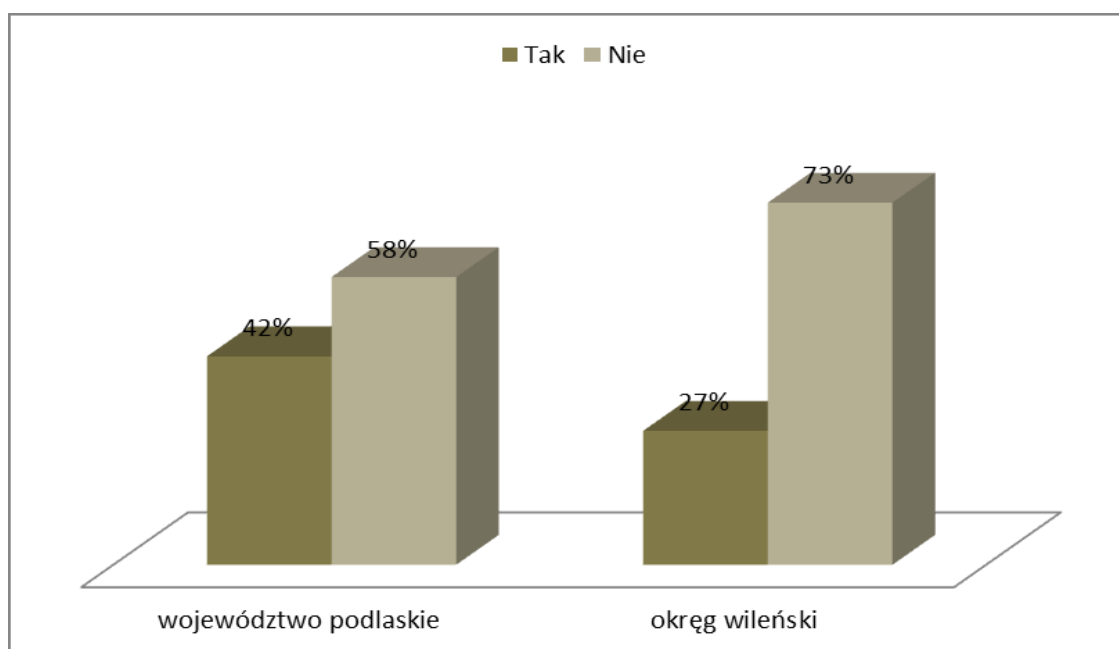
Co dla Pana/Pani oznacza określenie eutanazji?	Stosunek do religii											
	Wierzący praktykujący				Wierzący niepraktykujący				Niewierzący			
	M		K		M		K		M		K	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Łatwa śmierć	4	4%	4	4%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Dobra śmierć	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Godna śmierć	0	0%	0	0%	0	0%	8	8%	0	0%	0	0%
Wspomagane samobójstwo	0	0%	0	0%	8	8%	0	0%	0	0%	4	4%
Śmierć z litości	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Śmierć z wyboru	4	4%	0	0%	6	6%	16	16%	4	4%	4	4%
Śmierć na życzenie	0	0%	8	8%	1	1%	10	10%	2	2%	2	2%
Szybka śmierć	0	0%	7	7%	0	0%	8	8%	0	0%	0	0%
Razem	8	8%	19	19%	15	15%	42	42%	6	6%	10	10%

W kwestii karalności za dokonywanie eutanazji, 42% osób z województwa podlaskiego oraz 27% respondentów z okręgu wileńskiego jest za wprowadzeniem karalności, natomiast 58% osób z Polski (woj. podlaskie) oraz 73% ankietowanych z Litwy

(okręg wileński) odrzuca karalność za dokonywanie eutanazji. Wyniki przedstawia rycina 12.



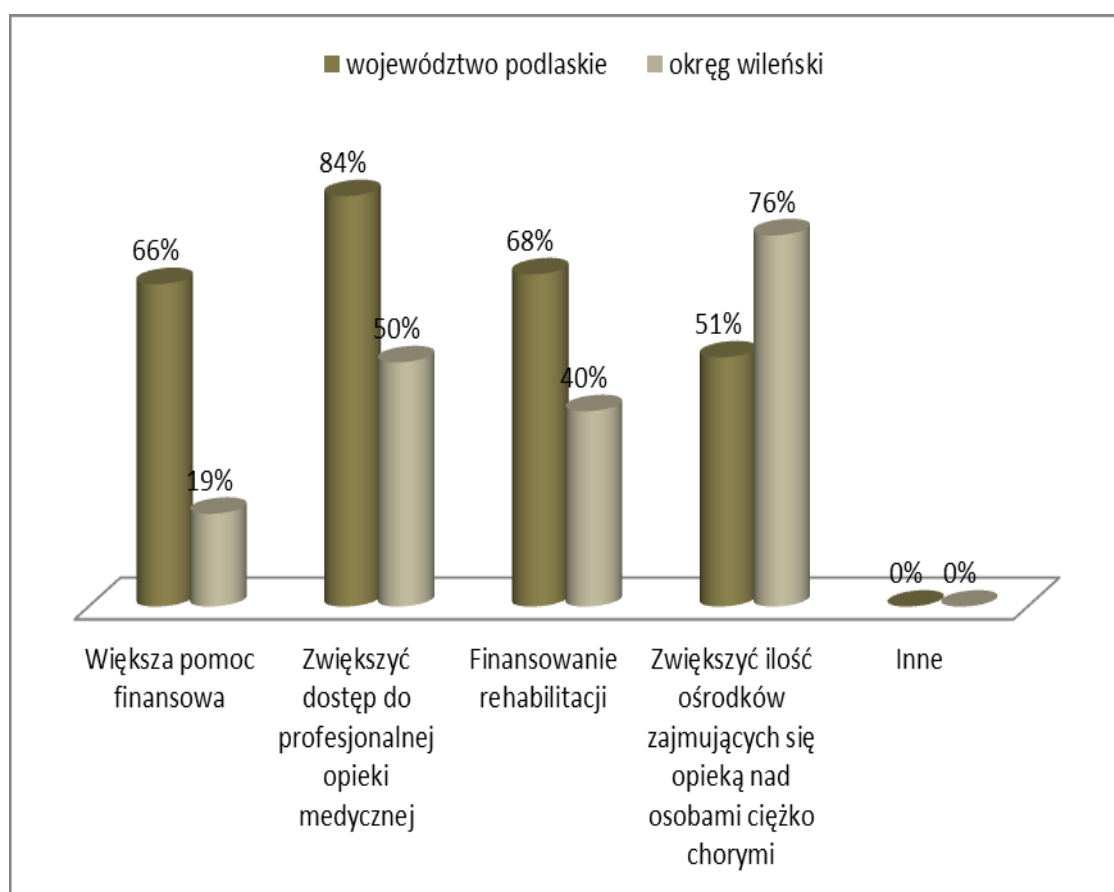
Ryc. 11. Prośba o wykonanie eutanazji



Ryc. 12. Karalność za dokonywanie eutanazji

Na pytanie, jakie zmiany musiałyby być wprowadzone, aby polepszyć jakość życia osób przewlekle chorych myślących o eutanazji, respondenci odpowiedzieli następująco: 84% z województwa podlaskiego oraz 50% z okręgu wileńskiego twierdzą, że powinien być

zwiększony dostęp do profesjonalnej opieki medycznej. Następnie 68% z woj. podlaskiego oraz 40% z okręgu wileńskiego uważają, że rehabilitacja powinna być finansowana. Zwiększyć pomoc finansową – wybrało odpowiedź 66% z woj. podlaskiego i 19% z okręgu wileńskiego, zaś 76% z okręgu wileńskiego oraz 51% z województwa podlaskiego jest zdania, aby polepszyć jakość życia osób przewlekle chorych myślących o eutanazji trzeba zwiększyć ilość ośrodków zajmujących się opieką nad osobami ciężko chorymi. Szczegółne dane przedstawia rycina 13.

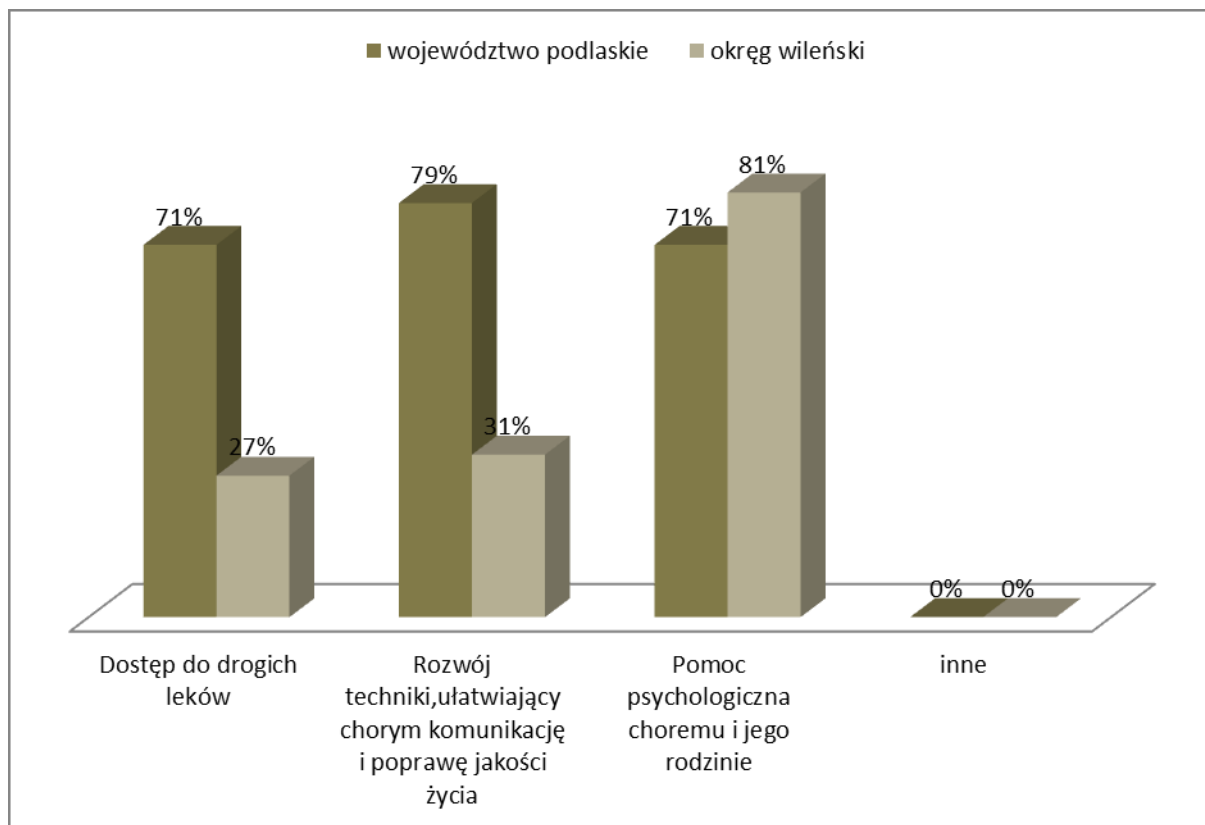


*Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ była możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

Ryc. 13. Zmiany, które polepszyliby jakość życia osób przewlekle chorych myślących o eutanazji

Ankietowani zostali także zapytani, co może wpływać na decyzję o podjęciu eutanazji. Jak wynika z przeprowadzonych badań, 81% z okręgu wileńskiego oraz 71% badanych z województwa podlaskiego uważają, że pomoc psychologiczna choremu i jego rodzinie może wpłynąć na decyzję o eutanazji. Z kolei, 79% z woj. podlaskiego jak również 31% z okręgu wileńskiego twierdzą, iż rozwój techniki, ułatwiający chorym komunikację i

poprawę jakości życia może zmienić zdanie osoby, która zastanawia się na dokonanie eutanazji. 71% (woj. podlaskie) i 27% (okręg wileński) wybrało odpowiedź – dostęp do drogich leków. Wyniki przedstawia rycina 14.

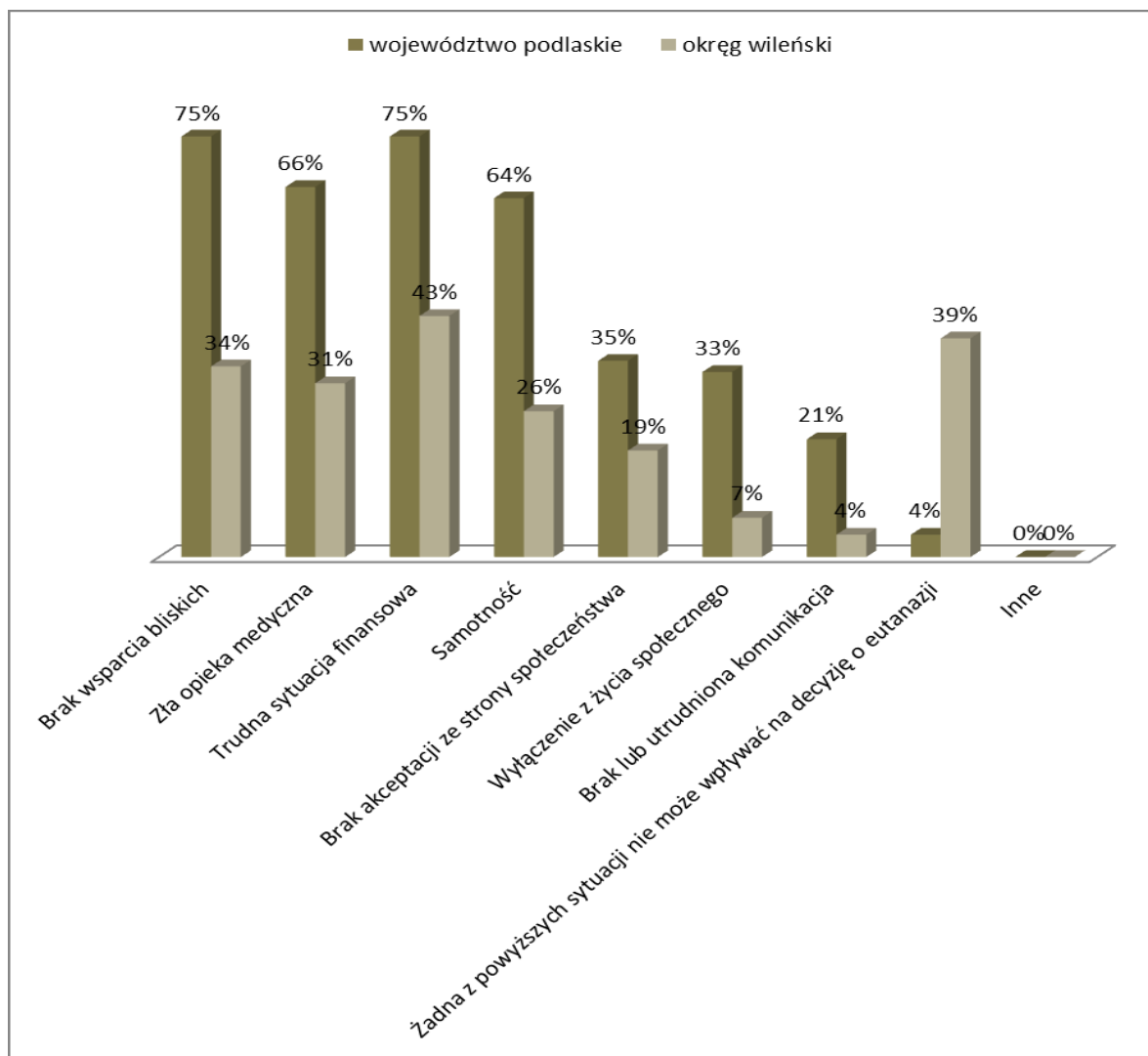


*Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ była możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

Ryc. 14. Wpływ na zmianę decyzji o podjęciu eutanazji

Badani także wskazali powody, jakie oprócz choroby mogą wpływać na decyzję o eutanazji. 75% respondentów z woj. podlaskiego i 34% z okręgu wileńskiego jest zdania, że brak wsparcia bliskich wpływa na decyzję. Także 75% badanych z Polski, jak również 48% z okręgu wileńskiego twierdzi, iż trudna sytuacja finansowa jest powodem takiej decyzji. 66% z woj. podlaskiego i 31% z okręgu wileńskiego wybrało odpowiedź – zła opieka medyczna, natomiast 64% (woj. podlaskie), a także 26% z okręgu wileńskiego jest zdania, że samotność może doprowadzić do decyzji o eutanazji. Z kolei 35% - woj. podlaskie oraz 19% - okręg wileński uważa, że brak akceptacji ze strony społeczeństwa. Wyłączenie z życia społecznego jest powodem do podjęcia decyzji o eutanazji, tak wskazało 33% – województwo podlaskie, 7% – okręg wileński. 39% (okręg wileński) i 4% (województwo podlaskie) jest zdania, że żaden z wymienionych powodów nie może wpływać na decyzję o eutanazji, natomiast najmniejszą liczbę grupy stanowiło 21% badanych z województwa podlaskiego oraz 4% z

okręgu wileńskiego, którzy twierdzili, że brak lub utrudniona komunikacja może wpływać na decyzję o eutanazji. Dane ilustruje rycina 15.



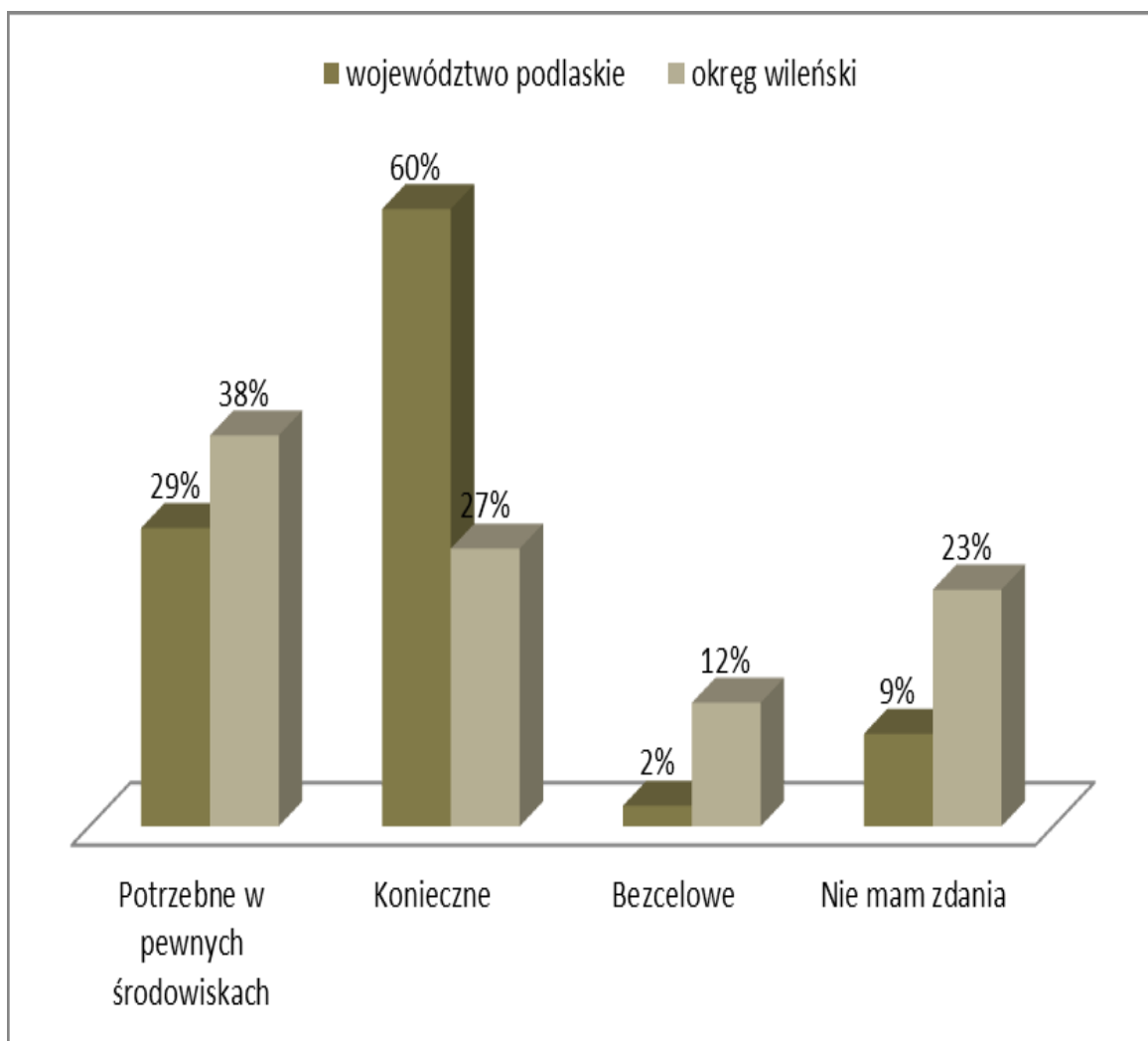
*Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ była możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

Ryc. 15. Powody jakie oprócz choroby, mogą wpływać na decyzję o eutanazji

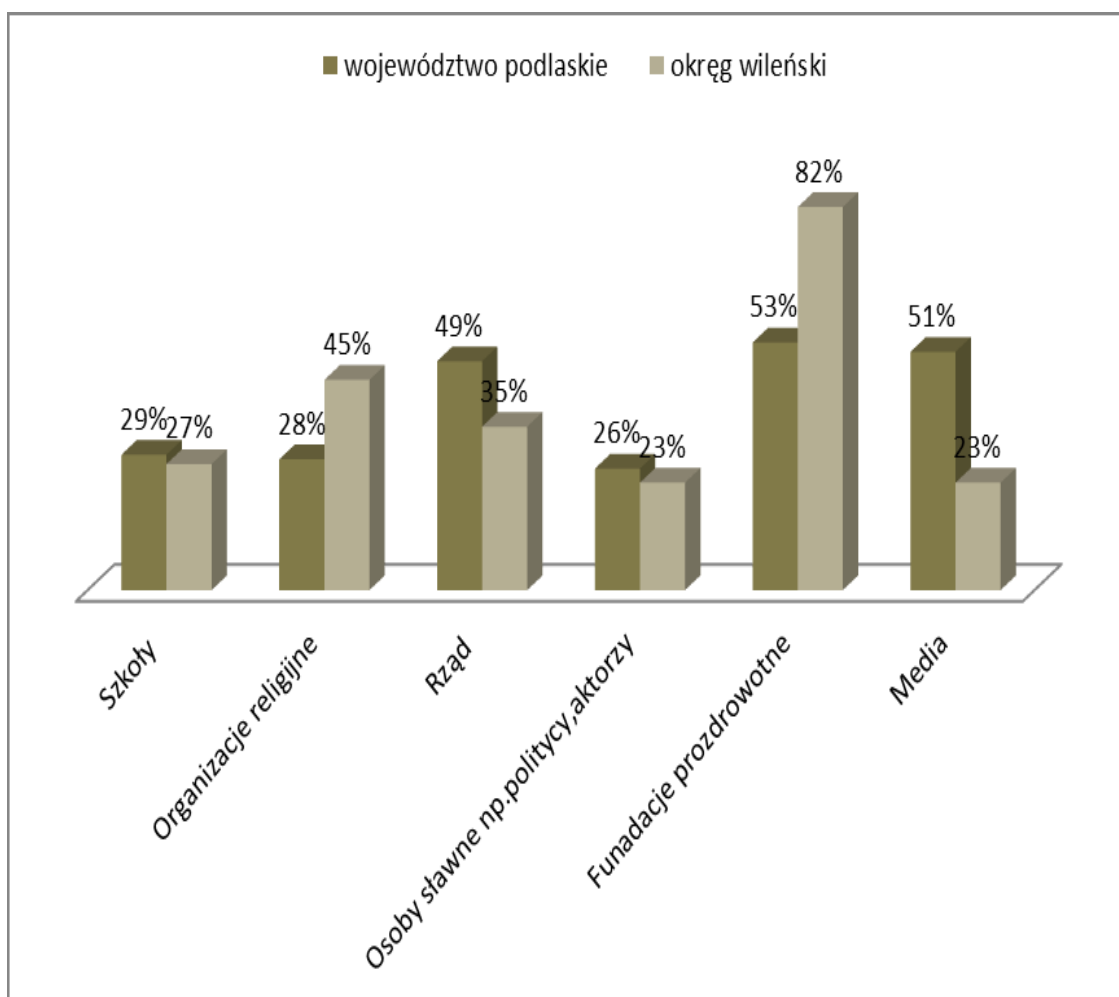
Jak wynika z przeprowadzonych badań, 60% ankietowanych z województwa podlaskiego oraz 27% osób z okręgu wileńskiego uznało, że akcje promujące ideę obrony życia są konieczne, natomiast 38 badanych z okręgu wileńskiego, jak również 29 respondentów z województwa podlaskiego jest zdania, że akcje potrzebne w pewnych środowiskach. Z kolei 2 ankietowanych z Polski oraz 12 ankietowanych z Litwy uważa, że akcje promujące ideę obrony życia są bezcelowe i 23 badanych z okręgu wileńskiego oraz 9 z województwa podlaskiego nie mieli zdania na ten temat. Dane ilustruje rycina 16.

82% ankietowanych z okręgu wileńskiego oraz 53% z województwa podlaskiego jest zdania, że fundacje prozdrowotne powinny prowadzić kampanie na rzecz obrony życia. Szczególne dane ilustruje rycina 17.

Z kolei 51% z województwa podlaskiego, jak również 23% z okręgu wileńskiego uważa, że to media powinny prowadzić kampanie. 49% z woj. podlaskiego oraz 35% z okręgu wileńskiego wybrało odpowiedź – rząd, następnie 45% (okręg wileński) i 28% (woj. podlaskie) twierdzi, że takie kampanie muszą prowadzić organizacje religijne. Zatem 29% z województwa podlaskiego oraz 27% z okręgu wileńskiego stwierdziło, że szkoły powinny prowadzić kampanie. Najmniej grupę stanowili respondenci, którzy uznali polityków, aktorów, ludzi sławnych za osoby, które powinny prowadzić kampanie na rzecz obrony życia (26% - województwo podlaskie; 23% - okręg wileński). Szczególne dane ilustruje rycina 17.



Ryc. 16. Akcje promujące ideę obrony życia



*Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ była możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

Ryc. 17. Przez kogo powinny być prowadzone kampanie na rzecz obrony życia

Dyskusja

Problem eutanazji budzi duże kontrowersje wśród społeczeństwa, czy eutanazja powinna być zalegalizowana, czy też nie.

Wiele krajów już zalegalizowało eutanazję, zaś jeszcze kilku stara się, aby eutanazja była legalna.

Temat eutanazji jest trudny do rostrzygnięcia, ponieważ wciąż pojawiają się nowe pytania, które stwarzają debaty między zwolennikami i przeciwnikami.

W województwie podlaskim poparcie eutanazji wciąż rośnie, natomiast w okręgu wileńskim ta liczba jest bardzo wysoka. Zdaniem ankietowanych, liczba osób, którzy popierają eutanazję zwiększa się, ponieważ jest problem z dostępem do profesjonalnej opieki

medycznej i jest zbyt mała ilość ośrodków zajmujących się opieką nad osobami ciężko chorymi.

Według Dany L., Baumstarck K. I wsp., którzy w 2015 roku przeprowadzili badania wśród 413 francuskich lekarzy, 56,2% (232 osób) francuskich lekarzy nie popiera eutanazji, natomiast 43,8% (181 osób) ma pozytywny stosunek do eutanazji [15].

Podobne badania przeprowadziła w 2012 roku Katarzyna Szymańska, wśród 112 ankietowanych: 47 studentów studiów pielęgniarstwa, 38 studentów prawa oraz 27 seminarium duchowego. Znaczna większość kleryków 96,30% jest przeciwko eutanazji, zaś dla 3,70% było trudno zdecydować się. Studenci pielęgniarstwa mają odmienne zdanie, 31,92% popiera eutanazję, 34,04% jest przeciwko eutanazji i 34,04% wybrało odpowiedź – trudno powiedzieć. Z kolei studenci prawa stanowili najliczniejszą grupę, którzy popierają eutanazję (39,47%), następnie 31,58% studentów jest przeciwko eutanazji i 28,95% nie są zdecydowani [16].

Z badań Mierzeckiego A., Rękawek K. i wsp. przeprowadzonych w roku 2008, na grupie 233 osób: 65 polskich studentów, 71 niemieckich i 97 szwedzkich studentów wynika, iż największą grupą badawczą, którzy popierają eutanazję to niemieccy studenci, aż 82%, następnie 61% Szwedów i tylko 48% polskich studentów jest za eutanazją. Przeciwko eutanazji jest 29% polskich studentów, 3% niemieckich studentów oraz 12% szwedzkich studentów. 27% szwedzkich studentów, 23% polskich i 15% niemieckich studentów nie ma zdania na ten temat [17].

Śliwińska i wsp. przeprowadzili badania w 2012 roku, wśród 370 uczniów. Badania wykazały, iż 53% uczniów liceów ogólnokształcących jest przeciwko eutanazji, zaś 25% uczniom trudno zdecydować się czy popierają eutanazję czy odrzucają. 22% uczniów popiera eutanazję [18].

Według badań M. Wiska i wsp., przeprowadzonych w 2008 roku, wśród 75 studentów pielęgniarstwa oraz prawa w Warszawie wynika, że 28,6% studentów (10% pielęgniarstwo; 18,6% prawo) raczej nie popierają eutanazji, zaś 27,3% (10% studenci pielęgniarstwa; 17,3% studenci prawa) wybrali odpowiedź – raczej popieram. Z kolei 14,6% w tym 12% studentów pielęgniarstwa oraz 2,6% prawa, zdecydowanie nie popierają eutanazji, 8% studentów (2,6% pielęgniarstwo; 5,4% prawo) zdecydowanie za eutanazją. Dla 21,3% studentów w tym 13,3% studentów pielęgniarstwa oraz 8% studentów prawa jest trudno zdecydować się, czy jest za, czy też przeciw eutanazji [19].

W badaniach własnych, 50% (37% zdecydowanie nie; 13% raczej nie) ankietowanych z województwa podlaskiego oraz 24% (20% raczej nie; 4% zdecydowanie nie) osób z okręgu wileńskiego nie popiera eutanazji, zaś 38% (31% raczej tak; 7% zdecydowanie nie) badanych z woj. podlaskiego, jak również 68% (52% raczej tak; 16% zdecydowanie tak) z okręgu wileńskiego popiera dokonywanie eutanazji, 12% z województwa podlaskiego oraz 8% osób z okręgu wileńskiego nie ma zdania na ten temat.

Lepper i wsp. w swoich badaniach, które zostały przeprowadzone w 2005 roku, wśród 401 studentów trzeciego roku Oddziału Stomatologii i Wydziału Lekarskiego w Poznaniu oraz 217 lekarzy z różnych regionów Polski wykazało, że 37% studentów, a również 36% lekarzy uważają, że słowo eutanazja to zabicie, przyśpieszenie śmierci na świadome żądanie nieuleczalnie chorego pacjenta. Lekarze także kierowali się innymi określeniami eutanazji, charakteryzując ją jako godną, dobrą śmierć 12%, 11% lekarzy uważa, że jest to skrócenie życia osobie śmiertelnie chorej w sposób niebolesny, 6% uważa, że jest to morderstwo, natomiast po 5% badanych uważa, że jest to pomoc w ostatnich chwilach życia, jak również zabójstwo na życzenie. Studenci zaś, eutanazję zdefiniowali jako skrócenie życia choremu na nieuleczną chorobę (12% studentów), dla 5% studentów eutanazja to dobra śmierć, która wywodzi się z języka greckiego, natomiast 4% uważa, iż jest to zabójstwo, bez motywu przestępstwa [20].

Podobne badania przeprowadzała Kowalewska B. i wsp. w 2007 roku wśród 100 studentów pielęgniarstwa i 112 pracujących pielęgniarek. Badania wykazały, iż 42% studentom eutanazja kojarzyła się z śmiercią na życzenie, 23% studentów eutanazję określa jako zabójstwo, natomiast 8% uważa, że jest to ulga w cierpieniu. 70,5% pracujących pielęgniarek określa eutanazję jako śmierć na życzenie, 9,8% uważa, że jest to zabicie oraz 8% wybrało odpowiedź – przerwanie cierpienia [21].

Katarzyna Szymańska swoje badania przeprowadziła w 2012 roku, na grupie 112 studentów (38 studentów prawa, 47 studentów pielęgniarstwa oraz 27 kleryków). Z badań wynikało, że 44,68% studentów pielęgniarstwa, 42,11% studentów prawa i 48,15% kleryków jest zdania, iż eutanazja to działania, mające na celu skrócić życie pacjenta. Z kolei 66,67% z seminarium duchownego, 31,91% studentów pielęgniarstwa oraz najmniej liczna grupa 18,42% studenci prawa uznali, że eutanazja jest to świadome przyśpieszenie śmierci śmiertelnie chorej osoby, zaś w tym przypadku studenci prawa stanowili największą grupę (21,05%), następnie 19,15% - pielęgniarstwo i tylko 7,41% - seminarium duchowe określili eutanazję jako godna śmierć. Bezradność służby zdrowia i potwierdzenie złego systemu

państwa wybrało odpowiedź – 22,22% kleryków, 13,16% osób studiujących prawo oraz 6,38% studentów pielęgniarstwa [16].

W badaniu przeprowadzonym przez Sierżantowicz i wsp. na przełomie 2005/2006 roku, wśród 300 osób (100 studentów drugiego roku pielęgniarstwa, 100 pielęgniarek i lekarzy i 100 pacjentów), wynikło, że wszystkie grupy badane stanowiły 93%, które uznały eutanazję jako śmierć na życzenie chorego [22].

Z kolei podobne badania przeprowadziła Śliwińska i wsp., w 2012 roku na grupie 370 uczniów trzecich klas liceów, natomiast żeby zbadać pojęcie eutanazji, przeanalizowano 194 uczniów. 53% uczniów uważa, że eutanazja to zabójstwo, z kolei 39% uczniów uznaje eutanazję za przybliżone określenie samobójstwa, dla 8% uczniów było trudno określić pojęcie eutanazji i wybrało odpowiedź – ani zabójstwo ani samobójstwo [18].

Obecne badania wykazały, że odpowiedzi respondentów z województwa podlaskiego oraz z okręgu wileńskiego były zróżnicowane. 34% z okręgu wileńskiego oraz 12% z województwa podlaskiego uważa, że eutanazja to śmierć z wyboru, następnie 35% (woj.podlaskie) i 12% (okręg wileński) wskazało określenie „wspomagane samobójstwo”. Jako „śmierć na życzenie” określiło 23% Litwinów z okręgu wileńskiego oraz 7% Polaków z województwa podlaskiego. Także najczęściej wybieranym określeniem było „godna śmierć” (19% -woj. podlaskie; 8%- okręg wileński).

Z kolei 15% z okręgu wileńskiego i tylko 2% z województwa podlaskiego jest zdania, że eutanazja to – szybka śmierć, zaś 14% z województwa podlaskiego, a również 8% z okręgu wileńskiego uważa, że istotnym określeniem dla eutanazji jest „łatwa śmierć”. Natomiast 10% Polaków z województwa podlaskiego określa eutanazję jako „dobra śmierć” i tylko 1% ankietowanych wybrało odpowiedź – śmierć z litości.

Katarzyna Szymańska w swoich badaniach poruszyła temat legalizacji eutanazji. Odpowiedzi badanych wyglądały następująco: 39,47% studentów prawa oraz 27,66% studentów pielęgniarstwa jest za legalizacją eutanazji, natomiast przeciwnych temu jest aż 96,30% kleryków; 40,43% studentów pielęgniarstwa, a także 34,21% studentów prawa. Dla 31,91% studentów studiujących pielęgniarstwo, 26,32% studentów prawa oraz 3,70% kleryków było trudno zdecydować się, czy jest za eutanazją, czy też przeciw [16].

W badaniach Mierzeckiego i wsp. legalizację eutanazji we własnym kraju zaakceptowało 32% Polaków, 69% Niemców oraz 61% Szwedów, zaś przeciwko niej jest 40% Polaków, 29% Szwedów, jak również 14% Niemców. 28% Polaków, 17% Niemców oraz 37% Szwedów nie miało zdania na ten temat [17].

Z badań Sierżantowicz i wsp. wynika, iż 22% studentów drugiego roku pielęgniarstwa popiera legalizację eutanazji, z kolei 13% pacjentów oraz 4% pracowników służby zdrowia także uważa, że eutanazja powinna być zalegalizowana. Przeciwnie zdanie na temat legalizacji eutanazji ma 41% pielęgniarek i lekarzy, następnie 31% studentów pielęgniarstwa i 27% chorych pacjentów [22].

Podobne badania zostały przeprowadzone przez Stetkiewicz-Lewandowicz i wsp. w 2015 roku wśród 230 badanych (115 personel medyczny i 115 osób ze środowiska niemedycznego). Badania wykazały, iż 66,09% personelu medycznego oraz 58,26% osób nie związanych ze służbą zdrowia uważa, że eutanazja powinna być zalegalizowana w Polsce. Przeciwnego zdania jest 18,26% personelu medycznego i 19,13% badanych niezwiązanych z opieką medyczną, zaś 15,65% pracowników ochrony zdrowia nie wyraziła zdania na ten temat, jak również pozostała część 22,61% badanych ze środowiska niezwiązanego z opieką medyczną [23].

Šakalytė w swoich badaniach przeprowadzonych wśród kobiet (42,9% pielęgniarek z podstawowego zakładu opieki zdrowotnej w wieku 31-40 lat i 57,1% pielęgniarek hospicyjnych w wieku 41-50 lat) przeanalizowała kwestię legalizacji eutanazji na Litwie. Z badań Šakalytės wynika, że 35,8% pielęgniarek z zakładu opieki zdrowotnej oraz 33,3% pielęgniarek hospicyjnych jest zdania, iż eutanazję na Litwie powinno się zalegalizować. Natomiast 64,2% pielęgniarek z zakładu opieki zdrowotnej oraz 66,7% pielęgniarek hospicyjnych jest przeciwnych temu [24].

Zupełnie inne wyniki przedstawia Małgorzata Leszczyńska i wsp. w swojej pracy na temat legalizacji eutanazji. Badania przeprowadzone wśród 100 duchownych kościoła katolickiego (Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia i Wyższe Metropolitalne Seminarium Duchowne). Wyniki wyglądały następująco – 100% (76% zdecydowanie nie; 24% nie) badanych seminarzystów oraz 100% (56% zdecydowanie nie; 44% nie) Sióstr Miłosierdzia jest przeciwko legalizacji eutanazji [25].

W badaniach własnych większość respondentów z okręgu wileńskiego (64%) zdecydowanie popiera legalizację eutanazji, natomiast osób z województwa podlaskiego było mniej (42%), którzy jest za legalizacją eutanazji. Przeciwnych temu jest 43% ankietowanych z województwa podlaskiego oraz 24% respondentów z okręgu wileńskiego. 15% z woj. Podlaskiego, jak również 12% z okręgu wileńskiego nie miało zdania na ten temat.

Podjąć decyzję na własną eutanazję jest dość trudno, ale niektóre osoby zgadzają się wyrazić zgodę na własną eutanazję, tak jak jest w pracy Szymańskiej. 38% studentów pielęgniarstwa oraz 26,32% studentów prawa wyraziłoby zgodę na własną eutanazję. Natomiast większość 96,30% kleryków nie wyraziłoby zgodę na własną eutanazję, następnie 44,74% studentów prawa oraz 17,02% studentów pielęgniarstwa także nie zgodziłoby się na własną eutanazję. Nie wiedzą, czy wyraziliby zgodę na własną eutanazję – 44,68% ankietowanych z pielęgniarstwa, 28,95% respondentów z prawa oraz 3,70% kleryków [16].

Według Chmiel i wsp., którzy przeprowadzili badania w 2010/2011 roku wśród 227 paliatywnych pielęgniarek wynika, iż 56,4% pielęgniarek paliatywnych, 33,0% absolwentek pielęgniarstwa oraz 14,5% pielęgniarek pracujących zawodowo od kilku lat całkowicie nie zgadzają się na udzielenie zgody na własną eutanazję. Natomiast tylko 2,2% paliatywnych pielęgniarek, 14,1% absolwentek pielęgniarstwa i 7,9% doświadczonych pielęgniarek zdecydowanie wyraziłyby zgodę na własną eutanazję. 15,9% pracujące pielęgniarki, 12,1% absolwentki pielęgniarstwa oraz 8,8% pielęgniarki paliatywne raczej wyraziłyby zgodę na własną eutanazję, 7,0% pielęgniarek paliatywnych, 4,9% absolwentek pielęgniarstwa jak również 2,0% doświadczonych pielęgniarek częściowo nie zgadzają się na dokonanie tego czynu swojej osoby. Nie mieli zdania na ten temat lub brak odpowiedzi było wśród 24,2% pielęgniarek paliatywnych, 35,9% absolwentek i 39,7% pracujących zawodowo pielęgniarek [26].

Z niniejszej pacy wynika, że 64% ankietowanych z okręgu wileńskiego zgadza się na własną eutanazję i tylko 31% osób z województwa podlaskiego wyraziłoby zgodę na własną eutanazję. 36% Polaków z woj. podlaskiego oraz 16% Litwinów z okręgu wileńskiego nie zgodziłoby się na własną eutanazję. 33% respondentom z woj. podlaskiego oraz dla 20% osobom z okręgu wileńskiego jest trudno powiedzieć.

W kwestii dokonywania eutanazji kogoś z rodziny w celu skrócenia cierpień spowodowanych nieuleczalną chorobą, w pracy Chmiel i wsp. 80,2% pielęgniarek paliatywnych, 57,3% absolwentek pielęgniarstwa oraz 56,4% pielęgniarek doświadczonych nie zgodziłoby się na eutanazję bliskiej osoby. Natomiast zgadzają się na udzielenie zgody kogoś z rodziny na dokonanie eutanazji 4% pielęgniarek paliatywnych, 15,6% absolwentki i 12,7% pielęgniarki pracujące zawodowo. Nie mają zdania lub brak zdania na ten temat 15,9% pielęgniarki paliatywne, następnie 27,2% absolwentki studiów pielęgniarstwa oraz 31% pielęgniarki doświadczone [26].

Z własnych badań wynika, że dla ankietowanych z województwa podlaskiego 22% oraz respondentów z okręgu wileńskiego 42% było trudno zdecydować się, czy zgodziliby się na ten akt, czy też nie. 56% ankietowanych z woj. podlaskiego i tylko 34% z okręgu wileńskiego nie zgodziłoby się na dokonanie eutanazji osoby biskiej. 22% badanych z województwa podlaskiego i 24% badanych z okręgu wileńskiego wyraziłoby zgodę na eutanazję bliskiej osoby, która cierpi na nieuleczalną chorobę.

Z przeprowadzonych badań Szymańskiej o dokonaniu eutanazji powinien decydować – pacjent, tak uważa 80,85% studenci pielęgniarstwa, 65,79% studenci prawa i 14,81% kleryków. 21,28% -pielęgniarstwo, 23,68%- prawo i 3,70% - seminarium duchowe jest zdania, że decyzję o eutanazji winien podejmować lekarz, zaś 27,66% ankietowanych z pielęgniarstwa, 7,89% studenci prawa i tylko 3,70% kleryków sądzi, że decydować powinna rodzina pacjenta [16].

W pracy Stetkiewicz-Lewandowicz Agnieszki i wsp. większość personelu medycznego (75,65%) oraz społeczeństwo niezwiązane z medycyną (80%) uważają, że pacjent powinien decydować o dokonaniu eutanazji, zaś (7,83%) personel medyczny i środowisko niemedyczne twierdzi, że taką decyzję powinna podejmować rodzina pacjenta. 11,30% personel medyczny i 5,22% środowisko niezwiązane z opieką medyczną uważa, że osoba, która powinna decydować o eutanazji jest to - lekarz, natomiast 0,87% środowisko niezwiązane z opieką medyczną uznało, że przyjaciele pacjenta powinni podjąć decyzję o eutanazji [23].

Z badań własnych wynika, że ankietowani z województwa podlaskiego (59%) oraz z okręgu wileńskiego (68%) twierdzą, że sam chory powinien podjąć decyzję o dokonaniu eutanazji, natomiast 40% Polaków z woj. podlaskiego oraz 16% Litwinów z okręgu wileńskiego jest zdania, że nikt nie ma prawa decydować o śmierci człowieka. 12% ankietowanych z okręgu wileńskiego i tylko 1% z województwa podlaskiego uznało, że rodzina i opiekunowie mają prawo podejmować decyzję o dokonaniu eutanazji. 4% respondentów z okręgu wileńskiego wybrało odpowiedź – lekarz.

Mickiewicz i wsp. przeprowadzili badania w 2010 roku wśród 175 studentów kierunku pielęgniarstwa. Jak wynika z badań, 78,9% studentów sądzi, że nieuleczalnie chorych powinno się umieszczać w hospicjum [27].

Z badań własnych wynika, że 39% respondentów z województwa podlaskiego oraz 35% z okręgu wileńskiego jest zdania, że nieuleczalnie chorych pacjentów powinno się umieszczać w tzw hospicjach stacjonarnych.

Wnioski

Z przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Większość ankietowanych z województwa podlaskiego oraz okręgu wileńskiego uważa, że eutanazja to zakończenie cierpienia chorego.
2. Badani z województwa podlaskiego bardziej są wierzący i praktykujący, ale nie popierają eutanazji, natomiast respondenci z okręgu wileńskiego wierzący lecz niepraktykujący i znaczna większość popiera eutanazję.
3. Znaczna większość badanych z okręgu wileńskiego wyraziłoby zgodę na własną eutanazję, natomiast osoby z województwa podlaskiego nie zgodziłyby się na własną eutanazję lub jest im trudno powiedzieć.
4. Według respondentów z województwa podlaskiego oraz z okręgu wileńskiego większość jest zdania, że eutanazja powinna być dozwolona dla osób cierpiących z powodu nieuleczalnej choroby.
5. Respondenci z okręgu wileńskiego (64%) są za legalizacją eutanazji, natomiast badani z województwa podlaskiego mają odmienne zdanie - 42% jest za legalizacją, 43% jest przeciw legalizacji eutanazji.
6. Według ankietowanych z województwa podlaskiego oraz okręgu wileńskiego, chory powinien decydować o dokonaniu eutanazji.
7. Według badanych z województwa podlaskiego eutanazja to wspomagane zabójstwo, natomiast według ankietowanych z okręgu wileńskiego eutanazja to śmierć z wyboru.
8. Odnośnie karalności za dokonanie eutanazji, badani z województwa podlaskiego i okręgu wileńskiego odrzucają karalność za dokonywanie eutanazji.
9. Zdaniem respondentów z województwa podlaskiego aby polepszyć jakość życia osób przewlekle chorych myślących o eutanazji, trzeba zwiększyć dostęp do profesjonalnej opieki medycznej, natomiast osoby z okręgu wileńskiego uważają, że trzeba zwiększyć ilość ośrodków zajmujących się opieką nad osobami ciężko chorymi.
10. Znaczna większość osób z województwa podlaskiego uważa, że akcje promujące ideę obrony życia są konieczne, zaś ankietowani z okręgu wileńskiego twierdzą, że potrzebne w pewnych środowiskach.
11. Badani z województwa podlaskiego oraz z okręgu wileńskiego twierdzą, że kampanie na rzecz obrony życia powinny być prowadzone przez fundacje prozdrowotne.

Piśmiennictwo

1. Ochmański W. (red.): Eutanazja nie jest alternatywą, Wyd. Salwator, Kraków, 2008.
2. Maksymowicz A.: Eutanazja – znak naszych czasów, *Studia Humanistyczne* 2005, 3, 145-152.
3. Muszala A. (red): Encyklopedia bioetyki, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom, 2007.
4. Śledzianowski J. (red.): Eutanazja - dobra śmierć czy zabójstwo człowieka, Wydawnictwo Jedność, Kielce, 2010.
5. Grzywa A.(red): Jak oswoić się z myślą o starości, umieraniu i śmierci, Słowa i myśli. Lublin, 2013.
6. Dymera A.(red): Człowiek. Religia. Zdrowie, Instytut Medyczny im. Jana Pawła II, Szczecin, 2011.
7. Turczak B.: Ból, cierpienie, eutanazja, *Mag. Pielęg. Poł.*, 2008, 11, 31.
8. Pietrzykowski T. (red.): Spór o eutanazję, Wydawnictwo Sonia Draga, Katowice, 2007.
9. Malczewski J. (red.): Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa, 2012.
10. Zajdel J.(red.): Prawo w medycynie, Progress, Łódź, 2007.
11. Pacian J., Pacian A., Skórzyńska H., Kaczoruk M.: Eutanazja – zabójstwo człowieka czy uśmierzenie bólu. Regulacje prawne wybranych państw świata, *Hygeia Public Health*, 2014, 49, 1, 19-25.
12. Liesis M.: Baudžiamosios atsakomybės už aktyviają eutanaziją ir padėjimą nusižudyti reglamentavimas Lietuvos, Vokietijos ir Olandijos baudžiamuosiuose kodeksuose, *Teisė* 2005, 54, 98-108.
13. Majewicz A. i in.: Eutanazja w Holandii i Belgii [w:] W drodze do brzegu życia T. III. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. (red.), Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2007, 123-126.
14. Klimaszewska K. i in.: Eutanazja w Polsce i na świecie [w:] W drodze do brzegu życia T.X. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. (red.), Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2012, 539-545.
15. Dany L., Baumstarck., et al.: Determinants of favourable opinions about euthanasia in a sample of French physicians, *BMC Palliative Care* 2015, 14, 59.

16. Szymańska K.: Postawy wobec eutanazji wśród studentów pielęgniarstwa, prawa i kleryków, *Piel. Zdr. Publ.*, 2012, 2, 125–133.
17. Mierzecki A., Rękawek K., Świątkowski J. i in.: Ocena podejścia eutanazji studentów pierwszego roku medycyny w Szczecinie, Greifswaldzie i Lund, *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej*, 2008, 54,1, 164-169.
18. Śliwińska A., i in.: Rozumienie pojęcia eutanazji wśród uczniów trzecich klas liceów ogólnokształcących na przykładzie wiedzy dolnośląskich i wielkopolskich lecealistów, *Piel. Zdr. Publ.*, 2012, 2,2, 135-144.
19. Wiska M., Kluczek I.: Postawy studentów pielęgniarstwa i prawa wobec eutanazji na podstawie badań własnych [w:] *W drodze do brzegu życia T.VI*. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.(red), Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, 2009, 289-304.
20. Leppert W., Łuczak J., Góralski P.: Wybrane problemy opieki paliatywnej i eutanazji w opiniach lekarzy i studentów medycyny, *Pol. Med. Paliat.* 2005, 4,2, 67-76.
21. Kowalewska B., Krajewska-Kułak E., Jankowiak B. i in.: Opieka hospicyjna i paliatywna oraz eutanazja w opinii pielęgniarek i studentów kierunku pielęgniarstwo, *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2007, 88, 4, 484-488.
22. Sierżantowicz R., Łagoda K., Doroszkiewicz H., Jurkowska G.: Opinie lekarzy, pielęgniarek, pacjentów i studentów na temat eutanazji, *Gerontol. Pol.*, 2011, 19, 2, 99-106.
23. Stetkiewicz-Lewandowicz A. i in.: Postawy wobec problemu legalizacji eutanazji wśród personelu medycznego oraz osób niezwiązanych zawodowo z opieką medyczną, *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2015, 9, 436-443.
24. Šakalytė D., ir kiti: Slaugytojų, dirbančių pirminio lygio seikatos priežiūros įstaigose, požiūrio į eutanaziją vertinimas [w:] *Slauga mokslas ir praktika*. Gužauskienė T. (red.), *Pozicija* 2014, 7-8, 13-17.
25. Leszczyńska M. i in.: Społeczna ocena eutanazji w opinii duchowych kościoła katolickiego – badania wstępne. [w:] *W drodze do brzegu T.XII*. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Kułak W.(red.), Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, 2014, 127-136.
26. Chmiel I. i in.: Postawy pielęgniarek paliatywnych wobec eutanazji. [w:] *W drodze do brzegu T.X*. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., Kułak W. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, 2012, 157-165.

27. Mickiewicz I. i in.: Opieka paliatywna w percepcji studentów pielęgniarstwa, *Probl. Pielęg.* 2011, 19, 4, 481-491.

Rozważania o śmierci nagłej i powolnej

Kurzelewska Anna², Kurzelewski Bartosz², Tomaszewska-Laszczak Mirosława², Krzesińska-Nowacka Anna², Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Czerwiński Piotr², Gnus Emilia², Dorna Krzysztof³, Gnus Jan^{1,2,3}

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Ośrodek Badawczo – Rozwojowy we Wrocławiu
3. Papieski Uniwersytet Teologiczny we Wrocławiu

*“Śmierć nie dotyka nas wcale,
albowiem póki jesteśmy, nie ma śmierci,
a odkąd jest śmierć, nie ma nas “.*

Epikur

Śmierć jest nieodłącznym elementem życia każdego człowieka, zjawiskiem powszechnym i niezmiennym, ale zawsze będącym złożoną reakcją relacji człowiek umierający i otoczenie: rodzina, przyjaciele, znajomi. Zmianie uległo postrzeganie śmierci, w dawnych czasach śmierć, jak i związane z nią obrzędy przeżywały całe miasta, wsie nie tylko rodzina. Obecnie obserwujemy medykalizację śmierci – występującej głównie w szpitalach [1].

Spośród wszystkich istot żywych, tylko człowiek ma świadomość śmierci. Dla człowieka śmierć ma znaczenie, współtworzy jego życie. Jest obecna stale, od urodzenia aż do końca - życie jest ograniczone narodzinami i śmiercią. Problem śmierci może stać się w istocie problemem sensu życia. Strach przed śmiercią jest wrodzony u wszystkich organizmów [2].

Tematyka śmierci od zawsze była i jest obecna niemal w każdym aspekcie naszego życia. Wszechobecne media, które przekazują informacje o zamachach, śmiertelnych wypadkach. Z innej strony utrata bliskich. Według Mrozowskiego media traktują ją jako sensacje, ukazującą ją w sposób efektowny, przykuwający uwagę, traktując ją często jako temat przewodni – news. Hinc i Jaworski również twierdzą, że środki masowego przekazu odbierają śmierci jej naturalność, budując obraz oderwany od rzeczywistości, obojętny, pozbawionym naturalności [1].

Śmierć może dać nowe życie, początek, choć z drugiej strony to koniec czyjś istnienia [3]. Gdy spojrzemy na nasz organizm w mikroskali od poczęcia giną ludzkie komórki, aby umożliwić życie innym [3]. Z medycznego punktu widzenia śmierć wiąże się ze śmiercią pnia mózgu - jako najważniejszego organu. Dzięki postępom w medycynie i technice śmierć przestała być bezpłciowa. Coraz częściej ludzie decydują się na przekazanie swoich narządów na przeszczep po śmierci. Niesienie życia innym nadaje naszej śmierci wyraz szlachetności. Tematyka ratowania życia jednego człowieka, a śmierć drugiego człowieka jest coraz popularniejsza w naszym życiu. Wielokrotnie obecna jest w serialach, literaturze czy akcjach edukacyjnych Ministerstwa Zdrowia. Nauka odnotowuje przypadki osób, które po przeszczepie przejęły pewne cechy dawcy. Biorcy, zmieniali swoje zachowanie, przyzwyczajenia, a identyfikacji tych zmian była możliwa dopiero po odnalezieniu historii dawcy. Niemniej jednak, poza wymiarem niesienia życia, szczęścia i pomocy, na drugiej szali leży drugi aspekt transplantacji - śmierć dawcy, dla którego to nieuchronny koniec życia. Zabiegi te należą do bardzo skomplikowanych i pracochłonnych. Co więcej, rodziny dawcy bardzo często nie potrafią pogodzić się ze śmiercią osoby bliskiej, nieprzychylnie podchodzą do decyzji o oddaniu narządów, co dodatkowo utrudnia zabieg. Jest to z jednej strony śmierć nagła dla bliskich, często niespodziewana i trudna, ale w ten sposób staje się ona cenna dla społeczeństwa. Często słyszymy, „przecież on oddycha, bije mu serce” albo „on tylko śpi i zaraz się obudzi”. Jest to tylko jednak odkładanie w czasie nieuniknionego. Z drugiej strony istnieje śmierć powolna - taka, do której człowiek i jego bliscy mogą się przygotować.

Ludzie wierzący, np. katolicy, wierzą, że po śmierci istnieje życie wieczne - życie w raju, w szczęściu i miłości [4]. Każdy katolik swoimi działaniami i postawą stara się dążyć do życia w raju, akceptuje śmierć jako drzwi do życia wiecznego, przy boku Pana. Pragną nacechować swoje życie na Ziemi szlachetnymi czynami, które pozwolą im przybliżyć się do życia wiecznego. Chrześcijanie uważają, że śmierć jest tylko tymczasowym zerwaniem więzi z bliskimi. Wierzą, że po śmierci spotkają razem z nimi w Niebie.

Niejednokrotnie ludzie będący w związku małżeńskim przez wiele lat, mocno utrwalają swoje relacje, których jak przyrzekają sobie przy ołtarzu nawet śmierć nie rozłączy. W momencie śmierci jednej z nich, zwłaszcza w podeszłym wieku, często niedługo po niej odchodzi także druga. Mimo, iż rodzina nie wyobraża sobie utraty kolejnej bliskiej osoby, to dla tego współmałżonka, który nadal bardzo kocha zmarłą, śmierć nie oznacza końca, jest początkiem życia wiecznego, które nastąpi przy boku ukochanej osoby. Wierzmy, że nasi bliscy, którzy odeszli „patrzą na nas z góry”, pomagają nam. Udając się na miejsce wiecznego

spoczynku, mamy wrażenie ich bliskiej obecności, często „rozmawiając” z nimi. Śmierć jest tematem, którego wolimy unikać, rozmowa o nim sprawia nam nierzadko ból i przygnębienie. Obecne czasy nie sprzyjają jednak ucieczce od niego, towarzyszy nam on niemalże na każdym kroku.

Samobójstwo jest jednym z przykładów śmierci nagłej. Według psychiatrów człowiek, który wybiera tę drogę, cierpi na chwilowy brak wrodzonego instynktu samozachowawczego, przez co nie odczuwa strachu przed śmiercią [5]. Zdarza się, że osoby, które wybrały tę drogę, na przykład poprzez powieszenie się, mają wyraźne oznaki tego czynu na swoim ciele - zadrapania. Mogą one świadczyć o tym, że przed śmiercią osoby te chciały zrezygnować ze swojej decyzji, próbowały się ratować, aby dalej żyć, jednak często nieskutecznie. Z kolei, niektóre próby samobójcze są jedynie wołaniem o pomoc, zwróceniem uwagi na siebie. Niedośzli samobójcy pragną zademonstrować społeczeństwu, że potrzebują pomocy, miłości, że chcą dalej żyć, ale nie potrafią sobie sami poradzić ze swoimi problemami. Niektórzy, w pełni przytomni i świadomi tego co robią, wybierają skuteczne środki, by targnąć się na życie. Przewyciężają oni lęk przed śmiercią, wykazując się nieprzeciętną odwagą i silną wolą. Społeczeństwo nie darzy takich osób szacunkiem, uważa, że wybrali ucieczkę przed problemem najprostszą drogę. Jednak trzeba zauważyć, że dar, jaki otrzymali od Stwórcy i natury, a który jest bezcenny, bezpowrotnie utracili. Nie zyskali ponadto nic. Pomimo, iż sama śmierć jest zazwyczaj natychmiastowa, samo przygotowanie do niej jest procesem powolnym, wymagającym czasu. Samobójcy mają w zwyczaju pozostawiać list pożegnalny dla bliskich. Starają się w nich uporządkować swoje zobowiązania oraz pożegnać się z bliskimi. Niezależnie od wiary i światopoglądu, każda śmierć samobójcza wywiera dużo większe brzemień na otoczeniu niż każda inna śmierć nagła.

Umierając w szpitalach choremu towarzyszą lekarze, pielęgniarki, rodzina. Śmierć taka jest powolna, budząca lęk, zadumę, smutek. Jest to często czas refleksji, nieuchronny koniec przywołuje minione chwile, przywołując dobre i złe momenty naszego życia. Kontakt bliskich z osobą odchodzącą z tego świata jest nieunikniony [4]. Są to przeżycia bolesne i wywierające silne wrażenia na umyśle, nie tylko rodziny, a nierzadko na personelu szpitala. Pozostawiają ślad w psychice ludzi pracujących w szpitalach, hospicjach, domach opieki. Niektóre osoby starają się unikać kontaktu ze śmiercią, traktując chorego bezosobowo, jako obiekt, którego zaraz nie będzie. Inni z kolei płaczą z rodziną, starając wspomóc go w cierpieniu w jego ostatnich chwilach. Dążą do tego, aby moment śmierci był jak najmniej dotkliwy. Gdy chory umiera cierpiąc powoli – „śmierć zła” - łatwiej nam ją zaakceptować, ponieważ tłumaczymy sobie „teraz już nie cierpi, jest mu lepiej, jest w Niebie”. W obliczu

śmierci bardzo ważny staje się sakrament chorych. W obecnych czasach przeważającą większość osób głęboko wierzących stanowią ludzie w podeszłym wieku. Ludzie młodzi natomiast, nie myślą o śmierci, traktując ją jako temat tabu. Katolicy proszą personel o spotkanie z kapłanem nie tylko w obliczu zbliżającej się śmierci, czynią to również na skutek cierpienia, w wyniku pogorszenia się stanu zdrowia.

Naturalna śmierć nagła, wolna od bólu jest wydaje się być najlepszym sposobem pożegnania się z tym światem. Wielokrotnie ludzie stwierdzają, że w odległej przyszłości pragnęliby krótkiej i bezbolesnej śmierci. Jednak na co dzień nie zaprzatają sobie głowy śmiercią, momentem nieuchronnym. Aczkolwiek kiedy poruszany zostaje ten temat, pojawia się niepewność - jak dużo czasu pozostało im na tym świecie. Człowiek ma swoje zobowiązania: rodzinne, majątkowe, mieszkaniowe czy urzędowe, którymi śmierć obciąża bliskich. Wiele osób poważnych, rozsądnych, znających życie twierdzi, że nie boi się śmierci, ale obawia się cierpień fizycznych, które ją poprzedzają. Człowiek jest jedyną istotą żywą, która jest świadoma, że umrze i potrafi snuć na ten temat rozważania. Wiadomo także, że tylko człowiek jest zdolny do podjęcia decyzji o pozbawieniu się samemu życia i spełnienia tego czynu [6].

Świadoma śmierć nagła jest dla osoby umierającej łatwiejsza, nie towarzyszy jej strach. Choć dla zmarłego była to natychmiastowa, często bezbolesna śmierć to pozostaje po nim wiele niezłatwionych spraw, którymi muszą zająć się bliscy. Należy zauważyć, że stosunek do śmierci kształtują w nas rodzina, dom, religia oraz otoczenie. Wyróżniamy tak zwaną “ śmierć dobrą i złą “. “Dobra “ pozbawiona jest bólu, cierpienia, następuje w otoczeniu bliskich.” Złej” towarzyszy strach, cierpienie oraz samotność [6].

Jeśli chodzi o miejsce, w którym śmierć jest fizycznie i moralnie mniej bolesna dla umierającego, jego bliskich i otoczenia, opinie są podzielone. Coraz więcej ludzi kończy życie w szpitalu. Pomimo to człowiek w obliczu przewlekłej choroby, której następstwem często jest śmierć, wzbrania się przed pójściem do szpitala, pragnie pozostać w domu, wśród bliskich sobie ludzi, by nie umierać w samotności. Rodzina i chory świadomie wyrażają zgodę na pozostanie w domu, choć zdają sobie sprawę, że nie będą mogli zapewnić opieki medycznej tak dobrej, jaką uzyskaliby w szpitalu. Ból towarzyszący chorobie nieuleczalnej jest niepożądany, każdy chciałby umrzeć bezboleśnie. Wszystkie działania medycyny paliatywnej sprowadzają się do wyłączenia i uśmierzenia bólu. Jednak nie udaje się całkowicie uchronić chorego od jego odczuwania.

Jesteśmy jedynymi istotami, które są świadome śmierci. Człowiek jest zdolny do podjęcia decyzji o pozbawieniu się życia i jej wykonaniu. W czasie II wojny światowej na

ziemiach polskich nie był tchórzem samobójca, który ostatni nabój zachował dla siebie, aby nie zostać schwytanym przez wroga. Nie była to jedynie obawa przed torturami, ale ochrona ważnych informacji [4]. Przykładami heroicznej postawy w obliczu śmierci mogą być: Ojciec Maksymilian Maria Kolbe, który w obozie koncentracyjnym poszedł dobrowolnie na śmierć, aby uratować tym aktem odwagi rozpaczającego ojca rodziny oraz doktor Janusz Korczak, który cenił wyżej swoje obowiązki opiekuna sierot niż własne życie [5]. Można żywić podziw dla Maksymiliana Marii Kolbego, że wybrał śmierć dla ocalenia cudzego życia. Jednak nie można odmówić szacunku tym, którzy poszli na druty, by uniknąć obozowej poniewierki. To nie był akt rozpacz, lecz akt obrony własnej godności [4].

Stosunek do śmierci różni się w zależności od tego, czy jest to osoba młoda, czy w podeszłym wieku. Śmierć starca i śmierć chorego człowieka w odczuciu otoczenia, przyjaciół, bliskich jest czymś smutnym, ale spodziewanym i nieuchronnym. Inaczej wygląda to w przypadku osoby młodej. Choroba, która odbiera życie młodej osobie wywołuje szok. Natomiast śmierć samobójcza, która często dotyczy osób młodych, staje się aktem niepożądanym, a zarazem możliwym do uniknięcia. Wiele osób z otoczenia samobójcy ma poczucie winy, sądzi, że były możliwości przewidzenia nieszczęścia i możliwości zapobiegnięcia tego czynu. Ignorowanie terminu śmierci, przekonanie, że nastąpi ona w odległej przyszłości są okolicznościami wpływającymi decydująco na treść ludzkiego życia. Większość ludzi umiera nieprzygotowana do śmierci, często z zaskoczenia [5].

Śmierć w samotności wydaje się wywierać najsilniejsze piętno na umyśle. Samotność w obliczu śmierci potęgują: cierpienie i żal. Wydawać by mogło się, że w takiej sytuacji człowiek powinien móc decydować o swoim losie, podjąć decyzje o skróceniu cierpień. Nikt nie ma prawa nakłaniać go do samobójstwa, jednakże czy na pewno powinno ograniczać mu się prawo do decyzji o swoim losie.

Akceptacja śmierci jest także kolejnym niewygodnym tematem. Łatwiej nam zaakceptować śmierć jako zgon osoby w podeszłym wieku – bez wątplenia, w tym przypadku dla wielu z nas jest to naturalny etap życia, którego nieuchronnym zakończeniem jest śmierć. Z kolei śmierć osoby młodej, która chorowała przewlekłe lub zmarła nagle, budzi silniejsze emocje, smutek, refleksje czy też zadumę.

Badania przeprowadzone przez Andrzeja Guzowskiego, Elżbietę Krajewską-Kułąk i wsp. wskazują, że ludzie wolą umrzeć nagle, zasnąć i się nie obudzić, na przykładą poprzez zawał serca, natomiast wypadek samochodowy już niekoniecznie – bo może towarzyszyć mu cierpienie. Według ankietowanych najlepszym miejscem do umierania są kolejno dom, szpital, hospicjum. Respondenci częściej myślą o śmierci bliskich niż swojej. Natomiast

większość miała problem określić, kiedy powinna nastąpić śmierć, jednak blisko 40% uważa, że powinna być ona związana z chorobą, a ponadto dotyczy ludzi starszych. Społeczeństwo jest świadome tego, że umrze. Śmierć powolna nie omija także ludzi młodych. Chorują na nowotwory oraz inne choroby przewlekłe. W obliczu choroby przewlekłej, ludzie wolą pozostać w domu i tam dokonać żywota. Natomiast na miejsce śmierci nagłej nie mamy wpływu. Może nas dopaść na każdym kroku, w park, aucie czy nawet w szpitalu. Wyjątkiem śmierci nagłej, w której miejsce i czas mogą zależeć od nas jest samobójstwo [6].

W badaniu Nyklewicza i Krajewskiej-Kułąk, przeprowadzonym na pielęgniarkach stwierdzono, iż większość z nich przeżywała bardzo silny lęk związany ze śmiercią. W przybliżeniu 20% skutecznie wykorzystywało tzw. zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem (SSZ), jednak ok. 80% z badanych nieproduktywnie reagowała na stres. Przeważający odsetek z nich tłumiła gniew, depresję oraz lęk i w ten sposób radziła sobie ze złymi emocjami. Konsekwencją tego była potrzeba pomocy w zaburzeniach stanu zdrowia [7]. Z kolei w badaniu Krajewskiej – Kułąk przeprowadzonym także na pielęgniarkach przedstawiono ich odczucia w kontakcie z umierającymi. Blisko 40% czuje smutek, bezradność, a pokorę i „gaśnięcie życia” odczuwa około 30% z nich. Pomimo tych odczuć, nie unikały kontaktu z umierającym, ani nie czuły lęku. Natomiast akceptowały śmierć jako naturalny bieg rzeczy, ale sądziły, że bezwarunkowo trzeba walczyć o życie do końca [8].

Wielokrotnie obserwujemy, iż ludzie którzy przeżyli śmierć kliniczną, zostali uratowani od śmierci - pogłębiają swoją wiarę. Pragną lepiej wykorzystać swoją drugą szansę od losu. U niektórych osób po zawale serca dochodzi do spowolnienia tempa życia oraz oddają się oni refleksji.

Młodzi ludzie nie myślą o śmierci, nie rozmawiają o niej, co więcej nie chcą nawet o niej słyszeć. Dla nich śmierć jest tematem tabu. Nie możemy się im dziwić, jest to wiek, na który śmierć nie czyha na każdym rogu. Z kolei ludzie dojrzały, wykształceni wiedzą, że śmierć kiedyś nastąpi, jest nieunikniona, ale, póki co, żyją codziennością – praca, pieniądze, ograniczając kontakty międzyludzkie. Śmierć jest nieubłagalna, nadejdzie, nie wiadomo kiedy, ani w jaki sposób.

Jednym z rodzajów śmierci nagłej spowodowanej - zamierzonej jest eutanazja. Stanowi ona coraz częstszy temat do dyskusji. Wyróżniamy eutanazję, kryptanazję, autotanazję, dystanazję, ortotanazję oraz eutanazję bierną, czynną, dobrowolną, niedobrowolną, czy też legalną i nielegalną. Eutanazja może przybierać postać samobójstwa, zabójstwa towarzyszenia w zabójstwie, zabójstwo z litości czy pomocy w umieraniu. Niektóre działania medyczne przebiegają w pewnym stopniu formę eutanazji. Jak na przykład

podawanie środków przeciwbólowych w dawkach przyśpieszających zgon, odstąpienie od reanimacji lub jej zaprzestanie, odłączanie urządzeń utrzymujących życie, jak respirator, czy wreszcie podanie dożylnie leku śmiertelnego. Pierwotnie, w starożytności eutanazja miała być środkiem łagodzącym cierpienie, pomóc umrzeć bezboleśnie i szybko. Współcześnie eutanazja to często śmierć z litości. Jan Paweł II w encyklice „Evangelium Vitae” nawiązuje do „Deklaracji eutanazji” wydanej przez Kongregację Nauki Wiary w 1989 r. -“przez eutanazję w ścisłym i właściwym sensie należy rozumieć czyn lub zaniedbanie, które ze swej natury lub intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia. Eutanazję należy zatem rozpatrywać w kontekście intencji oraz zastosowanych metod”.

Dopuszczalność eutanazji jest trudnym zagadnieniem etycznym. Świat dzieli się na zwolenników i przeciwników lub ludzi bez zdania na ten temat. Konflikt wynika z różnych systemów wartości, którymi kierują się strony sporu. Często słyszymy pojęcie godna śmierć, którą utożsamiają z eutanazją jej zwolennicy. Każdy człowiek w zdrowiu czy chorobie ma prawo do godnego umierania. Przeciwnicy twierdzą, że życie jest darem od Boga, albo uważają ją za najwyższą wartość. Organizacje proeutanastyczne walczą o prawo do legalnej eutanazji, która często staje się metodą zwalczania starzejącego się społeczeństwa. Jednak, aby móc skorzystać z eutanazji należy spełnić kryteria, na przykład: być świadomym, odpowiedzialnym, zdolnym do zadbania o swoje interesy, dbać o swoje potrzeby oraz higienę czy spożywanie posiłków, a także uczestniczyć w życiu społecznym. W przeciwnym razie, kandydat może zostać wykluczony przez tak zwanych propagatorów eutanazji, między innymi: Michael Tooley, Peter Singer czy Zbigniew Szawarski. Dzielią oni społeczeństwo na osoby i nie osoby. Nie osoba to człowiek chory psychicznie, terminalnie, noworodek głęboko upośledzony, czy też zarodek. Wyrażają oni także przyzwolenie na aborcję. Zależy im na tak zwanej podwójnej śmierci. Najpierw umiera człowiek jako osoba, a potem uśmiercają nieprzydatny organizm ludzki [9].

Przysłowie ludowe mówi: „*Kiedy się człowiek urodzi – płacze, a wszyscy wokół niego śmieją się. Powinien tak żyć, aby uśmiechał się kiedy będzie umierał, a wszyscy wokół niego będą płakali*” [2].

Powinien być zadowolony z tego, co zdziałał w życiu, pogodzony z tym, co mu się nie powiodło i z tym także, czego już nigdy nie będzie mógł zrobić. Powinien być pogodzony ze śmiercią, która nieustannie towarzyszy światu, co chwila przejawia się w jakiejś żywej istocie, skreślając ją ze spisu żyjących. Umrzeć to nie wszystko, chodzi o to, aby odejść z tego świata we właściwym czasie.

Piśmiennictwo

1. Grzegorz B., Kułak A., Guzowski A. i wsp.: Zmiany percepcji i postaw wobec śmierci, umierania, kultu zmarłych i pochówku, *Med. Paliat.*, 2014, 6, 4, 190-198.
2. Haskovcova H.: *Między życiem a śmiercią*, Wyd. PWN, Warszawa, 1978.
3. Layall Watson „Biologia śmierci” 1992, str. 15
4. Rodniański J., Murawski K.: *Sposoby istnienia i działanie wobec siebie i innych*, PiW., Warszawa, 1988.
5. Kielanowski T.: *Rozmyślenia o przemijaniu*, Wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa, 1984.
6. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Kułak W. i wsp.: Współczesne postawy wobec śmierci i umierania, *Medycyna paliatywna*, 2013, 5,4,163-170.
7. Nyklewicz W., Krajewska- Kułak E.: Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienie wstępne. *Probl. Pielęg.*, 2008, 3, 248-254.
8. Krajewska- Kułak E, Mickiewicz I., Łukaszuk C. i wsp.: Samoocena pielęgniarek wobec śmierci. *Pielęg. XXI w.*, 2010, 1-2, 43-49.
9. Biesaga T.: Eutanazja - śmierć godna czy niegodna, *Medycyna Praktyczna*, http://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/26181,eutanazja-smierc-godna-czy-niegodna, data pobrania 8.05.2017.

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ



Choroby nowotworowe jako przyczyna zgonów w Polsce

Klimasz Maria¹, Piotrowska Bogumiła¹, Rogoziński Tomasz², Dorna Krzysztof³,
Ferenc Stanisław², Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Gnus Jan^{1,2}

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu
3. Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu

Wstęp

Z biegiem czasu choroby nowotworowe stają się coraz większym problemem zdrowotnym Polaków. Im bardziej aktualnym rejestrem się przyglądamy, tym większą obserwujemy liczbę nowych zachorowań, jak i liczbę zgonów z ich przyczyny, pomimo dalekiego rozwoju medycyny. Nowotwory są drugą przyczyną umieralności w Polsce, po chorobach układu sercowo-naczyniowego [1]. Prognozy podają, że za kilkanaście lat kolejność ta może ulec odwróceniu, stawiając choroby nowotworowe na pierwszym miejscu [2]. Wiąże się to ze starzeniem się polskiego społeczeństwa, coraz częstszym występowaniem chorób cywilizacyjnych - nadwagi, otyłości oraz zwiększającym narażeniem się na czynniki rakotwórcze zarówno obecne w pożywieniu, używkach, ale również w środowisku [3]. Obecnie z rozpoznaną w ciągu ostatnich 10 lat chorobą nowotworową żyje ponad 574 tys. osób [1]. Z tego względu istotne jest zwiększanie świadomości współczesnego społeczeństwa na temat profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów. Stawia to również wyzwanie współczesnej medycynie w doskonaleniu badań, szukaniu nowych, bardziej swoistych metod używanych we wczesnym wykrywaniu nowotworów oraz skuteczniejszych sposobów leczenia, co będzie pozwalało na zwiększenie wyleczalności i przeżywalności chorych.

Zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe w Polsce

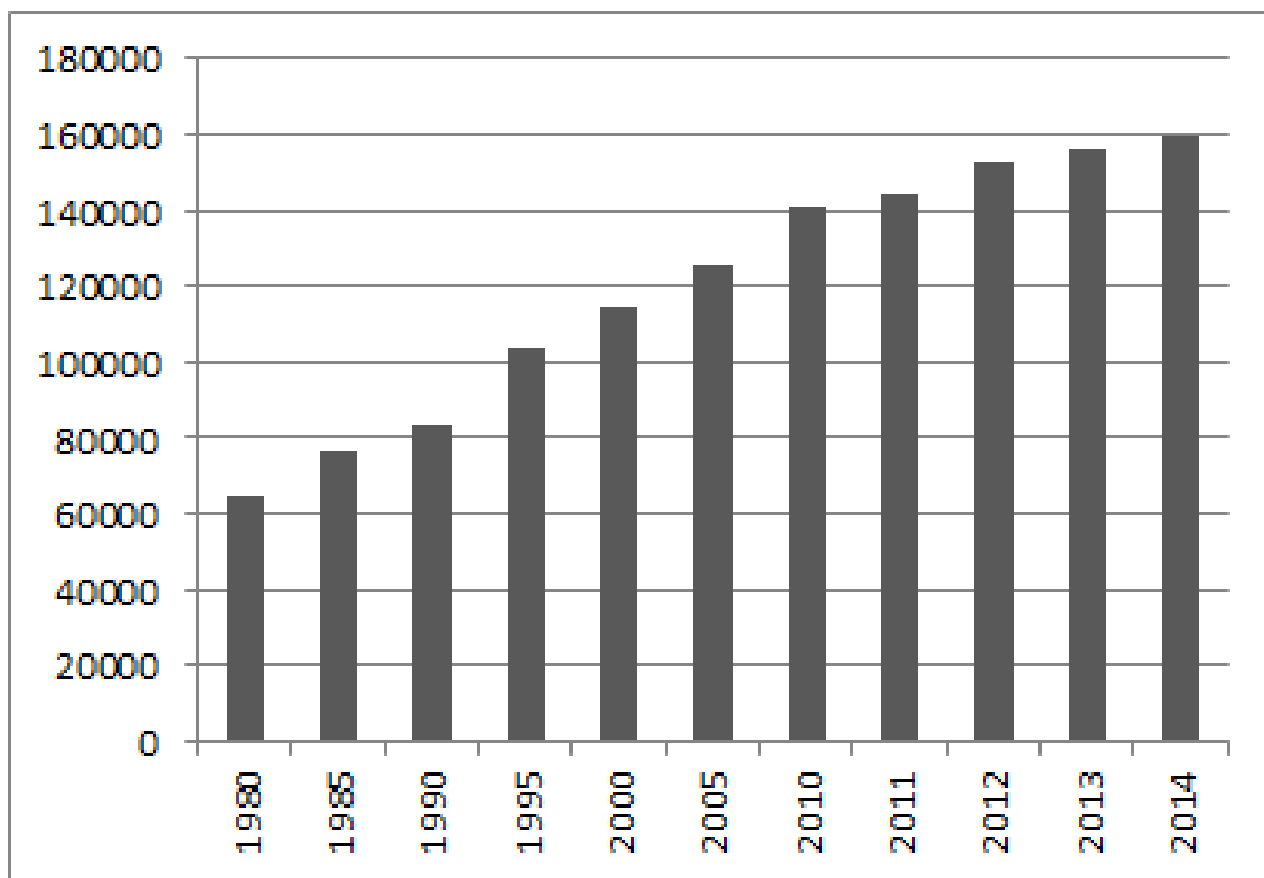
W Polsce, każdego roku obserwujemy coraz większą liczbę nowych zachorowań na nowotwory złośliwe zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn (ryc. 1, ryc. 2). Rejestrowaniem,

opracowywaniem danych oraz publikowaniem wyników dotyczących zachorowań i zgonów na choroby nowotworowe w Polsce zajmuje się Krajowy Rejestr Nowotworów, który znajduje się w Centrum Onkologii, Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie [4].

W 2014 roku zarejestrowano 79 979 nowych zachorowań wśród kobiet oraz 79 299 wśród mężczyzn, co daje łącznie 159 208 zachorowań [1].

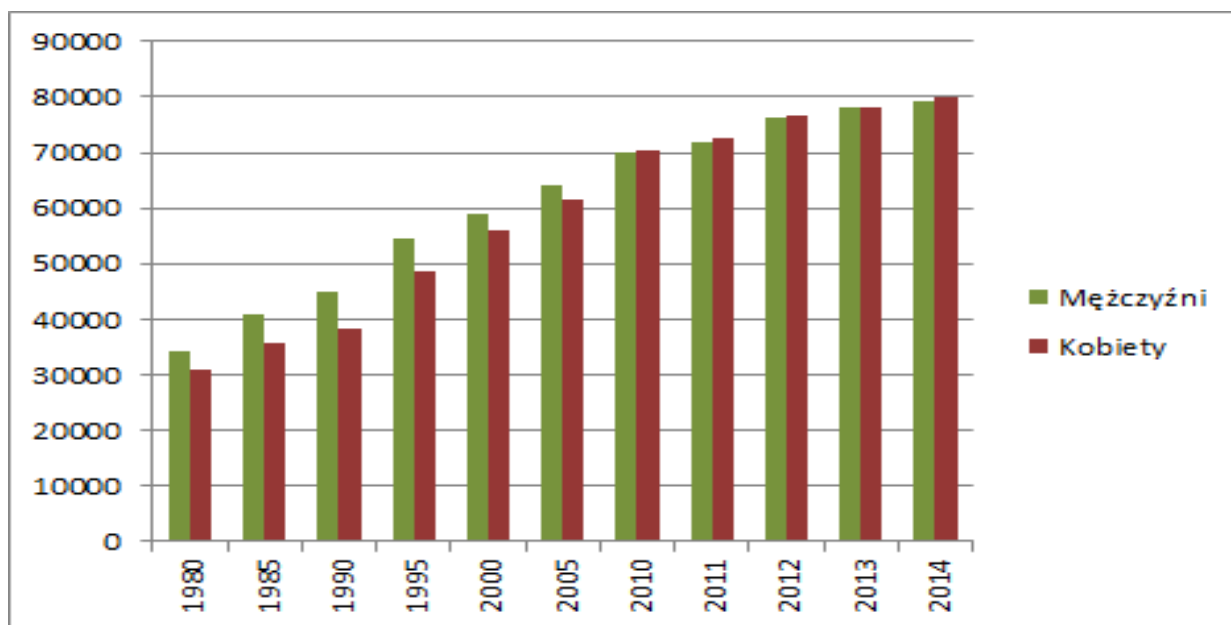
W porównaniu z rokiem 2013, w którym łączna ilość wynosiła 156 487, wartość ta wzrosła o około 2,7 tys. przypadków [1,5].

Do roku 2009 włącznie, odnotowywano większą liczbę nowych zachorowań mężczyzn niż kobiet. Natomiast od 2011 do 2014 tendencja ta zmieniła się. Zaczęto obserwować szybszy wzrost zachorowań wśród kobiet (ryc. 2). W 2014 roku zarejestrowano 750 przypadków więcej u kobiet niż u mężczyzn [6].



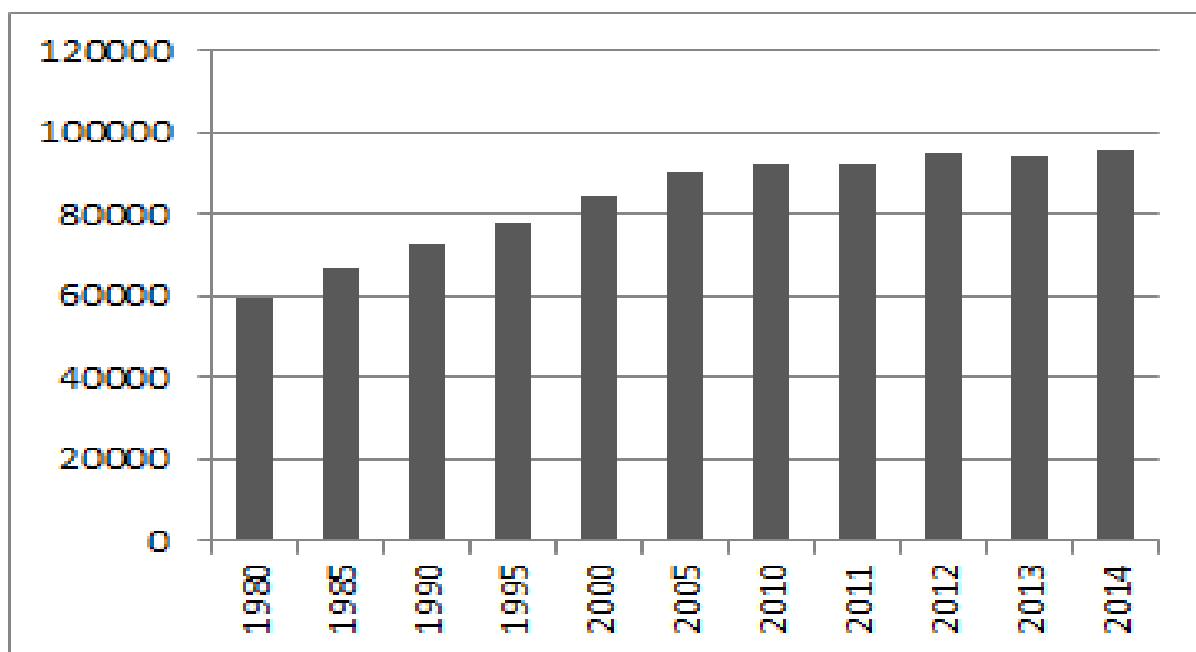
Ryc. 1. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce w latach 1980-2014

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory2014.pdf>, s. 11-20 oraz <http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-ogolem-2/> dostęp z dnia 26.03.2017.



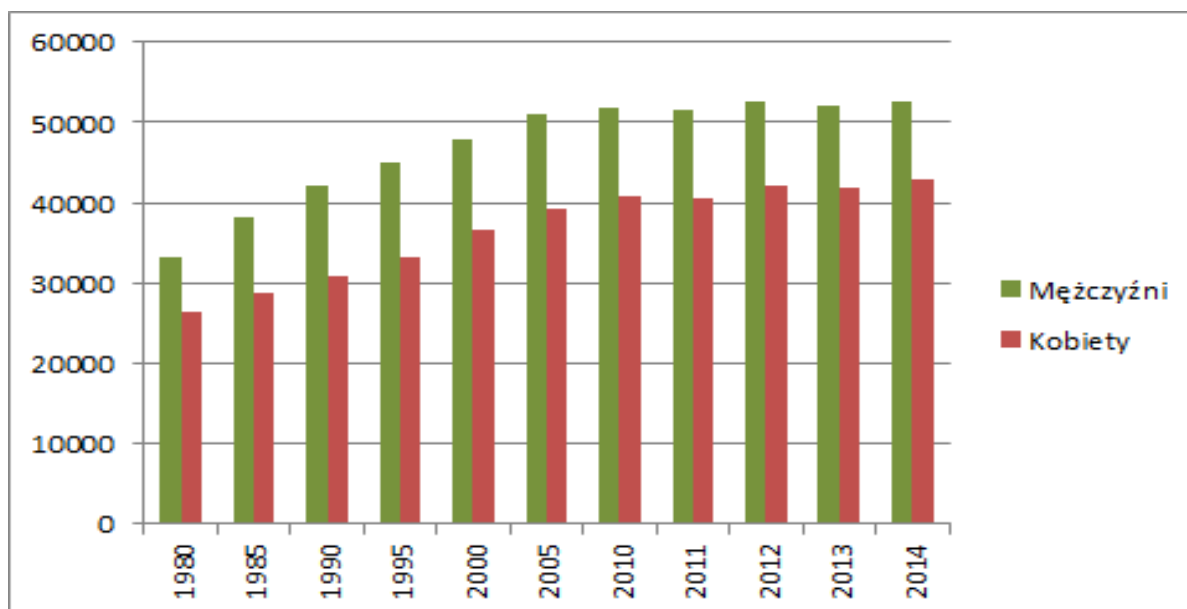
Ryc. 2. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce w latach 1980-2014 z podziałem na płeć.

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory2014.pdf>, s. 11-20 oraz <http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-ogolem-2/> dostęp z dnia 26.03.2017.



Ryc.1B. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w latach 1980-2014

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 26.03.2017.

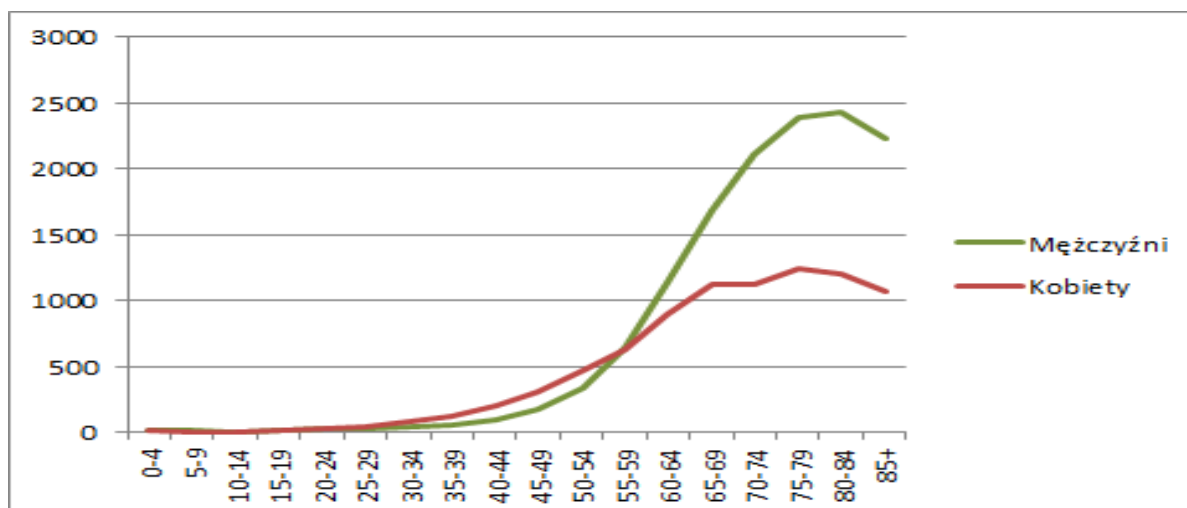


Ryc. 2B. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w latach 1980-2014 z podziałem na płeć.

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 26.03.2017.

Choroby nowotworowe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce (pierwszą są choroby układu krążenia). W porównaniu do 1965, w 2014 roku liczba zgonów z powodu nowotworów wzrosła prawie 2,5 razy. Z kolei współczynnik surowy umieralności wzrósł w porównaniu między 1965 a 2014 rokiem w polskiej populacji z 172,27/100 tys. do 215,88/100 tys. U kobiet wzrósł ten współczynnik z 119,4/100 tys. do 215,88/100 tys., zaś u mężczyzn z 128,2/100 tys. do 282,93/100 tys. W 2014 roku nowotwory były powodem 27% zgonów mężczyzn oraz 24% zgonów kobiet - odpowiednio 52690 i 42875 zgonów. W sumie zmarło 95,6 tys. osób [6]. Obecnie w naszym kraju, szacuje się, że ponad 574 tys. osób ma chorobę nowotworową rozpoznaną w przeciągu ostatnich 10 lat [1].

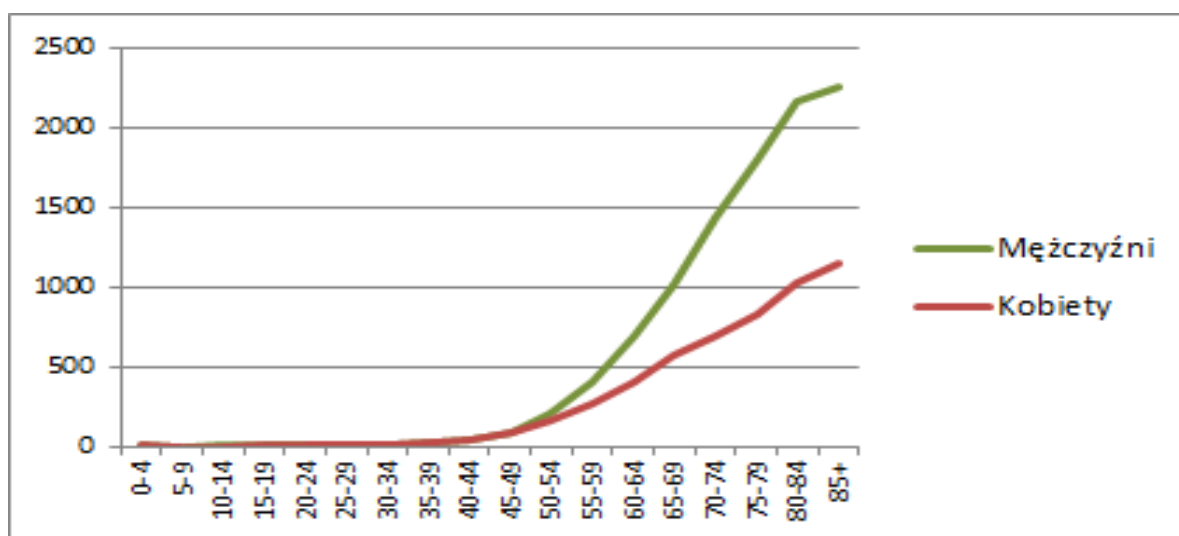
Mężczyźni, jak wynika z najświeższych danych, najczęściej chorują w grupie wiekowej między 80. a 84. rokiem życia, natomiast kobiety między 75. a 79. rokiem życia. Do 24. roku życia u obu płci zachorowania utrzymują się na niskim poziomie, a następnie w kolejnych grupach ich liczba zaczyna wzrastać. W przedziale wiekowym od 25. do 54. roku życia nowotwory złośliwe częściej dotyczą kobiet, natomiast od 55. roku życia częściej chorują mężczyźni. Po 49. roku życia u mężczyzn zachorowalność gwałtownie wzrasta (ryc. 3)[1].



Ryc.3. Zachorowalność na nowotwory złośliwe, na 100 000 populacji, w Polsce u kobiet i u mężczyzn w 2014 roku z podziałem na grupy wiekowe.

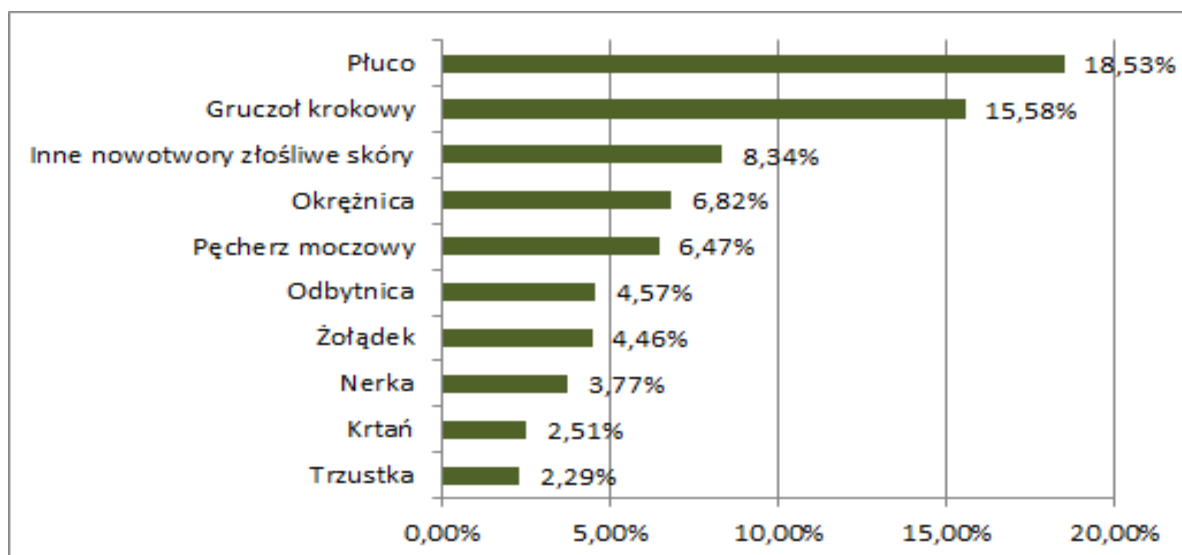
Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 26.03.2017.

Nowotwory stanowią główną przyczyną przedwczesnej umieralności u kobiety przed 65 r.ż.[1]. W 2014 roku największa umieralność u obu płci występowała u osób powyżej 85 r.ż. Tendencja wzrostowa jest widoczna zaczynając od przedziału 5-9 r.ż., po chwilowym spadku między przedziałami 0-4 do 5-9 r.ż. Wyraźny wzrost umieralności zaznaczony jest od przedziału wiekowego 45-49 r.ż. Dodatkowo szczególnie widoczna jest już różnica między płcią żeńską a męską, na niekorzyść mężczyzn (ryc. 3B).



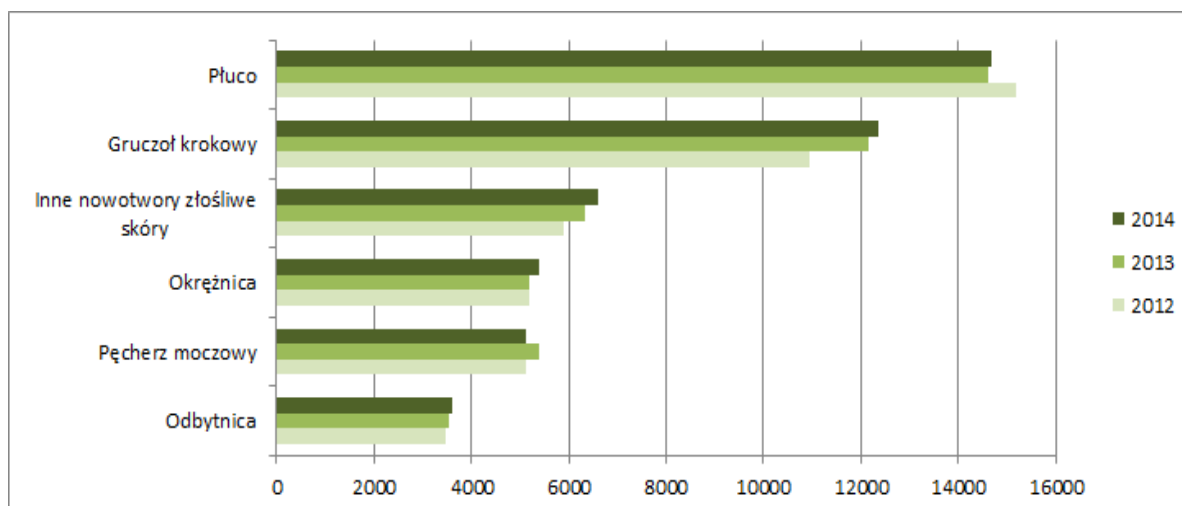
Ryc.3.B Umieralność na nowotwory złośliwe, na 100 000 populacji, w Polsce u kobiet i u mężczyzn w 2014 roku z podziałem na grupy wiekowe.

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 26.03.2017.



Ryc. 4. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe według umiejscowienia, występujące u mężczyzn w 2014 r.

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory2014.pdf>, strona 33-61, dostęp z dnia 26.03.2017.



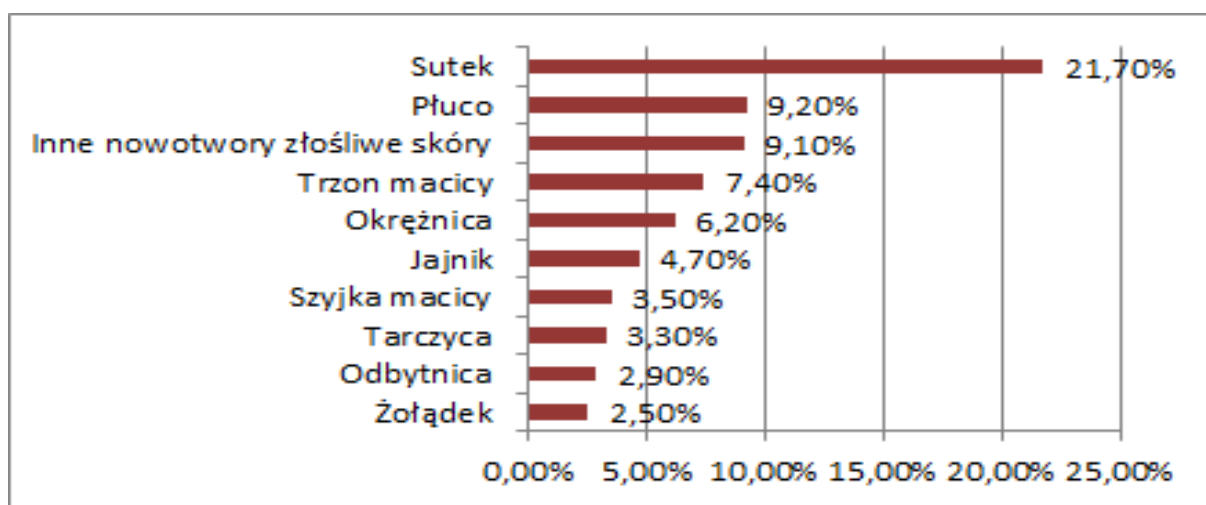
Ryc. 5. Porównanie ilości nowych zachorowań najczęstszych nowotworów złośliwych w Polsce, u mężczyzn, w 2014 roku z latami 2012 oraz 2013.

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory2014.pdf>, strony 33-61, <http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/BIUL2013.pdf>, strony 39-68, <http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Biul2012net.pdf>, strony 39-68, dostęp z dnia 26.03.2017.

Liczba zachorowań na raka płuca w Polsce w 2014 roku była wciąż mniejsza niż w roku 2012, natomiast względem 2013 uległa zwiększeniu. Jeżeli chodzi o kolejne, najczęściej

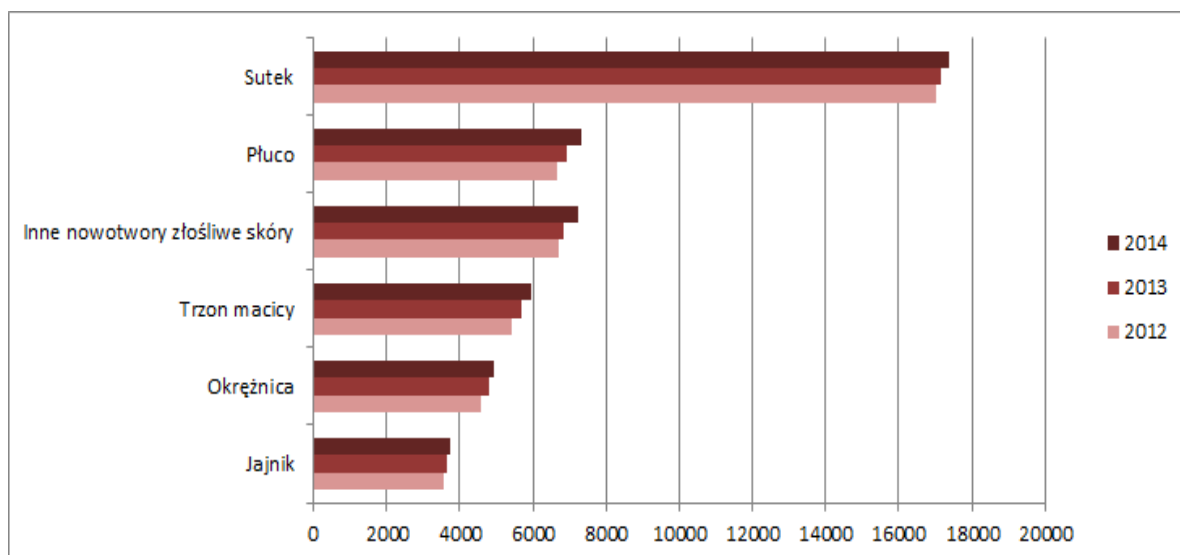
występujące nowotwory u mężczyzn, to jest rak gruczołu krokowego oraz inne nowotwory złośliwe skóry, ich liczba co roku wzrasta. Również zwiększyła się liczba nowych zachorowań na raka okrężnicy i odbytnicy w stosunku do poprzedniego roku. Jedynym nowotworem z tych występujących najczęściej, którego ilość zachorowań w porównaniu do roku 2013 uległa zmniejszeniu, to był nowotwór złośliwy pęcherza moczowego (ryc. 5) [1,7,8]. Jeżeli chodzi o kobiety, najczęstszym nowotworem wciąż pozostaje rak sutka. Częstością zachorowań przewyższa on raka płuca, który znajduje się na drugim miejscu, ponad dwukrotnie. Kolejnymi zajmowanymi narządami są: skóra, trzon macicy, okrężnica, jajnik, szyjka macicy, tarczyca, odbytnica i żołądek (ryc.6). W przypadku wymienionych powyżej nowotworów, porównując rok 2014 z poprzednimi zauważamy stały wzrost liczby zachorowań (ryc.7)[1,7,8].

Najczęstszą przyczyną zgonu w 2014 roku z powodu chorób nowotworowych był rak płuca. U mężczyzn stanowił 30% wszystkich zgonów nowotworowych, zaś u kobiet 17,1%. W dalszej kolejności u mężczyzn były to nowotwory: jelita grubego 12,2 %, gruczołu krokowego 8,4%, żołądka 6,4%, pęcherza moczowego 5,1%, następnie trzustki 4,68% nerki 3,02%, białaczki 2,94%, nowotwory mózgu 2,93% oraz bez określenia ich umiejscowienia 2,83% (ryc. 4B). U kobiet zaś w następnych kolejnościach były to nowotwory piersi 13,9 %, jelita grubego 11,6%, jajnika 6,3%, trzustki 5,9%, żołądka 4,4%, szyjki macicy 3,8%, o nieokreślonej lokalizacji 3,5%, mózgu 3,2% i trzonu macicy 3,0% (ryc.6B) [6].



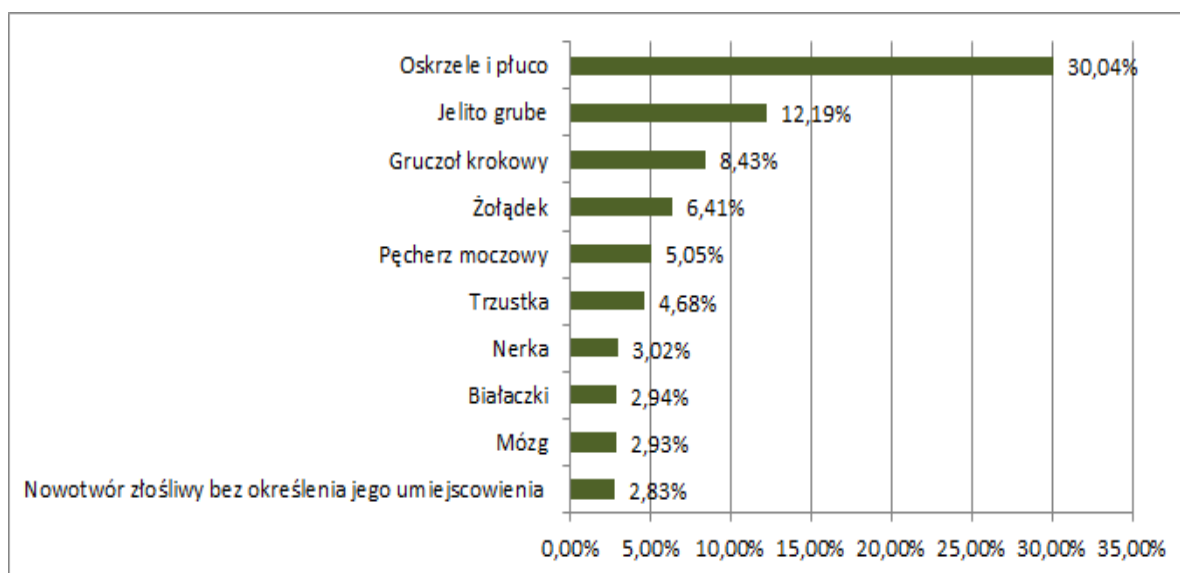
Ryc. 6. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe według umiejscowienia występujące u kobiet w 2014 r.

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory2014.pdf>, strony 33-61, dostęp z dnia 26.03.2017.



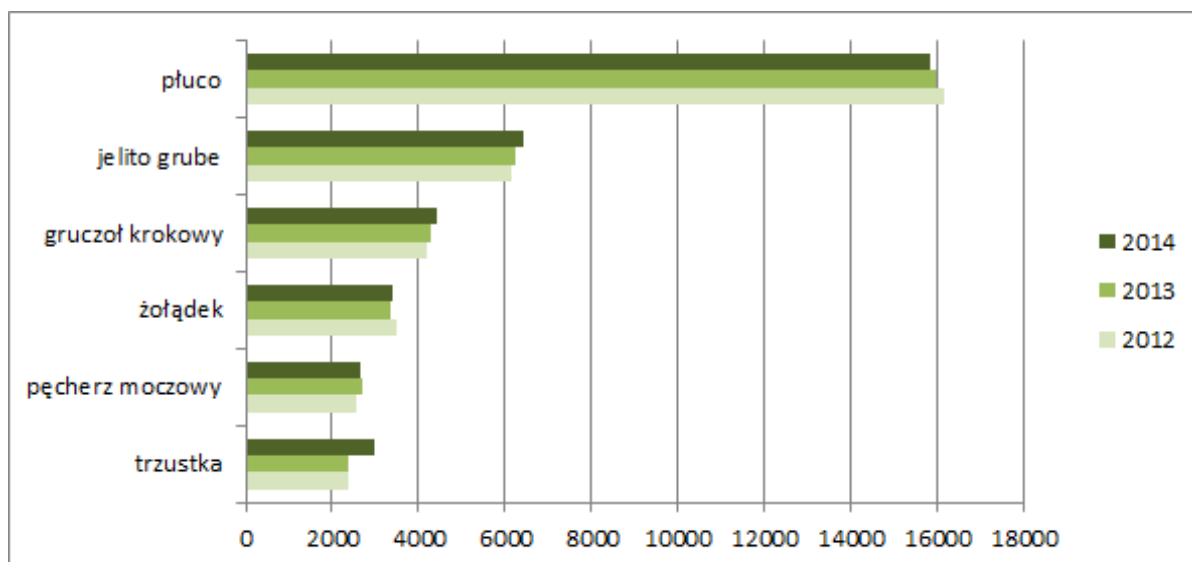
Ryc. 7. Porównanie ilości nowych zachorowań najczęstszych nowotworów złośliwych w Polsce u kobiet w 2014 roku z latami 2012 oraz 2013.

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory2014.pdf>, strony 33-61, <http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/BIUL2013.pdf>, strony 39-68, <http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Biul2012net.pdf>, strony 39-68, dostęp z dnia 26.03.2017.



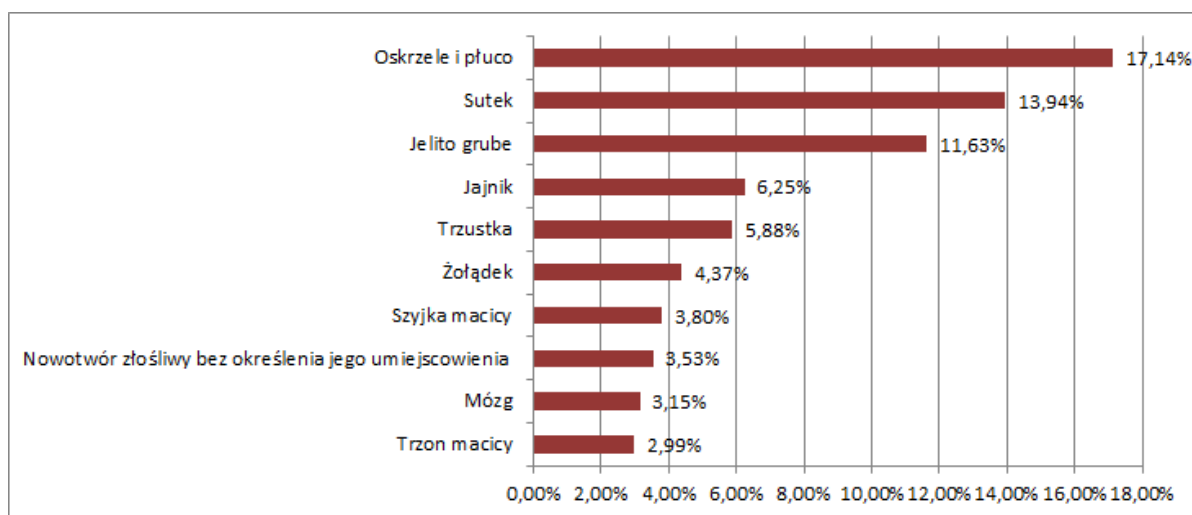
Ryc. 4B. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe według umiejscowienia występującemu mężczyźn w 2014 r.

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty> dostęp z dnia 26.03.2017.



Ryc. 5B. Najczęstsze nowotwory będące przyczynami zgonów u mężczyzn w Polsce w latach 2012-2014.

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty> dostęp z dnia 26.03.2017

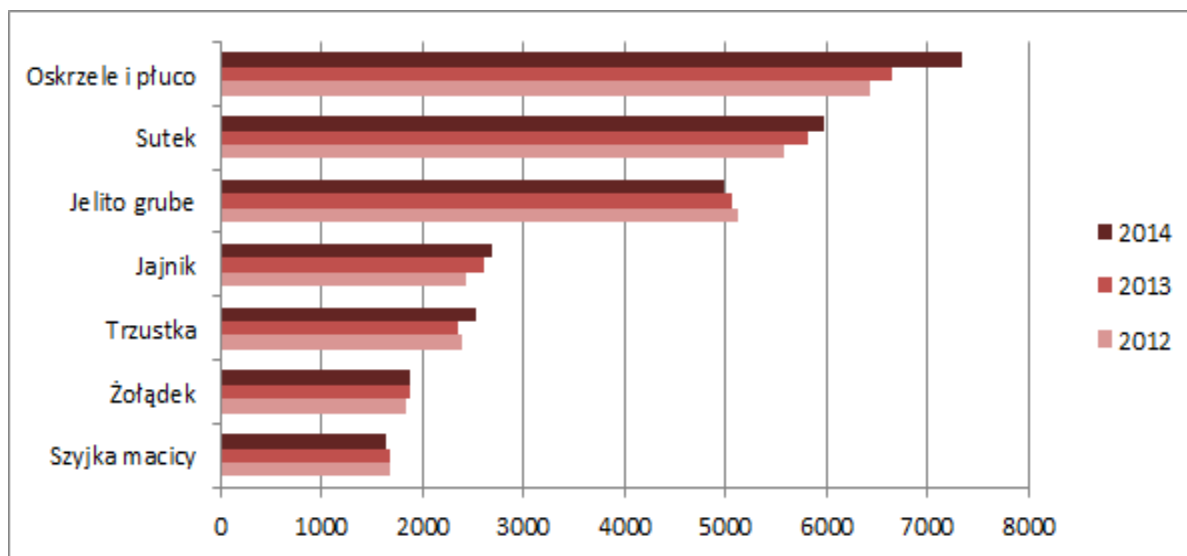


Ryc. 6B. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe według umiejscowienia występujące u kobiet w 2014 r.

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty> dostęp z dnia 26.03.2017.

W latach 2012-2014 spośród najczęstszych nowotworów, które są przyczyną zgonów w Polsce, u kobiet tendencja wzrostowa jest przy nowotworach oskrzela i płuca, sutka i jajnika, zaś u mężczyzn widoczny jest trend zmniejszonej umieralności przy nowotworach oskrzela i płuc oraz żołądka. Warte jest więc podkreślenia, że w przypadku raka płuc liczba

zgonów stale wzrasta zarówno u płci żeńskiej i męskiej, ale umieralność u kobiet, w przeciwieństwie do mężczyzn wzrasta (ryc. 5B, 7B) [6].



Ryc. 7B. Najczęstsze nowotwory będące przyczynami zgonów u kobiet, w Polsce w latach 2012-2014 roku.

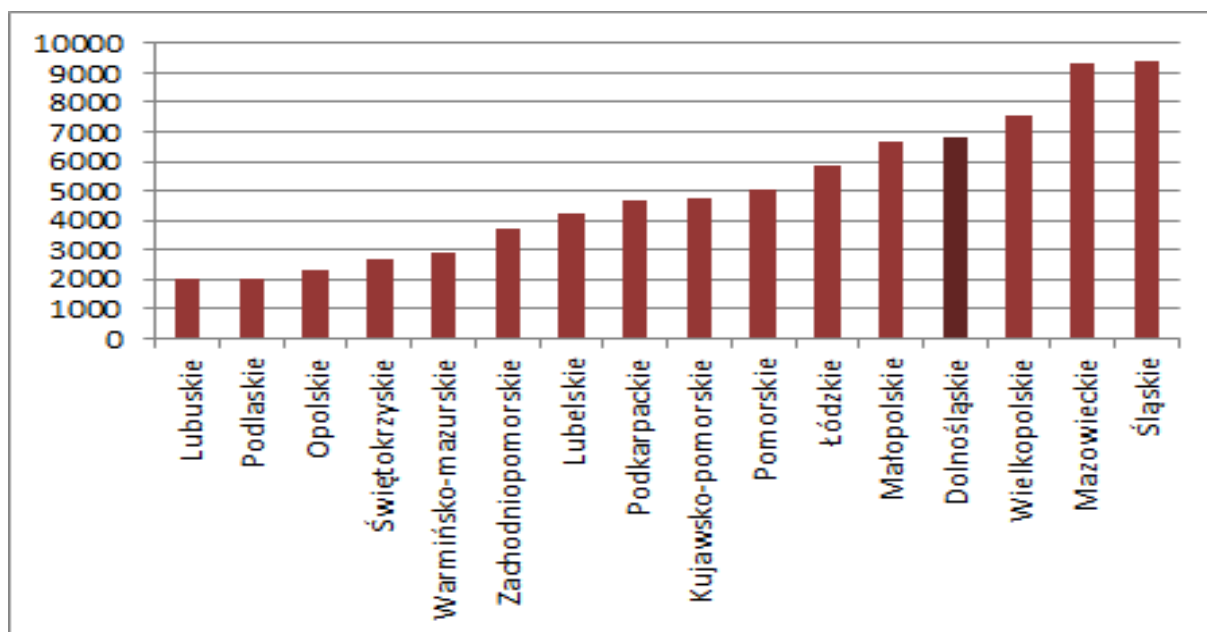
Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty> dostęp z dnia 26.03.2017.

Wskaźniki zachorowalności i ilości zgonów województwa dolnośląskiego na tle Polski

Informacje na temat wystąpienia nowych zachorowań są zbierane i przetwarzane również z podziałem na województwa. W każdym z nich znajduje się biuro rejestracji nowotworów [9].

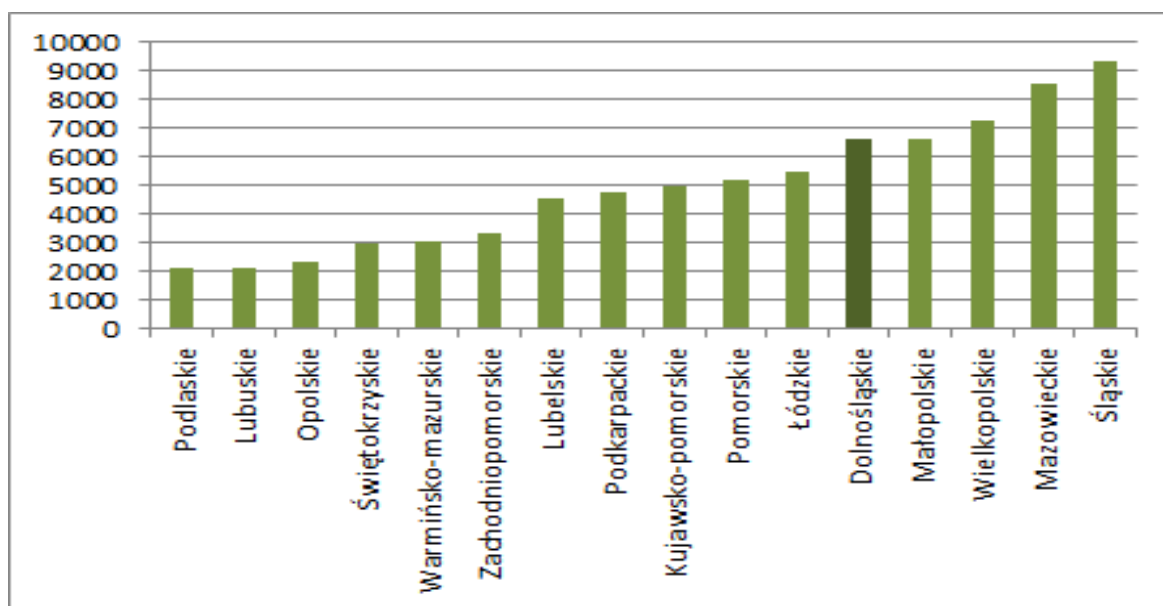
Dzięki temu dostarczane są informacje, w których regionach Polski zachorowalność i umieralność na poszczególne nowotwory jest największa. Pozwala to na znalezienie przyczyn, z których wynika to zróżnicowanie i rozpoczęcie działań mających na celu zmniejszenie liczby zachorowań na dany nowotwór w określonym regionie.

Województwo dolnośląskie jest jednym w tych województw, w których współczynniki zachorowalności u obu płci oraz współczynnik umieralności u mężczyzn są najwyższe (ryc. 8, 8B i 9B). U kobiet natomiast współczynnik umieralności zajmuje korzystniejsze miejsce w porównaniu do mężczyzn, bo aż w ośmiu innych województwach ma on tutaj wyższą wartość (ryc. 9).



Ryc. 8. Standaryzowane współczynniki zachorowalności na nowotwory złośliwe u kobiet w poszczególnych województwach (Polska, 2014r.)

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory2014.pdf>, strony 33-62, dostęp z dnia 26.03.2017.

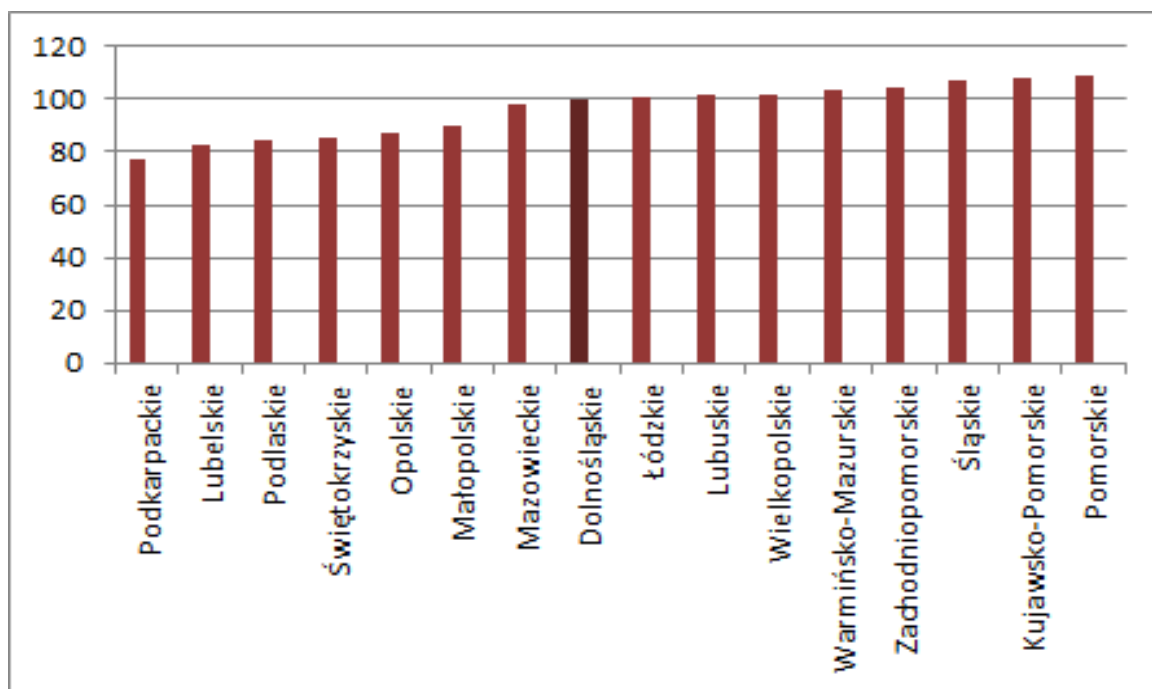


Ryc.9. Standaryzowane współczynniki zachorowalności na nowotwory złośliwe u mężczyzn w poszczególnych województwach (Polska, 2014r.)

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory2014.pdf>, strony 33-62, dostęp z dnia 26.03.2017.

Typy tych występujących najczęściej nie odbiegają tutaj od ich częstości w większości pozostałych województw. U płci męskiej najczęstszym jest nowotwór złośliwy płuca (18,2%). Kolejne to: nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (14,4%), jelita grubego (13,2%), skóry (9,76%) oraz pęcherza moczowego (5,4%). U kobiet na pierwszym miejscu znajduje się nowotwór złośliwy sutka (20,8%). Definitywnie zajmuje on we wszystkich województwach najwyższą pozycję. Następne miejsca stanowią nowotwory jelita grubego (10,1%), skóry (10,7%), płuca (10,1%), trzonu macicy (7,0%) i jajnika (4,2) [1].

W województwie dolnośląskim, podobnie jak w całej Polsce, w 2014 roku największą liczbę zgonów wśród kobiet i mężczyzn odnotowano w przedziale wiekowym 60-64 lat (514). Analogicznie, jak w całej Polsce w 2014 roku zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet najczęstszą przyczyną zgonu był nowotwór oskrzeli i płuc, wynoszący odpowiednio 1273 i 678 zgonów [1].



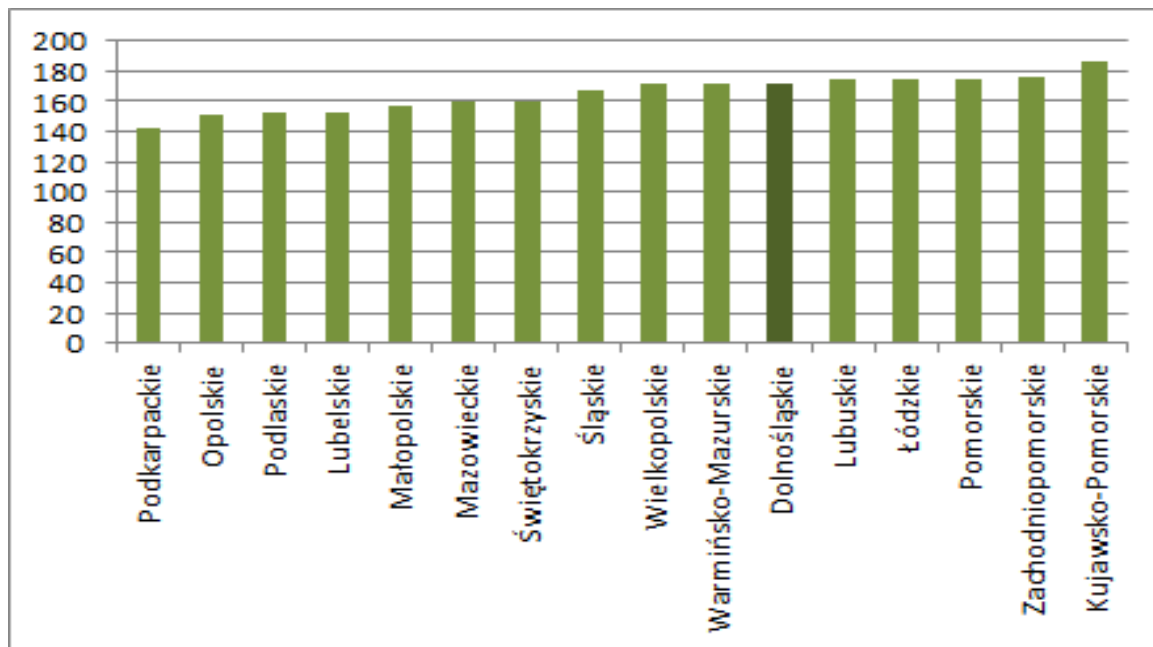
Ryc. 8B. Standaryzowane współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe u kobiet w poszczególnych województwach (Polska, 2014r.)

Zródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty> dostęp z dnia 26.03.2017.

U mężczyzn na Dolnym Śląsku, podobnie jak ogólnie w Polsce, najczęstszymi przyczynami zgonów z powodu chorób nowotworowych oraz w podobnym udziale procentowym były: nowotwory oskrzeli i płuc 30,2%, jelita grubego 11,4%, żołądka 5,9%, w

dalszej kolejności były to nowotwory bez określenia ich umiejscowienia 5,0%, trzustki 4,9% i pęcherza moczowego 4,5% [1].

U kobiet zaś w omawianym województwie, jak i w całej Polsce trzema najczęstszymi przyczynami zgonów były nowotwory: oskrzeli i płuc 19,3%, sutka 12,9% i jelita grubego 10,6%. Kolejne miejsca na Dolnym Śląsku zajęły: nowotwory bez określonego 6,2%, trzustki 5,9%, jajnika 5,3%, szyjki macicy 4,2%, żołądka 4,1% i trzonu macicy 2,5 % [1]



Ryc. 9B. Standaryzowane współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe u mężczyzn w poszczególnych województwach (Polska, 2014r.)

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty> dostęp z dnia 26.03.2017.

Charakterystyka nowotworów, które są najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce

Rak gruczołu krokowego

W Polsce w 2014 roku rak gruczołu krokowego był drugą, zaraz po raku płuca, przyczyną zachorowalności na nowotwory złośliwe u mężczyzn (15,58%). Jednocześnie był on powodem 8,4% zgonów spośród tych wywołanych chorobami nowotworowymi, co również umiejscawia go na drugim miejscu (na pierwszym rak płuca) [1]. Zarówno zachorowalność i umieralność z jego powodu, wciąż, z roku na rok rośnie (ryc. 10) [6]. Albowiem w 2012 roku zarejestrowano 10 948 nowych przypadków zachorowań, natomiast

w 2014 roku już 12 343 [1,7]. Prognozy dla mężczyzn przedstawiają się różnie w zależności od wieku. Dla średniej grupy wiekowej umieralność ma pozostać na tym samym poziomie, a liczba zgonów nieznacznie wzrosnąć. Natomiast u panów powyżej 65. roku życia będzie obserwowany duży wzrost zarówno umieralności, jak i liczby zgonów [2]. Takie dane przyczyniają się do dalszego doskonalenia metod diagnostyki, by wykrywane i leczone nowotwory raka gruczołu krokowego były jedynie tymi, które są istotne klinicznie oraz do zwiększania świadomości w populacji na temat profilaktyki. Wzrost liczby zachorowań w ostatnich latach może wynikać z procesu starzenia się polskiego społeczeństwa, gdyż głównym czynnikiem ryzyka w tym przypadku jest właśnie wiek. Wpływ również ma: historia w rodzinie, otyłość oraz dieta wysokotłuszczowa. Rak gruczołu krokowego często jest późno wykrywany, ponieważ u mężczyzn poniżej 50. r. ż. zazwyczaj przebiega asymptotycznie. Problemem współczesnej diagnostyki jest różnicowanie wykrywanych nowotworów mających znaczenie kliniczne z tymi, które go nie mają, a ich obecność nie wpływa w żaden sposób na przeżycie chorego [10]. Badania przesiewowe opierają się na pomiarze stężenia swoistego antygenu - PSA w surowicy [10]. Dzięki niemu oraz kolejnym badaniom (np. ultrasonografii przezodbytniczej oraz wielomiejscowej biopsji stercza) wykonywanym w przypadku jego podwyższonego stężenia, możemy wykryć obecność nowotworu jeszcze przed pojawieniem się objawów oraz wdrożyć odpowiednie leczenie [12]. Podwyższone stężenie PSA nie daje jednak jednoznacznej diagnozy choroby nowotworowej. Może ono wskazywać na inną dysfunkcję gruczołu krokowego. Oznaczanie tego markera nie jest więc wysoko swoistym badaniem w kierunku rozpoznania tego nowotworu [10]. Do tej pory nie zostało jednoznacznie stwierdzone, czy badania przesiewowe wykorzystujące oznaczenia PSA zmniejszają śmiertelność [10,11]. Dodatkowo charakteryzują się one wysoką „nadrozpoznawalnością”. W celu ograniczenia wykrywania i niepotrzebnego leczenia nowotworów niewpływających na jakość i długość życia chorego większość towarzystw (np. *European Association of Urology* - EAU, Polskie Towarzystwo Urologiczne - PTU) naukowych nie zaleca stosowania ich we wczesnej diagnostyce. Rekomenduje się natomiast wykonywanie tych badań u mężczyzn (po 50. roku życia) świadomych ryzyka, jakie wiąże się z wykryciem nowotworu [10,11]. Ci, obarczeni większym ryzykiem stanowią wyjątek. Rozpoczęcie badań zaleca się u nich w wieku 45 lat [11]. Drugą metodą diagnostyczną jest badanie *per rectum*, która również nie jest specyficzna tylko do wykrycia raka prostaty [10]. W celu postawienia diagnozy, w sytuacji, kiedy oba te badania wskazują na podejrzenie nowotworzenia, można wykonać biopsję przezodbytniczą gruczołu krokowego [12]. Badanie

stężenia PSA jest użyteczne przy określaniu narażenia na wystąpienie raka gruczołu krokowego za pomocą „kalkulatora ryzyka”. Jest ono jedną ze składowych, które ten kalkulator uwzględnia. Pozostałymi przeważnie są: wiek, występowanie w rodzinie oraz wyniki, badania *per rectum* i poprzedniej biopsji. Stosuje się go w celu ułatwienia podjęcia decyzji o wykonaniu biopsji [10]. Dzięki Europejskiemu Towarzystwu Urologicznemu (*European Association of Urology, EAU*), w celu poszerzania wiedzy na temat dolegliwości związanych z gruczołem krokowym oraz zachęcenia mężczyzn do profilaktyki, obchodzony jest 15 września Europejski Dzień Prostaty. W tym czasie w wielu ośrodkach jest możliwość skorzystania z bezpłatnych konsultacji i badań [13]. Wytyczne EAU informują między innymi, aby:

- nie wykonywać badań przesiewowych całej populacji, z przyczyn wspomnianych powyżej;
- pierwszy raz zbadać stężenie PSA w wieku 40 lat, a następnie ustalić terminy kolejnych oznaczeń;
- nie oznaczać stężenia PSA u pacjentów po 75. roku życia, ponieważ występuje zagrożenie dużej wykrywalności nowotworów nie mających znaczenia klinicznego
- przy wczesnym wykryciu obniżona jest zarówno śmiertelność, jak i stwierdzenie obecności nowotworu w stadium zaawansowanym, natomiast wykonanie badań powinno nastąpić po indywidualnym określeniu wysokiego ryzyka zachorowalności [14].

Kalendarz badań proponowany przez Stowarzyszenie Mężczyzn z Chorobami Prostaty „GLADIATOR” im. Profesora Tadeusza Koszarowskiego zaleca badanie *per rectum* raz w roku u mężczyzn powyżej 40. roku życia, powyżej 50 lat zarówno badanie *per rectum* oraz oznaczanie poziomu PSA raz do roku [15].

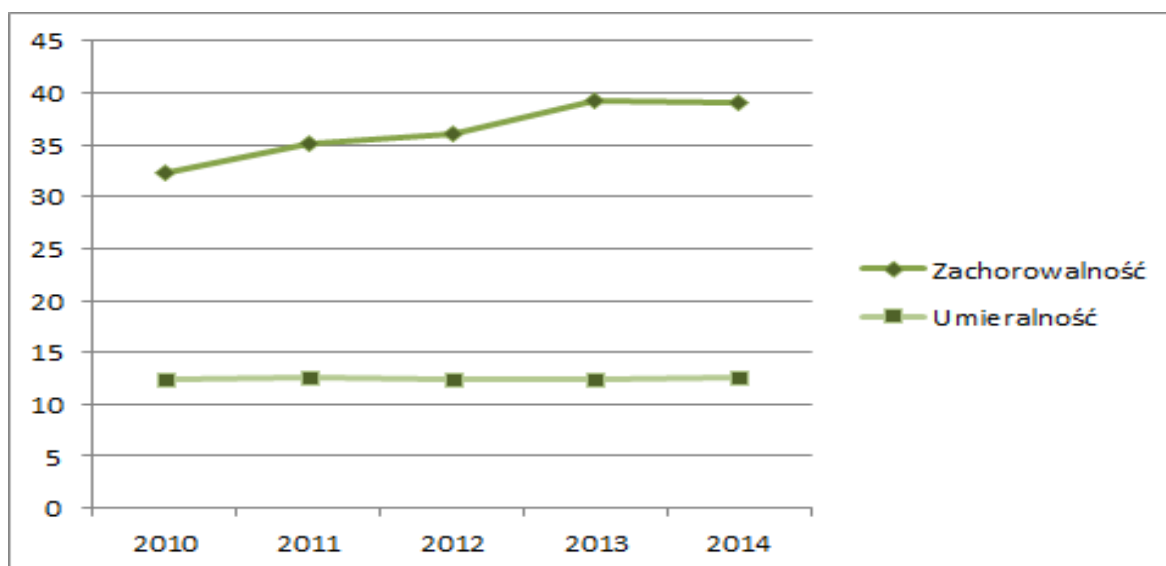
W celu zachęcenia mężczyzn po 45. roku życia do zgłoszenia się na badanie powstała kampania „Nie krępuj się, zerwij z milczeniem” w ramach Programu „Mam Haka na Raka”. Przewodnymi zadaniami są uzmysłowienie Polakom istotność profilaktyki, by jej nie zaniedbywać oraz jakie skutki wynikają z późnego wykrycia raka. Kampania ta walczy również z milczeniem, jakie występuje wśród mężczyzn, jeżeli chodzi o ten nowotwór, aby uwolnić się od wstydu porozmawiania z lekarzem na ten temat [16,17].

Rak gruczołu krokowego zwykle dobrze rokuje. Współczynnik 5-letniego przeżycia u pacjentów z rozpoznany tym nowotworem (w latach 2003-2005) wynosi 76,4% [18].

Tab. I. Zachorowania i zgony na raka gruczołu krokowego w roku 2014

Wskaźnik	Liczba bezwzględna	Współczynnik standaryzowany	Odsetek
Zachorowania	12 343	39,00	15,58
Zgony	4440	12,63	8,43

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory2014.pdf> dostęp z dnia 26.03.



Ryc. 10. Współczynniki standaryzowane zachorowalności i umieralności na raka gruczołu nowotworowego u mężczyzn w Polsce w latach 2010-2014.

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 26.03.2017.

Rak płuca

Rak płuca znacznie częściej występuje u mężczyzn (ryc. 11) i jest wśród nich najczęstszą przyczyną zachorowalności na nowotwory złośliwe. Spośród wszystkich, zdiagnozowanych w Polsce w 2014 roku nowotworów (159 208 przypadków), stanowi on 13,82 % (22 003 przypadków). U obu płci jest również główną przyczyną zgonów z powodu chorób nowotworowych. W populacji mężczyzn przyczynił się do 30,1% zgonów, a w populacji kobiet do 17,2% (tab.2) . Pod tym względem wyprzedza nawet raka piersi, którego zachorowalność jest wyższa [1]. U płci męskiej liczba nowych zachorowań wzrastała do lat 90., a następnie zaczęto obserwować tendencję spadkową, która wciąż się utrzymuje. Maleje również liczba zgonów. U płci żeńskiej nie można niestety powiedzieć tego samego. Z

każdym rokiem rejestruje się coraz większą ilość zachorowań z jednoczesnym wzrostem liczby zgonów (ryc.11) [6,19]. Prognozy podają, że do 2025 roku u mężczyzn powyżej 35. roku życia współczynnik umieralności będzie malał, natomiast liczba zgonów z powodu raka płuc będzie rosła. Za to głównie będzie odpowiadać najstarsza grupa wiekowa. U kobiet przewiduje się zarówno wzrost współczynnika, jak i liczby zgonów [2].

Grupy o zwiększonym ryzyku zachorowania to głównie palacze zarówno czynni, jak i bierni. Wykazano, że zawarte w dymie papierosowym substancje są dominującą przyczyną wystąpienia tego nowotworu [20]. Wielkość zagrożenia zależy od jak dawna palimy, ilości, od tego, w którym okresie życia rozpoczęliśmy, ale również od płci. Udowodniono większe narażenie utraty zdrowia (nie tylko ryzyko zachorowania na raka płuc) u palących kobiet niż palących mężczyzn. Jeżeli chodzi o ilość - każda większa ryzyko, nawet sporadyczne wypalanie papierosa [21]. Zanieczyszczenia środowiska, ekspozycje na związki chemiczne, takie jak np. azbest, metale ciężkie, czynniki fizyczne czy obciążenie genetyczne także się przyczyniają. Aczkolwiek mają one mniejsze znaczenie [22]. Raka płuc cechuje zwykle krótka przeżywalność. Współczynnik 5-letniego przeżycia (ogółem) wynosi jedynie 13,1% - 16,9% w przypadku kobiet, 11,9% mężczyzn (pacjenci zdiagnozowani w latach 2003-2005) [18]. Z powyższych przyczyn niezwykle istotna jest więc profilaktyka i wykrywanie nowotworu w jego wczesnych stadiach, co pozwala na lepsze rokowanie.

W badaniach przesiewowych z zastosowaniem radiografii klatki piersiowej, z lub bez analizy cytologicznej próbek płwociny, okazały się one nieskuteczne w zmniejszaniu liczby zgonów. Badaniem, z widocznym efektem, jest natomiast niskodawkowa tomografia komputerowa (NSTK) klatki piersiowej. Skuteczność tej metody potwierdzają wyniki badania *National Lung Screening Trial* (NLST), zapoczątkowanego w 2002 roku. Wyniki zostały opublikowane w *The New England Journal of Medicine* w 2011 roku. Zostało ono przeprowadzone u palaczy z historią palenia co najmniej 30 paczkolet oraz u byłych palaczy, którzy rzucili nałóg w przeciągu ostatnich 15 lat. Uczestnicy mieli od 55 do 74 lat. W badaniach zastosowano dwie metody. Pierwsza z nich to właśnie niskodawkowa tomografia komputerowa (*low-dose computed tomography*; LDCT), druga natomiast to RTG klatki piersiowej, wykorzystana w grupie kontrolnej. Wyniki NLST wykazały znaczne zmniejszenie liczby zgonów z przyczyn raka płuc w grupie, w której użyto niskodawkowej TK. Stwierdzono u niej spadek śmiertelności o 20% w porównaniu z grupą radiologiczną. Powikłania po przeprowadzeniu obu badań występowały bardzo rzadko. Powyższe rezultaty wskazują na odniesienie sukcesu przez NLST [22]. Badania obserwacyjne wykazały, że

metoda niskodawkowej TK posiada większą jej precyzję w porównaniu do zdjęcia RTG. Pozwala ona na wykrycie nowotworu płuc we wczesnym jego stadium. Wykonywane zdjęcia są wysokiej rozdzielczości, równocześnie przy takiej dawce promieniowania, która nie jest niebezpieczna dla pacjenta. Wadą tej metody jest wysoki procent wyników fałszywie dodatnich, co zostało potwierdzone stabilnością kolejnych zdjęć TK. Ich ilość jest wyższa niż w przypadku badań radiologicznych [22].

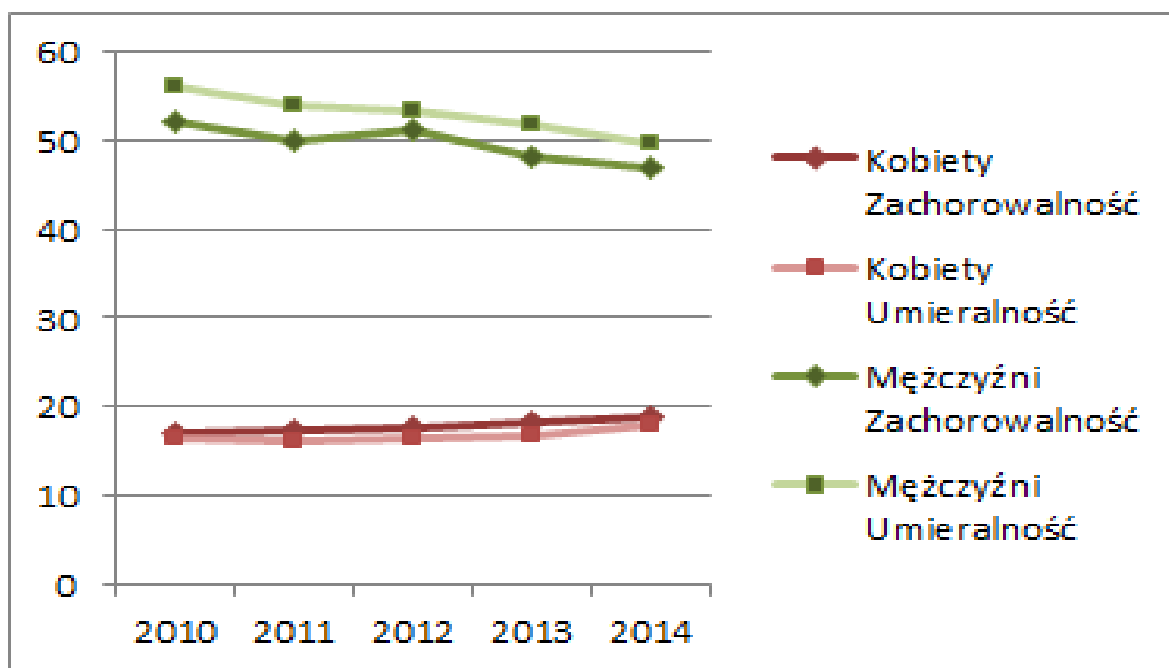
Tab. II. Zachorowania i zgony na raka płuc w Polsce w roku 2014.

Wskaźnik	Płeć	Liczba bezwzględna	Współczynnik standaryzowany	Odsetek
Zachorowania	Kobiety	7322	18,7	9,2
	Mężczyźni	14 681	47,0	18,53
Zgony	Kobiety	7349	17,99	17,14
	Mężczyźni	15 827	49,76	30,04

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory2014.pdf> dostęp z dnia 26.03.2017.

Na terenie Polski działa Program Profilaktycznego Wczesnego Wykrywania Raka Płuc [23]. Jest on jednym z programów działających w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych [22]. Aktualna edycja programu obejmuje lata 2016-2024 i jest kontynuacją poprzedniej. Głównie realizowany jest on na terenach, gdzie wczesna wykrywalność tego nowotworu jest bardzo niska. Obejmuje on bezpłatne badania przesiewowe, przy użyciu metody NSTK, co pozwala na wykrycie nowotworu, zanim pojawią się objawy. Dzięki temu zwiększa się procent skuteczności leczenia chorego, co wiąże się z większą wyleczalnością. Skorzystanie z tego programu przysługuje osobom mieszcącym się w przedziale wiekowym 50-70 lat, palącym wyroby tytoniowe w ilości 1 paczki na dzień przez okres co najmniej 20 lat, osobom narażonym na ekspozycję czynników rakotwórczych oraz niezależnie od wieku u tych, u których wskaźnik odsetkowy EFV1 jest mniejszy niż 70% wartości należnych [3]. Program obejmuje województwa: mazowieckie, śląskie, podlaskie, lubelskie, łódzkie, dolnośląskie i wielkopolskie. Na obszarze województwa dolnośląskiego program dotyczy powiatów: jaworskiego, oławskiego, wołowskiego,

strzelińskiego oraz trzebnickiego, a pracownia TK znajduje się we Wrocławiu przy ul. Legnickiej 40 [24].



Ryc. 11. Współczynniki standaryzowane zachorowalności i umieralności na raka płuc w Polsce, w latach 2010-2014.

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 26.03.2017.

Najważniejszym aspektem w zapobieganiu wystąpienia raka płuc jest naturalnie, nierozpoczynanie palenia wyrobów tytoniowych lub rzucenie tego nałogu, gdyż ma on największy udział w rozwoju tego nowotworu [25]. Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu (2013 rok), wskazuje na przyznanie się do nałogowego palenia 27% badanych (31% wśród mężczyzn, 23% wśród kobiet). W porównaniu do wcześniejszych pomiarów jest to niższy wynik (2009 - 29% badanych, 2011 - 31% badanych) [26]. Na terenie naszego kraju organizowane są akcje ostrzegające przed niebezpieczeństwem, jakie niesie za sobą ten nałóg. Jedną z nich jest kampania „Nie wiąż się z papierosem” skierowana w szczególności do młodzieży, której pomysłodawczyniami są licealistki z Lublina. Jest to zwycięski pomysł w IV edycji programu „Mam Haka Na Raka” dedykowanej profilaktyce raka płuc. Pierwszorzędnym jej celem było dotarcie do młodzieży szkół ponadgimnazjalnych, gdyż aż 38% oświadcza, że pali, by uświadomić im jak szkodliwy wpływ na zdrowie człowieka ma palenie [27,28].

Rak sutka

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet [1,6]. W 2014 roku w Polsce stwierdzono nowych 17 379 zachorowań (tab.3). Największą zachorowalność zarejestrowano w przedziale wiekowym 65-69 lat. Jest drugą przyczyną zgonów z powodu chorób nowotworów, po raku płuc u kobiet. W porównaniu do 1999 roku zwiększyła się ilość zachorowań 1,6 razy, zaś liczba zgonów 1,3 razy. W sumie zachorowało od 1999 roku 226 146 kobiet. U mężczyzn jest to rzadko występujący nowotwór. W 2014 roku był przyczyną 127 zachorowań oraz 49 zgonów [6]. Etiologia nie jest do końca jasna. Wśród czynników ryzyka wymienia się, m. in.: starszy wiek (>65. r.ż.), płeć żeńską, wczesny wiek wystąpienia pierwszej miesiączki, późną menopauzę, długotrwałą hormonalną terapię zastępczą (HTZ), późny wiek urodzenia pierwszego dziecka (>30. r.ż.), narażenie na promieniowanie jonizujące, niektóre łagodne zmiany rozrostowe piersi, wystąpienie nowotworu piersi u krewnych pierwszego stopnia, mutacje genów BRCA1 i BRCA2, niezdrowy styl życia [29,30,31]. Najlepszym sposobem wczesnego wykrycia nowotworu jest profilaktyka. Składa się na nie samobadanie piersi, które jest ważnym elementem przy wczesnym wykryciu zmian, obejmuje oglądanie i badanie palpacyjne, a kobieta powinna badać się co miesiąc, najlepiej w 2-3 dniu cyklu., następnie badanie lekarskie, które powinno być przeprowadzane co 3 lata w przedziale wiekowym 20-39 lat, zaś co 1 rok u kobiet powyżej 40. r.ż. bez objawów i dodatkowych czynników ryzyka [30,32]. Kolejnym badaniem jest ultrasonografia piersi, która jest zalecana kobietom między 20. a 40. r.ż., z powodu budowy gruczołowej piersi oraz jako badanie wspomagające przy mammografii (MMG) przy wykryciu niewidocznych zmian w tym badaniu rentgenowskim. Ono z kolei może wykryć do 95% zmian nowotworowych i jest najlepszym narzędziem do wczesnego wykrywania nowotworów sutka i w konsekwencji szybszej możliwości wyleczenia [32]. Wykonuje się dwie podstawowe projekcje: skośną (przysrodkowo-boczną) i kranio-kaudalną (górną-dolną). Na jej podstawie powinno się standardowo używać systemu oceny BIRADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) [30]. MMG jest badaniem przesiewowym zalecanym kobietom między 50. a 69. r.ż. oraz które spełniają co najmniej jeden z warunków [33]:

- nie miały wykonywanej mammografii w ciągu ostatnich dwóch lat,
- otrzymały w ramach programu profilaktyki raka piersi pisemne wskazanie do wykonania powtórnej mammografii po 1. roku z powodu obciążenia następującymi czynnikami ryzyka:
 - rak piersi wśród członków rodziny (u matki, siostry lub córki),

- mutacja w obrębie genów BRCA1 lub BRCA2,
- nie miały wcześniej stwierdzonej zmiany nowotworowej piersi o charakterze złośliwym.

Istotnym elementem, którego celem jest wykrycie nowotworu jest poradnictwo genetyczne. Dziedziczna przyczyna stanowi problem kilku procent kobiet. Najczęściej dotyczy mutacji w genach BRCA 1 oraz BRCA 2. Nosicielami jest od 3 do 5% populacji chorującej na nowotwory piersi. Innymi genami z wysoką penetracją i dużym ryzykiem rozwinięcia tego nowotworu są geny PTEN i TP53 [30].

Na terenie Dolnego Śląska istnieje możliwość wykonania bezpłatnych wybranych badań genetycznych, np. u osób zdrowych we Wrocławiu w Poradni Onkologicznej w Fundacji Uniwersytetu Medycznego przy ul. M. Curie-Skłodowskiej, zaś z rozpoznaniem histopatologicznym w Świdnicy w Poradni Onkologicznej w Szpitalu „Latawiec” przy ul. Leśnej [34,35]. Pacjentka, która się zgłosi musi być ubezpieczona i posiadać skierowanie od lekarza rodzinnego. Przy kwalifikacji do badań genetycznych lekarz ocenia ryzyko wystąpienia nowotworu i głównie na podstawie wywiadu rodzinnego zleca odpowiednie badania [36].

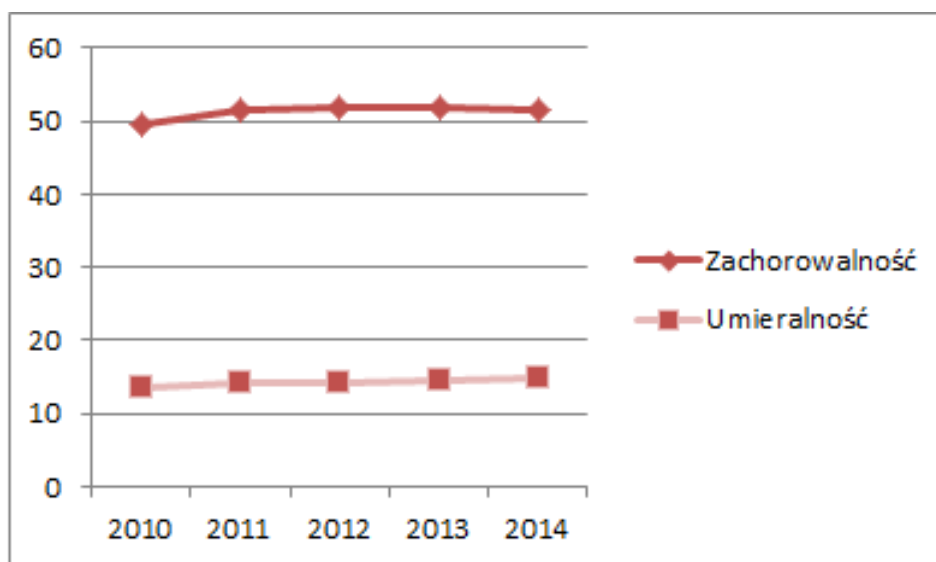
Wykonywane są również odpłatne badania w wielu pracowniach diagnostycznych. Od wielu lat tworzone są akcje mające na celu uświadamianie i zachęcanie społeczeństwa do badań profilaktycznych. Przykładem jednej z nich jest Ogólnopolski Program dla Młodzieży „Mam Haka na Raka”, który poprzez działania młodych ludzi ma wpływać na dorosłych w kierunku odpowiedzialnej postawy wobec badań w kierunku nowotworów. Pierwsza edycja powstała 2007 roku, której tematem był właśnie rak piersi. Wygrali go licealiści z Ząbkowic Śląskich, którzy stworzyli kampanię z hasłem: „Wystarczy tak niewiele...” mającą na celu zachęcenie kobiet do samobadania piersi [37].

Kolejnym, od lutego 2015 roku co miesiąc przedsięwzięciem mającym zwiększyć udział naszego społeczeństwa w badaniach diagnostycznych są stacjonujące w całym kraju, a szczególnie tam, gdzie nie ma stacjonarnych gabinetów tzw. „Mammobusy”. Są to pojazdy specjalnie dostosowane do wykonywania mammografii. Odwiedzają wybrane powiaty na danym terenie województwa, dzięki którym kobiety w wieku 50-69 lat mogą bezpłatnie wykonać badania w ramach finansowanego przez NFZ „Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi”[38]. Bilansem Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi w 2015 roku na Dolnym Śląsku było przebadanie 100 tysięcy kobiet i postój 1000 mammobusów [39]. Średni odsetek 5- letnich przeżyć w Polsce wynosi 74% [40].

Tab. 3. Zachorowania i zgony na raka sutka u kobiet w Polsce w roku 2014.

Wskaźnik	Liczba bezwzględna	Współczynnik standaryzowany	Odsetek
Zachorowania	17379	51,62	21,7
Zgony	5975	14,77	13,94

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty> dostęp z dnia 26.03.2017.



Ryc. 12. Współczynniki standaryzowane zachorowalności i umieralności na raka sutka u kobiet w Polsce w latach 2010-2014.

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 26.03.2017.

Rak jelita grubego

Rak jelita grubego jest drugą najczęstszą przyczyną zgonów u mężczyzn i trzecim z kolei u kobiet z powodu chorób nowotworowych. W 2014 roku stwierdzono w sumie 18 041 nowych zachorowań (współczynnik zachorowalności wyniósł u mężczyzn 17,05/100 000 w raku okrężnicy oraz 11,6/100 000 w raku odbytnicy, zaś u kobiet, odpowiednio, 11,2/100 000 i 5,52/100 000). W 2014 roku zarejestrowano łącznie 11 411 zgonów (tab. 4) [6]. Można wyróżnić 3 mechanizmy karcinogenezy. Raki sporadyczne w przeważającej części – w 85% przypadków spowodowane w wyniku wielu nabytych mutacji genów supresorowych, dochodzi do rozrostu nabłonka gruczołowego i utworzenia gruczolaka, który następnie ulega zezłośliwieniu pod wpływem onkogenów. Kolejnym mechanizmem jest mutacja lub

unieczynnienie genów mutatorowych, w wyniku których następuje niekontrolowany rozrost nabłonka. Trzecim jest mechanizm epigenetyczny [41].

Wśród czynników ryzyka można wyróżnić: starszy wiek (szczególnie >75. r.ż.), zwiększona masa ciała, niska aktywność fizyczna, rasa biała, rozmieszczenie geograficzne (częściej u mieszkańców Europy północnej), nieodpowiednia dieta (zwiększona zawartość nienasyconych tłuszczów, alkohol), gruczolaki, nieswoiste choroby zapalne jelit, dodatni wywiad rodzinny w kierunku raka jelita grubego (krewni 1. stopnia bez uwarunkowanego genetycznie występowania) oraz genetyczne zespoły prowadzące do rozwoju raka jelita grubego [42]. Większość nowotworów jelita grubego powstaje na podłożu gruczolaka. Większe ryzyko jego zezłośliwienia jest przy uszypułowanych, kosmkowych i o większych rozmiarach. Również w niektórych zespołach uwarunkowanych genetycznie występuje omawiany nowotwór. Należą do nich: zespół polipowatości rodzinnej, a najważniejszą wśród nich jest rodzinna polipowatość gruczolakowata (*FAP-familial adenomatous polyposis*) oraz zespół Lyncha - dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (*HNPCC - hereditary non-polyposis colorectal cancer*), który jest najczęstszą uwarunkowaną genetycznie przyczyną wywołującą rak jelita grubego [41]. Klasyfikacja histologiczna wyróżnia 3 typy polipów: śluzówkowe nowotworowe, wśród których wyróżnia się gruczolaki cewkowe, cewkowo-kosmkowe, kosmkowe i "ząbkowane" (mogą ulec zezłośliwieniu), następnie typ śluzówkowych nienowotworowych, których przykładem są polipy hiperplastyczne (metaplastyczne), które stanowią 90% polipów u dorosłych oraz typ podśluzówkowy [42, 41].

Ważną częścią profilaktyki są badania przesiewowe. W standardowym protokole znajdują się: badanie na obecność krwi utajonej co 12 miesięcy, sigmoidoskopia co 5 lat, kolonoskopia co 10 lat (przy wykryciu polipa kontrolna kolonoskopia po 12 miesiącach i też badanie jelita z podwójnym kontrastem co 5-10 lat). Wskazaniami do badań przesiewowych są: osoby w wieku 50 lat i powyżej bez obciążonego wywiadu rodzinnego, stosujemy wtedy standardowy protokół co 10 lat, zaś u osób z dodatnim wywiadem rodzinnym i obciążeniami, protokół ten jest odpowiednio modyfikowany. Trzeba zwrócić uwagę na liczbę krewnych pierwszego stopnia, którzy zachorowali na rak jelita grubego w wieku 60 lat lub powyżej bądź pojedynczy przypadek zachorowania poniżej 60. roku życia, również należy zebrać wywiad w kierunku zespołu Lyncha i FAP oraz nieswoistych chorób zapalnych jelit [42].

W Polsce w celu wczesnego wykrywania raka jelita grubego wykonuje się badania przesiewowe. W systemie oportunistycznym, w którym pacjenci samodzielnie zgłaszają się na badanie (w latach 2016 do 2018 roku na terenie Dolnego Śląska wybranych jest 11 takich ośrodków), każda osoba w wieku 50-69 lat oraz osoby w wieku 40-49 lat, których krewni pierwszego stopnia chorowali na raka jelita grubego mogą wykonać bezpłatną kolonoskopię, pod warunkiem, że nie mieli jej w ciągu ostatnich 10 lat [43]. Dodatkowo od 2012 roku w ramach PBP (Program badań przesiewowych) wysyłane są imienne, jednokrotne zaproszenia na kolonoskopię do osób w wieku od 55 do 64 lata realizowane przez wybrane ośrodki [44].

W ustanowionym przez ministerstwo zdrowia w 2015 roku wieloletnim programie na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych” badania przesiewowe obejmuje osoby:

- 1) w systemie bez zaproszeń – osoby bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego:
 - w wieku 50–65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego
 - w wieku 40–49 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego
 - w wieku 25–49 lat, z rodzin, w których wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC).

W tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny HNPCC. Członkowie takiej rodziny powinny mieć powtarzane kolonoskopie co 2–3 lata, chyba że badanie genetyczne wskaże, że u tej osoby nie ma mutacji i wtedy może być zwolniona z kontrolnych kolonoskopii.

- 2) w systemie z zaproszeniami – osoby w wieku 55–64 lat, niezależnie od występowania lub braku objawów klinicznych sugerujących raka jelita grubego [3].

W celu podniesienia stanu świadomości na temat profilaktyki raka jelita grubego w 2012 roku powstała kolejna akcja w ramach Ogólnopolskiego Programu dla Młodzieży “Mam Haka na Raka”. Tym razem była to 5. edycja.

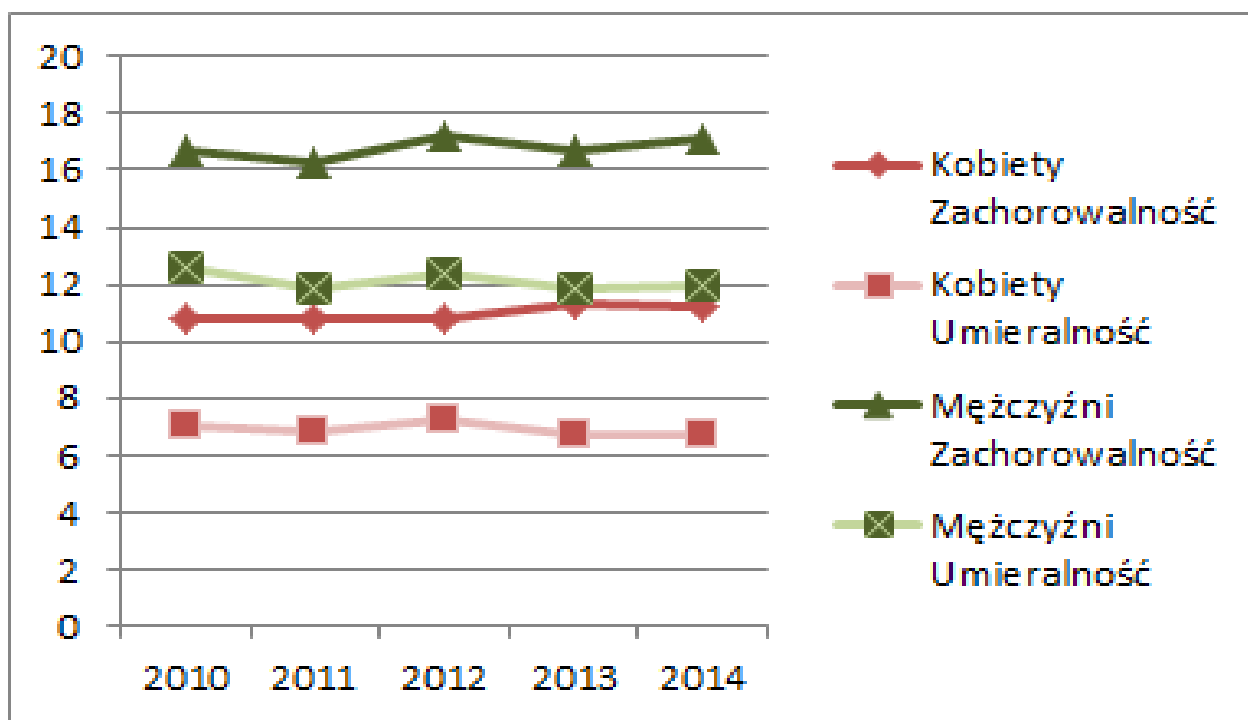
Hasłem zwycięskiej kampania było- „Zabezpiecz tyły, zrób kolonoskopię”. Autorami byli uczniowie z Zespołu Szkół Technicznych "Mechanik" w Jeleniej Górze [45].

Średni odsetek 5 - letnich przeżyć w Polsce wynosi około 40 % [41].

Tab. 4. Zachorowania i zgony na raka okrężnicy w Polsce w roku 2014.

Wskaźnik	Płeć	Liczba bezwzględna	Współczynnik standaryzowany	Odsetek
Zachorowania	Kobiety	4938	11,2	6,2
	Mężczyźni	5401	17,05	6,82
Zgony	Kobiety	3400	6,69	7,93
	Mężczyźni	3957	11,95	7,51

Źródło: Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 26.03.2017.



Ryc.13 Współczynniki standaryzowane zachorowalności i umieralności na raka okrężnicy w Polsce, w latach 2010-2014

Źródło : Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 26.03.2017.

Prognozy dotyczące zachorowalności i umieralności do 2025 roku (z roku 2009)

Do roku 2025 przewiduje się ciągły wzrost liczby nowych zachorowań zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. W przypadku osób między 20. a 44. rokiem życia prawdopodobnie

wciąż będzie się utrzymywać większa zachorowalność u płci żeńskiej, a nawet oczekuje się, że różnica ta z każdym rokiem będzie się zwiększać. U grupie wiekowej 45-64 lat przewidywano, że do roku 2015 liczba zachorowań w populacji mężczyzn będzie się zwiększać, co się jednak nie sprawdziło. U mężczyzn w tym wieku liczba zachorowań wzrastała do roku 2012 (29 590), a już w 2013 zauważono jej spadek (29 095) (raporty). W 2014 roku nieznacznie wzrosła (wyniosła 29 229), natomiast wciąż nie była wyższa niż w roku 2012. Wartość ta dla roku 2015 wciąż jest nieznana. Prognozy podają, że po tym roku liczba zachorowań ma się zmniejszać (do 2025 roku). U kobiet oczekuje się nieprzerwanego wzrostu liczby zachorowań. U osób po 65. roku życia najprawdopodobniej u obu płci będziemy obserwować coraz więcej nowych przypadków zachorowań [2].

Podsumowanie

Z powodu tendencji wzrostowych liczby zachorowań oraz zgonów w wyniku chorób nowotworowych w Polsce społeczeństwo powinno bardziej zwracać uwagę na zdrowy styl życia, który ma duży wpływ na nasz stan zdrowia [6,46]. Szczególnie należy ograniczyć stosowanie używek, głównie wyrobów tytoniowych, które są główną przyczyną powstawania raka płuc [20]. Stanowi on najczęstszą przyczynę zgonów wśród chorób nowotworowych w Polsce [1]. Pacjenci, aby spowolnić ten trend powinni chętniej zgłaszać się do udziału w badaniach przesiewowych i diagnostycznych, a lekarze jeszcze aktywniej ich do tego zachęcać oraz kształtować w nich holistyczne podejście do zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Wojciechowska U., Olasek P., Czauderna K., Didkowska J.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2014 roku, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 2016.
2. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku, Warszawa ,2009.
3. Załącznik do uchwały nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. (poz.1165). Program wieloletni na lata 2016-2024, Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych. <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/Uchwala-Nr-208-NPZCHN-2016-2024.pdf> , data pobrania 26.03.2017.
4. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut. <http://onkologia.org.pl/projekcie/>, data pobrania 26.03.2017.

5. Didkowska J., Wojciechowska U.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. <http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-ogolem-2/>, data pobrania 26.03.2017.
6. Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie, <http://onkologia.org.pl/raporty/>, data pobrania 26.03.2017.
7. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2012 roku, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2014. ISSN 0867–8251
8. Didkowska J., Wojciechowska U.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2013 roku, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015. ISSN 0867–8251.
9. Didkowska J., Wojciechowska U.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie, <http://onkologia.org.pl/wojewodzkie-biura-rejestracji/>, data pobrania 26.03.2017.
10. Sosnowski R., Dobruch P., Skrodzka M., Didkowska J., Wojciechowska U.: Rak gruczołu krokowego - istotny problem epidemiologiczny i kliniczny we współczesnej medycynie, *Medycyna po Dyplomie*, 2014, 23, 10, 58-67.
11. Szewruk M.: Badania przesiewowe w profilaktyce raka gruczołu krokowego. http://www.nowotworowe.pl/badania_przesiewowe_w_profilaktyce_wybranych_raka_gruczolu_krokowego.htm, data pobrania 26.03.2017.
12. Stelmach A., Potemski P., Borówka A, Chłosta P., Demkow T., Fijuth J., Jaszczyński J., Wysocki P.: Nowotwory układu moczowo-płciowego. http://onkologia.zalaczenia.med.pl/pdf/PTOK_2013_07_Nowotwory%20ukladu%20moczowo-plciowego.pdf, data pobrania 26.03.2017.
13. Stowarzyszenie Mężczyzn z Chorobami Prostaty „GLADIATOR” im. Profesora Tadeusza Koszarowskiego, Szanowny Panie zrób badanie! – 15 września Europejski Dzień Prostaty, <http://gladiator-prostata.pl/elit-eget-tincidunt-condimentum-eros-ipsu-m-rutrum-orci/>, data pobrania 26.03.2017.
14. Swolkień M., Pilch P., Juszcak K., Drewniak T., Maciukiewicz P.: Badania przesiewowe w kierunku raka gruczołu krokowego z wykorzystaniem oceny stężenia swoistego antygenu sterczowego - przegląd literatury, *Przegląd Urologiczny* 2013/6 (82). <http://www.przegląd-urologiczny.pl/artukul.php?2520>, data pobrania 26.03.2017.

15. Stowarzyszenie Mężczyzn z Chorobami Prostaty „GLADIATOR” im. Profesora Tadeusza Koszarowskiego, Kalendarz badań, <http://gladiator-prostata.pl/czesto-zadawane-pytania/> (1.04.2017).
16. Rak Prostaty - Kampania „Nie krępuj się, zerwij z milczeniem”,
17. <http://www.niezpapierosem.pl/nasze-kampanie/rak-prostaty/>, data pobrania 26.03.2017.
18. Kampania społeczna - o projekcie. <http://www.zbadajprostate.pl/kampania-spoeczna/o-projekcie/>, data pobrania 26.03.2017.
19. Obecny stan zwalczania nowotworów w Polsce, 16 maj 2014. Polskie towarzystwo onkologiczne, https://pto.med.pl/content/download/7709/84400/file/Obecny_Stan.pdf, data pobrania 26.03.2017.
20. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut. Nowotwory złośliwe opłucnej i płuca, <http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-oplucnej-pluca-c33-34/#r>, data pobrania 26.03.2017.
21. Adamska A.: Rak płuca. http://www.nowotworowe.pl/rak_pluca.htm, data pobrania 26.03.2017.
22. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut, Płuco i opłucna <http://onkologia.org.pl/nowotwory-pluca-oplucnej-tchawicy/>, data pobrania 26.03.2017.
23. Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening, the New England Journal of Medicine 2011. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1102873#t=article>, data pobrania 26.03.2017.
24. Znaczenie prostych badań profilaktycznych dla wczesnego wykrywania chorób nowotworowych, http://www.onkonet.pl/n_n_znbadan_profilaktycznych.php, data pobrania 26.03.2017.
25. Wczesne Wykrywanie Raka Płuc, <http://www.luxmed-diagnostyka.pl/dla-pacjentow/oferta/wczesne-wykrywanie-raka-pluc>, data pobrania 26.03.2017.
26. Kodeks walki z rakiem - Badania przesiewowe, <http://www.kodekswalkizrakiem.pl/badania-przesiewowe/>, data pobrania 26.03.2017.
27. Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu, TNS Polska, Warszawa 2013. http://www.zdrowiewciazy.pl/pdf/publikacje/2013_tns_polska_gis_raport.pdf, data pobrania 26.03.2017.

28. Wystartowała kampania społeczna „Nie wiąż się z papierosem” <http://www.domzdrowia.pl/artukul/wystartowala-kampania-spoeczna-nie-wiaz-sie-z-papierosem-1454> data pobrania 26.03.2017.
29. Kampania społeczna - o projekcie. <http://www.niezapapierosem.pl/kampania-spoeczna/o-projekcie/>, data pobrania 26.03.2017.
30. Szewczuk, K.: Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. [w:] Rak piersi. J. Kornafel (red.), Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, Warszawa, 2011, 6-9.
31. Jassem J., Krzakowski M., Bobek-Bilewicz B., Duchnowska R., Jeziorski A., Olszewski W., Senkus-Konefka E., Tchórzewska H.: Rak piersi. J [w:] Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych — 2013 rok tom I. Krzakowski M., Warzocha K. (red.). Via Medica, Gdańsk, 2013, 213-216.
32. Breast Cancer Facts & Figures 2007-2008 <https://old.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/bcfffinalpdf.pdf>, data pobrania 26.03.2017.
33. Rak piersi <http://www.puo.pl/badania-profilaktyczne/rak-piersi>, data pobrania 26.03.2017.
34. Program profilaktyki raka piersi (mammografia) <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/>, data pobrania 26.03.2017.
35. Ośrodki w Polsce wykonujące badania genetyczne http://genetyka.com/?page_id=119, data pobrania 26.03.2017.
36. Fundacja Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu – Poradnia http://fundacjaam.pl/poradnia_genetyczna_info_dla_pacjenta.html, data pobrania 26.03.2017.
37. Międzynarodowe centrum nowotworów dziedzicznych. Informacje dla pacjentów http://genetyka.com/?page_id=122, data pobrania 26.03.2017.
38. Rak piersi. Kampania „wystarczy tak niewiele...” <http://www.mamhakanaraka.pl/program/editions>, data pobrania 26.03.2017.
39. Mammobusy <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/mammobusy>, data pobrania 26.03.2017.
40. Ponad 100 tysięcy kobiet na Dolnym Śląsku skorzystało z mammografii w 2015 roku, przebadaj się i Ty! <https://www.nfz-wroclaw.pl/default2.aspx?obj=47408%3b48997&des=1%3b2&eev=2&eev=2>, data pobrania 26.03.2017.
41. Krzemieniecki K.: Wybrane nowotwory. [w:] Interna Szczeklika 2015. P. Gajewski (red.) Med. Pr., 2015, 2268.

42. Bartnik W.: Choroby jelita grubego. [w:] Interna Szczeklika 2015. P. Gajewski (red.) Medycyna Praktyczna, Kraków, 2015, 1013-1019.
43. Herman R., Reguła J., Pałucki J., Polkowski W., Potemski P. Rak okrężnicy. [w:] Nowotwory układu pokarmowego. P. Potemski, W. Polkowski (red.). [w:] Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych — 2013 rok tom I. M. Krzakowski, K. Warzocha (red.). Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2013, 179 - 182.
44. Ośrodki <http://pbp.org.pl/osrodki/>, data pobrania 26.03.2017.
45. Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego <http://pbp.org.pl/>, data pobrania 26.03.2017.
46. Rak jelita grubego. Kampania „wystarczy tak niewiele...” <http://www.mamhakanaraka.pl/am/editions>, data pobrania 26.03.2017.
47. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut, Profilaktyka nowotworowa. <http://onkologia.org.pl/profilaktyka-nowotworowa/>, data pobrania 26.03.2017.

Konkurencyjność podmiotów leczniczych w sektorze opieki paliatywnej

Bogdan Magdalena¹, Barańska Agnieszka², Firlej Ewelina³, Janiszewska Mariola³

1. Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny; Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
2. Zakład Matematyki i Biostatystyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wprowadzenie

Proces starzenia się jest zjawiskiem uniwersalnym to znaczy, że dotyka każdej społeczności i każdego kraju. W ostatnich latach obserwujemy wzrost intensywności tego zjawiska. Jest on widoczny szczególnie w państwach wyżej rozwiniętych. Starzeniu się towarzyszy spadek przyrostu naturalnego (mała liczba urodzeń) oraz wzrost odsetka osób starszych w populacji. Jak pokazują badania demograficzne, w Polsce od ponad 20 lat obserwujemy systematyczny spadek liczby urodzeń, co powoduje zmniejszenie udziału najmłodszych grup wiekowych w populacji [1].

W obecnych czasach jesteśmy świadkami dynamicznego postępu w dziedzinie medycyny. Pozwoliło to na skuteczniejszą diagnostykę chorób oraz ich leczenie, co wiąże się niewątpliwie z zapewnieniem coraz lepszych warunków opieki medycznej. Efektem tych działań jest wydłużenie przeciętnej trwania życia [2]. Jak ukazują aktualne prognozy GUS, w 2014 roku nastąpił wzrost prognozowanych lat życia dla mężczyzn o 12,7 lat (o 3,2 więcej niż w 1991 roku), z kolei dla kobiet odpowiednio 16,3 (więcej o 3,9 lat). Dokonując analizy wieku mężczyzny 80+, miał on przed sobą jeszcze 7,7 lat życia, co oznaczało wzrost o 2,2 lat więcej aniżeli osoba w tym samym wieku w roku 1991r., odpowiednio dla kobiet było to 9,4 lata, co stanowiło wzrost o ponad 2,7 lat [3,4].

Wraz ze wzrostem populacji w najstarszych grupach wiekowych, nastąpi wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki paliatywnej, w tym na wykwalifikowany personel medyczny. Proces starzenia się silnie koreluje ze wzrostem zachorowalności na różnego rodzaju choroby degeneracyjne, choroby sercowo-naczyniowe, mięśniowo-szkieletowe czy nowotwory złośliwe. Sprawi to, iż nacisk na rozwój opieki paliatywnej będzie jeszcze większy.

Przyczyn takiego stanu możemy upatrywać zarówno w negatywnym oddziaływaniu czynników środowiskowych oraz przedłużaniu życia osób chorujących przewlekle, jako następstwa postępu technologicznego [5,6].

W obliczu zachodzących przemian demograficznych konieczne jest wzmocnienie sektorów szczególnie powiązanych z fazą starości. W ten nurt wpisuje się specjalność medyczna, jaką jest opieka paliatywna. Opieka ta powinna zostać objęta szczególnymi działaniami, tak aby każdy senior miał do niej dostęp na wszystkich szczeblach jej funkcjonowania. Fakt ten powoduje wzrost zainteresowania podmiotów leczniczych do podejmowania inwestycji w sektorze paliatywnej opieki zdrowotnej. W Polsce obserwowalny jest trend rozwoju opieki paliatywnej, co powoli zaczyna się wiązać z postępującym zjawiskiem konkurencji wśród niepublicznych podmiotów leczniczych. Przewiduje się natomiast znaczny rozwój zjawiska konkurencji w tym obszarze ze względu na wydłużenie średniej długości trwania życia, starzenie się społeczeństwa oraz coraz większe zapotrzebowanie na świadczenia opieki paliatywnej, w które niepubliczne podmioty zaczęły inwestować dosyć niedawno. Już teraz szacuje się, że ze wszystkich pacjentów, którzy wymagają tej opieki, tylko 60% jest nią objętych. Na ten moment umiera łącznie około 380 tys. osób, przy czym liczba zgonów z powodu chorób przewlekłych wynosi około 320 tys., w tym na choroby nowotworowe umiera około 80 tys. osób rocznie [25]. Dane te świadczą o znacznej niszy rynkowej, która prędzej czy później musi zostać zagospodarowana, szczególnie przez sektor prywatny.

Terminologia pojęć

Dokonując analizy piśmiennictwa medycznego spotykamy się z różnymi określeniami opieki paliatywnej.

Termin ten powstał w języku angielskim *palliative care*, pochodzi od łacińskich słów *pallium* i *palliatum*, nazwa wprowadzona przez doktora Balfour Moun – twórcę pierwszego oddziału medycyny paliatywnej w Montrealu [7,8,9]. *Pallium* z łac. oznacza maskę, obszerny płaszcz. Możemy przez to rozumieć, iż opieka paliatywna maskuje skutki nieuleczalnej choroby, otula płaszczem ochronnym chorych i jego bliskich. Z kolei *palliatum* definiuje się jako odziany, ubrany w grecki płaszcz [8,9].

Pojęcie opieki paliatywnej wywodzi się od wyrazów angielskich, pochodzących od terminu *palliatum*, a mianowicie *palliate* (czas. ukrywać, maskować, łagodzić, ulżyć), *palliation* (okrywanie, ukrywanie, łagodzenie), *palliative* (rzecz. to co daje powierzchowną i tymczasową

ulgę, służy do złagodzenia). Dzięki nim możliwe stało się wprowadzenie dziedziny medycznej zajmującej się opieką i uśmierzaniem bólu w chorobie przewlekłej [10].

Definicja opieki paliatywnej, według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z roku 1999 traktuje ją jako: aktywną, całościową oraz wielospecjalistyczną opiekę nad chorym, kiedy choroba nie poddaje się już leczeniu przyczynowemu. Opanowanie zarówno bólu, objawów, problemów o podłożu psychologicznym, socjalnym, duchowym staje się priorytetowe. Działania ukierunkowane są na podniesienie jakości życia zarówno osoby chorej przewlekle, jak i jej rodziny [9,12,17]. Koncentruje się na wielowymiarowości ludzkiego bólu, doznań; jakość życia pojmuje jako cel, do jakiego należy bezpośrednio dążyć [12].

Z kolei najnowsza definicja opieki paliatywnej opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) kładzie szczególny nacisk na zapobieganie cierpieniu. Jej treść brzmi: opieka paliatywna jest działaniem, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stających wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia, dzięki wczesnej identyfikacji oraz bardzo starannej ocenie i leczeniu bólu oraz innych problemów: somatycznych, psychosocjalnych i duchowych [11].

WHO w załączniku do definicji z 2002 roku wprowadza zasady, na jakich ma opierać się opieka paliatywna, są to: ulga w cierpieniu i innych objawach choroby, afirmacja życia – umieranie normalny proces ludzki, integracja psychologicznej i duchowej opieki w chorobie, system wsparcia zapewniający choremu aktywne życie aż do śmierci, zapewnienie wsparcia dla rodzin osoby chorej w czasie choroby jak i w okresie żałoby, podejście zespołowe mające na celu zaspokojenie wielorakich potrzeb chorego i jego rodziny, poprawa jakości życia osoby chorej, co może przełożyć się na pozytywny przebieg choroby, opieka paliatywna współlistnieje z innymi rodzajami terapii, które przedłużają życie chorego, tj. chemioterapia, radioterapia [12].

Opieka paliatywna dotyczy wszystkich rodzajów chorób, a nie szczególnych schorzeń. Nie jest ograniczona wiekiem, a więc dotyczy chorych w każdym przedziale wiekowym. Ma zastosowanie w zależności od szacowanych prognoz oraz potrzeb chorego. Powinna być świadczona w każdym stadium zaawansowanej choroby, w połączeniu z innymi metodami wspomagającymi proces leczenia [12,13].

Z kolei opieka terminalna stanowi przedłużenie opieki paliatywnej, jej kontynuację. Zapewnia pacjentowi opiekę w okresie bezpośredniego, nieuchronnego zagrożenia nadchodzącą śmiercią (w ciągu kilku godzin, kilku dni). Medycyna paliatywna to medyczna opieka specjalistyczna nad pacjentem, którego choroba jest aktywna, postępująca i zaawansowana. Rokowania są ograniczone, a celem podejmowanych działań jest poprawa

jakości życia. Należy pamiętać, że medycyna paliatywna rozpatruje potrzeby rodziny pacjenta zarówno podczas trwania choroby, jak i po jego śmierci [12].

Termin hospicjum pochodzi z łaciny od słów: *hospes* co oznacza gościa, gościnność, zapewnienie opieki cierpiącym chorym, hilton: hospicjum, w których chorzy cierpiący mogą czuć się bezpiecznie, z ang. *hospitality*: gościnność [15]. Opieka hospicyjna ściśle wiąże się z opieką paliatywną. Stanowi najbardziej rozpowszechnioną historycznie pierwotną formę opieki paliatywnej, na której strukturach została oparta i utworzona. Od swoich początków w dużej mierze powiązana z działalnością wolontaryjną struktur kościelnych. Opieka hospicyjna utożsamiana jest ze społecznym ruchem hospicyjnym, gdzie szczególną rolę odgrywa duchowa pomoc, opieka, towarzyszenie osobie chorej przewlekle [9,14,16].

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej definiuje te świadczenia jako wszechstronną, całościową opiekę oraz leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych [13].

Należy podkreślić, że zarówno opieka paliatywna, jak i opieka hospicyjna są terminami równoznacznymi i w wielu krajach używa się ich zamiennie zgodnie z zaleceniami WHO [9].

W ramach niniejszej pracy należy także przytoczyć definicje pojęcia konkurencji i konkurencyjności w sektorze zdrowotnym.

Termin „konkurencja” pochodzi od łacińskiego wyrażenia *concurrere*, które oznacza biec razem. Należy podkreślić, iż znaczenie merytoryczne niniejszego pojęcia jest inne i sprowadza się do współzawodnictwa pomiędzy konkurentami na rynku. W tym znaczeniu zjawisko konkurencji sięga odległych czasów. Występuje ono w wielu dziedzinach życia społecznego, gospodarczego, politycznego, kulturalnego, artystycznego, czy też sportowego [26].

Konkurencyjność jest natomiast zjawiskiem charakteryzującym pewne rodzaje relacji między podmiotami, które tym zjawiskiem zostały objęte. Relacje te polegają na konkurowaniu, czyli podejmowaniu działań zmierzających do efektywniejszej realizacji podobnych celów, jakie stawiają sobie inne podmioty działające na rynku. Aby skutecznie konkurować, to znaczy mimo przeszkód tworzonych przez konkurentów osiągać swoje cele, trzeba być konkurencyjnym [27].

W kontekście niniejszej pracy niezbędne jest zdefiniowanie pojęcia rynku usług zdrowotnych oraz usługi zdrowotnej samej w sobie.

Rynek zdrowotny definiowany jest jako szereg powiązanych ze sobą procesów, zachodzących pomiędzy świadczeniodawcami usług zdrowotnych (podmiotami leczniczymi) a świadczeniobiorcami (pacjentami). Specyfika usług zdrowotnych nasuwa wątpliwości, czy w przypadku ochrony zdrowia można mówić o mechanizmach stricte rynkowych. Dlatego też rynek ten, szczególnie w sektorze publicznym, w literaturze przedmiotu nazywany jest quasi rynkiem; niby rynkiem, czyli takim, w którym nie ma możliwości występowania mechanizmów konkurencyjnych, identyfikowanych w ramach wolnego rynku. Ocenia się, iż prywatny sektor opieki zdrowotnej, w znacznie większej mierze wykazuje cechy wolnorynkowe.

Usługą zdrowotną jest natomiast każde świadczenie zdrowotne, czyli świadczenie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonania [28].

Organizacja opieki paliatywnej w Polsce

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej mogą być udzielone pod warunkiem *przedstawienia skierowania wystawionego przez lekarza POZ, uzasadnienie wskazania medycznego* (choroba pacjenta) nierokująca poprawy. Świadczenia te udzielane są w warunkach stacjonarnych (hospicjum stacjonarne, oddział medycyny paliatywnej) lub w warunkach domowych (hospicjum domowe dla dorosłych, hospicjum domowe dla dzieci do 18. roku życia), w warunkach ambulatoryjnych (poradnia medycyny paliatywnej) [18]. Udzielane są bezpłatnie dla chorego i jego rodziny [19].

Zgodnie z rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, świadczeniobiorcami uprawnionymi do korzystania z niej są osoby chorujące na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe. Załącznik 1 do rozporządzenia ukazuje jednostki chorobowe klasyfikujące do leczenia, w przypadku osób dorosłych są to: choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV), nowotwory, następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego, układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy, kardiomiopatia, niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej, owrzodzenie odleżynowe [13]. Na mocy Zarządzenie NR 54/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r., w sprawie

określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, świadczenia paliatywno-hospicyjne finansowane są w ramach kontaktów NFZ, zwiernych z odpowiednim świadczeniodawcą. Postępowanie ma na celu wyłonienie kandydatów do realizacji świadczeń na obszarze: województwa, więcej niż jednego powiatu, powiatu, więcej niż jednej gminy, gminy, więcej niż jednej dzielnicy, dzielnicy [20].

Opieka paliatywno-hospicyjna może być realizowana przez jednostki publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ) oraz grupy nieformalne i stowarzyszenia. Jednostki publiczne są prowadzone w szpitalach klinicznych, wojewódzkich, powiatowych i miejskich, przychodniach oraz ośrodkach zdrowia. Ich organem założycielskim może być Minister Zdrowia, Wojewoda, Starosta lub Prezydent danego miasta. Z kolei jednostki niepubliczne działają jako inicjatywa stowarzyszeń, fundacji, związków wyznaniowych, czy osób prywatnych. Taka forma udzielania świadczeń opieki paliatywnej jest spotykana coraz częściej. W obecnym czasie poziom konkurencji w sektorze paliatywnej opieki zdrowotnej w Polsce nie jest jeszcze zbyt wysoki, ale perspektywa starzejącego się społeczeństwa oraz doświadczenia krajów zagranicznych (m.in. Niemiec czy krajów Skandynawskich), wskazują na pojawianie się nowych podmiotów leczniczych oferujących konkurencyjne pod względem ceny, jakości i innowacyjności świadczenia paliatywne.

Błędnie opieka paliatywno-hospicyjna utożsamiana jest z opieką długoterminową. W Polsce w ramach opieki długoterminowej udzielane są świadczenia w zakresie: usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych, a także paliatywno-hospicyjne. Te dwa rodzaje świadczeń różnią się wzajemnie pod względem wymagań personelu medycznego, sposobu kierowania podmiotami leczniczymi oraz kryteriami kwalifikacji pacjentów do objęcia opieką [21].

Opieka paliatywno-hospicyjna w Polsce. Prognozy na przyszłość

Wytyczne Komitetu 24 Ministrów dla państw członkowskich Rady Europy dotyczące organizacji opieki paliatywnej stanowią fundament jej funkcjonowania oraz zbiór zaleceń do prawidłowego funkcjonowania. Zgodnie z ich założeniami dostęp do opieki paliatywnej powinien być nieograniczony i dostępny dla wszystkich potrzebujących. Środki finansowe, rodzaj choroby, status materialny, pochodzenie, wyznanie nie powinny stanowić żadnej bariery, nie powinny powodować pogłębiania się zjawiska społecznych nierówności w zdrowiu. Prawa pacjenta, prawa człowieka, a szczególnie prawo do zachowania godności ludzkiej powinny być respektowane podczas udzielania wszystkich świadczeń paliatywno-hospicyjnych [9]. W skład wymiarów opieki paliatywnej Rady Europy wchodzi: łagodzenie

objawów, wsparcie psychologiczne, emocjonalne, duchowe, rodzinne, wsparcie w okresie osierocenia.

Bardzo ważne jest, aby kraje europejskie dążyły do stworzenia przyjaznej atmosfery, promującej rozwój opieki paliatywnej, podkreślając jej istotę – powinno stać się to ich zadaniem kluczowym. Osoby chore przewlekle, a także ich rodziny i całe społeczeństwo potrzebują działań edukacyjnych, ukierunkowanych na wyjaśnienie pojęcia opieki paliatywnej, jej możliwości oraz tego, co oferuje [12].

Dostęp do świadczeń paliatywno-hospicyjnych jest wciąż niewystarczający. Jak ukazuje Tomasz Buss i Monika Lichodziejewska-Niemierko w naszym kraju najlepiej rozwinięta jest hospicyjna opieka domowa dla dorosłych. Dane z 2007 roku prezentują ok. 284 zarejestrowanych zespołów opieki domowej dla dorosłych oraz 42 zespoły opieki domowej dla dzieci. Poradnie medycyny paliatywnej stanowiły 154 ośrodki, oddziały medycyny paliatywnej 70, a hospicja stacjonarne 65. Wyniki badań prowadzonych przez profesor Krystynę de Walden-Gałuszko pokazały obecność tzw. białych plam. Były to powiaty, w których opieka paliatywno-hospicyjna w ogóle nie istniała. Zadawałające się to, iż taka liczba powiatów ulega stopniowego zmniejszeniu [9]. Według raportu „Zdrowie i ochrona zdrowia” Głównego Urzędu Statystycznego w 2014 roku hospicja stacjonarne i oddziały opieki paliatywnej stanowiły 142 placówki (73 hospicja i 69 oddziałów opieki paliatywnej). Do ich dyspozycji było 2,5 tys. Łóżek. Dostarczyły opieki 33,8 tys. osób, a średnio pobyt w placówkach trwał 24 dni [22].

Powyższe dane jasno wskazują na konieczność zmian w tym obszarze. Powinny one dotyczyć, m.in. wyceny świadczeń z zakresu opieki paliatywnej, uszczelnieniu całego procesu finansowania w ochronie zdrowia, a także reorganizacji koszyka świadczeń gwarantowanych. Prognozuje się, że wprowadzenie niezbędnych reform może poprawić funkcjonowanie niniejszego sektora, w tym umożliwić wejście na rynek nowych podmiotów, podwyższenie poziomu ich konkurencyjności, a tym samym przyczynić się do obniżenia cen w sektorze niepublicznym, podniesienia jakości usług medycznych, a także zachęcić do większych inwestycji i wdrażania innowacji zarówno w obszarze obsługi, jak i procesu leczenia pacjentów paliatywnych.

Postępujący proces starzenia się społeczeństw stawia wyzwanie przed sektorem opieki zdrowotnej, w tym opieki paliatywnej ukierunkowanej na zaspokojenie potrzeb pacjentów chorych przewlekle. Starość wiąże się ze współistniejącymi chorobami, ich liczba z roku na rok stopniowo wzrasta [1]. Konsekwencje zmian demograficznych są i będą coraz bardziej

widoczne w każdej sferze życia ludzkiego (zdrowotnej, społecznej, ekonomicznej, politycznej, socjalnej, kulturalnej czy edukacyjnej) [23].

Zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne oraz spadek osób w wieku produkcyjnym wymuszają podjęcie intensywnych działań w celu przystosowania sektora ochrony zdrowia do potrzeb zdrowotnych seniorów. Wzrost efektywności funkcjonowania systemu wymaga optymalnego wykorzystania posiadanych zasobów (ludzkich - aktywność zawodowa, wiek emerytalny). Wzmocnienie infrastruktury podmiotów leczniczych, kwalifikacji i liczby wykwalifikowanej kadry medycznej będzie wymagało szeregu inicjatyw na szczeblu krajowym, regionalnym oraz lokalnym. Liczba łóżek szpitalnych na oddziałach opieki geriatrycznej, opieki paliatywno-hospicyjnej jest wciąż niewystarczająca i deficytowa. Nadmierna w stosunku do rzeczywistych potrzeb liczba łóżek ogółem (szczególnie łóżek ostrych w szpitalach o profilu ogólnym, szpitalach psychiatrycznych). Duże deficyty widoczne są w opiece długoterminowej i paliatywnej – konieczna jest zmiana koordynacji opieki nad pacjentem chorym przewlekle. W naszym kraju zbyt wiele wydajemy na leczenie szpitalne, w porównaniu z opieką podstawową i ambulatoryjną.

Niestety, czas oczekiwania na większość świadczeń medycznych w Polsce osiągnął nieakceptowany medycznie i społecznie poziom [24].

Podsumowanie

Polska oraz inne kraje europejskie stanęły w obliczu starzejącej się populacji. Liczba osób starszych stopniowo wzrasta. Niestety, spada liczba urodzeń żywych, a w konsekwencji odsetek populacji w wieku produkcyjnym. Procesowi starzenia się towarzyszy wzrost zapadalności na choroby wieku starczego, w tym choroby przewlekle, tj. nowotwory złośliwe.

Sektor ochrony zdrowia wymaga zmiany koordynacji działań ukierunkowanych na leczenie pacjenta przewlekle. Opieka paliatywno-hospicyjna spychana jest na margines politycznych regulacji oraz boryka się z wieloma problemami. Brak właściwych regulacji skutkuje zniechęceniem sektora niepublicznego do inwestowania w sektor opieki paliatywnej.

Brak wykwalifikowanej kadry medycznej, sprzętu medycznego, długi czas oczekiwania na objęcie opieką, brak zespołowego podejścia obniża jakość życia pacjenta chorego przewlekle. Zmiany prawno-systemowe, które poprawiłyby jasność i jakość funkcjonowania podmiotów w tymże sektorze, mogłyby poprawić konkurencyjność w opiece paliatywnej, która skutkowałaby bezpośrednimi korzyściami dla pacjentów, w tym m.in. zwiększeniem

dostępności, poprawą jakość oferowanych usług, a także obniżeniem cen na niektóre nierefundowane zabiegi.

W świadomości społecznej opieka paliatywno-hospicyjna postrzegana jest jako miejsce śmierci chorego. Rzadko kojarzona jest ze wsparciem, kontrolowaniem pojawiających się objawów, a także miejscem godnego życia, a w konsekwencji śmierci. Wzorując się na doświadczeniach krajów zachodnich można prognozować, że podejście to ulegnie zmianie. Pojawienie się nowych, niepublicznych podmiotów, które będą konkurować o pacjenta może doprowadzić do zmiany podejścia, na czym w konsekwencji zyskają sami pacjenci i ich najbliżsi.

Piśmiennictwo

1. Biuro Analiz i Dokumentacji, Zespół Analiz i Opracowań Tematycznych. Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki, Opracowania Tematyczne OT-601 Kancelaria Senatu, Warszawa, 2011.
2. Bojar W., Przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce i jego determinanty, *Acta. UL Fol. Oecon.*, 2015, 4, 315, 19-20.
3. GUS, Ludność w wieku 60+. Struktura demograficzna i zdrowie, data publikacji 15.03.2016
4. GUS, Prognoza ludności na lata 2014-2050, Warszawa, 2014
5. De Walden-Gałuszko K., Podstawy opieki paliatywnej, PZWL, Warszawa, 2007.
6. Starość nie jest chorobą! <http://raciborz.com.pl/2005/10/01/starosc-nie-jest-choroba.html>, data pobrania 20.01.2017,
7. De Walden-Gałuszko K., Kaptacz A., Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej, PZWL, Warszawa, 2008.
8. Słownik łacińsko-polski, Warszawa, 1999.
9. Kurczewska U, Jasińska M, Orszulak-Michalak D., Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia. Część I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej, *Opieka farmaceutyczna. Farm. Pol.*, 2010, 66, 2, 93-94.
10. Simpson JA, Weiner ED, *The Oxford English Dictionary*, Oxford, 1989, 11: 101-102.
11. Sepulveda C. i wsp., Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective, *J. Pain & Symptom Management*, 2002, 24, 2, 91-96.
12. Rada Europy Wytuczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej, Komitet Ministrów 12 listopada 2003 na 860 Konferencji Zastępców Ministrów

13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U.13.1347)
14. Greenhalgh T, Hurwitz B., Narrative based medicine: Why study narrative? *BMJ*, 1999, 318,49.
15. Opieka Paliatywna. Medycyna Paliatywna-medycyna bez bólu, <http://hospicjum-palium.pl/nowy/public/wydarzenia10/czytelnia2.pdf>, data pobrania 20.01.2017.
16. Twycross RG., Care of the terminally ill patient, *Triangle*, 1002, 31, 1-7.
17. Kuźmich I, Repka I, Chmiel I., Wybrane aspekty pomiaru jakości umierania i śmierci w opiece paliatywnej, *Hygeia Public Health*, 2016, 51, 3., 262-263.
18. Opieka paliatywna i hospicyjna, <http://www.mz.gov.pl/leczenie/opieka-paliatywna-i-hospicyjna/>, data pobrania 20.01.2017.
19. Organizacja opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce, http://www.hospicjum.krakow.pl/hospicjum/fofor/organizacja_opieki.pdf, data pobrania 20.01.2017.
20. Zarządzenie NR 54/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna
21. Buss T, Lichodziejewska-Niemierko M.L Opieka paliatywna w Polsce-od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego), *Forum Med. Rodz.*, 2008, 2, 4, 277-285.
22. GUS. Raport Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 roku, data publikacji 31.12.2015.
23. UCHWAŁA RADY MINISTRÓW z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020 (M.P. z 2014. NR 238, poz. 118)
24. Gujski M, Kalbarczyk WP, Tytko Z i wsp.: Zdrowie priorytetem politycznym państwa-analiza i rekomendacje, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa, 2013.
25. Opieka paliatywna w Polsce - problemy obniżają jej jakość, <http://www.rynek-zdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Opieka-paliatywna-w-Polsce-problemy-obnizaja-jej-ja-kosc,170911,8.html>, data pobrania 20.04.2017.
26. Faulkner D., Bowman C., Strategie konkurencji, Gebethner & Ska, Warszawa, 1996,13-14.
27. Strużycki M., Konkurencja w zarządzaniu przedsiębiorstwem [w:] Podstawy zarządzania przedsiębiorstwem, red. M. Strużycki, SGH, Warszawa, 1998.
28. Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., art. 2, pkt. 10.

Chorobowa nowotworowa przeżywana bez wsparcia społecznego. Wpływ samotności na jakość życia i rokowanie

Pielka Ewa¹, Pielka Izabela¹, Abdalla Elnour Dominika¹, Ferenc Stanisław², Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Gnus Jan^{1,2}

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

Wstęp

W dobie intensywnego rozwoju nauk medycznych i postępu, jaki udało się osiągnąć w dziedzinie onkologii, choroby nowotworowe zaczynają być postrzegane jako schorzenia przewlekłe.

Jednak wydajne schematy leczenia nie stanowią o wszystkim.

Nawet jeśli ścieżka od kryzysu po diagnozie zakończy się sukcesem, jakim jest adaptacja, pacjent ma do przebrnięcia trudną drogę.

Według orientacji kulturowej Hózhó (czyt. huazo) obowiązującej wśród Indian Navajo (czyt. nawaho) osoba w cierpieniu może liczyć na silne wsparcie otoczenia, a także dostosowaną do potrzeb opiekę. Relacje stanowią podstawę.

Nierzadko w nowoczesnych społeczeństwach pomijanych jest wiele aspektów pozabiologicznych.

Pomimo wiedzy o wyższości modelu holistycznego, biorącego ciało i duszę za integralne składowe człowieka, nad modelem biomedycznym, zakładającym odrębność ciała i duszy, pacjent często pozostaje w procesie leczenia biernym elementem, biorcą świadczeń.

O ile siatka społeczna, w którą jest uwikłany, nie daje mu należytego zrozumienia, nie zapewnia wsparcia, pozostaje sam. Twarzą w twarz z chorobą i systemem. Z ciągłą rotacją personelu. Z lękiem i poczuciem zagrożenia.

Czy poczucie osamotnienia i izolacja istotnie wpływają na jakość życia pacjentów onkologicznych?

Czy zmieniają rokowanie?

Wsparcie społeczne

Definicja

Wsparcie społeczne w sposób najbardziej ogólny, zgodnie z definicją zaproponowaną przez McDowella i Newell, można określić jako „*dostarczanie jednostce, która doświadcza jakiegoś rodzaju trudności, zasobów emocjonalnych, informacyjnych albo rzeczowych przez innych ludzi*”. Istniejąca sieć społeczna sama w sobie nie jest wsparciem, jednak stanowi silny jego wyznacznik, strukturę dla podejmowania działań w istocie wsparciem będących [1].

Podział

J. S. House poprzez spojrzenie na wsparcie społeczne jako transakcję interpersonalną wyróżnia następujące jego wymiary:

1. **wsparcie emocjonalne** – wymianę empatii, uwagi, troski, miłości, podtrzymywanie w osobie przeświadczenia o byciu akceptowanym i darzonym sympatią;
2. **wsparcie instrumentalne** – podejmowanie czynności zapewniających namacalną pomoc, także udzielanie wsparcia materialnego;
3. **wsparcie informacyjne** – dostarczenie porad, dzielenie się wiedzą zapewniające zarówno samodzielnie wyjście z niekorzystnej sytuacji, jak i dotarcie do instytucji, która może ułatwić rozwiązanie problemu;
4. **wsparcie oceniające** – podniesienie samooceny i podtrzymywanie na duchu danej osoby, wywieraniu pozytywnego wpływu na jej sposób postrzegania siebie samej;
5. **wsparcie integrujące** – wspólne podejmowanie działań, planowanie czasu wolnego, zapewnianie poczucia przynależności [1].

Źródła wsparcia

Zależnie od tego, skąd pochodzi wsparcie społeczne, wyróżnia się kategorie źródeł według podziału Singer i Lord:

1. **osobiste** – rodzina, przyjaciele, znajomi;
2. **formalne** – instytucje pomocowe, kluby, wspólnoty;
3. **profesjonalne** – poradnie specjalistyczne, ośrodki psychoterapii, dedykowane grupy wsparcia [1].

W założeniu autorów pracy tytułowy brak wsparcia społecznego odnosi się do braku wsparcia o charakterze osobistym. Sytuacji, w której pacjent cierpiący z powodu choroby przewlekłej nie może liczyć na pomoc ze strony najbliższych, a zdany jest jedynie na personel instytucji, która zajmuje się jego leczeniem.

Jakość życia

Definicja

W definicji Schipperera i współpracowników jakość życia związana ze zdrowiem, to: „*funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta*” [2].

Wpływ wsparcia społecznego na proces adaptacji

Diagnoza stawia pacjenta w sytuacji, w której standardowe mechanizmy radzenia sobie nie są wystarczające. Według Rudolfa Moosa słusznym jest stwierdzenie, że dochodzi do kryzysu. Stan ten jednak ma charakter przejściowy i pacjent ostatecznie uzyskuje jakąś formę równowagi. Rozwijając zagadnienie adaptacji przytoczone we wstępie niniejszej pracy, należy wyróżnić dwie ścieżki, które prowadzą do wytworzenia długoterminowych rozwiązań. Pierwsza, korzystna, wiąże się z wypracowaniem skutecznych metod rozwiązywania problemów i ma cechy równowagi adaptacyjnej. Jednostka, pomimo iż dotknięta została traumatycznym doznaniem, coś zyskuje – staje się silniejsza psychicznie niż dotychczas. Druga, prowadząca do równowagi o cechach nieadaptacyjnych, czasowo tylko daje szansę pozornie normalnego funkcjonowania. Nieefektywne metody nie wzmacniają odporności chorego i na pewnym etapie dochodzi do psychicznego wyczerpania [3].

Niewątpliwie duże znaczenie w codziennym funkcjonowaniu pacjentów ma ich środowisko społeczne. Niestety pacjenci z postawionym rozpoznaniem choroby nowotworowej mogą napotkać trudności z uzyskaniem wsparcia społecznego, kiedy potrzebują go najbardziej. [3,4]

Wiele czynników wpływa na sposób postrzegania choroby, jednak niezależnie od płci, wieku, stopnia zaawansowania nowotworu czy sposobu leczenia wyróżnić można pewne uniwersalne problemy i związane z nimi potrzeby. Po upowszednieniu się realności diagnozy pacjent przestaje postrzegać siebie i świat zgodnie z tymi założeniami, które zdawały się być adekwatne przed rozpoznaniem. W osobie chorej rozwinąć się może poczucie bezradności, zagubienia i braku kontroli. Najbliższe otoczenie może istotnie wpływać na ten stan

i niwelować nieprzyjemne odczucia. W takiej sytuacji wsparcie emocjonalne odgrywa szczególną rolę [4].

Niekorzystne aspekty samotności

Izolacja społeczna z założenia jest zjawiskiem patologicznym i skutkować może pogorszeniem stanu psychicznego, jak i fizycznego. Wsparcie społeczne odgrywa rolę czynnika wpływającego w sposób pośredni i bezpośredni na oddziaływanie stresorów na organizm [1]. Oparcie ze strony powiernika może zmniejszać aktywność osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, która to zapewnia odpowiedź organizmu na czynniki płynące z zewnątrz i produkcję hormonów stresu. W tym aspekcie wsparcie emocjonalne ma większe znaczenie niż instrumentalne [5]. Świadomość braku wspierających osób sama w sobie jest źródłem stresu [1].

Bezpośrednie oddziaływanie wsparcia odnosi się do modyfikacji zjawisk fizjologicznych (m.in.: obniżenie napięcia mięśniowego, tętna) oraz wpływu na postrzeganie zagrożenia [1].

W badaniach nad reakcją mózgu na stres prowadzonych przez Coan i współpracowników wykorzystano technikę funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (fMRI). Trzymanie za rękę stanowiło ekwiwalent wsparcia. Testom poddano szesnastcie zamężnych kobiet. Za każdym razem, kiedy na ekranie wyświetlał się znak „X”, istniało 20-procentowe ryzyko, że doznają szoku elektrycznego, który to zostanie zaaplikowany w kostkę u nogi. W pierwszej turze osobą trzymaną za rękę był mąż, w drugiej – nieznamy mężczyzna, w trzeciej turze – kontrolnej – kobiety pozostawały same. Gdy pacjentki trzymały za rękę partnerów, w obszarach mózgu odpowiedzialnych za reakcję na zagrożenie, odnotowano znaczną redukcję aktywności w odniesieniu do wyników trzeciej próby. Mając do dyspozycji rękę obcego mężczyzny, zmniejszenie reakcji na zagrożenie było również widoczne, choć w niższym stopniu niż przy trzymaniu za rękę męża [6].

U społecznie odizolowanych pacjentów onkologicznych odczuwana samotność jest dodatkowym czynnikiem ryzyka wystąpienia bólu, depresji i wyczerpania. Wymienione objawy kliniczne często ze sobą współistnieją i potęgują wzajemnie swój efekt. Ponadto poczucie wykluczenia może zwiększać wrażliwość na ból. Pacjent cierpi, a jakość jego życia drastycznie spada [7,8].

Wśród pacjentów, którzy nie mogą liczyć na podtrzymanie na duchu, brak otuchy skutkuje ryzykiem rozwinięcia niepożądanych mechanizmów, do jakich należy bezradność

[2]. Utrata podmiotowości oraz myśl o nadchodzącej śmierci także przyczyniają się do odczuwania braku siły sprawczej u pacjentów z toczącym się procesem nowotworowym. Prezentowana bezradność może być związaniem z wystąpieniem depresji [9].

Pozytywne skutki samotnych zmagañ

Nawet bez możliwości uzyskania emocjonalnego wsparcia pacjent ma szansę na przezwycięzenie frustracji wynikającej z samotnej pracy nad nowym systemem funkcjonowania w dynamicznie zmieniających się warunkach.

Corbin i Strauss wyróżnili trzy strategie na drodze do zorganizowania sobie życia codziennego w obliczu choroby przewlekłej:

1. **praca nad chorobą** – codzienne zmagania z dolegliwościami (np. bólem), wykonywanie badań diagnostycznych, poddawanie się procedurom terapeutycznym;
2. **praca nad codziennością** – podtrzymywanie aktywności zawodowej, prowadzenie gospodarstwa domowego, dbałość o relacje z otoczeniem;
3. **praca nad biografią** – próba zrozumienia choroby i umiejscowienia jej w życiu, tak aby odzyskać poczucie sensu i równowagi [10].

Negatywne doświadczenia życiowe mogą być źródłem pozytywnych efektów, punktem wyjścia dla rozwoju osobistego [11]. W procesie przeżywania choroby przewlekłej pacjent może wykazać zaskakującą zdolność do dostrzegania korzystnych aspektów [3].

Ponowna ocena sytuacji i wgląd w siebie stanowią drogę do innego wymiaru postrzegania własnej osoby [3,11]. Skutki tego rodzaju mechanizmu dopasowania mogą być widoczne jako wzrost poczucia kontroli, docenienie wagi życia czy dostrzeżenie nowych możliwości [11].

Adaptacja i wzrost osobisty nie są pewnym i stałym zjawiskiem w obliczu choroby przewlekłej, jednak warto zauważyć, że ogólne zdrowie psychiczne wśród pacjentów onkologicznych nie odbiega od populacji osób zdrowych [3].

Negatywne oblicza wsparcia – wsparcie „z urzędu”

Poza wsparciem społecznym dopasowanym do potrzeb pacjenta i przez niego oczekiwanym Reynolds i Perrin [12] wymieniają także inne typy wsparcia w zależności od powiązania pragnień i ich realizacji. Niedopasowanie pomiędzy otrzymanym wsparciem a tym, którego pacjent chce i do którego dąży może przynieść niekorzystne implikacje

dla kondycji psychicznej. Mowa w takim przypadku o wsparciu „z urzędu”. Niepożądana pomoc w tym modelu stanowi jedynie przeszkodę dla uzyskania wsparcia dopasowanego do potrzeb [11].

Wsparcie instytucjonalne

Zależnie od sytuacji osoby przewlekle chorej, jej potrzeb i dostępnych narzędzi dostosowywania się w obliczu stresu i innych czynników, interwencja musi być spersonalizowana. Duże znaczenie ma tutaj edukacja – dostarczenie wiedzy o chorobie i możliwościach terapeutycznych [3]. Wsparcie informacyjne jest pożądane przez pacjentów, o ile jego źródłem jest personel medyczny [4]. Dla przezwyciężenia trudności emocjonalnych i nauki adaptacji zalecana jest psychoterapia. Sesje grupowe pozwalają na integrację pacjentów z rozpoznaniem z tej samej grupy i wzajemną pomoc. Interwencje behawioralne, wpływające na stosunek wobec choroby i własnej sytuacji życiowej, mają znaczenie dla adaptacji oraz wspomagają współpracę pacjenta w procesie terapii [3]. Wyżej wymienione rodzaje pomocy mogą mieć zapewne niebagatelny wpływ na stan psychiczny chorego, jednak ich charakter jest bardziej epizodyczny niż długofalowy.

Inną powszechną formą przezwycięzania stresu związanego z chorobą przewlekłą jest tworzenie diad – zespołów dwuosobowych stwarzających strukturę dla zachodzenia interakcji. I mowa tu nie tylko o małżeństwach i osobach sobie bliskich. W medycynie podstawowym ogniwem jest diada lekarz-pacjent. Stanowi ona układ niesymetryczny, w którym role stron znacznie się od siebie różnią. Jednak rozwiązanie takie może być źródłem dodatkowego stresu, na przykład w sytuacji, kiedy panuje ogólny brak zaufania. Pacjent wątpi w kompetencje lekarza, lekarz zakłada brak sumienności w stosowaniu się do zaleceń. Tego rodzaju relacja nie sprzyja leczeniu [13].

Rokowanie

Wsparcie społeczne, jako bufor dla sytuacji stawiających jednostkę w stanie obciążenia silnym stresem, przynosi bezpośrednie korzyści nie tylko w aspekcie psychologicznym, ale także fizycznym. Poprzez wpływ na zachorowalność i śmiertelność brak wsparcia społecznego może być wymieniany jako czynnik ryzyka niemalże na równi z wysokim stężeniem cholesterolu, paleniem tytoniu czy otyłością [13].

Brak wsparcia a progresja nowotworu

Znaleźć można wiele badań zgłębiających zależności pomiędzy czynnikami psychospołecznymi a występowaniem nowotworów i ich progresją. O ile korelacja pomiędzy izolacją społeczną, stresem, depresją a inicjacją procesu nowotworowego pozostaje niejasna, progresja wydaje się być ściśle z tymi czynnikami związana [14].

Aby nowotwór mógł rosnąć i rozsiewać się po organizmie, potrzebuje on składników odżywczych i tlenu. Tego rodzaju zaopatrzenie może uzyskać poprzez krew. W związku tym konieczne jest utworzenie nowych naczyń. Za stymulację tego procesu, zwanego angiogenezą, odpowiadają: VEGF (*vascular endothelial growth factor*; czynnik wzrostu śródbłonna naczyń), Il-8 (interleukina 8) i Il-6 (interleukina 6). Aby z jednego guza w konkretnej lokalizacji mogły powstać guzy przerzutowe, komórki nowotworowe muszą się oddzielić i wniknąć do naczyń. Po zasiedleniu nowego terytorium w innym narządzie może powstać ognisko przerzutowe [14].

W prowadzonych niezależnie od siebie badaniach klinicznych w grupach pacjentek z rakiem jajnika wykazano, że w przypadku izolacji społecznej podnosi się poziom czynników proangiogennych (pobudzających tworzenie nowych naczyń) – VEGF i Il-6. W takiej sytuacji guz ma sprzyjające warunki do wzrostu i dawania przerzutów [14].

Wsparcie społeczne a śmiertelność

Brak otoczenia wspierającego może znacząco obniżać przeżywalność chorych, bowiem stanowi ono najważniejszy aspekt, który skłania pacjenta do podjęcia diagnostyki i następowo terapii [1].

Na podstawie badań pacjentów cierpiących na jedną spośród dziesięciu wiodących chorób nowotworowych w Stanach Zjednoczonych wykazano, że u osób niebędących w związkach małżeńskich występuje większe ryzyko późnego wykrycia choroby (już na etapie obecności przerzutów), niedostatecznej terapii i wyższej śmiertelności związanej z nowotworem. Potencjalnie skutki te są wynikiem zależności między wsparciem społecznym a wykrywaniem i leczeniem nowotworów oraz przeżywalnością [15].

Kroenke i współpracownicy, po analizie wyników uzyskanych od 2 835 pacjentek z nowotworami o różnym stadium zaawansowania wyciągnęli wniosek, iż wysoki stopień izolacji społecznej nawet dwukrotnie zwiększa śmiertelność związaną z nowotworem w odniesieniu do grupy o wysokim stopniu wsparcia społecznego. Wiązać się to może z brakiem wsparcia instrumentalnego, które prowadzi do trudności z dotarciem na umówione

wizyty, systematycznym przyjmowaniem leków czy uzyskaniem odpowiedniego poziomu odżywienia [5,16].

Poza kwestią otrzymywania wsparcia, warto zwrócić uwagę na zagadnienie obciążenia związanego z funkcjonowaniem w sieci społecznej. Duża rodzina, liczna gromadka dzieci dają poczucie bycia potrzebnym i kochanym, ale jest to również źródło stresu i napięć. Skomplikowane i wymagające relacje mogą prowadzić do konfliktów, co przekłada się na biologiczne skutki [16].

W badaniach kohortowych, obejmujących grupę 4 530 pacjentek z rozpoznaniem rakiem piersi, zwrócono uwagę na obciążenie społeczne, które wiąże się z rozbudowaną siecią społeczną. Wśród mężatek otrzymujących wysokie wsparcie ogólna śmiertelność była niższa w stosunku do grupy o niskim wsparciu. Dla kontrastu, w grupie pacjentek o wysokim obciążeniu społecznym, z większą ilością krewnych pierwszego stopnia zarówno śmiertelność ogólna, jak i związana z nowotworem, były wyższe. I w tym przypadku poziom wsparcia społecznego nie niwelował tego efektu [16].

Podsumowanie

Psychoterapia oraz wsparcie psychoedukacyjne mogą znacząco poprawić jakość życia pacjentów onkologicznych, obniżyć cierpienie, poczucie lęku i przygnębienia.

Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej poprzez podniesienie poziomu wsparcia i redukcję stresu wiąże się z potencjalnie korzystnym wpływem na wyniki leczenia i rokowanie [14].

Niwelowanie poczucia osamotnienia może mieć znaczenie także dla obniżenia innych dolegliwości, takich jak ból, depresja czy zmęczenie [8].

Warto też wyciągnąć z tej lektury naukę dla siebie. Powszechność chorób nowotworowych sprawia, że niemal każdy z nas miał lub będzie miał styczność z pacjentami onkologicznymi w swoim otoczeniu. Badania wykazują błędność założeń o konieczności unikania tematu choroby i ciągłego pocieszania, niezdrowego optymizmu. Nie należy również bagatelizować, zbywać, unikać. Zrzucanie całego ciężaru wsparcia na personel medyczny nie da tych samych rezultatów, co bycie z osobą chorą [4]. Pamiętaj, że także możesz być źródłem wsparcia. Dąż do otwartej rozmowy i pozwól osobie chorej na ekspresję uczuć, zwłaszcza tych negatywnych, by nie musiała zostawać z nimi sama.

Piśmiennictwo

1. Kacperczyk, A.: Wsparcie społeczne [w:] Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej. Kacperczyk A., Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2006, 18-23, 33-40.
2. Zielińska-Więczkowska H., Żychlińska E., Muszaliak M. i wsp.: Ocena jakości życia i wsparcia społecznego pacjentów z chorobą nowotworową w starszym wieku objętych opieką paliatywną, *Geriatrics* 2015, 9, 227-234.
3. Bishop G. D.: Jak radzić sobie z chorobą przewlekłą i upośledzeniem. [w:] *Psychologia zdrowia*. Bishop, G. D., Wydawnictwo Astrum, Wrocław, 2007, 323-326; 331-337.
4. Helgeson V. S., Cohen S.: Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling Descriptive, Correlational, and Intervention Research, *Health Psychology*, 1996, 15, 135-148.
5. Kroenke, C. H., Kubzansky, L. D., Schernhammer, E. S. et al.: Social Networks, Social Support, and Survival After Breast Cancer Diagnosis, *J. Clin. Oncol.*, 2006, 24, 1105-1111.
6. Coan, J. A., Schaefer, H. S., Davidson, R. J.: Lending a hand: Social regulation of the neural response to threat, *Psychological Science*, 2006, 17, 12, 1032-1039.
7. Jaremka L. M., Fagundes C. P., Glaser R. et al.: Loneliness Predicts Pain, Depression, and Fatigue: Understanding the Role of Immune Dysregulation, *Psychoneuroendocrinology*. 2013, 38, 8, 1310-1317.
8. Jaremka L. M., Andridge R. R., Fagundes C. P. et al.: Pain, Depression, and Fatigue: Loneliness as a Longitudinal Risk Factor, *Health Psycholog*, 2014, 33, 9, 948-957.
9. Milberg A., Sand L., Strang, P.: Dying cancer patients' experiences of powerlessness and helplessness, *Support. Care Cancer*, 2008, 16, 853-862.
10. Rębiałkowska-Stankiewicz M.: Samotność w chorobie nowotworowej – z praktyki działalności Akademii Walki z Rakiem w Toruniu, *Forum Oświatowe*, 2014, 1, 51, 159-166.
11. Zimbardo P. G., Gerrig R. J.: Emocje, stres i zdrowie. [w:] *Psychologia i życie*. Zimbardo, P. G., Gerrig, R. J., Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2012, 542-544.
12. Reynolds J. S., Perrin N. A.: Mismatches in social support and psychosocial adjustment to breast cancer, *Journal of Health Psychology*, 2004, 23, 425-430.

13. Heszen I.: Kliniczna psychologia zdrowia. [w:] Psychologia kliniczna. Cierpiałkowska L., Sęk H. (red.), Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2016, 530-531.
14. Costanzo E. S., Sood A. K., Lutgendorf S. K.: Biobehavioral Influences on Cancer Progression, *Immunol. Allergy Clin. North. Am.* 2011, 31, 109-132.
15. Aizer A. A., Chen M. H., McCarthy, E. P. et al.: Marital Status and Survival in Patients With Cancer, *J. Clin. Oncol.*, 2013, 31, 3869-3876.
16. Kroenke C. H., Michael Y., Tindle H. et al.: Social networks, social support and burden in relationships, and mortality after breast cancer diagnosis, *Breast Cancer Res Treat.*, 2012, 133, 1, 375-385.

Życ i umierać z kardiowerterem

Graf Lucyna¹, Śleziona Mariola¹, Foltyn Agnieszka^{1,2}, Mroczkowska Renata, Wawros Karina³, Gawłów- Nowak Lilianna³, Sternik Anna³, Karczewska Olimpia³, Sejboth Justyna³, Szurlej Dariusz⁴

1. Studium Doktoranckie, Zakład Filozofii i Bioetyki Katedry Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej
3. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej Katedry Anestezjologii Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
4. Zakład Anestezjologii Klinicznej Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauko Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wprowadzenie

Obecnie stymulację serca stosuje się powszechnie, służy ona zapobieganiu zaburzeniom rytmu serca i przewodnictwu. Stałą stymulację serca stosuje się u pacjentów, u których występuje bradykardia, w efekcie której dochodzi do niewydolności mięśnia sercowego [1]. Wielu autorów uważa, że nie ma przeciwwskazań, aby pacjent wrócił do wcześniej prowadzonego trybu życia dostosowując się do niektórych ograniczeń. Powszechnie uważa się, że pacjent po implantacji urządzenia kardiologicznego poprawia stan zdrowia i jakość życia. Czy tak jest naprawdę? Urządzenia stymulujące powodują, że osoby po implantacji dożywają wielu lat, aż dochodzą do końcowego etapu życia. Jak zatem należy postąpić z chorym, który umiera, u którego jest wszczepione urządzenie kardiologiczne? Czy wyłączenie takiego urządzenia jest etycznie dozwolone? W niniejszej pracy przedstawiono główne zalecenia z oświadczenia ekspertów *Heart Rhythm Society*, w sprawie postępowania z pacjentami będącymi u schyłku życia, którym wcześniej implantowano urządzenie kardiologiczne, to jest: rozruszniki, kardiowertery – defibrylatory.

Opieka nad pacjentem po implantacji urządzenia kardiologicznego oraz ich jakość życia

Pacjent będący po implantacji urządzenia kardiologicznego wymaga odpowiedniej opieki oraz przygotowania do samokontroli. Hospitalizacja pacjenta po wszczępieniu urządzenia stymulującego nie jest długa, zwykle trwa od trzech do pięciu dni. W tym czasie pacjent otrzymuje instrukcje dotyczące ograniczeń w codziennym życiu, wynikających z implantacji stymulatora. Pacjent szybko odzyskuje dobrą kondycję fizyczną, lecz niezbędna jest wiedza w zakresie bezpiecznego wykonywania codziennych czynności oraz bezpiecznego korzystania z procedur medycznych [1]. Samopoczucie pacjentów po implantacji układu stymulującego, ze względu na prawidłową pracę serca, zwykle ulega poprawie, dzięki czemu mogą wrócić do stylu życia, jaki prowadzili przed implantacją, mogą być aktywni zarówno zawodowo, jak i społecznie [2]. Jednak badania Młynarskiego wskazują, że niedostateczna wiedza pacjentów po zabiegu może prowadzić do lęku, a następnie depresji, co utrudnia chorym szybko wrócić do normalnego funkcjonowania, takiego jak sprzed implantacji [3]. Pacjenci powyżej 76. roku życia mają po implantacji emocjonalne problemy, które utrudniają im codzienne funkcjonowanie. Zauważono, że jakość życia chorych przewlekle zależy od jednostki chorobowej i przebiegu choroby, wieku pacjenta, płci, osobniczych możliwości, potencjału sił adaptacyjnych, procesu radzenia sobie z chorobą oraz od wsparcia społecznego [4]. Według badań Rolka i wsp. wynika, że akceptacja choroby po wszczępieniu rozrusznika serca zależy od wieku, rozpoznania klinicznego i czasu, jaki minął od implantacji. Wyniki badań tych autorów wskazują, że wszczępienie stymulatora serca usprawniło codzienne funkcjonowanie, poprawiło ogólną wydolność fizyczną oraz komfort życiowy pacjentów, również samoocena stanu zdrowia pacjentów po implantacji poprawiła się w różnych obszarach ich funkcjonowania. Pacjenci dobrze adoptowali się do sytuacji zdrowotnej po implantacji rozrusznika serca, jednak wymagają oni szczególnej opieki zdrowotnej [5].

Wspomniano już, że implantacja urządzeń kardiologicznych przynosi korzyści dla pacjentów i jest powszechnie stosowana. Zatem zwiększa się liczba osób z urządzeniami, które wspomagają pracę serca. Zmiany demograficzne pod względem starzenia się społeczeństwa, również wpływają na zwiększenie ilości wskazań do stosowania stymulatorów. Zwiększa się też liczba pacjentów będących u kresu życia z implantowanymi urządzeniami kardiologicznymi. Sytuacje te stają się problematyczne zarówno dla lekarzy, pacjentów i ich rodzin. Medycy w czasie opieki i rozmów z pacjentem rzadko poruszają temat dotyczące końcowego etapu ich życia i możliwości wyłączenia urządzenia. Niewielu chorych

posiada wiedzę w tym zakresie, dlatego sami nie podejmują tego tematu, jak również nie wystawiają oświadczenia woli dotyczącego postępowania u schyłku ich życia [6].

Jak już wcześniej wspomniano, wyładowania elektryczne są bolesne, a samo oczekiwanie na wystąpienie wyładowania wywołuje u chorego niepokój. W przypadku chorego umierającego niepokój dotyczy samego chorego oraz jego rodziny. Badania naukowe udowodniły, że u osób będących u schyłku życia, kardiowerter (w mniejszym stopniu rozrusznik) jest źródłem cierpienia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Urządzenia kardiologiczne mogą wydłużać czas umierania. „Wskazaniem do wyłączenia ICD są: zalecenie niewykonywania resuscytacji, zbliżająca się śmierć i zaprzestanie stosowania leków antyarytmicznych”[6].

Działanie rozruszników serca i problematyka związana z odłączeniem urządzenia

Na wstępie należałoby przedstawić istotę działań rozrusznika serca i kardiowertera – defibrylatora.

Rozrusznik serca ma za zadanie przeciwdziałać skutkom długotrwałej lub okresowej bradykardii, przywracając prawidłowy rytm serca przez generowanie impulsów elektrycznych. Rozruszniki stosuje się u pacjentów z niewydolnością serca, chorobą zastawki mitralnej, podzastawkową stenozą aortalną oraz w opornym leczeniu migotania przedsionków. Wszczepione rozruszniki w terminalnej fazie choroby nie przedłużają życia lub cierpienia tych osób. Wyłączenie rozrusznika w większości przypadków jest niewskazane, ze względu na wystąpienie objawowej bradykardii i jej objawami oraz zaostrzenia niewydolności serca. Wśród pacjentów z wszczepionym rozrusznikiem są tacy, którzy są całkowicie zależni od rozrusznika, ale też i tacy, którzy nie są całkowicie od niego zależni. Odłączenie rozrusznika nie zawsze doprowadza do szybkiej i bezbolesnej śmierci. Wyłączenie urządzenia u osób zależnych od pracy rozrusznika może pogorszyć samopoczucie chorego, spowodować asystolię i śmierć lub też może wywołać objawową bradykardię, co spowoduje powolny rozwój niewydolności głównych narządów, czego efektem końcowym będzie agonia [6]. Rozruszniki, w porównaniu do kardiowerterów, w mniejszym stopniu obciążają chorego czy to fizycznie, czy emocjonalnie, nie wydłużają też czasu umierania, wyjątek stanowią pacjenci całkowicie zależni od rozrusznika. Według niektórych badaczy wyłączenie rozrusznika jest moralnie dopuszczalne i usprawiedliwione w przypadku występowania poważnych obciążeń, takich jak: wydłużenie procesu umierania, co wiąże się z cierpieniem chorego, zaburzenie procesu naturalnego umierania, wyczerpanie finansowych

środków, obciążenie duchowe i emocjonalne z powodu przedłużającej się choroby. Należy pamiętać, że decyzja dotycząca wyłączenia urządzenia kardiologicznego powinna być rozpatrywana indywidualnie [6].

Działanie i problematyka dotycząca odłączenia kardiowerterów - defibrylatorów

Postęp medycznym, zwłaszcza w dziedzinie elektroterapii, stawia przed współczesną kardiologią ogromne wyzwania w zakresie zapobiegania nagłej śmierci sercowej (SCD, *sudden cardiac death*), na skutek migotania komór lub częstoskurczu komorowego. „*Nagła śmierć sercowa jest to nagły zgon z przyczyn sercowych, który następuje w ciągu godziny od pojawienia się pierwszych objawów*” [7].

Nagła śmierć sercowa jest najczęstszą przyczyną zgonów, jedynie suma wszystkich zgonów onkologicznych przewyższa liczbę zgonów z powodu nagłej śmierci sercowej. Na nagły zgon sercowy narażone są osoby z kardiomiopatią niedokrwienną i nieniedokrwienną. Współcześnie metodą z wyboru w leczeniu osób z niewydolnością serca jest implantacja kardiowertera – defibrylatora serca (*ICD, implantable cardioverter-defibrillator*). Konstrukтором urządzenia był polski kardiolog Mieczysław Mirowski, który prace swe rozpoczął w latach 60. ubiegłego stulecia. Przy pomocy kardiowertera można zarejestrować rytm serca, a w przypadku wystąpienia częstoskurczu komorowego lub migotania komór urządzenie to pełni rolę stymulatora i może automatycznie przywrócić rytm zatokowy, poprzez wytworzenie wyładowania elektrycznego, dzięki czemu chroni chorego przed bradykardią. Pierwsza implantacja wykonana została w 1980 roku w szpitalu w Baltimore, w kolejnych latach udoskonalano możliwości terapeutyczne oraz diagnostyczne. Wyróżniamy kardiowertery z układem defibrylującym:

- jednojamowe – jedna elektroda defibrylująca umieszczona jest w prawej komorze
- dwujamowe – (spełnia funkcję stymulatora DDD) dwie elektrody umieszczone są w prawej komorze i w prawym przedsionku
- trójjamowe – umieszczone są trzy elektrody: w prawym przedsionku, w prawej komorze i w zatoce wieńcowej, skąd można stymulować lewą komorę serca. Ten rodzaj ICD niweluje bradyarytmie i tachyarytmie oraz pomaga w leczeniu niewydolności serca.

Wszczepienie kardiowertera stosuje się w ramach profilaktyki wtórnej – dotyczy chorych, u których doszło do zatrzymania krążenia w mechanizmie migotania

komór/częstoskurczu komorowego oraz profilaktyki pierwotnej - dotyczy pacjentów, którzy nie doświadczyli incydentu nagłego zatrzymania krążenia, ale obciążeni są wysokim ryzykiem jego wystąpienia [7]. Kardiowertery zapewniają stymulację serca łagodzącą objawy niewydolności serca, jednak wyładowania elektryczne są dla pacjenta bolesne. W przypadku wystąpienia migotania komór urządzenie imituje elektrowstrząs działający na zasadzie defibrylacji, wyładowując energię 30–40 J, co pozwala na prawie całkowitą eliminację epizodów migotania komór [8]. Wyniki badań Kochańskiej i wsp. wskazują, że wśród chorych doświadczających częstych wyładowań kardiowertera 5% nie zgodziłoby się na ponowne wszczepienie urządzenia, a 11% uważa, że korzyści z posiadania urządzenia kardiologicznego są znacznie mniejsze od negatywnych doświadczeń. Ból oceniali w najwyższej skali, określając go jako „nie do zniesienia” [9].

Terapia za pomocą kardiowertera- defibrylatora jest skuteczna, lecz, jak już wcześniej wspomniano bolesna, a nawet traumatyczna. Niejednokrotnie dla pacjentów jest wielką udręką, zwłaszcza dla tych, którzy objęci są opieką paliatywną i zbliżają się do kresu życia. Dotyczy to wszystkich pacjentów będących w stanie nieodwracalnym, nie tylko onkologicznych. Stan, w którym pacjent zbliża się do kresu życia, to jest: zaburzenia elektrolitowe, narastające niedotlenienie, niestabilność hemodynamiczna, pobudzenie adrenergiczne może wpływać na wystąpienie wyładowań kardiowertera-defibrylatora zarówno adekwatnych, jak i nieadekwatnych. W takiej sytuacji wyładowania kardiowertera są liczne i występują w krótkim czasie. Wyładowania te dostarczają pacjentom niepotrzebnego bólu, które pogorszą komfort życia i wydłużają czas umierania. Bolesność wyładowań kardiowertera-defibrylatora, zwłaszcza u chorych umierających oraz moment oczekiwania na owe zdarzenie, wywołuje u chorego i jego rodziny uczucie niepokoju, prowadząc do dużego obciążenia psychicznego i fizycznego. Z pewnością jest to czas, kiedy należy podjąć decyzję o wyłączeniu implantowanego urządzenia kardiologicznego, jakim jest kardiowerter-defibrylator.

Postęp nauki i techniki medycznej pozwala ratować wiele istnień, lecz sytuacja staje się skomplikowana, kiedy trzeba rozpatrzyć metody leczenia, których celem jest podtrzymywanie funkcji życiowych. Założeniem tych metod jest polepszenie stanu zdrowia i wzmocnienie organizmu pacjenta. Jednak są sytuacje, kiedy poprawa może nie nastąpić, ze względu na rozwijającą się chorobę, przez co organizm nieuchronnie zbliża się ku śmierci. W tym czasie obstawanie przy utrzymywaniu pacjenta przy życiu nie przynosi mu korzyści, lecz niepotrzebnie wydłuża cierpienie i agonię. Bardzo często personel medyczny z oddziałów geriatrycznych, internistycznych, paliatywnych, gdzie najczęściej trafiają chorzy z

implantowanym urządzeniem, nie posiada dostatecznej wiedzy na temat urządzeń kardiologicznych i postępowania z nimi. Medycy w dobrej wierze realizują terapie u tych pacjentów, absorbując przy tym środki i personel, co niejednokrotnie przechodzi w bezsensowną walkę ze śmiercią. Uniknięcie przedstawionej sytuacji może nastąpić, jeśli będzie prowadzona ciągła edukacja zarówno dla lekarzy nie mających doświadczenia z implantowanymi urządzeniami kardiologicznymi, jak i pacjentów i ich rodzin, na temat charakteru terapii za pomocą kardiowertera-defibrylatora oraz możliwości jej przerywania. W przypadku pacjentów proces edukacji powinien odbywać się zanim urządzenie będzie implantowane, aby znał korzyści wynikające z terapii, ale także możliwości wystąpienia ewentualnych cierpień. Ciągłe informowanie pacjenta, również po implantacji, pozwoli mu oswoić się myślą dotyczącą sytuacji kiedy nie ma sensu leczenia, kiedy terapia nie przynosi ulgi, lecz dodaje cierpienia. Brak takich rozmów z chorym lub odkładanie ich do ostatnich chwil życia może doprowadzać do rozwoju i pogłębienia depresji zarówno u pacjentów, jak u jego bliskich. Natomiast świadomość i wiedza pacjentów na temat możliwości przerywania terapii za pomocą kardiowertera-defibrylatora i jego wyłączenia, zwiększa ich autonomię u kresu życia, dzięki czemu mogą samodzielnie podjąć decyzję dotyczącą wyłączenia urządzenia. Należy mieć na uwadze, że eksperci *Heart Rhythm Society* w swoich zaleceniach także podkreślają, że komunikowanie się z chorym terminalnie i jego rodziną na temat możliwości deaktywacji implantowanego urządzenia jest niezbędne, by mieć pewność woli i zgody pacjenta, który jest w pełni poinformowany. Warto też wiedzieć, że „badania dotyczące wiedzy i nastawienia pacjentów względem implantowanego kardiowertera-defibrylatora, jego funkcji i możliwości deaktywacji wykazały brak wiedzy i zrozumienia funkcji implantowanego kardiowertera-defibrylatora oraz niechęć do rozmowy o wyłączeniu urządzenia. Wielu chorych postrzega ICD jako urządzenie dające im życie i nie mogą wyobrazić sobie chwili, kiedy kardiowerter-defibrylator może się stać źródłem cierpienia” [6].

Wskazaniem do wyłączenia implantowanego urządzenia kardiologicznego są: „zalecenie niewykonywania resuscytacji, zbliżająca się śmierć i zaprzestanie stosowania leków antyarytmicznych” [6].

Raport konsensusu ekspertów *Heart Rhythm Society* stwierdza, że wyłączenie implantowanego elektrycznego urządzenia kardiologicznego (CIED, *cardiovascular implantable electronic device*) nie jest traktowane jako eutanazja, ani też pomoc pacjentowi w odebraniu jego życia. Procedura ta jest dozwolona zarówno prawnie, jak i etycznie. Eksperci podkreślają, że pacjent ma pełne prawo do odmowy poddania się leczeniu oraz ma prawo

żądać zaprzestania terapii, która przedłuży jego życie. Ważna jest przede wszystkim intencja, celem wykonania procedury przez lekarza nie jest skrócenie życia pacjenta, lecz przerwanie niechcianego leczenia, nadmiernie uciążliwego dla chorego. Poprzez wyłączenie urządzenia lekarz umożliwia pacjentowi, by śmierć nastąpiła naturalnie, na skutek podstawowej choroby. Decyzję dotyczącą wykonania procedury wyłączenia urządzenia lekarz podejmuje według własnego sumienia i nie można go do tego zmusić. W przypadku, kiedy procedura jest niezgodna z sumieniem lekarza, powinien umożliwić dostęp do innej uprawnionej osoby, gotowej na przeprowadzenie tej procedury i wypełnienie woli pacjenta [10].

Podsumowanie

- Pacjenci z implantowanymi urządzeniami kardiologicznymi wymagają szczególnej opieki zdrowotnej.
- Pacjenci z wszczepionym stymulatorem serca odczuwają poprawę ogólnej wydolności fizycznej, przez co usprawnione jest ich funkcjonowanie codzienne i następuje poprawa komfortu życiowego.
- Pacjenci z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem odczuwają silny ból w czasie elektrowstrząsów, oceniając te doświadczenie jako negatywne.
- Wyładowania elektrycznego urządzenia kardiologicznego u pacjentów będących u kresu życia pogarszają komfort ich ostatnich godzin.
- Konieczne jest przekazywanie pacjentowi informacji o elektrycznych urządzeniach kardiologicznych oraz prowadzenie z nim szerszych rozmów na temat opieki po implantacji, a także udzielenie pomocy w określeniu przez pacjenta korzyści i obciążenia terapii urządzeniem kardiologicznym.
- Podjęcie właściwej decyzji zarówno przez pacjenta, jak i lekarza odnośnie wyłączenia funkcji kardiowertera-defibrylatora w stanie terminalnym, wymaga wiedzy i odpowiedniego przygotowania.
- Konieczna jest stała edukacja lekarzy z dziedziny internistycznej, geriatrycznej, paliatywnej/ hospicyjnej dotycząca urządzeń kardiologicznych ze względu na kontakt z pacjentami mającymi implantowane urządzenia kardiologiczne
- Procedura wyłączenia implantowanego urządzenia kardiologicznego jest dozwolona zarówno prawnie, jak i etycznie. Nie jest traktowana jako eutanazja, ani też jako

pomoc w samobójstwie, umożliwia jedynie naturalną śmierć na skutek choroby podstawowej, bez bólu i cierpienia oraz przedłużania procesu umierania.

Piśmiennictwo

1. Grabowski M., Steckiewicz R.: przychodzi pacjent ze stymulatorem do lekarza – opieka ambulatoryjna nad osobami ze stałą stymulacją serca, *Przew. Lek.*, 2007, 7, 62-68.
2. Pająk J., Durmała J., Kargul W., Plewa M., Nowak Z.: Rola fizjoterapii u pacjentów z implantowanym kardiostymulatorem, *Fizoter. Pol.*, 2006, 6, 3, 245-250.
3. Młynarski R., Drzewiecka A., Piłat E.: Wskazania do implantacji – przygotowanie oraz prowadzenie chorego z rozrusznikiem serca, *Lekarz*, 2006, 10, 54-61.
4. Sierakowska M., Krajewska – Kułak E.: Jakość życia w chorobach przewlekłych – nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny, *Pielęg. XXI w.*, 2004, 2, 23-26.
5. Rolka H., Pilecka E., Kowalewska B., Krajewska – Kułak E., Jankowiak B., Klimaszewska K., Kowalczyk K.: Ocena akceptacji choroby i jakości życia pacjentów ze wszczepionym rozrusznikiem serca, *Piel. Zdr. Publ.*, 2012, 2,3, 183-192.
6. Hamel R.: Implantowane urządzenia kardiologiczne u kresu życia: czy ich wyłączenie jest moralnie dozwolone, *Medycyna Wieku Podeszłego*, 2012, 2(1), 32-36. Tłumaczenie lek. Michał Bohdan. Przedrukowano za zgodą z: *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2011, 5, 1, 1-5.
7. Raczak G., Sominka D.: Wskazania do wszczepienia kardiowertera – defibrylatora, *Forum Med. Rodz.*, 2009, 3, 3, 165–172.
8. Kempa M., Raczek G.: Chory z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem serca u kresu życia, *Geriatrics*, 2011, 5, 220-223.
9. Kochańska A., Zarzycka B.: Pacjent z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem serca (ICD). Czy można się przyzwyczaić do wyłączeń kardiowertera-defibrylatora? *Forum Med. Rodz.*, 2010, 4, 10-6.
10. Lampert R, Hayes D.L., Annas G.J. i wsp.: HRS expert consensus statement on the management of Cardiovascular Implantable Electronic Devices (CIEDs) in patients nearing end of life or requesting withdrawal of therapy, *Heart Rhythm*, 2010, 7, 1008-1026. [www.hrsonline.org/policy/clinicalguidelines/ceids _mgmt.cfm](http://www.hrsonline.org/policy/clinicalguidelines/ceids_mgmt.cfm), data pobrania 5.05.2017.

Jakość życia pacjentów objętych opieką hospicjum domowego dla dorosłych

Lubińska – Żądło Bogumiła¹, Majerska Irena¹, Kiełtyka Aleksandra²

1. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu
2. Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu

Wstęp

Rozwój medycyny doprowadził do znacznego postępu w diagnostyce, leczeniu jak również do zwiększenia przewidywanej długości życia. W Polsce i na świecie tematyka dotycząca ludzi w starszym wieku, stała się tematem badań zarówno pod względem teoretycznym, jak i praktycznym. W wyniku poprawy warunków życia, wydłuża się średnia długość życia. W przeciągu ostatnich 60 lat ponad dwukrotnie wzrósł odsetek ludzi starszych w Polsce [1].

Jednak pomimo postępu medycyny, proces starzenia się współczesnego społeczeństwa związany jest ze wzrostem zachorowań na nowotwory, które są drugą przyczyną zgonów w Polsce [2]. Rocznie w Polsce rejestrowanych jest około 120 tysięcy zachorowań na nowotwory złośliwe, a umieralność osiąga w Polsce 350 tysięcy osób rocznie. Opieka oferowana w ostatnim okresie życia chorych na nowotwory to tak zwana opieka paliatywna. Jest to stosunkowo młoda specjalizacja w ochronie zdrowia (w Polsce są to lata osiemdziesiąte XX w). Główną myślą opieki paliatywnej jest troska o jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową [11].

Termin „paliatywny” pochodzi od łac. palliatus okryty płaszczem i w ujęciu medycznym oznacza „skrywający, łagodzący przykre symptomy choroby”. Natomiast w języku ang. wyraz palliate tłumaczy się jako – złagodzić, uśmierzyć [3].

Sama opieka paliatywna utożsamiana jest z rezygnacją z racjonalnego leczenia. Tymczasem może pozytywnie wpłynąć na przebieg choroby poprzez stopniowe jej wprowadzanie w okresie stosowania hormonoterapii, chemioterapii czy radioterapii. Według Światowej Organizacji Zdrowia, opieka paliatywna to „działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stających wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji oraz bardzo

starannej ocenie i leczeniu bólu, i innych problemów: somatycznych, psychosocjalnych i duchowych” [4].

Współczesna definicja opieki paliatywnej kładzie nacisk na przewidywanie i zapobieganie wystąpieniu problemów w przebiegu choroby, a także poprawę jakości życia chorego i jego rodziny [4].

Zasady, które charakteryzują opiekę paliatywną to m. in.: troska o jakość życia, akceptacja nieuchronności cierpienia i śmierci, holistyczny i interdyscyplinarny charakter opieki, otoczenie opieką rodziny chorego, zasada sprawiedliwości [3].

Pierwsza z zasad opieki paliatywnej, czyli jakość życia, posiada wiele definicji. Jest to spowodowane interdyscyplinarnością tego pojęcia, którym interesują się uczeni m. in. z zakresu medycyny, socjologii czy filozofii [5]. Po raz pierwszy pojęcie - jakości życia, uwarunkowanej stanem zdrowia, zostało użyte przez Schipperę i wsp. i opisane jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta” [3,6]. Kolejna definicja, która jest cytowana w literaturze jest sformułowana przez Światową Organizację Zdrowia. Uwzględnia ona ocenę globalnej jakości życia, czynniki środowiskowe, społeczne oraz warunki ekonomiczne [7].

Wsparcie świadczone pacjentom paliatywnym i ich bliskim głównie polega na obniżeniu cierpień fizycznych i psychicznych, łagodzeniu uciążliwych objawów i skutków choroby, czyli poprawienie jakości życia zarówno chorego, jak i jego rodzinie. Im większa jest różnica między indywidualnymi oczekiwaniami chorego a rzeczywistością, tym gorsza jest jakość życia. Istnieje możliwość poprawy jakości życia chorego poprzez poprawę warunków sytuacji rzeczywistej i wpłynięcie na zmianę oczekiwań chorego.

Szczególną pozycję w rozwoju opieki paliatywnej odgrywają badania jakości życia pacjentów, stosowane w określonych przypadkach [3]:

- badanie jakości życia służy monitorowaniu określonego stanu rzeczy; poszczególne podskale dostarczają informacji na temat stanu zdrowia fizycznego lub psychicznego, ukierunkowując i ułatwiając decyzje obejmujące właściwe zorganizowanie opieki;
- badanie jakości życia pozwala ocenić efektywność poszczególnych metod terapeutycznych (w badaniach klinicznych);
- badanie jakości życia pomaga dokonać porównania różnych modeli opieki paliatywnej.

Poza oceną jakości życia, zasadniczym elementem oceny efektywności opieki paliatywnej jest satysfakcja chorego z tej opieki. Gdyby przyjąć, iż jakość życia jest wartością

stanowiącą różnicę między sytuacją rzeczywistą a sytuacją wymarzoną przez pacjenta, to satysfakcję z opieki paliatywnej można opisać jako wartość stanowiącą różnicę pomiędzy oczekiwaniami pacjenta na usługi medyczno-opiekuńcze a poziomem ich zaspokojenia. Przeważnie przy określaniu satysfakcji jako wskaźnika jakości opieki medycznej wyodrębnia się: warunki bytowe; organizację opieki (czas oczekiwania na leczenie, procedury diagnostyczne, terapeutyczne itp.); komunikację (pomiędzy pacjentem a lekarzem, pielęgniarką i innymi członkami zespołu); skuteczność leczenia (stopień kontroli objawów) [3].

Pacjenci objęci opieką paliatywną zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013r. powinni mieć zapewnione świadczenia w ramach gwarantowanych świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej [Dz. U. z 2013r. poz. 1347] [8].

Wyróżnia się trzy główne typy opieki nad chorymi terminalnie:

- zespoły opieki domowej, które składają się z lekarzy, pielęgniarek, wolontariuszy oraz duchownych, dbających o chorych znajdujących się w swoich domach, pielęgnowanych przez bliskich
- hospicja stacjonarne, w których przebywają osoby samotne, bezdomne i wymagające specjalistycznej całodobowej opieki
- ośrodki opieki dziennej obejmujące chorych w pierwszej fazie choroby terminalnej, w której pracuje wykwalifikowana kadra, pomagająca polepszyć kondycję fizyczną, psychiczną oraz pomagająca osiągnąć równowagę wewnętrzną. W rezultacie chory osiąga samodzielność i odnajduje się w nowej sytuacji.

Oprócz wymienionych form opieki hospicyjnej, wyodrębnia się dwie formy pośrednie: ośrodki opieki paliatywnej i ośrodki konsultacyjne. Pierwsze ośrodki znajdują się w prywatnych gabinetach specjalistycznych oraz szpitalach, gdzie zespół składa się z pracowników medycznych wykonujących zabiegi, jak również psychologów i pracowników środowiskowych. Ośrodki konsultacyjne organizowane są jako poradnie udzielające informacji chorym i ich rodzinom, również pomagają nawiązać kontakt z hospicjum.

Definicja WHO opieki hospicyjnej opisana jest jako podejście poprawiające jakość życia pacjentów oraz ich rodzin w obliczu śmiertelnych chorób [9]. Takie podejście sprzyja utrzymaniu chorego w dobrej kondycji fizycznej oraz psychicznej.

Przymiotnik „hospicyjny” wywodzi się od nazwy ruchu hospicyjnego sięgającego swymi korzeniami dziedzictwa pogańskiego. Łacińskie słowo „hospes” określało początkowo

osobę zapewniającą innej osobie gościnę (gospodę). W późniejszym czasie, w średniowieczu, zaczęto je łączyć z formą schroniska dla podróżnych, często chorych i wymagających pielęgnacji. Koncepcję tę wraz z nazwą przejęła po II wojnie światowej angielska pielęgniarka Cicely Saunders, która utworzyła pierwsze nowoczesne hospicjum św. Krzysztofa w Londynie [3]. W Polsce działa ponad 200 zespołów opieki domowej, ok. 100 poradni leczenia bólu i opieki paliatywnej, 30 oddziałów stacjonarnych, z czego 12 – w wolno stojących hospicjach. Dzięki dynamicznemu rozwojowi opieki paliatywnej i hospicyjnej Polska jest na drugim miejscu, po Wielkiej Brytanii, w Europie pod względem organizacyjnym.

W Polsce jednostką rozliczeniową z NFZ w opiece stacjonarnej i hospicjum domowym jest osobodzień. W ogólnych warunkach kontraktowania świadczeń medycznych istnieje zapis, że u chorego muszą być odbyte w czasie 1 tygodnia 4 wizyty domowe, w tym jedna lekarska. W zespołach opieki paliatywnej realizowane są co najmniej 2 pielęgniarskie wizyty i 1 wizyta lekarska w tygodniu oraz zależnie od potrzeb wizyta psychologa, duszpasterza, pracownika socjalnego, fizjoterapeuty i wolontariuszy. W zależności od potrzeb przewidziane są wizyty interwencyjne.

Obecnie w Polsce wyróżnia się następujące formy organizacyjne ośrodków hospicyjnych i paliatywnych: stowarzyszenia świeckie wyposażone w osobowość prawną, stowarzyszenia wyznaniowe wyposażone w osobowość prawną, fundacje, zespoły niezarejestrowane, które działają przy kościołach, także zespoły niezarejestrowane, które działają w ramach organizacji lub instytucji o uregulowanym statusie prawnym, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej powołane przez zarejestrowane stowarzyszenia, fundacje, kościoły i związki wyznaniowe, wydzielone jednostki publicznej opieki zdrowotnej [10].

Zrozumienie sytuacji osób objętych leczeniem paliatywnym/hospicyjnym oznacza, m. in. zwrócenie większej uwagi na poza somatyczne sfery życia, co wiąże się z nasileniem kroków nastawionych na badanie potrzeb chorego, jego rodziny a także wszystkich innych osób zaangażowanych w opiekę [3].

Założenia i cel pracy

Celem niniejszej pracy była ocena jakości życia pacjentów objętych opieką Hospicjum Domowego dla Dorosłych.

Material i metoda

Badania przeprowadzono wśród pacjentów paliatywnych przebywających w domu. Udział wzięło 50 respondentów, w tym 30 kobiet i 20 mężczyzn w różnym przedziale wiekowym. Metodą badań był sondaż diagnostyczny, techniką ankieta, narzędziem kwestionariusz oceny jakości życia WHOQOL-BREF, polskiej adaptacji wg Jaracz K.

Kwestionariusz składał się z 26 pytań, które miały formę zamkniętą.

Udział w przeprowadzonych badaniach był dobrowolny oraz anonimowy. Minimalna liczba punktów wskazywała na niezadowolenie z jakości życia w poszczególnych dziedzinach, a maksymalna ilość punktów na zadowolenie osoby badanej.

Charakterystyka badanej grupy wiekowej.

Zdecydowaną większość badanych stanowiły kobiety 60%. Aż 42% respondentów stanowiły osoby w przedziale wiekowym od 40 do 60 lat, 28% respondentów było w wieku od 61 do 75 lat. Osoby do 40. r.ż. stanowiły 22% badanych. Najmniej liczną była grupa w przedziale wiekowym powyżej 75. r.ż. 8%.

Najbardziej liczną grupę stanowili badani mieszkający w mieście liczącym do 20 tys. 48%, z kolei 44% respondentów mieszkało na wsi. Tylko 8% badanych mieszkało w miastach powyżej 20 tys.

Najwięcej badanych, aż 38% posiadało wykształcenie średnie, 30% wykształcenie zawodowe. Wykształceniem wyższym legitymowało się 18% badanych, a podstawowym tylko 14%.

Połowa badanych deklarowała wykonywanie pracy fizycznej. Pracę umysłową wykonywało 32% ankietowanych. Natomiast 18% respondentów wskazało, że nie pracuje.

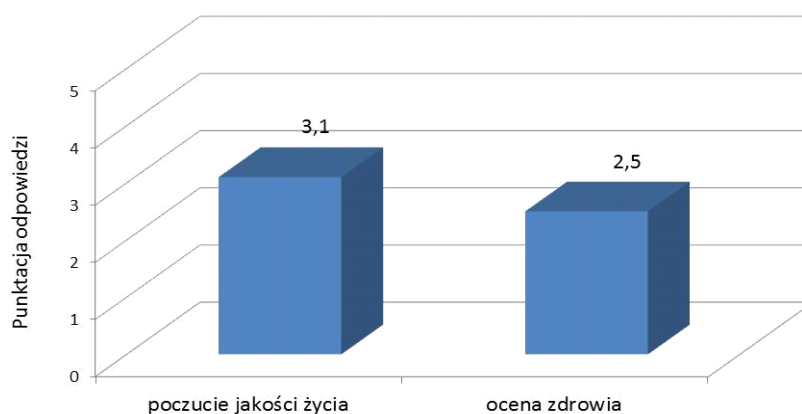
Wyniki badań

Wśród badanych kobiet najczęściej wymienianą jednostką chorobową był nowotwór złośliwy trzonu macicy - 16,66%, natomiast najrzadziej występującymi jednostkami chorobowymi były: rak płuca, rak krtani, rak pęcherza i rak trzustki, po 6,67%. W grupie mężczyzn najczęstszą chorobą był rak jelita grubego – 30%, a najrzadziej występującym nowotworem był rak trzustki 5%.

Tab. 1. Procentowy udział jednostek chorobowych wśród respondentów

Choroby	Kobiety	Kobiety %	Mężczyźni	Mężczyźni %
rak płuc	2	6,67 %	5	25 %
rak jelita grubego	4	13,33 %	6	30 %
rak krtani	2	6,67 %	2	10 %
rak pęcherza	2	6,67 %	2	10 %
szpiczak mnogi	3	10 %	2	10 %
nowotwór złośliwy trzonu macicy	5	16,66 %	0	0
rak żołądka	3	10 %	2	10 %
rak jajnika	4	13,33 %	0	0
rak trzustki	2	6,67 %	1	5 %
guz piersi z owrzodzeniem	3	10 %	0	0

Poczucie jakości życia i cenę własnego zdrowia w badanej grupie przedstawia ryc. 1.



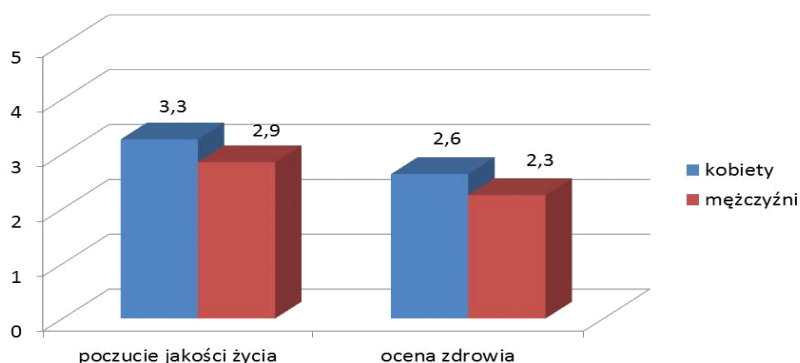
Ryc. 1. Poczucie jakości życia i ocena własnego zdrowia w badanej grupie

Respondenci zdecydowanie wyżej ocenili poczucie jakości swojego życia od własnego zdrowia.

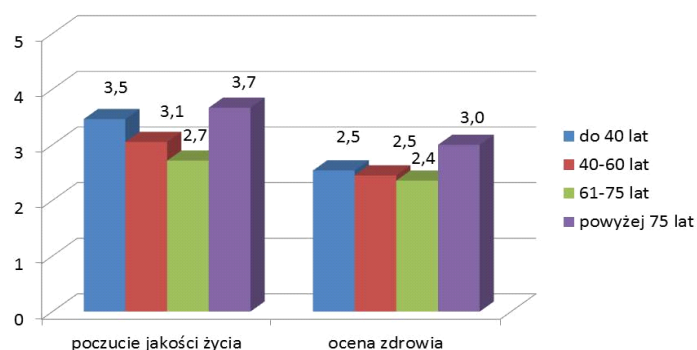
Porównując poziom odczuwanej jakości życia w grupie badanych, w zależności od płci stwierdza się, że kobiety wyżej oceniały zarówno swoją jakość życia 3,3, jak i zdrowie 2,6. Mężczyźni poczucie jakość życia i zdrowie ocenili niżej.

Respondenci w wieku powyżej 75 lat wyżej ocenili zarówno poczucie jakość życia 3,7, jak i swoje zdrowie 3,0. Badani w wieku do 40 lat również wysoko oceniali poczucie jakości życia 3,5 i zdrowia 2,5. Badani z grup wiekowych 40-60 lat oraz 61-75 lat poczucie jakości życia i zdrowia ocenili niżej w porównaniu z innymi grupami wiekowymi. Poczucie

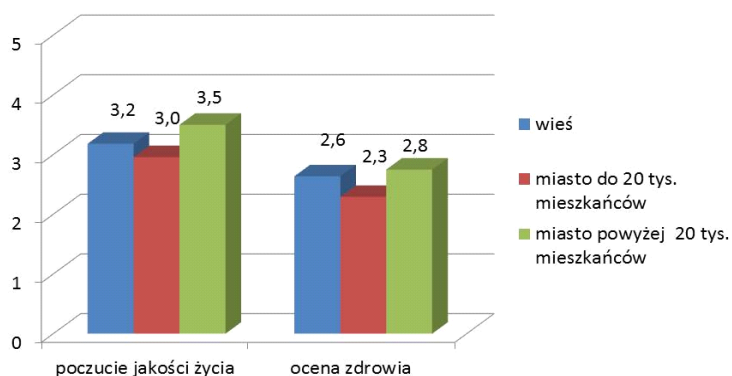
zdrowia u badanych z grup wiekowych 40-60 lat oraz 61-75 lat było na podobnym poziomie, a poczucie jakości życia różniło się nieznacznie.



Ryc. 2. Poczucie jakości życia i ocena własnego zdrowia w zależności od płci badanych



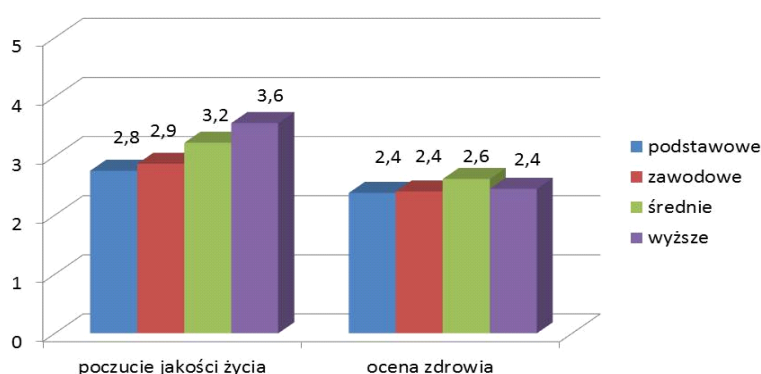
Ryc. 3. Poczucie jakości życia i ocena własnego zdrowia w zależności od wieku badanych



Ryc. 4. Poczucie jakości życia i ocena własnego zdrowia w zależności od miejsca zamieszkania badanych

Mieszkańcy miast powyżej 20 tys. mieszkańców ocenili poczucie jakości życia najwyżej 3,5. Mieszkańcy terenów wiejskich ocenili swoją jakość życia na 3,2, a mieszkańcy miast do 20 tys. mieszkańców ocenili poczucie jakości życia najniżej. Niemniej jednak zróżnicowanie średniego poziomu jakości życia w zależności od miejsca zamieszkania jest małe.

Najwyższą ocenę zdrowia mają badani, którzy mieszkają w miastach powyżej 20 tys. mieszkańców. Respondenci, którzy mieszkają na wsi również ocenili własne zdrowie wysoko. Najniższą ocenę zdrowia mają mieszkańcy miast do 20 tys. mieszkańców.

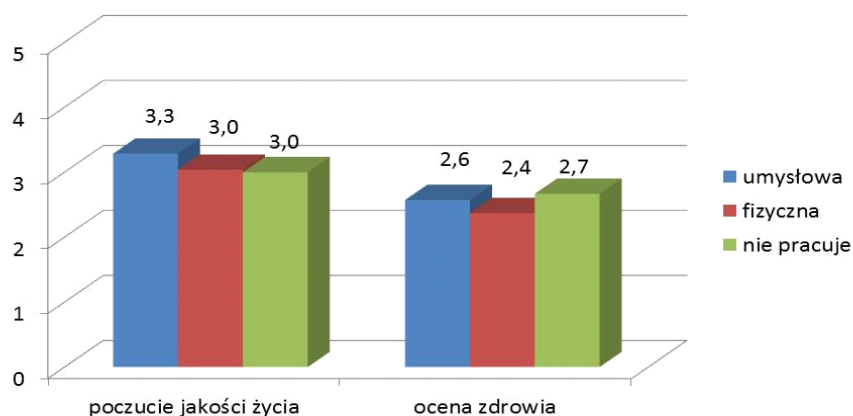


Ryc. 5. Poczucie jakości życia i ocena własnego zdrowia w zależności od wykształcenia badanych

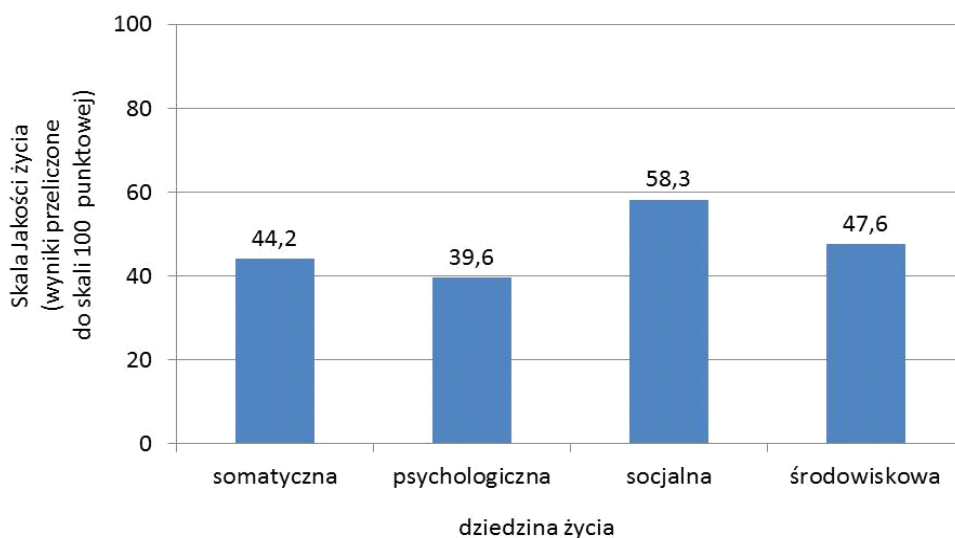
Wśród badanych, wyższe poczucie jakości życia było u osób z wyższym wykształceniem, a najniższe u osób z wykształceniem podstawowym. Zatem poczucie jakości życia wzrastało wraz z wykształceniem. Natomiast na ocenę własnego zdrowia wykształcenie nie miało większego wpływu, gdyż wszyscy badani ocenili je na podobnym poziomie, o czym świadczy wartość średniej 2,45.

Poczucie jakości życia, jak i ocena własnego zdrowia nie zależała od rodzaju wykonywanej pracy. Osoby pracujące umysłowo, fizycznie, jak i niepracujące podobnie oceniali poczucie jakości życia (średnia 3,1) i była oceniana wyżej niż ocena własnego zdrowia (średnia 2,57) (Ryc. 6).

Na rycinie 7 przedstawiono jakość życia badanych wg kwestionariusza WHOQOL-BREF w czterech dziedzinach życia: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej. Wyniki przeliczono do 100 punktowej skali, co pozwoliło na porównanie jakości życia w czterech dziedzinach na jednym wykresie.



Ryc. 6. Poczucie jakości życia i ocena własnego zdrowia w zależności od charakteru pracy badanych



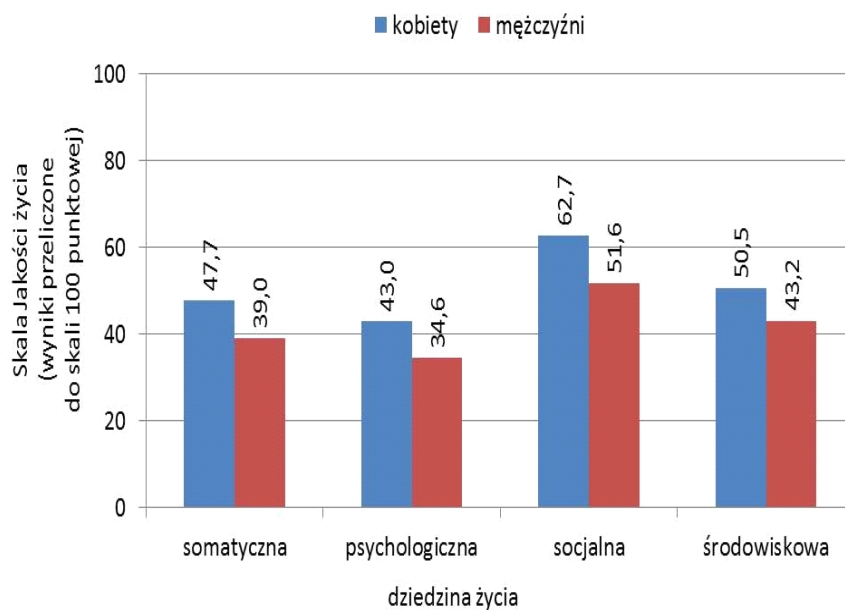
Ryc. 7. Jakość życia badanych w 4 dziedzinach wg WHOQOL-BREF

Najniższą wartość jakości życia występowała w dziedzinie psychologicznej 44,2, kolejno somatycznej, środowiskowej, a najwyższa w dziedzinie socjalnej 58,3.

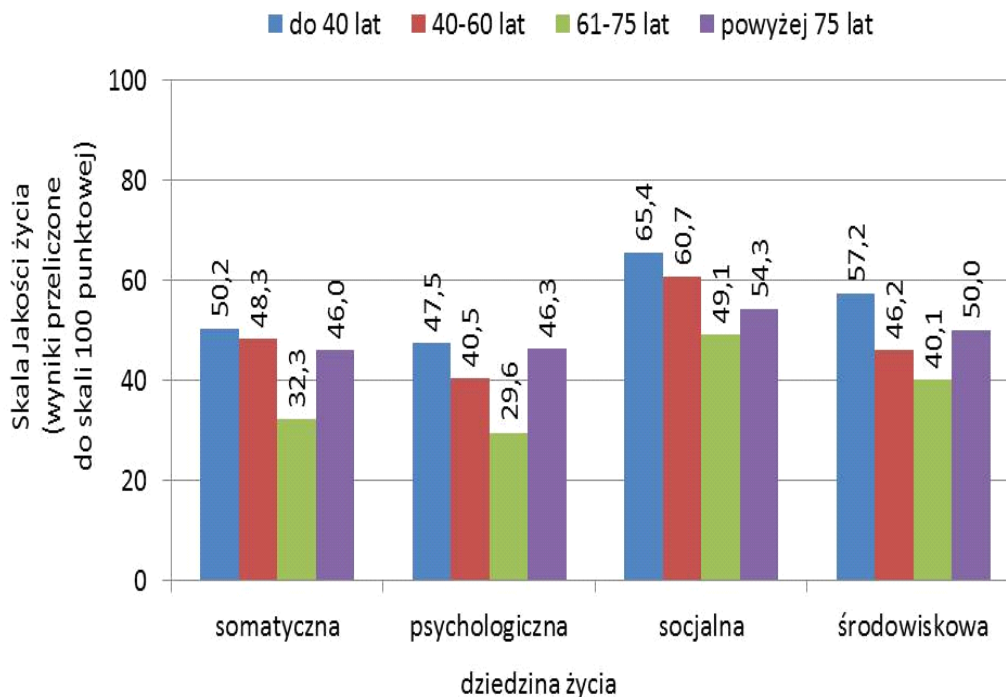
Kobiety w dziedzinie somatycznej, psychologicznej, socjalnej jak i środowiskowej oceniały swoją jakość życia znacznie wyżej niż mężczyźni.

W każdej z czterech dziedzin życia najwyższa jakość życia występowała w grupie badanych do 40 r.ż., natomiast najniższa w grupie badanych w wieku 61-75 lat. Ponadto zauważa się, że w dziedzinie socjalnej, jakość życia maleje wraz z wiekiem wyłączając grupę wiekową 61-75 lat. W dziedzinie środowiskowej w pierwszych trzech grupach wiekowych

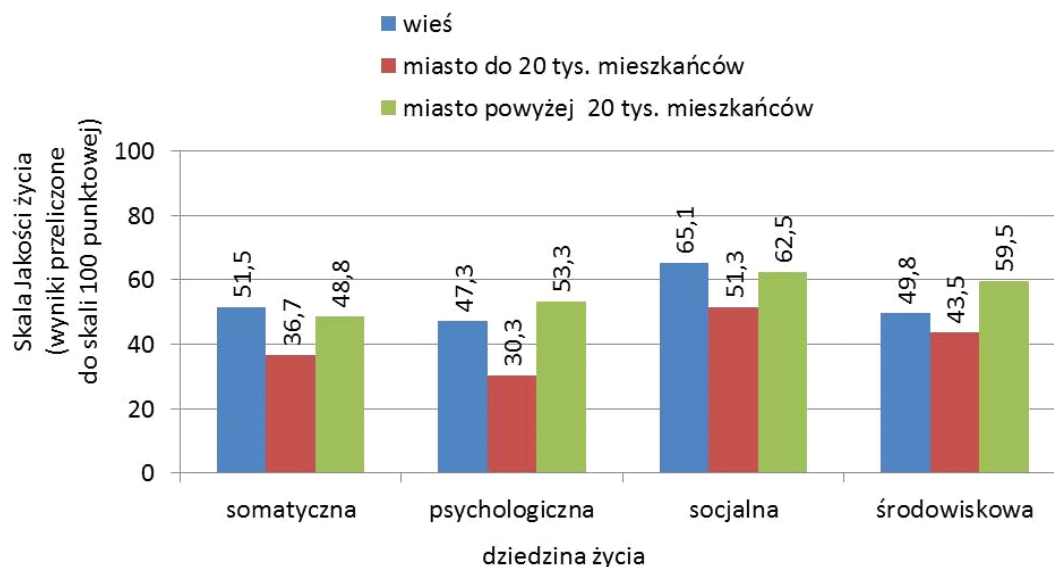
maleje z wiekiem. W grupie wiekowej powyżej 75 lat wzrasta, osiągając 50 punktów w 100 punktowej skali.



Ryc. 8. Jakość życia badanych w 4 dziedzinach wg WHOQOL - BREF w zależności od płci badanych

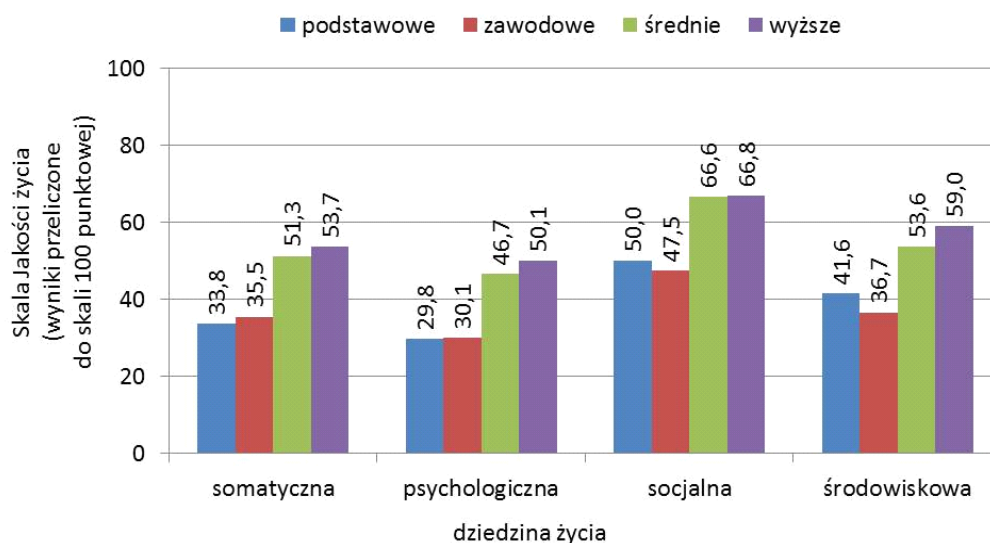


Ryc. 9. Jakość życia badanych w 4 dziedzinach wg WHOQOL - BREF w zależności od wieku badanych



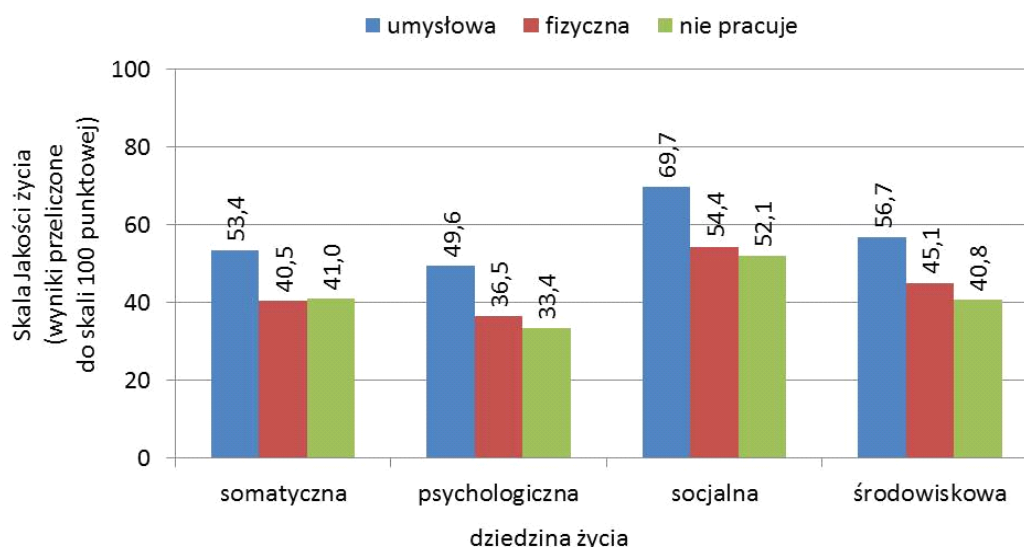
Ryc. 10. Jakość życia badanych w 4 dziedzinach wg WHOQOL - BREF w zależności od miejsca zamieszkania badanych

Respondenci, mieszkający w małym mieście do 20 tys. mieszkańców, ocenili jakość życia najniżej we wszystkich 4 dziedzinach. Natomiast badani, mieszkający na terenach wiejskich oraz w mieście powyżej 20 tys. mieszkańców, ocenili jakość życia zdecydowanie wyżej.



Ryc. 11. Jakość życia badanych w 4 dziedzinach wg WHOQOL - BREF w zależności od wykształcenia badanych

Najwyższa jakość życia we wszystkich 4 dziedzinach życia występowała grupie z wykształceniem średnim i wyższym, a najniższa w grupie z wykształceniem podstawowym i zawodowym.



Ryc. 12. Jakość życia badanych w 4 dziedzinach wg WHOQOL - BREF w zależności od charakteru pracy badanych

Grupa badanych, pracujących umysłowo, zdecydowanie najwyżej oceniła swoją jakość życia we wszystkich 4 dziedzinach, najwyżej oceniając dziedzinę socjalną. Najniższa ocena jakości życia, we wszystkich 4 dziedzinach występuje u osób niepracujących. U osób pracujących fizycznie oceniane dziedziny kształtowały się odpowiednio na średnim poziomie.

Omówienie wyników badań

Głównym celem opieki paliatywnej jest osiągnięcie wysokiej jakości życia chorych oraz ich rodzin. Prowadzenie badań nad jakością życia pacjentów, cierpiących na różne schorzenia, pozwala zgłębić wiedzę na temat istoty choroby w stosunku do danej grupy respondentów. Na poczucie jakości życia pacjentów terminalnie chorych wpływają takie czynniki, jak: samopoczucie fizyczne, psychiczne, zminimalizowanie odczuwania objawów, szczególnie bólu, a także relacje i wsparcie społeczne.

Wyniki przeprowadzonych badań dowodzą, że wśród chorych objętych opieką paliatywną średni poziom odczuwania jakości życia jest na poziomie 3,1 pkt. w pięciopunktowej skali wg WHOQOL-BREF, natomiast zdrowie średnio na poziomie 2,5 pkt.

Osoby badane najniżej oceniły jakość życia w zakresie dziedziny somatycznej i psychologicznej, co może mieć związek ze stanem ich zdrowia. Najwyżej kształtowała się jakość życia w dziedzinach społecznej i środowiskowej zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Kobiety lepiej niż mężczyźni oceniali swoją jakość życia, jak również własne zdrowie. Natomiast zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn jakość życia oceniana była lepiej niż własne zdrowie. W każdej z 4 dziedzin kobiety lepiej oceniali swoją jakość życia niż mężczyźni.

W przeprowadzonych badaniach największy udział miały kobiety- 60%. Najwięcej wśród respondentów posiadało wykształcenie średnie wśród kobiet, natomiast wśród mężczyzn – wykształcenie zawodowe. Najmniej badanych deklarowało wykształcenie podstawowe w grupie kobiet, a w grupie mężczyzn wykształcenie podstawowe i wyższe. Najwięcej badanych mieszkało w mieście do 20 tys. mieszkańców – zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, natomiast najmniej mieszkało w mieście powyżej 20 tys. mieszkańców. Biorąc pod uwagę wykonywany zawód, najwięcej kobiet wykonywało pracę umysłową, natomiast wśród mężczyzn – pracę fizyczną.

Ze względu na wiek, badani powyżej 75. roku życia najlepiej oceniali zarówno swoją jakość życia, jak i swoje zdrowie. W każdej z 4 dziedzin w zależności od wieku jakość życia maleje wraz z wiekiem wyłączając grupę wiekową powyżej 75 lat.

Poczucie jakości życia badanych, jak i również ocena własnego zdrowia najwyższe są wśród osób dużych miast powyżej 20 tys. mieszkańców. W zależności od miejsca zamieszkania jakość życia badanych w 4 dziedzinach była lepsza w miastach powyżej 20 tys. mieszkańców i wsiach od miast poniżej 20 tys. mieszkańców.

Zauważalny jest wzrost własnego poczucia jakości życia ze względu na wykształcenie badanych osób. Wyniki oceny własnego zdrowia kształtowały się średnio na tym samym poziomie, minimalnie wyższą ocenę uzyskano u osób z wykształceniem średnim. W każdej z 4 dziedzin badani z wykształceniem podstawowym i zawodowym oceniali podobnie swoją jakość życia, znacznie niżej niż z wykształceniem średnim i wyższym.

Ocena poczucia jakości życia, niezależnie od rodzaju wykonywanej pracy, była wyższa niż ocena własnego zdrowia. Tymczasem jakość życia badanych osób, we wszystkich 4 dziedzinach życia była najwyższa w grupie pacjentów pracujących umysłowo.

Wysoką jakość życia w opiece paliatywnej można osiągnąć poprzez łagodzenie uciążliwych objawów i skutków choroby, a także poprzez okazywanie choremu i jego bliskim wsparcia społecznego i psychologicznego

Badaniami zostały objęte osoby mieszkające w środowiskach domowych, które nie uzyskały odpowiedniej pomocy psychologicznej lub nie zostały tą pomocą objęci.

Wnioski

1. Badani wyżej oceniali poczucie jakości życia badanych niż własne zdrowie. Wynika to z faktu, iż ankietowani przebywali w warunkach domowych.
Należałoby prowadzić działania edukacyjne i motywacyjne do obejmowania opieką domową jak największej liczby chorych nieuleczalnie.
2. Najlepszą jakość życia badanych obserwuje się w dziedzinie socjalnej. Jakość życia kobiet jest lepsza niż jakość życia mężczyzn zarówno w ocenie własnej, jak i we wszystkich 4 dziedzinach życia. Wykształcenie ma wpływ na własne poczucie jakości życia oraz na jakość życia w 4 dziedzinach życia wg WHOQOL-BREF.
3. Płeć, wiek badanych, miejsce zamieszkania, wykształcenie, charakter pracy zawodowej w dziedzinie psychologicznej kształtowała się na niższym poziomie od innych dziedzin. W związku z powyższym należy położyć duży nacisk na szkolenie całego zespołu terapeutycznego w zakresie pomocy psychologicznej.

Piśmiennictwo

1. Kozdroń E.: Aktywność rekreacyjna w wychowaniu ku starości, e-Wydawnictwo NCBKF, 2014, 21- 26.
2. De Walden-Gałuszko K, Ciałkowska-Rysz A (red.): Medycyna paliatywna, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2015.
3. De Walden-Gałuszko K (red.): Podstawy opieki paliatywnej. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006.
4. Kurczewska U., Jasińska M., Orszulak-Michalak D.: Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej, Część I, Katedra i Zakład Biofarmacji, Wydział Farmaceutyczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, 2009.
5. Zalewska A.: Dwa Światy. Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o wysokiej i niskiej reaktywności. Wyd. SWPS. Warszawa, 2003.

6. Wołowicka L, Jaracz K.: Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL – Bref. [W:] Jakość życia w naukach medycznych, Wołowicka L (red), Wyd. Uczelniane AM w Poznaniu, Poznań, 2001, 235-280.
7. Papuć E.: Jakość życia - definicje i sposoby jej ujmowania, Katedra i Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin 2011.
8. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Dz. U. z 2013r. poz. 1347.
9. WHO: Definition of Palliative Care (ang.), data pobrania 04.10.2016.
10. Górecki M.: Hospicjum w służbie umierających, Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa, 2000.
11. Zielińska-Więczkowska H. , Żychlińska E., Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K.: Ocena jakości życia i wsparcia społecznego pacjentów z chorobą nowotworową w starszym wieku objętych opieką paliatywną, Geriatria, 2015, 9, 227-234.

Pielęgniarka na oddziale onkologii dziecięcej

Dytko-Lesisz Izabela¹, Nowak-Kapusta Zofia², Pająk Bożena¹, Tymińska Katarzyna³

1. Studium Doktoranckie, Zakład Filozofii i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
3. Studium Doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra i Klinika Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach.

Wstęp

Choroba o złym rokowaniu bywa przyczyną śmierci dziecka przewlekle chorego. Mimo postępu medycyny nie zawsze można uzyskać trwałe wyleczenie dziecka z choroby nowotworowej. W społeczeństwie dominuje pogląd, że jeśli mamy do czynienia z takim schorzeniem, to nieuchronnie musi ono zakończyć się najgorszym scenariuszem. Ale nie zawsze tak jest. Mimo to dziecko, rodzice, najbliższe otoczenie, znajomi, koledzy są zmuszeni stawić czoła nowej sytuacji. Zagrożenie dziecka śmiercią w trakcie chorób jest różne. W niektórych jednostkach chorobowych może wystąpić jedynie na skutek dużych zaniedbań leczniczych i powikłań chorobowych; w innych istnieje stale, pomimo zachowania opieki i leczenia na wysokim poziomie. Szczególnie duże zagrożenie śmiercią ma miejsce w przebiegu chorób nowotworowych i dotyczy takich schorzeń, jak białaczki i guzy mózgu [1].

U ponad 15000 dzieci i młodzieży każdego roku w Unii Europejskiej rozpoznawany jest nowotwór złośliwy, a wśród tych dzieci około 3000 umiera z tego powodu. W Polsce w 2011 roku do Krajowego Rejestru Nowotworów zgłoszono niewiele ponad 1000 zachorowań na choroby nowotworowe wśród dzieci, co daje liczbę zachorowań 12,2 na 100000 populacji (0,8% ogółu zachorowań nowotworowych). Są one drugą przyczyną zgonów wśród dzieci -

po wypadkach, urazach i zatruciach, lecz pierwszą chorobową – przyczyną zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1-19 lat. Szacuje się, że w krajach Unii Europejskiej żyje około 500000 dorosłych, którzy w dzieciństwie doświadczyli zmagania z nowotworem. Prognoz na lata 2020-2025 wskazują, że liczba ta może się podwoić [2,3].

Mimo coraz lepszych metod leczniczych obrazowi choroby nowotworowej towarzyszy wiele wyobrażeń, uprzedzeń, a pierwszą reakcją rodziców chorego dziecka jest zazwyczaj przerażenie z powodu zaistniałej sytuacji. Od tego momentu istotną staje się rola pielęgniarki, bowiem to ona wprowadza rodziców i dziecko w nowe szpitalne środowisko. To w dużej mierze od jej pierwszych działań, umiejętności czy cech osobowości zależy, jak dziecko i rodzice będą postrzegać nowe środowisko i asymilować się do niego. Wydaje się tutaj, że cechami pożądanymi są otwartość i gotowość do przyjmowania, rozumienia emocji i uczuć dziecka, ale także wrażliwość - zdolność reagowania na zachowania werbalne i niewerbalne dziecka. Oprócz tego nie bez znaczenia jest umiejętność nawiązania kontaktu z rodzicami, umiejętność dostarczenia wsparcia emocjonalnego i informacyjnego dostosowanego do wieku i rozwoju dziecka oraz umiejętność obserwacji stanu psychicznego, fizycznego małego pacjenta i odpowiednia na nie reakcja. Stała gotowość do oferowania wsparcia drugiemu człowiekowi może nieść w dalszej perspektywie ryzyko wypalenia zawodowego, z którym pielęgniarki w różnym stopniu się zmagają.

Cel

Celem pracy była ocena wpływu pracy na oddziale onkologii dziecięcej przez pielęgniarki oraz postrzeganie przez personel pielęgniarski współpracy z rodzicami na oddziale.

Material i metoda

Są to badania wstępne, które służą do przygotowania wieloaspektowych badań wśród rodziców dzieci hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej i personelu pracującego na oddziałach onkologii dziecięcej.

Badania zostały przeprowadzone na Oddziale Onkologii, Hematologii i Chemioterapii w Katowicach po wcześniejszym uzyskaniu zgody od dyrekcji szpitala.

W badaniu wzięli udział rodzice dzieci dotkniętych chorobą nowotworową, oraz pielęgniarki pracujące na tym oddziale.

Badania zostały oparte na autorskich anonimowych kwestionariuszach ankiety. Wyniki zebrano w tabele zbiorcze i poddano analizie statystycznej przy użyciu programu Statistica ver10. Posłużono się również testem chi-kwadrat. W przypadku testu chi-kwadrat wynik współczynnika istotności statystycznej $p < 0.05$ uważany był za znamienne statystycznie.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 12 pielęgniarek pracujących na oddziale onkologii w czasie prowadzenia badań. Najliczniejszą grupą ankietowanych pielęgniarek były osoby z przedziału wiekowego 51 – 55 lat (33,4%), kolejno w wieku 41 – 45 lat (25%). Najmniej było ankietowanych pielęgniarek z grup 26 – 30 lat, 31 – 35 lat, 46 – 50 lat - po 1 osobie (8,3%). Wiek ankietowanych pielęgniarek przedstawiono w tabeli I.

Tab. I. Wiek ankietowanych pielęgniarek

Wiek ankietowanych	LICZBA	%
20-25 lat	2	16,7%
26-30 lat	1	8,3%
31-35 lat	1	8,3%
36-40 lat	0	0
41-45 lat	3	25%
46- 50 lat	1	8,3%
51-55 lat	4	33,4%
powyżej 56 lat	0	0
RAZEM	12	100%

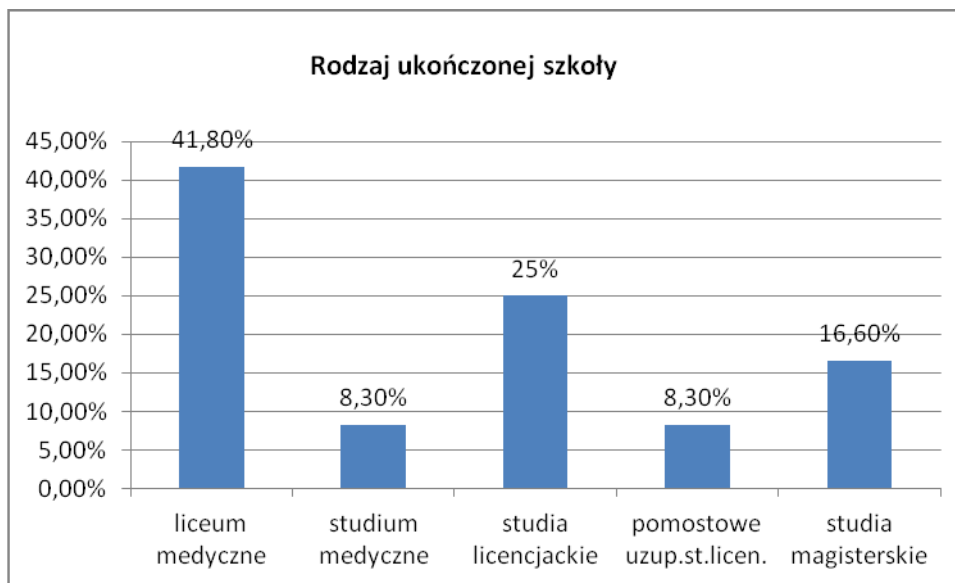
Największa grupa to osoby, które ukończyły liceum medyczne - 5 osób (41,8%), studia licencjackie 3 osoby (25%), 2 ankietowane studia magisterskie (16,6%). Szczegółowy rozkład przedstawia rycina 1.

Najliczniejszą grupę stanowią pielęgniarki ze stażem powyżej 20 lat (58,4%) oraz poniżej 1 roku - 2 osoby (16,7%).

Ankietowane pielęgniarki uważają, że potrafią rozmawiać z rodzicami na trudne tematy. Odpowiedzi „raczej tak” udzieliło 7 pielęgniarek (58,5%), a „tak” 2 (16,6%).

Zdecydowana większość pielęgniarek, bo 11 osób (91,7%) uważa, że rodzice współpracują z personelem.

Za czynnik ułatwiający współpracę z rodzicami, pielęgniarki podają cierpliwość ze strony personelu - 6 osób (50%) oraz wyjaśnianie wątpliwości 4 osoby (33,3%).



Ryc. 1. Rodzaj ukończonej szkoły

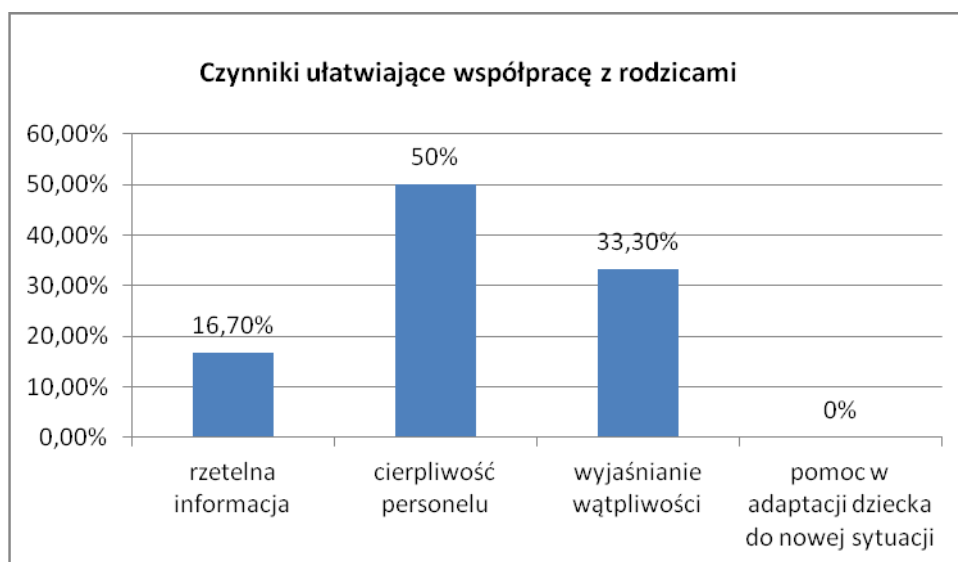
Tab. II. Staż pracy w zawodzie

Staż pracy w zawodzie	LICZBA	odsetek
poniżej 1 roku	2	16,7%
od 1 roku do 5 lat	1	8,3%
od 5 do 10 lat	1	8,3%
od 10 do 20 lat	1	8,3%
100%powyżej 20 lat	7	58,4%
RAZEM	12	100%

Tab. III. Umiejętność rozmowy z rodzicami

Umiejętność rozmowy z rodzicami	LICZBA	odsetek
tak	2	16,6%
raczej tak	7	58,5%
nie	0	0%
raczej nie	1	8,3%
trudno powiedzieć	2	16,6%
RAZEM	12	100%

Zdecydowana większość personelu pielęgniarskiego, 11 osób (91,7%), postrzega pracę na oddziale onkologii jako trudną. Większość pielęgniarek odpowiedziała, że towarzyszą im negatywne odczucia po zakończeniu dyżuru na oddziale - 7 ankietowanych (58,4%), a tylko 3 ankietowane osoby (25%) odpowiedziały, że nie mają negatywnych odczuć po zakończonym dniu pracy.



Ryc. 2. Czynniki ułatwiające współpracę z rodzicami

Kolejnym pytaniem było pytanie otwarte, w którym pielęgniarki wymieniały odczucia jakie towarzyszą im w czasie pracy. Do odczuć tych należały, między innymi, stres (25%) i współczucie (25%). Szczegółowy rozkład przedstawia tabela IV.

Tab. IV. Odczucia towarzyszące w czasie pracy

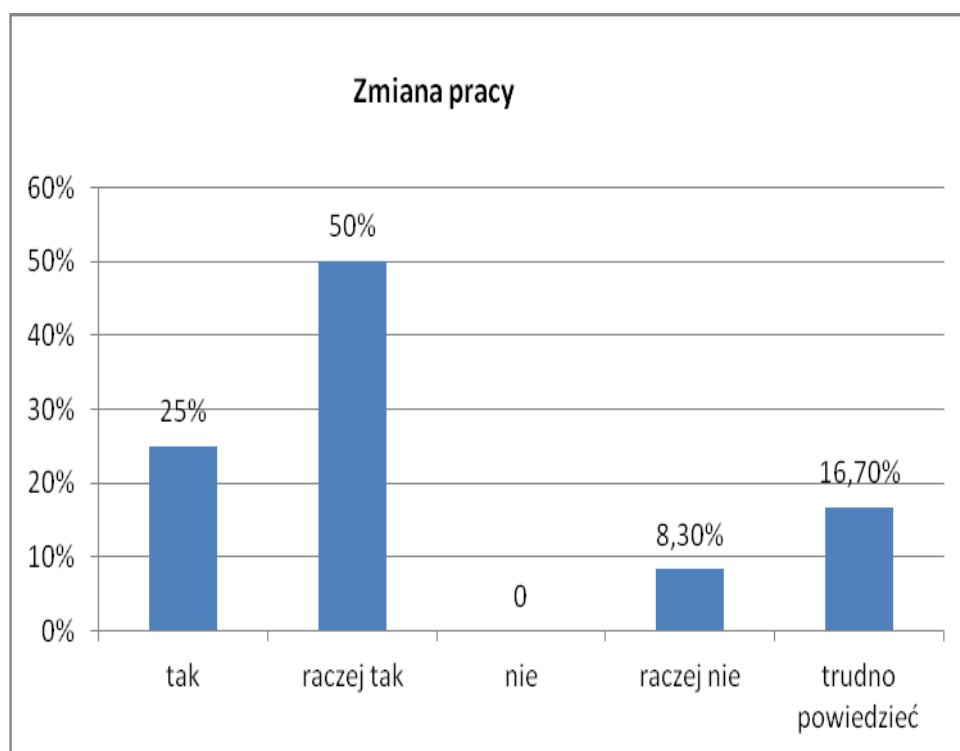
Odczucia towarzyszące w czasie pracy	LICZBA	%
empatia	4	20%
stres	5	25%
współczucie	5	25%
przygnębienie	1	5%
obciążenie pracą	2	10%
miłość	1	5%
nadzieja	1	5%
satysfakcja	1	5%
RAZEM	20	100%

Na pytanie dotyczące zmiany pracy większość ankietowanych osób odpowiedziała, że „raczej tak” 6 osób (50%), a odpowiedzi „tak” udzieliły 3 osoby (25%).

Brak objawów wypalenia zawodowego wskazało 6 ankietowanych pielęgniarek (50%), 3 pielęgniarki (25%) wskazały na wystąpienie objawów i tyle samo (3 osoby, tj. 25%) uważa, że poradziło sobie z tym problemem.

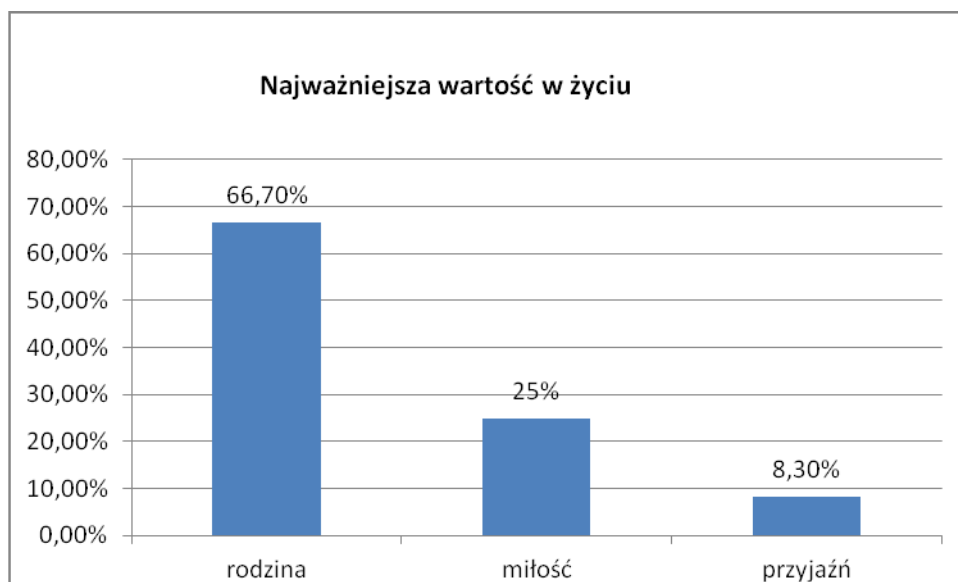
Wśród ankietowanych 8 osób tj. 66,8% uważa, że sytuacja, z jaką stykają się na oddziale (ciężka choroba dziecka i trudna sytuacja rodzin) wpływa na ich postrzeganie życia. Dwie osoby (16,6%) nie dostrzegały takiego wpływu i taka sama liczba ankietowanych (16,6%) nie potrafiła odpowiedzieć na to pytanie.

Jednocześnie większość personelu za najbardziej obciążający czynnik podawała stres.



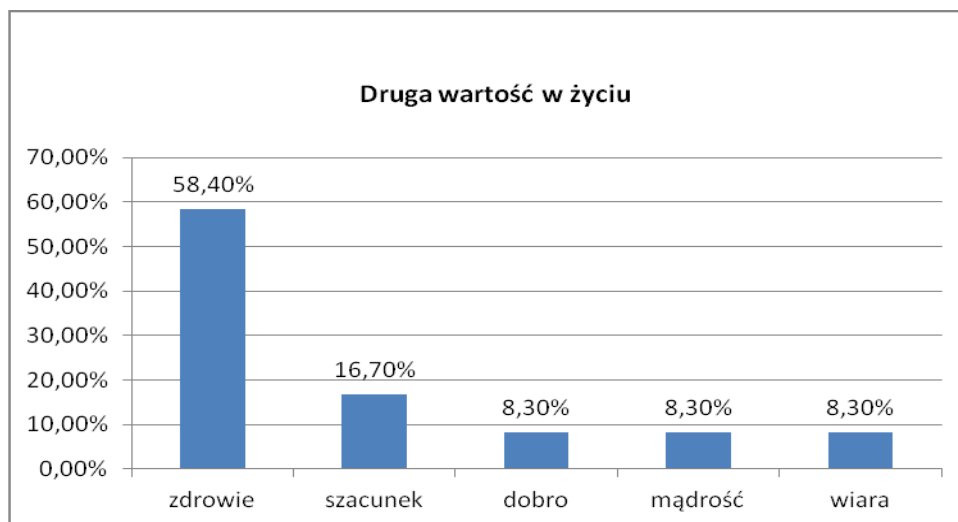
Ryc. 3. Zmiana pracy

Na pytanie dotyczące najważniejszej wartości w życiu (na pierwszym miejscu) ankietowane osoby wskazywały na rodzinę – 8 osób (66,7%), następnie miłość - 3 osoby (25%) i przyjaźń - jedna osoba (8,3%). Powyższe wyniki przedstawia rycina 4.



Ryc. 4. Najważniejsza wartość w życiu

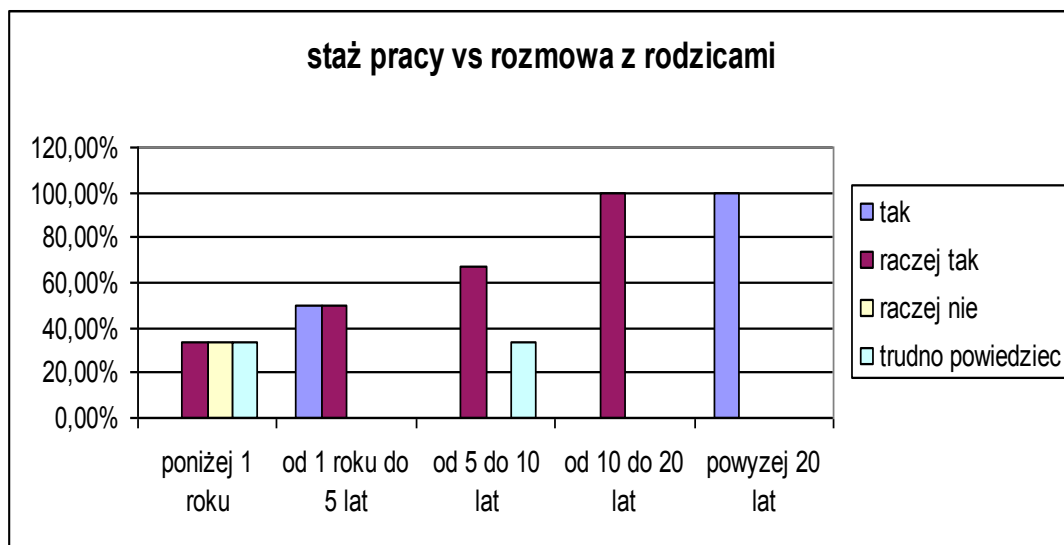
Natomiast na drugim miejscu za najcenniejszą wartość ankietowane pielęgniarki uznały zdrowie - 54,8%. Pozostałe wartości przedstawia rycina 5.



Ryc. 5. Druga najważniejsza wartość w życiu

Ze względu na charakter wykonywanej pracy pielęgniarki podały, że najbliższa rodzina jest objęta większą kontrolą i profilaktyką ze względu na swój charakter pracy odpowiadając „raczej tak” – 6 osób (50%) i „tak” – 4 osoby (33,4%).

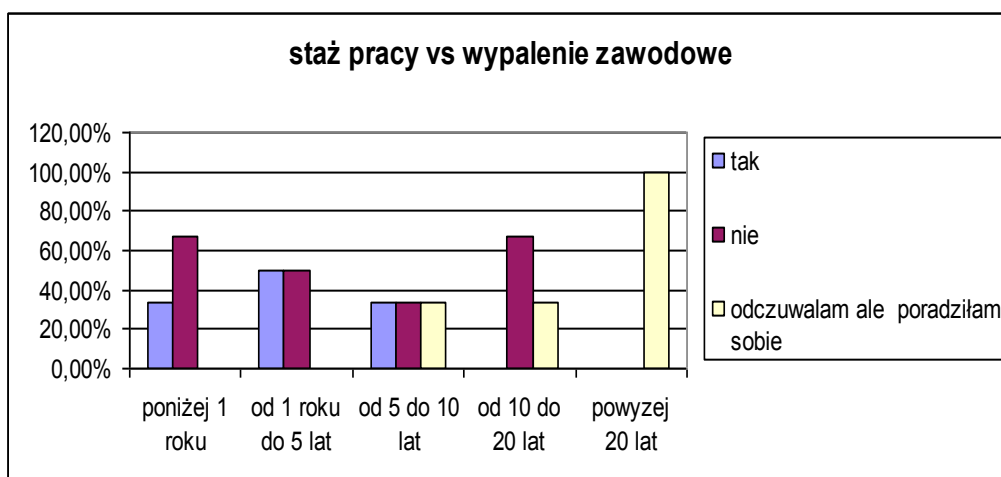
Mimo braku wyniku znamienne statystycznego ($p=0,31$), można powiedzieć, że pielęgniarki posiadające dłuższy staż zawodowy wykazują się zdolnością lepszego kontaktu komunikacyjnego z rodzicami chorych dzieci.



Ryc. 6. Zależność stażu pracy, a komunikacją z rodzicami

Z przeprowadzonej analizy wynika również, że im pielęgniarka dłużej pracuje tym częściej zastanawia się nad zmianą pracy na inny oddział ($p=0,47$).

Pielęgniarki, które najczęściej borykają się z wypaleniem zawodowym to pracujące na oddziale poniżej roku i do 10 lat ($p=0,61$).



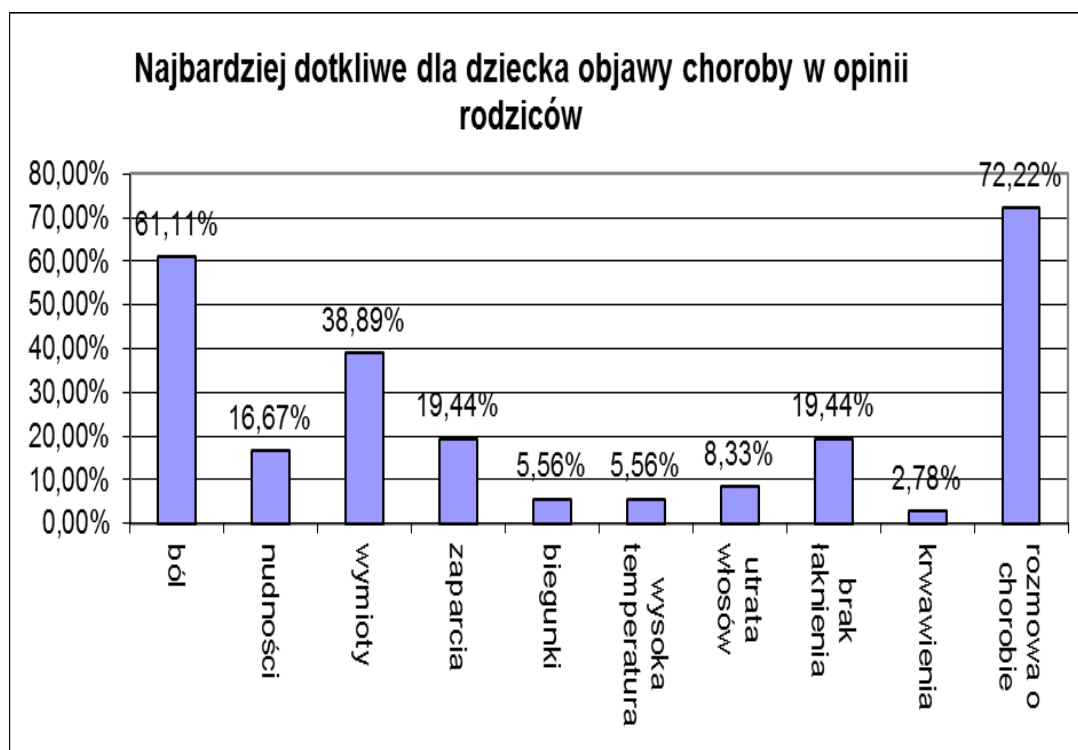
Ryc. 7. Zależność stażu pracy, a występowania wypalenia zawodowego

Charakterystyka rodziców

W badaniu wzięło udział 36 rodziców, w tym 30 kobiet (83,3%) i 6 mężczyzn (16,7%). Większość ankietowanych rodzin pochodziła z miasta - 30 ankietowanych (83,3%). Najwięcej dzieci, u których postawiono diagnozę choroby nowotworowej mieściła się w przedziale wiekowym 7 – 14 lat, to jest 47,3% i przedziale 4 – 6 lat - 27,8%. Było również 5,5% dzieci z przedziału wiekowego od urodzenia do pierwszego roku i 11,1% od pierwszego do trzeciego roku życia.

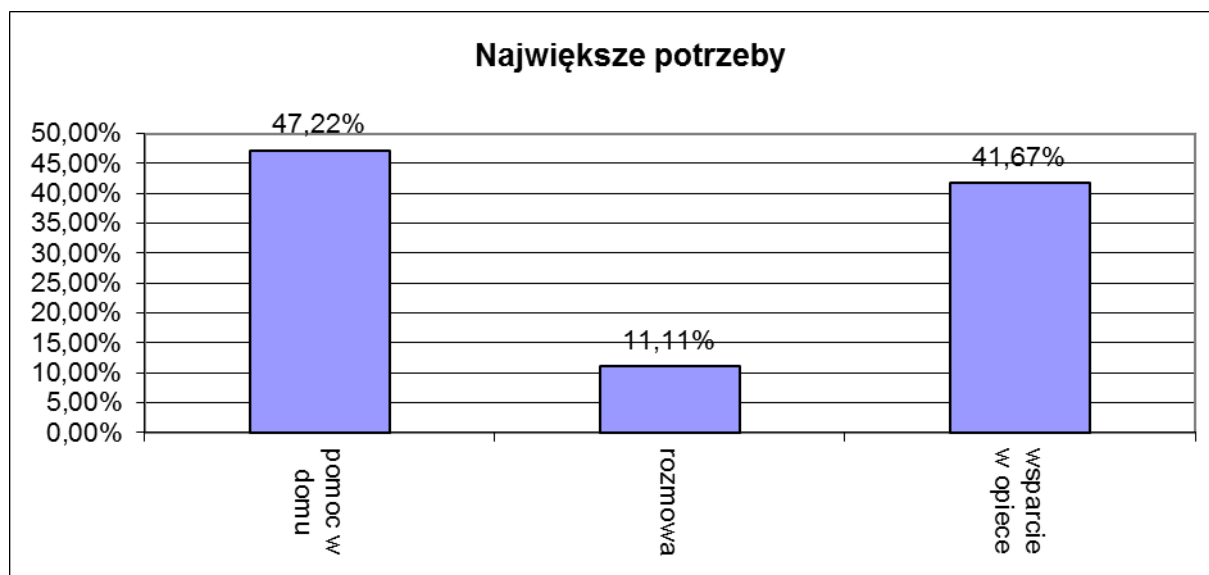
Większość ankietowanych to rodzice, którzy usłyszeli diagnozę swojego dziecka dwa miesiące temu (41,7%) i od 3 miesięcy do roku (41,7%).

Według ankietowanych najtrudniejsza jest rozmowa o chorobie (72,2%), następnie ból (61,1%) i wymioty (38,9%). Z kolei można zauważyć, że utrata włosów nie stanowi większego problemu (8,3%).



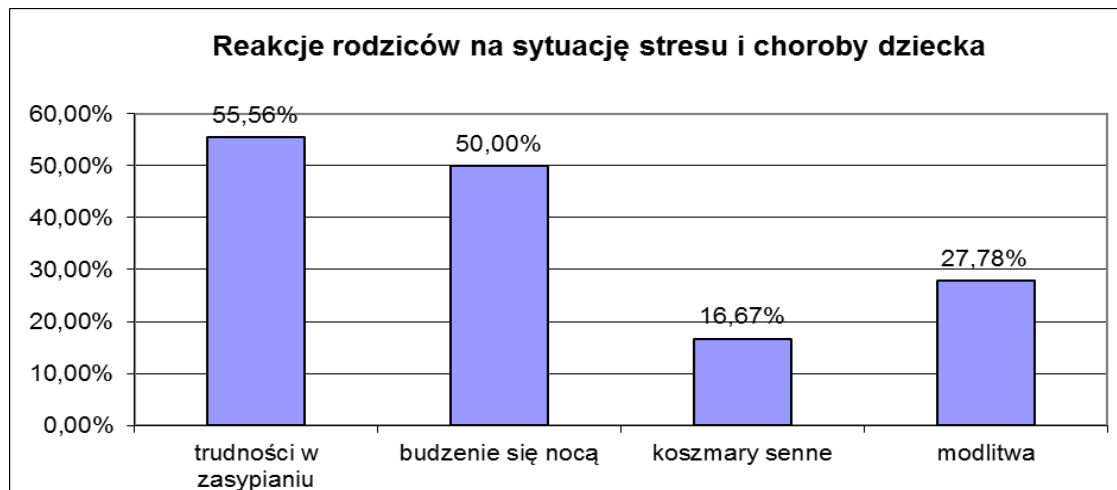
Ryc. 8. Najbardziej dotkliwe dla dziecka objawy choroby w opinii rodziców

Pytani o największe potrzeby ankietowani wskazywali na udzielanie pomocy w domu (47,2%) oraz wsparcie w opiece nad chorym dzieckiem (41,7%). Dla 11% rodziców ważna jest też rozmowa.



Ryc. 9. Największe potrzeby

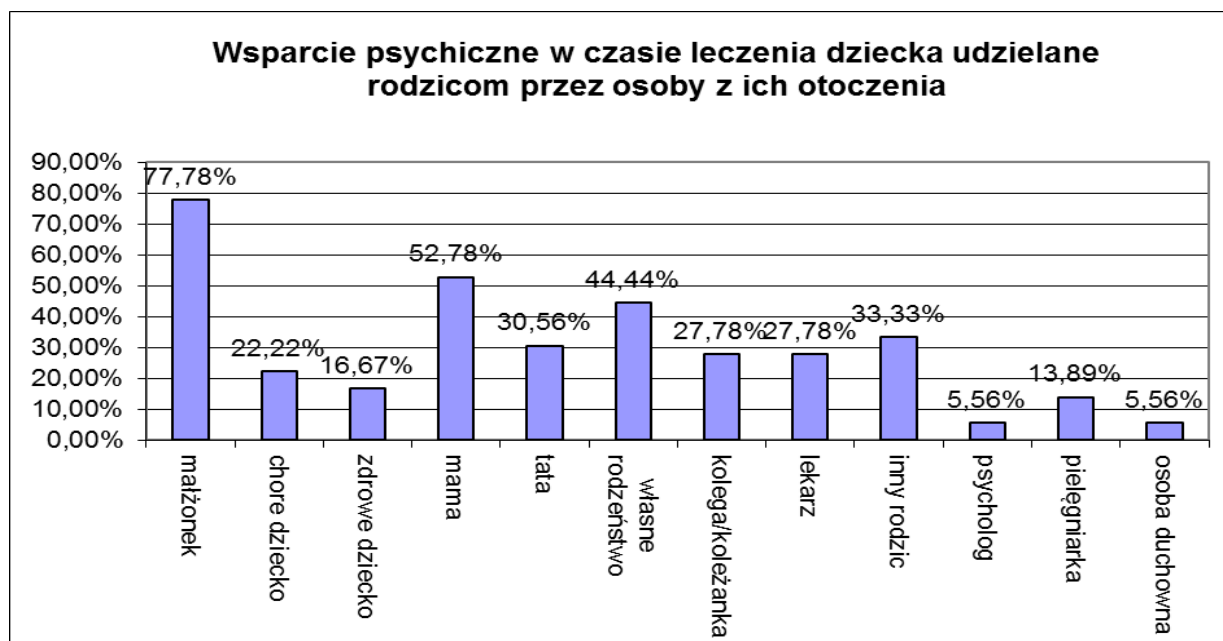
U osób ankietowanych najczęstszą reakcją na stres są trudności w zasypianiu (55,6%) oraz nieco mniej (50%) budzenie się w nocy. Pewna część (27,8%) zwraca się ku wyciszeniu w modlitwie.



Ryc. 10. Reakcje rodziców na sytuacje stresu i choroby dziecka

Ankietowani pytani o wsparcie psychiczne w czasie leczenia dziecka najczęściej wskazywali na wsparcie ze strony małżonka (77,8%), następnie ze strony swojej matki (62,8%), rodzeństwa (44,4%) oraz własnego ojca (30,6%). 33,3% uznało, że uzyskują pomoc u rodziców w podobnej sytuacji; nieco mniej, bo po 27,8% znajduje wsparcie u lekarza

i znajomych. Dość niewielki procent, bo 5,6% to wsparcie psychiczne udzielane przez psychologa i osobę duchowną. Warto podkreślić, że 13,9% ankietowanych zaznaczyło również pielęgniarkę, jako osobę udzielającą wsparcie. Zwraca uwagę fakt, że 22,2% to chore dzieci potrafiące wesprzeć swoich rodziców w niezwykle trudnej dla obu stron sytuacji.



Ryc. 11. Wsparcie psychiczne w czasie leczenia dziecka udzielane rodzicom przez osoby z ich otoczenia

Przeprowadzając analizę szczegółową na podstawie tych wyników można powiedzieć, że największym wsparciem są dla siebie współmałżonkowie $p=0,029$. Uzyskano również wynik znamienne statystyczny zarówno dla personelu pielęgniarskiego $p=0,05$, jak i dla personelu lekarskiego $p=0,044$.

Omówienie

Od postaw pielęgniarek w dużej mierze zależy, jak dzieci będą postrzegały pobyt na oddziale, jak sobie poradzą z nową sytuacją i jak będą się czuć w nowym środowisku. Ważne jest tutaj nawiązanie dobrej komunikacji, ale także nawiązanie kontaktu emocjonalnego. Kontakt emocjonalny wymaga od personelu pielęgniarskiego posiadania pewnych umiejętności obejmujących znajomość własnych emocji, nastrojów i potrzeb, zdolność kontroli i wyrażania własnych nastrojów i reakcji; empatii oraz zdolność współuczestniczenia

i rozumienia różnych stanów emocjonalnych drugiego człowieka. Wyżej wymienione umiejętności, wsparte cechami osobowości pielęgniarki, zachowania werbalne i niewerbalne, wpływają na tworzenie z dzieckiem właściwej relacji. Pielęgniarka powinna też zachować spójność w przekazywaniu sygnałów werbalnych i niewerbalnych (mimika, ton głosu, gestykulacja) informujących o postawie i uczuciach wobec dziecka, opiekuna [4-7].

W znaczący sposób pielęgniarka może obniżyć poziom lęku i zagrożenia oswajając dziecko z nowym otoczeniem, zapoznając z innymi dziećmi, z pozostałym personelem, zapoznając z celowością wykonywanych zabiegów, badań na każdym etapie leczenia. Istotne jest stałe zapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa oraz otoczenia pełnego życzliwości i profesjonalnej opieki. Takie postępowanie sprawia, że dziecko zaczyna rozumieć nową sytuację, obniża się poziom lęku i odbudowuje się poczucie bezpieczeństwa.

Jednocześnie praca, w której sprawuje się opiekę nad drugim człowiekiem, dzieckiem, rodziną z chorującym przewlekle dzieckiem niesie ze sobą ładunek wielu emocji, obciążeń. Na podstawie uzyskanych wyników z kwestionariusza ankiety wypełnionego przez pielęgniarki można wysnuć wnioski, że najłatwiej nawiązują kontakt pielęgniarki o stażu pracy od 10 do 20 lat oraz powyżej 20 lat pracy (Rycina 6). Problem wypalenia zawodowego dotyka osoby pracujące od kilku miesięcy do 10 lat, przy czym uczucie wypalenia zawodowego jest największe wśród pielęgniarek pracujących powyżej 20 lat, ale też te same osoby deklarują umiejętność radzenia sobie ze skutkami tego objawu. Z kolei nieco ponad 60% ankietowanych pielęgniarek o stażu między 10 a 20 lat objawów wypalenia nie deklarowało (Rycina 7).

Pielęgniarki pracujące na oddziale onkologii dziecięcej zwracają większą uwagę na profilaktykę i kontrolę, chcąc bardziej chronić swoją rodzinę. Na pytanie dotyczące wpływu pracy na zachowania prozdrowotne w rodzinie 4 pielęgniarki (33,4%) odpowiedziały „tak” , a 6 pielęgniarek(50%) „raczej tak”.

Jak można zaobserwować istnieją obszary wymagające znacznych interwencji oraz zaangażowania innych osób. Należy tutaj powiedzieć między innymi o opiece nad dzieckiem zdrowym w domu, ale także o wspierającej rozmowie z rodzicami, wyjaśnianiu wątpliwości i podpowiadaniu możliwości postępowania pielęgnacyjnego i opiekuńczego. Wydaje się też zasadne zwrócenie uwagi na objęcie profesjonalną opieką pielęgniarek ze względu na znaczące obciążenie nie tylko fizyczne, ale przede wszystkim psychiczne w pracy na oddziale onkologii dziecięcej. Pielęgniarka radząca sobie ze swoimi problemami będzie znaczącym ogniwem udzielającym wsparcia dla dziecka, rodziców i najbliższych [8,9,10].

Na podstawie własnych badań można powiedzieć, że dla ankietowanych rodziców najtrudniejszą sytuacją była rozmowa o chorobie (72,2%), następnie ból (61,1%) i wymioty (38,9%) (Rycina 8). Pytani o największe potrzeby ankietowani wskazywali na udzielanie pomocy w domu (47,2%) oraz wsparcie w opiece nad chorym dzieckiem (41,7%). Dla 11% rodziców ważna jest też rozmowa (Rycina 9). Jak widać są to obszary wymagające największych interwencji oraz zaangażowania innych osób: pielęgniarek, członków zespołu terapeutycznego i też innych członków rodziny [8,11].

Na podstawie badania przeprowadzonego przez Mastalerz – Migas A. i współautorów w grupie 74 rodziców dzieci z chorobą nowotworową, w którym wykorzystano kwestionariusz ankiety, 23% odpowiedziało, że ma obniżony nastrój z powodu postawionej diagnozy.

Na pytanie dotyczące otrzymywania największego wsparcia ankietowani odpowiedzieli, że tą osobą jest współmałżonek - 66,2%. Co trzeci z ankietowanych rodziców odpowiedział, że chore dziecko potrafi ich pocieszyć. Niewiele mniej, bo 24,3% wskazało zdrowe dziecko jako udzielające wsparcia. Jeśli chodzi o pomoc ze strony personelu (lekarzy, pielęgniarek) oraz przyjaciół stosunkowo niewielka część znajduje u nich wsparcie, bo 10,8%. Z kolei 8,1% ankietowanych podało, że są dla nich pomocni inni rodzice. Psycholog jest wsparciem dla 5,5% ankietowanych. Ponad połowa, bo 60% rodziców nie rozmawia z dzieckiem o śmierci. Ten temat poruszyło osobiście z dzieckiem 18% ankietowanych. Powyższe dane jednoznacznie wskazują, że rodzice i dalsza rodzina przystosowują się do nowej sytuacji [12,13]. Natomiast z badań własnych na podstawie ankiety przeprowadzonej na oddziale onkologii wynika, że wsparcia psychicznego w czasie leczenia dziecka najczęściej udzielał współmałżonek (77,8%), matka (52,8%) i własne rodzeństwo (44,4%). Jedna trzecia ankietowanych uznała, że uzyskują pomoc u rodziców w podobnej sytuacji; nieco mniej, bo po 27,8% znajduje wsparcie u lekarza i znajomych. W niewielkim stopniu, bo 5,6% ankietowanych wskazała, że wsparcie psychiczne jest im udzielane przez psychologa i osobę duchowną. 13,9% ankietowanych zaznaczyło również pielęgniarkę, jako osobę udzielającą wsparcia. Pozytywne jest to, że 22,2% ankietowanych wskazało, że ich chore dzieci potrafią również wspierać swoich rodziców (Rycina 11).

W innym badaniu autorstwa Cepuch G. i współautorów poddano ocenie poziom lęku oraz zaburzenia o cechach depresji. W badaniu wzięło udział 102 rodziców dzieci z chorobami nowotworowymi krwi. Badanie zostało przeprowadzone w oparciu o kwestionariusz własnego autorstwa; wykorzystano także skalę badania lęku i depresji HADS-

M (Hospital Anxiety and Depression Scale Modified) oraz skalę kontroli emocji CECS (Courlaud Emotional Control Scale). W ocenie rodziców największym wsparciem byli dla nich członkowie rodziny 92,16% (w tym współmałżonek); dla 50% - przyjaciele; dla 36,27% - rodzice innych chorych dzieci [14,15].

Spośród 102 ankietowanych osób 65,69% borykała się z zaburzeniami lękowymi, u 20,59% wystąpił stan graniczny lęku. Jedyne u 13,73% analiza kwestionariusza nie wykazała zaburzeń lękowych. Z kolei zaburzenia depresyjne zaobserwowano u 67,65% ankietowanych, u pozostałych osób, tj. 32,35% takich zaburzeń nie było [14,15]. W badaniach tych nieco ponad 47,02% ankietowanych rodziców zgłosiło niechęć do kontaktów z innymi, nieco mniejszy odsetek 47,06% cierpiał na bezsenność lub nadmierną senność, 42,16% zgłaszało większy lub zmniejszony apetyt (wyżej podane odsetki nie sumują się ze względu na możliwość wielokrotnych odpowiedzi) [14,15].

Niewątpliwie personel pielęgniarski w tej trudnej sytuacji hospitalizacji chorych dzieci na oddziale onkologii dziecięcej dla dzieci, ich rodziców i najbliższych pełni ważną rolę w procesie adaptacji, rozpoznania i leczenia, jednak nie należy zapominać, że zdrowie fizyczne, psychiczne i odczucia pielęgniarek, jak i pozostałych pracowników powinny być brane pod uwagę, aby praca całego zespołu interdyscyplinarnego na rzecz chorych dzieci była spójna i kompleksowa.

Wnioski

1. Większość ankietowanych pielęgniarek to pielęgniarki po liceum medycznym, ze stażem pracy ponad 20 lat.
2. Pielęgniarki uważają, że praca na oddziale jest trudna i wykazują chęć zmiany oddziału.
3. Najważniejsza cecha w pracy z rodzicami to cierpliwość w wyjaśnianiu wątpliwości.
4. Praca na oddziale wpłynęła na życie osobiste personelu, który bardziej ceni sobie życie i dba o badania profilaktyczne w rodzinie.
5. Im dłuższy staż w pracy, tym współpraca z rodzicami jest lepsza i łatwiej sobie radzą z wypaleniem zawodowym
6. Personel na oddziale onkologii - lekarze i pielęgniarki są wsparciem dla rodziców chorych dzieci.

Piśmiennictwo

1. Kordek R.: Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy, Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2007.
2. Potrykowska A., Strzelecki Z., Szymborski J., Witkowski J.. (red): Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa, 2014.
3. Chybicka A., Sawicz-Birkowska K.: Onkologia i hematologia dziecięca, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008.
4. Jundziłł E., Pawłowska R.: Pedagog wobec osoby chorego. Wydawnictwo Harmonia Gdańsk 2010, wyd. I. Binnebesel J, Bohdan Z, Krakowiak P, Krzyżanowski D, Paczkowska A, Stolarczyk A. Przewlekłe chore dziecko w domu. Poradnik dla rodziny i opiekunów. Fundacja Hospicyjna, Hospicjum to też Życie. Gdańsk, 2012.
5. Kowalczyk J. (red.): Wprowadzenie do onkologii i hematologii dziecięcej. Skrypt dla lekarzy specjalizujących się w onkologii i hematologii dziecięcej, Centrum Kształcenia Podyplomowego; Warszawa, 2011.
6. Makara-Studzińska M. Komunikacja z pacjentem, Wydawnictwo Czelej Sp. zo.o: Lublin, 2012.
7. Stelcer B.: Rodzinne sposoby pokonywania stresu choroby – odczucia i strategie podejmowane przez rodzeństwo, Psychoonkol., 2008, 12, 1, 26-29.
8. Pawełczak-Szastok M., Pilarczyk J., Pobudejska-Pieniążek A., Wojtasi N., Szczepański T., Sońta-Jakimeczyk D.: Lęk w rodzinach dzieci chorujących na nowotwory, Psychoonkol., 2012, 2, 29-36.
9. Dobrowolska B., Wrońska I., Klukow J., Girzelska J., Kręcisz K., Traczyk H., Sawka J.: Kształcenie przeddyplomowe pielęgniarek i lekarzy a ich przygotowanie do pracy z pacjentem umierającym, Psychoonkol., 2008, 2, 37-44.
10. Europejskie Standardy Opieki nad Dziećmi z Chorobą Nowotworową, SIOP Europe, Fundacja Jolanty Kwaśniewskiej, Warszawa, 2009.
11. Groth A, Groth J.: Jakość życia dzieci z chorobami nowotworowymi, Pielęg. Pol., 2007, 1, 23, 34-38.
12. de Walden-Gałuszko K: Psychoonkologia w praktyce klinicznej, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011.

13. Mastalerz-Migas A., Koczy M., Stelmaszczyk I., Zagórska J., Steciwko A.: Jak funkcjonuje rodzina z dzieckiem chorym na nowotwór-doniesienia wstępne, *Fam. Med. Prim. Care Rev.*, 2011, 13, 2, 185-188.
14. Salcerska A.: Epidemiologia chorób nowotworowych u dzieci, *Forum Med. Rodz.*, 2009, 3, 1, 61-63.
15. Cepuch G., Wojnar-Gruszka K., Gdańska K.: Kontrola emocji a lęk, agresja i zaburzenia o charakterze depresyjnym u rodziców dzieci chorych onkologicznie, *Psychoonkol.*, 2014, 1, 35-41.

Aspekt fizjoterapii w opiece paliatywnej i długoterminowej

Gnus Emilia¹, Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Tomaszewska-Laszczyk Mirosława¹, Czerwiński Paweł¹, Dorna Krzysztof³, Kurzelewska Anna¹, Ferenc Stanisław¹, Gnus Jan^{1,2,3}

1. Ośrodek Badawczo Rozwojowy - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu
2. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
3. Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu

Według definicji WHO opieka paliatywna jest ukierunkowana na zapobieganie cierpieniu i łagodzenie bólu u chorych poprzez zastosowanie wczesnej diagnostyki oraz przez ocenę i właściwy sposób rozwiązywania problemów somatycznych, psychospołecznych i duchowych [1]. Leczenie objawowe składa się z kilku interdyscyplinarnych elementów, a jednym z nich w opiece paliatywnej jest fizjoterapia. Głównym celem opieki chorych paliatywnych i wymagających długoterminowej fizjoterapii jest poprawa ich jakości życia. Opieka paliatywna zajmuje się zarówno pacjentami, jak również ich rodzinami lub innymi osobami bliskimi dla chorego. To specyficzna forma opieki, która wyróżnia się na tle innych rodzajów opieki medycznej. Występuje wiele różnic dotyczących, między innymi, ogólnych zasad filozofii postępowania oraz przebiegu samej choroby [2]. Celem artykułu jest przedstawienie aspektu fizjoterapii u pacjentów opieki paliatywnej i długoterminowej na podstawie dostępnej literatury. Opieka chorego jest interdyscyplinarna, ponieważ uwzględnia w takim samym stopniu problemy somatyczne, psychospołeczne oraz duchowe chorego. Jako opieka zespołowa charakteryzuje się współpracą specjalistów wielu dziedzin medycznych. Przebieg ciężkiej, przewlekłej choroby zagrażającej życiu w zaawansowanym stadium jest bardzo dynamiczny, co oznacza konieczność przemyślanego sposobu sprawowania opieki, leczenia i rehabilitacji. Takie sytuacje wymagają szybkich reakcji na pojawiające się nowe objawy wynikające z postępu choroby, a także zmiany w zakresie reagowania na leki [3].

Rehabilitacja, jako kompleksowe i zespołowe postępowanie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej. Proces postępującego się starzenia społeczeństw to jedna z najbardziej charakterystycznych cech demograficznych populacji w wielu krajach, w tym także w Polsce [4].

Równolegle do starzenia się populacji obserwuje się zmiany epidemiologii chorób od dominacji schorzeń zakaźnych u dzieci, do prymatu chorób przewlekłych w starości, ze stale rosnącym ich rozpowszechnieniem. Choroby oraz schorzenia przewlekłe są główną przyczyną niepełnosprawności psychofizycznej osób w podeszłym wieku oraz wzrostu poziomu ich uzależnienia od systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Należy pamiętać o tym, że chory człowiek potrzebuje pomocy drugiego człowieka i życzliwości otoczenia. Każdy chory wymaga zrozumienia jego sytuacji, codziennego wsparcia oraz nadziei na przyszłość. Ciężka choroba również skłania człowieka szybciej do refleksji nad stanem sumienia, wiecznością i śmiercią. Nasuwają się pacjentom pytania dotyczące sensu życia, sensu cierpienia, odpowiedzialności przed Bogiem, życia wiecznego i śmierci. Dotykająca pacjenta choroba nie powinna pozbawić go człowieczeństwa. Od chwili samego poczęcia aż do śmierci jest bytem wielkiej godności niezależnie od swego stanu zdrowia, posiadania, statusu społecznego i rodzaju wykonywanej pracy. Choroba, niesprawność fizyczna czy umysłowa, okaleczenie, starość i związana z nią mniejsza sprawność różnorodnie się przejawiająca nie pomniejszają człowieczeństwa i nie pozbawiają podmiotowości człowieka nimi dotkniętego [5].

Najczęściej rodzimy się i umieramy w szpitalu, publicznie i bezpodmiotowo. Również często zaczynamy dostrzegać rolę asysty, współuczestnictwa w tych tak ważnych momentach naszego życia. Dostrzegamy ważność bycia w ważnych chwilach naszego życia z inną osobą. Odczuwa się powrót do idei hospicjów nadając im nowe współczesne zadania. Mimo zgodnie ze znaną sentencją Pascala „każdy umiera w samotności”, to przyjęcie współuczestnictwa w cierpieniu, asystowania pacjentowi do momentu samotnego jego przejścia na drugą stronę, co pozwala mówić o godnym umieraniu. Z powszechnie dostępnej literatury wynika, że niektóre hospicja są zamykane, a przecież potrzeby na tego typu ośrodki są nadal ogromne. Współcześnie coraz więcej odnotowuje się bowiem zachorowań, np. na choroby nowotworowe, które wymagają natychmiastowej pomocy cierpiącemu ze strony personelu medycznego. Leczenie natomiast tych pacjentów i opieka nad nimi jest niejednokrotnie długoterminowa. Tacy chorzy nie mogą czekać. Dla nich każdy przeżyty dzień jest sukcesem w walce z chorobą. Dlatego warto o problemie tych pacjentów mówić i pisać, aby opieka paliatywna rozwijała się nadal coraz lepiej dla dobra nieuleczalnie chorych oraz dla zapewnienia tym pacjentom jak najlepszego komfortu życia. Specjaliści sprawujący opiekę nad chorymi paliatywnie powinni cechować się odpowiednimi predyspozycjami. Towarzyszenie osobom nieuleczalnie chorym w ich codziennej egzystencji jest zadaniem niezwykle trudnym. Dotykamy w takich sytuacjach własnych ograniczeń, smutku i żalu, a często także buntu i rozgoryczenia, gdzie w takich sytuacjach niełatwo nieść pomoc. Warto wówczas, aby personel

pamiętał, iż w tym stanie ważniejsza od długości życia pacjentów jest jego jakość. Świadoma tego osoba, która opiekuje się umierającym, może strzec tej jakości i ją chronić. Umierający człowiek przebywa trudną i nieznaną drogę, dlatego tak ważne jest, gdy pacjent w tych chwilach czuje wsparcie wśród bliskich i personelu medycznego [6]. Najgorzej jest, gdy śmierć zaskakuje chorego człowieka, ponieważ był on okłamywany. Ważne jest to, aby chory zdążył się pożegnać z bliskimi, by umierał pogodzony z nimi, z samym sobą i z Bogiem, aby nie umierał zbuntowany, pełen gniewu i lęku. Odejście bliskiej osoby jest trudne również dla rodziny. Zwykle najbliżsi nie wiedzą, jak rozmawiać i wspierać tego, kto odchodzi. Często rodzina chciałaby, by wszystko załatwił lekarz, pielęgniarka, ksiądz lub psycholog. Kolejnym zadaniem dla personelu medycznego jest nauka dobrej komunikacji, ale nie można zapominać o tym, że śmierć ojca, matki, męża, żony czy dziecka dostarcza bardzo wielu emocji, które uleczyć potrafi tylko czas. Opieka paliatywna ma wiele do zaoferowania chorym i ich rodzinom na każdym etapie choroby. Wymaga to zintegrowania opieki paliatywnej z dużym zakresem świadczeń medycznych w szpitalu oraz w środowisku pacjenta. W końcowym okresie życia szczególnie ważne jest wysłuchanie z uwagą pacjenta i członków jego rodziny [7].

Chory umierający do końca pragnie miłości i życzliwości, a przede wszystkim bezpiecznego godnego traktowania oraz powinien mieć zapewniony zarówno komfort fizyczny, jak i psychiczny. Najczęściej największy lęk budzi myśl o umieraniu w samotności, bez pomocy innych osób. Fakt, że pacjent może pozostać sam w momencie śmierci i to że nie ma przy nim żadnej pomocnej dłoni w przejściu na drugą stronę jest największym stresem. Celem fizjoterapii jest jak najbardziej wyspecjalizowana pomoc zmierzająca do uwolnienia pacjenta od bólu, dyskomfortu i symptomów chorobowych utrudniających prawidłowe funkcjonowanie, połączone z poświęceniem i troską o chorego. Wysiłki ukierunkowane na poprawę jakości życia chorych objętych opieką paliatywną, satysfakcja z opieki w ocenie chorego i bliskich jest ogromnym zadaniem dla lekarzy, fizjoterapeutów, a także pielęgniarek zespołu opieki paliatywnej. W przypadku stwierdzenia nieuleczalnej choroby często pojawia się niepokój, który występuje powszechnie u terminalnie chorych, szczególnie gdy nie znają rozpoznania swojej choroby. U takich pacjentów mogą dodatkowo wystąpić między innymi duszności, krwotoki i zaburzenia połykania. Nie bez znaczenia na komfort psychiczny tych pacjentów wpływają ich przekonania religijne. Gdy pojawia się udręka wraz z cierpieniem i ból duchowy (często nierozpoznany), związany z okresem umierania, następuje charakterystyczny wszechogarniający, nie dający się opanować niepokój, skojarzony zwykle z utratą sił i poczuciem bezradności [8]. Jednym z najbardziej powszechnych objawów towarzyszących różnym typom nieuleczalnych chorób jest depresja. Występuje wówczas patologicznie

obniżany aspekt nastawienia pesymistycznego, gdzie wiele z objawów somatycznych występuje wraz z niepokojem oraz uczuciem beznadziejności co do swej przyszłości. Wielu pacjentów także odczuwa strach przed samotnością i opuszczeniem w okresie, gdy oni wymagają największej opieki. Sytuacja taka lokuje ich przecież w nowej, nieznanym im sytuacji, która jest pełna trudnych, nieprzewidywalnych momentów. Jeżeli lekarze, fizjoterapeuci i pielęgniarki nie są stale dostępni, a opieka nad takim pacjentem nie jest sprawowana ciągle, chory doznaje uczucia osamotnienia, które pogłębia dyskomfort psychiczny. Najbliższa rodzina pacjenta również podlega ogromnemu stresowi, który paradoksalnie może odsunąć ich od cierpiącego, czyniąc go rzeczywiście opuszczonym przez tych, których potrzebuje właśnie najbardziej. Rodzina i osoby sprawujące opiekę nad pacjentem leczonym długoterminowo muszą zdawać sobie sprawę, że trzeba dołożyć dodatkowych starań, aby złagodzić niepotrzebne obawy pacjenta.

Specyfika fizjoterapii w opiece pacjentów paliatywnych wymaga rehabilitacji, z jednej strony z powodu choroby podstawowej, z drugiej strony, ze względu na obniżającą się wraz z wiekiem sprawność funkcjonalną. Do najczęściej stosowanych w opiece paliatywnej czynności fizjoterapeutycznych należą zabiegi z zakresu: kinezyterapii i masażu leczniczego, fizykoterapii, kompleksowej terapii obrzęku limfatycznego oraz elementy zaopatrzenia ortopedycznego. Z badań wynika, że średnio 40% pacjentów objętych opieką paliatywną korzysta z fizjoterapii, z czego ponad 50% ocenia tę formę leczenia pozytywnie [9]. Bardzo ważne jest, aby plan rehabilitacji dostosowywać do każdej z faz choroby, należy określić jednocześnie bliższe i dalsze cele działania. Wymaga to bardzo dokładnej oceny stanu pacjenta oraz zdefiniowania jego najważniejszych problemów.

Konstruując program usprawniania, trzeba przewidywać powikłania lub progresję choroby i działać w kierunku zminimalizowania ich skutków [2].

Stosowanie ćwiczeń ruchowych ma ważne znaczenie, zwłaszcza wśród pacjentów paliatywnych całkowicie lub częściowo unieruchomionych. Gimnastyka lecznicza pozwala niwelować następstwa akinezji objawiające się zaburzeniami ruchomości stawowej, spadkiem masy mięśniowej, zwiększonym ryzykiem wystąpienia zakrzepicy żyłnej, obniżeniem wydolności układu krążeniowo-oddechowego, zaburzeniami metabolicznymi oraz podwyższonym ryzykiem powstawania odleżyn. Unieruchomienie niekorzystnie wpływa także na funkcje układu nerwowego, ponieważ może dochodzić do zmian reakcji reflektorycznych, zaburzeń równowagi lub koordynacji ruchów oraz upośledzenia wyższych czynności psychicznych [10]. Do najbardziej skutecznych zabiegów fizjoterapeutycznych należą ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia czynne o umiarkowanej intensywności - gimnastyka

lecnicza, trening na cykloergometrze lub na bieżni ruchomej. Układając plan kinezyterapii, należy zwrócić uwagę na wiek pacjenta, jego płeć, postęp choroby podstawowej, dotychczasowy sposób leczenia oraz ogólną wydolność fizyczną. Intensywność, czas trwania i częstotliwość ćwiczeń uzależnia się od samopoczucia chorego i uwzględnia się przy tym jego spostrzeżenia [2].

Celem ćwiczeń ruchowych u chorych paliatywnych jest również nauka wykonywania codziennych czynności, takich jak: zmiana pozycji (stojąca, siedząca, leżąca) ubieranie i rozbieranie się, korzystanie z łazienki, spożywanie posiłków. Warto korzystać również ze specjalistycznych metod kinezyterapeutycznych stosowanych do usprawniania ruchowego pacjentów paliatywnych, np. z metody nazwanej proprioceptywnym torowaniem nerwowo-mięśniowym. Jest to metoda pozwalająca przywrócić czynności ruchowe i zmniejszać natężenie bólu, poprzez zwiększenie elastyczności elementów łącznotkankowych, poprawia przewodzenie nerwowo-mięśniowe oraz wzmacnia osłabione mięśnie [11].

Bardzo istotne w rehabilitacji paliatywnej jest również stosowanie drenaży ułożeniowych, oklepywania klatki piersiowej oraz nauka efektywnego kaszlu. Także gimnastyka ruchowa jest ważnym elementem leczenia pacjentów paliatywnych i wymagających długoterminowej opieki. Zmniejsza ona dolegliwości bólowe układu mięśniowo-powięziowego, które bardzo często występują u tych pacjentów. Zastosowanie kinezyterapii pozwala też na obniżenie wzmożonego napięcia mięśniowego, poprawę ruchomości poszczególnych segmentów ciała oraz zmniejszenie natężenia bólu. W tym celu zastosować można ćwiczenia izometryczne mięśni okolicy bolesnej i technikę relaksacji poizometrycznej [2]. Warto również pamiętać o masażu leczniczym, który przynosi efekty w leczeniu takich dolegliwości, jak: ból, zaparcia, zmęczenie, nudności, lęk i depresja. W opiece paliatywnej często masaż łączy się z aromaterapią. Do najczęściej stosowanych olejków eterycznych zalicza się olejek lawendowy, pieprzowy, mięty pieprzowej i rumianku rzymskiego [12].

Do procedur rehabilitacyjnych stosowanych w opiece paliatywnej należą również zabiegi fizykoterapeutyczne. Wytyczne postępowania u chorych z przewlekłym bólem nakazują stosowanie zabiegów fizykalnych w programie leczenia. Jedną z metod wykorzystywanych w celu zmniejszania dolegliwości bólowych jest przezskórna elektryczna stymulacja nerwów (TENS). W fizjoterapii paliatywnej stosuje się również zabiegi z zakresu światłolecznictwa: naświetlania promieniami podczerwonymi (sollux), światłem widzialnym (Bioptron), promieniami UV oraz promieniami laserowymi. Zabiegi te stosuje się w celu łagodzenia bólu oraz jako wspomaganie procesu gojenia się ran przewlekłych i odleżyn [13].

Kompleksowa terapia obrzęku limfatycznego jest istotnym elementem praktyki fizjoterapeutycznej w opiece paliatywnej. Obrzęk chłonny wynika z zaburzeń transportu chłonki w układzie naczyń limfatycznych - natężenie substancji obciążających układ limfatyczny (woda, białko, tłuszcze i komórki) w przestrzeni międzykomórkowej przewyższa zdolność tego układu do przetransportowania ich do krwiobiegu. Drenaż limfatyczny są to techniki manualne stosowane w celu przemieszczenia chłonki z obszarów, w których zalega. Istotnym elementem leczenia obrzęku limfatycznego jest także stosowanie rehabilitacji ruchowej, czyli ćwiczenia oddechowe połączone z ćwiczeniami czynnymi z założonym bandażem. Ich celem jest uruchomienie funkcji pompy mięśniowej i wytwarzanie podciśnienia w klatce piersiowej. Ze względu na wysokie ryzyko powstania obrzęku powysiłkowego przeciwwskazane jest stosowanie ćwiczeń oporowych oraz izometrycznych [14]. Celem fizjoterapeutycznego postępowania przeciwobrzękowego u pacjentów paliatywnych jest głównie poprawa jakości życia chorych. Dąży się do złagodzenia bólu, uczucia rozpierania skóry, uczucia ciężkości, drętwienia oraz mrowienia, czyli głównych dolegliwości towarzyszących obrzękowi [2]. Fizjoterapia stanowi integralną część opieki paliatywnej. Zabiegi te wspomagają leczenie dokuczliwych objawów towarzyszących zaawansowanej chorobie i wpływają bezpośrednio na polepszenie jakości życia pacjentów [15].

Piśmiennictwo

1. WHO (World Health Organization). Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series, no. 804. Geneva: World Health Organization, 1990.
2. Pyszora A., Wójcik A.: Fizjoterapia w opiece paliatywnej, *Med. Paliat. Prakt.*, 2010, 4, 159–167.
3. de Walden-Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej, Wyd. lekarskie PZWL, Warszawa, 2004, 11.
4. Krakowiak P.: *Zdążyć z prawdą*, Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2006, 55.
5. Woronowski F, Kortowski Z.: *Człowiek chory*, Wyższe Seminarium Duchowne, Łomża, 1999, 3-5.
6. Graczyk A.: Jakość życia chorych objętych opieką paliatywną domową i stacjonarną a satysfakcja z opieki w ocenie chorego i bliskich, *Rozprawa doktorska*, 2012, 10-28.
7. Clark D., Saunders C.: *Founder of the Hospice Movement, selected letters 1959-1999*, Oxford University Press 2002, 158.

8. Pikor K., Ławiński J., Bar K., Fedus T.: Opieka nad pacjentem w chorobie nowotworowej, *Przeegl. Urol.*, 2010, 2, 60, 28.
9. Montagnini M., Lodhi M., Born W.: The utilization of physical therapy in palliative care unit, *J. Palliat. Med.*, 2003, 1, 11–17.
10. Kiwerski J.E.: Następstwa unieruchomienia dla funkcji organizmu. [W:] *Rehabilitacja medyczna*, Kwolek A. (red.), Tom 2. Wyd. Urban & Partner, Wrocław 2003, 1–9.
11. Grzybek M., Krajnik M., Mularczyk A.: Rehabilitacja ruchowa w zaawansowanej chorobie nowotworowej. Opis przypadku, *PMP*, 2005, 4, 21–23.
12. Preece J.: Introducing abdominal massage in palliative care for the relief of constipation, *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 2002, 8, 101–105.
13. Nyka W.: Elementy rehabilitacji w opiece paliatywnej. [W:] *Podstawy opieki paliatywnej*, de Walden-Gałuszko K. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 195–212.
14. Hughes K.: Exercise and lymphoedema. [W:] *Lymphoedema*, Twycross R., Jenns K., Todd J. (red.), Radcliffe Medical Press, Oxford 2000, 140–148.
15. Laakso E.L., McAuliffe A.J., Cantlay A.: The impact of physiotherapy intervention on functional independence and quality of life in palliative patients, *Cancer Forum*, 2003, 1, 15–20.

Fizjoterapia w chorobach onkologicznych dzieci

Stepanczuk – Jasiuk Agnieszka¹, Sobolewska Ewelina^{1,2}, Fleks Paula¹

1. Fundacja Pomóż Im na rzecz Dzieci z chorobami Nowotworowymi i Hospicjum dla Dzieci
2. Doktorantka Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Fizjoterapia w chorobach onkologicznych dzieci

Schorzenia nowotworowe są jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych dotyczących współczesne społeczeństwo [1,2,3]. Wśród dzieci występują rzadko. W Polsce stanowią 1-1,5%, co oznacza 1100-1200 zachorowań rocznie [1,2,3].

Leczeniu przeciwnowotworowemu poddawane jest około 2000 dzieci, a około 100 wymaga monitorowania stanu zdrowia [1,2,3].

W 2011 roku zostały zarejestrowane 1002 przypadki nowotworów złośliwych u dzieci do 19. roku życia. [1,2,3]. Wśród pacjentów w wieku rozwojowym współczynnik zachorowań wynosił 121 na milion populacji, przy czym większość stanowiła płeć żeńska [1,2,3].

W krajach Unii Europejskiej rozpoznaje się nowotwór złośliwy u 15000 dzieci rocznie, zaś około 3000 kończy się zgonem [1,2,3].

Szacuje się, że w UE żyje około 500000 dorosłych, którzy w dzieciństwie zmagali się z chorobą, co pozwala prognozować, że w latach 2020 – 2025 liczba ta sięgnie miliona osób [1,2,3]. Najczęstszymi postaciami nowotworów wśród dzieci w 2011 roku były białaczki stanowiące ¼ ogółu zachorowań, nowotwory układu nerwowego – 20%, chłoniaki (w tym 10 % chłoniak Hodgkina, 7% - nie Hodgkina) [1,2,3].

Polska Grupa Pediatryczna ds. Leczenia Białaczek i Chłoniaków oraz Polska Pediatryczna Grupa Guzów Litych podaje, że we wczesnym stadium (I i II) rozpoznawane jest jedynie 10- 15% nowotworów wieku rozwojowego [4]. Pocieszającym jest fakt, że w ciągu ostatniej dekady liczba zachorowań w Polsce zmniejszyła się o około 300 przypadków. Należy jednak zaznaczyć, że ma to związek ze spadkiem ogólnej liczby dzieci [1].

Wyniki terapeutyczne w leczeniu nowotworów u dzieci są lepsze niż wśród dorosłych, obecnie uzyskuje się około 70% wyleczeń. Mimo dużego odsetka wyzdowień nowotwory dzieci stanowią drugą, co do częstości – po wypadkach i urazach, przyczynę śmierci. Umieralność dzieci ma tendencję malejącą (3% wśród chłopców, 3,7% wśród dziewcząt). Szacuje się, że w ciągu ostatnich dwóch dekad współczynniki umieralności spadły dwukrotnie [1].

Postęp w leczeniu nowotworów i opieki nad chorym dzieckiem w ostatnim 50 – cio leciu sprawił, że notuje się wzrost reemisji całkowitych, zwiększenie liczby trwałych wyleczeń i wydłużenie przeżycia chorych. Należy jednak zaznaczyć, że wciąż konieczna jest poprawa w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów wśród dzieci.

Następstwa leczenia farmakologicznego

Chemioterapia wielolekowa o dużej intensywności prowadzi do wyleczenia większości dzieci z białaczki limfoblastycznej. Jednakże, wraz ze wzrostem siły leczenia, obserwuje się częste występowanie powikłań zarówno w trakcie, jak i wiele lat po leczeniu chemioterapeutykami. Następstwa te mogą stanowić zagrożenie życia (zaburzenia hemostazy, infekcje) lub długoterminowo prowadzić do inwalidztwa, a nawet przedwczesnej śmierci. Wczesne powikłania w obrębie układu nerwowego stanowią najczęściej: mrowienie, neuropatia obwodowa, głuchota i inne. Najczęściej powodowane są one działaniem: winkrystyny, winblastyny, etopozydu, cisplastyny, karboplatyny. Późnie powikłania dotyczące OUN charakteryzują się zróżnicowanym charakterem i mają różny stopień intensywności. Najczęściej występują: zaburzenia koncentracji, trudności w nauce, nadpobudliwość. Winkrystyna i winblastyna powodują polineuropatię obwodową.

Grupy leków stosowane w chemioterapii charakteryzują się zróżnicowanym mechanizmem działania, stąd ich wpływ na komórki nerwowe jest różny. Nie można więc ich następstw, np. neuropatii obwodowej (CIPN) traktować jako odrębnej, jednorodnej jednostki chorobowej [5].

CIPN charakteryzuje się drętwieniem dystalnych części kończyn, zaburzeniem czucia, dotyku, temperatury. Może także doprowadzić do zaburzeń motorycznych, utrudniając pacjentom wykonywanie podstawowych czynności. Dolegliwości te narastają powoli i systematycznie, towarzyszy im tzw. ból neuropatyczny- pieczenie, uczucie rażenia prądem [5]. Opisują one także zaburzenia w postaci mononeuropatii kończyn, uszkodzenie nerwów czaszkowych, neuropatii autonomicznej, atonii pęcherza moczowego. W przebiegu

chemioterapii może dojść także do postępującej neuropatii motorycznej, prowadzącej do tetraplegii [6].

Rozpoznanie nowotworu determinuje sposób prowadzonej terapii. Wpływa to na częstość i rodzaj powikłań po leczeniu. Najwięcej niekorzystnych następstw obserwuje się u dzieci leczonych z powodu białaczek, guzów mózgu oraz chłoniaków ziarniczych i nieziarniczych; w praktyce klinicznej obserwuje się częściej powikłania w tych grupach, ponieważ zalecane jest leczenie skojarzone, obejmujące chemioterapię i radioterapię.

Radioterapia jest główną metodą leczenia nowotworów OUN. Następstwa jej działania na układ nerwowy dziecka różnią się w zależności od wieku pacjenta oraz dawki napromieniowania. Mózg dzieci charakteryzuje wysoka wrażliwość na promieniowanie [7]. Ten rodzaj leczenia może doprowadzić do: przewlekłego postępującego zapalenia rdzenia kręgowego; w obrębie mózgowia – do martwicy popromiennej; późnego popromiennego uszkodzenia słuchu.

Niedobór hormonu wzrostu to jeden z najczęstszych efektów uszkodzenia przysadki po napromieniowaniu. Zaburzenie wzrastania są specyficzne dla dzieci leczonych przeciwnowotworowo. Niskorosłość (poniżej. centyla) stwierdza się u 30 -35% dzieci leczonych z powodu guzów mózgu [7,8,9].

Opóźnienie wzrostu trzonów kręgowych występuje po napromieniowaniu rdzenia kręgowego. Często pacjenci po leczeniu radioterapią rosną niesymetrycznie – dochodzi do zahamowania wzrostu tułowia. Następstwa ze strony układu szkieletowo- mięśniowego obserwuje się u około 11-38% ozdrowieńców. Promieniowanie wpływa na przynasady kości, a także uszkadza chondroblasty, powodując spowolnienie wzrostu kości i powstanie deformacji – skolioz, wyrośli chrzęstno – kostnych, przejściowej demielinizacji kości oraz złamań patologicznych. Do powikłań w układzie mięśniowym dochodzi bardzo często. Charakteryzują się one niedorozwojem i zwłóknieniem napromienianych mięśni, co prowadzi do bólu oraz ograniczenia ruchomości stawów [10].

Kolejnym powikłaniem jest pulmonotoksyczność. Wiele cytostatyków powoduje uszkodzenie tkanki płucnej. Zaburzenie pracy układu oddechowego ma różny przebieg – od łagodnych objawów kaszlu, skróconego oddechu, poprzez nasiloną duszność i ból w klatce piersiowej, aż do niewydolności oddechowej. U pacjentów podawanych naświetlaniom stwierdzano także zniszczenie pęcherzyków płucnych oraz nieprawidłowy rozwój klatki piersiowej [8,9].

Metody oceny wydolności chorych oraz jakości życia

Test Tinetti ocenia chód i równowagę pacjenta w sytuacjach życiowych, podczas których najczęściej dochodzi do upadków. Podczas testu analizuje się sposób wykonania 16 czynności, gdzie 10 związanych jest z utrzymaniem stabilnej pozycji, 6 zaś dotyczy samego chodu. Ocenie podlegają: równowaga w siadzie oraz staniu, siad oraz wstawanie z krzesła, sposób, w jaki pacjent reaguje na zakłócenia (np. lekkie pchnięcie, czy brak kontroli wzroku), obrót o 360 stopni. Badanie czynności punktuje się od 0 do 2. Końcowy wynik badania, zwany wskaźnikiem mobilności Tinetti, może wynieść maksymalnie 28 punktów. Uzyskane przez pacjenta wartości poniżej 26 punktów świadczą o zagrożeniu upadkiem, zaś wynik poniżej 19 punktów wskazuje, iż takie ryzyko wzrasta 5- cio krotnie. Uważa się, że test Tinetti pozwala wykryć prawdopodobieństwo upadków w 93%, za jego zaletę uważa się dużą, sięgającą 85% zgodność wyników w przypadku różnych osób badających [11].

M-ABC jest jednym z testów służących ocenie komponent koordynacji ruchowej w populacji dzieci i młodzieży. Dostosowany do czterech grup wiekowych: 4-6, 7-8, 9-10,11-12 lat. Powstał na bazie Test of Motor Impairment, którego jest rozszerzeniem. Na podstawie testu można zidentyfikować dzieci z zaburzeniami koordynacji. Badanie pozwala na ocenę ilościową i jakościową zdolności motorycznych dziecka w życiu codziennym. M-ABC podzielony jest na 8 prób, które dzielą się na trzy kategorie: próby równowagi statycznej i dynamicznej, próby zręczności oraz próby umiejętności posługiwania się piłką (np. toczenie piłki, chwytanie) [12,13].

Peabody Developmental Motor Scale (PDMS-GM) służy do oceny dzieci od narodzin do 5. roku życia. Twórcy metody wystandaryzowali skalę tak, aby :

- zidentyfikować dzieci z opóźnionym rozwojem motorycznym
- zidentyfikować „mocne strony” dziecka oraz jego potrzeby
- zinterpretować i ocenić rozwój motoryczny dzieci w czasie lub po interwencjach medycznych
- znaleźć cel i strategię dalszego postępowania z pacjentem.

Test zawiera 170 cech, podzielonych z względu badanego na 17 poziomów. PDMS-GM ocenia 5 elementów - odruchy, równowagę, lokomocję lub jej brak, odbiór i propulsję przedmiotów. Wynik oceniany jest w skali 0 – 2. PDMS-GM używa się jako narzędzia

badawczego mierzącego ogólny rozwój motoryczny. Dzięki badaniom w 1997 – 98 roku PDMD-GM został skorygowany i przedstawiony jako PDMS-2. Przedstawia on nowe normy oraz materiał testowy. PDMS-2 precyzyjniej określa kryteria punktowania czynności oraz dostarcza więcej informacji na temat norm dla danej próby. Ogólna ocena składa się ze 151 punktów /cech i dzielona jest na: odruchy, cechy obserwowane w bezruchu, poruszanie się i manipulacje. Ocena motoryki precyzyjnej wyróżnia 98 punktów/cech i jest podzielona na dwa podtesty: chwyt, integracja wzrokowo – motoryczna. Cechy oceniane są w trzystopniowej skali 0-1-2 [14].

Europejski Test Sprawności Fizycznej (Eurofit) pozwala na analizę elementów sprawności motorycznej oraz przyczyn jej pogorszenia. Eurofit obejmuje 8 prób [15]:

- postawa na jednej nodze (ocena równowagi),
- stukanie w krążki (ocena koordynacji i szybkości ruchu),
- siad dosiężny w przód (ocena gibkości ,
- skok w dal z miejsca (ocena mocy),
- zaciskanie ręki na dynamometrze (ocenia siłę statyczną),
- siad z leżenia (ocenia siłę tułowia ,
- zwis na ugiętych ramionach (ocenia siłę funkcjonalną),
- bieg wahadłowy (ocenia szybkość i zwinność).

Pediatric Quality of Life Model (PedSQL) łączy ogólną ocenę jakości życia z oceną w określonych jednostkach chorobowych. Testom podlega funkcjonowanie fizyczne i psychospołeczne. Wieloletnie badania różnorodnych grup dzieci w Szpitalu i Centrum Zdrowia w San Diego w Kalifornii, sprecyzowały testy dla różnych grup klinicznych dzieci z chorobą nowotworową – PedSQL0,1. Kwestionariusz zawiera 23 testy skalowane w zależności od wieku i stanowi ogólną ocenę jakości życia w okresie ostatniego miesiąca. Funkcjonowanie fizyczne i psychospołeczne oceniane jest w czterech obszarach: fizycznym, emocjonalnym, społecznym i szkolnym. Odpowiedzi na zadane pytanie udziela dziecko posługując się skalą 5-cio punktową. Tożsamy kwestionariusz wypełnia opiekun badanego na podstawie własnych obserwacji. Badanie PedSQL jest rzetelnym narzędziem pozwalającym ocenić jakość życia dzieci zmagających się z chorobą oraz uzyskać dwa wskaźniki szczegółowe: zdrowia fizycznego i psychicznego [16].

Ból w chorobie nowotworowej

Choroba nowotworowa na całym etapie jej trwania jest przyczyną bólu [17,18,19]. Jego źródło stanowi sam nowotwór oraz procedury medyczne związane z leczeniem choroby podstawowej: ból pooperacyjny, zapalenie skóry po napromieniowaniu, neuropatie obwodowe powodowane chemioterapeutykami [17,18,19].

Dzieci z białaczką limfoblastyczną odczuwają dolegliwości związane z rozrostem komórek nowotworowych [17,18,19]. Najczęstsze objawy dotyczą bólu głowy, mięśni, kości (głównie długich) i stawów. Leczenie powoduje dolegliwości związane ze stosowaniem chemioterapii, wkluc dożylnych, częstymi nakłuciami lędźwiowymi oraz biopsją szpiku kostnego [17,18,19].

Guzy mózgu to najczęściej występujące nowotwory narządowe dotykające populację przed 18. rokiem życia [17,18,19]. Dolegliwości bólowe powodowane są wzmożonym ciśnieniem śródczaszkowym (ból głowy), obok ubytkowych objawów ogniskowych mogą występować bolesne skurcze mięśni przykręgosłupowych, bóle pleców nasilające się w pozycji leżącej, a ustępujące w pozycji siedzącej. Nowotwory kości najczęściej objawiają się dolegliwościami ze strony kończyny objętej procesem chorobowym. Zachorowanie na kostnomięsaka wiąże się z bólem w obrębie kolana, ramienia, a rozpoznanie mięsaka Ewinga predysponuje do dolegliwości ze strony kości długich i płaskich [17,18,19].

Rehabilitacja dzieci z chorobą nowotworową powinna szczególnie uważnie traktować dolegliwości bólowe [20,21]. Prowadząc terapię należy brać pod uwagę odpowiednie kryteria klasyfikujące. Ze względu na czas wystąpienia możemy podzielić ból na ostry i przewlekły (utrzymujący się powyżej 3. miesięcy). Ze względu na miejsce powstania: ból nocycyptywny (receptorowy) i nienocyceptywny (neuropatyczny) oraz ze względu na miejsce odczuwania: ból zlokalizowany, rzutowany i uogólniony [20,21]. Czynniki etiologiczne wywołujące dolegliwości pozwala wyróżnić: ból spowodowany nowotworem, ból na skutek leczenia oraz ból współistniejący – nie związany z chorobą – ból incydentalny [20,21].

Podczas przebiegu choroby nowotworowej dziecko doświadcza bólu nocycyptywnego, który ma swoje podłoże w aktywizacji receptorów zlokalizowanych w obrębie lub blisko zmiany nowotworowej [22,23].

Kolejnym zjawiskiem dotyczącym dzieci podczas leczenia jest ból neuropatyczny-wywołany uciskiem, nacieczeniem (nerwów, korzeni nerwowych, rdzenia i splotów) lub czynnikami uszkodzającymi nerwy (zabiegi chirurgiczne). Opisany jako piekący elektryczny,

strzelający. Szczególnym w leczeniu dzieci jest ból jatrogeny, towarzyszący zabiegom terapeutycznym (również fizjoterapii) oraz sytuacjom wywołującym lęk i strach [24]. Do takiego rodzaju dolegliwości zalicza się: ból pooperacyjny, neuropatie obwodowe, zespoły rzekomoreumatyczne po stosowaniu dużych dawek kortykosteroidów [22].

Wszechgarniający i wielorodzajowy ból nazywany totalnym, występuje często na podłożu neurogennym, somatogennym i psychogennym. Jego długotrwałe działanie doprowadza do lęku, depresji, gniewu i wyczerpania fizycznego.

Ból w chorobie nowotworowej dzieci trudno jest ocenić zarówno pod kątem ilościowym, jak i jakościowym. Jego skale zmieniają się w zależności od stadium choroby, umiejscowienia guza, metod leczenia, a także czynników, które wzmagają subiektywne odczucia dziecka (np. poprzednie zabiegi lecznicze [25]). Aby rzetelnie ocenić stopień bólu należy użyć więcej niż jednego narzędzia pomiarowego, a każda z wykorzystywanych metod badania powinna być dokładnie omówiona z pacjentem. Małe dzieci – poniżej 6. roku życia nie potrafią opisywać cech bólu: natężenia, rodzaju, umiejscowienia, czasu trwania i zmienności w czasie [26]. Najpowszechniejszą skalą badającą opisywanie zjawisko jest skala VAS (Visual Analogue Scale), stanowi ją dziesięciocentymetrowy odcinek, którego początek - 0 to całkowity brak bólu, zaś koniec - 10 – najsilniejszy ból, jaki badany może sobie wyobrazić. Badanie polega na wyznaczeniu przez badanego linii na skali, wyrażającej stopień odczuwanych dolegliwości, zaś wynik wyrażony jest w centymetrach.

Nowoczesne metody fizjoterapii wspomagają eliminowanie objawów bólowych u dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej. Niezwykle ważne jest, aby zwracać uwagę na aspekt psychologiczny opisywanego problemu oraz zapewnić choremu dziecku przyjazne i spokojne otoczenie.

Zaburzenia neuropsychologiczne

Leczenie nowotworów wśród dzieci ściśle związane jest z negatywnymi skutkami neuropsychologicznymi. Pacjenci leczeni z powodu guzów mózgu i niektórych rodzajów białaczki stanowią najliczniejszą grupę prezentującą odległe konsekwencje procedur medycznych. Uszkodzenia narządowe, okaleczające zabiegi chirurgiczne, a także ryzyko wygenerowania drugiego nowotworu powodują znaczne deficyty neuropsychologiczne, co wpływa na jakość życia pacjentów. Rozmiary negatywnych konsekwencji leczenia można zmniejszyć stosując odpowiednią fizjoterapię oraz terapię psychologiczną. Dzięki wczesnemu

wdrożeniu odpowiedniej stymulacji obniża się skalę ujawnionych przez dziecko trudności rozwojowych [27,28]. Terapie skojarzone – radio i chemioterapia (szczególnie stosowanie wysokich dawek matotreksatu) niosą największe ryzyko powikłań. Z tego powodu często odradza się stosowanie radioterapii u dzieci poniżej 3. roku życia, a także modyfikuje metody napromieniowania w kierunku bardziej oszczędzających.

Tab.1 Zaburzenia neuropsychologiczne u dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej

Opóźnienie rozwoju i zaburzenia mowy	<ul style="list-style-type: none"> • mowa mózdkowa (skandowana) • trudności z intonacją i modulacją głosu • nieprecyzyjne wypowiedzenia poszczególnych fonemów • trudności z konstruowaniem dłuższych wypowiedzi • zaburzenia toku i treści wypowiedzi • afazja
Zaburzenia procesów analizy i syntezy wzrokowo - słuchowej	<ul style="list-style-type: none"> • trudności w pracy na złożonym materiale graficznym • trudności w odtwarzaniu znaków i symboli • zniekształcenia artykulacyjne w mowie • błędy fonetyczne w piśmie
Zaburzenia uwagi	<ul style="list-style-type: none"> • labilność • trudności z dłuższą efektywną koncentracją
Opóźnienie i zaburzenie rozwoju grafomotorycznego (w przypadku zdiagnozowania choroby przed 6. rż.)	<ul style="list-style-type: none"> • niska wydolność graficzna • zaburzenia koordynacji wzrokowo - ruchowej
Problemy w nawiązywaniu kontaktów	<ul style="list-style-type: none"> • brak syntonii i empatii • zaburzenia ekspresji emocji • ubóstwo mimiki
Deficyty sensoryczne	<ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia widzenia (obniżenie ostrości wzroku, ograniczenie pola widzenia, zez, oczopląs, podwójne widzenie) • CVI (Cortical Visual Impairment) – niedowidzenie mózgowe • niedosłuch zmysłowo – nerwowy wysokotonowy
Niewydolność pamięci	<ul style="list-style-type: none"> • trudności w odtwarzaniu czynności
Niska wydolność psychofizyczna	<ul style="list-style-type: none"> • wolne tempo pracy

Czynnikami pogłębiającymi negatywne konsekwencje neuropsychologiczne są: młody wiek dziecka w chwili diagnozy i leczenia, a także zaburzony rozwój psychomotoryczny dziecka przed zdiagnozowaniem choroby [29].

Aktywność fizyczna u dzieci z chorobą nowotworową

Dzieci poddawane leczeniu onkologicznemu wykazują niższy poziom aktywności fizycznej niż ich zdrowi rówieśnicy. W 2006 roku Keats i wsp. oceniali aktywność fizyczną dzieci dotkniętych chorobą nowotworową za pomocą kwestionariusza. Badania te wykazały, że przed leczeniem aktywnych fizycznie było 81,1% dzieci grupy badanej, odsetek ten w czasie leczenia uległ znacznemu spadkowi- do 32,1% , by po zakończeniu terapii wzrosnąć do 71,4% [30].

W 2016 roku San Juan i wsp. dowiedli, że dzieci podczas leczenia przeciwnowotworowego mają znacznie obniżone zdolności fizyczne, natomiast ich stan zdrowia jest wystarczająco wysoki, by umożliwić im udział w zajęciach gimnastycznych, czy nadzorowanych programach ćwiczeń [31]. Powyższe badania dowodzą, że dzieci leczone z powodu nowotworów znacznie rzadziej aktywnie spędzają wolny czas, niż ich rówieśnicy. Podkreślają także rolę fizjoterapii, promowanie zajęć fizycznych wśród dzieci leczonych z powodu choroby onkologicznej. Rehabilitacja jest procesem, który powinien rozpocząć się natychmiast po postawieniu diagnozy i trwać równoległe z procesem leczenia przeciwnowotworowego. Zajęcia usprawniające należy dostosowywać do stanu funkcjonalnego pacjenta, etapu choroby oraz dynamiki procesu chorobowego.

W Stanach Zjednoczonych już w 1971 roku opracowano i wprowadzono pierwsze narodowe programy walki z nowotworami, w których fizjoterapia pełniła ważną rolę. Określono wtedy cztery podstawowe cele rehabilitacji osób dotkniętych chorobą onkologiczną:

- wsparcie psychologiczne,
- optymalizację zakresu wysiłku fizycznego,
- optymalizację wsparcia socjalnego,
- poradnictwo zawodowe.

Wprowadzono także termin interdyscyplinarnego podejścia do rehabilitacji pacjentów onkologicznych [32].

Fizjoterapia dzieci z chorobą nowotworową

Ćwiczenia fizyczne u dzieci leczonych z powodu nowotworów złośliwych są bezpieczne. Istnieją jednak pewne ograniczenia wynikające ze sposobów leczenia oraz z samej choroby.

Istotnym celem rehabilitacji jest zapobieganie powikłaniom, zmniejszenie bólu oraz deficytów czynnościowych pacjenta.

U dzieci leczonych z powodu chemio- i radioterapii, oprócz naturalnych form ruchu, angażujących wiele grup mięśniowych oraz ćwiczeń wytrzymałościowych, możemy stosować trening poszczególnych mięśni.

Wskazane są ćwiczenia czynne oraz czynne z niewielkim oporem. Szczególną uwagę należy zwrócić na siłę oporu, gdyż przeciwwskazany jest duży opór z wykorzystaniem długich dźwigni. Źle dobrana i zbyt duża siła stosowana podczas ćwiczeń może spowodować uszkodzenia kości, więzadeł i torebek stawowych.

Przeciwwskazane są ćwiczenia w wodzie, ponieważ mogą one przyczynić się do rozwoju stanu zapalnego i infekcji organizmu. Taki rodzaj aktywności jest bezwzględnie przeciwwskazany w sytuacji spadku liczby limfocytów poniżej $3000/\text{mm}^3$ [33].

Ze względu na zmianę struktury tkanki kostnej u dzieci leczonych chemio- i radioterapią należy wykluczyć ćwiczenia związane z ryzykiem urazu (np. sport kontaktowe), ten rodzaj aktywności jest bezwzględnie przeciwwskazany u dzieci z małopłytkowością (liczba płytek poniżej $50000/\text{mm}^3$) [33].

Ze względu na podwyższone ryzyko infekcji oraz pulmonotoksyczne działanie chemioterapii zaleca się prowadzenie rehabilitacji w obszarze układu oddechowego: ćwiczenia oddechowe i nauka efektywnego kaszlu [33].

Częstym powikłaniem chemioterapii jest polineuropatia. U dzieci dotkniętych tym problemem zalecane są ćwiczenia metodami neurorozwojowymi: NDT Bobath, PNF, terapia funkcjonalna oraz terapia zajęciowa [33].

Istnieje niewiele badań dotyczących stosowania masażu w terapii dzieci z chorobą nowotworową. Główną przeszkodę stanowiło twierdzenie, iż masaż może przyczynić się do przerzutów nowotworu.

Nieliczne publikacje naukowe wskazują na pozytywny wpływ masażu na kondycję fizyczną i psychiczną chorego. W opublikowanych badaniach autorzy przypisują masażom rolę łagodzenia bólu, zmniejszenia stresu, niepokoju, zmęczenia i depresji. Masaż przyczynia się do poprawy krążenia krwi i limfy, poprawia elastyczność mięśni i powoduje zwiększenie zakresu ruchu poszczególnych stawów. Jednakże przedstawione wyniki nie są spójne i nie wskazują jednoznacznie na pozytywny wpływ zabiegów manualnych na opisywane obszary. Badania nad wykorzystaniem masażu w fizjoterapii dzieci z chorobą onkologiczną mają na razie charakter wstępny. Autorzy badań podkreślają jednak, że jest to zabieg bezpieczny i nie ma

bezwzględnych przeciwwskazań co do jego zastosowania u opisywanej grupy pacjentów. Należy jednak pamiętać, aby nie stosować masażu na okolicę napromieniowaną, przy zmianach skórnych oraz przy gorączce [34].

Do podobnych wniosków doszli w 2016 roku Shin ES, Seo KM i wsp., którzy analizowali szereg baz danych w odnalezieniu badań opisujących celowość wykorzystania masażu przy dolegliwościach bólowych. Niestety potwierdzili oni brak wystarczającej ilości klinicznych dowodów na to, aby uznać masaż za jeden z zabiegów wskazanych przy terapii bólu w chorobie nowotworowej [35].

W 2015 badacze z Holandii opublikowali dane dotyczące wpływu stosowania globalnej wibracji na poprawę zdrowia pacjentów z polineuropatią. Badania były próbą udowodnienia pozytywnego wpływu zabiegu na: siłę mięśni, równowagę oraz łagodzenie dolegliwości bólowych. Zgromadzony materiał badawczy był jednak zbyt mały aby ostatecznie i jednoznacznie udowodnić pozytywną rolę zastosowania globalnej wibracji na poprawę stanu zdrowia fizycznego i psychicznego u chorych na polineuropatię [36].

Piśmiennictwo

1. Szymborski J., Didkowska J., Wojciechowska U.: Nowotwory złośliwe u dzieci i młodzieży w Polsce, [w:] Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski, Potrykowska A., Strzelecki Z., Szymborski J., Witkowski J. (red.), Rządowa Rada Ludnościowa Warszawa, 2014, 117-146.
2. Balcerska A.: Epidemiologia chorób nowotworowych u dzieci, Forum Med. Rodz., 2009, 3, 1, 61-63.
3. Woynarowska B., Oblacińska A.: Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne, Studia BAS, 2014, 2, 38, 41–64.
4. Kowalczyk R.: Epidemiologia nowotworów dziecięcych [w:] Wprowadzenie do onkologii i hematologii dziecięcej, Kowalczyk J. R. (red.), Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 2011, 5-12.
5. Lindblad K., Bergkvist L., Johansson A.: Evaluation of the treatment of chronic chemotherapy-induced peripheral neuropathy using long-wave diathermy and interferential currents: a randomized controlled trial. Support. Care. Cancer. 2016, 24, 6, 2523-2531.

6. Kancik E., Milaniuk S., Prystupa A. Mosiewicz J.: Powikłania po chemioterapii w praktyce lekarza internisty, *MONZ*, 2014, 20, 4, 444–448.
7. Weiss K., Amanda K.: MDPhysical Activity Prescription for Childhood Cancer Survivors, *Curr. Sports Med. Rep.*, 2011, 10, 6, 352-359.
8. Tseng-Tien Huang and Kirsten K. Ness: Exercise Interventions in Children with Cancer: A Review, *Int. J. Ped.*, 2011,, Article ID 461512, 11 pages., on-line, <https://www.hindawi.com/journals/ijpedi/2011/461512/> , data pobrania 8.05.2017.
9. Harbourne, R., Becker, K., Arpin, D. J., et al.: Improving the motor skill of children with posterior fossa syndrome: A case series, *Pediatr. Phys. Ther.*, 2014, 26, 4, 462-468.
10. Stachowicz-Stencel T., Stefanowicz J., Bień E., Balcerska A.: Odległe następstwa leczenia nowotworów złośliwych u dzieci, *Forum Med. Rodz.*, 2009, 3, 6, 485-493.
11. Tinetti M.E., Williams I.F., Mayerski R.: Fall risk index for elderly patients based on numer et chronic disabilities *Am. J. Med.*, 1986, 80, 3, 429-434.
12. Geuze R.H.: Static balance and developmental coordination disorder, *Human Movement Science*, 2003, 22, 527-548.
13. Schoemaker M.M., Flapper B., Verheij N.P., et al.: Evaluation of the Developmental Coordination Disorder Questionnaire as a screening instrument, *Dev. Med. Child Neurol.*, 2006, 48, 668-673.
14. Folio MK., Fewell R.: Peabody Developmental Motor Scales: Examiner's Manual. 2nd ed. Austin 2000, Tex: PRO-ED, Inc
15. Tomaszewska-Lampart I. , Samardakiewicz M.: Aktywność fizyczna u dzieci leczonych z powodu nowotworu, *Psychoonkol.*, 2013, 3, 113–118.
16. Varni J.W., Seid M.K., Paul S.: PedsQL 4.0: Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0, Generic Core Scales in Healthy and Patient Populations *Medical Care*, 2001, 39, 8, 800-812.
17. Sopyło B., Matysiak M.: Wczesne rozpoznanie guzów litych u dzieci. *Klin. Pediatr*, 2005, 13, 309-13.
18. Kowalczyk R.J., Samardakiewicz M.: Dziecko z chorobą nowotworową, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1997.
19. Quinn J.J., Altan A.J.: Choroby nowotworowe. [w:] *Pediatrics*. Dworki PH. Wyd. Urban & Partner, Wrocław 2000, 577-613.
20. Jarosz J., Hilgier M. :Zasady diagnostyki i leczenia bólu. [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*. de Walden-Gałuszko K (red.), Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2005, 20-49.

21. Domżał T.M: Klasyfikacja bólu. [W:] Ból. Podstawowy objaw w medycynie, Warszawa Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 1996, 52-7.
22. Kobylarz K., Szlachta-Jezioro I.: Ból przewlekły u dzieci. [w:] Ból przewlekły. Dobrogowski J, Wordliczek J (red.), MCKP UJ, Kraków, 2002, 155-171.
23. Saint-Maurice C., Muller A., Meynadier J: Ból. Diagnostyka, leczenie, prewencja, Gebethner i S-ka, Warszawa 1998.
24. Ziółkowski J.: Ból jatrogeny u dzieci – zapobieganie i zwalczanie, Klin Pediatr, 2003, 11, 1, 55-60.
25. Bruzda-Zwiech A: Ból i metody jego pomiaru u dzieci i młodzieży – aspekt stomatologiczny, Przegl. Stomat. Wieku Rozw., 2001, 3/4, 11-15.
26. Morton N.S.: Zapobieganie i leczenie bólu u dzieci – cz. I, Medycyna Praktyczna – Peditria, 200, 4, 56-61.
27. Keene N, Hobbie W., Ruccione K.: Childhood cancer survivors: A practical guide to your future, O'Reilly Press, Sebastopol, 2000.
28. Kreitler S., Arush M.W.B. (red.). Psychosocial Aspects of Pediatric Oncology. John Wiley & Sons, Ltd., New York, 2004.
29. Korzeniewska J.: Interakcyjny model konsekwencji neuropsychologicznych choroby nowotworowej okresu dziecięcego, Psychoonkol., 2013, 3, 91–97.
30. Keats M., Culos-Reed N., Kerry S.Courneya, McBride M.: An Examination of Physical Activity Behaviors in a Sample of Adolescent. Cancer Survivors Journal of Pediatric, Oncology Nursing, 2006, 23, 3, 135 – 142.
31. San Juan A.F., Fleck S.J., Chamorro-Viña C., et al.: Effects of an intrahospital exercise program intervention for children with leukemia. Med. Sci. Sports. Exerc., 2007, 39, 1, 13-21.
32. Kwolek A., Mazur A., Grzegorzczak J.: Nowoczesna rehabilitacja w chorobach onkologicznych narządu ruchu, Prz. Med. Uniw. Rzesz. Inst. Leków, 2007, 1, 14–23.
33. Potrykowska A., Strzelecki Z., Szymborski J., Witkowski J.: Fizjoterapia pacjentów z ograniczeniami sprawności i wydolności fizycznej po leczeniu nowotworów złośliwych [w:] Fizjoterapia w onkologii, Woźniowski M. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2012, 90-99.
34. Batalha, Luís Manuel da Cunha, & Mota, Aida A.S.C.: A massagem na criança com câncer: eficácia de um protocolo, Jornal de Peditria, 2013, 89, 6, 595-600.

35. Shin E.S., Seo K.H., Lee S.H., et al.: Massage with or without aromatherapy for symptom relief in people with cancer, *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2016, 3, 6, CD009873. doi: 10.1002/14651858.CD009873.pub3.
36. Verhulst A.L.J., Savelberg H. H.C.M., Vreugdenhil G., et al: Whole-Body Vibration as a Modality for the Rehabilitation of Peripheral Neuropathies: Implications for Cancer Survivors Suffering from Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy, *Oncol. Rev.*, 2015, 10, 9, 1, 263.

Strategie przystosowania się do choroby w grupie pacjentów z nowotworem jelita grubego

Kupcewicz Ewa¹, Olewińska Joanna², Jurczyk Zofia^{1,3}, Orzechowski Stanisław³, Tałaj Anna⁴

1. Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
2. SP ZOZ MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie
3. Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
4. Katedra Pielęgniarstwa, Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna, Elbląg

Wstęp

Zachorowalność na nowotwory złośliwe w szybkim tempie wzrasta. Szacuje się, że na świecie na nowotwory złośliwe zapada 12,5 milionów osób rocznie, z tego 7,5 miliona umiera z tego powodu. W Polsce na nowotwór złośliwy zapada rocznie ponad 140 000 osób, umiera z tego powodu prawie 93 000 osób. Nowotwory złośliwe są drugą w Polsce, po chorobach układu sercowo-naczyniowego, najczęstszą przyczyną zgonów, a w pewnych grupach wiekowych są pierwszą przyczyną zgonów (dotyczy kobiet w wieku 45-64 lat) [1].

Nagła, nieoczekiwana diagnoza choroby nowotworowej prowadzi zwykle do bardzo emocjonalnych reakcji występujących u osoby chorej. Budzi się w niej obawa o własne życie, strach i bezradność. Dodatkowo ogromny stres i cierpienie pacjenta są doświadczeniem traumatycznym, często powodującym nieodwracalne zmiany zachodzące w psychice chorego. Nie jest to zwykle jednorazowe doświadczenie ogromnego stresu, ale powoduje u chorego lawinę innych konsekwencji oraz zagrożeń, które rozciągnięte będą w czasie całej choroby [2]. Ma to związek z długim czasem leczenia nowotworu, który rozpoczyna się od postawienia diagnozy, po zmusną drogę kolejnych etapów leczenia chirurgicznego, radiologicznego, chemicznego czy hormonalnego [2]. Po odbyciu wszystkich form zaproponowanego leczenia następuje długi okres radzenia sobie ze skutkami ubocznymi oraz obawą przed nawrotem choroby. Każdy etap w procesie przystosowania do choroby nowotworowej jest zatem związany nierozzerwalnie z występowaniem u chorego silnych,

negatywnych emocji [3]. Informacja o rozpoznaniu, wznowie, propozycje leczenia są tymi czynnikami, które wzbudzają lęk, złość, smutek i inne przykre uczucia, zaburzając równowagę psychiczną, wyzwalając zarazem działania obronne, nastawione na przywrócenie spokoju [3].

W sytuacji choroby główną siłą przywracającą równowagę psychiczną jest nadzieja na powrót do zdrowia. Myślenie takie jest skuteczne we wszystkich etapach choroby, w okresie leczenia i remisji. Choroba jest postrzegana wówczas także jako okazja do tworzenia ambitnych planów życiowych, zmiany dotychczasowego systemu wartości oraz przeorganizowania życia [4].

We wstępnym stadium choroby dominuje zwykle nadzieja na powrót do zdrowia, połączona z nastawieniem zadaniowym wobec choroby i życia, natomiast w fazie zaawansowanej przeważa nastawienie emocjonalne, wyrażające się próbą zminimalizowania przykrych uczuć [4].

Sposób podejścia do choroby zmienia się w momencie progresji choroby nie reagującej na leczenie. Świadomość bliskiego końca życia i nieuchronnej śmierci chorego jest dla niego bardzo bolesna, wyzwala silne emocje, które próbuje opanować w inny niż dotychczas sposób. Pojawia się wówczas strategia zaprzeczenia całkowitego lub częściowej częściowego. Nadzieja na wyzdrowienie wplataną jest w myślenie życzeniowe („siłą woli zwyciężę chorobę”), magiczne (przejawiające się w leczeniu niekonwencjonalnym) lub wiąże się z wiarą w cudowną interwencję boską. Osoby starsze lub mniej emocjonalne przywracają sobie spokój postawą stoicką, akceptują perspektywę śmierci jako nieuchronnego zjawiska biologicznego [5].

Analizując proces adaptacji do choroby, warto prześledzić czynniki, które wspierają proces oswojenia i akceptacji oraz te, które przyczyniają się do zwiększenia cierpienia oraz zakłócają płynność osiągnięcia kolejnych etapów przystosowania [1].

Przystosowanie się do choroby nowotworowej jest wykładnikiem umiejętności radzenia sobie ze stresem choroby nowotworowej i konsekwencjami, jakie niesie za sobą ta choroba. Ważne jest zatem, aby u pacjentów dotkniętych nowotworem kształtować oraz rozwijać możliwości osobistego radzenia sobie z chorobą oraz tolerancję niepowodzeń, negatywnych emocji, wytrwałość i determinację w działaniu oraz optymistyczne nastawienie do życia [6].

W procesie przystosowania się do życia z rakiem szczególną rolę odgrywają aktywne sposoby radzenia sobie, tj. nastawienie na walkę z chorobą oraz poszukiwanie wsparcia

emocjonalnego oraz instrumentalnego, które polegać ma na dostrzeganiu nowych rozwiązań oraz możliwości w życiu, a także poprawiać relacje z innymi. Ponadto potencjał wsparcia stwarza możliwości pohamowania negatywnych emocji i otrzymania pomocy po usłyszeniu złej diagnozy. Z kolei przystosowanie się do choroby nowotworowej wyrażające się poprzez używanie strategii radzenia sobie jest ważne nie tylko dla aktualnego stanu zdrowia pacjenta, ale przede wszystkim dla odległych konsekwencji zdrowotnych [7]. Sposób radzenia sobie z chorobą zależy od wieku, płci chorego, jego charakteru oraz wcześniejszych doświadczeń związanych z nowotworem i sposobem przekazania diagnozy.

Wyróżnić można różne strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową, biorąc pod uwagę dwa aspekty [7]:

- strategia zorientowana na problem (zadaniowa) - chory próbuje dokonywać zmian źródła stresu i dezaktywować stresor;
- strategia zorientowana na emocje - dąży do zmiany ukierunkowania stresora bądź też redukcji przykrych, negatywnych emocji.

Nie ulega wątpliwości, że usłyszenie diagnozy przez osobę młodą jest dla niej nie do przyjęcia i wyklucza ją na okres leczenia z normalnego życia. Plany, które chory miał przed diagnozą będzie musiał nie tylko zmienić, ale i odłożyć w czasie. Pojawia się wówczas frustracja, niezadowolenie i załamanie psychiczne. Dotyka to zwłaszcza młode kobiety, które po usunięciu narządów rodnych, nie będą mogły w przyszłości mieć dzieci, a co za tym idzie, cieszyć się upragnionym macierzyństwem. W ich rozumieniu przestają być prawdziwymi kobietami i tracą szacunek do samych siebie [8]. Jak wynika z literatury znacznie lepiej diagnozę o chorobie nowotworowej przyjmują mężczyźni. Kobiety są bardziej wrażliwe, często po takiej chorobie potrzebują terapii specjalistów psychoonkologów. Aby pomóc choremu radzić sobie ze skutkami raka, prowadzi się różne zabiegi interwencyjne, wykorzystując techniki behawioralne, psychoterapię oraz grupy samopomocowe. Badania wskazują, że techniki te mogą skutecznie pomóc pacjentowi w radzeniu sobie z fizycznymi, jak i psychologicznymi aspektami choroby, a w niektórych wypadkach mogą także prowadzić do przedłużenia życia pacjenta [9].

Cel pracy

Celem pracy jest określenie stylu i strategii przystosowania się do choroby w grupie pacjentów z nowotworem jelita grubego.

Material i metody

Badaniami objęto 75 pacjentów z nowotworem jelita grubego leczonych w SP ZOZ MSW w Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie od listopada 2012 r. do marca 2013 r. Chorzy zostali poinformowani o celu badania, mieli możliwość zadawania pytań i wypełnili formularz świadomej zgody pacjenta. Badanie zostało przeprowadzone za pomocą kwestionariusza własnej konstrukcji zawierającego pytania o podstawowe informacje demograficzne (tj: płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, pracę zawodową). Pytano ankietowanych także o czas od pierwszego rozpoznania choroby oraz o występowanie chorób współistniejących.

Stopień przystosowania się do choroby badano za pomocą Skali Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini - Mac autorstwa *Maggie Watson, Matthew Law, Maria dos Santos, Steven Greer, John Baruch i Judith Blis* (polska adaptacja: Z. Juczyński). Skala Mini – Mac jest narzędziem samoopisu i mierzy cztery następujące strategie radzenia sobie z chorobą: zaabsorbowanie lękowe, ducha walki, bezradność-beznadziejność i pozytywne przewartościowanie. Strategia ducha walki i pozytywnego przewartościowania reprezentuje styl konstruktywny, a strategia zaabsorbowanie lękowe i bezradność-beznadziejność styl destrukcyjny radzenia sobie z chorobą nowotworową. Kwestionariusz zawiera 29 stwierdzeń, na które osoba badana udziela odpowiedzi w skali 4-stopniowej, oceniającej stopień nasilenia analizowanych parametrów: „zdecydowanie nie” (1), „raczej nie” (2), „raczej tak” (3), „zdecydowanie tak” (4). Skala Mini – Mac posiada dobre właściwości psychometryczne. W badaniach polskich uzyskano wysokie współczynniki alfa Cronbacha dla strategii bezradność – beznadziejność (0,92) oraz ducha walki (0,90) i nieznacznie niższe dla strategii zaabsorbowania lękowego (0,89) i pozytywnego przewartościowania (0,87) [10].

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. Wynik surowy dwóch strategii stylu konstruktywnego i dwóch strategii stylu destrukcyjnego przekształcono na jednostki standaryzowane w skali stenowej [10].

Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu komputerowego Statistica 10 PL. Do oceny zróżnicowania wartości średnich badanych cech w klasach zmiennych grupujących (charakterystyki społeczno-demograficzne) pacjentów zastosowano

jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA (test Fishera - F). Za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki badań

Charakterystyka badanej grupy chorych

W badaniu uczestniczyło 75 chorych, w tym 43 (57,33%) mężczyzn i 32 (42,67) kobiety. Średnia wieku wynosiła 60,33 lat, przy czym najliczniejszą była grupa wiekowa od 51 do 70 lat. Przeważali pacjenci mieszkający w miastach ($n=50$; 66,67%). Ponad połowa ($n=43$; 57,33%) badanych była na rencie lub emeryturze, a ¼ nie pracowała. Tylko znikoma liczba chorych uczyła się. 65,33% ($n=49$) chorych pozostawało w związku małżeńskim, pozostali byli stanu wolnego. Połowa badanych pacjentów deklarowała, że czas od pierwszego rozpoznania choroby to 6-12 miesięcy. Co 5. wskazał, że ma stwierdzone nadciśnienie tętnicze. U większości pacjentów ($n=49$; 65,33%) nie występowały choroby współistniejące (tab. I).

Tab. I. Charakterystyka społeczno-demograficzna chorych z nowotworem jelita grubego

Zmienne	n (75)	%
Płeć		
Kobieta	32	42,67
Mężczyzna	43	57,33
Wiek (w latach)		
M - średnia	60,33	
SD – odchylenie standardowe	9,32	
Zakres	37-76	
Wiek (klasy)		
<= 40 lat (do 40 lat)	2	2,67
41 - 50 lat	10	13,33
51 - 60 lat	25	33,33
61 - 70 lat	22	29,33
>= 71 lat (powyżej 70 lat)	16	21,33
Miejsce zamieszkania		
Miasto	50	66,67
Wieś	25	33,33
Praca zawodowa		
Pracuję	12	16,00
Nie pracuję	18	24,00
Uczę się	2	2,67
Renta/emerytura	43	57,33

Stan cywilny		
Panna/kawaler	3	4,00
Zamężna/zonaty	49	65,33
Wdowa/wdowiec	13	17,33
Wolny	10	13,33
Czas od pierwszego rozpoznania choroby		
1 miesiąc	6	8,00
6-12 miesięcy	39	52,00
1-3 lata	18	24,00
4-5 lat	8	10,67
6 lat i powyżej	4	5,33
Choroby współistniejące		
Nadciśnienie tętnicze	15	20,00
Cukrzyca	3	4,00
Inne	8	10,67
Brak	49	65,33

Analiza strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową

Przystosowanie do choroby nowotworowej odgrywa znaczącą rolę, ponieważ jest ona postrzegana jako najbardziej stresująca spośród wszystkich chorób, co pociąga za sobą konsekwencje poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Badania miały na celu poznanie czterech strategii radzenia sobie z chorobą, które na ogół utożsamiane są ze sposobami przystosowania się do choroby nowotworowej. Wyniki obliczono oddzielnie dla każdej strategii. Zakres możliwych wyników każdej z czterech strategii mieści się w granicach od 7-28 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie zachowań charakterystycznych dla danego sposobu zmagania się z chorobą nowotworową.

Zestawienie wyników uzyskanych w Mini - MAC przedstawia tabela II: wartości średnie (M) oraz odchylenia standardowe (SD). Wskazują one, że dwie strategie duch walki ($23,19 \pm 3,21$) i pozytywne przewartościowanie ($22,32 \pm 2,76$) zaliczane do stylu konstruktywnego uzyskały zdecydowanie wyższe wyniki, niż dwie pozostałe strategie wchodzące w skład stylu destrukcyjnego.

Strategia określona jako duch walki wyraża mobilizację pacjenta do podejmowania działań zwalczających chorobę. Natomiast w strategii pozytywne przewartościowanie pacjent unaocznia sobie w sposób szczególny wartość życia i jego przeżywanie. Nadzieja i wiara daje siłę pacjentowi do zmagania się z chorobą. Wyniki badań własnych dowodzą, że strategie zaobserwowanie lękowe ($17,00 \pm 3,89$) i bezradność-beznadziejność ($13,19 \pm 3,72$) reprezentujące styl destrukcyjny wyrażają niepokój pacjenta spowodowany chorobą, postrzegany głównie jako zagrożenie wywołujące lęk, nad którym nie można zapanować oraz

poczucie bezsilności i biernie poddaniu się chorobie. Średnie wyniki dla konstruktywnego stylu radzenia sobie z chorobą nowotworową w grupie badanej są zdecydowanie wyższe ($45,51 \pm 5,29$) niż dla stylu destrukcyjnego ($30,19 \pm 7,04$) (tab.III).

Tab. II. Średnie wyniki strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową

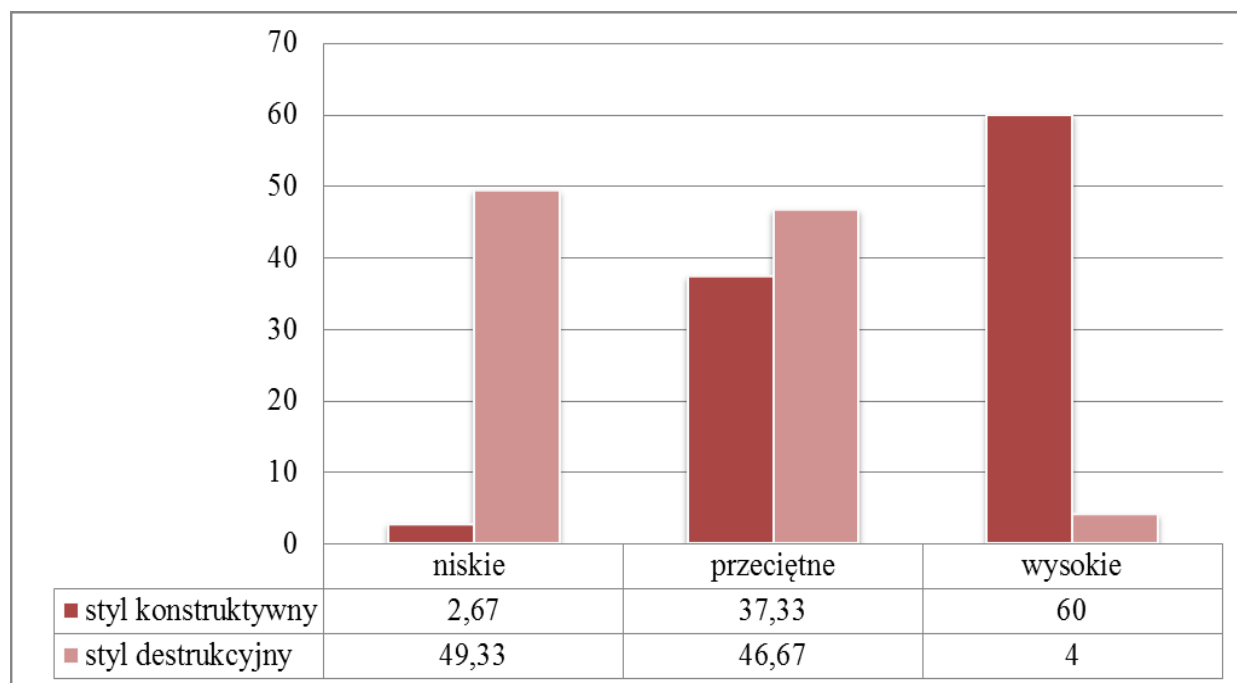
Lp.	N=75	Strategie radzenia sobie z chorobą	M	SD
1.	Styl destrukcyjny	Zaabsorbowanie lękowe (7-28)	17,00	3,89
		Bezradność-beznadziejność (7-28)	13,19	3,72
2.	Styl konstruktywny	Duch walki (7-28)	23,19	3,21
		Pozytywne przewartościowanie (7-28)	22,32	2,76

Tab. III. Średnie wyniki dla destrukcyjnego i konstruktywnego stylu radzenia sobie z chorobą nowotworową

Lp.	Style radzenia sobie z chorobą (N=75)	M	SD
1.	Styl destrukcyjny (14 – 56)	30,19	7,04
2.	Styl konstruktywny (14 – 56)	45,51	5,29

W celu uzyskania odpowiedzi na pytanie o odsetek wyników niskich, przeciętnych czy wysokich, przeliczono wskaźniki na odpowiednią skalę stenową, która jest skalą testu psychologicznego znormalizowaną tak, aby średnia w populacji wynosiła 5,5, a odchylenie standardowe 2,0. Skala zawiera 10 jednostek, a skok skali równa się 1 sten. Steny w granicach 1-4 świadczą o wynikach niskich, zaś w granicach 7-10 traktowane są jako wysokie. Jak wynika z analizy w grupie chorych stosujących styl konstruktywny, 2,67% badanych uzyskało wyniki niskie: 37,33%, - przeciętne, a wysokie – 60,00%. Natomiast w grupie chorych wskazujących na styl destrukcyjny wyniki niskie uzyskało 49,33%, przeciętne - 46,67% i wysokie – 4,00%. Dane zamieszczono na ryc. 1.

W dalszej analizie statystycznej dokonano oceny istotności zróżnicowania średnich stopni przystosowania psychicznego do choroby w klasach charakterystyki społeczno-demograficznej badanej grupy pacjentów. Okazało się, że płeć różnicuje stosowanie strategii zaabsorbowanie lękowe ($F=4,34$; $p<0,05$) i pozytywne przewartościowanie ($F=3,85$; $p<0,05$), natomiast czas od rozpoznania choroby różnicuje stosowanie strategii bezradność-beznadziejność ($F=3,40$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zamieszczono w tab. IV.



Ryc. 1. Wyniki w skali stenowej dla konstruktywnego i destrukcyjnego stylu radzenia sobie z chorobą nowotworową

Tab. IV. Ocena istotności zróżnicowania średnich stopni przystosowania psychicznego do choroby w klasach charakterystyki społeczno-demograficznej badanej grupy pacjentów (analiza wariancji)

N=75	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Praca zawodowa	Stan cywilny	Czas od rozpoznania choroby	Choroby współistniejące
Strategie radzenia sobie z chorobą							
Zaabsorbowanie lękowe	4,34 <i>p<0,05*</i>	0,25	0,14	0,43	2,22	1,75	1,42
Bezradność-beznadziejność	3,42	0,84	0,30	1,37	3,88	3,40 <i>p<0,01**</i>	0,18
Duch walki	0,90	0,91	1,57	0,51	0,25	2,38	1,04
Pozytywne przewartościowanie	3,85 <i>p<0,05*</i>	2,11	0,01	0,22	0,65	1,41	3,15*
Style radzenia sobie z chorobą							
Styl destrukcyjny	4,58 <i>p<0,05*</i>	0,56	0,01	0,84	3,35 <i>p<0,05*</i>	2,47 <i>p<0,05*</i>	0,37
Styl konstruktywny	2,54	1,60	0,64	0,35	0,16	2,09	2,28

Istotność: *p<0,05**; *p<0,01***

Dyskusja

Przystosowanie się do choroby odgrywa ogromną rolę w przypadku chorób nowotworowych, które wymagają innego podejścia do pacjenta, w tym m.in. uwzględnienia

aspektów, takich jak akceptacja własnej choroby. Bardzo ważny jest aspekt psychologiczny, a podstawowego znaczenia nabierają takie czynniki, jak atrybucja przyczyn, strategie radzenia sobie z chorobą i bólem, wsparcie ze strony rodziny/najbliższych, wsparcie instytucjonalne, strategie radzenia sobie ze stresem i akceptacja swojej choroby. Przystosowanie się do choroby nowotworowej to problem radzenia sobie z chorobą i jej bezpośrednimi konsekwencjami, bólem i złym samopoczuciem. W dłuższej perspektywie czasu – to również konieczność poradzenia sobie z bardziej ogólnymi zmianami jakości życia. Poznanie stopnia przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej, a zatem poznanie preferowanych strategii radzenia sobie z chorobą, jest przydatne na każdym etapie leczenia i rehabilitacji [10].

Wyniki badań własnych wskazują, że badani chorzy przede wszystkim wybierali strategie należące do konstruktywnego stylu radzenia sobie z przeciwnościami wynikającymi z choroby, takie jak: pozytywne przewartościowanie (22,32±2,76) i ducha walki (23,19±3,21). Najniższe wyniki otrzymała strategia radzenia sobie z chorobą wskazująca na bezradność/beznadziejność (13,19±3,72).

W badaniach innych autorów stwierdzono zróżnicowanie w sposobach zmagania się z chorobą wśród pacjentów z różnymi rodzajami choroby nowotworowej. Strategie bezradności oraz zaabsorbowania lękowego przeważały w nowotworach trzustki i żołądka, natomiast strategie ducha walki i pozytywnego przewartościowania w nowotworach narządu rodniego i prostaty. Ogólnie stwierdzono, że w nowotworach określanych jako „hormono-zależne” przeważał styl konstruktywny, podczas gdy w nowotworach „dieta-zależnych” dominował styl destrukcyjny [10]. W badaniach prowadzonych przez Religioni i wsp. wśród 902 pacjentów leczonych ambulatoryjnie w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie w 2013 rok ze zdiagnozowanym nowotworem piersi, płuca, jelita grubego lub prostaty stwierdzono w wymiarach zaabsorbowania lękowego oraz bezradności–beznadziejności najwyższe wyniki kolejno dla respondentów z nowotworem: płuc, jelita grubego, piersi i prostaty. W wymiarze ducha walki nie zanotowano odwrócenia wyników. Wyższe rezultaty w tym wymiarze uzyskali respondenci, u których stwierdzono nowotwór piersi (23,43) i jelita grubego (23,42), zaś niższe badani z nowotworami prostaty (22,46) i płuca (21,91) [11]. Michałowska-Wieczorek zwraca uwagę na różnice w radzeniu sobie z chorobą nowotworową w grupach kobiet i mężczyzn [11,12]. Badając grupę 150 osób chorych na nowotwory sutka, jajnika, płuca i prostaty wskazała, iż kobiety częściej wybierają strategię ducha walki, skłaniającą chorą do traktowania choroby jako osobistego wyzwania i

podejmowania działań zwalczających chorobę. Mężczyźni natomiast znacznie częściej wykazują zaabsorbowanie lękowe, wyrażające niepokój spowodowany chorobą, postrzeganą głównie jako zagrożenie wywołujące lęk. Mężczyźni również znacznie częściej wykazują poczucie bezradności i beznadziejności w chorobie, świadczące o zagubieniu i biernym poddaniu się chorobie. Jediną strategią, która nie różni obu grup, jest pozytywne przewartościowanie wyrażające takie przeorganizowanie problemu swojej choroby, aby znaleźć nadzieję i zadowolenie z już przeżytych lat. Jak wynika z przeglądu piśmiennictwa, przyjęty rodzaj przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej istotnie oddziałuje na jakość życia pacjentów. Warto wskazać na badania prowadzone przez Johansson i wsp., którzy stwierdzili, że pacjenci, którzy przyjmują wysoki poziom bezradności oraz zaabsorbowania lękowego, znacznie niżej oceniają jakość swojego życia [11,13]. Do podobnych wniosków doszli Thome i Halberg [11,14]. Z kolei badania Laarhovena wskazują, iż strategia ducha walki pozytywnie wpływa na jakość życia pacjentów [11,15].

Wnioski

1. Badane osoby traktują chorobę jako osobiste wyzwanie, starają się znaleźć nadzieję i zadowolenie z już przeżytych lat i częściej wybierają konstruktywny styl radzenia sobie z chorobą.
2. Płeć różnicuje stosowanie strategii zaabsorbowanie lękowe i pozytywne przewartościowanie, a czas od rozpoznania choroby różnicuje stosowanie strategii bezradność-beznadziejność.
3. Zasadne jest rozwijanie interdyscyplinarnej opieki nad chorymi z chorobą nowotworową, ze szczególnym uwzględnieniem wsparcia psychologicznego i społecznego.

Piśmiennictwo

1. Rogiewicz, M.: Praktyczny podręcznik psychoonkologii dorosłych, MP, Kraków, 2015, 74-77.
2. Drosik, K.: Najnowsze metody terapeutyczne w leczeniu nowotworów- rak piersi, Warszawa, 2005.

3. Czapiński, J.: Szczęście złudzenie czy konieczność? [w:] Złudzenia, które pozwalają żyć (red.) Kofta M., Szustrowa T., Wyd. PWN, Warszawa, 1991.
4. Lazarus, R.S., Folkman, S.: Stress, appraisal and coping, Springer, New York, 1984.
5. Walden-Gałuszko de, K.: Psychoonkologia w praktyce klinicznej, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011, 49-51.
6. Ogińska Bulik, N.: Rola prężności psychicznej kobiet w przystosowaniu się do choroby nowotworowej, Psychoonkol., 2011, 2-9.
7. Herschbach, P, Keller, M. i wsp.: Psychological problems of cancer patients: cancer distress screening with cancer-specific questionnaire, Br. J. Cancer, 2004, 2, 91, 3, 504-11.
8. Dorfmueller, M., Dietzfelbinger, H.: Psychoonkologia. Diagnostyka Metody Terapeutyczne, Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2011, 60-202.
9. Bishop, G.D.: Psychologia Zdrowia, Wyd. Astrum, Wrocław, 2007, 464-465.
10. Juczyński, Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa, 2009.
11. Religioni, U., Czerw, A., Deptała, A.: Przystosowanie psychiczne pacjentów do wybranych chorób nowotworowych, Psychiatr. Pol., 2015, 30, 1-13.
12. Michałowska-Wieczorek, I.: Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową, Psychoonkol., 2006, 10, 2, 51-56.
13. Johansson E., Steineck G., Holmberg L., Johansson J.E., Nyberg T. Ruutu M. i wsp.: Long-term quality-of-life outcomes after radical prostatectomy or watchful waiting: the Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomised trial, Lancet Oncol., 2011, 12, 891-899.
14. Thome, B., Hallberg, IR.: Quality of life in older people with cancer – a gender perspective, Eur. J. Cancer Care, 2004, 13, 454-463.
15. Van Laarhoven, H.W., Schilderman, J., Bleijenberg, G., Donders, R., Vissers, K.C., Verhagen, C.A i wsp.: Coping, quality of life, depression, and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative, end-of-life care setting, Cancer Nurs., 2011, 34, 302-314.

Przygotowanie i znieczulenie dawcy narządów

Karczewska Olimpia¹, Sternik Anna¹, Wanot Joanna¹, Romańska Aleksandra¹, Sejboth Justyna², Szurlej Dariusz², Wawros Karina¹, Gawłów-Nowak Lilianna¹, Mroczkowska Renata³, Śleziona Mariola⁴, Graf Lucyna⁴

1. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej Katedry Anestezjologii Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Zakład Anestezjologii Klinicznej Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
3. Klinika Wad Wrodzonych Serca i Kardiologii Dzieci, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
4. Studium Doktoranckie, Zakład Filozofii i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp

Leczeniem z wyboru u pacjentów ze skrajną niewydolnością serca, nerek, wątroby czy płuc jest przeszczep narządu. Przeszczepiony narząd staje się szansą na przedłużenie życia oraz zdecydowaną poprawę jego jakości [1].

Według danych statystycznych „Poltransplantu” na koniec 2016 r. na przeszczep nerki oczekiwało 1031 osób, nerki i trzustki 31, nerki i wątroby 5, wątroby 173, serca 388, płuca 57, serca i płuca 2. Liczba zmarłych dawców narządów w 2016 r. wynosiła 677 osób, z czego 544 było dawcami rzeczywistymi tj. takimi, od których został pobrany celem przeszczepienia przynajmniej jeden narząd. Sumarycznie od stycznia do grudnia 2016 r. zostało przeszczepionych 1469 narządów od zmarłych dawców (nerka-978, wątroba-317, nerka z trzustką-38, serce-101, płuco-35) [2].

Pozyskiwanie dawców jest problemem narastającym nie tylko w Polsce, ale na całym świecie. Głównym problemem jest nie tylko samo pozyskiwanie potencjalnych dawców, ale również optymalna, kompleksowa opieka nad zmarłym dawcą. Na jakość pobranego narządu ma wpływ wiele czynników: wiek dawcy, stan jego zdrowia, mechanizm śmierci mózgu,

jakość opieki nad dawcą oraz czas i warunki przechowywania narządów. O jakości opieki nad dawcą świadczy liczba pobrań wielonarządowych oraz średnia liczba narządów uzyskanych od jednego dawcy [3].

Śmierć mózgu

W Polsce „Kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, ustalone przez specjalistów z dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej” reguluje obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2007 roku oraz załącznik do obwieszczenia z dnia 17 lipca 2007 roku. W założeniach ogólnych w/w obwieszczenia pojawia się stwierdzenie, że „śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym”, co oznacza, że ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. W sytuacji, gdy śmierć obejmuje mózg, a krążenie jest zachowane, to właśnie stan mózgu określa życie lub śmierć. Skład komisji do spraw stwierdzania śmierci mózgu również jest regulowany prawnie (art.9 ust.6 ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek - Dz. U. Nr 169, poz. 1411). Ustawa określa, że „komisję powołuje i wyznacza jej przewodniczącego kierownik podmiotu leczniczego lub osoba przez niego upoważniona”. Żaden z lekarzy wchodzących w skład komisji nie może brać udziału w pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów od osoby zmarłej, u której w/w komisja stwierdziła trwałe, nieodwracalne ustanie czynności mózgu [4,5,6].

Zgoda domniemana

W krajach rozwiniętych uwzględnia się zwykle trzy regulacje dotyczące wyrażania zgody na pobranie narządów od zmarłego dawcy: świadoma zgoda przyszłego dawcy, zgoda rodziny, tj. odtworzenie woli zmarłego oraz zgoda domniemana, gdy nie ma formalnego sprzeciwu dawcy. W Niemczech, Holandii, Wielkiej Brytanii oraz większości stanów USA wymagana jest formalna i świadoma zgoda przyszłego dawcy. W Polsce oraz wielu innych krajach obowiązuje zasada zgody domniemanej, zgodnie z którą, każdego pacjenta traktuje się jak potencjalnego dawcę, jeśli za życia nie wyraził sprzeciwu. W Polsce sprzeciw można wyrazić poprzez: wpis w centralnym rejestrze sprzeciwów (www.poltransplant.org.pl), oświadczenie pisemne własnoręcznie podpisane lub oświadczenie ustne potwierdzone przez co najmniej dwóch świadków i przez nich podpisane.

Zarzuca się, że zgoda domniemana włącza do grona zarówno dawców świadomych, jak i nieświadomych, którzy z różnych powodów nie zdążyli wyrazić formalnego sprzeciwu. Jednak w Polsce i wielu innych krajach, raczej nie wykorzystuje się instrumentu zgody domniemanej bez akceptacji ze strony rodziny [2,3,6,7,8].

Pobieranie narządów od dawcy po zatrzymaniu krążenia

W wielu krajach, również w Polsce nie ma uregulowań prawnych, które umożliwiają pobierania narządów od dawcy z zatrzymanym krążeniem. Główne problemy związane z NHBD-*non-heart-beating-donor* to przede wszystkim problemy etyczne powiązane z przerywaniem tzw. terapii daremnej, krótki czas na pozyskanie zgody rodziny, problemy organizacyjne związane z krótkim okresem przygotowania donacji oraz brakiem perfuzji narządowej. Zwiększenie donacji typu NHBD znacząco zwiększyło w niektórych krajach liczbę dostępnych do przeszczepienia nerek (w Hiszpanii stanowią 27%, Wielkiej Brytanii 34%, Holandii 50%). Warto również dodać, że jest to jedyna możliwość w krajach, w których nie ma uregulowań prawnych, które umożliwiają rozpoznanie śmierci mózgu [1,3,7].

Zmiany patofizjologiczne jako następstwo śmierci mózgu

Śmierć mózgu bez terapii podtrzymujących prowadzi do ustania czynności innych narządów i jest to zjawisko zależne od czasu. Kolejność zaburzeń jest zależna od rozległości ogniska niedokrwienia zarówno w pniu mózgu, jak i strukturach przyległych.

Podstawową przyczyną zaburzeń homeostazy ogólnoustrojowej jest tzw. „burza autonomiczna” (AS - *autonomic storm*), która pojawia się po ustaniu czynności ośrodka nadzorującego równowagę autonomicznego układu nerwowego (zarówno jego część współczulną, jak i przywspółczulną). Konsekwencje AS w pierwszej kolejności dotyczą układu krążenia i układu dokrewnego, a z czasem wszystkich pozostałych układów i narządów.

Zaburzenia hemodynamiczne

Niestabilność krążeniowa pojawia się zwykle jeszcze przed rozpoznaniem śmierci mózgu. Jej przyczyną najczęściej jest: hipowolemia, zaburzenia rytmu serca oraz obniżona kurczliwość miokardium. Na skutek aktywności sympatykomimetycznej podczas AS występuje faza hiperdynamiczna układu krążenia z objawami, takimi jak:

- tachykardia,
- hipertensja tętnicza w następstwie wzrostu oporu naczyniowego,
- nadciśnienie płucne spowodowane wzrostem płucnego oporu naczyniowego oraz
- wzrostem ciśnienia w lewym przedsionku,
- gwałtowne obciążenie pracą mięśnia sercowego,
- spadek pojemności minutowej serca.

Wykładniki hemodynamiczne AS (RR skurczowe > 180 mm Hg, MAP > 100 mm Hg, HR > 120 /min, czas zmian dłuższy niż 10 min. i nie spowodowany inną przyczyną) stwierdza się u ok. 60 - 80% pacjentów z objawami śmierci mózgu. Nielezione nadciśnienie i częstoskurcz prowadzą do wzrostu poziomu troponiny sercowej, izoenzymu MB kinazy kreatynowej i w konsekwencji do zmniejszenia frakcji wyrzutowej lewej komory. Niekontrolowany wyrzut amin katecholowych może być przyczyną uszkodzenia mięśnia sercowego i dysfunkcji komór u wcześniej zdrowych, młodych ludzi, a co za tym idzie uniemożliwić donację serca.

Po wyczerpaniu endogennych rezerw amin katecholowych, następuje zmniejszenie oporu naczyniowego. Układ krążenia wstępuje w fazę hipodynamiczną. W konsekwencji niskiego oporu naczyniowego, niedoboru wazopresyny i kortyzolu następuje spadek ciśnienia tętniczego. Spadek ciśnienia może być na tyle głęboki, że bywa częstą przyczyną utraty dawcy i uniemożliwia pobranie narządów.

Zaburzenia układu oddechowego

Śmierci mózgu zawsze towarzyszą zaburzenia w obrębie układu oddechowego. Bezdech, który jest objawem wiodącym spowodowany jest ustaniem czynności ośrodka oddechowego. Ponadto mogą wystąpić neurogeny obrzęk płuc oraz ostre uszkodzenie płuc. Nie bez znaczenia jest również przedłużona wentylacja mechaniczna, której chory podejrzewany o śmierć mózgu jest poddawany przez wiele dni, a która może skutkować odmą opłucnową i/lub respiratorowym zapaleniem płuc.

Zaburzenia układu dokrewnego

Od momentu śmierci mózgu rozpoczyna się stopniowy i progresywny spadek poziomu hormonów, co bezpośrednio wiąże się z uszkodzeniem podwzgórza i obu płatów przysadki mózgowej. Szczególnie na homeostazie dawcy odbija się brak sekrecji wazopresyny, kortykotropiny i hormonów tarczycy.

- Kortykosteroidy odgrywają kluczową rolę w utrzymaniu homeostazy krążeniowej. Modułują napięcie ściany naczyń krwionośnych, wzmacniają wpływ amin katecholowych.
- Wazopresyna na skutek uszkodzenia osi podwzgórze-przysadka jest znacznie obniżona, a w większości przypadków po 6 godzinach jej stężenie jest nieoznaczalne. Klinicznie niedobór wazopresyny objawia się moczówką prostą. O rozpoznaniu moczówki prostej świadczy diureza > 4 ml/kg mc./h, choć często u dawców wartość ta jest jeszcze większa. Szereg objawów, jak: poliuria, odwodnienie, hipernatremia, wzrost osmolarności, zmniejszenie stężenia wapnia, magnezu, potasu, fosforu jest przyczyną hipoperfuzji i uszkodzenia narządów.
- Hormony tarczycy na skutek dysfunkcji podwzgórze u człowieka w stanie śmierci mózgu podlegają stałemu spadkowi (do 50% po upływie 1 godziny od śmierci mózgu, po ok. 16 godzinach poziom staje się nieoznaczalny). Niskie stężenie tyroksyny i trijodotyroniny w osoczu jest bezpośrednio związane ze niskim stężeniem TSH. Niedobór, zwłaszcza trijodotyroniny, prowadzi do słabszej kurczliwości mięśnia sercowego oraz gorszego metabolizmu komórkowego.
- Insulina od momentu śmierci mózgu ma tendencję spadkową. Wraz z obniżeniem stężenia insuliny, nadmiarem hormonów proglukemicznych, użyciem amin katecholowych i kortykosteroidów oraz infuzją roztworów glukozy w ramach żywienia pozajelitowego u dawcy pojawia się hiperglikemia. Glukoza jest uważana za silny czynnik prozapalny. Wysoka wartość glikemii jest przyczyną wzrostu osmolarności osocza, poliurii, hipowolemii i zaburzeń elektrolitowych.

Inne nieprawidłowości

- Zaburzenie czynności nerek na skutek fazy hipodynamicznej układu krążenia. W skrajnych przypadkach wystąpić może ostra martwica kanalików nerkowych.
- Zaburzenie czynności wątroby na skutek niskiej wartości glikogenu w hepatocytach oraz gorszego przepływu krwi.
- Zmiany immunologiczne i zapalne, które są konsekwencją gwałtownej stymulacji układu współczulnego, martwicy określonych obszarów tkanki mózgowej, hipotensji, hipoksji oraz kwasicy. Warto dodać, że cytokiny prozapalne znacząco upośledzają funkcjonowanie wszystkich narządów, a przede wszystkim serca i

płuc. Ponadto wzrost mediatorów prozapalnych w pobranych narządach może nasilać reakcję immunologiczną u biorcy i być powodem odrzucenia narządu.

- Zaburzenia elektrolitowe są często obserwowane u dawcy. Zwykle przyczyniają się do wystąpienia zaburzeń rytmu serca i osłabiają kurczliwość mięśnia sercowego. Hipernatremia jest charakterystycznym zaburzeniem w stanie śmierci mózgu i konsekwencją wymuszanej diurezy oraz moczówki prostej. Hipokaliemia rozwija się u ok. 90% dawców i najczęściej jest spowodowana nadmierną diurezą lub ustępowaniem kwasicy metabolicznej. Zmniejszenie stężenia wapnia, magnezu i fosforu również jest pochodną nadmiernej diurezy.
- Hipotermia jest spowodowana ustaniem czynności ośrodka termoregulacji, zwolnionym metabolizmem oraz barkiem aktywności mięśniowej. Konsekwencją hipotermii jest: depresja mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu, zaburzenia układu krzepnięcia, zwiększone ryzyko kolonizacji i zakażenia, utrudnione oddawanie tlenu do tkanek. Stan hipotermii uniemożliwia również rozpoczęcie procedury stwierdzenia śmierci mózgu.
- Zaburzenia hematologiczne są dość często obserwowane, choć rzadko kiedy są bezpośrednim następstwem śmierci mózgu. Zwykle zaburzenia krzepnięcia są konsekwencją chorób podstawowych oraz hipotermii.
- Kwasica metaboliczna, której przyczyną jest zwykle: hipotermia, słaba perfuzja narządowa oraz niedobór hormonów [3,8,9,10].

Przeciwwskazania do pobrania narządów

Każdy potencjalny dawca musi zostać poddany weryfikacji pod kątem przeciwwskazań względnych oraz bezwzględnych do pobrania narządów. Weryfikacji służy wywiad, badanie przedmiotowe, stan kliniczny oraz szereg badań obrazowych i laboratoryjnych. Rutynowo wykonuje się: badania serologiczne (HbsAg, anty-HBc, anty-HIV, anty-HCV, VDRL, toksoplazmoza, CMV w klasie IgM i IgG), biochemię krwi (morfologia, elektrolity, glukoza, kreatynina, mocznik, bilirubina, ALT, AST, GGTP, FA, lipaza, LDH, białko całkowite, układ krzepnięcia, CK, CK-MB, troponina), gazometrię, badanie ogólne moczu, markery nowotworowe (CEA, AFP, CA 125, CA 19-9), EKG, badania obrazowe (USG jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej, echokardiografia w przypadku dawcy serca, bronchofiberoskopia w przypadku dawcy płuc).

Przeciwwskazania bezwzględne obejmują:

- nowotwór złośliwy u dawcy (obligatoryjnie wyklucza się dawców, którzy przebyli raka płuca, sutka, czerniaka, mięsaka, chłoniaka lub białaczkę; dopuszcza się pobranie narządu od dawcy chorego na raka podstawnokomórkowego skóry, szyjki macicy *in situ* oraz niektóre pierwotne nowotwory mózgu)
- zakażenie HIV
- uogólnione zakażenia (bakteryjne, wirusowe, grzybicze)
- uogólnione choroby naczyń (kolagenozy, cukrzyca, miażdżyca, skrobiawica)
- ryzykowne zachowania w wywiadzie lub badaniu przedmiotowym (narkomania itp.).

Przeciwwskazania względne obejmują:

- wiek dawcy na ogół > 70 lat
- nadciśnienie tętnicze ze zmianami narządowymi
- cukrzyca
- alkoholizm, nadużywanie leków
- nadużywanie leków toksycznych dla poszczególnych narządów
- dodatni wynik badania w kierunku toksoplazmozy (dotyczy serca).

Każdorazowo ostateczna decyzja o pobraniu narządu należy do chirurga zespołu pobierającego i jest uzależniona od wyglądu makroskopowego, perfuzji tkanek oraz stanu naczyń [11,12].

Opieka nad dawcą na Oddziale Intensywnej Terapii

Dawca podlega ścisłemu monitorowaniu parametrów życiowych: EKG, ciśnienie tętnicze mierzone metodą bezpośrednią, CVP, saturacja, glikemia, temperatura, diureza, równowaga kwasowo-zasadowa oraz wodno-elektrolitowa.

Leczenie dawcy na OIT jest przede wszystkim ukierunkowane na utrzymanie stabilności hemodynamicznej (normowolemia, prawidłowe ciśnienie, prawidłowy rzut).

Zaleca się utrzymanie średniego ciśnienia tętniczego na poziomie ≥ 70 mm Hg, skurczowego ciśnienia tętniczego ≥ 100 mm Hg, HR 60-120/min oraz CVP 6-10 mm Hg. Stężenie glukozy powinno wynosić 4-8 mmol/l.

Żywienie enteralne na OIT można wdrożyć lub utrzymać, jeśli jest dobrze tolerowane i przerwać przed wjazdem na salę operacyjną. Nie zaleca się rozpoczęcia żywienia parenteralnego, a jeśli było wcześniej wdrożone nie należy przerywać.

Stężenie sodu powinno być utrzymywane w granicy 130-150 mmol/l.

Stężenie hemoglobiny powinno wynosić 9-10 g/dl, aby zapewnić stabilność hemodynamiczną. Posiewy krwi powinny być regularnie wykonywane i powtarzane co 24 h.

Jeśli występuje konieczność stosowania antybiotykoterapii, wybór antybiotyku powinien zostać skonsultowany zarówno z zespołem transplantacyjnym, jak i pracownią bakteriologii. Nie jest zalecane stosowanie antybiotyków o szerokim spektrum działania w celach „profilaktycznych”. Oznaczanie wartości troponiny powinno być procedurą rutynową co 12 h.

Opieka nad układem oddechowym jest często powikłana wcześniejszym uszkodzeniem płuc, neurogennym obrzękiem płuc lub powikłaniami związanymi z samą wentylacją mechaniczną. W/w powikłania prowadzą do względnie niskiego współczynnika pozyskiwania płuc do przeszczepu (20-25%).

Optymalnie prowadzona wentylacja mechaniczna pozwala zachować jak największą ilość nieuszkodzonej tkanki, a standaryzacja metod opieki nad układem oddechowym pozwoliłaby ten współczynnik zwiększyć. Za optymalne uważa się postępowanie lecznicze, które przy FiO_2 maksymalnie do 50% zapewnia PaO_2 w granicy 90-110 mm Hg oraz $PaCO_2$ 30-45 mm Hg.

Wartość PEEP 5-10 cm H_2O zapobiega niedodmie oraz tworzeniu się neurogennego obrzęku płuc. Optymalne warunki wentylacji powinny również umożliwić utrzymanie pH na poziomie 7,35-7,45. Zaleca się również sterylne odsysanie z rurki intubacyjnej, badanie RTG klatki piersiowej oraz bronchoskopię.

Wcześniejsze określenie dostępności narządów determinuje dalsze postępowanie z chorym (agresywna terapia płynowa jest konieczna, by utrzymać prawidłową funkcję nerek, unikanie przeładowania płynami jest bardzo istotne w przypadku potencjalnego dawcy płuc, jeśli istnieją przeciwwskazania do pobrania płuc możliwe jest stosowanie bardziej liberalnej terapii płynowej itd.).

Opieka pielęgniarska koncentruje się na monitorowaniu wszystkich w/w parametrów życiowych, podawaniu zleconych leków i płynów, pobieraniu materiału do badań oraz właściwej i starannej pielęgnacji (układu oddechowego, cewników, wkłuc żylnych i tętnicznych, oczu, skóry, ewentualnych ran itd.) [2,11-14].

Opieka anestezyjologiczna nad dawcą na bloku operacyjnym

Przygotowanie sali operacyjnej jest standardowe (kompletny, sprawny aparat do znieczulenia, ssak, leki, płyny itd.). Dawca jest układany na stole operacyjnym jak do rozległego zabiegu chirurgicznego. Jeśli istnieje taka konieczność stosuje się wałki, podpórki i inne udogodnienia.

Opieka zespołu anestezyjologicznego w warunkach bloku operacyjnego koncentruje się na uzyskaniu optymalnej perfuzji narządowej oraz hamowaniu reakcji krążeniowej na bodźce nocyceptywne podczas pobierania narządów.

Pierwszy aspekt zwykle nie budzi emocji, drugi-wykonywania znieczulenia u dawcy bywa kontrowersyjny i budzi wątpliwości zarówno u rodziny, jak i niektórych członków personelu medycznego.

Współcześnie za składowe znieczulenia ogólnego uważa się: niepamięć, sen, brak reakcji ruchowej na bodziec nocyceptywny oraz zniesienie odruchów wegetatywnych na bodziec nocyceptywny. Składową uzupełniającą jest zwiotczenie mięśni poprzecznie prążkowanych. Poszczególne składowe uzyskuje się poprzez wpływ anestetyków na różne struktury centralnego układu nerwowego. Niepamięć oraz sen wywołuje się działając na wyższe struktury mózgowia, jak: kora mózgowa, ciało migdałowate, wzgórze, pień mózgu. Za odruchy oraz reakcję ruchową na bodziec nocyceptywny odpowiada rdzeń kręgowy, którego czynność w niektórych przypadkach śmierci mózgu jest wystarczająca do realizacji wielu odruchów. Ma to bezpośredni związek z koniecznością stosowania znieczulenia u dawców narządów.

Reakcja hemodynamiczna dawcy na bodziec nocyceptywny jest odpowiedzią organizmu na uraz połączony z zabiegiem operacyjnym. Wzrost ciśnienia tętniczego, przyspieszenie akcji serca wynikają ze stymulacji współczulnego układu nerwowego oraz uwalniania amin katecholowych, zwłaszcza adrenaliny i noradrenaliny. Przyjmuje się, że wysokie stężenie endogennych amin ma niekorzystny wpływ na przeszczepiany narząd, zwłaszcza na serce i płuca.

Utrzymanie homeostazy

Głównym celem jest optymalna perfuzja do momentu pobrania narządów.

Zaleca się standardowe monitorowanie: EKG, saturacja, RR metodą bezpośrednią, CVP, etCO₂, diureza, temperatura.

W uproszczeniu stosuje się tzw. zasadę 100 w utrzymywaniu parametrów życiowych (RR skurczowe > 100 mm Hg, $\text{PaO}_2 > 100$ mm Hg, diureza > 100 ml/h, hemoglobina > 100 g/l). Wcześniej przygotowanie wlewu norepinefryny umożliwi szybkie działanie w przypadku spadku ciśnienia tętniczego.

Przeciwdziałanie nocycepcji chirurgicznej

Pełne znieczulenie ogólne dawcy prowadzi się z użyciem anestetyku ogólnego (np. halogenowe środki wziewne), opioidu i środka zwiotczającego (niedepolaryzującego).

Dokumentacja

Każdemu dawcy zakłada się kartę znieczulenia. Na karcie należy odnotować, że jest to karta dawcy narządów. Karta umożliwia ocenę parametrów oraz pozwala rozliczyć się ze stosowanych leków.

Toaleta pośmiertna

Po pobraniu narządów wyłącza się aparat do znieczulenia oraz wykonuje toaletę pośmiertną. Należy usunąć wkłucia, kaniule, sondę, cewnik, zaopatrzyć rany i miejsce szycia oraz umyć ciało [2,3,10,11,14].

Podsumowanie

Opieka nad dawcą narządów jest procedurą niezwykle złożoną i wymaga zaangażowania wielu osób. Już samo orzeczenie śmierci mózgu wymaga wysiłku całego zespołu oraz wiary w sens takiego działania. Łącznie w pobraniu wielonarządowym i transplantacji w szpitalu dawcy oraz wszystkich szpitalach przeszczepiających bierze udział co najmniej 100 osób. Są to pracownicy laboratoryjni, kierowcy, piloci, pielęgniarki i lekarze różnych specjalności, koordynatorzy oraz inni pracownicy medyczni i techniczni. Logistyka konieczna przy koordynacji pobrania wielonarządowego musi być na najwyższym poziomie. Przeszczep jest sukcesem nie tylko transplantologów, ale całego zespołu opiekującego się dawcą. Każdy w tym złożonym łańcuchu jest tak samo ważny i niezbędny. Należy pamiętać również o tym, że prawidłowe funkcjonowanie narządów po transplantacji decyduje o jakości życia biorcy i wynika bezpośrednio z właściwej opieki nad dawcą [14,15].

Piśmiennictwo

1. Zembala M.: Zasady pobierania i przeszczepiania narządów i tkanek do transplantacji w ujęciu Europejskiej Konwencji Bioetycznej. *Kardiochir. Torakochir.*, 2009, 6, 4, 407-411.
2. <http://www.poltransplant.org.pl>, data pobrania 06.02.2017.
3. Kruszyński Z.: Przygotowanie dawcy narządów. [w:] *Wykłady z Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Intensywna terapia stanu astmatycznego. Przygotowanie dawcy narządów*, Wyd. PZWL, Warszawa, 2009, 55-132.
4. Ustawa z dnia 01 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. *Dz.U.* 2005, Nr 169, poz. 1411.
5. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie sposobu stwierdzenia trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu, *Monitor Polski*, 2007, Nr. 46, poz. 546, 547.
6. Karczewska O., Sternik A., Wawros K., Gawłów-Nowak L., Ptaszek G., Ślężiona M., Graf L., Mroczkowska R., Stołecka B.: Ewolucja definicji śmierci i kryteriów orzekania śmierci mózgu w Polsce i na świecie. [w:] *W drodze do brzegu życia t. XIV*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., Kułak W. (red.). Białystok, 2016.
7. Urban-Dechnik H.: Regulacja prawna transplantacji w ustawodawstwie europejskim, *Adam Mickiewicz University Law Review*, 2013, 2, 157-166.
8. Rowiński W.: Prawne, etyczne, społeczne i organizacyjne aspekty przeszczepiania narządów w Polsce. [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia t.II*. Opolski J. (red.), Szkoła Zdrowia Publicznego CMPK w Warszawie, Warszawa, 2011, 51-64.
9. Audibert G. i wsp.: Improvement of donor myocardial function after treatment of autonomic storm during brain death, *Transplantation*, 2006, 82, 1031-1036.
10. Konturek S.: Autonomiczny układ nerwowy. [w:] *Fizjologia człowieka. Neurofizjologia t.IV*. Konturek S., Wyd. UJ, Kraków, 1998, 317-319.
11. Kruszyna T., Mileniak I.: Koordynacja pobrania narządów od dawcy zmarłego-krok po kroku. <http://www.mp.pl/artykuly/42226,koordynacja-pobrania-narzadow-od-zmarlego-krok-po-kroku.html>, data pobrania 06.02.2017.
12. Czyżewski D., Misiołek H., Przybylski R., Kucewicz-Czech E.: Przeszczep płuc: opieka medyczna nad dawcą, *Anest. Intens. Ter.*, 2007, 3, 181-185.
13. Milecka A.: Problemy związane z koordynacją pobierania i przeszczepiania narządów i tkanek, *Forum Nefr.*, 2010, 3, 2, 95-100.

14. Marczyńska A., Miętkiewicz S.: Opieka pielęgniarska gdy pacjentem jest dawca narządów, *Mag. Piel. i Poł.*, 2007, 4, 36.
15. Saucha W., Maruszewski M., Kucewicz-Czech E.: Opieka nad dawcą - rola nie tylko anestezjologa, *Kardioch. i Torakochir. Polska*, 2010, 7, 4, 424-426.

Wpływ personelu medycznego na kondycję psychiczną pacjentów onkologicznych

Abdalla Elnour Dominika¹, Pytłasińska Joanna¹, Lubas Sylwia¹, Krzyżanowski Filip¹, Jaszczak Jakub¹, Ferenc Stanisław², Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Gnus Jan^{1,2}

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

Wstęp

Choroba nowotworowa od lat pozostaje w oczach pacjentów diagnozą wzbudzającą największe obawy. Pomimo znacznego postępu w leczeniu onkologicznym nierzadko traktowana jest jako wyrok.

Co roku nowotwory złośliwe są stwierdzane u ponad 140 000 Polaków, w tym 70 000 mężczyzn i 70 500 kobiet [1]. Są to najczęściej: rak płuca, rak gruczołu krokowego, rak jelita grubego, a także nowotwory złośliwe pęcherza moczowego i żołądka. Wszystkie te choroby mogą wiązać się ze śmiercią i dzieje się tak w około 96 000 przypadków rocznie [1].

Ewentualną śmierć lub wyzdrowienie poprzedza przeważnie długie i uciążliwe leczenie, towarzyszące mu skutki uboczne i dolegliwości związane z samą chorobą. Problemy te nie dotyczą jedynie zdrowia fizycznego chorych.

Nowotwory, poza bólem i osłabieniem, mogą nieść za sobą również utratę sprawności lub samodzielności, konieczność częściowego usunięcia się z prowadzonego życia społecznego, czy brak możliwości dalszego pełnienia dotychczasowych funkcji społecznych. Pacjenci onkologiczni zmagają się z obawą przed niepowodzeniem leczenia i śmiercią, rozłąką z rodziną podczas hospitalizacji i dyskomfortem, jaki odczuwają w związku z naruszeniem przez personel medyczny ich przestrzeni osobistej, co jest konieczne do skutecznego przeprowadzenia diagnostyki i terapii.

Chorzy, szczególnie dzieci oraz starsi, odczuwają też strach przed nieznanymi im dotąd procedurami, którym muszą się poddać, co wiąże się z brakiem wiedzy medycznej i nieufnością w stosunku do lekarzy i innych pracowników szpitala. Z tego powodu zachowanie pracowników służby zdrowia i ich stosunek do osób dotkniętych chorobą nowotworową nie pozostaje bez znaczenia.

Cel pracy

Zwrócenie uwagi na konieczność przybrania odpowiedniej postawy przez personel medyczny w stosunku do pacjentów onkologicznych, nie tylko na poziomie wyboru skutecznych form terapii i fizycznej walki z chorobą, ale również w kwestii kontaktu z pacjentem na wszystkich poziomach diagnostyki i leczenia.

Etapy choroby nowotworowej

Pierwszym etapem choroby nowotworowej jest proces stawiania diagnozy. Obejmuje on najczęściej głównie badania, podczas których pacjent ma świadomość tego, co mogą one wykazać. Już na tak wczesnym etapie występują czynniki, które mogą determinować postawę chorych i nadzieję na wyzdrowienie. Tym, co odbiera im siły do walki, jest przede wszystkim chaos związany z ustaleniem potrzebnych testów i niepewność w oczekiwaniu na ich wyniki, która często jest przedłużana przez problemy natury formalnej czy organizacyjnej. Pacjenci, którzy przebyli leczenie onkologiczne i wzięli udział w badaniach **Choroba nowotworowa – doświadczenia pacjentów**, przeprowadzonych na zlecenie AXA Życie oraz Fundacji Społecznej „Ludzie dla ludzi”[5], skarżyli się przede wszystkim na słabą komunikację lekarzy z pacjentami, ale również medyków i placówek służby zdrowia pomiędzy sobą nawzajem. Ich wypowiedzi, takie jak *„Zanim te wszystkie badania (...), zanim tam byłam zarejestrowana, zanim się dostałam do tego lekarza, trwało; więc proszę sobie wyobrazić, od stycznia do maja. Dopiero zajęto się mną, żeby ustawić jakąś chemię, jakieś leczenie.”* lub *„Te kolejki, te terminy, to wszystko, tu nie chcą, tu nie robią.”*[5] świadczą o uczuciu przytłoczenia i niewłaściwej opieki ze strony potrzebnych placówek. Inni uczestnicy skarżyli się na niezgodność lekarzy odnośnie konieczności i bezpieczeństwa wykonywanych badań, niepotrzebne przetrzymywanie lub gubienie wyników badań, czy bagatelizowanie przez lekarzy zgłaszanych objawów i podejrzeń. Skutkowało to u pacjentów poczuciem osamotnienia w chorobie, utratą zaufania do lekarzy, brakiem wiary w możliwość wyleczenia lub nawet w wystarczająco szybkie podjęcie leczenia. W tym wypadku wpływ personelu medycznego na samopoczucie psychiczne pacjenta odbywa się nie tylko przez zachowanie w stosunku do niego (atmosfera przeprowadzania badań, przystępne udzielanie informacji), ale też przez zaangażowanie w pracę również tych osób, od których zależy szybkość otrzymania wyników i organizacja kwestii formalnych.

Pacjenci do momentu usłyszenia ostatecznego rozpoznania mają nadzieję na dobre wieści, co sprawia, że przekazanie informacji o stanie zdrowia nie jest łatwe. Chorzy nie mają oczekiwań dotyczących jedynie otrzymania prawdziwych informacji, lecz zwracają też uwagę na sposób ich przekazania. Powinno to odbywać się atraumatycznie, w sposób dostosowany do stanu i możliwości poznawczych pacjenta. Pierwszym krokiem jest wybór właściwego miejsca rozmowy, które nie powinno być publiczne ani pełne hałasu, ponieważ zabiera to pacjentom możliwość swobodnego wyrażania uczuć i utrudnia obu stronom skupienie na konwersacji. Znaczący wpływ na reakcję pacjenta mają słowa użyte przez lekarza w celu zobrazowania stanu zdrowia, jak również ton i sposób udzielania odpowiedzi na pytania i wątpliwości chorego, mimika, gesty, postawa.

Wyniki badań opublikowane w czasopiśmie „*Journal of Clinical Oncology*”[4] wykazują jednak, że onkolodzy mają problemy z okazywaniem współczucia i reagowaniem na emocje rozmówcy podczas przekazywania diagnozy. Uwzględniono 398 konwersacji pomiędzy 51 onkologami i 270 pacjentami. W odpowiedzi na negatywne uczucia wyrażane przez chorego jedynie 22% lekarzy używało sformułowań zachęcających do ekspresji jego przeżyć, przy czym znacznie częściej robiły to kobiety. Warto zwrócić uwagę również na fakt, że wśród pacjentów, spośród których znaczna część była w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, jedynie 37% okazywało emocje podczas rozmowy z lekarzem. Wskazuje to na rezerwę i brak zaufania pacjentów wobec pracowników służby zdrowia, prowadzące do ukrywania uczuć nawet w tak ekstremalnych sytuacjach. Podczas badanych rozmów u niektórych lekarzy zaobserwowano duże zaangażowanie emocjonalne, przykładowo zaczynanie dyskusji słowami ‘Proszę powiedzieć, czego nie rozumie Pan/Pani w swojej chorobie?’ lub dawanie pacjentowi czasu na opanowanie emocji. W innych przypadkach zachowanie onkologów było przeciwne – starali się nie zwracać uwagi na płacz chorego, kontynuując przekazywanie ściśle medycznych informacji. Świadczyło to przeważnie nie tyle o braku współczucia ze strony medyków, co o braku umiejętności jego okazania. Może to być podyktowane obawami dotyczącymi utraty profesjonalizmu w oczach pacjentów lub chęcią odizolowania własnego życia emocjonalnego od tragedii przeżywanej przez chorych. Jednak okazuje się, że zachowanie onkologa podczas przekazywania diagnozy nie pozostaje bez wpływu na samopoczucie i nastawienie pacjenta do choroby, a nawet na jego przewidywania odnośnie wyniku leczenia. Mimo że kolejne fazy przechodzenia stresu związanego z rozpoznaniem nowotworu są nieuniknione, moment ten ukierunkowuje pacjenta na myślenie negatywne lub pozytywne, zależnie od tego, czy odniesie wrażenie, że znajduje

się w dobrych rękach i, co ważne, że lekarz wierzy w zasadność i skuteczność swoich działań. Opierając się na takich odczuciach, chory kształtuje opinię na temat sytuacji, w jakiej się znajduje. Na etapie diagnozy towarzyszą mu już zwykle bliskie osoby, które są często obecne przy opisywanej rozmowie. Nawet kiedy pacjent początkowo jest w szoku po usłyszeniu złych wiadomości, osoby te przeważnie uważnie słuchają lekarza i obserwują jego zachowanie, starając się znaleźć wskazówki odnośnie rokowania. Ponieważ ich wsparcie odgrywa dużą rolę w leczeniu, ważne jest, aby były traktowane profesjonalnie i za zgodą pacjenta rzetelnie poinformowane o stanie jego zdrowia. Kiedy z powodu problemów z komunikacją bliscy pacjenta zaczynają mieć wątpliwości odnośnie kompetencji onkologa, często przelewają swoje odczucia na chorego, co powoduje spadek zaufania i komplikuje przebieg terapii.

Zakończenie diagnostyki stawia lekarza oraz chorego przed zadaniem wdrożenia odpowiedniego leczenia. Zależnie od przekonań i wieku pacjenta, stres może generować sam wybór terapii, przykładowo dzieci czy ludzie starsi będą odczuwać duży strach związany z interwencją chirurgiczną, podczas gdy inni mogą ze względu na znajome im skutki uboczne być uprzedzeni do chemioterapii. Lekarz, przedstawiając swoją opinię i uzasadniając ją, powinien używać języka przede wszystkim zrozumiałego i dostosowanego do możliwości poznawczych pacjenta. Pozytywnie wpływa na pacjenta samo przedstawienie możliwych form terapii oraz możliwość uczestniczenia w podejmowaniu dotyczących tego tematu decyzji. Przedstawienie w optymistyczny sposób opcji związanych z leczeniem sprawia, że chory skupia się na aspektach pozytywnych, czyli na tym, co należy zrobić, aby powrócić do zdrowia. Daje mu to również nadzieję na tworzenie krótkoterminowych lub nawet długofalowych planów życiowych. Możliwości lecznicze mogą być przedstawione już podczas informacyjnej rozmowy o diagnozie, jednak ze względu na szok, jaki przeżywa pacjent, zaleca się rozłożenie rozmowy na kilka oddalonych nieznacznie w czasie etapów, aby stworzyć możliwość stopniowego przyswajania informacji. Nie bez znaczenia pozostaje osoba, która przekazuje te wiadomości – powinien to być lekarz, który będzie wykonywał również późniejsze czynności lecznicze. Zapobiega to poczuciu zmieszania, otrzymywania sprzecznych informacji, a także pozwala na wytworzenie więzi z lekarzem prowadzącym, co sprzyja budowaniu zaufania w stosunku do niego. W zależności od rodzaju i stadium nowotworu wyróżniamy cztery cele terapeutyczne [1]:

- wyleczenie,
- leczenie adjuwantowe,

- leczenie paliatywne
- postawę oczekująco-obszernacyjną.

We wszystkich tych przypadkach pacjent powinien być informowany o tym, dokąd zmierza terapia, jednak sposób przedstawienia tego celu może znacząco odbić się na jego samopoczuciu psychicznym. Kiedy istnieje możliwość wyleczenia, obawy związane z zagrożeniem życia uspokajają się, natomiast głównym problemem dla pacjenta stają się niedogodności związane z procesem leczenia. Mogą to być zabiegi okaleczające, takie jak wyłonięcie sztucznego odbytu lub amputacja piersi, jak też skutki uboczne podawanych leków: wypadanie włosów po chemioterapii, złe samopoczucie. Podstawową rolą lekarza przy obecnej szansie na wyleczenie jest przekonanie chorego do poddania się dającej nadzieję terapii.

Aby pacjent możliwie jak najlepiej tolerował pojawiające się dolegliwości, lekarz powinien rozważyć pozytywne oraz negatywne skutki terapii, z uwzględnieniem płynących z niej korzyści. Należy poinformować pacjenta o sposobach radzenia sobie ze skutkami ubocznymi i pomocy, na jaką może liczyć. Brak informacji i zaangażowania ze strony onkologa może być przez chorego odebrany jako próba zatajenia niekorzystnych informacji, a niewiedza i niepewność często skutkują rezygnacją z leczenia lub opóźnieniem jego rozpoczęcia, co wpływa na rokowanie. Leczenie wspomagające wymaga wyjaśnienia pacjentowi powodu, dla którego powinno zostać wdrożone i przedstawienia szans na całkowite wyleczenie, a także omówienia możliwości leczniczych dostępnych w razie jego niepowodzenia. Pacjent musi zdawać sobie sprawę z możliwych efektów ubocznych. Mimo że wobec niebezpieczeństwa śmierci schodzą one na dalszy plan, nadal stanowią przedmiot wątpliwości. Lekarz może w takiej sytuacji uspokoić objawy pacjenta, wskazując na sposoby złagodzenia ewentualnych dolegliwości oraz skupiając się na możliwości wyleczenia choroby przekonać pacjenta do podjęcia leczenia adjuwantowego. Medycy muszą zachować szczególną delikatność w przypadku wdrożenia leczenia paliatywnego. Polega ono na ograniczeniu choroby i odczuwalności jej skutków, a więc na poprawie jakości życia pacjenta nieuleczalnie chorego. Na tę jakość w dużym stopniu składa się kondycja psychiczna pacjenta, jego stosunek do sytuacji i wsparcie otaczających go osób. Dlatego ważne jest, aby lekarz w rozmowie z pacjentem unikał sformułowań sugerujących bezradność i zaniechanie działań wobec niego. Takie zachowanie negatywnie wpływa na nastrój i odbiera poczucie wsparcia, które jest istotną składową wpływającą na stan emocjonalny. Warto pamiętać, że nawet w przypadku niekorzystnego rokowania należy podtrzymywać nadzieję. W sytuacji,

gdy stan chorobowy jest stabilny, chory wbrew pozorom odczuwa duże obciążenie psychiczne, które związane jest z ciągłą niepewnością. Rola lekarza może polegać tu na bezzwłocznym i jasnym informowaniu o wynikach obserwacji i przewidywanym rozwoju wydarzeń. Jeżeli pacjent może wybrać spośród wielu wariantów, ważne dla jego pewności siebie i nastroju jest wsparcie obiecanie przez lekarza prowadzącego, niezależnie od dokonanego wyboru.

Postępowanie z pacjentami podczas terapii przeciwnowotworowej

Po ustaleniu formy terapii przychodzi czas na rozpoczęcie leczenia. W wielu przypadkach wiąże się to z długotrwałą hospitalizacją, co okazuje się istotnym czynnikiem wpływającym na nastrój i nastawienie pacjentów. Wiadomość o możliwości leczenia ambulatoryjnego jest przez nich przyjmowana z radością i ulgą. Poza naturalną chęcią przebywania w środowisku, w którym czują się swobodnie, często stoi za tym także niechęć do szpitala. Jednym z powodów takiego stanu rzeczy jest brak organizacji, na co często narzekają pacjenci. Skarżą się na przepełnione sale, złe warunki sanitarne oraz małą liczbę pracowników w stosunku do chorych. Wpływa to niekorzystnie na ich komfort psychiczny, wobec czego dbałość personelu, w miarę możliwości, o jak najlepsze warunki pobytu pacjentów w szpitalu może przyczynić się do poprawy ich stanu psychicznego. Niektórzy odbierają hospitalizację jako izolację od społeczeństwa i oznakę słabości. Poważnym problemem bywa zachowanie osób opiekujących się chorymi. W trakcie pobytu w szpitalu najczęstszy, najbliższy i najdłuższy kontakt z chorymi mają pielęgniarki, wobec czego ich postawa wywiera na psychikę pacjentów ogromny wpływ. Znaczenie mają zwykle czynności, takie jak pobieranie krwi lub podawanie leków. Sposób, w jaki obowiązki te są wykonywane, może wywołać u chorego poczucie bezpieczeństwa i dobrej opieki, ale jest też w stanie obniżyć jego nastrój, a nawet przyczynić się do powstania depresji. Najczęstszą platformą braku zrozumienia pomiędzy pacjentem i personelem jest często towarzysząca nowotworom częściowa lub całkowita utrata samodzielności. Jest ona dla większości pacjentów równoznaczna z upokorzeniem związanym z koniecznością skorzystania z pomocy. Personel medyczny może zmniejszyć lub nawet zniwelować ten dyskomfort przez wytworzenie wokół pacjenta odpowiedniej atmosfery, w której będzie czuł się swobodnie, a prośba o wyręczenie nie będzie dla niego problemem. W celu zbudowania takich relacji pomoc powinna być oferowana chorym bez widocznych oznak zmęczenia, zniecierpliwienia lub złości ze strony

personelu. Inną niedogodnością idącą zwykle w parze z nowotworami, zwłaszcza zlokalizowanymi w obrębie narządów płciowych, jest konieczność naruszenia intymności osoby chorej podczas leczenia i towarzyszących mu badań.

Brak poszanowania praw człowieka w szpitalach jest problemem, który należy do głównych motywów strachu przed hospitalizacją.

Stworzenie pacjentowi jak najlepszych warunków do zachowania intymności ma duży wpływ na proces zwalczania stresu związanego z nowotworem odbywający się w psychice pacjenta.

Choroba nowotworowa nierzadko wywołuje spadek poczucia własnej wartości, kompleksy związane z obniżoną sprawnością lub zmienionym wyglądem. Osłabia to zdolność człowieka to walki o własne prawa, przez co zdarza się, że chorzy spotykający się z upokorzeniem ze strony personelu medycznego nie reagują. Takie przeżycia zostawiają jednak ślad w ich psychice w postaci pogłębienia niskiej samooceny oraz rozwinięcia strachu i wstydu związanego z poddawaniem się procedurom medycznym. Zabiegi i badania przeprowadzane prawidłowo, bez negatywnego wpływu na stan psychiczny pacjenta, powinny odbywać się w atmosferze prywatności, bez obecności niepożądanych osób trzecich, a podejmowane działania muszą być wcześniej przedstawione pacjentowi wraz z uzasadnieniem.

Właściwe postępowanie w sferze intymności pacjenta znacznie zmniejsza dyskomfort, jaki odczuwa on w związku z zaistniałą sytuacją. Troska o to jest zadaniem pielęgniarek, techników i operatorów sprzętu, a także uczestniczących lekarzy.

Należy również pamiętać o tym, że wiodącą potrzebą obecną w myślach chorego jest powrót do zdrowia, co sprowadza się do ściśle medycznych kompetencji lekarza. Badania wykazują, że pacjenci polskich oddziałów onkologicznych nie mają pod tym względem zastrzeżeń. Szczególny podziw odczuwają wobec chirurgów, których przeważnie określają jako profesjonalnych i kompetentnych.

Kłopoty pacjentów ambulatoryjnych przedstawiają się nieco inaczej. Ze względu na przybywanie w domu, zwykle poza zasięgiem całodobowej opieki lekarzy i pielęgniarek, napotykają oni trudności w uzyskaniu pomocy specjalistycznej w sytuacjach nagłych. Chorzy i ich bliscy narzekają na niechęć do pomocy ze strony dyspozytorów pogotowia, opisują przypadki odsyłania do przychodni osób, które przez postęp choroby nie były w stanie samodzielnie się przemieszczać. Wywołało to u nich poczucie zaniedbania i bagatelizowania przez służbę zdrowia problemów związanych z nowotworem.

Komunikacja pacjent-personel bywa zakłócona także przez postawę pacjenta. Nowotwór jest sytuacją kryzysową, która wyzwała zmiany w zachowaniu człowieka, takie jak smutek, agresja, zgorzknienie, apatia. Emocje te bywają wyładowywane właśnie na otaczających chorego pracownikach szpitala. Ich zadaniem w podobnych sytuacjach jest zachowanie profesjonalizmu i spokoju. Kluczem do tego jest empatia, czyli postawienie siebie na miejscu pacjenta i zrozumienie targających nim uczuć. Chorzy przyznają, że w chorobie zdarzają się momenty, w których potrzebują nie tylko uprzejmości i uległości, ale też jasno wytyczonych granic i precyzyjnie wydawanych poleceń. Zachowując równowagę, personel medyczny pomaga pacjentom poradzić sobie z uczuciem zagubienia.

Kolejnym aspektem leczenia związanym z nastrojem chorego jest komunikacja z lekarzem prowadzącym w sprawie postępów w leczeniu lub ich braku i zmieniającego się rokowania. Dla pacjenta istotną kwestią jest regularność takiego kontaktu i otrzymywanie informacji na bieżąco. Jeżeli pacjent sobie tego nie życzy, lekarz nie ma prawa zataić przed nim faktów dotyczących stanu zdrowia. Może jednak wpłynąć na sposób postrzegania przekazywanych wiadomości, stosując odpowiedni dobór słów. Konstrukcja wypowiedzi determinuje to, czy i w jakim stopniu pacjent zaakceptuje prawdę. Podkreślając te informacje, które są dobre, lekarz może częściowo rozmyć złe emocje wywołane pogorszeniem rokowania. Pomimo wielu opisanych problemów z wypowiedzi pacjentów wynika, że większość z nich jest zadowolona z opieki na oddziale onkologicznym i zaskoczona pozytywną różnicą pomiędzy istniejącymi w społeczeństwie stereotypami a szpitalną rzeczywistością. Duża część osób wyraża szacunek wobec członków personelu szpitala i potwierdza ich pomocną rolę w zwalczaniu depresji związanej z nowotworem.

Szczęśliwe zakończenie leczenia onkologicznego to moment wyczekiwany przez wszystkich pacjentów, nie oznacza on jednak, że rola personelu medycznego kończy się. Osoby, które przeżyły chorobę nowotworową, potrzebują regularnej kontroli w celu wykluczenia nawrotów, a także rekonwalescencji. W relacjach zdawanych przez takich pacjentów problematyczni okazują się lekarze rodzinni [5], którzy nie są skłonni do opieki nad takimi przypadkami, zrzucając ten obowiązek na centra onkologiczne. Te z kolei często są znacznie oddalone od miejsca zamieszkania pacjentów, co generuje regularne trudności obejmujące znalezienie transportu, wyczerpującą podróż i ponowne psychiczne przeżywanie choroby. Taka postawa spowalnia psychiczną rekonwalescencję i pozbycie się komplikującego życie społeczne piętna nowotworu.

Podsumowanie

Zebrane powyżej informacje potwierdzają nieocenioną wagę postępowania personelu medycznego z pacjentem na wszystkich etapach choroby nowotworowej – od diagnozy do okresu rekonwalescencji. Jest to tym bardziej istotne, że samopoczucie psychiczne chorych odgrywa znaczącą rolę w postępiach leczenia i powrocie do zdrowia fizycznego. Zwraca uwagę również fakt, że w przypadku osób ciężko chorych nawet najmniejszy dobrze lub źle wykonany gest może zaważyć na ogólnym nastawieniu. Rolą pracowników służby zdrowia, oprócz wykonywania ściśle medycznych obowiązków, jest podtrzymywanie u osób dotkniętych nowotworem nadziei na pozytywne zakończenie procesu leczenia. Specjalista, który oprócz posiadania kompetencji wzbudza zaufanie pacjenta, ma większe szanse na sukces w zastosowanej terapii. Stosowne zachowanie w stosunku do pacjentów onkologicznych obowiązuje nie tylko lekarzy, ale też cały personel, z którym pacjent ma do czynienia w trakcie przebiegu choroby. Opinie wyleczonych pacjentów pokazują jednoznacznie, że zgłębianie sposobu myślenia i odczuwania osób z chorobą nowotworową przez personel medyczny nie tylko poprawia komfort przebiegu leczenia, ale też pozytywnie wpływa na jego wyniki. Warto więc zachęcać obecnych i przyszłych specjalistów onkologii do zapoznawania się z wpływem, jaki mogą wywierać na swoich pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Tulskey, J. Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. *J. Clin. Oncol.*, 2007, 12, 20, 5748-5753.
2. Dorfmueller M., Dietzfelbinger D.: *Psychoonkologia. Diagnostyka - metody terapeutyczne*, 2011, 129-140.
3. Ludzie Dla Ludzi. Choroba nowotworowa - doświadczenia pacjentów, <http://ludzie.dlaludzi.pl/database/uploads/file/Choroba%20nowotworowa%20-%20do%20pacjenta%20pacjent%20C3%B3w.pdf>, data pobrania 5.05.2017.
4. de Walden - Gałuszko K.: *Psychoonkologia*. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków, 2000.
5. www.onkologia.org, data pobrania 5.05.2017.

Depresja u pacjenta z chorobą nowotworową leczonego paliatywnie

Wolbiś Karolina, Wójcik Paulina, Pichlińska Kornelia, Jaszczak Jakub

Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp

Leczenie paliatywne obejmuje osoby z nieuleczalną chorobą, nieuchronnie prowadzącą do śmierci. Takie postępowanie medyczne kontynuowane jest do końca życia pacjenta. Najczęściej dotyczy zaawansowanej choroby nowotworowej i może wiązać się z trudnościami pod postacią nowych jednostek chorobowych wynikających ze stosowanego leczenia, postępu nowotworu lub jego wpływu na stan psychiczny [1].

Depresja u osób z chorobą nowotworową leczonych paliatywnie jest powszechnym problemem, któremu często nie poświęca się należytej uwagi. Pacjenci często są niezdiagnozowani psychiatrycznie, a ich stan emocjonalny jest mylnie oceniany jako adekwatny do istniejącego rozpoznania, czy też efektów ubocznych leczenia przeciwnowotworowego. Dodatkowo samo leczenie farmakologiczne depresji może być niewystarczające, ponieważ w terapii często brakuje wsparcia ze strony psychologa. Spowodowane jest to różnymi przyczynami, np. niechęcią i brakiem współpracy chorego, względami finansowymi, brakiem specjalistów w pobliżu miejsca zamieszkania, trudnościami z dojazdem na terapię. Należy pamiętać, że depresja dotyka nie tylko osoby chore, ale także ich rodziny, które często są przytłoczone niespodziewaną i niekorzystną diagnozą [2,3,4,5].

Leczenie paliatywne

Definicja

Opieką paliatywną określamy postępowanie mające na celu złagodzenie objawów choroby przewlekłej, której leczenie przyczynowe jest niemożliwe, a wobec jej postępującego charakteru, rokowanie co do przeżycia niekorzystne. Należy zaznaczyć, że celem takiej terapii nie jest powrót chorego do zdrowia, ale poprawa jakości jego życia poprzez

uśmierzenie bólu, złagodzenie innych objawów choroby, pielęgnację oraz wsparcie psychiczne i duchowe obejmujące również jego bliskich [1].

Kwalifikacja

Według zaleceń Amerykańskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej (2005) leczeniem paliatywnym powinni zostać objęci chorzy z:

- zaawansowaną chorobą nowotworową/hematologiczną, niepoddającą się leczeniu przyczynowemu,
- AIDS,
- chorobą mięśniowo-nerwową,
- chorobą Alzheimera i demencją,
- przewlekłą niewydolnością serca (w III i IV stadium),
- końcowym stadium niewydolności nerek,
- chorobą płuc z zaawansowaną niewydolnością oddechową,
- wielonarządowym uszkodzeniem narządów,
- udarem mózgu (z uszkodzeniem znacznego stopnia),
- przewlekłymi, trudnymi do gojenia ranami,
- przewlekłym obrzękiem limfatycznym,
- bólem przewlekłym trudno poddającym się leczeniu, towarzyszącym różnym stanom chorobowym (np. osteoporozie, przewlekłej chorobie gośćcowej, niepoddającym się leczeniu przyczynowemu przewlekłemu zapaleniu trzustki, chorobom naczyń, nieoperacyjnemu tętniakowi aorty, bólom neuropatycznym).

Leczeniem paliatywnym obejmuje się chorych mających istotne wskazania medyczne określone przez lekarza zajmującego się medycyną paliatywną, który posiłkuje się dokumentacją medyczną chorego. Przed jego wprowadzeniem konieczne jest uzyskanie zgody od pacjenta lub jego rodziny. W trakcie takiego postępowania medycznego bierze się pod uwagę potrzeby chorego [1].

Epidemiologia

W Polsce z opieki paliatywnej rocznie korzysta około 90 000 chorych. Większość z nich to osoby z zaawansowaną chorobą nowotworową. Szacuje się, że w rzeczywistości takiego leczenia wymaga około 200 000 chorych rocznie, co oznacza, że ponad połowa z nich z różnych względów nie otrzymuje pomocy, którą powinna mieć zapewnioną [1].

Depresja

Definicja

Termin “depresja” należy obecnie do języka potocznego i używany jest w celu określenia wielu stanów - od chwilowego obniżenia nastroju, związanego z drobnym niepowodzeniem czy porą roku, po głębokie zaburzenia, mogące nawet prowadzić do śmierci.

Każdy człowiek w ciągu swojego życia przechodzi krótsze bądź dłuższe okresy, podczas których czuje się przygnębiony, zrezygnowany i smutny.

Według Hammen Constance depresja definiowana jest jako “stan usposobienia charakteryzujący się obniżeniem nastroju, uczuciem nieodpowiedzialności i przygnębienia, obniżeniem aktywności, smutkiem lub podobnymi objawami” [5]. Odczucia te mogą wpływać na to, jak się czujemy i myślimy oraz zaburzać nasze codzienne funkcjonowanie, takie jak: spożywanie posiłków, sen czy praca [6].

Obecnie depresję traktuje się holistycznie; już nie tylko jako określenie nastroju, lecz jako dysfunkcję całego organizmu - zarówno w sensie fizycznym, jak i duchowym lub emocjonalnym [7].

Istnieje wiele medycznych definicji depresji, przy czym nieraz są one niejasne i skomplikowane, co podkreśla wielobjawowość i trudność w rozpoznaniu tej choroby.

Epidemiologia

Według danych WHO depresją dotkniętych jest przeszło 350 milionów ludzi na świecie, co czyni ją jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób [8].

Objawy

W związku z opisywanym już holistycznym podejściem do zjawiska depresji, u pacjentów wyróżnić możemy nie tylko objawy psychiczne, ale również rozmaite zaburzenia somatyczne o różnym nasileniu. Wyróżniamy:

- **Objawy afektywne:** smutek, przygnębienie, płaczliwość, drażliwość, anhedonia, utrata radości życia, utrata zainteresowań, zaniedbywanie kontaktów towarzyskich, zobojętnienie, pesymistyczne postrzeganie przyszłości, poczucie winy, niska samoocena, niechęć do życia, myśli samobójcze, poczucie lęku, niepokoju, zagrożenia.

- **Objawy poznawcze:** obniżenie sprawności intelektualnej, ruchowej, kłopoty z pamięcią, spowolnienie myślenia i tempa wypowiedzi, zahamowanie, utrata energii i siły do działania, błędne wzorce i schematy myślenia, urojenia o charakterze absurdalnym - chorzy uważają, że ich część obumarła, omamy wzrokowe, słuchowe, węchowe lub dotykowe.
- **Objawy behawioralne:** zaburzenia aktywności (nadaktywność, spowolnienie), działania destrukcyjne, agresywne, impulsywne, kompulsywne, zachowania *acting-out*, popadanie w uzależnienia, zmiana dotychczasowego systemu wartości, wycofanie się z aktywności społecznej i zawodowej.
- **Objawy somatyczne:** zaburzenia rytmu dobowego, problemy ze snem (insomnia lub hipersomnia), zaburzenia apetytu, spadek libido, złe samopoczucie, skargi na ból (najczęściej pleców, karku, mięśni, głowy, szczęki, oczodołu, brzucha), przyspieszona akcja serca, klucie w okolicy serca, zaparcia, zaburzenia miesiączkowania, problemy ze wzrokiem, szum uszny [9].

Rozpoznanie

Złotym standardem w diagnostyce depresji jest dobrze przeprowadzony wywiad lekarski. Według Chochinova i wsp. pytanie: "Czy czujesz się przygnębiony?" stanowi cenne i swoiste narzędzie diagnostyczne u pacjentów terminalnie chorych. Pacjenci, którzy odpowiedzieli twierdząco na takie pytanie, mają większą szansę na poprawną diagnozę. Pytanie to może służyć również jako szybki screening [10].

Dodatkowo warto zapytać, czy chory myśli o tym, żeby odebrać sobie życie. Lekarze czasem unikają tych pytań w obawie przed wzrostem ryzyka samobójstw, ale w rzeczywistości pozwalają one zauważyć problem i odpowiednio wcześniej wprowadzić działania zapobiegające [2].

Obecnie stosowane są 2 rodzaje kryteriów diagnostycznych: ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) opracowana przez WHO i obowiązująca w Polsce oraz klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Istotne w obu klasyfikacjach jest kryterium czasowe wynoszące przynajmniej 2 tygodnie.

Tab. 1. Kryteria rozpoznania depresji wg ICD-10 i DSM-V [7,11].

ICD 10	DSM-V
<p>Objawy podstawowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - obniżenie nastroju, - utrata zainteresowań i/lub radości, - obniżenie energii lub wzmożona męczliwość. <p>Objawy dodatkowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. utrata własnej wartości, 2. poczucie winy, 3. myśli samobójcze, 4. zaburzenia woli, uwagi, 5. zahamowanie, niepokój, 6. zaburzenia snu, 7. zahamowanie łaknienia. <p>Epizod depresyjny łagodny:</p> <ul style="list-style-type: none"> - co najmniej 2 objawy podstawowe i 2 dodatkowe, - pacjent może odczuwać dyskomfort, ale funkcjonuje prawidłowo. <p>Epizod depresyjny umiarkowany:</p> <ul style="list-style-type: none"> - co najmniej 2 objawy podstawowe i 4 dodatkowe, - co najmniej 2 tygodnie i ogranicza prawidłowe funkcjonowanie. <p>Epizod depresyjny ciężki:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 objawy podstawowe i co najmniej 4 objawy dodatkowe, - objawy znacznie nasilone, całkowicie zaburzają funkcjonowanie. 	<p>Występowanie, od pewnego i możliwego do ustalenia czasu, niemal codziennie i przez większą część dnia, jednocześnie przez co najmniej 2 tygodnie, 5 z poniżej wymienionych objawów, w tym co najmniej jednego z dwóch pierwszych:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) depresyjny nastrój, 2) wyraźne zmniejszenie zainteresowania niemal wszystkimi czynnościami i/lub związanego z nimi uczucia przyjemności, 3) wzmożone lub osłabione łaknienie, bądź znaczny spadek (niezwiązany ze stosowaniem diety) lub przyrost masy ciała (np. 5% w ciągu miesiąca), 4) bezsenność lub nadmierna senność, 5) podniecenie lub spowolnienie psychoruchowe, 6) uczucie zmęczenia lub utraty energii, 7) poczucie własnej bezwartościowości lub nieuzasadnione poczucie winy, 8) zmniejszenie sprawności myślenia, trudności w skupieniu uwagi lub podjęciu decyzji, 9) nawracające myśli o śmierci (nie tylko obawy przed śmiercią), 10) nawracające myśli samobójcze bez określonego planu, podejmowanie prób samobójczych lub posiadanie planu popełnienia samobójstwa.

Depresja u pacjentów onkologicznych

Zmiany nastroju, poczucie przygnębienia i rezygnacji to stany emocjonalne towarzyszące często pacjentom z rozpoznaną chorobą nowotworową [2]. Uczucia te związane są zwykle ze zmianą wyobrażenia własnego "ja" zarówno teraz, jak i w przyszłości [12]. Obciążenia psychiczne związane z diagnozą oraz długotrwałą terapią mogą powodować wahania nastroju. Niezwykle ważna jest zdolność do rozróżniania normalnego emocjonalnego dystresu, uzasadnionego walką z chorobą podstawową oraz objawów wynikających z zaburzeń depresyjnych. Pierwsze z nich związane jest ze stresem towarzyszącym: diagnozie, leczeniu, progresji czy nawrotom. Często objawia się nadmiernym niepokojem, lękiem, złością, drażliwością, obniżeniem nastroju czy somatyzacją. Symptomy te ulegają wahaniom nawet w ciągu dnia, przemijają w ciągu kilku tygodni i są reaktywne z bieżącymi zmianami stanu pacjenta. Natomiast depresja jest poważną chorobą wymagającą uwagi ze strony lekarza w celu jej rozpoznania i leczenia. Jest to stan długotrwałej, niepodlegającej fluktuacjom zmiany zachowania [2,3].

Epidemiologia

Obecność zaburzeń depresyjnych u pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową jest dość powszechna. Związane jest to zarówno z dość powszechnym występowaniem obu jednostek chorobowych, jak i z tym, że diagnoza nowotworu przyczynia się do rozwoju depresji [13]. Według różnych źródeł częstość występowania zaburzeń adaptacyjnych u pacjentów leczonych paliatywnie z powodu choroby nowotworowej wynosi od 9% do 35%, natomiast odsetek pacjentów, u których zdiagnozowano depresję, szacuje się na 8% - 26% [14].

Diagnostyka depresji u pacjentów onkologicznych jest trudnym zadaniem, z uwagi na fakt, iż wiele somatycznych, poznawczych i behawioralnych objawów może być efektem zarówno depresji, jak i choroby nowotworowej. Należy również zwrócić uwagę na to, że symptomy depresji mogą być imitowane przez efekty uboczne stosowanych leków, np. chemioterapeutyków, benzodiazepin, glikokortykosteroidów czy opioidów [15].

Zarówno choroba nowotworowa, jak i depresja są przyczynami cierpienia pacjenta, dlatego lecząc go psychiatrycznie, przynosimy mu ulgę w cierpieniu. Dodatkowo depresja może wpływać na przebieg leczenia raka poprzez osłabienie motywacji, utratę nadziei i

pogorszenie współpracy, a także zwiększa śmiertelność nie tylko z powodu choroby podstawowej, ale również z powodu innych chorób somatycznych i prób samobójczych [3].

Depresja, jako czynnik ryzyka rozwoju nowotworu

Należy zwrócić uwagę, iż część pacjentów nowotworowych cierpiała z powodu depresji jeszcze przed rozpoznaniem choroby nowotworowej. Postawić trzeba zatem pytanie: czy zaburzenia psychiczne mogą mieć wpływ na rozwój raka?

Już Galen stwierdził, że u kobiet przejawiających nastroj depresyjny częściej rozwijają się guzy w piersiach.

Według S. Murawca zjawisko to może mieć różne mechanizmy powstawania, takie jak:

- negatywny wpływ depresji na funkcjonowanie układu immunologicznego,
- wpływ depresji na mechanizmy naprawy DNA oraz obronę organizmu przed rozwojem raka,
- wpływ depresji na oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczową, prowadzący do dysregulacji wydzielania kortyzolu, który odpowiada za regulację wzrostu i podziały komórkowe [3].

Umieralność

W badaniu przeprowadzonym przez Stommel i wsp. stwierdzono, że pacjenci chorujący na raka, u których po diagnozie pojawiły się objawy depresyjne lub fizyczne ograniczenia, mają takie same szanse na przeżycie jak ci, u których nie stwierdzono takich zmian. Natomiast u chorych z wcześniejszymi problemami emocjonalnymi lub ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu ryzyko śmierci w trakcie leczenia onkologicznego wzrasta [16].

Według Lloyd-Williams i wsp. depresja jest niezależnym czynnikiem ryzyka śmierci wśród pacjentów leczonych paliatywnie. Potwierdza to badanie oparte na NHANES (*National Health and Nutrition Examination Survey*), zgodnie z którym osoby z rakiem i depresją miały o 19% większe ryzyko śmierci w porównaniu do osób tylko z pierwszą chorobą. Istnienie depresji u osób chorych na raka wpływało na umieralność raczej w sposób addytywny, niż synergistyczny, to znaczy depresja zwiększała śmiertelność nawet jako czynnik izolowany [3].

Czynniki ryzyka rozwoju depresji u pacjentów paliatywnych

Chociaż nie ma badań potwierdzających, wyróżnia się kilka możliwych czynników ryzyka rozwoju depresji u pacjentów terminalnie chorych. Należą do nich: młody wiek, płeć żeńska, dokuczliwe objawy, zaburzenia codziennej aktywności, niekorzystna lokalizacja nowotworu, uciążliwe efekty uboczne terapii, obecność przerzutów, hiperkalcemia, ból egzystencjalny, przebyte epizody depresji, brak wsparcia socjalnego [14].

Leczenie depresji

Współistnienie depresji u pacjentów nowotworowych powoduje trudności terapeutyczne z powodu:

- nakładania się objawów obu jednostek chorobowych,
- polipragmazji i powodowanych przez nią działań niepożądanych,
- możliwości odrzucenia przez chorego leków przeciwdepresyjnych z powodu uciążliwych objawów,
- wysoce subiektywnej oceny efektów leczenia przeciwdepresyjnego,
- permanentnych objawów (m.in. ból) i czynników (np. stres), które przyczyniają się do progresji depresji [3].

Istnieje wiele terapii i sposobów leczenia depresji, które możemy ogólnie podzielić na biologiczne i psychologiczne. Do metod biologicznych leczenia zalicza się: leki przeciwdepresyjne, terapię elektrowstrząsową (*electroconvulsive therapy*), terapię światłem, pozabawianie snu oraz ćwiczenia fizyczne [5].

Leki przeciwdepresyjne są najpowszechniejszą biologiczną metodą leczenia stosowaną u większości pacjentów z ciężką depresją i przeszło jednej trzeciej pacjentów z depresją umiarkowaną [5]. Wyróżnia się następujące grupy leków przeciwdepresyjnych:

- leki trójpierścieniowe,
- inhibitory monoaminoooksydazy,
- leki heterocykliczne.

Zwykle leczenie rozpoczyna się od niższej dawki, powoli przechodząc do dawki terapeutycznej, natomiast pierwsze efekty leczenia obserwowane są po około 2 tygodniach od rozpoczęcia leczenia, które zwykle kontynuuje się przez około 4-6 miesięcy, po czym zaczyna się redukować dawki celem zakończenia terapii lub przejścia do terapii podtrzymującej. Skuteczność leków w terapii ostrej depresji ocenia się na około 50-70%.

Terapia elektrowstrząsowa ma obecnie dosyć ograniczone znaczenie, stosuje się ją jednak wciąż w leczeniu zaburzeń o cechach psychotycznych u pacjentów nie reagujących na leki przeciwdepresyjne oraz w sytuacjach zagrożenia życia [5]. Typowe leczenie polega na wykonaniu 6-9 zabiegów aplikowanych 2-3 razy tygodniowo.

Fototerapia (terapia światłem) stosowana jest w leczeniu sezonowego zaburzenia afektywnego, wywołanego, jak się przypuszcza, zaburzeniami rytmu dobowego i zmniejszoną ekspozycją na światło w trakcie zimy.

Zwykle leczenie polega na codziennych sesjach, podczas których pacjent siedzi w pobliżu jasnego źródła światła (przynajmniej 2500 luksów, zwykle 5-10 tys.).

Według badań Rosenthal skuteczność takiej terapii sięga nawet 70%. Ze względu na etiologię depresji leczonej tą metodą, zwykle nie ma ona zastosowania u pacjentów onkologicznych [5].

Interesującą formą terapii przeciwdepresyjnej są ćwiczenia fizyczne, ponieważ wywierają pozytywny wpływ na stan ogólny pacjentów onkologicznych [5]. Aktywność fizyczna poprawia nie tylko stan psychiczny, ale także skutkuje pozytywnymi biochemicznymi zmianami w organizmie [5].

Należy jednak zaznaczyć, że z uwagi na krótkotrwałą skuteczność, która szybko przemija po zaprzestaniu tej terapii, ma ona zastosowanie jedynie jako leczenie wspomagające [5].

Przewlekły ból i depresja

Przewlekły ból i depresja często współistnieją u pacjentów onkologicznych. Nasilenie objawów depresyjnych jest zazwyczaj proporcjonalne do stopnia odczuwania bólu [17].

Szacuje się, że u osób z nowotworem złośliwym, u których występują nasilone dolegliwości bólowe, depresja występuje dwukrotnie częściej niż u tych, u których osiągają one mniejszy stopień [17].

Istotny jest również fakt, że oba te schorzenia mają wspólne mechanizmy neurobiologiczne, co sprawia, że wzajemnie się nasilają [17].

Należy jednak podkreślić, że w przypadku tej grupy pacjentów ryzyko wystąpienia depresji jest podwyższone i może nie mieć związku z występowaniem dolegliwości bólowych [17].

Leczenie bólu i depresji

Liczne badania kliniczne wykazały, że spora część z obecnie stosowanych leków przeciwdepresyjnych łagodzi ból [3]. Do tej grupy leków należą:

- trójcykliczne leki przeciwdepresyjne,
- selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI),
- selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI) - duloksetyna, wenlafaksyna [17].

Pierwsza grupa leków powoduje dużą ilość działań niepożądanych, często wchodzi w interakcje z innymi grupami farmaceutyków oraz może stanowić zagrożenie dla pacjenta (kardiotoksyczność), stąd bezpieczniejszym wyborem są: duloksetyna i wenlafaksyna (szczególnie ta ostatnia) [3].

Depresja z punktu widzenia lekarza

Nie tylko pacjent, ale także lekarz jest osobą obciążoną psychicznie. Onkolog narażony jest na wyższe oczekiwania oraz częste skargi ze strony chorych i ich rodzin, co zmniejsza satysfakcję z wykonywanego zawodu. Sprzyja to wypaleniu zawodowemu [3].

Wpływ depresji na rodzinę

Informacja o rozpoznaniu raka jest obciążającym psychicznie przeżyciem nie tylko dla pacjenta, ale również dla jego rodziny. Poziomy niepokoju i stresu u chorego, i jego najbliższych są porównywalne, co wpływa na podobną predyspozycję do depresji. Zaburzenie funkcjonowania rodziny po zdiagnozowaniu raka u pacjenta jest niekorzystnym rokowniczo czynnikiem dla jego krewnych [18].

Wiele zgłoszeń do poradni psychiatrycznych pochodzi od osób, których bliscy zostali zdiagnozowani lub odeszli w niedawnym czasie z powodu choroby nowotworowej [3].

Co ważne, rodziny, które potrafiły zachowywać się otwarcie, wyrażać bezpośrednio uczucia i efektywnie rozwiązywać problemy, miały niższy poziom depresji. Prawidłowa komunikacja i wymiana informacji między krewnymi była powiązana z niższym poziomem niepokoju. W trakcie leczenia paliatywnego należy brać więc pod uwagę nie tylko stan psychiczny samego pacjenta, ale także jego najbliższych [18].

Podsumowanie

Depresja jest poważnym zaburzeniem, które wymaga wiele uwagi podczas diagnostyki i terapii. Często jest nierozpoznawana i tym samym nieleczona. Bywa też błędnie identyfikowana jako normalna odpowiedź na rozpoznanie choroby nowotworowej lub uważana za efekt uboczny stosowanego leczenia. Ankieta przeprowadzona wśród paliatywnych pacjentów wykazała, że 60% chorych z zaburzeniami depresyjnymi nie otrzymywała leków antydepresyjnych [2]. U takich pacjentów choroba ta powoduje zarówno cierpienie emocjonalne i wpisane w to zaburzenie psychiczne, jak i potęguje symptomy zaawansowanej choroby terminalnej, np. ból, osłabienie, zmęczenie. Wiąże się ona także ze słabszą odpowiedzią na leczenie, wyższym stopniem niepełnosprawności, gorszym rokowaniem i wyższą śmiertelnością. Ponadto zwiększa pragnienie śmierci i prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa. Podnosi również koszty świadczeń, ponieważ pacjenci cierpiący na choroby somatyczne i psychiczne mają więcej objawów i wymagają większego nadzoru ze strony personelu medycznego. Należy jednak pamiętać, że depresja jest chorobą, którą można skutecznie leczyć, a tym samym zwalczać jej negatywne skutki [4].

Piśmiennictwo

1. Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A.: Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna, Now. Lek., 2011, 80, 3–15.
2. Walker P.W., Rashid A.: Anxiety and Depression. [w:] Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine and Supportive Care. Edited by E. Bruera, Yennurajalingam. Oxford University Press, New York, 2016, 101-111.
3. Murawiec S.: Depresja u osób z chorobą nowotworową. Rozpoznawanie i leczenie – aspekty praktyczne, OncoReview, 2012, 2, 201-208.
4. Rayner L. et al.: Epidemiologia kliniczna depresji w opiece paliatywnej i wartość predykcyjna objawów somatycznych - przekrojowe badanie ankietowe z 4-tygodniowym okresem obserwacji, Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2012, 6, 2, 62–76.
5. Hammen Constance: Depresja, Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2006.
6. National Institute of Mental Health: Depression Basics. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/depressionbasics-508-01112017_150043.pdf, data pobrania 21.04.2017.

7. Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E., Cybulski M.: Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku tom II, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2016, 16-18.
8. World Health Organisation: Fact sheet on depression. <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs369/en/> , data pobrania 21.04.2017.
9. ATFC Publikacje “Depresja, choroba duszy i ciała” <http://centrumpsychoterapii.eu/depresja>, data pobrania: 22.04.2017.
10. Block S.D.: Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, *Annals of Internal Medicine*, 2000, 132, 209–218.
11. Interna Szczeklika, mały podręcznik, Rozdział 21.3 Zaburzenia depresyjne, wyd. Med. Prakt., Kraków 2016, 1286-1287.
12. Alicja Graczyk: Jakość życia chorych objętych opieką paliatywną domową i stacjonarną, a satysfakcja z opieki w ocenie chorego i bliskich, Rozprawa Doktorska, Uniwersytet Medyczny Im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Nauk Społecznych, Poznań 2012.
13. Kryszkowski W. et al.: Wpływ farmakoterapii przeciwdepresyjnej na przebieg choroby nowotworowej, *Psychiatr. Pol.*, 2012, 46, 1, 85-94.
14. Akechi T., Okuyama T., Sugawara Y., et al.: Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors, *J. Clin. Oncol.*, 2004, 22, 1957–1965.
15. Marks S., Heinrich T.: Assessing and treating depression in palliative care patients, *Curr. Psychiatr.*, 2013, 12, 35-40.
16. Stommel M., Given B.A., Given, C.W.: Depression and functional status as predictors of death among cancer patients, *Cancer*, 2002, 94, 2719–2727.
17. Szkutnik-Fiedler D., Grześkowiak E., Wyrowski Ł.: Ból przewlekły i depresja, *Farmacja Współczesna*, 2014, 7, 14-17.
18. Edwards B., Clarke V.: The psychological impact of a cancer diagnosis on families: the influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety, *Psychooncology*, 2004, 13, 562–576.

Problemy leczenia bólu nowotworowego u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek

Bardowska Klaudia¹, Boryczka Katarzyna¹, Kudła Tomasz¹, Królicki Tomasz¹, Ferenc Stanisław², Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Gnus Jan^{1,2}

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

Wstęp

Do najczęstszych przyczyn przewlekłej choroby nerek należy nefropatia cukrzycowa oraz nefropatia nadciśnieniowa, które łącznie stanowią prawie 60% przyczyn niewydolności tego narządu w grupie pacjentów po 65. roku życia [1]. Do pogorszenia ich funkcji może dojść również w wyniku stosowania leków przeciwbólowych. W niniejszej pracy skupimy się na działaniu niepożądanym analgetyków na nerki w przebiegu leczenia bólu nowotworowego u pacjentów z ich przewlekłą niewydolnością.

Przyczyny uszkodzenia nerek

Nerki są szczególnie podatne na uszkodzenia z kilku powodów. Największą rolę odgrywa duży przepływ krwi (1-1,2 l/min), a wraz z nią większości stosowanych leków. Kolejnym czynnikiem jest wysokie zagęszczenie moczu w rdzeniu nerki (tj. jej części wewnętrznej), znacznie zwiększające ekspozycję narządu na toksyny, a także intensywny metabolizm w komórkach cewek (kanalików nerkowych, w których zachodzi wchłanianie z moczu pierwotnie cennych substancji np. glukozy), czyniący te komórki szczególnie podatnymi na uszkodzenie. Niektóre leki metabolizowane są w cewkach nerkowych z uwolnieniem toksycznych metabolitów i reaktywnych form tlenu. Warto zwrócić także uwagę, że wiele stosowanych w onkologii leków wydalana jest z ustroju przez nerki. W tym czasie często dochodzi do uszkodzenia struktur nerek: kłębuszków, cewek, śródmiąższu i naczyń [2].

Szkodliwość dla nerek (nefrotoksyczność) wielu leków jest zależna od takich czynników, jak: starszy wiek, istniejąca już niewydolność nerek (ostra lub przewlekła), zaburzenia elektrolitowe, hipoalbuminemia (niedobór białek krwi), uszkodzenia wątroby, obturacja (zweżenie lub zamknięcie) dróg żółciowych, zmienność osobnicza, hipowolemia (za mała objętość krwi w naczyniach) [2].

Częstość występowania niewydolności nerek zwiększająca się znacznie z wiekiem związana jest ze zmniejszeniem całkowitej masy narządu o 25-40% w wieku 80-90 lat, zmniejszeniem liczby kłębuszków (struktury zewnętrznej części nerek, w których zachodzi filtracja i powstaje mocz pierwotny) oraz zwiększeniem ich objętości i stwardnienia [1].

Utrata nefronów (podstawowe struktury funkcjonalno-strukturalne nerki składające się z kłębuszka nerkowego i cewki nerkowej) jest przyczyną malejącej zdolności kłębuszków do filtracji krwi, która ulega zmniejszeniu średnio o 0,75-0,9 ml/min na rok już powyżej 30. roku życia (GFR *glomerular filtration rate*- wskaźnik opisujący zdolność nerek do filtracji krwi) w wieku 20-29 lat wynosi 115, a po 70. roku życia 75) [1]. Hipowolemia jest istotna w rozwoju uszkodzenia nerek ze względu na zmniejszony przepływ krwi przez nerki, czego konsekwencją jest ich niedotlenienie i większa akumulacja toksycznego leku w rdzeniu, w którym mocz ulega zagęszczeniu [2]. Leki najczęściej uszkadzające nerki w grupie pacjentów leczonych paliatywnie, to: niesteroidowe leki przeciwzapalne, chemioterapeutyki, kontrasty radiologiczne, antybiotyki, leki wpływające na układ RAA (RAA- układ składający się z 3 substancji - reniny, angiotensyny i aldosteronu - regulujący objętość krążącej krwi oraz stężenie jonów sodowych i potasowych w naszym organizmie) oraz bifosfoniany (grupa leków hamująca resorpcję kości stosowana m.in. w leczeniu osteoporozy) [2]. Uszkodzenie nerek może być spowodowane samą specyfiką nowotworu (rozprzestrzenianie się, zdolność do wydzielania różnych związków chemicznych, rozpad), zaburzeniami elektrolitowymi (powodującymi wymioty lub biegunkę) lub zakażeniami. Uszkodzenie to może manifestować się w różny sposób. Najczęściej dochodzi do białkomoczu, tubulopatii (upośledzenie funkcji cewek nerkowych) z zaburzeniami elektrolitowymi, a także ostrej lub przewlekłej niewydolności nerek [2].

Przewlekła choroba nerek jest poważnym ograniczeniem farmakoterapii osób leczonych paliatywnie. Pacjenci z upośledzoną funkcją nerek cierpią z powodu wielu dolegliwości i zespołów bólowych, które wiążą się z chorobami kości (osteodystrofia nerkowa - wszelkie zmiany kostne u pacjentów z PChN (przewlekła choroba nerek); osteomalacja - inaczej

rozmiękanie kości wynikające z ich niedostatecznej mineralizacji), neuropatią mocznicową (zapalenie nerwów obwodowych wynikające z nagromadzenia mocznika w organizmie lub bezpośrednio ze schorzenia nerek), wielotorbielowatością nerek (choroba objawiająca się obecnością licznych torbieli w rdzeniu i korze nerek). Podstawą terapii przeciwbólowej jest leczenie farmakologiczne. Wybór leku powinien zależeć od rodzaju i natężenia bólu, czasu trwania leczenia, potencjalnych działań niepożądanych a także interakcji z innymi stosowanymi preparatami [3].

Rodzaje bólu

Właściwe odróżnienie bólów receptorowych od neuropatycznych ma istotne implikacje lecznicze [4].

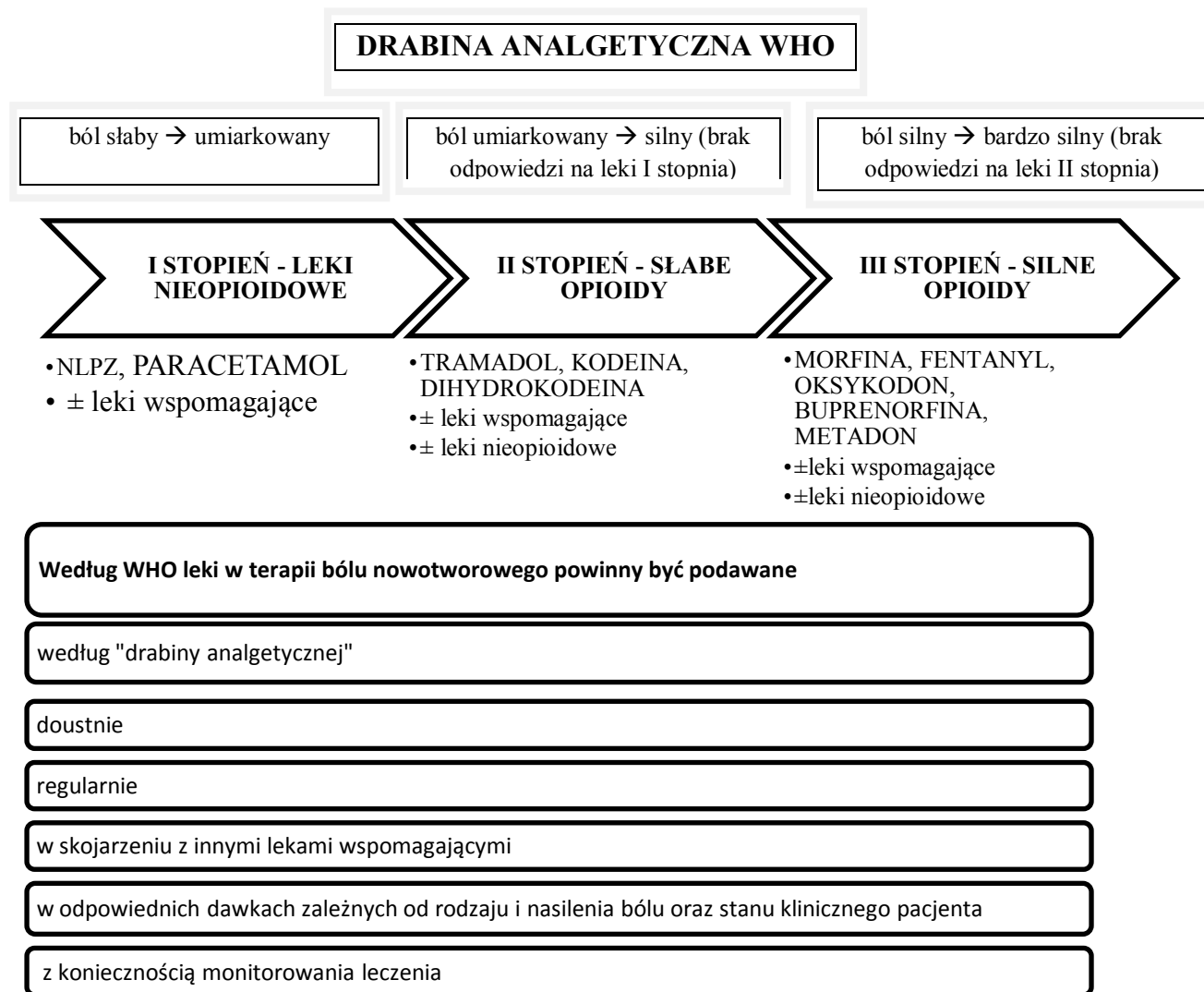
Bóle receptorowe spowodowane są chemicznym lub mechanicznym drażnieniem receptorów nerwów czuciowych przez mediatory zapalenia (związki nasilające stan zapalny tkanek) gromadzące się wokół guza nowotworowego [4]. Neuropatyczne świadczą o uszkodzeniu funkcjonowania układu nerwowego np. w wyniku ucisku przez guz nowotworowy. Obie grupy bólów różnią się objawami klinicznymi i reakcją na leczenie opioidami [4]. Wśród bólów receptorowych wyróżnia się ból somatyczny, ból kostny i ból trzewny [4].

Zazwyczaj dobrze odpowiadają na leczenie środkami przeciwbólowymi (analgetykami) nieopiodowymi i opioidami (drabina analgetyczna) [4]. W przypadku bólów kostnych stosuje się dodatkowo radioterapię, bifosfoniany, denosumab oraz stabilizację (unieruchomienie chirurgiczne) [4]. Z kolei w przypadku bólu trzewnego dołącza się leki spazmolityczne (rozkurczające mięśnie gładkie), chemioterapię paliatywną oraz neuroлизę splotu trzewnego i podbrzusznego górnego (nieodwracalne uszkodzenie nerwów dające długotrwały efekt przeciwbólowy) [4].

Bóle niereceptorowe

- Ból początkowo zlokalizowany w obszarze zaburzonego czucia skórniego; typowym objawem jest allodynia (ból pod wpływem bodźca, który normalnie nie wywołuje bólu np. dotyk, dmuchnięcie);

- Ból neuropatyczny zależny od układu współczulnego, który może wykazywać „oporność” na leczenie analgetykami i w leczeniu konieczne jest stosowanie leków i/lub metod uzupełniających (adjuwantowych), takich jak m.in. deksametazon, leki przeciwdepresyjne, przeciwdrgawkowe oraz lidokaina [4].



Strategia leczenia

Światowym standardem leczenia bólów nowotworowych jest schemat WHO (*World Health Organization*) ogłoszony po raz pierwszy w 1986 roku i uzupełniony w kolejnych latach przez zalecenia międzynarodowych towarzystw leczenia bólu i opieki paliatywnej [5]. Zasady leczenia przeciwbólowego zakładają regularne podawanie leków w równych odstępach

czasowych zgodnie z właściwościami farmakologicznymi w celu zapewnienia stałego stężenia terapeutycznego w zwalczaniu bólów stałych. Stosowanie leków przeciwbólowych według drabiny analgetycznej oznacza dobór leku skutecznego, niekoniecznie musi to być w każdym przypadku kolejno lek nieopiodowy, a następnie słaby i silny opiod („drabina analgetyczna”) [5]. Zdarzają się przypadki, gdy pomijamy II stopień drabiny analgetycznej i podajemy pacjentowi od razu silny opiod, np. morfinę. Dzieje się to w przypadku bólów nasilających się w krótkim czasie (np. w złamaniach kompresyjnych kręgow, w kolkach w przebiegu niedrożności jelit) lub cechujących zmniejszoną wrażliwością na leczenie [5]. Niekiedy zastępuje się leki II stopnia małymi dawkami silnych opiodów, gdyż te ostatnie cechują się lepszą farmakokinetyką - np. u chorych dializowanych (tutaj często stosowana jest buprenorfina, która praktycznie nie podlega dializie) [5]. Ważne jest także dobranie najbardziej dogodnej drogi podania leków. Preferowana jest droga doustna ze względu na skuteczność i wygodę chorego [5]. Przypadki, w których droga ta ulega modyfikacji to m.in. chorzy z zaburzoną czynnością nerek, u których niewskazana jest morfina doustna (kumulacja metabolitów). Takich pacjentów leczy się buprenorfiną, metadonem lub fentanylem podawanymi przezskórnie [5]. Niezwykle istotny w stosowaniu leków przeciwbólowych jest właściwy dobór dawek (dotyczy to wszystkich leków z drabiny, oprócz silnych opiodów) [5]. W przypadku braku skuteczności silnego opiodu jego dawkę należy zwiększyć o około 30-50%. Niezależnie od wysokości dawki opiodu, który chory przyjmuje regularnie, doraźne podawanie rozpoczyna się zawsze od niskich dawek. Zbyt szybkie podanie np. morfiny grozi wystąpieniem depresji oddechowej [5].

Rodzaje leków przeciwbólowych

Na trzystopniową drabinę analgetyczną składają się: analgetyki nieopiodowe (paracetamol i niesteroidowe leki przeciwzapalne), słabe opiody, czyli opiody wykazujące efekt pułapowy (kodeina, tramadol, dihydrokodeina) i silne opiody (morfina, oksykodon, fentanyl, buprenorfina, metadon).

W leczeniu bólów nowotworowych stosowane są także inne leki, które wzmagają efekt przeciwbólowy analgetyków, wykazują działanie przeciwbólowe w niektórych rodzajach bólu lub redukują objawy nasilające odczuwanie bólu. Wymienione leki określa się jako uzupełniające (adjuwantowe): koanalgetyki, tzn. leki poprawiające skuteczność analgetyków w poszczególnych

rodzajach bólu, m.in. leki przeciwdrgawkowe i leki przeciwdepresyjne w bólach neuropatycznych oraz środki zapobiegające działaniom niepożądanym analgetyków (np. leki przeciwwymiotne) [5].

Leki nieopiodowe

Do leków nieopiodowych zajmujących pierwszy szczebel drabiny analgetycznej zaliczamy niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) i paracetamol, które stosowane są w leczeniu bólu o słabym natężeniu. To leki pierwszego wyboru w bólu kostnym, mięśniowo-powięziowym oraz zapalnym [6,7]. Mechanizm działania NLPZ polega na hamowaniu enzymu cyklooksygenazy (COX), uniemożliwiając w ten sposób przekształcenie kwasu arachidonowego w prostaglandyny, prostacykliny i tromboksany. Cyklooksygenaza występuje w 2 izoformach: COX-1 i COX-2. COX-1 możemy znaleźć w żołądku, śródbłonku, płytkach krwi oraz w nerkach: w kłębuszkach i tętniczkach doprowadzających. Jest ona obecna w organizmie fizjologicznie. COX-2 fizjologicznie występuje w śródbłonku, rdzeniu kręgowym macicy, oskrzelach, nerkach: w podocytach, wstępującym ramieniu pętli Henlego, płamce gęstej i tętniczkach doprowadzających. Głównie jednak jej produkcja indukowana jest obecnością endotoksyn lub cytokin prozapalnych. Pod jej wpływem powstają prostaglandyny odpowiedzialne za wzrost przepuszczalności naczyń, powstawanie obrzęków i bólu. Stąd NLPZ blokując je działają przeciwbólowo i przeciwzapalnie [8,9]. Ibuprofen, ketoprofen, naproksen czy indometacyna oddziałują na obie izoformy COX-1 i COX-2. Działania niepożądane spowodowane są przede wszystkim zahamowaniem COX-1. Aby ich uniknąć wprowadza się tzw. preferencyjne inhibitory COX-2, np. meloksykam i nimezulid oraz coraz nowsze wybiórcze inhibitory, np. celekoksyb, parekoksyb czy etorykoksyb [8]. NLPZ dzielimy na te o słabym działaniu i krótkim okresie półtrwania (ibuprofen, kwas acetylosalicylowy) ze wskazaniem do stosowania w ostrym bólu o umiarkowanym nasileniu; o umiarkowanym działaniu i pośrednim okresie półtrwania (naproksen) pomocne w leczeniu bólu o umiarkowanym lub silnym natężeniu, silnie działające mające krótki okres półtrwania (diklofenak, ketoprofen, indometacyna). W ostatniej grupie wzrasta częstość występowania działań niepożądanych, głównie ze strony nerek i górnego odcinka przewodu pokarmowego. Silne NLPZ o długim okresie półtrwania wykorzystuje się w łagodzeniu przewlekłego bólu zapalnego i bólu nowotworowego (z przerzutami do kości), np. meloksykam, piroksykam. Są one jednak przeciwwskazane u osób starszych ze względu na

działania niepożądane [8]. Warto zaznaczyć, że nie stosuje się dwóch NLPZ jednocześnie. Łączyć je można z paracetamolem, metamizolem lub z opioidem, gdy działanie przeciwbólowe jest zbyt słabe [8]. Prostaglandyny mają duży ochronny wpływ na nerki. Poprawiają przepływ nerkowy i filtrację kłębuszkową. Stąd NLPZ powinny być ostrożnie stosowane u pacjentów z ich przewlekłą niewydolnością. Hamując syntezę prostaglandyn ryzykujemy w pierwszej kolejności retencję sodu i powstawanie obrzęków. Jednak, gdy już wcześniej stwierdzono ostre niedokrwienie nerek, dnę moczanową, cukrzycę, arteriopatię, pacjenci są w podeszłym wieku lub przyjmują inne leki działające niekorzystnie na nerki (ACEI [*angiotensin-converting-enzyme-inhibitor*], sartany, diuretyki pętlowe, aminoglikozydy, cyklosporyna), nefrotoksyczność NLPZ rośnie [8,9]. Najbardziej niebezpieczne są leki silnie hamujące COX-1, ketoprofen, idometacyna, acemetacyna, kwas acetylosalicylowy i piroksykam [8]. Ryzyko nefropatii wzrasta przy przewlekłym stosowaniu leków pierwszego szczebla drabiny analgetycznej. Stąd wysokie jest ono zwłaszcza u pacjentów starszych przyjmujących je długoterminowo. Ich działanie niepożądane nasilone jest często w tej grupie chorych przez obniżony poziom albuminy, całkowitą zawartość wody w organizmie oraz metabolizm wątrobowy. Niebezpieczeństwo związane jest także u pacjentów z nieujawnioną chorobą nerek [9].

Lekiem pierwszego wyboru u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek jest **paracetamol** (acetamifenon). Podany doustnie jest szybko wchłaniany z przewodu pokarmowego. Metabolizm odbywa się w wątrobie (metabolity kumulują się), a wydalanie zachodzi przez nerki. Przekroczenie dawki maksymalnej (4g/dobę) leku może wywołać objawy toksyczne. W 2% przypadków jest nim ostra martwica kanalików nerkowych. Lek usuwany jest podczas hemodializy, natomiast dializa otrzewnowa nie wpływa na jego stężenie. Wskazaniem do stosowania są bóle trzewne i somatyczne, u dzieci i osób starszych. Nefrotoksyczność paracetamolu pojawia się podczas nadmiernego przyjmowania analgetyków zawierających mieszaninę przynajmniej dwóch leków przeciwgorączkowych połączonych z kofeiną i/lub kodeiną. Może to doprowadzić do nefropatii analgetycznej [9,10].

Metamizol posiada mechanizm zbliżony do paracetamolu. Wykazuje także działanie spazmolityczne, stąd możliwe jest jego zastosowanie w bólach kolkowych [10].

Ketoprofen ulega przemianie w wątrobie. Metabolity usuwane są z moczem, w postaci niezmięnionej wydalany jest w bardzo małym stopniu (<1%). Lepiej wchłania się po podaniu

doustnym niż przezskórnym. U pacjentów z niewydolnością nerek istnieje ryzyko jego kumulacji [10].

Ibuprofen jest lekiem o nieznacznych działaniach niepożądanych, ponieważ jego metabolity są nieaktywne, a wydalanie odbywa się przez nerki. Może jednak przyczyniać się do martwicy brodawek nerkowych [9]. Nefropatia analgetyczna jest przewlekłą cewkowo - śródmiąższową chorobą nerek prowadzącą do atrofi (zaniku) nerek, często z martwicą brodawek nerkowych. Może przebiegać bezobjawowo przez lata. Najwcześniejsze symptomy to zaburzenie funkcji cewek nerkowych, niezdolność do zagęszczania i zakwaszania moczu. W 50% przypadków rozwija się nadciśnienie tętnicze. Może pojawić się nykturia (nadmierne oddawanie moczu w nocy), jałowa leukocyturia (obecność leukocytów w moczu), niedokrwistość hemolityczna (nadmierny rozpad krwinek czerwonych). W obrazie TK (tomografii komputerowej) nerki są małe o nierównych obrysach, z dostrzegalnym zwapnieniem w brodawkach nerkowych i/lub martwica brodawek. Wskaźnikiem świeżej martwicy może być krwiomocz. Występuje zwiększona częstość nowotworów układu moczowego [6,9]. Nefropatia dotyczy również ostrej niewydolności nerek/ostrej martwicy cewkowej, która może wystąpić już po jednej dawce NLPZ. Na temat kłębuszkowego zapalenia nerek/zapalenia naczyń istnieją kazuistyczne doniesienia. Martwica brodawek nerkowych wywoływana jest najprawdopodobniej przez ibuprofen, indometacynę, febylobutazon i fenoprofen [10]. Pozanerkowymi działaniami niepożądanymi NLPZ są uszkodzenia przewodu pokarmowego (zapalenie błony śluzowej, wrzody), powikłania sercowo – naczyniowe (niewydolność serca, miażdżyca, nadciśnienie, wzrost ryzyka zawału i śmiertelności z powodów sercowo - naczyniowych) i hematologiczne (niedokrwistość) oraz skórne reakcje alergiczne [10]. W leczeniu nefropatii analgetycznej podstawowym działaniem jest odstawienie NLPZ. Nie wiadomo jednak w jaki sposób i czy w ogóle będzie postępowało uszkodzenie nerek. Bóle głowy mogą ustąpić, dochodzi do zmniejszenia objawów ze strony przewodu pokarmowego. Aby zapobiec rozwojowi nowotworów układu moczowego zaleca się badanie moczu z osadem 2 razy w roku u pacjentów leczonych przewlekłe NLPZ. Możliwym sposobem leczenia są dializy i transplantacja nerki [10].

Leki opioidowe

Głównym miejscem biotransformacji opioidów jest wątroba. Wiele z nich ulega przekształceniu do aktywnych metabolitów, których eliminacja jest zależna od współczynnika

filtracji kłębuszkowej (GFR). W związku z tym ich wydalanie może ulegać upośledzeniu u pacjentów z niewydolnością nerek. Stosowanie opioidów, jako leków obarczonych poważnymi działaniami niepożądanymi, w tej grupie pacjentów stanowi duże wyzwanie. Do objawów wczesnych występujących już w pierwszych dniach leczenia opioidami zalicza się nudności i wymioty oraz senność; do objawów stałych - zaparcia i suchość w jamie ustnej. U niektórych chorych, szczególnie mężczyzn, opioidy mogą wywoływać zaburzenia oddawania moczu [5,10].

Kolejnym następstwem długotrwałej terapii wysokimi dawkami silnych opioidów jest obniżenie progu bólowego u chorych oraz rozwój tolerancji na te leki. Rzadkim powikłaniem jest hiperalgezia poopiodowa polegająca na trudności w uśmierzeniu bólu [5].

Słabe opioidy (II stopień drabiny analgetycznej), podobnie jak NLPZ, powodują tzw. efekt pułapowy (*ceiling effect*)- zwiększanie dawek jest skuteczne tylko w pewnym przedziale dawkowania, powyżej którego działanie przeciwbólowe leku pozostaje niezmiennione, podczas gdy nasilają się objawy uboczne [3].

Kodeina jest pochodną morfiny 10-krotnie od niej słabszą. Najbardziej wskazana u tych chorych, u których poza bólem występują kaszel lub biegunki. Stosowana w leczeniu bólu ostrego o umiarkowanym nasileniu u pacjentów powyżej 12. roku życia. Jak większość opioidów, także kodeina powoduje działanie niepożądane w postaci zaparć, z czym związana jest konieczność jednoczesnego przyjmowania leków przeczyszczających. U pacjentów z PChN widoczny jest niekorzystny wpływ na CUN (centralny układ nerwowy). Jej eliminacja jest znacząco wydłużona u pacjentów dializowanych - ryzyko akumulacji kodeiny w organizmie, skutkującej nasileniem działań niepożądanych, tj. sedacji, hipotensji czy depresji oddechowej. W takim przypadku należy zmniejszyć dawki i wydłużyć odstępy między poszczególnymi dawkami [3,11].

Tramadol jest syntetycznym analgetykiem hamującym wychwyt noradrenaliny i serotoniny (przeciwwskazany u osób zażywających trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne ze względu na ryzyko zespołu serotoninowego). Podobnie jak kodeina, w znacznym stopniu usuwany jest podczas hemodializy oraz może działać toksycznie u pacjentów szybko metabolizujących leki (tzw. *ultra-fast metabolizers*). Należy zatem zwrócić uwagę na dawkowanie tramadolu u chorych z niewydolnością nerek (opisano przypadek depresji oddechowej u chorego z niewydolnością nerek przy zwiększeniu przyjmowanej dawki). U tych

pacjentów zaleca się stosowanie kapsulek o niemodyfikowanym uwalnianiu oraz zwiększenie odstępów pomiędzy dawkami. Działania niepożądane występują rzadziej niż po innych opioidach. Ze względu na dostępność zarówno preparatów doustnych, jak i do stosowania podskórnego oraz dobrej tolerancji tramadol jest najszerszej stosowanym lekiem II stopnia drabiny analgetycznej w Polsce [3,5].

Dihydrokodeina ma budowę zbliżoną do kodeiny jednak różni się od niej tym, że sama jest cząsteczką aktywną i posiada właściwości przeciwbólowe. Wywołuje także mniejsze działania zapierające [5].

Silne opioidy (III stopień drabiny analgetycznej), nie wykazują efektu wysycenia, dlatego stanowią ostatni szczebel drabiny analgetycznej. U niektórych chorych, zwłaszcza wyniszczonych i w podeszłym wieku, z niewydolnością wątroby i nerek leki należy dawkować bardzo ostrożnie i zastosować się do zasady „*start low - go slow*”, co oznacza, że leczenie zaczyna się od małej dawki, którą zwykle powoli się zwiększa. Odpowiednie dawki wyznacza się przez wstępne miareczkowanie morfiny o natychmiastowym uwalnianiu, tj. w postaci doustnej jako roztwór wodny lub tabletki. Okres miareczkowania to inaczej okres dostosowywania odpowiednich dawek morfiny do bólu odczuwanego przez pacjenta [3,4].

Morfina została wyizolowana z opium w 1806 roku. Jest zalecana przez WHO jako lek pierwszego rzutu w terapii silnych bólów nowotworowych. Metabolizowana głównie w wątrobie, ale także ścianie jelita cienkiego, nerkach i CUN do związków wykazujących silniejsze działanie analgetyczne. Jej początkowo dobra tolerancja może zostać zniesiona przy współistniejącej niewydolności wątroby lub nerek. Działania niepożądane w postaci senności, a nawet utraty przytomności są szczególnie niebezpieczne w niewydolności nerek (ryzyko odwodnienia). Niewydolne nerki nie są w stanie usuwać nagromadzonych metabolitów, których akumulacja jest główną przyczyną działań niepożądanych. Morfina zwiększa siłę mięśnia wypieracza i zwieracza pęcherza, wywołując odpowiednio uczucie parcia utrudnienie oddawania moczu. Hamuje uwalnianie wazopresyny i przez to zmniejsza wydalanie moczu. Podawana jest w postaci doustnej o natychmiastowym uwalnianiu (wykorzystywana do leczenia bólów przebijających i miareczkowania dawek opioidów), roztworu do iniekcji dożylnych lub podskórnych oraz w postaci doustnej o kontrolowanym przedłużonym działaniu [3].

Oksykodon to pochodna kodeiny o sile działania przeciwbólowego porównywalnej z morfiną (1,5 - 2 razy mocniejsza). Badania nad farmakokinetyką leku sugerują, że jego okres półtrwania jest znacząco wydłużony u pacjentów w schyłkowym okresie nerek. W PChN powinien być stosowany ostrożnie i w zmniejszonej dawce, ponieważ zarówno niezmieniony oksykodon, jak i jego metabolity są wydalane głównie przez nerki. W niewydolności nerek stężenie oksykodonu rośnie, a okres półtrwania ulega wydłużeniu [3,4,5].

Fentanyl jest syntetycznym i krótkodziałającym opioidem, 100 razy silniejszym od morfiny. Metabolizowany jest głównie w wątrobie i w mniejszym stopniu w nerkach. Jego metabolity są nieaktywne. W leczeniu bólu nowotworowego może być podawany w postaci stałego wlewu podskórnego, dożylnego lub zewnątrzoponowo, jednak najczęściej jest stosowany w postaci przezskórnej (tj. plastra o kontrolowanym uwalnianiu leku, który zmienia się co 72 godziny). W przypadku bólów przebijających także w postaci przezsłuzówkowej jako lek ratunkowy, stosowany wyłącznie doraźnie na wypadek pojawienia się bólu pomiędzy kolejnymi zaplanowanymi dawkami leku. Nie potwierdzono istotnych różnic dla klirensu (parametr szacujący GFR) fentanylu między pacjentami w niewydolności i zdrowymi (metabolizowany do nieaktywnego metabolitu). Jednak istnieją doniesienia o wydłużonym okresie półtrwania u chorych z czynnością nerek w stanie krytycznym. U pacjentów z PChN nierzadko obserwuje się nadmierną senność i depresję ośrodka oddechowego [3,4,5].

Buprenorfina jest syntetycznym opioidem, o działaniu 75 - 100 razy silniejszym od morfiny. Metabolizowana jest w wątrobie i wydalana głównie przez przewód pokarmowy jako niezmieniony lek lub przez nerki w postaci metabolitów. Powoduje zaburzenia czynności nerek i wątroby umiarkowanego stopnia nie powodując konieczności zmiany dawki ze względu na możliwość wydalania leku z kałem. Lek ten jest często stosowany u chorych z niewydolnością nerek. Dostępna jest w postaci tabletek podjęzykowych i plastrów przezskórnych. Z uwagi na dobrą tolerancję dopuszcza się stosowanie tego leku bezpośrednio po słabych opioidach, bez okresu miareczkowania [3,4,5].

Metadon jest syntetycznym opioidem o dużej biodostępności po podaniu doustnym oraz długim (do 24h) czasie działania. Lek alternatywny przy nieskuteczności innych opioidów lub rozwinięciu na nie tolerancji. Wydalany w postaci nieaktywnych metabolitów przez nerki i układ pokarmowy. Przy bezmoczności lek wydalany całkowicie przez przewód pokarmowy. Dlatego można go względnie bezpiecznie stosować u pacjentów z PChN i podlegających hemodializie.

Najczęstszym działaniem niepożądanym jest senność, rzadziej świąd skóry i nudności [1,3]. Lekami stosowanymi w przypadku przedawkowania opioidów jest nalokson lub naltrekson, które są metabolizowane przez wątrobę, ale brak jest danych dotyczących dawkowania tych leków u chorych z PChN [1].

Koanalgetyki i inne metody wspomagające leczenie

Poza terapią analgetykami stosuje się również koanalgetyki, które wspomagają leczenie niektórych dolegliwości bólowych lub wykazują własną aktywność przeciwbólową. Wśród nich wyróżniamy leki przeciwpadaczkowe, przeciwdepresyjne, miorelaksanty, antagoniści receptora NMDA (N-metylo-D-asparaginowego), leki antyarytmiczne, bifosfoniany, alfa-2 agonistów, glikokortykosteroidy, lidokainę, kapsaicynę, a także kalcytoninę, blokery kanału wapniowego oraz lewomepromazynę [5,6]. Gdy leczenie samymi opioidami jest mało skuteczne lub pojawia się na nie tolerancja, najczęściej włącza się gabapentynę, pregabalinę i amitryptylinę. Poza tym wykorzystywana jest także ketamina i klonazepam. Należy dostosować dawki gabapentyny i pregabaliny u chorych z niewydolnością nerek [5,6]. Gabapentyna stosowana jest zwłaszcza w leczeniu bólu neuropatycznego. Wydalana jest w postaci niezmienionej z moczem. Hemodializa pozwala na jej usunięcie w 35%. Do działań niepożądanych, związanych z jej stosowaniem, należą senność, nudności i ataksja (zaburzenia koordynacji ruchowej). Ketaminę podaje się, gdy leczenie bólu przy pomocy innych środków okazało się nieskuteczne [12]. Przy braku skuteczności leczenia opioidami, oprócz alternatywnej terapii farmakologicznej, stosuje się także inne metody. Radioterapia paliatywna stosowana jest w przypadku bólów kostnych i przerzutach nowotworów do kręgosłupa. Leczenie izotopowe (upośledzenie przewodnictwa bólowego w obszarze izotopowym pod wpływem promieniowania beta emitowanego przez wykorzystywany izotop) w przerzutach osteoplastycznych i mieszanych u pacjentów z rakiem prostaty i piersi [4].

Leczenie nerkozastępcze

Możliwością dla chorych z przewlekłą niewydolnością nerek jest leczenie nerkozastępcze. Obejmuje ono hemodializę, dializę otrzewnową, a także przeszczep nerki. Hemodializa wymaga

wytworzenia wcześniej dostępu naczyniowego, dializa otrzewnowa wszczęcia cewnika do jamy otrzewnej. Metabolity NLPZ wydane są przez nerki, w przypadku leczenia nerkozastępczego ich usuwanie następuje przez hemodializę, ale nie przez dializę otrzewnową. Wyjątek stanowią ibuprofen, indometacyna i naproksen, z kolei diklofenak, ketonal i piroksikam najprawdopodobniej są trudne do usunięcia przez hemodializę [6, 9]. Morfina i wiele opioidów, poprzez łączenie się z kwasem glukuronowym, również eliminowana jest drogą nerkową. W niewydolności nerek efekt jej działania i metabolitów może być wydłużony. Stąd należy zmniejszyć jej dawkę. Morfina jest usuwana przez hemodializę, jednak nie przez dializę otrzewnową. Zapewnienie stężenia terapeutycznego podczas hemodializy może być problematyczne, istnieje bowiem ryzyko kumulacji jej metabolitów, co może doprowadzić do depresji ośrodka oddechowego, sedacji, nudności i wymiotów. Stąd morfina nie jest zalecana u pacjentów dializowanych. Jeśli jednak jest podawana należy dołożyć wszelkiej ostrożności i monitorować stan pacjenta [1,3]. Jedynie 7% tramadolu jest usuwane podczas dializy, stąd nie stosuje się go u pacjentów dializowanych [3]. Fentanyl jest bezpieczniejszy od morfiny w przewlekłej chorobie nerek. Nie zostało jednak stwierdzone, czy usuwany jest przez hemodializę, czy dializę otrzewnową. Jego metabolity są nieaktywne i nietoksyczne. W połączeniu z dializoterapią najbezpieczniej stosować go przez krótki czas [1,3]. Nie ma przeciwwskazań do stosowania buprenorfiny w hemodializie. Metadon może być bezpiecznie stosowany. Nie jest on poddawany dializie, ponieważ silnie łączy się z białkami osocza. Jednak jego metabolity są nieaktywne i nie ulegają kumulacji [1,3]. Ze względu na brak danych dotyczących stosowania oksykodonu podczas dializoterapii nie jest on lekiem zalecanym. Powinno się także zrezygnować z kodeiny, gdyż jej metabolity mogą gromadzić się w organizmie [1,3,10].

Wnioski

Dobór leku skutecznego w terapii bólu nowotworowego u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek powinien być dostosowany do stanu klinicznego pacjenta oraz uwzględniać jego choroby towarzyszące. Wtedy leczenie farmakologiczne w oparciu o drabinę analgetyczną przyniesie lepsze rezultaty. Określenie odstępu między poszczególnymi dawkami, ich wielkości, a także współpraca lekarza z pacjentem umożliwiającą jego monitorowanie pozwoli uniknąć

nadużywania środków przeciwbólowych. To z kolei zapobiegnie pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta z powodu narastających działań niepożądanych.

Piśmiennictwo

1. Szkutnik-Fiedler D., Kaznowska P., Szałek E., Grzeškowiak E.: Stosowanie leków opioidowych u pacjentów z niewydolnością nerek i wątroby, *Farmacja Współczesna*, 2010, 3, 117-123.
2. Matuszkiewicz-Rowińska J., Mieczkowski M.: Nefrotoksyczność leków stosowanych w chemioterapii nowotworów, *OncoReview*, 2012, 2, 1, 29-38.
3. Graczyk M., Zylicz Z.: Co powinniśmy wiedzieć o stosowaniu leków opioidowych u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek? *Med. Paliat. Prakt.*, 2007, 1, 54-60.
4. Jarosz J.: Postępowanie w bólach nowotworowych. Zalecenia postępowania diagnostyczno- terapeutycznego w nowotworach złośliwych, 2013.
5. Kotlińska-Lemieszek A., Deskur-Śmielecka E., Kluziak M., Piotrowska W., Łuczak J.: Leczenie bólów nowotworowych – w oparciu o aktualną wiedzę, *Now. Lek.*, 2011, 80, 22-31.
6. Gajewski P.: *Interna Szczeklika*, Med. Prakt., Kraków, 2015.
7. Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T.: Podstawowe zasady farmakoterapii bólu u chorych na nowotwory i inne przewlekłe, postępujące, zagrażające życiu choroby, *Med. Paliat.*, 2014, 6, 1, 1-6.
8. Woron J., Wordliczek J., Dobrogowski J.: Porównanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), *Med. Dypl.*, 2011, 6, 55-63.
9. Graczyk M., Krajnik M.: Stosowanie analgetyków nieopiodowych a przewlekła choroba nerek, *Med. Paliat. Prakt.*, 2013, 7, 95-104.
10. Porażka J., Karbownik A., Szałek E., Derwis M., Grzeškowiak M.: Zmiany w farmakokinetyce analgetyków u pacjentów z niewydolnością nerek, *Farmacja Współczesna*, 2015, 8, 1-9.
11. Lichodziejewska-Niemierko M.: Opieka paliatywna nad chorym z przewlekłą chorobą nerek, *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2007, 1, 61-65.
12. Kurella M., Bennett W.M., Chertow G. M.: Analgesia in patients with ERDS: a review of available evidence, *Am. J. Kidney Dis.*, 2003, 42, 217-228.

Problemy biopsychospołeczne u pacjenta ze szpiczakiem

Kowalewska Beata¹, Łapińska Katarzyna², Krajewska Kułak Elżbieta¹

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Lic. Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Nowotwór jest to rozrost komórek organizmu w sposób niekontrolowany. Przyczyną są zmiany w kodzie genetycznym komórki [1].

Nowotwory możemy podzielić na dwie główne grupy: łagodne i złośliwe. Nowotwór złośliwy inaczej nazywamy też jest „rakiem”. Do tejże grupy zaliczamy te zmiany patologiczne, które namnażają swoje komórki w bardzo szybkim tempie i nieleczone prowadzą do śmierci pacjenta w krótkim czasie. Charakteryzują się zdolnością do tworzenia przerzutów, czyli odwrotnie jak w nowotworach łagodnych [1].

Klasyfikacja TNM jest to ocena zaawansowania klinicznego nowotworów. Odgrywa ona najważniejszą rolę podczas rokowania i leczenia. Każda z liter ma przypisane konkretne oznaczenie [1]:

- T- (tumor), tą literą oznaczamy wielkość guza i stosunek do otaczających narządów oraz stopień zaawansowania miejscowego
- N- (nodes), „to symbol regionalnych węzłów chłonnych, czyli oceny stopnia zaawansowania regionalnego”
- M - (metastases), tą literą oznaczamy przerzuty do odległych węzłów chłonnych lub narządów.

System pTNM jest to stopień zaawansowania nowotworu, który ocenia patomorfolog po badaniu patomorfologicznym. Nie zawsze TNM jest taki sam, jak pTNM. Bywa tak, że przed operacją ocena kliniczna jest inna, a po operacji patomorfolog badając preparat może dokładniej stwierdzić, jakie wymiary ma guz i czy w węzłach chłonnych nie ma zmian patologicznych. Klasyfikacja pTNM jest pomocna w ustaleniu leczenia po operacji i czy potrzebna będzie chemioterapia. Obie

klasyfikacje są bardzo potrzebne i uzupełniają się. Pomagają one lekarzowi na dogłębną ocenę stanu pacjenta i pozwalają stwierdzić, jakie może być rokowanie w danej jednostce chorobowej [1,2].

Szpiczek kostny jest miejscem wytwarzania elementów morfotycznych krwi. Jest on jedyną tkanką krwiotwórczą w ludzkim organizmie. W szpiczku produkowane są komórki krwi i tam dojrzewają. Całkowita masa szpiczku kostnego mieści się w granicach od 1,6 kg do 3,7 kg. Jest on silnie ukrwionym, miękkim i galaretowatym tworem wypełniającym głównie jamy szpiczkowe kości długich i płaskich, ale też znajdziemy go w przestrzeniach międzybełeczkowych w obrębie istoty gąbczastej kości. Narządami współodpowiedzialnymi za prawidłowe namnażanie i dojrzewanie krwinek są też węzły chłonne, śledziona i grasica. U dorosłego człowieka możemy wyróżnić dwa rodzaje szpiczku kostnego: czerwony i żółty. Czerwony szpiczek kostny (łac. *medulla ossium rubra*) jest tkanką siateczkową pochodzenia mezenchymalnego (jest to rodzaj tkanki łącznej). Dodatkowo wyróżniamy w nim naczynia włosowate o cienkich ściankach i zatokowych poszerzeniach. Elementy siateczki układają się na kształt sieci. W jej oczkach zawieszono są komórki występujące w szpiczku. Czerwony szpiczek kostny u dorosłego człowieka możemy znaleźć w kościach miednicy, kręgach, mostku, obojczykach i żebrach, natomiast w życiu płodowym i w okresie dojrzewania znajduje się on we wszystkich kościach. Szpiczek kostny żółty (łac. *medulla ossium flava*) jest zbudowany głównie z komórek tłuszczowych (dlatego przypisywany jest mu kolor żółty). Wraz z wiekiem w organizmie ludzkim jego zawartość wzrasta. Jest to szpiczek hematologicznie nieczynny, ponieważ nie zachodzą w nim procesy krwiotworzenia. Ma właściwość przekształcania się w szpiczek czerwony podczas wzmożonego zapotrzebowania na nowe krwinki, np. podczas anemii [3].

Szpiczak mnogi - MM (ang. *multiple myeloma*), nazywany również szpiczakiem plazmocytowym (SP) jest nowotworem układu krwiotwórczego (Tabela I). Należy on do grupy nowotworów złośliwych. Niestety dalej nie mamy możliwości całkowitego wyleczenia schorzenia. Charakteryzuje się ono nagromadzeniem klonalnych plazmocytów w szpiczku kostnym. Najczęściej lokalizuje się w kościach płaskich. Zajmuje drugie miejsce wśród nowotworów hematologicznych i stanowi 1% wśród wszystkich nowotworów złośliwych. Cechą charakterystyczną szpiczaka mnogiego jest występowanie osteolizy kostnej. Obecna jest ona przy zwiększonej aktywności osteoklastów, co wiąże się z obniżoną czynnością osteoblastów. U ok. 70- 80% chorych wykrywa się zmiany osteolityczne w momencie rozpoznania SP [4]. „Obecność tych

zmian zwiększa ryzyko występowania incydentów/ powikłań związanych z układem kostnym (skeletal related events- SREs), takich jak złamania patologiczne, ucisk rdzenia kręgowego (spinal cord compression – SCC, czy też konieczność wykonywania zabiegów operacyjnych lub leczenia paliatywnego [4].” SREs jest przyczyną zwiększenia kosztów leczenia, ale też zmniejsza komfort życia i czas przeżycia ulega skróceniu [4].

Tab. I. Typy szpiczaka plazmocytozowego i kryteria rozpoznania [5]

Typy szpiczaka	Kryteria rozpoznania
Gammapatia monoklonalna o nieustalonym znaczeniu MGUS	Białko M < 3 g/dl Odsetek plazmocytozów ≤ 10% Brak CRAB
Postać tłąca szpiczaka	Białko M ≥ 3 g/dl Odsetek plazmocytozów ≥ 10%
Pełnoobjawowy szpiczak mnogi	CRAB
Odosobniony szpiczak kostny	Pojedyncze ognisko w kości
Pozakostny	Brak CRAB i monoklonalnych plazmocytozów w szpiku
Białaczka plazmocytozowa	Plazmocyty obecne we krwi ≥ 2,0 G/L

Etiologia MM nie jest do końca poznana. Wiadomo, że pierwszym etapem rozwoju choroby jest unieśmiertelnienie komórki B, w następstwie translokacji chromosomowych w obrębie genów łańcucha ciężkiego immunoglobulin w czasie klasy i somatycznych hipermutacji. Skutkuje to niestabilnością genetyczną kariotypu i pojawieniem się małej ilości długo żyjących monoklonalnych plazmocytozów (MGUS). MGUS jest stanem przednowotworowym szpiczaka. Wykrywa się go u 3% ludzi chorych powyżej 50. r.ż. i u 5% powyżej 70 lat. Częściej u mężczyzn (1,4:1) [5,6].

Na MM najczęściej chorują ludzie starsi, osoby po 60. r.ż. Poniżej 30. r.ż. występuje on bardzo rzadko, natomiast u dzieci zasadniczo nie występuje. Aż 70% chorych ma ponad 65 lat w chwili rozpoznania choroby, 15% znajduje się w przedziale 65- 60 i 15% ma mniej niż 60 lat. Tylko 4% ludzi chorych nie przekracza progu 40 lat. Na świecie zapadalność na tą chorobę wynosi 120 000 przypadków na rok. W Polsce zapadalność na MM ciągle wzrasta. Można zaobserwować, że bardziej narażeni są mężczyźni niż kobiety. Afroamerykanie chorują 2 razy częściej. Nadzwyczaj rzadko choroba ta dotyka Japończyków i Hawajczyków. Częstość zachorowania wzrasta wraz z

wiekem. Chorobę właściwą poprzedza MGUS, czyli gammapatia monoklonalna o nieustalonym znaczeniu. Stanowi to ryzyko ok. 1% na rok, że MGUS przekształci się w szpiczaka [5,7].

Diagnostykę szpiczaka plazmocytowego rozpoczynamy od przeprowadzenia wywiadu z pacjentem. Musimy określić czas trwania dolegliwości, ocenić stan kliniczny, wiek chorego oraz liczbę rodzeństwa. Należy również przeprowadzić badanie przedmiotowe, a szczególną uwagę zwrócić na układ kostno- stawowy, obecność guzków i skazy krwotocznej. Dopiero po przeprowadzeniu szeregu działań przechodzimy do badań laboratoryjnych, czyli pełnej morfologii krwi, elektroforezy białek, oznaczenia stężenia wapnia i kreatyniny oraz badania moczu na obecność białka M. Dodatkowo zalecane jest zrobienie OB. Do testów potwierdzających zaliczamy biopsję aspiracyjną i/lub trepanobiopsję szpiku, immunofiksację oraz dodatkowo MRI, PET [5,8]. Kryteria duże rozpoznawania szpiczaka to [9]:

- obecność plazmocytów w biopsji tkankowej
- plazmocyty w szpiku >30%
- białko monoklonalne >3,5g/dl IgG, >2,0g/dl IgA, >1,0 g/24h łańcuchy lekkie w moczu.
- Kryteria małe to:
- plazmocyty w szpiku 10-30%
- białko monoklonalne w niższym stężeniu niż w kategoriach dużych
- ogniska osteolityczne w kościach
- IgM< 50 mg/dl, IgA< 100 mg/dl, IgG< 600mg/dl lub IgM< 50 mg/dl.

Rozpoznanie następuje podczas stwierdzenia przynajmniej 1 kryteria dużego i 1 małego lub 3 małych [9].

Klasyfikacja Durie- Salmona została stworzona w 1975 roku. Służy ona do klasyfikacji prognostycznych szpiczaka mnogiego, która ocenia rokowanie na podstawie liczby ognisk osteolitycznych, stężenia hemoglobiny, wapnia i kreatyniny w surowicy oraz stężenia immunoglobulin. Szczegółowe informacje przedstawia Tab. II. Nie uwzględnia ona wszystkich parametrów, mających znaczenie prognostyczne. Badanie radiologiczne jest trudne technicznie do wykonania, a jego ocena zależy w szczególności od oceny subiektywnej radiologa, ale ze względu na długoletnie stosowanie należy dalej się nią posługiwać w codziennej praktyce [6].

Tab. II. Klasyfikacja zaawansowania objawowego szpiczaka plazmocytoowego według Duriego i Salmona [6]

Stadium	Definicja
Stadium I (mała masa nowotworu)	Spełnione wszystkie poniższe kryteria: <ul style="list-style-type: none"> •stężenie Hb > 10 g/dl (6,205 mmol/l) •stężenie białka M: IgG < 50 g/l •stężenie białka M: IgA < 30 g/l •stężenie wapnia w surowicy < 11 mg/dl (2,75mmol/l) •dobowe wydalanie wapnia z moczem < 150 mg (4mmol/l) •dobowe wydalanie monoklonalnych łańcuchów lekkich < 4 g •bez zmian kostnych lub pojedyncze ogniska osteolityczne
Stadium II (średnia masa nowotworu)	Parametry nieodpowiadające stadium I i III
Stadium III (duża masa nowotworu)	Spełnione przynajmniej jedno z poniższych kryteriów: <ul style="list-style-type: none"> •stężenie Hb < 8,5 g/dl (5,27 mmol/l) •stężenie białka M: IgG > 70 g/l •stężenie białka M: IgA > 50 g/l •stężenie wapnia w surowicy > 11 mg/dl (2,75mmol/l) •dobowe wydalanie wapnia z moczem > 150 mg (4mmol/l) •dobowe wydalanie monoklonalnych łańcuchów lekkich > 12 g •liczne zmiany osteolityczne
Wydolność nerek A B	Stężenie kreatyniny w surowicy < 2 mg/dl (176,9mmol/l) Stężenie kreatyniny w surowicy > 2 mg/dl (176,9mmol/l)

Do objawów obserwowanych w badaniach laboratoryjnych należą zaburzenia hematologiczne, czyli niedokrwistość i małopłytkowość. Objawami niedokrwistości są: osłabienie, bóle i zawroty głowy, tachykardia, bladeść skóry i błon śluzowych, biegunki na zmianę z zaparciami, co wiąże się ze spadkiem masy ciała. Obserwujemy również niestabilny chód, uczucie drętwienia kończyn i osłabienie siły mięśniowej w nich. W niedokrwistości zauważamy też zaburzenia pamięci i drażliwość. Do objawów małopłytkowości zaliczamy skłonność do tworzenia siniaków (nawet po drobnych urazach), długo utrzymujące się lub intensywne krwawienia po zranieniach czy zabiegach i częste krwawienia z nosa lub dziąseł. Symptodem małopłytkowości są również krew w kale, krwimocz i bardzo intensywne miesiączki. W szpiczaku zwiększony jest również odsetek plazmocytów >10% wszystkich komórek szpiku oraz stwierdzone nieprawidłowości morfologiczne komórek plazmatycznych. Występują również zaburzenia białkowe, do których zaliczamy hiperproteinemię całkowitą, hipergammaglobulinemię monoklonalną i obecność białka monoklonalnego. Stężenie prawidłowych immunoglobulin jest zmniejszone. Wśród objawów laboratoryjnych

znajdujemy również zaburzenia biochemiczne, czyli hiperkalcemię, bardzo wysokie OB (trójcyfrowe) i hiperurikemię. Zwiększone jest stężenie β -2 mikroglobuliny, a jest to czynnik prognostyczny dla przeżycia w MM. Zwiększone jest również CRP [9,10].

Wśród badań laboratoryjnych przeprowadzanych w diagnostyce szpiczaka mnogiego, oprócz badań krwi i moczu, dominujące znaczenia mają badania radiologiczne, w tym: RTG kości płaskich, rezonans magnetyczny lub tomografia komputerowa w wybranych przypadkach oraz badania szpiku pod postacią: biopsji i trepanobiopsji z oceną odsetka plazmocytów, immunofenotyp (do monitorowania choroby resztkowej), badania cytogenetyczne (znaczenie prognostyczne).

Do objawów klinicznych zaliczamy bóle kostne, szczególnie w okolicy kręgosłupa. Są one jednym z pierwszych objawów. Przedłużające się i nawracające zakażenia również są symptomem choroby. Stanowią one główną przyczynę zgonów. Hiperkalcemia i niedokrwistość także zaliczamy jako objawy MM. Pacjenci uskarżają się na problemy z nerkami, dysfunkcje neurologiczne, krwawienia i zakrzepicę. Duża dynamika choroby powoduje nacieki plazmocytarne poza szpikiem. MM niesie z sobą również niewydolność szpiku kostnego, zwiększoną objętość i lepkość osocza oraz supresję wytwarzania prawidłowych immunoglobulin. Drugą przyczyną śmierci w MM jest nefropatia szpiczakowa, która na początku jest mało zauważalna. Rozwija się w przeciągu miesięcy, a nawet lat, nie niosąc za sobą gwałtownych objawów, ale po pewnym czasie prowadzi ona do niewydolności nerek, co niekiedy kończy się terapią nerkozastępczą. Do pierwszych objawów zaliczamy niewielki lub umiarkowany białkomocz, obecność w moczu komórek nabłonkowych i dużą ilość osadu moczanów. Nieprawidłowa funkcja nerek w szpiczaku mnogim może przebiegać pod postacią ostrej lub przewlekłej niewydolności tegoż narządu, zespołu nerczycowego, nie- nerczycowej proteinurii lub dysfunkcji kanalików nerkowych. Główną przyczyną patologicznych zmian w nerkach jest obecność i oddziaływanie łańcuchów lekkich, które mogą doprowadzić do poważnego uszkodzenia narządu z udziałem kilku mechanizmów. Doświadcza tego aż 20- 25% chorych ze świeżo rozpoznaną chorobą i nawet 50% pacjentów ze szpiczakiem nawrotowym i opornym [11,12,13].

Leczenie w onkologii składa się głównie z podawania cytostatyków, które prowadzi do uśmiercenia komórek nowotworowych w organizmie człowieka. Ponadto, pacjent nierzadko poddawany jest również leczeniu chirurgicznemu czy radioterapii, lekami celowanymi i immunoterapii [14].

Leczenie nowotworów jest złożone. Występują trzy metody leczenia, a są to [15]:

- Terapia konwencjonalna - głównie chemioterapia, przeważnie niezalecana
- Wysokodawkowa chemioterapia z autotransplantacją komórek krwiotwórczych
- Chemioterapia z zastosowaniem nowych leków (talidomid, bortezomid lub lenalidomid).

Przed rozpoczęciem terapii należy zakwalifikować pacjenta do procedury auto-HSCT, do której mogą przystąpić ludzie poniżej 70. roku życia. Tą grupę chorych możemy leczyć HDT, czyli wysokodawkową chemioterapią w połączeniu z auto-HSCT. U osób, które przekroczyły próg wiekowy lub ich organizm jest na tyle słaby, aby stosować HDT należy rozważyć standardową chemioterapię. Procedurę allo-HSCT można zastosować u młodszych pacjentów, ale gdy choroba jest bez cech wysokiego ryzyka. U młodszych pacjentów, u których stwierdzono te czynniki, należy zakwalifikować do leczenia nowymi lekami w ramach programów klinicznych [6,16].

Jako pierwszy w terapii szpiczaka został zastosowany *talidomid*. Jest to lek immunomodulujący. Wprowadzony do lecznictwa w latach 50-tych jako lek uspakajający, ale wycofano go już w latach 60-tych ze względu na właściwości teratogenne. Talidomid hamuje angiogenezę mikrośrodowiska szpiku oraz wywołuje apoptozę komórek szpiczakowych. Może być stosowany u osób z przewlekłą chorobą nerek i dializowanych [17].

Bortezomib jest silnym lekiem, selektywnym inhibitorem proteasomu. Ma działanie przeciwszpiczakowe o wysokim stopniu. Polega ono na tym, że lek nie pozwala na przyleganie komórek nowotworowych do komórek zrębowych szpiku kostnego. Hamuje on różnicowanie osteoklastów. Toksyczność leku w monoterapii jest dość niewielka [17].

Lenalidomid jest to nowy analog talidomidu. Wykazuje on silniejsze działanie niż TAL, ale mimo tego jest on mniej toksyczny od leku macierzystego. Nie działa teratogenie i nie wywołuje polineuropatii. Ma działanie prozakrzepowe, dlatego tak jak przy TAL należy wprowadzić profilaktykę przeciwzakrzepową. Nie jest to lek neurotoksyczny, jednakże powinno się dostosować dawkę do klirensu kreatyniny [5].

Celem leczenia indukującego, czyli pierwszej linii, jest uzyskanie remisji choroby w stopniu maksymalnym, a jeżeli to niemożliwe, to chociaż remisji częściowej. Ma ona spowodować zmniejszenie ilości plazmocytów w szpiku oraz redukcję białka M w surowicy krwi i w moczu o co najmniej 50%, przy jednoczesnym braku wzmożonych

zmian kostnych. Rozpoczyna się ono od 3- 4 cykli chemioterapii. Na świecie zależy ona od wyników badań cytogenetycznych, jednakże w Polsce są one na tyle kosztowne, że zazwyczaj u wszystkich chorych zaleca się terapię trójlekową wg schematu CTD (cyklofosfamid, talidomid, deksametazon). W przypadku, gdy nie ma poprawy stosujemy chemioterapię bortezomibem lub lenalidomidem. W Europie stosowane są również schematy, które w swoim składzie zawierają nowe leki, takie jak RVD (lenalidomid, bortezomib, deksametazon), CVD (cyklofosfamid, bortezomib, deksametazon) i VTD (bortezomid, talidomid i deksametazon) [6,18].

Szpiczak mnogi jest nowotworem promieniowrażliwym. Radioterapię stosujemy w leczeniu paliatywnym i przeciwbólowym, ale też jako leczenie obarczające, gdy guz uciska na rdzeń kręgowy lub korzenie nerwowe. Dawka 20- 30 Gy stosowana jest miejscowo w celu zmniejszenia masy nowotworowej lub też bólów nie odpowiadających na leczenie farmakologiczne. W leczeniu paliatywnym powierzchnia ciała, jaka zostaje napromieniowana to od 1/3 do nawet 50% i jest to dawka 6- 8 Gy co 4- 6 tygodni [6].

Leczenia podtrzymującego nie stosuje się rutynowo u każdego pacjenta, gdyż nie wykazano wydłużenia życia po jego zastosowaniu, ale za to zawsze wdrażane jest leczenie wspomagające. Jest ono na tyle istotne, że bez względu na fazę choroby jest ono zalecane. Wprowadza się je, aby zapobiegać rozwojowi niewydolności nerek (unika się leków neurotoksycznych i NLPZ), czy aby zwalczyć hiperkalcemię. Istotnym dla pacjenta problemem są zmiany w kościach, które są najbardziej dotkliwe. Leczenie wspomagające ma też na celu zniwelowanie małopłytkowości [19].

Bogata farmakoterapia jest przyczyną wielu skutków ubocznych, takich jak zakrzepica żylna, zaparcia, polineuropatie obwodowe, przewlekłe zmęczenie, zmiany skórne, a także uszkodzenia płodu. Do ważniejszych należą też arytmie, zespół Steven-Johnsona, niedoczynność tarczycy. Pacjenci po przyjęciu chemioterapii tracą włosy, są o wiele bardziej podatni na infekcje, osłabieni, a także zauważalny jest spadek nastroju. Niekiedy występuje też zapalenie błon śluzowych jamy ustnej. Bardzo często po stosowaniu cytostatyków chorzy doświadczają uporczywych nudności i wymiotów, co jest bardzo dużym problemem dla pacjentów, ponieważ wiąże się to z utratą apetytu [14,20,21].

Należy zwrócić uwagę na problemy pacjenta wynikające ze stanu psychicznego. Bardzo często pojawiają się zaburzenia lękowe i depresja. Niekiedy pojawia się również majaczenie, szczególnie w ostatnich dniach życia. Problemy ze snem są jednym z

najczęstszych zaburzeń, jakie możemy zaobserwować u pacjenta onkologicznego [22,23,24].

Cel pracy

- Określenie problemów biopsychospołecznych pacjenta ze szpiczakiem.
- Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej w stosunku do chorego ze szpiczakiem.

Material i metoda

W pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku, polegającą na analizie i interpretacji losów jednostki w oparciu o szeroko pojęte, zebrane różnymi metodami informacje. Należy podkreślić, że studium przypadku objęto nie tylko samego pacjenta w kontekście biologicznym i psychicznym, ale także w kontekście społecznym związanym z sytuacją rodzinną, pełnieniem ról społecznych oraz materialnym statusem chorego i jego rodziny.

Do zdobycia niezbędnych informacji o stanie pacjenta użyto następujących technik:

1. Wywiad pielęgniarski- zaplanowana rozmowa z pacjentem lub grupą osób, np. rodziną, która ma na celu uzyskanie wiarygodnych danych na temat stanu zdrowia pacjenta
2. Obserwacja pielęgniarska - selektywne i celowe gromadzenie danych drogą dostrzeżeń, bez ingerencji obserwatora. Jest to technika najczęściej stosowana.
3. Analiza dokumentacji - źródło informacji o pacjencie i jego stanie w określonym czasie. Analizie zostały poddane: historia choroby, historia pielęgnowania, indywidualna karta zleceń lekarskich, karta gorączkowa, indywidualna karta badań i karta obserwacji codziennej (raport).
4. Pomiary - pozwalają zaobserwować, jakie zmiany zachodzą w organizmie człowieka. Dzięki pomiarom możemy na bieżąco kontrolować stan pacjenta. Dokonane pomiary to: masa ciała, wzrost, temperatura, ciśnienie tętnicze krwi oraz tętno. Uzyskane dane porównujemy do odpowiednich norm, takich jak: BMI, normy ciśnienia krwi, tablice prawidłowej częstotliwości tętna [25].

Badaniem objęto 77-letnią pacjentkę hospitalizowaną w Oddziale Hematologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku z powodu szpiczaka mnogiego.

Pacjentka została przyjęta celem oceny choroby zasadniczej i modyfikacji leczenia.

Wyniki

Pacjentka L.O., lat 77, przyjęta w trybie planowym do szpitala celem oceny choroby zasadniczej oraz modyfikacji leczenia. Chora została zdiagnozowana w marcu 2014r.

Kobieta odczuwa drętwienia i mrowienia kończyn dolnych, bóle i zawroty głowy. Pacjentka skarży się również na dolegliwości bólowe kręgosłupa w okolicy lędźwiowej, prawego biodra, kolana oraz głowy. Porusza się o kulach. Zauważono obrzęki na nogach.

Chora ma nudności i wymioty. W ustach odczuwa suchość i ma zmieniony smak, przez co niechętnie przyjmuje posiłki.

Pacjentka doświadcza porannych zawrotów głowy. Występuje ryzyko upadku z powodu niestabilnego chodu. W wywiadzie stwierdzono nadciśnienie tętnicze i nietrzymanie moczu.

Zauważalne braki wiedzy na temat stanu zdrowia i diety w nadciśnieniu. Pacjentka ma problemy ze wzrokiem, słuchem oraz pamięcią.

Wspomina o nawracających zaparciach.

Chora cierpi na trudności w zasypianiu. Obawia się o własne zdrowie i życie. Kobieta jest wdową.

Mieszka na wsi z córką i jej rodziną w domu parterowym.

Relacje rodzinne bardzo bliskie.

Córka codziennie odwiedza pacjentkę.

Warunki mieszkaniowe dobre. Dostęp do bieżącej wody i prądu.

Wykształcenie podstawowe.

Wykonywany w przeszłości zawód to piekarz. Obecnie utrzymuje się z emerytury.

Problem pielęgnacyjny 1

ból kręgosłupa, stawu biodrowego i kolanowego

Cel opieki: zniesienie bólu

Działania pielęgniarские:

- wygodne ułożenie ciała, nie obciążające okolic bólowych,
- umówienie konsultacji u ortopedy i fizjoterapeuty,
- zalecenie odpoczynka,
- zapewnienie ciszy i spokoju,
- w razie potrzeby podanie leków na zlecenie lekarza,

Ocena działań pielęgniarских: dolegliwości bólowe zmniejszyły się po podaniu leków,

Problem pielęgnacyjny 2

drętwienie nóg jako skutek uboczny leczenia talidomidem

Cel opieki: zmniejszenie drętwienia

Działania pielęgniarские:

- poinformowanie pacjenta o skutkach ubocznych leczenia talidomidem,
- stosowanie chłodnych kąpieeli stóp,
- wygodne ułożenie kończyn dolnych,
- podanie leków przeciwbólowych,
- zalecenie noszenia skarpetek, które nie uciskają kostki, unikanie zbyt dużej amplitudy temperatur,

Ocena działań pielęgniarских: drętwienie kończyn w niewielkim stopniu zmniejszyło się,

Problem pielęgnacyjny 3

ryzyko upadku związane z zachwianym chodem

Cel opieki: zmniejszenie ryzyka upadku, dbałość o bezpieczeństwo pacjentki,

Działania pielęgniarские:

- obserwacja pacjentki i jej stanu,
- pomoc przy kąpieeli, przytrzymanie pacjentki, aby nie poślizgnęła się pod prysznicem,
- pomoc w chodzeniu przy dłuższych dystansach,

- przyniesienie balkoniku i nauka korzystania z niego,
- usunięcie przedmiotów (przeszkód), które mogą spowodować upadek, organizacja większej przestrzeni do poruszania się,

Ocena działań pielęgniarских: ryzyko upadku zmniejszone

Problem pielęgnacyjny 4

dyskomfort z powodu nudności i wymiotów

Cel opieki: zmniejszenie dyskomfortu,

Działania pielęgniarские:

- podanie miski nerkowatej i ligniny,
- wietrzenie sali,
- zapewnienie warunków intymności,
- usunięcie drażniących zapachów,
- zapewnienie płynu do płukania ust,
- niezwłoczne usuwanie treści wymiotnych,
- obserwacja wymiocin (zabarwienie i ilość),
- podanie kostki lodu do ssania,
- podanie leków przeciwwymiotnych na zlecenie lekarza,

Ocena działań pielęgniarских: dolegliwości zmniejszyły się, pacjentka czuje się dobrze,

Problem pielęgnacyjny 5

dyskomfort z powodu obrzęku stóp

Cel opieki: zmniejszenie dyskomfortu, poprawa jakości życia pacjentki,

Działania pielęgniarские:

- zapewnienie czystej, luźnej, bawełnianej bielizny osobistej i pościelowej,
- dokładna higiena kończyn dolnych,
- nawilżanie i natłuszczanie skóry,
- obserwacja i pomiar obrzęków,
- ograniczenie stosowania soli w diecie,
- wykonanie masażu stóp,
- zaproponowanie i ustalenie wizyty u fizjoterapeuty,
- ułożenie kończyn na wałeczkach i klinikach,

Ocena działań pielęgniarских: obrzęki do dalszej obserwacji

Problem pielęgnacyjny 6

złe samopoczucie z powodu porannych bólów i zawrotów głowy

Cel opieki: poprawa samopoczucia pacjentki, dbałość o bezpieczeństwo

Działania pielęgniarские:

- zalecenie powolnego wstawania, posiedzenie na łóżku przez ok. 15 min i wypicie szklanki wody przed wstaniem,
- dbanie o bezpieczeństwo pacjentki (asekuracja przy wstawaniu),
- zapewnienie optymalnego mikroklimatu, (wietrzenie sali),
- zapewnienie ciszy i spokoju na sali,
- pomiar ciśnienia tętniczego i tętna oraz udokumentowanie tego w karcie gorączkowej,
- obserwacja pacjentki pod kątem zawrotów i bólów głowy,
- podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza,

Ocena działań pielęgniarских: pacjentka czuje się dobrze, nie odczuwa dolegliwości bólowych,

Problem pielęgnacyjny 7

dyskomfort z powodu nietrzymania moczu

Cel opieki: zmniejszenie dyskomfortu, niedopuszczenie do powstania przykrego zapachu, zachowanie higieny krocza,

Działania pielęgniarские:

- podanie leków zleconych przez lekarza,
- umożliwienie łatwego i szybkiego dostępu do toalety,
- nauka samoobserwacji dotyczącej: częstości oddawania moczu, pojawiania się parcia i niekontrolowanego oddawania moczu, na podstawie której można nauczyć pacjentkę treningu pęcherza, czyli korzystania z toalety w godzinach, w których zaobserwowano bezwiedne moczenie się,
- zalecenie toalety krocza po każdorazowym skorzystaniu z łazienki, ewentualna pomoc w jej wykonaniu,

- poinformowanie rodziny o możliwości refundacji zakupu wkładek lub pieluchomajtek dla podopiecznej, zapoznanie z kryteriami, jakie należy spełnić starając się o refundację,
- poinformowanie pacjentki o tym, aby nosiła specjalne wkładki, demonstracja materiałów higienicznych przeznaczonych dla osób z NTM
- obserwacja krocza pacjentki, czy nie doszło do odparzeń, chronić przed nimi, po podmyciu dokładnie osuszać okolice krocza, stosować zasyпки lub specjalne maści na odparzenia, np. Alantan,
- poinformowanie pacjentki o tym, aby wieczorem nie wypijała dużej ilości płynów (max. 1 szklanę),
- w razie zamoczenia bielizny osobistej, pomoc w przebraniu się, zmiana pościeli na czystą,

Ocena działań pielęgniarских: pacjentka stosuje się do zaleceń, często wykonuje toaletę krocza, stosuje pielucho majtki.

Problem pielęgnacyjny 8

zaparcia spowodowane nieodpowiednią dietą oraz niedostatecznym ruchem

Cel opieki: przywrócenie regularnego rytmu wypróżnień,

Działania pielęgniarские:

- przeprowadzenie wywiadu żywieniowego, po czym wyeliminowanie z jadłospisu produktów zapierających, np. biały ryż, kaszę manną, banany, kakao, czekoladę, tłuste wędliny, białe pieczywo i ciasta,
- zastosowanie diety bogatobłonnikowej (zwiększenie ilości błonnika poprzez włączenie do diety produktów zbożowych, np. kaszy gryczanej i jęczmiennej, chleba razowego i otrąb),
- zwiększenie spożycia świeżych owoców i warzyw, min 5 razy dziennie,
- zwiększenie ilości wypijanych płynów do 3 l na dobę,
- zalecenie spożywania powideł śliwkowych, suszonych śliwek oraz kompotu z tych owoców,
- poinformowanie o konieczności spożywania 4-5 małych posiłków na dobę,
- zamówienie na kuchni dodatkowych posiłków,
- zachęcenie do aktywności fizycznej, np. spacery po korytarzach,
- masaż brzucha zgodnie z ruchem wskazówek zegara,

- zastosowanie doustnych środków przeczyszczających (normosan),
- zastosowanie dorektalnych zabiegów, np. lewatywa czy enema,
- zaznaczanie w karcie gorączkowej rytmu wypróżnień,

Ocena opieki: pacjentka wypróżniła się po zastosowaniu środków przeczyszczających,

Problem pielęgnacyjny 9

brak apetytu spowodowany zmianą smaku

Cel opieki: przywrócenie apetytu

Działania pielęgniarские:

- poinformowanie pacjentki o tym, że zmiana smaku jest następstwem leczenia,
- wyjaśnienie pacjentce, jak ważną rolę odgrywa odżywianie w czasie leczenia,
- zebranie wywiadu żywieniowego z chorą (jakie potrawy lubi, jak przyrządzone),
- rozmowa z rodziną na temat możliwości przygotowania posiłków, które chętnie będzie spożywała pacjentka,
- unikanie potraw budzących wstręt,
- spożywanie posiłków często, ale w mniejszych ilościach,
- zachęcenie do wykonania toalety jamy ustnej przed spożyciem posiłku,
- zachęcanie do spożywania posiłków oraz obserwacja pacjentki, czy zjada podane dania,

Ocena opieki: pacjentka zjada posiłki

Problem pielęgnacyjny 10

dyskomfort spowodowany suchością w jamie ustnej

Cel opieki: zmniejszenie dyskomfortu

Działania pielęgniarские:

- wytłumaczenie, że suchość w jamie ustnej jest skutkiem leczenia,
- podanie płynu do płukania jamy ustnej,
- zalecenie picia dużej ilości płynów (3 l na dobę),

Ocena działań: dolegliwości zmniejszyły się

Problem pielęgnacyjny 11

trudności w zasypianiu spowodowane lękiem o zdrowie i życie

Cel opieki: ułatwienie zasypiania, uspokojenie pacjentki,

Działania pielęgniarские:

- uspokojenie chorej, rozmowa z nią,
- zapewnienie optymalnych warunków do snu (wietrzenie sali, wyłączenie zbędnego oświetlenia, zapewnienie ciszy i spokoju, prześcielenie łóżka),
- umożliwienie kontaktu z psychologiem, lekarzem prowadzącym, rodziną
- podanie środków nasennych,

Ocena działań: pacjentka usnęła po podaniu leków

Problem pielęgnacyjny 12

utrudniona komunikacja z pacjentką z powodu problemów ze wzrokiem i słuchem

Cel opieki: ułatwienie komunikacji,

Działania pielęgniarские:

- dbanie, aby nie podchodzić do pacjentki z tyłu,
- poinformowanie lekarza o problemach pacjentki,
- zaproponowanie wizyty u okulisty i laryngologa,
- mówienie głośno, wyraźnie i spokojnie,
- nie poganianie pacjentki w wykonaniu zleconych czynności,
- rozmowa z pacjentką w warunkach ciszy, twarzą zwróconą do chorej, aby widziała twarz i usta,
- nie używać niezrozumiałych dla pacjentki sformułowań, powtórzyć zdanie, jeżeli zaistnieje taka potrzeba,

Ocena opieki: komunikacja z pacjentką na poziomie dostatecznym, wizyty u lekarzy specjalistów- umówione.

Problem pielęgnacyjny 13

brak wiedzy na temat szpiczaka mnogiego oraz diety w nadciśnieniu tętniczym

Cel opieki: wzbogacenie wiedzy na temat MM i diety w NT

Działania pielęgniarские:

- wytłumaczenie, na czym polega szpiczak, jak przebiega choroba i leczenie,
- zaznajomienie pacjentki z objawami choroby i skutkami ubocznymi leczenia MM,
- zapoznanie z zasadami diety w nadciśnieniu, wskazanie zalecanych produktów: warzywa, owoce, razowe pieczywo, tłuste ryby, chude wędliny, potrawy

przygotowywane na prze, gotowane lub duszone bez dodatku tłuszczu. Produktami nie wskazanymi są: słodczyce, kawa, mocna herbata, żółte sery, alkohol, białe pieczywo, wysoko przetworzona żywność, przyprawy typu „Jarzynka”.

Ocena opieki: wiedza pacjentki na temat MM i diety w NT zwiększyła się

Wnioski

Zebrany materiał badawczy pozwolił na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Określono problemy pielęgnacyjne osoby obciążonej szpiczakiem. Najistotniejsze z nich, to: ból kręgosłupa, stawu biodrowego i kolanowego, parestezje kończyn dolnych, ryzyko upadku z powodu zachwianego chodu, nietrzymanie moczu, zaparcia, zmiana smaku i brak apetytu, trudności w zasypianiu, utrudniona komunikacja, brak wiedzy na temat diety w nadciśnieniu tętniczym oraz choroby zasadniczej,
2. Po leczeniu talidomidem wystąpiły działania uboczne tego leku: polineuropatia i zaparcia.
3. Opracowanie procesu pielęgnowania pozwoliło na objęcie chorej kompleksową opieką biopsychospołeczną.

Podsumowanie

Szpiczak mnogi jest drugim, co do częstości, nowotworem hematologicznym. Stanowi on ok. 1% wszystkich nowotworów złośliwych. Zapadalność na szpiczaka wynosi na chwilę obecną około 120 000 ludzi rocznie na całym świecie. Zważając na medianę wieku wynoszącą 70 lat w momencie rozpoznania i dość szybkie starzenie się populacji, w 2050 roku liczba zachorowań może wynieść aż 350 000 rocznie. Szpiczak mnogi stanowi bardzo poważny problem zdrowotny w skali świata.

Piśmiennictwo

1. Jeziorski A. (red.): Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
2. Deptała A. (red.): Onkologia w praktyce, Wyd. Lekarskie PZWL, 2006.

3. Dziuban D., Kowalczyk P., Filocha M.: Co nas w kościach strzyka...czyli choroby szpiku a innowacyjne leki, *Nowa Med.*, 2012, 1, 10-14.
4. Jurczyszyn A., Grosicki S., Czerniuk M.R. i wsp.: Postępowanie w chorobie kostnej związanej ze szpiczakiem mnogim, *Przegl. Lek.*, 2013, 11, 950-957.
5. Dmoszyńska A.: Postępy w rozpoznawaniu szpiczaka plazmocytoowego oraz rekomendacje dotyczące leczenia, *Post. Nauk Med.*, 2011, 7, 592- 600.
6. Dmoszyńska A., Kraj M., Walter- Croneck A., i wsp.: Zalecenia Polskiej Grupy Szpiczakowej dotyczące rozpoznawania i leczenia szpiczaka plazmocytoowego, *Acta Haematol. Pol.*, 2009, 3, 753-782.
7. Jurczyszyn A., Zaucha J. M., Machaczka M. i wsp.: Niezbędne wymogi diagnostyczne i zalecenia terapeutyczne w szpiczaku plazmocytoowym, *Przegl. Lek.*, 2013, 9, 744-753
8. Dytfeld D., Sosnowski P., Czyż A., Komarnicki M.: Rola rezonansu magnetycznego w diagnostyce szpiczaka mnogiego, *Pol. Merk. Lek.*, 2007, 23, 134, 85- 88.
9. Sacha T.: Szpiczak mnogi, *Farm. Pol.*, 2005, 2, 88-91.
10. Dmoszyńska A., Robak T., Hus I. (red.): *Podstawy Hematologii*, Wyd. Czelej, Lublin, 2015.
11. Jurczyszyn A., Skotnicki A. B. (red): *Szpiczak mnogi. Wybrane zagadnienia. Tom III*, Fundacja Centrum Leczenia Szpiczaka, Kraków, 2011.
12. Usnarska-Zubkiewicz L., Dębski J., Kuliczkowski K.: Jak obecnie leczyć chorego na szpiczaka mnogiego z niewydolnością nerek? *Acta Haematol. Pol.*, 2011, 2, 215- 225.
13. Dyrka A.: Nefropatia szpiczakowa, *Badanie i Diagnoza*, 2009, 15, 50-52.
14. Strąg- Lemanowicz A., Leppert W.: Rola onkologicznego leczenia systemowego u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową, *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2014, 8, 1.
15. Skotnicki A.B., Dmoszyńska A., Jurczyszyn A., Wolska- Smoleń T.: Nowe możliwości terapeutyczne w szpiczaku mnogim, *Acta Haematol. Pol.*, 2006, supl. 1, 18-34.
16. Czyż J., Warzocha K.: Szpiczak plazmocytoowy- zasady postępowania w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii, *Hematologia*, 2012, 3, 255- 266.

17. Jamroziak K., Czyż J., Warzocha K.: Szpiczak plazmocytowy- zasady postępowania w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii, *Hematologia*, 2013, 4, 339- 357.
18. Giannopoulos K.: Zalecenia Polskiej Grupy Szpiczakowej dotyczące leczenia szpiczaka plazmocytoowego oraz innych dyskrazji plazmocytoowych na rok 2013, *Acta Haematol. Pol.*, 2013, 1, 1- 74.
19. Jamroziak K.: Rola leczenia podtrzymującego w terapii szpiczaka plazmocytoowego, *Hematologia*, 2011, 3, 256- 265.
20. Pasek M.: Pacjent z nowotworem, *Mag. Pielęg. Poł.*, 2013, 10, 22- 23.
21. Wojtukiewicz M. Z., Sawicki Z., Sierko E., Kieszkowska- Grudny A.: Zespół przewlekłego zmęczenia u chorych na nowotwory poddanych chemioterapii, *Nowotwory J. Oncol.*, 2007, 6, 695- 701.
22. Grabińska K., Szewczyk- Cisek I., Hernik P., Mykała- Cieśla J., Koziród D.: Problemy i potrzeby psychosocjalne pacjentów poddanych chemioterapii onkologicznej, *Psychoonkol.*, 2011, 2, 39- 47.
23. Bernard D., Zysnarska M., Pyszczorska M., Bączyk G., Jędrasiak L.: Wsparcie społeczne udzielane przez personel medyczny jako czynnik obniżający lęk u pacjentów leczonych na oddziałach onkologicznych, *Now. Lek.*, 2008, 6, 421- 425.
24. Nowicki A., Rządowska B.: Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi, *Wsp. Onkol.*, 2008, 9, 396- 403.
25. Maszke A.W.: Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych, Wyd. Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2003.

Problemy dyspeptyczne wywołane opioidami u pacjentów z chorobą nowotworową

Ratajczak Karolina¹, Stryczek Marlena¹, Klimasz Maria¹, Piotrowska Bogumiła¹,
Ferenc Stanisław², Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Gnus Jan^{1,2}

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

Bez bólu i cierpień nie istniejemy
Eurypides

Na podstawie dostępnych danych statystycznych publikowanych między innymi przez Krajowy Rejestr Nowotworów, jak i własnych obserwacji można zauważyć tendencję do ciągłego corocznego wzrostu występowania chorób nowotworowych w populacji polskiej. Pomimo wciąż niezadowalających wyników 5-letniej przeżywalności, coraz częściej stosowana jest chemioterapia paliatywna, co wiąże się co prawda z wydłużeniem życia pacjentów, ale również zwiększa potrzebę użycia środków opioidowych usmierzających ból. Takiego leczenia będzie wymagało ponad 50% chorych bez względu na stopień zaawansowania procesu nowotworowego. Mimo wysokiej skuteczności wspomnianych leków, nie są one pozbawione działań niepożądanych, w tym ze strony układu pokarmowego. W celu ujednoczenia sposobu postępowania, WHO wprowadziła w 1986 roku schemat ordynowania leczenia bólów nowotworowych. Mimo upływających lat wspomniany wyżej algorytm nazwany "Trójstopniową drabiną analgetyczną", obowiązuje w wytycznych do dziś. Aby uniknąć działań niepożądanych i jednocześnie dbać o długotrwałą skuteczność terapii ważne jest, by stosować odpowiednie leki w odpowiednim momencie i dawce, zgodnie z zaleceniami.

Ponieważ ból jest odczuciem subiektywnym, lekarz nie może na podstawie własnej opinii ocenić jego natężenia, dlatego terapeutom z pomocą przychodzą różnorodne skale oceny bólu.

Do najczęściej używanych należą skala numeryczna (*Numeric Rating Scale*) oraz słowna (*Verbal Rating Scale*). W pierwszej pacjent zgodnie ze swoim wrażeniem przyznaje od 0 punktów, w razie braku wystąpienia bólu do 10 punktów, gdy odczuwany ból jest

najsilniejszy, jakiego doznał w życiu, w drugiej natomiast maksymalnie przyznając 4 punkty oznaczające ból nie do zniesienia.

W odniesieniu do podanych przez chorego wartości, medyk umiejscawia je na drabinie analgetycznej i zleca adekwatne leczenie.

Tab. I. Drabina Analgetyczna, WHO 1986 r.

NATEŻENIE BÓLU (NRS)	PROPONOWANA TERAPIA
6-10	Silne opioidy + analgetyki nieopiodowe +/- leki uzupełniające
4-6	Słabe opioidy + analgetyki nieopiodowe +/- leki uzupełniające
1-4	Analgetyki nieopiodowe +/- leki uzupełniające

Obok wymienionych wyżej podstawowych skal, istnieją bardziej specjalistyczne, jak Edmonton Classification System przeznaczona wyłącznie do oceny bólu nowotworowego.

Ból nowotworowy

Można go podzielić na ból spowodowany chorobą nowotworową samą w sobie oraz wynikający z działań niepożądanych terapii leczniczej. Do pierwszej grupy należy ból wywodzący się z lokalnego rozrostu zmiany nowotworowej i ucisku na nerwy oraz przerzutów odległych. Do drugiej grupy zaś należą bóle związane z radioterapią, która doprowadza często do włóknienia m.in. w obrębie splotu ramiennego. Ponadto występuje polineuropatia spowodowana chemioterapią oraz bóle po interwencjach chirurgicznych.

Krótki rys historyczny leków opioidowych

Początki morfiny w medycynie sięgają XVII wieku, kiedy to w Wielkiej Brytanii została ona wprowadzona do użytku leczniczego przez angielskiego lekarza Thomasa Sydenhama. Pierwotnie stosowana w formie doustnej jako nalewka tzw. "laudanum". Jednakże historia opioidów jest znacznie dłuższa i liczy ponad 3000 lat. Zastosowanie opium, którego morfina jest głównym składnikiem, było różnorodne zarówno na płaszczyźnie terapeutycznej, jak i społecznej. Cenione były właściwości usmierzające ból, działanie nasenne oraz zwalczanie biegunki. Z powodu hedonistycznej natury człowieka oraz euforyzującego działania morfiny, stała się ona jedną z przyczyn trwającej do dziś historii uzależnień od leków opioidowych. Jako ciekawostkę można przywołać fakt, iż problem

dotknął również żonę prezydenta Stanów Zjednoczonych Ameryki - Mary Todd Lincoln. Zamiłowanie ludzi do opium pogłębiło tylko wynalezienie w XIX wieku igły i strzykawki do podskórnej podaży leków.

Obecnie leki opioidowe znajdują zastosowanie jako środki zwalczające silne dolegliwości bólowe, kaszel czy uczucie duszności. Należy docenić ich szczególną rolę, jaką odgrywają w leczeniu pacjentów cierpiących z powodu bólu nowotworowego.

Na przestrzeni lat, po dokładnym zapoznaniu się z budową cząsteczki morfiny, powstało wiele syntetycznych oraz półsyntetycznych jej odmian. Ze względu na dużą ilość dostępnych preparatów oraz w odniesieniu do drabiny analgetycznej, został wprowadzony podział na opioidy słabe i silne.

Do słabych opioidów stosowanych w leczeniu choroby nowotworowej zaliczamy:

- Kodeinę - działającą głównie przeciwkaszlowo, w związku z czym rzadko stosowaną u wymienionej grupy pacjentów,
- dihydrokodeinę,
- tramadol - najpopularniejszy słaby opioid w Polsce

Do silnych zaś:

- morfinę - jedne z najczęściej stosowanych silnych opioidów,
- oksykodon- drugi obok morfiny podstawowy lek w terapii bólu nowotworowego,
- fentanyl - którego główną zaletą jest zróżnicowanie dostępnych form, m.in. plastrów, tabletek podjęzykowych, podjęzykowych, jak i aerozoli donosowych,
- buprenorfina - 75x silniejszą od morfiny, przeznaczoną dla pacjentów z bólem stabilnym,
- metadon - lek drugiego wyboru w medycynie paliatywnej, na polskim rynku dostępnym wyłącznie w formie syropu. Szeroko wykorzystywany w terapii leczenia uzależnień,
- tapentadol - nowy lek analgetyczny.

Leczenie pacjentów cierpiących z powodu bólu nowotworowego silnymi opioidami jest szczególne, ze względu na to, że leki te, z wyjątkiem buprenorfiny, nie mają dawki maksymalnej. W związku z tym nie obawiamy się u tych chorych uzależnień.

Działania niepożądane

Swoje rozważania oprzemy na morfinie i skutkach jej stosowania, gdyż jest

najczęściej używanym opioidem u chorych z bólem nowotworowym.

Jej działania można podzielić na obwodowe i ośrodkowe. Obok najważniejszego efektu ośrodkowego - przeciwbólowego, istnieje szereg innych, które zaliczamy do niepożądanych:

- depresja ośrodka oddechowego - dochodzi do spowolnienia i spłycenia oddechu (przy stosowaniu dawek terapeutycznych jej ryzyko jest jednak niewielkie),
- wpływ na oś przysadka-podwzgórze - obniżanie temperatury ciała,
- nudności i wymioty - częste zwłaszcza w początkowych etapach leczenia,
- zwężenie źrenic,
- senność.

Do obwodowych zaś należą:

- wzrost napięcia mięśni gładkich,
- skurcz odźwiernika, pęcherza moczowego, moczowodów, zwieracza bańki Odiego,
- u kobiet ciężarnych może dojść do wydłużenia akcji porodowej z powodu zahamowania skurczów macicy,
- uwalnianie histaminy, przez co należy zachować szczególną ostrożność u osób chorujących na astmę.

Problemy dyspeptyczne związane z przewlekłym stosowaniem opioidów

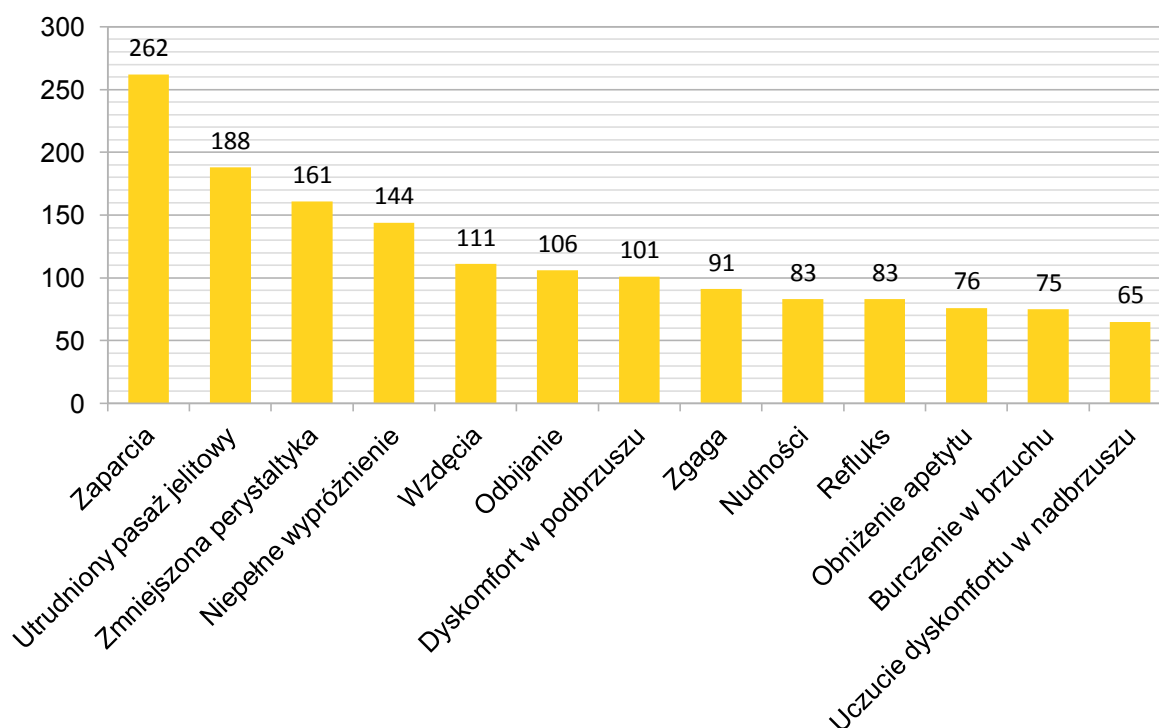
Do problemów żołądkowo - jelitowych, z jakimi musi zmierzyć się ta grupa pacjentów należą:

- zaparcia,
- suchość w jamie ustnej,
- refluks żołądkowo- przełykowy,
- uczucie pełności,
- gastropareza,
- dolegliwości bólowe.

Wszystkie te dokuczliwe objawy zostały połączone w zespół zaburzeń jelitowych wywołany opioidami, w angielskiej literaturze określany jako **OIBD- Opioid- Induced Bowel Dysfunction**.

W styczniu 2006 roku, wśród grupy 322 pacjentów z Europy oraz Stanów Zjednoczonych, którzy z powodów przewlekłych schorzeń przyjmowali codziennie doustne

opioidy, zostało przeprowadzone badanie ankietowe. Chorzy ci zostali poproszeni o wypełnienie 45 kwestionariuszy zawierających pytania dotyczące użycia opioidów, ich działań niepożądanych, a także odczuwanego przez nich bólu. W kwestionariuszach szczególny nacisk został położony na niepożądane działania dyspeptyczne związane ze stosowaniem tych leków. Wyniki owego badania prezentowały się następująco (*Opracowanie własne na podstawie "The Prevalence, Severity, and Impact of Opioid-Induced Bowel Dysfunction: Results of a US and European Patient Survey" PubMed*):



Z powyższych danych wynika, że do najważniejszego i najczęstszego objawu należą zaparcia. Szczególnie narażeni na ich występowanie są chorzy znajdujący się w fazie schyłkowej choroby nowotworowej, co związane jest nie tylko z stosowaniem opioidów, ale także innych czynników, jak długotrwałe unieruchomienie czy zaburzenia metaboliczne i czynnościowe. U tej grupy częstość ich występowania wynosi 42,4%. Mechanizm poopiodowych zaparć związany jest z hamującym działaniem morfiny na jej receptory rozmieszczone w przewodzie pokarmowym, w wyniku tego dochodzi do wzrostu napięcia mięśni okrężnych jelit, a w efekcie do zaparcia spastycznego. Do subiektywnej oceny nasilenia zaparć przez pacjenta wykorzystywane są kwestionariusze PAC-SYM (*The Patient Assesment of Constipation Symptoms*) oraz łatwiejszy dla chorego BFI (*Bowel Function*

Index) czyli wskaźnik czynności jelit.

Tab. II Kwestionariusz PAC- SYM

Określenie ciężkości objawów w przebiegu ostatnich 2 tygodni. Skala od 0 pkt do 4pkt; 0-brak objawu, 4- bardzo ciężkie		
Objawy		
brzuszne	odbytowe	związane ze stolcem
Dyskomfort w brzuchu	Bolense wypróżnienia	Niezupełne wypróżnienie, "nieskończone"
Bóle brzucha	Pieczenie odbytu w trakcie wypróżnienia lub po nim	Zbyt twardy stolec
Wzdęcia	Krwawienie lub sączenie podczas wypróżnienia bądź po nim	Zbyt mała ilość stolca
Uczucie ściskania		Napinanie się i wysiłek w celu wypróżnienia
		Uczucie parcia na stolec bez wypróżnienia

Opracowanie własne na podstawie "Medycyna paliatywna" pod redakcją Krystyny de Walden- Gałuszko, Aleksandry Ciałkowskiej- Rysz

Z tego powodu większość pacjentów leczonych opioidami stosuje również profilaktykę zapobiegającą zaparciom w postaci środków przeczyszczających. Jednak jest to postępowanie czysto objawowe. Należy pamiętać o możliwości włączenia leczenia przyczynowego za pomocą antagonisty opioidowego - naloksonu. Na rynku dostępny jest wygodny w użyciu preparat połączony, oksykodon z naloksonem (Targin®), który nie zwalnia jednak z konieczności stosowania profilaktyki przeciwaparciowej.

Kolejnym istotnym problemem, obok tych zaliczanych do OIBD, którego intensywność zauważamy szczególnie w okresie włączania opioidów do terapii, są nudności i wymioty. Pojawiają się one u około 30% pacjentów w schyłkowym okresie choroby nowotworowej. W zależności od mechanizmu różny jest czas ich utrzymywania się.

Pierwszy typ działania opiera się na pobudzaniu przez morfinę, znajdujących się na dnie komory czwartej mózgu, chemoreceptorów. Ten rodzaj nudności i wymiotów dotyka chorych w momencie włączania opioidów do terapii i na szczęście stosunkowo szybko ustępuje, gdyż dochodzi do wytworzenia tolerancji receptorów na bodźce. W leczeniu można stosować leki blokujące receptory dla dopaminy, jak np. haloperidol. Należy jednak pamiętać o możliwości zmniejszenia dawki, a nawet próbie wycofania leków.

Drugi typ działania, nazywany zastoinowym, spowodowany jest przez zastój treści żołądkowej spotęgowany przez skurcz mięśnia zwieracza odźwiernika - regulującego

przeptyw pokarmu między żołądkiem a dwunastnicą. Niestety ten typ dokucza chorym dłużej, to jest przez okres około 8 dni. W leczeniu stosujemy leki prokinetyczne poprawiające ruchy czynnościowe żołądka. Ich przedstawicielem jest metoklopramid.

Jeżeli wymioty i nudności nie ustępują i są bardzo dokuczliwe dla chorego, mimo stosowania leczenia pomocniczego, należy rozważyć zmianę opioidu.

Podsumowanie

Mimo iż leki opioidowe posiadają szereg działań niepożądanych, w tym uciążliwych dla chorych ze strony układu pokarmowego, wydają się być wciąż najlepszym rozwiązaniem dla osób zmagających się z walką z bólem nowotworowym. Zważając na nieuleczalność oraz coraz większą liczbę zachorowań i zgonów z powodu chorób rozrostowych, opioidy stanowią jedyny dotychczas znany skuteczny sposób na godne odejście bez bólu.

Piśmiennictwo

1. Hebanowski M., de Walden- Gałuszko K., Żylicz Z.: Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych. Wyd. PZWL, Warszawa, 1998.
2. de Walden- Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
3. de Walden- Gałuszko K., Ciałkowska- Rysz A.: Medycyna paliatywna. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2015.
4. Rang H.P., Dale M.M., Ritter J.M., et al.: Farmakologia. 2nd ed. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2014, 527-537.
5. <http://lincoln.coffeetownpress.com/>, data pobrania 3.05.2107.
6. <http://onkologia.org.pl>, data pobrania 3.05.2107.
7. Wrona Z.: Wyzwania w praktyce lekarza medycyny paliatywnej- leczeniu bólu a zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego wywołane opioidami. Ocena efektów terapii preparatem złożonym oksykodon/ nalokson - opis przypadku. Świat Medycyny i Farmacji, 2016, 104-108.
8. Bell T.J., Panchal S.J., Miaskowski C., et al: The prevalence, severity, and impact of opioid-induced bowel dysfunction: results of a US and European Patient Survey (PROBE 1). Pain Med. 2009, 10, 35-42.

Hipotermia głęboka, czyli stan na granicy życia i śmierci

Sejboth Justyna¹, Szurlej Dariusz¹, Gurowiec Piotr², Karczewska Olimpia³, Sternik Anna³, Romańska Aleksandra³, Wanot Joanna³, Wawros Karina³, Gawłów-Nowak Lilianna³, Mroczkowska Renata⁴, Graf Lucyna⁵, Ślezione Mariola⁵

1. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii Klinicznej, Katedra anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Instytut Medycyny Pracy w Sosnowcu, Zakład Polityki Zdrowotnej, Wydział Pielęgniarstwa, Zakład Intensywnej Opieki,
3. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej Katedry Anestezjologii Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
4. Klinika Wad Wrodzonych Serca i Kardiologii Dzieci, Śląski Uniwersytet Medyczny, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze
5. Studium Doktoranckie, Zakład Filozofii i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Hipotermia przypadkowa jest rozpoznawana w momencie, gdy temperatura głęboka pacjenta nieurazowego spada poniżej 35°C. Natomiast rekomendacje Komitetu Naukowego Amerykańskiego Stowarzyszenia Chirurgów do spraw Urazów są takie, żeby rozpoznawać hipotermię u pacjentów urazowych, gdy ich temperatura głęboka spadnie już poniżej 36°C. Udowodniono bowiem, że hipotermia przyczynia się do dysfunkcji płytek krwi i zmniejszenia zdolności wytwarzania skrzepu, a co za tym idzie do zaburzeń krzepliwości, co u pacjenta z krwawieniem po urazie znacznie pogarsza rokowanie. Hipotermia występująca po urazie jest jednym z trzech elementów stanowiących tak zwaną triadę śmierci, do której zalicza się także kwasicę metaboliczną wynikającą z hipoksji oraz koagulopatię. Z drugiej jednak strony hipotermia ma też udowodnione działanie cytoprotekcyjne i w niektórych stanach klinicznych celowo wprowadza się pacjenta w stan hipotermii, w związku z tym konieczne są dalsze badania [1,2].

W piśmiennictwie występuje podział hipotermii na łagodną, gdy temperatura głęboka mieści się w przedziale 35-32°C, umiarkowaną 32-28°C oraz ciężką postać, gdy temperatura spada poniżej 28°C [1]. Istnieje również szwajcarska skala hipotermii, oparta na objawach klinicznych osoby poszkodowanej, której mogą używać ratownicy. Skala składa się z pięciu stopni [3]:

- w stopniu I pacjent jest w pełni przytomny i ma dreszcze
- w stopniu II nie ma już dreszczy, a poszkodowany ma zaburzenia świadomości
- w stopniu III poszkodowany jest nieprzytomny
- w stopniu IV występuje brak oddechu u poszkodowanego
- w stopniu V stwierdza się zgon w wyniku nieodwracalnej hipotermii.

Objawy kliniczne są różne w zależności od stopnia głębokości hipotermii. W hipotermii łagodnej możemy zaobserwować u pacjenta: splątanie, zaburzenia mowy i pamięci, dreszcze, tachykardię, tachypnoe oraz poliurię- tzw. „zimną diurezę”. W hipotermii umiarkowanej występuje pogorszenie stanu przytomności, któremu mogą towarzyszyć halucynacje. Nie występują już dreszcze. Może pojawić się bradykardia i zaburzenia rytmu serca. Utrzymuje się natomiast poliuria. Ciężką postać hipotermii charakteryzuje: utrata przytomności i śpiączka. A ciężka bradykardia, zaburzenia rytmu serca, hipotensja i bezdechy mogą doprowadzić do nagłego zatrzymania krążenia [4,5].

Hipotermię możemy podejrzewać na podstawie wywiadu lub badania pacjenta, nie tylko w okresie zimowym, ale także w chłodne i deszczowe dni. Należy pamiętać o tym, że dzieci i osoby starsze są bardziej narażone na wychłodzenie. Upośledzony mechanizm termoregulacji może też występować u osób będących pod wpływem alkoholu, niektórych leków, wyczerpania fizycznego, choroby, zanurzenia w zimnej wodzie czy urazu. Temperatura powierzchni ciała człowieka jest zróżnicowana w zależności od miejsca, w której ją mierzymy. Dlatego rozpoznanie hipotermii oparte powinno być na pomiarze temperatury głębokiej ciała pacjenta. W praktyce klinicznej temperatura głęboka może być zmierzona w przełyku, odbytnicy, pęcherzu moczowym lub na błonie bębenkowej. Często dokładny pomiar temperatury głębokiej jest trudny lub wręcz niemożliwy do wykonania w warunkach przedszpitalnych, ze względu na brak odpowiedniego sprzętu lub konieczność rozebrania pacjenta i narażenie go na dodatkową utratę ciepła. Pomiar temperatury głębokiej w przełyku jest wskazany raczej u pacjentów nieprzytomnych i zaintubowanych, ponieważ jest źle tolerowany przez osoby przytomne z zachowanym odruchem wymiotnym. W warunkach przedszpitalnych, nie zawsze dostępne jest urządzenie do pomiaru temperatury z odpowiednio niskim zakresem mierzenia wartości temperatur, a urządzenia dostępne w karetce zespołu ratownictwa medycznego, zwłaszcza w okresie zimowym, nie zawsze

prawidłowo działają. Jeżeli pomiar temperatury jest niemożliwy w warunkach przedszpitalnych, możemy orientacyjnie rozpoznawać stopień hipotermii na podstawie objawów klinicznych posiłkując się szwajcarską skalą hipotermii [3,5,6,7].

W postępowaniu przedszpitalnym najważniejsze jest niedopuszczenie do dalszej utraty ciepła przez poszkodowanego. Wszystko zależy od okoliczności zdarzenia i środowiska, w jakim poszkodowany się znajduje. Jeżeli poszkodowany został wyciągnięty z wody i ma mokre ubrania, to zdejmowanie takiej odzieży na miejscu zdarzenia, gdy wieje wiatr i jest ujemna temperatura otoczenia, jest co najmniej dyskusyjne. Na szczególną uwagę zasługuje ratownictwo wysokogórskie, niosące pomoc w ekstremalnie trudnych warunkach terenowych i pogodowych. Ratownicy górscy często wydobywają ofiary wypadków z trudno dostępnych i odległych miejsc. Należy więc pamiętać, że nawet mokra odzież do pewnego stopnia stanowi izolację cieplną, a z drugiej strony zdejmowanie mokrego okrycia wierzchniego wymaga dużo czasu i wysiłku. Lepiej takiego poszkodowanego okryć kocami i folią, pamiętając o zabezpieczeniu również okolicy głowy i twarzy przed utratą ciepła, a następnie przetransportować w miejsce suche i ciepłe, np. do karetki pogotowia, czy śmigłowca ratownictwa medycznego i tam, jeżeli warunki i stan pacjenta na to pozwalają, spróbować zmienić mokrą odzież na suche okrycie wierzchnie. Jeżeli pacjent jest w hipotermii głębokiej, to poruszanie ciałem poszkodowanego przy rozbieraniu, zginanie kończyn w dużych stawach, przekładanie na nosze może wywołać zatrzymanie krążenia w mechanizmie migotania komór. Najlepszym rozwiązaniem u poszkodowanego nieprzytomnego jest rozcięcie ubrań w ciepłym pomieszczeniu, jak w przypadku pacjenta urazowego [8,9].

Nie powinno się stwierdzać zbyt pochopnie zgonu u pacjenta w hipotermii, ponieważ sam brak oznak życia, czyli IV stopień według szwajcarskiej skali hipotermii, poszerzenie źrenic, brak reakcji na światło, bardzo zimna skóra, szron na dystalnych częściach kończyn, sztywność mięśni, sztywność w stawach nie stanowi wiarygodnego wskaźnika, jeżeli nie ma ewidentnych cech śmierci, np. śmiertelnie ciężki uraz, zmiążdżenie klatki piersiowej, dekapitacja, zamarznięcie tkanek uniemożliwiające uciskanie klatki piersiowej, choroba terminalna, brak możliwości uciskania klatki piersiowej i transportu chorego do szpitala. U wszystkich innych ofiar hipotermii należy pamiętać o tradycyjnej regule mówiącej, że: „nikt nie jest martwy, dopóki nie jest ciepły i martwy”. U wychłodzonego nieprzytomnego poszkodowanego oddech może być trudny do oceny ze względu na zmniejszoną częstość oddechów i znaczne spływanie każdego oddechu, dodatkowa sztywność klatki piersiowej w głębokiej hipotermii może utrudniać obserwację ruchów oddechowych. Ocena układu krążenia też nie jest łatwa, ponieważ może występować bardzo wolne, niemiernie i słabo napięte tętno, a ciśnienie tętnicze krwi może być nieoznaczalne. Obniżenie temperatury

centralnej organizmu człowieka o każdy jeden stopień zmniejsza zużycie tkankowe tlenu o około 6%. Przy temperaturze głębokiej, wynoszącej 28°C, zapotrzebowanie tkanek na tlen jest o około 50% mniejsze niż w warunkach normotermii. W związku z tym można wnioskować, że w niektórych sytuacjach klinicznych hipotermia działa protekcyjnie na mózg i ważne życiowo narządy, zwłaszcza jeżeli do głębokiej hipotermii doszło przed zatrzymaniem oddechu. W piśmiennictwie światowym można spotkać opisy przypadków wyreanimowania pacjentów i ich przeżycia w dobrym stanie klinicznym, u jednego z nich temperatura głęboka wynosiła 13,7°C, a przyczyną hipotermii i zatrzymania krążenia było zanurzenie w zimnej wodzie [10,11].

Podstawowe zabiegi resuscytacji u pacjenta w hipotermii, czyli uciskanie klatki piersiowej i wentylacja, według wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji, powinny być prowadzone z taką samą częstością, jak u pacjenta w normotermii. U pacjentów dorosłych 30 uciśnień klatki piersiowej i 2 wdechy. Pacjent będący w hipotermii może mieć zwiększoną sztywność klatki piersiowej, co może utrudniać wentylację i uciskanie klatki piersiowej na poziomie podstawowych zabiegów resuscytacyjnych. Przydatne mogłoby okazać się w takiej sytuacji urządzenie do mechanicznego uciskania klatki piersiowej. Prawdłowo założony masażer pozwala na efektywne uciskanie klatki piersiowej w trakcie transportu chorego z zatrzymaniem krążenia, niestety dostępność tego urządzenia jest ograniczona w wielu szpitalach i karetkach ratownictwa medycznego. Przed podjęciem czynności resuscytacyjnych należy szukać oznak życia. Udrożnić drogi oddechowe i prowadzić wentylację z użyciem wysokich przepływów tlenu, jeżeli nie zaobserwujemy spontanicznego oddechu u pacjenta. Tętno na dużych tętnicach powinno być oceniane przez co najmniej jedną minutę, ponieważ może występować znaczna bradykardia i słabo wypełnione tętno. Pamiętać należy o przyrządowym udrożnieniu dróg oddechowych. Najbardziej wskazana jest ostrożna intubacja. Mimo że opisywane są w piśmiennictwie nieliczne przypadki wystąpienia migotania komór spowodowane manewrem intubacji, to korzyści związane z zabezpieczeniem dróg oddechowych przed aspiracją treści żołądkowej i z możliwością prawidłowej wentylacji są dużo większe. Pacjent nieprzytomny w hipotermii należy do grupy zwiększonego ryzyka zachłyśnięcia treścią pokarmową. Należy takiego pacjenta traktować jak z pełnym żołądkiem, ponieważ z jednej strony nie wiemy, kiedy jadł ostatni posiłek, a z drugiej strony znaczne wychłodzenie opóźnia opróżnianie żołądka z treści pokarmowej. W zależności od dostępności sprzętu i doświadczenia ratowników, do udrożnienia dróg oddechowych można użyć również alternatywnych przyrządów, takich jak: maska krtaniowa, czy rurka krtaniowa. Niektóre modele masek krtaniowych mają porty do odsysania treści żołądkowej. Mimo, że nadgłośniowe przyrządy służące do udrażniania dróg oddechowych nie zabezpieczają w pełni

przed aspiracją treści żołądkowej, to umożliwiają satysfakcjonującą wentylację chorego. U pacjentów w hipotermii występuje znaczna sztywność mięśni poprzecznie prążkowanych, która może utrudniać odgięcie głowy i otwarcie jamy ustnej, a tym samym znacznie utrudniać przyrządowe udrożnienie dróg oddechowych. W trakcie wentylacji pacjenta w hipotermii należy spodziewać się znacznej hipokapni związanej ze zmniejszeniem metabolizmu i ze zwiększoną rozpuszczalnością dwutlenku węgla w osoczu. U osób z zachowanym spontanicznym oddechem powinno się zastosować tlenoterapię przez maskę twarzową z rezerwuarem [10,12,13,14,15].

Hipotermia jest jedną z odwracalnych przyczyn zatrzymania krążenia. Mięsień serca w miarę obniżania się temperatury zmniejsza swoją aktywność elektryczną i metaboliczną przez bradykardię aż do wystąpienia asystolii. Może nie reagować na próby stymulacji elektrycznej i na farmakoterapię, ale z drugiej strony jest bardzo podatny na wystąpienie migotania komór w przypadku zmiany pozycji ciała, takich jak: pionizacja, nieostrożny transport chorego, uciskanie klatki piersiowej w trakcie resuscytacji, intubacja. Migotanie komór występujące u poszkodowanego w głębokiej hipotermii jest z reguły odporne na próby defibrylacji elektrycznej i na farmakoterapię. Metabolizm leków w hipotermii jest zwolniony i istnieje duże ryzyko wystąpienia ich toksycznego stężenia przy powtarzanych dawkach, jak według wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji u pacjentów w normotermii. Dlatego powinno się rozpocząć podawanie leków dopiero po osiągnięciu przez organizm poszkodowanego temperatury głębokiej powyżej 30°C. Przy temperaturze w przedziale 30-35°C przerwy pomiędzy kolejnymi dawkami leków powinny być dwukrotnie dłuższe niż stosowane w normotermii. Gdy poszkodowany osiągnie temperaturę powyżej 35°C możemy zastosować standardowy protokół resuscytacji. Jeżeli chodzi o defibrylację elektryczną, to nie określono do tej pory najniższej temperatury, przy której powinno się po raz pierwszy wykonać próbę defibrylacji. Dopuszczalne jest wykonanie do trzech defibrylacji najwyższą energią, możliwe jest wykorzystanie automatycznego defibrylatora AED, jeżeli jest dostępne, ale kolejne defibrylacje, jeżeli utrzymują się rytmy defibrylacyjne powinny być wykonane dopiero po ogrzaniu pacjenta do temperatury powyżej 30°C [10,16].

W warunkach przedszpitalnych postępowanie z pacjentem w hipotermii obejmuje przede wszystkim usunięcie chorego z zimnego otoczenia, zabezpieczenie go przed dalszą utratą ciepła i ostrożny transport do szpitala. Należy unikać zbyt długiego leczenia i postępowania na miejscu zdarzenia, żeby nie narażać poszkodowanego na dalszą utratę ciepła. Pacjenci z hipotermią umiarkowaną i ciężką, czyli w skali szwajcarskiej od II stopnia wzwyż, powinni być unieruchomieni, monitorowani i ostrożnie transportowani do szpitala w pozycji poziomej, żeby uniknąć destabilizacji układu krążenia. Wszyscy pacjenci powinni

dostać tlen, a pacjenci nieprzytomni powinni mieć dodatkowo zabezpieczone drogi oddechowe. Pacjenci z łagodną hipotermią, przytomni, bez zaburzeń rytmu serca i mający dreszcze mogą być transportowani do najbliższego szpitala celem ogrzania biernego i dalszego leczenia. Pacjenci z zaburzeniami świadomości, będący w umiarkowanej i ciężkiej hipotermii powinni trafić do ośrodków wyposażonych w sprzęt umożliwiający czynne zewnętrzne i czynne wewnętrzne ogrzewanie pacjenta. Techniki czynnego zewnętrznego ogrzewania są proste, szeroko stosowane w praktyce klinicznej. Są skuteczne nawet w ciężkiej hipotermii pod warunkiem, że pacjent ma zachowane stabilne krążenie. Należą do nich: ogrzewanie ciepłym powietrzem i ciepłymi płynami podgrzanyymi nawet do temperatury 42°C. Metodami czynnymi wewnętrznymi są: płukanie jam ciała: otrzewna, opłucna, żołądek, pęcherz moczowy, ciepłymi płynami podgrzanyymi do temperatury 40°C. Ogrzewanie prowadzimy z szybkością 1-1,5°C /godzinę. We wcześniejszych zaleceniach, które pojawiły się jeszcze w latach 60. i 70. XX wieku panowało przekonanie, że ogrzewanie powinno być powolne, ostrożne i nie powinno być większe niż 0,5°C na godzinę, żeby zapobiec destabilizacji układu krążenia, obrzękowi płuc i mózgu. Wydaje się jednak, że w dzisiejszych czasach dostępność nowoczesnego sprzętu i wiedza medyczna pozwalają na szybsze i bezpieczniejsze ogrzewanie ofiary hipotermii. Nie ma jeszcze w chwili obecnej oficjalnych rekomendacji dotyczących sposobów ogrzewania w zależności od stopnia hipotermii, a wybór metody zależy od sprzętu, wiedzy i doświadczenia personelu medycznego, jakim dysponuje dany szpital [5,10,15,17].

Pacjenci w głębokiej hipotermii, niestabilni krążeniowo-oddechowo, z zaburzeniami rytmu serca, narażeni na nagłe zatrzymanie krążenia oraz pacjenci z nagłym zatrzymaniem krążenia w trakcie resuscytacji powinni trafić do ośrodka dysponującego urządzeniem do pozaustrojowego wspomaganie oddychania i krążenia ECMO (Extracorporeal membrane oxygenation). Jest to inwazyjna metoda, obarczona dużym ryzykiem. Stosowana głównie z powodu ostrej niewydolności serca, płuc, a także w hipotermii i transplantologii. Zestaw ECMO składa się z oksygenatora, w którym dochodzi do wymiany gazowej, pompy magnetycznej, która wymusza przepływ krwi i drenów. W zależności od wskazań klinicznych istnieją dwa sposoby podłączenia kaniul pacjentowi. Najczęściej w ciężkiej postaci niewydolności oddechowej w przebiegu ARDS podłącza się ECMO V-V, czyli żylny-żylny. Można założyć dwie kaniule do dużych naczyń żylnych lub jedną dwuświatłową. Natomiast ECMO V-A, czyli żylny-tętniczy stosuje się jako wspomaganie mechaniczne układu krążenia i układu oddechowego, a także w głębokiej hipotermii. Sposoby i miejsca kaniulacji, czy to metodą przezskórną czy chirurgiczną są uzależnione od stanu pacjenta, doświadczenia danego ośrodka i dostępnego sprzętu. Najczęściej do kaniulacji wybierane są naczynia udowe.

Rzadziej tętnica szyjna wspólna czy tętnica podobojczykowa. ECMO jest więc preferowaną metodą czynnego, wewnętrznego ogrzewania pacjentów będących w głębokiej hipotermii, a tempo ogrzewania chorego może wynosić nawet 8-12°C na godzinę. Niestety urządzenia te nie są powszechnie dostępne, a bezpieczny transport chorego do ośrodka dysponującego urządzeniem ECMO nie zawsze możliwy, wtedy należy połączyć i wykorzystać wszystkie dostępne metody ogrzewania [10,15].

We wczesnym okresie leczenia hipotermii, zwłaszcza głębokiej, musimy liczyć się z dużym ryzykiem powikłań ze strony układu krążeniowo-naczyniowego i zaburzeń metabolicznych. Pacjent w hipotermii i w czasie ogrzewania jest narażony na zatrzymanie krążenia, w związku z tym powinien być stale monitorowany. Podczas ogrzewania naczynia krwionośne ulegają rozszerzeniu, dlatego pacjentowi należy przetaczać duże objętości ciepłych płynów, najlepiej pod kontrolą monitorowania hemodynamicznego. Szczególną uwagę przywiązuje się do monitorowania równowagi kwasowo-zasadowej, układu krzepnięcia, stężenia potasu i glukozy we krwi, które mogą ulegać znacznym wahaniom w trakcie ogrzewania chorego. Śmiertelność jest zależna od stopnia i rodzaju hipotermii, czasu trwania, chorób współistniejących i wynosi 20-90% [5,10].

Każdy pacjent z zaburzeniami świadomości lub nieprzytomny, u którego podejrzewamy hipotermię na podstawie wywiadu, okoliczności zdarzenia i objawów klinicznych, powinien mieć zmierzoną temperaturę głęboką. W razie stwierdzenia hipotermii powinien być niezwłocznie skonsultowany z najbliższym ośrodkiem, w którym znajduje się Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Oddział Kardiochirurgii dysponujący możliwością zastosowania ogrzewania pozaustrojowego za pomocą urządzenia ECMO, ponieważ tylko wczesne rozpoznanie i kwalifikacja do pozaustrojowego ogrzewania daje szanse na skuteczne leczenie.

Piśmiennictwo

1. Danzl D.: Accidental hypothermia. [In:] Wilderness medicine, Auerbach P., (ed.). St. Louis, Mosby, 2007, 125-60.
2. Segers M.J.M., Diephuis J.C., van Kestern R.G. i in. Hypothermia in trauma patients, Unfallchirurg, 1998, 101, 741-749.
3. Durrer B., Brugger H., Syme D.: The medical on-site treatment of hypothermia ICAR-MEDCOM recommendation, High Alt. Med. Biol., 2003, 4, 99-103.
4. Kempainen R.R., Brunette D.D.: The evaluation and management of accidental hypothermia, Respir. Care, 2004, 49, 192-205.

5. Kosiński S.: Hipotermia jako choroba, <http://www.hipotermia.edu.pl>, data pobrania 02.04.2017.
6. Brown D.J., Brugger H., Boyd J.: Accidental hypothermia, *N. Engl. J. Med.*, 2012, 367, 1930-1938.
7. Zafren K., Giesbrecht G.G., Danzel D.F. i in.: Wilderness Medical Society Practice Guidelines for the Out-of-Hospital Evaluation and Treatment of Accidental Hypothermia, *Wilderness Environ. Med.*, 2014, 25, 425-445.
8. Henriksson O., Lundgren P., Kuklane K. i in.: Protection against cold in prehospital care: evaporative heat loss reduction by wet clothing removal or the addition of a vapor barrier- a thermal manikin study, *Prehosp. Disaster Med.*, 2012, 27, 53-58.
9. Danzl D.F., Lloyd E.L.: Treatment of accidental hypothermia [w:] *Medical Aspects of Harsh Environments*, t. 1. Borden Institute Walter Reed Army Medical Center, Washington, DC 2001.
10. Soar J., Perkins G.D., Abbas G. et al.: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 8. Cardiac arrest in special circumstances: Electrolyte abnormalities, poisoning, drowning, accidental hypothermia, hyperthermia, asthma, anaphylaxis, cardiac surgery, trauma, pregnancy, electrocution, *Resuscitation*, 2010, 81, 1400-1433.
11. Gilbert M., Busund R., Skagseth A., et al.: Resuscitation from accidental hypothermia of 13,7°C with circulatory arrest, *Lancet*, 2000, 355, 375-6.
12. Walls R.M., Murphy M.F.: *Manual of emergency airway management*, wyd. 4. Wolters Kluwer, Lippincot Williams & Wilkins, 2011.
13. Sejboth J., Gurowiec P., Karczewska O., i wsp.: Pozaszpitalne zatrzymanie krążenia i jego konsekwencje dla najbliższych [w:] *W drodze do brzegu życia*, pod red. Krajewskiej-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., Kułaka W., Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Duchno sp. z o.o., Białystok, 2016, t. XIV, 345-350.
14. Danzl D.F., Pozos R.S., Auerbach P.S., et al.: Multicenter hypothermia survey. *Ann. Emerg. Med.*, 1987, 16, 1042-55.
15. Hipotermia - kliniczne aspekty wychłodzenia organizmu, *Mechanizmy zagrożeń i kierunki nowoczesnego leczenia*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016, Wyd. I
16. Mallet M.L.: Pathophysiology of accidental hypothermia, *Q. J. Med.*, 2002, 95, 775-785.

17. Kornoberg E., Schwarz B., Lindner K.H., Mair P.: Forced air Surface rewarming in patients with severe accidental hypothermia, Resuscitation, 1999, 41, 105-11.

PERINATOLOGIA



Zastosowanie badań prenatalnych w diagnostyce wad wrodzonych

Sternik Anna¹, Karczewska Olimpia¹, Wanot Joanna¹, Romańska Aleksandra¹, Sejboth Justyna², Szurlej Dariusz², Wawros Karina¹, Gawłów-Nowak Lilianna¹, Mroczkowska Renata³, Śleziona Mariola⁴, Graf Lucyna⁴

1. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej Katedry Anestezjologii Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Zakład Anestezjologii Klinicznej Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
3. Klinika Wad Wrodzonych Serca i Kardiologii Dzieci, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
4. Studium Doktoranckie, Zakład Filozofii i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp

W ostatnich latach wzrasta systematycznie średni wiek rodzących kobiet. Obecnie ok. 10 procent ogólnej liczby porodów stanowią ciężarne po 35. roku życia. Statystycznie po ukończeniu 35 lat wzrasta istotnie ryzyko wystąpienia u płodu aberracji chromosomowej.

Ryzyko populacyjne urodzenia dziecka z wadą wrodzoną wynosi około 3-5 procent. Diagnostyka prenatalna stanowi jedno z największych osiągnięć współczesnej perinatologii.

Oferuje bardzo szerokie możliwości przeprowadzenia badań stanu płodu na różnych etapach jego rozwoju. Wykrycie wewnątrzmaciczne nieprawidłowości anatomicznych czy genetycznych pozwala na wdrożenie leczenia noworodka natychmiast po urodzeniu, a czasami nawet jeszcze w łonie matki. Ze względu na obciążenia związane z procedurami diagnostycznymi metody badań prenatalnych podzielono na nieinwazyjne i inwazyjne.

Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego zaleca się, aby każda ciężarna miała wykonane badanie ultrasonograficzne trzykrotnie w trakcie trwania

ciąży bez względu na wiek. Inwazyjne badania proponowane są kobietom, u których wywiad jest obciążony, badanie nieinwazyjne jest dodatnie lub gdy ukończyły 35. rok życia.

Kwalifikacja do badań prenatalnych

Badania nieinwazyjne [6-11]

Skierowane do :

- Kobiet poniżej 35. roku życia w celu bezpiecznego wykluczenia ryzyka wystąpienia wad u płodu
- Kobiet po 35. roku życia w celu ustalenia innych wskazań, oprócz wieku, do badań inwazyjnych
- Kobiet powyżej 35. roku życia, które są przeciwne wykonywaniu badań inwazyjnych

Badania inwazyjne [6-11]

Inwazyjne techniki diagnostyki prenatalnej są badaniami, które ingerują do wnętrza płodowo-łożyskowego i w związku z tym niosą za sobą ryzyko utraty ciąży. Wykonywane są zawsze ściśle pod kontrolą ultrasonograficzną.

Do badań tych należą

- Biopsja trofoblastu
- Amniopunkcja
- Kordocenteza

Do wskazań zastosowania diagnostyki inwazyjnej należą:

- Wiek matki powyżej 35. roku życia
- Wcześniejsze poronienia
- Wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka
- Stwierdzenie znacznie zwiększonego ryzyka urodzenia dziecka z chorobą wieloczynnikową lub uwarunkowaną monogenetycznie
- Występowanie aberracji chromosomowych u któregoś z rodziców dziecka
- Nieprawidłowe wyniki USG i/lub biochemiczne przeprowadzone w trakcie ciąży, wskazujące na zwiększone ryzyko wady płodu

Poza ciążarnymi po 40. roku życia badania inwazyjne powinny być przeprowadzane po uprzednim wykonaniu badań przesiewowych. Niektóre ciężarne świadomie rezygnują z

etapu badań przesiewowych i nie można odmówić im wykonania badań inwazyjnych. Należy jednak szczególnie przedstawić stopień ryzyka tych badań oraz możliwe powikłaniach.

Diagnostyka prenatalna nieinwazyjna

Badanie ultrasonograficzne – USG - w pierwszym trymestrze ciąży 11.-14. tydzień ciąży, pozwala:

- Określić wiek ciążowy oraz ilość płodów
- Ocenic żywotność płodu, ruchy kończyn, tętno,
- Ustalić umiejscowienie i kształt żołądka
- Ustalić obecność i wielkość pęcherza moczowego
- Określić wielkość komory IV mózgu
- Ustalić ułożenie płodu.
- Ustalić i ocenić przepływ przez zastawkę trójdzielną oraz przepływ w przewodzie żylnym

Dzięki dynamicznemu rozwojowi medycyny to właśnie ultrasonografia stała się jedną z najważniejszych metod monitorowania stanu płodu. Jednak mimo faktu, iż dotychczas nie ma potwierdzonych danych, że USG miałyby być szkodliwe dla rozwijającego się płodu Polskie Towarzystwo Ginekologiczne wydało rekomendacje określające czas wykonania badania u ciężarnej z ciążą niepowikłaną. Są to 11.-14. tydzień ciąży, 18.-22. tydzień ciąży oraz po 30. tygodniu ciąży [8]. Wybór tych terminów ustalono z konkretnych powodów na podstawie badań. Lekarze z Fetal Medicine Fundation FMF z Londynu, po przeprowadzeniu największej ilości badań pomiędzy 11. a 14. tygodniem ciąży, opracowali program obliczania ryzyka urodzenia dziecka z aberracją chromosomową. W tym badaniu długość głowowo-ogonowa płodu wynosi ok. 45 mm do 85 mm. Badaniu podlegają ocenie wszystkie narządy oraz zbiornik płynu w okolicy szyjnej, tzw. przezierność karku (NT- *nuchal translucency*). Poszerzenie powyżej 2,5 mm daje podejrzenie, że płód może być obarczony aberracją chromosomową, wadą serca lub innego narządu [1].

Grubość fałdu karkowego rośnie wraz z wiekiem ciążowym i długością ciemieniowosiedzeniową. W przypadku stwierdzonego poszerzenia można podejrzewać zagrożenie trisomią chromosomów pary 18 lub 21.

- NT= 3mm – ryzyko trisomii podwyższone ponad ryzyko wynikające z wieku matki 3 razy [2]

- NT=4mm - ryzyko trisomii podwyższone ponad ryzyko wynikające z wieku matki 18 razy [2]
- NT=5mm - ryzyko trisomii podwyższone ponad ryzyko wynikające z wieku matki 28 razy [2]
- NT>5mm - ryzyko trisomii podwyższone ponad ryzyko wynikające z wieku matki 36 razy [2].

Niestety pomimo, iż test ten jest uznawany za najczulsze badanie przesiewowe w diagnostyce zespołu Downa nie można jednoznacznie stwierdzić na tym etapie, czy dziecko będzie zdrowe, czy chore. Test może dawać wyniki fałszywie dodatnie i powodować u ciężarnej spory stres. Na tym etapie diagnostyki ważną częścią składową jest dokładne wytłumaczenie ciężarnej, że przeprowadzone badanie nie jest jedyną i ostateczną metodą, a pewną odpowiedź dotyczącą kariotypu można uzyskać tylko po przeprowadzeniu badań inwazyjnych.

Wykonanie badanie ultrasonograficznego w **drugim trymestrze**, pomiędzy 18. a 22. tygodniem ciąży pozwala na wykrycie innych typów dysmorfii, a także szeregu innych wad płodu. Budowa narządów u płodu jest już w nim bardzo wyraźna, większość wad może już być wówczas wykryta.

W trakcie diagnostyki poszukuje się zmian lub uszkodzeń, które występują u płodów z chorobami genetycznymi. Wybrane choroby możliwe do rozpoznania w drugim trymestrze ciąży obejmują:

- Wady w obrębie układu nerwowego:
 - Bezmózgowie,
 - Wodogłowie,
 - Przepuklina oponowa
- Klatka piersiowa:
 - Wady serca,
 - Przepuklina przeponowa - może współistnieć z trisomią 18, a także z wadami serca.
- Jama brzuszna i miednica:
 - Wytrzewienie
 - Zarośnięcie przewodu pokarmowego.

- Przepuklina pępowinowa – może współistnieć z wrodzoną wadą serca lub być częścią składową zespołu genetycznego, np. zespołu Pataua, zespołu Edwardsa.
- Wodonercze
- Torbiele nerek
- Układ szkieletowy - skrócenie kończyn
- Twarzoczaszka - rozszczep wargi
- Objawy ogólne:
 - Zaburzenia wzrostu - zahamowanie wewnątrzmacicznego wzrostu płodu może występować jako skutek zaburzeń wydolności łożyska, a przy łożysku wydolnym jako istotny objaw możliwej ciężkiej aberracji chromosomowej. Wydolność łożyska diagnozuje się poprzez badanie USG, łącznie z badaniem dopplerowskim.
 - Wielowodzie - może wskazywać na niedrożność przewodu pokarmowego, rozszczep podniebienia, zarośnięcie nozdrzy tylnych.

Jeżeli podczas badania zostaje stwierdzony brak żołądka lub jego wymiary są znacznie pomniejszone, to można podejrzewać zarośnięcie przetyku.

- Małowodzie - najczęściej wskazuje na płodową niewydolność nerek, niedrożność nerek, a w skrajnych przypadkach na jedno- lub obustronny brak nerki, które w większości przypadków prowadzi do obumarcia płodu. Jest to rzadka wada, występująca częściej u płodów męskich niż żeńskich.

W trzecim trymestrze badanie pozwala ocenić postęp wzrastania, a także położenie i wielkość płodu, co ma istotne znaczenie dla przebiegu porodu.

Echokardiografia płodowa – wykonywana ok. 20. tygodnia ciąży, ma na celu wykrycie ewentualnych wad serca zarówno genetycznych, jak i całkowicie od nich niezależnych, a także innych zaburzeń w krążeniu płodu. Powinno odbywać się w referencyjnym ośrodku kardiologii prenatalnej. W roku 2004 opublikowano rekomendacje Sekcji Kardiologii Płodu Europejskiego Towarzystwa Kardiologów Dziecięcych, zawierające wskazówki dotyczące wykonywania badań echokardiograficznych u płodów. Wrodzone wady serca stanowią najczęstszą patologię występującą z częstością ok. 1% u noworodków żywo urodzonych i dających około 20% wskaźnik zgonów w okresie perinatalnym. Średnio 3 na 1000 noworodków wymaga zaawansowanego leczenia kardiochirurgicznego. Wśród

plodów wady układu krążenia występują trzykrotnie częściej i ponad połowa plodów nie dożywa do terminu porodu. Rodzaje wad serca płodu to:

- Łagodna - np. ubytek mięśniowy przegrody międzykomorowej
- Ciężka - np. zespół Fallota
- Krytyczna - np. HLHS (zespół niedorozwoju lewego serca).

Tylko przy pewnych wadach serca rokowanie wstępne może zostać podane na pierwszej wizycie, jeśli badanie wykonywane jest przez specjalistę z zakresu kardiologii prenatalnej.

W znacznej części badań jednak konieczne jest jeszcze uzupełnienie badań diagnostycznych, np. o określenie kariotypu i powtórny zapis echokardiograficzny.

Po sprecyzowaniu rodzaju wady kardiolog może przedstawić rodzicom możliwe dalsze postępowanie, a w nim leczenie prenatalne (np. wewnątrzmaciczne balonowe poszerzenie zastawki aortalnej lub płucnej) lub po urodzeniu w ośrodku kardiologicznym specjalizującym się w tego rodzaju schorzeniach, opiekę paliatywną w sytuacji, gdy choroba jest nieuleczalna a ciąża będzie trwała do rozwiązania lub w pewnych sytuacjach terminację ciąży.

Przy wykluczeniu wady serca ważnym czynnikiem jest uświadomienie rodzicom, że na obecnym etapie badania i trwania ciąży nie wszystkie wady płodu są możliwe do zdiagnozowania, a w późniejszym okresie mogą pojawić się zmiany czynnościowe, np. zaburzenia rytmu lub mogą ujawnić się wady strukturalne [1].

Badania biochemiczne

Badania laboratoryjne stanowią w diagnostyce chorób główną część składową postępowania lekarskiego.

Postęp, jaki dokonał się na przełomie ostatnich lat w tej dziedzinie medycyny znacznie wyprzedza rozwój innych obszarów medycyny, jednak nie wszystkie badania, które przeszły pozytywnie okres walidacji znalazły zastosowanie w codziennej praktyce.

Wśród szerokiej gamy badań dedykowanych kobietom ciężarnym znalazły się badania prenatalne, a wśród nich testy nieinwazyjne biochemiczne.

Do podstawowych, rekomendowanych przez towarzystwa naukowe, wykonywanych obecnie standardowo w tzw. grupie ryzyka zalicza się poniższe testy.

Test potrójny – zalecany czas wykonania 14.-21. tydzień ciąży.

Badanie polega na określeniu poziomów alfafetoproteiny AFP, gonadotropiny kosmówkowej HCG lub jej podjednostki β oraz wolnego estriolu. Ich stężenia w ciąży fizjologicznej ulegają charakterystycznym zmianom w kolejnych tygodniach ciąży. Istotą diagnostycznej wartości testu potrójnego jest wykrycie zakłóceń w układzie zmian, typowych dla określonych patologii płodu.

Otrzymane wyniki interpretuje się łącznie z danymi matki – wywiad położniczy, internistyczny (ciężar ciała, nałogi, obciążenie cukrzycą insulinozależną) oraz wynikiem badania USG. Uzyskane informacje poddawane są analizie komputerowej i na jej podstawie określone zostaje prawdopodobieństwo wystąpienia trisomii chromosomu 18 (zespół Edwardsa) i 21 (zespół Downa) oraz otwartych wad ośrodkowego układu nerwowego (bezmózgowie, beczaszki, przepuklina kręgosłupa) [3,4]

W wadach cewy nerwowej obserwuje się wyższe wartości AFP [3,4].

W zespole Dawna wartości AFP i estriolu są poniżej normy, a β HCG jest bardzo podwyższona [3,4].

W zespole Edwardsa zmniejszone stężenie obserwuje się dla wszystkich trzech parametrów [3,4]

Wadą tego testu jest brak możliwości oceny ryzyka wystąpienia trisomii 13 (zespół Patau) oraz wysokie ryzyko błędów i wyników fałszywie dodatnich u kobiet ciężarnych po 42. roku życia [3,4].

Test podwójny PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A) – **ocena stężenia osoczowego białka ciążowego A**

Test ten wykonywany jest pomiędzy 11. a 14. tygodniem ciąży [4,5]. Krew do badania powinna zostać pobrana tego samego dnia, w którym wykonywano badanie USG przezierności karkowej [4,5]

Zgodnie z rekomendacjami FTF (*Fetal Medicine Foundation*) badania można wykonywać systemami analitycznymi Auto Delfia, Delfia Express i Manual Delfia firmy Perkin Elmer, Kryptor i Kryptor Compact firmy Brahms oraz Combas i Elecsys firmy Roche Diagnostics [4,5]

W ciąży prawidłowej poziom wolnej podjednostki β HCG we krwi matki ulega zmniejszaniu w trakcie trwania ciąży, natomiast poziom PAPP-A wraz z rozwojem ciąży wzrasta [4,5].

Zespół Downa podejrzewa się w sytuacji, gdy poziom wolnej β HCG ma wartość dwukrotnie wyższą niż normalnie, stężenie PAPP-A wynosi połowę normy dopuszczalnej, a wynik przezierności karkowej jest podwyższony [4,5].

Ocena wartości wolnej β HCG wraz z PAPP-A daje 65% czułość wykrycia trisomii 21. Po włączeniu do oceny wyniku przezierności karkowej zwiększa tę czułość do 95% [4,5].

Tab. I. Schemat postępowania po stwierdzeniu dodatnich wyników testu papp-a i potrójnego [6]

TEST PAPP-A, OCENA NT, TEST PODWÓJNY
KOMPUTEROWA ANALIZA RYZYKA WYSTAPIENIA ABERRACJI CHROMOSOMOWEJ
RYZIKO WYSTAPIENIA WADY 1:300
DECYZJA O WŁĄCZENIU KOLEJNYCH ETAPÓW DIAGNOSTYKI
SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ
DECYZJA O ZASTOSOWANIU INWAZYJNEJ DIAGNOSTYKI
ZGODA NA WYKONANIE BADAŃ INWAZYJNYCH
POBRANIE MATERIAŁU DO BADAŃ GENETYCZNYCH

Diagnostyka prenatalna inwazyjna

Biopsja trofoblastu – CVS Chorionic Villus Smpling – 9.- 12. tydzień ciąży

Przezpowłokowe lub przeszzyjkowe pobranie kosmków bardzo aktywnej miotycznie kosmówki kosmatej. Pobrania dokonuje się przy pomocy igły lub giętkiego cewnika. Materiał pozyskany w ten sposób może być wykorzystany do badania cytogenetycznego bezpośrednio po pobraniu lub po hodowli długoterminowej. Czas oczekiwania na wyniki wynosi od 2 do 3 tygodni. W materiale określany zostaje kariotyp płodu. Materiał ten może także posłużyć do badań molekularnych. Zaletą badania jest możliwość wczesnego wykonania i stosunkowo krótkiego czasu oczekiwania na wyniki.

Niestety w przypadku tego badania występuje ryzyko poronienia, które w badaniu przeszzyjkowym wynosi 2,2%, w przezpowłokowym 1,33%, a także często krwawienia ok. 40% badanych ciężarnych. Dodatkową wadą jest ryzyko zabrudzenia bioptatu materiałem

matczynym, jeśli nie zostanie wykonana dokładna separacja kosmków od błony doczesnej. W długoterminowej hodowli znacznie utrudni to interpretację kariotypu.

Choroby neurologiczne, w których możliwa jest diagnostyka prenatalna z zastosowaniem analizy DNA :

- Dystrofia miotoniczna
- Nerwiakowłóknikowatość typ 2
- Stwardnienie guzowate
- Choroba Huntingtona
- Rdzeniowy zanik mięśni
- Postępująca dystrofia mięśniowa Duchenne’a/Beckera
- Wrodzony zanik nerwów wzrokowych Lebera
- Choroba Taya- Sachsa
- Zespół Lescha Nyhana

Amniopunkcja – nakłucie przezbrzuszne jamy macicy wykonywane w celu pobrania 15-20 ml płynu owodniowego. Z komórek pobranych z płynu owodniowego - amniocytów - zakłada się hodowlę komórkową, dzięki której możliwe jest określenie kariotypu płodu [5].

Amniopunkcja wczesna – wykonywana między 11. a 14. tygodniem ciąży daje możliwość wcześniejszego określenia kariotypu, jednak wiąże się z dużo większym ryzykiem poronienia [5].

Amniopunkcja klasyczna – wykonywana jest ok. 15. do 20. tygodnia ciąży, a ryzyko poronienia wynosi 0,5% [5].

Nie zawsze powikłania po amniopunkcji są tożsame z poronieniem. Do najczęściej występujących zaliczają się

- Bóle w dole brzucha
- Plamienie sączenie wód płodowych
- Krwawienie
- Obrzęki kończyn dolnych
- Infekcje [5].

Kodrocenteza – (PUBS - Percutaneous Umbilicalcord Blood Sampling) - przezskórne nakłucie sznura pępowinowego w celu pobrania krwi pępowinowej w ilości od 0,5 do 1 ml. Zalecany czas wykonania w zależności od źródła po 17.- 20. tygodniu ciąży.

Kordocenteza owodniowa – nakłucie żyły pępowinowej od strony owodni. Żyłę nakłuwa się w miejscu najbardziej stabilnego przyczepu pępowiny.

W znieczuleniu miejscowym długą, cienką igłą lekarz wkłuwa się przez powłoki brzuszne do pępowiny i z pętli pępowinowej pobiera krew. Badanie trwa kilkanaście minut, ale potem pacjentka pozostaje przez kilka godzin pod opieką lekarską

Wskazania [3,4]:

- Wykrycie w badaniu ultrasonograficznym wykonanym ok. 18. tygodnia ciąży zmian sugerujących możliwość wystąpienia aberracji chromosomowych
- Diagnostyka prenatalna chorób krwi – małopłytkowość, hemofilia
- Małowodzie lub bezwodzie stwierdzone w badaniu ultrasonograficznym z równoczesnym współistniejącym stwierdzeniu wad rozwojowych płodu

Poprzez wykonanie badania można ustalić m.in. kariotyp (zestaw chromosomów) i DNA stwierdzając, czy dziecko jest obarczone chorobą genetyczną [3,4].

Gdy istnieje ryzyko wystąpienia konfliktu serologicznego, bada się morfologię i grupę krwi płodu oraz liczbę przeciwciał w krwi matki, niszczących czerwone ciała płodu – jeśli jest ich dużo, możliwe jest wykonanie transfuzji krwi u płodu jeszcze w łonie matki [3,4].

W przypadku ciężkiej anemii lub obrzęku uogólnionego płodu, transfuzję wewnątrzmaciczną przeprowadza się co 10–14 dni [3,4].

Takie zabiegi wykonuje się do czasu osiągnięcia przez płód dojrzałości, co następuje około 35. tygodnia ciąży – wówczas należy wywołać poród [3,4].

Kordocenteza jest najtrudniejszym badaniem inwazyjnym, ryzyko powikłań jest ok. dwa razy większe niż w przypadku pozostałych badań – do poronienia dochodzi średnio raz na 50 wykonanych procedur [3,4].

Lista ośrodków rekomendowanych do wykonywania badań prenatalnych

W trosce o wysoką jakość badań Zespół do spraw opracowania programu badań prenatalnych w Polsce zaleca ich wykonywanie w wytypowanych jednostkach. Są to Kliniki oraz Zakłady dysponujące wysokospecjalistyczną aparaturą oraz doświadczeniem w zakresie diagnostyki prenatalnej.

Wskazane zespoły otrzymały rekomendację z zakresu położnictwa i ginekologii, a zakłady genetyki z zakresu jakości badań prenatalnych.

Województwo śląskie

*Klinika Położnictwa i Ginekologii Śląskiej Akademii Medycznej w Rudzie Śląskiej wraz z Zakładem Genetyki Śląskiej Akademii Medycznej

*NZOZ GENOM

Klinika Położnictwa i Ginekologii Śląskiej Akademii Medycznej w Bytomiu wraz z Zakładem Genetyki Śląskiej Akademii Medycznej

*NZOZ GENOM

Województwo wielkopolskie

*Klinika Perinatologii i Chorób Kobiety Akademii Medycznej w Poznaniu wraz z Zakładem Genetyki Akademii Medycznej w Poznaniu

Województwo zachodniopomorskie

*Klinika Położnictwa i Perinatologii Pomorskiej Akademii Medycznej wraz z Katedrą Genetyki i Patomorfologii PAM

*Klinika Medycyny Matczyno Płodowej wraz z Katedrą Genetyki i Patomorfologii PAM

Województwo mazowieckie

*Klinika Położnictwa i Ginekologii Instytutu Matki i Dziecka wraz z Zakładem Genetyki Instytutu Matki i Dziecka

*Klinika Położnictwa i Ginekologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wraz z Zakładem Genetyki Instytutu Psychiatrii i Neurologii

* 1 Klinika Położnictwa i Ginekologii Uniwersytet Medyczny w Warszawie wraz Zakładem Genetyki Instytutu Psychiatrii i Neurologii

*2 Klinika Położnictwa i Ginekologii Uniwersytet Medyczny w Warszawie wraz z Zakładem Genetyki Centrum Zdrowia Dziecka

Województwo małopolskie

*Klinika Położnictwa i Ginekologii Collegium Medicum UJ Kraków wraz z Zakładem Genetyki Medycznej UJ Kraków

Województwo łódzkie

*Klinika Położnictwa i Ginekologii Instytutu Położnictwa i Ginekologii Uniwersytet Medyczny Łódź wraz z Zakładem Genetyki Uniwersytet Medyczny Łódź

Województwo lubelskie

*Klinika położnictwa i Patologii Ciąży Uniwersytet Medyczny Lublin wraz z Zakładem Genetyki Medycznej Akademii Medycznej Lublin

Województwo podlaskie

*Klinika Położnictwa, Instytut Położnictwa i Ginekologii Uniwersytetu Medycznego Białostok wraz z Pracownią Genetyki i Zakładem Endokrynologii Instytutu Położnictwa i Ginekologii Uniwersytetu Medycznego Białostok

Województwo Pomorskie

*Klinika Położnictwa Akademii Medycznej Gdańsk wraz z Katedrą i Zakładem Biologii i Genetyki Akademii Medycznej Gdańsk

Województwo kujawsko-pomorskie

*Katedra i Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych, Ginekologii Onkologicznej Akademii Medycznej Bydgoszcz wraz z Katedrą i Zakładem Genetyki Akademii Medycznej Bydgoszcz

Województwo dolnośląskie

*Klinika Ginekologii i Niepłodności Uniwersytet Medyczny Wrocław wraz z Zakładem Genetyki Akademii Medycznej Wrocław

Warunki w zakresie kwalifikacji personelu i aparatury

Ocena ryzyka aberracji chromosomowych między 11+0 a 13+6 tygodniem ciąży (NT) powinna być przeprowadzona tylko przez lekarzy posiadających odpowiednie aktualne certyfikaty Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Fetal Medicine Foundation. Lekarze ci powinni ponadto przechodzić coroczny audyt oceniający jakość wykonywanych przez nich badań ultrasonograficznych. Lekarze (przynajmniej dwóch) posiadający certyfikaty sekcji USG Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, w tym:

- co najmniej jeden specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii posiadający certyfikat FMF (*Fetal Medicine Foundation*) w zakresie badań ultrasonograficznych wraz z aktualną licencją do programu komputerowego obliczającego ryzyko aberracji chromosomowych

- drugi lekarz: w trakcie specjalizacji w zakresie położnictwa i ginekologii posiadający certyfikat FMF (Fetal Medicine Foundation) w zakresie badań ultrasonograficznych wraz z aktualną licencją do programu komputerowego obliczającego ryzyko aberracji chromosomowych

Jednostki pionu ginekologiczno - położniczego [6]

- w zakresie badań USG – kwalifikacje personelu – warunki wymagane:
- lekarze położnictwa i ginekologii (przynajmniej dwóch) posiadający certyfikaty sekcji USG Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, w tym co najmniej jeden powinien być przeszkolony w zakresie wykonywania ultrasonograficznych badań „genetycznych”,
 - w zakresie badań USG – kwalifikacje personelu – warunki dodatkowe:
- lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii posiadający certyfikat FMF (Fetal Medicine Foundation)
 - w zakresie badań USG – wymagania sprzętowe - warunki wymagane:
- aparat ultrasonograficzny wyposażony w dwie głowice: convex przezbrzuszną 3,5 – 5(6) MHz i głowicę przezpochwową 7 – 9(10) MHz, umożliwiające uzyskiwanie powiększeń oglądanego obrazu minimum 75% oraz pomiar odległości w krokach 0,1 mm, umożliwiające także stosowanie techniki kolorowego Dopplera,
 - w zakresie oceny ryzyka wad płodu - warunki wymagane - komputer wraz z oprogramowaniem umożliwiającym kalkulację ryzyka zgodnie z kryteriami określonymi przez FMF (Fetal Medicine Foundation),
 - w zakresie badań biochemicznych - warunki wymagane:
 - możliwość pobierania krwi w celu przeprowadzenia badań określonych w programie,
 - dostęp do laboratorium wykonującego badania określone w programie z zastosowaniem odczynników i aparatury spełniających kryteria określone przez FMF,
 - w zakresie diagnostyki inwazyjnej - warunki wymagane:
 - możliwość i umiejętność wykonywania biopsji trofoblastu i/lub amniopunkcji i/lub kordocentezy (w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji – konieczne potwierdzenie umiejętności przez kierownika specjalizacji),
 - dostęp do pracowni genetycznej wykonującej badania określone w programie,

Jednostki pionu genetycznego [6]

- poradnia genetyczna - warunki wymagane
 - kwalifikacje personelu – co najmniej jeden lekarz specjalista w dziedzinie genetyki klinicznej.
- pracownia genetyczna - warunki wymagane
 - kwalifikacje personelu – co najmniej jeden diagnosta laboratoryjny ze specjalizacją w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej,
 - wyposażenie w sprzęt i aparaturę – warunki wymagane: zaplecze techniczne umożliwiające wykonywanie następujących badań genetycznych:
 - hodowla komórkowa,
 - preparaty do analizy cytogenetycznej (techniki prążkowe),
 - analiza mikroskopowa kariotypu,
 - badanie DNA w przypadkach chorób monogenicznych,
 - pełne biochemiczne badania płynu owodniowego.

Podsumowanie

Mimo iż rozwój wielu dziedzin współczesnej medycyny przybrał w ostatnich latach bardzo szybkie tempo, w dalszym ciągu jeszcze nie istnieje możliwość zapobiegania wystąpienia większości chorób genetycznych oraz wad wrodzonych płodu.

Dzięki badaniom przesiewowym oraz nowoczesnym metodom badawczym stosowanym w medycynie prenatalnej istnieje możliwość ustalenia podejrzenia lub nawet rozpoznania choroby u płodu. Wczesne ustalenie rozpoznania może mieć decydujący wpływ na czas, charakter i efekt końcowy podjętych działań.

Wśród wielu rodzin prenatalne rozpoznanie choroby u ich dziecka może być równoznaczne z ustaleniem zwiększonego ryzyka wystąpienia choroby w przypadku każdej kolejnej ciąży, ale także mieć pozytywny aspekt.

Wczesne rozpoznanie wady daje czas i możliwość przygotowania się na trudny okres po porodzie, stawienie czoła wielu problemom zarówno fizycznym, jak psychicznym, a w wielu przypadkach także socjalnym i ekonomicznym.

Poważne, kliniczne skutki wystąpienia choroby, wysokie koszty diagnostyki, leczenia oraz późniejszej rehabilitacji, a do tego zwiększone ryzyko ponownego wystąpienia

schorzenia w danej rodzinie stanowią o bardzo dużym znaczeniu, jakie ma szeroko zakrojony program diagnostyki prenatalnej.

Piśmiennictwo

1. Dangel J.: Diagnostyka Prenatalna- mity i rzeczywistość, Nauka, 2007, 3, 31-47.
2. Walczak – Sztulpa J.: Diagnostyka prenatalna, Polski Kongres Genetyki, Łódź 2016.
3. Wojtyłko-Gołowkin A., Bałgaj M., Wojtyłko A.: Diagnostyka wad wrodzonych, Puls Uczelni, 2014, 8, 26-29.
4. Wojtowicz E., Rychlik U., Marszałek A., Palka J.: Diagnostyka prenatalna – terażniejszość i przyszłość, Diagn Lab, 2014, 50, 71-74.
5. Perenc M.: Diagnostyka prenatalna wad rozwojowych i genetycznych- metody inwazyjne i nieinwazyjne, Przewodnik Lekarza – Pediatria, 2002, 5, 94-99.
6. Ministerstwo Zdrowia (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm). Załącznik nr 5 do zarządzenia nr 66/2007/DSOZ; Zasady realizacji programu badań prenatalnych.
7. Rekomendacje Fetal Medicine Foundation
8. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Ginekol Pol., 2009, 80, 390-393.
9. Kaleta M.: Diagnostyka Prenatalna chorób uwarunkowanych genetycznie, Położn. Nauka Prakt., 2009, 3, 36-41.
10. Jazela-Stanek A.; Dobrzańska A., Krajewska-Walasek M.: Wady i zespoły genetycznie uwarunkowane- wczesne rozpoznanie u noworodka oraz płodu, Chir. Dziec., 2009, 4, 43-51.
11. Bijok J., Gorzelnik K., Massalska D.: Nieinwazyjna diagnostyka prenatalna najczęstszych aneuploidii na podstawie płodowego DNA we krwi matki – doniesienie wstępne, Ginekol. Pol. 2014, 85, 208-213.
12. Gorzelnik K., Bijok J., Zimowski J.: Nieinwazyjna diagnostyka prenatalna trisomii 21,18 i 13 z wykorzystaniem wolnego pozakomórkowego DNA płodu, Ginekol. Pol., 2013, 84, 714-719.

Perinatalna opieka paliatywna wsparciem dla rodziców w przypadku wykrycia wady letalnej u dziecka

Sobolewska Ewelina Maria^{1,2}, Stepanczuk-Jasiuk Agnieszka²

1. Doktorantka Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Fundacja „Pomóż Im” na rzecz Dzieci z Chorobami Nowotworowymi i Hospicjum dla Dzieci

*„Liczysz się, ponieważ jesteś tym, kim jesteś.
Liczysz się do ostatniej chwili swojego życia.
Zrobimy wszystko co naszej mocy,
nie tylko pomagając ci spokojnie umrzeć,
ale także żyć aż do śmierci”*

Cicely Saunders

Wstęp

Współczesny postęp medycyny w zakresie diagnostyki prenatalnej umożliwia wczesną i dokładną diagnostykę stanu zdrowia dziecka. Dla znacznej części rodziców stanowi ona element przyczyniający się do uzyskania spokoju i nadziei na pomyślny przebieg ciąży i rozwoju dziecka [1].

Jednak część rodziców uzyskuje w toku takich badań informację o występowaniu problemu zdrowotnego u dziecka. W pewnych przypadkach jeszcze w czasie ciąży możliwe jest przeprowadzenie leczenia matki lub dziecka. Ma ono na celu zapobiegnięcie urodzenia się noworodka z wadą wrodzoną lub pomniejszenie jej niekorzystnych konsekwencji. Rozpoznanie problemu zdrowotnego umożliwia również przygotowanie do narodzin dziecka i udzielenia mu natychmiastowej, odpowiedniej pomocy medycznej. Istnieją jednak choroby, co do których nie ma nadziei na wyleczenie, mimo ciągłego rozwoju medycyny oraz dostępu do coraz to nowszej aparatury medycznej, prowadzących do przedwczesnego zgonu dziecka, czyli tzw. choroby ograniczające życie [2].

Diagnostyka prenatalna

Diagnostyka prenatalna oznacza wszystkie badania, jakie można wykonać jeszcze przed narodzeniem dziecka. Badania diagnostyki prenatalnej można podzielić na metody nieinwazyjne oraz inwazyjne. Wśród badań nieinwazyjnych wyróżnia się badania USG, badania biochemiczne pierwszego i drugiego trymestru ciąży, tj. test PAPPa (*Pregnancy Associated Plasma Protein A* - test podwójny), a także test potrójny [3].

Wytyczne PTG (Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego) [3] wskazują, iż przesiewowe badania USG powinny być wykonywane u każdej kobiety ciężarnej, przynajmniej 3 razy w czasie trwania ciąży, która jest niepowikłana. Zalecane jest by odbyły się one: między 11. a 14. tygodniem ciąży, między 18. a 22. oraz po 30. tygodniu ciąży. Poziomy hormonów w przypadku płodu z aberracją chromosomową różni się od poziomu hormonów w przypadku ciąży z prawidłowo rozwijającym się płodem. Ryzyko urodzenia dziecka obciążonego zespołem genetycznym powinno być obliczane na podstawie programu FMF ((Fetal Medicine Foundation). Co istotne, badania nieinwazyjne nie dają pewnej odpowiedzi, czy dziecko jest zdrowe czy chore. Istnieje możliwość oceny jedynie ryzyka urodzenia dziecka z wadą genetyczną [4].

Metodami inwazyjnymi natomiast są: biopsja trofoblastu, amniopunkcja oraz kordocenteza. Ich wykonanie wiąże się z niewielkim ryzykiem (około 0,5 - 1%) straty ciąży. Wszystkie te badania opierają się na pobraniu materiału z komórkami płodu. Biopsja trofoblastu, tj. kosmówki zarodka, wykonywana jest między 10. a 14. tygodniem ciąży. Amniopunkcja przeprowadzana jest najczęściej między 14. a 19. tygodniem ciąży i polega na pobraniu płynu owodniowego. Uzyskanie krwi z żyły pępkowej, czyli kordocenteza, wykonywana jest po 19. tygodniu. Badania te pozwalają wykryć choroby, w których mamy do czynienia z nieprawidłowym kariotypem, tzw. aberracjami chromosomowymi [4].

Podjęcie wady płodu w wyniku uzyskanego obrazu w badaniu USG, markerów biochemicznych oraz informacji o stanie zdrowia matki, a także czynnikach ryzyka powiązanych z aktualną ciążą rozpoczyna proces, który ma potwierdzić zdrowie dziecka i jego prawidłowy rozwój. Podstawowym zadaniem na początku tej drogi jest ustalenie i zaplanowanie sposobu postępowania, który umożliwi uzyskanie odpowiedzi na stawiane pytania, wykorzystując przy tym odpowiednie metody i techniki diagnostyczne [5]. Szymkiewicz-Dangel [6] zauważa, iż ginekolog-położnik sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną powinien zaprosić do współpracy lekarzy innych specjalności, czyli genetyków,

neonatologów, kardiologów, neurologów i chirurgów dziecięcych oraz lekarzy pediatrycznej opieki paliatywnej. Pozwoli to na ocenę wyników świadczących o istnieniu poważnej nieprawidłowości, a także do wyjaśnienia rozpoznania oraz ustalenia etapów dalszego postępowania.

Wrodzoną wadą rozwojową nazywana jest każda nieprawidłowość powstająca w czasie rozwoju wewnątrzmacicznego i obecna w momencie urodzenia. Rozpoznawane są one w przypadku 2-4% noworodków i są jedną z głównych przyczyn zgonów niemowląt [7]. Wady rozwojowe mogą być wynikiem zaburzeń czynników genetycznych (aberracje chromosomowe, uwarunkowania wielogenowe, czy mutacje pojedynczych genów) oraz czynników środowiskowych – biologicznych, chemicznych czy fizycznych. Wady wrodzone dzieli się na wady małe i duże. Wady duże mają poważne konsekwencje dla stanu zdrowia płodu lub noworodka, często wymagają podjęcia interwencji medycznej. W niektórych przypadkach duże wady mają charakter letalny [8].

Tomasz Dangel przedstawia definicję wady letalnej płodu lub noworodka w następujący sposób „(...) to :

- *zaburzenie rozwojowe prowadzące do poronienia samoistnego, porodu niewczesnego lub zgonu wewnątrzmacicznego;*
- *zaburzenie rozwojowe prowadzące do przedwczesnej śmierci żywo urodzonego dziecka, bez względu na zastosowane leczenie;*
- *lub (3) zaburzenie rozwojowe zakwalifikowane do przerwania ciąży zgodnie z obowiązującą ustawą” [9].*

W przypadku wady letalnej rokowanie jest niepewne lub złe. Nie ma możliwości zastosowania skutecznej pomocy dziecku, mimo ciągłego rozwoju medycyny oraz dostępu do coraz nowocześniejszej aparatury. Do wad letalnych zaliczane są m.in.: złożone wady ośrodkowego układu nerwowego (takie, jak akrania, przepukliny mózgowe, anencefalia, ciężka postać holoprosencefalii), nieuleczalne aberracje chromosomowe (np. Zespół Patau, Zespół Edwardsa), krytyczne wady serca z hipoplazją płuc czy agenezja nerek [6,10,11]. Wykrycie wady letalnej stanowi ogromne obciążenie dla psychiki rodziców dziecka. Następuje brutalne zderzenie rzeczywistości z wcześniejszymi planami i wizjami dotyczącymi szczęśliwego rodzicielstwa oraz rozwoju dziecka.

Personel medyczny, którego zadaniem jest przekazanie informacji o niepomyślnej diagnozie powinien zadbać o to, by rozmowa odbyła się w jak najbardziej sprzyjających i intymnych warunkach. Ma to na celu pomoc rodzicom w przeżyciu tego trudnego momentu w

spokoju oraz zachowaniu prywatności. Niezbędne wydaje się przygotowanie osobnego pomieszczenia oraz ograniczenie personelu medycznego do osób, których obecność jest rzeczywiście konieczna. Przekazywanie informacji o niepomyślnej diagnozie powinno odbywać się w obecności obojga rodziców, w sposób prawdziwy, zrozumiały i wyczerpujący, bez nadmiernego stosowania terminologii medycznej [12].

Dialog z rodzicami powinien odbywać się w atmosferze szacunku, zaufania oraz akceptacji dla wyrażania i przedstawiania wszystkich odczuć, emocji i opinii. Zadaniem lekarza jest przedstawienie rodzicom możliwych rozwiązań, które są zgodne z wiedzą medyczną, aktualnie obowiązującym prawem oraz normami etycznymi. W sytuacjach potwierdzenia wady letalnej lekarz nie może zaproponować własnego rozwiązania. Nie powinien również przedstawiać swoich opinii i poglądów na temat możliwości rozstrzygnięcia problemu, mimo tego, iż zagubieni rodzice mogą tego od niego oczekiwać. Dyskusja między lekarzem a rodzicami musi być otwarta i pozbawiona jakichkolwiek nacisków [13].

Niewłaściwy sposób przekazywania negatywnych informacji związanych z diagnozą może niekorzystnie wpłynąć na decyzję rodziców, a także ich stosunek do dziecka [11]. Ważne jest zaproponowanie i umożliwienie rodzicom konsultacji z psychologiem.

Pierwszą reakcją na informacje o podejrzeniu lub rozpoznaniu wady lub zespołu wad jest szok. Etap ten przeżywany jest niezwykle intensywnie, a rodzicom w danym momencie trudno jest zrozumieć zaistniałą sytuację. Charakteryzuje się ogromnym natłokiem myśli i emocji, jest krótki, ale bardzo burzliwy. Rodzice w tym czasie mogą mieć przejściowe problemy z koncentracją uwagi oraz możliwością zapamiętania różnych treści. W związku z tym informacje udzielane rodzicom powinny być powtórzone kilkakrotnie. Należy okazać im wówczas dużo wsparcia i poświęcić odpowiednią ilość czasu. Po pierwszym etapie związanym z szokiem, następuje etap zaprzeczania. Rodzice zaczynają doszukiwać się błędów w diagnostyce, podważać prawdziwość ustaleń, szukać nowych specjalistów do konsultacji [14].

Po ostatecznym potwierdzeniu diagnozy rodzice muszą zmierzyć się z kolejnym niezwykle trudnym momentem, tj. podjęciem decyzji o dalszym przebiegu ciąży. Rodzice mogą zdecydować o kontynuacji ciąży bądź jej przerwaniu, zgodnie z obowiązującą Ustawą z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży – Dz. U. z 1993 r. Nr 17, poz. 78) (tab.1) [15].

Tab. 1. Fragment „Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży”

Art. 4a.

1. Przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy:
 - 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej,
 - 2) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu,
 - 3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego, (utracił moc)
2. W przypadkach określonych w ust. 1 pkt 2 przerwaniu ciąży jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej; w przypadku określonym w ust. 1 pkt 3 lub 4, jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni.

Po wykryciu wady letalnej (lub zespołu wad), które nie dają szansy dziecku na przeżycie i prowadzących do obumarcia wewnątrzmacicznego płodu lub śmierci dziecka zaraz po narodzinach daje rodzicom wybór oraz możliwość terminacji ciąży [16].

Alternatywą dla rodziców, którzy wyrażają chęć donoszenia ciąży, z pomocą wychodzą ośrodki oferujące perinatalną opiekę paliatywną. Jednak, jak podkreśla Szymkiewicz-Dangel [6] „*lekarze udzielający prenatalnej konsultacji najczęściej nie wiedzą, że poza przerwaniem ciąży istnieje także możliwość opieki paliatywnej. Niejednokrotnie kobiety, które z racji swego światopoglądu nie chcą przerwać ciąży, pomimo nieuleczalnej choroby dziecka, nie znajdują zrozumienia u lekarzy położników. Wielu z nich nie przyjmuje do wiadomości, że urodzenie dziecka i pożegnanie się z nim jest dla tych rodzin pożądanym i najlepszym rozwiązaniem. Taka postawa rodziców traktowana jest jako wyraz ich zacofania i braku nowoczesności w podejmowaniu decyzji. Często zdarza się, że letalna wada rozpoznawana jest dopiero w późnym okresie prawidłowo przebiegającej ciąży, gdy zgodnie z polskim prawem nie można przeprowadzić aborcji (przerwanie ciąży jest ustawowo dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej)*”.

Perinatalna opieka paliatywna

Rodzice, którzy po usłyszeniu o niepomyślnej diagnozie dotyczącej stanu zdrowia ich dziecka, podjęli decyzję o kontynuacji ciąży, mogą liczyć na wsparcie perinatalnej opieki paliatywnej. W 2008 roku Tomasz Dangel zaproponował taką jej definicję: *„Perinatalna opieka paliatywna polega na zapewnieniu wszechstronnego wsparcia rodzicom płodów i noworodków z wadami letalnymi oraz opieki noworodkom z tymi wadami, nastawionej na zapewnienie komfortu i ochronę przed uporczywą terapią. Obejmuje leczenie objawowe u dziecka oraz wsparcie psychologiczne, socjalne i duchowe, a także wsparcie w żałobie dla rodziców. Opieka nad dzieckiem może być prowadzona na oddziale neonatologii lub w domu przez rodziców i hospicjum, jeżeli dziecko przeżyje poród i zostanie wypisane ze szpitala”* [8].

Hospicja perinatalne nie tylko pomagają w podjęciu decyzji o urodzeniu dziecka, ale również w przeżyciu tego okresu jako istotnego dla rodzicielskich doświadczeń. Jest to forma opieki skoncentrowana na rodzinie, która oprócz wsparcia medycznego, uwzględnia pomoc emocjonalną i duchową [14]. Personel hospicjum perinatalnego ma za zadanie wspierać rodziców w procesie podejmowania decyzji, nigdy ich z tego nie wyręczy. Powinien być to ich samodzielny i wnikliwie przemyślany wybór.

Zespół terapeutyczny składa się z lekarzy pediatrów, neonatologów, ginekologów, położników, psychologów oraz osób duchownych. Każdorazowo opracowują indywidualny plan opieki nad rodziną w okresie prenatalnym, omawiają zakres postępowania w okresie okołoporodowym oraz czynności wykonywanych u narodzonego dziecka.

Podstawową formą wsparcia udzielanego w ramach perinatalnej opieki paliatywnej jest pomoc psychologiczna. W pierwszej chwili dotyczy ona emocjonalnego szoku wywołanego niepomyślną diagnozą i uświadomieniem sobie przez rodziców powagi sytuacji. Pojawia się lęk, panika, poczucie bezradności, niesprawiedliwości i osamotnienia. Do zadań psychologa należy identyfikowanie i wspieranie tych obszarów, na które rodzice dziecka nie mają wpływu. Trudności związane z podejmowaniem decyzji wynikają z różnego sposobu przeżywania danej sytuacji oraz odmiennych reakcji rodziców. Niezwykle wartościowe jest zaspokajanie potrzeb emocjonalnych rodziców, szacunku, zrozumienia i akceptacji. Poświęcenie odpowiedniej ilości czasu na rozmowę, wyjaśnianie wątpliwości oraz słuchanie pozwala zapanować nad lękiem rodziców oraz zachęcić do wyrażania emocji. Umożliwia całkowite zrozumienie komunikatów kierowanych do rodziców przez personel medyczny.

Psycholog współpracujący z rodziną czuwa nad planowaniem z wyprzedzeniem decyzji i wyborów związanych z ciążą, czynnościami podejmowanymi w okresie okołoporodowym oraz u narodzonego dziecka. W czasie trwania ciąży jednym z celów perinatalnej opieki paliatywnej jest budowanie relacji między dzieckiem a rodzicami, rodzeństwem oraz innymi członkami rodziny. Badanie USG można traktować jako formę spotkania rodziny z nienarodzonym dzieckiem i ważny element w budowaniu więzi. Pozwala skupić uwagę na dziecku, a nie tylko na jego chorobie.

Okres ciąży jest czasem, w którym zespół specjalistów hospicjum perinatalnego stara się przygotować rodziców do urodzenia dziecka z wadą letalną i śmierci w okresie okołoporodowym lub noworodkowym. Są niezbędnym wsparciem zarówno w czasie ciąży, jak i porodu, towarzyszą odchodzącemu noworodkowi, pomagają rodzinie przeżyć okres żałoby [17,18]. Zadaniem zespołu perinatalnej opieki paliatywnej jest także zapewnienie sieci wsparcia społecznego, a po śmierci dziecka, praca z żałobą. Opieka psychologa stanowi fundamentalny element wsparcia emocjonalnego.

Perinatalna opieka paliatywna to również wsparcie medyczne. Rodzice w trakcie procesu podejmowania decyzji zapoznawani są z zasadami opieki paliatywnej. Przedstawiane są im także możliwe „scenariusze wydarzeń”, by mogli świadomie dokonać wyboru związanego z dalszym przebiegiem ciąży. Istotne jest przekazywanie wyczerpujących informacji o możliwych procedurach medycznych, a także ich skutkach zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Na każdym etapie ciąży mają możliwość odbywania konsultacji specjalistycznych. Rozmowy z różnymi specjalistami powinny być generatorem wsparcia. Jednym z elementów przygotowania rodziny do porodu i możliwego dalszego życia ich dziecka jest zapoznanie z tematyką uporczywej terapii, w celu kompletnego omówienia i wyjaśnienia zasad opieki nad chorym dzieckiem.

Ogromną uwagę należy skupić na otoczeniu rodziny troską w okresie okołoporodowym [10]. Osobą koordynującą i odpowiedzialną za perinatalną opiekę paliatywną może stać się położna, która angażując się w przygotowanie matki/rodziców do porodu jest w stanie nawiązać najgłębszą relację z rodziną. W związku z tym niezbędna jest współpraca zespołu perinatalnej opieki paliatywnej ze szpitalem położniczym, w którym odbędzie się poród. Położna poza opieką medyczną powinna odpowiadać za oprawę porodu [12]. Korzystne byłoby zapoznanie rodziców z miejscem porodu. Ważne, aby w miarę możliwości jak najbardziej precyzyjnie zaplanować procedury okołoporodowe, mając na względzie oczekiwania i potrzeby rodziny, ale również możliwości szpitala. Rodzicom

dziecka z wadą letalną można zaproponować słuchanie tętna płodu, można jednak z niego zrezygnować, w szczególności, gdy dochodzi do epizodów zaburzenia akcji serca. Optymalnym rozwiązaniem jest przygotowanie oddzielnej sali dla matki zarówno przed porodem, w jego trakcie, jak i po narodzinach dziecka. Pozwala to na zapewnienie komfortu i intymności, a także izoluje od matek zdrowych noworodków, ograniczając przy tym ilość niezręcznych, stresujących pytań czy sytuacji.

Korzystnym rozwiązaniem zarówno dla rodziców dziecka, jak i personelu medycznego, pozwalającym uniknąć nieporozumień i niedomówień jest stworzenie planu porodu. Powinien on być efektem procesu podejmowania decyzji podczas konsultacji w hospicjum perinatalnym, wyrażającym ich stanowisko i preferencje. Stanowi on formę komunikacji między rodzicami a personelem szpitala. Plan wyraża wolę rodziców co do czynności podejmowanych względem matki i dziecka w okresie okołoporodowym. Zaznaczają w nim chęć bliskiego kontaktu z dzieckiem oraz odstąpienie od podejmowania uporczywej terapii. Tworzenie planu porodu może być doświadczane jako świadectwo macierzyńskiej i ojcowskiej troski o dziecko, spełniania się w roli rodzica. Jest także wyrazem zaangażowania. Ważne, by personel medyczny szpitala, do którego trafia kobieta, dokładnie się z nim zapoznał.

Po porodzie należy umożliwić kontakt rodziców z dzieckiem, na tyle długi, na ile tego potrzebują. Warto jest również zadbać o pamiątki po dziecku, mogą to być choćby wspólne zdjęcia czy odciski stópek. Na życzenie rodziców należy umożliwić kontakt z osobą duchowną, pamiętać o chrzcie czy innych obrzędach religijnych zależnych od ich wyznania [10]. Rodziców można zachęcić do przygotowania ubranek, wspólnego ubrania i umycia dziecka. Należy zadbać o to, by założyć ubranko w taki sposób, aby nie podkreślać i nie uwidaczniać nadmiernie nieprawidłowości anatomicznych. W sytuacji uczucia przez rodziców lęku i niepewności, zwłaszcza gdy rodzi im się pierwsze dziecko, istotne jest zaprezentowanie sposobu trzymania noworodka.

Postępowanie w późniejszym okresie czasu zależne jest od stanu dziecka. W sytuacji, gdy dziecko jest zdolne do dalszego życia, a jego stan jest względnie stabilny klinicznie i nie ma konieczności hospitalizacji, należy wówczas zadbać o zorganizowanie domowej pediatrycznej opieki paliatywnej [10]. Domowe hospicja dziecięce mają możliwość zapewnienia opieki medycznej, potrzebnego sprzętu oraz różnych form wsparcia – psychologicznego, duchowego, socjalnego. Jeśli nastąpi zgon dziecka, podstawowym

działaniem jest wskazanie organizacji, które niosą pomoc w okresie żałoby (spotkania z psychologiem, grupy wsparcia) [10,11].

Zaplanowanie i wspólne spędzenie tych pierwszych minut czy godzin po narodzinach jest niezwykle istotne, gdyż rodzice mogą nie mieć zbyt wiele czasu na to, by być rodzicami dla swojego dziecka, a także na okazanie mu swojej miłości, czułości i troski. Pamiątki, które pozostaną im po tym spotkaniu, mogą pomóc w przeżyciu żałoby.

Poza wsparciem psychologicznym i medycznym hospicja perinatalne dbają o pomoc socjalną i duchową. Ich zadaniem jest również koordynowanie wszystkich tych form pomocy.

Podsumowanie

Rokowanie w przypadku wady letalnej jest niepewne lub złe. Nie ma możliwości zastosowania skutecznej pomocy dziecku, mimo ciągłego rozwoju medycyny oraz dostępu do coraz nowocześniejszej aparatury. Wykrycie wady letalnej u płodu stawia rodziców w obliczu podjęcia niesamowicie trudnych życiowych decyzji, stając przed wyborem – kontynuacji bądź przerwania ciąży. Warto, by w takim momencie mogli skorzystać z konsultacji w hospicjum perinatalnym, w którym poznają możliwości wsparcia oferowanego przez dany ośrodek dla rodzin decydujących się na urodzenie dziecka z wadą letalną.

Dla części rodziców możliwość urodzenia dziecka, poznania, okazania czułości, nadania imienia, ochrzcenia, a także pożegnania jest bardziej pożądanym i korzystnym rozwiązaniem, niż przerwanie ciąży w momencie uzyskania niekorzystnej diagnozy co do zdrowia i życia ich potomka.

Małgorzata Grabska podkreśla, że „hospicjum perinatalne to nie miejsce. To raczej sposób myślenia (...) To towarzyszenie rodzinie w jej drodze przez ciążę, akt narodzin i śmierci. Śmierci godnej. Takiej, która nie jest »na darmo« Takiej, która zostawia w pamięci niezwykle trudne, ale jakże pełne miłości doświadczenie powitania i pożegnania dziecka” [19].

Piśmiennictwo

1. Kornas-Biela D.: Przeżycia związane z diagnostyką prenatalną a postawy wobec niej w literaturze przedmiotu. [w:] Z zagadnień psychologii prokreacyjnej. Bielawska-Batorowicz E., Kornas-Biela D. (red.), RW KUL, Lublin, 1992, 27–35.

2. Dangel T., Szymkiewicz-Dangel J.: Opieka paliatywna w perinatologii. [w:] Opieka paliatywna nad dziećmi. Wydanie XIII. Dangel T. (red.), Warszawskie Hospicjum dla dzieci, Warszawa, 2005, 27-30.
3. Przewodnik po Rekomendacjach Sekcji Ultrasonografii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie przesiewowej diagnostyki ultrasonograficznej w ciąży o przebiegu prawidłowym - 2012. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w zakresie diagnostyki prenatalnej. Ginekol. Pol., 2009, 80, 390-393.
4. Dangel J.: Diagnostyka prenatalna – mity i rzeczywistość, NAUKA, 2007, 3, 31-47.
5. Łuczak- Wawrzyniak J.: Diagnostyka prenatalna – analiza celu badania z perspektywy lekarza, matki/rodziców, płodu/dziecka, Perinatol. Neonatol. Ginekol., 2013, 6, 1, 7-13.
6. Szymkiewicz-Dangel J.: Perinatalna opieka paliatywna – czy możliwa jest współpraca położników i neonatologów z hospicjami domowymi dla dzieci? Opieka paliatywna nad dziećmi, 2007, 15, 25-29.
7. Latos-Bieleńska A., Materna-Kiryłuk A. (red.): Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2005–2006. Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2010.
8. Krzeszkowiak J., Śmigiel R.: Rola i zadania położnej jako członka zespołu sprawującego opiekę nad ciężarną pacjentką z rozpoznaną wadą letalną u płodu, Pielęg. Zdr. Publ., 2016, 6, 57–61.
9. Dangel T.: Wady letalne u noworodków – opieka paliatywna jako alternatywa wobec eugenicznej aborcji, eugenicznego dzieciobójstwa i uporczywej terapii. [w:] Dziecko – studium interdyscyplinarne. Pod red. Sowińskiej E., Szczurko E., Guza T. i Marca P., Wydawnictwo KUL, Lublin, 2008, 443-460. <http://www.hospicjum.waw.pl/procadownload/Etyka/WadyLetalneUPlodowINoworodkow.pdf>, data pobrania 27.03.2017
10. Szmyd K., Śmigiel R., Królak-Olejnik B.: Propozycje postępowania z noworodkiem w przypadku rozpoznania wady letalnej w okresie prenatalnym, Pediatria Polska, 2014, 89, 6, 389–394.
11. Szmyd K., Krzeszkowiak J., Śmigiel R.: Wady letalne u płodów i noworodków z punktu widzenia medycyny paliatywnej i hospicjum perinatalnego, Przegląd Pediatryczny, 2016, 3, 45, 28-34.

12. Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G.: Psychologia w położnictwie i ginekologii, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008.
13. Barańska M. i wsp.: Rekomendacje dotyczące postępowania z matką oraz noworodkiem na granicy możliwości przeżycia z uwzględnieniem aspektów etycznych, *Perinatol. Neonatol. Ginekol.*, 2012, 5, 5-13.
14. Kornas-Biela D.: Niepomyślna diagnoza prenatalna: dylemat rodziców, wyzwanie dla profesjonalistów, *Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo*, 2008, 4, 15-27.
15. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży – Dz. U. z 1993 r. Nr 17, poz. 78.
16. Wojtyłko-Gołowkin A., Bağlaj M., Wojtyłko A.: Diagnostyka prenatalna wad wrodzonych, *Puls Uczelni*, 2014, 8, 26-29.
17. Heidner E., Janusz J., Przestrzelska M., Knihinicka-Mercik Z.: Opieka paliatywna w perinatologii oczami położnych – model postępowania wobec rodzin i dzieci dotkniętych wadami letalnymi, *Wsp. Piel. Ochr. Zdr.*, 2013, 2, 40-43.
18. Łuczak-Wawrzyniak J.: Diagnostyka prenatalna – analiza celu badania z perspektywy lekarza, matki/rodziców, płodu/dziecka, *Perinatol. Neonatol. Ginekol.*, 2013, 6, 1, 7-13.
19. Grabska M.: Zanim urodzi się chore dziecko. <http://fundacjahospicyjna.pl/pl/aktualnosci/25-aktualnosci-2013/79-zanim-urodzi-sie-chore-dziecko>, data pobrania 29.03.2017.

Rola perinatalnej opieki paliatywnej w pomocy rodzinom z wykrytą wadą letalną płodu

Rygiel Klaudia¹, Wijata Klaudia¹, Fedorowicz Sebastian¹, Szpytko Szymon¹, Mańkowska Joanna¹, Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Gnus Jan^{1,2}

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

Wstęp

Perinatalna opieka paliatywna – długa i skomplikowana nazwa. Proces, któremu ją nadano też jest dosyć skomplikowany, szczególnie jeśli rozpatrujemy go od strony psychicznej, emocjonalnej, duchowej.

W latach 2004-2009 zmarło w Polsce 24 301 dzieci [1]. Ponad połowa tych zgonów wystąpiła przed ukończeniem przez dziecko pierwszego roku życia. Wady wrodzone rozwojowe, zniekształcenia i aberracje chromosomalne stanowiły w tych latach przyczynę 22% wszystkich zgonów dzieci w wieku 0-17 lat [1].

Kiedy okazuje się, że kobieta – przyszła matka – nosi w swoim łonie dziecko z wadą letalną, nie dającą mu żadnych szans na przeżycie, świat staje w miejscu. Jest to sytuacja niewątpliwie najtrudniejsza dla rodziców dziecka, ale niełatwa także dla lekarza, który będzie musiał skonfrontować ich z brutalną rzeczywistością. Radzenie sobie z tym nieprzejeźdźdliwym smutnym problemem, to bardzo delikatna i trudna kwestia. Kluczowym jest, aby nie pozostawiać wtedy rodziców samych sobie, ale zapewnić im profesjonalną opiekę i wsparcie w podejmowaniu koniecznych decyzji. Taką właśnie rolę spełnia perinatalna opieka paliatywna, definiowana jako całościowy kształt działań mających na celu poprawę jakości życia dziecka i łagodzenie bólu związanego ze stratą [2].

Rozwinięcie

Nie ulega niczyjej wątpliwości, że w dzisiejszym świecie medycyna poczyniła ogromny krok naprzód. Postęp dokonał się niemalże we wszystkich dziedzinach nauk

medycznych. Dzięki niezwyklejmu rozwojowi genetyki oraz diagnostyki prenatalnej otwarte zostały drzwi do ratowania życia ludzkiego jeszcze na etapie rozwoju w łonie matki. Doskonałym przykładem są operacje wewnątrzmaciczne, które jeszcze kilka lat temu wydawały się nieosiągalne. Mimo wszystko istnieją sytuacje, którym medycyna nie jest w stanie stawić czoła. Są to wady letalne płodu, możliwe do wykrycia już na bardzo wczesnym etapie ciąży. A zatem, czym jest wada letalna? [3]. Z języka łacińskiego *letalis* oznacza śmiertelny, przynoszący śmierć i zgubę. Wady te są zaburzeniami rozwojowymi prowadzącymi do samoistnego poronienia, porodu przedwczesnego bądź zgonu wewnątrzmacicznego lub też przedwczesnej śmierci żywo urodzonego dziecka.

Z genetycznego punktu widzenia do wad letalnych zaliczamy wady chromosomalne, m.in. zespół Patau, zespół Edwardsa. Dodatkowo należą do nich ciężkie wady ośrodkowego układu nerwowego i innych narządów nie rokujące wyleczeniem, np. złożone nieoperacyjne wady serca współistniejące z wadami innych narządów, czy holoprocencefalia. Jak je wykryć? Kluczowym momentem jest badanie ultrasonograficzne między 11. a 14. tygodniem ciąży, w którym można ocenić, m.in. przezierność karkową. Bez względu na wiek oraz stopień rodzinnego obciążenia genetycznego, każda kobieta ciężarna powinna zostać poinformowana o możliwości wykonania specjalistycznych badań przesiewowych w kierunku najczęstszych aberracji chromosomowych i najczęściej spotykanych wad rozwojowych. Jest to badanie niezwykle precyzyjne, wykonywane przez doświadczonych lekarzy na wysokiej klasy sprzęcie ultrasonograficznym [5]. Wykonane wcześniej lub później traci na wartości – staje się badaniem niewiarygodnym. Warto podkreślić, że nieprawidłowy wynik nie jest ostateczną diagnozą – świadczy jedynie o podwyższonym ryzyku wystąpienia choroby. Badanie to jest pierwszym krokiem w kierunku dalszej, dokładniejszej diagnostyki prenatalnej, która obejmuje w swoim zakresie metody inwazyjne – amniopunkcję, kordocentezę i biopsję kosmówki. Należy zaznaczyć, że decyzję o przeprowadzeniu badań prenatalnych podejmują tylko i wyłącznie rodzice, ale w takiej sytuacji zadaniem lekarza jest niezwłoczne poinformowanie o towarzyszącym ryzyku, płynących korzyściach i wadach przeprowadzanej procedury [4]. Na podstawie obiektywnych informacji rodzic ma prawo do odmowy bądź wyrażenia chęci przeprowadzenia dalszej diagnostyki w celu potwierdzenia lub zaprzeczenia przewidywanych wad płodu.

W przypadku potwierdzenia nieprawidłowości kluczowe jest poinformowanie rodziców o dalszej drodze postępowania. Informacja o wadzie letalnej płodu jest zawsze informacją obciążającą emocjonalnie i wypieraną przez ich psychikę. Należy pamiętać, by rodzice zostali otoczeni specjalistyczną opieką pod kątem psychologicznym. Główną rolę

odgrywa tutaj personel medyczny. Pierwszym wyzwaniem jest przekazanie w odpowiedni sposób złych informacji [6]. Czy istnieje w takiej sytuacji jedyna dobra recepta na zaznajomienie z niepomyślną diagnozą? Otóż nie. Ważne jest, by zostały spełnione podstawowe zasady, które gwarantują poczucie komfortu, bezpieczeństwa i pełni szacunku w stosunku do rodziców i nienarodzonego dziecka. Dla rodziców, którzy oczekują potomstwa jest to nagła, nieoczekiwana tragedia – dlatego lekarz przekazując diagnozę powinien wykazać się najwyższego stopnia profesjonalizmem. Każdy ruch, nawet najbardziej banalny odgrywa swoją rolę. Przy przekazaniu diagnozy powinni być obecni oboje rodzice. Należy wytworzyć atmosferę spokoju, prywatności (odpowiednie miejsce i wystarczającą ilość czasu), przyjazną, pełną zrozumienia i empatii. Lekarz nie powinien posługiwać się żargonem medycznym, należy dostosować język do poziomu intelektualnego odbiorców. Sam przekaz powinien być ogólny w treści, jasny i zrozumiały, wolny od eufemizmów oraz nie zawierać niepotrzebnych szczegółów, które i tak nie zostaną zapamiętane. Należy dać rodzicom możliwość zadawania pytań i cierpliwie udzielać wyczerpujących odpowiedzi. Warto spisać również podstawowe informacje i zagadnienia po to, by rodzice mogli w niedługim czasie jeszcze raz przeanalizować przekazane im słowa [7].

Podjęcie dalszych decyzji wkracza na pole dylematów moralnych i etycznych. Rodzic staje w obliczu wyboru i pewnym jest, że nie może być zostawiony samemu sobie. Właśnie w tym momencie podstawową rolę odgrywa lekarz, który ma obowiązek sięgnąć po wsparcie psychologa, jako osoby bardziej kompetentnej i posiadającej ogromną wiedzę na temat sposobu rozmów z ludźmi i radzenia sobie w sytuacjach podbramkowych. Jest to jedyny sposób, dzięki któremu rodzice są w stanie podjąć kroki zgodne z ich przekonaniami. Komunikacja z pacjentem jest niezwykle trudnym, często bagatelizowanym aspektem praktyki klinicznej. Psycholog jest w stanie poprowadzić rozmowę z pacjentem w sposób całkowicie nienarzucający pacjentowi światopoglądu i przekonań rozmówcy. Jest to kluczowa kwestia odnośnie podjęcia przez rodziców dziecka, któremu stwierdzono wadę letalną, decyzji zgodnej z ich własnym sumieniem. Niestety bardzo często lekarz skupia się na leczeniu choroby, a nie pacjenta. W czasie studiów medycznych, przyszłych lekarzy uczy się o konieczności podejmowania działań mających na celu ochronę zdrowia oraz leczenie chorób, zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną, przy wykorzystaniu wszelkich dostępnych środków, bazując na umiejętnościach i doświadczeniu. Programy kształcenia studentów i lekarzy ukierunkowują się na diagnostykę chorób i ich leczenie, natomiast brakuje w nich nauczania zdolności do realnej weryfikacji szans na powrót do zdrowia. Przekłada się to na tendencję do skłaniania się lekarzy do uporczywej terapii. Uporczywa terapia to stosowanie

procedur medycznych trzymających przy życiu nieuleczalnie chorego, przedłużając jego umieranie. Prawie zawsze wiąże się z nadmiernym cierpieniem i naruszeniem godności chorego [8]. Psycholog z kolei, przygotowany jest do umiejętnej rozmowy, która chroni pacjenta w sytuacji, kiedy jego zdrowie lub życie jest zagrożone. Informacja o wadzie letalnej płodu to jedna z najgorszych wieści, jakie przychodzi człowiekowi usłyszeć w życiu. Wsparcie psychologa w takim momencie wydaje się absolutnie nieodzowne. Redukcja etatów psychologów na oddziałach szpitalnych [9], to bolączka polskiego systemu ochrony zdrowia. Rozmowy z psychologami prowadzą do zgłębienia własnej duszy, odnalezienia odwagi po to, by stanąć w obliczu kwestii, jaką jest nieunikniona śmierć. Nie do przecenienia jest podtrzymywanie więzi rodzinnych, które w trudnych chwilach stają się ostoją zarówno dla bezpośrednio obciążonej matki, jak i dla ojca śmiertelnie chorego dziecka.

Wykrycie u płodu wady letalnej i potwierdzenie jej metodami diagnostyki prenatalnej wiąże się z podjęciem przez rodziców ostatecznej decyzji o dalszym toku postępowania. W świetle polskiego prawa zgodnie z ustawą „O planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży” z 7 stycznia 1997 roku, możliwe jest przeprowadzenie terminacji ciąży z potwierdzoną wadą letalną płodu [3]. Jest to jedna z trzech możliwości, które zostaną opisane poniżej. W tym przypadku rodzice muszą zostać poinformowani o istniejącym ryzyku oraz konsekwencjach wynikających z nagłego przerwania ciąży. Procedura ta może być wykonywana do momentu osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem matki. Około 22.-24. tygodnia konieczne jest przeprowadzenie dodatkowych badań określających, czy taka zdolność już nastąpiła. W celu przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży konieczne jest okazanie orzeczenia lekarskiego o nieuleczalnej wadzie genetycznej lub ciężkim uszkodzeniu płodu [10].

Informacja o możliwości przerwania ciąży często przedstawiana jest przez lekarzy ginekologów jako jedyne rozwiązanie, stronniczo, niekompetentnie, pod ogromną presją czasu. Nie zwraca się uwagi na fakt, iż istnieją inne, alternatywne drogi dla terminacji ciąży i nie są one zaprzeczeniem dla ochrony kobiety i jej dziecka przed cierpieniem. Lęk przed osamotnieniem często utrudnia podjęcie w pełni świadomej i niezależnej decyzji [10].

Drugą opcją jest podtrzymanie ciąży i zdecydowanie się na hospicyjną perinatalną opiekę paliatywną. Jest to możliwość, dzięki której rodzice zostają otoczeni opieką zarówno do czasu rozwiązania ciąży, jak i w okresie poporodowym. Opieka paliatywna niesie ze sobą pomoc na wielu płaszczyznach. Są to przede wszystkim: konieczność zniesienia bólu i

cierpienia fizycznego oraz zapewnienie ulgi rodzicom w okresie życia dziecka, oraz w czasie żałoby [11].

Trzecią drogą, którą mogą wybrać rodzice jest prowadzenie uporczywej terapii po urodzeniu śmiertelnie chorego dziecka. Stosowane przez lekarzy specjalistyczne procedury medyczne mają na celu usilne i sztuczne przedłużenie życia pacjenta. Są one niestety często związane z bólem, cierpieniem, ale w istocie nie przynoszą wymiernych efektów w postaci wyleczenia. Naruszają one godność człowieka oraz przedłużając agonię, opóźniają moment nieuniknionego odejścia [6,10].

Każda podjęta decyzja powinna respektować, opracowaną przez doktora Janusza Korczaka, rozszerzoną obecnie koncepcję praw dziecka. Korczak wyróżnił trzy podstawowe prawa dziecka: prawo do śmierci, prawo do dnia dzisiejszego i prawo dziecka by było tym, czym jest [12]. Należy pamiętać o odpowiednim traktowaniu człowieka nienarodzonego. Mimo świadomości, iż jego życie może nie mieć pełnego wymiaru powinno się okazywać mu szacunek, współczucie i delikatność. Zarówno rodzice, jak i personel medyczny muszą zdać sobie sprawę z realności tego istnienia. Konieczne jest całkowite wykluczenie myślenia w kategoriach niepomyślnej i niepotrzebnej prokreacji, czy nieudanej ciąży. Wyeliminowaniu powinna ulec też wrogość wewnętrzna w stosunku do samych siebie, obarczanie się winą i skazywanie na nieszczęśliwe życie. Niezbędna jest pomoc otaczającego społeczeństwa w zaakceptowaniu i zrozumieniu istniejących potrzeb emocjonalnych rodzica, rozładowaniu silnych napięć i rozwiewaniu pojawiających się obaw.

Istota hospicjum perinatalnego

Czym jest hospicjum perinatalne?

Jest to alternatywa dla eugenicznej terminacji ciąży oraz podtrzymywania życia poprzez stosowanie uporczywej terapii dziecka po jego narodzinach. Otacza ona opieką nie tylko obarczone wadą dziecko, ale przede wszystkim rodziców. Zapewnia opiekę psychologiczną oraz pomoc wykwalifikowanego personelu medycznego i szeregu specjalistów. Twórcami idei hospicjum perinatalnego w Polsce są Joanna Szymkiewicz-Dangel wraz z mężem Tomaszem Dangelem. Już w 1994 r. zainicjowali oni stworzenie pierwszej w Polsce placówki zajmującej się domową opieką paliatywną. W 1999 r. podczas Europejskiego Kursu Opieki Paliatywnej nad Dziećmi w Budapeszcie zaproponowali oni pierwszą wszechstronną koncepcję perinatalnej opieki paliatywnej, która stawia czoła trudnemu wyzwaniu, jakim jest opieka nad dziećmi i rodzicami obciążonymi problemem

nieuleczalnych, prowadzących do śmierci wad genetycznych. Powstałe Hospicjum Perinatalne rozpoczęło działalność jako połączenie zarówno diagnostyki w kierunku letalnych wad płodu, jak o opieki paliatywnej [13].

Obecnie na terenie całego kraju działa wiele podobnych, prężnie rozwijających się placówek. Miasta, w których można je znaleźć, to m.in. Wrocław, Łódź, Kraków, Gdańsk, Katowice, Białystok, Rzeszów, Opole, Poznań. Dodatkowo działa również wiele stowarzyszeń i fundacji pomagających rodzicom po stracie dziecka. Rodziny, u których potwierdzono lub podejrzewa się wadę letalną płodu mogą liczyć na specjalistyczne konsultacje z wykwalifikowanymi i przeszkolonymi specjalistami z wielu dziedzin medycyny, m.in.: ginekologii, położnictwa, neonatologii czy pediatrii, a także na porady genetyczne udzielane przez lekarzy genetyków klinicznych. W kadrze placówek są także doświadczeni psychologowie oraz niejednokrotnie osoby duchowne. Cały zespół otaczający rodziny opieką posiada odpowiednie umiejętności i kwalifikacje, zdobywane przez lata pracy z podobnymi przypadkami oraz rozwijane i nieustannie udoskonalane przez rozmaite warsztaty, kursy czy szkolenia [2]. Warto podkreślić, że Hospicjum samo w sobie to nie miejsce – jest to całościowa koncepcja obejmująca programy opieki zazwyczaj bezpośrednio w domach potrzebujących [11].

Ze względu na to, że często największym wsparciem są osoby, które przebyły podobną drogę, Hospicjum umożliwia poprzez psychologa kontakt z rodzicami dziecka dotkniętego wadą letalną [2]. Wymiana doświadczeń może pomóc w zrozumieniu i pogodzeniu się z tą dotkliwą sytuacją oraz pokazać, że niepomyślna diagnoza to nie jest koniec świata.

Pomoc obejmuje również wsparcie w radzeniu sobie z emocjonalnym szokiem, podkreślenie ogromnej wagi tych kwestii, na które rodzice mogą mieć wpływ oraz planowanie z wyprzedzeniem decyzji i wyborów. Jedną z nich jest dokładne zaplanowanie porodu wraz z położnymi oraz możliwość zapoznania się z miejscem, w którym cały proces będzie się odbywał. Planowanie umacnia rodziców w podjętej decyzji oraz sprawia, że nabierają oni coraz większej świadomości nadchodzących wydarzeń. Dlatego ważne jest przedstawienie w jasny, zrozumiały sposób, przystępnym językiem specyfiki choroby dziecka, możliwych scenariuszy postępowania, dostępnych środków i rokowań. Dzięki utworzeniu planu znane są preferencje dotyczące przebiegu ciąży, procedury porodu oraz opieki poporodowej. Ważne również jest zorganizowanie czasu po opuszczeniu przez rodzinę oddziału szpitalnego. Przygotowanie obejmuje przede wszystkim dostosowanie domu i wyposażenie w niezbędny sprzęt potrzebny do opieki nad chorym noworodkiem.

Niezmiernie istotna jest edukacja rodziców i najbliższych, która umożliwi komfort i godne przeżycie krótkiego istnienia. Zrozumiały staje się też fakt, iż rodzice mają prawo do zmiany preferencji dotyczących poszczególnych etapów planu, jak i zmianie może ulec cała otaczająca sytuacja [14].

Tworzone są również grupy wsparcia skierowane szczególnie do rodziców w żałobie dotkniętych stratą dziecka tuż przed porodem, po porodzie lub na oddziale szpitalnym. Głównym założeniem jest pomoc dla rodziców, którzy nie zdążyli zabrać swojego dziecka do domu. Podczas spotkań rodzice rozmawiają o swoich doświadczeniach z okresu ciąży, porodu, o momencie usłyszenia diagnozy oraz chwili pożegnania. Rodzice mogą wyrazić swoje uczucia w stosunku do samych siebie, lekarzy, Boga czy społeczeństwa. Omawiane są również najtrudniejsze momenty, rodzice mogą liczyć na wspomnienie zarówno ze strony psychologów, jak i rodziców dotkniętych podobną sytuacją [15].

Wnioski

Zdiagnozowanie u płodu wady letalnej zwiastuje czas trudnych decyzji rodziców nienarodzonego dziecka. Nie muszą oni wybierać aborcji, która może być sprzeczna z ich światopoglądem lub wyznaniem, ani uporczywej terapii, która nierzadko sztucznie przedłuża życie dziecka, odbierając mu godność, a eskalując cierpienie. Istnieje trzecie wyjście, którym jest perinatalna opieka paliatywna, zapewniająca wsparcie rodzicom i dziecku, godne warunki życia dla dziecka i godną jego śmierć.

Pomoc psychologiczna matce i ojcu dziecka, u którego zdiagnozowano wadę letalną zapewnia odpowiednie przygotowanie do jego przyjścia na świat, gotowość do pokochania dziecka, które urodzi się śmiertelnie chore. W późniejszym okresie stanowi oparcie w trudach opieki nad chorym noworodkiem, niemowlęciem. Ostatecznie pomaga pogodzić się z losem, po nieuniknionej stracie. Psycholog jest nieodzownym elementem systemu perinatalnej opieki paliatywnej.

Istotą hospicjów perinatalnych jest niesienie pomocy dzieciom z wadami letalnymi i ich rodzinom, na wszelkich gruntach. Organizacja grup wsparcia, pomoc w przystosowaniu mieszkania, konsultacje specjalistów, planowanie strategii leczenia i opieki nad dzieckiem, czy edukacja odnośnie jego pielęgnacji to tylko niektóre z ról tych hospicjów.

Zdecydowanie się na opiekę paliatywną nad dzieckiem nieuleczalnie chorym, zapewnia mu przyjście na świat i godne przeżycie krótkiego życia, w otoczeniu miłości i opieki, w domowym przyjaznym środowisku z poszanowaniem praw dziecka.

Piśmiennictwo

1. Dangel T.: Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci, Wytyczne dla lekarzy. Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Warszawa, 2011.
2. Hospicjum perinatalne Łodzi – Fundacja Gajusz Łódź., <http://www.gajusz.org.pl/dla-potrzebujacych/hospicjum-perinatalne/>, data pobrania 05 04 2017.
3. Frączek P., Jabłońska M., Pawlikowski J.: Medyczne, etyczne, prawne i społeczne aspekty badań prenatalnych w Polsce, MNOZ, 2013, 2, 103-109.
4. Dangel T.: Diagnostyka prenatalna – mity i rzeczywistość, Nauka, 2007, 3, 31-47.
5. Heidner E., Janusz J., Przestrzelska M., Knihinicka-Mercik Z.: Opieka paliatywna w perinatologii oczami położnych – model postępowania wobec rodzin i dzieci dotkniętych wadami letalnymi, Wsp. Pielęg. Ochr. Zdr., 2013, 2, 40-43.
6. Kochman D., Guza M.: Uporczywa terapia dzieci w opinii personelu pielęgniarskiego, Pielęg. XXI w., 2014, 3, 17-23.
7. Bołoz W., Krajnik M., .: The definition of overzealous therapy. The consensus of the Polish Working Group on End-of-Life Ethics, *Advances in Palliative Medicine*, 2008, 7, 3, 91-92.
8. Kornas-Biela D.: Niepomyślna diagnoza prenatalna: dylemat rodziców, wyzwanie dla profesjonalistów, *Medycyna praktyczna – ginekologia i położnictwo*, 2008, 2, 56, 15-26,
9. Ciężka i nieodwracalna wada płodu lub nieuleczalna choroba zagrażająca jego życiu, <http://terminacjaziży.pl/>, data pobrania 06 04 2017.
10. Hospicjum dla dziecka w łonie matki – Hospicjum dla nienarodzonych dzieci, <http://www.hospicjumtischnera.org/pl/hospicjum-dla-dziecka-w-lonie-matki/>, data pobrania 05 04 2017.
11. Korczak J.: Jak kochać dziecko. Prawo dziecka do szacunku, Wyd. Żak, Warszawa, 2002.
12. Hospicjum perinatalne- polski model, http://perinatalne.pl/pliki/Artykul/1040_hospicjum-perinatalne-polski-model.pdf, data pobrania 05 04 2017].
13. Hospicjum w łonie matki. Idea i przykłady funkcjonowania perinatalnej opieki paliatywnej, http://www.hospicjumtischnera.org/media/materialy_szkoleniowe/2015_hospicjum_perinatalne.pdf, data pobrania 06 04 2017.
14. Grupa wsparcia w żałobie, <http://perinatalne.pl/pl/dla-rodzicow/grupa-wsparcia-w-zalobie>, data pobrania 06 04 2017

Planowanie i przebieg kolejnej ciąży po utracie dziecka - przegląd wybranych badań klinicznych

Dopierała Milena¹, Rogoziński Tomasz², Kasperczak Michał¹, Jędrzejak Kamila¹,
Proniak Marcin³, Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Gnus Jan^{1,2}

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu
3. Wojskowy Szpital Specjalistyczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu

Wstęp

Utrata dziecka, niezależnie od tego, czy następuje w okresie prenatalnym, okołoporodowym, czy na dalszych etapach jego rozwoju uznawana jest za jedno z najbardziej traumatycznych przeżyć, jakich może doświadczyć człowiek. Z uwagi na to, że znacznie częściej jest zdarzeniem niespodziewanym, może wiązać się z większym stresem niż śmierć rodzica czy współmałżonka [1-8].

Emocjonalna trauma związana ze stratą potomstwa może prowadzić do szeregu problemów zdrowotnych w aspekcie psychicznym, społecznym i somatycznym [1,3,4].

W momencie uświadomienia sobie przez rodziców faktu śmierci ich dziecka rozpoczynają oni okres żałoby, której celem jest przystosowanie się do życia bez zmarłego dziecka. Przebieg tego procesu jest znacznie zindywidualizowany pod względem intensywności przeżywanych emocji, jak i czasu trwania (po śmierci dziecka prawidłowo przebiegająca żałoba może trwać nawet kilka lat). Zależy on od okoliczności śmierci oraz czynników osobniczych, jak osobowość osieroconego rodzica, a także społecznych, m.in. wsparcia ze strony rodziny, systemu opieki zdrowotnej czy duchownego [1,2].

Sposób przeżywania żałoby i prawidłowe bądź patologiczne przejście tego procesu znacząco wpływa na dalsze życie osieroconych rodziców. Doświadczenie to często rzutuje na decyzję partnerów o staraniu się o kolejne dziecko, a także na przebieg kolejnej ciąży oraz budowanie więzi rodziców z nowo narodzonym dzieckiem.

Badania kliniczne

Badanie kliniczne przeprowadzone przez Deborah S. Armstrong „Impact of Prior Perinatal Loss on Subsequent Pregnancies” [6] dodaje nowe aspekty do wiedzy na temat zależności wcześniejszej straty dziecka w okresie prenatalnym lub noworodkowym a przeżywaniem kolejnej ciąży u przyszłych rodziców. Autorka kwestionuje pogląd zakładający, że po zajściu w kolejną ciążę, obawy i żal po stracie dziecka ulegają zmniejszeniu. Przeciwnie, zwraca uwagę na znaczący poziom emocjonalnego cierpienia tych rodziców w czasie przeżywania kolejnej ciąży. Z przeprowadzonego badania wynika, że niepokój indukowany przez wcześniejszą utratę ma znaczący wpływ na kondycję psychiczną rodziców w kolejnej ciąży. Prawie połowa matek i jedna czwarta ojców prezentuje nasilone objawy depresyjne, co jest czynnikiem dużego ryzyka wystąpienia u nich depresji. Badanie potwierdziło też opisywany wcześniej wzrost niepokoju u obojga rodziców o przebieg i rozwiązanie obecnej ciąży.

Przyszłe matki, które straciły dziecko w okresie perinatalnym lub noworodkowym, doświadczyły straty bardziej fizycznie, mniej abstrakcyjnie i zgłaszają bardziej nasilone objawy depresyjne i większy niepokój związany z wynikami obecnej ciąży, w porównaniu do przyszłych ojców. U matek wzmożony niepokój w przebiegu ciąży może skutkować osłabieniem prenatalnej więzi między nimi a dzieckiem. Zachowywanie większego dystansu, można tłumaczyć jako reakcję obronną, która ma zmniejszyć cierpienie w razie kolejnej utraty.

Badanie nie ujawniło jednak takiego działania wzmożonego stresu u przyszłych ojców. Co ciekawe, zauważono u nich, że im większy wpływ wywarła na nich poprzednia strata, tym większe jest ich przywiązanie w trakcie trwania kolejnej ciąży do przyszłego potomka. Przeżywanie straty przez ojców wiąże się z przypisywanymi im wieloma rolami. W swojej żałobie, poza smutkiem i żalem po utraconym dziecku, odczuwają oni również bezsilność w ochronie i wspieraniu swoich rodzin. Nadmierna ostrożność w późniejszej ciąży i zwiększone zaangażowanie mogą być sposobem, w jaki ojcowie mogą próbować utrzymać pewną kontrolę. Dostarczanie im informacji o przebiegu kolejnej ciąży oraz zaangażowanie ich w trakcie jej trwania może zmniejszyć ich obawy i dać poczucie wspierania swojej partnerki.

Żeby zrozumieć potrzeby rodziców spodziewających się potomstwa, którzy wcześniej stracili dziecko w okresie okołoporodowym lub noworodkowym, należy mieć świadomość sprzecznych uczuć, które występują u tych osób w trakcie trwania kolejnej ciąży. Personel

medyczny zajmujący się tą grupą powinien zdawać sobie sprawę z przeciwstawności nadziei i strachu, z którymi mierzą się ich podopieczni. Osiągnięcie emocjonalnej równowagi u przyszłych rodziców może mieć wpływ zarówno na przebieg kolejnej ciąży, jak i na budowanie relacji dziecko-rodzic w przyszłości.

Personel medyczny powinien tworzyć przyjazne środowisko, w którym przyszli rodzice znajdą zrozumienie, swobodnie będą mogli dzielić się swoimi obawami i oddzielić wydarzenia z przeszłości od obecnej ciąży. Zwrócono uwagę na istotność zbierania dokładnego wywiadu położniczego, który umożliwi uzyskanie informacji o wydarzeniach, które mogą wpłynąć na przebieg ciąży. Potwierdzono występowanie długoterminowych skutków poprzednich strat oraz przypomniano, że w sytuacjach tych może być wskazane dodatkowe wsparcie oraz pomoc psychologiczna i psychiatryczna.

Autorka wskazuje na potrzebę ciągłego rozwoju sposobów radzenia sobie z problemami rodziców spodziewających się dziecka z wywiadem poronienia lub śmierci dziecka w okresie noworodkowym i sugeruje, że w następnych badaniach powinno się zbadać metody mające na celu redukcję cierpienia tych par [6].

Kolejne badanie sprawdza wpływ utraty dziecka w wieku od noworodkowego do osiemnastego roku życia na obawy rodziców związane z kolejną ciążą. Oceniane są ich postawy po siedmiu i po trzynastu miesiącach od śmierci dziecka.

Głównymi odczuciami zgłaszanymi przez badanych zarówno 7 jak i 13 miesięcy po śmierci dziecka, były chęć posiadania większej liczby dzieci oraz niepokój związany z kolejną ciążą. Większość spośród rodziców podała, że chciałyby mieć więcej dzieci, lecz bardzo boi się kolejnej ciąży, co potwierdza wyniki poprzednich badań (Blackmore et al., 2011; Gold et al., 2010; Nazar'e et al., 2012). Bardziej nasilony lęk i obawy prezentowali rodzice w miesiącu trzynastym po utracie dziecka niż w siódmym. Prawdopodobnie przez 13 miesięcy udało im się na tyle zdystansować od myśli o utracie dziecka, że zaczęli rozważać możliwość starania się o kolejne, lecz doprowadziło do powrotu traumatycznych przeżyć.

Wyniki badania dowiodły, że rodzice postrzegali swoje zmarłe dzieci jako odrębne jednostki, posiadające indywidualne cechy fizyczne i zachowanie. Starannie przechowywali i przywoływali wspomnienia z życia zmarłych dzieci oraz zwracali uwagę na dzielenie się nimi z członkami rodziny, także z kolejnymi dziećmi. Pomijanie i pomniejszanie ich znaczenia jako ich dzieci przez innych ludzi przysparzało im cierpienia.

Rodzice zmarłych dzieci raportowali, że spotykają się z pewnymi naciskami ze strony członków rodziny (rodziców, rodzeństwa, innych dzieci), którzy uważają, że powinni oni starać się o kolejne dziecko.

Analiza stanu zdrowia matek po 13. miesiącach po śmierci dziecka ukazuje zwiększoną liczbę ich hospitalizacji spowodowanych przez stany chorobowe związane ze stresem. Stwierdzono częstsze diagnozowanie u nich chorób przewlekłych, na które wcześniej nie chorowały, takich jak nadciśnienie tętnicze, dusznica bolesna, astma, cukrzyca, inne choroby serca. Zaobserwowano zapotrzebowanie na większe dawki stosowanych leków, a także większą zapadalność na depresję i zespół stresu pourazowego. (Youngblut, Brooten, Cantwell, del Moral, & Totapally, 2013).

W pracy poruszono również temat Boga - znaczenia modlitw i postrzegania wydarzeń jako jego woli.

Autorzy uważają, że rolą personelu współpracującego z rodzicami, którzy stracili dziecko i rozważają starania o kolejne jest zrozumienie i uznanie ich strachu przed przeżywaniem następnej ciąży. Personel powinien zapewnić im możliwość swobodnego korzystania z usług ochrony zdrowia oraz stale monitorować ich stan zdrowia. Niezbędna jest też pomoc w opracowaniu ciążyowych planów, uwzględniając w nich możliwość wystąpienia problemów [4].

Praca "Parent Distress and the Decision to Have Another Child After an Infant's Death in the NICU" opublikowana w 2017 roku przez Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing zawiera liczne odwołania do przeprowadzonych w tej dziedzinie badań i wzbogaca istniejącą wiedzę o nowe obserwacje.

Spośród uczestników badania 62% matek i 67% ojców zdecydowało się na kolejne dziecko. Zgodnie z hipotezą postawioną w badaniu, uczestnicy ci podali, że w ciągu ostatniego tygodnia życia ich zmarłych dzieci, doświadczyły one mniejszej ilości objawów w porównaniu do ilości zgłaszanej przez rodziców, którzy nie zdecydowali się na dalsze powiększanie rodziny.

Wnioski z analizy są spójne z wynikami wcześniejszych publikacji i potwierdzają, że osoby posiadające kolejne dzieci po uprzedniej stracie, wyrażają mniej nasilone objawy bólu i depresji (Wijngaards-de Meij i in., 2005), rzadziej popadają w konflikty małżeńskie (Rogers, Floyd, Seltzer, Greenberg, I Hong, 2008), a także są rzadziej hospitalizowane w oddziałach psychiatrycznych (Li, Laursen, Precht, Olsen i Mortensen, 2005). Przekrojowy charakter danych nie pozwala jednak na jednoznaczne sformułowanie przyczyny dla takich wyników.

Autorzy odwołując się do wyników wcześniejszych badań, przypominają o zwiększonym ryzyku komplikacji w następnej ciąży u rodziców, którzy doświadczyli utraty dziecka w okresie okołourodzeniowym (August et al., 2011). Dodają również, że drugie położnicze niepowodzenie wzmaga bolesne przeżywanie żałoby w takim samym stopniu, jak pozytywne rozwiązanie ciąży łagodzi jej przebieg (Cuisinier et al., 1996).

Jednym z głównych założeń badania było sprawdzenie, jakimi motywami kierują się rodzice przy podejmowaniu decyzji o poczęciu kolejnego dziecka. Analizowano wpływ śmierci poprzedniego dziecka na to postanowienie. Osoby, które podały, że traumatyczne wydarzenie wpłynęło na ich decyzję podawały, że nie chcą mieć więcej potomstwa. Natomiast rodzice, którzy nie widzieli takiego wpływu, dalej byli zdecydowani powiększać swoje rodziny. Wśród czynników, które rodzice podawali jako przekonujące ich do tego, wymieniali chęć zapewnienia swoim żyjącym dzieciom rodzeństwa i pragnienie ponownego doświadczenia rodzicielstwa. Widzieli w tym również możliwość znalezienia ulgi w cierpieniu po swojej utracie. Z kolei wśród powodów przeciwko podejmowaniu starań o kolejne dziecko wymieniali czynniki medyczne (m.in. niepłodność i zwiększone ryzyko zdrowotne matki i/lub dziecka), emocjonalne (strach, poczucie winy), a także zaawansowany wiek matki, status związku rodziców i uwarunkowania finansowe. Wpływ na podejmowanie decyzji miał też czas, który upłynął od śmierci dziecka. Część badanych była zdecydowana na podjęcie prób tuż po wcześniejszej utracie, inni czekali aż upłynie pewien okres czasu lub byli niezdecydowani. Inną istotną obawą uczestników okazała się idea dziecka zastępczego. Jednoznacznie odcięli się od niej deklarując, że zmarłe dzieci traktują jako niezależne jednostki i w żadnym wypadku nie chcą zastąpić ich następnymi dziećmi [8].

Wnioski

Oczekiwanie na rozwiązanie ciąży po olbrzymiej stracie, jaką jest wcześniejsza utrata dziecka, może wywoływać w rodzicach przeciwstawne uczucia: z jednej strony radość na myśl o przyjściu na świat upragnionego potomka, z drugiej natomiast cierpienie przez przywołanie bolesnych wspomnień utraconego dziecka oraz wielki niepokój, by przykra sytuacja się nie powtórzyła. W podjęciu decyzji o rozszerzaniu rodziny niezbędna jest wsparcie multidyscyplinarnego zespołu, w którego skład powinni wchodzić między innymi lekarze, specjaliści z dziedziny genetyki, psychologowie i pracownicy socjalni (Lamb, 2002).

Niezbędne jest dalsze prowadzenie badań, które pozwolą na optymalizowanie sprawowanej przez nich opieki [8].

Piśmiennictwo

1. Sanders C. M.: Jak przeżyć stratę dziecka, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2001.
2. Ostrowska A.: Śmierć i umieranie, Wyd. Almapress, Warszawa, 1991.
3. Rogiewicz M., Buczkowski K.: Dorosły pacjent w żałobie po śmierci bliskiej osoby rola lekarza rodzinnego, Pol. Med. Paliat., 2006, 5, 1, 21-29.
4. Dozdiuk A.: Życie po stracie, czyli o przeżywaniu żałoby, Instytut Psychologii Zdrowia, 2013
5. Janusz B., Drożdżowicz L.: Śmierć i żałoba w rodzinie. Oddziaływania terapeutyczne, Psychoterapia, 2013, 2, 45–54.
6. Armstrong D.S.: Emotional Distress and Prenatal Attachment in Pregnancy After Perinatal Loss, J. Nurs. Scholarsh., 2002, 34, 339-345.
7. Brooten D., Youngblut J.M., Hannan J., et al.: Infant and child deaths: Parent concerns about subsequent pregnancies. J. Am. Assoc. Nurse Pract., 2015, 27, 690-697
8. Keim M.C., Fortney Ch. A, Shultz E.L., et al.: Parent Distress and the Decision to Have Another Child After an Infant's Death in the NICU, J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs. , 2017, 46, 446-455.

Kompleksowa opieka pielęgniarska a jakość życia pacjentów z wrodzonymi wadami serca

Mroczkowska Renata¹, Wawros Karina², Gawłów-Nowak Lilianna², Karczewska Olimpia², Sterik Anna², Ślężiona Mariola³, Graf Lucyna³, Sejboth Justyna⁴, Szurlej Dariusz⁴

1. Klinika Wad Wrodzonych Serca i Kardiologii Dzieci, Śląski Uniwersytet Medyczny, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze
2. Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny
3. Studium Doktoranckie, Zakład Filozofii i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
4. Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Zakład Anestezjologii Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny

Grupa dorosłych pacjentów z wrodzoną wadą serca systematycznie się powiększa, a przed pracownikami ochrony zdrowia pojawia się zadanie zapewnienia wysokiej jakości życia pacjentom z wrodzonymi wadami serca i układu sercowo-naczyniowego (wvs), dzięki kompleksowej usłudze medycznej świadczonej w trybie ciągłym, tzn. bez podziału wiekowego.

Cel pracy

Celem pracy jest próba odpowiedzi na następujące pytania:

- czy i w jakim stopniu kompleksowa opieka pielęgniarska determinuje jakość życia pacjentów z wrodzoną wadą serca?
- w jakich obszarach funkcjonowania biologicznego, psychicznego i społecznego optymalna opieka pielęgniarska ma kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa chorego i jego rodziny?
- jakie czynniki determinują jakość opieki pielęgniarskiej?

- jakie zależności występują pomiędzy warunkami pracy, satysfakcją z pracy a optymalną opieką pielęgniarską?

Materialy i metody

Praca ma charakter pogładowy. Powstała w oparciu o analizę aktualnie dostępnej literatury, obowiązujących *Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących leczenia dorosłych pacjentów z wrodzonymi wadami serca* [1] oraz własnych doświadczeń z pracy w klinicznym oddziale wad wrodzonych u dzieci i dorosłych.

Rozwój dzieci z wrodzonymi wadami serca, już od narodzin, jest determinowany chorobą, która obciąża wszystkie sfery funkcjonowania bio-psych-społecznego. Powoduje [2]:

- **znaczną niepełnosprawność somatyczną**, z powodu niedotlenienia organizmu, manifestującą się mniejszą wydolnością fizyczną, męczliwością, zaburzeniami wagi ciała;
- **konsekwencje psychopedagogiczne**, w postaci trudności w uczeniu się, obniżeniu precyzji i szybkości ruchów (pismo dysgraficzne, synkinezje, czyli dodatkowe ruchy podczas wykonywania pracy), zaburzenia pamięci i uwagi;
- **zaburzenie rozwoju emocjonalno-uczuciowego** z powodu wczesnodziecięcych traumatycznych przeżyć, rozłąki i cierpienia związanego z chorobą, niespełnionych oczekiwań, indywidualnych uprzedzeń i negatywnych stereotypów.

Pacjent z wrodzoną wadą serca wymaga przede wszystkim kompleksowej usługi medycznej, w ramach stałej opieki kardiologicznej. Często poddawany jest badaniom kontrolnym, co wiąże się z koniecznością okresowego pobytu w szpitalu. Obniżona odporność sprzyja zachorowaniom, dodatkowo wydłużając absencję czy to w szkole, w przypadku dzieci, czy w pracy. Częste nieobecności sprzyjają deprywacji potrzeby przynależności do grupy. Widoczne cechy choroby, takie jak zmiana kolorytu skóry, blizna pooperacyjna wraz z deformacją klatki piersiowej czy garbem sercowym rodzą poczucie odmienności i wyalienowania.

Warunkiem zapewnienia holistycznej opieki jest dostępność pomocy i opieki medycznej (obecność pielęgniarki w szkole, zakładzie pracy, mała odległość do ośrodka leczącego) oraz efektywna, dwukierunkowa komunikacja pomiędzy pacjentem, rodziną,

szkołą i zespołem specjalistów (kardiolog, pielęgniarka, edukator, psycholog, doradca zawodowy). Ogromne znaczenie dla osoby z niepełnosprawnością somatyczną ma prawidłowe funkcjonowanie społeczne dzięki zrozumieniu i akceptacji istniejących problemów, poczuciu przynależności do grupy.

W przypadku małych dzieci nacisk kładzie się na wykształcenie prawidłowych postaw rodzicielskich, opartych o redukcję nadopiekuńczości i realnych wymagań względem małego pacjenta. Sytuacja rodzinna, a przede wszystkim właściwe cechy, postawy i dyspozycje rodzicielskie to bardzo ważny determinant, kształtujący osobowość dziecka, jego wizerunek choroby, obraz samego siebie, stosunek do własnych dolegliwości oraz świadomość, że sukces zależy od zachowania ciągłości działań.

Działalność edukacyjną należy traktować jako integralną część terapii [3]. Opracowanie i wdrożenie programu edukacyjnego na temat: specyfiki choroby, zasad leczenia, prewencji ryzyka sercowo-naczyniowego, samoopieki oraz spraw dotyczących seksualności, reprodukcji i doradztwa zawodowego znacznie ograniczy odsetek problemów bio-psycho-społecznych u pacjentów z wrodzoną wadą serca.

Szczególne zadania w opiece nad pacjentem z wws stawia się przed pielęgniarką z racji specjalistycznego przygotowania merytorycznego, psychologicznego i pedagogicznego.

Czynniki determinujące jakość opieki pielęgniarskiej wobec chorych z wrodzoną wadą serca

Specyfika opieki pielęgniarskiej nad chorym z wrodzoną wadą serca

W opiece nad pacjentem z wrodzoną wadą serca złotą zasadą jest dożywotnia, regularna kontrola obejmująca wnikliwą ocenę stanu zdrowia, z naciskiem na poszukiwanie ewentualnych powikłań i edukację. Wśród czynników determinujących jakość opieki pielęgniarskiej nad pacjentami z wws wymienia się przede wszystkim: edukację prozdrowotną, naukę samooceny i samokontroli, wszechstronnie zintegrowany system opieki.

Dobłą praktyką jest pełne zrozumienie anatomii i patofizjologii wady przez opiekujący się chorym zespół (rodzina, szkoła, zakład pracy, personel medyczny), wiedza na temat stanów bezpośredniego zagrożenia życia oraz objawów stanowiących tzw. czynniki prognostyczne groźnych powikłań (nadciśnienia płucnego, hipoksji, zaburzeń rytmu serca i nieprawidłowej funkcji komór serca).

Natomiast za podstawowy warunek optymalnej opieki pielęgniarskiej uznaje się jej ciągłość i standaryzację [4], której sprzyja wymiana doświadczeń pomiędzy pielęgniarkami opiekującymi się chorymi z wrodzonymi wadami serca.

Podstawowym warunkiem zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa w warunkach szpitalnych jest optymalna obsada pielęgniarska - zgodna z ustalonymi normami zatrudnienia.

Stanowiska pracy wyposażone zarówno w sprzęt medyczny, sprawny technicznie, rzetelnie monitorujący główne parametry życiowe, jak i w sprzęt do wykonywania zadań pielęgnacyjnych. Łóżko pacjenta zlokalizowane w sposób umożliwiający bezproblemowy i swobodny dostęp do niego z trzech stron. Warunki lokalowe gwarantujące komfort i bezpieczeństwo pacjenta oraz personelu.

Zaleca się, aby każda pielęgniarka opiekująca się pacjentem posiadała ukończony kurs kwalifikacyjny z zakresu pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, kurs specjalistyczny wykonania i interpretacji zapisu EKG, resuscytacji krążeniowo- oddechowej oraz zasad krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Coraz mocniej podkreśla się też znaczenie ustawicznego podnoszenia kwalifikacji w ramach szkoleń wewnątrzszpitalnych, samokształcenia i szkolenia podyplomowego [4].

W 2014, The Lancet opublikował pracę pt. *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study*, pokazującą zależność pomiędzy obsadą pielęgniarską, wykształceniem pielęgniarek a śmiertelnością pacjentów. Autorki publikacji donoszą, że wzrost obciążenia pracą pielęgniarek przyczynia się od zwiększenia śmiertelności pacjentów, w ciągu pierwszego miesiąca od przyjęcia, o prawie 7%. Równocześnie wzrost poziomu wykształcenia pielęgniarek o 10% skutkowało 7% spadkiem śmiertelności w badanej grupie pacjentów. Zasugerowano, że szpitale, w których 60% zatrudnionych pielęgniarek miało wykształcenie wyższe, legitymowały się o 30% niższą śmiertelnością pacjentów w stosunku do szpitali, w których tylko 30% pielęgniarek miało stopień licencjata i magistra [5].

Rola, zadania i kompetencje pielęgniarki opiekującej się pacjentem z wrodzoną wadą serca

Pielęgniarka posiadająca kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wykonująca zawód medyczny jest uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych [6], polegających na rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta; rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta; planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad

pacjentem; samodzielny udział w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych; realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji; orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych oraz edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia na podstawie odrębnych przepisów [7].

Pacjentem z wrodzoną wadą serca opiekuje się pielęgniarka, wykorzystując wiedzę i umiejętności zdobyte w trakcie kursu kwalifikacyjnego z zakresu pielęgniarstwa kardiologicznego. Pielęgniarka ma ustawowy obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego, poprzez:

- uczestnictwo w szkoleniach zewnętrznych (prowadzonych przez firmy medyczne, kursach, konferencjach);
- wewnętrznych;
- samokształcenie.

Szczególny nacisk kładzie się na możliwość poszerzania wiedzy i umiejętności w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, pomoc w identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów związanych zarówno z chorobą podstawową, jak i procesem przejścia z wieku dziecięcego do dorosłości [8]. Podstawy prawne roli pielęgniarki jako edukatora zdrowia zawarte zostały w *Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej (2011)* oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (2007).

Pielęgniarka w toku przygotowania zawodowego zdobywa wiedzę i umiejętności w zakresie rozpoznawania:

- problemów pielęgnacyjnych i sposobów ich rozwiązania;
- objawów i nieprawidłowości pracy stymulatora serca;
- powikłań po implantacji, psychologicznych aspektów implantacji;
- zasad zapobiegania infekcji rany pooperacyjnej;
- wpływu środowiska zewnętrznego na pracę stymulatora serca;
- rehabilitacji poszpitalnej.

Holistyczna koncepcja postępowania z pacjentem chorym opiera się o umiejętności pacjenta oraz osób sprawujących nad nim opiekę. Łańcuch opieki (*chain-of-care*) składający

się ze świadczeń udzielanych przez kardiologów, kardiochirurgów, pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego, rehabilitantów, dietetyków, psychologów, jak również lekarzy oraz pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej wymagający ścisłej, wzajemnej współpracy, pozwala na uzyskiwanie pozytywnych efektów terapeutycznych [9].

Specjalistyczne przygotowanie pielęgniarskie w dziedzinie kardiologii oraz wiedza z zakresu psychologii i pedagogiki wydają się być kluczem do ułatwienia pacjentowi procesu przejścia do dorosłego życia. Pielęgniarka, z racji częstego kontaktu z chorym, ma możliwość wczesnej identyfikacji potrzeb bio-psycho-społecznych pacjenta, dlatego wg Philipa Moonsa, to ona powinna koordynować zespół opiekujący się pacjentem z wrodzoną wadą serca, a złożony z edukatora, psychologa, doradcy zawodowego i oczywiście lekarza specjalizującego się w leczeniu GUCH (*Grown Up Congenital Hart Disease*) [10].

Satysfakcja z pracy jako czynnik determinujący jakość opieki pielęgniarskiej

Praca stanowi podstawową formę aktywności dorosłego człowieka. Poświęcamy jej większą część naszego życia i poza materialnymi efektami ważnym jest, abyśmy byli usatysfakcjonowani i zadowoleni z możliwości jej wykonywania.

Satysfakcja z pracy, jako funkcja nakładów na pracę i jej wyników (premia, awans, pochwała pracodawcy) jest uwarunkowana następującymi czynnikami:

- **Wynagrodzenie.** Satysfakcja z pracy jest wprost proporcjonalna do poziomu wynagrodzenia. Czynnikiem ten działa krótko. Później dla podtrzymania zadowolenia z wykonywanej pracy koniecznym jest włączenie kolejnych motywatorów;
- **Awans.** W każdej pracy powinna być możliwość awansu. Praca bez szansy na rozwój i awans rodzi niezadowolenie bez względu na wysokość wynagrodzenia;
- **Nadzór.** Człowiek jako istota społeczna potrzebuje zainteresowania w trakcie pełnienia zadań. Sukcesem na drodze do zadowolenia z pracy jest dobór metody w zależności od cech osobowościowych pracownika. Jedni preferują nadzór podczas pracy, inni wybierają pełną autonomię;
- **Warunki pracy.** Czas pracy, wyposażenie stanowiska pracy;
- **Współpracownicy;**

- **Wiek.** Im pracownik starszy, z większym stażem, kompetencjami tym wyższe zadowolenie z pracy w porównaniu z człowiekiem młodym, zaczynającym pracę, wykonującym proste czynności;
- **Płeć.** Polska to nadal kraj stereotypów związanych z płcią. W wielu dziedzinach kobiety otrzymują niższe wynagrodzenie niż wykonujący te same zadania mężczyźni oraz mają dużo mniejsze szanse na awans;

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN, *International Council of Nurses*) określa właściwe środowisko pracy, jako podstawowy warunek zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i opiekującemu się nim personelowi medycznemu, a przez to wysokiej jakości usług medycznych przekładających się bezpośrednio na satysfakcję z wykonywanej pracy. W grupie zawodowej pielęgniarek bardzo ważnym czynnikiem zadowolenia z pracy jest możliwość wykonywania pracy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, kompetencjami i uprawnieniami.

Zawód pielęgniarki jest profesją samodzielną, niestety często sprowadzaną tylko do wykonywania zleceń lekarskich, nawet w przypadkach o charakterze typowo pielęgnacyjno-opiekuńczym. Opór środowiska lekarskiego, wynikający z zakorzenionych przekonań o typowo odtwórczym charakterze pracy pielęgniarek, konieczność sprostania coraz to wyższym wymaganiom, zbyt duże obciążenie pracą rodzi w tej grupie zawodowej wątpliwości co do szans dalszego indywidualnego rozwoju. Brak partnerstwa w interdyscyplinarnym zespole świadczącym usługę medyczną zaburza nawiązanie prawidłowych relacji społecznych, a w powiązaniu z przeciążeniem pracą, depersonalizacją i wyczerpaniem emocjonalnym może być preludem do zespołu wypalenia zawodowego.

Wynagrodzenie pielęgniarek, w odniesieniu do zakresu wykonywanych zadań i ponoszonej odpowiedzialności, daleko odbiega od realiów europejskich. Wiele badań potwierdza tezę, że w Polsce wysokość wynagrodzenia nie zależy od wykształcenia i stażu pracy, tylko od specyfiki oddziału i rodzaju umowy o pracę (umowy cywilno-prawne) [11]. Pogorszenie sytuacji materialnej jest drugim, po kadrze lekarskiej, głównym stresorem w pracy pielęgniarki. Powoduje brak zainteresowania kształceniem w tym kierunku u młodzieży, a odchodzenie od zawodu czy migrację zarobkową u czynnych zawodowo pielęgniarek. Tym samym staje się poważnym problemem wpływającym na poczucie zadowolenia z pracy i jakość opieki nad chorymi.

Pracodawcy winni pamiętać, że zadowolony pracownik dokładniej i staranniej wykonuje powierzone zadania, przyczyniając się tym samym do wzrostu efektywności i wypracowanych zysków.

Podsumowanie

Pacjenci z wrodzonymi wadami serca zmagają się z wieloma trudnościami dotyczącymi podstawowych dziedzin życia codziennego, takich jak rodzina, praca, sport i wypoczynek. Co więcej, prowadzenie zdrowego stylu życia warunkuje ograniczenie ilości powikłań sercowo-naczyniowych, bezpośrednio przekładających się na jakość życia osoby z GUCH. Dlatego priorytetowym zadaniem jest zapewnienie pacjentowi optymalnej opieki pielęgniarskiej, opartej o profesjonalnie opracowany program edukacyjny i wymianę doświadczeń pomiędzy pacjentem a opiekującym się nim zespołem profesjonalistów.

W opracowaniu podjęto próbę określenia:

- czynników wpływających na dobrostan bio-psycho-społeczny pacjenta z GUCH;
- zależności pomiędzy satysfakcją z pracy pielęgniarek świadczących kompleksową opiekę a jakością życia pacjentów z wrodzoną wadą serca.

Po analizie wybranej literatury potwierdzono kluczową rolę personelu medycznego w poziomie zadowolenia z życia pacjentów z wws.

Pielęgniarka to członek zespołu terapeutycznego o stosunkowo najczęstszym kontakcie z chorym. Począwszy od okresu niemowlęcego przez czas edukacji na aktywności zawodowej kończąc, kolejne zadania przypadają w udziale pielęgniarce kardiologicznej (szpital, poradnia specjalistyczna), pielęgniarce medycyny szkolnej, czy też służby medycyny pracy. Na niej spoczywa główny ciężar zadań profilaktyczno-edukacyjnych.

Należy zwrócić uwagę na odpowiednie zorganizowanie opieki pielęgniarskiej w stosunku do pacjenta i jego rodziny. Niedobory kadrowe, przeciążenie obowiązkami powoduje ograniczenie usług pielęgniarskich jedynie do czynności i zabiegów o charakterze manualnym (wykonanie iniekcji, zmiana opatrunku, asystowanie do drobnych zabiegów), kosztem zadań psychologiczno-edukacyjnych. Liczba uczniów, jaką obejmuje opieką pielęgniarka medycyny szkolnej jest przyczyną braku czasu na pracę z dzieckiem chorym na serce. Transfer pacjentów z opieki pediatrycznej do kardiologii dorosłych sprzyja tworzeniu się luki w edukacji,

stąd dobrym kierunkiem reorganizacji w opiece kardiologicznej jest tworzenie ośrodków opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej dla pacjentów z GUCH.

Niski poziom wynagrodzeń, brak prawnych uregulowań rozwoju zawodowego, stereotypy ograniczające pracę pielęgniarek jedynie do wykonywania zleceń lekarskich podczas, gdy jest to zawód samodzielny i wiele zabiegów, niektóre leki, materiały opatrunkowe pielęgniarka może ordynować samodzielnie, czynią ten zawód nieatrakcyjnym, a wykonujące go osoby są niezadowolone z wykonywanej profesji.

Biorąc pod uwagę zależność pomiędzy jakością opieki pielęgniarskiej a jakością życia pacjentów z wrodzoną wadą serca, należy podjąć starania o:

- wystandaryzowanie działań pielęgniarskich,
- podniesienie efektywności i satysfakcji z pracy pielęgniarek, co finalnie doprowadzi do optymalizacji opieki świadczonej podczas pracy z pacjentem, a przez to, do osiągnięcia zamierzonego celu terapeutycznego.

Wnioski

1. Pacjent z wrodzoną wadą serca wymaga przede wszystkim kompleksowej usługi medycznej, w ramach stałej opieki kardiologicznej.
2. Warunkiem zapewnienia holistycznej opieki jest dostępność pomocy i opieki medycznej (obecność pielęgniarki w szkole, zakładzie pracy, mała odległość do ośrodka leczącego) oraz efektywna, dwukierunkowa komunikacja pomiędzy pacjentem, rodziną, szkołą i zespołem specjalistów
3. Wśród czynników determinujących jakość opieki pielęgniarskiej nad pacjentami z wws wymienia się przede wszystkim: edukację prozdrowotną, naukę samooceny i samokontroli, wszechstronnie zintegrowany system opieki.
4. Biorąc pod uwagę zależność pomiędzy jakością opieki pielęgniarskiej a jakością życia pacjentów z wrodzoną wadą serca, należy podjąć starania o:
 - wystandaryzowanie działań pielęgniarskich,
 - podniesienie efektywności i satysfakcji z pracy pielęgniarek,
 - co finalnie doprowadzi do optymalizacji opieki świadczonej podczas pracy z pacjentem, a przez to, do osiągnięcia zamierzonego celu terapeutycznego.

Piśmiennictwo

1. http://www.ptkardio.pl/Wytyczne_ESC_dotyczace_leczenia_doroslych_pacjentow_z_wrodzonymi_wadami_serca_nowa_wersja_2010_-1123, data pobrania 30.05.2016
2. Dyga-Konarska M.: Psychologiczne problemy dzieci i młodzieży z chorobami serca, CMPPP, Warszawa, 2005, 13.
3. Webb C., Jenkins K., Karpawich P., et al.: Collaborative Care for Adults With Congenital Heart Disease, *Circulation*, 2002, 105, 2318-2323.
4. Mroczkowska R.: Standard anestezyjologicznej opieki pielęgniarskiej wobec chorego poddawanego znieczuleniu do korekcji wady wrodzonej serca, [W:] Standardy anestezyjologicznej opieki pielęgniarskiej, pod red. Krajewskiej- Kułak E., Rolka H., Jankowiak B., Warszawa, Wyd. Lekarskie PZWL, 2014, 381-391.
5. Aiken L.H., Sloane D.M., Bruyneel L., et al.: Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, *Lancet*, 2014, 383, 1824-1830.
6. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 Nr 112 poz. 654).
8. Mroczkowska R., Wawros K., Ślężiona M. i wsp.: Rola pielęgniarki w procesie edukacji pacjentów z niewydolnością serca spowodowaną wadą wrodzoną serca, [w:] Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie. Tom 3, pod red. Uchmanowicz I., Rosińczuk J., Jankowskiej-Polańskiej B. Continuo, Wrocław, 2016, 356-365.
9. Uchmanowicz I., Jankowska-Polańska B., Rosińczuk J., Zborowska A., Wleklík M.: Wpływ edukacji kardiologicznej na jakość życia chorych z niewydolnością serca, *Probl. Pielęg.*, 2015, 23, 75-80.
10. Moons P., De Volder E., Budtsc W., et al.: What do adult patients with congenital heart disease know about their disease, treatment, and prevention of complications? *Heart*, 2001, 86, 74-80.
11. Zielińska-Wieczkowska H., Buśka A.: Satysfakcja zawodowa pielęgniarek na tle wybranych czynników środowiska pracy, *Pielęg. XXI w.*, 2010, 3-4, 5-8.

Czynniki warunkujące jakość życia chorych z wrodzonymi wadami serca w świetle literatury

Mroczkowska Renata¹, Wawros Karina², Gawłów – Nowak Lilianna², Karczewska Olimpia², Sterik Anna², Ślezionea Mariola³, Graf Lucyna³, Sejboth Justyna⁴, Szurlej Dariusz⁴

1. Klinika Wad Wrodzonych Serca i Kardiologii Dzieci, Śląski Uniwersytet Medyczny, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze
2. Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny
3. Studium Doktoranckie, Zakład Filozofii i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
4. Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Zakład Anestezjologii Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny

Wrodzone wady serca i układu sercowo-naczyniowego (wvs) to najczęstsze patologie o charakterze wrodzonym. Według danych z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych z 2014 r. stanowią one około 30% wszystkich deformacji rozwojowych [2].

Z jednej strony średnio 8. na 1000 żywych noworodków rodzi się z tą chorobą, z drugiej zaś, postęp technologii medycznych oraz rozwój kardiologii i kardiologii dziecięcej niesie nadzieję, dla wielu z nich, na wydłużenie życia i osiągnięcie wieku dorosłego.

Cel pracy

Celem pracy jest próba odpowiedzi na następujące pytanie, jakie czynniki determinują jakość życia pacjentów z wrodzoną wadą serca.

Materiały i metody

Praca ma charakter poglądowy. Powstała w oparciu o analizę aktualnie dostępnej literatury, obowiązujących *Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego*

dotyczących leczenia dorosłych pacjentów z wrodzonymi wadami serca [1] oraz własnych doświadczeń z pracy w klinicznym oddziale wad wrodzonych u dzieci i dorosłych. Artykuły wyselekcjonowano z polskich i zagranicznych baz publikacji naukowych, w czasie od 2000 r. do 2015 r., posługując się następującymi słowami kluczowymi: *transition to adult care, congenital heart defect, nursing care, satisfaction at work, quality of life*.

Geneza i rozwój pojęcia jakości życia

W języku polskim określenie *jakość* wywodzi się od słów *jak, jaki?* będących kanwą pytań: *jaki jest obiekt lub zbiór obiektów?* lub inaczej – *jaka jest natura badanego obiektu lub zbioru obiektów?* [3]. W Małym słowniku języka polskiego spotykamy się z określeniem *jakości* jako *zespołu cech stanowiących o tym, że dany przedmiot jest tym przedmiotem, a nie innym* [4]. Podobnie *jakość* zdefiniowano w słowniku języka polskiego PWN jako - *wartość czegoś, lub istotne cechy przedmiotu wyróżniające go spośród innych* [5].

Przytoczone powyżej definicje, zorientowane są przede wszystkim na cechy przedmiotu i nie oddają szerszego, potocznego kontekstu rozumienia pojęcia *jakości*, obejmującego niemalże wszystkie zjawiska zarówno w wymiarze psychologicznym, medycznym, pedagogicznym, jak i socjologicznym, a związane z oceną funkcjonowania jednostki na scenie społecznej [6].

Jakość życia jako problem badawczy, występuje prawie w każdej dziedzinie nauki. Jest interpretowana w zależności od uznanego systemu wartości, sformułowanych celów życiowych, aspiracji, dążeń, potrzeb oraz oczekiwań jednostek i grup społecznych [7].

Z pierwszymi próbami definiowania *jakości życia* stykamy się już w starożytności, kiedy to wielcy myśliciele próbowali opracować panaceum do osiągnięcia szczęścia.

Hipokrates promował wewnętrzną równowagę, natomiast Arystoteles gwarancji szczęścia szukał w cnotliwym życiu [8], gwarantującym *eudajmonię* czyli opiekę dobrych bóstw (*eu* – dobro, *daimon* – duch miejsca). Dla Epikura życie szczęśliwe to życie, w którym przyjemności górowały nad cierpieniami, a człowiek dążył do *blagości*, czyli przyjemności o najwyższym natężeniu, przeżywanej jedynie przez bogów i dusze w Elizjum [9].

Samo pojęcie *jakości* zostało wprowadzone do filozofii przez Platona. Filozof traktował ją jako piękno, sąd wartościujący, wyrażony przez użytkownika. Jeżeli nie było użytkownika, to nie było również sądu [10].

Z przyjsciem chrześcijaństwa pojawiło się przekonanie, iż najważniejszym celem ludzkiej egzystencji jest życie pełne poświęcenia, przepełnione cierpieniem i ascezą, po

którym czeka nagroda, czyli życie wieczne [6]. Chrześcijanie głosili, że szczęście możliwe jest dopiero w życiu pozaziemskim, dzięki prawdziwemu poznaniu Boga (św. Augustyn, św. Tomasz) [11].

Filozoficzne rozważania nad udanym i szczęśliwym życiem utorowały drogę reprezentantom wielu dziedzin, do podejmowania badań nad *jakością życia*, bowiem w wyniku narastającej fascynacji tym zagadnieniem zajęły się nim, między innymi: ekonomia, psychologia, socjologia i medycyna [12].

Zainteresowanie *jakością życia* w naukach obejmujących swym zasięgiem ludzką egzystencję sięga drugiej połowy XX wieku. Rozwój przemysłu w Stanach Zjednoczonych przyniósł za sobą progres w medycynie oraz wydłużenie średniej długości życia z jednoczesnym zwiększeniem kręgów patologii społecznych. *Jakość życia* utożsamiano z *dobrobytem* rozumianym jako stan posiadania, początkowo np. samochodu, mieszkania, a z czasem również wartości niematerialnych: wykształcenia, wolności, zdrowia, czy szczęścia.

W latach sześćdziesiątych XX wieku pojawiły się pytania: *jakie będą konsekwencje wpływu rewolucji naukowo-technicznej na życie człowieka?, czy dobra dostarczone konsumentowi w rozwiniętym, industrialnym społeczeństwie przyczynią się dla jego pomyślności?, czy uczynią społeczeństwo bardziej usatysfakcjonowanym z życia?* [12]. Starano się ustalić poziom konsumpcji rozmaitych dóbr, tzw. *minimalny poziom socjalny* – niezbędny do zaspokojenia podstawowych potrzeb rodziny [6].

Spoleczne zainteresowanie problematyką *jakości życia* wzrosło w latach 70., wraz z programem badawczym Angusa Campbell'a – prekursora badań nad *jakością życia* [13]. Badanie miało pokazać poziom zadowolenia z życia mieszkańców Stanów Zjednoczonych. W tym celu Campbell opracował narzędzie do pomiaru *globalnego wskaźnika jakości życia*. Było one łatwe w użyciu, umożliwiające badanie dużych grup ludzi, a jednocześnie wystandaryzowane, rzetelne i trafne [11]. Realizacja przedsięwzięcia Angusa Campbell'a dowiodła, iż:

- warunki życia człowieka oddziałują w takim stopniu na jego zadowolenie, w jakim mogą determinować jego doświadczenie życia [14],
- życie ludzkie powinno być ujmowane holistycznie, ponieważ jego przebieg zależy nie tylko od właściwości samego człowieka (biologicznych, psychicznych i społecznych), ale także od środowiska, w jakim ten człowiek się znajduje [11].

W latach osiemdziesiątych XX w., *jakość życia* zaczęto wykorzystywać do pomiarów medycznych, socjologicznych, psychologicznych oraz ekonomicznych. Badania prowadzono

w odniesieniu do stylu życia, dobrostanu, najistotniejszych życiowych potrzeb [6] oraz roli pieniądza jako źródła szczęścia (tzw. *ekonomia szczęścia*). Odkrycie braku związku między zamożnością a poczuciem szczęścia traktowane jest jako jedno z najbardziej zaskakujących odkryć w dziejach ekonomii.

Jakość życia w perspektywie nauk medycznych

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), *jakość życia to spostrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu, w kontekście kultury i systemów wartości w jakich żyje oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań* [15].

WHO wyodrębnia sześć podstawowych obszarów dotyczących *jakości życia*:

- **wymiar fizyczny:** *ból i dyskomfort, energia i zmęczenie, aktywność seksualna, sen i odpoczynek, funkcjonowanie zmysłów;*
- **wymiar psychologiczny:** *uczucia pozytywne, uczucia negatywne, funkcjonowanie procesów poznawczych, poczucie własnej godności, obraz i wygląd ciała;*
- **niezależność:** *niezależność ruchowa, aktywność na co dzień, brak uzależnienia od środków medycznych lub innych, zdolności komunikacyjne, wydajność w pracy;*
- **relacje społeczne:** *osobiste więzi, wsparcie społeczne, zachowania wspierające innych;*
- **środowisko:** *środowisko domowe, wolność i bezpieczeństwo fizyczne, zadowolenie z pracy, zasoby finansowe, zdrowie i opieka socjalna (dostępność, jakość), możliwość zdobywania nowych informacji i umiejętności, udział w rekreacji i rozrywce, jakość środowiska (zanieczyszczenie), możliwości transportu;*
- **wymiar duchowy / religijny:** *osobiste przekonania* [16].

W 1990 r., H. Schipper, jako pierwszy, podjął się próby uściślenia definicji *jakości życia* w kontekście stanu zdrowia (ang. - Health Related Quality of Life - HRQOL) [17], czyli funkcjonalnego efektu choroby i jej leczenia odbieranego (przeżywanego) przez pacjenta [18].

Pojawiały się kolejne definicje odzwierciedlające sposób spostrzegania i reagowania na swój stan przez osoby chore [19]. Wspomnieć tu należy chociażby M.J. Naughtona i S.A. Shumackera, którzy określili *jakość życia* uwarunkowaną stanem zdrowia, jako: „*subiektywną ocenę czynników wywierających wpływ na aktualny stan zdrowia* (.), *zdolność osiągnięcia*

i utrzymywania takiego poziomu funkcjonowania, który pozwala realizować ważne cele życiowe oraz jest odzwierciedleniem ogólnego dobrostanu”.

J. de Korte ujął HRQOL jako odzwierciedlenie subiektywnej oceny wpływu choroby i/lub leczenia na fizyczne, psychologiczne, społeczne funkcjonowanie pacjenta oraz jego dobrostan [13].

C. Gotay twierdził, że *jakość życia* to stan dobrego samopoczucia na poziomie fizycznym, psychicznym, społecznym oraz satysfakcji pacjenta z funkcjonowania i kontroli nad chorobą [13].

P. Oleś rozumiał *jakość życia* uwarunkowaną stanem zdrowia jako dobrostan:

- fizyczny - odczuwane dolegliwości, takie jak ból i nudności;
- funkcjonalny - zdolność do uczestniczenia w codziennej aktywności związanej z pracą i wypoczynkiem;
- emocjonalny- pozytywne i negatywne stany uczuciowe;
- rodzinny – zdolność do podtrzymywania relacji i kontaktów rodzinnych;
- społeczny - zdolność do uczestniczenia w aktywności społecznej i sprawowania ról oraz czerpania z tego radości.

Wielu autorów zwracało uwagę na znaczenie oceny HRQOL, która warunkuje zaspokajanie podstawowych potrzeb i ról społecznych dzięki zapewnieniu zdolności człowieka do wykonywania codziennych, prostych czynności oraz większego zainteresowania zapobieganiem i kontrolowaniem chorób przewlekłych.

Ocena *jakości życia* związanej ze stanem zdrowia umożliwia poznanie skutków choroby i własnych ograniczeń, pozwala na rozeznanie się w potrzebach i możliwościach pomocy, daje materiał przydatny do formułowania programów rehabilitacyjnych, psychologicznych, edukacyjnych i wspierających osoby chore [20]

Wpływ wrodzonych wad serca na jakość życia

Wrodzone wady serca (wvs) to defekty w budowie serca lub naczyń krwionośnych, o różnym nasileniu; od zmian łagodnych, takich jak komunikacja pomiędzy jamami serca, po bardzo złożone patologie polegające m in. na transpozycji wielkich naczyń lub jednokomorowej budowie serca. Prowadzą one do dysfunkcji układu krążenia, objawiającej się bezpośrednio po porodzie lub w późniejszych okresach życia.

Wprowadzenie do medycyny nowoczesnych technologii spowodowało znaczące wydłużenie życia pacjentów z wrodzonymi wadami, w konsekwencji, dorośli z GUCH (z ang. *GUCH- grown-up congenital heart disease*) stanowią systematycznie rosnącą populację pacjentów, której liczbę szacuje się jako równą bądź nawet większą od liczby noworodków z wadą serca. Jest jednak pewna grupa złożonych wad, które mogą w istotny, negatywny sposób zmieniać *jakość życia* młodych ludzi, głównie z powodu komplikacji przeprowadzanych w wieku dziecięcym korekcji paliatywnych oraz z konieczności licznych, długotrwałych hospitalizacji [21].

B. Cieślik dokonała przeglądu literatury pod kątem wpływu chorób serca na *jakość życia* [22]. Autorka po przeanalizowaniu badań przeprowadzonych przez Morgana, L. Daliento, K. Gierat-Haponiuk czy H. Siudalskiej, wnosi, że głównymi problemami pacjentów z wrodzonymi wadami serca są [22]:

1. Problemy psychologiczne i społeczne, obniżenie funkcji poznawczych i ilorazu inteligencji;
2. Niższy niż w populacji zdrowej stopień wykształcenia;
3. Wydolność, aktywność fizyczna i szeroko rozumiana *jakość życia* młodych pacjentów z wws nie spełnia kryteriów pełnego powrotu do zdrowia.

Przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać w:

- kaskadzie zmian adaptacyjnych na tle odmiennej patofizjologii serca (niejednokrotnie o powikłanym przebiegu) [21],
- problemach zdrowotnych, takich jak: arytmie serca, zaburzenia hematologiczne, nadciśnienie tętnicze, nadciśnienie płucne, niewydolność serca,
- dysfunkcjach w sferze psychospołecznej, edukacyjnej i behawioralnej (trudności szkolne, w pracy oraz problemy w kontaktach z rówieśnikami) [23],
- niespełnionych oczekiwaniach, indywidualnych uprzedzeniach i negatywnych stereotypach [24].

Szczególne obciążenie stanowią wady przebiegające z sinicą, będącą konsekwencją komunikacji pomiędzy krążeniem systemowym a płucnym na poziomie przedsionkowym, komorowym lub tętniczym. Przewlekły niedobór tlenu wywiera swoje piętno na funkcjonowaniu całego organizmu. Z upływem czasu (nawet mimo zwiększenia dostarczania tlenu do tkanek obwodowych) pojawia się nadmierna lepkość krwi, będąca podłożem wielu dolegliwości, takich jak: bóle i zawroty głowy, osłabienie, męczliwość, szumy w uszach, zamazane pole widzenia, parestezje palców rąk i nóg, powikłania zakrzepowo-zatorowe.

Pojawiające się u chorych niewielkie i samo ograniczające się krwawienia z zębów, z nosa, obfite krwawienia miesięczne czy podbiegnięcia krwawe mogą współistnieć z zakrzepicą spowodowaną zaburzeniami krzepnięcia oraz zaburzeniami rytmu serca [25].

Arytmie stanowią nieodłączny element życia pacjenta z GUCH, są też przyczyną wzrostu chorobowości i śmiertelności w tej grupie chorych. W zależności od czasu trwania mogą doprowadzać do stopniowej dekompensacji krążenia, incydentów mózgowych, czy nagłego zatrzymania krążenia. Dlatego wielu pacjentów wymaga wszczęcia układów stymulujących serce. Chociaż konieczność wszczęcia kardiowertera-defibrylatora (ICD) u osób z grupy wysokiego ryzyka nagłej śmierci sercowej nie podlega dyskusji, to problemem pozostaje tolerancja przykro odczuwanych wyładowań ICD oraz *jakość życia* pacjentów [27]. Wyładowania elektryczne osiągają energię nawet kilkudziesięciu dżuli (J), a próg bólowy w sercu ludzkim wynosi tylko 1 J. Burze elektryczne, polegające na co najmniej trzy wyładowaniach w ciągu 24 godzin, mogą wywołać poważne zaburzenia lękowo-depresyjne porównywalne do zespołu stresu pourazowego (PTSD – posttraumatic stress disorder), opisywanego głównie u ofiar wojny, katastrof czy świadków gwałtownej śmierci bliskich [27]. Po doświadczeniu burzy elektrycznej pacjenci wielokrotnie przypominają sobie okoliczności, w których doszło do wyładowań ICD, przeżywając silny strach z objawami pobudzenia układu współczulnego, tj. tachykardią, poceniem się, bledością, wahaniami ciśnienia tętniczego. Chory koncentruje się na sobie i swoim problemie, staje się jakby odrętwiały psychicznie. Żyje w nieustannym lęku przed wyładowaniami i przed śmiercią. Obawia się wyjść z domu, pozostać bez opieki, traci zainteresowanie innymi obszarami dawnej aktywności życiowej [26]

Czynniki warunkujące jakość życia chorych z wrodzonymi wadami serca

W Polsce opieka zdrowotna nad pacjentami z wrodzonymi wadami serca rozpoczyna się już w okresie ciąży. Wynika to z przeswiadczenia, że dobry stan zdrowia w dorosłym okresie życia w dużym stopniu uwarunkowany jest przebiegiem ciąży i porodu u matki oraz prawidłowym rozwojem dziecka przed i po urodzeniu. Opieka zdrowotna nad kobietą w ciąży, matką oraz noworodkiem jest regulowana przez następujące akty prawne:

- Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015.581 z późn. zm.);

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r. poz.1248 z późn. zm.);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r. poz. 1100).

Szczególne miejsce w organizacji opieki zdrowotnej nad chorymi z wrodzonymi wadami serca zajmują wytyczne dotyczące postępowania w chorobach sercowo-naczyniowych u kobiet w ciąży, opracowane przez ekspertów z Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC). Zgodnie z nimi pierwsze profilaktyczne badanie ultrasonograficzne wykonuje się w I trymestrze ciąży. Pozwala ono na wczesne rozpoznanie wrodzonych defektów w obrębie serca i dużych naczyń.

Ogromny postęp w zakresie diagnostyki i leczenia wad rozwojowych, w tym wad serca u dzieci, zawdzięczamy znakomicie wyszkolonym kadrom medycznym, dobrze zorganizowanym i wyposażonym ośrodkom wysokospecjalistycznym, zapewniającym kompleksową opiekę na miarę światowych standardów. Utrzymanie tych spektakularnych osiągnięć wymaga jednak zapewnienia odpowiedniego poziomu finansowania [28] oraz zintensyfikowania wysiłków na rzecz poprawy profilaktyki, leczenia i rehabilitacji zaburzeń i wad rozwojowych poprzez:

1. Szeroko pojętą edukację zdrowotną społeczeństwa w zakresie profilaktyki wad wrodzonych.
2. Przesiewowe badania ultrasonograficzne płodu i noworodka.
3. Organizację nowych ośrodków referencyjnych.
4. Optymalizację kompleksowej opieki medycznej .

Na świecie pacjenci z wadami wrodzonymi serca są pod opieką kardiologów w systemie ciągłym, bez podziału wiekowego na okres pediatryczny i dorosły, ponieważ leczenie większości wad leczonych jest wieloetapowe, a kolejne etapy przeprowadzane są w różnych okresach życia. Proces leczenia wymaga regularnych kontroli i interwencji zabiegowych, włączając w to okres dorosłości. W Polsce również preferuje się organizację oddziałów i opieki ambulatoryjnej zajmujących się pacjentem z wws od urodzenia do dorosłości. Na chwilę obecną takich oddziałów jest kilka.

B. Cieślak w artykule *Wpływ chorób serca na jakość życia-opracowanie na podstawie przeglądu piśmiennictwa* [23] zwraca uwagę na potrzebę zapewnienia pacjentom z wws nie tylko dostępu do specjalistycznych klinik i poradni celem monitorowania stanu zdrowia, ale również opieki psychologicznej oraz rehabilitacji skierowanej na poprawę funkcjonowania fizycznego. Dotyczy to wszystkich chorych zarówno po korekcji ciężkich, złożonych anomalii serca, jak i schorzeń o łagodnym przebiegu, ponieważ na *jakość życia* pacjentów nie wpływa typ rozpoznanej wady.

Tym czasem średni czas oczekiwania na przyjęcie w poradni kardiologicznej wynosi od 2 do 4 miesięcy, wyjątkiem są noworodki - przyjmowane są poza kolejnością (do 2 tygodni). Pacjenci w stanie zagrożenia życia przyjmowani są w ramach 24-godzinnego dyżuru w oddziałach noworodkowych i pediatrycznych szpitali, gdzie udzielana jest pomoc doraźna. W razie konieczności pacjenci przekazywani są do referencyjnych ośrodków kardiologii dziecięcej, gdzie czas oczekiwania na planowe przyjęcie waha się od 0,5 do 2,5 roku z tendencją do wydłużania się.

Wrodzona wada serca to schorzenie o charakterze przewlekłym, wywiera wpływ na *jakość życia* zarówno w sferze funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego, jak i społecznego. W literaturze naukowej znajdujemy wiele doniesień na temat zależności pomiędzy wybranymi czynnikami socjodemograficznymi (wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania) a poziomem akceptacji choroby, przestrzeganiem zaleceń lekarskich czy podejmowaniem działań prewencyjnych.

Analizując dotychczasowe badania nad *jakością życia* pacjentów z chorobami serca odnajdujemy dowody na związek płci ze zdolnością do zmiany stylu życia, co w istotny sposób przekłada się na funkcjonowanie w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. Kobiety, z racji zaangażowania w pełnienie wielu ról, np. jednoczesna praca zawodowa, opieka nad dziećmi i prowadzenie gospodarstwa domowego, często rezygnują z działań prewencyjnych względem siebie, a w sytuacji pogorszenia samopoczucia opóźniają decyzję o podjęciu diagnostyki.

Według danych zawartych w Raporcie USP Zdrowie pt. *Style zdrowia Polek i Polaków* [29], osoba w najbliższym otoczeniu, do której zwracamy się w razie choroby lub po porady związane ze zdrowiem – to, w 74% odpowiedzi uzyskanych w badaniu, kobieta (najczęściej mama lub partnerka).

Dr Maria Rotkiel pisze, że prawie w każdym polskim domu osobą, która ma telefon do lekarza, trzyma pieczę nad zdrowiem rodziny, jest centrum zarządzania, domowym

szpitalem, osobą odpowiedzialną za domową apteczkę - jest kobieta. To ona dba o zdrowie innych, a niestety, najmniej o swoje.

Jednym z aspektów nierozzerwalnie związanym z dorosłością jest aktywność seksualna. To bardzo istotny element *jakości życia* zarówno pacjentów z wws, jak i ich partnerów. Nawet bardzo złożona wada serca nie stanowi przeszkody w rozpoczęciu aktywności seksualnej, pod warunkiem wcześniejszego omówienia kwestii dotyczących ewentualnej ciąży i łączącego się z nią ryzyka przekazania wady potomstwu, opieki podczas ciąży i porodu oraz antykoncepcji. Kobiety z GUCH są bardziej aktywne seksualnie niż mężczyźni, ale też co gorsze, częściej od mężczyzn ignorują informacje dotyczące ryzyka związanego z ciążą i antykoncepcją [27]

Obecność wady serca często niesie za sobą konieczność licznych hospitalizacji, interwencji kardiochirurgicznych, kwestie *odmienności* pod kątem budowy ciała i wyglądu zewnętrznego. Problemem stają się m.in. widoczne blizny pooperacyjne oraz następstwa przewlekłej hipoksji, takie jak: niebiesko-fioletowe zabarwienie skóry, zniekształcenie palców dłoni i stóp, niedobór wzrostu, wątpa budowa ciała, niska wydolność fizyczna. Dzieci czują się brzydkie i niepełnowartościowe, boją się wyśmiania i odrzucenia przez rówieśników [30].

Brosowska [31], prowadząc badania nad jakością życia młodzieży z wrodzoną wadą serca po korekcji kardiochirurgicznej wykazała, że prawie 54% badanych dziewcząt w wieku 14-23 lata manifestuje lęk przed stygmatyzacją grupy rówieśniczej na kanwie odmienności w wyglądzie, spowodowanej posiadaniem blizny pooperacyjnej.

Według Tylki J. [32] percepcja własnego ciała jest istotnym składnikiem obrazu samego siebie. Zagadnienie to jest silnie związane z wiekiem pacjentów. Młodzi pacjenci izolują się od grupy rówieśniczej, stają się zamknięci w sobie. Mają poczucie winy z powodu niedoskonałości fizycznej, co przekłada się na podejmowanie działań mających ukryć posiadane blizny. Rezygnują z letnich kostiumów, zajęć na basenie itp. Kańtoch [33] opisuje, że aż 50% kobiet ukrywa swoje blizny, a zjawisko to ściśle koreluje z wiekiem badanych.

Lepszy poziom wykształcenia, to uznana determinanta świadomego udziału w procesie terapeutycznym oraz wskaźnik lepszych nawyków zdrowotnych, co przekłada się na poprawę jakości życia. Kurowska podaje, że im wyższe wykształcenie tym wyższy poziom życia i wyższy poziom zachowań zdrowotnych (niektóre badania nie potwierdzają tej zależności) [cyt. za 34].

Poziom wykształcenia to, według badań Piegzy, *czynnik ochronny* istotnie wpływający na głębokość depresji. U osób gorzej wykształconych, z niższym standardem

życia, istnieje większe prawdopodobieństwo przeżywania depresji [34]. Należy też wspomnieć, że jako najsilniejszy czynnik autorzy wymieniają brak wsparcia ze strony rodziny.

Kurpas [35] dokonując oceny jakości życia pacjentów oddziału kardiologii inwazyjnej zwróciła uwagę na zależność oceny jakości życia od wieku, stanu cywilnego i miejsca zamieszkania. Według autorki, badani pozostający w związku małżeńskim znacznie wyżej ocenili jakość życia. Wyższy poziom akceptacji choroby autorka zaobserwowała u badanych zamieszkujących miasto.

Wnioski

Czynnikiem warunkującymi wysoką jakość życia pacjentów z wrodzonymi wadami serca są:

1. Zapewnienie opieki psychologicznej oraz rehabilitacji skierowanej na poprawę funkcjonowania fizycznego. Dotyczy to wszystkich chorych zarówno po korekcji ciężkich, złożonych anomalii serca, jak i schorzeń o łagodnym przebiegu, ponieważ na *jakość życia* pacjentów nie wpływa typ rozpoznanej wady.
2. Dostęp do kompleksowej opieki na miarę światowych standardów dzięki zapewnieniu odpowiedniego poziomu finansowania oraz zintensyfikowania wysiłków na rzecz profilaktyki, leczenia i rehabilitacji zaburzeń i wad rozwojowych.
3. Odpowiednio wczesne omówienie kwestii dotyczących ewentualnej ciąży i łączącego się z nią ryzyka przekazania wady potomstwu, opieki podczas ciąży i porodu oraz antykoncepcji.
4. Lepszy poziom wykształcenia, to uznana determinanta świadomego udziału w procesie terapeutycznym oraz wskaźnik lepszych nawyków zdrowotnych, co przekłada się na poprawę jakości życia.
5. Wsparcie ze strony rodziny

Piśmiennictwo

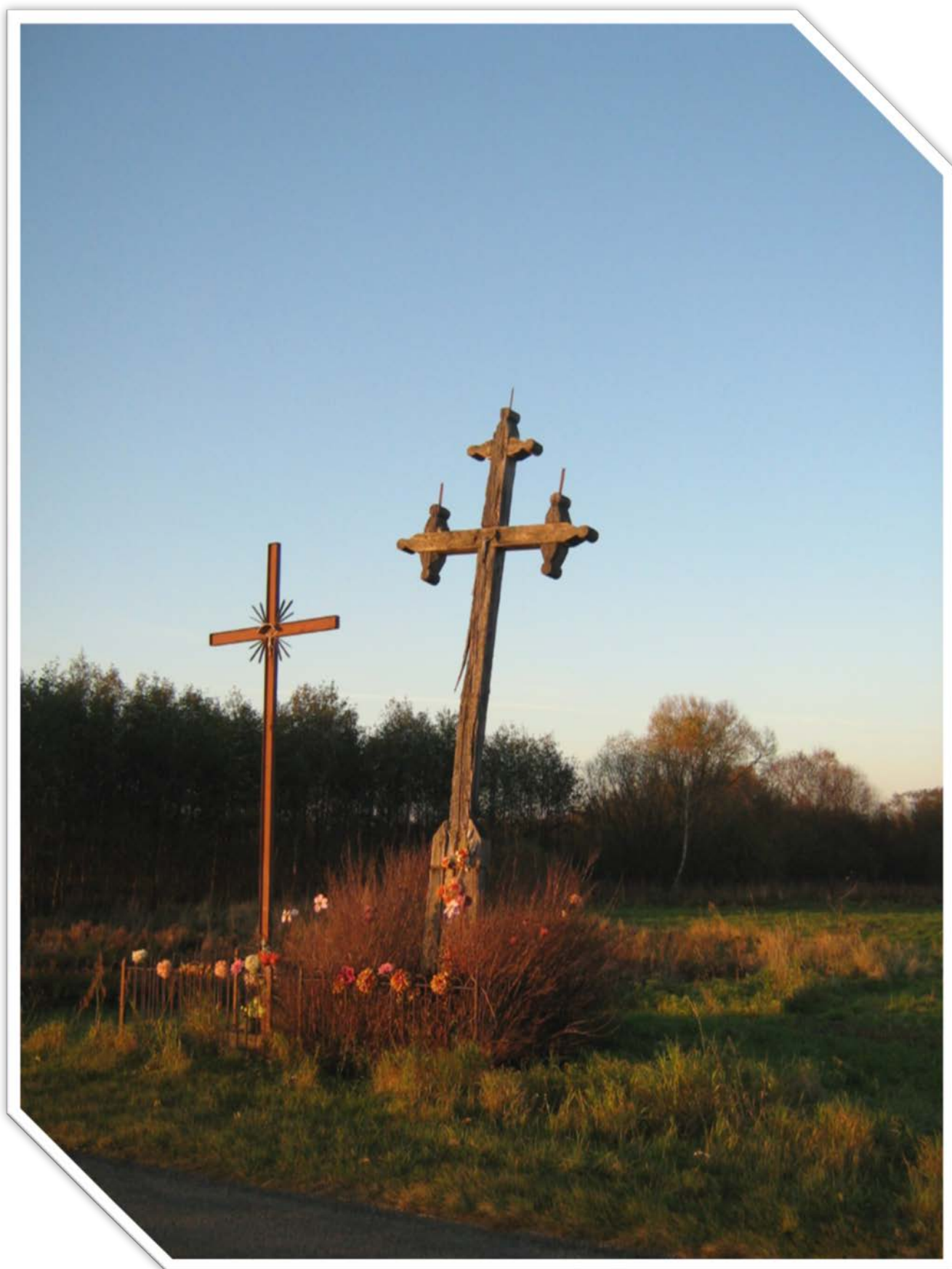
1. http://www.ptkardio.pl/Wytyczne_ESC_dotyczace_leczenia_doroslych_pacjentow_z_wrodzonymi_wadami_serca_nowa_wersja_2010_-1123, dostęp 30.05.2016.
2. Materna-Kiryłuk A.: Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych jako źródło danych do badań epidemiologicznych, etiologicznych i planowania opieki medycznej,

- Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2014.
3. Borys T.: Propozycja siedmiu typologii jakości życia, [w:] Gospodarka a środowisko, Prace naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, 2008, 22, 126-127.
 4. Mały słownik języka polskiego, Skorupka S., Auderska H., Łempicka Z. (red.), Wyd. PWN, Warszawa, 196.
 5. Słownik języka polskiego PWN, <http://sjp.pwn.pl/szukaj/jakość.html>, data pobrania 30.05.2016
 6. Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych, Hygeia Public Health, 2011, 46, 1, 25-31.
 7. Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, [hasło: JAKOŚĆ ŻYCIA], red. Pilch T., Wyd. Akademickie „Żak”, tom II G-K, Warszawa, 2003, 441.
 8. Krąpiec M., Kamiński S., Zdybicka Z., Jaroszyński P.: Wprowadzenie do filozofii, RW KUL, Lublin, 1992.
 9. Tatarkiewicz W.: O szczęściu, Wyd. PWN, Warszawa, 1962.
 10. Kiliński A.: Jakość, Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Warszawa, 1979.
 11. Sompolska-Rzechuła A.: Jakość życia jako kategoria ekonomiczna, Folia Pomer. Univ. Technol. Stetin. Oeconomica, 2013, 301, 127–140.
 12. Daszykowska J.: Jakość życia dziecka w perspektywie pedagogicznej, [w:] Jakość życia i jakość szkoły. Wprowadzenie w zagadnienia jakości i efektywności pracy szkoły, Nowosad I., Mortag I., Ondráková J. (red.), Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra, 2010, 18-19.
 13. Miniszewska J. i współ.: Jakość życia w zdrowiu i chorobie - czym jest, jak i po co ją oceniać, Przegl. Lek., 2012, 69, 253-259.
 14. Kowalik S.: Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne, [w:] Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych, Bańka A., Derbis R., Wyd. UAM i WSP, Poznań – Częstochowa, 1995, 76.
 15. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization, Social Science and Medicine, (1995) 41, 1405.
 16. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties, Soc. Sci. Med., 1998, 46, 1572.
 17. Sęk H.: Jakość życia a zdrowie, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny. 1993, 55, 110.

18. de Walden-Gałaszko K.: Jakość życia – rozważania ogólne. [w:] Jakość życia w chorobie nowotworowej, de Walden Gałaszko K, Majkowicz M (red.), Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 1994, 13.
19. Janowski K.: Jakość życia związana ze zdrowiem i jej pomiar, [w:] Wybrane zagadnienie z psychologii klinicznej i osobowości, Steuden S., Ledwoch M. (red.), Problemy człowieka chorego. TN KUL, Lublin, 2005, 143.
20. Oleś. P.: Jakość życia w zdrowiu i chorobie. [W:] Oleś P., Steuden S., Toczydłowski J. (red.), Jak świata mniej widzę Zaburzenia widzenia a jakość życia, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin, 2002, 3.
21. Mroczkowska R., Wawros K., Śleziona M. i wsp.: Rola pielęgniarki w procesie edukacji pacjentów z niewydolnością serca spowodowaną wadą wrodzoną serca, [w:] Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie. Tom 3, pod red. Uchmanowicz I., Rosińczuk J., Jankowskiej-Polańskiej B. Continuo, Wrocław, 2016, 356-365.
22. Cieślik B.: Wpływ chorób serca na jakość życia – opracowanie na podstawie przeglądu piśmiennictwa, Acta Bio-Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna, 2014, 20, 101-117.
23. Brosowska B. i wsp.: Wybrane aspekty jakości życia i perspektywy życiowe w ocenie młodzieży z wrodzoną wadą serca po korekcji kardiochirurgicznej, Pielęg. Chir. Angiol., 2011, 4, 218-227.
24. Tong E.M. , Kools S.: Health care transitions for adolescents with congenital heart disease: patient and family perspectives, Nurs. Clin. North. Am., 2004, 12, 727-740.
25. Mroczkowska R.: Standard anestezjologicznej opieki pielęgniarskiej wobec chorego poddawanego znieczuleniu do korekcji wady wrodzonej serca, [W:] Standardy anestezjologicznej opieki pielęgniarskiej, pod red. Krajewskiej- Kułak E., Rolka H., Jankowiak B., Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2014, 381-391.
26. Kochańska A, Zarzycka B.: Pacjent z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem serca (ICD). Czy można się przyzwyczaić do wyładowań kardiowertera defibrylatora? Forum Med. Rodz., 2010, 4, 10–16.
27. Mroczkowska R., i wsp.: Rola pielęgniarki w opiece nad dorosłym z wrodzoną wadą serca - doniesienie wstępne, [W:] Współczesne pielęgniarstwo specjalistyczne. Wiedza, kompetencje, praktyka. T.2. Praktyka. Mroczkowska R., Molka E. (red.), Wydawnictwo DUX, Bytom, 2015, 129 – 137.
28. Szymborski J.: Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa, II tom, Warszawa, 2012.

29. <http://www.stworzonedlazedrowia.pl/stylezdrowia/download/Raport-USP-Zdrowie-Style-Zdrowia-Polakow-2014.pdf>, data pobrania 07.06.2016.
30. Radziwiłłowa D., Pawłowska M., Parafianowicz K.: Rozwój dziecka z wadą serca, [In:] Dziecko z wadą serca. Poradnik dla rodziców, Malec E., Januszewska K., Radziwiłłowa D., Pawłowska M. (red.). 2007, 268
31. Brosowska B., Jankowska J., Glińska J. i wsp.: Wybrane aspekty jakości życia i perspektywy życiowe w ocenie młodzieży z wrodzoną wadą serca po korekcji kardiochirurgicznej, *Pielęg. Chir. Angiol.*, 2011, 4, 218-227.
32. Tylka J.: Komentarz redakcyjny do artykułu: Percepcja własnego ciała –istotny składnik obrazu samego siebie, *Kardiol. Pol.*, 2006, 64, 57-58.
33. Kańtoch M.J., Eustace J., Collins-Nakai R., i wsp.: Znaczenie blizn po operacjach kardiochirurgicznych u dorosłych chorych operowanych w przeszłości z powodu wrodzonych wad serca, *Kardiol. Pol.*, 2006, 1, 51-56.
34. Piegza M., Pudło R., Piegza J., Leksowska A., Badura-Brzoza K., Stańkowski K., Gorczyca K., Matysiakiewicz J. Hese R.: Ocena wpływu wybranych parametrów socjodemograficznych i klinicznych na objawy depresji u kobiet poddanych inwazyjnej diagnostyce choroby wieńcowej, *Psychiatr. Pol.*, 2008, 42, 237–248.
35. Kurpas D. A., Bąk E., Seń M. A., Wróblewska I. A., Mroczek B.: Jakość życia pacjentów oddziału kardiologii inwazyjnej, *Fam. Med. Prim. Care Rev.*, 2014, 16, 120–123.

TANATOEDUKACJA



Marihuana w opiece paliatywnej

Dorota Rogowska-Szadkowska

Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Ze względu na relatywnie niedawne pojawienie się kwestii medycznej marihuany w dyskursie publicznym, a także niedawne pojawienie się opieki paliatywnej jako specjalności medycznej na początek wyjaśnienie, czym są naprawdę.

Czym jest marihuana?

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Uzależnień [*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* – EMCDDA] proponuje używanie następujących określeń:

- konopie – dla roślin uprawianych w celu uzyskiwania z nich włókien (→ dalej),
- marihuana – dla liści i kwiatów żeńskich roślin, bez łodyg, korzeni i nasion,

W ustawie z 24 kwietnia 2015 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii uznano, że marihuana (ziele konopi innych niż włókniste) to „każda naziemna część rośliny konopi (pojedyncza lub w mieszaninie), z wyłączeniem nasion, zawierająca powyżej 0,20% sumy delta-9-tetrahydrokanabinolu oraz kwasu tetrahydrokanabinolowego, czyli kwasu delta-9-THC-2-karboksylowego” (Dziennik Ustaw z 2015 roku, poz. 875); wcześniej, 10 stycznia 2012 roku, w ogłoszonym jednolitym tekście ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii ziele konopi były „kwiatowe lub owocujące wierzchołki konopi, z których nie usunięto żywicy, a w przypadku roślin w stadium przed zawiązaniem wiechy – liście i łodygi konopi” (www.isap.sejm.gov.pl [dostęp: 21.06.2015]). Zmiana definicji marihuany sprawiła, że jest „to trochę tak, jakby jabłka ważyć z pniami i gałęziami” [1]. Polska Sieć Polityki Narkotykowej usiłowała protestować przeciwko takiemu rozszerzeniu definicji marihuany, ale bezskutecznie.

- żywica – zamiast słowa haszysz [2].

Termin *medyczna marihuana* dla jednych oznacza roślinną postać marihuany, zawierającą setki składników, w tym kanabinoidy, dla innych syntetyczne kanabinoidy, jak na

przykład dronabinol (MarinolTM) lub ekstrakty z roślinnej marihuany, jak na przykład SativexTM, produkowane przez firmy farmaceutyczne. Jednak marihuana działa terapeutycznie nie tylko dlatego, że zawiera kanabinoidy, których do 2005 roku zidentyfikowano 70, poznano też 419 innych składników, do których należą flawonoidy, terpenoidy, cukry, węglowodany, steroidy, proste alkohole, aldehydy, ketony, kwasy tłuszczowe, estry, aminokwasy, białka, laktony, witaminy [3]. W 2009 roku znano już 108 kanabinoidów i podzielono je na 10 głównych typów i 14 podtypów [4].

Najbardziej znanym jest tetrahydrokanabinol (THC), jedyny posiadający własności psychoaktywne, który został wyizolowany dopiero w 1963 roku przez zespół profesora Raphaela Mechoulama [5].

THC działa – między innymi – psychoaktywnie, przeciwbólowo, przeciwskurczowo, rozluźnia mięśnie, rozszerza oskrzela, działa jako neuroprotektynowy antyoksydant, przeciwświądowo w żółtaczce cholestatycznej i przeciwzapalnie – 20 razy silniej od aspiryny i 2 razy silniej od hydrokortyzonu [6]. Ale działanie terapeutyczne marihuany nie opiera się na działaniu samego THC. Polega na współdziałaniu wszystkich substancji w niej występujących – kanabinoidów, terpenoidów, flawonoidów, co bywa określane jako *entourage effect* [7].

Własności terapeutyczne marihuany znane są od tysięcy lat. W Europie miała okresy większej i mniejszej popularności. Ponownie przywrócił ją medycynie zachodniego świata pod koniec XIX wieku Sir William B. O'Shaughnessy, irlandzki lekarz pracujący w Indiach, gdzie leczył nią pacjenta chorego na wścieklicznę, niezdolnego do połykania płynów – każda próba połknięcia wody lub zwilżenia języka wywoływała drgawki. O'Shaughnessy przepisał terapię: „Dwa grainy [około 129 mg] ekstraktu z konopi co godzinę”. Po trzeciej dawce pacjent mógł zacząć przyjmować płyny, mógł połykać sok pomarańczowy, przespał się trochę, wypił więcej soku, zjadł wilgotny ryż i słodkie ciastko”. Pięć dni później popadł w stupor i spokojnie zmarł [8]. To pewnie jedna z pierwszych prób terapii paliatywnej. Do lat 40. XX wieku ekstrakty z marihuany i palona marihuana stosowane były w łagodzeniu wielu dolegliwości, były chętnie przepisywane przez lekarzy świadomych, że jej używanie nie pociąga ryzyka śmierci z przedawkowania, dopóki nie zdelegalizowano jej używania.

Zainteresowanie medyczną marihuaną nasiliło się w latach 70., kiedy wielu młodych chorych otrzymujących niedawno wprowadzoną do stosowania chemioterapię nowotworów zauważyło, że marihuana jest skuteczniejsza w hamowaniu nudności i wymiotów pojawiających się po leczeniu niż konwencjonalne leki. Gdy zaobserwowano też jej zdolność do obniżania ciśnienia śródgałkowego oczu, zaczęli jej używać chorzy na jaskrę. W latach 80.

chorzy na AIDS spostrzegli, że jest najskuteczniejszym i najmniej toksycznym sposobem leczenia braku apetytu prowadzącego do wyniszczenia i śmierci. Takie informacje rozchodziły się błyskawicznie wśród pacjentów. W tamtych czasach część lekarzy też była zainteresowana udowodnieniem, że marihuana jest bezpieczna i skuteczna w leczeniu wielu chorób, a przynajmniej w łagodzeniu nieprzyjemnych, często trudnych do zniesienia dolegliwości.

Jednak z upływem czasu „leki ziołowe” uznano za nieporównanie mniej skuteczne niż „nowe cząstki chemiczne”, za którymi stał rosnący coraz bardziej w siłę przemysł farmaceutyczny. W niepamięć poszły informacje mówiące, że działanie marihuany nie ogranicza się wyłącznie do poszczególnych kanabinoidów, które występują w kwitnących wierzchołkach roślin i liściach żeńskich roślin. Ale roślina, która wielu ciężko, śmiertelnie chorym ludziom łagodzi dolegliwości przy okazji poprawiając nastrój, której nie można przedawkować, powinna być dostępna w hospicjach.

Na czym polega opieka paliatywna?

Opieka paliatywna [łac. *pallium* – płaszcz] to leczenie i opieka nad nieuleczalnie chorymi, znajdującymi się w okresie terminalnym śmiertelnej choroby. Jej celem nie jest zatrzymanie postępu i wyleczenie choroby, a poprawienie jakości życia osób będących w tej jej fazie, co można uzyskać dzięki:

- złagodzeniu objawów choroby,
- eliminowaniu bólu,
- udzieleniu wsparcia psychicznego i duchowego choremu i jego najbliższym.

Opieka paliatywna obejmuje głównie osoby w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej. Powinna być sprawowana przez wykwalifikowany zespół wielodyscyplinarny, mający bogate doświadczenie medyczne i niemedyce.

Definicja opieki paliatywnej stworzona przez Światową Organizację Zdrowia mówi, że jest to podejście poprawiające jakość życia pacjentów i ich rodzin zmagających się z problemami związanymi z zagrażającą życiu chorobą poprzez zapobieganie i zmniejszanie cierpienia, wczesne rozpoznawanie, właściwą ocenę i leczenie bólu i innych problemów fizycznych, psychospołecznych i duchowych. Opieka paliatywna:

- zapewnia ulgę w bólu i innych dokuczliwych objawach,
- afirmuje życie, ale śmierć uważa za normalne zjawisko,

- nie ma intencji przyspieszania ani opóźniania śmierci,
- integruje aspekty psychologiczne i duchowe w opiece nad pacjentami
- oferuje system wsparcia, by pomóc pacjentom żyć tak aktywnie, jak to tylko możliwe, do śmierci,
- oferuje system wsparcia, by pomóc rodzinom w radzeniu sobie w czasie choroby pacjentów i w czasie ich własnej żałoby,
- używa podejścia zespołowego w celu zaspokojenia potrzeb pacjentów i ich rodzin, w tym konsultacji dotyczących żałoby, jeśli okaże się to potrzebne,
- chce poprawić jakość życia i pozytywnie wpływać na przebieg choroby,
- jeśli to możliwe we wczesnym przebiegu choroby stosuje się inne terapie mające przedłużyć życie, jak chemio- lub radioterapia [9].

Założenia medycyny paliatywnej powstały w Wielkiej Brytanii i tam jest ona najlepiej rozwinięta. Pierwszy nowoczesny ośrodek – Hospicjum Świętego Krzysztofa – założyła w 1967 roku Cicely Saunders. W Polsce ta specjalizacja rozwija się od lat 90. XX wieku. W 2002 roku powstało Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej zrzeszające specjalistów tej dziedziny medycznej.

W USA marihuana, zgodnie z prawem federalnym, jest nielegalna, nawet jeśli ludzie chorzy używają jej by złagodzić swoje dolegliwości, których nie pomagają im leki konwencjonalne. Jeśli zostaną schwytani przez policję (lub ktoś na nich doniesie) trafiają przed oblicze sądu.

W 2005 roku Sąd Najwyższy orzekł, że „konieczność medyczna” nie jest prawnym argumentem dla obrony w przypadkach oskarżeń o posiadanie, uprawę lub dystrybucję marihuany, co ówczesny szef doradców prezydenta do spraw narkotyków, John Walters, tak skomentował: „Nie wątpię, że niektórzy ludzie czują się lepiej, kiedy używają marihuany, ale to nie jest nowoczesna nauka. To gusła”. Ale przecież celem opieki paliatywnej jest zmniejszanie cierpienia i sprawianie, by ludzie czuli się lepiej!

Kilka lat wcześniej, w 1999 roku, amerykański Instytut Medyczny [Institute of Medicine – IOM] uznał, że palenie marihuany przynosi korzyści terminalnie chorym pacjentom i zalecił natychmiastowe rozpoczęcie prac nad inhalatorem umożliwiającym dostarczenie pacjentom bezpieczniejszej alternatywy niż palenie. (Takie urządzenia, zwane waporyzatorami, które dzięki podgrzewaniu marihuany w temperaturze niższej, niż temperatura spalania pozwalają na wdychanie kanabonoidów, terpenoidów i flawonoidów bez

produktów spalania powstały, ale nie zostały zaaprobowane przed agencją regulującą wprowadzanie produktów medycznych na rynek – Food and Drug Administration – FDA).

Eksperti IOM potwierdzili, że kanabinoidy stymulują apetyt, niwelują nudności, działają przeciwbólowo, uspokajająco, w dodatku zmniejszają niepokój, co też ma znaczenie terapeutyczne. Stwierdzili, że nie ma dowodów potwierdzających, by marihuana stanowiła „wrota” do przyjmowania innych, „twardych” narkotyków ani by powodowała uzależnienie [10], ale w przypadku umierających ludzi nie ma to już i tak znaczenia.

W opublikowanym w 2010 roku przeglądzie literatury na temat marihuany stosowanej w opiece paliatywnej, kierowanym do pielęgniarek, autorzy brytyjscy podkreślali, że coraz więcej badań potwierdza poprawę jakości życia chorych na przewlekłe, zagrażające życiu, nieuleczalne choroby, co sprawia, że używają oni marihuany coraz częściej [11]. Przytoczyli opisy poprawy jakości życia ciężko chorych pacjentów, a także członków ich rodzin. Podkreślali, że odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek wymaga respektowania i wspierania podopiecznych w decyzjach dotyczących używania marihuany w celach medycznych, a one same powinny znać jej działanie. Zwracali uwagę, że najczęściej nabywana jest z nielegalnych źródeł, co może pociągać za sobą konsekwencje prawne dla samych pacjentów, ale także dla opiekujących się nimi pielęgniarek.

Marihuana jest niezwykle bezpieczna. Nie można jej przedawkować, jak wielu często stosowanych w opiece paliatywnej leków konwencjonalnych, takich jak opioidy, leki przeciwwymiotne, antydepresyjne, zmniejszające spastyczność mięśni, których niewłaściwe użycie może spowodować zgon.

Małe dawki THC wzmacniają działanie leków opioidowych, co mogłoby stanowić alternatywę dla konieczności zwiększania dawki – na przykład morfiny [12].

Porównanie stosowania opioidów i marihuany w opiece paliatywnej wypada na korzyść niepowodującej śmierci marihuany, co jest – a przynajmniej powinno być – argumentem za zmianą klasyfikacji i ułatwieniem dostępu do niej umierającym ludziom [13].

W 2011 roku w USA osoby pracujące z terminalnie chorymi, pracownicy hospicjów, tak jak większość amerykańskiego społeczeństwa, opowiedzieli się za legalizacją marihuany, a jeśli będzie legalna, zamierzają wspierać pacjentów w jej przyjmowaniu [14].

Jednak w opublikowanych w listopadzie 2015 roku w renomowanym *New England Journal of Medicine* zaleceniach dotyczących komfortu pacjentów umierających w szpitalu amerykańscy, eksperci nie wspomnieli o marihuanie [15].

Doświadczenia pacjentów

Terminalnie chorzy ludzie cierpią z powodu nasilających się bólów, nudności, nie mogą jeść, mają depresję, są niespokojni, odczuwają strach przed śmiercią. Członkowie ich rodzin także cierpią, patrząc na udrękę swoich bliskich. Lekarze próbują pomagać przepisywaniem wielu różnych leków, które często są nieskuteczne, a nawet jeśli działają, to ich efekty uboczne bywają trudne do zniesienia.

W książce „Marihuana. Zakazany lek” Lester Grinspoon i James B. Bakalar przedstawili relację biznesmena z Kalifornii, który swojej 80-letniej mamie bardzo źle znoszącej chemioterapię raka piersi (wymiotowała dziesiątki razy na dobę przez 10-14 dni, nie mogła jeść, a sam zapach jedzenia wywoływał wymioty) [16]. Dostępne leki nie pomagały. Bardzo schudła nie mogąc przez wiele dni jeść ani pić. Odmówiła hospitalizacji, mimo że była bliska śmierci głodowej. Wtedy biznesmen przypomniał sobie doświadczenia z młodości z lat 60., kiedy palił marihuanę: poprawiała mu apetyt. Lekarz leczący mamę zgodził się na próbę. Biznesmen kupił marihuanę, zrobił skręta, którym mama zaciągnęła się kilka razy. Pięć minut później poprosiła o coś do jedzenia, nie miała nudności ani wymiotów, po raz pierwszy od dawna przespała całą noc. W ciągu kilku tygodni przybrała na wadze ponad 4,5 kg. Ponieważ palenie było dla niej trudne, dlatego zjadała ją w potrawach. Gdy dostęp do marihuany był utrudniony, nudności i wymioty wracały. Lekarze leczący ją aprobowali marihuanę. Mama przestała przyjmować inne leki przeciwwymiotne. Żyła jeszcze kilka miesięcy, uporządkowała swoje sprawy, spędzała czas z rodziną i przyjaciółmi. Syn wspominał, że marihuana usunęła większość jej bólu i cierpienia, a co najważniejsze, zwróciła jej godność na zakończenie jej życia. Trudne do zniesienia było dla niego to, że kupując marihuanę do użytku medycznego stawał się przestępcą. Wcześniej przez wiele lat, z dużym trudem budował własną firmę, którą mógł stracić z powodu dokonywania przestępstwa zakupu nielegalnej substancji. Gdyby został aresztowany straciłby prawo jazdy, samochód, prawdopodobnie też dom, firma by upadła. Mówił, że kiedy słyszy polityków ustanawiających coraz bardziej restrykcyjne prawa anti-marihuanowe myśli „Boże, uchron ich samych lub tych, których kochają, przed rakiem”.

Wielu terminalnie chorych używających medycznej marihuany mówiło, że zaczęli inaczej postrzegać zbliżającą się nieuchronnie śmierć – stali się bardziej na nią otwarci, zrelaksowani, spokojniejsi, zmniejszył się niepokój i strach towarzyszący umieraniu [17].

W badaniu pacjentów onkologicznych (większość – 83,9% spośród 279 badanych – z przerzutami nowotworu), którym lekarze leczący zaproponowali roślinną marihuanę, 70%

badanych podawało lepszą kontrolę bólu, poprawę samopoczucia – 70%, poprawę apetytu – 60%, zmniejszenie nudności i wymiotów – 50%, a zmniejszenie niepokoju – 40%. Ponad 80% pacjentów oceniało skuteczność marihuany jako dużą. Działania niepożądane były niewielkie, zwykle było to uczucie zmęczenia i zawroty głowy. Większość – ponad 90% - preferowało palenie marihuany. Lekarze podsumowali swoje obserwacje apelem o przeprowadzenie dalszych badań nad skutecznością marihuany w leczeniu paliatywnym pacjentów onkologicznych [18].

Ciężko chorzy ludzie powinni mieć prawo do skutecznej terapii. Odmawianie im dostępu do niej jest odbieraniem im godności i szacunku, na który zasługują wszyscy. Odmawianie lekarzom prawa do zalecania terapii łagodzącej ból i cierpienie ich pacjentów jest pogwałceniem relacji lekarz – pacjent. Pozwalanie na cierpienie pacjentów w sytuacji, gdy istnieje skuteczne leczenie jest szkodzeniem im, gdyż wielokrotnie wykazywano, że korzyści płynące ze stosowania medycznej marihuany znacząco przewyższają potencjalne zagrożenia, jak pisał profesor etyki medycznej i dyrektor Instytutu Bioetyki Katolickiej z Uniwersytetu Świętego Józefa w Filadelfii [19].

W styczniu 2014 roku w Kanadzie opublikowano informację, że lekarz opiekujący się umierającym na raka wątroby dziennikarzem (Charles Bury, 67 lat) zezwolił mu na palenie marihuany, gdy ten go o to poprosił. Doktor Carl Bromwich uznał, że prośba była uzasadniona. Nie było to zgodne z regulaminem szpitala, ale zezwolił, by Bury miał przy łóżku waporyzator, który nie wydziela dymu, tłumi zapach marihuany i nie pilnował, czy przypadkiem go nie używa [20]. Miesiąc później Charles Bury zmarł. Jego przypadek sprowokował dyskusję i kilka miesięcy później szpital, w którym Bury leżał, zezwolił na używanie marihuany hospitalizowanym w nim, umierającym pacjentom, przy użyciu własnego waporyzatora. Kolejny szpital w czerwcu 2014 roku ogłosił, że planuje wydać podobną zgodę. Lekarze zajmujący się opieką paliatywną przepisywali ją swoim pacjentom leczonym ambulatoryjnie już wcześniej, ale gdy trafiali na oddział, mogli im zlecać tylko syntetyczne kanabinoidy. Nowe zasady pozwolą wszystkim potrzebującym na używanie roślinnej marihuany na zlecenie lekarza podczas pobytu w szpitalu, który dostarczać będzie waporyzatory i – za pośrednictwem szpitalnej apteki – marihuanę. Zostanie też wydzielony obszar, z dala od palarni papierosów, gdzie pacjenci preferujący palenie marihuany, będą mogli to robić. Jeden z lekarzy tego szpitala podkreślał, że marihuana pozwala na zmniejszenie niemal o połowę dawek leków opioidowych przepisywanych pacjentom; opioidy nie są pomocne w łagodzeniu bólów neuropatycznych, a marihuana przynosi ulgę, o czym wielu lekarzy nie wie. Dodatkowymi korzyściami są pobudzanie apetytu, zapobieganie

nudnościom, zmniejszanie niepokoju i strachu, co jest niezwykle potrzebne w opiece paliatywnej. Lekarka zajmująca się umierającymi pacjentami w tym szpitalu mówiła, że pacjenci są zaskakująco otwarci na używanie marihuany, która – jak wynika z jej obserwacji – jest skuteczniejsza od syntetycznych kanabinoidów: „Sądzę, że odmawianie pacjentom dostępu do terapii, która pomagała im przed przyjęciem ich do szpitala, jest nieetyczne i bezprawne” [21].

Terapia chorób nowotworowych

Pacjenci z rozpoznanymi chorobami nowotworowymi często boją się nudności i wymiotów powodowanych przez chemio- i radioterapię. Mogą doprowadzić do niebezpiecznego dla życia odwodnienia i zaburzeń elektrolitowych.

Silne nudności i wymioty drastycznie pogarszają jakość życia nie tylko samych chorych, ale także członków ich rodzin, ich opiekunów. Nasilanie się dolegliwości wraz z czasem trwania leczenia może skłaniać pacjentów do rezygnacji z dalszego leczenia [22].

Onkolodzy opisują nudności i wymioty:

- ostre – pojawiające się w ciągu 24 godzin od rozpoczęcia terapii,
- opóźnione – po ponad 24 godzinach, czasem po kilku dniach od początku terapii,
- antycypacyjne – pojawiające się na samą myśl o kolejnej chemioterapii, wywoływane są poczuciem smaku lub zapachu kojarzącego się z lekami, a nawet samym widokiem szpitala lub kogoś z personelu [23].

Wymioty pojawiające się 6 lub więcej razy w ciągu doby są wskazaniem do hospitalizacji, częstsze mogą zagrażać życiu i wymagają pilnej interwencji medycznej [24].

Lekarze i pacjenci różnie postrzegają dokuczliwość nudności i wymiotów. Szczególnie te, które występują później niż po 24 godzinach od rozpoczęcia terapii, bywają niezauważane przez lekarzy [25]. Niektórzy pacjenci starają się znosić dolegliwości, być „silni”, więc nie skarżą się lekarzom, którzy z kolei są przekonani, że pacjent mówi im wszystko. Wymioty daje się obserwować obiektywnie, ich nasilenie daje się zmierzyć. Nudności są odczuciem subiektywnym, trudnym do oceny jakościowej. Mogą występować razem z wymiotami lub niezależnie od nich. Dla wielu pacjentów nudności i odruchy wymiotne są większym problemem niż wymioty [26]. Wprawdzie pojawiają się nowe leki przeciwwymiotne (inhibitory receptorów serotoniny i neurokininy-1), mające wykazywać większą skuteczność od istniejących dotychczas, jednak z powodu ceny nie są dostępne dla wszystkich potrzebujących [27].

Warto wspomnieć, że pod koniec lat 90. lekarze brytyjscy dokonali przeglądu publikacji dotyczących jednego z najczęściej stosowanych leków przeciwwymiotnych. Okazało się, że 17% pełnych raportów z randomizowanych badań klinicznych i 28% danych pacjentów było powtórzeniem wcześniejszych publikacji, przy czym częściej powielano dane o lepszej skuteczności leku. Włączenie zduplikowanych danych do metaanalizy sprawiło, że ocena skuteczności przeciwwymiotnej ondasetronu okazała się przeszacowana o 23% [28].

Terapia bólu

W latach 70. wykazywano, że marihuana zwiększa tolerancję na ból [29]. Później badania działania przeciwbólowego kanabinoidów prowadzono w niewielkich grupach, często w bardzo różniących się od siebie populacjach, z wykorzystaniem subiektywnych ocen badanych parametrów [30]. Po latach mimo wszystko próbowano dokonywać przeglądów piśmiennictwa, które niekiedy prowadziły do kuriozalnych wniosków. W 2001 roku, po podsumowaniu danych o stosowaniu doustnego THC uznano, że w leczeniu bólu pooperacyjnego, nowotworowego i innych rodzajów bólu kanabinoidy nie są bardziej skuteczne niż kodeina, a działanie na ośrodkowy układ nerwowy ogranicza ich stosowanie, zatem upowszechnienie ich w praktyce klinicznej w leczeniu bólu jest niepożądane [31], co wzbudziło burzliwą dyskusję na łamach *British Medical Journal*. W odpowiedzi na krytyczne uwagi autorzy artykułu podtrzymali swój pogląd, że dla leczenia bólu i innych schorzeń wspomnianych przez oponentów istnieją lepsze leki, a poważne lub częste działania uboczne ograniczają stosowanie kanabinoidów. Ich zdaniem, badania przeprowadzone wcześniej nie dały odpowiedzi na istotne pytania dotyczące łagodzenia bolesnych skurczów mięśni, co sugeruje, że kanabinoidy raczej nie mają przyszłości w leczeniu ostrego bólu i wymiotów [32].

W 2009 roku autorzy kolejnego przeglądu literatury uznali, że dostępne dowody sugerują umiarkowaną skuteczność marihuany w leczeniu przewlekłego bólu, ale korzyści, zdaniem autorów, mogą być częściowo (lub całkowicie) przyćmione przez potencjalnie poważne szkody, tak więc dla wyjaśnienia wszelkich wątpliwości potrzebne są dowody potwierdzone w większych, dobrze zaprojektowanych badaniach [33].

W tym samym roku lekarze amerykańscy przyznali, że częstość używania marihuany przez pacjentów przyjmujących przewlekle opioidowe leki przeciwbólowe z powodu przewlekłego bólu waha się od 6,2% do 39% (w populacji ogólnej USA – 5,8%) [34]. Nieco później u 21 pacjentów cierpiących z powodu przewlekłego bólu wykazano, że marihuana nie

wpływa na stężenia we krwi wolno uwalniającej się morfiny i oksykodonu, natomiast zmniejsza odczuwanie bólu średnio o 27%, co umożliwiałoby obniżenie dawki opioidów, dzięki czemu rzadziej występowałyby działania niepożądane powodowane przez tę grupę leków [35].

W przeprowadzonych w Kanadzie badaniach, w których analizowano częstość używania marihuany przez pacjentów cierpiących z powodu silnego bólu niezwiązanego z chorobami nowotworowymi, u 12 na 15 badanych palenie marihuany łagodziło bóle i poprawiało nastrój, a 11 z 15 ułatwiało zasypianie [36]. Niektórzy pacjenci palili ją w celu uśmierzania bólu przez 37 lat, bez zauważalnych dla lekarzy negatywnych konsekwencji. W nieco późniejszej obserwacji większość spośród 299 pacjentów palących marihuanę w celu zmniejszenia nasilenia przewlekłego bólu (najczęściej pourazowego lub pooperacyjnego utrzymującego się średnio 7 lat) podawała jego złagodzenie, ale też poprawę snu i nastroju, a do uzyskania tych efektów ponad połowie z nich (53%) wystarczały 4 zaciągnięcia lub nawet mniej (choć 25% potrzebowało 1 jointa), tylko 12% wypalało więcej. Jako objawy niepożądane zgłaszali zwykle uczucie „haju” i suchość w ustach. Zdaniem autorów uzyskane wyniki uzasadniają przeprowadzenie większych badań klinicznych [37].

W 2013 roku czasopismo *Pain Medicine* przedstawiło opinie dwóch lekarzy amerykańskich, dotyczące możliwości stosowania legalnej medycznej marihuany u trzydziestoletniego pacjenta nadużywającego w przeszłości wielu różnych substancji, a który zgłosił się do lekarza z powodu silnych, przewlekłych dolegliwości bólowych [38].

Pierwszy z nich, przekonany, że marihuana nie jest lekiem, przypomniał wszystkie powtarzane od lat 30. XX wieku oskarżenia: że uzależnia, doprowadza do używania innych narkotyków („o czym wiemy jako lekarze”), że nie ma naukowych dowodów na to, „by zmniejszała ból w sposób związany z jakimś specyficznym określonym działaniem analgetycznym”, ale bez wątplenia powoduje krótkotrwałą euforię, która ośrodkowo nieco łagodzi ból. Stwierdził też, że nie ma naukowych dowodów na to, że stosowana długotrwale w celach medycznych jest skuteczna i bezpieczna, lecz „istnieje wiele leków przeciwbólowych dostępnych dla pacjentów i lekarzy, których działanie udowodniono w rzetelnych badaniach klinicznych, skuteczniejszych i bezpieczniejszych w leczeniu przewlekłego bólu niż medyczna marihuana” [39].

Drugi lekarz, zajmujący się od lat kwestią medycznej marihuany uznał, że jeśli inne sposoby leczenia bólu u tego pacjenta nie okażą się skuteczne, to medyczna marihuana może być rozważana jako uzasadniony kolejny krok terapeutyczny, lepszy niż opioidy [40]. Podkreślił, że pacjent cierpiący ból zasługuje na leczenie, mimo iż w tym przypadku istnieje

ryzyko nadużywania substancji psychoaktywnych. Przypomniawszy, że nieleczony ból tylko zwiększa głód narkotykowy. Jego zdaniem przepisywanie dronabinolu nie byłoby właściwe, gdyż jest czystym THC – najbardziej psychoaktywnym składnikiem marihuany. Naturalna marihuana zawiera go 5–15%, ale także inne kanabinoidy, które współdziałając, wykazują działanie przeciwbólowe. Nie ma dawki śmiertelnej, marihuana zwykle nie wchodzi w interakcje z innymi lekami, jest łatwa w podawaniu – doustnie, poprzez wdychanie ulatniających się po podgrzaniu marihuany zawartych w niej substancji lub wchłanianie miejscowe (maści) – co pozwala uniknąć potencjalnego ryzyka związanego z paleniem. Dostępne są wyniki badań dokumentujących bezpieczeństwo i skuteczność marihuany w leczeniu przewlekłego bólu. Lekarz jest więc zwolennikiem zastosowania właściwej jej odmiany, przy założeniu, że terapia odbywałaby się w stanie, w którym jest to legalne.

Głosy przeciwników marihuany najgłośniej brzmią w USA, które od końca lat 90. zmagają się z epidemią śmiertelnych przedawkowań opioidowych leków przeciwbólowych wypisywanych na recepty, z którą próbują walczyć, jak dotąd nieskutecznie. Coraz bardziej widocznym zjawiskiem jest wzrost śmierci spowodowanych przedawkowaniem nielegalnej heroiny (którą przez lata utrzymywał się na stałym, względnie niskim poziomie), po którą sięgają uzależnieni od opioidów pacjenci, nie mogąc uzyskać na nie recepty. Okazuje się, że na czarnym rynku heroina jest łatwo dostępna i tańsza od leków, tyle tylko, że łatwiej przedawkować śmiertelnie heroinę, której moc nie jest znana [41]. Ostatnio zwrócono też uwagę na konieczność propagowania wśród lekarzy i społeczeństwa informacji o naloksonie, leku ratującym życie w przypadku przedawkowania heroiny. Tyle tylko, że producent postaci leku ułatwiającej samodzielne iniekcje podniósł jego cenę w ciągu 2 lat od rejestracji tej postaci leku o ponad 500%, do 4 500 dolarów za opakowanie umożliwiające dwie iniekcje leku [42]. W USA silny i/lub przewlekły ból jest wskazaniem do stosowania marihuany we wszystkich stanach, w których zalegalizowano medyczną marihuanę.

W 2014 roku wykazano, że w 13 stanach, w których zalegalizowano medyczną marihuanę liczba śmierci z powodu przedawkowania opioidów wypisywanych na receptę w latach 1999 – 2000 obniżyła się o 24,8% [43]. Ale według wielu ekspertów wymaga to potwierdzenia.

Zarejestrowane leki zawierające syntetyczne kanabinoidy

Po zidentyfikowaniu tetrahydrokanabinolu (THC) zaczęto poszukiwać sposobów na jego syntetyczną produkcję.

Zainteresowanie było tak duże, że w latach 70. agendy federalne USA wsparły jedną z firm farmaceutycznych wielkimi kwotami, by przyspieszyć wyprodukowanie czystego THC.

Większość badań przedklinicznych i klinicznych prowadził i/lub finansował amerykański Narodowy Instytut Raka (National Cancer Institute – NCI). Sam producent podawał, że jego udział we wprowadzaniu leku na rynek wynosił tylko 25% niezbędnych nakładów.

FDA wydał w 1989 roku zgodę NCI na dystrybucję kapsułek THC przez szpitalne apteki i lekarzy we wszystkich stanach, co miało przyspieszyć ocenę bezpieczeństwa i skuteczności preparatu jako leku hamującego nudności i wymioty [44].

Dronabinol – Marinol™

Kapsułki zawierające syntetyczny THC, pod nazwą dronabinol (Marinol) zarejestrowano w USA w 1985 roku, przy okazji przenosząc go z kategorii I (nie mających zastosowań medycznych, w której jest marihuana) do kategorii II kontrolowanych substancji (wykazujących pewne zastosowania medyczne), co było niezbędnym warunkiem do wprowadzenia go na rynek. Jedynym wskazaniem do stosowania początkowo były ciężkie nudności i wymioty będące skutkiem chemioterapii nowotworów u pacjentów, u których leczenie konwencjonalne nie pomagało. A ponieważ lek może powodować zmiany stanu psychicznego pacjenta zalecano, by stosować go przy starannym nadzorze medycznym, najlepiej podczas hospitalizacji. Jak zapowiadano – DEA będzie ściśle monitorować jego stosowanie [45]. W 1992 roku wskazania rozszerzono o leczenie anoreksji związanej z utratą wagi u pacjentów z AIDS. W tym samym roku w USA zamknięto dla nowych pacjentów istniejący od 1978 roku program, dzięki któremu niewielka grupa ciężko chorych ludzi mogła otrzymywać legalnie roślinną marihuanę po tym, jak chorzy na AIDS zaczęli przysyłać liczne prośby, by pozwolono im palić marihuanę legalnie, bez strachu o aresztowanie i osadzenie w więzieniu. W tym czasie, kiedy nie było jeszcze skutecznych leków antyretrowirusowych, pacjenci z AIDS trafiali do więzień za przestępstwa narkotykowe.

W 1999 roku na prośbę producenta przeniesiono go do kategorii III kontrolowanych substancji. Raphael Mechoulam, człowiek, który wyizolował tetrahydrokanabinol, uznał za hipokryzję pozostawienie roślinnej marihuany w kategorii I, najgroźniejszych narkotyków i przeniesienie dronabinolu do kategorii III [46].

Marinol produkowany jest w dość dużych żelatynowych kapsułkach zawierających zawieszony w oleju sezamowym THC (2,5 miligrama, 5,0 miligramów i 10,0 miligramów),

dlatego wielu pacjentów doświadczających silnych nudności, odruchów wymiotnych i wymiotów nie jest w stanie ich połknąć albo utrzymać w organizmie. THC musi być zawieszony w oleju, ponieważ jest nierozpuszczalny w wodzie.

Po połknięciu wchłaniany jest prawie całkowicie w jelitach, a ponieważ podlega metabolizmowi w wątrobie, do krwi dociera tylko 10–20% podanej dawki. Działanie rozpoczyna się po 30–60 minutach (większość dostępnych bez recepty leków przeciwbólowych zaczyna działać w ciągu 30 minut, palona marihuana niemal natychmiast), szczyt następuje po 2–4 godzinach i utrzymuje się przez 4–6 godzin, czasem dłużej. W czasie metabolizmu w wątrobie tworzą się znaczne ilości 11-hydroksy-THC, metabolitu którego efekty psychoaktywne są cztero-, pięciokrotnie silniejsze od THC, co sprawia, że działania psychoaktywne dronabinolu pojawiają się częściej i utrzymują znacznie dłużej niż po paleniu marihuany roślinnej. Szybkie rozpoczęcie działania wdychanej (palonej) marihuany umożliwia łatwą regulację dawki: możliwe jest przyjmowanie do momentu złagodzenia dolegliwości, z powodu których pacjent ją przyjmuje, zanim pojawią się działania psychoaktywne, uważane przez wielu lekarzy i niektórych pacjentów za niepożądane. Regulowanie dawki dronabinolu tak łatwe nie jest.

Lek, poza USA, zarejestrowano w kilku innych krajach. Jednak trudności związane z jego przepisywaniem, zmienność działania, a także odurzenie i zaburzenia nastroju towarzyszące jego przyjmowaniu ograniczają wykorzystywanie go przez klinicystów [47].

W porównaniu z marihuaną dronabinol jest drogi.

Amerykańscy pacjenci czasem proszą lekarzy o przepisanie Marinolu, który ma być „przykrywką” dla palenia marihuany w sytuacji rozpowszechnionego w miejscach pracy testowania moczu na obecność narkotyków. Wielu chorych przyjmuje Marinol tylko dlatego że marihuana jest nielegalna [48], jednak mimo to wielu z nich wybiera łamanie prawa zarówno dlatego, że marihuana jest skuteczniejsza, jak i tańsza [46].

Interesujące jest to, że ochrona patentowa Marinolu skończyła się dopiero w 2011 roku [49], a w 2014 roku zaczęły się pojawiać informacje pisane przez lekarzy, że lek zawiera te same aktywne składniki, co marihuana, co jest oczywistą nieprawdą, ale może wprowadzać w błąd [50].

Nabilon – Cesamet™

Firma farmaceutyczna – Eli Lilly Company – kontynuowała swoje badania w poszukiwaniu syntetycznych analogów THC, które wykazywałyby działanie terapeutyczne, a nie powodowały działań psychoaktywnych dostatecznie długo, by wyprodukować silnie

działający analog THC, któremu nadano nazwę rodzajową nabilon, a handlową Cesamet, sprzedawany w kapsułkach zawierających 1 miligram kanabinoidu.

Wchłaniany jest prawie całkowicie z przewodu pokarmowego, choć pod wpływem kwasu solnego w żołądku część dawki ulega degradacji. Maksymalne stężenie w surowicy osiąga po 1–4 godzinach, eliminacja z osocza jest szybka – okres półtrwania w surowicy ($T^{1/2}$) wynosi około 2 godzin.

W 1978 roku opublikowano wstępne wyniki badań klinicznych prowadzonych wśród pacjentów onkologicznych [51]. Działania niepożądane, jakie nabilon powodował, to spadek ciśnienia krwi, suchość w ustach i senność, u części pacjentów także uczucie euforii. Wielu badaczy (zwykle nie pacjentów) to ostatnie działanie uznawało za niepożądaną reakcję uboczną.

W 1981 roku nabilon zarejestrowano w Kanadzie w celu łagodzenia nudności i wymiotów wywoływanych przez chemioterapię nowotworów. W 1986 roku amerykański FDA zarejestrował lek, z tym samym wskazaniem, mimo to w USA nie sprzedawano go do 2005 roku. Amerykański DEA uznał, że nabilon jest za bardzo podobny do marihuany i umieścił go w restrykcyjnej kategorii II (choć łagodniejszej od tej, w której jest marihuana), co nakładało na producenta konieczność dopełnienia wielu uciążliwych procedur, a od lekarzy spełnienia biurokratycznych przepisów. Zarejestrowano go też w Wielkiej Brytanii, Australii i w Meksyku, przede wszystkim do leczenia powodowanych przez chemioterapię nudności i wymiotów nieustępujących po konwencjonalnej terapii.

W 2013 roku lekarze amerykańscy opublikowali wyniki badania sponsorowanego przez NIDA, które sugerowały, że nabilon może być skuteczny w łagodzeniu objawów abstynencyjnych po odstawieniu marihuany [52].

W 2014 roku opublikowano wyniki badań nad nabinołem stosowanym u 12 zdrowych osób mających powyżej 65 lat, w których wykazano, że był dobrze tolerowany, a działania niepożądane były łagodne. Autorzy tych badań uważali za wskazane dalsze prowadzenie badań leku u osób w podeszłym wieku [53].

Zarejestrowane leki wykorzystujące naturalne kanabinoidy

W 1998 roku w Wielkiej Brytanii powstała firma GW Pharmaceuticals, a brytyjskie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wydało jej licencję na uprawę konopi na dużą skalę.

GW uzyskała też zgodę Ministerstwa na selekcjonowanie odmian konopi zawierających maksymalnie dużo THC (powyżej 94% wszystkich kanabinoidów) [54] i odmian zawierających dużo CBD (ponad 90% kanabinoidów).

Z uprawianych konopi uzyskiwany jest ekstrakt do produkcji leków zawierających przede wszystkim THC (Tetranabinex™), kanabidiol (CBD), (Nabidiolex™) i połączenie w proporcji 1:1 THC i CBD (Sativex™) [55]. Na razie stosowany terapeutycznie w niektórych krajach jest tylko Sativex, którego nazwa rodzajowa brzmi nabixymole [*nabiximols*].

Sativex w sprayu podawany jest na błony śluzowe jamy ustnej (podjęzykowo) przez pompkę uwalniającą jednorazowo 100 mikrolitrów preparatu zawierającego 2,7 miligrama THC i 2,5 miligrama CBD, a także niewielkie ilości innych kanabinoidów roślinnych, terpenoidów i fitosteroli na bazie pięćdziesięcioprocentowego alkoholu etylowego i pięćdziesięcioprocentowego glikolu propylenowego z dodatkiem 0,05% aromatu mięty. Elektroniczny dozownik rozpyła lek w starannie kontrolowanych ilościach, monitoruje wydzielane dawki, co uniemożliwia przyjęcie większej ilości, niż zaprogramował lekarz lub farmaceuta.

Na stronie internetowej GW Pharmaceuticals podano informacje o sposobie dobierania właściwej dawki sprayu, powodowanych przez niego skutkach ubocznych (najczęściej – zawroty głowy i poczucie zmęczenia). Jest też uwaga, iż w przypadkach przyjęcia dużej ilości leku (18 dawek w ciągu 20 minut, 2 razy w ciągu dnia) wystąpić mogą zawroty głowy, halucynacje, urojenia, przyśpieszenie lub spowolnienie akcji serca, obniżenie ciśnienia, które ustąpią po odstawieniu leku.

Wchłanianie leku przez błony śluzowe jest szybsze niż po podaniu doustnym.

W 2005 roku warunkowo zaaprobowano Sativex w Kanadzie jako lek wspomagający terapię bólu towarzyszącego stwardnieniu rozsianemu [56], 2 lata później także w terapii bólu związanego z chorobami nowotworowymi [57]. Kanada stała się pierwszym krajem na świecie, w którym zarejestrowano ten preparat produkowany w Wielkiej Brytanii [58].

W 2007 roku GW Pharmaceuticals ogłosiła, że japoński koncern farmaceutyczny – Otsuka – będzie prowadził badania kliniczne Sativexu w USA [59].

W Polsce Sativex, jako lek wypisywany na tak zwane różowe recepty, dopuszczono do sprzedaży pod koniec 2012 roku do stosowania w stwardnieniu rozsianym niepoddającym się leczeniu konwencjonalnymi lekami. W Internecie pojawiają się informacje, że 3 opakowania po 10 mililitrów, wystarczające na 30 dni, kosztują 2,5–3,9 tys. złotych, w zależności od apteki.

W trakcie badań pozostaje kilkanaście innych kanabinoidów. Najbardziej zaawansowane dotyczą ekstraktu z odmiany konopi zawierającej maksymalnie dużo kanabidiolu, którego skuteczność badana jest u dzieci z padaczką lekooporną.

Zarejestrowane leki zawierające roślinną marihuanę

Holenderska firma Bedrocan, na podstawie kontraktu zawartego z holenderskim Ministerstwem Zdrowia, produkuje kilka leków zawierających susz z wierzchołków kwitnących żeńskich roślin konopi o kontrolowanej zawartości THC i kanabidiolu, które od 2003 roku dystrybuowane są przez apteki. Leki eksportowane są też do Czech, Kanady, Finlandii, Włoch i Polski, a także – w celu prowadzenia badań naukowych – do innych krajów świata. Są to:

- Bedrocan: THC – 18%, CBD – 0,8%,
- Bedrobinol : THC – 11%, CBD – 0,2%,
- Bediol: THC – 6%, CBD – 7%,
- Bedica: THC – 14%, CBC poniżej 1%,
- Berdrolite: THC – 0,4%, CBD – 9%.

Preparaty przed dopuszczeniem do sprzedaży są poddawane ścisłej kontroli i nie zawierają pestycydów, metali ciężkich ani drobnoustrojów chorobotwórczych. Marihuana uprawiana jest w pomieszczeniach zamkniętych.

Co preferują pacjenci?

W latach 70., kiedy prowadzono badania porównujące skuteczność dronabinolu (syntetycznego THC zarejestrowanego w 1985 roku w USA) z placebo [60] lub marihuaną, wykazywano, że palenie marihuany było wygodniejsze dla pacjentów niż przyjmowanie doustnie dużych kapsulek, które przy nasilonych nudnościach niezwykle trudno jest połknąć, a przy silnych wymiotach – utrzymać w organizmie. W jednym z nich pacjentom, którzy z powodu silnych odruchów wymiotnych nie byli w stanie połknąć dużej kapsułki leku, oferowano wypalenie marihuany [61] Pacjenci preferowali palenie, bo w ten sposób łatwiej jest ją dawkować dla osiągnięcia pożądanego efektu i uniknięcia niechcianych przez niektórych chorych działań psychoaktywnych [62].

W badaniach klinicznych poprzedzających rejestrację dronabinolu większość pacjentów preferowała paloną marihuanę, woli ją też większość pacjentów z HIV/AIDS [63]

W 1988 roku opublikowano wyniki badania, w którym sprawdzano działanie przeciwwymiotne palonej marihuany (była to część wyników uzyskanych dzięki istnieniu programu badania nowego leku prowadzonego przez Wydział Zdrowia Nowego Jorku pod koniec lat 70., w krótkim czasie złagodzenia amerykańskiej polityki narkotykowej) [64].

Papierosy (zawierające THC i niezawierające go – placebo) dostarczano z NIDA do Nowojorskiego Stanowego Wydziału Zdrowia, z zachowaniem niezwykle rygorystycznie przestrzeganych środków ostrożności i systemów zabezpieczeń. Do badania zakwalifikowano 56 dorosłych pacjentów z potwierdzoną histopatologicznie chorobą nowotworową, którzy nie reagowali na dostępne wówczas leki przeciwwymiotne i jednocześnie nie cierpieli na poważne choroby serca ani choroby psychiczne. Wszystkich poinstruowano o standardowej procedurze palenia, które rozpoczynano na 6–8 godzin przed chemioterapią i powtarzano co 4–6 godzin w dniu chemioterapii. Pacjenci palili papierosy (placebo lub z marihuaną) w domach. W celu zapobiegania wysychaniu skrętów instruowano palących, by przechowywali je w lodówce lub nawilżali. Badanie nie było randomizowane, a pacjenci stanowili dla siebie grupę kontrolną (przez kilka dni palili papierosy z marihuaną, przez kolejnych kilka dni – placebo). 18 badanych (33%) oceniło działanie marihuany bardzo dobrze, 25 (43%) jako umiarkowanie satysfakcjonujące, 12 (22%) nie odczuło poprawy. Między osobami, które zareagowały, a tymi, które nie odpowiedziały, nie było statystycznie istotnych różnic płci, rozpoznania, wcześniejszej radioterapii lub leczenia doustnym THC. Reagujący na marihuanę byli młodsi (średnia wieku 40 lat, średnio o 14 lat mniej niż osoby, które nie zareagowały), częściej mieli wcześniejsze doświadczenia z marihuaną (52% w stosunku do 17%). Działaniami ubocznymi były sedacja (88%), suchość w ustach (77%), zawroty głowy (39%), splątanie (13%), rzadziej obserwowano niepokój i bóle głowy. Wszystkie te skutki były dobrze znoszone przez pacjentów. Objawów niepożądanych nie zaobserwowano u 13% badanych. Autorzy podkreślili, że niemal 25% pacjentów po początkowym wyrażeniu zgody odmówiło udziału w badaniu, ze względu na uprzedzenia do palenia zarówno swoje, jak i swoich lekarzy. Niektórzy woleli doustne kapsułki z THC. Najważniejszą przyczyną rezygnacji z udziału była jednak społeczna stygmatyzacja związana z używaniem marihuany.

Wielu pacjentów odrzuciło możliwość „palenia trawy” w domu, by nie narażać swoich dzieci na potencjalne negatywne konsekwencje dla nich ich postępowania.

Przez wiele lat nie wykonywano podobnych badań.

W 2001 roku, po analizie dostępnych wówczas danych Martin R. Tramér i wsp. przyznali, że bardzo wielu pacjentów preferowało używanie kanabinoidów przy kolejnych cyklach chemioterapii, nawet jeśli były one tylko nieznacznie bardziej skuteczne od innych

leków przeciwwymiotnych. Autorzy przeglądu podkreślili, że subiektywne preferencje pacjentów są ważniejsze od naukowo wykazanej skuteczności leczenia, a chociaż działania niepożądane występowały częściej u leczonych kanabinoidami, to dotyczyły niewielkiej liczby pacjentów. Większość pacjentów uważała kanabinoidy za skuteczne i niewywołujące skutków ubocznych. Niektóre z objawów uznawanych przez lekarzy za niepożądane były potencjalnie korzystne dla pacjentów, jak sedacja, euforia, poczucie „haju”. Autorzy przeglądu wspomnieli o „potencjalnie poważnych” działaniach niepożądanych kanabinoidów, ale przyznali, że mimo to „mogą być użyteczne dla niektórych pacjentów jako leczenie wspomagające terapię nudności i wymiotów, w dodatku poprawiające nastrój chorych” [65].

W 2016 roku lekarze włoscy opisali 13 pacjentów ze stwardnieniem rozsianym, którym nie pomagały nabixymole (Sativex), pomagał natomiast Bedrocan przyjmowany doustnie (z ciastkiem posmarowanym tłuszczem i posypanym lekiem) lub palony (waporyzacja była niemożliwa ze względu na wysokie koszty waporyzatora), doświadczali przy tym mniej działań niepożądanych niż po terapii nabixymolami [66]. Było to pierwsze badanie, w którym poszukiwano strategii ratunkowych dla pacjentów nie odpowiadających na nabixymole. Reakcja na Bedrocan wynosiła 85% po 28 dniach i 70% w momencie zakończenia obserwacji pacjentów i była wyższa od opisywanej wcześniej dla nabixymoli. Zastanawiając się nad przyczynami takich różnic autorzy doniesienia sugerowali, że może to być spowodowane mniejszą zawartością kanabidiolu (CBD) w Bedrocanie lub pochodzeniem obu leków z różnych szczepów konopi, o różnej zawartości terpenoidów i innych kanabinoidów. Bedrocan zawiera duże stężenia kanabinergolu (CBG), który prawdopodobnie działa przeciwbólowo i przeciwdepresyjnie. Zawiera też mircen (terpenoid) działający przeciwbólowo, rozluźniająco mięśnie i uspokajająco. Bedrocan był bardzo dobrze tolerowany, pacjenci nie podawali działań psychoaktywnych. Swoje doniesienie lekarze zakończyli apelem o dalsze badania.

Podsumowanie

Marihuanę zdelegalizowano w USA w latach 30. XX wieku, wcale nie dlatego, że udowodniono jej szkodliwość. W tamtych czasach przeciętny Amerykanin nawet o niej nie słyszał [67]. W 1961 roku, pod dużym wpływem polityków Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej uchwalono Jednolitą Konwencję w sprawie Narkotyków [*Single Convention on Narcotic Drugs*], której celem było skoordynowanie międzynarodowej kontroli substancji pochodzących z 3 roślin: *Papaver somniferum* (mak lekarski), *Erythroxylum coca*

(krasnodrzew pospolity, koka) i *Cannabis sativa* (konopie). Międzynarodowa kontrola była równoznaczna z prohibicją tych substancji, zwłaszcza że Konwencja zakładała doprowadzenie do zaprzestania używania w jakikolwiek sposób (także medyczny) 3 roślin – opium w ciągu 15 lat, a kokainy i marihuany w ciągu 25 lat. W preambule zapisano, że uzależnienie [*addiction*] od narkotyków „jest wielkim złem dla jednostek, prowadzącym do wielu społecznych i ekonomicznych zagrożeń dla ludzkości” [68].

Mimo restrykcyjnej polityki antynarkotykowej prowadzonej w wielu krajach świata, marihuana jest najczęściej używaną nielegalną substancją psychoaktywną. Na przełomie wieków klimat wokół marihuany zaczął się zmieniać.

W wielu krajach świata przestano karać za posiadanie niewielkich ilości narkotyków. Holandia zdecydowała się na oddzielenie marihuany od tak zwanych twardych narkotyków legalizując coffee shopy, w których klient może ją kupić, ale – o czym wiele osób nie wie – sprzedawca nie ma prawa się w nią zaopatrzyć. To, co wychodzi frontowymi drzwiami, jest dozwolone, ale to, co wchodzi tylnymi, jest nielegalne [*back door problem*] [69]. To miał być sposób na dostosowanie się Holandii do konwencji narkotykowych ONZ, który jednak sprawił, że właściciele coffee shopów zaopatrując się w marihuanę, codziennie popełniają przestępstwo, płacąc jednocześnie podatki od jej sprzedaży.

Coraz więcej krajów legalizuje dostęp do medycznej marihuany dla swoich obywateli. Mogą z niej korzystać mieszkańcy Kanady, Holandii, Czech, Izraela, Niemiec, Włoch, Austrii, Izraela, a także 29 stanów USA oraz Dystryktu Kolumbia. W 16 stanach dozwolone jest stosowanie marihuany zawierającej nieznaczne ilości THC i duże kanabidiolu (CBD), by umożliwić legalne leczenie dzieci z lekooporną padaczką. W dodatku w 9 stanach zezwolono na dostęp do marihuany dla wszystkich dorosłych mieszkańców (mających ukończone 21 lat), [70]. W 2013 roku w Urugwaju zalegalizowano marihuanę dla wszystkich dorosłych mieszkańców kraju.

Przeciwnicy marihuany twierdzą, że nie przeprowadzono dużych badań klinicznych, które udowodniłyby jej bezpieczeństwo i skuteczność w leczeniu chorób. Badań nie przeprowadzono przecież dlatego, że niezwykle trudno było i wciąż jest uzyskać zgodę na podawanie pacjentom substancji, która nie ma własności terapeutycznych – a do takich zaklasyfikowano marihuanę. W styczniu 2015 roku brytyjski ekspert pisał, że w USA tylko 3 badacze ma licencję DEA na badania kliniczne marihuany [71]. Samo posiadanie licencji nie wystarcza jednak, by zorganizować badanie. Wymaga to od badacza wielkiej determinacji, może go narazić na ostracyzm środowiska, bo chce zajmować się czymś, co w powszechnej świadomości jest złym, groźnym narkotykiem. Przystępujący do badań mają też zwykle

własne poglądy i mogą chcieć udowodnić słuszność swoich przekonań. Ale przecież nikt nie kwestionuje celowości badań sponsorowanych przez firmy farmaceutyczne.

Informacje przekazywane przez pacjentów i lekarzy zauważających, że marihuana jest skuteczna w wielu chorobach, z którymi nie radzi sobie konwencjonalna medycyna, są na ogół lekceważone. Działania niepożądane występujące po przyjmowaniu medycznej, roślinnej marihuany i leków wykorzystujących kanabinoidy – syntetyczne i roślinne, produkowanych przez firmy farmaceutyczne – przedstawiane są odmiennie, choć są właściwie takie same. Ale w przypadku leków „firmowych” uznawane są przez lekarzy za akceptowalne, a powodowane przez roślinną marihuanę, zwłaszcza odczucie przyjemności („haj”) oceniane są często jako wykluczające jej stosowanie.

Marihuana palona, wdychana z waporyzatorów, spożywana w potrawach przynosi wielu ciężko chorym ludziom ulgę w cierpieniach. Niektórym sprawia też przyjemność. Wiadomo o tym od kilku tysięcy lat. Nie można jej przedawkować ze skutkiem śmiertelnym, w przeciwieństwie do wielu leków wypisywanych na recepty czy kupowanych bez nich. Działający do dzisiaj amerykański program dostarczania „federalnej” marihuany kilkorgu ciężko chorym osobom jest najlepszym dowodem na jej bezpieczeństwo i skuteczność.

W idealnym świecie marihuana o kontrolowanej jakości, mocy, pozbawiona zanieczyszczeń powinna być dostępna dla chorych ludzi, którym nie pomaga konwencjonalna medycyna. Na pewno nie jest panaceum na wszystkie dolegliwości, z pewnością nie pomoże wszystkim chorym. Ale karanie ludzi, którym przynosi ulgę w cierpieniu jest pozbawionym sensu trwonieniem pieniędzy podatników. Budżety państw pozostających w kryzysie ekonomicznym mogłyby być zasilane z podatków płaconych przez legalnych użytkowników marihuany.

Dawkowanie i częstość podawania marihuany zależy od pacjenta, jego stanu, postaci, drogi podawania. Bezpieczeństwo marihuany, dla której nie jest znana dawka LD₅₀ u ludzi, pozwala na jej używanie u praktycznie wszystkich pacjentów, pozwala na dobieranie sobie przez pacjenta właściwej dla niego dawki, z zachowaniem zdroworozsądkowej zasady „zaczynaj od małej dawki, zwiększaj ją powoli”, najlepiej pod nadzorem lekarza [72].

W Izraelu przeprowadzono prospektywne badanie chorych na choroby nowotworowe, do którego włączono 211 pacjentów po podpisaniu przez nich świadomej zgody. Chorzy odpowiadali na pytania dotyczące ich samych, choroby i dotychczasowego leczenia przez rozpoczęciem używania marihuany i po 6 – 8 terapii. Przed drugą rozmową zmarło 50 pacjentów (24%), 10 (5%) nie odbyło drugiej rozmowy, 20 (10%) nie rozpoczęło przyjmowania marihuany, choć mieli na to pozwolenie, a głównymi powodami były obawy,

że będą uważani za przestępców, że powrócą do palenia papierosów lub poprawa stanu ogólnego po dotychczasowym leczeniu. Połowa pacjentów – 106 – przyjmowała marihuanę przez 6 – 8 tygodni, do momentu odbycia drugiej rozmowy. Większość dolegliwości związanych z nowotworem lub jego leczeniem uległa złagodzeniu, w tym nudności, wymioty, poczucie zmęczenia, brak apetytu, zaburzenia snu, zaparcia, funkcje seksualne. Autorzy doniesienia zadali w związku z tym retoryczne pytanie: „dlaczego przepisano pacjentom marihuanę tak późno?”. W dodatku 31 spośród 70 pacjentów przyjmujących opioidowe leki przeciwbólowe zmniejszyło ich dawkę w czasie używania marihuany, zrobiło to także około 30% przyjmujących leki przeciwdepresyjne. Jedynym działaniem niepożądanym było osłabienie pamięci, które mogło się wiązać z innymi lekami przyjmowanymi równocześnie, jak opioidy i leki antydepresyjne lub z podeszłym wiekiem pacjentów [73].

W 2017 roku rząd Nowej Południowej Walii (Australia) rozpoczyna badania kliniczne nad medyczną marihuaną, która będzie stosowana:

- u dzieci z lekooporną padaczką,
- w opiece paliatywnej nad osobami dorosłymi, w której będzie uwzględniana przede wszystkim jakość życia chorych oraz apetyt i związane z nim objawy,
- u dorosłych z nudnościami i wymiotami spowodowanymi chemioterapią nowotworów, nie łagodzonymi istniejącymi dotąd lekami.

Badania zaplanowano na 5 lat i przeznaczono na nie 9 milionów dolarów. Początkowo do badań sprowadzane będą leki produkowane przez holenderską firmę Bedrocan BV, otrzymywane z wierzchołków roślin żeńskich konopi. Dla pacjentów wymagających opieki paliatywnej importowany będzie preparat Bedrobinol zawierający 13,5% THC. W terapii nudności i wymiotów powodowanych chemioterapią stosowany będzie susz marihuany produkowany przez kanadyjską firmę Tilray. Planowane są także własne uprawy konopi w celu uzyskiwania preparatów leczniczych, co sprawi, że będą one tańsze, a przy uprawie konopi i produkcji leków powstaną nowe miejsca pracy [74].

Być może konsekwentnie przeprowadzone badania udowodnią wreszcie przydatność marihuany w leczeniu ciężko chorych ludzi.

Jednak prawdopodobnym jest, że w literaturze medycznej (i nie tylko) w dalszym ciągu będzie pojawiało się wiele artykułów opatrzonych tytułami podkreślającymi szkodliwość marihuany. Takie doniesienia zawsze trzeba przeczytać do końca, bo dość często okazuje się, że tak naprawdę związku między jakimś strasznym działaniem niepożądanym a marihuaną nie udowodniono (to, że coś się zdarza po czymś nie znaczy, że wskutek tego).

Warto też sprawdzić, czy autorzy takiej informacji, aby na pewno obiektywnie przedstawiają uzyskane przez siebie wyniki badań. Już w latach 70. członek amerykańskiej Komisji Shafera, doktor J. Thomas Ungerleider pisał: „Niestety, garstka uczonych używa swoich nazwisk i poświęca czas na dalsze popełnianie oszustwa opartego na silnych uprzedzeniach moralnych i etycznych. [...] Odpowiedź na pytanie «Czy używanie marihuany jest zagrożeniem dla zdrowia, bezpieczeństwa i dobrobytu narodu» brzmi «NIE»» [75], a doktor Andrew T. Weil uważał, że marihuana „jest jednym z najmniej toksycznych leków znanych współczesnej medycynie” [76]. Obaj lekarze, tak jak dzielący ich zdanie Norman E. Zinberg, wykonali wiele badań w tym zakresie, znali też wielu pacjentów, którym to marihuana, a nie konwencjonalne leki, przyniosła ulgę.

Doktor Marek Balicki wiosną 2014 roku na konferencji „*Cannabis* leczy. Przyszłość medycznej marihuany w Polsce...” mówił o warunkach, jakie powinien spełniać idealny lek: powinien być skuteczny, bezpieczny i tani. Roślinna marihuana te warunki spełnia.

Piśmiennictwo

1. Pacewicz P.: Narkofobia górą. Do pudła za roślinę, „Gazeta Wyborcza”, 25.05.2015. http://wyborcza.pl/1,75968,17976361,Narkofobia_gora__Do_pudla_za_lodyge.html, dostęp: 20.01.2016
2. EMCDDA Insights. King LA. An overview of cannabis potency in Europe, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/cannabis-potency>, data pobrania 25.01.2017.
3. ElSohly MA, Slade D.: Chemical constituents of marihuana: the complex mixture of natural cannabinoids, *Life Sci*, 2005, 78, 539–548.
4. Hanuš L.O.: Pharmacological and therapeutic secrets of plant and brain (endo)cannabinoids, *Med. Res. Rev.*, 2009, 29, 213–271.
5. Gaoni Y., Mechoulam R.: Isolation, structure and partial synthesis of active constituent of hashish, *J. Am. Chem. Soc.*, 1964, 86, 1646–1647.
6. Russo E.B.: Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects, *Brit. J. Pharmacol.*, 2011, 163, 1344–1364.
7. Russo E.B., McPartland J. M.: Cannabis is more than simply Δ^9 -tetrahydrocannabinol, *Psychopharmacology*, 2003, 165, 431–432.
8. Aggarwal S.K.: Use of cannabinoids in cancer care: palliative care, *Curr. Oncol.*, 2016, 23 (Suppl 2), 33-36.

9. World Health Organization (WHO). WHO definition of palliative care. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ , data pobrania 30.03.2017.
10. Ault A.: Institute of Medicine says marihuana has benefits, *Lancet* 1999, 353, 1077.
11. Green A. J., De-Vries K.: Cannabis use in palliative care – an examination of the evidence and the implications for nurses, *J. Clin. Nursing.*, 2010, 19, 2454–2462.
12. Cichewicz D.L.: Synergistic interactions between cannabinoid and opioid analgesics, *Life Sci*, 2004, 74, 1317–1324.
13. Carter G.T., Flanagan A.M., Earleywine M., Abrams D.I., Aggarwal S.K., Grinspoon L.: Cannabis in palliative medicine: improving care and reducing opioid-related morbidity, *Am. J. Hospice Palliat. Med.*, 2011, 28, 297–303.
14. Uritsky T.J., McPherson M.L., Pradel F.: Assessment of hospice health professionals' knowledge, views, and experience with medical marijuana, *J. Palliat. Med.*, 2011, 14, 1291–1295.
15. Blinderman C.D., Billings J.A.: Comfort care for patients dying in the hospital, *N. Engl. J. Med.*, 2015, 373, 2549–2561.
16. Grinspoon L., Bakalar J.B.: *Marihuana. The forbidden medicine*, Yale University Press, New Haven–London, 1997.
17. Corral VL. Differential effects of Medical marihuana based on strain and route of administration: a three-year observational study, *J. Cannabis. Therap.*, 2001, 1, 43–59.
18. Waissengrin B., Urban D., Leshem Y., Garty M., Wolf I: Patterns of use of medical cannabis among Israeli cancer patients: a single institution experience, *J. Pain Symptom Manage*, 2015, 49, 223-30.
19. Clark P.A: The ethics of medical marijuana: government restrictions vs. medical necessity, *Med. Sci. Monit.*, 2000, 21, 40–60.
20. Lindeman T.: Charles Bury's marijuana use in hospital stirs debate. 09.01.2014. www.cbc.ca/news/canada/montreal/charles-bury-s-marijuana-use-in-hospital-stirs-debate-1.2489982, data pobrania 2.04.2017.
21. Dyer O.: Quebec hospitals allow inpatient use of weed, *Can. Med. Assoc. J.*, 2014, 186, E438.
22. Schnell FM.: Chemotherapy-induced nausea and vomiting: the importance of acute antiemetic control, *Oncologist*, 2003, 8, 187–198.
23. Feyer P., Yordan K.: Update and new trends in the antiemetic therapy: the continuing need for novel therapies, *Ann. Oncol.*, 2011, 22, 30–38.

24. National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-06-14_QuickReference_5x7.pdf, data pobrania 12.10.2013.
25. Hilarius D.L., Kloeg P.H., van der Wall E., et al.: Chemotherapy-induced nausea and vomiting in daily clinical practice: a community hospital-based study, *Support Care Cancer*, 2012, 20, 107–117.
26. Grunberg S.: Patient-centered management of chemotherapy-induced nausea and vomiting, *Cancer Control*, 2012, 19, Suppl 2, 10–15.
27. Encinosa W., Davidoff A. J.: Changes in antiemetic overuse in response to choosing Wisely Recommendations, *JAMA Oncol.*, 2017, 3, 320-6.
28. Tramèr M.R., Reynolds D.J., Moore R.A., McQuay H.J.: Impact of covert duplicate publication on meta-analysis: a case study, *BMJ*, 1997, 315, 635–640.
29. Milstein S.L., MacCannell K., Karr G., Clark S.: Marijuana-produced changes in pain tolerance. Experienced and non-experienced subjects, *Int. Pharmacopsychiatry*, 1975, 10, 177–182.
30. Hosking R.D., Zajicek J.P.: Therapeutic potential of cannabis in pain medicine, *Brit J Anaesth*, 2008, 101, 59–68.
31. Campbell F.A., Tramèr M.T., Carroll D., et al: Are cannabinoids an effective and safe treatment option in the management of pain? A qualitative systematic review, *BMJ*, 2001, 323, 1–6.
32. Campbell F. A., Moore A., McQuay H. J., et al. Cannabinoids in pain management. Author’s reply, *Brit. Med. J.*, 2001, 323, 1250–1251.
33. Martin-Sanchez E., Furukawa T.A., Taylor J., Martin J.L.R.: Systematic review and meta-analysis of cannabis treatment for chronic pain, *Pain. Med.*, 2009, 10, 1353–1368.
34. Reisfield G.M., Wasan A.J., Jamison R.N.: The prevalence and significance of cannabis use in patients prescribed chronic opioid therapy: a review of the extant literature, *Pain. Med.*, 2009, 10, 1434–1441.
35. Abrams D.I., Couey P., Shade S.B., et al.: Cannabinoid – opioid interaction in chronic pain, *Clin. Pharmacol. Ther.*, 2011, 90, 844-891.
36. Ware M.A., Gamsa A., Persson J., Fitzcharles M.A.: Cannabis for chronic pain: case series and implications for clinicians, *Pain. Res. Manage*, 2002, 7, 95–99.
37. Ware M.A., Doyle C.R., Woods R., et al: Cannabis use for chronic non-cancer pain: results of a prospective survey, *Pain*, 2003, 102, 211–216.

38. Ethics forum. Medical marijuana: a viable tool in the armamentaria of physicians treating chronic pain? A case study commentary, *Pain. Med.*, 2013, 14, 798.
39. Bunt G.: Marijuana is not good medicine, *Pain. Med.*, 2013, 14, 799.
40. Carter G.T.: The argument for medical marijuana for the treatment of chronic pain, *Pain Med*, 2013, 14, 800.
41. Compton W.M., Jones C.M., Baldwin G.T: Relationship between nonmedical prescription-opioid use and heroin use, *N Engl J Med*, 2016, 374, 154-163.
42. Gupta R., Shah N.D., Ross J.S.: The rising price of naloxone – risk efforts to stream overdose death, *N Engl J Med*, 2016, 375, 2213-2215.
43. Bachhuber M.A., Saloner B., Cunningham C.O., Barry C.L.: Medical cannabis laws and opioid analgesic overdose mortality in the United States, 1999-2010, *JAMA Intern Med.*, 2014, 174, 1668-1673.
44. Treffert D.A., Joranson D.E: Δ^9 -tetrahydrocannabinol and therapeutic research legislation for cancer patients, *JAMA*, 1983, 249, 1469–1472.
45. Nightingale S.L.: From the Food and Drug Administration, Dronabinol, a synthetic THC, approved as class II drug with antiemetic indication, *JAMA*, 1986, 256, 817.
46. Mechoulam R.: Cannabis – a valuable drug that deserves better treatment, *Mayo Clin. Proc.*, 2012, 87,107–109.
47. Russo E.B.: Cannabinoids in the management of difficult to treat pain, *J. Ther. Clin. Risk Manage*, 2008, 4, 245–59.
48. Grinspoon L.: On the future of cannabis as medicine, *Cannabinoids*, 2007, 2,13–15.
49. Grotenhermen F., Müller-Vahl K: The therapeutic potential of cannabis and cannabinoids, *Dtsch. Arztebl. Intern.*, 2012,109, 495–501.
50. Sansone R.A., Sansone L.A: Marijuana and body weight, *Innovations Clin. Neurosci*, 2014, 11, 50–54.
51. Montgomery B.J: High interest in medical uses of marijuana and synthetic analogues, *JAMA*, 1978, 240, 1469–1470.
52. Haney M., Cooper Z.D., Bedi G., et al: Nabilone decreases marijuana withdrawal and a laboratory measure of marijuana relapse, *Neuropsychopharmacol*, 2013, 38, 1557–1565.
53. Ahmed A.I., van den Elsen G.A., Colbers A, et al.: Safety and pharmacokinetics of oral delta-9-tetrahydrocannabinol in healthy older subjects: a randomized controlled trial, *Eur. Neuropsychopharmacol.*, 2014, 2, 1475–1482.

54. Kane B: Medical marijuana: the continuing story, *Ann. Intern. Med.*, 2001, 134, 1159–1162.
55. Russo E.B., Guy G.W., Robson P.J.: Cannabis, pain, and sleep: lessons from therapeutic clinical trials of Sativex®, a cannabis-based medicine, *Chem. Biodiver.*, 2007, 4, 1729–1742.
56. Sibbald B.: Conditional okay for cannabis prescription drug, *Can. Med. Assoc. J.*, 2005, 172, 672.
57. Witton J.: The re-emergence of the therapeutic use of cannabis products: a recent developments and future prospects. [w:] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. A cannabis reader: global issues and local experiences. Perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe, ed. S. Rödner Schnitzman, B. Olsson, R. Room, EMCDDA, 2008, www.emcdda.europa.eu, data pobrania 30.01.2017.
58. Stella N.: Cannabis sativa: getting closer to separating the medicinal properties from the drug of abuse, *J. Neuroimmunol.*, 2005, 166, 1–2.
59. Is big Pharma set to corner the American market on medical marijuana? 19.04.2011, <http://washingtonindependent.com/108259/is-big-pharma-set-to-corner-the-american-market-on-medical-marijuana>, data pobrania 30.01.2017.
60. Sallan S.E., Zinbeg N.E., Frei E III.: Antiemetic effect of delta-9-tetrahydrocannabinol in patients receiving cancer chemotherapy, *N. Engl. J. Med.*, 1975, 293, 795–797.
61. Chang A.E., Schiling D.J., Stillman E.C, et al. Delta-9-tetrahydrocannabinol as an antiemetic in cancer patients receiving high-dose methotrexate. A prospective, randomized evaluation, *Ann. Intern. Med.*, 1979, 91, 819–824.
62. Engels F.K., de Jong F.A., Mathijssen R.H.J., Erkens J.A., Herings R.M., Verweij J.: Medical cannabis in oncology, *Europ. J. Cancer.*, 2007, 43, 2638–2644.
63. Haney M., Gunderson E.W., Rabkin J., et al.: Dronabinol and marijuana in HIV-positive marijuana smokers. Caloric intake, mood, and sleep, *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 2007, 45, 545–554.
64. Vinciguerra V., Moore T., Brenan E.: Inhalation marijuana as an antiemetic for cancer chemotherapy, *NY State J. Med.*, 1988, 88, 525–527.
65. Tramér M.R., Carroll D., Campbell F.A., et al.: Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review, *BMJ*, 2001, 323, 6–21.

66. Sacca F., Pane C., Carotenuto A., et al: The use of medical-grade cannabis in patients non-respondents to nabiximols, *J. Neurol. Sci.*, 2016, 368, 349-351.
67. Rogowska-Szadkowska D.: *Medyczna marihuana. Historia prohibicji*, Wyd. Krytyki Politycznej, Warszawa, 2016.
68. Bewley-Taylor D., Jelsma M: Regime change: re-visiting the 1961 Single Convention on Narcotic, *Drug. Int. J. Drug Policy*, 2012, 23, 72–81.
69. EMCDDA – Cannabis production and markets in Europe, 2012. ed. Carpentier C, Laniel L, Griffiths P. www.emcdda.europa.eu/publications/insights/cannabis-market, data pobrania 30.01.2017.
70. National Conference of State Legislatures. State medical marihuana laws. <http://www.ncsl.org/research/health/state-medical-marijuana-laws.aspx>, data pobrania 2.04.2017.
71. Nutt D.: Illegal drugs laws: clearing a 50-year-old obstacle to research, *PLoS Biology* 2015, 3, e1002047.
72. Aggarwal .K.: Use of cannabinoids in cancer cae: palliative care, *Curr. Oncol.*, 2016, 23, Suppl. 2, 33-S36.
73. Bar-Sela G., Vorobeichik M., Drawsheh S., et al. The medical necessity for medicinal cannabis: prospective, observational study evaluating the treatment in cancer patients on supportive or palliative care, *Evid. Based. Complement. Alternat. Med.*, 2013, 2013, 510392.
74. Dane ze stron internetowych rządu Nowej Południowej Walii (Australia): www.medicinalcannabis.nsw.gov.au/clinical-trials; <https://www.medicinalcannabis.nsw.gov.au/clinical-trials/terminal-illness-trial>; <https://www.medicinalcannabis.nsw.gov.au/clinical-trials/chemotherapy-trial>, data pobrania 9.04.2017.
75. Ungerleider J.T.: Book review, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1979, 167, 193–194.
76. Zinberg N.E.: The war over marijuana, *Psychol. Today.*, 1976, 10, 44–52.

Model tworzenia znaczenia C. Park w odniesieniu do sytuacji straty dziecka

Konczelska Katarzyna

Uniwersytet Humanistyczno Społeczny SWPS II Wydział Psychologii we Wrocławiu.

Pracuje w Fundacji Rozwoju i Promocji Psychoterapii

Wstęp

Śmierć dziecka jest relatywnie częstym i niezwykle bolesnym doświadczeniem. Raport przedstawiony przez Główny Urząd Statystyczny wskazuje, iż w latach 2011-2015 umarło łącznie 8370 niemowląt. Ponadto, każdego roku umiera kilka tysięcy dzieci i młodych dorosłych w wieku od 1. do 29. roku życia [1]. Oznacza to, iż każdego roku przybywa średnio ponad 14 tysięcy osieroconych rodziców, matek i ojców oraz średnio dwa razy tyle doświadczających straty dziadków czy rodzeństwa.

Śmierć dziecka jest wydarzeniem traumatycznym, które może mieć długotrwały wpływ na życie rodziców, jednakże badania dotyczące tego tematu nie są prowadzone na szeroką skalę. Dostępny research odnosi się przede wszystkim do osób biorących udział w grupach wsparcia, co zawęża jego znaczenie w kontekście samego procesu żałoby. Badania odnoszą się też przede wszystkim do czasu tuż po śmierci dziecka, nie biorąc pod uwagę radzenia sobie z żałobą w dłuższej perspektywie. Wpływ śmierci dziecka na rodziców jest zróżnicowany pod względem tego, w jakim stopniu odczuwają oni konkretne aspekty żałoby i jak wpływają one na ich życie. Ogólnie wskazać można na odczuwanie samotności oraz przejawianie symptomów depresji. Śmierć dziecka może również wpłynąć negatywnie na związek rodziców oraz ich kontakt z pozostałymi członkami rodziny [2].

Należy pamiętać o tym, że żałoba nie jest takim samym doświadczeniem dla każdego rodzica i czas trwania poszczególnych etapów jest uzależniony od wielu indywidualnych kwestii. Zgodnie z pierwotnymi założeniami wskazywano, że reakcje na stratę powinny zakończyć się parę miesięcy po śmierci bliskiej osoby. Następnie czas ten szacowany był na około dwa lata. W przypadku śmierci dziecka zaznaczano, że może być to w dalszym ciągu niewystarczająca ilość czasu. Kolejne badania prowadzone w zakresie przeżywania żałoby przez rodziców pozwalają na coraz głębszą analizę procesów z nią związanych. Aktualnie

stwierdza się występowanie reakcji związanych z przeżywaniem żałoby osiemnaście lat po śmierci dziecka [2].

Zmiany w postrzeganiu czasu trwania żałoby zmuszają do zmiany dotychczasowych lub tworzenia nowych modeli przepracowywania straty. Wcześniejsze podejścia odnosiły się do traktowania żałoby jako procesu zamkniętego czasowo, który kończył się po relatywnie krótkim okresie. Nie brano pod uwagę, jakie procesy zachodzą w dłuższej perspektywie. Ma to również związek z postrzeganiem żałoby jako zbioru silnych emocjonalnie reakcji, które dostrzegane są przez wszystkie osoby w otoczeniu. Żałoba w nowym ujęciu to procesy zachodzące po najbardziej intensywnym okresie po śmierci, kiedy rodzice wracają do swojego dawnego życia, starając się połączyć swoją codzienność z przeżytą traumą [2].

Przy tematyce przetwarzania żałoby pojawia się kwestia procesów tworzenia znaczenia, do których zalicza się między innymi próby dostrzeżenia sensowności śmierci, szukanie jej pozytywnych aspektów, kontynuowanie więzi oraz rekonstrukcję tożsamości [3]. Rodzice, którzy stracili dziecko są narażeni w wysokim stopniu na patologizację żałoby, która łączy się z brakiem możliwości przepracowania straty w konstruktywny sposób. Tworzenie znaczenia jest istotne w tym kontekście ze względu na sygnały, iż jest w stanie w pozytywny sposób wpłynąć na jednostki, które są w trakcie żałoby poprzez ograniczenie intensywności symptomów związanych ze stratą.

Model Tworzenia Znaczenia

W oparciu o istniejące podstawy teoretyczne dotyczące tworzenia znaczenia Crystal Park opracowała Model Tworzenia Znaczenia. W celu zrozumienia modelu i jego funkcjonowania konieczne jest zrozumienie jego elementów, pojęć kluczowych czy terminologii związanej z tworzeniem znaczenia.

Istotne jest rozróżnienie: uogólnionego rozumienia (global meaning) i sytuacyjnego poszukiwania znaczenia (situational meaning); oraz prób tworzenia znaczenia (meaning-making efforts) i stworzenia znaczenia (meaning made). Poniższe zestawienie podsumowuje źródła wykorzystane przez Park, aby zobrazować podstawy teoretyczne, które pozwoliły jej na stworzenie modelu, który następnie stał się podstawą do przeprowadzonych badań [4].

Pierwszym elementem modelu tworzenia znaczenia jest uogólnione rozumienie. Są to odczucia jednostki, poglądy, cele życiowe i subiektywne uczucia. Poglądy (global beliefs) są rozumiane jako szeroko pojęte podejście do “sprawiedliwości, przewidywalności, spójności [...] oraz samooceny jednostki”. Są to podstawy, które pozwalają ludziom na stworzenie

schematów poznawczych, poprzez które interpretują swoje doświadczenie. Cele (global goals) to wyobrażenia jednostki dotyczące tego, jakie wydarzenia chce, aby miały miejsce lub w jakim sposób miałyby się one zakończyć. Cele są hierarchiczne, co oznacza, że najważniejsze cele wpływają na cele, które mają mniejsze znaczenie dla jednostki. Subiektywne uczucia (subjective feelings) rozumiane są jako dostrzeganie celowości (meaningfulness) życia przez daną osobę [4].

Kolejnym aspektem modelu jest sytuacyjne poszukiwanie znaczenia. W jego kontekście kluczowe jest konkretne wydarzenie traumatyczne, które zapoczątkowuje reakcję. Do sytuacyjnego poszukiwania znaczenia zalicza się ocenę znaczenia (appraised meaning), czyli to w jaki sposób jednostka definiuje celowość zajścia w kontekście własnego życia [4].

Park wyróżnia oszacowanie znaczenia wydarzenia jako pierwszy element sytuacyjnego poszukiwania znaczenia i wspomina, że Thompson i Janigian [5] nazwali tę wstępną ocenę „ukrytym znaczeniem” („implicit meaning”). Wstępna ocena odwołuje się między innymi do zweryfikowania tego, jak wydarzenie może wpłynąć na przyszłość jednostki. Następnie pojawiają się rozbieżności między oszacowanym znaczeniem a uogólnionym rozumieniem. Samo dostrzeganie rozbieżności zapoczątkowuje mechanizm tworzenia znaczenia, a ich wielkość ma wpływać na poziom odczuwanego dystresu [4].

Element trzeci to procesy tworzenia znaczenia, które zostają zapoczątkowane, kiedy jednostka chce, aby rozbieżność między oszacowanym znaczeniem a uogólnionym rozumieniem została zmniejszona.

Park definiuje procesy tworzenia znaczenia poprzez cztery wymiary:

- a) działanie automatyczne - działanie celowe; (w kategorii działań celowych Park nawiązuje do radzenia sobie ze stratą poprzez strategie, które niekoniecznie będą mierzone przez standardowe kwestionariusze. Osoby, które przeżyły sytuację stresową mogą np. wizualizować sobie potencjalne, gorsze sytuacje, które mogły mieć miejsce i czuć się lepiej dzięki temu, że się nie wydarzyły);
- b) asymilacja - akomodacja; (asymilacja i akomodacja to określenia używane zależnie od tego, który element podlega zmianie w trakcie procesu tworzenia znaczenia. Asymilacja zachodzi w przypadku, kiedy jednostka zmienia sytuacyjną ocenę znaczenia, aby dostosować ją do uogólnionego rozumienia. Proces odwrotny to akomodacja [4]. Janoff Bulman sugeruje, że akomodacja jest procesem powiązanim z przeżyciem większej traumy i ma miejsce wtedy, kiedy proces asymilacji nie jest wystarczający, aby przetworzyć dane wydarzenie [6]. Pomimo głosów innych badaczy, którzy uważają, że akomodacja jest relatywnie częstym procesem, Park

odwołuje się do badań Josepha i Linleya [7], którzy wskazują, że proces akomodacji jako jedyny może pozwolić na stworzone znaczenie w postaci potraumatycznego wzrostu);

- c) szukanie zrozumiałości – szukanie znaczenia; (zrozumiałość odwołuje się do tego, jak dane zdarzenie wpasowuje się w zrozumienie świata jednostki, znaczenie to ocena wartości zdarzenia);
- d) przetwarzanie poznawcze – przetwarzanie emocjonalne. „Przetwarzanie poznawcze składa się z ponownych ocen i porównań pomiędzy doświadczeniem jednostki i jej poglądami w celu modyfikacji jednego lub drugiego, co zostaje osiągnięte poprzez głęboką refleksję, która zawiera w sobie świadomość emocji, które dane wydarzenie wywołuje i efektu, jakie mogą mieć na przyszłość jednostki”. Przetwarzanie emocjonalne to proces, który zakłada zintegrowanie emocjonalnych problemów i próby zrozumienia własnych uczuć) [4].

Ostatnim elementem sytuacyjnego poszukiwania znaczenia jest stworzone znaczenie (meaning made) w procesie tworzenia znaczenia. Do możliwych znaczeń zalicza się poczucie tego, że dane wydarzenie stało się zrozumiałe; akceptacja – zakres, w jakim osoba pogodziła się z daną sytuacją; reatrybucja, zrozumienie przyczyny; postrzeganie wzrostu i pozytywnych zmian życiowych; zmiana tożsamości, integracja wydarzenia stresującego z własną tożsamością – rekonstrukcja tożsamości; ponowna ocena znaczenia stresora; zmiana uogólnionego rozumienia; zmiana uogólnionych celów; odbudowanie, zmiana sensu życia [4].

Park podkreśla, że model tworzenia znaczenia jest bardzo użyteczny przy tematyce potraumatycznego wzrostu.

Głównym założeniem modelu jest założenie, że *“rozbieżność percepcji pomiędzy oszacowanym zdarzeniem danej sytuacji a uogólnionym rozumieniem jednostki [...] tworzy dystres, który inicjuje wysiłki na rzecz minimalizowania rozbieżności i wynikłego dystresu”* [8].

Model tworzenia znaczenia jest istotny ze względu na jego wysoki stopień adaptacyjny, co ważne jest przede wszystkim w przypadku sytuacji, kiedy jednostka nie spotyka się z problemami, które mogą zostać rozwiązane, lecz mierzy się ze stratą lub poważną chorobą. Tworzenie znaczenia opiera się na likwidowaniu rozbieżności poprzez zmianę sposobu oceny danego wydarzenia lub poprzez zmiany w uogólnionym rozumieniu, czego rezultatem jest stworzone znaczenie [9].

Pozostałe modele tworzenia znaczenia

Poza modelem zaproponowanym przez Park, istnieje również model tworzenia znaczenia stworzony przez Neimeyera oraz model Armour.

Neimeyer opierał się głównie na rekonstrukcji lub tworzeniu nowego schematu zachowań. Żałoba zostaje przetworzona poprzez asymilację doświadczenia straty w zmianie postrzegania świata.

Model Armour skupia się na skierowaniu uwagi i wysiłków osób przeżywających żałobę na aktualnej sytuacji, w której się znajdują i podejmowaniu konkretnych działań w celu tworzenia znaczenia. Podejście to może być trudniejsze w przypadku radzenia sobie z doświadczeniem traumatycznym, ze względu na problemy ze zintegrowaniem traumy związanej ze śmiercią ze standardowym postrzeganiem świata. Przy strategiach połączonych z tym modelem wskazuje się na istotność religii oraz skupianie się na innych aspektach życia w celu ograniczenia rozmyślań o przeżytym doświadczeniu [10].

Model opisany przez Neimeyera skupia się przede wszystkim na procesie, w jaki tworzone jest znaczenie. Opisując to podejście, Flesner wskazuje, że “śmierć ukochanej osoby kwestionuje założenia i poglądy [na temat świata i siebie], i narusza indywidualną narrację, kierując jednostkę do zasymilowania doświadczonej straty z wcześniejszymi założeniami i poglądami lub akomodacji straty poprzez rekonstrukcję, stworzenie lub rozszerzenie nowego podejścia do świata zarówno pod względem praktycznym, jak i emocjonalnym”[10].

Tworzenie znaczenia w praktyce

Tworzenie znaczenia, ze względu na powiązanie z minimalizowaniem stopnia przeżywanego dystresu, stało się procesem testowanym w kontekście przeżywanej żałoby. Badania z 2015 roku na grupie 53 rodziców, którzy stracili dzieci skupiały się na identyfikacji procesów tworzenia znaczenia [3].

Procesy, które skupiały się na szukaniu sensu w śmierci dziecka odnosiły się przede wszystkim do rozważań dotyczących samego leczenia i tego, czy podjęte decyzje medyczne miały wpływ lub mogły mieć wpływ na uratowanie dziecka (badania były przeprowadzone na rodzicach dzieci, które zmarły w wyniku choroby). Rodzice zastanawiali się również, jaki wpływ ich własne decyzje miały na życie dziecka i jak bardzo przyczyniły się one do jego śmierci. Szukanie sensu to również samo to, w jaki sposób rodzic myśli, że przyczynił się do

śmierci dziecka (jest to proces subiektywny oparty na własnej percepcji) oraz obwinianie lekarzy lub osób pracujących w szpitalu, przypisywanie im winy za śmierć dziecka. Z pozytywnych aspektów pojawiało się dostrzeżenie “błogosławieństw”, czyli docenianie w trakcie żałoby czasu, który udało się spędzić z dzieckiem, doświadczenie jego życia nawet w tak krótkim okresie [3].

Kolejny zbiór procesów odnosi się do odnajdywania pozytywnych zmian, które pojawiły się po śmierci dziecka. Skupiały się one przede wszystkim na przetwarzaniu swojej sytuacji w doświadczenie, które będzie mogło pomóc innym oraz dostrzeganiu wpływu śmierci dziecka na własny charakter poprzez docenianie życia w większym stopniu [3].

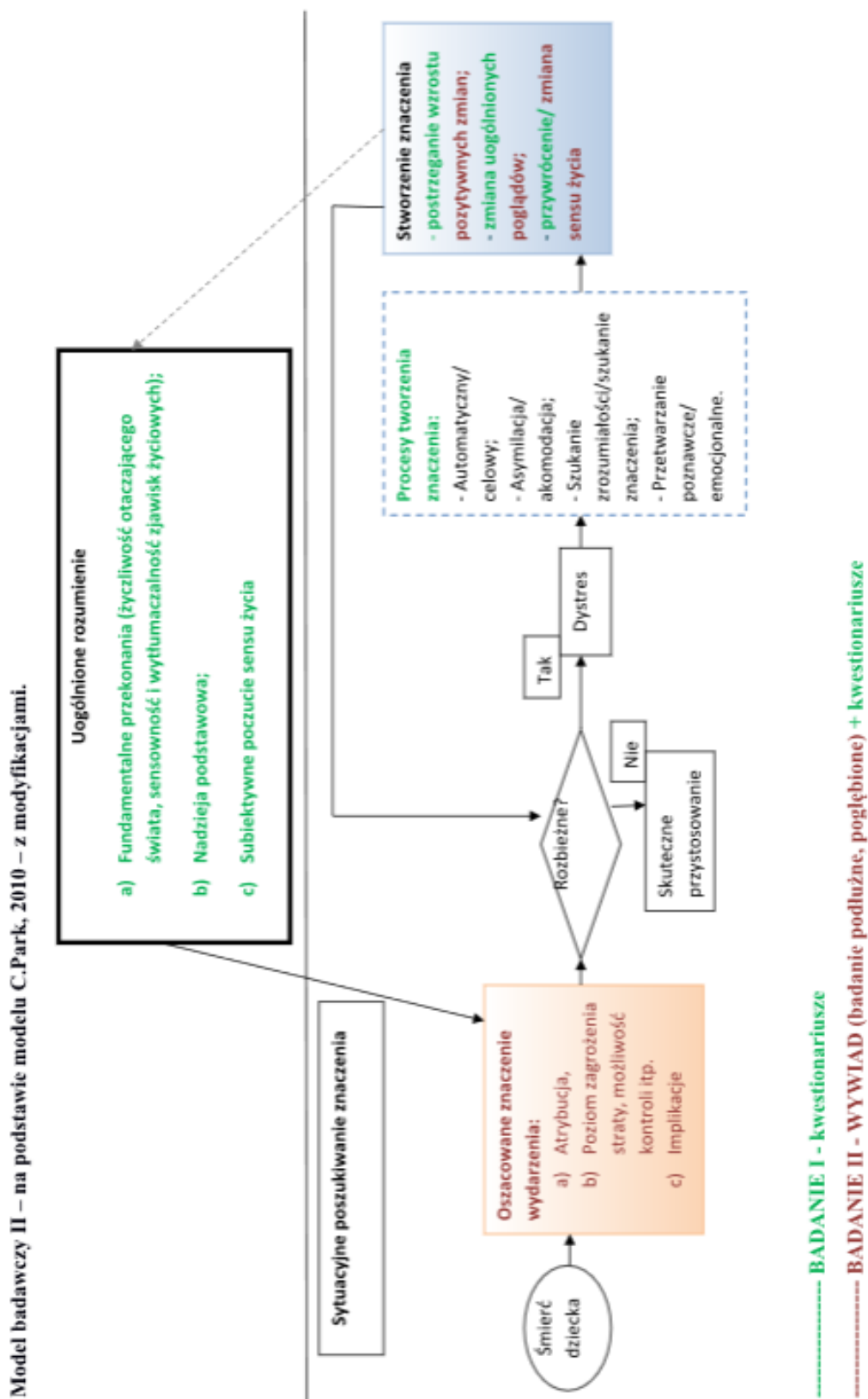
Tworzenie sensu odnosiło się również do kontynuowania więzi ze zmarłym dzieckiem, szukaniem sposobu na zintegrowanie trwającej więzi z dzieckiem ze swoim codziennym życiem, w dużej mierze dzięki pamiętaniu go wspólnie z rodziną lub grupą osób, które zapewniały rodzicowi wsparcie emocjonalne [3].

Ostatni ze zidentyfikowanych procesów to rekonstrukcja tożsamości. Ze względu na to, jak istotnym elementem tożsamości jednostki jest bycie rodzicem, zmiany w życiu odnosiły się do stworzenia nowego sposobu identyfikacji, w którym opieka nad dzieckiem nie byłaby już elementem determinującym charakter danej osoby. To również aspekt, w którym brano pod uwagę, jak będzie mówiło się o zmarłym dziecku, jak będzie się ono wpisywało w dalsze życie rodzica. Wyniki badania podkreślały zróżnicowanie procesów tworzenia znaczenia, lecz nie zajmowały się testowaniem pełnego modelu. Zwracało uwagę na spójność niezależnych badań z propozycjami przedstawionymi przez Park w kontekście sposobów tworzenia znaczenia, sugerując stosowność przyszłych badań w zakresie powiązań między tworzeniem znaczenia i stworzonym znaczeniem [3].

Nowy Model Badawczy

Nawiązanie Park do użyteczności modelu tworzenia znaczenia w kontekście radzenia sobie ze stratą oraz potraumatycznego wzrostu wskazuje na jego potencjał jako modelu stosowanego przy radzeniu sobie ze stratą dziecka.

Łącząc model Park oraz założenia teoretyczne związane z tematyką utraty dziecka został stworzony model badawczy przedstawiony na rys 1.



Rys. 1 Nowy model badawczy (opracowany w oparciu o pracę C. Park)

W lutym 2017 r. po uzyskaniu zgody Wydziałowej Komisji Etycznej ds. Badań Psychologicznych Uniwersytetu SWPS, rozpoczęłam testowanie jego znaczenia w sytuacji osób, które utraciły dziecko (bez względu na jego wiek). Badaniem ma być objętych ok. 200 rodziców po stracie dziecka. Głównym celem teoretycznym projektu badawczego jest określenie zależności pomiędzy doświadczeniem śmierci dziecka a psychospołecznym funkcjonowaniem osieroconych rodziców i procesem ich potraumatycznej adaptacji oraz określenie znaczenia poszczególnych zmiennych w procesie readaptacji potraumatycznej. Cel ten zostanie zrealizowany poprzez ilościową i jakościową empiryczną analizę danych zebranych w badaniu, w odniesieniu do postawionych pytań i hipotez badawczych. Otrzymane wyniki zostaną wykorzystane w praktyce psychologicznej, poprzez ulepszenie technik interwencji kryzysowych i metod wsparcia rodziców po stracie dziecka.

W kontekście zaproponowanego modelu uogólnione rozumienie będzie składało się z fundamentalnych przekonań, nadziei podstawowej i subiektywnego poczucia sensu życia. Są to aspekty, które badane będą poprzez kwestionariusze skierowane do osób, które utraciły dziecko. W celu zrozumienia zaproponowanego modelu istotne jest zrozumienie kluczowych elementów związanych z tematyką utraty dziecka i potraumatycznego wzrostu.

Fundamentalne założenia to schematy, które są wykorzystywane przez jednostkę. Należą do nich przekonanie o dobroci otaczającego świata, przekonanie o sprawiedliwości zjawisk zachodzących w życiu i ich wytłumaczalność oraz przekonanie kształtujące dobre zdanie o sobie [11]. Nadzieja podstawowa “to przekonanie o dwóch cechach świata: o tym, że świat ma obiektywny porządek i sens oraz o tym, że świat jest w ostateczności ludziom przychylny”[12]. Subiektywne poczucie sensu życia odnosi się do postrzegania sensu własnego życia przez jednostkę.

Za pomocą kwestionariuszy przebadane zostaną również procesy tworzenia znaczenia oraz niektóre rodzaje stworzonego znaczenia. Na potrzeby badania przyjmuję zmodyfikowaną wersję stworzonych znaczeń. Należą do nich: postrzeganie wzrostu/pozytywnych zmian, zmiana uogólnionych poglądów, przywrócenie/zmiana sensu życia. Są to również aspekty, które dodatkowo do kwestionariusza zostaną przebadane wywiadem (badaniem podłużnym, pogłębionym).

Park uznaje postrzeganie wzrostu lub pozytywnych zmian życiowych za najczęściej oceniany rodzaj stworzonego znaczenia. Do pozytywnych zmian zalicza się poprawę w związkach, wykształcenie w sobie większej umiejętności radzenia sobie z sytuacjami stresującymi oraz docenianie życia w większym stopniu. Istnieje tendencja do klasyfikacji tego rodzaju pozytywnych zmian jako wzrostu [4]. Przy badaniu osób, które straciły dziecko

pojawia się również kwestia wzrostu potraumatycznego, definiowanego w poniższy sposób przez Tedeschiego i Calhouna: “termin wzrost potraumatyczny odnosi się do pozytywnych psychologicznych zmian doświadczanych w rezultacie zmagania się z okolicznościami życiowymi stanowiącymi znaczne wyzwanie” [13]. Zmiana uogólnionych poglądów odnosi się do zmian w uogólnionym rozumieniu. Jako przykłady zmian uogólnionych poglądów można wymienić, np. zmianę w percepcji Boga jako istoty, która nie jest tak dobra, jak zakładano. Przywrócenie lub zmiana sensu życia jest kluczowym aspektem do zbadania ze względu na niewielką liczbę badań, które zostały przeprowadzone w celu weryfikacji, jak wygląda proces przywracania sensu życia [4].

Ostatnim aspektem, który zostanie przebadany jest oszacowane znaczenia wydarzenia, do których zalicza się atrybucję, poziom zagrożenia straty, możliwość kontroli itp. oraz implikacje. Badania w tym zakresie zostaną przeprowadzone poprzez wywiad, badania podłużne, pogłębione.

Podsumowanie

Każdy z przedstawionych modeli tworzenia znaczenia ma określoną, odmienną od siebie specyfikę, która wskazuje na potrzebę istnienia różnych modeli zależnie od charakterystyki danej sytuacji. Profil modelu określany przez twórcę skupia się na metodologii, procesach przeżywanych przy radzeniu sobie z sytuacją stresową. Dalsze badania i wyniki przedstawione przez badaczy wskazują jak konkretne cechy danego modelu sprawdzają się w konkretnych przypadkach odczuwanego dystresu.

W modelu stworzonym przez Park znajdują się elementy charakterystyczne dla tematyki związanej z radzeniem sobie ze śmiercią dziecka i wzrostem potraumatycznym. Sama badaczka wskazywała na możliwe zastosowanie swojego modelu tworzenia znaczenia w przypadku radzenia sobie ze stratą, jednakże jej model wyjściowo obrazował tworzenie znaczenia w szerszym kontekście, a nie jednym specyficznym rodzajem traumy. W związku z tym korzystanie z niego w przypadku rodziców przepracowujących stratę dziecka wymaga przystosowania modelu do ich sytuacji. Model badawczy, z którego korzystam w aktualnie prowadzonych badaniach integruje elementy teoretyczne związane z przepracowaniem żałoby i osiągnięciem potraumatycznego wzrostu do schematu działań wprowadzonego przez Park.

Prowadzone przeze mnie badania będą testować hipotezy w odniesieniu do procesu tworzenia znaczenia oraz weryfikować, jak trafne jest połączenie modelu tworzenia

znaczenia Park i dotychczasowych badań w tematyce żałoby po stracie dziecka, w celu stworzenia jak najbardziej skutecznych modeli zachowania, które pozwolą na radzenie sobie ze śmiercią dziecka.

Piśmiennictwo

1. Główny Urząd Statystyczny: Rocznik Demograficzny 2016, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, 2016.
2. Rogers C., Floyd F., Seltzer M., Greenberg J., Hong J.: Long-Term Effects of the Death of a Child on Parents' Adjustment in Midlife, *J. Fam. Psychol.*, 2008, 22, 203-211.
3. Meert K., Eggle S., Kavanaugh K., Berg R., Wessel D., Newth C., Shanley T., Harrison R., Dalton H., Dean J., Doctor A., Jenkins T., Park C.: Meaning Making during Parent-Physician Bereavement Meetings after a Child's Death, *Health Psychol.*, 2015, 34, 453-61.
4. Park C.: Making Sense of the Meaning Literature: An Integrative Review of Meaning Making and Its Effects on Adjustment to Stressful Life Events, *Psychol. Bull.*, 2010, 136, 257-301.
5. Thompson S., Janigian, A.: Life schemes: A framework for understanding the search for meaning, *J. Soc. Clin. Psychol.*, 1988, 7, 260–280.
6. Janoff-Bulman R.: Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma, Free Press, New York, 1997.
7. Joseph S., Linley P.: Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity, *Rev. Gen. Psychol.*, 2005, 9, 262–280.
8. Park C.: The Meaning Making Model: A framework for understanding meaning, spirituality, and stress-related growth in health psychology. <http://www.ehps.net/ehp/index.php/contents/article/viewFile/ehp.v15.i2.p40/1041>, data pobrania 27.03.2017.
9. Park C., Folkman S.: Meaning in the context of stress and coping, *Review of General Psychology*, 1997, 1, 115-144.
10. Flesner J.: A Shift in the Conceptual Understanding of Grief: Using Mean Oriented Therapies With Bereaved Clients. <https://www.counseling.org/docs/default-source/vistas/a-shift-in-the-conceptual-understanding-of-grief---using-meaning-oriented-therapies-with-bereaved-clients.pdf?sfvrsn=12>, data pobrania 27.03.2017.

11. Załuski M., Gajdosz M.: Skala Założeń Wobec Świata — polska adaptacja i analiza walidacyjna World Assumptions Scale, *Psychoterapia*, 2012, 3, 17–31.
12. Trzebiński, J., Zięba M.: Nadzieja, strata i rozwój, *Psychologia Jakości Życia*, 2003, 2, 5-33.
13. Tedeschi, R., Calhoun, L.: Posttraumatic growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence, *Psychological Inquiry*, 2004, 1, 1-18.

„Szczęście utracone” – różne formy pomocy rodzicom po utracie dziecka

Śleziona Mariola¹, Graf Lucyna¹, Foltyn Agnieszka¹, Wawros Karina², Gawłów-Nowak Lilianna², Karczewska Olimpia², Sternik Anna², Szurlej Dariusz³, Sejboth Justyna³, Mroczkowska Renata⁴

1. Studium Doktoranckie, Zakład Filozofii i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauko Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej. Śląski Uniwersytet Medyczny Wydział Nauk o Zdrowiu
3. Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Zakład Anestezjologii Klinicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny Wydział Nauk o Zdrowiu
4. Śląski Uniwersytet Medyczny Klinika Wad Wrodzonych Serca i Kardiologii Dzieci, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze

*I choćbym wylała morze łez, rozplynęła się z żalu i pustki po Tobie
I choćbym ukryła się na jego dnie, nie czekając świtu, zapominając ludzkiej mowy
Co noc będziesz wracał z uśmiechem, zapachem, wtulony w matczyne objęcia
A moje serce przestanie bić w chwili Twojego zaśnięcia
Autor nieznanym*

Wstęp

Pragnieniem każdego rodzica jest doczekać się zdrowego, ślicznego maleństwa, ucieleśnienia marzeń, nadziei i planów. Oczekując na dziecko zwykle rodzice przygotowują dom na jego przyjęcie, dzielą się informacją o ciąży z bliskimi i przyjaciółmi, poszukują publikacji i informacji wzbogacających ich wiedzę, na temat pielęgnacji i wychowania dzieci. Wybierają imię dla dziecka, snują wizję jego przyszłości, cieszą się na myśl, że będą świadkami jego rozwoju, wzrostu, dorastania i sukcesów. Ich marzenie o szczęściu, zaczyna mieć realny kształt, kolor oczu, imię. Zwykle oczekiwanie na dziecko jest czasem niepokoju, obaw, troski ale również nadziei na pełnię szczęścia rodzinnego. Niezależnie od tego czy doszło do utraty dziecka w życiu płodowym, w czasie porodu, chwilę po nim, czy na każdym innym etapie jego życia, skala emocji związanych z tą tragedią jest porównywalna, a sposób

przeżywania straty i radzenia sobie z nią, uwarunkowany wieloma czynnikami. Rodzice, którzy bardzo pragnęli potomstwa i długo się o nie starali, bardzo silnie przeżywają poronienie i traktują je jak przejaw własnych niedomagań, porażki, klęski. Może to spowodować czasowy kryzys psychologiczny u kobiet, z powodu przekroczenia możliwości adaptacyjnych do sytuacji trudnej, jaką bez wątpienia jest utrata dziecka. Problem ten nie jest sporadyczny, bowiem 10–15% wszystkich ciąż kończy się poronieniem, z czego do 80% poronień dochodzi w I trymestrze ciąży. Szacuje się, że do około 10% poronień dochodzi po 8. tygodniu ciąży, natomiast po 13. tygodniu — do 1–2% [1,2].

Kiedy odchodzi dziecko, świat nie jest już taki sam. Rodzice w różny sposób próbują uporać się z tą bolesną stratą. Żałoba jest tym czasem, w którym rodzice pochyleni pod ciężarem bólu, oplakują swoje „szczęście utracone”, wspominają je, chcąc jak najdłużej czuć jego obecność w swoim życiu. To, w jaki sposób przeżyją żałobę po stracie dziecka, może rzutować na całe dalsze ich życie. Mówi się, że kobiety i mężczyźni cierpią inaczej. Ma to swoje uwarunkowania w kulturze, wychowaniu i kreowaniu męskich postaw w sytuacjach trudnych. Istnieje pogląd, że mężczyzna nie powinien okazywać otwarcie bólu po przeżywanej stracie, gdyż może dowodzić to jego słabości. Stereotypowe podejście do emocjonalności mężczyzn, nakazuje by nie okazywali żalu, łez, rozpacz, zachowali zimną krew i panowali nad emocjami. Mężczyźni zatem z reguły starają się zagłuszyć emocje, by sprostać oczekiwaniom środowiska, do problemów w swoim życiu podchodzą zadaniowo. Kiedy dotknie ich tragedia utraty dziecka uznają, że ich zadaniem w zaistniałej sytuacji jest wspieranie partnerki i kontrola sytuacji. Bywa, że ich zachowanie odbierane jest jako brak empatii, więzi z dzieckiem, oziębłość uczuciowa, obojętność. Jest to krzywdzące, bo mężczyźni w ten sposób próbują sprostać oczekiwaniom środowiska, a to z kolei niesie za sobą zagrożenia dla ich zdrowia wynikające z „nieprzeżytej żałoby” [3,4,5].

Kobiety są bardziej wylewne w okazywaniu uczuć, jest na to większe przyzwolenie społeczne. Po utracie dziecka są zwykle zrozpaczone, płaczą, krzyczą, złorzeczą Bogu, ludziom, sobie. Zadają pytania, poszukują odpowiedzi, dociekają i próbują zrozumieć sens poniesionej straty. Skala reakcji jest rozległa i bardzo indywidualna, ale jakkolwiek nie zachowywałyby się kobieta, jest to społecznie dopuszczalne, gdyż postrzegane jest ich zachowanie jako dramat cierpiącej matki. Kobietom po utracie dziecka trudno wrócić do rytmu życia z przed tragedii, są rozkojarzone, smutne, rozpaczają, przeglądają pamiątki i zdjęcia, często biorą urlop lub chorobowe, by uporać się z emocjami, które nimi targają [6].

Strata dziecka dotyka oboje rodziców, ale sposób radzenia sobie z nią jest uwarunkowany wieloma czynnikami i różnym odbiorem społecznym, okazywania bólu

i żałoby. Mężczyźni najczęściej rzucają się w wir pracy zawodowej. Próbuje wypełnić zajęciami swój dzień, by nie mieć czasu rozpamiętywać, wspominać, rozpaczać. Często chcą możliwie szybko zapomnieć o tragedii, nie wracać do niej i ruszyć dalej, co bywa źle odbierane przez bliskich i partnerkę, Kobiety wracają do tragedii, przeżywają ją wielokrotnie, izolują się, czasem przez wiele dni nie opuszczają domu. Bardziej manifestują cierpienie, co wzbudza zrozumienie i współczucie otoczenia. Tak odmienny sposób przeżywania straty dziecka przez rodziców często określa się jako „gender role splitting”, czyli rozbieżność w sposobie radzenia sobie z traumą po śmierci dziecka. Ta różnica czasem rozrasta się, do negocjowania sposobu przeżywania tej tragedii przez współmałżonka, co może doprowadzić do „emocjonalnego rozejścia się pary” [7,8].

Cel pracy

Celem pracy było wykazanie, jak traumatycznym przeżyciem jest utrata dziecka i jak istotne jest wielokierunkowe wsparcie okazane rodzicom.

Rozwinięcie

Okoliczności uraty dziecka a sposób przeżywania straty

Naturalną potrzebą człowieka jest prokreacja, przedłużenie gatunku, ciągłość pokoleń, przekazanie swoich genów potomstwu, doświadczenie szczęścia bycia rodzicami. Oczekiwanie na narodziny dziecka to okres wyjątkowy, zmienia optykę patrzenia na świat i budzi emocje nieporównywalne z żadnymi innymi. Zdarza się jednak, że w jednej chwili świat zatrzymuje się na moment, pragnienia, marzenia i plany zastępuje rozpacz, poczucie klęski i niewyobrażalny ból po utracie dziecka. Psychologowie uważają, że utrata dziecka jest przeżyciem silnie traumatycznym i najbardziej dotkliwą ze wszystkich doświadczanych w życiu strat [9]. Cięża jest okresem zmian hormonalnych, licznych procesów związanych z rozwijającym się życiem, które mają znamieny wpływ na samopoczucie psychiczne ciężarnej i jej doznania fizyczne. Jednak rosnąca świadomość rozwijającego się w niej dziecka, pozwala przetrwać czas nieprzyjemnych objawów i wahań nastroju. Śmierć dziecka w życiu prenatalnym może spowodować zmianę w postrzeganiu, przeżyć i emocji związanych z okresem ciąży. W chwili, gdy matka otrzymuje informację o utracie dziecka, z reguły przywołuje w pamięci trudne chwile związane z ciążą, wyolbrzymia przeczucia i ma żal do siebie, że być może zbagatelizowała sygnały świadczące o zagrożeniu życia dziecka.

Trudno jej przypomnieć sobie pozytywne uczucia towarzyszące oczekiwaniu na dziecko, doznaje tak silnych negatywnych emocji, że wypiera wcześniejsze pozytywne, na rzecz poczucia klęski, przegranej i krzywdy [10,11]. Reakcja na dramatyczną wieść o śmierci dziecka może mieć charakter somatyczny i psychiczny. Pojawić się mogą doznania, takie jak: uczucie suchości i ściskania w gardle, pustki w żołądku lub mdłości, skrócenie lub pogłębienie oddechu, zawroty głowy, osłabienie i drzenie mięśni. Kobieta odczuwa również ogromny żal, pustkę, gorycz, gniew, ból psychiczny i poczucie krzywdy. Czuje się kobietą naznaczoną, niepełnowartościową z powodu niemożności donoszenia ciąży i urodzenia zdrowego dziecka. Doświadcza uczucia przegranej i zмага się z poczuciem winy oraz z ogromnym rozczarowaniem. Wiele kobiet odczuwa potrzebę rozmowy na temat tragedii, która je spotkała, dzielenia się przeżywanymi emocjami, żalem związanym z utratą planów, marzeń, nadziei, które wraz ze śmiercią dziecka przestały być aktualne. Poszukują winnych tej tragedii, analizują całą sytuację i obarczają odpowiedzialnością bliskich, personel medyczny lub siebie [12,13]. Bywa, że tak długo oczekiwana chwila porodu, powitania dziecka na świecie jest jednocześnie czasem pożegnania. To wyjątkowo bolesna chwila dla rodziców, gdyż zaburza naturalny porządek rzeczy. To dzieci powinny żegnać rodziców i towarzyszyć im w ostatnich chwilach życia, a nie rodzice doświadczać śmierci swoich dzieci. Tak dramatyczne przeżycie może jeszcze bardziej umocnić związek we wspólnie przeżywanym bólu, stracie i tragedii lub zaburzyć komunikację między rodzicami, oddalić ich, zamknąć w pułapce negatywnych uczuć, poczucia winy, zarzutów i pretensji [14,15].

Wyjątkowo trudną sytuacją jest przerwanie ciąży ze wskazań medycznych. Jeśli rodzice oczekiwali dziecka, planowali powiększenie rodziny i przygotowywali się na jego przyjście, informacja o konieczności przedwczesnego zakończenia ciąży jest szczególnie dramatyczną sytuacją. Rodzice bowiem znają czas i okoliczności śmierci swego dziecka. Są świadomi konieczności tego rozwiązania, przez co jeszcze bardziej odczuwają bezradność, rozpacz i poczucie krzywdy, że ich to spotyka. Uczuciom tym towarzyszy strach, że już nigdy nie doczekają się potomstwa lub poczucie winy, że nie są w stanie dać życia zdrowemu dziecku. Trudno wyobrazić sobie dramatyzm związanych z tym emocji. Często przeżycia związane z utratą dziecka (na każdym etapie jego życia) są tak silne, że wywołują depresję lub inne zaburzenia psychiczne wymagające interwencji specjalistów. Stan, w jakim znajduje się kobieta po przerwaniu ciąży ze wskazań medycznych, często nosi znamiona zespołu poaborcyjnego (Post Abortion Distress – PAS). To stan pojawiający się na skutek stresu pourazowego, który może się manifestować dolegliwościami fizycznymi i psychicznymi. Dolegliwości fizyczne przejawiają się we wzroście ciśnienia tętniczego, zaburzeniach snu,

bólach żołądka, nawykowych poronieniach lub bezpłodności. Zmiany w psychice mogą mieć różny stopień nasilenia i różny przebieg. Najczęściej z powodu niemożności zobaczenia dziecka, pożegnania się z nim dochodzi do żałoby powikłanej (stany lekowe, zmiany w psychice, skłonności samobójcze). Brak możliwości wyrażenia uczuć może nasilić objawy i spowodować lęk, poczucie winy, niepokój. Występuje w podobnych przypadkach brak poczucia bezpieczeństwa i zaufania do siebie i innych, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, depresja. Kobiety z zespołem PAS mogą być impulsywne, mieć zaburzony mechanizm kontroli gniewu i agresji. Wykazują zwykle niską samoocenę, brak skłonności wybaczenia, mają ogromne poczucie krzywdy i straty. To wszystko przekłada się na zaburzenie relacji interpersonalnych, nieufność, wycofanie. Zaburzeniu ulegają też relacje intymne z partnerem, akceptacja własnej cielesności i izolacja emocjonalna [16,17].

Ból ma wiele przejawów i stopni nasilenia, jednak ten, który pojawia się na wieść o nadchodzącej śmierci dziecka, znajduje się już daleko poza skalą mierzalności. Kiedy dziecko jest na świecie (niezależnie od jego wieku), uczucia rodziców mają już konkretny wygląd, kolor oczu, imię. Dzieci są powodem dumy, radości i nadają sens życiu rodziców. Posiadanie dziecka to przywilej, który wzbogaca życie rodziców, nadaje mu kierunek i daje możliwość przelania ogromnej miłości na swoje potomstwo. Gdy wydarzy się tragiczny wypadek lub nadejdzie najgorsza z wiadomości, o śmiertelnej chorobie dziecka, w życiu rodziców następuje wstrząs. Niedowierzają, wpadają w panikę, pragną by przeżywany koszmar okazał się snem, pytają Boga dlaczego ich to spotyka. Wiadomość o zbliżającej się śmierci dziecka może wywołać u rodziców poczucie bezradności, sprzeciwu, poczucie winy, że nie potrafią go ocalić, uczucie gniewu, doświadczają śmierci (choć sami nie umierają). Uczucia te mogą zachwiać wiarą, spowodować izolację od otoczenia oraz wywołać depresję. Rodzice tracąc dziecko, tracą część siebie i zawsze już będą tęsknić za swym „szczęściem utraconym” [18].

Sposoby wsparcia rodziców po utracie dziecka

Utrata osoby bliskiej jest zawsze ogromna tragedia i odciska bolesne piętno na życiu ludzi, którzy muszą się z tą stratą zmierzyć. Śmierć dziecka jest jednak przeżyciem nieporównywalnym z żadnym innym. Często rodzice doświadczając tej straty wymagają pomocy wielu osób, by sobie poradzić z bólem, emocjami i pustką, jaka pojawia się w ich życiu. Bardzo trafnie odniósł się do straty osób bliskich ks. Piotr Krakowiak twierdząc, że „Tracąc rodziców, tracimy naszą przeszłość. Wraz z utratą małżonka tracimy naszą teraźniejszość. Gdy tracimy dziecko, tracimy naszą przyszłość” [19].

Przekazanie informacji o śmierci dziecka jest niezwykle trudne. Wymaga od personelu medycznego (jeśli śmierć nastąpiła w szpitalu), wyjątkowej delikatności i taktu. Informacja ta powinna być przekazana rodzicom w intymnych warunkach, w oddzielnym pokoju (nie na korytarzu, czy sali pełnej innych osób), w sposób rzeczowy, profesjonalny, ale nacechowany empatią. O okolicznościach śmierci dziecka oraz szczegółach z nią związanych należy mówić tyle, ile rodzice sami chcą wiedzieć. Nie należy zasypywać ich informacjami, których mogą nie zrozumieć lub przysporzyć im mogą dodatkowego cierpienia. Jeśli to możliwe, należy stworzyć rodzicom warunki do pożegnania się z dzieckiem, zobaczenia go, przytulenia, wyszeptania słów miłości. Należy dziecko przygotować do takiego pożegnania (umyć, jeśli to konieczne ubrać w czyste ubranko, zadbać o czystość i schludność otoczenia). Jest to przejaw szacunku dla zmarłego, ale i dla jego rodziców, którzy powinni go właśnie tak zapamiętać. Pożegnanie z dzieckiem jest niezmiernie istotne w procesie przeżywania żałoby po jego stracie. Czas pożegnania powinni wyznaczyć rodzice. Nie należy ich ponaglać, napominać, wypraszać. Zachowanie zrozumienia dla ich tragedii, rozpacz i bólu jest właściwe i świadczy o empatii, współczuciu i wsparciu personelu medycznego. Bardzo istotne jest również przekazanie rodzicom informacji o możliwości uzyskania pomocy psychologa, wsparcia duszpasterskiego (rozmowy, chrztu, pochówku). Matki, które poroniły lub urodziły martwe dziecko, powinny uzyskać informacje o możliwości wzięcia urlopu macierzyńskiego, wykonania badań genetycznych itp. W tej niezwykle trudnej rozmowie istotny jest również ton, dobór słów, mowa ciała, przekaz niewerbalny (mimika, gesty, postawa), swój wyraz ma również pauza w rozmowie lub chwila milczenia [20,21,22].

Kobiety po utracie dziecka w wyniku poronienia lub śmierci okołoporodowej, powinny otrzymać wsparcie psychologiczne, gdyż często podejmują decyzje o jak najszybszym poczęciu kolejnego dziecka, które ma jakoby złagodzić ból po przeżytej stracie. To niepokojący plan, bowiem nieprzeżyta żałoba po utraconym dziecku, może rzutować nie tylko na stan psychiczny matki, ale również na jej podejście do kolejnego dziecka. Takie dzieci otrzymują często imię, które miało otrzymać zmarłe rodzeństwo, mają czasami poczucie życia nie swoim życiem (to tak zwany „syndrom ocalonego”). Może to zaburzać poczucie tożsamości i budzić wątpliwości dziecka, czy rodzice kochają je czy dostrzegają w nim utracone dziecko [23].

Pomoc psychologa po stracie dziecka może bardzo pomóc rodzicom w „przepracowaniu żałoby”, zrozumieniu aktualnej sytuacji, nazwaniu emocji, przeżyciu ich i przetrwaniu owego zdarzenia krytycznego, które może zagrażać rodzinie jako systemowi i doprowadzić do jej rozpadu [24].

W okresie żałoby po stracie dziecka istnieje bardzo duże zapotrzebowanie na wsparcie społeczne. Znajomi i dalsza rodzina często przerażeni ogromem tragedii, jakiej doświadczają rodzice zmarłego, boją się bezpośredniego spotkania, rozmowy, reakcji pograżonych w rozpacz bliskich. Ten strach powoduje, że chcą przeczekać najtrudniejszy okres i izolują się od cierpiących. Może to być postrzegane jako brak wsparcia, zrozumienia, współczucia. Stygmatyzacja rodziców w żałobie, zwykle nasila poczucie osamotnienia w bólu, wyobcowania, odrzucenia i zagraża więziom rodzinnym i relacjom z przyjaciółmi. Obecność bliskich (choć trudna), może pomóc w przeżyciu traumy, jaką jest śmierć dziecka. Rodzice mają prawo do gniewu, rozpacz, nietypowych reakcji (nadpobudliwości, drażliwości, rozpamiętywania) i potrzebują poczucia, że bliscy rozumieją to, trwają przy nich i dzielą z nimi te przeżycia. Tragedia dzielona na wielu jest łatwiejsza do uniesienia. Wsparciem bliskich w żałobie może być sama obecność, rozmowa, ale i milczenie, wspólna modlitwa, oglądanie zdjęć i pamiątek po zmarłym, załatwienie spraw bieżących (zakupów, opłat itp.), na które cierpiący rodzice nie mają jeszcze siły. To bycie razem w cierpieniu, powolne codzienne mierzenie się z tęsknotą, pustką, smutkiem i uczuciem beznadziei. To towarzyszenie cierpiącym rodzicom w „dźwiganiu się z kolan”, na które powaliło ich dramatyczne przeżycie. Należy z dużym wyczuciem prowadzić rozmowy i unikać określeń typu „jesteście młodzi, będziecie mieć jeszcze dużo dzieci”, „czas goi rany” lub „co was nie zabije to was wzmocni”. Tego typu określenia zwykle tylko rozdrażniają, sprawiają przykrość, gdyż umniejszają tragedii, jaką przeżywają rodzice. A przecież żałoba nie jest zjawiskiem jednorodnym i statycznym, ma wiele faz, etapów i przeżywana jest bardzo indywidualnie. Ważna jest też dyskretna obserwacja ze strony bliskich, natężenia bólu po stracie dziecka, zachowań, które mogą niepokoić (rezygnacja z własnych potrzeb, rozmowy o śmierci własnej, samobójstwie itp.) i wymagać pomocy specjalistów. Jeśli żałoba dotyczy osób religijnych warto zadbać o wsparcie duchowe, które może wyjaśnić wiele pytań natury egzystencjalnej, nadać śmierci dziecka inny duchowy wymiar i dać rodzicom ukojenie w religii. Może to ułatwić przebaczenie sobie i innym, pogodzenie się z tym, czego zmienić nie można i odnalezienie sił by iść dalej [25,26,27].

Rodzice, którzy stracili dziecko powinni również uzyskać informację o działalności grup wsparcia, zrzeszających osoby doświadczające podobną tragedię. Czasem, zanim podejmą decyzję o uczestniczeniu w takich spotkaniach, rodzice potrzebują kilku spotkań indywidualnych z terapeutą. Spotkania grupowe mają na celu dzielenie się uczuciami, z którymi muszą się zmagać od śmierci dziecka. Wydźwięk terapeutyczny ma już sama próba nazwania tych emocji, wyrażenie ich, wysłuchanie z czym muszą sobie radzić inni i poczucie

wspólnoty w doznaniu tych wyniszczających emocji. Terapeutyczny może okazać się kontakt z ludźmi, którzy czuli podobnie, byli rozbici, załamani rozpadem ich świata, a w chwili obecnej powoli godzą się z tym, co nieodwracalne i próbują odnaleźć motywację do dalszego życia. Grupa daje im poczucie bezpieczeństwa, przynależności, uczy komunikacji, odblokowania uczuć i wybaczenia, daje im zrozumienie dla tego, przez co przechodzą. Terapia grupowa zwykle trwa 3-4 miesiące, ale bywa i tak, że rodzice, którzy stracili dziecko potrzebują nieco więcej czasu by uwierzyć w sens dalszego życia [28].

Podsumowanie

Śmierć dziecka jest ogromną tragedią dla rodziców i może zaburzyć emocjonalny klimat rodziny. To traumatyczne przeżycie może wyzwolić nieznane dotąd emocje. Każdy człowiek w sytuacjach trudnych reaguje w swoisty dla siebie sposób, dlatego nie da się przewidzieć reakcji ani schematu postępowania w podobnej sytuacji. Utrata dziecka, to utrata marzeń, nadziei, planów, to strata szansy dawania i otrzymywania miłości, to pytania, oskarżenia, złość, poczucie krzywdy i niespełnienia, to również zachwianie wyznawanych wartości, poczucie przegranej i straty, której nic nie zastąpi. Kiedy tak dużo cierpienia i negatywnych uczuć zgromadzi się w jednym człowieku, może to spowodować zaburzenia natury psychicznej, odebrać motywację do dalszego życia, zniszczyć relacje z bliskimi, przenieść agresję na innych, zachwiać wiarą lub doprowadzić do samobójstwa. Dlatego tak istotne jest wielokierunkowe wsparcie dla osób po stracie dziecka, gdyż ciężar, jaki na nich spadł jest zbyt duży, by nieść go w pojedynkę. Bliscy cierpiących rodziców powinni dyskretnie im towarzyszyć (nie narzucać się), wysłuchać, porozmawiać, pomóc w zależności od potrzeb, obserwować czy zachowania wynikające z żałoby, którą przeżywają nie wymagają pomocy specjalisty. Kiedy sytuacja staje się niepokojąca i wszystko wskazuje na to, że zdolności przystosowawcze osób w żałobie wyczerpały się, należy interweniować. Pomoc psychologa czy psychiatry to nie wstyd, to konieczność, by zapewnić rodzicom bezpieczeństwo, fachowe wsparcie i stworzyć szansę na wyjście z tej sytuacji jak najmniej okaleczonym. Wsparcie personelu medycznego okazane tuż po śmierci dziecka, pomoc psychologa, opieka najbliższych i przyjaciół, duszpasterza i grupy wsparcia nie spowodują, że zniknie tęsknota za dzieckiem, którego już nie ma, wspomnienia przestaną wracać, a śmiech innych dzieci nie będzie bolał. Wsparcie tych osób spowoduje, że tak zranieni ludzie nauczą się żyć w nowej rzeczywistości, przeżyją żałobę, zaczną ze sobą rozmawiać, a z czasem wyznaczą sobie nowe cele w życiu.

Piśmiennictwo

1. Słomko Z. (red.): Ginekologia T. 1, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
2. Bręborowicz G. (red.): Położnictwo i ginekologia. Tom I, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
3. Staudacher C.: Men and Grief: A Guide for Men Surviving the Death of a Loved One: A Resource for Caregivers and Mental Health Professional, New Harbinger Pubns Inc. 1991
4. Starzomska M.: Patologiczna żałoba w standardowych systemach klasyfikacyjnych oraz dotyczące jej implikacje prewencyjne przy wykorzystaniu Berlińskiego Paradygmatu Mądrości, *Psychiatr. Pol.*, 2002, 36, 385–392.
5. Dillen L., Fontaine J.R.J., Verhofstadt-Deneve L.: Are normal and complicated grief different constructs? A confirmatory factor analytic test, *Clin. Psychol. Psychother.*, 2008,15, 386–395.
6. <http://www.poronilam.pl/zaloba/zaloba-po-poronieniu-jak-przezywaja-ja-mezczyzni/>
7. Alam R., Barrera M., D’Agostino N., Nicholas D.B., Schneiderman G.: Bereavement experiences of mothers and fathers over time after the death of a child due to cancer, *Death Studies*, 2012, 36, 1–22.
8. Walsh F., McGoldrick M.: Loss and the family. Asystemic perspective. [W] *Living beyond loss*, Walsh F., McGoldrick F. (red.), New York, London: W.W. Norton & Company 2004. 3–26.
9. Kriese Caterine M.: Jak przeżyć stratę dziecka, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
10. Kriese M.: Smutek Strata Żałoba. Jak sobie z nimi radzić? Jak pomóc innym, POLWeN, Radom 2004.
11. Szymańska M., Chazan B.: Postawy pacjentek po niektórych niepowodzeniach prokreacyjnych, *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, 2004, 40, 10–14.
12. Kempa M., Mikusz G., Norska-Borówka I.: Ocena psychologiczna postaw rodziców w sytuacji zagrożenia życia ich noworodka (doniesienia wstępne), *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 1994, supl. 24, 15–158.
13. Kędziora S.: Postępowanie psychoterapeutyczne wobec pacjentek z niepowodzeniami położniczymi, *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, 1996, supl. XIII, 188–192.
14. Barańska M., Chrzan B.: Jak informować rodziców o niepełnosprawnościach rozwojowych noworodka? *Pielęg. Położ.*, 1993, 5–6, 26.

15. Kornas-Biela D.: Potrzeby rodziców po stracie dziecka w okresie okołoporodowym, [w]: Z zagadnień psychologii prokreacji Bielawska-Batorowicz E., Kornas-Biela D. (red.), Wyd. Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993.
16. Ryś M.: Psychologia małżeństwa w zarysie, Warszawa 1999, 89.
17. Herbert M.: Żałoba w rodzinie, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
18. Guzewicz M.: Postawy wobec cierpienia w Biblii. Od Abrahama do Maryi, Wydawnictwo Święty Wojciech, Poznań 2000.
19. Krakowiak P.: Strata, osierocenie i żałoba. Poradnik dla pomagających i dla osób w żałobie, Via Medica, Gdańsk 2007.
20. <http://www.poroniłam.pl/zaloba/jak-zachowac-sie-wobec-pary-po-stracie-dzieckawskazowki-dla-personelu-medycznego/48537883952/>
21. Sanders C. M.: Jak przeżyć stratę dziecka? Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańska 2001.
22. Kornas-Biela D.: Potrzeby rodziców po stracie dziecka w okresie okołoporodowym, [w]: Z zagadnień psychologii prokreacji. Bielawska-Batorowicz E., Kornas-Biela D. (red.), Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993.
23. Banasiak-Parzych B. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2010, 11
24. Sęk H.: Stres krytycznych wydarzeń życiowych. [w:] Zdrowie – stres – zasoby, Sęk H., Pasikowski T. (red.), Wyd. Humaniora, Poznań 2001, 13–22.
25. Stankiewicz K. Rodzina wobec śmierci dziecka. Żałoba, kryzys, wsparcie społeczne, Paedagogia Christiana, 2015 (2/36), 243-245.
26. Szymoń J.: Wsparcie w procesie żałoby. [W:] Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby, Steude S., Tucholska S. (red.), Wyd. KUL, Lublin 2009, 241–251.
27. Nowak K.: Czynniki utrudniające przebieg procesu żałoby. [W:] Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby, Steuden S., Tucholska S. (red.), Wyd. KUL, Lublin 2009, 35–49.
28. Dodziuk A.: Żal po stracie, czyli o przeżywaniu żałoby, Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2001.

Pielęgniarka wobec pacjenta umierającego

Cichoń Klaudia, Nowak- Kapusta Zofia, Pałka Izabela

Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp

Moment, w którym człowiek dowiaduje się, że jego choroba jest nieuleczalna i będzie prowadziła go ku końcowi życia jest momentem przełomowym, rozumianym w sensie psychologicznym jako kryzys. Pojawiające się emocje przybierają bardzo dużego nasilenia, chora osoba przeżywa niezwykle trudny okres w swoim życiu. W psychice człowieka odgrywa się dramatyczny taniec emocji o negatywnym zabarwieniu. Każdy człowiek w inny sposób zareaguje na postawioną diagnozę i należy pamiętać, że nie ma złej reakcji, każdy ma prawo czuć się tak, jak się czuje. Niektórzy będą zachowywać się niespokojnie i agresywnie, inni zaś pogrążą się w rozpacz i lęku, zamkną się w sobie i odizolują od bliskich osób. Chory człowiek potrzebuje czasu, aby zaakceptować swój los, dlatego ważne jest ze strony opiekunów pacjenta zrozumienie mechanizmów psychologicznych, jakie chory wykorzystuje, aby zaadaptować się do nowej sytuacji w swoim życiu [1,2].

Postępujący proces chorobowy, toczący się w organizmie człowieka, powoduje stopniowe pogarszanie się wydolności kolejnych narządów. Dolegliwości odczuwane przez pacjenta znacząco obniżają jakość jego życia. Chory człowiek zaczyna dostrzegać trudności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb biologicznych, takich jak oddychanie, odżywianie czy wydalanie. Według Masłowa potrzeby fizjologiczne stanowią fundament hierarchii potrzeb człowieka, co oznacza, że bez zaspokojenia potrzeb natury biologicznej, człowiek nie jest w stanie zaspokoić swoich wyższych pragnień, gdyż całą swoją energię będzie skupiał na zaspokojeniu potrzeb, które są warunkiem koniecznym do przeżycia organizmu [3]. Czasem potrzebny jest zabieg operacyjny, w celu przywrócenia drożności przewodu pokarmowego, czy założenie rurki tracheostomijnej umożliwiającej pacjentowi wentylację płuc, a także inne zabiegi o charakterze paliatywnym. Wszystkie te działania prowadzą do poprawy jakości

życia chorego poprzez wprowadzenie alternatywnych metod zaspokojenia życiowych potrzeb człowieka [1].

Celem sprawowania opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia pacjenta. Jakość życia jest odczuciem subiektywnym, na które wpływ mają różne czynniki, takie jak stopień zaspokojenia własnych potrzeb, poczucie zadowolenia z własnego życia, możliwość samorealizacji. Pojawienie się choroby, która ma to życie zakończyć sprawia, że jakość życia ulega znacznemu pogorszeniu [1].

Poza łagodzeniem fizycznych objawów cierpienia spowodowanego postępującym procesem chorobowym, medycyna paliatywna ma za zadanie objąć pacjenta opieką holistyczną, która głęboko angażuje się również w potrzeby duchowe pacjenta. Niejednokrotnie cierpienie psychiczne jest znacznie trudniejsze do opanowania, niż problemy natury biologicznej. Aby móc zaspokoić potrzeby psychologiczne pacjenta, personel medyczny staje przed zadaniem, które wymaga znajomości uczuć danego człowieka oraz godnego traktowania jego wartości [4].

Chorujący pacjent potrzebuje zaspokojenia potrzeby spokoju i bezpieczeństwa, potrzebuje troski i miłości drugiego człowieka. Poprzez zagwarantowanie mu swojej obecności, bycie dla niego dostępnym, kiedy będzie tego potrzebował, personel medyczny daje człowiekowi poczucie, że jest ważny, a jego potrzeby nie są ignorowane ani odrzucane na dalszy plan. Umożliwienie pacjentowi decydowania o własnym życiu i zachęcanie do współuczestnictwa w opiece nad sobą daje mu poczucie autonomii, pomimo pojawiających się ograniczeń wynikających z choroby. Rolą pielęgniarki i innych opiekunów jest wydobycie i poznanie tych potrzeb, których zaspokojenie ma dla podopiecznego wysokie znaczenie [1].

Pomoc psychologiczna powinna być niesiona przez każdego członka zespołu interdyscyplinarnego. Szczególnie pielęgniarka, która przebywa z pacjentem myjąc go, karmiąc, podając mu leki, czy zmieniając opatrunek ma możliwość wsłuchania się w wewnętrzny świat swego podopiecznego oraz interpretacji jego potrzeb. Przechodzenie przez nieuleczalną chorobę jest dla człowieka czasem niezwykle trudnym. Jednakże nie jest to czas, który należy zmarnotrawić, wręcz przeciwnie – jest to czas na rozwój własnych wewnętrznych zasobów, na które być może wcześniej pacjent nie zwracał uwagi. Personel pomaga pacjentowi rozwinąć umiejętność przebaczenia, realizowania własnych zainteresowań, wspiera chorego w odczuwaniu życiodajnej nadziei oraz kształtowaniu poczucia własnej wartości. Okres umierania nie ma oznaczać biernego oczekiwania na

śmierć, jest to bardzo ważny etap życia, który daje człowiekowi możliwość zdobycia niezwykle istotnych wartości [5].

W religii chrześcijańskiej podstawowym źródłem informacji na temat postrzegania śmierci jest Biblia. Bóg stworzył człowieka na swoje podobieństwo, a więc stworzył go nieśmiertelnym. Poprzez grzech pierworodny, człowiek ściągnął na siebie śmierć. Śmierć jest zjawiskiem, które Biblia traktuje jako oddzielenie ciała od duszy, tak aby dusza mogła żyć wiecznie w bliskości z Bogiem. Religia jest zatem źródłem przekonań dotyczących sensu umierania i daje poczucie, że po śmierci nasza dusza nie przestanie istnieć; że śmierć nie oznacza czegoś ostatecznego, jest jedynie drogą, którą musimy przejść, aby żyć wiecznie [6]. Współcześnie śmierć postrzegana jest jako zjawisko niechciane, nienaturalne, ukazujące nieudolność ludzkiego działania. Rozwój medycyny przyczynił się do rozpoczęcia procesu medykalizacji, oznaczającego uzależnienie poszczególnych etapów życia człowieka od postępu medycyny. Proces ten wpłynął na zmiany w mentalności dotyczących poglądów wobec umierania, przeniósł pacjenta umierającego ze swojego domowego łóżka wśród bliskich osób, do szpitala – na szpitalne łóżko, wśród obcych, za parawan; tak aby inni ludzie nie widzieli porażki medycyny, którą miała być śmierć pacjenta [7,8].

Paradoksalnie, z drugiej strony śmierć jest zjawiskiem fascynującym społeczeństwo. Temat śmierci cieszy się zainteresowaniem społeczeństwa, przyciąga widzów, stanowi często główny temat informacji w telewizji, radiu, Internecie. Śmierć, szczególnie ta tragiczna, w wypadku czy katastrofie, śmierć masowa – te tematy przykuwają uwagę wielu ludzi, zachęcają do obejrzenia filmu, czy przeczytania książki o tej tematyce. Zjawisko śmierci budzi sporą ciekawość dopóty, dopóki nie dotyka nas osobiście; wtedy staje się tematem tabu, którego unikamy, nie dopuszczamy do własnej świadomości [9].

Agnieszka Kaczmarek współczesną postawę wobec śmierci podzieliła na trzy nurty. Pierwszą postawę nazwała postawą indyferentną. Charakteryzuje się ona traktowaniem śmierci w sposób negatywny oraz odsunięciem człowieka umierającego od innych ludzi. W wykształceniu tej postawy A. Kaczmarczyk podkreśla udział rozwoju medycyny oraz instytucjonalizacji śmierci. Kolejnym współczesnym postrzeganiem śmierci jest perspektywa religijna, w której śmierć nie jest tematem tabu, ani zjawiskiem odsuwanym od świadomości człowieka. Ostatnim podejściem dzisiejszego społeczeństwa wobec śmierci są działania mające na celu oswojenie śmierci, do których autorka zaliczyła ruchy hospicyjne, które umieszczają człowieka umierającego w centrum zainteresowania, nie odsuwają od społeczeństwa, akceptują jego człowieczeństwo [10].

Pielęgniarka czy pielęgniarz jest tym członkiem zespołu, który spędza przy pacjencie najwięcej czasu. Do obowiązków pielęgniarki należy pielęgnacja chorego, pomoc w wykonaniu toalety, karmienie chorego, przygotowanie i podanie mu leków, zmiana opatrunku oraz wiele innych czynności wynikających z kompetencji zawodowych. W miejscu takim, jak hospicjum szczególne znaczenie dla chorego człowieka ma opieka nad psychiczną sferą jego życia, ponieważ umieranie dla wielu ludzi jest procesem pełnym cierpienia, w którym chory oczekuje serdeczności i wsparcia od osób, wśród których przebywa [11].

W swojej książce „Zdążyć z prawdą” ks. Piotr Krakowiak pisze, że pielęgniarki są prawdziwą skarbnicą wiedzy o pacjentach. Wiedzą, czego potrzebuje dany pacjent i jak zachować się w stosunku do konkretnego człowieka. Wiedzą, jakie chory ma oczekiwania wobec personelu. Ksiądz Piotr opisuje hospicjum jako miejsce, w którym zawsze znajdzie się chwilę na rozmowę z podopiecznym, a czas spędzony w pracy jest niemalże całkowicie oddany choremu człowiekowi. W hospicjum panuje ciepła, domowa atmosfera, a personel nie skrywa swojego człowieczeństwa pod maską profesjonalizmu i nie boi się przyznać do swoich uczuć i słabości [12].

Pielęgniarka w pełnieniu opieki nad terminalnie chorą osobą powinna brać pod uwagę przede wszystkim dobro dla drugiego człowieka. Udzielanie wsparcia i pomocy wymaga zainteresowania i zrozumienia ze strony personelu. Zadaniem pielęgniarki jest współpraca z pacjentem jako z partnerem, który ma prawo decydować o sobie i brać czynny udział w procesie opieki. W hospicjum ponad umiejętnościami medycznymi cenione są kompetencje osobowościowe, ponieważ towarzyszenie człowiekowi w jego umieraniu wymaga od pielęgniarki umiejętności niesienia choremu ulgi w cierpieniu psychicznym, którego nie uśmierzy żaden lek, a jedynie wsparcie i życzliwe traktowanie ze strony opiekunów jest pomocne w łagodzeniu odczuwanych przez chorego trudnych emocji [11,13].

Pielęgniarki pracujące w hospicjach biorą na siebie bardzo dużą odpowiedzialność, są bowiem w wysokiej mierze odpowiedzialne za jakość każdej chwili życia pacjenta, a przecież tak niewiele tych chwil pozostało. Zadaniem pielęgniarki jest uszanować drugiego człowieka, wysłuchać, kiedy tego potrzebuje, zaakceptować go takim, jakim jest, czasami potrzymać za rękę, pomilczeć razem z pacjentem, a czasem pozwolić mu pobyc samemu [11]. Potrzeby człowieka chorego są bardzo zróżnicowane, dlatego niezwykle cenną umiejętnością dla pielęgniarki jest umiejętność interpretacji sygnałów otrzymywanych od pacjentów. Autentyczne zainteresowanie drugim człowiekiem i bycie dostępnym dla niego pomagają w niesieniu ulgi oraz sprawianiu radości i zaspokajaniu jego potrzeb. Spotkanie na swojej

drodze praktyki w zawodzie pielęgniarki każdego chorego człowieka jest w pewnym sensie lekcją dającą kolejne doświadczenie w pełnieniu opieki nad umierającym. Osoby pracujące w hospicjum są dla pacjenta być może ostatnimi osobami, jakie jest dane mu poznać; warto wykorzystać tę relację jako taką, która przyniesie choremu ulgę w jego cierpieniu. Towarzystwo umierającemu oznacza niepisane zobowiązanie wobec swego towarzysza; pielęgniarka nie tylko deklaruje pomoc w łagodzeniu skutków fizjologicznych procesu chorobowego, lecz staje przed wyzwaniem niesienia człowiekowi wsparcia w cierpieniu duchowym [13]. Chorzy pragną, by ich bliscy zaakceptowali nieuchronność umierania i pozwolili spokojnie odejść [14].

Cel pracy

Głównym celem pracy jest opinia pielęgniarek na temat opieki nad pacjentem przebywającym w hospicjum. Szczególną uwagę zwrócono na emocje oraz trudności towarzyszące pielęgniarkom podczas opieki nad pacjentem.

Material i metody

Badanie przeprowadzono wśród osób czynnie pracujących w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza w hospicjach stacjonarnych oraz domowych, sprawujących opiekę nad dziećmi i/lub dorosłymi, a także na oddziale opieki paliatywnej na terenie województwa śląskiego. Uzyskano 75 anonimowych i dobrowolnie wypełnionych ankiet.

Na przeprowadzenie ankiety uzyskano zgodę dyrektora każdego ośrodka, w którym zostało przeprowadzone badanie.

Badanie zostało przeprowadzone w okresie marzec – kwiecień 2016 roku. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa skonstruowany na potrzeby badań na podstawie źródeł z piśmiennictwa.

Ankieta zawierała 30 pytań, 2 pytania były otwarte, pozostałe 28 pytań było zamkniętych oraz półotwartych. Wśród pytań zamkniętych 16 pytań stanowiły pytania jednokrotnego wyboru, a 12 pytań – pytania wielokrotnego wyboru.

Dane z ankiet zostały poddane analizie statystycznej z wykorzystaniem programu Microsoft Excel 2010.

Wyniki

Spośród ankietowanych najwięcej osób było w wieku 41-50 lat (32 osoby – 43%), natomiast najmniej było osób w wieku powyżej 60 lat (2 osoby – 3%). Pozostałe osoby były w wieku 51-60 lat (20 osób – 27%), 31-40 lat (13 osób – 17%) oraz poniżej 30 lat (8 osób – 11%).

Osoby ankietowane w znacznej większości posiadały rodzinę wraz z dziećmi (57 osób – 76%). Wśród ankietowanych 7 osób (9%) to osoby samotne, 7 kolejnych osób (9%) to osoby samotnie wychowujące dzieci. Pozostali czterej ankietowani (5%) to osoby będące w związku bez dzieci.

Najwięcej osób spośród ankietowanych pracuje w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza w zakresie czasowym przekraczającym 20 lat pracy (43 osoby – 57%). 11 osób (15%) ma staż pracy w zawodzie mieszczący się w przedziale 16-20 lat, 8 osób (11%) w przedziale 6-10 lat, 6 osób (8%) w przedziale 11-15 lat, 4 osoby (5%) w przedziale 1-5 lat, a 3 osoby (4%) poniżej 1 roku.

W hospicjum najwięcej osób pracuje od 1 roku do 5 lat (24 osoby – 32%). Natomiast staż pracy pozostałych ankietowanych przedstawia się następująco: poniżej 1 roku (9 osób - 12%), 6-10 lat (21 osób – 28%), 11-15 lat (10 osób - 13%), , 16-20 lat (6 osób – 8%) oraz powyżej 20 lat (5 osób – 7%).

Na pytanie dotyczące doksztalcania z opieki paliatywnej osoby ankietowane mogły zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź. Jedynie 3 osoby (4%) spośród ankietowanych nie uczestniczyły w żadnych formach doksztalcania. Najwięcej osób (41 osób – 54,67%) uczestniczy w konferencjach oraz szkoleniach z dziedziny opieki paliatywnej. Wśród ankietowanych 31 osób (41,33%) ukończyło bądź jest w trakcie kursu kwalifikacyjnego z opieki paliatywnej, a 24 osoby (32%) uczestniczą w szkoleniach prowadzonych przez zakład pracy. Wśród ankietowanych 22 osoby (29,33%) ukończyły bądź są w trakcie specjalizacji z opieki paliatywnej.

Zdecydowana większość pielęgniarek oraz pielęgniarzy stara się być obecna przy śmierci pacjenta (60 osób – 80%). Jednak 12 osób (16%) stara się być obecna przy śmierci, ale sprawia im to dużą trudność. Spośród ankietowanych 3 osoby (4%) unikają obecności przy śmierci pacjenta.

W momencie śmierci podopiecznego ankietowane osoby najczęściej odczuwały pokorę (39 osób – 52%). Kolejnymi uczuciami towarzyszącymi pielęgniarkom

i pielęgniarzom w chwili śmierci pacjenta były: smutek i melancholia (21 osób – 28%), bezradność (15 osób – 20%). W tym czasie 11 osób (14,67%) nie myśli o swoich uczuciach. Najmniej osób wskazało uczucie ulgi (3 osoby – 4%), strachu i trwogi (2 osoby – 2,67%) oraz rozżalenia i rozgoryczenia (2 osoby – 2,67%). W odpowiedzi na to pytanie 3 osoby (4%) zaznaczyły odpowiedź „inne”, w której jedna osoba wskazała, że odczuwa spokój, dlatego że pacjent już nie cierpi, druga osoba u każdego pacjenta odczuwa inne emocje, a trzecia osoba uzależnia swoje emocje od tego, czy pacjent umiera spokojnie, przy rodzinie, czy umiera długo i bardzo cierpi.

Na pytanie dotyczące emocji odczuwanych w momencie śmierci pacjenta ankietowani mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. Najważniejszą potrzebą pacjenta w chwili śmierci, zdaniem ankietowanych, jest obecność rodziny bądź kogoś bliskiego (71 osób – 94,67%). Wśród badanych 20 osób (26,67%) uważa, że do najważniejszych potrzeb pacjenta umierającego należą spokój i cisza, natomiast 16 osób (21,33%) do potrzeb chorego w chwili śmierci zaliczyło modlitwę. Najmniej osób (9 osób – 12%) uznało, że pacjent w momencie śmierci najbardziej potrzebuje towarzystwa personelu. Żadna osoba nie zaznaczyła odpowiedzi, że pacjent w chwili śmierci nie ma szczególnych potrzeb.

Na kolejne pytanie ankietowani mogli udzielić więcej niż jedną odpowiedź. Za największą trudność w opiece nad pacjentem umierającym najwięcej osób ankietowanych uznało kontakt z rodziną pacjenta (35 osób – 47%), kolejne 30 osób (40%) odpowiedziało, że jest dla nich udzielanie wsparcia psychicznego i rozmowa o śmierci, a dla 10 ankietowanych (13%) najtrudniejszym elementem opieki jest agonia chorego i moment śmierci. Żadna osoba nie uznała pielęgnowania pacjenta za największą trudność.

Czynnikiem wpływającym na szczególnie silne przeżywanie śmierci pacjenta przez osoby ankietowane najczęściej był młody wiek osoby umierającej (57 osób – 76%). Następnym czynnikiem było zaprzyjaźnienie się z pacjentem (29 osób – 38,67%), a 25 osób (33,33%) zaznaczyło wśród czynników wpływających na przeżywanie śmierci chorego współczucie rodzinie pacjenta. 6 osób (8%) za taki czynnik uznało podobieństwo do śmierci bliskiej im osoby (np. podobieństwo choroby czy występujących objawów). Jedna osoba (1,33%) zaznaczyła odpowiedź „inne” podając informację, że każdą śmierć przeżywa w sposób szczególny. W tym pytaniu ankietowani mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

Zdaniem 60% ankietowanych (45 osób) pacjenci są świadomi tego, że umierają, a przeciwnego zdania jest 7% ankietowanych (5 osób). Natomiast spośród ankietowanych

33% osób nie potrafiła udzielić odpowiedzi na pytanie, czy pacjenci mają świadomość, że umierają.

Pielęgniarki oraz pielęgniarze w pytaniu zamkniętym wielokrotnego wyboru o sposoby przyczynienia się personelu do godnej śmierci pacjenta odpowiedzieli w następujący sposób: 46 osób (61,33%) zaznaczyło odpowiedź „okazywać pełnię szacunku i empatii podczas pielęgnacji chorego”, 44 osoby (58,67%) zaznaczyły „wezwać rodzinę, bądź osobę duchową na życzenie pacjenta”, 43 osoby (57,33%) zaznaczyło „towarzyszyć choremu, być dla niego dostępnym”, a 37 osób (49,33%) zaznaczyło „dążyć do zapewnienia spokoju i bezpieczeństwa”.

Ponad połowa (38 osób – 50,67%) ankietowanych uważa, że nie można przyzwyczaić się do śmierci pacjenta, ponieważ każdą śmierć przeżywa się inaczej. Wśród badanych 18 osób (24 %) uważa, że przyzwyczajenie się do śmierci pacjenta oznaczałoby obojętność wobec pacjenta i śmierci. Tyle samo osób (18 osób – 24 %) uważa, że z biegiem czasu można się uodpornić i zdystansować do zjawiska śmierci. Jedna osoba (1,33 %) uważa, że zjawisko śmierci po pewnym czasie nie budzi emocji.

Wśród ankietowanych 33 osoby (44%) informują rodzinę pacjenta o przecuciu zbliżającej się śmierci podopiecznego na prośbę rodziny, a 24 osoby (32%) pozostawiają decyzję o informowaniu rodziny lekarzowi. Informuje rodzinę o zbliżającej się śmierci na prośbę pacjenta 17 osób (22,67%). Natomiast 10 osób (13,33%) nie informuje rodziny pacjenta o swoich przecuciach.

Zdaniem większości osób ankietowanych (61 osoby – 81,33%) rodzina pacjenta oczekuje od personelu wsparcia psychicznego, rozmowy i zrozumienia, a 33 osoby (44%) uważają, że rodzina oczekuje należytej pielęgnacji bliskiej im osoby. Rodzina potrzebuje uzyskania rzetelnych informacji o stanie chorego według 24 osób (32%), a według 17 osób ankietowanych (22,67%) – rodzina oczekuje odciążenia w opiece nad bliską im osobą, wyręczenia od obowiązków. Odpowiedź „inne” zaznaczyły 3 osoby (4%). Jedna osoba zaznaczyła, że jej zdaniem rodzina oczekuje od personelu obecności przy śmierci chorego. Dwie osoby w odpowiedzi na pytanie wskazały, że rodzina oczekuje od personelu nauki pielęgnacji chorego, zmiany pozycji, wymiany pampersów. W pytaniu o oczekiwania rodziny wobec personelu ankietowani mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

Osoby ankietowane zostały zapytane o ich stosunek do kontaktu z rodziną pacjenta. Wśród badanych 56 osób (74,67%) nie ma problemu w kontakcie z rodziną chorego, 15 osób (20%) nie unika kontaktu z rodziną pacjenta, jednakże czuje się niezręcznie, nie wie jak

się zachować, a 3 osoby (4%) przekazują rodzinie jedynie konkretne informacje, nie angażując się w rozmowę. Tylko jedna osoba (1,33%) unika bliskiego kontaktu z rodziną chorego.

Dyskusja

Opieka paliatywna w Polsce jest dynamicznie rozwijającą się dziedziną medycyny. Pomimo stałego rozwoju medycyny i zwiększających się możliwości leczenia, wielu pacjentów znajdzie się w pewnych momencie swojej choroby na takim etapie, kiedy wyleczenie nie będzie już możliwe. Sprawowanie opieki nad nieuleczalnie chorym człowiekiem z jednej strony stanowi duże obciążenie psychiczne dla personelu, z drugiej zaś jest niezwykle wartościowym doświadczeniem. Przedstawiona analiza badań przeprowadzonych wśród personelu pielęgniarskiego w hospicjach na terenie województwa śląskiego ukazuje emocje, trudności oraz postawę wobec śmierci i pacjenta umierającego pielęgniarek oraz pielęgniarzy.

Podobne badanie dotyczące postawy pielęgniarek wobec pacjenta umierającego przeprowadzone zostały przez Monikę Ślezione i Dominika Krzyżanowskiego. Badanie przeprowadzili wśród 120 osób czynnie pracujących w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza na różnych oddziałach [15]. Jako przyczynę szczególnego przeżywania śmierci pacjenta najwięcej osób (51%) uznało młody wiek pacjenta. W badaniu M. Ślezionej i D. Krzyżanowskiego również największa liczba ankietowanych uważa, że młody wiek pacjenta przyczynia się do przeżywania jego śmierci w szczególny sposób. Wśród osób biorących udział w badaniu autorów pierwszej przytoczonej pracy najczęstsze emocje towarzyszące śmierci to: smutek, współczucie, bezradność, przygnębienie, żal [15]. Badanie własne wskazało, że ankietowani najczęściej odczuwają pokorę, smutek i bezradność. Podobne emocje wskazywał personel pielęgniarski w badaniach Marioli Głowackiej i wsp. – większość badanych odczuwa smutek, współczucie, bezradność oraz bezsilność [16].

Opieka nad nieuleczalnie chorym człowiekiem nie ma na celu walki z postępującą chorobą, lecz ma zapewnić godne warunki życia pacjenta aż do jego ostatniego tchnienia. Kształcenie zawodowe zwraca szczególną uwagę na sferę biologiczną umierającego pacjenta, natomiast edukacja dotycząca udzielania wsparcia psychicznego choremu człowiekowi oraz jego rodzinie, a także opieka nad własną sferą psychiczną oceniane są jako niewystarczające [17]. Pomimo widocznych braków w programie edukacyjnym większość (71%) pielęgniarek i pielęgniarzy uczestniczących w niniejszym badaniu czuje się odpowiednio przygotowanych

do sprawowania opieki nad człowiekiem umierającym. W artykule „Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem cierpiącym” A. Lewandowska i wsp. podają, że w ich badaniach przeprowadzonych wśród pielęgniarek pracujących w oddziałach opieki paliatywnej w województwie podkarpackim 80% badanych uważa, że są odpowiednio przygotowani do opieki nad pacjentem umierającym [11].

Kontakt z rodziną pacjenta stanowi kolejne z wielu wyzwań stojących przed personelem medycznym, sprawującym opiekę nad umierającym człowiekiem. Dla 33,7% ankietowanych w badaniu M. Ślężony i D. Krzyżanowskiego kontakt z rodziną chorego nie stanowi problemu, następnie 53,3% osób przyznaje, że często czuje się niezręcznie w kontakcie z rodziną, a 9,2% badanych osób unika bliskiego kontaktu z chorym [15]. Inne wyniki uzyskano w badaniu własnym, gdyż 75% pielęgniarek nie ma problemu z kontaktem z rodziną.

Wśród pielęgniarek biorących udział w badaniach przeprowadzonych przez A. Lewandowską i wsp. 63% informuje rodzinę pacjenta o przeczuciu zbliżającej się śmierci [11]. Dane uzyskane w niniejszym badaniu są podobne do badań własnych gdyż – 66,67% ankietowanych również informuje rodzinę o zbliżającej się śmierci pacjenta.

Na pytanie „Czy można przyzwyczać się do śmierci pacjentów?” większość ankietowanych (63,3%) w badaniu M. Ślężony i D. Krzyżanowskiego uznało, że z biegiem czasu można uodpornić się na zjawisko śmierci. 3,3% osób uznało, że po pewnym czasie śmierć nie budzi większych emocji. Pozostali ankietowani odpowiedzieli na to pytanie w sposób przeczący [15]. Odmienne wyniki uzyskano w niniejszym badaniu własnym – łącznie 74,57% osób uważa, że nie można przyzwyczać się do zjawiska śmierci pacjenta, 24% twierdzi, że po pewnym czasie można się zdystansować i uodpornić, a jedynie 1,33% jest zdania, że śmierć już nie budzi emocji.

Respondenci niniejszego badania wykazują pozytywną postawę wobec pacjenta umierającego. Wyrażają chęć w towarzyszeniu podopiecznemu w umieraniu, chcą być obecni przy śmierci. Badanie M. Ślężony i D. Krzyżanowskiego podaje podobne wyniki – połowa ankietowanych stara się towarzyszyć pacjentowi umierającemu [15].

Opieka nad pacjentem umierającym wymaga od personelu przygotowania zarówno na poziomie teoretycznym, jak i praktycznym. Właściwa postawa wobec śmierci, której doświadczanie nie będzie destrukcyjne dla osoby sprawującej opiekę, ani dla odbiorcy tej opieki, oznacza akceptację śmierci jako naturalnego zjawiska w życiu człowieka oraz

zapewnienie osobie umierającej godnych warunków i komfortu w ostatnich chwilach życia [15].

Wnioski

Otrzymane wyniki badań własnych pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Zdecydowana większość pielęgniarek oraz pielęgniarzy stara się być obecna przy śmierci pacjenta.
2. Okazując szacunek i empatię podczas pielęgnacji chorego można przyczynić się do godnej śmierci pacjenta.
3. Nie można przyzwyczaić się do śmierci pacjenta, ponieważ każdą śmierć przeżywa się w sposób indywidualny. Szczególnie silnie przeżywana jest śmierć pacjenta w młodym wieku.
4. Dominującymi uczuciami towarzyszącymi śmierci pacjenta są: pokora, smutek oraz bezradność.
5. Największą trudność związaną z opieką nad pacjentem umierającym sprawia pielęgniarkom kontakt z rodziną chorego.
6. Rodzina pacjenta oczekuje od personelu przede wszystkim wsparcia psychicznego, rozmowy i zrozumienia.

Piśmiennictwo

1. Ciałkowska-Rysz A., de Walden-Gałuszko K. (red.): Medycyna paliatywna, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
2. Mess E., Kopytek B., Lisowska A., Jonak K., Twardak I., Mańkowska M., Chybicki M.: Potrzeba informowania chorego w stanie terminalnym, *Onkol. Pol.*, 2007, 10, 185-189.
3. Talarska D., Wieczorowska-Tobis K., Szwałkiewicz E. (red.): Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi: podręcznik dla opiekunów medycznych, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
4. Chrzęstowska M.: Fenomen dobra w perspektywie opieki paliatywnej, *Zeszyty Naukowe Centrum Badań im. Edyty Stein – Fenomen Dobra*, 2015, 13/14, 378-386.

5. de Walden-Galuszko K.: O nowych możliwościach pomocy chorym w zaawansowanym stadium choroby w świetle założeń psychologii pozytywnej, *Med. Paliat.*, 2011, 3, 197-201.
6. Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W. (red.): *W drodze do brzegu życia*, Białystok, 2006, Tom I.
7. Bogusz H.: Czy powstanie medycyny paliatywnej było antidotum na medykalizację śmierci? *Med. Paliat.*, 2012, 4, 47-52.
8. Paszek T., Sienkiewicz Z., Wójcik G., Wrońska I., Imiela J.: Postawy pielęgniarek wobec śmierci. [W:] *W drodze do brzegu życia*, praca zbiorowa pod red. Krajewskiej-Kułak E., Łukaszuk C. i Jankowiak B. Białystok 2008, Tom V., 87-98.
9. Bejda G., Kułak A., Guzowski A., Lankau A., Cybulski M., Krajewska-Kułak E.: Zmiany percepcji i postaw wobec śmierci, umierania, kultu zmarłych i pochówku. *Med. Paliat.*, 2014, 6, 190-198.
10. Kaczmarek A.: Śmierć. Poszukiwanie znaczenia w kontekstach kulturowych, społecznych i politycznych, *Teka Komisji Politologii i Stosunków Międzynarodowych – O.L. PAN* 2009, 4, 165-179.
11. Lewandowska A., Mess E., Śmigielska W.: Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem cierpiącym, *Onkol. Pol.*, 2011, 14, 135-138.
12. Krakowiak P.: *Zdążyć z prawdą: o sztuce komunikacji w hospicjum*, Wyd. Via Medica; Gdańsk 2006, wyd. I.
13. Boruń T.: Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej i hospicyjnej – opis przypadku Adama, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2011, 1 (3) 289-295.
14. Hitchison J., Rupp Y.: *Czy mogę odprowadzić cię do domu?* Wydawnictwo Święty Wojciech, Poznań 2010, wyd. I.
15. Śleziona M., Krzyżanowski D.: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2011, 1, 217-223.
16. Głowacka M., Haor B., Ślusarz R., Sołtysiak K., Biercewicz M.: Śmierć pacjenta jako obciążenie w pracy zawodowej pielęgniarki, *Probl. Pielęg.*, 2014, 22, 276-280.
17. Dobrowolska B., Wrońska I., Klukow J., Girzelska J., Kręcisz K., Traczyk H., Sawka J.: Kształcenie przeddyplomowe pielęgniarek i lekarzy a ich przygotowanie do pracy z pacjentem umierającym, *Psychoonkologia*, 2008, 12, 37-44.

Rodzina - siła i wsparcie dla przewlekle chorego

Szydło Edyta

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Stanisława Pigonia w Krośnie

Wprowadzenie

Cierpienie i ból są nierozdzielnie związane ze sobą, są wszechobecne w ludzkim życiu, dotyczą każdego człowieka, ludzi młodych i starszych. Cierpienie jest wpisane zarówno w życie, jak i umieranie, jest nieodłączną częścią człowieczego losu oraz powoduje negatywne odczucia. Bezmiar ludzkiego cierpienia, samotności, bólu, trwogi i lęku możemy niejednokrotnie odczytać na twarzy człowieka niepełnosprawnego, słabszego, a przede wszystkim przewlekle chorego [1]. Cierpienie i choroba stawiają przed człowiekiem zadania przekroczenia samego siebie, swoich granic, a także możliwości. Choroba zawsze pojawia się nie w porę. Jest czasem, gdy pacjent poznaje siebie w całkiem nowym wymiarze. Wytrzymanie cierpienia fizycznego, zmaganie się z niepełnosprawnością, pokonanie różnorodnych barier i przeciwności, a niejednokrotnie bólu duchowego często przekracza siły chorego.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie znaczenia i roli rodziny w opiece nad osobą przewlekle chorą.

Bogusz określa chorobę przewlekłą jako „chorobę trwającą długo, tj. dłużej niż 3 miesiące; choroba przewlekła oznacza najczęściej chorobę lub inwalidztwo trwające w sposób ciągły albo dające nawroty. Pacjenci chorujący przewlekle wymagają długoterminowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej”[2].

Choroba przewlekła to ta, której cechą charakterystyczną są daleko idące zmiany w organizmie, z którymi jest w stanie poradzić sobie medycyna, by chory mógł żyć, aczkolwiek nie jest możliwy jego całkowity powrót do zdrowia. W wyniku takiej sytuacji celem działania jest wyrównanie oraz niwelowanie zmienionych funkcji organizmu. Jednak z upływem czasu patologiczne zmiany mogą się powiększać oraz nakładać na siebie, a w rezultacie siły żywotne pacjenta słabną coraz bardziej, powstaje ciąg konsekwencji, z którymi chory musi się zmierzyć. Na plan pierwszy niewątpliwie wysuwają się aspekty natury medycznej. Jednostka musi poradzić sobie z bólem, szeregiem dysfunkcji organizmu, jakie niesie choroba, cierpieniem, a niejednokrotnie trwałą niepełnosprawnością. Człowiek staje przed perspektywą życia z

chorobą w długim czasookresie, a niekiedy do końca życia. Staje twarzą w twarz z różnorodnymi problemami, nie wie czy poradzi sobie w chorobie, czy nie będzie obciążeniem dla najbliższych [3].

Rodzina jako podstawowe siedlisko człowieka przewlekle chorego

Choroba, to dramat całej rodziny - cierpienie i ból, ograniczenie ról społecznych i planów życiowych wszystkich członków rodziny, to ogromne zaskoczenie i wyzwanie. Nagle, z dnia na dzień, w krótkim czasie bliska nam osoba nie jest w stanie podnieść się z łóżka, jest częściowo bądź całkowicie zależna od osób jej najbliższych. Rodzina to pewnego rodzaju wspólnota, która wypływa z ludzkiej natury, od swych członków wymaga zespolenia dążeń i celów, uspołecznia ich uczucia i dążenia, rządzi się miłością, posiada strukturę prawną oraz własną wewnętrzną organizację, która określa obowiązki i prawa członków rodziny, którzy działają w ramach jedności. Na uwagę zasługuje fakt, że rodzina posiada ważny i istotny, kształtujący się poprzez potrzebę obecności i udzielania się będącego wynikiem wspólnych interesów, planów i oczekiwań, poufności i zażyłości wymiar duchowy. W ramach tych wartości tworzy podłoże do duchowego doświadczenia ludzi w niej żyjących. Rodzina, to jedność na dobre i złe, w zdrowiu i w chorobie.

Dla każdego człowieka rodzina jest grupą podstawową, z którą jednostka jest bardzo związana, przede wszystkim w aspekcie pełnienia ról społecznych. Rodzina ukształtowana prawidłowo jest dla swojego członka grupą odniesienia, a także ma znaczący wpływ na zewnątrzrodzinne oraz wewnątrzrodzinne jego postępowanie i zachowanie [4]. Choroba przewlekła w dużej mierze wpływa na funkcjonowanie systemu rodzinnego i jest obciążeniem dla człowieka, który ją doświadcza, ale i dla pozostałych członków rodziny.

Pierwszym naturalnym i otwartym systemem wsparcia dla osoby chorej jest rodzina. Niezależnie od tego, jaki muszą włożyć wysiłek i jakie są koszty ekonomiczne, to w większości przypadków najbliżsi są niezastąpieni i podejmują się realizacji opieki i misji wsparcia nad chorym. Tak duże zaangażowanie rodziny, poświęcenie się osobie cierpiącej nie jest obojętne dla całego systemu, wpływa bowiem na jakość życia i funkcjonowanie grupy pierwotnej. W sytuacji tak przykrego doświadczenia, jakim jest cierpienie i choroba, to rodzina staje się podstawowym siedliskiem, w którym osoba chora przebywa i egzystuje. Tym samym staje się dla niej ostoją, kolumną o mocnym fundamencie, filarem o potężnych ramionach, podporą i siłą do walki z chorobą, bólem, samotnością, cierpieniem, niepełnosprawnością, a niejednokrotnie lękiem o dalszą egzystencję. Życie rodziny w momencie wystąpienia bądź

zdiagnozowania choroby u jednego ze swych członków ulega przeorganizowaniu. Choroba jest wyzwaniem nie tylko dla osób nią dotkniętych, ale także dla ich najbliższych, opiekunów, którzy koegzystują z chorym. Rodzina stwarza warunki dla chorego, jest środowiskiem, w którym zaspokajane są ważne dla życia potrzeby, obserwuje zachowanie chorego, kontroluje objawy i przebieg choroby. Najbliżsi są także pomostem między światem zewnętrznym a chorym, tworzą także fizyczną przestrzeń dla pacjenta oraz współpracują z profesjonalistami i realizują ich zalecenia dotyczące leczenia, opieki i bardzo często rehabilitacji chorego członka rodziny [5,6,7].

Środowisko rodzinne posiada niezwykle specyficzne walory, które są trudne, wręcz niemożliwe do zrealizowania przez inne instytucje bądź formy opieki nad przewlekle chorym człowiekiem. Tym samym ranga opieki rodzinnej urasta do najbardziej optymalnej, najkorzystniejszej, a zatem rodzina staje się podstawowym siedliskiem dającym człowiekowi najlepsze szanse na wszechstronny rozwój, mimo jego choroby lub niepełnosprawności. Daje choremu poczucie akceptacji takim, jakim jest. Chory czuje się wówczas pełnoprawnym członkiem rodziny. W chwilach duchowej rozterki, w chwilach trudnych, kiedy doznaje krzywd i niesprawiedliwości rodzina okazuje osobie chorej bezinteresowną pomoc, wsparcie, miłość. Poprzez takie zachowanie najbliższych jednostka wie, że jest kochana, czuje, że jej obecność nie jest obciążeniem oraz, że jest osobą bardzo ważną w strukturach rodziny [8].

Wsparcie w chorobie

W wyniku choroby przewlekłej u człowieka mogą pojawiać się ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym, fizycznym i psychicznym. Chory doświadcza wówczas uczucia bezradności i przerażenia. Ma świadomość, iż następujące po sobie wydarzenia, a także brak perspektyw mogą doprowadzić do zaburzenia równowagi bio-psycho-społecznej. Człowiek czuje się zagubiony, a jednocześnie czuje potrzebę, konieczność zmiany, która w wyniku zaistniałej choroby jest niemożliwa. Pojawia się kryzys, a czynnikiem ułatwiającym jego przeżycie staje się wsparcie i pomoc od innych ludzi [9].

Wsparcie osoby przewlekle chorej lub niepełnosprawnej polega na obcowaniu, byciu z nią, współuczestniczeniu w osamotnieniu i cierpieniu, przejawianiu empatii. Ważne jest podtrzymanie kontaktu werbalnego z chorym, słuchanie, zachęcanie do mówienia o sobie, swoich uczuciach czy wątpliwościach. Nieocenione więc jest wsparcie rodziny, która poprzez swoje działania wprowadza optymizm, uspokaja chorego, stwarza atmosferę bezpieczeństwa, niweluje strach i stres. Jeśli rodzina czy przyjaciele nie zapewnią choremu potrzeby kontaktów

z innymi ludźmi, to nieoceniony będzie udział pacjenta w stowarzyszeniu osób dotkniętych takim samym lub podobnym schorzeniem, również grupy wsparcia, wolontariusze mogą okazać się pomocni w nawiązaniu przez chorego nowych znajomości lub pielęgnowaniu tych zawartych przed laty [10,11].

Wsparcie dla osoby chorej oznacza rodzaj i sposób pomocy, który ma na celu zmobilizowanie możliwości i sił w taki sposób, aby pacjent mógł uporać się z problemami. Wsparcie oddziałuje również na przebieg i proces leczenia choroby. Celem poradnictwa socjalnego na rzecz osób przewlekle chorych jest wdrożenie idei integracji społecznej, która polega na przywróceniu wiary osobie chorej bądź niepełnosprawnej w możliwość pełnienia ról zarówno na płaszczyźnie osobistej, rodzinnej, społecznej i zawodowej [12].

Warunkiem niezbędnym wystąpienia reakcji wsparcia dla przewlekle chorego są tzw. sieci społeczne, do których pacjent ma dostęp lub jest z nimi powiązany. W obrębie sieci społecznych wyróżnia się trzy kręgi. Pierwszy tworzy najbliższa rodzina, małżonkowie oraz przyjaciele. Koledzy ze szkoły, sąsiedztwa, miejsca pracy, dalsza rodzina zataczają wokół chorego kolejny krąg, zaś trzeci skupia dalekich krewnych, znajomych, sąsiadów, a także zespół interdyscyplinarny. Wsparcie to rodzaj interakcji społecznej, podjętej przez uczestników w sytuacji trudnej, problemowej, stresowej lub krytycznej. Najogólniej ujmując jest to wszelka dostępna pomoc człowiekowi znajdującemu się w sytuacjach skrajnych. Wsparcie może występować w różnych formach:

- **wsparcie emocjonalne**, które umożliwia wyrażenie wątpliwości, napięć, lęków, polega na przekazywaniu emocji podtrzymujących poczucie bezpieczeństwa i spokoju;
- **wsparcie informacyjne**, to przekazywanie informacji ważnych i ułatwiających zrozumienie trudnej sytuacji życiowej, w jakiej znalazł się chory. Są to informacje zdrowotne i związane
- z podejmowanym działaniem w obszarze rehabilitacji oraz informacje o grupach wsparcia
- i instytucjach, w których pacjent mógłby otrzymać pomoc;
- **wsparcie instytucjonalne**, osobom niepełnosprawnym i przewlekle chorym z pomocą przychodzą instytucje pomocy społecznej. Przykładem instytucjonalnego wsparcia są domy pomocy społecznej, inną rozpowszechnioną formą wsparcia jest tzw. interwencja środowiskowa, która realizuje konkretne cele w środowisku chorego, np.: kwalifikuje na turnusy leczenia sanatoryjnego, organizuje grupy samopomocy, zaopatruje pacjenta w sprzęt rehabilitacyjny. Istotnym dla przewlekle chorego jest także wsparcie duchowe potrzebne w sytuacjach, w których dominuje cierpienie i lęk przed śmiercią, w

sytuacjach kryzysu egzystencjonalnego. Możliwość skorzystania z duchowego wsparcia, zgodnego z własnym wyznaniem jest dla chorego niezwykle cenne [13,14,15].

Podsumowanie

Siła, jaka tkwi w rodzinie powoduje, że chory czuje się wyjątkowym jej członkiem, potrafi stawiać czoła zmianom, trudnym sytuacjom, a także radzić sobie z nieprzewidywanymi zdarzeniami. Rodzina jest żywym psychospołecznym organizmem, dodaje przewlekle choremu otuchy, odwagi, wzmacnia jego przynależność do pozostałych osób wchodzących w jej skład. Na niwie rodziny chory doświadcza troski, miłości, jedności, zaś osoba opiekująca się, poprzez swoje działania osiąga pewien stopień doskonałości i dojrzałości, a także bierze udział w utrzymaniu homeostazy rodzinnej. Wsparcie zaś, to dla przewlekle chorego opanowanie kryzysu psychicznego, zminimalizowanie stresu. O skuteczności wsparcia decyduje relacja między oczekiwaniami pacjenta a rzeczywiście uzyskaną pomocą. W wyniku złożonego mechanizmu zależności, niektórzy pacjenci mimo tego, iż wymagają wsparcia odrzucają je w obawie o własną autonomię, zaś inni oczekują pomocy nie uruchamiając prób samodzielnego radzenia sobie z trudnościami i przeciwnościami wynikającymi z choroby [16].

Piśmiennictwo

1. Kurleto-Kalitowska E.: Filozofia przemijania, Życie i śmierć w polskiej filozofii XX wieku, FALL, Kraków 2016, 20-22.
2. Bogusz J.: Encyklopedia dla pielęgniarek, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1990, 74.
3. Synowiec-Piłat M., Łaska-Formejster A. (red.): Społeczne Konteksty Chorób Przewlekłych wybrane zagadnienia, Instytut Socjologii wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2013, 7-8.
4. Kawula S.: Rodzina jako podmiot przemian i badań społecznych – konteksty pedagogiki rodziny [W:] Pedagogika rodziny – in statu nascendi czy uznana subdyscyplina, Ładyżyński A. (red.), Oficyna Wydawnicza ATUT –Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2012, 11-13.
5. Liberska H.: Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju, Difin S.A., Warszawa 2011.
6. Gorbaniuk J., Parysiewicz B.: Rodzina wobec współczesnych wyzwań społeczno –

- kulturowych, publikacja z serii Centrum Badań nad Rodziną, KUL, Lublin 2009.
7. Badora S., Zięba – Kołodziej B.: Pedagogika opiekuńcza. Perspektywy myślenia o rodzinie, Difin S.A., Warszawa 2005.
 8. Badora S., Czeredrecka B., Marzec D.: Rodzina i formy jej wspomagania, Impuls, Kraków 2001.
 9. Kowalska – Kantyka M., Kantyka S.: Możliwości wsparcia rodzin i osób dysfunkcyjnych przez Ośrodki Pomocy Społecznej, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie, Warszawa 2011.
 10. Becelewska D.: Wsparcie emocjonalne w pracy socjalnej, Śląskie Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2004.
 11. Strzemieczna M.: Na misję? Kilka uwag o wolontariacie, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2016, 10, 4-6.
 12. Weissbrot – Koziarska A.: Poradnictwo socjalne dla rodzin, Podręcznik akademicki, Uniwersytet Opolski, Opole 2012, 170-171.
 13. Kirenko J: Oblicza niepełnosprawności, Wyższa Szkoła Społeczno – Przyrodnicza im. Wincentego Pola w Lublinie, Lublin 2006, 110-111.
 14. de Barbaro B., Ostoja-Zawadzka K., Cechnicki A.: Możesz pomóc, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005.
 15. Kuziara T.: Człowiek stary w instytucji opiekuńczej, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2016, 06 , 16-17.
 16. Biernat T., Przeperski J.: Zintegrowane wsparcie rodziny w środowisku lokalnym: Centrum dla rodzin, Akapit S.C., Toruń 2015.

„Dla niektórych warto się roztopić...”

„Dla niektórych warto się roztopić...”

Zychalska Klaudia

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Propedeutyki Pielęgniarstwa Katedry Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Celem mojej pracy było ukazanie historii 14. letniego chłopca zmagającego się z ciężką chorobą oraz przedstawienie wpływu, jaki miała ona na jego rodzinę, przyjaciół i otoczenie.

Michała poznałam, kiedy miałam 16 lat. On chodził wtedy do 5 klasy szkoły podstawowej. Mieszkaliśmy w tej samej wsi pod Kielcami. Przyjaźnił się z moją młodszą siostrą, Julką. Często spotykali się po szkole swoją paczką i wspólnie spędzali czas. Zdarzało się, że odwiedzał nas w naszym domu.

Michała i moją siostrę łączyła wspólna pasja - trenowali piłkę nożną w drużynie prowadzonej przez mojego tatę. Michał grał na pozycji pomocnika. Ta wspólna pasja sprawiała, że doskonale się dogadywali.

Pewnego dnia siostra po powrocie ze szkoły powiedziała, że Michał leży w szpitalu. Miał wtedy 12 lat. Strasznie wymiotował, miał biegunkę. Jeszcze poprzedniego dnia, w piątek, był razem z Julką na treningu, a już w sobotę zabrało go pogotowie.

Leżał na oddziale kilka dni. Pomimo wykonania wielu badań lekarze mieli problem z postawieniem diagnozy. Moja siostra razem z tatą i grupką znajomych pojechali go odwiedzić. Był bardzo słaby, ale ta ich wizyta sprawiła mu ogromną radość. Mijały kolejne dni, tygodnie, przeprowadzono kolejne badania, w tym gastroskopię i kolonoskopię, ale lekarze wciąż pozostawali bezradni.

Po około 2. miesiącach pobytu w szpitalu wreszcie postawiono pierwszą sprecyzowaną diagnozę - choroba Leśniowskiego-Crohna.

Tą informacją podzieliła się ze mną Julka, jednocześnie próbując się dowiedzieć, czym tak naprawdę ta choroba jest. Wspólnie szukałyśmy niezbędnych informacji i obie byłyśmy

„Dla niektórych warto się roztopić...”

zszokowane, gdy okazało się, że jest bardzo poważna i dotyka rocznie zaledwie 0,005% społeczeństwa w Europie. Siostra była bardzo zmartwiona. Michał został jednak wypisany ze szpitala. Zalecono leki i dietę. Znajomi odwiedzali go już w domu. Wszystkich dziwiło jak bardzo schudł.

Po dwóch tygodniach pobytu Michała w domu nastąpił nawrót choroby. Do mamy Michała zadzwonił jego starszy brat, prosząc: " *Mamo, przyjdź szybko, Michał leży i strasznie wymiotuje. Wygląda, jakby miał umrzeć*".

Chłopiec ponownie trafił do szpitala. Jak mówiła jego mama: " *był taki słaby, że w szpitalu nie mogli mu zrobić prześwietlenia, bo nie był w stanie siedzieć*". Zabrano go na chirurgię, wdrożono szereg procedur, m.in. założono sondę, ale jego stan uległ pogorszeniu.

Dnia 25 kwietnia 2013 roku o godzinie trzeciej w nocy lekarz poprosili rodziców o zgodę na operację ratującą Michałowi życie. Już wtedy wiedział, że może tego nie przeżyć.

" *Usunęliśmy guz wielki jak u 60-letniego mężczyzny. To on spowodował niedrożność jelit*" – powiedział po zabiegu chirurg dziecięcy, dr Przemysław Wolak, który operował Michała. Michałowi wycięto również 70 centymetrów jelita, a podczas kolejnych operacji wyrostek robaczkowy i okoliczne węzły chłonne zaatakowane, jak się wtedy okazało przez nowotwór.

Michał był bardzo silny i dzielny. Zdawał sobie sprawę z tego, że jego stan jest poważny - w ciągu miesiąca schudł 13 kilogramów. Chciał jednak dokładnie wiedzieć, z czym musi walczyć. Był bardzo dociekliwy, stawiał trudne pytania dorosłym. Zbyt ogólne, mało konkretne odpowiedzi go nie satysfakcjonowały. Lekarze poinformowali go o złośliwym nowotworze jelita. Był silny, chciał walczyć, chciał żyć.

Założono mu vascuport, przeszedł początkowo dwa bloki chemioterapii. Pomimo że był bardzo słaby, starał się cieszyć życiem.

" *Człowieku, co to za pacjent! On mi tu zorganizował na oddziale fan club Chelsea. Ten dzieciak kocha piłkę nożną*" - mówił Profesor Piotr Czauderna, kierownik Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

" *Michał jest jedynym dziecięcym pacjentem w Polsce i nie wiem, czy nie jedynym na świecie* - tłumaczył doktor Przemysław Wolak, kierownik oddziału chirurgii Szpitala Dziecięcego w Kielcach - *nie wiadomo, z czego biorą się takie nowotwory u dzieci. Medycyna jeszcze nie wszystko potrafi wyjaśnić*".

Leczenie nie przynosiło niestety oczekiwanych efektów. Rodzina i przyjaciele bardzo to

„Dla niektórych warto się roztopić...”

przeżywali. Pamiętam, jak kiedyś przyszedł do domu mój tata i powiedział, że Michał miał przerzuty nawet w trakcie chemioterapii.

Profesor Czauderna wykonał termoablację guzków, które pojawiły się na wątrobie. Rozpoczęto program chemioterapii dla dorosłych z mięsakiem jelita, mimo iż Michał miał zaledwie 14 lat. Leczenie było jednak bardzo kosztowne i wręcz stałoby się niemożliwe bez pomocy wszystkich tych, którzy go wspierali.

O Michale i jego woli walki słyszeli praktycznie wszyscy w Kielcach i pobliskich wsiach, między innymi Kevin Słomka i Przemysław Kijowski z True Blues Poland (fanclubu ulubionej drużyny Michała - Chelsea Londyn). Przy pomocy portali społecznościowych zorganizowali zbiórkę pieniędzy na leczenie. Jego były trener przygotował również koncert charytatywny w klubie w Kielcach, a następnego dnia turniej piłkarski, w którym brałyby udział dzieci z Football Academy oraz koledzy, z którymi wcześniej trenował w Astrze Piekosów. Swoją drużynę nazwali "Przyjaciele Michała".

Niestety, on sam był zbyt słaby by zagrać, ale był obecny. Podczas turnieju wolontariusze zbierali pieniądze do specjalnych puszek, odbyła się również licytacja rzeczy ofiarowanych przez tych, którzy wspierali Michała w walce. Łącznie udało się zebrać sumę 5000 zł.

Członkowie True Blues Poland, oprócz zebrania pieniędzy na leczenie, spełnili również największe marzenie Michała - wraz z kibicami zorganizowali wyjazd na mecz jego ukochanej drużyny. W czerwcu odwiedziła go kilkunastoosobowa delegacja, przywożąc koszulki i zdjęcia z autografami gwiazd Chelsea oraz tort.

True Blues Poland zakupił bilety na mecz Chelsea-Swansea, który odbył się 8 sierpnia na stadionie Stanford Bridge w Londynie. Fundacja Miśka Zdziśka "Błękitny Promyk Nadziei", której Michał jest podopiecznym, zakupiła bilety na samolot do Londynu. Michał pojechał z mamą i starszym bratem. Ze względu na stan zdrowia chłopca towarzyszył mu również doktor Przemysław Wolak.

Mimo, iż Chelsea zremisowała ze Swansea, dzień 8 sierpnia stał się najlepszym dniem w życiu Michała. Spełnił swoje największe marzenie - oglądał swoją ukochaną drużynę na żywo w akcji. Co więcej, po meczu spotkał się z całą drużyną, która wręczyła mu koszulkę z autografami zawodników. Kapitan drużyny John Terry ofiarował mu meczową koszulkę, „jeszcze ciepłą od potu”. Kiedy mama Michała zaproponowała, że ją wypierze - spojrzał na nią z pogardą.

„Dla niektórych warto się roztopić...”

Po interwencji True Blues Poland, historia Michała została nagłośniona przez gazetę "Echo dnia" oraz telewizję TVN. Dzięki temu producent leku, który Michał musiał przyjmować, zdecydował się dostarczać go chłopakowi za symboliczną złotówkę. Była to ogromna ulga dla Michała i jego rodziny, ponieważ miesięczny koszt kuracji wynosił wcześniej 6000 zł, lek niestety nie był refundowany przez NFZ.

Michał, pomimo że z dnia na dzień czuł się coraz słabszy, chciał wykorzystać każdy dzień jak najlepiej mógł. Zapraszał do siebie znajomych, spędzał z nimi czas. Jedną z takich osób była właśnie moja siostra. Rozmawiał z nią motywując do gry. Mówił, że trzyma za nich kciuki, że żałuje, że sam nie może zagrać. Śledził losy swojej byłej drużyny. Obserwowałam, jak bardzo moja siostra była zdruzgotana po powrocie z takich spotkań. Ona widziała, że z jej kolegą nie jest dobrze i bardzo to przeżywała. Opowiadała mi, jaki jest silny, jak mocno walczy, jak wierzy. Śmiał się, żartował, żył tak, jak gdyby nic złego mu się nie przydarzyło. Czerpał radość z każdego momentu życia, jak gdyby czuł, że niewiele mu go zostało. Oprócz przyjaciół i rodziny odwiedzili go także zawodnicy Korony Kielce. Wszyscy staliśmy za nim murem, trzymając mocno kciuki.

Fundacja, do której należał Michał przeprowadziła remont jego mieszkania. Szczególnie skupili się na pokoju chłopca. Został on urządzony w ulubionych biało - niebieskich barwach. Wszechobecne było również logo i zdjęcia drużyny. Oficjalnie remont zakończono 30 września 2015 roku. Michał był przeszczęśliwy. Swoim nowym pokojem nie cieszył się jednak zbyt długo. Dnia 19 października zakończył swoją długą, trudną i nierówną walkę. Mimo wszystko, zakończył ją zwycięstwem. Sam odszedł, ale umocnił wiele serc. Informacja o jego śmierci wstrząsnęła nami wszystkimi. Każdy miał nadzieję, wierzył, że Michał będzie żył.

Na jego profilu na Facebook'u pojawiły się wpisy, które mną wstrząsają do dziś. Młodzi, kilkunastoletni ludzie wykazali się ogromną dojrzałością. Posty: "*Do zobaczenia Bohaterze*", "*Jeszcze się spotkamy bracie*" czy "*Dzięki Michał za lekcje życia*" pisane przez dzieci chwytają mocno za serce. Pojawił się także post, która zamieścił dr Przemysław Wolak. Pozwolę go sobie w tym miejscu zacytować: "*Żegnaj Mój Młody Przyjacielu. To nie tak miało być, już raz udało nam się przechytryć śmierć, ale teraz byliśmy bezsilni. Daleś nam wielką lekcję godną najlepszego wojownika Chelsea. Przegraliśmy, ale nie zostaliśmy zwyciężeni. Kiedyś się jeszcze spotkamy i powiem Ci, jak tam gra Twoja ukochana drużyna. Byłeś moim wyjątkowym pacjentem. Na zawsze pozostaniesz w mojej pamięci. Cześć Michale. Odpoczywaj w pokoju.*"

„Dla niektórych warto się roztopić...”

Bardzo mi Ciebie brakuje."

Po śmierci Michała, jego mama przekazała mojej siostrze i jej koleżance wiadomość: „Że kochał je jak siostry, że to wspaniałe, że je poznał, że walczył dla nich. On swoje życie już przegrał, ale prosi by one walczyły o swoje. Że są cudownymi osobami, że zawsze będą jego przyjaciółkami i nic im się nie ostanie, bo on będzie czuwał i nie pozwoli, by stała się im jakaś krzywda. Stwierdził, że *"czasami warto się roztopić dla innych"* i on właśnie się dla nich roztopia. Prosił, by zawsze o nim pamiętały, bo jego dusza ciągle będzie żywa i będzie pamiętać o tym, co dla niego zrobiły. Najważniejsze dla jednak niego było to, aby one swojego życia nie zmarnowały i wykorzystały w 100% tak, jak on swoje wykorzystał”.

Niektórym może się wydawać, że Michał od nas odszedł. Ale to nieprawda. Pozostawił bliskim wskazówki w formie krótkich liścików. Jak mają dalej żyć i cieszyć się właśnie życiem. Ale przede wszystkim nauczył nas wszystkich, żeby czerpać z życia jak najwięcej do samego końca. Rówieśnikom pokazał, jak ogromną stanowi ono wartość. Pozwolił im dorosnąć, zmierzyć się z problemem i nauczył podejmować z nim walkę.

Wykazał się ogromną odwagą i siłą - zdawał sobie od początku sprawę ze swojego stanu, chciał wiedzieć wszystko, chciał znać prawdę, dzielnie znosił ból i cierpienie. A w tym wszystkim wciąż pamiętał o innych. I wciąż potrafił być szczęśliwy. Wykorzystał swoją chorobę, by ulepszyć świat. Jego postawa wobec choroby wpłynęła na wielu ludzi. Zmusiła do refleksji, do tego, by zatrzymać się na moment tylko po to, by docenić to co mamy.

Myślę, że wszyscy, nawet Ci którzy jedynie słyszeli jego historię zgodzą się ze mną i docenią zasługi tego chłopca. W naszej pamięci pozostanie jako syn, brat, przyjaciel, kibic, ale przede wszystkim będzie bohaterem. Czy spotkam jeszcze kogoś tak wspaniałego.

I ja Tobie Michał bardzo dziękuję!

„Pola Nadziei” formą edukacji społeczeństwa i rozwoju wolontariatu, na przykładzie kampanii prowadzonej przez Fundację „Pomóż Im”

Sobolewska Ewelina Maria^{1,2}, Harasim-Piszczatowska Emilia¹

1. Doktorantka Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Fundacja „Pomóż Im” na rzecz Dzieci z Chorobami Nowotworowymi i Hospicjum dla Dzieci

Wstęp

„Pola Nadziei” to kampania społeczna prowadzona przez hospicja, która ma na celu propagowanie idei opieki paliatywnej w społeczeństwie, a także rozpowszechnianie wolontariatu i bezinteresownej pomocy osobom nieuleczalnie chorym i ich rodzinom. W Polsce organizatorem i koordynatorem tej akcji jest Hospicjum św. Łazarza w Krakowie, natomiast Fundacja „Pomóż Im”, prowadząca Domowe Hospicjum dla Dzieci w Białymstoku, prowadzi ją na terenie województwa podlaskiego. Symbolem kampanii „Pola Nadziei” jest żonkil, który uznawany jest za międzynarodowy symbol nadziei.

Opieka paliatywna

Opieka paliatywna (łac. *pallium* – obszerny płaszcz) jest wszechstronnym postępowaniem, które ma na celu objęcie opieką pacjenta z postępującą i zaawansowaną chorobą oraz poprawę jakości jego życia. Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała opiekę paliatywną, jako: „działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stojących wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji oraz bardzo starannej ocenie i leczeniu bólu innych problemów: somatycznych, psychosocjalnych i duchowych” [1,2]. Formy świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej są następujące [3]:

- Opieka domowa – w Polsce forma podstawowa opieki paliatywnej. Fundamentalną i najważniejszą zaletą jest utworzenie możliwości pozostawienia pacjenta aż do śmierci w jego domu. Zespoły domowej opieki hospicyjnej składają się z lekarzy,

pielęgniarek, psychologów oraz kapelanów i wolontariuszy. Poza wsparciem medycznym udzielana jest także pomoc duchowa i socjalna samemu pacjentowi, jak i jego rodzinie. Pomoc pacjentom niesiona jest na każde ich wezwanie. Jest to najlepsza i najbardziej właściwa forma opieki dla nieuleczalnie chorych dzieci.

- Opieka stacjonarna – Oferowana jest przez hospicja stacjonarne lub wydzielone oddziały opieki paliatywnej w szpitalach. Dedykowana jest pacjentom samotnym lub wymagającym całodobowej, specjalistycznej opieki. Trudna sytuacja rodzinna, czy nieodpowiednie dla nieuleczalnie chorego człowieka warunki domowe, a także konieczność czasowego wsparcia członków rodziny poprzez ich odciążenie są wskazaniami do zastosowania tej formy opieki. Mimo zapewnienia całodobowej opieki, rodzina jest angażowana w pielęgnację i opiekę nad chorym. Górecki podkreśla, że opieka stacjonarna nie jest alternatywą dla opieki domowej, a jedynie jej dopełnieniem [4].
- Ośrodki opieki dziennej – Opieka kierowana jest w głównej mierze do pacjentów w pierwszej fazie terminalnej choroby terminalnej. Jest pośrednią formą opieki między stacjonarną a domową. Daje możliwość korzystania ze wsparcia medycznego, ale również relaksu czy terapii zajęciowej. Chorzy mają możliwość aktywnego spędzania czasu, a ich rodziny kontynuacji pracy zawodowej oraz odpoczynku [5,6].
- Opieka ambulatoryjna – Oferowana jest przez poradnie medycyny paliatywnej oraz poradnie leczenia bólu.

W opiekę paliatywną zaangażowany jest wielodyscyplinarny zespół różnych specjalistów, których celem jest poprawa jakości życia u jego schyłku. Do ich zadań należy leczenie bólu, nudności i wymiotów, duszności, a także innych dokuczliwych objawów. Okazywane wsparcie obejmuje również przeciwdziałanie izolacji i osamotnieniu, łagodzenie lęków i depresji oraz pomoc duchową i emocjonalną. Ważnym elementem jest także objęcie opieką rodziny zarówno w trakcie leczenia, jak i w momencie osierocenia.

Hospicjum pochodzi od słów hospes – „gość” i hospitium – „gościna, „gościnność” [7]. Setki lat temu określało miejsce oferujące bezpieczny azyl i pomoc każdemu podróżnemu. Z biegiem czasu stało się miejscem, w którym udzielane było wsparcie osobom biednym, chorym i bezdomnym. Aktualnie to miejsce, pomagające ludziom chorym na nieuleczalne choroby w schyłkowym okresie ich życia. Pionierką współczesnej opieki paliatywnej uznawana jest Cicely Saunders, która w 1967 roku założyła w Londynie Hospicjum św. Krzysztofa. Uważane jest ono za światowe centrum opieki paliatywno-

hospicyjnej, miejsce, w którym stworzono podstawy medycyny paliatywnej, a także ośrodek edukacyjny zarówno dla lekarzy, jak i wolontariuszy [8]. Kontakt z umierającymi ludźmi zainicjował i ukierunkował ją do stworzenia ruchu mającego na celu zapewnienie takim osobom właściwej opieki. Dzięki jej działaniom w świadomości społeczeństwa idea opieki nad nieuleczalnie chorymi ludźmi była coraz bardziej obecna. Niedługo później na całym świecie zaczęły powstawać kolejne ośrodki sprawujące działalność hospicyjną.

Działalność Cicely Saunders była też znacząca dla rozwoju idei opieki hospicyjnej w Polsce. Odwiedziła nasz kraj i wygłosiła wykłady o współczesnym ruchu hospicyjnym w 1978 roku. Wpłynęło to na powstanie w 1981 roku Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Hospicjum” w Krakowie. Funkcjonowanie tej pierwszej organizacji charytatywnej w Europie Wschodniej opierało się na pracy wolontariuszy, a efektem ich działań było stworzenie hospicjum stacjonarnego im. św. Łazarza w Krakowie. Kolejnym ośrodkiem sprawującym opiekę na osobami umierającymi stało się gdańskie hospicjum domowe Pallotinum. Utworzone zostało w 1983 roku przez ks. Eugeniusza Dutkiewicza i prof. Joannę Muszkowską-Penson. Wkrótce zaczęto tworzyć kolejne miejsce oferujące tego typu wsparcie. Kalinowski podaje, iż w 1992 roku w Polsce działało już 35 ośrodków hospicyjnych, a w 1997 liczba placówek oferujących pomoc paliatywno-hospicyjną wzrosła do niemal 180 [9]. Polska wówczas była na drugim miejscu w Europie, po Wielkiej Brytanii, pod względem ilości ośrodków hospicyjnych.

W latach dziewięćdziesiątych pojawiła się inicjatywa wydzielenia ośrodków opieki paliatywnej, które swoją opiekę koncentrować miały na dzieciach i młodzieży. Pierwszą tego rodzaju placówką w Polsce było Warszawskie Hospicjum dla Dzieci. Później kolejno powstawały m.in. Hospicjum im. Małego Księcia w Lublinie, Łódzkie Hospicjum dla Dzieci. Hospicjum dla Dzieci w Białymstoku prowadzone przez Fundację „Pomóż Im” powstało w roku 2009.

Wolontariat

Wolontariat został uregulowany prawnie 24 kwietnia 2003 roku, kiedy to została uchwalona Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. nr 96, poz. 873 ze zm.). Artykuł 2 pkt.3 definiuje wolontariusza, jako „osobę fizyczną, która ochotniczo i bez wynagrodzenia wykonuje świadczenia na zasadach określonych w ustawie”. Regulacje zawarte w ustawie dotyczą wszelkiego rodzaju wolontariatu, także odbywanego w hospicjach.

Słowo „wolontariusz” wywodzi się z łaciny (*voluntarius*), co tłumaczone jest jako ochotniczy, dobrowolny, chętny. Wolontariuszem może zostać każdy. Wystarczą chęci i podjęcie świadomej decyzji, w jakiej sferze życia społecznego chce zacząć działać. Najważniejszymi aspektami działalności wolontariusza są: działanie na rzecz drugiego człowieka, pomoc, dobrowolność i nieodpłatność. Podjęcie się aktywności wolontarystycznej pociąga za sobą obowiązki, takie jak odpowiedzialność, uczciwość i sumienność w wypełnianiu podjętych zobowiązań. Mimo tego, iż wolontariusze za swoją pracę nie otrzymują wynagrodzenia, to otrzymują różne formy wyrazów wdzięczności niematerialnej. Należą do nich słowa uznania, poczucie sensu, podwyższenie samooceny czy zdobycie uznania. Wolontariat kształtuje także kompetencje, które są pożądane przez pracodawców. Są to: umiejętność pracy w zespole, efektywna komunikacja, rozumienie zagadnień społecznych, umiejętność zarządzania własnym czasem, planowanie pracy, podejmowanie prób rozwiązywania problemów, a czasem też umiejętności przywódcze [10].

W opiece paliatywnej, obok zespołu specjalistów, biorą udział wolontariusze. Wolontariat hospicyjny może przybrać formę medyczną i niemedyczną. Zadaniem każdego wolontariusza jest wspieranie pacjentów i ich rodzin w codziennych sprawach i problemach, towarzyszenie im. Organizują czas wolny pacjentom, dbają o ich komfort i dobre samopoczucie. Do przykładów działalności pozamedycznej wolontariuszy należy też udział w akcjach charytatywnych, zbiórkach publicznych oraz pomoc w pracach administracyjnych hospicjum. Wolontariusze medyczni pomagają w czynnościach pielęgnacyjnych, czy karmieniu chorych.

Wolontariat hospicyjny jest kojarzony głównie z osobami dorosłymi, lecz wsparcia w opiece paliatywnej może udzielać również młodzież, a nawet dzieci. Jednym z zadań hospicjów jest działalność edukacyjna i wychowawcza. W związku z tym szansą na jej realizację jest współpraca ze szkołami [11]. Zespoły hospicyjne zapraszają uczniów i nauczycieli do udziału w akcjach charytatywnych i różnych przedsięwzięciach edukacyjnych. Jedną z akcji spełniających funkcję edukacyjną i angażującą dzieci, młodzież oraz dorosłych do współpracy z hospicjami jest kampania „Pola Nadziei”.

Podstawą podjęcia współpracy z przedszkolami czy szkołami jest przedstawienie ciekawej i atrakcyjnej oferty wolontariatu. Po uzyskaniu zgody dyrekcji i grona pedagogicznego należy zaprezentować działania, w jakich uczniowie mogliby brać udział, a także przybliżyć formę spotkań edukacyjnych. We współpracy pomocne jest wyznaczenie koordynatora, nauczyciela, który będzie dbał o komunikację pomiędzy placówką a ośrodkiem

hospicyjnym. Dzięki zaangażowaniu obu stron oraz wzajemnej życzliwości, dostrzeżeniu potrzeb i dążeń można osiągnąć imponujące rezultaty. Po spotkaniach i prelekcjach na temat wolontariatu i opieki paliatywno – hospicyjnej można ustalić zakres zadań możliwych we współpracy, dostosowanych do konkretnych grup wiekowych dzieci i młodzieży. Niezwykle ważna jest edukacja i promowanie wolontariatu oraz idei opieki paliatywnej już od najmłodszych lat. Dzieci szkół podstawowych czy gimnazjum bardzo chętnie angażować się będą w różnego typu akcje charytatywne oraz promocyjne na rzecz hospicjum. Uczniowie szkół ponadgimnazjalnych mogą już brać udział w kursach wolontariatu, by stopniowo przygotować się do działań w ośrodku opieki paliatywnej. W wielu szkołach organizowane są Koła Wolontariatu skupiające dzieci i młodzież lubiącą pomagać. Grupy te bardzo chętnie włączają się w działalność wolontariatu hospicyjnego.

Istotne jest podziękowanie wszystkim członkom szkolnego wolontariatu hospicyjnego, ponieważ podkreślenie ich zaangażowania, poprzez np. wręczenie dyplomów, zachęci ich i zmotywuje do dalszej współpracy. W przypadku młodzieży ze szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych wolontariat szkolny/akcyjny może skłonić do podjęcia się działania w ośrodku hospicyjnym. Może to być też forma na odnalezienie lub potwierdzenia swojego powołania życiowego, a także wyboru odpowiedniej ścieżki dalszej edukacji, by pomagać innym ludziom jako np. pracownik medyczny lub psycholog. Wolontariat szkolny jest coraz częściej postrzegany i przyjmowany jako forma zapobiegania i przeciwdziałania patologiom społecznym [12].

Ogromnym potencjałem energii i chęci do działania i pomagania są studenci. Zazwyczaj jest to jedna z najbardziej aktywnych grup, które decydują się na działalność wolontarystyczną. Warto, by w tej grupie dopierać zakres wyznaczanych zadań do zainteresowań i kierunku podjętych studiów. Dzięki temu możliwe jest trwałe związanie danej osoby z ośrodkiem hospicyjnym i uzyskanie przez nią pożądanego w przyszłej pracy doświadczenia. Motywy, dla których młodzi ludzie podejmują aktywność wolontarystyczną w różnych organizacjach, to: chęć doświadczenia bycia potrzebnym innym ludziom, czerpanie satysfakcji z pracy z dziećmi, dążenie do zdobywania doświadczenia, które może okazać się przydatne i niezbędne w podejmowaniu przyszłej pracy zawodowej, rozwijanie zainteresowań, poznawanie innych ludzi oraz nabywanie/rozwijanie umiejętności komunikowania się. Wolontariat młodych ludzi kształtuje ich osobowość, a także umożliwia zostanie wzorem godnym do naśladowania dla innych [13].

Najmniej liczną grupą wolontariuszy są zazwyczaj osoby w wieku 35-55 lat, gdyż są oni najbardziej aktywni zawodowo, często pochłonięci rozwojem kariery i wychowywaniem dzieci. Istnieje jednak możliwość zaangażowania takich osób w wolontariat pracowniczy. Odbywa się to poprzez zachęcanie pracowników przez pracodawców do brania udziału w akcjach organizacji charytatywnych. Taki typ wolontariatu integruje pracowników, wpływa pozytywnie na poprawę komunikacji między nimi. Pracownicy podejmując się działania na rzecz potrzebujących danej organizacji, korzystają ze swoich talentów, zdolności i predyspozycji oraz wykorzystują swoje umiejętności zawodowe. Przedsiębiorstwa natomiast wspomagają swoich pracowników w podjętych działaniach, np. poprzez wsparcie rzeczowe lub finansowe przekazywane organizacji, na rzecz której udzielają się pracownicy.

Coraz częściej wolontariatu podejmują się osoby starsze. W związku z tym należy dołożyć starań, by dotrzeć do nich z informacją o zapotrzebowaniu na ich pomoc. Przydatne w pozyskaniu wolontariuszy z tej grupy wiekowej wydają się informacje prasowe, kontakt z Uniwersytetami Trzeciego Wieku, klubami seniora lub grupami parafialnymi. Osoby te, dysponując wolnym czasem, chętnie dzielą się swoją wiedzą i doświadczeniem, przy tym czują się potrzebni.

Wejście w życie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie uporządkowało kwestię praw i obowiązków wolontariuszy. Organizacja korzystająca z pomocy wolontariuszy ma wobec nich określone zobowiązania. Należą do nich [14]:

- zawarcie porozumienia o współpracy,
- poinformowanie wolontariusza o ryzyku dla zdrowia i bezpieczeństwa związanych ze świadczeniami, które wykonuje,
- poinformowanie o sposobach ochrony przed zagrożeniami,
- zapewnienie higienicznych i bezpiecznych warunków wykonywania świadczeń,
- pokrywanie kosztów podróży służbowych i diet,
- ubezpieczenie w zakresie NNW (Następstw Nieszczęśliwych Wypadków),
- wystawienie zaświadczenia o wykonywanym przez wolontariusza zakresie świadczeń.

Obowiązujące przepisy wymagają od organizacji, która korzysta z pomocy wolontariuszy zawierania z nimi porozumienia o współpracy. W jego treści należy umieścić m.in. czas trwania współpracy, zakres wykonywanych świadczeń oraz dane zarówno organizacji, czyli strony korzystającej jak i wolontariusza. Porozumienie powinno zostać zawarte na piśmie, jeśli współpraca wolontariusza z daną placówką będzie trwała więcej niż 30 dni. W przypadku okresu krótszej współpracy to porozumienie może być zawarte w formie

ustnej. Jeśli czas współpracy będzie krótszy niż 30 dni, a wolontariusz wyrazi chęć zawarcia porozumienia na piśmie, to organizacja ma obowiązek takie porozumienie przygotować i podpisać.

Kampania „Pola Nadziei” prowadzona przez Fundację „Pomóż Im”

„Pola Nadziei” to ogólnopolska kampania mająca na celu rozpowszechnianie idei opieki paliatywnej w społeczeństwie. Organizatorem i koordynatorem akcji w Polsce jest Hospicjum Św. Łazarza w Krakowie. Symbolem akcji jest żonkil uznawany za międzynarodowy symbol nadziei. Program „Pól Nadziei” został stworzony w Wielkiej Brytanii przez Organizację Charytatywną Marie Curie Cancer Care. W 1998 roku obchodziła 50-lecie swojego istnienia i w tym samym roku zapoznała ze swoją pracą Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum” w Krakowie. Wiosną 1998 roku w krakowskich parkach zakwitły żonkile pierwszego polskiego „pola nadziei”.

Fundacja „Pomóż Im” prowadząca Domowe Hospicjum dla Dzieci, w 2010 roku dołączyła do ogólnopolskiej kampanii „Pola Nadziei”. Od tego czasu na terenie Białegostoku i innych miejscowości województwa podlaskiego propagowana jest idea ruchu hospicyjnego oraz wolontariatu. Kampania „Pola Nadziei” przebiega w dwóch etapach: jesiennym oraz wiosennym. Elementem kampanii jesiennej „Pól Nadziei” jest sadzenie żonkili w wybranych miejscach wokół szkół, przedszkoli, uczelni i urzędów. Przypominają one o ludziach cierpiących, oczekujących naszej pomocy i opieki w trudnym okresie odchodzenia z tego świata. Każdego roku zachęcane są kolejne instytucje, szkoły i przedszkola do włączenia się w tak szczytną akcję i utworzenia własnych rabatki żonkilowych, które mogą być symbolicznym aktem solidarności z ludźmi cierpiącymi i umierającymi. Kampania „Pola Nadziei” w województwie podlaskim od początku jej trwania cieszy się niesłabnącym zainteresowaniem. W pierwszej edycji uczestniczyło w niej ponad 70 placówek, w tegorocznej, siódmej już edycji „Pól Nadziei” bierze udział ponad dwa razy większa liczba szkół, przedszkoli i instytucji.

Wiosną, wraz z zakwitnięciem żonkili, zostaje przeprowadzona główna akcja „Pól Nadziei”, w ramach której organizowany jest kurs dla wolontariuszy, spotkania edukacyjne, konkursy, pokazy filmów, kwesty uliczne z wręczaniem darczyńcom kwiatów żonkili. Pod koniec roku szkolnego odbywa się podsumowanie kampanii, podczas którego zostają wyróżnieni wszyscy, którzy włączyli się w danym roku w akcję. Najaktywniejsze instytucje

zostają wyróżnione poprzez nadanie im honorowego tytułu: „Siewcy Nadziei” i wręczenie pamiątkowej tabliczki.

Kurs wolontariatu jest nieodłącznym elementem akcji. Każdego roku dzięki niemu istnieje możliwość dotarcia z informacją o opiece paliatywno-hospicyjnej do coraz większego grona osób. Część uczestników decyduje się w późniejszym okresie na stałą współpracę. Obserwowane jest nieustanne zainteresowanie wolontariatem, szczególnie młodych osób. W roku 2013 w kursie uczestniczyły 74 osoby[15], w roku kolejnym już 231, a w roku 2016 było to aż 450 osób [16]. Kurs składa się z 4 spotkań, podczas których słuchacze zapoznawani są z działalnością Domowego Hospicjum dla Dzieci prowadzonego przez Fundację „Pomóż Im” oraz pracą wolontariuszy, omawiane są także zagadnienia związane z prawami i obowiązkami osoby podejmującej się wolontariatu oraz organizacji korzystającej z jej pomocy. Przez psychologa hospicyjnego poruszany jest również aspekt psychologiczny potrzeb osób chorych i ich bliskich. Na każdym z tych spotkań uczestnicy mają możliwość bezpośredniego kontaktu z pracownikami Hospicjum, zadania nurtujących pytań czy rozwiania jakichkolwiek wątpliwości. Budującym jest fakt, iż osoby, które ukończyły kurs zapraszają i przyprowadzają osoby z najbliższego otoczenia na jego kolejne edycje.

Do dzieci i młodzieży, ale również osób dorosłych, które nie mogą brać udziału w kursach wolontariatu przygotowywane są i prowadzone przez koordynatora wolontariatu spotkania edukacyjne. Aby chęć niesienia pomocy była kwestią naturalną i oczywistą w społeczeństwie Fundacja „Pomóż Im” swoją działalność edukacyjną zaczyna już od najmłodszej grupy wiekowej, czyli od przedszkolaków. Dzieci podczas spotkań z koordynatorem kampanii „Pola Nadziei” oglądają bajkę, a następnie rozmawiają o cierpieniu i chorobie, o miejscach, w których osoby potrzebujące pomocy ją otrzymują, różnych formach udzielania wsparcia, a także poznają pojęcie „wolontariusz” i „hospicjum”. Natomiast starsze dzieci oraz młodzież i osoby dorosłe zapoznawane są z codziennym funkcjonowaniem Domowego Hospicjum dla Dzieci w Białymstoku oraz działalnością wolontariuszy Fundacji. Przy okazji tych spotkań pada wiele pytań dotyczących cierpienia i śmierci dzieci będących pod opieką Domowego Hospicjum, a także podejmowane są dyskusje na temat różnych możliwości wsparcia. Co roku dzięki edukacji w szkołach i przedszkolach Fundacja „Pomóż Im” dociera do ok. 3500 nowych odbiorców. Celem tych spotkań jest:

- Zwiększenie wiedzy dzieci na temat pomocy drugiemu człowiekowi.

- Poszerzenie świadomości i uwrażliwienie w temacie cierpienia i osamotnienia osób ciężko chorych.
- Kształtowanie postaw społecznych wobec osób nieuleczalnie chorych i cierpiących.
- Zachęcenie dzieci, młodzieży i osób dorosłych do podejmowanie aktywności społecznych.

Kolejnym elementem, mającym na celu wzrost świadomości społeczeństwa na temat opieki hospicyjnej i propagowanie idei wolontariatu, jest organizacja różnych konkursów. Dzieci, młodzież i dorośli w różnych kategoriach wiekowych przygotowują prace na konkursy: plastyczne, fotograficzne, literackie, projekt logo, plakatu i hasła promującego akcję itp. Każdego roku do siedziby Fundacji spływa kilkaset prac, co świadczy o dużym zainteresowaniu tą tematyką oraz chęcią uczestnictwa w wydarzeniach z nią związanych. W głównej mierze uczestnikami konkursów są uczniowie placówek współpracujących z Domowym Hospicjum dla Dzieci w ramach kampanii „Pola Nadziei”. Uczestnicy kampanii zapraszani są również na projekcje filmów związanych z cierpieniem, czy chorobą drugiego człowieka. Każdorazowo po pokazie odbywa się dyskusja moderowana przez psychologa i lekarza Hospicjum.

Działania Fundacji ukierunkowane są na promowanie i zachęcanie do czynnego wolontariatu. Podejmowane są próby zachęcania instytucji, zakładów pracy, szkół i przedszkoli do uczestnictwa w tej akcji, która z pewnością przynosi wiele korzyści dla wszystkich. Wolontariat pomaga uaktywnić społeczeństwo, stwarzając możliwość rozwoju. Poprzez wolontariat człowiek uczy się otwartości, wrażliwości na potrzeby innych, zdobywa nowe umiejętności, wykorzystuje swój potencjał, by nieść pomoc tym, którzy jej potrzebują.

Poza prowadzeniem szerokiej działalności edukacyjnej, udaje się pozyskać dodatkowe fundusze na prowadzenie opieki nad nieuleczalnie chorymi dziećmi, ich rodzeństwem, nad rodzinami w żałobie. Podczas kursów, spektakli, projekcji filmów i koncertów promowana jest idea opieki hospicyjnej oraz prowadzone zbiórki pieniędzy na rzecz podopiecznych Domowego Hospicjum dla Dzieci. Placówki zachęcane są również do podejmowania różnorodnych działań mających na celu wsparcie małych, nieuleczalnie chorych pacjentów. Dzieci i młodzież bardzo chętnie organizują zbiórki słodczy, zabawek czy środków czystości. Przy okazji świąt przekazują nieuleczalnie chorym dzieciom kartki świąteczne z życzeniami. Główna „żonkilowa kwesta” przeprowadzana jest wiosną na ulicach miast. Biorą w niej udział wolontariusze Fundacji, uczniowie i nauczyciele współpracujący w ramach

kampanii „Pola Nadziei”, a także dziennikarze oraz aktorzy Białostockiego Teatru Lalek. Łącznie w zbiorce uczestniczy każdego roku niemal 1000 osób.

Podsumowanie

„Pola Nadziei” to ogólnopolska kampania, mająca na celu rozpowszechnianie idei opieki paliatywnej w społeczeństwie. W Białymstoku i innych miejscowościach naszego regionu jest organizowana przez Fundację „Pomóż Im” prowadzącą Domowe Hospicjum dla Dzieci. Żonkilowe „Pola Nadziei” są znakiem jednoczącym społeczeństwo z osobami cierpiącymi, uwrażliwiają na ich potrzeby, a także skłaniają do refleksji nad sensem cierpienia, bólu i samotności.

Piśmiennictwo

1. www.who.int/cancer/palliative/definition/en, data pobrania 19.04.2017.
2. Kurczewska U., Jasińska M., Orszulak-Michalak D.: Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia. Cz. I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej, *Opieka farmaceutyczna*, 2010, 66, 93-100.
3. Hołubicki M.: Opieka paliatywna i hospicyjna w Polsce. [w:] *Człowiek nieuleczalnie chory*. Block B., Otrębski W. (red.), WNS KUL, Lublin, 1997, 11-17.
4. Górecki M.: Hospicjum, czyli o godnej śmierci i humanitarnej pomocy, *Opieka Wychowanie, Terapia*, 1993, 1, 14.
5. Górecki M.: *Hospicjum w służbie umierających*, Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa, 2000.
6. Kalinowski M.: *Towarzyszenie w cierpieniu, Polihymnia*, Lublin, 2002.
7. Kilka słów o historii hospicjum. <http://www.hospicja.pl/o-hospicjum/kilka-slow-o-historii-hospicjum>, data pobrania 19.04.2017.
8. Kurczewska U., Jasińska M., Orszulak-Michalak D.: Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia. Cz. I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej, *Opieka farmaceutyczna*, 2010, 66, 93-100.
9. Kostek M.: *Opieka paliatywna dzieci i młodzieży [w:] Wolontariat w hospicjum impulsem do zmiany w człowieku?* Kostek M., Towarzystwo Naukowe KUL Lublin 2010.

10. Kulig-Moskwa K.: Wolontariat jako instrument kształtowania kompetencji pożądaných na rynku pracy, *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu*, 2013, 4, 36, 115-127.
11. Krakowiak P., Kubasiński K.: Wolontariat dzieci i młodzieży [w:] Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego. Krakowiak P., Modlińska A., Binnebesel J. (red.), Fundacja Hospicyjna, Gdańsk, 2009, 26-32.
12. Kubasiński K.: Pedagogiczna rola wolontariatu hospicyjnego [w:] Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym. Binnebesel J., Janowicz A., Krakowiak P. (red.), Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2009, 97-98.
13. Szluz B.: Wolontariat studentów – współczesne wyzwania. <http://repozytorium.ur.edu.pl/handle/item/2303>, data pobrania 21.04.2017.
14. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, Dz.U. z 2003 r., Nr 96, poz. 873 z późn. zm., art. 2.3.
15. Sprawozdanie z kampanii „Pola Nadziei” prowadzonej przez Fundację „Pomóż Im” w roku 2013/2014. http://www.polanadziei.bialystok.pl/news.php?id_n=93 data pobrania 13.04.2017
16. Sprawozdanie z kampanii „Pola Nadziei” prowadzonej przez Fundację „Pomóż Im” w roku 2015/2016. http://pomozim.org.pl/storage/cms_pomozim/files/raport-pola-nadziei-20152016.pdf, data pobrania 13.04.2017.

Rola badania EEG w stwierdzaniu śmierci mózgu

Kimszal Ewelina, Kurowska Klaudia

Studia doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny
w Białymstoku

Wstęp

Śmierć jest procesem biologicznym, który powinien nastąpić samoistnie, a nie w konsekwencji jej stwierdzenia. Przez wieki diagnozowanie śmierci było sytuacją prostą i oczywistą – podejmowaną ją w sytuacji ustania krążenia i bezdechu. Wejście w życie nowych przepisów z dnia 17 lipca 2007 roku i badań instrumentalnych do diagnostyki śmierci mózgu sprawiło wyzwanie dla specjalistów. Diagnozowanie śmierci mózgu jest istotne, ponieważ czynności życiowe takie jak oddychanie i krążenie mogą być podtrzymywane sztucznie przez aparaturę do tego przeznaczoną. Dlatego stwierdzenie nieodwracalnej utraty wszystkich funkcji mózgowych staje się w dzisiejszych czasach koniecznym i wystarczającym warunkiem stwierdzania śmierci [1].

Śmierć mózgu

Śmierć mózgu jest procesem zdysocjonowanym. Rozumie się to jako śmierć, która ogarnia różne tkanki i układy w różnym czasie. Dochodzi do dezintegracji ustroju jako całości funkcjonalnej i kolejne, trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnych sekwencjach czasowych. Dlatego niektóre funkcje życiowe lub ich części mogą utrzymywać się dłużej od innych, które już obumarły.

Zjawisko to ujawnia się w szczególnych sytuacjach – kiedy śmierć dotknęła mózg, a krążenia jest jeszcze zachowane. W takich przypadkach to stan mózgu determinuje życie lub śmierć człowieka. Czynnikiem kwalifikującym do śmierci mózgu jest nieodwracalny brak funkcji pnia mózgu.

Trwałe uszkodzenie pnia mózgu ustalone są na podstawie braku określonych odruchów nerwowych i braku spontanicznej czynności oddechowej [2]. Rozpoznanie śmierci mózgu stwierdza się wykonując szereg badań klinicznych, w której uczestniczą specjaliści z:

anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej. W razie konieczności wykonuje się badania stwierdzające stan nieodwracalnej śpiączki, dokumentując jej przyczynę, wykazując brak odruchów pniowych, brak czynności motorycznych oraz bezdech [3].

Kolejnymi badaniami potrzebnymi do stwierdzenia śmierci mózgu jest zbadanie pacjenta pod kątem czynników mogących zaburzyć stan świadomości. Wymienia się tutaj hipotermię, farmakoterapię, zaburzenia elektrolitowe i hormonalne [4].

Uszkodzenie pierwotne i wtórne

Uszkodzenie pierwotne występują w czasie zaistnienia uszkodzenia i dotyczą bezpośrednio mózgowia. Związane są one zwykle z urazem, zamknięciem lub pęknięciem naczynia mózgowego (udar krwotoczny), pęknięciem malformacji naczyniowej, guzem mózgu i infekcji mózgu [1].

Uszkodzenie wtórne spowodowane są przez procesy powstałe poza mózgiem i często niewidoczne są klinicznie w trakcie powstania uszkodzenia. Związane jest to najczęściej z niedotlenieniem - w przebiegu nagłego zatrzymania krążenia, inną przyczyną jest zamknięcie naczynia mózgowego, obrzmienie mózgu, obrzęk cytotoksyczny, infekcja, w której skład również wchodzi infekcja opon mózgowo-rdzeniowych, a na końcu uszkodzenia metaboliczne (np. hipoglikemia) [1].

Zasady stwierdzania śmierci mózgowej w Polsce

Rozpoznanie śmierci mózgu w Polsce wzorowanajest na wytycznych brytyjskich z 1976 r. zawartych w protokole diagnostycznym, który został nowelizowany w 1995 r [5].

Rozpoznanie śmierci mózgu opiera się na w dwuetapowym postępowaniu kwalifikacyjnym, w którym stwierdza się nieodwracalną śmierć mózgu.

W pierwszym etapie zostaje wysunięcie podejrzenie śmierci pnia mózgu, natomiast w drugim etapie drugi zostają wykonane badania potwierdzające śmierć pnia mózgowego [6].

Etap I obejmuje dokonanie następujących stwierdzeń i wykluczeń:

1. Stwierdzenia, w których chory jest:

- w śpiączce

- sztucznie wentylowany
- przyczyna śpiączki została rozpoznana
- wystąpiło uszkodzenie mózgu pierwotne lub wtórne
- uszkodzenie mózgu jest nieodwracalne w wyniku wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu

2. Wykluczenia:

- chorych zatrutych i pod wpływem niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, zwiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane);
- chorych w stanie hipotermii wywołanej przyczynami zewnętrznymi ($\leq 35^{\circ}\text{C}$ ciepłoty powierzchniowej)
- chorych z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi
- noworodki donoszone poniżej 7 dnia życia

Spełnienie warunków zawartych w „Stwierdzeniach” i „Wykluczeniach” zezwala na podejrzenie śmierci mózgu i przejście do etapu II [2].

Etap II obejmuje dwukrotne wykonanie przez ordynatora kliniki/oddziału lub wskazanego przez niego lekarza specjalistę następujących badań:

1. Nieobecność odruchów z pnia mózgu:

- brak reakcji źrenic na światło (zwięźnienie źrenic)
- brak odruchu rogówkowego
- brak ruchów gałek ocznych spontanicznych
- brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej
- brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych, jak również brak reakcji ruchowej w obrębie twarzy w odpowiedzi na bodźce bólowe zastosowane w obrębie unerwienia
- brak odruchów wymiotnych i kaszlowych
- brak odruchu oczno-mózgowego

2. Badanie bezdechu [2]

W przypadku pierwotnych uszkodzeń mózgu czas obserwacji wstępnej powinien wynosić co najmniej 6 godzin. W przypadku, kiedy mamy rodzaj z uszkodzeniem wtórnym spowodowanym między innymi takimi czynnikami jak niedotlenienie, udar niedokrwienny mózgu, zatrzymanie krążenia, hipoglikemia i inne, czas ten powinien wynosić co najmniej 12

godzin. [3]. *„Aby mieć pewność, że mamy do czynienia ze zmarłym, niewystarczające są kryteria minimalistyczne, lecz konieczne są kryteria maksymalistyczne. Stosując te pierwsze, medycyna zadaje gwałt naszemu ciału, opóźniając jego umieranie w celu pobrania narządów dla transplantacji”* [7].

Zasady stwierdzania śmierci mózgu w innych krajach

Większość krajów przyjęła koncepcję śmierci mózgu, mimo wszystko różnice w procedurze diagnostycznej są znaczące. W głównej mierze dominuje model oparty na rozpoznaniu śmierci mózgu na podstawie badania klinicznego, który uzupełniony jest instrumentalnymi badaniami.

Zaznaczyć należy, że zwiększa się liczba krajów, w których badania instrumentalne są obowiązkowe (13 krajów w Europie).

Inne znaczące różnice dotyczą encefalopatii anoksycznej oraz kryteriów śmierci mózgu wyznaczone są u dzieci [8,9].

Wytyczne w około 1/3 krajów wymagają wydłużenia czasu obserwacji w anoksji (maksymalny czas 72 h uwzględnili Niemcy i Węgrzy), a tylko w pojedynczych zapisach znajdziemy w tej sytuacji stosowanie elektrofizjologicznych badań potwierdzających. Coraz więcej regulacji pojawia się odnośnie odrębności postępowania u dzieci, głównie wzorują się one na kryteriach obowiązujących w USA. W przyszłości powinniśmy spodziewać się określania w surowicy i płynie mózgowo-rdzeniowym poziomu markerów martwicy tkanki nerwowej, które charakterystyczne są dla śmierci mózgu [8,9].

Śmierć mózgowa dziecka

W Polsce badania instrumentalne są zaliczane do obowiązkowych w celu potwierdzenia zmian mózgowych u noworodków powyżej 7 dnia życia oraz u dzieci, które nie ukończyły dwóch lat. Zaliczana jest tutaj również sytuacja, w której dochodzi do pierwotnego podnamiotowego uszkodzenia mózgu u dzieci powyżej drugiego roku życia. Rozpoznanie śmierci mózgu u dziecka wymaga wykonania elektroencefalografii, przepływu przez naczynia mózgowe - angiotomografii komputerowej naczyń mózgowych lub multimodalne badanie potencjałów wywołanych. Potwierdzenie śmierci mózgu w wyniku

jego pierwotnego podnamiotowego uszkodzenia konieczne jest stwierdzenie płaskiego zapisu EEG lub stwierdzenie braku przepływu przez naczynia mózgowe [10].

Instrumentalne badania potwierdzające śmierć mózgu

Jak wcześniej wspomniano potwierdzenie śmierci mózgowej poprzedzone jest wieloetapową pracą specjalistów z wielu dziedzin. Nieocenioną pomocą w stawianiu tej trudnej diagnozy są badania instrumentalne. Stanowią one dopełnienie wykonanych pacjentowi badań klinicznych.

Elektroencefalografia

Jednym z fundamentalnych badań jest elektroencefalografia (EEG). EEG rejestruje aktywność bioelektryczną mózgu [11]. Rejestracja sygnałów pochodzących od mózgu odbywa się na powierzchni głowy pacjenta przy użyciu specjalnych elektrod (najczęściej grzybkowych) rozmieszczonych według międzynarodowego systemu rozmieszczenia elektrod 10-20 [12]. Elektrody mocowane są do głowy pacjenta za pomocą specjalnego, gumowego czepka w odpowiednio dobranym rozmiarze co jednocześnie znacznie ułatwia prawidłowe ich umiejscowienie w obszarze badania. Przed założeniem elektrod należy przygotować miejsca, gdzie będą one stykać się z powierzchnią skóry. W tym celu konieczne jest dokładne wyczyszczenie miejsc styku elektrody ze skórą specjalną pastą, która zawiera w swoim składzie drobinki pumeksu. Cel takiego działania to przede wszystkim usunięcie martwego naskórka, oraz tłuszczu w miejscu przyczepu elektrod (niedokładne wyczyszczenie może powodować osłabienie przepływu sygnału elektrycznego). Niekiedy stosuje się również specjalny żel przewodzący, który ma na celu ułatwienie przepływu prądu jonowego z badanej powierzchni do elektrody [13]. Aby badanie było diagnostyczne należy wyeliminować jak najwięcej potencjalnych przyczyn powodujących artefakty w zapisie. Niezmienne są zasady:

- wszystkie elektrody wykorzystywane w badaniu muszą być tego samego rodzaju oraz muszą mieć one taką samą oporność,
- odprowadzenia elektrod muszą być równej długości,
- nie należy przeprowadzać badania w sąsiedztwie innych urządzeń, ponieważ może to powodować zakłócenia w zapisie EEG (istnieją oczywiście odstępstwa od tej reguły i

w uzasadnionych przypadkach wykonuje się badanie EEG w sąsiedztwie innych sprzętów, którymi może być np. aparatura podtrzymująca życie),

- nie należy związać ani zginać kabli pochodzących od elektrod- nie zastosowanie się do tej zasady powoduje uszkodzenia przewodów co w konsekwencji może skutkować błędnym zapisem EEG [14].

Badanie EEG jest badaniem nieinwazyjnym i można je wykonywać wiele razy. Rejestrowany sygnał jest wzmacniany niespełna 1 000 000 razy, aby mógł być widoczny na ekranie komputera. Elektroencefalografia nie wymaga bycia na czczo oraz nie potrzebne są do jej wykonania dodatkowe wyniki. Należy przekazać informację osobie wykonującej badanie o lekach, które pacjent przyjmuje, ponieważ niektóre z nich znacznie wpływają na zapis czynności bioelektrycznej mózgu.

Główne fale

Fale mózgu to fale elektryczne, które wyzwalane są w mózgu każdej istoty żywej.

Wyróżniamy fale:

- fala Delta- (częstotliwość 0,5-4 Hz) najwolniejsza fala mózgowa. Pojawia się często podczas głębokiego snu czy przy wzmożonym wysiłku intelektualnym. Obserwowana u małych dzieci
- fala Theta- (częstotliwość 4-8 Hz) uwidacznia się w głębokim transie, medytacji
- fala Alfa- (częstotliwość 8-12 Hz) fala na granicy fal szybkich i wolnych. Fale Alfa obserwujemy w stanie głębokiego relaksu, ale podczas zachowanej czujności i świadomości umysłu, na powierzchni płata korowego. Duże amplitudy fali Alfa obserwowane są w okolicy potylicy, podczas zamkniętych oczu
- fala Beta- (częstotliwość powyżej 12 Hz) Istnieje kilka rodzajów fali Beta, do częstotliwości równej 35 Hz. Fala Beta obrazuje działanie, logiczne myślenie i wiązanie ze sobą faktów, natomiast fale Beta o wyższych częstotliwościach związane są ze stresem czy też agresją. Fala Beta niska (12-15 Hz) widoczna jest w półkulach i płatach mózgu. Fala Beta środkowa (15-18 Hz) obserwowana w różnych obszarach mózgu
- fala Gamma- (częstotliwość 36-40 Hz-fala o szybkiej czynności) wykrywalna niemal w każdej części mózgu
- fala Mi- ściśle związana jest z rytmem Beta, jej kształt przypomina zęby piły i ujawnia się tylko u pewnego odsetka ludności

- fala Lambda- (częstotliwość 2-11 Hz- fala wolna) budową przypomina falę ostrą oraz jest trójfazowa.

U dzieci obserwowana jest bardzo duża zmienność w występowaniu, zakresie, kształcie i amplitudzie fal mózgowych. W okresie wieku rozwojowego w zapisie EEG dominuje czynność wolna. Podczas rozwoju mózgu dziecka następują zmiany strukturalne a także funkcjonalne- należy więc pamiętać, aby w ocenie elektroencefalogramu konieczne jest odniesienie się do norm zapisu dla konkretnej grupy wiekowej, ponieważ w wyniku zmian, które zachodzą w dojrzewającym mózgu dziecka następuje również wyraźna zmiana w zapisie EEG. Rytm alfa w okolicy potylicznej tuż po narodzinach jest nieobserwowany- uwidacznia się u dzieci w wieku dwóch lub trzech miesięcy. U dzieci w wieku 1 roku obserwuje się dominującą wolną czynność fal theta. W okresie trzeciego roku życia w elektroencefalogramie widoczna jest rytmiczna aktywność fal theta. U dzieci do 3 roku życia obserwuje się wzmożone zjawiska asymetrii i asynchronii. Nieprawidłowym elementem w zapisie jest fala ostra (czas trwania: 80-200ms) mogąca ujawnić się grupowo, jako pojedyncza fala lub też w seriach. Zapis EEG u dzieci podczas snu fizjologicznego jest bardziej bogaty morfologicznie niż zapis podczas czuwania [15].

EEG, a śmierć mózgu

W przypadku śmierci mózgu zarówno u dorosłych jak i u dzieci konieczne jest stwierdzenie w zapisie elektroencefalograficznym płaskich linii izoelektrycznych [16]. W Przypadku:

- dorosłych i dzieci w wieku powyżej 2 lat w przypadku nadnamiotowego uszkodzenia mózgu wykonuje się badanie EEG oraz dwa razy badanie kliniczne w odstępie sześciu godzin; w przypadku podnamiotowego uszkodzenia mózgu- potwierdzenie zapisem elektroencefalograficznym oraz stwierdzenie braku krążenia mózgowego; w przypadku wtórnego uszkodzenia mózgu- badanie instrumentalne np. EEG oraz dwukrotne badanie kliniczne w odstępie minimum 3 godzin
- dzieci do końca 2 roku życia- niezależnie od przyczyny powodującej uszkodzenie mózgu konieczne jest przeprowadzenie badania instrumentalnego oraz w przypadku noworodków od 7 do 28 dnia życia dwukrotnego badania klinicznego w odstępie równym 72 godziny [17].

Czas przeprowadzania badania EEG jest zazwyczaj dostosowany do przypadku konkretnego pacjenta i uzależniony od norm przyjętych w danym ośrodku medycznym. Jeśli istnieją jakiegokolwiek wątpliwości dotyczące stwierdzenia śmierci mózgu komisja orzekająca odstępuje od jej orzeczenia.

Podsumowanie

Elektroencefalografia jest bardzo pomocnym badaniem przy stwierdzaniu śmierci mózgowej- jej wyznacznikiem jest płaska linia izoelektryczna widoczna w zapisie na ekranie komputera. EEG informuje nas o czynności bioelektrycznej mózgu i z wyłączeniem niektórych sytuacji, które mogą imitować stan braku owej czynności jest to badanie instrumentalne wykonywane zazwyczaj jako pierwsze w przypadku procedury orzekania śmierci mózgowej (poza innymi czynnikami wskazującymi na obumarcie mózgu). Brak depolaryzacji kory mózgowej i związanego z tym zjawiska przepływu sygnału z mózgu do elektrod może świadczyć o braku jakiegokolwiek czynności podstawowego „centrum dowodzenia” układu nerwowego.

Piśmiennictwo

1. Kubik T.: Uwagi dotyczące orzekania śmierci mózgu. Biuletyn 2008 – www.poltransplant.pl, data pobrania 8.04.2017.
2. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 roku w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. M. P. z 2007 nr 46, poz. 547, zał. 1
3. Ciszowski K., Miętka-Ciszowska A.: Śmierć mózgowa oraz aspekty transplantologiczne u chorych zmarłych w wyniku zatruc. *Przeł. Lek.*, 2013, 70, 8, 585-588.
4. Laureys S., Boly M., Moonen G., Maquet P.: Coma [in]: Squire L.R. (ed.): *Encyclopedia of Neuroscience*. Academic Press, London, UK, 2009
5. Iwańczuk W.: Definicja i rozpoznanie śmierci mózgu: porównanie wytycznych w różnych krajach. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 2006, 2, 97-103.

6. Blumenfeld H.: The Neurological Examination of Consciousness. [in]: Laureys S., Tonni G. (eds): The neurology of consciousness: Cognitive neuroscience and neuropathology. Academic Press, London, UK, 2009
7. Biesaga T. Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci. Med. Pr., 2006, 2, 20–28.
8. Dimopoulou I., Korfiatis S., Dafni U., et al.: Protein S-100 b serum levels in trauma-induced brain death. Neurology, 2003, 60, 947-951.
9. Vos P.E., Lamers K.J.B., Hendriks J.C.M, et al.: Glial and neuronal proteins in serum predict outcome after severe brain injury. Neurology, 2004, 62, 1202-1310.
10. Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 Kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu ustalone przez specjalistów z dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii i medycyny sądowej
11. Quigg M., Jędrzejczak J.: EEG w praktyce klinicznej. Wyd. Urban & Partner, Wrocław, 2008.
12. Zyss T.: Technika digitalizacji położenia elektrod w badaniu elektroencefalograficznym EEG. Inżynieria Biomedyczna, 2011, 72.
13. Marszałek Z.: Nowa metoda monitorowania stanu kontaktu elektrody biomedycznej ze skórą pacjenta. Przegląd Elektrotechniczny, 2014, 94.
14. Abou-Khalil B, E. Misulis K.: Atlas EEG i semiologii napadów padaczkowych. Wydanie pierwsze. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2010.
15. Kaciński M, Gergont A, Krocza S, Kubik A, Zając A.: Neuropediatrics. Wydanie pierwsze ed. Kaciński M, Gołaszewska M, Karczewska M,. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007.
16. Sobczak K., Janaszczyk A.: Kontrowersje wokół neurologicznego kryterium śmierci mózgu. Forum Med. Rodz., 2012, 6,182-190.
17. Saucha W.: Schemat postępowania diagnostycznego w przypadku podejrzenia śmierci mózgu. Biuletyn 2008 – www.poltransplant.pl, data pobrania 8.04.2017.

CIERPIENIE, ŚMIERĆ I ŻAŁOBA ZWIERZĄT



Syntonia w relacji człowieka ze zwierzętami jako jeden z podstawowych warunków zmniejszenia sumy zadawanego im cierpienia – próba filozoficznej interpretacji przypadku Monty Robertsa

Pucko Zygmunt

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Kwestia cierpienia zwierząt w zachodniej myśli dyskursywnej jest dyskutowana od dawna. W żadnej epoce jednakże nie skupiała na sobie tak dużej uwagi, jak obecnie. Nigdy wcześniej nie była również omawiana z tylu odmiennych perspektyw. Dziś zagadnienie to robi prawdziwą karierę i obrasta coraz większą literaturą. Ilość rozpraw, artykułów i komentarzy jest trudna do ogarnięcia. Patrząc na współczesną debatę można odnieść wrażenie, że nastąpiło w niej przesilenie, które obaliło przestarzałe schematy myślenia na temat zwierząt oraz zmieniło częściowo dotychczasowy sposób ich traktowania.

Równoległym torem do starań scholarów biegnie działalność Monty Robertsa. Jego życie i praca zdają się być znane lepiej i powszechniej niż idee któregośkolwiek z wielkich umysłów współczesności. Gdy nazwiska Singera, Regana, Francione, Linzey, Shue, Pawłowej czy Goriczewej [1] odbijają się głośnie echem głównie w kręgach filozofów i liczą się na forum uniwersyteckich dysput, to Monty Roberts rozpoznawany jest wszędzie jako symbol syntonicznej relacji z końmi.

Dzieje Robertsa nakreślone w autobiografii zatytułowanej *Człowiek, który słucha koni* pozwalają wnosić, że jego nastawienie wypływa z kilku źródeł. Najpierwotniejsze inklinacje do syntonicznego współgrania się z końmi wyssał razem z mlekiem matki. Zanim jeszcze skończył pierwszy rok życia już towarzyszył jej godzinami w siodle podczas prowadzenia lekcji jazdy. *Ruchliwe uszy konia* - pisze we wspomnieniach Roberts – *jego szyja widoczna tuż przede mną, podskakująca w takt kroków grzywa – wszystko to było mi tak znane, jak widok i głos ludzi* [2]. Wczesna faza ontogenezy Monty'ego to okres intensywnego zestrzajania się z końmi i czas konstituowania zrębów kooperacji z nimi. W wieku dwóch lat Monty nie tylko spędzał większość dnia na koniu, ale stał się nawet posiadaczem własnego wierzchowca. Później jako czteroletni chłopiec zdobył pierwsze trofeum w zawodach konkurując ze starszymi od siebie zawodnikami. To ewenement na skalę światową, który

chyba nie ma żadnego swojego odpowiednika w historii konkursów jeździeckich. Przynajmniej autorowi niniejszych rozważań nie jest on znany.

Kolejną przyczyną, która rozbudziła zainteresowanie Monty'ego syntonią było przeżycie traumy w dzieciństwie. Wywołał ją widok maltretowania młodych koni podczas próby ich ujeżdżania przez ojca Monty'ego (Gwoli wyjaśnienia trzeba nadmienić, że konie należą do tej grupy zwierząt, które w przypadku zagrożenia nie atakują przeciwnika, lecz natychmiast salwują się ucieczką. Największym szokiem dla koni jest poczucie osaczenia i niemożność wykonania swobodnego ruchu. (H. Zagor, *O koniach i jeździe konnej jak najprościej*, Warszawa 2008, Oficyna Wydawnicza „ABA”, s. 9). Uraz psychiczny był tak głęboki, że przeniósł chłopca na skrajnie przeciwległy biegun do tego wszystkiego, co reprezentował jego ojciec. Siła determinacji, z którą Monty się oddalał była wprost proporcjonalna do skali jego buntu wobec uczestniczenia w *theatrum* okrucieństwa. Z uwagi na specyfikę torturowania w nim koni i uzmysłowienie większego kontrastu z podejściem Monty'ego wypada przytoczyć dłuższy fragment, który wiernie oddaje grozę zjawiska.

Mój ojciec miał specjalny korral z sześcioma solidnymi palami, które wbito w równych odległościach wzdłuż bandy. Dzięki temu mógł ujeżdżać pół tuzina koni równocześnie. Najpierw zakładał im uździenice. Musiał w związku z tym gonić je czasami po piasku, aby się do nich wystarczająco zbliżyć. Następnie doczepiał do uździenic mocne powrozy i przywiązywał konie do każdego z pali – linę owijał na wysokości mniej więcej sześciu stop nad ziemią, a jej koniec przywiązywał do bandy.(...) Konie już w tej chwili były przerażone. Następnie ojciec stawał na środku korralu z liną, do której był przywiązany ciężki brezent lub specjalnie obciążony worek. Przechodząc od konia do konia zarzucał tę płachtę każdemu na grzbiet.

Kiedy worek spadał na ich zady i tylne nogi, konie ogarniała panika. Oczy wychodziły im z orbit, zaczynały wierzgać, cofać się i szarpać więzy, jakby zależało od tego ich życie. (...) Z ich punktu widzenia tak to właśnie wyglądało. (...) Strach, który leży w ich naturze sprawiał, że bliskie oblędu rzucały się do przodu, do tyłu i na boki, próbując zerwać sznur, walcząc o życie. Ich szyje i głowy puchły, i często raniły się na skutek ich rozpaczliwej szarpaniny. (...) Ten proces nazywa się „workowaniem”. W pierwszym etapie mógł trwać cztery dni, a jego celem było złamanie woli zwierzęcia i zniweczenie jego zdolności do stawiania oporu. Następnie ojciec przywiązywał nogę konia, zazwyczaj w pierwszej kolejności tylną. Okręcony wokół pęciny sznur podciągał mocno do góry i obwiązywał wokół szyi zwierzęcia. Kiedy konie zostały w ten sposób obezwładnione, ten drugi etap „workowania”

jeszcze bardziej zmniejszał ich zdolność opierania się. Walczyły dzielnie, dźwigając żałośnie swój ciężar na trzech nogach i stękając z bólu wywołanego przez zaciskające się na ich szyjach sznury. Ojciec unieruchamiał tak kolejno każdą nogę. (...) Po uwolnieniu nogi, przychodziła pora na założenie siodła. Konie ponawiały opór, starając się zrzucić popręg. Kolejne etapy „workowania” wyczerpywały jednak ich siły. Niektóre z nich walczyły przez wiele godzin; inne poddawały się szybciej i całkowicie zdezorientowane oczekiwały na dalszy ból. W ten sposób mijало osiem do dziesięciu dni. Wszędzie tam, gdzie sznury przetarły ich skórę, konie miały krwawe ślady, na pęcinach; w niektórych miejscach tarcie było tak mocne, że liny opalały im sierść. Często na ich nogach były potłuczenia, a nawet poważniejsze rany. (...) Po osiągnięciu tego etapu procesu ujeżdżania ojciec odwiązywał kolejno konie od słupów i dopasowywał im pozbawione wędzidła ogłowia z surowej bydlęcej skóry. (...) Kiedy ojciec po raz pierwszy je dosiadał, ich tylne nogi były ponownie związane, aby uniemożliwić im wierzganie. Wskakiwał na siodło i zeskakiwał na ziemię, kopał konie w brzuchy, próbując na wszystkie sposoby skłonić je do walki. Jeśli się poruszyły, były bite batem [2].

Powyższy passus jasno oddaje wzajemny stosunek między końmi a ich ludzkim tyranem. Poraża w nim przeświadczenie człowieka o słuszności swojego postępowania oraz skala reifikującej przemocy. Konie były w tej relacji zredukowane do rangi ożywionego automatu posiadanego przez ludzi na własność. Przedmioty zaś można dowolnie używać dla zabawy lub korzyści. Można je wymieniać, ubezpieczać, pozbywać się bądź unicestwiać. Rzeczom nie przysługują żadne uprawnienia ani naturalne, ani stanowione. Rzeczy nie cierpią, nie skarżą się i nie mają własnej woli. Nie potrafią też bronić się same przed trybunałem sprawiedliwości oraz nie posiadają jakichkolwiek interesów. Jeśli kooperują z człowiekiem to dlatego, że zostały do współdziałania zmuszone i podporządkują się mu ze strachu.

Monty tymczasem postrzegał konie jako autonomiczne podmioty, które były dla niego nie tyle przedstawicielami obcego gatunku, lecz raczej bliskim rodzeństwem. Jak sam twierdzi, czuł się z nimi spokrewniony być może w takim samym stopniu jak ze swoim młodszym bratem Larrym [2]. Wiedział, że konie cierpią i pragnął, aby miały moralne uprawnienia do poszanowania życia, cielesnej integralności oraz jakości istnienia. Nic przeto dziwnego, że Monty w stosunku do koni unikał działania noszącego znamiona jakiegokolwiek presji fizycznej. Mocną więź usiłował budować przede wszystkim na zaufaniu oraz pełnym zrozumieniu [3].

Mylne byłoby jednakże przypuszczenie jakoby Monty syntoniczną relację osadzał na kanwie prerefleksyjnego przeczucie, litości bądź empatii pojmowanej w kategoriach jednoczesnego przeżywania z końmi ich stanów. Te składowe owszem są ważne, ale u Monty'ego stanowią zaledwie warunek wstępny do kreacji ostatecznego kształtu syntonii i są dla niej swego rodzaju tłem. Głównym elementem podtrzymującym konstrukcję syntonii jest pierwiastek racjonalny. Ujawnia się on wyraźnie w opisie sposobu ujmowania pozawerbalnej mowy koni oraz odczytywania sensu ukrytego w niej przekazu. Sposób uchwycenia natury mowy koni przypomina nieco ogląd fenomenologiczny, który zorientowany jest na poznanie kwintesencji jakiejś rzeczy. Zgodnie z aksjomatami fenomenologii, aby dotrzeć do esencji czegoś trzeba najpierw odrzucić rozmaite wyobrażenia na jej temat i pozbyć się przyjętych uprzednio założeń. Należy też uwolnić się od snucia jakichkolwiek domysłów na jej temat oraz zawiesić ważność nabytej dotychczas wiedzy. Dopiero po tym katharsis umysłu można dotrzeć do istoty czegoś w sposób czysty [4].

Z dużą dozą prawdopodobieństwa można stwierdzić, że Monty obserwując kod porozumiewania się między sobą członków stada mustangów przebywających w swoim naturalnym środowisku uzyskał o mowie koni wiedzę źródłową. W relacji Monty'ego składa się ona z sekwencji jednoznacznych znaków. Żaden z nich nie jest przypadkowy, błahy lub bezcelowy. Wprost przeciwnie, wszystkie sygnały, choćby nawet najdrobniejsze mają jakąś przyczynę są bardzo precyzyjne i wiążą się z konkretną sytuacją. *Po pewnym czasie, który poświęciłem na obserwacje tych sygnałów – powiada Roberts – stwierdziłem, że był to bardzo ścisły język, pozbawiony wszelkiej przypadkowości. Składały się nań precyzyjne wiadomości, całe zwroty i zdania, które zawsze znaczyły to samo, zawsze pociągały za sobą takie same reakcje* [2].

W bezgłośnej mowie liczy się zatem każdy gest, każde spojrzenie, tempo poruszania się. Najbardziej sugestywnym komunikatem jest ustawienie korpusu oraz kierunek ruchu jednego konia w stosunku do osi podłużnej i osi krótkiej drugiego zwierzęcia [2]. Niemniej ważnym medium przekazywania informacji są typy spojrzeń koni. Dużą wagę ma kąt patrzenia, czas patrzenia, punkt, na którym konie zatrzymują swój wzrok. Co innego wszak wyraża dłuższe spojrzenie prosto w oczy niż wzrok spuszczone lub spojrzenie omiatające całą bryłę drugiego zwierzęcia. Inny sens zawiera się również w zawieszonym wzroku na jakimś jednym wybranym miejscu na ciele. Spojrzenia koni to istna symfonia rozmaitych znaczeń, w której stale przewija się jeden i ten sam motyw wzajemnego odpychanie się i przyciągania.

Naturalnie, Monty długo i cierpliwie sprawdzał prawdziwość danych odszyfrowanych w partyturze porozumiewania się koni. Kryterium weryfikującym ich wiarygodność była codzienna praktyka. Odsiewała ona wszystko, co mogło stać się powodem do przyjęcia złudzenia za rzeczywistość. Kiedy Monty badał, na przykład autentyzm rozmaitych odmian spojrzenia przekonał się, że może nim skłonić konia do zmiany kierunku marszu i tempa chodu, patrząc na różne części jego ciała nawet z dużej odległości [2]. Osobiście przeprowadzone eksperymenty stały się dla Monteg'ego rękojmią do sformułowania sądów i zasad ogólnych na temat mowy koni i to takich, którym przysługuje powszechna ważność.

We wszystkich swoich książkach Monty mowę koni nazwa łacińskim terminem *Equus*. Jej cechą wyróżniającą jest stałość i powszechność. Zdaniem Robertsa niezależnie od szerokości geograficznej, pod którą żyją konie wszystkie „rozmawiają” w tym samym języku. Według Monteg'ego nie uległ on zmianie od tysięcy lat i nie wymaga tłumaczenia. Podczas gdy ludzie jako istoty posiadające najwspanialsze mózgi na Ziemi, ironizuje nieco Roberts, często potrzebują pomocy, aby się nawzajem zrozumieć [2].

Globalny wymiar ma nie tylko mowa *Equus*. Również praca Robertsa przekracza granice lokalne, ponieważ udziela się on w wielu krajach na świecie. Niezwykłe walory sztuki porozumiewania się Monteg'ego z końmi doceniła między innymi królowa Elżbieta II, dla której Roberts w ciągu tygodnia ułożył szesnaście wierzchowców, cztery kuce księcia Filipa, klaczkę królowej matki i jednego dobrze zapowiadającego się skoczka, należącego do któregoś z przyjaciół królowej. W sumie przysposobił do jazdy dwadzieścia pięć koni w przeciągu pięciu dni [2]. Przyznać trzeba, że jest to wyczyn imponujący. Roberts nieodmiennie cieszy się na świecie także reputacją człowieka, który skutecznie leczy urazy psychiczne koni wyścigowych pełnej krwi i koni używanych do gry w polo. Ceniony jest szczególnie za sztukę terapii koni znajdujących się w trudnych przypadkach [2]. Na ogół te konie uważane przez specjalistów za stracone i nadające się już tylko do rozplodu wychodziły spod ręki Monteg'ego nie tylko zdrowe, ale często osiągały w zawodach najlepsze wyniki.

Znakomitą egzemplifikacją terapeutycznych rezultatów Robertsa jest przypadek wierzchowca o imieniu Lomitas. Był to koń w stanie głębokiego kryzysu psychicznego, który reagował lękiem na widok boks startowego. Żadnym sposobem nie mogło go tam wprowadzić nawet dwunastu ludzi. Lomitas broniąc się gryzł, kopał i przygniatał do barierk pracowników obsługi własnym ciałem. Po dłuższej sesji z Robertsem zajmował w tym boksie stanowisko bez najmniejszych oporów. Kiedy usłyszał sygnał do startu wielkim susem wyskakiwał z bramki i od razu wychodził na czoło stawki. Ten wspaniały i inteligentny koń

pokonywał dystans szybciej od innych, od początku do końca biegu. Jego pierwszy tryumf otwierał serię kolejnych spektakularnych zwycięstw. Najpierw przyniosły mu one tytuł czempiona wśród trzylatków roku 1991 oraz zapewniły tytuł Konia Roku [2].

Niezwykłość Robertsa rozślawiają czasopisma branżowe. Świadczy o tym wybór Monteg'ego dokonany przez czytelników liczącego się magazynu brytyjskiego „Your Horse” na człowieka roku 2008. Głośno o nim w różnych stacjach telewizyjnych oraz w Hollywood. Zaslugi Monteg'ego doceniło też środowisko akademickie. W 2002 roku Uniwersytet w Zurychu przyznał Robertowi doktorat *honoris causa* w zakresie psychologii zwierząt. Trzy lata później tym samym tytułem obdarzył go Uniwersytet w Parmie. Dodatkowego splendoru dodaje Robertowi Order Królowej Wiktorii, którego kawalerem został w 2011 roku. Monty ponadto jako pierwszy Amerykanin może poszczycić się wyróżnieniem „German Silberens Pferd” przyznawanym za propagowanie miłości do koni [5].

Już teraz wiadomo, że Roberts zapisze się w zbiorowej świadomości jako ktoś, kto po raz pierwszy praktycznie przekroczył granicę między człowiekiem, jako istotą najdoskonalszą ze stworzeń walczących a koniem będącym zwierzęciem uciekającym i osiągnął z nimi syntonię na poziomie komunikacji pozawerbalnej.

Liczne zaszczyty, honorowe tytuły oraz członkostwa w prestiżowych organizacjach nie uwalniają jednakże Robertsa od krytyki [6]. Jego adwersarze wytykają mu między innymi śmiałość w twierdzeniu jakoby przed jego nastawieniem ludzie niewłaściwie obchodzili się z końmi. Tymczasem historia hipologii mówi, że konie na ogół budziły ogromny respekt. Tę opinię potwierdzają badania etnologiczne i etnograficzne. W ich świetle różne ludy od zarania dziejów przypisywały koniom nawet boskie atrybuty i oddawały cześć należną niebianom [7]. Konie szanowano za życia, a pośmiertnie wyprawiano im uroczysty pochówek [7]. Zdarzały się także okresy, w których wartość koni była nieporównywalnie większa niż człowieka. Nieomal w nieskończoność można mnożyć przykłady przyjaźni na śmierć i życie między człowiekiem a koniem [8]. Monty mówi zatem o patologicznym traktowaniu koni w pewnych kręgach Ameryki Północnej i to zwyrodnienie bezzasadnie podnosi do rangi powszechnego standardu.

Opór budzi samozwańcze przyznanie sobie pierwszeństwa w odkryciu mowy koni. Prawdę rzekłszy wiedziała o niej ogromna rzesza bezimiennych, ale swojej wiedzy nie spisała. Przekazywała ją natomiast tradycja ustna. Wolno przypuszczać, że mowę koni powinna znać, przynajmniej do pewnego stopnia, każda wrażliwa osoba, która długo i często

ma z nimi do czynienia. Choć przyznać trzeba, że nie wszyscy z tego grona są obdarzeni taką wielką charyzmą jak Monty.

Mało przekonujące jest zapewnienie Roberta, że podczas układania koni pozostawia im całkowitą wolność [9]. Wystarczy spojrzeć na fotografię przedstawiającą pracę Monteg'ego lub sięgnąć do tekstu jego książek, aby się przekonać, że ta wypowiedź nie w pełni koreluje z rzeczywistością. Krótko mówiąc, Monty zdaje się utożsamiać autentyczną wolność koni ze swobodą na smyczy. U Roberta konie zachowują wolność, ale tylko na warunkach człowieka i to w miejscu przestrzennie ograniczonym. Wyjątek stanowią nieliczne eksperymenty Monteg'ego z dzikim koniem na otwartym terenie [10].

Dyskusyjna jest ponadto kwestia zasadności określenia mowy koni językiem. Język to pojęcie znacznie szersze i obejmuje o wiele więcej elementów niż sygnały emitowane tylko mową ciała. Poza tym nie jest do końca jasne, czy są wystarczające podstawy do stwierdzenia, że porozumiewanie się koni między sobą oznacza dokładnie to samo, co w relacji człowiek-koń [11].

Wątpliwości jest dużo więcej, ale nie ma tu miejsce na wydłużanie ich listy. Nie jest to wskazane zwłaszcza, że one zasadniczo nie podważają wagi syntonii jako jednego z warunków zmniejszenia sumy cierpienia tych zwierząt. Co więcej, nie obalają kryjących się w nastawieniu Monty'ego kluczowych elementów filozofii człowieka. Z tym, że Monty wyartykułował je swym działaniem, a nie w teoretycznych sformułowaniach. Praktyką przypominał współczesnemu człowiekowi, że przemoc wobec koni i zadawanie im cierpienia są rezultatem braku syntonii. Gdy ona się pojawia, w pewnych obszarach zaczyna zanikać rozdziewiek międzygatunkowy i możliwa staje się harmonijna koegzystencja. Poprzez syntonie zwierzęta mogą kooperować z człowiekiem i będą mu dobrowolnie posłuszne. Według Roberta zatem stosunek człowieka do zwierząt układa się w kategoriach zrozumienia, wspólnoty oraz uczestnictwa, a nie w optyce przeciwieństwa i podporządkowania. W świetle syntonii świat staje się przyjaźniejszy i emanuje pozytywną energią istnienia.

Ta swoista antropologia zdaje się być też mocnym argumentem w krytyce kilku najważniejszych paradygmatów, które do niedawna w kulturze Zachodu uchodziły za nienaruszalne pewniki. Monty z urzekającą prostotą i bez moralizatorskiego tonu dezawuuje między innymi poglądy ukute przez Kartezjusza, dla którego zwierzęta są tylko poruszającymi się maszynami [12]. Maszyny natomiast nie mają mowy i nie posiadają umiejętności przekazywania innym stworzeniom informacji. W konsekwencji stanowiska Kartezjusza zwierzętom obce jest odczuwanie cierpienia. Zaś jęki bólu, które wydaje z siebie

zranione zwierzę nie jest manifestacją jego przykrych doznań, lecz jedynie przejawem uszkodzenia mechanizmu [13]. Z perspektywy Roberta owa wizja zakrawa na czystą aberrację filozoficznego umysłu. Kazus Monty Roberta, oprócz zawartych w sobie przesłanek filozoficznych, jest również apelem o zmianę statusu aksjologicznego zwierząt i zrewidowanie znaczenie wyrażenia „humanitarne traktowanie”. Bez żadnej przesady można skonstatować, że Monty Roberts istotnie przyczynia się do transformacji relacji człowiek-zwierzę.

Piśmiennictwo

1. Dzwonkowska D., Latawiec M. (red.): Filozofia wobec świata zwierząt, Wyd. Uniwersytetu Stefana Wyszyńskiego, Warszawa, 2015.
2. Roberts M.: Człowiek, który słucha koni, Media Rodzina, Poznań, 1998.
3. Roberts M.: Czego uczą nas konie, Media Rodzina, Poznań, 2002.
4. Świącicka K.: Husserl, Wiedza Powszechna, Warszawa, 1993.
5. https://en.wikipedia.org/wiki/Monty_Roberts, data pobrania 5 stycznia 2017.
6. <https://usaviews.com/2009/03/.../horse-whispers-lies-book-review>, data pobrania 7 stycznia 2017.
7. Łukaszyk A.: Wierzchowce Bogów. Motywy konia w wierzeniach i sztuce Słowian i Skandynawów, Wyd. Triglav, Szczecin, 2012.
8. Jaźwiński P.: Oficerowie i konie. Przyjaźń na śmierć i życie. Kawalerzyści drugiej Rzeczypospolitej o koniach – swoich towarzyszach broni, Instytut Wydawniczy Erica, Warszawa, 2012.
9. Muller P., Chrzanowska A., Pisula W.: A Critical Comment on the Monty Roberts Interpretation of Equine Behavior, *Psychology*, 2016, 7, 480-487.
10. Roberts M.: Shy Boy. Koń, który porzucił wolność, Media Rodzina, Poznań, 2000.
11. Kartezjusz: Rozprawa o metodzie, Wyd. PWN, Warszawa 1981.
12. Grabowska B.: Kartezjańska koncepcja zwierzęcia-maszyny, *Filo-Sofia*, 2012, 2, 17, 41.

Wymiar filozoficzny wątków animalnych w prozie Zofii Nałkowskiej oraz w literackiej twórczości Johna M. Coetzeego

Pucko Zygmunt

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

W powojennej historii literatury polskiej Zofia Nałkowska jest najczęściej kojarzona ze zbiorem opowiadań *Medaliony* lub powieścią *Granica* włączoną do kanonu lektur szkoły średniej. Dziś już mało kto pamięta, że była to pisarka, która w swojej twórczości sporo uwagi poświęciła tematyce animalnej. Śmiało można rzec, że problematyka zwierząt zaprzętała umysł Nałkowskiej od zarania jej twórczości. Już w 1913 roku szkicuje ona pierwsze portrety swoich domowych stworzeń opatrzone tytułem *Moje zwierzęta. Powieść dla dorosłych dzieci*. Od tego momentu pracownię pisarki wciąż opuszczają nowe opowiadania o zwierzętach. Szczególnie płodnym okresem dla literackiego bestiariusz był czas międzywojnia. Wtedy właśnie światło dzienne ujrzały *Księga o przyjaciółach* i cykl miniatur *Między zwierzętami*. Wątek animalny pojawia się również w wielu utworach, w których bohaterami fabuły są ludzie. W tych dziełach pierwiastek zwierzęcy odgrywa rolę nie tyle szczegółu realistycznego, lecz pełni funkcję paraleli filozoficznej [1].

Pod względem ilościowym, oryginalności konceptu, finezji języka, subtelnie zawoalowanych idei, dyskretnego humoru, wyrazistości emocjonalnego kolorytu zwierzęcych postaci opowiadki Nałkowskiej są ewenementem w polskiej prozie. Z Nałkowską równać się może jedynie Sidonie Gabrielle Colette, która podobnie jak nasza mistrzyni słowa uwielbiała zwierzęta i analogicznie jak ona je przedstawiała [2]. Mylne byłoby jednakże przypuszczenie, jakoby tylko uczuciowy stosunek Nałkowskiej do zwierząt był pierwotnym impulsem do utrwalenia ich na stronach nowelek. Ryzykowne jest też założenie sugerujące, że uczucia pisarki stanowią główny klucz do wytłumaczenia różnych niuansów treści opowiadek. W świetle analizy kontekstu genezy małych form można skonstatować, że na ich przyczynę i cel złożyła się wypadkowa kilku czynników. Niewątpliwie spory wpływ na wybór wątków wywarł ojciec pisarki i jego zamiłowanie do nauk przyrodniczych. Z domu rodzicielskiego Zofia wyniosła ciekawość zwierzęcego mikrokosmosu, szacunek do zwierząt oraz nakaz opieki nad nimi [3]. Nałkowską inspirowały także poglądy Karola Darwina oraz przykład innych pisarzy, którzy przed nią przetarli nieco szlaki na tym polu. Początkującej literatce

udzielał się ponadto duch Młodej Polski, manifestujący się w kulcie woli życia i afirmacji istnienia we wszystkich jego przejawach [3]. Nic przeto dziwnego, że oblubieńcy muz zachłyśnięci witalizmem chętnie wyrażali swe wizje w postaci symboliki zwierzęcej.

Wymieniony splot powodów przesądził o wielowymiarowości wątków opowiadań. Trudno jednakże omawiać tu znaczenie każdego z nich oddzielnie. W niniejszym szkicu wystarczy zinterpretować tylko te, które najlepiej obrazują nowatorstwo ujęcia Nałkowskiej. Zmiana konwencji postrzegania zwierząt oraz sposobu ich opisywania zarysowuje się grubą kreską już we wczesnych miniaturach. Można je nazwać studium psychologicznym, ponieważ zwierzęcy bohaterowie zostali w nim „uczłowieczeni” i występują jako indywidua o wyraźnej osobowości oraz jednostki znamionujące się niepowtarzalnym stylem bycia. W zamierzeniu pisarki antropomorfizacja fauny miała za zadanie wyartykułowanie podmiotowości zwierząt i poszanowanie jej praw. Ów zamysł Nałkowskiej widnieje nieomal w każdej opowiadstce. Dobrze ilustruje go poniższy passus.

Była to wyzlica pięknej powierzchowności. Duża, zgrabna, o krótkiej, przylegającej sierści cała barwy migdału, albo kawy ze śmietanką. Łapy miała długie, ogon sprężysty, korpus giętki i rączy, łeb szlachetny o wyrazie spokojnej pogody. Koniec nosa, pysk i brzegi powiek miała nie czarne, tylko jasno brązowe - i to harmonizowało z barwą włosów w sposób zupełnie wyszukany. Oczy złote spod rzęs migdałowych spoglądały wesoło i z pobłażliwością. Szczekała za to głośno, grubo i poważnie. Co do usposobienia, to charakteryzował ją dobrotliwy humor, łaskawa swawola. Pomimo pewnej wrodzonej wyniosłości, miała obejście naturalne, nacechowane prostotą. Nie była czułościowa, ani pieszczotliwa – żartobliwa raczej i wspaniałomyślna. Bardzo obyta, bardzo swobodna. Zawsze panująca nad sytuacją. Nie brała niczego zbyt poważnie, niczym się nie przyjmowała. Żadna życiowa przeciwność nie mogła zakłócić jej niefrasobliwej pogody [4].

W bogatym dorobku Nałkowskiej „uczłowieczona” zwierzęcość jest rozpatrywana nie tylko przez pryzmat psychologii. Pisarka rozważa ją również w horyzoncie filozofii. W tej przestrzeni zastanawia się nad możliwością istnienia w świecie zwierząt tych samych podstaw, które decydują o ontologicznym statusie człowieka. W wielu opowiadstkach Nałkowska skłania się ku tezie, która mówi o bliskim stopniu pokrewieństwa ludzi ze zwierzętami. Helena Kirchner uważa, że pisarka wprowadziła do swoich książek zwierzęta jako znak *wspólnoty losu, najpierwotniejszej tożsamości narodzin i śmierci. I niewinnego, tym straszniejszego, że niemego cierpienia. I niewoli [1].*

Filozoficzną perspektywę nowelek najlepiej ukazują te, które zostały napisane w formie dialogu zwierząt lub w postaci monologu wygłaszanego przez ich autorkę. Zwierzęta

wyposażone w ludzkie instrumentarium pojęciowe oraz środki wyrazu typowe dla naszego gatunku mówią swoim głosem same o sobie, przemawiają za siebie oraz wyrażają własne poglądy. W miniaturach, takich jak np. *Sens życia* lub *Czy Boyutek rozumie życie?* pies o imieniu Półmordek zadeklarowany racjonalista i czworonóg otwarty na nowe prądy umysłowe tłumaczy młodszemu koledze Boyowi, w czym tkwi istota ich łączności duchowej ze światem ludzkim. Zdaniem „Półmordka” *pies, nie powinien się uważać wobec człowieka za jakiś odosobniony gatunek zoologiczny, ale jedynie za ogniwo w tym samym rozwojowym łańcuchu organizmów* [5].

W świetle tezy „Półmordka” wolno domniemywać, że stworzenia są starszymi kuzynami człowieka i mogą być dumne ze swojego długiego rodowodu. Człowiek natomiast nie powinien zapominać skąd wywodzi się jego genealogia i komu tak naprawdę zawdzięcza swą inteligencję. Jeśli ludzie nie chcą o tym pamiętać, to są niesprawiedliwi wobec innych gatunków. Robią więc krzywdę sobie, ponieważ mistyfikują fakty wierząc, że zjawili się na świecie *ad hoc*. Łudzą się też, że ktoś dał im inteligencję za darmo. Tymczasem w ewolucyjnej przeszłości człowiek poszedł tylko ścieżką, którą z jakichś nieznanych do dziś przyczyn nie podążyły zwierzęta. Nie jest to jednakże ich winą. Nie ma w tym również jakiegokolwiek zasługi człowieka. Tak się stało, jak utrzymuje M. Rowlands, bo w ewolucji nie ma wyboru [6]. I choć żadna z żyjących istot nie podjęła w tej kwestii dobrowolnej decyzji, to jednak wszystkie ponoszą jej skutki [6].

Półmordek w ramach uprawomocnienia swoich zapatrywań na pobratymstwo z gatunkiem *homo sapiens* odwołuje się do argumentu z autorytetu wielkich myślicieli. *Filozof francuski, Decartes – naucza Półmordek – twierdził niesłusznie, że zwierzęta nie znają mowy, a stąd nie mają i rozumu. Za to Anglik, Locke (Anglicy znają się zwłaszcza na psach i koniach), utrzymywał, że posiadają one zdolność do empirycznego myślenia. Buffon znów, przyznając zwierzętom czucie i świadomość, odmawiał im niestety, pamięci. Condillac utożsamiał umysł zwierzęcy z ludzkim. Co do Schopenhauera, to przyznawał on zwierzętom tylko rozsądek, (Verstand) nic więcej; nie można jednak do tej jego opinii zbyt nieź przywiązywać wagi, gdyż widać w niej złą wolę (Wille) i fałszywe wyobrażenie (Vorstellung). Wreszcie Darwin (znowu Anglik) znalazł u zwierząt nawet objawy moralności* [5].

W opowiastkach o strukturze wewnętrznego monologu, z kolei, można natknąć się na dylemat rozdarcia moralnego między zniewoleniem a nieuświadomionym instynktem wolności. Zwierzęciem, które zostało skonfrontowane z tym antagonizmem była młodziutka sarna przyniesiona z lasu. Nałkowska opisała ją jako istotę cichą, niewinną oraz smutną. Sarna za sprawą ludzi dzieciństwo spędziła w zamknięciu i wiodła życie w samotności pośród

obcego sobie świata. Zachowywała się jednak tak, jakby swej straszliwej krzywdy nie zauważała. W tragizmie losu, który stał się jej udziałem nie wiedziała dokładnie czym jest to, za czym wiecznie tęskniła. Ale miała silne poczucie istnienia tego czegoś. Zew wolności wzywał ją do odzyskania właściwego jej naturze stanu swobody. Chęć zerwania pęt niewoli nie była jednak łatwa. Wprost przeciwnie, szybko okazała się dla zwierzęcia dodatkowym źródłem udręczenia. Sarna znalazła się więc w sytuacji patowej. Dobrnęła do punktu krytycznego, w którym przeżywała apogeum rozdarcia między niemożnością pozostania w takim stanie bezradności i tolerowania siebie, a daremnością podejmowania jakichkolwiek starań wyswobodzenia się z opresji. W owych okolicznościach doszło do pomnożenia rozpaczki ze względu na doświadczenie egzystencjalnego osaczenia. Rezultatem tego doznania był obłęd i próba wyrzeczenia się własnego bytu, aż do całkowitego jego unicestwienia. *Basia krzyczała przez całą noc. Biegała po ogrodzie i bila główką o pnie drzew, o słupy, o mur domu. Rano całe czoło miała we krwi i nikomu nie dała podejść do siebie. W południe ją zastrzelili* [5].

Nader inspirujące są miniatury oparte na kanwie prawości i lojalności zwierząt [4]. Stałość Nidy, sukki rasy szpic, porzuconej przez letników, która pewnego dnia przyszła do posiadłości Nałkowskiej i już nie chciała z niej odejść odsłania zwartość oraz jednolitość wierności tego zwierzęcia. Jego bezwarunkowe trwanie przy prawach przyjaźni i wartościach, które ono sobie obrało za własne zawstydzic może niejednego człowieka. Nida należała do gatunku tych niewiarygodnych psów, o których słyszy się niekiedy, że umierają na grobach swoich panów z głodu i tęsknoty [4]. Wiele do myślenia o przywiązaniu na dobre i złe dają opowiadania „Diana” oraz „Powrót Diany”. Dowiedzieć się z nich można o wypróbowanej przyjaźni przewleczonej bez uszczerbku przez wszelkie odmiany losu. *Ona jest moim psem – pisze Nałkowska – a ja jestem jej człowiekiem. Nie jej panem. Tego nie ma w naszym stosunku. Przebywamy tutaj albo tam, razem, albo osobno. W życiu naszym zmienia się to i owo. Jedno przecież trwa wciąż niezmiennie: nasza przyjaźń* [7].

Przyjaźń opisana przez Nałkowską nie ma nic wspólnego z bezładnym nawarstwieniem wrażeń i przeżyć. Ona istoczy się gdzieś w głębszych pokładach człowieka i zwierzęcia. Jest niczym tło, na którym wszystko się rozgrywa. Łącznie z zanikiem jasnego podziału ustalonego kiedyś na to, co ludzkie i nieludzkie. Ten typ przyjaźni odsłania nie tylko płynność granicy oddzielającej przeciwległe bieguny, lecz również uzmysławia problematyczność statusu moralnego naszego gatunku, jako tego, któremu z definicji przysługuje wyłączny monopol na posiadanie rozległego uniwersum wartości. Oczywiście, na razie nie da się potwierdzić sugestii istnienia paralelizmu aksjologicznego w dosłownym

znaczeniu tego słowa między ludźmi a zwierzętami. Sam taki pomysł może wprawiać w konsternację. Nie można jednakże całkowicie wykluczyć hipotezy, w myśl której zwierzęta też mają jakąś „aksjologię”, ale wciąż niewiele o niej wiemy. Nawet jeśli jest to tylko przypuszczenie lub wyznanie osobistego nastawienia Nałkowskiej to można potraktować je w kategoriach propozycji przebudowy naszej zbiorowej świadomości i próby przeobrażenia aksjologicznej tożsamości zwierząt.

Miniatury Nałkowskiej to piękna apologia fauny. Zachwyca w niej zarówno treść, jak i forma. Jest to obrona zwierząt opowiedziana językiem człowieka myślącego, uważnego na istoty słabsze, wrażliwego, troskliwego i współczującego. Przełała ją na papier osoba, która nie wypełniała rzeczywistości wyłącznie swoim „ja”, lecz wszystkim istotom dawała możliwość rozwijania swoich przymiotów i właściwości. Rozumiała doskonale ich godność i szlachetność. Znała też wartość, którą one mają jako byty same w sobie. Szkoda tylko, że opowiadki Nałkowskiej znane są wąskiemu gronu czytelników i w niewielkim stopniu przyczyniają się dziś do filozoficznej zadumy nad relacją człowiek- animalia.

Inaczej jawi się kwestia stosunku człowieka do fauny w prozie południowoafrykańskiego noblisty Johna M. Coetzeego. Autor powieści *Elizabeth Costello* oraz opowiadania *Żywoty zwierząt* krąży wokół odmiennych kategorii myślowych i odwrotnie niż Nałkowska rozkłada akcenty. Fakt ów jest zrozumiały, jako że noblista będąc dzieckiem swojej epoki wchłania jej intelektualną atmosferę i równocześnie zabarwia jej koloryt swoimi przemyśleniami. Wymienione utwory Coetzeego odzwierciedlają zatem najnowsze trendy, które przewijają się we współczesnej debacie. Głośnym echem odbijają się w nich dociekania filozofów, jurystów, kognitywistów czy teologów. Szczególne miejsce w prozie Coetzeego zajmują zwłaszcza etyczne eksploracje Petera Singera. Coetsee przyswoił sobie także intuicję prozaika Izaaka Bashevisa Singera (Gwoli przypomnienia wspomnę, że Izaak Bashevis Singer rodem z Leoncina, wsi w pobliżu Nowego Dworu Mazowieckiego i przez jakiś czas przebywający w Biłgoraju rodzinnym mieście matki został laureatem Nagrody Nobla w dziedzinie literatury za rok 1978). Ten ostatni zaciekał go poglądem, który wyznaje jedna z postaci powieści Singera pod tytułem *Wrogowie, opowieść o miłości*. Kwintesencja jej przekonań streszcza się w utożsamieniu zachowania ludzi wobec zwierząt z tym, co hitlerowcy robili z Żydami [7]. *Ilekcja Herman widział zarzynanie zwierząt i ryb, zawsze myślał o tym samym: w swym postępowaniu wobec zwierząt, wszyscy ludzie byli nazistami. Samozadowolenie, z jakim człowiek postępował wobec innych gatunków - pisał Izaak Bashevis Singer - tak jak jemu się podobało, dostarczało przykładu do najbardziej rasistowskich teorii, dla zasady, że silniejszy ma rację* [7]. Pisarka Elizabeth Costello, główna bohaterka obu wspomnianych powyżej

utworów Coetzeego, podąża szlakiem wytyczonym przez Izaaka Bashevisa Singera, ale jeszcze bardziej radykalizuje jego myśl i poda dla niej własne uzasadnienie.

Śledząc jej tok rozumowania da się stwierdzić, że Costello osadza swe wywody na kilku fundamentalnych aksjomatach ściśle ze sobą powiązanych. W pierwszym istnienie produkcyjnych hodowli, rzeźni, laboratoriów badawczych i wszystkich miejsc na świecie, gdzie zwierzęta spotyka niewyobrażalnie straszny, los porównuje do obozów koncentracyjnych z czasu drugiej wojny światowej [8]. Następny pewnik głosi, że tkwimy w epicentrum przemysłu okrucieństwa i zabijania, które skalą oraz logiką przyćmiewa zbrodnie III Rzeszy. O ile Treblinka, Bełżec, Sambor były miejscami Holokaustu i spełniał się w nich wydarzenie śmierci o znamionach metafizycznych, to przemysł mięsny jest holokaustem całkowicie naturalistycznym poświęconym wyłącznie życiu ludzi oraz zaspokajaniu ich apetytu. Masowe bestialstwo wobec zwierząt przewyższa zbrodnie nazistów jeszcze tym, że jest machiną permanentnie samonapędzającą się, która sprowadza na świat króliki, gryzonie, drób, bydło, trzodę chlewną, ryby tylko po to, aby je sztucznie jak najszybciej utuczyć i jak najwięcej zabić [8]. *Po śmierci zwłoki ofiar nie są palone czy grzebane w ziemi, lecz rozcinane, dzielone na części, mrożone i pakowane, a wszystko to po to, żebyśmy mogli spożywać je w zaciszu naszych komfortowych domów* [8].

Kolejny aksjomat ukuty przez Costello zakłada niechęć ludzi do poznania niewygodnej dla nich prawdy o holokaucie zwierząt, ponieważ nie zdołaliby jej znieść. Tę postawę współczesnego człowieka bohaterka Coetzeego porównuje do zachowania Polaków zamieszkujących w okresie okupacji tereny przy obozach zagłady, którzy dla własnego dobra woleli nie wiedzieć, co się dzieje za ogrodzeniem.

Z toku fabuły książek Coetzeego wynika, że bezpośrednia odpowiedzialność za holokaust zwierząt spada na typ myślenia człowieka Zachodu. Costello, podobnie jak rzesza innych filozofów z Emmanulem Levinasem na czele, stawia pod prężeniem *cogito* i surowo rozprawia się z koncepcją Arystotelesa, Tomasza z Akwinu, Kartezjusza i Kanta. Wina ich stylu myślenia zdaniem Costello polega na uwielbieniu rozumu oraz nadaniu mu rangi najwyższej instancji rozstrzygającej o istocie wszechrzeczy. Tylko poprzez wykorzystanie rozumu można pojąć zasady istnienia i działania wszechświata jako całości. Zwierzęta, jak wiadomo w tej optyce rozumu nie mają i dlatego nie są w stanie przeniknąć praw rządzących uniwersum. Muszą więc ślepo stosować się do kierujących nim reguł i zadowolić się statusem przedmiotu, który ma służyć człowiekowi jako środek do jego celów [8]. Ten kanon myślenia namięcił i usankcjonował później powagą mędrca Kartezjusz, który całkowicie rozgrzeszył

człowieka z procedury uprzedmiotowienia zwierząt oraz usprawiedliwił zadawanie im cierpienia.

Według Costello natomiast *cogito* wcale nie jest esencją wszechświata. *Wręcz przeciwnie (...) rozum w podejrzanym sposobie przypomina istotę myśli ludzkiej, gorzej nawet – istotę jednej z tendencji myśli ludzkiej* [8]. W jej przekonaniu przywiązanie do racji filozoficznych, które zakładają, że życie istot pozbawionych zdolności myślenia ma mniejszą wartość jest błędne. Taka filozofia nigdy nie uczyni relacji człowiek-animalia etyczną i nie sprawi, że zabijanie zwierząt będzie zasługiwać na karę. Co więcej, nie napiętnuje postępków człowieka jako zły oraz nie zapobiegnie jego demoralizacji.

W mniemaniu bohaterki utworów Coetzeego rozwiązania kwestii holocaustu zwierząt trzeba szukać poza sferą *cogito*. Przeczucie oraz życiowe doświadczenie podpowiadają jej, aby wsłuchać się raczej w głos serca niż rozumu, ponieważ ma ono swoje własne rozumy, których rozum nie zna. Costello jak niegdyś Błażej Pascal zakłada, że tylko otwarcie się na logikę serca oraz jego porządek zdoła zaktywizować w człowieku predyspozycje do „współczującej wyobraźni” i stać się kluczem do poznania. Przy czym, w ujęciu Costello „współczująca wyobraźnia” nie dotyczy wyłącznie poznania ludzkich podmiotów, lecz odnosi się też do innych stworzeń. Dla „współczującej wyobraźni” nie powinno być barier gatunkowych. Nie mogą ponadto istnieć żadne granice dla starań, które umożliwiają tak zwane „wejście” w położenie odczuć zwierząt. Z pozycji „współczującej wyobraźni” znacznie trudniej będzie człowiekowi uzurpować sobie prawo, sądzi Costello, do obchodzenia się ze zwierzętami dowolnie.

W ramach uwierzytelnienia etycznej wagi „współczującej wyobraźni” oraz jej kulturotwórczej roli Costello znów przywołuje przypadek oprawców z obozów zagłady. Stwierdza w nim, że *najbardziej przerażającą rzeczą, która przekonuje nas, że to, co się tam działo, było zbrodnią przeciwko ludzkości, nie jest wcale to, że ludzie-zabójcy traktowali ludzi-ofiary jak insekty – to byłoby zbyt abstrakcyjne. Najgorsze jest to, że mordercy nie chcieli postawić się na miejscu swoich ofiar, nie chcieli wejść myślą w ich przeżycia. Mówili: „To oni tłoczą się w tych bydłowych wagonach”. Nie przyszło im do głowy, żeby postawić sobie pytanie: „Jak ja czułbym się w bydłowym wagonie?, czy powiedzieć: „To ja duszę się w tym wagonie”. Mówili: „Te trupy, które dzisiaj płoną w piecu, zanieczyszczają powietrze i opadają popiołem na moją kapustę”. Nie pomyśleli: „A gdybym ja tam płonął...”* [8].

Niewątpliwie „współczująca wyobraźnia” przez konkretne, obrazowe, niemal plastyczne przedstawienie apokaliptycznych cierpień przeraża i wzbudza trwogę. Trwoga zaś może zapobiegać zamachom na bezbronne dobro. Z tego względu staje się ważną składową

moralnego imperatywu, który wolno sformułować w postaci negatywnej, np.: „Nie dręcz i nie pozbawiaj życia niewinnych czujących stworzeń” oraz zapisać w formie pozytywnej: „Traktuj niewinne czujące stworzenia, tak jakbyś chciał sam być potraktowany”.

Dziela Coetzeeego uderzają z ogromną siłą radykalizmu. Treść utworów niepokoi dużym napięciem intelektualnym graniczącym chwilami z rozdrażnieniem. Krańcowe są też poglądy głównej bohaterki, które ocierają się wręcz o świętokradztwo. Wszak z faktu, że Żydzi byli przez nazistów traktowani jak zwierzęta, nie można wnosić, że zwierzęta są traktowane jak Żydzi. W konsternację wprawia śmiałość porównania przez Costello dzisiejszej postawy ludzi wobec zwierząt z zachowaniem nazistów. Z tropu zbija jej bezkompromisowa krytyka bogatej tradycji myślenia i wychwalanie prerefleksyjnych przeczuć jako podstawy dla „współczującej wyobraźni”.

W wywodach Costello zastanawia brak utrzymania właściwych proporcji między kategorią winy a skromnością próby sformułowania skutecznego planu zmiany istniejącego *staus quo*. Zamiast niego mamy do czynienia z kilkoma uwagami rzuconymi niejako na marginesie i mnóstwem pytań, które pozostają bez odpowiedzi.

W fabule dzieł Coetzeeego zaskakuje więcej rzezy. Nie wolno zapominać, że noblista nie zamierzał tworzyć pouczającego moralitetu. Na treść jego książek należy patrzeć raczej jak na pole eksperymentowania z ideami oraz obszar modyfikowania pomysłów niejako przy współdziałaniu czytelników.

W takim spojrzeniu koncept Coetzeeego jawi się w kategoriach pewnego zadania i intelektualnej prowokacji, wobec której trudno przejść obojętnie. Słuszność ma przeto Amy Gutmann pisząc, że powieść *Elizabeth Costello* i utwór *Żywoty zwierząt* mogą wyrwać z uśpienia ludzką wyobraźnię i skierować poszukiwania w rejony dotąd zastrzeżone lub nieznane [9]. Tak odważnego porównanie nadmiaru cierpienia zwierząt z cierpieniem człowieka i formy zdezawuowania moralnej relacji człowiek-animalia w literaturze jeszcze nie było.

Piśmiennictwo

1. Kirchner H.: Nałkowska albo życie pisane, Wyd. W.A.B., Warszawa, 2011.
2. Colette S.G.: Dialogi zwierząt, Wyd. W.A.B., Warszawa, 2013.
3. Kirchner H.: Wstęp. [w:] Między zwierzętami. Opowiadania. Fragmenty. Nałkowska Z., Wyd. W.A.B., Warszawa, 2013, 10, 16.

4. Nałkowska Z.: Kania. [w:] *Opowiadania*, Nałkowska Z., Czytelnik, Warszawa, 1986, 21, 59, 68, 102, 106, 111.
5. Nałkowska Z.: *Między zwierzętami. Opowiadania. Fragmenty.* Wyd. W.A.B., Warszawa, 2013, 55.
6. Rowlands M.: *Filozof i wilk. Czego może nas nauczyć dzikość o miłości, śmierci i szczęściu*, Wyd. W.A.B., Warszawa, 2011.
7. Singer I.B.: *Wrogowie: opowieść o miłości.* Punkt, Warszawa, 1992.
8. Coetsee J.M.: *Żywoty zwierząt. Świat Książki*, Warszawa, 2004.
9. Gutmann A.: Wstęp. [w:] *Żywoty zwierząt*, Coetsee J. M., Świat Książki, Warszawa, 2004, 10.

Cywilizacja oparta na opresji zwierząt

Jantos Małgorzata¹, Klosiński Andrzej²

1. Zakład Filozofii i Bioetyki Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
2. Dyrektor COAPE Polska

Przyjmuje się, że 150 000 lat temu Homo sapiens był już w takiej postaci biologicznej, jakiej jest teraz. Zaczął się rozprzestrzeniać około 70 000 lat temu, kiedy przybył na tereny Arabii i Afryki Wschodniej i stamtąd rozpoczął swój marsz ekspansywny na dalsze tereny.

W miarę oddalania się od punktu wyjścia przystosowywał się do nowych miejsc i panującego tam klimatu. I, co jest istotne, zaczął uprzedmiotawiać i podporządkowywać sobie zwierzęta.

Od 30 000 tysięcy lat Homo sapiens nie miał już na ziemi konkurencji. Stawał się władcą, pomimo tego, że jak przypomniał Jan Jakub Rousseau, nagi człowiek postawiony przed tygrysem nie ma szans przetrwania.

W starożytnym świecie Greków zwierzęta to przede wszystkim hodowane w górach owce i krowy, ale zapewne i psy. Zresztą te ostatnie były szczególnie traktowane. Psy występowały powszechnie w greckich mitach, poezji oraz eposach. Starożytni Grecy dali się poznać jako wielcy miłośnicy psów i często przywoływali ich postaci w swoich opowieściach. Argos był ulubionym psem gończym Odyseusza – bohatera homeryckiej „Odysei”. Kiedy Odys wyruszył na wyprawę po złote runo, Argos cierpliwie czekał na jego powrót. Kiedy wreszcie, po 20 latach wojen i licznych przygód, Odys powrócił, Argos natychmiast go rozpoznał i przywitał. Zobaczywszy po raz ostatni swojego pana, wydał ostatnie tchnienie. Tak więc pies odgrywał rolę wielkiego przyjaciela człowieka. W sposób naturalny metafora wierności psiej pojawiła się w filozofii Platona. W słynnym dialogu „Państwo” pies jest metaforą filozofa. Pies – pomocnik pasterzy, wierny strażnik spraw wyższych, duchowych, z których sam nie ma bezpośrednich korzyści, ale których strzeże, jest taki, jakim być powinien filozof. Potem w innym miejscu, w dialogu „Parmenides” pisał, że filozof, tak jak pies powinien mieć dobry węch. Zenon do młodego Sokratesa mówi: *„Ty, Sokratesie, nie całkowicie ostrzegasz prawdziwy charakter mojej rozprawy, chociaż tak jak psy lakońskie, dobrze biegiesz za śladem i węszysz, o co chodzi w moich słowach”* [1].

Uczeń Platona – Arystoteles uważał, że ludzi ze zwierzętami łączy podobieństwo psychiczne. Tomasz z Akwinu chrystianizujący Arystotelesa podkreślał niezwykłość relacji

człowieka z psem. W sensie metafizycznym dla psa człowiek jest tym, czym dla człowieka jest anioł. Zwierzęta, jak pisał, zawsze wybierają dobro, zaś człowiek lub aniołowie mogą wybierać dobro lub mniejsze dobro lub zło.

W starożytności wykorzystywano oczywiście zwierzęta do prowadzenia wojen. Ptaki bywały traktowane jak żywe pochodnie, skorpiony rzucane na wroga – spełniały oczekiwania atakujących, którzy ich używali. Wykorzystywano słonie do prowadzenia ataków na siły wroga. Jako pierwszy o skuteczności słoni na polu bitwy przekonał się Aleksander Wielki podczas bitwy pod Gaugamelą w 331 r. p.n.e., kiedy zmierzył się z oddziałami perskimi króla Dariusza III. Widok 15 słoni stojących wśród wojsk wroga wywarł na żołnierzach Aleksandra Wielkiego tak silne wrażenie, że w noc poprzedzającą bitwę składali oni ofiary bogowi strachu. Słonie, jak żywe czołgi szarżowały na wojska wroga z prędkością 30 km na godzinę i nie dawały się zatrzymać piechocie uzbrojonej we włócznie. Stanowiły też stabilną platformę dla łuczników – z ich grzbietu mieli doskonały widok na pole walki. Aleksander Macedoński także był wielkim miłośnikiem psów, a jako słynny wódz, przede wszystkim cenił psy bojowe. Liczne ocalałe do dzisiaj ryciny przedstawiają jego ulubionego mastiffa, który podobno kolejno pokonał w walce słonia i lwa.

Grecki historyk Flawiusz Arrian, będący pod dużym wpływem Ksenofonta pisał o wrażliwości zwierząt. Widać z jego pism, że je lubił i znał. Opisy jego są bardzo rzetelne i skrupulatne. Arrian podzielił zwierząt na „dobre” i te „złe”. Dobro i zło psa stanowiło wynikową jego cech fizycznych oraz nastawienia do właściciela. Jeżeli pies atakował swojego pana i był nieufny wobec wszystkich ludzi to uznawano go za zwierzę dzikie i stracone.

Rzymianie wykorzystywali pszczoły, jako naboje do katapult. A w zwierzętach cenili to wszystko, co upodabniało je do ludzi: inteligencję, spryt, zdolność do adaptacji w trudnych warunkach. Kochali ptaki, ale głównie te gadające; szanowali psy niemal wyłącznie z uwagi na ich myśliwskie i obrończe zdolności; zachwycali się słoniami przez wzgląd na ich domniemane głębokie życie wewnętrzne. Jednak śledząc literaturę starożytnych Rzymian trudno odnaleźć teksty, które pokazywałyby ich stosunek do zwierząt. Dopatrywali się w nich zdolności zupełnie nadzwyczajnych. Pliniusz Starszy pisał o astralnej religii słoni afrykańskich, ich obrzędach oczyszczeń, ale też o właściwym dla tych stworzeń zrozumieniu dla innych religii [2].

Wróżby będące podstawą i wyjściem aktywności życiowej Rzymian też były powiązane ze zwierzętami. Wróżono, oglądając wnętrza zabitych zwierząt, jak i obserwując loty ptaków, ale i także (tzw. *auspicia pullaria*) z zachowania się kur podczas jedzenia. Z czasem odkryli przyjemności z urządzania polowań. Kwintus Scewola był autorem pierwszego

venationes („polowania”) z udziałem lwów, walk zwierząt między sobą oraz przeciwko gladiatorom, które stały się stałym elementem igrzysk. W 93 roku przed Chr. Sulla wystawił w amfiteatrze sto lwów, a następnie Pompejusz Wielki sześćset, Juliusz Cezar czterysta.

W czasach rzymskich cesarzy krwawe pokazy zabijania zwierząt stawały się coraz bardziej popularne. W jednym tylko dniu igrzysk urządzonych przez Tytusa w 80 roku z okazji otwarcia Colosseum wystawiono na arenie pięć tysięcy zwierząt. Z drugiej zaś strony historia pokazuje przywiązanie rzymskich wojowników do swoich koni. Bucefał, koń Aleksandra Wielkiego traktowany był jak najbliższy przyjaciel. Cezar swojemu postawił pomnik przed świątynią Wenus Rodzicielki. Także Oktawian August wystawił zmarłemu koniowi pomnik nagrobny i ułożył na jego cześć tren żałobny. Koń cesarza Gajusa Kaliguli mieszkał w marmurowej stajni osobnego pałacu, jadał ze żłobu z kości słoniowej, nosił naszyjniki z drogich kamieni, posiadał własnych niewolników i umeblowane pokoje, *„aby tym wystawniej podejmować osoby zaproszone w imieniu konia”*. Cesarz c Hadrian poświęcił swojemu ogierowi Borystenesowi epitafium.

Rzymski historyk, filozof przyrody i pisarz Pliniusz Starszy napisał dzieło, które zostało do dnia dzisiejszego „Historię naturalną”. Tam też znajdujemy bardzo dużo wiadomości o zwierzętach. Prawdopodobnie zamieścił opisy tylko tych, które nie występowały na terenie Imperium, pomijając te, które były powszechnie znane (np. jeleń, wilk). Ich opisy dość dobrze odpowiadają rzeczywistości. Pisał o inteligencji lwów i o niespotykaniu dobrej pamięci słoni. W rozdziałach księgi VIII pisał nawet o smokach.

Rzymianie cenili obecność psów w swoim otoczeniu. Wyżej przypomniany Pliniusz pisał, że są one jedynymi przypadkami zwierząt, które poznają człowieka i rozpoznają własne imiona. Koty traktowane były jak strażnicy zapasów żywnościowych. Prawdziwymi maskotkami były ptaki, a zwłaszcza te udomowione. Pliniusz pisał o papugach, które powtarzając słowa wprawiają właścicieli w dobry humor.

„Miłość Honoriusza do kogutów zdaje się iść w parze z jego łagodną osobowością. I rzeczywiście, pomijawszy kilka wyjątków, sprawdza się zasada, iż kolejni władcy dobierali sobie ze świata zwierząt towarzyszy odpowiadających ich temperamentowi. Zniedołężniały (choć okresowo także wyjątkowo okrutny) Klaudiusz miał być posiadaczem białej suczki pokojowej, Aleksander Sewer, cesarz, o którym mówiono, że na zawsze pozostał małym grzecznym chłopcem całkowicie uzależnionym od swej matki, hodował w pałacu gołębie (miał ich ponoć dwadzieścia tysięcy), pawie, bażanty, koguty i kaczki; miał też złote kosi w klatkach, lubił głaskać pieski i świnki. Tymczasem cesarze o – by tak rzec – nadmiernie gwałtownych charakterach, lubili otaczać się domowymi drapieżnikami. Karakalla wyprowadzał na spacer

swojego lwa Akinakesa. Heliogabal miał zwyczaj zabawiania gości, wypuszczając na nich zniecała rozjuszona lwy, niedźwiedzie i lamparty, nierzadko też jadowite węże. Niedźwiedzie trzymali w pałacach Galeriusz i Walentynian, przy czym ten pierwszy – jeśli wierzyć Laktancjuszowi – miał zwyczaj karmić je ludzkim mięsem” [3]

Zwierzęta były więc obecne i sprawiały przyjemność właścicielom, były żywnością ludzi, ich zabawą, ale dość rzadko mówiono w starożytności o ich prawach. Wspomnieć jedynie można o Pitagorasie. Argumentował, że zwierzętom należy się szacunek i ochrona, ponieważ one i ludzie mają taką samą duszę, która jest nieśmiertelna i podlega transmigracji. Pitagoras sam był wegetarianinem. Wykupował też ponoć zwierzęta po to, żeby wypuścić je na wolność. Wspomniany już wyżej Arystoteles pisał, że zwierzęta istnieją na użytek człowieka i odmawiał im racjonalności i równego moralnego statusu. Jego uczeń i przyjaciel Teofras miał inne zdanie, uważając że zwierzęta potrafią cierpieć, tak jak ludzie.

W średniowiecznej Europie zwierzęta towarzyszyły człowiekowi w każdej sytuacji. I były takie, które służyły do produkcji mięsa, czy futer, ale i takie, których status był szczególny. Konie dla rycerzy były bojowymi rumakami, a dla chłopów podstawą ich egzystencji. Utrata konia była dla chłopów tragedią. Dlatego też Papież Urban II, chcąc pomóc rolnikom, którzy często padali ofiarą przemocy, w 1095 r. rozciągnął ideę pokoju bożego na „konie od pługa”. Tym samym każdy, kto podniósłby na zwierzę rękę, mógł spodziewać się reperkusji ze strony Kościoła..

W Biblii występują zwierzęta obok ludzi. Adam nadaje nazwy zwierzętom. Na Arce Noego znajdują się zwierzęta. Ważnym, symbolicznym epizodem w Apokalipsie św. Jana jest pojawienie się czterech istot żyjących: orła, lwa, woła i człowieka.

Św. Chryzostom, jeden z największych autorytetów kościoła Wschodu w V wieku pisał, że zwierzętom jesteśmy winni życzliwość i łagodność głównie z tego powodu, że ich i nasze pochodzenie jest takie samo. Zaś św. Tomasz, za Arystotelesem, pisał, że zwierzęta są nieracjonalne, ponieważ nie posiadają umysłu ani rozumu, istnieją po to, aby służyć ludzkim celom z racji swej natury i Boskiej opatrności i same w sobie nie mają statusu moralnego, oprócz sytuacji związanych z interesami ludzkimi, na przykład z własnością [4].

Współcześnie chrześcijański punkt widzenia może da się odszukać u Anrewa Linzey, profesora Uniwersytetu Nottingham, który napisał w 1994 roku książkę „Teologia zwierząt”, za którą otrzymał stypendium z zakresu teologii i dobra zwierząt w Oksfordzie. Spotykamy w niej następującą uwagę „*Pomimo godnych podziwu toczących się w ostatnim czasie filozoficznych dyskusji nad zwierzętami, fakt, iż nie zdołały osiągnąć wspólnego stanowiska z teologicznym rozumieniem kwestii zwierząt oznacza jedno: wykładnia obrońców praw zwierząt*

nie jest wygłoszona w imieniu wielu milionów osób, które w dalszym ciągu wyznają chrześcijańską doktrynę – nawet w jakiejś nikłej postaci.” [5].

Linzey przywołuje nazwisko H. Primmata, który bezpośrednio zmierzył się z licznymi elementami tradycji scholastycznej. Tenże Primmat w 1776 roku opublikował książkę „Dysertacja o miłosierdziu i grzechu okrucieństwa wobec zwierząt”. Tam też, potwierdzając wiele założeń, które wcześniej głosił św. Tomasz, Primmat napisał zdania, które mogłyby stać się inspiracją dla wszystkich inicjatyw dostrzegających równość w cierpieniu ludzi i zwierząt: *„Ból jest bólem, bez względu na to, czy doświadcza go człowiek, czy zwierzę. Stworzenie cierpiące ból – człowiek czy zwierzę – jako istota świadoma nieszczęścia, dopóki ono trwa, doświadcza zła. Cierpienie zła, niezawinione, niesprowokowane, bez uprzedniej winy i bez dobrego celu, któremu mogłoby odpowiadać – lecz jedynie, by okazać władzę lub zadowolić złe popędy – jest Okrucieństwem i niesprawiedliwością tego, kto do cierpienia się przyczynia” [5].*

Primmat pisał też i to, że jeśli wszelkie okrucieństwo nie przystoi jakiegokolwiek religii i jest najgorszą z herezji.

Linzey był autorem idei Paradygmatu Hojności, który *„sprzeciwia się koncepcji przynajmniej ludziom prawo przyczyniania się do ludzkiego dobrobytu i szczęścia kosztem innych stworzeń. Idea, jakoby zwierzęta istniały jedynie na użytek i korzyść człowieka jest moralnie równie groteskowa jak przypuszczenie, iż dzieci są własnością rodziców lub że mogą być użyte dla ich korzyści. Zamiast pytać o najmniejszą krzywdę lub cierpienie, jakie możemy wyrządzać zwierzętom na użytek ludzki, Paradygmat Hojności nalega, by ludzie sami znosili niewygody płynące z nieeksperymentowania na zwierzętach, a nie uzasadniali istnienie systemu zinstytucjonalnych nadużyć.” [5].*

Podobna myśl pojawia się w tekście Barbary Chyrowicz SSPS, która w swoim tekście umieszczonym w „Znaku” napisała: *”Ból zadawany zwierzętom przez ludzi nie znajduje usprawiedliwienia, bo w odniesieniu do oprawcy nie znajduje wystarczającej racji, a w odniesieniu do ofiary – żadnej. Nie sądzę jednak, by człowiek nie miał prawa wykorzystywać zwierząt dla swoich celów. Zwierzę nie jest przedmiotem, nie jest też osobą. Stanowi wartość nie przez wzgląd na to, że może się człowiekowi do czegoś przydać, lecz z uwagi na to, że istnieje. Istnienie zwierząt różni się jednak od istnienia ludzi” [6].*

Coraz bardziej rozprzestrzenia się świadomość równorzędności cierpienia ludzkiego i zwierzęcego. Jednak wciąż wydaje się, że długa droga jest przed nami, chociaż zawsze w historii ludzkości, obok wydarzeń traktujących zwierzęta w sposób okrutny, przytrafiały się i te, które są świadectwem innego podejścia. Mniej więcej w połowie V wieku przed naszą erą filozof Empedokles z Agrigentum, po zwycięstwie w zawodach olimpijskich, odmówił

zwyczajowego zabicia wołu, a zamiast tego zbudował wołu z aromatycznych roślin i krzewów i rytualnie podzielił je ze wszystkimi obecnymi. Dał tym samym świadectwo swojego stosunku do praktyki składania krwawych ofiar i ostatecznie zmienił zwyczaje Greków.

Pytanie o to, czy zwierzęta odczuwają ból i cierpią zadawane było też od dawna. W wieku XVII Kartezjusz w „Medytacjach o pierwszej filozofii” dzieląc byty na oddzielne substancje: rozciągłą (*res extensa*) i myślącą (*res cogitans*) ogłosił, że jedynie człowiek jest złożeniem obu. Wedle wykładni tam się znajdującej rzecz myśląca „to rzecz, która wątpi, pojmuje, twierdzi, przeczy, chce, nie chce, a także wyobraża sobie i czuje” [7]. Zdolność do odczuwania przypisał Kartezjusz wyłącznie rzeczy myślącej. Zwierzętach zaś są zbudowane z *res extensa*. W części V „Rozprawy o metodzie” pogląd głoszący, że zwierzęta są tylko mechanizmami zostaje przez Kartezjusza powtórzony. W liście do Plempiusa z 3 października 1637 r. Kartezjusz zapewniał, że życie zwierząt wynika po prostu z obiegu krwi. Zasadą ruchu jest ciepło serca [8]. Kartezjusz konsekwentnie odmawiał zwierzętom posiadania rozumu. „*Do żadnego przesądu – pisał w liście z dnia 5 maja 1649 r. do Henry’ego More’a – nie jesteśmy jednak bardziej przyzwyczajeni od najmłodszych lat, jak do tego, że zwierzęta myślą*” [8], a przecież nie posiadają one samoświadomości. Mają zdolność do poznawania zmysłowego: słyszą, czują zapachy, boją się i cieszą, ale przy tym nie myślą. Zwolennicy Kartezjusza rozwijali sposób myślenia Mistrza jeszcze dalej. Nicolas Malebranche, francuski filozof i teolog, zaprzeczał temu, że Bóg nie może być odpowiedzialny za niezасłużone cierpienie zwierząt, z tej oto prostej przyczyny, że nie są one z natury zdolne do odczuwania bólu.

W tym samym roku, w którym ukazało się dzieło Kartezjusza „Medytacje” w Ameryce Północnej zakazano „tyranii” wobec przetrzymywanych zwierząt. Podobne przepisy przegłosowano także w Wielkiej Brytanii. Ustawy dające pierwszą prawną ochronę zwierzętom w Anglii wprowadzono za czasów rządów Olivera Cromwella podczas angielskiej wojny domowej.

Znacznie później, bo w 1882 roku także w Anglii wprowadzono pierwszą na świecie ustawę, która miała chronić zwierzęta (konie i bydło) przed okrutnym traktowaniem. Stało się to, dzięki działalności Richarda Martina, którego nie zniechęciła opozycja innych parlamentarzystów. Był to pierwszy w świecie anglojęzycznym znaczący i stosowany w praktyce dokument dotyczący ochrony zwierząt. Zgodnie z nim za „bicie, znęcanie się lub jakiegokolwiek niewłaściwe traktowanie konia, klaczy, wałacha, muła, osła, wołu, krowy, jałówki, młodego wołu, owcy albo innego bydła” groziło do 5 funtów grzywny albo do 2 miesięcy więzienia. Dwa lata później Martin założył pierwsze w świecie i istniejące do dzisiaj Królewskie Towarzystwo Zapobiegania Okrucieństwu Wobec Zwierząt (RSPCA), a dziesięć

lat później także w Wielkiej Brytanii pisarz i reformator społeczny Henry Salt wydał książkę pod tytułem „Prawa zwierząt a postęp społeczny”. Od tamtego czasu, w wielu krajach powstawały ustawy dotyczące traktowania zwierząt. Najbardziej znaną i pełną koncepcję praw zwierząt zbudował Tom Regan, którą przedstawił w pracy :”The Case for Animal Rights” (1983 rok). Zaproponował, aby były żyjące nie rozdzielać na ludzi i zwierzęta, ale aby mówić o „podmiotach życia”, a więc te podmioty, które łączą uczucia, pamięć, ból, cierpienie.

Cierpienie łączą ludzi i zwierzęta. Pytanie o to, czy mogą cierpieć zwierzęta znów przewija się przez historię myśli ludzkiej. Immanuel Kant mówił swoim studentom, że wobec zwierząt nie mamy żadnych bezpośrednich obowiązków, ponieważ nie są istotami samoświadomymi. Wtedy to, prawie w tym samym czasie Jeremy Bentham odpowiadał Kantowi: *”Należy pytać nie o to, czy zwierzęta mogą rozumować i czy mogą mówić, lecz czy mogą cierpieć”* [cyt. za 9].

Pytanie o cierpienie zwierząt jest jednym z ważniejszych pytań, które zadaje Peter Singer. „Czy zwierzęta odczuwają ból? Skąd o tym wiemy? A skąd w ogóle wiemy, że ktoś – człowiek lub zwierzę – odczuwa ból? Wiemy, że sami możemy go odczuwać.[...]” [9].

Ostatnie dwadzieścia lat to czas ogromnej rewolucji technologicznej i informatycznej pozwalającej między innymi na zagłębienie do wnętrza ciała człowieka i zwierząt, w tym do mózgu, organu generującego zachowanie, emocje, a więc także cierpienie. Dzięki takim technologiom jak rezonans magnetyczny czy tomografia komputerowa wiemy, że dzielimy ze zwierzętami (przynajmniej ze ssakami i ptakami) podobne podstawowe doświadczenia i odczucia emocjonalne, w tym oczywiście cierpienie [10]. Współczesna wiedza (ewolucyjna, etologiczna, psychologiczna) i świadomość tego, czym są zwierzęta sprawia, że traktujemy je jako istoty godne szacunku, posiadające wyjątkowe prawa, ale także zdolne do tworzenia emocjonalnych więzi i empatii [11]. Szczególną zaś pozycję zdobyły zwierzęta towarzyszące człowiekowi - psy i koty, dawniej wykorzystywane do pracy i ochrony, dziś są swego rodzaju „wsparciem psychologicznym”, zapewniającym ludziom komfort przez emocjonalną relację.

Cierpienie dla psychologa to najogólniej ból fizyczny i psychiczny, a więc doświadczanie negatywnych emocji o różnym pochodzeniu i natężeniu w związku z sytuacją ranienia, bicia, straszenia, ale także niezaspokojenia ważnych potrzeb psychicznych i emocjonalnych, na przykład kontaktu i relacji społecznych.

Ważnym pojęciem dla rozumienia cierpienia zwierząt jest pojęcie dobrostanu (ang. welfare, well-being), albowiem to właśnie brak dobrostanu zwierzęcia możemy nazwać cierpieniem. Pojęcie dobrostanu zwierzęcia w terminologii zootechnicznej i weterynaryjnej funkcjonuje od kilkudziesięciu lat. Mimo to sam termin, a raczej elementy dobrostanu, jak i

niezbędne warunki do jego zaspokojenia są wciąż przedmiotem dyskusji. Dlatego w literaturze przedmiotu spotkamy wiele definicji dobrostanu zwierząt. I tak Baerends (1978) przez dobrostan rozumie brak schorzeń lub okaleczeń zwierzęcia w sensie fizycznym oraz stan, w którym bodźce i informacje środowiskowe działające na system nerwowy mieszczą się w zakresie wielkości akceptowalnych przez organizm. Mayer (1984) rozumie dobrostan jako fizyczno-psychiczny stan charakteryzujący się zaspokojeniem wszystkich gatunkowo specyficznych i indywidualnych potrzeb życiowych, który może być utrzymany przez dłuższy czas dzięki nieskrępowanemu przebiegowi wszystkich funkcji organizmu. Broom (1986) uważa, że dobrostan to stan, w którym zwierzę potrafi uporać się z czynnikami środowiska, zaś według Kolhaas'a (1993) dobrostan ma miejsce wtedy, gdy zwierzę zarówno z etologicznego, jak i fizjologicznego punktu widzenia znajduje się w harmonii z otaczającym je środowiskiem i jest zdolne adaptować się w odpowiedni sposób do zmian zachodzących w środowisku [12].

Wspólną płaszczyzną przytoczonych definicji jest to, że uznają one fizjologiczne, etologiczne i psychologiczne aspekty dobrostanu zwierząt. Zatem „stan dobra” dotyczy całego organizmu zwierzęcia i obejmuje wszystkie jego funkcje, także te psychiczne. Warto zauważyć, że dobrostan oceniamy z perspektywy konkretnego zwierzęcia, potrzeb jego gatunku, potrzeb indywidualnych i warunków, w jakich zwierzę żyje. Zwierzę funkcjonuje w dobrostanie kiedy jest zdrowe, przeżywa pozytywne emocje i potrafi radzić sobie z wyzwaniami, jakie stawia przed nim środowisko. A zatem przez zaprzeczenie zwierzę cierpi, jeśli stan jego zdrowia jest niezadowolający, przeżywa negatywne emocje i nie radzi sobie w środowisku, w którym żyje.

Angielscy specjaliści z Rady Dobrostanu Zwierząt Gospodarskich (Farm Animals Welfare Council), w opracowanym przez nich Kodeksie Dobrostanu Zwierząt zaproponowali, by elementy dobrostanu przedstawić w postaci „pięciu wolności” zwierząt. Formuła „pięciu wolności” pozwala bardzo trafnie, użytecznie, a zarazem intuicyjnie przedstawić warunki właściwej opieki nad zwierzętami zarówno gospodarskimi, jak i tymi, które żyją w naszych domach dla towarzystwa.

Behawiorysty pomagają zwierzętom i ich właścicielom w radzeniu sobie z problemowymi zachowaniami. W praktyce mamy więc do czynienia z cierpieniem zwierząt na skutek niezaspokojenia ich potrzeb, niewłaściwego traktowania i niewłaściwych warunków, w których zwierzęta funkcjonują. Często dzieje się tak, mimo szczerych chęci i wysiłków opiekunów zwierząt, którzy nie zdają sobie sprawy z tego, czego potrzebuje ich zwierzę, aby czuć się dobrze. Spróbujmy zatem w odniesieniu do „pięciu wolności” przedstawić sytuacje, w których zwierzęta (głównie psy i koty) mogą cierpieć, chociaż odnajdywanie tam cierpienia zdaje się nie być dla wszystkich oczywiste

Wolność pierwsza od głodu i pragnienia (potrzeba zapewnienia dostępu do świeżej wody i pokarmu, które zapewniają zdrowie i siły).

To najbardziej oczywista wolność i rzadko się zdarza, aby zwierzęta cierpiały z powodu niezaspokojenia elementarnych potrzeb jedzenia i picia. Ale jeśli się tak zdarza – to budzi powszechny sprzeciw i jest piętnowane tak przez świadków, jak przez opinię publiczną i media.

Wolność druga od urazów psychicznych i bólu (potrzeba zapewnienia odpowiedniego traktowania zwierzęcia).

O ile zadawanie bólu (na przykład przez bicie), jest powszechnie uważane za zadawanie cierpienia, o tyle straszenie nie zawsze budzi sprzeciw, a przecież część tradycyjnych metod szkolenia psów wykorzystuje prowokowanie strachu (także bólu) w celu powstrzymania zwierzęcia przed niepożądanym zachowaniem. W wychowaniu zwierząt dość często uciekamy się do straszenia w celu stłumienia, czy „ukarania” niewłaściwego zachowania. Choć takie postępowanie uczy zwierzę (często bardzo szybko i skutecznie) powstrzymywania się przed zabronionym zachowaniem, to dalsze, odległe w czasie konsekwencje straszenia czy zadawania bólu mogą prowadzić do utrwalenia przeżywania nieprzyjemnych emocji, a więc do cierpienia. Współczesne badania nad neurofizjologicznymi mechanizmami emocji strachu pokazują, że emocja ta warunkuje się i utrwała bardzo łatwo, szybko i trudno ją wygasić. Zważywszy, że strach jest najważniejszą z punktu widzenia przetrwania emocją (błyskawiczna reakcja pozwala uniknąć bezpośredniego niebezpieczeństwa) uczenie się reagowaniem strachem musi być szybkie, trwałe i niezawodne. Strach przeżywany często, a niekiedy stale jako niepokój uruchamia fizjologiczną reakcję przewlekłego stresu, który prowadzi do szeregu niekorzystnych zmian w organizmie, a w tym do chorób i depresji. Tego rodzaju cierpienie nie jest jedynie udziałem zwierząt, które z różnych powodów były straszone przez ludzi lub zadawano im ból. Dotyczy to także na przykład psów i kotów, które we wrażliwym okresie wczesnego rozwoju były izolowane, nie miały okazji zetknąć się z ludźmi i ich otoczeniem, albo z innymi zwierzętami swojego gatunku. Zwierzęta te, kiedy dorosną cierpią z powodu przeżywanego lęku w normalnych dla ludzi sytuacjach, jak wizyty gości, jazda samochodem, przebywanie w nowych miejscach, czy spotkania z innymi zwierzętami (to ostatnie dotyczy przede wszystkim psów). Potomstwo zwierząt lękliwych, jak wykazały klasyczne już badania Scotta i Fulera (1965) dziedziczy w dużym stopniu te cechy i cierpi w powód przeżywanego lęku. Warto dodać, że przewlekły strach, podobnie jak przewlekły ból prowadzi do dezorganizacji codziennego życia zwierzęcia, aż do niemożności przeżywania pozytywnych emocji, które są warunkiem utrzymania dobrostanu.

Wolność trzecia od ran i chorób: (wolność ta, podobnie jak pierwsza, zdaje się być oczywistą). Pomagamy rannym i chorym zwierzętom, ponieważ doskonale rozumiemy, że cierpią. Zdarzają się jednak sytuacje, kiedy choroba czy ból nie manifestują się ewidentnymi dla człowieka sygnałami, takimi jak miauczenie, skomlenie, kulenie się, utrata apetytu. Zwierzęta nie używają języka werbalnego, nie potrafią powiedzieć nam, że cierpią z powodu bólu lub złego samopoczucia. Często przejawem bólu jest wycofanie, niechęć do podejmowania ulubionych aktywności lub ociąganie się, reagowanie niepokojem, zmiany (zdarza się, że niewielkie) w sposobie poruszania się, załatwianie potrzeb fizjologicznych w domu, drażliwość czy reagowanie agresją. Dlatego nie zawsze potrafimy zauważyć tego rodzaju zmiany w zachowaniu, a jeśli już zauważymy, to rzadko myślimy o bólu jako o ich przyczynie opóźniając tym samym wsparcie poprzez diagnozę lekarską, która spowoduje odpowiednie leczenie łagodzące ból zwierzęcia.

Wolność czwarta: od stresu - Właściwa wiedza o naturalnych, dla danego gatunku, zachowaniach i potrzebach emocjonalnych pozwala zrozumieć sytuację, w jakiej żyje konkretne zwierzę. Świadomość potrzeb jest warunkiem zapewnienia zwierzęciu dobrostanu. Zaś jej brak może być przyczyną cierpienia. Niezrozumienie hodowanego przez ludzi zwierzęcia w wymienionym kontekście może być przyczyną jego frustracji, stresów i cierpienia. Czy kilka kotów w ciasnym mieszkaniu lub kociarni w schronisku będzie miało szansę na znalezienie osobistej przestrzeni, miejsca na spokojny odpoczynek, opanowania minimalnej wielkości terytorium (a jest to warunek równowagi emocjonalnej kota)? Czy trzymana w izolacji świnka morska lub królik, zwierzę żyjące w naturalnych warunkach w grupach społecznych będzie miał zapewniony dobrostan i nie będzie cierpiało z powodu izolacji i ograniczonej przestrzeni? Czy dotykanie, głaskanie, branie na ręce zwierząt (nasze ludzkie odruchy opieki i troski), są dla każdego zwierzęcia przyjemne i nie powodują negatywnych emocji? To tylko niektóre przykłady sytuacji, w których opieka i traktowanie najbliższych nam zwierząt nieadekwatne wobec ich potrzeb może powodować u nich stres przez niedostatek stymulacji psychicznej i aktywności (pies pozostawiany w domu na długie godziny) bądź ich nadmiar (obciążenie psa zbyt dużą ilością kontaktów, zmian i wymagań). Brak warunków dla spokojnego odpoczynku psa, brak spacerów, w trakcie których pies się relaksuje, ale i załatwia swoje potrzeby fizjologiczne. Stres jest dla zwierzęcia cierpieniem.

Wolność piąta do wyrażania naturalnego zachowania (zapewnienie odpowiedniej przestrzeni, warunków i „towarzystwa innych zwierząt”). Prezentowanie naturalnych zachowań zwierząt, takich na przykład jak w przypadku psów i kotów, swobodna eksploracja i obserwacja otoczenia, znakowanie terytorium, zachowania społeczne, węszenie, pogoń,

gryzienie i żucie, które są istotnym elementem równowagi emocjonalnej i dobrego samopoczucia. Uniemożliwienie lub ograniczenie swobody ekspresji naturalnych zachowań prowadzi do przeżywania nieprzyjemnych emocji, frustracji i napięcia, które bardzo często są powodem problemów zgłaszanych przez opiekunów zwierząt do behawiorystów. Współczesna wiedza na temat procesów emocjonalnych ssaków pozwala już rozumieć te procesy, które są kontynuacją procesów fizjologicznych i podlegających regulacji homeostatycznej. *„Zgodnie z koncepcją homeostazy organizm utrzymuje równowagę we wszystkich swoich układach, łącznie z mózgowym układem nagrody. Oznacza to, że organizm wykorzystuje swoje fizjologiczne, poznawcze i behawioralne możliwości, by wykorzystując własne zasoby, funkcjonować w odpowiednich fizjologicznych granicach. Czynniki środowiskowe zagrażające homeostazie spotykają się z kontrakcją organizmu”* [13].

Tak więc cierpienie zwierząt wiąże się także z niedostatkami możliwości prezentowania naturalnych dla danego gatunku zachowań. Próbując kompensować sobie ten niedostatek zwierzęta prezentują stereotypowe zachowania, będące częścią ich „repertuaru zachowań” (na przykład gryzienie przedmiotów, kręcenie się za własnym ogonem czy chodzenie w zrytualizowany sposób, co można zaobserwować w ogrodach zoologicznych czy w przemysłowych hodowlach).

Rozwijająca się w ostatnich latach wiedza etologiczna i psychologiczna spowodowała to, że zaczęto lepiej rozumieć potrzeby zwierząt, czy też ich emocjonalność, w sumie niezbyt odległą od potrzeb ludzkich.

O prawach zwierząt pisano już pod koniec XIX wieku, ale szersze opracowanie pojawiło się dopiero w drugiej połowie XX wieku. Jednym z pierwszych obrońców praw zwierząt był angielski pisarz i reformator społeczny Henry Salt, który w 1892 roku wydał książkę „Prawa zwierząt a postęp społeczny”. Ponad pięćdziesiąt lat później amerykański filozof Tom Regan stworzył najbardziej znaną i w zasadzie pełną teorię praw zwierząt, którą zaprezentował w pracy „The Case for Animal Rights”. Ruch na rzecz zwierząt rozwija się lawinowo, chociaż nie jest jednolity. Powstają organizacje prozwierzęce. Człowiek chce coraz więcej wiedzieć o potrzebach zwierząt, definiując także ich cierpienie (nie tylko fizyczne, ale jak wyżej pokazaliśmy i psychiczne). Zapewne wciąż jest tak, jak napisała Joanna Wydrych *„Na opresji zwierząt jest ufundowana cała nasza cywilizacja”* [14]. Tak jest, ale coraz więcej osób zastanawia się nad tym, czy zwierzęta posiadają status moralny, osobiste prawa lub jedno i drugie. *„Utrzymywanie, że na przykład pies posiada status moralny oznacza, że pies ma moralną istotność jako on sam, a nie tylko w relacji do ludzi. Ścisłej rzecz ujmując, oznacza to, że interesy lub dobro psa mają znaczenie i muszą być traktowane poważnie – niezależnie od*

tego, jaki wpływ na ludzi ma dobro psa. Mówiąc wprost: powinniśmy traktować psa dobrze ze względu na samego psa” [15].

Piśmiennictwo

1. Platon: Parmenides. Tłum. W. Witwicki, Warszawa, 1961, 128c
2. Pliniusz St., Historia naturalna, Tłum. Zawadzki T, Wyd. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Warszawa, 1981, VIII 1.
3. Bardel M.: Bestarium Pliniusza, czyli o relacji ludzi i zwierząt w starożytnym Rzymie. Znak, czerwiec, 2008, 637, <http://www.miesiecznik.znak.com.pl/6372008michal-barde-lbestarium-pliniusza-czyli-o-relacji-ludzi-i-zwierzat-w-starozytnym-rzymie/>, data pobrania 10.05.2017.
4. św. Tomasz z Akwinu: Suma Teologiczna, Wyd. Antyk, Kęty, 2000, T.18.
5. Linzey A.: Teologia zwierząt. Wyd. WAM, Kraków, 2010
6. Chyrowicz B.: Cierpienie ludzi, cierpienie zwierząt, czerwiec, 2008, 637, <http://www.miesiecznik.znak.com.pl/6372008barbara-chyrowicz-sspscierpienie-zwierzat-cierpienie-ludzi/>, data pobrania 10.05.2017.
7. Descartes R.: Medytacje o pierwszej filozofii, Wyd. Antyk, Kęty, 2001.
8. Pasieka P.: Kartezjańska koncepcja zwierzęcia-maszyny. Filo-Sofija, 2012, 17, 2, 51-64.
9. Singer P.: Wyzwolenie zwierząt. Wyd. PIW, Warszawa, 2004.
10. Panksepp J. Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions, Oxford Univ. Press, 2004.
11. Wynne C.D.L., Udell M.A.R.: Tajemnice umysłów zwierząt: ewolucja, zachowanie i procesy poznawcze, Wyd. COAPE, 2015
12. Jezierski T., Koprowski J.: W poszukiwaniu dobrostanu (welfare) u zwierząt gospodarskich, Przegl. Hodowl., 1997, 8, 49-53.
13. Koob G.F., Moal M.L.: Drug Abuse: Hedonic Homeostatic Dysregulation. Science, 1997, 278, 52-58
14. Wydrych J: Status zwierząt. [w:] Książka o prawach zwierząt. Kraków, 2012, 44.
15. DeGrazia D.: Prawa zwierząt. Wyd. Nomos, Kraków, 2014.

ŚMIERĆ SPOŁECZNA



Wątki irracjonalne i autodestrukcyjne w kulturze Inków jako jedna z przyczyn klęski w zderzeniu z cywilizacją europejską (analiza psychologiczno – historyczna)

Zalewski Grzegorz, Dziadel Agnieszka, Walejewska-Iwaszko Krystyna

Studium Filozofii i Psychologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

W XVI wieku Hiszpanie i Portugalczycy dotarli do wielu nowych lądów i ich mieszkańców; niektóre spotykane i poznawane narody, ze względu na ich obyczaje oraz kulturę, przybysze traktowali ze względny szacunkiem (np. Japończyków), a inne z pogardą (np. Inków). Po przybyciu do imperium Inków konkwistadorzy uwięzili władcę, który przybył do nich z wizytą i bez broni, następnie zażądali od niego złota z terenu całego kraju i kiedy je uzyskali, to zabili więźnia. Następnie objęli swoją władzą teren całego imperium, traktując inkaskie kobiety jako nałożnice lub służące, a mężczyzn jako parobków lub niewolników. Inkowie praktycznie nie stawiali oporu; trudno nazwać obroną wystąpienie przeciwko Hiszpanom nawet kilkukrotnie liczniejszej armii, ale słabo uzbrojonej i nieudolnie dowodzonej. Dowódca inkaskich wojsk zawsze był niesiony w lekytce i ubrany w kolorowe, widoczne z daleka stroje bojowo - religijne. Ubranie takie wzbudzało podziw, grozę i respekt u miejscowych, potencjalnych wrogów, ale – w przypadku Hiszpanów – ukierunkowywało ich atak i mobilizowało do walki. Bitwy takie były więc krótkie; Hiszpanie na swoich koniach atakowali inkaskiego dowódcę siedzącego w lekytce, zabijali go, a wtedy liczna armia inkaska uciekała w popłochu. Hiszpanie patrzyli więc na taktykę wojskową Inków z ironią i pogardą. Sytuacja ta z punktu widzenia Inków wyglądała inaczej, mniej więcej w taki sposób: *„Bratanek Atahualpy Titu Cusi opisał później, jak on i jego wojsko postrzegali hiszpańskie wojsko podczas ataku, z jego arkebuzami strzelającymi niewidzialnymi strzałami, które w cudowny sposób zabijały inkaskich wojowników, dźwiękami trąb, dudnieniem końskich kopyt, błyskiem stalowych ostrzy: <<[Wyglądali] jak Wirakoczowie, tym bowiem imieniem nazywaliśmy dawniej Stwórcę wszystkich rzeczy. [...] tak też nazwali oni [Inkowie] owe osoby, które ujrzeli, po pierwsze dlatego, że różniły się bardzo od nas strojem i obyczajem, a po drugie, ponieważ przybysze ci jeździli na ogromnych zwierzętach, które miały nogi ze srebra: tak mówili na rzucające blask podkowy. [...] i jeszcze ponadto nazywali*

ich Wirakoczami z powodu ich wspaniałego wyglądu i tego, że różnili się bardzo między sobą, jedni bowiem mieli czarne brody, a inni rude, i ponieważ jadali ze srebrnych naczyń; i także dlatego, że mieli yllapa [illapas], którym to słowem nazywamy grzmoty, a Indianie tak mówili na arkebuzy, myśląc, że są to gromy z nieba>>” [1].

Dodatkowo działania militarne Inków były utrudnione przez dwa podstawowe ograniczenia. *Po pierwsze, armia inkaska nie powinna była staczać bitew w czasie nowiu, natomiast momentem szczególnie sprzyjającym działaniom wojennym była pełnia Księżyca. Nawiasem mówiąc, ta cykliczność działań inkaskiej armii stała się jednym z bardziej istotnych powodów jej klęski podczas próby <<rekonkwisty>> podjętej w 1536 roku przez Manqu Inqę, co zresztą przyznali sami Hiszpanie [2]. [...] I tak to przybył Inka z całą swą potęgą przeciw Cuzco i trzymał je w oblężeniu przez ponad osiem miesięcy i w każdą pełnię Księżyca atakował je z wielu stron [3]. W czasie nowiu natomiast przeciwnicy Inków mogli czuć się całkowicie bezpieczni [...] we wszystkich oblężeniach i wojnach, które toczą, mają we zwyczaju zaprzestawać walki w czasie nowiów i zajmować się [wówczas] składaniem ofiar, toteż gdy odstąpili [na parę dni] od oblężenia Cuzco, udali się [właśnie] złożyć te ofiary, albowiem choć powiada się, że odstąpili, to rozumieć [to] należy, iż odeszli trzy lub cztery leguas, aby złożyć ofiary i uzupełnić wojsko [4]. Przerwy te wystarczyły oblężonym Hiszpanom (i ich indiańskim sojusznikom) do szybkich kontrataków i odbicia strategicznej świątyni fortecy Saqsay Waman, górującej nad Cuzco [2]. [...] po złożeniu ofiar [Indianie] powrócili oblegać Cuzco i zastawszy [hiszpańską] załogę w fortecy, nie mogli już tak mocno atakować miasta, jak za pierwszym razem [4].*

Już pierwsze taktyczne ograniczenie uniemożliwiało Inkom zdobycie Cuzco, ale Inkowie komplikowali sobie sprawę jeszcze bardziej – władca i naczelny dowódca powinien był pojawiać się na polu bitwy tylko w okresach widoczności Wenus jako Gwiazdy Wieczornej; był więc nieobecny podczas oblężenia Cuzco, co znacznie obniżało motywację jego żołnierzy do walki.

Mityczne początki dziejów Inków opisywane są jako wędrówka trzech *wira quchów*, którzy idąc na spotkanie w Mancie wywoływali spod ziemi stworzonych ludzi. Przekazali im pewne obowiązki do wykonania, przywileje oraz zakazy. W czasie kolejnej wędrówki ci sami *wira quchowie* karali ludzi za łamanie bożych nakazów i przepędzali demony nakłaniające ludzi do złych czynów. Po odejściu *wira quchów* wielu Inków ponownie łamało ustanowione przez nich boże prawa. Z punktu widzenia Inków przybycie Hiszpanów mogło więc być karą za grzechy. „*Są zarazą zesłaną przez Boga źli chrześcijanie, którzy rabują mienie biedaków i zabierają im żony i córki, i ich używają. Również nazywa się cudem i zarazą wyludnianie się*

wsi i uciezkę Indian ze swoich osiedli w tym królestwie. Karą bożą jest śmierć licznych Indian w kopalniach rtęci i srebra, a i innych zatrutych rtęcią, cierpiących straszliwie, bardzo schorowanych, osieracających żony i dzieci. Za pośrednictwem tego wszystkiego Bóg nam mówi, abyśmy o nim pamiętali i go wzywali, a na każdy dom i każdemu człowiekowi zsyła Bóg na tym świecie swoją karę” [5].

W następnych latach, czym bardziej Hiszpanie poznawali religię, obyczaje i kulturę Inków, tym bardziej ją lekceważyli i konsekwentnie niszczyli. Dowiedzieli się m.in., że władcy Inków mieli jedną żonę i kilkanaście lub kilkadziesiąt konkubin; w związku z tym kilkadziesiąt lub kilkaset dzieci. Zdarzało się więc w historii Inków, że władca wyznaczał na swojego następcę dziecko ze związku z ulubioną konkubiną, ale po jego śmierci jego główna żona doprowadzała do koronacji własnego syna, zabijając konkubinę pod pretekstem nieprzestrzegania praktyk religijnych lub otrucia króla. W takiej sytuacji syn zabitej konkubiny nie miał wystarczającego wsparcia, aby wola jego ojca została zrealizowana. Kandydatów na władcę Inków z reguły było co najmniej kilku; wszyscy oni twierdzili, że w czasie snu ukazało się im Słońce i wyznaczyło na króla. Musieli jeszcze potwierdzić prawdziwość swoich słów poprzez odniesienie sukcesów w czasie wypraw wojennych, które prowadzili głównie w celu poszerzenia obszaru imperium. Ostatecznego wyboru dokonywali arystokraci i kapłani inkascy, którzy zaraz po dokonaniu wyboru „jedyne, prawdziwego Inki”, często żalowali tego wyboru, ponieważ nowo mianowany władca np. ograniczał ich przywileje i dochody. W takiej sytuacji nowo wybrany władca, aby przekonać ich jednak do słuszności dokonanego wyboru i jednocześnie przestraszyć, zabijał kilku swoich przybranych braci – konkurentów. W czasie przybycia konkwistadorów dwaj bracia: Waskhar i Ataw Wallpa, każdy z nich uważający się za „jedyne, prawdziwego Inkę” i każdy popierany przez około połowę imperium, toczyli wieloletnią, wyniszczającą wojnę, co niewątpliwie bardzo osłabiło cały kraj gospodarczo i militarnie.

Składanie ofiar z dzieci, deformowanie głów u niemowląt i wypaczony kult zmarłych

Ludy zamieszkujące okolice Cuzco (a także mieszkające w dużej odległości od stolicy imperium) musiały dostarczać tysiące lam i setki dzieci (głównie dziewczynek) na krwawe ofiary składane bogom. Wyhodowanie nawet jednej lamy wiązało się z dużym trudem ze strony indywidualnego rolnika; wobec powyższego prawdopodobnie tylko część z nich dobrowolnie godziła się na oddanie zwierząt kapłanom, a pozostali byli do tego zmuszani. Z całą pewnością Inkowie (i podbite plemiona) kochali swoje dzieci; być może niektórzy

rodzice, będący pod wpływem religijnego uniesienia (lub narkotyków) godzili się dobrowolnie, aby ich dzieci zostały złożone w ofierze bogom, ale część z tych rodziców (być może większość) była do tego czynu zmuszana i po zabiciu dzieci rozpacziała oraz nienawidziła władcy oraz jego kapłanów. Do takiego stanu umysłu i emocji rodziców przyczyniała się m.in. fragmentaryczna wiedza, że kilka pokoleń wcześniej nie zabijano dzieci rytualnie albo robiono to znacznie rzadziej. Kiedy więc Hiszpanie oświadczyli, że zabijanie lam oraz dzieci i składanie ich w ofierze bałwanom oraz demonom jest grzechem, a prawdziwy Bóg chrześcijański nie potrzebuje takich ofiar, wiadomość ta została powszechnie zaakceptowana, a w niektórych miejscach przyjęta nawet z entuzjazmem.

Qhapaq huchę (składanie dzieci w ofierze) organizowano na szczęście rzadko w skali imperialnej i to ze szczególnie ważnych powodów, kiedy np. nowy władca musiał odnowić „królewski kontrakt” z bóstwami. Kapłani uważali, że bogom nie wystarczał *Qhapaq Raymi Kamay Killa* – post oraz pokuta odbywane przez cały styczeń przez wszystkich Inków i domagali się jeszcze krwi dzieci. Śmierć ofiar następowała najczęściej w wyniku uśpienia środkami narkotycznymi i następnie zakopania w komorze ofiarnej, niekiedy jednak ofiary duszono lub zabijano uderzeniem maczugi w głowę. Niestety, *qhapaq huchę* odprawiano także z ważnych, ale nie cyklicznych powodów, w ośrodkach lokalnych, co powodowało znaczne zwiększenie liczby mordowanych dzieci. Każda prowincja dostarczała do Cuzco określony kontyngent dzieci, w stolicy odbywała się ich selekcja; część składano w ofierze w głównych świątyniach stołecznych i *wak'ach* (miejscach świętych) systemu *ziq'i*, a resztę rozsyłano do ośrodków prowincjonalnych. Do czasów współczesnych zachowały się w dobrym stanie mumie z bogatym wyposażeniem grobowym odkrywane na szczytach górskich w południowych Andach (Ampato, El Plomo, Llullaillaco, Pichu Pichu, Sara Sara), które są w większości pozostałościami rytuałów *qhapaq hucha*. „*Nowsze badania wskazują na istnienie także ceremonii składania ofiar z jeńców wojennych po zwycięskiej wojnie, celebrowanej w Cuzco. Oprócz tego w Quri Kanchy i możliwe, że w innych wielkich świątyniach praktykowano ofiarę z człowieka, któremu żywcem wrywano serce i płuca, aby wywróżyć przyszłość i nakreślić krwią ofiary znak od ucha do ucha przez całą twarz. Takie same znaki, zwane piraq, kreślono na twarzach uczestników obrzędu tak samo, jak to robiono (a czasami robi się do dzisiaj) z lamami*” [2].

Z odrazą i oburzeniem Hiszpanie odnosili się także do zwyczaju deformowania przez Inków głów niemowląt. „*Niektóre ludy zwykły były, gdy narodziło się dziecko, formować mu głowę w różne kształty z wielkimi zabobonami i taką surowością, że niektóre dzieci umierały z bólu, jaki cierpiały, a niektóre [od tego] traciły rozum i na zawsze pozostawały ułomne i*

chore. Deformowali [Indianie] tym samym [przypisany] kształt człowieka, nie zadowolając się głowami, jakie Bóg im dał, pragnęli ulepszyć postać ludzką, nadając głowom kształt, jaki najbardziej ich zadowalał: a im większą deformację i dysproporcję osiągnęli [w tym], uznawali to za najbardziej wytworne i okazałe. Jedne ludy robiły [głowy] szerokie u czoła, ściskając je, dla uzyskania tego kształtu, pewnymi mocno związanymi [płaskimi] łupkami. Mieszkańcy Qulla Suyu formowali głowy wydłużone i spiczaste, [dochodząc] do takiej [w tym] skrajności, że podziw wzbudza widok starców (czego dostąpiłem), z taką pamiątką ich pogańskich obyczajów. A tak czynili, ponieważ używają pewnych czapek wełnianych, zwanych chuku, o kształcie moździerza lub kapelusza bez ronda, bardzo wysokich i spiczastych u wierzchołka i aby lepiej pasowały i wyglądały, formowali głowy na kształt przybrania głowy, a nie przybranie [dostosowywali] do kształtu głowy. I aby nadać ten kształt głowy dzieci, wiązali [głowy] i ściskali je pewnymi bandażami, które nosiły do wieku 4-5 lat, kiedy to [czaszki] już twardniały i były dostosowane do ich nakryć głowy [...]" [6].

Kiedy szczególnie ładne dziewczynki dożywały młodzieńczego wieku, to często stawały się konkubinami *apu* [7] (szefów wielkich jednostek administracyjnych i władców państw lub nawet samego Inki), natomiast chłopcy o dużych umiejętnościach stawali się sługami *apu*. *Apu* - to panowie, szefowie wielkich jednostek administracyjnych i władców państw oraz państweczek włączonych do imperium; w prostej linii pochodzili od przodków, którzy wyszli z ziemi i mieli dziedziczne prawo do rządzenia i zwykle odpowiednie wykształcenie. Początkowo wiedli względnie spokojne i dostatnie życie, ale kiedy ich pan umierał, byli zabijani, aby towarzyszyć mu w zaświatach. „Zabijali te z jego żon, które szczególnie sobie upodobał oraz służących, których [za życia]najbardziej potrzebował [...], a ci, z powodu wielkiej miłości, jaką swoich królów darzyli, z własnej woli zgadzali się na śmierć, uważając się za szczęśliwych [...], że [przychodzi im] mu towarzyszyć; a jeśli któryś wymawiał się [od tego] i odmawiał towarzyszenia swemu władcy, taki uważany był za nikczemnika, a kobiety za wiarołomne. Z okazji [pogrzebu] odprawiali wielce uroczysty taniec, do którego ci, którzy mieli umrzeć, przystępowali odziani w najlepsze szaty i ozdoby, jakie mieli, i tańczyli, i pili w zapamiętaniu; a gdy już byli bardzo pijani, duszono ich i w specjalnie ułożonych pieśniach polecano im, aby tak jak służyli swojemu panu Ince w tym życiu, służyli mu również w tym drugim [...]" [6].

Tworzenie mumii zmarłych władców i oddawanie im czci było dość częste w różnych starożytnych kulturach, ale już całkowita demoralizacja opiekunów tych mumii, polegająca na: rozwiązłości seksualnej, permanentnym obżarstwie i pijaństwie; lenistwie i pazerności, występowała głównie u Inków. „Władcy ci mieli prawo i zwyczaj, że gdy któryś z nich

umierał, balsamowano go i trzymano owiniętego w wiele cienkich tkanin. Zostawiano im całą zastawę, którą mieli za życia, aby służyła po śmierci ich ciałom, tak jak gdyby były żywe. Nie zabierano im zastawy ze złota i srebra ani żadnej rzeczy, jaką mieli oni lub ich słudzy, ani nic z domu, raczej otrzymywali więcej i wyznaczano prowincje, które im dawały utrzymanie. Władca, który zaczynał rządy, musiał się posługiwać nową służbą, zastawę miał z drewna i gliny, dopóki nie uczyniono nowej ze złota i srebra. Ci, którzy zaczynali rządzić, chcieli przewyższyć poprzedników i dlatego było tyle skarbów w tym kraju, ponieważ ten, co następował na tronie, zawsze chciał się wywyższyć, sprawiając sobie lepsze naczynia i domy. Większość ludzi, skarbów i zabytków była we władzy zmarłych w taki sposób, że każdy zmarły miał wyznaczonego jednego możnego Indianina i takąż Indiankę. Jeśli ten Indianin czy Indianka czegoś chcieli, mówili, że taka jest wola zmarłego. Kiedy mieli ochotę jeść albo pic, mówili, iż tego żądają zmarli. Gdy chcieli iść zabawić się do domu innego zmarłego, mówili to samo. Taki mieli zwyczaj ci zmarli, aby chodzić do siebie w gościnę, robić wielkie tańce i pijaństwa. Czasami chodzili do domów żywych ludzi, a żywi do nich. Do zmarłych przychodziło wielu ludzi, mężczyzn i kobiet, mówiąc, że chcą im służyć. Żywi nie mogli im w tym przeszkodzić, albowiem wszyscy według swojej woli mogli służyć zmarłym, każdy temu, któremu chciał. Zmarli mieli wielką liczbę możnych na usługi, tak mężczyzn, jak kobiet, dlatego iż ci mogli żyć rozwiązłe, obcując ze sobą cieleśnie, wysmienicie jedząc i pijąc” [7].

W powyżej opisanym kontekście zrozumiałe staje się planowanie przez Waskhara, przedostatniego władcę Inków, ograniczenia kultu mumii zmarłych władców i przejęcia ich dóbr doczesnych. „[...] gdy Waskhar ujrzał się władcą, wtedy wyszedł na plac i rozkazał, żeby zabrano pola koki i kukurydzy Słońcu, a także figurom zmarłych władców i te [należące do] jego ojca Wayny Qhapaqa i wszystkie te [pola] przyznał sobie, mówiąc, że Słońce ani zmarli, ani też jego ojciec, który też już był zmarł, nie jedzą [...], tedy jemu [Waskharowi] będą one [pola] użyteczniejsze. Dla panów cuzkeńskich było to bardzo wstrętne [posunięcie] i widząc takie początki [panowania], ubolewali, że zgodzili się na to, żeby został władcą” [8]. Oczywiście Waskhar nie zamierzał walczyć z bogiem Słońcem, tylko z jego przedstawieniem w Cuzco, zwanym P'unchaw. Ustanowił więc kult nowego przedstawienia Słońca w innym miejscu. „I wyrusza do prowincji Qulla Suyu, i przybywa na Titicaca, a przybywszy, każe umieścić tam wizerunek Słońca uczyniony ze złota, po czym oddaje mu cześć, mówiąc, że czci Wira Quchan Inti, dodając owo inti do jego imienia” [9]. W swoim działaniu Waskhar był konsekwentny; kiedy po ustanowieniu nowego miejsca kultu wracał z jeziora Titicaca, postanowił pognać i pozbawić czci wybranki, służki i kapłanki unieważnionego kultu P'unchawa. „Stamtąd wraca do Cuzco, a po drodze wstępuje do Pomacanchiego, gdzie byli

wszyscy (zarządzający i panowie – przy. G.Z.), *którzy przybyli tam na swych noszach lub lektykach, zależnie od tego, jak wielkie łaski uzyskali od innych Inków. [...] I tak oto stojąc na placu Puma Pampa, rozkazuje, aby wyprowadzono na ów plac wszystkie akllle (wybranki, służki i kapłanki kultu P'unchawa – przy. G.Z.), tak jak ich były cztery rodzaje; i gdy wszystkie się tam znalazły, pośród tylu (zarządzających i panów – przy. G.Z.) i ludzi z całego królestwa, każe wystąpić stu Indianom (rytualnym tancerzom i błaznom) i podczas gdy odgrywają oni swe komedie, Inka ogląda wszystkie dziewczeczki, przypatrując się każdej, i każe owym (rytualnym tancerzom i błaznom) rzucić się na te dziewczęta, aby publicznie po zwierzęcemu je wykorzystać, tak jak to czynią barany; dziewczeczki zaś, wobec takiej przemocy, wykrzykują głośno, wznosząc oczy ku niebu; a dostojnicy z całego królestwa wielce ich żałują; toteż mieli oni rzezonego Waskhara Inqę za pólszalonego; i tylko ze strachu okazują mu szacunek, wykonując rozkazy” [9].*

Według innych źródeł Waskhar zamierzał posunąć się jeszcze dalej: „[...] rozgniewawszy się pewnego dnia na zmarłych, powiedział, że każe ich wszystkich zakopać i zabierze im to wszystko, co mają, i że nie będzie więcej zmarłych, tylko żywi, bo tamci mają wszystko, co najlepsze w jego królestwie. Ponieważ najwięcej możliwych było z tymi zmarłymi, z powodu wielkiej rozpusty, jaką mogli czynić, zapalali nienawiścią do Waskhara” [7].

Duch reform religijnych i obyczajowych opanował też ostatniego władcę Inków Ataw Wallpę. Zamierzał on postępować jeszcze bardziej radykalnie niż Waskhar, chociaż postępowanie przedostatniego władcy Inków wydawało się już wystarczająco rewolucyjne. Ataw Wallpa, podobnie jak jego poprzednik, ustanowił kult nowego wyobrażenia boskiego. Nazwał go *Tikzi Qhapaq*, ale nie nawiązywał już do żadnej tradycji, tylko uznał to nowe przedstawienie świętości, jako *wawqi* (mój brat). Planował całkowite wyludnienie Cuzco i zmuszenie jego ludności do przeniesienia się do nowej stolicy, którą mógłby zaprojektować (w tym nowe sanktuaria) według własnych zasad. Takie posunięcie oznaczałoby rewolucyjną zmianę mitologii i historii Inków (która była jednak niespójna i w różnych ośrodkach głoszona nieco inaczej). Ataw Wallpa rozpoczął ten proces „rewidowania” historii od popełnienia zbrodni – wydał rozkaz fizycznego zlikwidowania wszystkich mistrzów *kipu kamayuqów*, którzy byli nosicielami tradycji historycznej. Dzieje świata miałyby zacząć się od rządów Ataw Wallpy. „[...] wszyscy dawni Inkowie mieli mistrzów *kipu*, biegłych zarówno w sprawach ich początku, jak i czasów terażniejszych i tego, co zdarzyło się za panowania tego władcy, u którego każdy z nich służył; i oświadczyli, że gdy przybyli tu *Challku Chima* i *Kiskis*, kapitanowie - tyrani Ataw Wallpy Inki, spustoszyli oni ten kraj i zabili wszystkich mistrzów *kipu*, jakich zdolali schwytać, i spalili ich *kipu*, mówiąc, iż winni

na nowo zacząć swą rachubę dziejów od Tikzi Qhapaq Inqi, bo tak nazwali Ataw Wallpę Inkę” [9].

Waskhar i Ataw Wallpa chcieli więc ograniczyć lub nawet zlikwidować kultury dotychczasowych zmarłych, zabrać im wszystkie złoto, srebro i inne, cenne rzeczy; zwolnić tysiące poddanych z konieczności świadczenia daniny zmarłym (oraz osobom ich reprezentującym) i przywłaszczyć tą daninę sobie oraz zostać najważniejszą *wak'a* (świętością) w imperium. Ich radykalne postępowanie spotkałoby się ze zrozumieniem i poparciem ze strony tych mieszkańców imperium, którym nie odpowiadał: promiskuityzm, pijaństwo, obżarstwo, chciwość i lenistwo dotychczasowych „opiekunów zmarłych”. W każdym bądź razie Hiszpanie po przybyciu do Tawantin Suyu zrealizowali częściowo reformy religijno – administracyjne, zaplanowane przez Waskhara i Ataw Wallpę, ale ze sposobu realizacji tego planu przedostatni i ostatni władca Inków nie byłoby zadowolony.

Spostrzeganie przez Inków ich terytorium jako świętego i wobec tego bronionego symbolicznie przez rytuały religijne

Imperium Inków było spostrzegane jako święte, gdyż pokryte było setkami centrów ceremonialnych, a każde z nich zawierało boską siłę; praca dla imperium (i dla Inki) była uważana za radosny obowiązek religijny. Inka był na tym świecie Słońcem, królowa – Księżycem, a następca tronu – gwiazdą Wenus. Król i jego żona byli przedstawicielami bogów wobec ludzi i ludzi wobec bogów. Miejscowi panowie, zwani później przez Hiszpanów kacykami, reprezentowali przodków grupy, którą władali i miejscowych bogów. Wierzono powszechnie, że już na początku dziejów T'unapa Wihinkira oczyścił Imperium Inków od złych duchów. W kronice z 1615 roku napisano: „*[Za panowania Qhapaq Inqa Yupanakię] kurakowie (w andyjskiej hierarchii szefowie wsi i niekiedy ponadwioskowych jednostek, ale niżsi rangą, niż apu) [...] opowiedzieli Ince, że dawnymi czasy przybył tam [...] świetny doradca publiczny całej społeczności. Powiedzieli mu, że nazywał się T'unapa Wihinkira. Mówił bardzo dobrze językiem owej prowincji. Wypędził wszystkie bałwany, przedstawienia demonów hap'i nunu...*” (*Hap'i nunu* - rodzaj demonów ludożerczych, które władały poprzednią ludzkością; dziś rodzaj karłów czy krasnoludków) „*...na ośnieżone szczyty [...]. Kurakowie [...] oświadczyli, że T'unapa Wari Willka przebywał był w ich ziemi i że zbudowali mu domek na siedzibę, podczas gdy on wypędził wszystkie wak'i i bałwany i hap'i nunu z wielkiej prowincji Sawsów [i Wanków]. [...] Opowiadają, że przed wygnaniem wspomniane bałwany wyrządzały tubylcom wielkie szkody, zabierając ich i porywając*

dorostych i dzieci, aż prawie ich wygubiły. Wielokroć także odgrażały się kurakom, aby im dawali ofiary z ciał ludzkich. Dlatego wszyscy kurakowie mawiali: << Wak'i okazują się okrutnymi wrogami>>” [2].

Czasami jednak na niebie tego pozornie uporządkowanego i świętego imperium Inków ukazywały się straszne znaki, głównie: komety, zorze polarne (*qalla sana*) i uderzały pioruny. Znaki te wskazywały na nadmiar ludzkich grzechów, polegających na niewłaściwym wykorzystaniu *kama* (mocy), czego konsekwencją było zakłócenie równowagi uniwersum. Kiedy ukazywały się takie znaki, władca Inków natychmiast bezpośrednio kontaktował się z bogami i następnie podejmował odpowiednie działania protekcyjne: zarządzał wielkie ofiary, ale także post, pokutę i pielgrzymki. Ewentualne dalsze przepowiadanie nieszczęść oraz klęsk przez wróżbitów i czarowników było podważaniem kompetencji oraz nadzwyczajnej mocy władcy i niewybaczalną „obrazą majestatu”. Był to jednocześnie dowód skrajnej niekompetencji, kłamliwości i nieudolności tak przepowiadających wróżbitów, przez co wydawali na siebie wyrok - karę śmierci. Sytuację taką ilustruje jeden z historycznych przekazów: *„Po upływie kilku lat [od początku panowania Qhapaq Yupankiego] ukazały się na niebie dwie komety [...]. Inka polecił złożyć wielkie ofiary, tak z dziewcząt i chłopców, jak i owiec tutejszych tudzież ze złota i srebra. Zebrali się na naradę wróżbici i czarownicy, aby objawiło się im znaczenie tych komet, i otrzymali odpowiedzi, które oznaczały wielkie nieszczęścia i że bez wątplenia wkrótce nastąpi kres królestwa Peru; tych, którzy tak rzekli, Inka polecił zgladzić, zaś pozostali przy życiu usmierzyli jego gniew, tłumacząc mu znaczenie komet zgodnie z jego oczekiwaniami” [10].*

Zakończenie

Kiedy Francisco Pizarro wraz z niewielkim oddziałem żołnierzy przybył na to pozornie święte terytorium w 1532 roku, władca Inków zupełnie nie obawiał się konkwistadorów. W jego wizji świata byli oni albo barbarzyńcami, których należało sobie podporządkować (lub w razie nieposłuszeństwa - zabić) albo wojownikami, którzy przybyli zgodnie z wolą bogów, aby służyć Ince. Wystarczyło tylko wykazać, że ich *wak'i*: biblia (która nie potrafiła przemówić do Ataw Wallpy) i miecz konkwistadorów (którego władca Inków nie zdążył wziąć do dłoni) są pozbawione mocy. Ataw Wallpa nie potrafił (nie zdążył) jednak tego zrobić i zapoczątkował proces upadku imperium Inków.

Piśmiennictwo

1. Macquarrie K.: Ostatnie dni Inków, Rebis, Poznań 2009, 170.
2. Szemiński J., Ziółkowski, M.: Mity, rytuały i polityka Inków, Wyd. PIW, Warszawa, 2014.
3. Zarate 1995, ks. III, rozdz. 3. s. 486 [w:] Szemiński J., Ziółkowski, M.: Mity, rytuały i polityka Inków, Wyd. PIW, Warszawa, 2014, 205.
4. Anonim 1934, 531 [w:] Szemiński J., Ziółkowski, M.: Mity, rytuały i polityka Inków, Wyd. PIW, Warszawa 2014, 205.
5. Guaman Poma 1615?, fol. 93-94 [w:] Szemiński J., Ziółkowski, M.: Mity, rytuały i polityka Inków, Wyd. PIW, Warszawa 2014, 87-88, 83.
6. Cobo 1956, cz.II, ks.14, rozdz.6, s.245 [w:] Szemiński J., Ziółkowski, M.: Mity, rytuały i polityka Inków, Wyd. PIW, Warszawa 2014, 136, 141.
7. Pizarro P.: Relacja o odkryciu i podboju Królestwa Peru, Wyd. Novus Orbis, Gdańsk 1995, rozdz. 10, 32, 33.
8. Betanzos 1551/1987, cz.II, rozdz. 1, s. 207 [w:] Szemiński J., Ziółkowski, M.: Mity, rytuały i polityka Inków, Wyd. PIW, Warszawa 2014, 190
9. Dzieje Inków przez nich samych opisane, wyboru dokonał Szemiński J., Wyd. PIW, Warszawa 1989, 125, 327.
10. Montesinos, 1930, 87 [w:] Szemiński J., Ziółkowski, M.: Mity, rytuały i polityka Inków, Wyd. PIW, Warszawa 2014, 253.

„Drugie życie” - czyli jakość życia pacjenta z przeszczepionym sercem i płucami

Breguła Katarzyna

Studenckie Koło Naukowe, Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Katedra Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wprowadzenie

Przeszczep, transplantacja (z łac. „*transplantare*” - szczepić, „*plantare*” - sadzić) - to zabieg przeniesienia komórek, narządów lub tkanek z organizmu dawcy do organizmu biorecy, w obrębie jednego organizmu lub między dwoma organizmami [1,2]. Niezależnie jednak od definiowania tych słów, dla wielu osób przeszczep oznacza po prostu „Drugie Życie”.

Przeszczepianie narządów stało się możliwe po wielu odkryciach, których dokonano na przestrzeni wielu wieków rozwoju medycyny [3,4,5]. Warto podkreślić, że metoda ta początkowo wzbudzała wiele kontrowersji zarówno wśród lekarzy, jak też wśród ogółu społeczeństwa, a olbrzymią rolę w jej upowszechnieniu odegrał Kościół chrześcijański. Papież Jan Paweł II donację narządów/zwłok dla celów medycyny określał mianem „najwyższego aktu miłości bliźniego”, a jego następca papież Benedykt XVI chcąc dać dobry przykład bliźnim przyznał, że sam posiada oświadczenie świadomego dawcy [6].

Historia transplantologii sięga początku XIX wieku. Fundamentalne znaczenie dla rozwoju tej dyscypliny miało zwycięstwo nad bólem w chirurgii (1846) oraz nad zakażeniami szpitalnymi (1847). Równie ważne były też kolejne odkrycia: grup krwi i czynnika Rh, witamin, antybiotyków i sulfonamidów, leków immunosupresyjnych oraz szereg odkryć w zakresie diagnostyki, instrumentarium chirurgicznego i technik operacyjnych [3,4,5].

W historii powszechnej pierwszej transplantacji serca dokonał James Hardy, który dnia 23 stycznia 1964 roku dokonał zabiegu wszczepienia serca pobranego od szympansa 63-letniemu mężczyźnie, dla którego była to jedyna możliwa (choć eksperymentalna) droga ratunku. W momencie, kiedy chory zmarł, odpowiedzialnością za jego śmierć obarczono chirurga. Fakt ten nie zniechęcił jednak wszystkich lekarzy. Już trzy lata później, dnia 3 grudnia 1967 roku miała miejsce druga transplantacja serca, która odbyła się w Kapsztadzie.

Zabiegu dokonał Christiaan Neethling Barnard (1922-2001) południowoafrykański kardiochirurg. Pacjent zmarł po osiemnastu dniach z powodu zapalenia płuc. Kilka miesięcy później, dnia 2 stycznia 1968 roku Barnard dokonał kolejnej transplantacji serca u śmiertelnie chorego dr Philipa Blaiberga. Tym razem pacjent żył prawie 1,5 roku z nowym sercem. Wydarzenie to zapoczątkowało nową kartę w dziejach chirurgii i transplantologii [4,5].

W Polsce historia tej dyscypliny rozpoczyna się w II połowie XX wieku. W styczniu 1966 r. przeprowadzono w Polsce pierwszą udaną transplantację nerki od zmarłego dawcy. Biorcą była 18-letnia uczennica szkoły pielęgniarstwa Danusia Milewska, która z nieuleczalną chorobą nerek walczyła od dzieciństwa. Dnia 5.11.1985 roku, mimo licznych sprzeciwów i braku poparcia ze strony środowiska medycznego, profesor Zbigniew Religia (1938-2009) podjął próbę kontynuacji dzieła profesora Jana Molla (1912-1990) i dokonał udanej operacji przeszczepienia serca [5].

Przełomową datą w historii polskiej transplantologii jest również dzień 24 października 2001 roku, kiedy to miała miejsca pierwsza w Polsce udana transplantologia serca i płuc [3]. Na uwagę zasługuje fakt, że pacjent żyje do dnia dzisiejszego.

Cel badań

W badaniu podjęto próbę zaprojektowania planu pielęgnacji pacjenta po przeszczepie serca i płuc. Wśród celów szczegółowych założono ustalenie problemów zdrowotnych pacjenta, celu i rodzaju interwencji pielęgniarstwa oraz ewaluację podjętych działań.

Metoda

W badaniu zastosowano metodę „case study”. Jest to w miarę kompletna, szczegółowa analiza jakiegoś konkretnego przypadku. Metoda ta często zorientowana jest na rozpoznanie istotnych problemów celem ich rozwiązania. W ramach tej metody wykorzystano następujące techniki zbierania danych o pacjencie: wywiad z pacjentem i jego żoną, obserwację, analizę dokumentacji medycznej oraz pomiar podstawowych parametrów życiowych.

Material

Osobą badaną był 53-letni mężczyzna, po przeszczepie płuc i serca. Pan B. M. mieszka w Tarnowskich Górach, jest szczęśliwym mężem oraz ojcem dwójki dorosłych już dzieci. Z relacji Pana B. M. wynika, że choroba rozpoczęła się nagle, kiedy miał 37 lat. Dnia 10 września 1999 roku został skierowany do jednego ze szpitali w Tarnowskich Górach. Przyczyną skierowania był nieprawidłowy wynik badania EKG. Dziesięć dni później został przewieziony do Szpitala Klinicznego numer 1 w Zabrze. Tam została wykonana koronarografia oraz biopsja mięśnia sercowego. Wyniki tych badań były również bardzo niepokojące. Dnia 30 sierpnia 2001 roku stan zdrowia uległ znacznemu pogorszeniu i zapadła ostateczna decyzja o konieczności przeszczepienia płuc i serca.

Następnego dnia stan pacjenta znowu uległ znacznemu pogorszeniu. Dzisiaj wspomina, że „śmierć kliniczna, którą wtedy przeżył, dała mu nadzieję na lepsze jutro”.

Dla rodziny Pana B. M. było to również dramatyczne przeżycie. Syn miał wówczas 10 lat, córka 6. Dzieci nie do końca zdawały sobie sprawę z powagi sytuacji, choć syn, widząc smutek na twarzy mamy powracającej ze szpitala, zdawał sobie sprawę, że sytuacja jest trudna.

Dla żony Pana B. M. niewątpliwie również był to bardzo ciężki okres w życiu. Praca zawodowa, opieka nad dwójką małych dzieci, wizyty u męża w szpitalu wymagały od niej wielkiej siły i wiary w lepsze jutro, pomimo trudnej sytuacji zdrowotnej męża. Życie rodzinne odbiegało od utartych wzorców, dzieci mimo swojego młodego wieku rozumiały, że Tata nie może się teraz z nimi pobawić tak jakby tego chciały, że musi odpocząć, ponieważ źle się czuje. Najważniejszy był jednak czas, który dany im było spędzić wspólnie.

Zarówno syn, jak i córka zgodnie stwierdzili, że wraz z biegiem czasu, który upłynął od przeszczepu coraz bardziej zdawali sobie sprawę z tego, przez co przeszedł ich tata oraz jakiemu wyzwaniu sprostać musiała mama. Żona Pana B. M. stwierdziła, że w obliczu tak trudnego wyzwania, człowiek działa ze zdwojoną siłą. Nie liczy się zmęczenie, poświęcony czas, czy nieprzespane noce. Liczy się to, że przeszczep był szansą na nowe wspólne życie, na to, że dzieci będą mogły dorastać z tatą. Nadzieja była szansą na przetrwanie tych trudnych chwil oraz motywacją do walki. Każdy dzień po operacji dawał coraz większą szansę na powrót do normalności. Najważniejsze jest jednak to, aby cieszyć się każdym podarowanym dniem nowego życia.

Wyniki

Diagnoza pielęgnarska

W wyniku przeprowadzonych badań ustalono następującą diagnozę pielęgnarską:

Pacjent, lat 53 po dokonanych dnia 25.10.2001 roku przeszczepie płuc i serca.

Występują skłonności do nawracających infekcji układu oddechowego oraz grzybicy jamy ustnej, związane z terapią immunosupresyjną oraz zaburzenia oddychania, związane z powtarzającymi się infekcjami układu oddechowego.

Istnieje ryzyko wystąpienia hiper- bądź hipoglikemii, wynikające z rozpoznanej cukrzycy.

U pacjenta zdiagnozowano chorobę nadciśnieniową.

Podczas wzmózonego wysiłku pojawia się lekka duszność.

Nieprawidłowa masa ciała, spowodowana nieprzestrzeganiem zaleceń dietetycznych.

Pacjent skarży się na problemy z zasypianiem oraz częste bóle głowy.

Występują obawy o funkcjonowanie przeszczepionych narządów, z powodu częstych hospitalizacji.

Plan opieki pielęgnarskiej

Problem 1.

Nawracające zakażenia układu oddechowego spowodowane obniżeniem odporności w wyniku przyjmowania leków immunosupresyjnych

Cel działań - zminimalizowanie zagrożenia nawrotów zakażeń układu oddechowego.

Interwencje pielęgnarskie - przestrzeganie zasad higieny osobistej, w szczególności mycia rąk oraz higieny jamy ustnej, zgolenie zarostu na twarzy (wąsów, brody), przestrzeganie zasad racjonalnego żywienia (dieta bogata w białko, witaminy, sole mineralne, spożywanie właściwej ilości wody), systematyczna aktywność fizyczna dostosowana do możliwości pacjenta, unikanie potencjalnych źródeł infekcji (np. dużych skupisk ludzi, osób chorych, zwierząt), samokontrola stanu skóry, unikanie skaleczeń, eliminacja używek (alkohol, nikotyna itp.), regularne badania profilaktyczne (m.in. stomatologiczne, urologiczne, okulistyczne).

Problem 2.

Trudność oraz ból podczas przyjmowania posiłków, spowodowane obecnością zmian grzybiczych w jamie ustnej

Cel działań - ułatwienie przyjmowania posiłków, zminimalizowanie bólu.

Interwencje pielęgniarские - zalecenie używania miękkiej szczoteczki do mycia zębów, w celu uniknięcia podrażnień (często wymienianej), podawanie posiłków lekkostrawnych, łagodnych w smaku, nie drażniących śluzówki jamy ustnej, o papkowej konsystencji i umiarkowanej temperaturze, pędzlowanie jamy ustnej zleconym przez lekarza środkiem (np. Nystatyną 6 x dziennie, po każdym posiłku, co 4 godziny), w celu złagodzenia objawów grzybiczych, zaproponowanie pacjentowi ssania kostek lodu, regularna kontrola stanu jamy ustnej u stomatologa, stosowanie zgodnie z zaleceniem lekarza leków przeciwgrzybiczych, przywracających prawidłowy skład flory bakteryjnej przewodu pokarmowego oraz przeciwbólowych.

Problem 3.

Duszność, spowodowana zapaleniem płuc

Cel działań - zminimalizowanie duszności oraz zapobieganie powikłaniom niedotlenienia.

Interwencje pielęgniarские - ocena charakteru i nasilenia duszności, pomiar SpO₂, eliminacja czynników mogących nasilać duszność, takich jak wysiłek fizyczny, stres, wykonanie drenażu ułożeniowego, w przypadku przeszczepionych obu płuc, naprzemienne na obu bokach, oklepywanie pleców, nauka efektywnego kaszlu i odkrztuszania, stosowanie ćwiczeń oddechowych, stosowanie inhalacji zgodnie z zleceniem lekarza bądź przy użyciu 0,9% NaCl, postępowanie farmakologiczne zgodnie z zleceniem lekarskim, zapewnienie właściwego mikroklimatu w pomieszczeniach w których przebywa pacjent – temperatury, wilgotności, częste wietrzenie pomieszczeń.

Problem 4.

Ryzyko niewydolności nerek oraz możliwość wystąpienia obrzęków kończyn dolnych, spowodowane stosowaną farmakoterapią

Cel działań - zminimalizowanie ryzyka wystąpienia obrzęków kończyn dolnych oraz zapobieganie innym powikłaniom ze strony układu moczowego.

Interwencje pielęgniarские – obserwacja i ocena nawodnienia skóry oraz błon śluzowych, kontrola umiejscowienia obrzęków, ich charakteru oraz czasu narastania, kontrola parametrów ciśnienia i tętna, prowadzenie bilansu płynów, systematyczny pomiar masy ciała, pielęgnacja skóry, natłuszczanie, zapobieganie podrażnieniom i infekcjom, dobór diety, zminimalizowanie podaży sodu raz soli w diecie, farmakoterapia na zlecenie lekarza.

Problem 5.

Ryzyko wystąpienia powikłań otyłości, uwarunkowane nieprzestrzeganiem zaleceń dotyczących diety

Cel działań - zmniejszenie masy ciała oraz zminimalizowanie ryzyka powikłań, spowodowanych nadmierną masą ciała.

Interwencje pielęgniarские - zmniejszenie kaloryczności posiłków, unikanie dań tłustych, spożywanie produktów bogatobiałkowych, warzyw i owoców, ograniczenie cukru i soli, unikanie spożywania owoców tropikalnych, eliminacja spożywania alkoholu, regularne spożywanie posiłków, w małych porcjach, około 4-5 razy dziennie, comiesięczna kontrola masy ciała, zwiększenie aktywności fizycznej, dostosowanej do stanu zdrowia, np. jazda na rowerze, spacer, zastosowanie działań psychoterapeutycznych polegających na wyjaśnieniu pacjentowi skutków otyłości, zmotywowanie pacjenta do zmodyfikowania diety i przestrzegania jej.

Problem 6.

Ryzyko wystąpienia hipo/hiperglikemii w wyniku nieprzestrzegania zaleceń dietetycznych

Cel działań - utrzymanie glikemii w normie

Interwencje pielęgniarские - codzienna kontrola glikemii, przed i po posiłku, przestrzeganie diety cukrzycowej, monitorowanie parametrów życiowych, obserwacja chorego pod kątem wystąpienia objawów hipo/hiperglikemii, regularna, dostosowana do stanu pacjenta aktywność fizyczna.

Problem 7.

Złe samopoczucie pacjenta, spowodowane bezsennością

Cel działań - uzyskanie efektywnego snu, zapobieganie następstwom bezsenności.

Interwencje pielęgniarskie – ocena stylu życia oraz warunków zasypiania i snu, ocena stanu zdrowia w celu wykluczenia chorób somatycznych, unikanie drzemek w ciągu dnia, unikanie wszelkich czynności, intelektualnych, pobudzających psychicznie przez co najmniej 90 minut przed spaniem, unikanie nadmiernego spożywania kofeiny i produktów ją zawierających 3-4 godziny przed snem, unikanie spożywania obfitych posiłków 2 godziny przed snem, zapewnienie najwłaściwszego do snu mikroklimatu w sypialni.

Problem 8.

Deficyt wiedzy pacjenta dotyczący stosowania diety cukrzycowej oraz niedostateczna motywacja do zmiany dotychczasowych nawyków żywieniowych

Cel działań - przekazanie pacjentowi niezbędnych informacji dotyczących diety cukrzycowej oraz zmotywowanie do odpowiedzialności za własne zdrowie.

Interwencje pielęgniarskie – wyjaśnienie pacjentowi zasad zdrowego żywienia oraz skutków nieprzestrzegania zaleceń dietetycznych, ustalenie listy produktów zalecanych oraz niedozwolonych, ustalenie przykładowych jadłospisów, dostarczenie ciekawych i przydatnych informatorów dla pacjentów, włączenie rodziny w podejmowane działania, wskazanie możliwości uzyskania wsparcia psychologicznego, kontakt z grupą wsparcia.

Problem 9.

Lęk, spowodowany obawą o pracę przeszczepionych narządów

Cel działań – zniesienie/zminimalizowanie lęku oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

Interwencje pielęgniarskie - zapewnienie kontaktu z bliskimi, pomoc w organizacji czasu wolnego, zapewnienie opieki psychologicznej, edukacja chorego dotycząca rozpoznawania symptomów infekcji, odrzucenia przeszczepionych narządów, pomoc w akceptacji sytuacji socjalno-bytowej, podbudowanie poczucia bezpieczeństwa, poprzez scharakteryzowanie problemów w przystosowaniu się chorego do danej sytuacji, okazywanie zrozumienia, kontakt z grupą wsparcia.

Problem 10.

Dyskomfort spowodowany bólem głowy w przebiegu nadciśnienia tętniczego

Cel działań – obniżenie/zlikwidowanie bólu

Interwencje pielęgniarские - monitorowanie stopnia nasilenia bólu oraz stanu pacjenta pod kątem wystąpienia objawów towarzyszących bólowi, oszacowanie poziomu tolerancji bólu, unikanie sytuacji stresowych, czynników zwiększających ryzyko bólu głowy, poinformowanie pacjenta o technice masażu głowy, zastosowanie zleconych przez lekarza leków.

Problem 11.

Ryzyko złamania kości w związku ze stosowaną sterydoterapią

Cel działań - zminimalizowanie ryzyka złamania kości

Interwencje pielęgniarские – ustalenie zasad racjonalnego żywienia, uzupełnienie ewentualnych niedoborów wapnia, witaminy D, K oraz witamin z grupy B poprzez zwiększenie ich podaży w diecie lub suplementacja zgodnie z zaleceniem lekarza, ograniczenie spożycia produktów, które zwiększają wydalanie wapnia, takich jak kawa, herbata, napoje energetyczne, unikanie nadmiernego spożycia białka zwierzęcego, zmotywowanie pacjenta do aktywności fizycznej dostosowanej do stanu zdrowia oraz możliwości pacjenta, przygotowanie zestawu ćwiczeń wzmacniających układ stawowo-mięśniowy, unikanie sytuacji zwiększających ryzyko upadku lub urazu, nauczanie pacjenta technik „bezpiecznego” upadku ograniczających ryzyko wystąpienia urazu, zalecenie i zmotywowanie pacjenta do rezygnacji ze spożywania alkoholu oraz mocnej kawy.

Ewaluacja działań pielęgniarских

W wyniku podjętych interwencji pielęgniarских zminimalizowano, ale nie udało się dotychczas całkowicie wyeliminować nawracających infekcji układu oddechowego, pacjent wymaga kontynuacji leczenia; ustąpiły zmiany grzybicze w jamie oraz związany z tym faktem ból podczas przyjmowania posiłków; problem związany z występującą dusznością udało się częściowo zminimalizować, pacjent został poinformowany o sposobach radzenia sobie z dusznością; nie występują obrzęki; chory stara się przestrzegać wszystkich zaleceń dietetycznych; następuje stopniowe zmniejszanie masy ciała; wymagana jest kontynuacja leczenia dietetycznego, wsparcie oraz kontrola; nie występują stany hipo/hiperglikemii; problemy ze snem ustąpiły; pacjent posiada dostateczną wiedzę na temat diety cukrzycowej jednak w niedostatecznym stopniu przestrzega zaleceń dietetycznych; lęk i obawa o życie

zmniejszyły się; ból głowy ustąpił; pacjent jest umiarkowanie aktywny fizycznie, unika sytuacji zwiększających ryzyko upadku.

Dyskusja

Przeszczep to dla wielu chorych jedyna szansa na życie. Poczucie zagrożenia życia, złe samopoczucie, obniżenie sprawności i samodzielności, jak również nasilający się lęk przed śmiercią i pozostawieniem bliskich całkowicie zmieniają styl i jakość życia pacjenta.

Występują okresy buntu, przeplatane uczuciami gniewu, lęku, brakiem zrozumienia skutków wynikających z operacji. Chorzy są świadomi faktu, że to czyjaś śmierć ratuje im życie i umożliwia dalsze jego przeżywanie i cieszenie się nim. Słyszając z ust lekarza słowa: „tylko przeszczep może uratować Panu życie”, traktuje je jak wyrok śmierci.

Teoretyczna znajomość zagadnienia *transplantacji*, na pewno w dużym stopniu pomaga zrozumieć jej istotę i przygotować się do zabiegu. Nie uwalnia jednak całkowicie od wielu pytań i wątpliwości, jak również od poczucia możliwości utraty życia.

Godząc się na transplantację, zdając sobie sprawę z bólu, trudu włożonego w godziny rehabilitacji, zyskują bardzo wiele. „*Drugie Życie*” – jest najpiękniejszym darem [7,8,9].

Z wielu opracowań wynika, że najtrudniejszy dla pacjenta jest pierwszy rok życia po przeszczepie. Po tym okresie obawy i zmartwienia nieco maleją. Szczęśliwą i bez wątplenia pełną emocji chwilą zarówno dla pacjenta, jak też jego rodziny jest powrót do domu.

Transplantacja serca jest ogromnym wyzwaniem emocjonalnym dla pacjenta zarówno w okresie przed przeszczepem, jak też po jego dokonaniu. Świadomość trwania życia daje powód do zadowolenia i szczęścia, ale jest też świadomość możliwości powikłań i śmierci. Pacjentowi towarzyszą więc naprzemiennie uczucia i emocje pozytywne i negatywne: szczęścia i zadowolenia, ale też niepokoju, lęku i zaburzeniami nastroju.

Stan pacjenta po transplantacji uzależniony jest od wielu czynników, m.in. od przyczyny transplantacji, rodzaju i nasilenia odczuwanych dolegliwości, czasu i miejsca oczekiwania na przeszczep oraz wsparcia społecznego. Gorsza jakość życia przed zabiegiem powoduje, że pacjenci bardziej dostrzegają jej poprawę po zabiegu. Ustąpienie uciążliwych objawów, zwiększenie sprawności i wydolności, a tym samym samodzielności w najbardziej istotny sposób wpływa na poprawę jakości życia po transplantacji.

Autorzy licznych badań donoszą o znacznej poprawie jakości życia pacjentów we wczesnym okresie po transplantacji oraz o utrzymywaniu się jej na względnie stałym i wysokim poziomie w czasie pierwszych kilku lat po przeszczepie. Jakość ta jest jednak niższa w porównaniu do populacji osób zdrowych. Z opublikowanych danych wynika również, że po trzech latach może ona ulec pogorszeniu [10,11].

Przeszczep serca bez wątpienia poprawia stan i komfort życia, jednak wiąże się z koniecznością zmiany stylu życia, stałego zażywania leków immunosupresyjnych, badań kontrolnych oraz hospitalizacji. Jakość życia po transplantacji w znacznej mierze uzależniona jest od tego, w jaki sposób człowiek potrafi generalnie radzić sobie w sytuacji trudnej, a taką bez wątpienia jest choroba i przeszczep. Nie mniej ważna jest postawa wobec własnego zdrowia i choroby oraz wsparcie społeczne [12,13]. Duże znaczenie ma również pozytywne nastawienie do życia po przeszczepie i współpraca z personelem medycznym.

Wśród problemów zdrowotnych związanych z okresem pooperacyjnym wymienia się następujące: zakażenia, odrzuty narządów przeszczepionych, uboczne efekty działania leków immunosupresyjnych, problemy związane z chorobami współistniejącymi. Równie istotne są zmiany w aktywności społecznej, często związane z koniecznością zaprzestania pracy zawodowej i w konsekwencji pogorszeniem się sytuacji ekonomicznej rodziny [7].

Z badań R. Pudło wynika, że objawy depresji rzadziej występują krótko po przeszczepie, ponieważ pacjenci wyraźnie doświadczają wtedy wzrostu poziomu jakości życia. Sygnały choroby depresyjnej wykazują tendencję zwykłą w przeciągu kilku/kilkunastu lat po przeszczepie [7].

Dobre rezultaty daje wsparcie psychologiczne. Psycholog pomaga odnaleźć się w nowej sytuacji, mobilizuje do dbania o kondycję fizyczną i psychiczną. Po tak traumatycznym przeżyciu musi nastąpić przewartościowanie dotychczasowych poglądów, niejednokrotnie w tym właśnie okresie najważniejsza staje się rodzina, miłość oraz najbliżsi, kariera zawodowa przechodzi na dalszy plan.

Brak współpracy z zespołem terapeutycznym generuje wysokie ryzyko odrzutu, rozwoju choroby wieńcowej, czy też licznych hospitalizacji. Stosowanie immunosupresji niesie ze sobą wiele wyrzeczeń, do których trzeba się przyzwyczaić. Fakt, że ten rodzaj terapii znacznie obniża odporność sprawia, że pacjenci muszą unikać dużych skupisk ludzkich oraz zwyczajowo przyjętych form zachowania, np. przy powitaniu unikać pocałunków czy podawania ręki.

Chorzy muszą przewartościować swoje życie tak, by regularnie znaleźć czas na wizytę w szpitalu w celu wykonania podstawowych, jak i bardziej zaawansowanych badań. Pacjenci muszą starać się w naturalny sposób podnosić swoją odporność, w związku z tym większą uwagę skupiają na systematycznym, umiarkowanym wysiłku fizycznym, spacerach oraz szczepieniach ochronnych.

Niejednokrotnie problemem stają się dotychczasowe przyzwyczajenia dietetyczne. Po przeszczepie jadłospis powinien zawierać potrawy lekkostrawne, o niskiej zawartości tłuszczu, owoce i warzywa. Posiłki należy spożywać regularne, unikać podjadania pomiędzy nimi, ograniczyć sól, słodycze, produkty ciężkostrawne i wzdymające.

Kategorycznie należy zrezygnować z palenia tytoniu oraz używania alkoholu. Trzeba odnaleźć w sobie niewiarygodną siłę do walki z nałogiem. Liczne badania pokazują, że 5-26 % pacjentów po transplantacji wraca do nałogu [8,9].

Często osoba po przeszczepie odczuwa dyskomfort odnoszący się do współżycia seksualnego, u mężczyzn mogą również występować zaburzenia erekcji, a u kobiet odczuwania orgazmu [7].

Zaprzestanie kontynuacji pracy zawodowej, często uwarunkowane jest obawą o swoje zdrowie. Kontakt z wieloma osobami, przebywanie w pomieszczeniach, w których ma miejsce proces pracy, wyraźnie zwiększa ryzyko infekcji [9]. Przeszczep jest również sporym wyzwaniem dla rodziny, gdyż niejednokrotnie zmiana stylu życia nie dotyczy tylko chorego, ale i wszystkich pozostałych domowników. Obecność i wsparcie osób bliskich pozwala przebrnąć przez najcięższe chwile.

Zastosowana w badaniu metoda nie daje możliwości uogólniania wniosków. W analizowanym przypadku przeszczep serca i płuc umożliwił pacjentowi w miarę normalne życie. Występujące problemy zdrowotne można skutecznie eliminować lub minimalizować. Ważną rolę wspierającą w radzeniu sobie z problemami zdrowotnymi pełni rodzina, której funkcjonowanie również ulega modyfikacji.

Piśmiennictwo

1. Transplantacja.<http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/transplantacja;3988774.html>, data pobrania 24.02.2017.

2. Słownik pojęć. <https://www.dawca.pl/warto-wiedziec/slownik-pojec>, data pobrania 24.02.2017.
3. Sterkowicz S.L.: Historia pierwszych transplantacji serca w Polsce, *Kardiochir. Torakochir. Pol.*, 2009, 6, 3, 313–316.
4. Brzeziński T. (red.): *Historia medycyny*, Wyd. PZWL, Warszawa, 2000.
5. Noszczyk W. (red.): *Zarys dziejów chirurgii polskiej*, Wyd. PZWL, Warszawa, 1989.
6. Transplantacja a Religie, <https://www.dawca.pl/warto-wiedziec/transplantacja-a-religie>, data pobrania 24.02.2017.
7. Pudło R.: *Zdrowie psychiczne i poczucie koherencji osób po transplantacji serca*, rozprawa habilitacyjna, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. Katowice, 2010.
8. Pudło R., Jaworska I., Pacholewicz J., Zembala M.: Problemy we współpracy lekarz-pacjent u osób po przeszczepieniu serca, *Kardiochirurgia Torakochirurgia Polska*, 2011 (8), 251-254.
9. Jaworska I, Pudło R, Pacholewicz J, Szyguła-Jurkiewicz B, Barańska-Kosakowska A, Dylewska A, Zembala M.: Powrót do życia chorych po transplantacji i ocena jego jakości, *Kardiochir. Torakochir. Pol.*, 2011, 8, 153- 155.
10. Almenar-Pertejo M., Almenar L., Martínez-Dolz L., Campos J., Galán J., Gironés P., Ortega F., Ortega T., Rebollo P., Salvador A.: Study on health-related quality of life in patients with advanced heart failure before and after transplantation, *Transplant. Proc.*, 2006, 38, 2524-2526.
11. Saeed I., Rogers C., Murday A.: Steering Group of the UK Cardiothoracic Transplant Audit. Health-related quality of life after cardiac transplantation: results of a UK National Survey with Norm-based Comparisons, *J. Heart Lung. Transplant.*, 2008, 27, 675-681.
12. Heszen-Niejodek I.: Psychologiczne problemy chorych somatycznie. W: *Psychologia*, Strelau J (red.). T 3, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001, 513-530.
13. Gulla B.: Psychologiczne aspekty transplantacji serca, *Psychiatria Polska*, 2006, 40, 2, 323- 331.

Śmierć społeczna jako przejaw wykluczenia społecznego

Kurzelewski Bartosz¹, Fidewicz Tomasz¹, Kurzelewska Anna¹, Czerwiński Paweł¹, Dorna Krzysztof³, Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Gnus Jan^{1,2,3}

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Ośrodek Badawczo Rozwojowy we Wrocławiu.
2. Zakład Rehabilitacji w Dysfunkcjach Narządów Ruchu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
3. Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu

*Cechą współczesności jest to,
że każdy człowiek może stać się wykluczonym*

M. Orłowska

Wykluczenie społeczne jest zagadnieniem niezwykle szerokim, pojawia się na różnych płaszczyznach życia ludzkiego, dotyka zarówno pojedyncze jednostki, jak również całe grupy oraz stanowi poważny problem, z którym boryka się nie tylko Polska, ale również cały świat.

Pojęcie „wykluczenie społeczne” zostało pierwszy raz zastosowane w 1974 r. przez francuskiego uczonego R. Lenoira i odniesione do osób fizycznie, intelektualnie, społecznie upośledzonych, które nie miały dostępu do podstawowych usług ogólnie dostępnych dla społeczeństwa francuskiego [1]!

Natomiast w dokumencie Komisji Europejskiej po raz pierwszy zostało zastosowane w roku 1988. Obejmowało przede wszystkim program walki z ubóstwem, a w kontekście wykluczenie z rynku pracy wystąpiło ono w art. 136 i 137 Traktatu o ustanawianiu Wspólnoty Europejskiej [2].

W Polsce termin wykluczenie społeczne na dobre zaczął funkcjonować dopiero na początku XXI wieku. Wcześniej, od początku lat dziewięćdziesiątych, w literaturze używano najczęściej terminów marginalizacji i marginalność społeczna. W literaturze polskiej najszerszego zestawienia synonimów i słów powiązanych z pojęciem wykluczenia

społecznego dokonał R. Szafenberg [3]. Obok takich terminów, jak ekskluzja, marginalność i marginalizacja wymienia on także: marginesowość, wyłączenie, dezintegrację, segregację, separację, odosobnienie, alienację, atomizację, izolację, wykorzenienie, peryferyzację, gettyzację, defaworyzację, dezafiliację, destabilizację, dezorganizację, uprzedmiotowienie oraz niepewność. Wspólnym mianownikiem wymienionych pojęć jest podkreślenie niepełnej współzależności wykluczonego człowieka (lub grupy) do życia całej zbiorowości.

Śmierć społeczna traktowana jako stan jest rozumiana natomiast poprzez pryzmat „bycia wykluczonym”. Kwalifikując osoby do sfery wykluczonych społecznie trzeba wziąć pod uwagę kilka aspektów ich funkcjonowania:

- sferę biologiczną - np. niepełnosprawność (psychiczna i fizyczna);
- wiek (ludzie starzy);
- choroba (chorzy na AIDS);
- przynależność etniczną (Żydzi, Romowie);
- sferę sytuacyjną - np. bezdomny, bezrobotny, opuszczający zakład karny, skrajnie ubogi;
- sferę środowiskową - dzieci ze środowisk wiejskich, (zwłaszcza popegeerowskich), dzieci z rodzin patologicznych, dzieci wychowane poza rodziną, nieletni przebywający w placówkach wychowawczych i resocjalizacyjnych;
- sferę poglądów i orientacji - np. osoby o odmiennej orientacji seksualnej, innowiercy;
- sferę subiektywną - poczucie bycia wykluczonym.

Głównymi przyczynami wykluczenia społecznego są: ubóstwo, bezrobocie, wielodzietność, niepełnosprawność, czynniki, które potęgują te zjawiska to: długotrwała i ciężka choroba, bezdomność, przemoc w rodzinie, sieroctwo, narkomania i alkoholizm. Oczywiście w dynamicznie zmieniającej się sytuacji społeczno-politycznej biedę można postrzegać epizodycznie i zakładać, że stanowi ona pewien etap, fazę życia ludzkiego, a także jest indywidualnym doświadczeniem ograniczonym w czasie. Bycie biednym nie musi oznaczać trwałej przynależności do zbiorowości ubogich, gdyż możliwe staje się opuszczenie tej kategorii społecznej. Nie można jednak ignorować negatywnych i społecznie destruktywnych skutków oddziaływania biedy na konkretne jednostki czy rodziny. Długotrwałe doświadczenie biedy może doprowadzić do śmierci społecznej, przyczyniając się do reprodukcji ubóstwa poprzez następne pokolenia. Wówczas bieda staje się trwałą cechą określonych jednostek czy grup i będzie przekazywana z pokolenia na pokolenie, co znacznie obniży jakość życia społeczeństwa obywatelskiego w Polsce.

Osoby starsze i niepełnosprawne – z badań naukowych jednoznacznie wynika, że ludzie takich w Polsce będzie w kolejnych latach przybywać. Osoby te charakteryzują przede wszystkim problemy zdrowotne oraz wysoki poziom zależności od innych. Ponadto zdecydowana większość niepełnosprawnych to ludzie starsi - zazwyczaj bierni i społecznie mało aktywni, a także ograniczający swoje kontakty interpersonalne, co sprzyja powstawaniu syndromu osamotnienia. Wynika to z różnych przyczyn, np. z osłabienia energii i sił psychofizycznych, poczucia odrzucenia przez społeczeństwo, a nierzadko i przez rodzinę, co niejako doprowadza do biernego i samotnego oczekiwania na śmierć.

Wykluczenie społeczne to brak lub ograniczenie możliwości korzystania przez osoby i grupy z zasobów, dóbr, usług, praw, instytucji publicznych, rynków, które powinny być dostępne dla każdego. Najprościej ujmując, wykluczenie społeczne polega na niepodejmowaniu zwyczajnej i społecznie akceptowanej drogi życiowej lub wypadaniu z niej. Osoby objęte tym zjawiskiem wycofują się z życia społecznego; ich izolacja pogłębia się tym bardziej, że często spotykają się z napiętnowaniem i niechęcią pozostałej części społeczeństwa [4].

Zastanówmy się nad przyczynami tego zjawiska społecznego, odpowiedź brzmi: są bardzo różne. Ich prawidłowe zdiagnozowanie staje się podstawą do świadczenia efektywnej pomocy osobom dotkniętym tym zjawiskiem. Nie jest to jednak łatwe, ponieważ zazwyczaj spotykamy się z kilkoma przyczynami wykluczenia jednocześnie, czyli ze zjawiskiem tzw. dyskryminacji wielokrotnej.

Bardzo częstymi przyczynami wykluczenia społecznego są: ubóstwo i bezrobocie, które pozostają ze sobą w ścisłym związku. Wynikają zazwyczaj z braku wykształcenia lub dezaktualizacji posiadanej wiedzy i umiejętności. Bezrobocie, zwłaszcza to długotrwałe, prowadzi do pogłębiającego się ubóstwa dotykającego nie tylko osobę pozostającą bez pracy, ale również jej najbliższe otoczenie. Osoby dotknięte ubóstwem rezygnują z wielu podstawowych potrzeb, również tych związanych z edukacją i kulturą. Jeżeli sytuacja ta się przedłuży, jednostki tracą gotowość do podjęcia zatrudnienia, przyzwyczajają się do bierności, nie mają motywacji do podejmowania jakichkolwiek działań mających na celu zmianę sytuacji, a całą ich aktywność pochłaniają podstawowe czynności życiowe lub nałogi.

Problem wykluczenia i marginalizacji dotyka ludzi na całym świecie. W dobie gospodarki rynkowej szczególnie zagrożone są osoby nieposiadające kapitału, własnego mieszkania, kwalifikacji zawodowych zgodnych z potrzebami rynku pracy, czy pozbawione zaplecza społecznego w postaci rodziny lub osób wspierających w środowisku lokalnym.

Pozostawienie ludzi z własnymi problemami prowadzi do wyuczonej bezradności, a w efekcie do dysfunkcji całej rodziny z powodu przekazywania niewłaściwych, a nawet patologicznych wzorców zachowań w sytuacjach kryzysowych.

Wykluczenie społeczne i marginalizacja (ekskluzja społeczna) stanowią poważne zagrożenia współczesnego świata. Marginalizacja jest wykluczeniem z udziału w życiu społecznym jednostek, grup społecznych, społeczeństw w stosunku do ich otoczenia [5].

Według Słownika języka polskiego PWN margines społeczny to „nieliczna i mało znacząca warstwa społeczna składająca się z jednostek prowadzących pasożytniczy tryb życia, wykolejonych, naruszających przepisy prawa i normy współżycia społecznego” [6].

Według internetowej Encyklopedii PWN margines społeczny to „grupa społeczna (relatywnie nieliczna), składająca się z jednostek o niskim statusie społecznym, których zachowania są sprzeczne z ogólnie przyjętymi normami moralnymi i zasadami współżycia i często mają charakter patologii społecznej” [7].

Wskaźnikiem potwierdzającym stan ekskluzji społecznej jest głębokie poczucie odrzucenia i izolacji społecznej, które dotyczy najczęściej:

- dzieci i młodzieży wypadającej z systemu szkolnego;
- osób długotrwale bezrobotnych;
- opuszczających zakłady karne;
- niektórych kategorii ludności wiejskiej (osób starszych, mieszkańców z terenu dawnych PGR-ów, osób poszkodowanych przez kataklizmy, które wcześniej nie ubezpieczyły swojego mienia i oprócz dachu nad głową straciły jedyne źródło dochodu z upraw lub hodowli zwierząt);
- osób zagrożonych eksmisją;
- imigrantów zarobkowych w szarej strefie zatrudnienia;
- osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków;
- bezdomnych;
- osób należących (najczęściej) do romskiej mniejszości etnicznej;
- dzieci i młodzieży ze środowisk zaniedbanych opiekuńczo;
- dzieci wychowujących się poza rodziną;
- kobiet bezrobotnych;
- ofiar patologii życia rodzinnego;
- osób o niskich kwalifikacjach zawodowych i niewykształconych;

- ludzi niepełnosprawnych, przewlekłe chorych i w wieku starszym;
- chorych psychicznie [8].

Warto zauważyć, że ubóstwo z wszystkimi jego konsekwencjami w postaci dysfunkcji i patologii może prowadzić do bezdomności, która jest skrajną formą śmierci społecznej. Moim zdaniem, bezdomność to życie w opuszczonych ruderach i piwnicach, to stan ludzkiego upadku i bezgraniczna rozpacz. To życie urągające godności człowieka oparte na bezsilności, bezradności i nicości ludzkiej egzystencji. Innymi słowy to rozpacz wynikająca z braku oparcia w miejscu zamieszkania, to życie w nędzy zakrapiane alkoholizmem, narkomanią i brakiem poczucia godności ludzkiej. To rozpacz wołająca o pomoc.

Bezdomność to stan poprzedzony krótkim lub dłuższym procesem kumulowania się dramatycznych sytuacji życiowych i problemów osobistych [9].

Szeroki, społeczny kontekst bezdomności akcentuje definicja przedstawiona w Nowej encyklopedii powszechnej PWN z 1995 r. „Bezdomność – stwierdza się - to zjawisko społeczne polegające na braku domu lub miejsca stałego pobytu, gwarantującego jednostce lub rodzinie poczucie bezpieczeństwa, zapewniającego schronienie przed niekorzystnymi warunkami atmosferycznymi oraz zaspokojenie podstawowych potrzeb na poziomie uznawanym w danym społeczeństwie za wystarczający” [10].

Treści tych wszystkich definicji można podsumować, iż bezdomność jest złożonym zjawiskiem społecznym i osobowościowym stanem bezdomnego człowieka, warunkowanym przez różne przyczyny i przez fakt braku schronienia, spełniającego elementarne warunki, które pozwalają uznawać je za pomieszczenia mieszkalne. W życiu bywa też często taka sytuacja, że można mieć mieszkanie nie mając domu, można też mieć dom, nie mając mieszkania. Najlepiej oczywiście byłoby mieć jedno w drugim.

Polska w okresie transformacji systemowej, po roku 1989, dołączyła do krajów, w których bezdomność jest typowym problemem spowodowanym gwałtownymi przemianami ustrojowymi lub ekonomicznymi i ubożeniem społeczeństw.

Bezdomność dotyka ludzi w każdym wieku, a osoby nocujące na ulicy można najczęściej spotkać w dużych miastach. Dzieje się tak dlatego, że ludzie pozostający bez pracy i środków do życia migrują do dużych miast. W nadziei na znalezienie zatrudnienia i wynajęcie mieszkania, a gdy nie uda im się zrealizowanie planów, nie mają dokąd wracać. Wówczas liczą na pomoc ludzi, utrzymując się z żebractwa lub korzystają z pomocy instytucjonalnej - kuchni dla bezdomnych, noclegowni. Bezdomni narażeni są na zagrożenie zdrowia i życia z powodu niedożywienia, zaniedbań higienicznych, braku opieki lekarskiej,

zajmowania opuszczonych budynków przeznaczonych do wyburzenia. Często padają ofiarami przestępstw (napadów rabunkowych, pobicia, gwałtów).

Kluczowym problemem ludzi dotkniętych bezdomnością, poza brakiem schronienia, jest ich stan zdrowia. Zasadniczym składnikiem przyczyniającym się do jego pogorszenia jest nierzadko współwystępujące uzależnienie od alkoholu, nikotyny lub narkotyków. U tych osób najczęstszymi schorzeniami są dysfunkcje ze strony układu sercowo-naczyniowego, pokarmowego i oddechowego. To właśnie w tej grupie osób najczęściej spotykamy się z odmrożeniami (często kończącymi się amputacjami) i gruźlicą. Ludzie bezdomni zwykle są niedożywieni i wyniszczeni, z zaawansowaną anemią, z chorobami dermatologicznymi (świerzb, wszawica, owrzodzenie podudzi), metabolicznymi (cukrzyca), zakaźnymi (HIV, HBV, HCV) oraz zaburzeniami psychicznymi. W 2011 roku lekarze wolontariusze przyjęli do specjalistycznej poradni zdrowia dla bezdomnych 8444 pacjentów, z tego 149 skierowano do szpitala. Bezdomni najczęściej korzystali z zabiegów zmiany opatrunków, a także usług lekarzy internistów, stomatologów, chirurgów i dermatologów. Ludzie bezdomni mają ograniczony dostęp do powszechnej opieki zdrowotnej, gdyż zwykle nie są ubezpieczeni. Najczęściej trafiają do szpitali dopiero w sytuacjach zagrażających ich życiu [11]. Bez wątpienia są więc grupą społeczną, która bardzo mocno jest dotknięta dysfunkcjami wszelkiego rodzaju, w wyniku czego uzasadnionym jest mówienie o „śmierci społecznej” wobec jej członków.

Bezdomność należy do kwestii społecznych o charakterze krańcowym, a w swych skutkach patologicznym. Życie osób nią dotkniętych uległo degradacji i to we wszystkich wymiarach ich egzystencji. Osoby te z czasem stają się niezdolne do samodzielnego radzenia sobie z piętrzącymi się, ujemnymi zjawiskami własnego życia. Można śmiało powiedzieć, iż bezdomne osoby gubią się w otaczającej ich rzeczywistości.

Bezdomność stanowi problem globalny, ponieważ gospodarka rynkowa wymaga kwalifikacji zawodowych pracowników do potrzeb rynku pracy i dużej elastyczności ze strony kandydatów do pracy. Wiąże się to z koniecznością ciągłego dokształcania się, zmiany miejsca zamieszkania lub rozłąki z rodziną z powodu migracji zarobkowych. W krajach o niskich dochodach ludności, do których również należy Polska, możliwość podejmowania takich wyzwań następcza trudności z powodu braku substancji mieszkaniowej, wysokich kosztów wynajmu mieszkania, ograniczonej możliwości inwestowania w kształcenie dzieci poza miejscem stałego pobytu, konieczności sprawowania opieki nad starszymi członkami rodziny. Ze względu na te ograniczenia wiele osób tracących zatrudnienie, biernie poddaje się

losowi, narażając się na zubożenie, bezrobocie lub jakąkolwiek pracę za bardzo niskie wynagrodzenie, często „na czarno”. Taki stan prowadzi do ubóstwa, na którego horyzoncie może pojawić się głęboka bezdomność ze wszystkimi konsekwencjami prowadzącymi do śmierci społecznej.

Skala, tempo i szokowy charakter niektórych reform ekonomicznych spowodowały ujawnienie się zjawisk skrajnych i negatywnych. Wyrazem tego są nie tylko groźby utraty pracy i kłopoty z jej znalezieniem, ale też dla wielu trudności z opłatami mieszkaniowymi, niemożliwość zakupu leków, środków higienicznych, trudności w zaopatrzeniu dzieci chodzących do szkoły, brak pieniędzy na podstawowe i konieczne wydatki. W takiej sytuacji zaczyna dominować niepewność jutra, rozszerzanie się sfery biedy, pogarszanie się stanu zdrowia ludności, pojawiają się różnego rodzaju zachowania o charakterze patologicznym. Temu wszystkiemu towarzyszy zwykle mała odporność psychiczna na trudne sytuacje życiowe, przechodząca często w bezradność.

Do zjawisk patologicznych wykazujących tendencje wzrostowe należy zaliczyć:

- przestępczość gospodarczą (różne afery i powiązania z elementami władzy);
- przestępczość kryminalną, zwłaszcza jej brutalne formy: rozboje, rabunki, wymuszenia rozbójnicze;
- różne formy prostytucji nieletnich i ich instytucjonalne wsparcie, np. agencje towarzyskie, solony masaż erotycznego;
- kradzieże samochodów luksusowych;
- handel narkotykami i środkami odurzającymi;
- samobójstwa z powodów ekonomicznych;
- łapownictwo, korupcja;
- chuligaństwo stadionowe;
- przestępstwa socjalne, zdobywanie środków do życia na granicy prawa i bezprawnego działania;
- handel żywym towarem;
- polityczny szantaż i łapownictwo;
- terroryzm;
- zorganizowane grupy przestępcze i ich profesjonalizacja;
- udział obywateli państw obcych w grupach przestępczych działających na terenie Polski;

- przestępstwa o charakterze porachunkowym: rozboje, zabójstwa, szantaż, terroryzm kryminalny;
- przestępczość w „białym kołnierzyku” – doradcy i protektorzy w policji, administracji, partiach politycznych, wymiarze sprawiedliwości stanowią ogromną barierę;
- przestępczość komputerowa, np. włamanie się do baz danych (hacking), czy niszczenie przy pomocy „wirusów” informacji zawartych w pamięci komputera;
- coraz częściej odnotowywane jest popełnianie przestępstw przy wykorzystaniu Internetu.

Poważnym zagadnieniem, powiększającym swój zakres, staje się problem marginalizacji społecznej związany przyczynowo z występowaniem: ubóstwa, nierówności społecznych, dyskryminacją społeczną i prawną, niedofinansowaniem, złą jakością pracy instytucji publicznych, niską pozycją ekonomiczną. Szczególnie ten problem dotyczy dzieci z tego typu rodzin. Są one obiektem społecznego naznaczenia i towarzyszą im takie odczucia, jak: frustracja, pesymizm i fatalizm, strach przed przyszłością, alienacja, deprywacja.

W czasach nam współczesnych demokratycznemu rozluźnieniu uległy relacje wewnątrzrodzinne, powodujące nierzadko zaburzenia realizacji funkcji wychowawczej. Zdecydowanie wzrosła wartość posiadania materialnego, które stało się istotnym warunkiem osiągnięcia określonej pozycji społecznej. Niski standard materialny niektórych rodzin spowodował wykreowanie się młodzieży tzw. „gorszego sortu”. Zwiększyła się też liczba rodzin o dobrym lub bardzo dobrym statusie materialnym, w których rodzice w pogoni za pieniędzmi nie poświęcają niezbędnego czasu swoim dzieciom, co przyspiesza przeniesienie się odniesienia z rodziny na grupy rówieśniczo-koleżeńskie.

Patologia to słowo - pojęcie jest aktualnie powszechnie używane zarówno w środowiskach naukowych, w środkach masowej komunikacji, jak i w codziennych potocznych rozmowach, gdzie komentuje się różne zaburzenia, związane z marginesem społecznym. Trudno zatem współcześnie poszukiwać w społeczeństwie zjawisk, które nie noszą ciężaru patologii społecznej. Jest to stwierdzenie powszechne, bowiem cokolwiek człowiek uczyni niezgodnie z prawem, czy też z ogólnie obowiązującymi zasadami, to mówić będziemy o patologii: społeczeństwa, narodu, państwa, świata polityki, biznesu, rodziny, wychowania, systemu szkolnego czy systemu opieki zdrowotnej itp.

Grupami społecznie wykluczonymi będą zatem osoby, które są pozbawione pełnych praw obywatelskich i których społeczne więzi zostały zniszczone lub złamane.

Wykluczenie społeczne przekłada się na wykluczenie finansowe, które jest powiązane z brakiem konta bankowego, mówiąc szczegółowo brakiem rachunku bieżącego w banku. Osobom biednym lub cierpiącym z powodu wykluczenia finansowego zwykle odmawia się dostępu do usług finansowych, co z kolei zwiększa ryzyko wykluczenia społecznego. Osoby wykluczone nie mogą regulować swoich zobowiązań płatniczych (czynsz, opłaty za prąd itp.), wykorzystując do tego rachunek bankowy i są zmuszone do korzystania z mniej wygodnych i droższych płatności gotówkowych. Osoby wykluczone, pozbawione możliwości uzyskania kredytu w banku, decydują się na pożyczki udzielane na lichwiarski procent przez instytucje nie bankowe i różnego rodzaju pośredników finansowych, często działających nielegalnie [12].

Kolejną grupą społeczną, która jest bardzo marginalizowana są więźniowie, a problemy, z którymi się borykają, są na ogół bardzo złożone. Osoba wychodząca z więzienia nosi nie tylko „skazę” w postaci zapisu o karalności, ale też w wielu przypadkach nie ma wykształcenia ani przygotowania zawodowego, ma kłopoty rodzinne, pozostaje w konflikcie z najbliższymi, nie ma dokąd wracać, ulega nałogom. Wszystko to powoduje, że myśl o pracy w głowie byłego więźnia nawet nie pojawia się. Złożoność tych problemów wymaga kompleksowego ich rozwiązania, stworzenia systemu, który umożliwiłby im wejście na rynek pracy, ale także pomógł poradzić sobie z szeregiem wyżej wymienionych kłopotów.

W więzieniu osadzeni nabierają syndromu „wyuczonej bezradności”- długie przebywanie w jednostce zamkniętej pozbawia ich umiejętności rozwiązywania własnych problemów i podejmowania jakichkolwiek decyzji: od tych poważnych, dotyczących wyboru zawodu czy znalezienia miejsca do zamieszkania, po najbardziej błahe, jak godzina zjedzenia śniadania. Więzienie skutecznie zabija inicjatywę, pomysłowość, zdolność kierowania własnym życiem i brania za nie odpowiedzialności. Dlatego powrót na wolność jest tak trudny, a osoby opuszczające zakład karny potrzebują ogromnej zachęty i mobilizacji z zewnątrz, aby podjąć próbę integracji ze społeczeństwem.

Demokratyczne przemiany ustrojowe dały również przedstawicielom mniejszości narodowych i etnicznych możliwości swobodnego wyrażania swojej tożsamości etnicznej i prowadzenia działalności publicznej w swoim imieniu. Zmienił się też cały układ politycznych i społecznych ich odniesień, gdyż pojawiły się nowe instytucje i sytuacje, w których mogli oni publicznie zaistnieć. Dodatkowo otwarcie kraju na międzynarodowe i globalne procesy migracyjne przyczyniło się do wzrostu różnorodności etnicznej naszego

społeczeństwa. Polska przestała być już państwem „zamkniętym”, z którego pochodzą jedynie uchodźcy i emigranci, a stała się również miejscem osiedlania się i pracy dla imigrantów zarobkowych oraz schronieniem dla uchodźców opuszczających swoje kraje w obawie o życie.

Kategoria „śmierci społecznej”, w tym także i „etnicznej”, upowszechniła się w naukach społecznych, a następnie w retoryce politycznej i dyskursie publicznym w ostatnich dwóch dekadach ubiegłego wieku. Została następnie przejęta przez agendy administracji publicznej oraz instytucje europejskie, a przeciwdziałanie temu zjawisku stało się jednym z głównych deklarowanych celów polityki społecznej realizowanej zarówno na poziomie krajowym, jak i na poziomie Unii Europejskiej [13].

Pojęcie wykluczenia społecznego tworzy szeroką ramę badawczą, która umożliwia badanie sytuacji różnych grup i kategorii społecznych. Należą do nich również, jak już wcześniej wspominaliśmy, przedstawiciele mniejszości narodowych i etnicznych oraz migranci i uchodźcy [14]. Pojęcie „mniejszości narodowej” odnosi się najczęściej do tych grup mieszkańców, obywateli danego państwa, którzy na skutek różnych przyczyn (jak np. przesunięcie granic, migracje itp.) odróżniają się od dominującej części społeczeństwa (czyli większości) świadomością swojej przynależności narodowej. Towarzyszą temu różnice w języku, religii, obyczajach i kulturze, które jednak nie zawsze przesądzają o statusie etnicznym lub narodowym odrębnym od statusu większości.

Wprowadza się ponadto rozróżnienie „mniejszości narodowej” i „etnicznej”. Tę ostatnią możemy traktować jako społeczność, która ma świadomość własnej odrębności kulturowej, językowej i historycznej, ale nie tworzyła jeszcze narodu (w postaci odrębnego państwa), choć już ma pewne jego cechy. Jej kultura jest słabsza od grupy narodowej, co uwidaczniają różnice stopnia identyfikacji z daną grupą.

Kwestia ta jest o tyle ważna, że uznanie danej grupy za mniejszość etniczną, a nie narodową, pociąga za sobą skutki polityczne. Grupa narodowa, a nie etniczna, może upominać się o prawa do suwerenności i własnej organizacji państwowej, to kryterium stanowi często podstawę rozróżnienia obu typów mniejszości [15].

Rozmiary napływu i osiedlania się cudzoziemców w naszym kraju pozostają jednak na niskim poziomie, Polska jest nadal mało atrakcyjnym miejscem docelowym imigracji, w porównaniu z innymi państwami Europy Zachodniej lub nawet Środkowej (Czechy).

Małe doświadczenia osobistego kontaktu z cudzoziemcami sprawiają, że postawy Polaków wobec nich mogą się wiązać przede wszystkim ze stereotypami narodowymi

i grupowymi. Nasilenie się kontaktów Polaków z nimi w ostatnich latach może powodować, że owe ogólne wyobrażenia na temat poszczególnych grup narodowych mogą się zmieniać.

W zakresie wykluczenia z narodu w Polsce występuje podobny kierunek przemian, jak w innych demokratycznych krajach tworzących UE:

- Wykluczanie grupowe „obcych wewnętrznych”, za jakich uznawano mniejszości narodowe, ustępuje miejsca procesowi ich integracji oraz inkluzji do narodu;
- Wykluczenie „obcych zewnętrznych” (cudzoziemców, imigrantów i uchodźców) stopniowo coraz bardziej opiera się na stosowaniu uniwersalnych kryteriów indywidualnych, które umożliwiają włączenie indywidualnych do społeczeństwa obywatelskiego i zmniejszanie barier dystansu społecznego wobec grup narodowych [16].

Istnieją jednak próby rozwiązywania problemów społecznych oraz zapobiegania powstawania ich najcięższych form w różnoraki sposób. Zarówno organizacje rządowe, jak i pozarządowe dążą do wyeliminowania bądź ograniczenia skrajnych form wykluczenia społecznego we wszystkich grupach społecznych.

Polityka społeczna realizowana przez władzę publiczną i władzę pozarządową prowadzi działania, których rolą jest zaspokajanie potrzeb i rozwiązywanie zadań społecznych. Do jej kompetencji, poza polityką kulturalną, edukacyjną, mieszkaniową i wieloma innymi, zalicza się także politykę zwalczania ubóstwa i marginalizacji społecznej [17]. Obecnie prowadzonych jest wiele projektów i programów stworzonych z myślą o zapobieganiu i zwalczaniu wykluczenia społecznego.

W Polsce, od 2009 roku realizowany jest projekt „Zintegrowany System Wsparcia Ekonomii Społecznej”, który współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Jego zasadniczym celem jest utworzenie stałych, zorganizowanych mechanizmów wsparcia osób dotkniętych marginalizacją społeczną i ich otoczenia.

Odbywa się to poprzez:

- konstruowanie i doskonalenie standardów jakości świadczonych usług na rzecz potrzebujących;
- kształcenie pracowników instytucji pomocy;
- optymalizację rodzaju oferowanej pomocy;
- edukację społeczeństwa w metodach rozwiązywania problemów polityki społecznej;
- angażowanie lokalnej ludności w realizację projektu;

W celu doskonalenia realizacji zadania:

- kontroluje się aktualne przepisy prawne obowiązujące na terenie kraju i obszarach regionalnych;
- kontroluje się funkcjonowanie i analizę wyników pracy działających instytucji,
- zbiera się i interpretuje bazy danych;
- monitoruje się i kooperuje z innymi projektami prowadzonymi przez jednostki zajmujące się tym samym lub pokrewnym problemem;

Od 2013 roku, poza pomocą osobom dotkniętym problemem wykluczenia społecznego, projekt ten obejmuje także jednostki szczególnie na niego narażone. Są to dzieci i młodzież ze środowisk zaniedbanych, osoby o niskich kwalifikacjach, matki samotnie wychowujące dzieci, bezrobotni, bezdomni, starcy, niepełnosprawni i chorzy [18].

Kolejnym rządowym programem działającym w Polsce jest „Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji” stanowiący załącznik do Uchwały Rady Ministrów z dnia 12 sierpnia 2014 r. W pracy nad tym dokumentem wzięło udział wiele ministerstw (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju), instytucji, przedstawiciele naukowych i ludzi na co dzień zajmujących się problemem ubóstwa i wykluczenia społecznego. Wskazuje to na wieloaspektowość i wielopoziomowość tego problemu. Uznano, że prowadzona polityka społeczna, aby osiągnęła zamierzony rezultat musi być kierowana w różnych dziedzinach, m.in.: edukacji, polityce zdrowia, mieszkalnictwa czy też wreszcie pomocy społecznej. Zauważono, że walka z wykluczeniem społecznym powinna opierać się na poprawie zatrudnienia, wzroście gospodarki i efektywnej pomocy społecznej. Trzema głównymi środkami, poprzez które ma zostać zrealizowany ten program, są: aktywizacja osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym, zmniejszenie ubóstwa w grupach szczególnie nim zagrożonych oraz poprawa bezpieczeństwa obywatela.

Pierwszy z nich ma zostać spełniony dzięki:

- modyfikacji i lepszemu dopasowaniu systemu świadczeń społecznych;
- realizację programów, których celem jest eliminacja deficytów i rozwijanie potencjałów u osób dotkniętych problemem;
- zwiększenie dostępu do rehabilitacji;
- powstanie programów kształcących środowiska lokalne w zagadnieniu współpracy z osobami niepełnosprawnymi;

- zapobieganie wykluczeniu cyfrowemu - tworzenie stron internetowych o tematyce edukacyjnej, a także ułatwiających dostęp do właściwych treści i usług;
- tworzenie możliwości do realizacji zawodowej i społecznej seniorów;
- promowanie aktywizacji osób starszych;
- zapewnienie dostępu do edukacji na każdym jej poziomie, a także do możliwości korzystania z wydarzeń kulturalnych;

Zmniejszenie ubóstwa ma zostać zrealizowane poprzez:

- modyfikację i lepsze dopasowanie systemu świadczeń społecznych;
- usprawnienie dostępu uczniom do różnych form pomocy (podręczniki, przybory szkolne, posiłki itp.);
- realizację inwestycji infrastrukturalnych ułatwiających poruszanie się i pozwalające na obecność w życiu publicznym osób niepełnosprawnych;
- tworzenie nowych strategii pozwalających na korzystanie z edukacji przez osoby niepełnosprawne;
- budowa i lepsze zarządzanie wynajmem lokali socjalnych;
- opieka nad osobami wymagającymi pomocy w codziennych czynnościach (niepełnosprawni, osoby w podeszłym wieku);
- aktywizacja społeczna i zawodowa seniorów;

Realizacja celu „Poprawa bezpieczeństwa obywatela” ma polegać na:

- wdrożeniu zmian w systemie ochrony zdrowia (modyfikacja sposobu finansowania, dodatkowe źródła funduszy);
- edukacja w zakresie zdrowego żywienia i profilaktyki chorób (zakaźnych, sercowo-naczyniowych, onkologicznych);
- promowanie aktywności fizycznej (zwłaszcza u dzieci i młodzieży);
- bezpieczeństwo żywieniowe dzieci i młodzieży (zapewnienie posiłku w trakcie przerw pomiędzy zajęciami szkolnymi, także w trakcie wakacji i ferii, budowa kuchni i stołówek);
- bezpieczeństwo żywieniowe osób starszych (działania promujące zdrowy styl życia, współpraca z organizacjami pozarządowymi zajmującymi się tym problemem, finansowanie posiłków osobom najbardziej potrzebującym).

Założeniem projektu jest zmniejszenie liczby osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i ubóstwem do 1,5 mln, a także integracja całego społeczeństwa.

W parze z przedsięwzięciami rządowymi realizowane są również projekty inicjowane poprzez organizacje pozarządowe - społeczne. Jedną z takich organizacji jest wolontariat, którego działanie zgodnie z definicją polega na dobrowolnej, bezpłatnej, świadomej pracy na rzecz innych lub całego społeczeństwa, wykraczającą poza związki rodzinno-koleżeńsko-przyjacielskie” [19].

Działalność wolontariatu łączy się z obopólnymi korzyściami. Praca z potrzebującymi pomocy pozwala na rozwój psychospołeczny, samorealizację, nawiązywanie nowych znajomości, możliwości splacenia dobra, zdobycie doświadczenia i umiejętności, a także wykształcenie wrażliwości i empatii [20].

W Polsce, w 1993 roku została zapoczątkowana idea tworzenia profesjonalnych ośrodków, której wynikiem stało się Pierwsze Centrum Wolontariatu z siedzibą w Warszawie. Z upływem lat na terenie Polski powstawały kolejne jednostki tworzące obecnie Sieć Centrów Wolontariatu liczące kilkanaście regionalnych i lokalnych placówek. Realizują one programy niosące pomoc osobom zagrożonym marginalizacją społeczną. Najważniejszymi z nich są:

- Wolontariat w szkole - opierający się na pracy z dziećmi i młodzieżą, pomocy w odrabianiu lekcji, organizowaniu konkursów, wystaw prac uczniów, rozwijaniu zdolności muzycznych, plastycznych, recytatorskich, włączaniu młodzieży w życie społeczności szkolnej, kształtowaniu postaw prospołecznych, rozwijaniu empatii, wspieraniu ciekawych inicjatyw uczniów;
- Wolontariat w Ośrodku Pomocy Społecznej - polegający na dopełnieniu pracy pracowników etatowych, pomocy dzieciom w nauce i organizowaniu im czasu wolnego, lekcji śpiewu, prowadzeniu zajęć z haftu artystycznego, zajęć z pracy na komputerze, wspólnym spacerowaniu;
- Wolontariat w szpitalu- którego celem jest poprawa warunków hospitalizacji dzięki odwiedzaniu pacjentów, pomaganiu w przetrwaniu czasu pobytu w szpitalu, organizowaniu czasu wolnego, pomocy dzieciom w nadrabianiu zaległości w nauce;
- Wolontariat Pomocy Niepełnosprawnym - w którym pomaga się w poszukiwaniu pracy, integrowaniu ze społeczeństwem, wsparciu psychologicznemu, rehabilitacji;
- Wolontariat a bezrobocie - obejmuje on pomoc w poszukiwaniu pracy, prowadzenie warsztatów dla bezrobotnych (nauka pisania CV, listów motywacyjnych, porady w przeprowadzaniu rozmów z pracodawcą);
- Wolontariat w służbie uchodźcom - realizowany poprzez prowadzenie świetlic dla dzieci i młodzieży, pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, naukę języka polskiego;

- Wolontariat w Domach Pomocy Społecznej - spełniany poprzez organizowanie imprez integrujących, wspólnych spacerów, pomoc w robieniu zakupów, czytanie książek;
- Wolontariat a bezdomność - obejmujący pomoc w wychodzeniu z bezdomności, zapewnianie podstawowych potrzeb materialnych, organizowanie spotkań, wydarzeń kulturalnych;

Wspomniane powyżej kierunki pracy wolontariuszy przekonują nas, że rola tych organizacji ma szczególny wpływ na rozwój i kształtowanie się społeczeństwa. Ze względu na szerokość zakresu jej działań i charakter pracy, żadna pojedyncza jednostka nie byłaby w stanie sprostać wszystkim wymienionym potrzebom. Działalność wolontariatu jest niezastąpiona w integrowaniu społeczeństwa, z jednoczesną korzyścią dla obu stron [21].

Bardzo interesującym zjawiskiem jest związek pomiędzy stanem zdrowia jednostki a jej pozycją materialną i społeczną. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, zdrowie to: „Stan pełnego, dobrego samopoczucia/dobrostanu (wellbeing) fizycznego, psychicznego i społecznego, a jednostki lub grupy muszą mieć możliwość określania i realizowania swoich dążeń, zaspokajania potrzeb, a także zmiany środowiska bądź radzenia sobie z nim” [22]. Oznacza to, że działania w sferze zdrowia nie są zarezerwowane wyłącznie dla medyków, ale obejmują także takie zabiegi, jak dbałość o dobre warunki mieszkalne, promocję zdrowia, umożliwienie rozwoju zawodowego oraz odgrywanie ważnych ról społecznych.

Aby właściwie zrozumieć to zjawisko należy wskazać przyczyny społeczne oraz ekonomiczne dobrego (lub złego) stanu zdrowia oraz uświadomić sobie, że stan zdrowia nie zależy wyłącznie od indywidualnych predyspozycji genetycznych i biologicznych. Śledząc rozwój ekonomiczno-gospodarczy krajów Unii Europejskiej stan zdrowia populacji europejskiej znacząco się poprawił, spostrzeżono jednak, że nie przebiegał on równomiernie we wszystkich grupach społecznych. Grupami uprzywilejowanymi bez wątpienia zostały te o wyższym statusie socjoekonomicznym [23].

W 2006 roku na łamach czasopisma „Polityka Społeczna” ukazało się badanie wskazujące na istnienie związku pomiędzy dobrobytem (mierzonym wielkością PKB) a efektami zdrowotnymi (mierzonymi długością życia). Analizę problemu przeprowadzono bardzo dokładnie uwzględniając liczne dane epidemiologiczne, tj. długość życia, długość życia dobrej jakości, umieralność (w tym umieralność niemowląt), zachorowalność (w tym choroby związane z ubóstwem, np. gruźlica), samoocenę stanu zdrowia ankietowanych. W Polsce, porównywalnie jak w innych krajach Unii Europejskiej, wydłużyła się średnia

długości życia, związana głównie ze spadkiem umieralności na choroby sercowo-naczyniowe. Za podłoże tej tendencji uważa się zmianę stylu życia, promocję zdrowego odżywiania, ograniczenie nikotynizmu, poprawę dostępności środków farmaceutycznych i technologii medycznych. Analiza wyników badania pokazuje, że czynnikami determinującymi średnią długość życia są: urbanizacja i stopień bezrobocia. Wraz ze wzrostem stopnia urbanizacji skraca się oczekiwana długość życia, a im niższa stopa bezrobocia oczekiwane trwanie życia wydłuża się. Należy pamiętać, że wydłużanie się czasu życia nie zapewnia jego dobrej jakości. Średnio 18% długości życia Polacy przebywają w różnych stanach chorobowych. Związek pomiędzy stanem zdrowia a ubóstwem został opisany za pomocą zachorowalności na gruźlicę. Zmiany związane z okresem transformacji oraz zmniejszeniem się dochodów odnotowane na początku lat 90. przełożyły się na wzrost zachorowań na tę chorobę. Zapadalność na gruźlicę w większym stopniu także dotyczyła grup z wysoką stopą bezrobocia i osób powyżej 65. roku życia. Dla odczuwanego stanu zdrowia istotnym czynnikiem jest pozycja na rynku pracy. Osoby spełnione zawodowo znacznie wyżej oceniały swoją jakość życia niż osoby bezrobotne, przebywające na rencie lub utrzymujące się z zasiłku i świadczeń socjalnych [24].

Jak widać, problem wykluczenia społecznego dotyczy wiele zbiorowości. Przyczyny tego zjawiska bywają bardzo zróżnicowane, jednakże najczęściej dotyczą problemów finansowych występujących jako problem pierwotny bądź wtórny do zaistniałych wcześniej okoliczności, które nakładając swój wpływ wzajemnie się indukują. Przeciwdziałanie im jest bardzo istotne, ale jednocześnie trudne do realizacji jednocześnie w całej zbiorowości, chociaż w przypadku wybranych jednostek odnosi obiecujące skutki, zwłaszcza w pierwszych etapach wykluczenia społecznego. Pokazuje to, jak ważne jest zapobieganie oraz szybka reakcja na pojawiający się problem poprzez instytucje państwowe oraz różnorakie formy wolontariatu.

Piśmiennictwo

1. Apanel D., Jaworska A. (red. nauk.): Obszary wykluczenia społecznego- sfera biologiczna i środowiskowa, Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 2013.
2. Szafenberg R.: Pojęcie wykluczenia społecznego, [w:] Przeciw wykluczeniu społecznemu, Duda M., Gulla B. (red.), Wyd. PAT, Kraków, 2008.

3. Dul R.: Wyzwania dla pomocy społecznej w wymiarze lokalnym, pod red. ks. Jedyńska W., Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, 2012.
4. Gorczyca M.: Wybrane teoretyczne aspekty marginalizacji. Wpływ kręgów społecznych na kształtowanie poczucia alienacji społecznej dzieci i młodzieży [w:] Antyspołeczność. Diagnoza, profilaktyka, interwencja, Bartkiewicz Z., Rejman J. (red.), PWSZ, Tarnobrzeg 2009, 185.
5. Słownik języka polskiego, t. 2, PWN, Warszawa 1978.
6. <http://encyklopedia.pwn.pl/lista.php?co=margines+spo%B3eczny>, data pobrania 10.05.2017.
7. Gorczyca M.: Wybrane teoretyczne aspekty marginalizacji. Wpływ kręgów społecznych na kształtowanie poczucia alienacji społecznej dzieci i młodzieży [w:] Antyspołeczność. Diagnoza, profilaktyka, interwencja, Bartkiewicz Z., Rejman J. (red.), PWSZ, Tarnobrzeg, 2009, 186.
8. Hańska M.: Gorycz bezdomności, Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze, 1997, 5, 8-12.
9. Nowa encyklopedia powszechna PWN, Warszawa, 1995.
10. Raport z fazy diagnozy. Kondycja i dobre praktyki pomocy ludziom bezdomnym w sześciu obszarach: streetworking, praca socjalna, mieszkalnictwo i pomoc doraźna, partnerstwa lokalne, zdrowie, zatrudnienie i edukacja, Rafał Stenka, Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk 2011, 275-291.
11. Strategia rozwoju obrotu bezgotówkowego w Polsce na lata 2009-2013 (projekt). Narodowy Bank Polski, Związek Banków Polskich, Koalicja na Rzecz Obrotu Bezgotówkowego i Mikropłatności, Warszawa, 2009.
12. Lister R.,: Bieda, przeł. Stanaszek A., Wyda. Sic!, Warszawa, 2007.
13. Fenton S.: Etniczność, przeł. Chomicka E., Wyd. Sic!, Warszawa, 2007.
14. Kurczewska J.: Naród. [w:] Encyklopedia socjologii, Kwaśniewicz W. (red.), K-N, t.2, Oficyna Narodowa, Warszawa 1999, 290.
15. Apanel D., Jaworska A. (red. nauk.): Obszary wykluczenia społecznego-sfera biologiczna i środowiskowa, Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 2013, 41.
16. Nowa encyklopedia powszechna, t.2, wyd. PWN, Warszawa, 1997.
17. <http://www.ekonomiaspoleczna.pl/x/879362?projekt=543995>, data pobrania 10.05.2017.

18. Monitor Polski, Dziennik Urzędowy Rzeczypospolitej Polskiej, Uchwała nr 165 Rady Ministrów z dnia 12 sierpnia 2014, Warszawa 16 września 2014.
19. Wielki słownik wyrazów obcych i trudnych, Markowski A., Pawelec R., Wyd. Wolga, Warszawa, 2001.
20. Kozaczuk F.: Zagadnienia marginalizacji i patologizacji życia społecznego, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, 2005.
21. Encyklopedia zdrowia, Gomułka W. S., i Rewerski W., t. 1, Wyd. PWN, Warszawa, 2001.
22. Centrum Badania Opinii Społecznej, Komunikat Badań BS/139/2013, Warszawa październik, 2013.
23. Zdrowie i choroba a ubóstwo i wykluczenie społeczne, Czasopismo Polityka Społeczna, 2006, Sowa A., 16-20.
24. <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.ekon-element-0001237451>
12, data pobrania 10.05.2017.

Zjawisko stygmatyzacji dozorowanych w obserwacji kuratora społecznego

Miarka-Lachendro Joanna¹, Kłapa Wojciech²

1. Studium Doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice
2. Zakład Pedagogiki Medycznej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

Wstęp

I zawsze to czuję w obecności ludzi niekaranych - że kiedykolwiek są dla mnie mili, życzliwi, to cały czas patrzą na mnie jak na kryminalistę i nic więcej. Dla mnie jest już za późno, żeby się jakkolwiek zmieniać, ale nadal dotkliwie odczuwam fakt, że jest to ich jedyne podejście i że są zupełnie niezdolni do zaakceptowania mnie jako kogoś innego niż przestępcę [1].

Stygmatyzacja jest pojęciem, które doczekało się niezliczonej ilości opracowań naukowych, w przeciwieństwie do zagadnień związanych z kuratelą sądową w Polsce, w kontekście funkcjonowania osób dozorowanych. W niniejszej autorzy podjęli próbę przeanalizowania zagadnienia związanego ze zjawiskiem stygmatyzacji grupy szczególnie narażonej na społeczną marginalizację, wykluczenie i naznaczenie jaką tworzą osoby dozorowane przez kuratorów sądowych. Wskazanie na elementy, które są istotne w zwalczaniu stygmatyzacji stanowią priorytet działań dla autorów. Praca ta jest pewnego rodzaju drogowskazem dla osób, które na gruncie zawodowym, bądź prywatnym mają kontakt z osobami dozorowanymi.

W ramach dygresji należy wspomnieć, iż problem dotyczący osób stygmatyzowanych a objętych dozorem sądowym może mieć ogromny zasięg, a to zważywszy na fakt, iż liczba tych osób w Polsce jest znaczna. W samym roku 2011 liczba osób dozorowanych wynosiła ok. 115 tys. osób, w 2010 r. – 125 tys. osób a w 2009 r.- 128 tys. osób [2]. W przypadku, gdy zwrócimy uwagę na fakt, iż w większości osoby dozorowane mają osoby bliskie tj. rodziny, partnerów, przyjaciół, znajomych zasięg osób odczuwających brzemień piętna z tyt. znajomości, funkcjonowania z osobą dozorowaną może znacznie się zwiększać.

W literaturze światowej problem stygmatyzacji osób dozorowanych traktowany jest marginalnie. Toteż, praca ta wynika z potrzeby wypełnienia luki informacyjnej dla osób, które współpracują z osobami dozorowanymi.

W odniesieniu do zjawiska stygmatyzacji, warto w tym miejscu zwrócić uwagę na bogactwo słów, znaczeń, definicji, teorii nt. stygmatyzacji, przez co termin ten stał się niejednoznaczny, niejako rozmyty. Pomimo tego nie stracił na swojej wadze, istocie, sile. Problem stygmatyzacji był i jest podejmowany, analizowany przez przedstawicieli różnych środowisk naukowych, co daje bardzo szerokie rozpoznanie tematu. Z jednej strony, interdyscyplinarne spojrzenie na to zagadnienie jest wartością dodaną - samą w sobie, z drugiej zaś strony może być czynnikiem zakłócającym jego analizę, interpretację.

W pracy zjawisko stygmatyzacji omawiane jest pod kątem osób dozorowanych. W sposób celowy zostały pominięte patomechanizmy bądź teorie społeczne powstawania zjawiska stygmatyzacji. Autorzy, w sposób ogólny wskazują na wybrane przez nich teorie dotyczące piętnowania podopiecznych kuratorów sądowych. Autorzy, w głównej mierze opierają się na własnych doświadczeniach, jakie nabyli pracując z osobami objętymi dozorem kuratora sądowego. Tym samym, można jedynie mieć na uwadze rolę autorów jako obserwatorów uczestniczących w obserwacji tego zjawiska. Natenczas analiza zjawiska nie jest ujęta w udokumentowany reżim metodologii badań jakościowych, czy też ilościowych.

Istota zagadnienia

Mając na uwadze, iż zagadnienia związane z karną kuratelą sądową pomimo, iż doczekały się licznych opracowań naukowych nie są powszechnie znane, dla zrozumienia tematu, w bieżącym podpunkcie autorzy w sposób lakoniczny odnieśli się do istoty prawnej funkcjonowania przedstawicieli tej profesji, czyli kuratorów sądowych. Mianowicie, profil prawny tej grupy zawodowej został uregulowany m.in. w ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych (ustawa o kuratorach sądowych –*u.k.s.*, Dz.U. 2001 Nr 98 poz.1071) [3], ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - kodeks karny (ustawa, kodeks karny – *k.k.*, Dz.U. z 1997 r. Nr 88 poz. 553, z późn. zm.)[4], ustawie - prawo o ustroju sądów powszechnych (*p.u.s.p.* - art. 147 ust. 2. pkt. i art. 154), kodeksie karnym wykonawczym (*k.k.w.*)[5], a także w kodeksie postępowania karnego (*k.p.k.*)[6], kodeksie wykroczeń (*k.w.*)[7]. Ponadto, wykonywanie obowiązków przez kuratora w sprawach karnych regulują liczne rozporządzenia.

Praca kuratora sądowego ds. karnych, w głównej mierze skupia się na realizacji funkcji wychowawczo-resocjalizacyjnej, diagnostycznej, profilaktycznej i kontrolnej, zw. z wykonywaniem orzeczeń sądu (zgodnie z art. 1 u.k.s.) wobec podopiecznych (osób pełnoletnich) tzw. dozorowanych [1] w warunkach wolnościowych. Tym samym, do grona osób dozorowanych należą ci: warunkowo, przedterminowo zwolnieni z odbywania pozostałej kary pozbawienia wolności; którym orzeczono karę pozbawienia wolności, a którą sąd warunkowo zawiesił; wobec których warunkowo umorzono postępowanie. Oznacza to, iż sądowy kurator ds. karnych - zawodowy oraz społeczny, podejmuje działania wobec podopiecznego w miejscu jego przebywania, zamieszkania. Kurator wykonuje swoje czynności wobec podopiecznego, który jest w tak zwanym okresie probacji (*ang. probare, okres próby*). Innymi słowy, jest to czas w którym sprawca dokonanego czynu przestępczego w warunkach wolnościowych ma możliwość odbyć karę, przebywając pod dozorem wyspecjalizowanego organu władzy publicznej, zwanego kuratorem sądowym [8]. Oznacza to, iż zarówno dozorowany, jak i jego otoczenie (rodzina, domownicy) stanowi terytorium działań kuratora.

Natomiast, aby zrozumieć znaczenie słowa stygmatyzacja należy się odnieść do dorobku mędrców.

W łacińskiej nomenklaturze podkreślony został negatywny wydźwięk tego słowa. Mianowicie, wyraz piętno tożsame jest takim jak etykieta, znamię, plama, nagana, odraza, odcisk, wtargnięcie.

Słowo *piętno*, utożsamiane jest z takimi łacińskimi odniesieniami jak: *Cauter, cauteris* (co oznacza żelazo do piętnowania, wypalania znaku), *Cauterium, cauterii* – (piętno/piętnowanie, wypalanie znaku), *Cauteroma, cauteromatis* (piętno, stygmat, ślad powstały w wyniku przyłożenia żelaza) [9].

W polskiej nomenklaturze, słowo *stigma* jest synonimem słowa stygmatyzacja, które jest odniesieniem do wyrazu *stigantization*. Stygmatyzacja, nie jest jedynie terminem naukowym do określenia pewnych społecznych i psychologicznych procesów. Jest terminem, który niesie ze sobą konglomerat destrukcyjnych skutkom bio-psycho-społecznym dla jednostki.

Poznanie i przeanalizowanie podjętego zagadnienia nie było by możliwe, bez odniesienia się do pracy Erving'a Goffman'a *Piętno, rozważania o zranionej tożsamości*, z 1963 r.. Książka ta, o tytule oryginału: STIGMA, została przetłumaczona na kilka języków. Pomimo iż została napisana ponad pół wieku temu, nie utraciła na aktualności. Opracowanie

to doczekało się również polskiego przekładu i wydania w 2005r. W ujęciu E. Goffman'a słowo stigma, jest tożsama polskiemu wyrazowi piętno i należy rozpatrywać je w kontekście szczególnego rodzaju relacji pomiędzy atrybutem a stereotypem [1]. Mając na uwadze słowo atrybut autorzy odnoszą się do niego, w kontekście cechy, czyli jako coś co z jednej strony wyróżnia jednostkę spośród innych, jak również wyróżnia grupę spośród szerszej społeczności. W tym kontekście, cecha ma charakter wyróżniający (jednostkę spośród tłumu, tzw. cecha wyróżniająca), jak również jest czymś co wyróżnia grupę i scala ją wewnętrznie (na zasadzie podobieństwa cech)[9]. W tym kontekście pejoratywność słowa stigma nie jest aż tak bardzo widoczna. Natomiast, bliskoznacznym terminem piętna jest wyraz stereotyp, który rozpatrujemy w kontekście klarownie pejoratywnym czyli tzw. stereotyp negatywny. Niemniej pomiędzy tymi słowami istnieje znaczna różnica. Piętno odnosi się do cechy, znamienia, które naznaczają nosiciela jako kogoś ułomnego - w kontekście kogoś, kto może być traktowany gorzej niż tzw. normalni. Natomiast stereotyp traktuje się w kontekście skutku ogólniejszego procesu błędnego myślenia, lub nadmiernej generalizacji - rozmijania się z rzeczywistością, racjonalizacji uprzedzeń. To właśnie stereotypy dostarczają spostrzegającemu informacji nt. funkcjonowania jednostki, zachowań społecznych [10]. Niejednokrotnie napiętnowanie może pojawić się pod nieobecność podzielanych wspólnie (przez daną społeczność) stereotypów, natomiast zdecydowanie częściej proces piętnowania jest w nierozzerwalnej relacji ze stereotypami.

We wstępie do polskiego przekładu książki E. Goffmana czytelnik zderza się z słowami dotyczącymi procesu stygmatyzacji, która jest przedmiotowym zagadnieniem książki, *mianowicie (...) z założenia nie wierzymy, że osoba napiętnowana jest w pełni człowiekiem. Opierając się na takim założeniu, stosujemy wobec niej różne formy dyskryminacji, przez co skutecznie - nawet jeśli często nieświadomie - zmniejszamy jej życiowe szanse. (...) Podczas, gdy jednostka oczekuje należnego szacunku i uznania, które według jej uznania, które według jej założeń po prostu się należą ze względu na niekwestionowane aspekty jej społecznej tożsamości, „(...) otoczenie odmawia jej zarówno pierwszego, jak i drugiego. W rezultacie jednostka zaczyna odnajdować w sobie takie cechy, które mogłyby tę odmowę uzasadnić. Zaczyna kwestionować także te atrybuty, które wcześniej uważała za niewątpliwe [1].*

Proces stygmatyzacji ma dwa kluczowe etapy: pierwszy, polega na konstruowaniu więzienia przez osobę napiętnowaną, natomiast drugi - to zinternalizowanie, przyswajanie, chłonięcie społecznych myśli i przenoszenie ich do własnego wnętrza. Tym samym osoba

napiętnowana jest w trakcie procesu tworzenia obrazu nienawiści wobec własnej jednostki oraz autodestrukcji. Psychologowie społeczni są zgodni, iż skutki piętna dotyczą sfery psychologicznej, społecznej a nie fizycznej. Skutki te obejmują zarówno reakcje piętnujących, jak i tych poddanych stygmatyzacji [10].

Reasumując, podejmując analizując zjawiska stygmatyzacji, a w tym nietolerancji, braku akceptacji wobec osób, czy też grup marginalizowanych, wykluczonych społecznie, na pierwszy plan wyłaniają się wspólne wątki tj. uprzedzenie - rozumiane jako postawa, dyskryminacja - podejmowanej w kontekście typu zachowania, jak również stereotyp - dotyczący zestawu przekonań.

W kontekście podjętego przez autorów tematu, piętnem dla osoby dozorowanej jest sytuacja dokonania przez niego czynu przestępczego i bycia skazanym przez sąd. W przypadku tych, którzy doświadczyli kary więzienia stygmatem jest cela, mury Zakładu Karnego (ZK). W przypadku niektórych z dozorowanych sama obecność kuratora sądowego jest dla nich hańbą, piętnem.

Konsekwencje zdrowotne dla osoby napiętnowanej są wielowymiarowe. Oczywistym jest fakt, iż osoba stygmatyzowana w jakimś stopniu izoluje się od społeczeństwa/ bądź jest izolowana przez społeczeństwo. Jest to mechanizm obronny jednostki/ społeczeństwa. Takie zachowanie najczęściej prowadzi do: stanów lękowych, depresji, poczucia niebezpieczeństwa i zagrożenia, poczucia stania się niepotrzebnym (pomniejszanie wartości własnej osoby), jak również dezorientacji dotyczącej wartości społecznych [11].

Osoby napiętnowane pragną odzyskać poczucie, iż są traktowani na równi z innymi osobami a nie jak „podrzędne jednostki”, osoby „gorszego gatunku”. Osoby dozorowane pragną odzyskać zaufanie społeczne. Jedną z osób, która może (powinna) wspomóc proces readaptacji społecznej jest kurator sądowy. Niemniej, na pierwszy plan wysuwa się społeczność lokalna, czy osoby bliskie.

W jednym z artykułów naukowych, zostaje zwrócona uwaga, iż żywe poczucie piętna może być silnym predykatorem prawidłowego zachowania, w przypadku osób obciążonych uzależnieniami. W ich opinii: *Pewnego rodzaju zgoda na piętno jest istotna nie tylko w momencie podejmowania decyzji o leczeniu. Według naszych respondentów zbudowanie nowego „ja” bez zawarcia w nim jakiegokolwiek wspomnienia o „kompromitującej skłonności” może być zgubne. Pamięć złych chwil, żywotność obrazu siebie obciążonego piętnem, chroni – ich zdaniem – osoby żyjące w trzeźwości przed pokusą ponownego wzięcia narkotyków*[12].

Faktem jest, iż badanie dotyczyło niewielkiej grupy osób tj. 15 osób, dlatego w żaden sposób nie można generalizować wyników badań. Niemniej kontrowersyjność wniosków polega na łamaniu wypracowanych teorii dotyczących konsekwencji dla jednostki z tytułu posiadania piętna. Z pewnością myśl ta wymaga refleksji.

Stygmatyzacja dozorowanych - prawda, czy mit?

Psychika ludzka bazując na podstawie wybiórczych obrazów, przypadkowych doświadczeń ma tendencje mimowolnego generalizowania. Tym samym spotkanie z kilkoma osobami, które mają wyrok sądowy i dozór kuratora, jak również poznanie kilku relacji dotyczących nieprawidłowych zdarzeń z udziałem dozorowanych, bądź też styczność z negatywnymi obrazami tych osób rozpoczyna proces generalizowania. W tym znaczeniu, wszystkie osoby dozorowane wpisuje się do jednej grupy. Taka sytuacja jest potwierdzeniem opinii badaczy tematu, którzy twierdzą, iż stereotypy powstają, jak również utrzymują się jeżeli(...) *piętno jest związane z przynależnością do dającej się zdefiniować grupy* [10].

Tym, co dotyka ok. 99 % dozorowanych, z którymi współpracowali autorzy, to proces społecznego generalizowania, tym samym przypisywania cech dozorowanym, i ich rodzinom, które ich nie dotyczą, co może skutkować nabyciem piętna. Autorzy podjęli próbę pogrupowania rodzajów piętna o których podopieczni mówili, bądź sygnalizowali, w trakcie spotkań. I tak, w opinii podopiecznych, do najczęstszych rodzajów piętna należą:

Piętno z tyt. poczucia bycia wykluczonym ze społeczeństwa

W opinii podopiecznych, postrzegani są oni jako odpad postępu, osoby niepotrzebne, zagrażające - których należy się pozbyć. Słowa te mają również swoje naukowe potwierdzenie w pracy N. Cywińskiego: *”Wykluczenie oznacza przecież bycie odpadem postępu; choć można się zastanawiać, czy rzeczywiście jest jego produktem ubocznym, czy raczej tym podstawowym [...]: jego ukrytą, lecz naprawdę główną funkcją”* [13].

W publikacji Łukasza Kwadransa zamieszczonej na łamach czasopisma *Probacja*, która dotyczy pracy kuratora sądowego w środowisku odmiennym kulturowo jest zamieszczona myśl, iż spirala marginalizacji i nietolerancji jest skutkiem upatrywania przez społeczeństwo braku miejsca dla osób wykluczonych [14].

Myśl ta nie jest innowacyjna - niemniej jest znacząca, ponieważ dotyczy grupy, do której niewielu badaczy ma dostęp. Myśl ta jest również zbieżna z doświadczeniami autorów.

Piętno złej osoby

Zważywszy na odbycie kary pozbawienia wolności w Zakładzie Karnym, kary ograniczenia wolności i bycia objętym dozorem kuratora sądowego.

W piśmiennictwie polskim, jak również światowym jest obecny stereotyp więźnia, który po opuszczeniu Zakładu Karnego (ZK) i tak dokona przestępstwa. W tym kontekście przestępca postrzegany jest przez pryzmat *stereotypu dewiacji* [11] a ZK postrzegany jest jako „sanatorium” [11] w którym proces resocjalizacyjny nie występuje, natomiast mury więzienne są niczym murami azylu i jedynie stwarzają możliwość doskonalenia umiejętności przestępczych. Te stereotypy w sposób wielowymiarowy mają wpływ na kształtowanie rzeczywistości osoby, która opuściła ZK. Wydaje się, iż ten ostracyzm społeczności, w której istnieje stereotyp więźnia jest dobrze znany osobom napiętnowanym. Świadczą o tym słowa jednego z byłych więźniów: *”Mój wyrok to dożywocie, bez krat i murów, ale z ludzką krytyką i nietolerancją”* [11].

Ta stygmatyzacja jest również podtrzymywana przez mass-media. Oczywiście zdarzają się programy w TV, radio, doniesienia w gazetach, w których *przestępca przyjmuje twarz człowieka cierpiącego i potrzebującego pomocy*. Natomiast znacznie częściej, człowieka, który dokonał czynu przestępczego media przedstawiają dość negatywnie, przez pryzmat przestępcy [11].

Jednym z emitowanych programów w 2016 r. (TVP, Reporter Polski, emitowany dnia:22.02.2016 r., godz. 16.00- 16.30), podjęto zagadnienia dotyczące uwięzionych kobiet w Polsce. Jak wynika z relacji kobiet umieszczonych w Zakładzie Karnym, poczucie bycia złym człowiekiem jest bolesne. Świadomość, że przez społeczeństwo (w tym przez rodzinę) jest się odbieranym, jako *zły człowiek* przysparza cierpienie psychicznych i uniemożliwia normalne funkcjonowanie. W relacji Marleny i Anny, które zostały umieszczone w Zakładzie Karnym, poczucie udowodnienia bliskim i społeczeństwu, że się jest wartościowym, dobrym człowiekiem, (...) *że jest warto zaufać osobie skazanej* spędza sen z powiek.

Poddając analizie rozmowy z dozorowanymi, z którymi autorzy badania, jako kuratorzy mieli do czynienia w środowisku pracy, okazuje się, iż słowa w/w Marleny i Anny są zbieżne z myślami znacznej grupy osób oddanych dozorowi a które egzemplifikują słowa A. Bałodynowicza zawarte w książce *Probacyjna sprawiedliwość karząca*. W opinii znawcy tematu, dozorowany (...) *nie może porozmawiać z przyjaciółmi lub sąsiadami ze strachu przed negatywnym naznaczeniem, z rodziną zaś z obawy przed zniszczeniem stosunków, które są dla niego często najważniejsze. W obydwu sytuacjach musiałby stawić czoło*

konsekwencjom swojej szczerości – konsekwencjom, które mogą obejmować dużą część jego życiowej przestrzeni [15]. Jedną z dotkliwych konsekwencji ilustruje przykład fragmentu listu młodej dziewczyny, która dotkliwie odczuwa, fakt iż ojciec znajduje się w ZK a który zawarł E. Goffman w swojej książce.

Droga Anna Landers, (...) Jestem dwunastoletnią dziewczyną, która jest wykluczona ze wszystkich wspólnych zajęć z rówieśnikami, ponieważ mój tata jest byłym więźniem.

(...). WYRZUTEK [1]

Kolejny przykład, który nasuwa się autorom na myśl, związany jest z ich doświadczeniem, z pracy z dziećmi, które w wyniku sytuacji zagrożenia zdrowia i życia zostały umieszczone w rodzinie zastępczej o charakterze pogotowia opiekuńczego, z którym autor ma stały kontakt. Do rodziny tej niejednokrotnie trafiały dzieci, których rodzice/bądź rodzic byli umieszczeni w Zakładzie Karnym. U większości tych dzieci rodziny się rozpadły. Członkowie rodzin w sposób celowy minimalizowali/zaprzestawali kontaktów z osobą karaną. Dość często, członkowie rodzin zmieniali miejsca pobytu, by odciąć się od ostracyzmu społecznego.

Natomiast jeśli chodzi o osoby objęte dozorem, niejednokrotnie wysuwali swe prośby wobec autorów by nikt ze społeczności, środowiska ich zamieszkania nie dowiedział się o ich sytuacji karnej, z obawy przed wykluczeniem ich oraz rodzin.

Piętno dewiacyjnej roli społecznej

W pracy kuratora społecznego do spraw karnych najczęściej spotyka się osoby, którzy mają balast obciążeń związanych z wzrastaniem w środowisku, w którym granica wielowymiarowej dysfunkcji rodziny a patologii uległa zatarciu. Implikacją tychże obciążeń są liczne zaburzenia bio-psycho-społeczne. Wielokrotnie dozorowani, z tyt. zaburzeń wieku dziecięcego i młodzieńczego, jak również dorosłego byli pacjentami szpitali psychiatrycznych celem leczenia i terapii zaburzeń lękowych i emocjonalnych (depresja, nerwice, znaczne obniżenie nastroju, próby samobójcze, agresja), problemów zw. z nadużywaniem środków psychoaktywnych, uzależniających.

W sytuacji, gdy kurator dowiaduje się, iż dozorowany był pacjentem takiego szpitala, zazwyczaj staje się bardziej wyczulonym i wrażliwym obserwatorem zachowań podopiecznego. W takiej sytuacji, dotychczas *dozorowany staje się osoba niezwykłą*. Zachowanie dozorowanego, może podlegać nadinterpretacji obserwatorów i tym samym dozorowany *(...)jeżeli wykonuje coś z finezją i pewnością siebie, budzi ten sam*

rodzaj zdziwienia, który wzbudza magik wyjmujący króliki z kapeluszy[1]. Natomiast, w sytuacji gdy dozorowany odnosi drobne niepowodzenia, lub też zachowa się niepoprawnie (bez naruszenia norm prawnych) taka sytuacja w odczuciu urzędników, może zostać zinterpretowana jako obraz deficytów rozwojowych, czy też aparatu psychicznego dozorowanego.

Goffman, w swoim opracowaniu zwraca uwagę, iż osoba z piętnem niejednokrotnie odczuwa, iż *nie podlega zwykłemu schematowi interpretacji codziennych zdarzeń*. [1]. Oznacza to, iż działania osoby z piętnem spotykają się z nieadekwatnymi reakcjami normalsów, tj. drobne osiągnięcia mogą zostać uznane za nadzwyczajne zdolności, zaś czynności nieprawidłowe mogą zostać zinterpretowane jako skrajnie złe itd. Reasumując, interpretowanie zachowań dozorowanego przez pryzmat jego przeszłości psychiatrycznej jest wyrazem wrażliwości i troski urzędnika, lecz w sposób niezwykle prosty i bolesny może stać się sposobem piętnowania, bądź odczuwania bycia piętnowanym przez dozorowanego.

Należy wspomnieć, iż z reguły stygmaty utrudniają proces adaptacji osoby napiętnowanej. Natomiast, stygmatyzowanie osoby dozorowanej przez środowisko społeczne, bądź też urzędników, pracodawców może znacznie utrudnić ich proces resocjalizacji, readaptacji [11].

Piętno nieudacznika społecznego (w tym piętno z tyt. bycia bezrobotnym, biednym jak również z tyt. uzależnienia, bądź odbycia leczenia w szpitalu psychiatrycznym).

Zgodnie z założeniami psychologów społecznych, u podstaw mechanizmu piętnowania leży sytuacja upatrywania winy ofiary w jej obecnej sytuacji np. choroba AIDS, jako skutek transfuzji zainfekowanej wirusem, stosowaniem zainfekowanych ostrych narzędzi, rozwiązłością seksualną. Ta myśl została wielokrotnie podejmowana i analizowana przez badaczy ludzkiego zachowania, w tym w 1969 r. przez zespół naukowców, któremu przewodniczył Pilivian. Podążając za tą myślą, można wysunąć hipotezę, iż dozorowani są napiętnowani społecznie, ponieważ z wyłącznie własnej winy znaleźli się w takiej sytuacji.

Odnosząc tą teorię do niniejszej pracy, oznacza to, iż osoba, której została przypisana wina za stan w którym się znalazła np. związana z rodzajem kary otrzymanej przez Sąd, doświadczanie ubóstwa, chorób np. uzależnienie, agresywność, choroby typu HCV/HIVE itp. nie mogą liczyć na pomoc społeczeństwa celem wyjścia/ polepszenia danej sytuacji. Oczywiście, są osoby, które pomagają drugiemu człowiekowi pomimo wszystkich przeciwności, niemniej obawiam się, iż należy ich traktować w kategoriach *Dobrego Samarytanina*. Niniejsza teoria dotycząca stygmatyzacji, ze względu na dokonane czyny jest

bliska stwierdzeniu, iż *każdy jest kowalem własnego losu*, co w tym zakresie oznacza, iż jakakolwiek sytuacja ma miejsce wyłącznie z naszej winy.

Nie jest również tajemnicą, iż słuszność/wymierność kary upatrywana jest przez pryzmat winy. Takie błędne rozumowanie jest wysycone negatywnymi stereotypami, uprzedzeniami, napiętnowaniem. W tym kontekście, osoba która przebywała w Zakładzie Karnym, areszcie śledczym chociażby ma znacznie utrudnioną możliwość znalezienia satysfakcjonującej pracy. Analizując doświadczenia płynące z pracy z osobami dozorowanymi można wysunąć hipotezę, iż znaczna ilość pracodawców z obawą podchodzi do człowieka, jako ewentualnego pracownika, u którego w historii życia jest zapisany dozór kuratora sądowego, tym bardziej kara pozbawienia wolności.

W opinii E. Goffmana społeczne konstruowanie piętna odnosi się do dwóch etapów rozpoznanie różnicy opartej na pewnych wyróżniających się cechach lub znakach rozpoznawczych oraz związaną z tym dewaluacją osoby, która je nosi. [1]. W jego opinii istnieją trzy rodzaje piętna i odnoszą się do: brzydoty cielesnej tj. deformacji fizycznych; wad charakteru przypisywanych słabej woli tj. zaburzenia psychiczne, uzależnienia, brak zatrudnienia; grupowemu piętnowaniu inności, rasy - w tym religijności.

W autorskim spojrzeniu Goffman'owskie rodzaje piętna pokazują, iż grupą szczególnie narażoną na piętnowanie są osoby objęte dozorem kuratora sądowego.

Podsumowanie

Bezspornie stygmatyzacja jest zjawiskiem destrukcyjnym dla jednostki i społeczeństwa. Niemniej stale występuje. Jej zniwelowanie leży w sferze marzeń autorów pracy. Praca by ta jednak nie mogła zaistnieć, gdyby autorzy nie wierzyli w sens edukacji, podejmowaniu działań dotyczących przeciwdziałaniu formom stygmatyzacji, piętnowania.

Praca ta ma za zadanie uwrażliwić odbiorców na potrzeby osoby w dozorse, w tym przede wszystkim na trudności, zaburzenia emocjonalne i duchowe będące konsekwencją stygmatyzacji tej grupy. Praca ta jedynie sygnalizuje problem a nie jest jego wyczerpującym omówieniem.

Piśmiennictwo

1. Goffman E., STIGMA: Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2003.
2. Pikor B., Antczak S.: Piętno pobytu w zakładzie karnym, 136–140, http://www.wszia.edu.pl/images/old/prace_kol_zeszyt4/17.pdf, data pobrania: 3.04.2017.
3. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych [Internet]: Internetowy System Aktów Prawnych Adres:<http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20010981071>, data pobrania: 3.04.2017.
4. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553; zm.). W: Prawo Karne - zbiór przepisów. Stan prawny: 1 lipiec 2016. Wolters Kluwer SA. Warszawa, 2016, 23–228
5. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 1997r. Nr 90, poz. 557; zm.). W: Prawo Karne - zbiór przepisów. Stan prawny: 1 lipiec 2016. Wolters Kluwer SA. Warszawa 2016, ss. 595–800;
6. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 1997r. Nr 89, poz. 555; zm.). W: Prawo Karne - zbiór przepisów. Stan prawny: 1 lipiec 2016. Wolters Kluwer SA, Warszawa, 2016, 229–594.
7. Ustawa z dnia 20 maja 1971r. Kodeks wykroczeń (Dz.U. z 2015r., poz. 1094; zm.). W: Prawo Karne - zbiór przepisów. Stan prawny: 1 lipiec 2016. Wolters Kluwer SA, Warszawa, 2016, 801–859.
8. Rokosz A.: Rola zawodowego kuratora sądowego dla dorosłych w systemie probacji. *Nauczyciel i Szkoła* 2003; 1-2 (18-19): 154-167;
9. *Lingua Latina Omnibus*, <http://lacina.info.pl/index.php?dzial=sloowniczek&opcja=sloownik>, data pobrania: 4.04.2017.
10. Biernat M., Dovidio J. N., Piętno i stereotypy [w:] *Społeczna psychologia piętna*, Heatherton T. F., Kleck R. E., Hebl M.R., Hull J. G, (red.) Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2008, 74-125.
11. Olszewska E.: Stygmat przestępcy jako czynnik utrudniający readaptację społeczną byłych skazanych. *Pol. Resocjal.*, 2012, 3, 173–186
12. Bielińska M., Lisiecka A., Radiukiewicz A.: rola piętna w procesie wychodzenia z nałogu, *Serwis Inf. Narkom.*, 2013, 2, 62, 30–34.
13. Kret D., Cywiński A.: Wykluczenie kredytowe podopiecznych kuratora sądowego. [W:] *Probacja* 2014, vol. 4, Ministerstwo Sprawiedliwości, 59.

14. Kwadrans Ł.: Praca kuratora sądowego w środowisku odmiennym kulturowo. Probacja 2013, 1, Wyd. Ministerstwo Sprawiedliwości
15. Baładynowicz A., Probacyjna Sprawiedliwość Karząca, Wolters Kluwer, Warszawa, 2015
16. Konopczyński M.: Pedagogika resocjalizacyjna - w stronę działań kierujących. Kraków 2014, Wyd. Impuls

Współczesna medycyna a życie społeczne pacjenta - brakujący element w drabinie terapeutycznej

Cebulski Kamil¹, Gajos Piotr¹, Kuczyńska Martyna¹, Wala Kamila¹, Jaszczak Jakub¹,
Dorna Krzysztof³, Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Gnus Jan^{1,2}

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu
3. Papieski Wydział Teologiczny ul Katedralna 9 50-328 Wrocław

Wstęp

Nikogo nie trzeba przekonywać, że w ostatnich dziesięcioleciach medycyna poczyniła ogromny krok w przód i diametralnie zmieniła swoje oblicze. Ilość obowiązków nałożona na pracowników ochrony zdrowia rośnie lawinowo od lat. Kształcenie nowych kadr opiera się na maksymie „medycyna oparta na faktach”. Wszystkie te elementy prowadzą do profesjonalizacji podejścia do chorych. Medycyna potrafi leczyć choroby, które jeszcze kilkanaście lat temu prowadziły nieuchronnie do śmierci. Niestety, wszystko to doprowadza również do coraz większego uprzedmiotowienia pacjenta. Według definicji skonstruowanej przez WHO (Światowa Organizacja Zdrowia), zdrowie jest to stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko całkowity brak choroby czy niepełnosprawności. Ostatnimi czasy, coraz częściej zarzuca się współczesnej medycynie koncentrację na wyleczeniu choroby, z coraz większym pominięciem pozostałych czynników, w szczególności aspektu życia społecznego chorych. Czy faktycznie jest to aż tak poważny problem? W jaki sposób współczesna nauka próbuje sobie z tym poradzić?

Czym jest życie społeczne

Aby móc w pełni zgłębić problem, należy najpierw zastanowić się nad samym pojęciem życia społecznego. Jest ono bardzo szerokie i z każdego punktu widzenia obejmuje inne elementy. Stanowi nierozzerwalny element naszej egzystencji. W końcu inni ludzie są w naszym życiu od samego początku, aż do jego końca. W najprostszej interpretacji, życie społeczne można określić, jako „całość relacji i stosunków, które łączą danego człowieka ze

społeczeństwem w danym miejscu i określonym czasie”. W związku z tym należy za nie uważać relacje, które łączą nas z innymi ludźmi, oraz wszystkie nasze umiejętności, pozwalające nam na funkcjonowanie w grupie społecznej. W bardziej szczegółowym aspekcie na życie społeczne składają się wszystkie role, które podejmujemy w społeczeństwie [1].

Relacja życie społeczne - zdrowie

Każdy człowiek składa się z wielu elementów, które nierozzerwalnie budują w pełni funkcjonalną osobę i wzajemnie na siebie wpływają. Nie inaczej jest z relacją pomiędzy stanem zdrowia w aspekcie fizycznym oraz psychicznym a podejmowaną aktywnością społeczną. Ze względu na ogrom powiązań w tym układzie, bada je specjalnie stworzona do tego nauka, nazywana socjologią medycyny.

Według J. Szczepańskiego są to badania nad społecznymi warunkami powodującymi choroby i mającymi wpływ na przebieg leczenia [1]. Ich celem jest wskazanie, w jaki sposób stosunki międzyludzkie, warunki życia, pracy, ekonomiczne i funkcjonowanie społeczne wpływają na powstawanie i przebieg chorób, jak również na ich leczenie. Warto zaznaczyć, że wiedza stąd płynąca jest bardzo istotna z punktu widzenia pracowników ochrony zdrowia – gdyż dobrze wykorzystana znacząco podnosi skuteczność leczenia.

Życie społeczne pacjenta a codzienna praktyka medyczna

Szybko nasilająca się profesjonalizacja medycyny doprowadziła do ogromnego wzrostu ilości dokumentacji, którą służby medyczne muszą wypełniać. Jednocześnie presja związana z notorycznym brakiem czasu skutkuje stanem, w którym dla chorego ma się go bardzo mało. Część formalną zawsze trzeba wypełnić, gdyż niedopełnienie tego obowiązku wiąże się z konsekwencjami prawnymi. Z czegoś trzeba jednak zrezygnować, aby utrzymać tempo pracy. Najczęściej traci na tym relacja z pacjentem. Skutki takiego stanu rzeczy są jednoznaczne. Pojawienie się dolegliwości i konieczność przyjęcia roli pacjenta jest zwykle bardzo trudna, dla niektórych wręcz traumatyczna. Wiąże się ze zmianą funkcjonowania w społeczeństwie, w tym z ograniczeniami w odgrywaniu wszystkich przyjętych ról społecznych [2,3]. Towarzyszące temu poczucie utraty kontroli nad własnym życiem i ograniczenie autonomii, dodatkowo pogarsza sytuację chorego. Stąd potrzeba wsparcia z zewnątrz jest bardzo duża. Lekarz ma tutaj do odegrania ogromną rolę, której często nie jest

w stanie podołać. Doskonałym odzwierciedleniem tej sytuacji jest onkologia. W standardowym procesie leczenia nie ma miejsca na wykrywanie problemów społecznych, jakie pojawiają się u pacjentów. Bez ich zidentyfikowania, zespół opiekujący się chorym jest z góry skazany na przegraną. W końcu, jak wyleczyć coś, czego nie zauważamy. W literaturze anglosaskiej istnieją badania [4,5,6] wskazujące na problemy pacjentów poddawanych leczeniu onkologicznemu. Wynika z nich, że największą trudność dla chorego stanowi utrzymanie relacji interpersonalnych i komunikacja ze społeczeństwem. Prowadzi to do utraty kontaktu z otoczeniem i coraz większej izolacji. Podjęto próby ustalenia etiologii tego zjawiska. W jednej z prac [3] ukazano, że jest to związane z pewnego rodzaju stygmatyzacją tych osób przez społeczeństwo. Dla przykładu, przez lata uważano (zgodnie z ujęciem piętna według Goffmana [7]), że kobiety z rakiem piersi były postrzegane i traktowane jako mocno różniące się od swoich rówieśniczek. W społeczeństwie utarło się przekonanie, że nowotwór złośliwy to wyrok śmierci. Wskutek tego, postawienie takiego rozpoznania dotychczas “zdrowej” osobie niszczy jej cały świat. Leczenie jest zwykle bardzo czasochłonne i obarczone licznymi powikłaniami. Praktycznie każdy aspekt życia pacjenta onkologicznego musi zostać przemodelowany i podporządkowany nowej sytuacji. W ten sposób choroba odciska na nich swój ślad. Chorzy skupiając się na “piętnie” nałożonym przez nowotwór samoczynnie wycofują się z utrzymywanych relacji. Zaczynają zmieniać swoje zachowanie i przyzwyczajenia. Zmiany te często są trudne do zaakceptowania przez otoczenie. Osoby zdrowe powoli terminują z takimi jednostkami kontakt. Nie będąc w stanie pomóc, jednocześnie same internalizują emocje i sytuację, w jakiej postawiony jest chory. Nie potrafiąc sobie poradzić z ogromem negatywnych emocji, automatycznie starają się ich unikać. A najłatwiej to uczynić poprzez izolowanie się od ich źródła, czyli osoby chorej.

Śmierć społeczna osób starszych

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego [8], społeczeństwo polskie starzeje się - w latach 1989-2014 liczba osób w starszym wieku wzrosła o ponad 2,9 miliona. Wzrost ten był najbardziej zauważalny dla populacji w wieku 60-64 lata – grupa ta powiększyła się o milion osób.

Światowa Organizacja Zdrowia uznaje za początek starości wiek 60 lat. Wyróżnia trzy okresy starości:

1. 60 – 75 r.ż. - starość wczesna
2. 75 – 90 r.ż. - starość późna

3. <90 r.ż. - długowieczność

Osoby starsze mogą być wykluczone z życia społecznego, bardzo często ze względu na zły stan zdrowia, zmniejszenie zdolności poznawczych, brak przystosowania do bardzo szybko zmieniającego się otoczenia oraz idącymi za tym zmianami mentalnymi i obyczajowymi [9,10]. Nie wszystkie osoby starsze zaadaptowały się do rozwoju technologii. Brak umiejętności posługiwania się nowoczesnym sprzętem może być odczuwany jako krępujący, wstydlivy wobec osób młodszych. Dobrym przykładem może być tutaj wyraźna różnica pokoleniowa pomiędzy dziadkami i ich wnuczętami. Osoby starsze przez trudność w korzystaniu z nowinek technicznych są w oczach wnucząt niedołążne, mało interesujące, a kontakt z dziadkami odczuwany jest przez nich jedynie jako przykry obowiązek, coś co po prostu wypada zrobić z szacunku lub polecenia rodziców.

Zmiany biologiczne zachodzące wraz z wiekiem w organizmie również mogą być przyczyną śmierci społecznej. U osób w podeszłym wieku mówi się o zespole kruchości [11], na który składają się:

- utrata masy ciała,
- uczucie zmęczenia,
- osłabienie,
- wolne poruszanie się,
- niski poziom aktywności fizycznej.

Zespół ten nie jest konkretną chorobą, jest raczej sumą zmian zachodzących w organizmie pod wpływem przemijającego czasu, przyjmowanych leków oraz czynników środowiskowych. Tłumaczy to fakt, że osoby starsze mają utrudniony kontakt ze znajomymi czy bliskimi, ze względu na swój stan zdrowia.

Na przykład - wejście po schodach może być wyzwaniem dla pacjenta z chorobami serca oraz płuc. Telefon do bliskiego może okazać się krępujący, gdy osoba starsza nie jest w stanie usłyszeć drugiej osoby, ze względu na trudności ze słuchem. Napisanie listu również może być wyzwaniem dla osoby z gorszym wzrokiem, co jest częste u starszych osób.

Przyczyny samotności mogą być różne:

- losowe – śmierć współmałżonka, rówieśników,
- ekonomiczne – przeprowadzka dzieci do miasta z lepiej płatną pracą,
- kulturowe – brak poszanowania osób starszych i doświadczonych przez młodsze pokolenia, w tym, tak ważne dla osób starszych, wnuki.

Demencja a śmierć społeczna

Demencja, inaczej zwana otępieniem, to spowodowane uszkodzeniem mózgu, znaczne obniżenie sprawności umysłowej. Jest to zawsze objaw niepokojący, który, wbrew powszechnemu przekonaniu nie jest jedną z manifestacji procesów starzenia się. Według Definicji Światowej Organizacji Zdrowia zespół otępienny to zespół objawów wywołany chorobą mózgu, zwykle przewlekłą lub o postępującym przebiegu, charakteryzujący się klinicznie licznymi zaburzeniami wyższych funkcji korowych, takich jak pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność do uczenia się, język i ocena. Ponadto zaburzeniom funkcji poznawczych często towarzyszą (lub nawet je poprzedzają) zaburzenia emocjonalne, zaburzenia zachowania i motywacji. Takiemu obrazowi mogą nie towarzyszyć zaburzenia świadomości [12]. Choroby te często prowadzą do różnego typu problemów w komunikacji z osobą dotkniętą tą grupą schorzeń. Chorzy, nawet nie zdając sobie sprawy ze swojego schorzenia, często zauważają, że kontakt z drugim człowiekiem nie przebiega już tak sprawnie jak kiedyś. Prowadzi to do osłabienia już wytworzonych relacji z innymi, jak i do problemów z nawiązywaniem nowych. Pojawia się wewnętrzny strach przed nawiązywaniem nowych kontaktów, gdyż sprawia to trudność i generuje negatywne emocje. W momencie, gdy objawy chorobowe nasilają się do znacznych rozmiarów (na przykład zaawansowana choroba Alzheimer), pacjentów może dotknąć problem śmierci społecznej. Jest to jeden z najważniejszych aspektów śmierci psychologicznej. Sudnow, w swojej pracy, uważa śmierć społeczną za jeden z rodzajów śmierci, obok klinicznej i biologicznej [13]. Osoba nią dotknięta nie nawiązuje relacji z otoczeniem. Środowisko traktuje ją jak rzecz, a czasem nawet jak zmarłego. W skrajnych przypadkach pacjent jest traktowany jak “żywe zwłoki”, mimo że pod kątem klinicznym i biologicznym nadal pozostaje żywy. Wszystkie podstawowe funkcje życiowe są w końcu zachowane, a centralny układ nerwowy funkcjonuje. Mimo to chory jest całkowicie odarty z człowieczeństwa i zupełnie nie jest utożsamiany z osobą, którą był przed chorobą. W uproszczeniu można stwierdzić, że ktoś jest społecznie martwy, kiedy nie posiada relacji z innymi ludźmi, a jednocześnie z tego powodu otoczenie taką osobę “uśmierca”. Jest to doskonale widoczne patrząc na sposób, w jaki rodzina opisuje chorego. Bardzo często pojawia się słowo “był”, mimo że osoba dalej żyje. Warto zaznaczyć, że zjawisko to może dotyczyć znacznie szerszej grupy schorzeń, w tym omawianej już wcześniej grupy chorób onkologicznych. W tym wypadku cały proces zaczyna się, gdy pacjent nie ma żadnych szans na wyleczenie i uzyskuje taką informację od swojego lekarza. Zmienia się podejście do chorego, który zaczyna być traktowany bardziej jak ciało, o które trzeba jak

najlepiej zadbać, aby maksymalnie opóźnić zgon i zachować jak największą jego sprawność. Opiekunowie skupiając się na fizycznym aspekcie istnienia, automatycznie pomijają potrzeby psychologiczne. A również ta część jest bardzo istotna. Wskutek tego pacjent przestaje czuć się potrzebny, przeżywa kryzys związany z brakiem poczucia sensu i nadziei. Nie mając nikogo, z kim może o tym porozmawiać, coraz bardziej wycofuje się z życia, zamykając się w sobie. Na końcu zrywa ostatnie relacje z otoczeniem. Jak zatem można zauważyć, śmiercią społeczną zagrożone są wszystkie osoby cierpiące na nieuleczalne, prowadzące do śmierci choroby.

Wpływ technologii na relację lekarz – pacjent

Powszechny dostęp do Internetu w sposób naturalny odcisnął się również na medycynie. Pacjenci często, zanim wybiorą się do lekarza, w pierwszym kroku zaczynają leczyć się na własną rękę [14,15,16]. Dostęp do komputera jest dla wielu osób wygodniejszy i szybszy, niż wizyta w gabinecie lekarskim. Oczywistym jest, że może mieć to dobre i złe skutki dla pacjenta. Niebezpieczna jest sytuacja, gdy człowiek zbagatelizuje błahę dla niego objawę, które w rzeczywistości są symptomami ciężkiej choroby. W momencie, kiedy pacjent zdecyduje udać się do lekarza, przed umówieniem się na wizytę, ma możliwość przejrzeć opinie, jakie panują o danym specjalście w sieci. Chory często posiada już swoją diagnozę oraz własny sposób na leczenie, a do placówki ochrony zdrowia udaje się głównie po receptę oraz skierowanie. W przypadku, gdy lekarz stwierdzi coś zupełnie innego, przekonanie pacjenta do postawionej diagnozy, zresztą popartej doświadczeniem medycznym, nie zawsze bywa takie oczywiste. Pacjent ma wiedzę o swojej chorobie i jest to dla niego pole do dyskusji z medykiem [17]. Autorytet lekarza ulega w ostatnim czasie nadszarpnięciu, a wiedza jaką posiada nie jest czymś nieosiągalnym, gdyż każdy może z większym lub mniejszym powodzeniem znaleźć informacje o danym schorzeniu. Zwrócono również uwagę na fakt, iż Internet jest miejscem, gdzie pacjenci udają się w obliczu perspektywy długiej kolejki do specjalisty [18], a część pacjentów upatruje w Internecie możliwość samoleczenia błahych schorzeń i uniknięcia niepotrzebnych wizyt u lekarza, który może w tym czasie zająć się chorymi faktycznie wymagającymi pomocy [17]. Według myśli Walda relacja lekarz – pacjent została przekształcona do nowej relacji lekarz-Internet-pacjent [19].

W obliczu powyższych faktów relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem uległa nieodwracalnej zmianie w przeciągu ostatnich kilkunastu lat.

Wnioski

Zmiany, jakie zachodzą w życiu społecznym mają znaczący wpływ na medycynę: na to jak się leczymy, jaki jest nasz stosunek do zdrowia oraz jak wyglądają relacje pomiędzy pacjentem a lekarzem. Struktura społeczeństwa ulega ciągłej zmianie, zwiększa się odsetek ludzi starszych, a wraz z nim liczba pacjentów geriatrycznych. Do codziennej praktyki lekarskiej wkracza komputeryzacja oraz coraz większa ilość dokumentacji, do czego personel medyczny często bywa nieprzystosowany. W obliczu powyższych faktów czas wizyty bywa niewystarczający dla obu stron. Wielu pacjentów onkologicznych, posiada problem nie tylko z nowotworem, ale również z odnalezieniem się w społeczeństwie, rodzinie – wycofują się z relacji interpersonalnych, zmieniają swoje zachowania i przyzwyczajenia. Współczesna medycyna i życie społeczne pacjentów ulega ciągłym zmianom, a ich wzajemny stosunek powinien być bacznie obserwowany pod względem patologii, które można i należy jak najszybciej leczyć.

Piśmiennictwo

1. Szczepański, J.: Elementarne pojęcia socjologii, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1970.
2. Antonovsky, A.: Health, stress, and coping, Libraries Australia, San Francisco, 1979.
3. Bloom J. R., Kessler L.: Emotional support following cancer: A test of the stigma and social activity hypotheses, JHSB, 1994, 118-133.
4. Wright E. P., Selby P. J., Gould A., Cull A.: Detecting social problems in cancer patients, Psycho-Oncology, 2001, 10, 3, 242-250.
5. Wright E. P., Kiely M. A., Lynch P., et al.: Social problems in oncology, Brit. J. Cancer, 2002, 87, 10, 1099-1104.
6. Han W. T., Collie K., Koopman C., et al.: Breast cancer and problems with medical interactions: Relationships with traumatic stress, emotional self- efficacy, and social support, PsychoOncology, 2005, 14.4, 318-330.
7. Goffman, E.: Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Gdańsk, 2005, 34-35.
8. Główny Urząd Statystyczny: Ludność w wieku 60+. Struktura demograficzna i zdrowie. Notatka Głównego Urzędu Statystycznego. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-w-wieku-60-struktura-demograficzna-i->

zdrowie,24,1.html, data pobrania 05.04.2017.

9. Trafiałek E.: Polska starość w dobie przemian, Wyd. Śląsk, Katowice, 2003.
10. Leszczyńska-Rejchert, A.: Człowiek starszy i jego wspomaganie - w stronę pedagogiki starości, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Olsztyn, 2010.
11. Wieczorowska-Tobis, K., Kostka, T.: Fizjoterapia w geriatrici, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011, 18-27.
12. World Health Organization.: Dementia: a public health priority, World Health Organization, Genewa, 2012.
13. Sudnow, D.: Passing on: The social organization of death. Englewoods Cliff, N. J., Prentice Hall. Quoted in Mulkay, M. and Ernst, J. (1991) The Changing Position of Social Death. Eur. J. Sociol., 1967, 32, 172-196.
14. Bowes P., Stevenson F., Ahluvalia S., Murray E.: I need to be a doctor':patients' experiences of presenting health information from the internet in GP consultations, Br. J. Gen. Pract., 2012, 62, 604, e732-e738.
15. Ziebland S., Chapple A., Dummelov C.: How the internet affects patients' experience of cancer: a qualitative study, Brit. Med. J., 2004, 328, 7439, 564-569.
16. Kivits J.: Informed patients and the Internet – A mediated context for consultations with health professionals, J. Health. Psychol., 2006, 11,2, 269-282.
17. Knol-Michałowska K.: Internet jako źródło informacji o zdrowiu – wady i zalety, Hygeia Public Health, 2014, 49, 3, 389-397.
18. Ulatowska-Szostak, E., Marcinkowski J. T., Gromadzka-Sutkiewicz M. i wsp.: Badania nad Internetem jako źródłem informacji o chorobie, Probl. Hig. Epidemiol., 2009, 90, 2, 246-253.
19. Wald H. S., Dube, C. E., Anthony, D. C.: Untangling the Web – The impact of Internet use on health care and the physician- patient relationship, Patient Educ. Couns., 2007, 68, 3, 218 -224.

Okoliczności śmierci lekarzy zwykle, heroiczne i inne. Cz. I. Okoliczności zwykle.

Marcinkowski Jerzy T.¹, Masłoń Irena², Konopielko Zofia³, Rosińska Paulina⁴, Tworek Karolina⁵, Klimberg Aneta¹, Wojtyła-Buciora Paulina⁶

1. Zakład Higieny, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
2. Fundacja „Nieskończone Możliwości”, Kraków
3. Poradnia Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego, Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie
4. Katedra Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa
5. Centrum Dializa Szpital II w Łasku, Oddział Neurologiczny i Udarowy
6. Katedra i Zakład Fizjologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

W piśmiennictwie z obszaru historii medycyny można znaleźć wiele informacji o okolicznościach śmierci lekarzy, szczególnie tych sławnych. To jest rozległy obszar do badań i dyskusji, spośród którego w niniejszym artykule wybrano kilka, dzieląc je na 3 części:

- 1) okoliczności zwykle
- 2) okoliczności heroiczne
- 3) okoliczności inne, w tym w niesławie.

Jak długo żyją lekarze?

Rozważania o śmierci lekarza zacznijmy od rozpoznania, jak długo lekarze żyją. Otóż, co zaskoczy wielu, lekarze żyją krócej niż populacja generalna. Potwierdzają to prowadzone od kilkudziesięciu lat obserwacje Zakładu Epidemiologii Uniwersytetu Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu [1]. Potwierdzają to także wyniki badań przeprowadzonych przez Śląską Izbę Lekarską (ŚIL) na podstawie średniej wieku zgonów 600 lekarzy zarejestrowanych w ŚIL, którzy zmarli w latach 2001-2006. Wyliczono, iż tamtejsi lekarze żyją przeciętnie 68,1 lat (przy średniej dla statystycznego obywatela polskiego płci męskiej

wynoszącej 70,5 lat), a lekarki żyją przeciętnie 67,3 lat (przy średniej krajowej dla kobiet 78,9 lat). To alarmujące wiadomości, że lekarze z województwa śląskiego żyją o 2,4 roku krócej niż inni mężczyźni w Polsce, a lekarki aż ponad 11 lat krócej niż statystyczne Polki wykonujące inne zawody [2].

Wysoka wypadkowość w zawodach medycznych

Według raportu Głównego Urzędu Statystycznego za rok 2014 w Polsce najbardziej niebezpiecznymi były następujące prace [3]:

- 1) dostawa wody i gospodarowanie ściekami i odpadami oraz działalność związana z rekultywacją – 14,37 wypadków na 1.000 pracujących
- 2) górnictwo – 13,56 wypadków
- 3) branża medyczna wraz z pomocą społeczną – 12,48 wypadków.

Ta wysoka wypadkowość w zawodach medycznych wyraźnie zaskakuje i wymaga zarówno pogłębionych badań, jak i podejmowania stosownych działań profilaktycznych.

Przykład:

Lekarka ze Szpitala im. M. Kopernika w Łodzi została przygnieciona przez własny samochód na podjeździe do garażu. 54-letnia kobieta kilka godzin wcześniej dowiedziała się o śmierci swojego ojca. Wsiadła z samochodu, aby otworzyć drzwi do garażu. Nie wyłączyła silnika, zapomniała zaciągnąć hamulec ręczny. Auto stoczyło się po podjeździe i przygniotło lekarkę do budynku. Po 2 dniach kobieta zmarła na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej Szpitala MSW w Łodzi z powodu niewydolności oddechowej spowodowanej urazem [4].

Stres i przepracowanie w zawodach medycznych

Praca lekarza jest bardzo stresująca, wymagająca 'silnej psychiki'. Młodym lekarzom wydaje się, że są tak zdrowi fizycznie i psychicznie, że mogą 'góry przenosić'. Ale w pewnym okresie organizm 'mówi stop'. Wysiada zdrowie psychiczne i fizyczne. Lekarzowi się wydaje, że on nie zachoruje, a jak już to przecież sam sobie pomoże, bo diagnozować i wypisywać leki potrafi. Niskie zarobki - nie będę strajkować, bo szkoda czasu, wezmę dodatkową pracę. I tworzy się 'błędne koło'. To, że lekarze wcześniej umierają to w dużej mierze wina systemu opieki zdrowotnej. Aktualnie brak młodych, wyspecjalizowanych

lekarzy, bo system nie pozwala robić specjalizacji. Brak etatów, więc ci co pracują muszą brać dodatkowo więcej dyżurów, mimo że Kodeks Pracy określa dozwoloną ilość dyżurów miesięcznie. A jak brak młodych lekarzy, to należy zatrudniać emerytów, no bo ktoś musi pracować.

Rozważając kwestię przepracowania polskich lekarzy warto nawiązać do „karōshi” (karoushi, karoshi) - japońskiego socjomedycznego określenia odnoszącego się do przypadków zgonów z przepracowania i stresu [5]. Trzeba mieć też na uwadze wypalenie zawodowe, choroby i problemy psychiczne oraz uzależnienia od alkoholu i narkotyków wśród lekarzy [6].

Czy polscy lekarze rzeczywiście są aż tak ekstremalnie zapracowani? Serwis lekarski Konsylium24 przedstawił wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w serwisie na próbie 624 polskich lekarzy z których wynika, że 59% pracuje bez przerwy ponad 24 godziny przynajmniej raz do roku, a 29% ma taką sytuację przynajmniej raz w tygodniu; w ostatnim roku 14% pracowało bez przerwy ponad 48 godzin. Takie epizody ponad 48 godzin nieprzerwanej pracy znacznie częściej dotyczyły mężczyzn (25%) niż kobiet (8%). Długo pracujący młodzi lekarze, to ludzie zazwyczaj gorzej wynagradzani w ich podstawowym miejscu pracy, na dorobku, chcący zaciągnąć lub spłacający kredyty. Motywem ich długiej pracy jest też chęć zbudowania pozycji zawodowej i samokształcenia. Należy podkreślić, że nieomal wszystkie obowiązujące kursy są płatne, a ich cena jest wysoka w porównaniu z zarobkami. Rodzi się zatem pytanie, czy taka praca ponad siły nie doprowadzi młodego pokolenia lekarzy do szybkiego wypalenia zawodowego, do ich frustracji i życia w ciągłym stresie – a to zapewne skłoni ich do myślenia o emigracji, gdzie godziwe zarobki osiąga się pracując w normalnym wymiarze pracy. Najintensywniej pracują specjaliści medycyny ratunkowej (głównie praca w pogotowiu oraz na Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych), z których ponad 66% pracuje przynajmniej raz w tygodniu przez ponad 24 godziny. Drugie miejsce przypada chirurgom ogólnym (58%), a trzecie ortopedom (43%). Mówi się, że człowiek po 24 godzinach pracy bez chwili na odpoczynek działa tak, jakby miał przynajmniej 1 promil alkoholu we krwi. Jeżeli dołączymy do tego pracę lekarską obciążoną dużym stresem (sztandarowym przykładem jest praca w SOR) - skutki takiej sytuacji mogą się odbijać nie tylko na zdrowiu lekarzy, ale również na zdrowiu pacjentów. 10 dni bez przerwy na dyżurze w pogotowiu spędził lekarz w mieleckim szpitalu, wiele dyżurów z rzędu z uwagi na problemy z obsadą dyżurów w pogotowiu ratunkowym [7].

Aby omijać reguły Kodeksu pracy nie zatrudnia się lekarzy na etaty, a zmusza do zakładania jednoosobowych firm. Wówczas zmieniają się zasady, może w krótkiej perspektywie korzystne dla dyrekcji szpitali, ale obciążają one zatrudnianego (m.in. nie ma on płatnych urlopów). Z tych powodów wielu młodych lekarzy pracuje non stop, by nie uszczuplić i tak niskich zarobków.

Odpowiedzią młodych lekarzy na problem przepracowania jest reaktywowane w październiku 2015 roku Porozumienie Rezydentów – organizacja społeczna skupiająca lekarzy w trakcie specjalizacji. Główne postulaty Porozumienia Rezydentów to poprawa jakości kształcenia specjalizacyjnego oraz wzrost zarobków młodych lekarzy. W ubiegłym roku zorganizowano dwie manifestacje lekarzy w Warszawie (18 czerwca i 26 września 2016 r.). Aktualnie zbierane są podpisy pod obywatelskim projektem ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia.

Jedne lekarz kieruje kilkoma oddziałami

Polska ma najmniej lekarzy w całej Unii Europejskiej (2,3 na tysiąc mieszkańców. W innych krajach UE liczba ta wzrosła z 2,9 (2000 r.) do 3,5 lekarza na tysiąc mieszkańców (2014 r.) i tam na jednego lekarza ogólnego przypada ponad dwóch specjalistów. Przy tym Polska znajduje się wśród krajów UE, które wydają najmniej na ochronę zdrowia [8].

Średnia wieku lekarza wykonywającego zawód w Polsce wynosi 49,5 lat, a aktywnego zawodowo specjalisty - 54,5 lat. I dlatego zdarza się, że jeden lekarz kieruje kilkoma oddziałami w tej samej lub w kilku różnych placówkach, chociaż - zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej – nie powinno to mieć miejsca, gdyż zagraża bezpieczeństwu pacjentów [9].

Przykład:

Piotr Skalski kieruje szpitalnymi oddziałami anestezjologii i intensywnej terapii jednocześnie w Międzychodzie, Czarnkowie, Słupcy i Wrześni. Siłą rzeczy w pracy widywany jest rzadko. Ale przepisy tego nie zabraniają [10].

Przepracowanie przyczyną śmierci lekarza

A dlaczego tak się dzieje? Otóż lekarze bardzo często są przepracowani. Potwierdzają to badania Beaty Ziemskiej, z których wynika, iż zaledwie około 1% lekarzy jest zatrudnionych wyłącznie na jednym etacie. Ci „wieloletowcy” nieraz pracują aż w sześciu

miejscach. Przy tym lekarze wcale nie tak bardzo dbają o swoje zdrowie, co potwierdzają ich wyniki badań profilaktycznych wynikających z Kodeksu pracy. Największym problemem okazał się dla lekarzy stres psychiczny [11].

A jak już lekarze umrą nagle podczas dyżuru z przemęczenia, z przepracowania, na zawał serca czy udar mózgu, to fakt ten staje się tematem chętnie opisywanym w masmediach. Przykłady są liczne. Oto niektóre z nich.

Przykład:

Śmierć z przepracowania lekarki-anestezjologa po czwartej dobie nieprzerwanego dyżuru w szpitalu w Białogardzie. Lekarka nie była pracownikiem etatowym szpitala; prowadziła jednoosobową działalność gospodarczą [12].

Śmierć podczas pracy bez okoliczności wskazujących na przepracowanie

Zdarzają się przypadki śmierci lekarza podczas pracy ale bez okoliczności wskazujących na przepracowanie ale mimo to przykuwają one uwagę masmediów.

Przykład:

Anestezjolog, lat 57, zasnął nagle podczas pracy i zmarł. W szpitalu pracował od dwudziestu lat. Nie pracował w systemie nadgodzin. Pracował 7 godzin i 35 minut dziennie. Pełnił także normalne dyżury, za które przysługiwał mu dzień wolny [13].

Przykład:

W przychodni w Centrum Medycznego Kaszuby w Kartuzach, znaleziono zwłoki lekarza [14]. Przyczyn jego zgonu mogło być kilka: zator, zawał, wylew. 74-letni lekarz rozpoczął dyżur w kartuskiej przychodni w sobotę o godz. 8. Nic nie wiadomo, żeby skarżył się na złe samopoczucie. Wieczorem ok. godz. 20 inny lekarz znalazł nieprzytomnego kolegę w pokoju socjalnym. Wezwał karetkę, ale na jakąkolwiek pomoc było już za późno, stwierdzono zgon.

Agresja ze strony pacjentów aż do zabójstw/prób zabójstw

Lekarze stają się coraz częściej obiektem agresji [15] ze strony pacjentów [16], przy czym sporadycznie nasilenie tej agresji jest aż tak znaczne, że dochodzi aż do zabójstw lekarzy.

Przykład 1: Urowadzenie i zabójstwo lekarki

Urowadzenie i zabójstwo płockiej lekarki 5 czerwca 1970 r. przez nieznanego mężczyznę, który zamówił wizytę do Brwilna była głośna w całej Polsce. Dochodzenia i proces poszlakowy nie wyjaśniły wszystkich okoliczności. Ślad po doktor Stefanii Kamińskiej, która wyszła z domu aby zbadać dziecko zaginał [17]. Ukazała się książka Jacka Ostrowskiego „Ostatnia wizyta” nawiązująca do tego uprowadzenia i zabójstwa [18].

Przykład 2: Zabójstwo lekarki toporem

Jeden z pacjentów specjalisty laryngologa dr. med. Alicji Jurasz, 48-letni dozorca kombinatu budowlanego, miał problemy zdrowotne z zatokami szczękowymi. Lekarka zoperowała mu najpierw jedną zatokę, a potem drugą zatokę szczękową. Po drugim zabiegu pacjent zauważył u siebie problemy z potencją, które wiąże z tymi operacjami. Nachodził lekarkę w szpitalu, miał pretensje. Ordynator Oddziału Laryngologii prof. Ludwik Szlęzak tłumaczył pacjentowi z pomocą atlasów anatomicznych, że te operacje nie mogły mieć wpływu na jego problemy z potencją, ale do pacjenta to nie docierało. Powołano komisję, pacjenta przebadali trzech profesorów, którzy uznali, że nie widzą związków pomiędzy operacją a osłabieniem potencji, ale to również nie przekonało pacjenta, który nadal zgłaszał wiele pretensji, w tym oficjalne skargi, które oddalono oraz pisał listy z pogroźkami. Pacjent był ze skargą w prokuraturze rejonowej, wojewódzkiej i generalnej. Podczas wizyty w Warszawie kupił toporek, na którego trzonku napisał: „Za moje naczynia”. Dnia 2 lipca 1985 r. na szpitalnym korytarzu schował się za drzwiami toalety, a gdy je mijala lekarka wyskoczył z siekierą i zadał dwa ciosy w tył głowy i gdy się obróciła zadał trzeci w twarz, po czym zszedł do portierni i spokojnym głosem poprosił o wezwanie milicji i prokuratora, trzymając wciąż w ręku zakrwawioną siekierę. Czekał w portierni aż do momentu przybycia funkcjonariuszy milicji, a potem dał się spokojnie wyprowadzić. Lekarki, mimo natychmiastowej operacji, nie udało się uratować. Wewnątrz szpitala znajdują się następująca tablica pamiątkowa z napisem o treści: „Pamięci dr Alicji Barbary Jurasz / zamordowanej na stanowisku pracy w dniu 2 lipca 1985 / Niewiarygodne, a jednak prawdziwe” - ufundowana przez pracowników szpitala [19].

Przykład 3: Próba zabójstwa lekarki siekierą przez pacjenta

Według pamięci Ireny Masłoń w roku 1959 lub 1960 w Częstochowie doszło do próby zabójstwa lekarki przez pacjenta. W czasie kolejnej wizyty pacjenta u lekarza w Przychodni Przykładowej chory zamierzył się siekierą na przyjmującą go lekarkę i uderzył ją w tył głowy. Nie zdążył uderzyć po raz drugi, gdyż lekarka upadła, a znajdująca się w gabinecie

pielęgniarka, która w pierwszym momencie schowała się pod biurko, oprzytomniała i wezwała pomoc. Nieprzytomną learkę przewieziono do ośrodka akademickiego na operację neurochirurgiczną. Udało się ją uratować, mimo rozległego otwartego urazu czaszkowo-mózgowego. Rekonwalescencja lekarki trwała długo. Po odzyskaniu zdolności do pracy przeprowadziła się do Warszawy, gdzie jeszcze przez wiele lat była czynna zawodowo jako lekarz. Jednak po tym wypadku odczuwała pourazowe bóle głowy i obserwowano u niej łagodne objawy zespołu psychoorganicznego. W jej psychice zaszły takie zmiany, że już nigdy nie podchodziła do pacjentów z taką ufnością, jak przed opisywanym wypadkiem; pozostał wyraźny uraz psychiczny.

Przykład 4: Próba zabójstwa lekarki nożem przez chorego na schizofrenię

Według pamięci Jerzego T. Marcinkowskiego, który przez 12 lat – w II, III i IV kadencji – sprawował funkcję zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, w 2005 roku prowadził on skargę chorującego na schizofrenię przeciwko leczącej go lekarce, specjalistce psychiatrii. Skarżący podjął próbę zabójstwa tej lekarki za pomocą noża na korytarzu zespołu przychodni przy ulicy Słowackiego 8/10 w Poznaniu, która to próba została w ostatniej chwili udaremniona przez innego pacjenta oczekującego na poradę psychiatryczną. U tej lekarki psychiatry, drobnej postury, rozwinął się zespół stresu pourazowego. Przez długi okres każdego dnia przed wyjściem do pracy telefonowała do szpitala, w którym był hospitalizowany jej niedoszły zabójca, aby się upewnić czy on nadal tam przebywa, czy nie uciekł z oddziału psychiatrycznego.

Przykład 5: Niebezpieczna „przygoda” w Pogotowiu Ratunkowym, jakich wiele

Zofia Konopielko wspomina swoją „przygodę” w Pogotowiu Ratunkowym, jakich wiele. Przed bardzo wielu laty, w czasie jednego z moich pierwszych dyżurów w Pogotowiu Ratunkowym, otrzymaliśmy wezwanie do mieszkańca maleńkiego, starego domku, jakich wiele było na warszawskich Młocinach. Kiedy dotarliśmy na miejsce dziwiłam się, dlaczego kierowca karetki nie wjeżdża od razu na posesję, a wykonuje odpowiednie manewry, by wjechać tyłem. Gdy spytałam dlaczego, przecież zdąży zawrócić w czasie, gdy będę zajęta badaniem chorego, on powiedział tylko” „sama Pani zobaczy”. I zobaczyłam. W drzwiach domku pojawiło się trzech drabów. Jeden z nich dzierżył siekierę. Stałam niezdecydowana co robić, ale przejęta swoją rolą, chciałam odważnie ruszyć do przodu. Wtedy kierowca krzyknął do mnie „Pani doktor proszę wsiadać do karetki!” Odruchowo wskoczyłam, a w tym czasie draby, chwiejąc się, ruszyły w naszym kierunku. Jeszcze sanitariusz zdążył zawołać do

nich: „do kogo było wezwanie?” Na czoło wysunął się ten z siekierą i dumnie odkrzyknął: „do mnie!” Ruszyliśmy z piskiem opon...

Piśmiennictwo

1. Stawińska-Witoszyńska B, Krzyżaniak A i wsp. Badania nieopublikowane.
2. Kijak R. Leczenie kosztem życia lekarza. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy. <http://www.ozzl.org.pl/index.php/13249-leczenie-kosztem-zycia-lekarza-artykul-aktua-lny-ryszarda-kijaka>, data pobrania 09.04.2017.
3. Najniebezpieczniejsze zawody w Polsce. <http://www.bankier.pl/wiadomosc/najniebezpieczniejsze-zawody-w-polsce-7241737.html>, data pobrania 09.04.2017.
4. Tragedia pod Łodzią! Samochód przygniół znaną lekarzkę! <http://www.expressilustrowany.pl/artykul/9371391,tragedia-pod-lodziam-samochod-przygniotl-znana-lekarke,id,t.html>, data pobrania 09.04.2017.
5. Bruczkowski M. Bezsenność w Tokio, Rosner & Wspólnicy, Warszawa, 2004, 380.
6. Czernikiewicz A. Lekarz - zawód wysokiego ryzyka, Puls Medycyny 2012, 9 z 30 maja 2012.
7. Sondaż, Warszawa, 22.08.2016: Czy polscy lekarze pracują bez umiaru? http://www.gruparx.com.pl/system/notes/documents/000/000/050/original/Sonda%C5%BC_czy_polscy_lekarze_pracuj%C4%85_bez_umiaru.pdf?1471860129, data pobrania 09.04.2017.
8. Mamy najmniej lekarzy na 1000 mieszkańców w UE. <http://gazetalekarska.pl/?p=30259>, data pobrania 09.04.2017.
9. Smolińska A. Izba lekarska: jeden lekarz nie może kierować kilkoma oddziałami. Polityka Zdrowotna. <http://www.politykazdrowotna.com/13727,izba-lekarska-jeden-lekarz-nie-moze-kierowac-kilkoma-oddzialami>, data pobrania 09.04.2017.
10. Jeden lekarz kieruje oddziałami OIOM w czterech szpitalach. Prawo na to pozwala. <http://info.wyborcza.pl/temat/wyborcza/zast%C4%99pc%C4%99+ordynatora>, data pobrania 09.04.2017).
11. Ziemska B., Marcinkowski J.T. (red).: W trosce o poprawę stanu zdrowia pracowników Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Oficyna Wydawnicza MA, Łódź, 2016.

12. Białogard. Lekarka zmarła po 72-godzinnej dyżurze. Szpital: Nie była na etacie, więc kodeks pracy nie obowiązuje. <http://wyborcza.pl/1,75398,20527088,lekarka-zmarla-po-72-godzinnym-dyzurze-szpital-nie-byla-na.html>, data pobrania 09.04.2017.
13. Tragedia w szpitalu – 57-letni anestezjolog zmarł w pracy w Sosnowcu. <http://www.dziennikzachodni.pl/wiadomosci/sosnowiec/a/tragedia-w-szpitalu-57letni-lekarz-anestezjolog-zmarl-w-pracy-w-sosnowcu,10548992/>, data pobrania 09.04.2017.
14. Śmierć lekarza w przychodni w Kartuzach. <http://www.dziennikbaaltycki.pl/aktualnosci/a/smierc-lekarza-w-przychodni-w-kartuzach,11193194/>, data pobrania 09.04.2017.
15. Narasta agresja pacjentów wobec lekarzy. Jakie są przyczyny? <http://www.edexpress.pl/lekarz/narasta-agresja-pacjentow-wobec-lekarzy-jakie-sa-przyczyny/51646/>, data pobrania 09.04.2017.
16. Rośnie agresja pacjentów wobec lekarzy i pielęgniarek. Rynek Zdrowia. <http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/Rosnie-agresja-pacjentow-wobec-lekarzy-i-pielęgniarek,128789,2.html>, data pobrania 09.04.2017.
17. Wanecki J.: Nie ma ciała, nie ma zbrodni, Gazeta Lekarska, 2017, 3, 81.
18. Ostrowski J: Ostatnia wizyta. Wydawnictwo Od Deski do Deski, Warszawa, 2017.
19. Żytnicki P. Szpital Raszei miejscem dramatu. Zamach toporem na lekarkę. http://poznan.wyborcza.pl/poznan/1,36001,18296173,Szpital_Raszei_miejscem_dramatu__Zamach_toporem_na.html, data pobrania 09.04.2017.

Okoliczności śmierci lekarzy zwykle, heroiczne i inne. Cz. II. Okoliczności heroiczne

Marcinkowski Jerzy T.¹, Masłoń Irena², Konopielko Zofia³, Rosińska Paulina⁴, Tworek Karolina⁵, Klimberg Aneta¹, Wojtyła-Buciora Paulina⁶

1. Zakład Higieny, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
2. Fundacja „Nieskończone możliwości”, Kraków
3. Poradnia Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego, Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie
4. Katedra Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa
5. Centrum Dializa Szpital II w Łasku, Oddział Neurologiczny i Udarowy
6. ⁶Katedra i Zakład Fizjologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

„Jestem życiem, które pragnie żyć, wśród życia, które pragnie żyć.”

(-) Albert Schweitzer (1875-1965)

*duchowny luterański, filozof, lekarz,
laureat Nagrody Nobla za założenie szpitala
w Gabonie*

Lekarze heroiczni

Zdarzają się w środowisku lekarskim postaci heroiczne, oddane bez reszty swym pacjentom, pracujący do końca życia pomimo ciężkiej choroby.

Ciekawe są badanie jakościowe nad wzorcami, które ukształtowały tożsamość zawodową lekarzy od heroicznej po nikczemną. Okazuje się, że tutaj trwały i istotny wpływ mają wczesne modele tworzenia tożsamości zawodowej lekarzy. A przecież pomyślny rozwój i podtrzymywanie tożsamości zawodowej jest kluczem do odnoszenia sukcesów w zawodzie lekarza [1]. Poniżej przykłady heroicznych postaw lekarzy pracujących do końca życia pomimo ciężkiej choroby.

Przykład:

Lekarz specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog, lat 65, wyróżniający się pośród praktykujących w tym zawodzie najważniejszą i najbardziej pożądaną umiejętnością, z głębi serca płynącą, jaką jest całościowe (używając modnego dzisiaj słowa: holistyczne) postrzeganie swych pacjentów, czyli nie tylko zajmował się chorobami swych pacjentów, lecz także dostrzegał ich sferę społeczną – i co najważniejsze – duchową, czyli psyche. To było nader widoczne w jego bezpośrednich kontaktach ze swymi pacjentami, czyli, co się tak szumnie i naukowo określa, budował właściwe, nader pożądane relacje pacjent–lekarz. Tym właśnie się wyróżniał w środowisku lekarskim – a widoczne to było w tych jakże bardzo ludzkich odruchach jego pacjentów. Oni po prostu bardzo lubili swego doktora, który miał wszelkie cechy dobrego lekarza. A dobry lekarz to ten, do którego pacjent jak przyjdzie po pomoc, po poradę, to już z tej wizyty wychodzi zdrowszy. Przez długie lata nader starannie i z pełnym poświęceniem wykonywał pracę lekarza. Ci, którzy zetknęli się z nim w ostatnich miesiącach jego pracy zawodowej, kiedy poddawał się chemioterapii z powodu choroby nowotworowej, widzieli lekarza uśmiechniętego, pogodnego, nader życzliwego – w olbrzymiej zapewne większości jego pacjenci nie mieli pojęcia, że ich lekarz toczony jest śmiertelną chorobą. To była heroiczna postawa zawodowa – oddawanie się sprawom swoich pacjentów z całym sercem i zaangażowaniem aż do samego końca, bez oglądania się na siebie i swoją chorobę [2].

Przykład:

Śledztwo ws. lekarki, która zmarła podczas dyżuru w białogardzkim szpitalu, zostało umorzone - poinformowała 16 listopada 2016 r. prokuratura. Z ustaleń śledczych wynika, że śmierć kobiety nie była wynikiem przepracowania, a przyjmowania silnych leków [3]. Zgon nie był wynikiem działania innej osoby, nie był także wynikiem przepracowania. Lekarka zmarła w wyniku długotrwałej choroby; od 18 lat była ona osobą leczącą się na różne choroby i przechodziła operacje. Przyjmowała leki stosowane w przypadku długotrwale utrzymującego się, uciążliwego bólu. Sama wystawiała sobie recepty. Efektem było zatrucie bardzo silnymi lekami. To właśnie było przyczyną śmierci. Kontrola stanu zatrudnienia personelu medycznego wykazała m.in. "brak wymaganej liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie pediatrii, brak na dyżurze wymaganej liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii lub chirurgii ogólnej". Stwierdzono także, że w szpitalu zaprzestano udzielania świadczeń na oddziale chorób wewnętrznych bez wcześniejszego powiadomienia o tym dyrekcji Zachodniopomorskiego OW NFZ. Podczas

kontroli całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w oddziałach szpitalnych wykazano brak wymaganej liczby chirurgów, pediatrów, a także specjalistów w dziedzinie reumatologii. Tam również doszło do zaprzestania udzielania świadczeń na oddziale reumatologicznym bez wcześniejszego powiadomienia o tym płatnika.

Lekarze wobec śmierci swych pacjentów

Zawód lekarza zawsze jest związany ze śmiercią, przy czym obowiązkiem lekarza jest jak najdłużej utrzymać człowieka w dobrym zdrowiu. Niestety, przychodzi taki moment w pracy, że jest o to trudno. Ciężko jest powiedzieć pacjentowi, że nic nie można już zrobić i ciężko o tym mówić z rodziną pacjenta.

Przykład:

W jednym ze szpitali ordynator oddziału chirurgii kiedyś operował dwudziestoletniego chłopca. Kiedy otworzył brzuch okazało się, że wszystkie narządy są z przerzutami nowotworowymi. Nic nie dało się już zrobić. Poprosił do gabinetu ojca chorego i powiedział, że jest bezsilny. Przedstawił mu rzeczowo sytuację. Reakcja ojca była następująca: „Co z pana za lekarz, że nie może pomóc mojemu synowi?”. Lekarz źle się poczuł, bo chciał pomóc, a nie mógł. Wiedział, że dla chorego nie ma ratunku, bo już było za późno. I takich sytuacji, gdy pacjent trafia późno do lekarza, jest bardzo dużo. Każdy z lekarzy, który jest bezsilny w obliczu śmierci pacjenta, przeżywa ją, bo złożona Przysięga Hipokratesa nakazuje mu ratować życie i zdrowie chorego.

Przykład:

W jednej z poznańskich klinik dziecięcych pracowała pani docent, która prowadziła oddział niemowlęcy. Na oddziale tym była jedna salka, w której leżały dzieci z wodogłowiem. Kiedy któreś umierało, to bardzo płakała, chociaż wiedziała, że nie mogła tym dzieciom pomóc. Zawsze to było dla niej tragiczne przeżycie. O zachowaniach lekarzy wobec śmierci swych pacjentów napisano wiele. Ale lekarz młody, który dotąd nie miał do czynienia ze śmiercią swych pacjentów, i któremu w czasie studiów nie dano właściwego przygotowania do tej trudnej roli, nierzadko reaguje niezwykle. W poniższym przykładzie Zofia Konopielko, pediatra, tak wspomina śmierć swojego pierwszego pacjenta.

Przykład:

„Gdy miałam 28 lat od roku pracowałam w Szpitalu im. Dzieci Warszawy. W Oddziale Neuroinfekcji był hospitalizowany 2-letni chłopiec Eryk Ł. Był znacznie opóźniony

w rozwoju psychoruchowym (właściwie bez kontaktu) i diagnozowano go z powodu nawracających stanów drgawkowych. W czasie mojego dyżuru demonstrował, zresztą tak jak zwykle, wielokrotne drgawki. Czuwałam przy nim, odrywając się jedynie na czas obchodów w oddziałach rozłokowanych na 4 poziomach budynku lub gdy była potrzeba nagłych interwencji. Nad ranem, gdy się wydawało, że opanowano kolejny stan drgawkowy chłopca i już chciałam opuścić salę, dziecko zeszywniało i przestało oddychać. Reanimacja była nieskuteczna. Zrozpaczona trzymałam w dłoniach nieżywe ciało, po raz pierwszy w życiu tak było, aż odebrały mi go doświadczone pielęgniarki, mówiąc, że to nie ma sensu. Rano, gdy zdawałam raport z dyżuru, nie mogłam powstrzymać łez i wybiegałam z gabinetu nie doczytawszy do końca tego, co napisałam w księdze raportów. Potem pani ordynator, uspokajała mnie mówiąc: ‘Pani Zosiu, tam gdzieś’ - i wskazała na niebo – ‘siedzą Parki i przędą nić żywota każdego człowieka. Gdy uznają, że już koniec, biorą do ręki nożyce i przecinają.’ Jakoś się pogodziłam, były inne zajęcia, bo Oddział był pełen dzieci z ropnymi zapaleniami opon mózgowo-rdzeniowych, poliomeyelitis, itp. Pod koniec dnia pracy (wówczas nie było zwyczaju wychodzenia po dyżurze), zawiadomił mnie portier, że ktoś na mnie czeka. Gdy wyszłam z oddziału ujrzałam młodą parę z bukietem różnokolorowych goździków. Podeszli do mnie i wręczając kwiaty powiedzieli, że mi dziękują za towarzyszenie ich synkowi w przejściu do innego świata.”

Konieczność pisania pamiętników lekarzy

Ponieważ wielu z nas, lekarzy i stomatologów, dokonało wiele w swej pracy zawodowej, dlatego pora spisać te dzieje, okres studiów i pracy zawodowej oraz okres emerytury – dla zachowania pamięci o nas dla przyszłych pokoleń. I to była myśl przewodnia podjęcia się przez autorów napisania pamiętników lekarzy [4]. Istotą publikacji jest dzieło z obszaru „Pamięć Uniwersytetu” opracowane w oparciu o wspomnienia o Profesorach i Pracownikach zarejestrowane w pamięci Absolwentów Uniwersytetu (wówczas Akademii Medycznej w Poznaniu) rocznika 1970 (lekarze stomatologii) i 1971 (lekarze medycyny). Zebrane materiały dają zindywidualizowane świadectwo czasów, w których żyli i tworzyli nasi Rozmówcy, upamiętniają ich działalność i dokonania naukowe, a zarazem składają się na szczególnie rodzaj „pamięci zbiorowej”, konstytuującej naszą społeczność uniwersytecką. Przeprowadzone wywiady składają się na jedyny w swoim rodzaju materiał źródłowy do dziejów Uniwersytetu. Zostały zebrane z zapewnieniem i zachowaniem wysokich standardów

metodologicznych i etycznych, takich jak świadoma zgoda Rozmówców na wywiad, przeprowadzanie rozmów według opracowanego kwestionariusza przez redaktorów dzieła i szacunek wobec Rozmówców. Postawiono sobie za zadanie nie tylko przeprowadzanie takich wywiadów, ale i ich opracowanie. Dzieło ma służyć społeczności akademickiej Uniwersytetu, popularyzować osiągnięcia zawodowe, naukowe i sportowe jego Absolwentów w kraju i za granicą i przez to podnosić prestiż Uniwersytetu.

O pamiętnikach lekarzy, które dotąd się ukazywały

Pamiętniki lekarzy ukazywały się w piśmiennictwie polskim (od okresu odzyskania niepodległości) zaledwie dwukrotnie.

- 1) W okresie międzywojennym były to: „Pamiętniki lekarzy” pod redakcją Jana Borkowskiego [5]. Były wówczas plonem konkursu, rozpisanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Jest to jednocześnie ciekawa lektura, jak i dokument socjologiczny. Wówczas to takie oto zadania czekały lekarzy w trudnych latach po odzyskaniu przez Polskę niepodległości: wygrać niełatwy wyścig ze śmiercią, z ciemnotą, brudem, zabobnem, znachorstwem. Miała im w tym pomóc pierwsza polska ustawa ubezpieczeniowa z 19 marca 1920 roku `O obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby`. „Pamiętniki lekarzy” z roku 1938 zostały napisane na apel Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, już po wejściu w życie ustawy z 1933 roku, powołującej w miejsce Kas Chorych ubezpieczenie społeczne. Książkę poprzedza przedmowa Melchiora Wańkowicza - inicjatora konkursu. Te „Pamiętniki lekarzy” były potem wznowiane: w 1987 r. Krajowa Agencja Wydawnicza; autorzy: Jan Borkowski, Z Karasiówna.
- 2) W 1968 roku Wydawnictwo „Czytelnik” wydało „Pamiętniki lekarzy”, na które składały się prace autorów złożone na ogłoszony wcześniej konkurs, i które to prace po wspomnianym postępowaniu konkursowym zostały zakwalifikowane do druku [6]. Były to głównie wspomnienia pokolenia lekarzy, które studiowało bądź już pracowało w okresie II wojny światowej.

W 2003 r. w „Gazecie Lekarskiej” [7] i pismach regionalnych izb lekarskich, w tym Biuletynie Informacyjnym Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, ogłaszano parokrotnie konkursy na pamiętniki lekarskie, po których jednak nie ukazywały się publikacje, gdyż jest niezmiernie trudno zdobyć od lekarzy ich wypowiedzi, wspomnienia.

Piśmiennictwo

1. Foster K., Roberts C.: The Heroic and the Villainous: a qualitative study characterising the role models that shaped senior doctors' professional identity, *BMC Med Educ.* 2016, 16, 1, 206.
2. Marcinkowski J.T.: Pożegnanie doktora Krzysztofa Urbańskiego (1947–2014), *Biuletyn Informacyjny – Wielkopolska Izba Lekarska*, 2014, 6-7, 233-234.
3. Prokuratura umorzyła śledztwo ws. śmierci lekarki na dyżurze. *PAP/Rynek Zdrowia*, 16 listopada 2016 19:01. <http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/Prokuratura-umorzyła-sledztwo-ws-smierci-lekarki-na-dyżurze,167528,2.html>, data pobrania 09.04.2017.
4. Masłoń I., Marcinkowski J.T.: Pamiętniki lekarzy. Pamięć Akademii Medycznej (obecnie Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego) w Poznaniu we wspomnieniach rocznika 1970 (lekarze stomatologii) i 1971 (lekarze medycyny). Na etapie końcowych prac redakcyjnych.
5. Borkowski J. (red.): Pamiętniki lekarzy. Wydanie trzecie, Wydawnictwo Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa, 1939.
6. Praca zbiorowa. Pamiętniki lekarzy. Wydawnictwo Czytelnik, Warszawa, 1968.
7. Sterkowicz S.: Dla dzieci, dla wnuków, dla potomnych, *Gazeta Lekarska*, luty 2003.

Okoliczności śmierci lekarzy zwykle, heroiczne i inne. Cz. III. Okoliczności inne, w tym w niesławie

Marcinkowski Jerzy T.¹, Masłoń Irena², Konopielko Zofia³, Rosińska Paulina⁴, Tworek Karolina⁵, Klimberg Aneta¹, Wojtyła-Buciora Paulina⁶

1. Zakład Higieny, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
2. Fundacja „Nieskończone możliwości”, Kraków
3. Poradnia Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego, Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie
4. Katedra Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa
5. Centrum Dializa Szpital II w Łasku, Oddział Neurologiczny i Udarowy
6. Katedra i Zakład Fizjologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Lekarze nikczemni - zabójcy

Zdarzają się też w środowisku lekarskim, jak w każdym, tragiczne sytuacje aż do zabójstw włącznie. To również temat chętnie zamieszczany w masmediach, bo jak lekarze dobrze pracują, to już nie jest to materiał na „newsy”.

Przykład:

Lekarz z Grudziądza zabił swoją 38-letnią żonę - chirurga dziecięcego. Do zdarzenia doszło w hotelu w Gdyni, gdzie oboje uczestniczyli w sympozjum lekarskim. Bezpośrednią przyczyną jej śmierci było uduszenie [1].

Przykład:

John Bodkin Adams [2] (1988 - 1983) – brytyjski lekarz, podejrzewany o zabicie 163 pacjentów za pomocą trucizny podawanej doustnie lub w postaci zastrzyków [3].

Mieszkał i pracował w Eastbourne w Wielkiej Brytanii. W chwili aresztowania, 19 grudnia 1956 roku, był najbogatszym lekarzem w Anglii – między innymi dlatego, że 132 spośród 163 jego pacjentów, którzy zmarli w niejasnych okolicznościach, ustanowiło go

spadkobiercą części majątku. Oskarżony o dwa zabójstwa, został w wyniku procesu uniewinniony. Wyrok sądu kwestionowano – zarzucano mu manipulowanie dowodami i utrudnianie pracy prokuratorowi. Życie i działalność Adamsa stały się przedmiotem dociekań opisanych w książkach i na taśmie filmowej.

Samobójstwa wśród lekarzy

Z szeregu artykułów wynika, że rośnie liczba prób samobójczych wśród lekarzy. Przyczyną są problemy zdrowia psychicznego lekarzy w Polsce; cierpieć na zaburzenia psychiczne może nawet 15% procent lekarzy.

Lekarze mówią o tym, że są przepracowani, pracują po 65-80 godzin w tygodniu. Próbuje ratować się lekami antydepresyjnymi, ale po jakimś czasie nawet najsilniejsze przestają działać. - *Często płaczę, łatwo wpadam w złość i irytację, miewam zaburzenia łaknienia* - opowiada lekarka, dermatolog ze szpitala powiatowego.

Lekarka wskazuje, że pracuje na dwóch etatach, aby spłacić kredyt hipoteczny. W szpitalu zarabia 1900 złotych, a w prywatnej przychodni 2500 zł.

Niektórzy z lekarzy część winy próbują przerzucić na pacjentów. - *W przychodni standardem jest wymuszanie przez pacjentów wszystkiego (...) Pacjenci chcą kłamstw w orzeczeniach i wymuszają zwolnienia lekarskie (...) Słyszałam już od pacjentów, że nie zasługuje na miano człowieka albo, że tak złej osoby jeszcze nie spotkali* - opowiada lekarska, specjalistka chorób wewnętrznych [4].

Z raportu przygotowanego przez dr Douglas Mata z Harvard Medical School wynika, że co trzeci amerykański młody lekarz odbywający rezydenturę wykazuje objawy depresji i nie radzi sobie z zawodowym stresem, co nierzadko sprzyja samobójstwom [5].

Z innych badań wynika, że wśród zawodów o najwyższym wskaźniku samobójstw znajdują się lekarze [6]. Jest to temat chętnie podejmowany przez masmedia.

Przykład:

30 sierpnia 2016 r. w tragicznych okolicznościach zginął lekarz pracujący w Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej NU-MED w Zamościu. 59-letni mężczyzna spadł z dachu dwupiętrowego budynku placówki medycznej. Lekarz w bardzo ciężkim stanie trafił na Szpitalny Oddział Ratunkowy w sąsiadującym z Centrum szpitalu „papieskim”, gdzie wkrótce zmarł. Wszystko wskazuje na samobójstwo [7]. Zdarzają się samobójstwa lekarzy popełnione wskutek oskarżeń otoczenia o błąd medyczny zakończony śmiercią pacjenta.

Przykład:

Ordynator oddziału chirurgicznego popełnił samobójstwo po nagonce miejscowych masmediów oskarżających go o popełnienie błędu medycznego, na skutek którego pacjent zmarł.

Przykład:

Zofia Konopielko wspomina. Był rok 1972. Pracowałam w Przychodni Rejonowej na warszawskim osiedlu na Żoliborzu, zwanym „Wrzeciono”, pod istniejącą wtedy Hutą Warszawa. W zespole była z nami młoda lekarka. Wydawała się bardzo dynamiczna, zaangażowana zdrowiem pacjentów, robiła specjalizację w ramach wolontariatu, pracując od rana do wieczora, miała dużo dyżurów w pogotowiu ratunkowym. Początkowo zносиła to dobrze, nawet z uśmiechem, potem stała się smutna, obca, ponura, wdawała się w niespotykane dotąd kłótnie z pacjentami. Któregoś dnia zawiadomił nas jej mąż, że żona nie żyje. Opowiadał potem, że gdy wrócił do domu z dyżuru (też był lekarzem) zastał ją martwą. Sama sobie założyła kroplówkę z potasem i zatrzymała zegar na godzinie zgonu. Może jej pierwotna duża aktywność, ale potem nagłe obniżenie nastroju z towarzyszącymi zmianami w relacjach z pacjentami, dla uważnego psychologa, a może i dla nas, gdy już o tym wiemy, byłyby sygnałem, że zachorowała na zespół wypalenia zawodowego, który - jak wiadomo - czasami kończy się samobójstwem. Musiała mieć dużo czasu, by wymyślić, a potem wyreżyserować i zrealizować piękne (?) odejście profesjonalisty-lekarza. Tylko dlaczego tak młodo? Dlaczego nikt jej nie pomógł, gdy był na to czas? Pozostaliśmy z tymi pytaniami i wyrzutami sumienia na całe życie.

Śmierć lekarzy podczas wycieczek z szerokim oddźwiękiem w masmediach

Autorzy zdecydowali się poruszyć ten temat z uwagi na fakt, że takie przypadki uznawane są za newsy w masmediach – wraz z szerokimi relacjami, w tym zdjęciami z pogrzebów.

Śmierć lekarki podczas kąpieli w Tajlandii w strefie przeznaczony dla motorówek

Profesor medycyny wraz ze swoim mężem, lekarzem i grupą przyjaciół była na wycieczce objazdowej po kilku krajach Azji Południowo-Wschodniej. Do Tajlandii przyłączyli się z Singapuru. W piątek o godz. 14 mieli wyruszyć w dalszy rejs. Ich następnym

przystankiem miała być Kambodża. Niestety, w piątek rano wg miejscowego czasu poznańska lekarka tragicznie zmarła w Tajlandii. Według pattayaone.net Pani profesor kąpała się w strefie przeznaczonej dla motorówek, gdzie pływanie nie jest dozwolone. O zagrożeniu informowały boje umieszczone w wodzie. Kiedy lekarka pływała w pobliżu jednej z łodzi, jej kapitan Khun Mongkol uruchomił silnik. Kobieta została wciągnięta pod wodę i raniona przez śmigło silnika. Lekarzom z miejscowego szpitala nie udało się uratować lekarki [8].

Śmierć małżeństwa lekarskiego podczas katastrofy statku wycieczkowego w Tajlandii

Około dwóch tysięcy osób wzięło udział w sobotę w południe w pogrzebie lekarskiego małżeństwa ze Stalowej Woli, którzy zginęli 3 listopada podczas katastrofy statku wycieczkowego w Tajlandii. Na zakończenie nabożeństwa zastępca dyrektora szpitala do spraw lecznictwa dr Andrzej Komsa zaprezentował sylwetki zmarłych lekarzy. Wzruszające wspomnienie o "Antosiu i Lidzi" miał kardiolog dr Marek Ujda. Powiedział nie tylko o dużej wiedzy i umiejętnościach medycznych Antoniego, który był chirurgiem i Lidii, mającej rzadką specjalizację pediatry neurologa, ale także o ich zaangażowaniu w ruch związkowy "Solidarność", bezkompromisowości w sprawach moralnych i etycznych [9].

Jak żyć pełnią życia i nie wypalić się zawodowo?

Czy my, lekarze, musimy tak żyć, żeby w krótkim czasie się wypalić zawodowo i żeby zasób naszych sił witalnych szybko się wyczerpał? Nie, istnieją zalecenia profilaktyczne w tym obszarze i tylko od nas zależy, czy się do nich zastosujemy. Niechaj więc przyświeca nam hasło: „nie dajmy się”. Według przekazów od starszych pokoleń, kiedyś lekarz to był człowiek, który świecił przykładem a przy tym był inteligentny, dobry i uczynny. Szanował swoje zdrowie i dbał o zdrowie swoich pacjentów, i stale się doksztalcał. Szanował swoje zdrowie i dbał o zdrowie swoich pacjentów, ale też zarabiał w miarę godziwie. Na przykład Janusz Korczak, za porady lekarskie udzielane ludziom zamożnym, brał sowite wynagrodzenie, by móc leczyć biedaków bez zapłaty.

W dzisiejszych czasach prawie wszystko się zmieniło. Źle opłacana praca na jednym etacie powoduje, że my, lekarze, zatracamy swoją osobowość. Stajemy się „robotami”, które ciągle pracują, aby zapewnić byt rodzinie. A czasami chcemy żyć na poziomie ludzi o innych zawodach, np. porównujemy siebie z bankowcami, co przy dostępie do przedmiotów luksusu

stanowi pokusę do niespokojnego życia na kredyt. Przy tym lekarze w wieku emerytalnym, którzy pracowali przez całe życie na jednym etacie, mają często tak niskie emerytury, że muszą pracować dalej. Czasami nie mają potrzeby finansowej, ale zafiksowani na swojej pracy nie potrafią bez niej żyć. Dlatego często pracują w wieku emerytalnym na źle opłacanych etatach.

I na koniec po tak ciężkiej pracy przychodzi nieunikniona śmierć. I jakie wnioski wynikają z powyższych rozważań o śmierci lekarzy? Czy sprawdza się znane powiedzenie „Jakie życie taka śmierć” sugerujące, że nasza śmierć jest bardzo podobna do naszego życia? No i na koniec, jaka pamięć po nas pozostaje i na jak długo? Z naszych obserwacji wynika, że o wielu zmarłych lekarzach nie można znaleźć żadnych informacji w Internecie, w tym ich zdjęć.

Podsumowanie i wnioski

1. Lekarze w Polsce często mają istotne problemy zdrowotne i żyją krócej niż ogół populacji.
2. Lekarze często umierają nagle, zdarza się że w pracy, nierzadko w zapomnieniu. Pamięć o zmarłych lekarzach często zbyt szybko ulega zapomnieniu – dlatego tak ważne jest pisanie pamiętników lekarzy.
3. Tryb życia lekarzy powodowany pogonią za zarobkami, z obciążeniem biurokracją, sprzyja wypaleniu zawodowemu.
4. Lekarzom należy często przypominać Kodeks Etyki Lekarskiej, jak i humanistyczne wypowiedzi mistrzów zawodu lekarskiego przepełnionych troską o dobro pacjentów, chociażby Alberta Schweitzera: „*Jestem życiem, które pragnie żyć, pośród życia, które pragnie żyć.*”
5. Istnieje potrzeba większej ilości przedmiotów psychologicznych w programie kształcenia lekarzy w uniwersytetach medycznych oraz programach specjalizacyjnych dla lekarzy, co znajduje potwierdzenie w dużym zainteresowaniu na konferencjach z psychosomatyki i psychologii zdrowia dla lekarzy. Nie chodzi wyłącznie o przygotowanie psychologiczne do pracy z pacjentem (zbieranie wywiadu chorobowego, komunikacja interpersonalna, „trudny” pacjent, kontakt z rodziną, przekazywanie diagnozy, opieka nad pacjentem terminalnym), ale też pomoc psychologiczna - warsztaty dla lekarzy celem: lepszego radzenia sobie ze stresem,

rozwijania umiejętności dbania o własne zdrowie (łac. „*medice cura te ipsum*” – „lekarzu, lecz się sam”), nabycia umiejętności rozróżniania konfliktów, umiejętności poszukiwania wsparcia itp., przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Piśmiennictwo

1. Gdynia: lekarz z zarzutem zabicia swojej żony, zmarła też była lekarzem, Gazeta Pomorska/Rynek Zdrowia, 30 października 2016.
2. John Bodkin Adams. https://pl.wikipedia.org/wiki/John_Bodkin_Adams, data pobrania 15.03.2017.
3. Bedford S.: *The Trial of Dr. Adams*, Grove Press, 1958.
4. Fala samobójstw wśród lekarzy. Zrzucają winę na pacjentów. Leki są nieskuteczne. http://www.se.pl/wiadomosci/polska/fala-samobojstw-wsrod-lekarzy-zrzucaja-wine-na-pacjentow-leki-sa-nieskuteczne_971991.html, data pobrania 15.03.2017.
5. Zestresowani rezydenci – co trzeci z depresją. <http://dentonet.pl/zestresowani-rezydenci-co-trzeci-z-depresja/>, data pobrania 15.03.2017.
6. Zawody o najwyższym wskaźniku samobójstw. <http://www.biznes.banzaj.pl/Zawody-o-najwyzszym-wskazniku-samobojstw-102606.html>, data pobrania 15.03.2017.
7. Zamość: Śmierć lekarza. <http://www.kronikatygodnia.pl/wiadomosci/381,zamosc-smierc-lekarza>, data pobrania 15.03.2017.
8. Głos Wielkopolski: <http://www.gloswielkopolski.pl/artykul/737861,tajski-portal-o-smierci-prof-wandy-horstsikorskiej,id,t.html>, data pobrania 15.03.2017.
9. <http://www.echodnia.eu/podkarpackie/wiadomosci/stalowa-wola/art/8735545,pogrzeb-tragicznie-zmarlego-w-tajlandii-malzenstwa-lekarzy-zdjecia,id,t.html>, data pobrania 15.03.2017.

Ospa party – przejaw rodzicielskiej troski czy skrajnej bezmyślności

Śleziona Mariola¹, Graf Lucyna¹, Foltyn Agnieszka¹, Wawros Karina², Gawłów – Nowak Lilianna², Karczewska Olimpia², Sternik Anna², Szurlej Dariusz³, Sejboth Justyna³, Mroczkowska Renata⁴

1. Studium Doktoranckie, Zakład Filozofii i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny
3. Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Zakład Anestezjologii Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny
4. Klinika Wad Wrodzonych Serca i Kardiologii Dzieci, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny

Wstęp

Choroby zakaźne zwykle budzą lęk wśród społeczeństwa, ze względu na szybkość rozprzestrzeniania się, liczne powikłania, a czasem nawet zagrożenie dla życia chorego. Zwykle podejmuje się szeroko pojęte działania prewencyjne, które mają zapobiegać szerzeniu się chorób zakaźnych, np. ospy wietrznej. Od pewnego czasu w Polsce rozpowszechniła się wśród rodziców małych dzieci moda na spotkania towarzyskie z ich udziałem, będące jednocześnie okazją do zainfekowania dzieci chorobą zakaźną. „Ospa - party” jest rodzajem przyjęcia organizowanego przez rodziców dzieci zdrowych i chorych na ospę wietrzną. Celem takiego spotkania jest umyślne zakażenie dzieci zdrowych wirusem VZV (*Varicella zoster virus* - wywołującym ospę wietrzną oraz półpasiec) i spowodowanie u nich rozwoju choroby. Istnieje bowiem pogląd, że przechorowanie ospy we wczesnym dzieciństwie ma znacznie łagodniejszy przebieg i obarczone jest mniejszą ilością powikłań. Rodzice dokładają zatem starań, by wystawić swoje pociechy na działanie wirusa, w czasie tego typu imprez i są przekonani, że w ten sposób zabezpieczają je przed zagrożeniami związanymi z rozwojem choroby w wieku dorosłym. Moda na tego rodzaju spotkania przeniknęła do Polski z USA. Amerykanie za pośrednictwem Internetu i portali

społecznościowych rozsyłali dokładny opis, jak takie przyjęcie dla dzieci zorganizować oraz informacje o możliwości nabycia lizaków i cukierków zakażonych wirusem VZV. Wymieniano się też zabawkami lub ubrankami zakażonych dzieci. Rodzice biorący udział w tego typu przedsięwzięciach przekonani są o słuszności swego postępowania i oceniają je, jako działanie korzystne dla bezpieczeństwa zdrowotnego dziecka. Nie ulega jednak wątpliwości, że rozprawianie przedmiotów skażonych wirusem VZV, jest zagrożeniem epidemiologicznym. Przesyłanie na zamówienie tego typu rzeczy jest niedozwolone i karalne, gdyż przekazywanie w ten sposób materiału biologicznie czynnego (zakaźnego), bez odpowiednich zabezpieczeń jest przestępstwem. Stanowi bowiem zagrożenie wybuchu epidemii [1]

Cel pracy

Celem pracy było zwrócenie uwagi, na konsekwencje celowej ekspozycji dziecka na działanie herpeswirusa VZV oraz możliwości bezpieczniejszej formy budowania odporności dziecka, przez szczepienia ochronne.

Rozwinięcie

Ospa wietrzna - epidemiologia

Ospa wietrzna jest jedną z najczęstszych chorób zakaźnych wieku dziecięcego. Chorują na nią zwykle dzieci w wieku od 1-14 lat, ale można się nią zakazić i w późniejszym, a nawet dorosłym wieku. Choroba jest powodowana przez wirus *Varicella zoster* (VZV), należący do otoczkowych DNA – wirusów z rodziny *Herpesviridae* (najmniejszy poznany ludzki wirus)[2]. Jest to wirus o wybitnej zakaźności sięgającej 90%. Okresowe epidemie odnotowuje się co 2-5 lat. Zachorowalność na ospę zwiększa się na przełomie zimy i wiosny. W Europie choruje na tę chorobę blisko 90% dzieci do 12. roku życia, a w Polsce rocznie zgłaszanych jest 160-190 tysięcy nowych przypadków [3,4]. Okres inkubacji wirusa wynosi 10-21 dni, a droga transmisji może być kropelkowa (wziewna), poprzez przedmioty dotykane przez osoby zakażone oraz wertykalna (z matki na dziecko). Osoba jest zakaźna na 1-2 dni przed wystąpieniem ospowych wykwitów skórnych, aż do chwili całkowitego ich przyschnięcia. Przechorowanie ospy wietrznej powoduje, że wirus pozostaje w komórkach zwojowych korzeni grzbietowych w postaci latentnej. Jeśli dojdzie w przyszłości do gwałtownego spadku aktywności układu immunologicznego u osób, które zakażone były

wirusem VZV, może spowodować to reaktywację wirusa i rozwój choroby zwanej półpaścem. Powszechnie uznaje się, że przechorowanie ospy wietrznej wyposaża organizm człowieka, w trwałą odporność przeciw tej chorobie. Badania wykazały jednak, że 1 na 500 osób może zachorować na ospę wietrzną powtórnie. Zatem przechorowanie ospy nie daje gwarancji wytworzenia pełnej odporności przeciw wirusowi VZV [5].

Objawy choroby

Ospa wietrzna to choroba, która manifestuje się symptomami ogólnoustrojowymi, niespecyficznymi i typowymi dla tego rodzaju zakażenia zmianami skórnymi.

- choroba zaczyna się objawami prodromalnymi typowymi dla większości infekcji (ogólne złe samopoczucie, osłabienie, brak łaknienia, uczucie rozbicia, bóle głowy, zmęczenie, mdłości, luźne stolce),
- mogą pojawić się objawy typowe dla infekcji górnych dróg oddechowych (kaszel, ból i drapanie w gardle, utrudnione przełykanie, nieżyt nosa, utrudnione oddychanie),
- następnie pojawiają się typowe dla ospy zmiany skórne (początkowo czerwone plamki, potem grudki, pęcherzyki wypełnione płynem surowicznym, aż wreszcie przyschnięte, przybierają postać strupków),
- zmianom skórnym towarzyszy silny świąd skóry nasilający się nocą,
- wysiewom kolejnych „rzutów” wykwitów ospowych może towarzyszyć wzrost temperatury ciała (38-39⁰C),
- zmiany pęcherzykowe mogą być skąpe i dotyczyć tylko określonych powierzchni ciała lub rozsiane po całym ciele oraz błonach śluzowych. Wysypka najczęściej pojawia się najpierw na tułowiu, a następnie na policzkach, ramionach, skórze głowy i udach. Czasem atakuje także okolice oczu i ust, krtani, błon śluzowych jelit, warg sromowych, okolice ujścia cewki moczowej, rzadziej występuje na spojówkach i strunach głosowych.

Ospa wietrzna może mieć przebieg łagodny, wówczas nasilenie objawów jest niewielkie i niekoniecznie wszystkie muszą towarzyszyć przebiegowi choroby lub jej przebieg może być ciężki i obarczony niebezpiecznymi powikłaniami [6,7].

Powikłania w przebiegu ospy wietrznej

Choroby wirusowe są nieprzewidywalne w swym przebiegu, jak same wirusy, które mogą ulegać mutacjom i posiadają duże zdolności przystosowawcze. Ich przebieg może mieć

charakter powikłany i prowadzić do licznych groźnych następstw, ze śmiercią pacjenta włącznie. Od 2008 roku obserwuje się znaczny wzrost hospitalizacji z powodu powikłanego przebiegu ospy. Choroba może mieć ciężki przebieg, prowadzący do groźnych powikłań, takich jak [8-10]:

- bakteryjne ropne zakażenie skóry (najczęściej dochodzi do nadkażenia bakteryjnego zmian skórnych, wywoływanych głównie przez paciorkowce grupy A oraz gronkowca złocistego, prowadzące do zakażeń inwazyjnych, z sepsą włącznie),
- zapalenie ucha środkowego,
- zapalenie węzłów chłonnych,
- zapalenie mózgu lub mózdzku, opon mózgowych, rdzenia kręgowego (następstwem tych zmian mogą być poważne deficyty neurologiczne),
- zapalenie mięśnia sercowego,
- zapalenie płuc, opłucnej,
- zapalenie wątroby,
- zapalenie stawów,
- małopłytkowość
- trwałe blizny.

Profilaktyka ospy wietrznej

„Ospa - party” nie jest działaniem profilaktycznym, gdyż nie zapobiega wystąpieniu choroby (wręcz ją inicjuje), choć w przeświadczeniu rodziców dzieci uczestniczących w „przyjęciach z wirusem” mają one spowodować odporność ich pociech na działanie wirusa w wieku dorosłym. Właściwa profilaktyka przeciw ospie opiera się przede wszystkim na szczepieniach ochronnych, które w Polsce zamieszczone są w kalendarzu szczepień jako obowiązkowe, dla określonych grup ludzi, zwiększonego ryzyka ciężkiego przebiegu choroby i jako zalecane dla pozostałych osób. W 2017 roku szczepienie przeciw ospie wietrznej jest refundowane i obowiązkowe dla:

- dzieci powyżej 12. roku życia, z upośledzeniem odporności o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu choroby, z ostrą białaczką limfoblastyczną w okresie remisji, zakażonych HIV, przed leczeniem immunosupresyjnym lub chemioterapią,
- dzieci do 12. roku życia, które nie chorowały na ospę wietrzną, a należą do otoczenia tych z grup szczególnego ryzyka,

- ze względu na czynniki środowiskowe (czasowe lub stałe przebywanie w skupiskach osób, potencjalnie zagrożonych ryzykiem wystąpienia choroby), szczepieniom obowiązkowo poddawane są dzieci z domów dziecka, w żłobkach i domach małego dziecka,
- osób z upośledzoną odpornością przebywających w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach opiekuńczo-leczniczych, rodzinnych domach dziecka,
- domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, domach pomocy społecznej, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych, interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych.

Szczepienie zaleca się również osobom, które [12,13]:

- jeszcze nie chorowały na ospę wietrzną, mają częsty kontakt z dziećmi (możliwość zakażenia się od nich),
- kobietom planującym zajście w ciążę, jeśli nie chorowały na ospę wietrzną (ryzyko uszkodzenia płodu przez wirus VZV, spowodowanie wad rozwojowych, poronień i powikłań).

W Polsce dostępna jest jedna szczepionka monowalentna przeciwko ospie wietrznej - Varilrix. Zawiera ona żywe wirusy, ale znacznie osłabione, aby nie wywołać u zdrowych dzieci choroby. Podaje się również szczepionkę poczwórną przeciwko odrze, śwince, różyczce i ospie. Obie szczepionki podaje się w postaci zastrzyku podskórnego. Przeciw wirusowi VZV zdrowe dzieci można już szczepić od 9. miesiąca życia. Optymalnym okresem do zaszczepienia dziecka jest 13.-23. miesiąc życia, druga dawka między 14.-24. miesiącem życia, z zachowaniem przerwy 6. tygodniowej między kolejnymi dawkami szczepionki. Jeśli wystąpi problem z podaniem drugiej dawki po 6 tygodniach, należy ją uzupełnić, najszybciej jak jest to możliwe [14].

Jeśli dojdzie do kontaktu osoby z wirusem VZV, a chce się ona uchronić przed rozwojem choroby, wówczas należy podać szczepionkę do 72 godzin od ekspozycji. Skuteczność takiego działania jest oceniana wysoko (na 90%).

Jeśli jednak dojdzie do rozwoju choroby, dzięki profilaktyce poekspozycyjnej, jej przebieg jest znacznie łagodniejszy i niepowikłany. Szczepienie zmniejsza również możliwość zachorowania w późniejszym okresie na półpasiec.

Jeżeli ekspozycji uległa osoba, której nie można zaszczepić (np. kobieta ciężarna), należy podać hiperimmunizowaną immunoglobulinę przeciw ospie ((VZIG) [15].

Rachunek zysków i strat w przypadku szczepień ochronnych jest jednym z najbardziej korzystnych, ze wszystkich medycznych interwencji, jakie znamy. Jednak jak każda medyczna interwencja obarczona jest pewnym ryzykiem, znacznie mniejszym jednak niż wystawianie dziecka na działanie wirusa VZV. Szczepionki nie należy podawać w przebiegu ostrych i ciężko przebiegających infekcji z gorączką. U osób zdrowych obecność łagodnej infekcji nie jest przeciwwskazaniem do zastosowania szczepionki. Przeciwwskazane jest również wykonanie szczepienia u osób, z liczbą limfocytów poniżej $1200/\text{mm}^3$, lub z innymi objawami upośledzenia odporności komórkowej. Nie należy jej również stosować u kobiet w ciąży (należy unikać zajścia w ciążę przez trzy miesiące po podaniu szczepionki). Innym przeciwwskazaniem do zastosowania szczepionki przeciw ospie wietrznej jest układowa nadwrażliwość na neomycynę lub wykryte chłoniaki i inne nowotwory z zajęciem szpiku czy układu chłonnego. Istotne jest również uzyskanie informacji, czy osoba poddająca się szczepieniu, nie otrzymała niedawno ludzkiej gammaglobuliny lub nie przetoczono jej krwi, ponieważ wówczas należy odroczyć szczepienie na trzy miesiące. Powodem takiego postępowania jest obawa, iż może nie dojść do wytworzenia odporności z powodu obecności nabytych biernie przeciwciał przeciwko ospie wietrznej. Zaszczepione osoby powinny być również poinformowane o tym, żeby przez okres sześciu tygodni od przyjęcia szczepionki nie przyjmowały leków, będących pochodnymi kwasu salicyłowego. Istnieją bowiem doniesienia, o sporadycznej możliwości wystąpienia zespołu Reye'a, po zastosowaniu pochodnych tego kwasu w trakcie naturalnej postaci ospy wietrznej. Varilrix jest szczepionką, która daje rzadkie i raczej łagodne odczyny poszczepienne. Szczepionka jest dobrze tolerowana i bezpieczna. Niekiedy po szczepieniu mogą wystąpić [16]:

- łagodne odczyny w miejscu wstrzyknięcia szczepionki – zaczerwienienie, obrzęk, bolesność (ok. 20%),
- rumień,
- świąd,
- krwihak,
- stwardnienie i zdrętwienie w miejscu wkłucia,
- przemijająca gorączka (10–15% przypadków),
- wysypka – kilka zmian na skórze (czerwonawych grudek, rzadziej typowych pęcherzyków), które pojawiają się w ciągu 5–26 dni po szczepieniu u 3–5% szczepionych i znikają samoistnie bez śladu,
- znacznie rzadziej: wstrząs anafilaktyczny,

- drgawki gorączkowe.

Ospa wietrzna a ciąża

Należy mieć na uwadze fakt, że dziecko celowo zakażone wirusem ospy, przez jakiś czas nie będzie wykazywało objawów rozwijającej się choroby i prowadzenie go w środowisko innych osób lub przyjmowanie u siebie gości, może być sytuacją ryzykowną. Okazać się bowiem może, że w otoczeniu dziecka, które zdolne jest już zakażać, znajdą się osoby z grup ryzyka ciężkiego przebiegu choroby lub kobiety ciężarne, w przypadku których kontakt z wirusem może mieć poważne następstwa. Zagrożenie dotyczy w tym przypadku nie tylko przyszłej matki, ale również jej nienarodzonego dziecka. Jeśli chodzi o przebieg powikłanej ospy u ciężarnej, może on być ciężki z powodu rozwoju śródmiąższowego zapalenia płuc. W trzecim trymestrze ciąży u kobiet występuje głębsza fizjologiczna immunosupresja, która zwiększa ryzyko zejść śmiertelnych w przebiegu ospy wietrznej [17].

Herpeswirus VZV wykazuje aktywność teratogenną i dlatego stanowi poważne zagrożenie dla nienarodzonego dziecka: niską masę urodzeniową, wady wzroku, układu kostnego, szczałkowe palce, może być przyczyną opóźnień psychoruchowych w rozwoju dziecka lub małogłowia (zespół wrodzonej ospy wietrznej). Częstość embriopatii ospowej wynosi około 0,4% przed 13. tygodniem oraz 2% w 13.–20. tygodniu ciąży. Do zakażenia okołoporodowego może dojść wówczas, gdy wirus skolonizuje organizm matki pomiędzy 5. dniem przed porodem a 2. dniem po nim. Wówczas również może u dziecka rozwinąć się noworodkowa ospa wietrzna, gdyż matka nie zdąży dziecku przekazać przeciwciał, ponieważ nie rozwinęła się u niej jeszcze odpowiedź immunologiczna [18]. Ospa wietrzna u noworodków ma zwykle ciężki przebieg i obarczona jest dużą śmiertelnością (około 30%) [19]. Ciężarna po kontakcie z wirusem ospy powinna otrzymać do 96 godzin VZIG - immunoglobulinę przeciw wirusowi VZV (Varitect) i być obserwowana przez cztery tygodnie, gdyż podanie jej nie zapobiega w 100% wystąpieniu pierwotnego zakażenia VZV. Varitect jest to 10% roztwór immunoglobuliny ludzkiej, do podawania we wlewach dożylnych, z wysokim mianem przeciwciał VZV (dawkowanie w profilaktyce: 0,2 – 1 ml/kg masy ciała) [20].

Podsumowanie

Niepokojące zjawisko zwane „ospa - party” jest krytykowane przez lekarzy (głównie specjalistów chorób zakaźnych), jako forma budowania odporności dziecka.

Wystawienie dziecka na działanie wirusa zawsze niesie ze sobą ryzyko powikłań, znacznie częściej niż w przypadku profilaktyki czynnej. W przypadku szczepień przeciw ospie wietrznej, poważne powikłania zdarzają się niezwykle rzadko (1 przypadek na 100 000 szczepień). Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), celowe zakażenie dzieci wirusem VZV oraz rezygnacja ze szczepień przeciw tej chorobie, może spowodować gwałtowny wzrost zachorowań, a nawet zagrożenie epidemią (jak w przypadku chorób, takich jak odra, którą uznano za wygasającą na pewnych obszarach, a która wznowiła swą aktywność z powodu zmniejszonej ilości szczepień ochronnych). Dnia 18 lutego 2010 roku Minister Zdrowia w Polsce zatwierdził zmianę rejestracyjną uwzględniającą wprowadzenie obowiązkowego, dwudawkowego schematu szczepienia preparatem Varilrix™. Badania kliniczne wykazały, istotne zwiększenie odpowiedzi immunologicznej po podaniu dwóch dawek szczepionki [21, 22]. Ludzie działający w ruchach anty - szczepionkowych głoszą teorię o szkodliwości szczepień ochronnych, przypisując im wywoływanie autyzmu i innych poważnych powikłań. Analizują skład szczepionek i doszukują się w nich szkodliwych związków. Badania dowiodły, że przypisywanie szczepieniom powodowanie autyzmu jest zupełnie bezpodstawne (koincydencja nie oznacza związku przyczynowo – skutkowego). Skład szczepionek jest również szczegółowo badany i udoskonalany, a zawarte w nich substancje uznawane za szkodliwe, pieczołowicie dobierane i sprawdzane. Budząca kontrowersję rtęć występująca w śladowych ilościach w składzie szczepionek (w trimersalu), to etylortęć mniej szkodliwa dla organizmu człowieka i wypłukiwana z niego w całości niż metylortęć, zawarta w tak lubianym przez wielu tuńczyku. Powszechnie wiadomo jest, że trucizna od lekarstwa różni się tylko dawką i to mając na względzie, opracowuje się skład szczepionek [23,24].

Zdaniem dr n. med. Pawła Grzesiowskiego, specjalisty II stopnia z pediatrii, eksperta w dziedzinie immunologii, profilaktyki i terapii zakażeń, umyślne narażenie swego dziecka na chorobę, której przebiegu nie sposób przewidzieć, budzi poważne wątpliwości natury etycznej oraz prawnej. Rodzice bowiem, w świetle swoich praw i obowiązków, winni zapewnić dziecku jak najlepsze warunki wzrostu i rozwoju, jak również chronić je przed chorobami i wszelkimi niebezpieczeństwami (w tym powikłaniami choroby, z zagrożeniem życia włącznie). Takie działania rodziców można by potraktować jako zaniedbania opiekuńcze, powodujące możliwość zagrożenia dla bezpieczeństwa dziecka. Przyjęcia typu „ospa - party” to zatem stawianie na szali zdrowia i życia dziecka. To żadna alternatywa dla szczepień ochronnych, które nie dopuszczają do choroby i zagrożeń związanych z powikłaniami, to „immunologiczna ruletka”, w której stawką jest zdrowie i życie dzieci [25].

Ze względów prawnych, decyzja rodziców o uczestnictwie ich dziecka w przyjęciu, które ma skutkować rozwojem choroby jest również wątpliwa. Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego, dotyczące przypadków celowego zakażenia przez rodziców swoich dzieci chorobami zakaźnymi, w trakcie „ospa-party” jest jednoznaczne. Istnieje bowiem zapis - art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, który zapewnia każdemu (również dziecku) prawo do ochrony zdrowia, zaś art. 72 ust. 1 Konstytucji RP nakłada na państwo obowiązek ochrony praw dziecka. Jak zatem do powyższych postanowień mają się zachowania rodziców, które zagrażają prawom dzieci do ochrony ich zdrowia i życia? [26].

Co pewien czas można przeczytać w prasie lub usłyszeć w telewizji o tragicznym finale przyjęć zwanych „ospa - party”. Śmierć dziecka to zbyt wysoka cena za wystawienie go na działanie wirusa ospy wietrznej, choćby intencje były jak najlepsze. Przeciwnicy szczepień mogą argumentować, że w przebiegu niezamierzonego zakażenia wirusem VZV, również w pewnym odsetku przypadków dochodzi do zgonu. Istotnie tak bywa, jednak w sytuacjach spontanicznego zakażenia, rodzice oraz pracownicy ochrony zdrowia mogą robić wszystko, by uchronić dziecko przed poważnymi powikłaniami, a w przypadku śmierci dziecka nie dźwigają odpowiedzialności za inicjację choroby i tragiczne jej następstwo.

Szczepienie ochronne przeciw wirusowi ospy wietrznej chroni nie tylko szczepione dziecko, ale również osoby z jego otoczenia. W szerszym aspekcie, uodpornienie znacznej części populacji daje tzw. ochronę zbiorowiskową. Po raz pierwszy pojęcie to opisano w latach 20. XX wieku i dotyczy ono budowania odporności całej populacji. Wysoki poziom zaszczepienia dzieci przeciw wirusowi ospy wietrznej zabezpiecza osoby wrażliwe z ich otoczenia i prowadzi do sukcesywnej eliminacji wirusa, a w przyszłości nawet do całkowitej eradykacji tej choroby zakaźnej. Histeria anty – szczepionkowa, która w ostatnich latach dotknęła wielu młodych rodziców, stanowi poważne ryzyko rozszerzania się chorób zakaźnych (w tym również ospy wietrznej). Bardzo istotne jest zatem, aby rodzice, którzy rozważają udział własnego dziecka w „przyjęciu z wirusem” uzupełnili swoją wiedzę w zakresie skutków takiego działania (nie tylko tych, w ich rozumieniu pozytywnych, ale również konsekwencji, powikłań i zagrożeń). Bezmyślne uleganie modom, sugestiom czy przekonywaniom znajomych, w kwestii zdrowia własnego dziecka, jest nieodpowiedzialne i może mieć tragiczne skutki. W świetle aktualnej wiedzy medycznej i doniesień o zdecydowanej przewadze szczepień nad opisywanymi praktykami rodziców pytanie, czy „ospa - party” jest przejawem rodzicielskiej troski, czy skrajnej bezmyślności, zdaje się mieć tylko jedną odpowiedź.

Piśmiennictwo

1. ww.poradnikzdrowie.pl/ciaza-i-macierzynstwo/zdrowie-dziecka/ospa-party-ospowe-przyjecia-sa-niebezpieczne-dla-zdrowia-dziecka_35645.html, data pobrania 20.10.2016
2. Heininger U., Sewart J.F.: Varicella, *Lancet*, 2006, 368, 1365-1376.
3. Sengupta N., Booy R., Schmitt H.J. i wsp.: Varicella vaccination in Europe: are we ready for a universal childhood programme? *Eur. J. Pediatr.*, 2008, 167, 47-55.
4. Mueller N.H., Gilden D.H., Cohrs R.J. i wsp.: Varicella zoster virus infection: clinical features, molecular pathogenesis of disease, and latency, *Neurol. Clin.*, 2008, 26, 675-697.
5. Gershon A.A.: Second episodes of varicella: degree and duration of immunity, *Pediatr. Infect. J. Dis.*, 1990, 9, 306.
6. Duszczyk E., Talarek E., Marczyńska M.: Ospa wietrzna – powikłania, profilaktyka, *Zakażenia*, 2011, 2, 136-140.
7. Weisberg S.S.: Varicella-zoster infections, *Dis. Mon.*, 2007, 53, 522-528.
8. Cameron J.C., Allan G., Johnston F. i wsp.: Severe complications of chickenpox in hospitalized children in the UK and Ireland. *Arch. Dis. Child*, 2007, 92, 1062-1066.
9. Jankowska-Folusiak J.: Powikłania ospy wietrznej u dzieci – prezentacja wybranych przypadków, *Przegl. Pediatr.*, 2011, 41, 86-89.
10. Kopyta I., Wojaczyńska-Stanek K., Marszał E.: Ospa wietrzna – powikłania ze strony ośrodkowego układu nerwowego, *Wiad. Lek.*, 2007, 60, 470-474.
11. Komunikat GIS z dnia 29 października 2012 r. (poz. 78)– załącznik: Program Szczepień Ochronnych na rok 2013. Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. *DzU nr 234, poz. 1570 z późn. zm.*
12. <http://www.mjakmama24.pl/kalendarz-szczepien/>, data pobrania 27.02.2017.
13. Jackowska T., Chybicka A., Czajka H. i wsp.: Rekomendacje zespołu ekspertów dotyczące stosowania dwudawkowego schematu szczepień przeciw ospie wietrznej, *Pediatr. Pol.*, 2010, 85, 243-250.
14. Marin M., Güris D., Chaves S.S. i wsp.: Prevention of varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), *MMWR Recomm. Rep.* 2007, 56, 1-40.
15. <http://www.mederi.malbork.net.pl/system/data/upfiles/vari.pdf>, ww.przychodniaojcapi.pl/ospa-wietrzna, data pobrania 21.10.2016.

16. Sauerbrei A., Wutzler P.: Herpes simplex and varicella-zoster virus infections during pregnancy: current concepts of prevention, diagnosis and therapy. Part 1: Herpes simplex virus infections, *Med. Microbiol. Immunol.*, 2007, 196, 2, 89-94.
17. Jurkowska U., Majewska A., Dmoch-Gajzlerska E., Młynarczyk G.: Zakażenie alfaherpeswirusami u kobiet w ciąży i ryzyko okołoporodowego zakażenia płodu i noworodka, *Nowa Pediatria*, 2011, 3, 68-69.
18. Meldunki epidemiologiczne za lata 2007–2012. Zakład Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH, Warszawa, 2012.
19. Enders G., Miller E.: Varicella and herpes zoster in pregnancy and the newborn, [In:] *Varicella Zoster Virus Virology and Clinical Management*. Arvin A.M., Gershon A.A. (ed.) Cambridge University Press, Cambridge, 2000, 317–347.
20. Czajka H., Schuster V., Zepp F., Esposito S., Douha M., Willems P.: A combined measles, mumps, rubella and varicella vaccine (Priorix-Tetra): immunogenicity and safety profile, *Vaccine*, 2009, 27, 6504–6511.
21. [Zdrowie.pl/ciaza-i-macierzynstwo/zdrowie-dziecka/ospa-party-ospowe-przyjecia-sa-niebezpieczne-dla-zdrowia-dziecka_35645.html](http://zdrowie.pl/ciaza-i-macierzynstwo/zdrowie-dziecka/ospa-party-ospowe-przyjecia-sa-niebezpieczne-dla-zdrowia-dziecka_35645.html), data pobrania 23.10.2016.
22. Schmid D.S., Jumaan A.O.: Impact of varicella vaccine on varicella-zoster virus dynamics, *Clin. Microbiol. Rev.*, 2010, 23, 202-217.
23. Marin M., Güris D., Chaves S.S. i wsp.: Prevention of varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), *MMWR Recomm. Rep.*, 2007, 56, 1-40.
24. <http://natemat.pl/79403,zatroskani-rodzice-celowo-zarazaja-swoje-dzieci-ospa-party-i-zakazone-lizaki-coraz-popularniejsze>, data pobrania 21.10.2016.
25. http://gis.gov.pl/images/ep/stanowiska_komentarze_szczepienia/komentarz_gis_dot_ospa-party-na_str_copy.pdf, data pobrania 20. 03.2017.
26. Rashid, H., Khandaker G., Booy R.: Vaccination and herd immunity: what more do we know? *Curr. Opin. Infect. Dis.*, 2012, 25, 3, 243–249.

Ospa party – przejaw rodzicielskiej troski czy skrajnej bezmyślności

Śleziona Mariola¹, Graf Lucyna¹, Fołtyn Agnieszka¹, Wawros Karina², Gawłów – Nowak Lilianna², Karczewska Olimpia², Sternik Anna², Szurlej Dariusz³, Sejboth Justyna³, Mroczkowska Renata⁴

1. Studium Doktoranckie, Zakład Filozofii i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny
3. Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Zakład Anestezjologii Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny
4. Klinika Wad Wrodzonych Serca i Kardiologii Dzieci, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny

Wstęp

Choroby zakaźne zwykle budzą lęk wśród społeczeństwa, ze względu na szybkość rozprzestrzeniania się, liczne powikłania, a czasem nawet zagrożenie dla życia chorego. Zwykle podejmuje się szeroko pojęte działania prewencyjne, które mają zapobiegać szerzeniu się chorób zakaźnych, np. ospy wietrznej. Od pewnego czasu w Polsce rozpowszechniła się wśród rodziców małych dzieci moda na spotkania towarzyskie z ich udziałem, będące jednocześnie okazją do zainfekowania dzieci chorobą zakaźną. „Ospa - party” jest rodzajem przyjęcia organizowanego przez rodziców dzieci zdrowych i chorych na ospę wietrzną. Celem takiego spotkania jest umyślne zakażenie dzieci zdrowych wirusem VZV (*Varicella zoster virus* - wywołującym ospę wietrzną oraz półpasiec) i spowodowanie u nich rozwoju choroby. Istnieje bowiem pogląd, że przechorowanie ospy we wczesnym dzieciństwie ma znacznie łagodniejszy przebieg i obarczone jest mniejszą ilością powikłań. Rodzice dokładają zatem starań, by wystawić swoje pociechy na działanie wirusa, w czasie tego typu imprez i są przekonani, że w ten sposób zabezpieczają je przed zagrożeniami związanymi z rozwojem choroby w wieku dorosłym. Moda na tego rodzaju spotkania przeniknęła do Polski z USA. Amerykanie za pośrednictwem Internetu i portali

społecznościowych rozsyłali dokładny opis, jak takie przyjęcie dla dzieci zorganizować oraz informacje o możliwości nabycia lizaków i cukierków zakażonych wirusem VZV. Wymieniano się też zabawkami lub ubrankami zakażonych dzieci. Rodzice biorący udział w tego typu przedsięwzięciach przekonani są o słuszności swego postępowania i oceniają je, jako działanie korzystne dla bezpieczeństwa zdrowotnego dziecka. Nie ulega jednak wątpliwości, że rozprawianie przedmiotów skażonych wirusem VZV, jest zagrożeniem epidemiologicznym. Przesyłanie na zamówienie tego typu rzeczy jest niedozwolone i karalne, gdyż przekazywanie w ten sposób materiału biologicznie czynnego (zakaźnego), bez odpowiednich zabezpieczeń jest przestępstwem. Stanowi bowiem zagrożenie wybuchu epidemii [1]

Cel pracy

Celem pracy było zwrócenie uwagi, na konsekwencje celowej ekspozycji dziecka na działanie herpeswirusa VZV oraz możliwości bezpieczniejszej formy budowania odporności dziecka, przez szczepienia ochronne.

Rozwinięcie

Ospa wietrzna - epidemiologia

Ospa wietrzna jest jedną z najczęstszych chorób zakaźnych wieku dziecięcego. Chorują na nią zwykle dzieci w wieku od 1-14 lat, ale można się nią zakazić i w późniejszym, a nawet dorosłym wieku. Choroba jest powodowana przez wirus *Varicella zoster* (VZV), należący do otoczkowych DNA – wirusów z rodziny *Herpesviridae* (najmniejszy poznany ludzki wirus)[2]. Jest to wirus o wybitnej zakaźności sięgającej 90%. Okresowe epidemie odnotowuje się co 2-5 lat. Zachorowalność na ospę zwiększa się na przełomie zimy i wiosny. W Europie choruje na tę chorobę blisko 90% dzieci do 12. roku życia, a w Polsce rocznie zgłaszanych jest 160-190 tysięcy nowych przypadków [3,4]. Okres inkubacji wirusa wynosi 10-21 dni, a droga transmisji może być kropelkowa (wziewna), poprzez przedmioty dotykane przez osoby zakażone oraz wertykalna (z matki na dziecko). Osoba jest zakaźna na 1-2 dni przed wystąpieniem ospowych wykwitów skórnych, aż do chwili całkowitego ich przyschnięcia. Przechorowanie ospy wietrznej powoduje, że wirus pozostaje w komórkach zwojowych korzeni grzbietowych w postaci latentnej. Jeśli dojdzie w przyszłości do gwałtownego spadku aktywności układu immunologicznego u osób, które zakażone były

wirusem VZV, może spowodować to reaktywację wirusa i rozwój choroby zwanej półpaścem. Powszechnie uznaje się, że przechorowanie ospy wietrznej wyposaża organizm człowieka, w trwałą odporność przeciw tej chorobie. Badania wykazały jednak, że 1 na 500 osób może zachorować na ospę wietrzną powtórnie. Zatem przechorowanie ospy nie daje gwarancji wytworzenia pełnej odporności przeciw wirusowi VZV [5].

Objawy choroby

Ospa wietrzna to choroba, która manifestuje się symptomami ogólnoustrojowymi, niespecyficznymi i typowymi dla tego rodzaju zakażenia zmianami skórnymi.

- choroba zaczyna się objawami prodromalnymi typowymi dla większości infekcji (ogólne złe samopoczucie, osłabienie, brak łaknienia, uczucie rozbicia, bóle głowy, zmęczenie, mdłości, luźne stolce),
- mogą pojawić się objawy typowe dla infekcji górnych dróg oddechowych (kaszel, ból i drapanie w gardle, utrudnione przełykanie, nieżyt nosa, utrudnione oddychanie),
- następnie pojawiają się typowe dla ospy zmiany skórne (początkowo czerwone plamki, potem grudki, pęcherzyki wypełnione płynem surowicznym, aż wreszcie przyschnięte, przybierają postać strupków),
- zmianom skórnym towarzyszy silny świąd skóry nasilający się nocą,
- wysiewom kolejnych „rzutów” wykwitów ospowych może towarzyszyć wzrost temperatury ciała (38-39⁰C),
- zmiany pęcherzykowe mogą być skąpe i dotyczyć tylko określonych powierzchni ciała lub rozsiane po całym ciele oraz błonach śluzowych. Wysypka najczęściej pojawia się najpierw na tułowiu, a następnie na policzkach, ramionach, skórze głowy i udach. Czasem atakuje także okolice oczu i ust, krtani, błon śluzowych jelit, warg sromowych, okolice ujścia cewki moczowej, rzadziej występuje na spojówkach i strunach głosowych.

Ospa wietrzna może mieć przebieg łagodny, wówczas nasilenie objawów jest niewielkie i niekoniecznie wszystkie muszą towarzyszyć przebiegowi choroby lub jej przebieg może być ciężki i obarczony niebezpiecznymi powikłaniami [6,7].

Powikłania w przebiegu ospy wietrznej

Choroby wirusowe są nieprzewidywalne w swym przebiegu, jak same wirusy, które mogą ulegać mutacjom i posiadają duże zdolności przystosowawcze. Ich przebieg może mieć

charakter powikłany i prowadzić do licznych groźnych następstw, ze śmiercią pacjenta włącznie. Od 2008 roku obserwuje się znaczny wzrost hospitalizacji z powodu powikłanego przebiegu ospy. Choroba może mieć ciężki przebieg, prowadzący do groźnych powikłań, takich jak [8-10]:

- bakteryjne ropne zakażenie skóry (najczęściej dochodzi do nadkażenia bakteryjnego zmian skórnych, wywoływanych głównie przez paciorkowce grupy A oraz gronkowca złocistego, prowadzące do zakażeń inwazyjnych, z sepsą włącznie),
- zapalenie ucha środkowego,
- zapalenie węzłów chłonnych,
- zapalenie mózgu lub mózdzku, opon mózgowych, rdzenia kręgowego (następstwem tych zmian mogą być poważne deficyty neurologiczne),
- zapalenie mięśnia sercowego,
- zapalenie płuc, opłucnej,
- zapalenie wątroby,
- zapalenie stawów,
- małopłytkowość
- trwałe blizny.

Profilaktyka ospy wietrznej

„Ospa - party” nie jest działaniem profilaktycznym, gdyż nie zapobiega wystąpieniu choroby (wręcz ją inicjuje), choć w przeświadczeniu rodziców dzieci uczestniczących w „przyjęciach z wirusem” mają one spowodować odporność ich pociech na działanie wirusa w wieku dorosłym. Właściwa profilaktyka przeciw ospie opiera się przede wszystkim na szczepieniach ochronnych, które w Polsce zamieszczone są w kalendarzu szczepień jako obowiązkowe, dla określonych grup ludzi, zwiększonego ryzyka ciężkiego przebiegu choroby i jako zalecane dla pozostałych osób. W 2017 roku szczepienie przeciw ospie wietrznej jest refundowane i obowiązkowe dla:

- dzieci powyżej 12. roku życia, z upośledzeniem odporności o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu choroby, z ostrą białaczką limfoblastyczną w okresie remisji, zakażonych HIV, przed leczeniem immunosupresyjnym lub chemioterapią,
- dzieci do 12. roku życia, które nie chorowały na ospę wietrzną, a należą do otoczenia tych z grup szczególnego ryzyka,

- ze względu na czynniki środowiskowe (czasowe lub stałe przebywanie w skupiskach osób, potencjalnie zagrożonych ryzykiem wystąpienia choroby), szczepieniom obowiązkowo poddawane są dzieci z domów dziecka, w żłobkach i domach małego dziecka,
- osób z upośledzoną odpornością przebywających w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- zakładach opiekuńczo-leczniczych,
- rodzinnych domach dziecka,
- domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży,
- domach pomocy społecznej,
- placówkach opiekuńczo-wychowawczych,
- regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych,
- interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych.

Szczepienie zaleca się również osobom, które [12,13]:

- jeszcze nie chorowały na ospę wietrzną, mają częsty kontakt z dziećmi (możliwość zakażenia się od nich),
- kobietom planującym zajście w ciążę, jeśli nie chorowały na ospę wietrzną (ryzyko uszkodzenia płodu przez wirus VZV, spowodowanie wad rozwojowych, poronień i powikłań).

W Polsce dostępna jest jedna szczepionka monowalentna przeciwko ospie wietrznej - Varilrix. Zawiera ona żywe wirusy, ale znacznie osłabione, aby nie wywołać u zdrowych dzieci choroby. Podaje się również szczepionkę poczwórnie skojarzoną przeciwko odrze, śwince, różyczce i ospie. Obie szczepionki podaje się w postaci zastrzyku podskórnego. Przeciw wirusowi VZV zdrowe dzieci można już szczepić od 9. miesiąca życia. Optymalnym okresem do zaszczepienia dziecka jest 13.-23. miesiąc życia, druga dawka między 14.-24. miesiącem życia, z zachowaniem przerwy 6. tygodniowej między kolejnymi dawkami szczepionki. Jeśli wystąpi problem z podaniem drugiej dawki po 6 tygodniach, należy ją uzupełnić, najszybciej jak jest to możliwe [14].

Jeśli dojdzie do kontaktu osoby z wirusem VZV, a chce się ona uchronić przed rozwojem choroby, wówczas należy podać szczepionkę do 72 godzin od ekspozycji. Skuteczność takiego działania jest oceniana wysoko (na 90%).

Jeśli jednak dojdzie do rozwoju choroby, dzięki profilaktyce poekspozycyjnej, jej przebieg jest znacznie łagodniejszy i niepowikłany. Szczepienie zmniejsza również możliwość zachorowania w późniejszym okresie na półpasiec.

Jeżeli ekspozycji uległa osoba, której nie można zaszczepić (np. kobieta ciężarna), należy podać hiperimmunizowaną immunoglobulinę przeciw ospie ((VZIG) [15].

Rachunek zysków i strat w przypadku szczepień ochronnych jest jednym z najbardziej korzystnych, ze wszystkich medycznych interwencji, jakie znamy. Jednak jak każda medyczna interwencja obarczona jest pewnym ryzykiem, znacznie mniejszym jednak niż wystawianie dziecka na działanie wirusa VZV. Szczepionki nie należy podawać w przebiegu ostrych i ciężko przebiegających infekcji z gorączką. U osób zdrowych obecność łagodnej infekcji nie jest przeciwwskazaniem do zastosowania szczepionki. Przeciwwskazane jest również wykonanie szczepienia u osób, z liczbą limfocytów poniżej $1200/\text{mm}^3$, lub z innymi objawami upośledzenia odporności komórkowej. Nie należy jej również stosować u kobiet w ciąży (należy unikać zajścia w ciążę przez trzy miesiące po podaniu szczepionki). Innym przeciwwskazaniem do zastosowania szczepionki przeciw ospie wietrznej jest układowa nadwrażliwość na neomycynę lub wykryte chłoniaki i inne nowotwory z zajęciem szpiku czy układu chłonnego. Istotne jest również uzyskanie informacji, czy osoba poddająca się szczepieniu, nie otrzymała niedawno ludzkiej gammaglobuliny lub nie przetoczono jej krwi, ponieważ wówczas należy odroczyć szczepienie na trzy miesiące. Powodem takiego postępowania jest obawa, iż może nie dojść do wytworzenia odporności z powodu obecności nabytych biernie przeciwciał przeciwko ospie wietrznej. Zaszczepione osoby powinny być również poinformowane o tym, żeby przez okres sześciu tygodni od przyjęcia szczepionki nie przyjmowały leków, będących pochodnymi kwasu salicylowego. Istnieją bowiem doniesienia, o sporadycznej możliwości wystąpienia zespołu Reye'a, po zastosowaniu pochodnych tego kwasu w trakcie naturalnej postaci ospy wietrznej. Varilrix jest szczepionką, która daje rzadkie i raczej łagodne odczyny poszczepienne. Szczepionka jest dobrze tolerowana i bezpieczna. Niekiedy po szczepieniu mogą wystąpić [16]:

- łagodne odczyny w miejscu wstrzyknięcia szczepionki – zaczerwienienie, obrzęk, bolesność (ok. 20%),
- rumień,
- świąd,
- krwihak,
- stwardnienie i zdrętwienie w miejscu wkłucia,

- przemijająca gorączka (10–15% przypadków),
- wysypka – kilka zmian na skórze (czerwonawych grudek, rzadziej typowych pęcherzyków), które pojawiają się w ciągu 5–26 dni po szczepieniu u 3–5% szczepionych i znikają samoistnie bez śladu,
- znacznie rzadziej: wstrząs anafilaktyczny,
- drgawki gorączkowe.

Ospa wietrzna a ciąża

Należy mieć na uwadze fakt, że dziecko celowo zakażone wirusem ospy, przez jakiś czas nie będzie wykazywało objawów rozwijającej się choroby i prowadzenie go w środowisko innych osób lub przyjmowanie u siebie gości, może być sytuacją ryzykowną. Okazać się bowiem może, że w otoczeniu dziecka, które zdolne jest już zakażać, znajdują się osoby z grup ryzyka ciężkiego przebiegu choroby lub kobiety ciężarne, w przypadku których kontakt z wirusem może mieć poważne następstwa. Zagrożenie dotyczy w tym przypadku nie tylko przyszłej matki, ale również jej nienarodzonego dziecka. Jeśli chodzi o przebieg powikłanej ospy u ciężarnej, może on być ciężki z powodu rozwoju śródmiąższowego zapalenia płuc. W trzecim trymestrze ciąży u kobiet występuje głębsza fizjologiczna immunosupresja, która zwiększa ryzyko zejść śmiertelnych w przebiegu ospy wietrznej [17].

Herpeswirus VZV wykazuje aktywność teratogenną i dlatego stanowi poważne zagrożenie dla nienarodzonego dziecka: niską masę urodzeniową, wady wzroku, układu kostnego, szczątkowe palce, może być przyczyną opóźnień psychoruchowych w rozwoju dziecka lub małogłowia (zespół wrodzonej ospy wietrznej). Częstość embriopatii ospowej wynosi około 0,4% przed 13. tygodniem oraz 2% w 13.–20. tygodniu ciąży. Do zakażenia okołoporodowego może dojść wówczas, gdy wirus skolonizuje organizm matki pomiędzy 5. dniem przed porodem a 2. dniem po nim. Wówczas również może u dziecka rozwinąć się noworodkowa ospa wietrzna, gdyż matka nie zdąży dziecku przekazać przeciwciał, ponieważ nie rozwinęła się u niej jeszcze odpowiedź immunologiczna [18].

Ospa wietrzna u noworodków ma zwykle ciężki przebieg i obarczona jest dużą śmiertelnością (około 30%) [19].

Ciężarna po kontakcie z wirusem ospy powinna otrzymać do 96 godzin VZIG - immunoglobulinę przeciw wirusowi VZV (Varitect) i być obserwowana przez cztery tygodnie, gdyż podanie jej nie zapobiega w 100% wystąpieniu pierwotnego zakażenia VZV. Varitect jest to 10% roztwór immunoglobuliny ludzkiej, do podawania we wlewach

dożylnych, z wysokim mianem przeciwko VZV (dawkowanie w profilaktyce: 0,2 – 1 ml/kg masy ciała) [20].

Podsumowanie

Niepokojące zjawisko zwane „ospa - party” jest krytykowane przez lekarzy (głównie specjalistów chorób zakaźnych), jako forma budowania odporności dziecka. Wystawienie dziecka na działanie wirusa zawsze niesie ze sobą ryzyko powikłań, znacznie częściej niż w przypadku profilaktyki czynnej. W przypadku szczepień przeciw ospie wietrznej, poważne powikłania zdarzają się niezwykle rzadko (1 przypadek na 100 000 szczepień). Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), celowe zakażenie dzieci wirusem VZV oraz rezygnacja ze szczepień przeciw tej chorobie, może spowodować gwałtowny wzrost zachorowań, a nawet zagrożenie epidemią (jak w przypadku chorób, takich jak odra, którą uznano za wygasającą na pewnych obszarach, a która wznowiła swą aktywność z powodu zmniejszonej ilości szczepień ochronnych). Dnia 18 lutego 2010 roku Minister Zdrowia w Polsce zatwierdził zmianę rejestracyjną uwzględniającą wprowadzenie obowiązkowego, dwudawkowego schematu szczepienia preparatem Varilrix™. Badania kliniczne wykazały, istotne zwiększenie odpowiedzi immunologicznej po podaniu dwóch dawek szczepionki [21, 22]. Ludzie działający w ruchach anty - szczepionkowych głoszą teorię o szkodliwości szczepień ochronnych, przypisując im wywoływanie autyzmu i innych poważnych powikłań. Analizują skład szczepionek i doszukują się w nich szkodliwych związków. Badania dowiodły, że przypisywanie szczepieniom powodowanie autyzmu jest zupełnie bezpodstawne (koincydencja nie oznacza związku przyczynowo – skutkowego). Skład szczepionek jest również szczegółowo badany i udoskonalany, a zawarte w nich substancje uznawane za szkodliwe, pieczołowicie dobierane i sprawdzane. Budząca kontrowersję rtęć występująca w śladowych ilościach w składzie szczepionek (w trimersalu), to etylortęć mniej szkodliwa dla organizmu człowieka i wypłukiwana z niego w całości niż metylortęć, zawarta w tak lubianym przez wielu tuńczyku. Powszechnie wiadomo jest, że trucizna od lekarstwa różni się tylko dawką i to mając na względzie, opracowuje się skład szczepionek [23,24].

Zdaniem dr n. med. Pawła Grzesiowskiego, specjalisty II stopnia z pediatrii, eksperta w dziedzinie immunologii, profilaktyki i terapii zakażeń, umyślne narażenie swego dziecka na chorobę, której przebiegu nie sposób przewidzieć, budzi poważne wątpliwości natury etycznej oraz prawnej. Rodzice bowiem, w świetle swoich praw i obowiązków, winni

zapewnić dziecku jak najlepsze warunki wzrostu i rozwoju, jak również chronić je przed chorobami i wszelkimi niebezpieczeństwami (w tym powikłaniami choroby, z zagrożeniem życia włącznie). Takie działania rodziców można by potraktować jako zaniedbania opiekuńcze, powodujące możliwość zagrożenia dla bezpieczeństwa dziecka. Przyjęcia typu „ospa - party” to zatem stawianie na szali zdrowia i życia dziecka. To żadna alternatywa dla szczepień ochronnych, które nie dopuszczają do choroby i zagrożeń związanych z powikłaniami, to „immunologiczna ruletka”, w której stawką jest zdrowie i życie dzieci [25]. Ze względów prawnych, decyzja rodziców o uczestnictwie ich dziecka w przyjęciu, które ma skutkować rozwojem choroby jest również wątpliwa. Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego, dotyczące przypadków celowego zakażenia przez rodziców swoich dzieci chorobami zakaźnymi, w trakcie „ospa-party” jest jednoznaczne. Istnieje bowiem zapis - art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, który zapewnia każdemu (również dziecku) prawo do ochrony zdrowia, zaś art. 72 ust. 1 Konstytucji RP nakłada na państwo obowiązek ochrony praw dziecka. Jak zatem do powyższych postanowień mają się zachowania rodziców, które zagrażają prawom dzieci do ochrony ich zdrowia i życia? [26].

Co pewien czas można przeczytać w prasie lub usłyszeć w telewizji o tragicznym finale przyjęć zwanych „ospa - party”. Śmierć dziecka to zbyt wysoka cena za wystawienie go na działanie wirusa ospy wietrznej, choćby intencje były jak najlepsze. Przeciwnicy szczepień mogą argumentować, że w przebiegu niezamierzonego zakażenia wirusem VZV, również w pewnym odsetku przypadków dochodzi do zgonu. Istotnie tak bywa, jednak w sytuacjach spontanicznego zakażenia, rodzice oraz pracownicy ochrony zdrowia mogą robić wszystko, by uchronić dziecko przed poważnymi powikłaniami, a w przypadku śmierci dziecka nie dźwigają odpowiedzialności za inicjację choroby i tragiczne jej następstwo.

Szczepienie ochronne przeciw wirusowi ospy wietrznej chroni nie tylko szczepione dziecko, ale również osoby z jego otoczenia. W szerszym aspekcie, uodpornienie znacznej części populacji daje tzw. ochronę zbiorowiskową. Po raz pierwszy pojęcie to opisano w latach 20. XX wieku i dotyczy ono budowania odporności całej populacji. Wysoki poziom zaszczepienia dzieci przeciw wirusowi ospy wietrznej zabezpiecza osoby wrażliwe z ich otoczenia i prowadzi do sukcesywnej eliminacji wirusa, a w przyszłości nawet do całkowitej eradykacji tej choroby zakaźnej. Histeria anty – szczepionkowa, która w ostatnich latach dotknęła wielu młodych rodziców, stanowi poważne ryzyko rozszerzania się chorób zakaźnych (w tym również ospy wietrznej). Bardzo istotne jest zatem, aby rodzice, którzy rozważają udział własnego dziecka w „przyjęciu z wirusem” uzupełnili swoją wiedzę w zakresie skutków takiego działania (nie tylko tych, w ich rozumieniu pozytywnych,

ale również konsekwencji, powikłań i zagrożeń). Bezmyślne uleganie modom, sugestiom czy przekonywaniom znajomych, w kwestii zdrowia własnego dziecka, jest nieodpowiedzialne i może mieć tragiczne skutki. W świetle aktualnej wiedzy medycznej i doniesień o zdecydowanej przewadze szczepień nad opisywanymi praktykami rodziców pytanie, czy „ospa - party” jest przejawem rodzicielskiej troski, czy skrajnej bezmyślności, zdaje się mieć tylko jedną odpowiedź.

Piśmiennictwo

1. ww.poradnikzdrowie.pl/ciaza-i-macierzynstwo/zdrowie-dziecka/ospa-party-ospowe-przyjecia-sa-niebezpieczne-dla-zdrowia-dziecka_35645.html, data pobrania 20.10.2016
2. Heininger U., Sewart J.F.: Varicella, *Lancet*, 2006, 368, 1365-1376.
3. Sengupta N., Booy R., Schmitt H.J. i wsp.: Varicella vaccination in Europe: are we ready for a universal childhood programme? *Eur. J. Pediatr.*, 2008, 167, 47-55.
4. Mueller N.H., Gilden D.H., Cohrs R.J. i wsp.: Varicella zoster virus infection: clinical features, molecular pathogenesis of disease, and latency, *Neurol. Clin.*, 2008, 26, 675-697.
5. Gershon A.A.: Second episodes of varicella: degree and duration of immunity, *Pediatr. Infect. J. Dis.*, 1990, 9, 306.
6. Duszczyk E., Talarek E., Marczyńska M.: Ospa wietrzna – powikłania, profilaktyka, *Zakażenia*, 2011, 2, 136-140.
7. Weisberg S.S.: Varicella-zoster infections, *Dis. Mon.*, 2007, 53, 522-528.
8. Cameron J.C., Allan G., Johnston F. i wsp.: Severe complications of chickenpox in hospitalized children in the UK and Ireland. *Arch. Dis. Child*, 2007, 92, 1062-1066.
9. Jankowska-Folusiak J.: Powikłania ospy wietrznej u dzieci – prezentacja wybranych przypadków, *Przegl. Pediatr.*, 2011, 41, 86-89.
10. Kopyta I., Wojaczyńska-Stanek K., Marszał E.: Ospa wietrzna – powikłania ze strony ośrodkowego układu nerwowego, *Wiad. Lek.*, 2007, 60, 470-474.
11. Komunikat GIS z dnia 29 października 2012 r. (poz. 78)– załącznik: Program Szczepień Ochronnych na rok 2013. Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. DzU nr 234, poz. 1570 z późn. zm.
12. <http://www.mjakmama24.pl/kalendarz-szczepien/>, data pobrania 27.02.2017.

13. Jackowska T., Chybicka A., Czajka H. i wsp.: Rekomendacje zespołu ekspertów dotyczące stosowania dwudawkowego schematu szczepień przeciw ospie wietrznej, *Pediatr. Pol.*, 2010, 85, 243-250.
14. Marin M., Güris D., Chaves S.S. i wsp.: Prevention of varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), *MMWR Recomm. Rep.* 2007, 56, 1-40.
15. <http://www.mederi.malbork.net.pl/system/data/upfiles/vari.pdf>, www.przychodniaojcapi.o.pl/ospa-wietrzna, data pobrania 21.10.2016.
16. Sauerbrei A., Wutzler P.: Herpes simplex and varicella-zoster virus infections during pregnancy: current concepts of prevention, diagnosis and therapy. Part 1: Herpes simplex virus infections, *Med. Microbiol. Immunol.*, 2007, 196, 2, 89-94.
17. Jurkowska U., Majewska A., Dmoch-Gajzlerska E., Młynarczyk G.: Zakażenie alfaherpeswirusami u kobiet w ciąży i ryzyko okołoporodowego zakażenia płodu i noworodka, *Nowa Pediatría*, 2011, 3, 68-69.
18. Meldunki epidemiologiczne za lata 2007–2012. Zakład Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH, Warszawa, 2012.
19. Enders G., Miller E.: Varicella and herpes zoster in pregnancy and the newborn, [In:] *Varicella Zoster Virus Virology and Clinical Management*. Arvin A.M., Gershon A.A. (ed.) Cambridge University Press, Cambridge, 2000, 317–347.
20. Czajka H., Schuster V., Zepp F., Esposito S., Douha M., Willems P.: A combined measles, mumps, rubella and varicella vaccine (Priorix-Tetra): immunogenicity and safety profile, *Vaccine*, 2009, 27, 6504–6511.
21. [Zdrowie.pl/ciaza-i-macierzynstwo/zdrowie-dziecka/ospa-party-ospowe-przyjecia-sa-niebezpieczne-dla-zdrowia-dziecka_35645.html](http://zdrowie.pl/ciaza-i-macierzynstwo/zdrowie-dziecka/ospa-party-ospowe-przyjecia-sa-niebezpieczne-dla-zdrowia-dziecka_35645.html), data pobrania 23.10.2016.
22. Schmid D.S., Jumaan A.O.: Impact of varicella vaccine on varicella-zoster virus dynamics, *Clin. Microbiol. Rev.*, 2010, 23, 202-217.
23. Marin M., Güris D., Chaves S.S. i wsp.: Prevention of varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), *MMWR Recomm. Rep.*, 2007, 56, 1-40.
24. <http://natemat.pl/79403,zatroskani-rodzice-celowo-zarazaja-swoje-dzieci-ospa-party-i-zakazone-lizaki-coraz-popularniejsze>, data pobrania 21.10.2016.
25. http://gis.gov.pl/images/ep/stanowiska_komentarze_szczepienia/komentarz_gis_dot_ospa-party-na_str_copy.pdf, data pobrania 20. 03.2017.

26. Rashid, H., Khandaker G., Booy R.: Vaccination and herd immunity: what more do we know? *Curr. Opin. Infect. Dis.*, 2012, 25, 3, 243–249.

Starzenie się i starość. Umowny próg starości

Brygała Magdalena, Tałaj Anna

Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna, Wydział Nauk o Zdrowiu, kierunek
Pielęgniarstwo

Każdy człowiek dostrzega starość w innym momencie swojego życia i dla każdego wyznacznikiem starości będzie coś innego. Dla jednych starość będzie zaczynała się wraz z nowymi rolami społecznymi, np. zostają dziadkami, przechodzą na emeryturę, a dla innych początkiem starości będą siwe włosy. Jeszcze inni będą się czuć staro gdy zostanie im ustąpione miejsce w autobusie – społeczeństwo pokaże im wtedy, że są starzy, są seniorami. Dla każdego seniora starość ma inne cechy, ponieważ każdy senior jest inny, a starość zwiastują między innymi indywidualne cechy jednostki.

Zjawisko starzenia się pasjonowało ludzi od zarania dziejów. Mity i legendy o wiecznej młodości, długowieczności i nieśmiertelności, podziw dla sędziwych starców, tak wyjątkowych w danych czasach towarzyszą ludzkości od dawna. Rozważania nad starością i śmiercią spotyka się u wielu myślicieli, jak chociażby pochodzącym z I wieku p.n.e. traktacie Cyserona „Katon starszy o starości” [1]. Cyseron w swym dziele zastanawia się nad przyczynami negatywnych i pesymistycznych poglądów na starość i wyodrębnia cztery grupy. Podaje on „(...) kiedy zastanawiam się nad starością, cztery widzę przyczyny, dla których starość zwykliśmy uważać za nieszczęśliwy okres życia: oddala nas od życia czynnego, osłabia siły fizyczne, pozbawia nas wszystkich zmysłowych przyjemności, bliską jest śmierci (...)” [1]. W konkluzji zaś stwierdził, że starość godna jest pochwały, bowiem w miejsce utraconych wartości pojawiają się nowe, cenniejsze, wywiedzione ze zgromadzonej przez jednostkę wiedzy i mądrości życiowej.

Systematyczne badania z zakresu problematyki życia i aktywności ludzi starszych podjęto dopiero u schyłku XIX wieku. Przyczyną tego były zmiany demograficzne – coraz więcej ludzi dożywało starości więc nauka musiała zająć się jej zagadnieniami. Podjęto wysiłek rozpoznawania warunków życia osób starszych i określenia sposobów pomocy społecznej. Interesowano się aktywnością psychospołeczną seniorów i możliwością jej przedłużania. Skupiono się nad zagadnieniami profilaktyki starości i możliwości zapobiegania długotrwałej hospitalizacji osób starszych [2].

Naukowe spojrzenie na zagadnienia starzenia się i starości doprowadziło do wyodrębnienia dziedziny zwanej gerontologią. Gerontologia to nauka interdyscyplinarna o starzeniu się i starości, zajmująca się szerokim zakresem zagadnień, od biologii i genetyki, poprzez medycynę, psychologię, socjologię i demografię. Nazwę „gerontologia” zaproponował w 1903 roku dyrektor Instytutu Pasteura w Paryżu Ilija Miecznikow. Jej nazwa utworzona została ze słów pochodzenia greckiego: *geras* – starość i *geron* – starzec lub mędrzec. Dziedzina medycyny zajmująca się schorzeniami wieku podeszłego to geriatria. Przyjmuje się, że określenie „geriatria” wprowadził w 1909 roku Ignacy Nasher, wiedeński lekarz pracujący w Nowym Jorku. Wtedy to powstało pierwsze na świecie Towarzystwo Geriatryczne (*Geriatric Society*), które rozpoczęło publikowanie pierwszego specjalistycznego czasopisma pod tytułem „Geriatrics” [3].

Integralnymi częściami gerontologii jest gerontologia społeczna i geragogika/gerontopedagogika – gerontologia oświatowa. Gerontologia społeczna jest nauką o społecznych przyczynach i skutkach starzenia się społeczeństw, cechach, sytuacjach i uwarunkowaniach życia osób w starszym wieku. Jest odpowiedzią na społeczną potrzebę utrzymania starań o przedłużenie aktywności życiowej ludzi starych. Obszarem swych zainteresowań obejmuje zagadnienia osobowości ludzi starych, ich społecznej pozycji i roli, stosunków z otoczeniem, z rodziną, społeczeństwem, udziałem ich w życiu różnych grup społecznych, procesów adaptacji do nowych warunków życiowych, a także sposobów aktywizacji życiowej. Jej celem jest maksymalne zwiększenie sił życiowych, ich rewitalizacja oraz zwiększenie możliwości czerpania korzyści i radości z życia przez jednostkę i społeczeństwo.

Prawidłową adaptację do starości wspomaga geragogika (gerontopedagogika). Analizuje ona ostatnią fazę życia człowieka, diagnozując sytuację życiową osób starszych i określa główne czynniki warunkujące proces starzenia się. Prowadzi ona badania nad wydłużeniem i optymalizacją warunków aktywnego życia osób w wieku poprodukcyjnym. Jest to nauka stosunkowo młoda, zrodzona w 1956 roku w Niemczech Zachodnich. Określenia geragogika w znaczeniu wychowanie ludzi starszych użył po raz pierwszy Hans Mieskes [2].

Właściwe rozumienie określenia „gerontologia” i „geriatria” wymaga zdefiniowania pojęcia starzenia się i starości. Starzenie się to normalny, długotrwały i nieodwracalny proces fizjologiczny, który zachodzi w rozwoju wszystkich żywych organizmów. Starość jest natomiast końcowym okresem starzenia się i prowadzi nieuchronnie do śmierci. Jako okres życia jest pojęciem statycznym. Ludzie starzy nie stanowią jednorodnej grupy pod względem

stanu zdrowia, sprawności fizycznej, intelektualnej, jak i pod względem sytuacji życiowej, ekonomicznej i społecznej. Miarą takiego pojęcia starości jest wiek biologiczny. Starości nie można jednak jednoznacznie zdefiniować. Rozumienie jej jest zależne od wieku, w jakim człowiek się znajduje i jakie ma do niej podejście. Starość może być po prostu działaniem czasu na człowieka, efektem starzenia się. Jest to ostatni okres życia człowieka, który zakończony jest śmiercią. Starość ma różne oblicza i przebiega w różny sposób. Jest kolejnym etapem, nieuniknionym dla wszystkich. Ma charakter statyczny. Starzenie się jest procesem ciągłym i nieodwracalnym. Proces ten ma ogromne znaczenie dla jednostki, jak i społeczeństwa. Proces starzenia zbliża nieuchronnie człowieka do starości. Przedłużenie życia jest osiągnięciem cywilizacji XX wieku.

„...Starzenie się jest jednym z prawidłowych etapów rozwoju osobniczego, polegającym na zachodzących wraz z wiekiem zmianach morfologicznych i czynnościowych, a prowadzącym do stopniowego ograniczenia możliwości adaptacyjnych ustroju” [4].

„...Starość jest okresem maksymalizacji efektów wykorzystywania uzbieranych w ciągu życia zasobów informatycznych (...) jest okresem maksymalnego nagromadzenia doświadczeń, możliwości społecznych” [5].

Ludzkie życie ma sens i jest w pełni wartościowe, kiedy jest w nim miejsce na ciągłość okresów rozwojowych człowieka. Dojrzałość i wartościowość człowieka ocenia się po właściwie przeżytych okresach dzieciństwa, młodości, adolescencji i starości. Osiągnięcie starości i spełnienie się w niej jest osiągnięciem szczytu. Wszystkie okresy właściwie przeżyte przez jednostkę w pełni ją rozwijają i dają jej poczucie całościowo przeżytego życia. Całe życie człowieka jest nauką przystosowywania się do starości i człowiek w ciągu biegu lat rozwija się w jej kierunku.

Proces starzenia jest długotrwały i nieodwracalny. Ma złożone uwarunkowania genetyczne, biologiczne i środowiskowe. Jako zjawisko jest procesem złożonym i kształtowanym przez czynniki ustrojowe wewnętrzne, jak i zewnętrzne. Teorie starzenia się są liczne. Badacze wiążą fizjologiczne starzenie się organizmu z procesami samozatrucia substancjami metabolizmu, obniżeniem przemiany materii osłabieniem gruczołów wewnętrznego wydzielania [6]. Podjęto również wątki, według których przyczynami starzenia się miały być wpływy szkodliwych promieni kosmicznych na ustrój, czy też zjawiska dziedziczności.

Biologiczne teorie starzenia się są wynikiem analizy cyklu życia człowieka pod kątem anatomicznych zmian wpływających na wygląd i funkcjonowanie poszczególnych układów w procesie starzenia się. Na jej początku najbardziej dotkliwe są zmiany pojawiające

się w wyglądzie zewnętrznym – siwe włosy, zmarszczki, utrata uzębienia, utrata włosów, zmiany w proporcjach ciała, zmniejszanie się siły i sprężystości mięśni, kłopoty ze wzrokiem i słuchem.

Starzenie się z punktu widzenia biologicznego posiada następujące cechy [7]:

- wzrastanie śmiertelności wraz z wiekiem;
- spadek zdolności adaptacyjnych organizmu;
- stopniowe narastanie zmian degeneracyjnych;
- wzrost zapadalności na choroby charakterystyczne dla wieku starczego.

Psychologiczne teorie starzenia się określają zmiany zachodzące w obrębie procesów poznawczych – myślenia, zapamiętywania, motywacji, emocji, umiejętności rozwiązywania problemów.

Badając i chcąc wyjaśnić proces starzenia się i to, co się dzieje wtedy z człowiekiem, dlaczego jest to taki trudny okres dla wielu ludzi, którzy wcześniej bardzo dobrze sobie radzili z życiowymi przeciwnościami, sformułowano wiele koncepcji psychospołecznych, m.in. teorie [8]:

- deficytu (deprywacji) – samoocena oparta jest na reakcji i świadomości społecznej akceptacji;
- aktywności – starszy człowiek tak się czuje, na ile jest potrzebny i jak jest spostrzegany, i angażowany przez otoczenie;
- odpowiedników – człowiek nie nabywa w tym okresie nowych cech, ale doskonali i rozszerza te skłonności i upodobania, które są rezultatem jego rozwoju;
- przypadków – cechy człowieka starszego są konsekwencją tego, co wcześniej przeżył i pozostawiają trwałe ślady wpływające na jego zachowanie;
- wycofania się – naturalna skłonność człowieka do wycofywania się z życia społecznego – polega na słabnięciu więzi ze światem i ludźmi na rzecz zainteresowania własną osobą;
- zaprzeczenia i „szkoły bońskiej” – głównym czynnikiem starzenia się jest obraz samego siebie – jest on powodowany pozytywnie albo negatywnie takimi czynnikami, jak: stan zdrowia, cechy osobowości, aktywność, ogólna sytuacja życiowa itp. W teorii tej podkreśla się możliwość zmian w zachowaniu osób starszych na drodze uczenia się.

- teoria modernizacji – nowa teoria, która w okresie przemian kulturowych i społecznych wychodzi naprzeciw problemom ludzi starszych. Od jakości przemian, jakie dokonują się w jednostce przechodzącej od społeczeństwa tradycyjnego do nowoczesnego, zależy satysfakcja z jakości życia oraz utrzymanie bądź zahamowanie jej możliwości rozwojowych

Starość jest naturalną kontynuacją rozwoju i jest wpisana w egzystencję każdej żyjącej istoty – tak jak narodziny, dzieciństwo, młodość czy wiek średni. Przez stulecia to zjawisko nie zostało oswojone, zawsze szukano źródła młodości czy wiecznego życia.

Jak każda inna faza życia człowieka, starość stwarza możliwość wzrostu i rozwoju jednostki, czyli przemiany w psychice i zachowaniu do stanów bardziej doskonałych, o ile będzie poparta aktywnością jednostki i wsparciem otoczenia społecznego. „...*Wiele czynników decyduje o tym, czy człowiek uważa siebie za młodego, w średnim wieku, czy starego. Wiek kalendarzowy nie jest bynajmniej czynnikiem najważniejszym. Znaczną rolę odgrywa stan zdrowia, wygląd zewnętrzny, sposób traktowania przez innych ludzi i zwyczaje panujące w danym społeczeństwie*” [9]. Starość nie jest procesem pojawiającym się nagle i znikąd. Jest to proces rozłożony w czasie.

Życie, jako proces, dzieli się na dwa podstawowe okresy:

- okres rozwoju – wzrastanie, dojrzewanie i osiągnięcie największej biologicznej sprawności organizmu,
- okres pogarszania się homeostazy (homeodynamiki) i czynności poszczególnych narządów oraz zmniejszania się zdolności do znoszenia obciążeń.

Pierwszy, rozwojowy okres życia jest z ewolucyjnego punktu widzenia najważniejszy. Trwa od urodzenia do osiągnięcia pełnej dojrzałości. Wszechstronna sprawność biologiczna organizmu łączy się z najmniejszą chorobowością. Człowiek w tym czasie jest zdolny do podtrzymania gatunku oraz pełnienia innych ważnych ról życiowych i społecznych.

Drugi etap życia jest okresem starzenia się, który charakteryzuje się stopniowym ograniczaniem funkcji życiowych oraz (u części populacji) zwiększeniem chorobowości i kończy się śmiercią.

W ujęciu statystycznym starzenie się oznacza zwiększone prawdopodobieństwo śmierci z wiekiem chronologicznym. Seneka ujmuje to tak: „*Życie wędrówką ku śmierci*”.

Śmierć rzadko występuje z powodów naturalnych, czyli starości fizjologicznej. Obecnie jest ona zwykle „przedwczesna”, gdyż na proces starzenia się nakładają się czynniki patologiczne. Może być również śmiercią nagłą lub dłuższym odchodzeniem [10].

Według WHO okres dorosłości rozciąga się w przedziale wiekowym od 20. do 65. roku życia, natomiast starość trwa różnie długo. Ze względu na osiągnięty wiek, osoby starsze można podzielić na kilka grup wiekowych. Ogólnie przyjęta klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia wygląda następująco:

- wiek przedstarczy – od 45 do 59 lat,
- wczesna starość, nazywana wiekiem starzenia się – od 60 do 74 lat – w tym przedziale znajdują się tzw. „młodzi-starzy” (*young-old*),
- wiek starczy, określane również późną starością – od 75 do 89 lat – w tym sędziwa starość powyżej 80. roku życia – do tego przedziału należą tzw., „starzy-starzy” (*old-old*),
- długowieczność – powyżej 90. roku życia – tego wieku dożywają tzw. „długowieczni” (*longlife*).

D. B. Bromley starość podzielił na następujące okresy:

- okres przedemerytalny: 60-65 lat,
- wiek emerytalny: 65-70 lat,
- wiek starczy: 70-90 lat,
- wiek sędziwy: od 90 lat,

Trudności w ustaleniu jednoznacznego progu starości oraz stadiów tego okresu wynikają z indywidualnego tempa starzenia się, niejednorodnego obrazu starości oraz różnic w wyborze kryteriów starości. W charakterystyce ostatniej fazy życia człowieka uwzględnić można trzy kryteria [11]:

- kryterium biologiczne – uchwytne zmiany funkcji fizjologicznych organizmu;
- kryterium socjologiczne – podporządkowanie przestrzeni życiowej człowieka czynnikom socjologicznym, instytucjonalnym i ekonomicznym;
- kryterium psychologiczne – najmniej dokładne i precyzyjne, obejmuje przeobrażenia w sferze procesów psychicznych, osobowości oraz w sferze subiektywnych doświadczeń.

Określenie człowieka, który przekroczył wiek utożsamiany ze starością, starym, w starszym wieku, starcem czy seniorem nie jest jednoznaczne zarówno potocznie, jak i naukowo.

Człowiek starszy to osoba, która przekroczyła próg starości, czyli wkroczyła w trzecią fazę życia. Progi, które wyznaczają ten wiek, to:

- wiek kalendarzowy – osiągnięcie wieku emerytalnego – obecnie w Polsce to 67 lat dla kobiet urodzonych po 31 grudnia 1952 roku oraz mężczyzn urodzonych po 31 grudnia 1947 roku;
- próg biologiczny – funkcjonalność organizmu;
- próg prawny – ustawowy przymus rezygnacji z aktywności zawodowej;
- próg ekonomiczny – spadek dochodów;
- próg społeczny – utrata prestiżu i ról społecznych;
- próg technologiczny – lęk przed nowoczesnością.

Senior, według definicji słownika, to osoba starsza wiekiem w stosunku do innej osoby, z którą jest porównywana, członek jakiegoś zespołu, rodziny itp. najstarszy wiekiem [12].

W zależności od przyjętego kryterium, społeczna kategoria ludzi starych dzieli się na:

- osoby, które osiągnęły wiek emerytalny, nieaktywne zawodowo:
 - kryterium ekonomiczne,
 - kryterium socjalne;
- osoby powyżej określonego wieku:
 - kryterium demograficzne,
- osoby o obniżonej kondycji fizycznej i psychicznej:
 - kryterium biologiczne,
 - kryterium psychologiczne.

Na podstawie wyżej wymienionych kryteriów starości można zauważyć cztery kategorie wieku człowieka starego:

- wiek chronologiczny – określany według daty urodzin;
- wiek biologiczny – określany miarą starzenia się;
- wiek psychologiczny – określany funkcjami intelektualnymi;
- wiek czynnościowy – określający aktualną sprawność życiową człowieka zaawansowanego wiekowo.

Populacja ludzi w starszym wieku jest zróżnicowana. Tempo i nasilenie procesu starzenia się każdej jednostki jest inne. W wielu krajach, na różnych kontynentach wiek starzenia się może być odmienny, co jest związane z rozwojem ekonomicznym, polityką społeczną i zdrowotną, świadomością i wykształceniem mieszkańców, dostępem do opieki zdrowotnej, stylem życia oraz czynnikami genetycznymi. W krajach o obniżonym wskaźniku ekonomicznym zauważalne jest obniżenie średniego wieku przeciętnej długości życia.

Granica starości wyznaczona wiekiem kalendarzowym nie zawsze będzie przekładać się na wiek biologiczny, określany również wiekiem sprawnościowym czy czynnościowym, wynikającym ze zmian narządowych. Podane w literaturze granice podziałów wiekowych są tylko umowne i wynikają ze związanych z wiekiem ustaleń społecznych, m.in. przejściem na emeryturę, co powoduje powstanie zupełnie nowej sytuacji życiowej osoby starszej [13].

Piśmiennictwo

1. Frąckiewicz L, Żakowska-Wachelko B.: 300 wiadomości o starości, ŚIN, Katowice, 1987, 15.
2. Szarota Z.: Gerontologia społeczna i oświatowa, Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków, 2004, 15.
3. Pędich W.: Gerontologia i geriatra, [w:] Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., Geriatria z elementami gerontologii ogólnej, Via Medica, Gdańsk, 2008, 2-3.
4. Klonowicz S.: Oblicza starości, WP, Warszawa, 1979, 10.
5. Kołłątaj A.: Pochwała stresu, Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Jana Kochanowskiego, Kielce, 1993, 145.
6. Zych A.: Człowiek wobec starości: szkice z gerontologii społecznej, Interart, Warszawa, 1995, 30.
7. Krzyżowski J.: Psychogeriatra, Wyd. Medyk, Warszawa, 2005, 39.
8. Biedrzycka A.: Wsparcie i aktywizacja – edukacja i dialog a problemy adaptacji starzejącego się człowieka, [w:] Starik N., Zduniak A. (red.), Podmiotowość w edukacji wobec odmienności kulturowych oraz społecznych zróżnicowań. Edukacja XXI w. t. 1/27, Wyd. Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Poznań, 2013, 357-358.
9. Bromley D.B.: Psychologia starzenia się, PWN, Warszawa, 1969, 107.
10. Duda K.: Proces starzenia się, [w:] Fizjologia starzenia się, Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołądź J.A. (red.), Wyd. PWN, Warszawa, 2012, 2.
11. Straś-Romanowska M.: Późna dorosłość. Wiek starzenia się. [w:] Psychologia rozwoju człowieka. Tom 2. Charakterystyka okresów starzenia się, Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.), Wyd. PWN, Warszawa, 2014, 265.
12. Zgólkowa H.: Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny, Kurpisz, Poznań, 2002.
13. Makara-Studziński M.: Oblicza starości – przegląd piśmiennictwa, Psychogeriatr. Pol., 2012, 9, 77-86.

Problem starzenia się społeczeństwa

Korol Agnieszka

Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Zestarzeć się to żaden problem - trzeba tylko wystarczająco długo żyć

Mikołaj Gogol

Wprowadzenie

Postęp medycyny i poprawa warunków życia sprawiają, iż żyjemy coraz dłużej i w związku z tym proces starzenia się społeczeństwa zaczyna być problemem całej ludzkości.

Szacuje się, za Gomuła i wsp. [1], że co roku przybywa 75. milionów mieszkańców ziemi. Dwa tysiące lat temu światowa populacja ludzka liczyła około 300. milionów ludzi i tylko nieznacznie zmieniła się przez całe pierwsze milenium. W roku 1804 przekroczyła jeden miliard, a w kolejnych 120 latach nastąpiło jej podwojenie. Od roku 1927 zaczęło przybywać coraz więcej ludzi, zwłaszcza społeczeństw azjatyckich i afrykańskich. Dziś na średni roczny przyrost ludności wynoszący ok. 1,3%, składa się 1,7% z krajów rozwijających się (gdzie zamieszkuje ok. 5,2 mld ludzi) i tylko 0,1% z krajów Zachodu (z populacją ok. 1,2 mld.) [1].

W latach 2005-2050, w opinii demografów [cyt. za 1], aż 90% przyrostu ludności będzie zasługą państw azjatyckich i afrykańskich, przy czym należy pamiętać, że tych społeczeństw także nie omija problem starzenia się.

Prognozy Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) [cyt. za 2] przewidują, że w krajach rozwijających się odsetek dzieci i młodzieży zmaleje z około 33% z roku 2000 do 26% w roku 2025, natomiast odsetek osób w wieku 60 lat i więcej wzrośnie w tym czasie z 7 do 12%, osiągając poziom notowany w krajach rozwiniętych w latach 50.

Przypuszcza się [cyt.za 3], że w Europie, w roku 2060, liczba osób powyżej 65. roku życia wzrośnie o ok.12% i wyniesie 29,5% całego społeczeństwa. W drugiej dekadzie XXI wieku najmniejszy odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będzie w Irlandii (22%), Wielkiej Brytanii (24,5%), Norwegii (24,9%) oraz Belgii i Danii (25,5%) [cyt. za 3].

W Polsce [cyt. za 3] w 2035 roku osoby w tzw. trzecim wieku będą stanowiły ok. 23% społeczeństwa, a w drugiej połowie stulecia aż 34,5%. Wyższy odsetek osób w wieku 65 lat i więcej przewidywany jest jedynie na Litwie (35,7%) i w Rumunii (34,8%).

Według danych z Raportu Laxo [3] szacuje się, że w krajach unijnych do 2060 roku liczba osób powyżej 80. roku życia wzrośnie niemal dwukrotnie.

Z danych Eurostat [cyt. za 3] wynika, że w Niemczech, Portugalii, Hiszpanii i we Włoszech osoby powyżej 80. roku życia będą stanowiły ok. 13,5 - 14% całego społeczeństwa. Również w Polsce, w ciągu czterech dekad, odsetek przedstawicieli tzw. czwartego wieku wzrośnie do 12,3%, z niespełna 4%.

W chwili obecnej, za Szymańczak [4], Polacy, w sensie demograficznym, w porównaniu z innymi państwami UE, są przeciętnie o 3 lata młodszy od mieszkańców Unii Europejskiej (UE). Najstarsi w UE są mieszkańcy Niemiec, Włoch, Finlandii, Grecji, Austrii, Słowenii i Bułgarii.

Przewiduje się [cyt.za 3], że Polska stanie się jednym z trzech najszybciej starzejących się państw w UE, ponieważ w roku 2050 odsetek ludzi starszych w Polsce wyniesie około 35% [3].

Trojan [5] przytacza prognozy sugerujące, że z uwagi na fakt, iż osoby powyżej 60. roku życia w niedalekiej przyszłości będą stanowiły blisko 20% ogółu ludności świata, czyli około 2 mld, w okresie najbliższych kilku lat dojdzie do zachwiania proporcji pomiędzy ludnością w wieku produkcyjnym a poprodukcyjnym.

Szacuje się, za Tokarczyk [6], że w 2035 roku odsetek osób powyżej 60. roku życia będzie wynosił 26,7%. Prawdopodobnie [6] rokrocznie, do roku 2020, będzie przybywało ok. 200 tys. osób w wieku 60 lat i więcej.

Konsekwencją demograficznego starzenia się społeczeństwa, za Arendt i wsp. [7], jest między innymi zmniejszenie się populacji osób aktywnych zawodowo. W Polsce np. na przestrzeni ostatnich trzydziestu lat, aż o 27% zmniejszyła się liczba ludności w wieku produkcyjnym [7]. W tym samym okresie czasu, pomimo 16% wzrostu ogółu populacji w wieku produkcyjnym, liczba osób do 44. roku życia wzrosła jedynie o 4%, natomiast powyżej 45. roku życia aż o 41%. Niestety brak następców z poprodukcyjnej grupy wiekowej może wpłynąć na sukcesywny spadek udziału grupy w wieku produkcyjnym.

Kurek [8] przytacza szacunki prorokujące, że w roku 2030 najwyższy problem starości dotyczyć będzie obszarów Polski południowo-zachodniej i południowej (Sudety, Górny Śląsk), a także Polski północno-zachodniej, środkowej oraz północno-wschodniej.

W ostatniej długookresowej prognozie ludności, przeprowadzonej przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) [9] podkreśla się, że w Polsce, w okresie najbliższych 20 lat, będzie odnotowywany systematyczny spadek liczby ludności, jednakże struktura ludności według wieku będzie ulegała dynamicznym zmianom. Liczba osób w wieku produkcyjnym będzie ulegać systematycznemu zmniejszeniu i do 2035 roku zmniejszy się o około 7%, a jednocześnie nastąpi wzrost osób w wieku poprodukcyjnym.

W literaturze przedmiotu [10] akcentuje się także fakt, iż w ostatnich 10 latach długość życia mężczyzn wzrosła w Polsce o ponad 4 lata, kobiet o ponad 3 lata. Polki nadal jednak żyją o ok. osiem lat dłużej niż Polacy, gdzie norma europejska wynosi ok. 5-6 lat różnicy.

Z Raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) [10] wynika, że Polacy żyją w zdrowiu przeciętnie 64,3 lata (62,1 mężczyźni i 66,6 kobiety), a więc ponad 6 lat krócej niż mieszkańcy krajów UE.

Na powyższe zwraca uwagę także raport GUS „*Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050*” [11] podając, że wśród populacji w starszym wieku, ponad 61% stanowią kobiety, na 100 mężczyzn przypada ich 160, a w całej ludności Polski wskaźnik feminizacji wynosi 107. Uważa się [11], że kobiety osiągające wiek 65 lat żyją o prawie 5 lat dłużej niż mężczyźni. Przewaga liczebności kobiet wzrasta wraz z przechodzeniem do kolejnych grup podeszłego wieku i tak np. w grupie wieku 65-69 lat współczynnik feminizacji wynosi 126, gdyż kobiety stanowią 56% zbiorowości [11]. Wśród osób co najmniej 80 -letnich - 70% to kobiety, a na 100 mężczyzn przypada ich 228 [11].

Dane prezentowane w publikacji GUS pt. *Trwanie życia w 2013 roku* [12] wykazały, że w 2013 roku w Polsce mężczyźni żyli przeciętnie 73,1 lat, natomiast kobiety 81,1 lat [12]. W stosunku do roku 1990 mężczyźni żyli dłużej o 6,9 lat, natomiast kobiety o 5,9, zaś w porównaniu do roku 2000 - odpowiednio o 3,4 i 3,1 lata. W Polsce, w latach 90. różnica między przeciętnym trwaniem życia kobiet i mężczyzn malała (z 9,2 lat w 1991 r. do 8,2 w 2001r.), a w latach 2006-2008 nastąpił wzrost tej wartości do 8,7 [12]. Od roku 2009 zaobserwowano ponowny spadek i obecnie różnica ta wynosi 8 lat, a zjawisko nadumieralności mężczyzn obserwowane jest we wszystkich grupach wieku. W roku 2013 wieku pełnej aktywności zawodowej (tj. 45 lat) nie dożyło 5,3% mężczyzn i 2,0% kobiet, natomiast wieku 75 lat - 48,0% mężczyzn i 24,4% kobiet [12].

W roku 2013 średnie dalsze trwanie życia 45- latków wynosiło 30,5 lat dla mężczyzn i 37,3 lat dla kobiet, czyli w odniesieniu do roku 1990 przeciętny czas trwania życia

mężczyzn wydłużył się o 4,4 roku, a kobiet o 4,3 roku [12]. W tym samym roku przeciętne trwanie życia mężczyzn zamieszkałych w miastach wynosiło 73,5 lata, czyli o 1,1 roku więcej niż mężczyzn na wsi, natomiast kobiety mieszkające zarówno w miastach, jak i na wsi żyły średnio 81,1 lat. Obecnie w miastach kobiety żyją o 7,6 lat dłużej niż mężczyźni, a na wsi o 8,7 lat [12].

W roku 2013 mężczyźni w wieku pełnej aktywności zawodowej mieli przed sobą średnio 30,5 lat życia, czyli o 5,0 lat więcej, niż jego rówieśnicy w roku 1950, a przeciętne dalsze trwanie życia 45-letniej kobiety wynosiło 37,3 lat, czyli przyrost parametrów trwania życia kobiet w tym wieku wynosił 8,1 lat [12].

Raport GUS [12] wykazał także utrzymywanie się nadal dużego regionalnego zróżnicowania przeciętnego trwania życia. W województwie łódzkim, np. średnia długość trwania życia mężczyzn jest najkrótsza w Polsce i w roku 2013 wynosiła 70,7 lat, czyli o 4,1 roku mniej, niż w województwach podkarpackim i małopolskim [12]. W przypadku kobiet najkrócej żyją mieszkanki województwa lubuskiego, łódzkiego i śląskiego - 80,1 lat [12]. Najkorzystniejsze w roku 2013 parametry trwania życia mężczyzn odnotowano w regionie wschodnim i południowym (73,4 lat), a kobiet w regionie wschodnim (82 lat). W miastach mężczyźni przeciętnie żyją dłużej niż na wsi i różnica ta była np. największa w regionie wschodnim (prawie 2 lata) [12]. Jedynie w regionie południowym, przeciętne trwanie życia mężczyzn jest dłuższe na wsi, niż w miastach (o 0,7 roku). W regionie tym także kobiety mieszkające na wsi żyją zdecydowanie dłużej, niż z miast (o 1,1 rok).

Wybrane aspekty procesu starzenia się organizmu

Problem starzenia się dotyka bezpośrednio wszystkich ludzi. W piśmiennictwie fachowym [13-15] funkcjonują zróżnicowane definicje starości, jednakże ich cechą wspólną jest uwzględnianie różnych wymiarów życia jednostki, takich jak: biologiczne, psychiczne, społeczne.

Klimczuk [13] podkreśla, że w różnych pracach wyróżnia się kilka progów starości:

- biologiczny - związany z oceną sprawności i funkcjonowania organizmu
- demograficzny - związany z liczbą przeżytych lat
- psychiczny - związany ze sprawnością funkcji intelektualnych (głównie poznawczych i zdolności przystosowawczych)

- społeczny- związany z realizacją określonych ról w społeczeństwie
- ekonomiczny - związany z miejscem danego człowieka w środowisku pracy
- socjalny - związany z otrzymywaniem prawa do świadczeń socjalnych (głównie renty i emerytury).

Solon (VI w. p.n.e.), ateński mąż stanu, prawodawca, poeta i filozof, życie ludzkie, za Gomuła i wsp. [1] dzielił na okresy siedmioletnie, a młodzież grecka uczyła się tego podziału z wiersza pisanego heksametrem:

- 1–7 lat - „*Chłopak nieletni i głupi poczyna pierwszy raz tracić zęby dziecięce, gdy ma siedem za sobą już lat*”
- 8–14 lat - „*Gdy zaś następnych lat siedem dopełnić bóstwo pozwoli, daje dowody, że dlań dzień dojrzałości już błysł*”
- 15–21 lat - „*W trzeciej siódemce znów lat rozrastają się członki wspaniałe, brodę okrywa puch, barwa odmienia się lic*”
- 22–28 lat - „*W czwartej siódemce młodzieniec najlepszy krzepkością jest ciała, Tę zaś mężowie za znak cnoty bojowej uznają*”
- 29–35 lat - „*W piątej dojrzały już człek powinien o małżeństwie pomyśleć i o potomstwie, co ród w dalszy podtrzymać ma wiek*”
- 36–42 lat - „*W szóstej pod względy wszystkim ustala się umysł człowieka i na szalony już czyn łatwo nie waży się on*”
- 43–56 lat - „*W siódmej i ósmej najtęższa jest myśl i wymowa człowieka, w obu siódemkach zaś tych całych czternaście jest lat*”
- 57–63 lat - „*Jeszcze w dziewiątej jest krzepki lecz słabnąc zaczyna już jego mądrość i język, nie może błyszczyć tężyzną jak wpierw*”
- 64–70 lat - „*Wreszcie w dziesiątej, gdy tej mu dokonać łaskawe da bóstwo, nie jest niewczesną już dlań raz przeznaczona mu śmierć*” [tłum. W. Klinger cyt. za 1].

Z kolei WHO, za Mianowany [16], wyróżnia trzy granice starości:

- etap wczesnej starości, czyli wiek podeszły (od 60. do 75. roku życia)
- wiek starczy, tzw. późną starość (od 75. do 90. roku życia)
- wiek sędziwy, zaczynający się od 90. roku życia.

W opinii ONZ, za Chodorowski [17], za umowny początek starości uważa się 65. rok życia.

Inny podział, za Pędich i wsp. [18], zaproponowało Amerykańskie Stowarzyszenie

Zdrowia Publicznego, które wyróżniło:

- wczesną starość - od 65. do 75. roku życia
- późną starość - po 75. roku życia.

Starzenie się społeczeństwa, szczególnie mężczyzn w związku z ich nadumieralnością, staje się coraz częściej podstawą do zwrócenia uwagi na fizjologię tego procesu oraz podjęcie efektywnych działań w kierunku poprawy jakości życia seniorów.

Comfort [cyt. za 19] stwierdza, że „*starzenie się charakteryzuje niemożność utrzymania homeostazy w warunkach fizjologicznego stresu; niedomoga ta związana jest ze zmniejszeniem się żywotności oraz wzrostem wrażliwości osobniczej*”.

Zielińska-Więczkowska i wsp. [20] przytaczają opinię gerontologów, według której „*starzenie się jest odzwierciedleniem wcześniejszej egzystencji (...) obraz starości jest niejako wypadkową dotychczasowego życia*”.

Osoby w podeszłym wieku, za Zielińska-Więczkowska i wsp. [20] muszą nieustannie zmagać się ze skutkami biologicznego starzenia się organizmu, a jego pierwsze oznaki (według biologów) pojawiają się już po 40. roku życia.

Proces starzenia się, za Kulik i wsp. [21] może przebiegać w trzech różnych kierunkach, jako starzenie:

- zwyczajne (*usual ageing*) - kiedy odczuwalne są straty oraz deficyty, ale bez rozwoju patologii
- pomyślne (*successful ageing*) – kiedy predyktory starości odgrywają rolę neutralną lub pozytywną, zwalniając proces starzenia się
- patologiczne (*impaired ageing*) – kiedy szybko postępuje upośledzenie wielu funkcji życiowych organizmu oraz rozwija się tzw. polipatologia (współwystępowanie licznych jednostek chorobowych).

Według Reichard, za Terska i Tobor [22], wyróżnia się pięć postaw przystosowania w starszym wieku:

- konstruktywna - charakteryzująca osoby wewnętrznie zintegrowane, cieszące się życiem, pogodzone z otoczeniem, tolerancyjne i samokrytyczne, godzące się z faktem starości i zakończenia pracy zawodowej, potrafiące postępować zgodnie z zasadami, a na ich podstawie formułować oceny i sądy
- zależności – charakteryzująca osoby wykazujące objawy bierności i zależności, nie należące do ambitnych, zadowolone z faktu zaprzestania pracy zawodowej oraz zwolnienia z odpowiedzialności i wysiłku

- ochronna – charakteryzująca osoby przesadnie opanowane, skrupowane zwyczajami, nie ujawniające swoich potrzeb i prawdziwych uczuć, aktywne, samowystarczalne, patrzące pesymistycznie na swoją starość, nie widzące w niej żadnych korzystnych sytuacji
- wrogości – charakterystyczna dla osób gniewnych, agresywnych, podejrzliwych, z jednej strony skłonnych do rywalizacji, z drugiej - niezadowolonych z kontaktów z ludźmi, wyrażających się z odrazą o perspektywie starzenia się, broniących się przed starzeniem rzucając się w wir pracy
- wrogości wobec siebie – charakteryzująca osoby z objawami depresji, nie potrafiące przyjąć optymistycznej i konstruktywnej postawy, pozwalającej im na możliwie najlepsze przetrwanie tego okresu życia, mające mało zainteresowań i nie posiadające hobby, nie mające rozwiniętych uczuć społecznych, czujące się osamotnione oraz niepotrzebne.

W piśmiennictwie fachowym, za Tokarczyk [6] podkreśla się, iż wiek podeszły nie może być uważany za stan trwałego uszkodzenia, utraty umiejętności i sprawności, jednakże wśród osób powyżej 65. roku życia aż 80% osób cierpi przynajmniej na jedną chorobę somatyczną.

Procesowi starzenia [6] towarzyszą także zmiany w zakresie percepcji zmysłowej (zaburzenia słuchu i wzroku), które dotyczą ok. 20-30% osób. Blisko 50% osób pomiędzy 75. a 85. rokiem życia cierpi z powodu zaćmy, a ponad 70% osób - jaskry. Obok nowotworów złośliwych, choroby Alzheimera i zapalenia płuc, częstą przyczyną chorobowości i śmiertelności osób w podeszłym wieku są choroby sercowo-naczyniowe [cyt. za 6]. Upośledzenie funkcjonowania osób w podeszłym wieku, za Pabiś i Babik [23] powodują także pojedyncze lub często współistniejące ze sobą nowotwory, cukrzyca, problemy nietrzymania moczu i stolca, zaparcia, zaburzenia równowagi, upośledzenie lokomocji, upadki, kurcze nocne mięśni kończyn dolnych, odleżyny, zespoły otępienne, depresja i bezsenność.

Coni i wsp. [24] uważają, iż zmiany inwolucyjne zachodzące w organizmie człowieka, dotyczą każdego narządu i układu. W podeszłym wieku wiele komórek organizmu (krwi, skóry, śluzówki jelit) jest na skutek ciągłych podziałów zastępowanych przez nowe, ale komórki w nerkach, mózgu, mięśniu sercowym, soczewce oka starzeją się wraz z narastaniem procesu starzenia i nie przechodzą dalszych podziałów [24].

W trakcie starzenia się organizmu dochodzi do zmian ogólnoustrojowych [18,24,25] związanych między innymi z redukcją liczby chromosomów i ich fragmentacją, zmniejszeniem ilości wody wewnątrzkomórkowej, potasu, DNA i azotu. Następuje gromadzenie lipofuscyny w mózgu, mięśniach, nerkach. Zmniejsza się liczba komórek mięśniowych, nerwowych i komórek w narządach. Ulegają fragmentacji i uwapnieniu włókna elastyczne [18,24,25]. Tkanka łączna pogrubia się, traci elastyczność i zagęszcza się jej struktura, co niekorzystnie wpływa na proces dyfuzji płynów, produktów odżywczych i odpadowych. Zmniejsza się masa beztłuszczowa ciała, a przybywa masa tłuszczowa (w 75. roku życia u kobiet do 36%, 21a u mężczyzn do 45%) [18,24,25]. We krwi następuje zmniejszenie się ilości albumin, zwiększenie ilości globulin, mocznika i kreatyniny oraz często przyspieszenie OB. Do 65. roku życia stężenie cholesterolu zwiększa się, a następnie spada. [18,24,25].

W zakresie funkcjonowania systemu immunologicznego [18,24,26,27] zmniejsza się objętość czynnego szpiku kostnego (w wieku 60 lat do $\frac{1}{2}$ w porównaniu do 20-tego roku życia, a w wieku 80 lat - do $\frac{1}{3}$) i czynna masa śledziony. Następuje osłabienie aktywności proliferacyjnej szpiku kostnego i odpowiedzi komórkowej oraz T-zależnej produkcji przeciwciał, włóknienie węzłów chłonnych i grudek limfatycznych. Narasta przewaga czynników hamujących dojrzewanie limfocytów, obniża się poziom naturalnych izoprzeciwciał oraz skłonność do autoimmunizacji [18,24,26,27].

Zmiany dotyczące serca i układu krążenia [18,24,26,27] związane są ze zmniejszeniem ilości: komórek bodźcotwórczych w węzłach (gł. w zatokowym), włókien przewodzących, elastyczności tętnic, przepływu narządowego oraz kurczliwości mięśnia sercowego. Upośledza się także ruchliwość w zastawkach serca (zwłóknienie, nacieczenie tłuszczowe, zwapnienie) i narasta stwardnienie jego ścian. Następuje wydłużenie okresu skurczu i skrócenie czasu rozkurczu serca. Dochodzi do zwiększenia: obciążenia mięśnia sercowego pracą (przerost lewej komory serca), oporu naczyniowego i pojemności aorty [18,24,26,27]. Wzrasta ciśnienie tętnicze krwi i tętna. Pojawia się stopniowe ograniczenie wielkości rezerwy czynnościowej serca i naczyń i sprawności układu krążenia [18,24,26,27].

W zakresie funkcjonowania nerek [25,28] dochodzi do zmniejszenia: wymiarów i masy nerek, liczby czynnych nefronów, wydzielania ADH (upośledzenie zagęszczania moczu), przesączania kłębuszkowego, wydalania i reabsorpcji substancji w kanalikach nerkowych oraz rezerwy czynnościowej nerek. Podwyższa się także próg pragnienia. Następuje postępujące szklwienie kłębuszków nerkowych, ograniczenie wydolności nerek,

spadek zdolności zakwaszania i zagęszczania moczu oraz zaburzenia gospodarki potasowej [25,28].

Dochodzi [25,29] do pogłębienia kifozy piersiowej nasilonej przez współistniejącą osteoporozę, częściowy przykurcz mięśni międzyżebrowych, zapadnięcie żeber, ograniczoną ruchomość i wentylację klatki piersiowej. Następuje rozszerzenie oskrzelików i zwiększenie sztywności włókien kolagenowych. Pojawiają się zmiany we włóknach elastycznych, ograniczenie drożności oskrzeli, upośledzenie procesu dyfuzji gazów oraz pogorszenie funkcji komórek rzęskowych [25,29]. Zmniejsza się pojemność życiowa płuc, wentylacja minutowa i ilość pobieranego tlenu w czasie pracy. Dochodzi do degeneracji i zanik włókien węchowych oraz osłabienia odruchu kaszlowego, a oddech staje się przyspieszony, częsty i płytki [25,29].

W zakresie przewodu pokarmowego [18,25,29,30] dochodzi do utraty uzębienia, osłabienia mięśni żwaczy, zmian zanikowych śluzówki jamy ustnej (jej wysychanie), zwiotczenia i poszerzenia przełyku, zmniejszenia sekrecji śliny, soku żołądkowego, ścięnięcia śluzówki żołądka, osłabienia napięcia ścian żołądka, zmniejszenia objętości i kwaśności soku żołądkowego, zmniejszenia się masy wątroby i upośledzenia jej ukrwienia, ograniczenia perystaltyki jelit, zwiotczenia przewodu pokarmowego i upośledzenia jego kinetyki oraz zmniejszenia wchłaniania z przewodu pokarmowego. Następuje także [18,25,29,30] zwolnienie wytwarzania albumin i wzrost wskaźnika fitogeniczności żółci.

Układ hormonalny [18,25] w procesie starości reaguje zmniejszeniem wydzielania wielu hormonów, zmianą wrażliwości receptorów tkanek docelowych, ograniczeniem metabolizmu i transportu hormonów oraz zmianami czynności hormonalnej.

W zakresie narządu ruchu [25,27] dochodzi do zmniejszenia się masy kostnej, z towarzyszącym procesem osteoporozy, rozwojem nierówności powierzchni chrząstki stawowej i zmniejszeniem się jej sprężystości. Pojawia się zanik mięśni i zmiany w aparacie ścięgnisto-więzadłowym. Zmniejszania się siła mięśniowa, upośledza się na poziomie odruchu rdzeniowego kontrola ruchu i obniżają się funkcje motoryczne [25,27].

W układzie nerwowym [25,31] stwierdza się zwolnienie przewodnictwa nerwowego i aktywności psychomotorycznej oraz ograniczenie czasu snu, zwłaszcza fazy REM. Następuje także zmniejszenie: masy mózgu (utrata części komórek nerwowych), liczby neuronów istoty szarej oraz liczby połączeń międzykomórkowych [25,31].

W obrębie narządu wzroku, za Żakowska-Wachelko [27], dochodzi do zmniejszenia: elastyczności soczewki, wielkości źrenicy i wrażliwości na barwy oraz pogorszenia zdolności przystosowania do ciemności i widzenia na odległość.

Pojawiają się także [24,31] zmiany zwyrodnieniowe kosteczek słuchowych, zaburzenie odróżniania dźwięków, w tym zmniejszenie zdolności słyszenia dźwięków wysokich. Następuje upośledzenie sprawności utrzymywania równowagi, czynności nerwu słuchowego i zanik komórek ślimaka.

W obrębie skóry [18] zanika naskórek, zmniejsza się ilość naczyń włosowatych oraz gruczołów potowych i łojowych. Następuje nieregularne rozmieszczenie barwnika, a skóra staje się bardziej cienka, sucha i mniej elastyczna.

Pacjenci w wieku podeszłym mają także problem z nietrzymaniem moczu i stolca [27,32]. Powyższe związane jest z osłabieniem neurotransmisji i neuroregulacji, nadpobudliwością mięśnia wypierającego mocz, zwiększeniem lub osłabieniem napięcia mięśnia wypieracza, zmniejszeniem pojemności pęcherza moczowego, pojawieniem się mechanicznych przeszkód w opróżnianiu pęcherza moczowego oraz z brakiem neurologicznej kontroli defekacji.

Zwiększa się także narażenie związane z rozwojem nowotworów [24,33,34], na co mają wpływ: zmiany hormonalne, nadmierne namnażanie się komórek patologicznych, zmniejszona reakcja immunologiczna wobec nieprawidłowych komórek oraz dłuższe narażenie na zewnętrzne czynniki środowiskowe.

Pamiętać należy, że tempo procesów degeneracyjnych jest różne u poszczególnych osób i zależy od wielu czynników [18,25,29]:

- genetycznych - obejmujących osobniczą strukturę komórkową, indywidualne zdolności naprawcze i reprodukcyjne organizmu, procesy metaboliczne oraz wydajność adaptacyjną
- zewnętrznych - związanych ze zmianami środowiskowymi, takimi jak np. promienie UV, skażenia środowiska, niewłaściwa pielęgnacja, niehigieniczny sposób życia oraz palenie papierosów
- wewnętrznych - powiązanych z zaburzeniami regulacji hormonalnej, a także nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi (np. niedobór witaminy A, retinolu oraz jego pochodnych).

Powszechnie wiadomo [24], że kobiety częściej i w większym wymiarze doświadczają niesprawności fizycznej i stanów chorobowych, a mężczyźni wcześniej od nich umierają.

W roku 2013 [11], w grupie ok. 387 tys. osób zmarłych, osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły około 72%, w porównaniu do roku 1990, gdzie odsetek ten wynosił 64%.

Piśmiennictwo

1. Gomuła A., Bielecka E., Florczuk D.: Kiedy mężczyzna się starzeje, Libra Print, Łomża, 2007.
2. Anderson K.N., Glanze W.D., Anderson L.E.: Mosby's Medical, Nursing and Allied Health Dictionary. 5th ed., Mosby, USA, 1998.
3. Raport Laxo Care, <http://laxo.biz/care/>, pobrano: 25.02.2017.
4. Szymańczak J.: Starzenie się polskiego społeczeństwa – wybrane aspekty demograficzne, *Studia BAS*, 2012, 2, 9–28.
5. Trojan E.: Człowiek starszy w społeczeństwie. Wychowanie do starości, *Poradnik Bibliotekarza*, 2011, 2, 1-5.
6. Tokarczyk B.: Uwarunkowania zdrowia osób starszych i organizacja zakładów opieki osób starszych, <http://www.pwsz.nysa.pl/sitecontent/pielęgniarstwo/pliki/roz05.pdf>, dostęp: 25.02.2017.
7. Arendt A., Laszczyńska M., Bażydło M., Kotwas A., Karakiewicz B.: Ocena zachowań zdrowotnych mężczyzn po 40. roku życia, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2014, 95, 659-666.
8. Kurek S.: Przestrzenne zróżnicowanie starzenia się ludności Polski w Świetle GUS [w:] *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Kowalewski J.T., Szukalski P., Zakład demografii, UŁ, Łódź, 2006, 394-399.
9. GUS. Prognoza ludności na lata 2008-2035. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosci_Pl_2008-2035.pdf, pobrano: 25.02.2017.
10. Andruszkiewicz A., Nowik M.: Zachowanie zdrowotne kobiet czynnych zawodowo, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011, 19, 148-152.
11. Raport GUS: Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050, Warszawa, 2014, 11, 1-43.
12. Trwanie życia w 2013 r. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa, 2013, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2013-r-2,8.html>, data pobrania 30.02.2017.

13. Klimczuk A.: Kapitał społeczny ludzi starych na przykładzie mieszkańców miasta Białystok, Wiedza i Edukacja, Lublin, 2012.
14. Szatur-Jaworska B.: Ludzie starzy i starość w polityce społecznej, ASPRA-JR, Warszawa, 2000.
15. Trafiałek E: Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej, Wszechnica Świętokrzyska, Kielce, 2006.
16. Mianowany M.E., Maniecka-Bryła I., Drygas W.K.: Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczno-ekonomiczny, Gerontologia Polska, 2004, 12, 172-175.
17. Chodorowski Z: Geriatria: postępy w diagnostyce i terapii, Wyd. Grafica, Gdynia, 2007.
18. Pędich W., Szreniawski Z.: Farmakoterapia geriatryczna, PZWL, Warszawa, 1991.
19. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J.: An inventory for measuring depression, Archives of General Psychiatry Journal's. 1961, 4, 561–571.
20. Zielińska-Więczkowska H, Kędzióra-Kornatowska K., Kornatowski T.: Starość jako wyzwanie, Gerontologia Polska, 2008,16, 131–136.
21. Kulik T.B., Janiszewska M., Piróg E., Pacian A., Stefanowicz A., Żoźnirczyk-Kieliszek, Pacian J.: Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2011, 17, 90-95.
22. Terska A., Tabor E., Jakiel G.: Starzenie się mężczyzn, a problemy okresu andropauzy, Zdrowie Publiczne, 2005, 115, 216-219.
23. Pabiś M., Babik A.: Najczęstsze problemy osób w wieku podeszłym na podstawie analizy „zespołów geriatrycznych”, Medycyna Rodzinna, 2007, 3, 62-65.
24. Coni N., Davison W., Webster S.: Starzenie się. Medycyna dla wszystkich, PWN, Warszawa, 1994.
25. Wróblewski T.: Starzenie się ustroju [w:] Patofizjologia – podręcznik dla studentów medycyny, Maślarski S., Ryżewski J. (red.), PZWL., Warszawa, 1992, 707-718.
26. Zagożdżon R., Foroniewicz B., Paczek L.: Starzenie się układu odpornościowego, Przegląd Lekarski, 2003, 60, 156-160.
27. Żakowska-Wachelko B., Pędach W.: Pacjenci w starszym wieku, Biblioteka Lekarza Rodzinnego. PZWL, Warszawa, 1995.
28. Rywik S., Broda G., Pająk A., Zdrojewski T. : Epidemiologia nadciśnienia tętniczego w Polsce [w:] Dwudziestolecie Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego

- (1987-2007), Gryglewska B., Grodzicki T. (red.), Via Medica, Gdańsk, 2008, 85-95.
29. Pędich W., Jakubowska D., Kunda T.: Pielęgniarstwo geriatryczne, PZWL, Warszawa, 1979.
30. Brocklehurst J.C., Allen S.C.: Zarys medycyny geriatrycznej, Podręcznik dla studentów. PZWL, Warszawa, 1991.
31. Brzozowski R.: Vademecum diagnostyki i terapii, PZWL, Warszawa, 1993.
32. Kocemba J.: Problemy wieku podeszłego [w:] Medycyna rodzinna. Repetytorium, Latkowski J.B., Lukas W. (red.), PZWL, Warszawa, 2007, 497-504.
33. Kornafel J., Matkowski R., Łacko A.: Starzenie a nowotwory, Family Medicine & Primary Care Review., 2005, 7, 327-335.
34. Gomuła A.: Androgeny a zdrowie mężczyzny, Scheringówka Specjalistyczna, 2003, 2, 59-65.

Specyfika procesu starzenia się w aspekcie – fizycznym, psychicznym i społecznym

Barańska Agnieszka¹, Firlej Ewelina², Pawlikowska-Łagód Katarzyna³, Dąbska Olga⁴,
Nadzieja Ewelina⁵, Janiszewska Mariola²

1. Zakład Matematyki i Biostatystyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
2. Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
3. Zakład Etyki i Filozofii Człowieka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
4. Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
5. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Matematyki i Biostatystyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wstęp

*[...] To nasza młodość co z czasu kpi
Co nie ustoi w miejscu zbyt długo
Ona co pierwszą jest potem drugą
To nasza młodość ten szczęsny czas
[...] Buntem jest niespełnionym
Co na serce umiera
Ona tylko to daje
Co innemu zabiera.
Tadeusz Śliwiak 1928-1994
(Piwnica pod Baranami, 2001)*

Życie ludzkie możemy podzielić na dwa zasadnicze okresy:

1. okres rozwoju polegający na wzrastaniu, dojrzewaniu, dążeniu do osiągnięcia maksymalnej sprawności organizmu
2. okres pogarszania się homeostazy, wydolności funkcjonalnej organizmu oraz zmniejszenie wytrzymałości na obciążenia

Starzenie się to proces życiowy przebiegający naturalnie u każdego człowieka. Zmiany w obrębie struktur i funkcji organizmu widoczne są po 20-25-letnim etapie wzrastania oraz dojrzewania. Ich charakter możemy podzielić na: uniwersalny, stopniowy,

spontaniczny, nieodwracalny oraz niekorzystny. Skutki procesu starzenia się obejmują wszystkie sfery życia ludzkiego poprzez spadek sprawności fizycznej, wydolności psychicznej czy socjalnej [1].

Starość i starzenie to pojęcia definiowane przez autorów na wiele sposobów. Nie zostały jednoznacznie określone. Starość postrzegana jest jako faza życiowa mająca swój stały charakter, etap życia. Natomiast starzenie się możemy definiować jako proces w życiu każdego człowieka, ulegający nieustannym zmianom, posiadający swoją dynamikę [2].

U osób starszych z wiekiem obserwujemy wzrost procesów chorobowych. Liczba schorzeń rośnie, a choroby wzajemnie nakładają się na siebie. Negatywnym następstwem tych przemian jest niepełnosprawność prowadząca do stagnacji i wykluczenia społecznego. Z ekonomicznego punktu widzenia generuje ona wysokie koszty leczenia oraz prowadzi do trwałej bądź długookresowej absencji zawodowej.

Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń ustanowiona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) wyodrębnia takie trzy wymiary naruszenia sprawności, jak:

- uszkodzenie – należy rozumieć je jako utratę bądź wadę anatomiczną narządów lub ich sprawności pod względem funkcjonalnym czy psychicznym
- niepełnosprawność – możemy pojmować ją jako ograniczenie w wykonywaniu czynności na skutek uszkodzenia lub całkowitego zaprzestania codziennej aktywności; obniżenie sprawności oraz rodzaj ograniczenia informujący nas o danym typie niepełnosprawności (fizycznej, sensorycznej, psychicznej)
- upośledzenie – przejawia się ograniczeniem bądź zaprzestaniem pełnionych ról społecznych charakterystycznych dla danej płci, wieku, uwarunkowań kulturalnych czy społecznych na skutek uszkodzenia, niepełnosprawności. Sytuacja takiej osoby jest dużo gorsza aniżeli osoby nie dotkniętej upośledzeniem [3].

Sprawność funkcjonalna utrzymywana na odpowiednim poziomie wśród seniorów stanowi niebagatelne wyzwanie dla geriatry oraz rehabilitacji [4].

Obecnie wiele zainteresowania budzi propagowana głównie w Stanach Zjednoczonych „medycyna przeciwstarzeniowa”, z ang. anti-aging medicine. Pojmowana jest niekiedy jako sposób na „wyleczenie starości”. Biogerontologowie wychodzą naprzeciw temu pogładowi. Stoją oni na stanowisku, iż procesu starzenia się nie da się uniknąć. Można natomiast skutecznie opóźnić jego tempo. Pojęcie zapobiegania starzeniu się niesie ze sobą negatywny wydźwięk tego okresu życia. Podkreślając dyskryminację ze względu na wiek oraz pomijając pozytywną socjalną i psychologiczną sferę starości.

Drugim terminem, przeciwnym do medycyny przeciwstarzeniowej, jest „medycyna długowieczności”. Rozumieć ją należy jako dążenie do przedłużania życia z uwzględnieniem jego genetycznych limitów. Zaleca kontrolę wszystkich chorób i czynników środowiskowych utrudniających funkcjonowanie człowieka. Przedłużanie życia ma polegać na promocji prozdrowotnego stylu życia: odpowiednia aktywność fizyczna, właściwy sposób odżywiania, unikanie używek oraz prawidłowa opieka zdrowotna [5].

Starzenie się w aspekcie fizycznym

Poprawa warunków życia, odżywiania i opieki zdrowotnej doprowadziły do znacznego wydłużenia okresu życia w krajach rozwiniętych. Skutkiem tego jest wzrost pacjentów geriatrycznych w ogólnej populacji, wymagających podstawowej bądź długoterminowej opieki pielęgnacyjnej [6]. Wyznacznikiem starości najczęściej jest wiek kalendarzowy. Światowa Organizacja Zdrowia podzieliła starość na 3 okresy:

- 60-75 lat osoby w wieku podeszłym
- 75-90 lat osoby określane jako starcy
- 90+ osoby w wieku sędziwym [7].

Za starzenie się organizmu odpowiadają trzy grupy czynników, a mianowicie: predyspozycje genetyczne (wyznaczające długość życia danego pokolenia), czynniki środowiskowe (urazy, choroby, hałas, stres, zanieczyszczenie środowiska) oraz nieprawidłowy styl życia (niewłaściwa dieta, siedzący tryb życia) [8].

Wraz z upływem lat obserwujemy zmiany w wyglądzie ciała, zgodnie z przekonaniem wielu osób są to zamiany niekorzystne. U kobiet charakterystyczne są: wzrost wagi, zwiększenie się ilości tkanki tłuszczowej w dolnych częściach tułowia, spadek masy mięśniowej [9].

Kobiety starsze wykazują niezadowolenie głównie z powodu: brzucha, bioder, ud. Przeciwnie są one zadowolone ze swoich oczu, włosów, nóg czy twarzy [10].

We wczesnym etapie starzenia się widoczne są charakterystyczne zewnętrzne symptomy starości: zmarszczki, siwe włosy. Zauważalne są także zmiany w pracy zmysłów, tj. wzroku i słuchu.

Liczba pojawiających się schorzeń rośnie wraz z wiekiem prowadząc do wielochorobowości, a następnie niepełnosprawności seniorów [11]. Dokonując swego uproszczenia możemy przyjąć, iż proces starzenia się jako proces biologiczny ma podobny przebieg zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Osobniczo nie zawsze wygląda tak samo.

Stopniowo następuje przewaga procesów katabolicznych nad anabolicznymi, prowadząc do zachwiania równowagi organizmu. Zmiany fizjologiczne oraz patofizjologiczne uwidaczniają się w postaci licznych problemów zdrowotnych, ograniczających wydolność funkcjonalną i czynnościową organizmu. Utrzymanie prawidłowego stanu funkcjonalnego pozwala na uniezależnienie od osób trzecich, a tym samym na wypełnianie obowiązków codziennych [12].

Starzenie się poszczególnych narządów i układów powoduje zmiany inwolucyjne i atroficzne zachodzące z różną siłą i umiejscowieniem. Zarówno zasięg, jak i lokalizacja mogą być różne. Zmiany inwolucyjne warunkowane są podatnością danej osoby na ujawnienie się tychże zmian, dużą rolę odgrywa czynnik indywidualny.

Przykładowe zmiany inwolucyjne i atroficzne wybranych układów u osób starszych wiekiem:

W układzie sercowo-naczyniowym obserwujemy: umiarkowany przerost mięśnia w sercu, który ulega zwłóknieniu, odkładane są lipofuscyny i amyloid. Postępuje stopniowy zanik komórek rozrusznikowych i uwapnienie zastawek. Praca rozkurczowej czynności lewej komory jest ograniczona. Spada czułość na stymulację beta-adrenergiczną. Poszerza się średnica światła w tętnicach. Obserwujemy zgrubienie błony wewnętrznej i środkowej. Następuje wzrost przewodzenia fali tętna i fal odbitych. Pojawiają się żylaki na skutek osłabienia zastawek w żyłach. Widoczny jest spadek wytrzymałości włóscinek.

W układzie pokarmowym obserwujemy: połykanie większych kęsów na skutek utraty uzębienia i osłabienia żucia. Zarzucanie treści pokarmowej do przełyku na skutek obniżenia się ciśnienia w zwieraczu w zakresie połączenia przełykowo-żołądkowego. Spadek wydzielania kwasu solnego. Występowanie zaparć oraz nietrzymanie moczu w wyniku spadku napięcia mięśniówki, m.in. w jelitach. Spadek liczby hepatocytów w wątrobie.

W układzie rozrodczym obserwujemy: spadek wydzielania śluzu w pochwie oraz postępujący zanik błony śluzowej. W wyniku czego bardzo łatwo dochodzi do infekcji dróg rodnych.

W układzie ruchu możemy obserwować: spadek gęstości mineralnej kości, co sprzyja występowaniu osteoporozy i osteopenii u mężczyzn i kobiet. Widoczne jest scieżnienie chrząstek stawowych oraz ograniczenie ich ruchomości. Dochodzi do spadku masy mięśniowej, liczba włókien mięśniowych zmniejsza się.

W układzie odpornościowym obserwujemy: zwiększenie się liczby limfocytów T pomocniczych oraz spadek limfocytów T supresorowych. Interleukina-7 produkowana jest w mniejszych ilościach. Następuje wzrost komórek plazmatycznych.

Przemiany układu immunologicznego zachodzące na skutek starzenia się wiążą się ze spadkiem zdolności do „walki” z chorobotwórczymi antygenami. W wyniku tego rośnie odsetek chorych na różnego rodzaju zakażenia, czy złośliwe choroby nowotworowe [13].

Ograniczenia poszczególnych narządów i układów na skutek upływającego czasu nie są jednokierunkowe. Określone parametry życiowe są zdolne do zachowania swojej sprawności na bardzo dobrym poziomie aż do późnej starości, są to m.in. równowaga kwasowo-zasadowa, temperatura ciała czy stężenie elektrolitów [14].

Liczba pacjentów geriatrycznych wzrasta – jak pokazują aktualne prognozy demograficzne. Wraz w wiekiem duża liczba urazów oraz pojawianie się kolejnych chorób nikogo nie dziwi. Zapotrzebowanie na wsparcie instytucjonalne zarówno w sferze opieki długoterminowej, jak i ambulatoryjnej będzie rosło generując wysokie koszty leczenia. Będą one stanowiły znacznie obciążenie dla sektora państwowego. Skala zapotrzebowania na formalny typ opieki będzie uzależniony nie tylko od potrzeb osób starszych, ale także od roli opiekunów nieformalnych (od rodziny). Stąd tak ważne jest wsparcie poszczególnych państwa dla rodzin osób starszych. Mimo aktualnych przemian modelu rodziny (homogenizacja pokolenia, wertykalizacja rodziny), konieczne jest ułatwianie opieki nad osobą starszą, najbliższym jej członkom bowiem to ona jest podstawową siecią wsparcia dla każdego seniora [15].

Starzenie się w aspekcie psychicznym

Procesowi starzenia się towarzyszą zmiany osobowości oraz funkcji poznawczych. Ciężko jest określić jednoznaczny kierunek tych przemian pod względem – pozytywnym czy negatywnym. Z pewnością jest to okres dużych zmian zachodzących w osobowości, podejmowanych relacji społecznych, zdolności adaptacyjnych czy funkcji poznawczych. Czynniki warunkującymi przebieg starzenia się są czynniki kulturowe i społeczne. Ścisłe powiązane z życiem osoby starszej, jej doświadczeniem czy rozwojem. Niebagatelny wpływ odgrywa wizerunek seniorów kreowany przez środowisko społeczne czy rodzin, bowiem uwidacznia się to w sposobie percepcji starości własnej, a także innych osób. Wyniki badań ukazują jednoznacznie (Levy i in. 2002), iż pozytywne nastawienie do tego okresu życia przekłada się na lepszą pamięć oraz stan zdrowia w odniesieniu do osób przejawiających negatywne postawy wobec starości i procesu starzenia się. Osoby o pozytywnym nastawieniu żyją nawet kilka lat dłużej [16,17].

W zakresie funkcji poznawczych obserwujemy powolny spadek ogólnego poziomu inteligencji od 60. roku życia. Dane niejednoznacznie ukazują negatywne zmiany w zakresie zapamiętywania. Głównie odnosimy się do trudności w sferze pamięci mechanicznej i krótkotrwałej. Z kolei pamięć długotrwała pogarsza się w dużo mniejszym stopniu. Widoczne są problemy w zdolności odpamiętywania, polegające na problematycznym odtworzeniu danej informacji, miejsca, wydarzenia bez dodatkowych bodźców przypominających. Dużo mniejsze trudności osobom starszym sprawia rozpoznawanie (np. poprawnych informacji, odróżnienie ich od informacji fałszywych). Osłabienie zdolności zapamiętywania ma swoje przełożenie w codziennym funkcjonowaniu seniora. Może przejawiać się poprzez zapominanie przyjęcia danego leku w danej dawce i o określonej porze, czy wyznaczonej wizycie lekarskiej. Interesujący jest fakt, że informacje uznane przez seniorów za szczególnie istotne są dużo łatwiej zapamiętywane, dlatego ważne jest właściwe określenie przekazywanej informacji. Zabieg ten ułatwia i wspomaga procesy pamięciowe.

Osoby w okresie późnej dorosłości wykazują znaczne problemy w rozwiązywaniu pojawiających się problemów. Podobnie jak osoby młode, seniorzy potrafią sprawnie zidentyfikować najlepsze rozwiązanie danego problemu, jednak jego wymyślenie i wdrożenie bez dodatkowych bodźców sprawia im nie lada wyzwanie. Mowa osób starszych przybiera postać zdań prostych, aniżeli złożonych. Informacje przekazywane są częściej w sposób skumulowany i prosty. Pismo ulega pewnym przeobrażeniom, głównie z uwagi na zmianę koordynacji ruchomej palców i nadgarstka. Osoby starsze, które we wcześniejszych okresach życia lubiły czytać, nadal są jego zwolennikami. Jedynym utrudnieniem może być zbyt mała czcionka sprawiająca trudność starszemu czytelnikowi.

Zmiany zachodzące w sferach funkcjonowania społecznego stały się przedmiotem różnych badań ze względu na specyfikę zachodzących przemian (indywidualizm deficytów ich charakter i przebieg). Na ich podstawie można stwierdzić, iż duży wpływ na pojawiające się deficyty poznawcze u osób starszych odgrywają takie czynniki, jak: wykształcenie, formy podejmowanych aktywności, typ osobowości, cele życiowe, rodzaj aspiracji życiowych [18].

Carl Gustaw Jung podjął się identyfikacji zmian osobowościowych u osób starszych wiekiem. Wychodził on z założenia, że dojrzewanie osobowości nie jest procesem krótkotrwałym, a następstwem długookresowej wewnętrznej przemiany. Dużą rolę odgrywają tutaj czynniki indywidualne oraz tajniki nieświadomości, które stopniowo odkrywane są przez seniorów [19,20]. Jung dokonał podziału życia na dwie połowy (ze względu na czas trwania oraz realizację zadań rozwojowych). Pierwsza z nich charakteryzuje się ekspansją życiową, przystosowaniem do otaczającej rzeczywistości, dążeniem do stabilizacji rodzinnej

i zawodowej. Z kolei drugi okres życia wyróżnia się integracją własnego życia w procesie indywidualizacji. Świadomość sensu życia oraz nieuchronne nadejście jego końca ogrywają dużą rolę w odnalezieniu prawdziwego jego celu [20].

Zmiany zachodzące w sferze psychicznej osoby późnej dorosłości wiążą się z jej osobowością. Spadek zdolności motorycznych, pamięciowych, uczenia się, motywacji, myślenia czy emocji nie oznacza, iż osoby starsze nie mogą cieszyć się dalszym rozwojem intelektualnym. Ich mądrość życiowa i doświadczenie stanowią bogaty fundament wsparcia społecznego i rodzinnego. Jak pokazują wyniki prowadzonych badań i osobistych doświadczeń, bardzo ważną rolę odgrywają postawy wobec ostatniego okresu życia. Bowiem od nas samych zależy, czy będzie ona pełna optymizmu, pogodna, aktywna, czy jedynie biernym, smutnym końcem życia.

Nie należy zapominać, że ten etap życia wiąże się także z nowymi możliwościami, zmianami dotychczasowych aspiracji. Możliwości typu zewnętrznego ulegają osłabieniu, co przejawia się m.in. poprzez zmiany w obrębie narządów zmysłów, spadek sił fizycznych, zdolności psychicznych. Natomiast możliwości typu wewnętrznego wzmacniają się. Pojawiają się nowe możliwości w postaci życiowej rozwagi, opanowania, dystansu czy doświadczenia [21]. Zarówno czynniki zewnętrzne, jak i wewnętrzne wpływają na indywidualne kształtowanie się cech, zalet i wad osób starszych. Przykładem mogą być osoby wykonujące pracę umysłową, które po zaprzestaniu aktywności zawodowej dążą do dalszego rozwoju umysłowego, co przekłada się na lepszą sprawność poznawczą w kolejnych latach [22].

Starzenie się w aspekcie społecznym

Starzenie się społeczeństw oraz systematyczny wzrost odsetka najstarszych grup wiekowych wymusza dezorganizację struktury rodzinnej oraz pojawienie się nowych jej ról. Towarzyszy temu spadek liczby urodzeń oraz ograniczenie dzietności (model rodziny 2+1, 2+2). Liczba pokoleń łańcucha genealogicznego wydłuża się, natomiast liczna potomstwa spada. Coraz częściej liczba osób starszych w najbliższej rodzinie przekracza liczbę osób w wieku produkcyjnym i przedprodukcyjnym. W wyniku czego pełnione przez rodzinę funkcje, tj. opiekuńcza, socjalna czy ekonomiczna mogą być coraz rzadziej w pełni zaspokajane. Wiążę się to z przerzucaniem odpowiedzialności za opiekę i pomoc na organy pomocy instytucjonalnej (medycznej i społecznej). Niestety nie zaspokajają one rosnących

potrzeb pacjentów geriatrycznych. Rosnąca liczba pacjentów generuje coraz to dłuższe kolejki, wydłużając czas oczekiwania na świadczenia [23].

Bardzo ważną rolę w życiu osoby starszej odgrywa rodzina. Nie należy zapominać, iż dzięki niej senior ma zapewnione warunki materialne i bytowe. Może liczyć na podstawową opiekę (jeżeli rodzina jest wydolna opiekuńczo) oraz przyjazne i życzliwe otoczenie życia. Wiele osób starszych swoją samodzielność i niezależność zawdzięcza bliskim, dzięki ich pomocy i wsparciu we wszystkich sferach życia [24]. Każdy senior licząc na opiekę najbliższych powinien mieć także swoje obowiązki dostosowane do swoich sił i możliwości. Taka aktywność pozwala mu poczuć się potrzebnym i ważnym dla społeczności rodzinnej. Jednak nie we wszystkich rodzinach senior może liczyć na stosowną opiekę bądź wsparcie. Czasami mamy do czynienia z „konfliktem pokoleń”, będącym następstwem różnicy poglądów, temperamentów pomiędzy dziećmi i rodzicami, a dużo rzadziej pomiędzy dziadkami i wnukami. Młodzi ludzie bardzo często mogą liczyć na materialną pomoc swoich babć i dziadków, dzięki nim poznają najważniejsze wydarzenia historyczne, czy odkrywają swoje pasje. Osoby starsze są często dopełnieniem wychowania rodzicielskiego. Opiekując się wnukami nawiązują z nimi szczególną więź [25].

Są też takie relacje rodzinne, w których senior doznaje jedynie poczucia osamotnienia. Ma to miejsce najczęściej tam, gdzie model rodziny wielopokoleniowej już dawno przestał istnieć. Pojawienie się agresji czy frustracji może być następstwem braku relacji z innymi ludźmi (rodziną, przyjaciółmi, których senior nie ma). Zaprzestanie aktywności zawodowej wymaga zmianę dotychczas pełnionych ról społecznych i rodzinnych, często u osób starszych może pojawić się poczucie stagnacji (braku sensu podejmowania aktywności społecznej), brak bezpieczeństwa ekonomicznego, czy poczucie bycia niepotrzebnym. Samotność i osamotnienie potęgują pojawiające się choroby, które mogą prowadzić do niepełnosprawności i egzystencjalnych ograniczeń. Seniorzy zaczynają izolować się społecznie, co może skracać dalsze ich życie [26]. Traumatycznym przeżyciem dla osoby starszej wiekiem jest śmierć współmałżonka. Znacznie dotkliwiej stratę tą przeżywają mężczyźni aniżeli kobiety. Bardzo ważne jest zadbanie o odpowiedni krąg znajomych i przyjaciół, gdzie senior będzie mógł porozmawiać na wspólne tematy, dzielić swoje pasje czy hobby. W momentach pogorszenia stanu zdrowia bądź w innej potrzebie będzie mógł liczyć na odpowiednie wsparcie i pomoc [27]. Osoba starsza wiekiem ma dużą potrzebę relacji międzyludzkich (aktywnego życia w społeczeństwie) i przynależności grupowej. Wówczas czuje się pełnowartościowym członkiem danej zbiorowości, poprzez nawiązywanie nowych znajomości zyskuje poczucie bezpieczeństwa czy uznania [28].

Podsumowanie

Proces starzenia się został ukazany w trzech wymiarach: fizycznym, psychicznym i społecznym. Podjęta tematyka ma tym większe znaczenie, iż liczba osób starszych z roku na stopniowo rośnie. Konsekwencje procesu starzenia się widoczne są nie tylko w wyglądzie fizycznym czy osłabieniu sprawności psychicznej, ale i w pozostałych sferach życia (rodzinnej, socjalnej, społecznej, kulturalnej, edukacyjnej, zawodowej czy ekonomicznej). Obecnie przeobrażenia modelu rodziny, wzrost odsetka osób starszych w strukturach rodzinnych, przyczyniają się do coraz mniejszej wydolności opiekuńczej współczesnych rodzin. Instytucje pomocy społecznej, placówki opieki medycznej generują wysokie koszty leczenia, co przekłada się na obciążenie ekonomiczne społeczeństw. Niestety i podmioty te nie dysponują wystarczającą liczną miejsc, jakiej potrzebują pacjenci, świadczenia nie są dostosowane do osób starszych, a liczba oczekujących stale rośnie. Bardzo ważna jest pomoc i wsparcie ze strony instytucji państwowych, zwłaszcza dla opiekunów nieformalnych (rodziny) podejmujących się trudu opieki nad chorym.

Wraz z upływem lat następuje osłabienie funkcji poznawczych, widoczne są zmiany osobowości, zmiany w sferze emocjonalno-społecznej. Jednak i one nie wykluczają dalszego samodzielnego, niezależnego, satysfakcjonującego życia pełnego optymizmu, dalszego rozwoju i radości. Konieczne jest wdrażanie społecznych inicjatyw aktywizujących seniorów, by podejmowane przez nich role stały się kolejnym etapem rozwoju, a wzajemne wsparcie i pomoc towarzyszyły jej uczestnikom.

Piśmiennictwo

1. Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołądź JA.: Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2012, 1-2.
2. Pędich W.: Ludzie starzy, CRSS, Warszawa, 1996, 7.
3. Jabłoński L., Wysokińska-Miszczuk J.: Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatrici, Wyd. Czelej, Lublin, 2000, 25-46.
4. Borowicz AM., Wieczorowska-Tobis K.: Kierunki kompleksowej rehabilitacji osób starszych. [w:] Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu, Kowalewski JT., Szukalski P. (red.). Łódź, 2008, 21.
5. Butler R.: International Longevity Center, J Anti Aging Med, 2003, 6, 177.

6. Slavkin HC.: And we all lived happily ever after: understanding the biological controls of aging, *JADA*, 1998, 129, 5, 629.
7. Galus K.: Geriatria wybrane zagadnienia, Wyd. Edra Urban&Partner, Wrocław, 2017, 9.
8. Szarota Z.: Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki, Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków, 2004, 38.
9. Pruis TA., Janowsky JS.: Assessment of body image in younger and older women, *J. Gen. Psychol.*, 2010, 137, 3, 225-38.
10. Koch P., Mansfield PK., Thureau D., Carey M.: „Feeling Frumpy”: The relationships between body image and sexual response changes in midlife women, *J. Sex. Res.*, 2005, 42, 3, 215-23.
11. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M.: Podstawy gerontologii społecznej, ASPRA-JR, Warszawa, 2006.
12. Gębska-Kuczerowska A.: Starzenie się kobiet i mężczyzn – podobieństwa i różnice. [w:] Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego, Cybulski M., Krajewska-Kułak E. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2016, 17.
13. Chodorowski Z.: Geriatria. Postępy w diagnostyce i terapii, GRAFICA, Gdynia, 2007, 17-20.
14. Zawadzka D., Misiak D.: Starość jako ostatni etap życia człowieka, *Edukacja Dorosłych*, 2006, 3, 25.
15. Szukalski P.: Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi w podeszłym wieku w Polsce. [w:] Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego. Cybulski M., Krajewska-Kułak E. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2016, 209-221.
16. Levy B.R., Slade M.D., Kunkel S.R., Kasl S.V.: Longevity increased by positive self-perceptions of aging, *J. Pers. Soc. Psychol.*, 83, 261-270.
17. Steuden S.: Psychologia starzenia się i starości, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2012, 48.
18. Grabowska M.: Psychologiczne aspekty starzenia się. [w:] Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Podręcznik dla studiów medycznych. Kędziora-Kornatowska K., Muszalić M., Skolmowska E. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010, 165-166.
19. Jung C.G.: Wspomnienia, sny, myśli, Wyd. Wrota-K-R, Warszawa, 1993.

20. Jung C.G.: *Gesammelte Werke*. Walter Verlag, Solothurn und Düsseldorf, 1995.
21. Orzechowska G.: *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Olsztyn, 1999.
22. Wiśniewska-Roszkowska K.: *Starość jako zadanie*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa, 1989.
23. Błędowski P.: *Charakterystyka procesu starzenia się. Aspekt socjoekonomiczny*. [w:] *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008, 2010, 38-39.
24. Piotrowski J.: *Miejsce człowieka starszego w rodzinie i społeczeństwie*, Warszawa, 1979.
25. Wiśniewska-Roszkowska K.: *Człowiek stary w rodzinie*, Warszawa, 1979, 92-96.
26. Kochaniuk H.: *Problemy psychospołeczne osób w starszym wieku* [w:] *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D., Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 2010, 53-54.
27. Kowalewska A., Jaczewski A., Komosińska K.: *Problemy wieku starczego*. [w:] *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania człowieka*, Jaczewski A. (red.). Warszawa, 2005, 295-315.
28. Mötzing G., Schwarz S.: *Pielęgniarstwo geriatryczne* (red.), wyd. polskiego Galus K., Wyd. Elsevier Urban&Partner, Wrocław, 2012.

Zdrowe starzenie się wyzwaniem dla edukacji i promocji zdrowia młodego pokolenia

Gładczuk Jolanta, Grajek Zbysław W., Kleszczewska Ewa¹

Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

Wstęp

Wzrost długości ludzkiego życia to spektakularne osiągnięcie ostatnich dziesięcioleci. Wyzwaniem dla całego społeczeństwa jest powiązanie długości trwania życia z zachowaniem jego dobrej jakości. Niezbędne działania powinny się rozpocząć już w okresie wczesnego dzieciństwa oraz młodości, gdyż w tym czasie kształtują się zachowania zdrowotne wywierające wpływ na dalszy przebieg życia w zdrowiu.

Efektym wydłużania się życia w fazie starości w powiązaniu ze spadkiem urodzin jest starzenie się populacji. Ten problem jest bodźcem do wprowadzania programów mających złagodzić negatywny wpływ na funkcjonowanie społeczeństwa. Zajmują się nim zarówno instytucje polskie jak i Unii Europejskiej [1]. Celem jest optymalizacja możliwości fizycznych, społecznych i psychicznych umożliwiających włączenie osób starszych do aktywnego udziału w społeczeństwie. Proces wprowadzania w życie tych założeń jest określany jako zdrowe starzenie się (*healthy ageing*) [2].

Sukces polityki zdrowego starzenia rozpoczyna się na etapie edukacji dzieci i młodzieży. Edukacja i promocja zdrowia powinna dotyczyć wszystkich czynników wpływających na stan zdrowia. Musi uwzględniać pojęcia zdrowia i jego aspekty, formy zachowań zdrowotnych, polityki zdrowotne państwa i instytucji międzynarodowych oraz elementy i sposoby realizacji edukacji i promocji zdrowia wśród osób młodych i w okresie senioralnym.

Definiowanie zdrowia

Zdrowie to pojęcie abstrakcyjne trudne do zdefiniowania. Jest to wyraz dość często pojawiający się w życiu człowieka. Dla każdego z nas oznacza ono coś innego i dlatego

każdy człowiek inaczej je definiuje uwzględniając własne doświadczenia i odczucia. Jednak zapewne stanowi ono istotną wartość w ludzkim życiu. Oznaką tego jest składanie życzeń innym, troska o zdrowie bliskich jak i własne, a także modlitwa o zdrowie [3,4,5].

„Współczesne spojrzenie na problemy zdrowia utwierdza nas w tym, że jest ono wielowymiarowym i wielopłaszczyznowym fenomenem połączonym nie tylko z materią ciała i jego fizjologicznymi funkcjami, ale również z jego emocjonalnością, intuicją, duchowością, seksualnością czy energią. Zdrowie to przecież nie tylko cenna wartość sama w sobie, lecz także warunek niezbędny do skutecznego realizowania aspiracji i celów życiowych poszczególnych obywateli i grup społeczno-zawodowych, to ważny czynnik społeczno-ekonomicznego rozwoju kraju” [4].

Definiowaniem zdrowia zajmują się badacze z różnych dziedzin nauki. Najczęściej pojęcie zdrowia rozpatruje medycyna, socjologia oraz psychologia. Każda z tych dziedzin pojmuje zdrowie jako wartość społeczną oraz indywidualną [6,7].

Zdrowie jest również definiowane z punktu widzenia pracownika ochrony zdrowia, pedagoga, onkologa czy pacjenta.

Ogólnie uznawana i rozpowszechniona definicja zdrowia to ta według WHO: „zdrowie to nie tylko nieobecność choroby i niedośćstwa, ale stan dobrego fizycznego, psychicznego i społecznego samopoczucia” [8]. Definicja ta to swoisty idealistyczny postulat określający „jak pełnia zdrowia powinna wyglądać”. Przeciętnemu człowiekowi jest trudno sprostać tym wymogom, ponieważ tę definicję trudno odnieść do codziennego życia ze względu na jej małą ostrość, a osiągnięcie dobrostanu aż w trzech wymiarach jest celem niemożliwym do osiągnięcia [4,9]. Jednocześnie ma ona charakter otwarty i ulega modyfikacji wraz ze stanem rozwoju wiedzy medycznej [9].

Karta Ottawska (1986r.) wskazuje, że zdrowie to niezwykle potrzebne narzędzie w poprawie jakości życia. Unowocześniono w niej definicję zdrowia, podkreślając, że zdrowie jest procesem dynamicznym [10].

Aspekty zdrowia fizycznego

Zdrowie fizyczne, czyli inaczej somatyczne, wskazywane w definicji zdrowia WHO jako dobrostan fizyczny, określa niezaburzone biologiczne funkcjonowanie całego organizmu, czyli jego wszystkich narządów oraz układów. Z jednej strony może oznaczać to prawidłowe ich funkcjonowanie bez objawów patologicznych czy niepełnosprawności,

natomiast z drugiej właściwy poziom wydolności i sprawności fizycznej przejawiający się w możliwości wykonywania bez wysiłku codziennych czynności życiowych. Związane jest ono z przestrzeganiem higieny osobistej oraz otoczenia, aktywnością ruchową, racjonalnym odżywianiem czy hartowaniem organizmu w celu wzmocnienia odporności organizmu [11-14]. Obejmuje pewne predyspozycje genetyczne, oraz naturalny system immunologiczny [15]. Jest to tradycyjne spostrzeżenie zdrowia fizycznego oznaczające brak chorób, w tym także układowych w znaczeniu fizjopatologicznym.

Osoba, która jest zdrowa fizycznie charakteryzuje się dobrym samopoczuciem fizycznym [16]. Natomiast optymalne zdrowie fizyczne – fitness („wellness” fizyczny) jest określany jako zdolność skutecznego działania po to, aby efektywnie wypełniać obowiązki związane z pracą, nauką jak również optymalnie wykorzystywać czas wolny. Cechy te charakteryzują osobę wysportowaną a nie słabą [16].

Osoba charakteryzująca się fizycznym zdrowiem optymalnym realizuje regularną aktywność fizyczną, która gwarantuje jej dobrą kondycję, wytrzymałość i sprawność. Osoba taka potrafi pokonywać duże odległości maszerując, wspinać się w górach, sprawnie oraz bez obaw pływać w morzu. Natomiast osoba jedynie zdrowa pod względem fizycznym nie zawsze może realizować powyższe działania [16].

Aspekty zdrowia psychicznego i duchowego

Według WHO brak jest jednoznacznej definicji zdrowia psychicznego, co jest wynikiem różnic kulturowych, czy subiektywnego odczucia. Można jednak określić je jako relacje poprawnego kierowania zdolnościami do przystosowania się i utrzymania prawidłowych relacji z innymi osobami [17].

Wskaźniki składające się na zdrowie psychiczne to: przyjęte zasady kierowania oraz myślenia, odczucie samospełnienia, poczucie własnej wartości, rozumienie własnych uczuć, poczucie samorealizacji, uczenie się w oparciu o doświadczenia, efektywne metody radzenia ze stresem, budowa zaufania wobec własnej osoby, optymizmu, wiary we własne siły czy wysoka samoocena [14,18].

Według opinii większości ekspertów zdrowie psychiczne oraz zaburzenia psychiczne nie są wobec siebie przeciwstawne. Czyli, można określić, że brak rozpoznanej choroby psychicznej wcale nie oznacza zdrowia psychicznego. Aby określić stan zdrowia psychicznego danej osoby konieczne jest dokonanie oceny jakości funkcjonowania jej w

życiu codziennym. Osoba zdrowa psychicznie charakteryzuje się następującymi cechami: posiada zdolność do działania, jest w stanie utrzymać prawidłowe relacje międzyludzkie, jest niezależna, zdolna do działania, a także potrafi odzyskać siły po trudnych sytuacjach życiowych. Cechy warunkujące utrzymanie zdrowia psychicznego to: poprawny rozwój psychiczny oraz dojrzałość psychiczna, odczucie szczęścia i zadowolenia, zdolność przystosowawcza do warunków środowiska społecznego, niewystępowanie napięć i konfliktów, harmonia, równowaga i integracja funkcji psychicznych [19].

Powyższe kryteria jednak nie wyczerpują w pełni zakresu określenia czym jest zdrowie psychiczne. Uzupełnienie tych cech może stanowić kryterium poczucia koherencji Antonovsky'ego A. (*sense of coherence* – SOC). Jest ono określane jako pewna orientacja życiowa, która polega na dostrzeganiu świata, który jest sterowalny, ma sens, jest zrozumiały i dlatego wart jest on podejmowania wysiłku oraz wkładu emocjonalnego w życie. Takie podejście pozwala człowiekowi w zaspokojeniu potrzeb psychicznych, radzeniu w realizacji życiowych zadań a przede wszystkim w rozwiązywaniu pojawiających się trudności [20]. W zdrowiu psychicznym można wyróżnić dwa jego komponenty:

- zdrowie umysłowe czy inaczej mentalne (komponent poznawczy) – czyli zdolność do spójnego oraz jasnego myślenia, osiągnięcia swego potencjału intelektualnego oraz myślenia;
- zdrowie emocjonalne czyli inaczej afektywne (komponent afektywny) – jest to umiejętność kontroli emocji np. lęku, żalu, radości, rozpoznania ich oraz wyrażania adekwatnie do sytuacji w sposób zapewniający odczucie komfortu a także akceptowalny społecznie. Zawarta jest tu także umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych, stresowych, wywołujących napięcie depresje lub lęk.

Można określić, że elementem składowym zdrowia psychicznego jest zdrowie duchowe (ang. *spiritual health*) będące pojęciem wieloznacznym, gdyż już jego definiowanie napotyka trudności wobec określenia „duchowy” czy „duchowość”. Jednak można je zdefiniować, powołując się na różnych autorów, jako „doświadczenie wewnętrznego spokoju i zgody z samym sobą oraz rozpoznawanie i wdrażanie w życie zasad i przekonań religijnych lub moralnych”.

Pojmowanie zdrowia duchowego zależne jest od przekonań i stosunku człowieka do sił rządzących porządkiem świata. Dla osób wierzących wiąże się z ich przekonaniami, religijnymi praktykami oraz podstawowymi zasadami danej religii. Natomiast dla osoby

niewierzącej jest to wynik praw natury czy ich osobistych przekonań stanowiących jej „kredo” [12].

Można wyróżnić następujące kryteria zdrowia duchowego: „zdolność do dawania i brania, okazywanie („promieniowanie”) ciepła, bezwarunkowa miłość, poczucie sensu i celu życia, uznawanie czynników transcydentalnych, wewnętrzna siła i spokój, pozytywne nastawienie, własne credo życiowe, uznawanie czegoś co istnieje „poza naszym umysłem” otwartość na przeżycia duchowe, zdolność wyjścia poza świadomość” [12].

Aspekty zdrowia społecznego

Zdrowie społeczne (ang. social health) to umiejętność utrzymania dobrych i satysfakcjonujących relacji międzyludzkich, współpracy międzyludzkiej a także umiejętność komunikowania się, nawiązywania kontaktów społecznych czy też rozwiązywania konfliktów. Socjologiczne aspekty zdrowia przekładają się na stan zdrowia psychicznego i zachowania zdrowotne. Wpływają na ryzyka i na stan zdrowia fizycznego [21].

Edukacja zdrowotna

Pojęcie edukacji ma różne znaczenie, w zależności od kontekstu w jakim zostało zastosowane. Najczęściej oznacza liczbę lat sformalizowanego kształcenia i właśnie w tym znaczeniu w badaniach demograficznych oraz epidemiologicznych stała się znaczącym miernikiem „statusu społeczno – ekonomicznego rodziny” [22].

Edukacja jest bowiem czynnikiem o najistotniejszym wpływie kształtującym ludzkie zachowania zdrowotne, ponieważ rozbudowuje zaufanie wobec siebie, zwiększa zdolności oraz umiejętności działania a także wpływa na wzrost wiedzy dotyczącej świata czy występującej sytuacji [22].

Kształcenie wpływa na rozwój zawodowy, poprawę sytuacji zdrowotnej poprzez wzrost korzystania ze środków oraz form wzmacniających zdrowie, pozwala na racjonalne korzystanie z informacji, wpływa na status społeczny i wysokość dochodów które umożliwiają dostępność do zróżnicowanych zasobów warunkujących zachowanie dobrego stanu zdrowia. Edukacja wywiera olbrzymi wpływ na aktualne zachowania ludzi oraz ich zmianę [22].

Istotną rolę w zakresie postępowania w kontekście zachowań wspierających zdrowie wywiera edukacja zdrowotna, która jest określana „jako proces, w którego efekcie ludzie powinni się nauczyć, jak dbać o zdrowie własne i społeczności w której żyją” [23,24], lub jako „planowe i kompleksowe działania obejmujące przekaz wiedzy, doświadczeń i praktycznych umiejętności, mających na celu umacnianie zdrowia” [25], czy też jako „całocystowy proces uczenia się ludzi, jak żyć, aby [12,26]:

- zachować i doskonalić zdrowie własne oraz innych
- w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki”.

W edukacji zdrowotnej „*chodzi (...) o przekazywanie, nabywanie lub korektę wiedzy, umiejętności i wartości dotyczących szeroko pojmowanego zdrowia*” [24].

Edukacja obejmuje nie tylko wychowanie oraz kształcenie, ale także wspiera rozwój i jego samokierowanie a także kształtuje postawy [27].

Edukacja zdrowotna jest prawem każdego człowieka [27] i winna być prowadzona we zróżnicowanych środowiskach życia w każdym wieku zarówno w środowisku osób zdrowych jak i chorych czyli np. w: przedszkolu, rodzinie, szkole, placówkach ochrony zdrowia [28], ponieważ edukacja zdrowotna to proces podlegający ewaluacji wraz ze zmianą potrzeb zdrowotnych oraz edukacyjnych odbiorcy [29].

Kolejnym aspektem promocji zdrowia jest konieczność długofalowego działania. Chcąc uzyskać efekt zdrowego starzenia się, musimy wdrażać edukację zdrowotną od najmłodszych lat [30].

Obecnie funkcjonujące definicje edukacji zdrowotnej wskazują na jej następujące cechy [12]:

- uczenie się (...) tzn. aktywność i zaangażowanie osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej
- proces całocystowy
- systematyczność oddziaływań oraz ich planowanie
- oddziaływanie na jednostki oraz grupy, osoby zdrowe oraz chore, w celu zwiększenia ich kompetencji
- dobrowolność udziału
- interdyscyplinarność edukacji zdrowotnej
- wprowadzenie określenia jak żyć
- zwrócenie uwagi, że edukacja zdrowotna dotyczy zdrowia i choroby.

Determinanty zdrowia i choroby

Wszelkie działania zmierzające do utrzymania i poprawy zdrowia, w tym także mające na celu zdrowe starzenie się, muszą opierać się na wiedzy z zakresu czynników warunkujących zdrowie oraz rodzajach ryzyka chorób.

Obecne poglądy na ten temat znajdują odzwierciedlenie w opracowaniach Światowej Organizacji Zdrowia [31].

Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia musi dotyczyć wszystkich aspektów modyfikowalnych. Nie możemy wpłynąć na obciążenia genetyczne, ale możemy poprawiać warunki środowiska fizycznego i społecznego. Możemy i powinniśmy wpływać na czynniki behawioralne [31].

Modele edukacji zdrowotnej

A. Tannahil [32] wyróżnia trzy modele edukacji zdrowotnej:

1. „Zorientowany na chorobę” – stawia on sobie za cel zapobieganie określonym schorzeniom np. nowotworom, cukrzycy, schorzeniom układu krążenia;
2. „Zorientowany na czynniki ryzyka” – zorientowany jest na działania zmierzające do eliminacji czynników np. brak aktywności ruchowej, palenie tytoniu, zapobiegających pojawieniu się nie określonej choroby, tylko całego ich zakresu;
3. „Zorientowany na zdrowie” – ma na celu wzmocnienie zasobów zdrowia, poprzez podkreślenie pozytywnego wymiaru/aspektu zdrowia, a nie wyłącznie czynników ryzyka. Zasadniczo ma on na uwadze działania wzmacniające potencjał zdrowia w trzech wymiarach tj.: psychicznym, fizycznym oraz społecznym, czyli cechuje się holistycznym traktowaniem zdrowia [12,26,33]. Oba pierwsze modele związane są z biomedycznym modelem zdrowia, w którym o tym co jest dobre a co niekorzystne dla zdrowia decydują eksperci. Natomiast model trzeci wypływa z holistycznego podejścia do zdrowia i zakłada, że to ludzie są uczestnikami działań wobec własnego zdrowia.

Inna klasyfikacja [12] wyróżnia następujące podejścia w zakresie edukacji zdrowotnej:

- medyczne – ukierunkowane na eksponowanie działań medycznych mających na celu zapobieganie lub zmniejszenie konsekwencji schorzeń;

- behawioralne – zachęcanie w zakresie dokonania zmian postaw i zachowań w zakresie zachowań sprzyjających zdrowiu;
- edukacyjne - działania ukierunkowane na informowanie o przyczynach oraz konsekwencjach działania czynników stanowiących zagrożenie dla zdrowia, klasyfikacja postaw oraz wartości a także budowa umiejętności koniecznych dla zdrowego stylu życia;
- środowiskowe – zachęcanie w kierunku prowadzenia działań społecznych oraz politycznych zarówno w środowisku społecznym jak i fizycznym w celu wywołania zmian umożliwiających prozdrowotny styl życia;
- zorientowane na jednostkę – prowadzenie działań z indywidualnymi osobami w celu umożliwienia im identyfikacji swoich problemów, dokonywania wyborów a także podejmowania działań.

Środowiskowa i demokratyczna edukacja zdrowotna

Jest to koncepcja dotycząca edukacji zdrowotnej w szkole w kontekście szkoły promującej zdrowie. Opiera się ona na demokratycznym paradygmacie edukacji zdrowotnej skoncentrowanym na holizmie w zakresie ujęcia zdrowia oraz środowiska, zorientowanym na aktywnym uczestnictwie oraz rozwijaniu kompetencji w zakresie działania.

Zdrowie oraz środowisko jest to „całość jednostki w całości środowiska”, gdzie zdrowie człowieka spostrzegane jest jako jedność biologiczny, psychiczna oraz społeczna, gdzie istota ludzka to część całości utworzonej przez styl i warunki życia.

Styl życia determinują warunki życia, czyli wpływa on podwójnie na zdrowie (bezpośrednio i pośrednio). Dlatego też działania winny być ukierunkowane zarówno na zmianę stylu i warunków życia, a główny cel edukacji zdrowotnej to rozwijanie kompetencji do działania składającej się z następujących elementów [12]:

- wgląd w siebie
- wiedza w zakresie konsekwencji antyzdrowotnego stylu życia, przyczyn schorzeń, sposobu tworzenia wizji najbliższego otoczenia oraz własnej osoby
- metody kontroli swego życia oraz udziału w zmianach warunków życia w społeczności
- chęć działania w postaci własnego zaangażowania
- wizja własnej osoby oraz świata (co można poprawić)

- doświadczanie w danym działaniu podczas uczenia się.

Edukacja zdrowotna ukierunkowana na rozwijanie umiejętności życiowych

Ta koncepcja edukacji jest rozwijana od początku lat 90. XX wieku przez WHO przy współpracy z innymi organizacjami a zwłaszcza z UNICEF. Dotyczy ona zasadniczo młodzieży oraz dzieci i określa interaktywny a także uczestniczący proces pozyskiwania wiedzy oraz kształtowanie postaw i umiejętności umożliwiających podjęcie pozytywnych decyzji, działań w zakresie ochrony a również doskonalenia zdrowia własnego i innych. Samo pojęcie „umiejętności życiowe” według WHO to: „umiejętności (zdolności) umożliwiające jednostce pozytywne zachowania przystosowawcze, które pozwalają aktywnie radzić sobie z zadaniami i wyzwaniami codziennego życia” [12].

WHO umiejętności te klasyfikuje w trzech grupach:

- komunikacja i umiejętności interpersonalne
- podejmowanie decyzje
- krytyczne myślenie oraz kierowanie sobą [12].

Edukacja zdrowotna ukierunkowana na zwiększenie alfabetyzacji zdrowotnej

Koncepcja takiej edukacji zdrowotnej pochodzi ze Stanów Zjednoczonych. Alfabetyzacja zdrowotna (health literacy) „oznacza umiejętności poznawcze i społeczne, które determinują motywację i zdolność jednostki do zdobywania informacji, zrozumienie jej i wykorzystywania w sposób, który sprzyja doskonaleniu i utrzymaniu dobrego stanu zdrowia” [12]. Jednak to kreślenie w Polsce ma także inne znaczenie, gdyż jest ono tłumaczone jako: „piśmienność zdrowotna”, „kompetencje zdrowotne” [34]. Wyróżnia się trzystopniową hierarchizację „health literacy” [12,34]:

- funkcjonalna alfabetyzacja zdrowotna („*basic literacy*”) – umiejętność odczytywania zdrowia z powodu posiadania minimalnych umiejętności czytania i pisania;
- interaktywna alfabetyzacja zdrowotna („*communicative literacy*”) – „zdolność poznawania połączona z umiejętnościami społecznymi, dzięki którym możliwe jest zdobywanie informacji o zdrowiu, wyciąganie wniosków ze zdobytej wiedzy i dostosowanie jej do warunków środowiska, które cały czas się zmieniają”;

- krytyczna alfabetyzacja zdrowotna („*critical literacy*”) – zdolność ta daje możliwość dokonania krytycznej oceny zdobytych informacji oraz wykorzystania ich w zakresie kontroli swego życia oraz zdrowia.

Powyższe umiejętności pozwalają człowiekowi na właściwą reakcje wobec impulsów płynących ze środowiska przez co pomagają w zachowaniu i potęgowaniu zdrowia [34].

Modele teoretyczne zachowań zdrowotnych

Wartość, która przypisywana jest zdrowiu wywiera wpływ na aktywność zdrowotną jednostki ludzkiej. Mechanizmy a także czynniki, które leżą u podstaw zachowań zdrowotnych nakierowanych na cele zdrowotne mogą być rozpatrywane w wielu aspektach, także w kontekście modeli zachowań zdrowotnych ukazujących struktury oraz wyjaśniające zachowania skierowane wobec celów zdrowotnych. W tabeli I. przedstawiono modele teoretyczne wyjaśniające podejmowanie oraz potęgowanie zachowań zdrowotnych.

Tab. I. Modele teoretyczne wyjaśniające podejmowanie oraz potęgowanie zachowań zdrowotnych istotne z punktu widzenia działań zawodowych pielęgniarki, Źródło [15,23].

Model i jego założenia
<p>1. Modele motywacyjne</p> <p>1.1. Model przekonań zdrowotnych - podstawą podjęcia działania profilaktycznego są:</p> <p>a. wyznaczniki gotowości do zachowań zdrowotnych:</p> <ul style="list-style-type: none">• motywacji, na którą składa się postrzeganie przez osobę podatności na chorobę powaga choroby obejmująca konsekwencje medyczne a także psychologiczne• ocena skuteczności danej formy działania <p>b. wyzwalacze (okoliczności pobudzających do działania): cechy demograficzne, społeczne, strukturalne (wiedza o chorobie) oraz psychologiczne a także czynniki poznawczo - percepcyjne</p> <p>Założenia tego modelu skupiają się na motywacji oraz skuteczności działań ukierunkowanych na cele zdrowotne. Istotne jest tu wprowadzenie norm zachowań społecznych jako czynników motywujących do zachowań prozdrowotnych.</p> <p>1.2. Teoria uzasadnionego działania i planowanego zachowania - zaangażowanie się jednostki w zachowania zdrowotne zależy od siły intencji (mającej podłoże w indywidualnej postawie i normach społecznych) jednostki, jako głównego determinanta oraz wyznacznika tych zachowań zdrowotnych. Przeszłe zachowania zdrowotne wywierają istotny wpływ na obecne zachowania promocyjne a także profilaktyczne jednostki – jest to tzw. kontrola behawioralna, która pozwala przewidywać działania w niezależności od intencji.</p>

2. Modele postintencjonalne (modele realizowania intencji)

2.1. Model rozpoczynania działania (okres podejmowania próby) – czynniki wpływające na powodzenie podjętej próby działania to: poczucie oceny, kontroli oraz skuteczności wytyczonych celów, sprawowanie kontroli wobec własnego działania, dostrzeganie przyjemności związanej z realizacją celów.

2.2. Teoria wcielania w życie intencji – charakteryzują ją dwa wyznaczniki: intencja i planowanie. Mediatorem intencji jest planowanie, co wskazuje na to, że intencja nie wiąże się w sposób bezpośredni z zachowaniem. Wcielenie w życie intencji to efekt tworzenia planu. Należy tu odróżnić cel od planowania oraz zapoczątkowania działań, gdzie planowanie to jedyny predyktor, który decyduje o działaniu.

3. Koncepcje tłumaczące fazy zmiany zachowania:

3.1. Model procesu dostrzegania ryzyka (Precaution Adoption Process Model – PAPM)

- zachowania zdrowotne mogą ulec zmianie tylko wówczas, gdy człowiek będzie dostrzegać ryzyko, które wynika z braku dbania o własne zdrowie

3.2. Model transteoretyczny (Transtheoretical Model – TTM)

składa się on z trzech wymiarów: bilansu (argumenty przeciw i za zmianą), pokusy (prawdopodobieństwo zrezygnowania ze zmian), skuteczność (gotowość w zakresie utrzymywania zmian)

3.3. Podejście procesualne do zmiany zachowań zdrowotnych (Health Action proces Approach - HAPA)

- przyswajanie, oraz utrwalanie zachowań zdrowotnych przebiega w dwóch fazach: motywacyjnej (jednostka formułuje zamiar); wolicjonalnej (następuje realizowanie i utrwalanie działań)

Zdrowie ludzkie wynika przed wszystkim z zachowań człowieka [15], a zachowania te stanowią istotny problem teoretyczny oraz praktyczny i wymagają podejścia interdyscyplinarnego, a w celu ich określenia najczęściej stosuje się określenie „stylu życia jako zespołu zachowań, które są charakterystyczne dla danej osoby i mają istotne znaczenie dla zdrowia” [15].

Na zdrowy styl życia składają się komponenty fizyczne oraz psychiczne [15]. Psychiczne elementy stylu życia to [15]:

- poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie
- samokontrola organizmu
- motywacja w zakresie kształtowania zdrowia
- pozytywna orientacja życiowa, pojmowana jako optymizm, przywiązanie, kontrolowanie
- regulacja emocji
- motywacja w zakresie kształtowania zdrowia.

Natomiast do fizycznych elementów życia zaliczamy [15]:

- dostosowana do potrzeb zdrowa i właściwie zbilansowana dieta
- aktywność ruchowa
- odpowiedni sen trwający minimum 7 godzin
- unikanie używek
- przestrzeganie wskazówek lekarskich
- profilaktyka schorzeń.

Na zdrowie dorosłej osoby, w tym starszej, wpływają czynniki warunkujące zdrowie często działające w wieku młodzieńczym. Są to następujące czynniki warunkujące zdrowie młodych ludzi [35]:

- zdrowe style życia i warunki im sprzyjające,
- zdrowe otoczenie,
- informacja, wiedza i umiejętności niezbędne dla zachowania zdrowia,
- polityka promująca i chroniąca zdrowie,
- służby działające na rzecz zdrowia,
- właściwy indywidualny rozwój psychospołeczny i psychoseksualny.

Prowadzenie polityki aktywnego starzenia się „to znaczy stworzyć i wprowadzić w życie programy, które dadzą możliwość zachowania zdrowia i kreatywności obywateli w podeszłym wieku, uwzględniając rolę społecznych, ekonomicznych, duchowych, kulturowych i obywatelskich sektorów, a nie tylko bycie aktywnym fizycznie” [36].

Filary polityki zdrowotnej prowadzące do aktywnego starzenia się według WHO

1. zdrowie i niezależność – ludzie cieszą się długim oraz dobrej jakości życiem jeśli czynniki ryzyka schorzeń utrzymują się na niskim poziomie i stosowane są działania prewencyjne.
2. produktywność – osoby starsze mogą uczestniczyć aktywnie w płatnych i nieodpłatnych działaniach, jeśli rynek pracy, polityka zdrowotna oraz społeczna, edukacja wspierają ich udział w kulturowych, socjoekonomicznych oraz duchowych działaniach w zgodzie z ich potrzebami, możliwościami a także preferencjami.
3. ochrona – gdy polityka jest adresowana do potrzeb zdrowotnych, finansowych oraz społecznych a także bezpieczeństwa fizycznego osób starszych, wówczas są one zapewnieni o zapewnieniu godności oraz opiece, w sytuacji kiedy nie będą mogli sami się chronić.

Zdrowe starzenie się wyzwaniem dla edukacji i promocji zdrowia

Działania w zakresie aktywnego starzenia się powinny być kierowane do różnych grup wiekowych od najmłodszych aż po wiek sędziwy:

- działania wobec młodych ludzi – na proces starzenia się wywierają wpływ czynniki, które działają jeszcze w okresie życia płodowego, dlatego istotne znaczenie ma właściwe racjonalne i prawidłowe odżywianie się młodych kobiet, kobiet w okresie ciąży i czasie karmienia, unikanie palenia papierosów w czasie ciąży. Należy karmić niemowlęta wyłącznie piersią, prowadzić program szczepień ochronnych a także chronić przed urazami oraz zakażeniami,
- aktywność fizyczna – należy utrzymać regularną i umiarkowaną aktywność fizyczną aby opóźnić obniżenie sprawności w każdym wieku,
- dieta – przez całe życie należy dbać o utrzymanie należynej masy ciała, ponieważ otyłość oraz wysokoenergetyczna oraz bogatotłuszczowa dieta sprzyja rozwojowi wielu schorzeń takich jak: choroby układu krążenia, cukrzyca, choroba zwyrodnieniowa i niektóre nowotwory,
- uzależnienia – palenie tytoniu zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia w późniejszym wieku niepełnosprawności oraz przedwczesnej śmierci w wyniku schorzeń odtytoniowych. Picie alkoholu przyczynia się do rozwoju zależnych od niego schorzeń takich jak: marskość wątroby, niedożywienie, choroba wrzodowa żołądka a także przyczynia się do wzrostu ryzyka upadków, urazów czy demencji,
- polityka zdrowotna i społeczna – należy uczestniczyć w programach profilaktycznych zalecanych dla osób w starszym wieku a także prowadzić regularną kontrolę swojego stanu zdrowia. A takie możliwości powinny być zapewnione przez polityków,
- promocja zdrowia psychicznego – istotna jest profesjonalna ocena stanu psychicznego oraz emocjonalnego osoby starszej a także troska o jej stan w tym zakresie, aby odróżnić czy występujące zmiany to efekt starzenia się czy też efekt depresji oraz otępienia,
- integracja społeczna – w całym okresie życia każdy człowiek powinien aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym i rodzinnym. Istotna jest integracja międzypokoleniowa oraz otaczanie przez rodzinę opieką osób w podeszłym wieku [36].

Metody edukacji i promocji zdrowia realizowane zarówno w młodości jak i w okresie starości

Zdrowie osób w starszym wieku może być ujmowane jako [6,37]:

- trwanie życia (samo życie jest oznaką w pewnym stopniu zdrowia)
- brak złego samopoczucia (odczuwanie bólu, psychicznego dyskomfortu, cierpienia)
- zdolność do funkcjonowania
- zdolność wykonywania określonych zadań i ról społecznych przypisanych jednostce z racji zajmowanych pozycji społecznych, warunek nieodzowny dla zajmowania określonego ekonomicznego i społecznego statusu
- sukces w zaspokajaniu własnych potrzeb, redukcji napięć
- zdrowie jako zapewnienie określonych świadczeń medycznych i socjalnych
- zdrowie, jako element porządku społecznego” [6,37].

Edukacja zdrowotna związana jest z każdym etapem życia człowieka i podlega ewaluacji wraz ze zmianami w zakresie potrzeb edukacyjnych oraz zdrowotnych [29] oraz wywiera wpływ na jego jakość.

O jakości życia człowieka w wieku senioralnym decyduje duża grupa czynników, ale niewątpliwie jednym z najważniejszych jest zdrowie, dlatego też w strategii WHO „Zdrowie dla wszystkich” znalazł się zapis: „dodać lat do życia (tzn. żyć dłużej) oraz dodać życia do lat (tzn. cieszyć się dłuższym życiem w zdrowiu” [12].

Zdrowie osoby starszej zależy od tego ile „zainwestowała” ona w zasoby własnego zdrowia w okresie wcześniejszych lat życia oraz w jaki sposób przygotowała się do starości [12]. Ważny element tego przygotowania to promocji zdrowia oraz edukacja zdrowotna a w nich w kontekście seniorów to „empowerment”, czyli aktywizowanie oraz motywowanie starszych ludzi do samodzielnej realizacji własnych potrzeb. Aby osiągnąć ten cel należy edukować, przekazywać wiedzę oraz umiejętności, które osoba starsza będzie mogła wykorzystać samodzielnie w zakresie troski o własne zdrowie.

Przygotowanie się do wieku starszego, w zakresie zdrowego starzenia się, powinno charakteryzować się również proaktywnością, czyli podejmowaniem wysiłków zmierzających do budowy zespołu ogólnych zasobów ułatwiających rozwój w kierunku osobistego doskonalenia, tj. wielowymiarowe radzenie sobie poprzez korzystanie ze zróżnicowanych źródeł zasobów. Te proaktywne strategie radzenia mają wpływ na psychofizyczne funkcjonowanie osoby starszej oraz jego zdrowie psychiczne [38].

W celu podniesienia skuteczności edukacji i promocji zdrowia u osób starszych należy tworzyć programy charakteryzujące się następującymi cechami [39]:

- najkorzystniejsze dostosowanie programu w zakresie potrzeb grupy docelowej jaką są seniorzy (projektowanie oraz wdrażanie projektu powinno poprzedzać dokonanie analizy danych socjologicznych oraz epidemiologicznych grupy do której dany program ma być adresowany),
- zaangażowanie grupy, dla której przeznaczony jest projekt, w jego tworzenie, aby trafnie rozpoznać oczekiwania oraz potrzeby adresatów tych działań,
- uwzględnić zróżnicowanie wewnętrzne grupy do której program jest kierowany już na etapie planowania działań,
- aktywizowanie tzw. „grupy niewidzialnej”, czyli nieaktywnych oraz marginalizowanych, a także usuwanie nierówności w zakresie zdrowia pomiędzy danymi grupami,
- opracowywanie programów wieloaspektowych z uwzględnieniem psychicznych, fizycznych a także społecznych potrzeb osób starszych,
- zachęcanie do podejmowania aktywizacji na różnych poziomach w celu wywarcia wpływów na zwiększenie efektywności danego programu oraz wzrost motywacji uczestników w zakresie uczestnictwa w danym programie,
- udział osób starszych, dysponujących dużą ilością wolnego czasu, jako wolontariuszy w realizacji programów edukacyjnych,
- realizacja programów w miejscach dostępnych dla seniorów, bez obecności barier architektonicznych, z dobrą komunikacją umożliwiającą sprawne przemieszczanie się osób zainteresowanych, z uwzględnieniem obszarów zamieszkania przez największą grupę o najstarszej wiekowej strukturze.

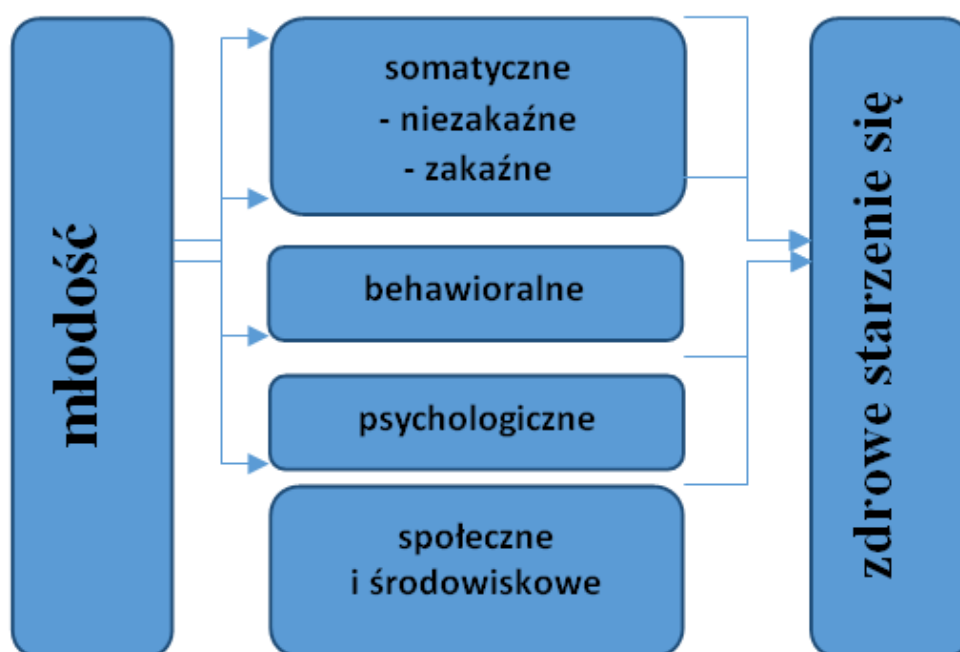
Podsumowanie

„Współczesne spojrzenie na problem zdrowia utwierdza (...) w tym, że jest ono wielowymiarowym i wielopłaszczyznowym fenomenem połączonym nie tylko z materią ciała i jego fizjologicznymi funkcjami, ale również z jego emocjonalnością, intuicją, duchowością, seksualnością czy energią” [28]. Osoby mające dojrzałość społeczną charakteryzuje niezależność [13,14].

Zdrowie wynika zasadniczo z ludzkich zachowań, które stanowią istotny problem zarówno teoretyczny jak i praktyczny i dlatego wymagają podejścia interdyscyplinarnego w celu ich określenia stosuje się pojęcie „styl życia” [15]. Definicja zdrowia zależna od obecnych realiów, wyczerpująca, funkcjonująca w danym regionie świata oraz uwzględniająca potrzeby całego społeczeństwa wpływa na realizację polityki zdrowotnej w tym także edukacji zdrowotnej [28].

Na tym tle bardzo ważnym zagadnieniem jest ciągłość procesu edukacyjnego i promowanie zachowań prozdrowotnych [40]. Rozpoczyna się w młodości i trwa do starości. Zachowanie ciągłości warunkuje utrwalenie prawidłowych zachowań zdrowotnych nabytych w młodym wieku. Zmniejsza ryzyka behawioralne, psychologiczne, społeczne a w efekcie także fizyczne wielu chorób mających znaczenie populacyjne. Takie podejście wymaga wielopłaszczyznowego działania w całym społeczeństwie, we wszystkich rodzajach polityki. Znajduje swoje odzwierciedlenie w działalności Rady Unii Europejskiej [41].

Te działania mają charakter procesu ciągłego. Można je przedstawić w postaci schematu uwidocznionego na Ryc. 1.



Ryc. 1. Schemat ciągłej edukacji i promocji zdrowia (wektory wskazują na kierunki działań nakierowanych na zdrowe starzenie się, w zakresie oddziaływania na czynniki warunkujące zdrowie) - opracowanie własne

Wnioski

1. Zdrowie jest wartością wysoko cenioną przez ludzi, jego definiowanie oraz rozumieniem jest efektem długoletnich oraz wielowiekowych przekształceń.
2. Mechanizmy, oraz czynniki leżące u podstaw zachowań zdrowotnych można rozpatrywać w wielu aspektach, również w zakresie modeli zachowań zdrowotnych, które wyjaśniają zachowania skierowane wobec celów zdrowotnych.
3. Wiek młodzieńczy jest okresem w życiu, w którym prowadzone działania w zakresie promocji zdrowia wywierają wpływ na stan zdrowia w dorosłym oraz starszym wieku.
4. Ważną rolę w zakresie postępowania w kontekście zachowań wspierających zdrowie w każdym etapie ludzkiego życia wywiera edukacja zdrowotna.
5. Istotne jest realizowanie polityki aktywnego starzenia się.

Piśmiennictwo

1. Zdrowe starzenie się: Biała księga. <http://www.starzejsiezdrowo.pl/?q=pl/node/15>, data pobrania 26.04.2017.
2. <http://www.healthyageing.eu/>, data pobrania 26.04.2017.
3. Obodyńska E.: Zdrowie jako podstawowa wartość edukacyjna i życiowa. Edukacja – Technika - Informatyka. Uniwersytet Rzeszowski, 2015, 5, 148-154.
4. Rasmus P., Stetkiewicz - Lewandowicz A., Talarska M. i wsp.: Edukacja zdrowotna z perspektywy współczesnych wyzwań i zagrożeń. Pol. Merk. Lek., 2013, 34, 363-367.
5. Gładczuk J., Fejfer-Wirbał E. Zachowania profilaktyczne studentów Instytutu Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach. [w:] Bezpieczeństwo wewnętrzne i ochrona zdrowia – wybrane współczesne wyzwania. Praca zbiorowa. Szuszczyński P., Kleszczewska E., Grajek ZW. i wsp. (red.). JurSaPrint Suwałki-Grodno, 2013, 251-261.
6. Młynarska M., Rudnicka-Drożak E., Nowicki G. i wsp.: Pojęcie zdrowia w opinii osób powyżej 65 roku życia. Gerontol. Pol., 2015, 1, 11-18.
7. Domaradzki J.: O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowia. Hygeia Public Health, 2013, 48, 4, 408-419.
8. <http://www.who.int/suoggestions/fag/en/>, data pobrania 26.04.2017.

9. Domaradzki J.: O definicjach zdrowia i choroby. *Folia Medica Lodziensia*, 2013, 40/1, 5-21.
10. Tuszyńska L.: Zdrowie w dyskursie pedagogicznym. *Edukacja ustawiczna dorosłych* 2015, 2, 89, 18-25, http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, data pobrania 26.04.2017.
11. Florczak A.: Psychologiczne mechanizmy bezpieczeństwa zdrowotnego. *Jul – Dec*, 2 (2), 2016, 97-102 - desuciritate.uph.edu.pl, data pobrania 26.04.2017.
12. Woynarowska B.: *Edukacja zdrowotna*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2013, 17-447.
13. Piontek B.: Kategoria „zdrowie” i „choroba” i ich implikacja dla zarządzania systemem ochrony zdrowia. *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy*, 2016,4, 48, 230-244.
14. Gruszczyńska M., Bąk-Sosnowska M., Plinta R.: Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. *Stosunek Polaków do własnego zdrowia*. *Hygeia Public Health* 2015, 50 ,4, 558-565.
15. Marcysiak M.: *Zdrowy styl życia szansą na długowieczność*. (w:) Cybulski M., Krajewska-Kułak E.: *Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2016, 149-158.
16. Wojtyła A., Wojtyła - Buciora P., Wojtyła C., Marcinkowski JT.: *Zdrowie optymalne („wellness”) w opinii młodzieży gimnazjalnej i jej rodziców*. *Hygeia Public Health* 2012, 47, 4, 490-497.
17. Florczak A.: Mechanizmy i problemy psychosfery i somatosfery bezpieczeństwa zdrowotnego, „*De Securitate et Defensione. O Bezpieczeństwie i Obronności*”. *Jul-Dec*, desecuritate.uph.edu.pl, 2016, 2, 2, 97-109.
18. Juszczynski Z: *Szlachetne zdrowie - niech każdy się dowie*. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, Warszawa ,1999.
19. Strelau J.: *Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 3*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2007.
20. Hochwalder J.: Test of Antonovsky’s postulate: high sense of coherence helps people avoid negative life events [w:] *Psychological reports*. Apr. 2015, vol 116 issue 2, 363.
21. Umberson D., Montez JK., *Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy*, *J Health Soc Behav*. 2010, 51 (Suppl), 54–66.

22. Wojtczak A.: Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku., Wyd. PZWL Warszawa, 2009.
23. Andruszkiewicz A., Banaszekiewicz M.: Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Tom I. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia. Wyd. Czelej Lublin, 2008.
24. Posłuszna M.: Edukacja zdrowotna we współczesnej szkole – program prozdrowotny. Probl. Pielęg., 2010, 18, 2, 226-231.
25. Paczyńska-Jędrycka M., Łubkowska W.: Edukacja zdrowotna przez gry i zabawy ruchowe z uwzględnieniem zabaw animacyjnych w opinii studentek pedagogiki elementarnej (na przykładzie województwa Wielkopolskiego). Pielęg. Pol., 2014, 3, 53, 215-221.
26. Herman T.: Szkoły Promujące Zdrowie. Przesłanki i założenia teoretyczne dla działalności praktycznej. Kultura – Społeczeństwo – Edukacja. Poznań, 2014, 2, 6, 119-123.
27. Michałowska D.: Koncepcje zdrowia i choroby jako podstawy konstruowania podejścia do edukacji zdrowotnej. Przegląd Terapeutyczny, 2008, 4 – www.ptt-terapia.pl, data pobrania 27.04.2017.
28. Rasmus P., Stetkiewicz-Lewandowska A., Talarowska M., Sobów T.: Edukacja zdrowotna z perspektywy współczesnych wyzwań i zagrożeń. Pol. Merk. Lek. 2013, 34, 204, 363-367.
29. Lizak D.: Szkoła jako środowisko wspierające kształtowanie prozdrowotnych postaw – kontekst pedagogiczno – zdrowotny. Pol. Prz. Nauk o Zdr., 2014, 1, 38, 69-74.
30. Healthy and active ageing, <http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/featured/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf>, data pobrania 26.04.2017.
31. <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>, data pobrania 20.04.2017.
32. Tannahil A. Health promotion: The Tannahill model revisited, <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2008.05.009>, data pobrania 26.04.2017.
33. Majewicz P.: Edukacja zdrowotna jako podstawowa forma promocji zdrowia wśród dzieci i młodzieży (w:) Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna. W. Pilecka (red.). Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków, 2011, 135-145.

34. Kardialik K., Olejniczak D., Religioni U.: Wykorzystywanie umiejętności odczytywania (sposobu) zdrowia przez studentów w procesie pozyskiwania informacji o chorobach. *Hygeia Public Health*, 2012, 47,1, 89-94.
35. Kulik TB., Latarski M.: *Zdrowie publiczne podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu Akademii Medycznych*. Wyd. Czelej Lublin, 2002, 27-32.
36. Biskupska M.: *Promocja zdrowia wobec osób w wieku podeszłym*. [w:] *Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D.. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008.
37. Rudnicka - Drożak E.: *Zjawisko przemocy wobec osób starszych jako forma zagrożenia zdrowia*. Rozprawa habilitacyjna, Lublin, 2006.
38. Wróblewska I., Sobik-Niemczynowska B., Błaszczuk J., Chylicka-Jasionowska K., Kurpas D.: *Opinia pacjentów na temat trudności wieku podeszłego oraz roli pielęgniarki w kształtowaniu zachowań proaktywnych u osób w wieku podeszłym*. *Family Medicine and Primary Care Review*, 2014, 16, 4, 356-359.
39. Woźniak B., Tobiasz Adamczyk B., Brzyska M.: *promocja zdrowia wśród osób starszych w Polsce w świetle badań przeprowadzonych w projekcie healthPROeldely – wypracowania opartego na faktach przewodnika dotyczącego promocji zdrowia wśród osób starszych*. *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2009, 90, 4, 459-464.
40. Kłossowska J., Kleszczewska E., Szpakow A., Knaś M.: „Solidarność międzypokoleniowa” a wzajemne opinie o sobie ludzi młodych i seniorów. *Med. Health Sci. Rev.* 2016, 2, 3, 101-107.
41. *Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej - Dz.U. C 396/02 z 21.12.2012, data pobrania 27.04.2017.*

Pragnienie własnej śmierci wśród osób starszych

Graf Lucyna¹, Śleziona Mariola¹, Fołtyn Agnieszka^{1,2}, Mroczkowska Renata³, Wawros Karina⁴, Gawłów- Nowak Lilianna⁴, Sternik Anna⁴, Karczewska Olimpia⁴, Sejboth Justyna⁴, Szurlej Dariusz⁵

1. Studium Doktoranckie, Zakład Filozofii i Bioetyki Katedry Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej
3. Śląski Uniwersytet Medyczny Klinika Wad Wrodzonych Serca i Kardiologii Dzieci, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze
4. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej Katedry Anestezjologii Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
5. Śląski Uniwersytet Medyczny Wydział Nauk o Zdrowiu. Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Zakład Anestezjologii Klinicznej

Wstęp

Zachodzące zmiany demograficzne zarówno w Polsce, jak i na świecie dotyczą procesu starzenia się społeczeństw. Proces ten wynika z wydłużania się życia, na skutek rozwoju medycyny oraz ze zmniejszonej liczby urodzeń.

Starzenie się jest naturalnym procesem życiowym, na który nie mamy wpływu, przebiegającym różnie u każdego człowieka, w trzech płaszczyznach biologicznej, psychologicznej, społeczno-socjalnej.

Z punktu widzenia fizjologicznego, starzenie się obejmuje stopniowe zmniejszanie się czynności układów narządów oraz pogarszanie kontroli homeostazy [1,2]. To proces wymagający uświadomienia sobie, że starzenie się jest naturalnym etapem życia, jest wartością każdego człowieka [3,4].

W wieku podeszłym zarówno utrata zdrowia, jak i sprawności psychicznej wpływa na kondycję psychiczną. Według naukowców z dziedziny gerontologii u osób starszych

występuje osłabiona sprawność umysłowa, pogorszona pamięć, niezdolność zmian własnych poglądów, obniżone czynności intelektualne, zmniejszenie zainteresowań do własnej osoby oraz chwiejność emocjonalna [5].

Starość to czas, kiedy nasuwają się refleksje: jak wyglądało moje życie, co było w nim dobrego, a co złego, co warto byłoby zmienić, gdyby była taka możliwość, czy można jeszcze się realizować.

Według Eriksona akceptacja siebie w okresie starzenia się i starości jest bardzo ważna, to czas kiedy powinno się przekierować energię na nowe role życiowe i formy aktywności, a także czas, kiedy powinniśmy przygotować się do naturalnej śmierci [6].

Zaakceptowanie własnej starości nie jest łatwe. Seniorzy z trudem akceptują dolegliwości zdrowotne, ograniczone możliwości poruszania się, pogarszającą się sprawność intelektualną oraz mniej atrakcyjny wygląd.

Specjaliści uważają, że nieumiejętność pogodzenia się z własnym wiekiem pozbawia starszych osób zadowolenia z życia. Jednak postawy osób starszych do życia, świata, własnej osoby i starości są różne i zindywidualizowane. Literatura gerontologiczna wyróżnia postawy osób starszych wobec siebie, własnej starości i w stosunku do świata. Są to postawa konstruktywna, postawa „zależności”, postawa „obronna”, postawa „wrogości do otoczenia”, postawa „wrogości do siebie”. Ostatnia z postaw charakterystyczna jest dla ludzi mających ujemny bilans życiowy, którzy śmierć traktują jako wyzwolenie od nieszczęść.

Kotlarska – Michalska A. podaje, że grupę tą „*reprezentują ludzie nieaktywni i mało zaradni. Nie buntują się oni przeciwko swojej starości, ale biernie przyjmują to, co zsyła im okrutny los. Niemożność zaspokojenia potrzeby miłości jest powodem przeżywania depresji. Ludzie o takiej postawie mają żal i pretensje do samych siebie, towarzyszy [...] im poczucie osamotnienia i zbędności*” [7]. Należy mieć na uwadze, że osoby mające postawę „wrogości do siebie”, są w grupie osób pragnących własnej śmierci.

Pragnienie śmierci wśród seniorów jest tematem trudnym, ale bardzo istotnym. Na całym świecie samobójstwa wśród osób powyżej 65. roku życia stanowią 25% wszystkich samobójstw. Polska, w porównaniu do Stanów Zjednoczonych, wypada korzystnie, gdyż wśród Polaków po 60. roku życia obserwuje się stosunkowo niską liczbę popełnianych samobójstw, w porównaniu do amerykańskich mężczyzn po 65. roku życia, gdzie odnotowuje się największy odsetek prób samobójczych [8,9,10,11].

Pomimo korzystniejszych statystyk nie można bagatelizować problemu, który jednak występuje w grupie osób starszych.

Czynniki wywołujące samobójstwa u osób starszych

Istnieje wiele czynników biologicznych, psychologicznych i socjologicznych, które wywołują reakcje samobójcze starszego pokolenia. Należą do nich: depresja, zwłaszcza ta o dużym nasileniu, przewlekłe choroby. Liczne prace wskazują, że zamachy samobójcze, głównie u kobiet, są wynikiem depresji i zmian organicznych układów i narządów. Do kolejnych czynników należą samotność na skutek wdowieństwa czy też rozvodu. Osoby te nie potrafią poradzić sobie w nowej sytuacji zarówno wśród bliskich, jak i w społeczeństwie. Statystyki wykazują, że najczęściej do samobójstw wśród wdowców dochodzi od pół do roku po śmierci współmałżonka. Innymi czynnikami są zła sytuacja materialna, zaburzenia osobowości, brak pomocy ze strony innych osób, utrata pozycji w rodzinie, zmniejszone poczucie własnej wartości, społeczne nieprzystosowanie, co powoduje izolację i samotność [12,13,14]. Nie bez znaczenia jest nadużywanie alkoholu przez osoby starsze. Liczne badania wskazują na związek pomiędzy nadużywaniem alkoholu a samobójstwem. Wśród osób uzależnionych od alkoholu częstotliwość samobójstw jest kilkakrotnie wyższa niż przeciętna w ogólnej populacji [15,16]. Osoby starsze, kiedy zmieniają miejsce pobytu (szpital, dom opieki) muszą wejść w nowe role społeczne, wymaga się od nich samodzielności, elastyczności i odpowiedzialności za własne decyzje. Stojąc przed nowymi wyzwaniami osoby te stają się bezradne, a rozłąka z rodziną, izolacja oraz dezintegracja osobowości wydaje się sytuacją bez wyjścia. Postępujące problemy wynikające ze sfery społecznej integracji ze społecznym otoczeniem są przyczyną zachowań samobójczych osób starszych. Wyniki wielu badań wskazują na wysokie współczynniki samobójstw osób starszych, co może świadczyć o pragnieniu śmierci przez starsze pokolenie. Zwykle osoby starsze nie chcą o tym rozmawiać, dlatego zdiagnozowanie myśli samobójczych jest problematyczne. Większość starszych osób doświadcza czynników ryzyka, co jest nieuniknione. Warto jednak poruszać problemy, które dotyczą osób w podeszłym wieku oraz uświadamiać i uwrażliwiać społeczeństwo na niepokojące objawy, aby móc w porę reagować.

Depresja występująca u osób w wieku podeszłym

Stany depresyjne nasilają się wraz z wiekiem, jednak problem ten jest bagatelizowany, często u osób starszych nie można dostrzec ciężkiej depresji, a jej objawy uważane są za normę w tym wieku. Samobójstwa są znacznie powiązane z chorobami psychicznymi. Czyny samobójcze popełniają najczęściej osoby cierpiące na depresję, alkoholizm, schizofrenię.

Badania Conwella potwierdzają silną korelację pomiędzy depresją a popełnieniem samobójstw w wieku podeszłym. Badacz stwierdził, że wśród samobójców – seniorów, 54% cierpiało na depresję ciężką, a 11% na depresję o mniejszym nasileniu [17]. Inne doniesienia wskazują 19 zgonów na 100 000 osób w podeszłym wieku cierpiących na depresję. Problem depresji i myśli samobójczych jest mało dostrzegany przez lekarzy prowadzących, co potwierdzają wyniki, że 75% osób w podeszłym wieku, którzy popełnili samobójstwo, zgłosiło się do lekarza na miesiąc przed dokonaniem czynu [18].

Do etiologii depresji osób starszych zalicza się czynniki psychospołeczne oraz biologiczne. Do tych drugich należą „czynniki genetyczne, zmiany biologiczne związane z procesem starzenia się, a także schorzenia somatyczne oraz leki stosowane w ich terapii” [19]. W depresji występuje zwiększone ryzyko samobójstw w sytuacji, kiedy występują towarzyszące cechy kliniczne, jak: nasilenie zaburzeń, uporczywa bezsenność, zaniedbanie higieny osobistej i wyglądu, poczucie winy i beznadziejności, bezwartościowości, dysforyczny nastrój, osłabiona pamięć, wysoki poziom lęku, napady lęku panicznego, dolegliwości bólowe, zaparcia, zmęczenie, nieprzestrzeganie zleceń lekarskich [20]. Bardzo ważne jest rozpoznanie sygnałów ostrzegawczych, do których należą: rozważania na temat śmierci, często abstrakcyjne, nagłe wizyty u lekarzy w celu gromadzenia leków, izolowanie się od otoczenia lub wręcz odwrotnie wzmożone odwiedzanie bliskich osób. Alarmujące jest też zachowanie u chorych, u których do tej pory występował duży lęk i nagle nastąpiła poprawa stanu zdrowia [21,22]. Najczęściej motywem do popełnienia samobójstwa, czyli sposobu rozwiązania sytuacji beznadziejnej, są myśli depresyjne, takie jak: poczucie beznadziejności, poczucie winy, negatywna ocena przeszłości, urojenia, obecność ciężkich chorób, dolegliwości bólowe, przekonanie, że sytuacja jest bez wyjścia, że nikt w tej sytuacji nie może pomóc.

Szacuje się, że aż około 40% przypadków depresji u osób po 65. roku życia pozostaje nierozpoznana [19]. Do rozpoznania depresji pomocne są: skala Hamiltona oraz inwentarz depresji Backa. Natomiast do oceny tylko u osób starszych stosuje się Geriatryczną Skalę Oceny Depresji (*Geriatric Depression Scale, GDS*), autorstwa Jerome Yesavage i wsp. Skala ta dostępna jest w dwóch wersjach: pełnej zawierającej 30 cech samooceny oraz skróconej zawierającej 15 cech [23]. Natomiast do oceny zaburzeń pamięci wykorzystuje się Skalę Oceny Depresji w Otępieniu Cornell oraz Skalę Oceny Nastroju w Otępieniu [19]. Nierozpoznana lub nieodpowiednio leczona depresja prowadzi do obniżenia jakości życia, zaburzeń funkcjonowania i pogorszenia ogólnego stanu zdrowia osób w podeszłym wieku.

Zwiększone ryzyko samobójcze występuje u chorych dotkniętych równocześnie depresją i chorobą wieku starczego, taką jak: choroba Alzheimera, czy Parkinsona. Najczęściej zarówno rodzina, jak i specjaliści zajmują się głównie chorobami somatycznymi, ponieważ starsze pokolenie niechętnie rozmawia o problemach natury psychicznej. Natomiast brak leczenia, czy też psychoterapii może doprowadzić do powstania myśli samobójczych, które w wieku podeszłym objawiają się bezsennością, osłabieniem, zmęczeniem, apatią, dekoncentracją, niechęcią do jedzenia i picia, izolacją społeczną lub poszukiwaniem kontaktów z bliskimi [16].

Zachowania samobójcze osób starszych

Na szczególną uwagę zasługuje zjawisko nazywane ISDB (*ang. Indirect Self-Destructive Behaviors*), które mówi o zachowaniach polegających na odmowie przyjmowania picia, jedzenia oraz leków. Takie postępowanie osób starszych, często schorowanych prowadzi do samozagłodzenia, śmierci [24].

Zmiany fizjologiczne występujące w okresie starzenia powodują zmniejszenie zainteresowań, co prowadzi do całkowitej koncentracji zainteresowań na swojej osobie, niezmiennosc poglądów, upór, labilność emocjonalna, osłabienie zdolności pamięciowych i intelektualnych. Zmiany te są przyczyną utrudnienia w nawiązywaniu stosunków z otoczeniem. Odmienne zachowania osób starszych, często traktowanych jako dziwaczne powodują brak tolerancji i akceptacji ze strony najbliższych. To znow może pogłębiać poczucie osamotnienia i wyobcowania, a także może wzbudzać poczucie winy u starszego pokolenia, które wynika ze świadomości, że są „balastem”, ciężarem, przeszkodą dla rodzin, które się nimi opiekują [25]. Ważną rolę w wywoływaniu zachowań samobójczych wśród starszych osób pełni brak wsparcia społecznego oraz izolacja społeczna.

Należy również zwrócić uwagę na zachowania samobójcze pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej, ponieważ największe zagrożenie wśród pensjonariuszy występuje w pierwszych dniach, tygodniach pobytu w Domu Pomocy Społecznej. Z badań Czabańskiego wynika, że okres adaptacji osób starszych do nowych warunków wynosi około pół roku, często mają obniżony nastrój, który może przerodzić się w długotrwały stan depresyjny. Osoby tam przebywające, które przerwały swoje życie, były skrzywdzone przez los, boleśnie przeżywały rozłąkę z rodziną i swoim domem. Niektórzy pensjonariusze przyznawali się do popełnienia próby samobójczej z powodu zdrady współmałżonka, kalectwa, poczucia oszukania przez najbliższych, samotności. Powodem myśli i zamiarów samobójczych był zły

stan zdrowia oraz złe traktowanie przez opiekujących się osób, a także tęsknota za bliskimi [15].

Kolejnym problemem, który może wpływać na zachowania samobójcze jest zjawisko powszechne, lecz niejawne, dotyczące wykorzystywania starszych osób zarówno w rodzinach, jak i domach opieki. Przez wykorzystywanie osób starszych rozumie się okradanie, ograniczenie swobody wolnego wyboru oraz przemoc zarówno psychiczną, jak i fizyczną. Kiedyś najstarszą osobę w rodzinie darzono szacunkiem, obecnie coraz częściej członkowie rodzin poniżają swoich bliskich, odsuwają od życia rodzinnego. Osoba w starszym wieku doświadczając tego żyje na uboczu, koncentruje się na swoich problemach i dolegliwościach, myśląc o zakończeniu swoich cierpień, głównie psychicznych, nie mogąc pogodzić się z tym, że na przykład własne dzieci nie mają wdzięczności za trud, który kiedyś dla nich jako rodzice wkładali. Do myśli i czynów samobójczych u osób starszych najczęściej dochodzi, kiedy występuje u nich uczucie osamotnienia, odrzucenia, wyobcowania, kiedy mają poczucie bycia niepotrzebnym.

Możliwości zapobiegania czynów samobójczych wśród osób starszych

Kliniczne obserwacje wskazują na zależność między depresją a ryzykiem podjęcia prób samobójczych, dlatego istotne jest rozpoznanie depresji u osób w podeszłym wieku i skuteczne jej leczenie. Działanie te są priorytetem w zapobieganiu samobójstw w grupie seniorów. Istotne jest zwrócenie uwagi na przewlekłe, bezobjawowe stany depresyjne. U wielu starszych osób występują przede wszystkim somatyczne objawy depresji, do których należą: zaparcia, zespoły bólowe, zaburzenia snu. Przy takich występujących objawach chorzy rzadko zgłaszają się do lekarza, a tym bardziej do specjalisty z dziedziny psychiatrii. Zatem, rozpoznanie depresji u osób w wieku podeszłym należy do lekarzy rodzinnych, którzy do tego zadania powinni odpowiednio być przygotowani. Diagnoza depresji u osób starszych nie jest prosta, ponieważ występujące objawy, takie jak zaburzenia nastroju, zaburzenia pamięci często przypisywane są fizjologicznemu starzeniu się. Należy pamiętać, że u chorych na depresję pogarsza się również przebieg chorób somatycznych, takich jak: zaburzenia metaboliczne, do których należy między innymi cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, czy też niezbyt dobra współpraca podczas leczenia. Konieczne są programy edukacyjne mające na celu szybkie wykrycie objawów depresji w wieku podeszłym oraz podjęcie odpowiednich działań w tym zakresie. W Ameryce powstał Narodowy Program Zapobiegania Samobójstwom (*National Strategy for Suicide Prevention*), w ramach którego

całe społeczeństwo było edukowane oraz zostały podjęte działania interwencyjne, polegające na współpracy z lekarzami, pielęgniarkami, pracownikami pomocy społecznej, policji, mediów oraz wspólnot lokalnych, takich jak parafia, dzięki której możliwa była identyfikacja potencjalnych samobójców. Podobne programy powstały również w Australii (*Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention*), we Włoszech (*Tele – Help/ Tele – Check Service* – opiera się głównie na udzielaniu szybkiej porady przez telefon lub Internet, ułatwienie dostępu do specjalistycznego serwisu), Wielkiej Brytanii, Irlandii, Finlandii, Szwecji, dzięki którym liczba samobójstw zmniejszyła się nawet do 50 procent. W Polsce nadal czekamy na uruchomienie Narodowego Programu Zapobiegania Samobójstwom, którego projekt jest przygotowany. Niezależnie od Programów, istnieje konieczność ciągłej edukacji wśród pracowników medycznych i opieki społecznej w celu dokonywania przesiewu w kierunku depresji. Należy doskonalić proces opiekuńczy, pomoc w aklimatyzacji, zwłaszcza w domach opieki, wszechstronną aktywizację osób starszych, zapewnienie im opieki duchowej, medycznej, socjalnej czy też paliatywnej. W zapobieganiu samobójstwom skuteczne są działania o charakterze wtórnej prewencji, które dotyczą osób próbujących wcześniej podjąć próbę samobójczą. Zwykle osoby starsze są schorowane i przez wiele lat przyjmują leki, również uspokajające i nasenne. Jednak ważny jest dobór leków, stosowanie skutecznych i dobrze tolerowanych leków przeciwdepresyjnych rekomendowanych u osób starszych, z grupy selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny [26].

W prewencji ważne jest również obalenie funkcjonujących mitów mówiących o tym, że człowiek mówiący o samobójstwie, nie dopuści się takiego czynu. Jednak badania dowodzą, że 80% samobójców w rozmowach z innymi wspomniało o takich planach. Pragnienie śmierci jest wołaniem o pomoc, chęcią zwrócenia uwagi na swoje problemy. Podczas opieki nad swoimi bliskimi nie można stracić czujności, zwłaszcza wobec osób, które są po nieudanej próbie samobójczej, ich poprawa nastroju nie jest równoznaczna z wyeliminowaniem zagrożenia, jakim jest odebranie sobie życia. Należy unikać stereotypów, ponieważ nie każdy samobójca jest osobą chorą psychicznie oraz pamiętać, że do każdej osoby należy podchodzić indywidualnie, traktować ją z szacunkiem i godnością.

Piśmiennictwo:

1. Nowicka A.: Starość jako faza życia człowieka [w:] Wybrane problemy osób starszych, Nowicka A.(red.), Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2006, 17-25.

2. Makara-Studzińska M. Kryś-Noszczyk K.: Oblicz starości – przegląd piśmiennictwa, *Psychogeriatr. Pol.*, 2012, 9, 77-86.
3. Groszek B.: Toksykologia wieku podeszłego. *Przegl. Lek.*, 2002, 59, 4-5, 204-206.
4. Brzeski Z, Sodolski W.: Próby samobójcze wieku podeszłego mieszkańców Lubelszczyzny, *Med. Ogólna*, 2009, 15, 44, 4, 505-513.
5. Szmigiel J.: Poczucie jakości życia a aktywność osób w starszym wieku, *Gerontol. Pol.*, 1997, 5, 2, 21-29.
6. Kawka Z.: Starość w cyklu życia. [w:] *Problemy społeczne, pomoc społeczna, praca socjalna*, Krzyszkowski J. Majer R (eds), Wymiar polski i europejski. Centrum Szkoleniowo-Wydawnicze AV, Częstochowa, 2004.
7. Kotlarska – Michalska A.: Starość w aspekcie socjologicznym [w:] *Profile starości*, Wydawnictwo Miejskie, Poznań, 2000, 150-151.
8. Baumann K.: Problem aktów samobójczych wśród osób w starszym wieku, *Gerontol. Pol.*, 2008, 16, 2, 80-88.
9. Fabiś A.: Zachowania patologiczne w starości i wobec osób starszych. Autodestrukcja – samobójstwa w starości, [w:] *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*. Fabiś A., Wawrzyniak J.K., Chabior A. (red.), Wyd. Impuls, Kraków 2015, 308-314.
10. Putowski M., Piróg M., Podgórnjak M., Zawisłak J., Pieciewicz-Szczęśna H.: Analiza epidemiologiczna występowania samobójstw w Polsce w latach 2000-2013, *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2015, 96, 1, 264-268.
11. Conwell Y.: Suicide Later in Life Challenges and Priorities for Prevention, *Am. J. Prev. Med.*, 2014, 47, 352, 244-250.
12. Polewka A., Kroch S., Chrostek-Maj J., Pach J., Zięba A.: Samobójstwa dokonane i depresja osób w wieku podeszłym, *Przegl. Lek.*, 2002, 59, 4-5, 295-297.
13. Sobów T.: Rozpowszechnienie, czynniki ryzyka i możliwości prewencji samobójstw u osób w podeszłym wieku, *Post. Psych. Neurol.* 2004, 13, 2, 145-151.
14. Binczycka - Anholcer M.: Zachowania suicydalne osób w starszym wieku, *Suicydologia*, 2005, 1, 77-87.
15. Czabański A. Zachowania samobójcze pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej w Poznaniu, *Poznańskie Zeszyty Humanistyczne*, 2014, 22, 20-28.
16. Szymczak M., Tworek M., Kędziński R., Krzyżaniak R., Kandulski S. Samobójstwo – przyczyny natury społecznej i aspekt psychologiczny, http://www.wpsnz.uz.zgora.pl/pliki/prace_studentow/prace/samobojstwa2.pdf, data pobrania 5.05.2017.

17. Conwell Y., Duberstein P., Caine E.D.: Risk Factors for Suicide in Later Life, *Biol. Psychiatry*, 2002, 52, 3, 193-204.
18. Conwell Y., Lyness J.M., Duberstein P., et al.: Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study, *J. Am. Geriatr. Soc.*, 2000, 48, 23-29.
19. Dobrzyńska E., Rymaszewska J., Kiejna A.: Depresje u osób w wieku podeszłym. *Psychogeriatr. Pol.*, 2007, 4, 1, 51-60.
20. Borkowska A., Kałwa A., Ziółkowska-Kochan M., Rybakowski J.: Badania neuropsychologiczne czynności kory przedczołowej w depresji powyżej 50. roku życia i w łagodnych zaburzeniach poznawczych, *Post. Psych. Neurol.*, 2006, 15, 1, 1-6.
21. Pużyński S., Kalinowski A., Koszewska I., Pragłowska E., Świącicki Ł.: Zasady leczenia nawracających zaburzeń afektywnych, *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologu*, 2004, 1, 5-46 .
22. Krzyżanowski J.: *Psychogeriatra*. Wyd. Medyk, Warszawa, 2004.
23. Yesavage JA.: Geriatric Depression Scale, *Psychopharmacol. Bull.*, 1988, 24, 709-710.
24. Osgood N.J.: Environmental factors in suicide in long – term care facilities, *Suicide and Life – Threatening Behaviour*, 1992, 22, 1, 98-106.
25. Rosa K.: Zachowania samobójcze wśród pensjonariuszy domów pomocy społecznej, [w:] *Kondycja psychiczna społeczeństwa polskiego a samobójstwa*, pod red. Hołysta B., Wydawnictwo Wyższej Szkoły Menedżerskiej w Warszawie, Warszawa, 2013, 395-396.
26. Sobów T.: Rozpowszechnienie, czynniki ryzyka i możliwości prewencji samobójstw u osób w wieku podeszłym, *Post. Psychiatr. Neurol.*, 2004,13, 2, 145-151.

Problemy zdrowia psychicznego osób starszych wiekiem

Pawlikowska-Łagód Katarzyna¹, Dąbska Olga², Wołoszynek Eliza³, Firlej Ewelina⁴,
Barańska Agnieszka⁵

1. Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Doktorantka Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu, UJK w Kielcach
4. Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
5. Zakład Matematyki i Biostatystyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wprowadzenie

Okres w życiu, jakim jest starość kojarzy się głównie z występującymi schorzeniami ze strony układu krążenia, ruchu bądź obecnością cukrzycy, nadciśnienia tętniczego czy chorobą Parkinsona. Niemniej jednak charakterystyczne dla tego czasu są również zaburzenia psychiczne. Do najczęściej występujących zalicza się depresję, otępienie oraz zaburzenia lękowe. Schorzenia te stanowią jeden z głównych problemów współczesnej cywilizacji. Jest to znaczący problem społeczny, który potęguje w związku z różnorodnymi przemianami społecznymi, ekonomicznymi i kulturalno-obyczajowymi [1], w tym przede wszystkim w związku z postępującym starzeniem się społeczeństwa. Epidemiolodzy szacują, że to właśnie zaburzenia psychiczne stanowią będą kluczowy problem obecnej i przyszłej medycyny, a koszty ich leczenia przekroczą koszty opieki związanej z chorobami układu krążenia i chorób nowotworowych [2].

Szczególnie narażoną grupą społeczną na zaburzenia psychiczne są seniorzy. Dzieje się tak przede wszystkim z powodu zmian w organizmie, które pojawiają się wraz z wiekiem, a także z powodu licznych czynników charakterystycznych dla tego okresu (owdowienie, choroby somatyczne, porzucenie przez rodzinę, przejście na emeryturę).

Celem niniejszej pracy było scharakteryzowanie najczęściej występujących zaburzeń psychicznych u osób starszych. W celu realizacji tematu dokonano przeglądu dostępnego piśmiennictwa. Narzędziami badawczymi były polskie i zagraniczne publikacje naukowe dotyczące zaburzeń psychicznych pojawiających się u osób starszych.

Depresja- zaburzenie psychiczne najczęściej występujące u seniorów

Depresję uznaje się za najczęściej występujące zaburzenie psychiczne, z którym zmagają się seniorzy. Określa się, iż dotyka 15% osób po 65-tym roku życia. Skala tej choroby będzie z roku na roku coraz większa, świadczy o tym fakt starzejącego się społeczeństwa. Najnowsze prognozy szacują, że w 2025 roku średnia długość życia kobiet wynosić będzie 83,3 lata, mężczyzn 77,6 lat. Ponadto w roku 2030, co czwartą osobą zamieszkującą Polskę będzie osoba po 65-tym roku życia [3]. Chorobę tą powszechnie określa się, jako zaburzenie życia emocjonalnego, któremu towarzyszy ciągle uczucie zniechęcenia, zubożenia, przygnębienia oraz smutku [4]. Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób ICD-10 charakterystycznymi (podstawowymi) objawami choroby są: obniżenie nastroju, spadek ogólnej energii oraz zmniejszenie aktywności. Bardzo często pojawia się poczucie winy oraz obniżenie samooceny. Dodatkowo może występować (objawy dodatkowe) zmniejszone odczuwanie przyjemności, zaburzenia koncentracji, ogólne zmęczenie, zaburzenia apetytu oraz snu. Rozróżnia się trzy stopnie nasilenia depresji: łagodną, umiarkowaną oraz ciężką [5]. Pierwszy stopień charakteryzuje się występowaniem 2-3 objawów podstawowych oraz dwóch dodatkowych, a ich czas utrzymywania się trwa minimalnie dwa tygodnie. W przypadku stopnia umiarkowanego obserwuje się 2-3 objawy podstawowe oraz cztery dodatkowe. Symptomy mają duże nasilenie oraz szybko narastają. Ciężki stopień depresji jest szczególnie niebezpieczny, gdyż chory nie jest zdolny do podejmowania codziennych czynności, pojawiają się 3 objawy podstawowe oraz 4 dodatkowe - utrzymują się minimum 2 tygodnie. Występuje ryzyko wystąpienia urojeń oraz omamów [3]. W celu zdiagnozowania depresji stosuje się, oprócz klasyfikacji ICD-10, kryteria diagnostyczne wg DSM-IV, według których o depresji można mówić, kiedy występuje:

- Nastrój depresyjny obecny przez większość dnia,
- Brak odczuwania przyjemności i obniżenie zainteresowania otaczającą rzeczywistością,
- Nagłe zmniejszenie bądź zwiększenie masy ciała przy braku podjęcia działań zwierających w tym kierunku,
- Bezsenna bądź ciągła senność,
- Ogólne zmęczenie, brak energii,
- Nadmierne pobudzenie,
- Zaburzenia psychoruchowe,

- Ciągłe nieuzasadnione poczucie winy,
- Trudności w podejmowaniu decyzji i myślenia, koncentracji
- Powtarzające się myśli o śmierci i samobójstwie.

Depresję diagnozuje się wówczas, gdy występuje 5 z powyższych symptomów i utrzymują się minimum 2 tygodnie [6]. Wszystkie wyżej wymienione objawy dotyczą ogólnego procesu rozpoznania depresji. W przypadku osób starszych zdiagnozowanie choroby jest nieco trudniejsze w związku z jej etiologią. Ogromne znaczenie w jej wystąpieniu mają choroby somatyczne seniora. Mowa tutaj o takich chorobach, jak cukrzyca, zespoły bólowe, choroby nowotworowe, układu oddechowego, przewlekłe infekcje [3], choroby narządów zmysłu (głuchota, zaćma), zaburzenia metaboliczne (niedokrwistość, niedożywienie, niedobory witamin zwłaszcza B12, niewydolność wątroby i nerek), choroby tarczycy i przytarczyc, kory nadnerczy [7].

Przyczyną depresji mogą być również choroby ośrodkowego układu nerwowego-choroba Alzheimera i Parkinsona, padaczka, udar. Szacuje się, że u około 30-50% osób zmagających się z chorobą Parkinsona występują zaburzenia depresyjne. Jednak najczęściej przypadków choroby obserwuje się u seniorów cierpiących z powodu schorzeń układu sercowo- naczyniowego- 61% wszystkich przypadków. Interesujący jest również fakt, iż u 31% osób starszych, którym towarzyszy zapalenie stawów występuje depresja [8]. Ponadto do czynników ryzyka występowania depresji u seniorów wyróżnia się samotność [9], stratę partnera życiowego, opuszczenie przez najbliższą rodzinę, niekorzystną sytuację finansową, starzenie się mózgu, niepełnosprawność, przyjmowanie leków (niektóre leki nadciśnieniowe, przeciwcukrzycowe, sterydy) [10]. Okres starości charakteryzuje się występowaniem nieco innych objawów choroby, niż w przypadków osób młodszych. Przede wszystkim pojawiają się objawy somatyczne depresji: kołatanie serca, bóle i zawroty głowy, bóle w klatce piersiowej, ból kręgosłupa, problemy z oddychaniem, zaburzenia żołądkowo- jelitowe [11]. Częściej seniorów dotyka drażliwość i nerwowość, zaś rzadziej obserwuje się obniżenie nastroju. Towarzyszy temu częsty niepokój, bezsenność, skargi hipochondryczne oraz poczucie winy. Powszechne są również myśli samobójcze, które przeradzają się w czyny. Według danych statystycznych w latach 2005-2013, 22% wszystkich samobójstw w Polsce stanowiły samobójstwa osób po 60. roku życia [12]. Kępiński A. jest zdania, że próby samobójcze u osób starszych zmagających się z depresją są pewnego rodzaju wołaniem o śmierć. Głównego znaczenia nie odgrywa tutaj metryka, lecz związane z nią problemy- owdowienie, zła sytuacja materialna, a szczególnie sam przebieg depresji [13].

Należy zwrócić szczególną uwagę, iż poszczególne symptomy depresji uważane są za typowo występujące w okresie starości, jest to m.in.: spowolnienie psychoruchowe, zmniejszenie apetytu, brak zainteresowania, zaburzenia snu, małowówność, wycofanie społeczne, poczucie „bycia starym”. Objawy te stają się objawami depresji wówczas, gdy ich nasilenie staje się coraz częstsze [11]. Wyróżnia się również trzy charakterystyczne postaci depresji wieku starczego:

- Depresja atopowa - depresja o chronicznym przebiegu, dominują objawy somatyczne, zaburzenia równowagi i pamięci, bóle głowy oraz natrętne myśli,
- Depresja psychotyczna - typowe w tej postaci depresji są urojenia i poczucie winy, ciągle przekonanie o obecności śmiertelnej choroby (urojenia hipochondryczne), negacja funkcjonowania ciała (urojenia nihilistyczne) oraz omamy słuchowe,
- Zespół asteniczno - depresyjny - charakteryzuje się występowaniem takich symptomów, jak zaburzenia sprawności fizycznej i intelektualnej, apatia oraz zubożenie. Pojawiają się również objawy hipochondryczne [14].

Reasumując, depresja w okresie starości stanowi ogromny problem kliniczny ze względu na swoją powszechność, negatywne oddziaływanie, na jakość życia seniorów, w tym wycofanie się ich z życia społecznego. Ponadto niekorzystnie wpływa na leczenie i przebieg chorób somatycznych oraz powoduje wzrost liczby prób samobójczych w tej grupie społecznej [15].

Demencja (otępienie)

Kolejnym zaburzeniem charakterystycznym dla okresu starczego jest demencja (otępienie). W świetle definicji Światowej Organizacji Zdrowia demencja jest „zespołem objawów, którego przyczyną jest przewlekła lub postępująca choroba mózgu, przebiegająca z zaburzeniem wyższych funkcji korowych, np.: pamięci, myślenia, rozumienia, orientacji, liczenia, zdolności do porozumiewania się lub dokonywania wyborów” [16].

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 określa, iż powyższe objawy muszą utrzymywać się minimalnie przez 6 miesięcy. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne DSM- IV rozumie demencję, jako upośledzenie pamięci krótkoterminowej (problemy z zapamiętywaniem nowych faktów) i długoterminowej (problem z odtworzeniem faktów z przeszłości) przy występowaniu jednego z objawów: zaburzenie funkcji wykonawczych (niemożność planowania, organizowania), zaburzenia mowy, zaburzenia w rozpoznawaniu przedmiotów, ograniczenia ruchowe [17].

Świadomość w otępieniu nie jest zaburzona, a zaburzeniom funkcji poznawczych zwykle towarzyszą problemy strefy emocjonalno-motywacyjnej. Za najczęstszą przyczynę demencji uznaje się chorobę Alzheimera, która jest konsekwencją utraty komórek nerwowych w mózgu. Jednakże ze względu na niejednoznaczną etiopatogenezę otępień wyróżnia się: otępienia pierwotne zwyrodnieniowe, do którego należą choroba Parkinsona, Alzheimera, Huntingtona, choroba z rozsianymi ciałami Lewy'ego, otępienie czołowo-skroniowe oraz otępienia wtórne zwyrodnieniowe (otępienie naczyniowe, wywołane uszkodzeniem mózgu w związku z urazem, spowodowane nadużywaniem alkoholu bądź innych substancji psychoaktywnych, leków, otępienie w przypadku infekcji OUN oraz chorób ogólnoustrojowych) [18]. Ogólnie pierwszym objawem demencji są zaburzenia pamięci. U osób starszych zapominanie się jest naturalnym symptomem starzenia się, jednak w odniesieniu do otępienia dzieje się to znacznie częściej i senior nie jest w stanie przypomnieć sobie poszczególnych faktów. Ponadto osoby starsze zapominają o lokalizacji przedmiotów codziennego użytku i chowają je w nietypowe miejsca, np.: suszarkę do włosów chowają do lodówki i o niej zapominają. Chorobie towarzyszą również problemy językowe. Charakteryzują się one zapominaniem wyrazów, a określanie poszczególnych przedmiotów polega na tłumaczeniu, do czego one służą, np.: szczotka do włosów- ta rzecz do czesania włosów. Pojawiają się zaburzenia myślenia abstrakcyjnego- problemy z liczeniem, rozumieniem poszczególnych określeń, zaburzenia osobowości, zachowania i nastroju, pasywność, senność, nadmierne oszczędzanie. Oprócz powyższych objawów uwidaczniają się również problemy z orientacją w przestrzeni oraz zaburzenia krytycyzmu (nie są w stanie ocenić danej sytuacji- np.: nieumiejętność ubrania się do pogody) [19].

W zależności od rodzaju otępienia wszystkie powyższe objawy występują z określonym nasileniem i powodują własny określony wzór dysfunkcji, skutkujący w pogorszeniu ogólnego stanu zdrowia seniora. Demencja typu Alzheimera (choroba Alzheimera, demencja starcza typu Alzheimera, pierwotna choroba zwyrodnieniowa) może pojawić się w każdym momencie dorosłego życia, jednak rzadko występuje przed 50-tym rokiem życia. Za główny jej objaw uznaje się głęboki ubytek pamięci, charakteryzujący się trudnościami z zapamiętaniem informacji usłyszanych sprzed chwili oraz gubieniem się w znanych choremu miejscach. Pojawia się apraksja (trudności w wykonywaniu skoordynowanych ruchów), agnozja wzrokowa (problem w rozpoznawaniu przedmiotów) oraz zaburzenia słownictwa - czasami objawy te stanowią przesłanki do rozpoznania choroby, pomimo braku zaburzeń pamięci. Wraz z postępem choroby symptomy te nasilają się. Problemy z pamięcią skutkują trudnościami z rozpoznawaniem najbliższych osób,

a zaburzenia funkcji językowych stają się główną cechą późniejszego rozwoju choroby. Mowa chorego znacząco się pogarsza, występują trudności z posługiwaniem się mową artykułowaną oraz jej rozumieniem. Słownictwo ogranicza się do kilku wyrazów, a ich wypowiedzianie następuje w nielogicznej kolejności [20].

W otępieniu typu Alzheimera u większości osób (70-90%) występują inne zaburzenia psychiczne i zachowania. Te pierwsze przejawiają się poprzez urojenia- prześladowcze, halucynacje wzrokowe, słuchowe, węchowe, smakowe, dotykowe, obniżenie nastroju, depresję, lęki, obawy oraz co ciekawe epizody okradania. Wśród zaburzeń zachowania obserwuje się nadmierne pobudzenie, agresję słowną i fizyczną, błądzenie, zamierzone niszczenie przedmiotów, niewłaściwe zachowania seksualne, nietrzymanie kału i moczu. Ponadto charakterystyczne są zaburzenia osobowości, egocentryzm, zachowania bierne oraz pasywne [21]. Kolejnym, dość często występującym rodzajem otępienia u osób starszych, jest otępienie czołowo- skroniowe. Dotyczy około 16% wszystkich demencji. Zwykle pojawia się po 50-tym roku życia. Objawami dla tego typu demencji są niejednorodne grupy zaburzeń oraz postępujące uszkodzenie płatów czołowych i przednich części płatów skroniowych. Typ czołowy charakteryzuje się obecnością zaburzeń zachowania i osobowości, chory jest nadmiernie pobudzony, wesoły bądź nostalgiczny i depresyjny. W przypadku typu skroniowego, jeżeli zmiany dotyczą prawej skroni pojawia się nadwrażliwość wzrokowa, zaburzenia zachowania, zaś, kiedy zmiany występują po lewej stronie chory zmaga się głównie z afazją [14].

Zaburzenia lękowe

Okres starości charakteryzuje się również występowaniem zaburzeń lękowych. Typowymi dla tej fazy życia są zaburzenia lękowe uogólnione oraz zaburzenia lękowe w postaci fobii. „Podstawową cechą w przypadku lęku uogólnionego jest ogólny i uporczywy lęk niezwiązany z żadnymi określonymi sytuacjami zewnętrznymi (lęk „wolnopłynący”). Dominujące objawy są zróżnicowane. Należą do nich skargi na stałe uczucie zdenerwowania, drżenie, napięcie mięśniowe, pocenie się, zawroty głowy, przyspieszone bicie serca i uczucie ucisku w nadbrzuszu”[5], obniżenie nastroju, bezsenność, problemy z koncentracją, tachykardia. Według DSM-IV kluczowym objawem tego zaburzenia jest bezustanny lęk i zamartwianie się najbardziej błahymi kwestiami, utrzymujący się przez znaczną część czasu w okresie 6 miesięcy. Ponadto powyższym objawom towarzyszy trzy z sześciu następujących

symptomów: problemy ze snem, niepokój, trudności z koncentracją, zmęczenie, napięcie, drażliwość [22].

U seniorów pojawia się również tak zwany „lęk przedsercowy”, często problematyczny w zdiagnozowaniu, ponieważ jest trudny do zróżnicowania z chorobami serca. Senior ciągle powtarza, że będzie chory bądź ulegnie wypadkowi, skutkuje to w cierpieniu psychicznym oraz powoduje ogólne upośledzenie w funkcjonowaniu [23]. Pojawia się ponadto ciągły stres, napięcie i podenerwowanie, gdyż osoba starsza zamartwia się każdym codziennym zdarzeniem. Istotną kwestią jest to, iż objawy lęku uogólnionego u opisywanej grupy społecznej bardzo często występuje wraz z depresją. Obniżenie nastroju może powodować wtórne napięcie i niepokój, zaś może też być elementem zespołu depresyjnego [24].

Zaburzenia lękowe w postaci fobii stanowią następny problem dotyczący osób starszych. Określa się, iż dotyczą około 10% wszystkich seniorów. W przypadku tego rodzaju schorzenia lęk wywołany jest pojawieniem się określonego zdarzenia, które nie stanowi zagrożenia dla życia i zdrowia. Konsekwencją tego jest unikanie przez chorego sytuacji wywołujących opisywany lęk, pojawienie się tak zwanego lęku antycypacyjnego oraz przerażenia na myśl o zderzeniu się z sytuacją lękową. Ze strony objawów somatycznych może pojawić się kołatanie serca oraz omdlenia [5]. Zaburzenia lękowe w postaci fobii mogą też przybrać u seniorów postać strachu przed wysokością, zwierzętami, przedmiotami, ciemnością, lotem samolotem, a kontakt z danym czynnikiem skutkuje w ataku paniki [23].

Podsumowanie

Zaburzenia psychiczne stanowią ogromne zagrożenie dla prawidłowego funkcjonowania każdego człowieka. Szczególnie narażoną grupą na ich występowanie jest populacja osób starszych. Przyczyną ich powstania są przede wszystkim zachodzące wraz z wiekiem zmiany w organizmie. Obserwowane u seniorów objawy, takie jak zaburzenia koncentracji, snu, apetytu oraz ogólna bierność życiowa i apatia powszechnie traktowane są jako naturalne objawy starości, jednak w wielu przypadkach mogą świadczyć o rozwijającym się zaburzeniu psychicznym, charakterystycznym dla tego okresu życia. Szczególnie niebezpieczna jest dla seniorów depresja. Choroba ta stanowi rosnący problem, który niesie poważne konsekwencje zarówno w odniesieniu do seniorów, ale także dla ich najbliższej rodziny i ogółu społeczeństwa [25].

Piśmiennictwo

1. Miturska H., Kurpas D., Kaczmarek M.: Psychologiczne i społeczne uwarunkowania zdrowia i choroby psychicznej. [w:] Podstawy Psychiatrii dla Studentów Pielęgniarstwa, Wyd. Continuo, Wrocław, 2009, 9-20.
2. Kurpas D., Miturska H., Kaczmarek M. (red.), Podstawy Psychiatrii dla Studentów Pielęgniarstwa, Wyd. Continuo, Wrocław, 2009.
3. Skrzyński W.: Wybrane zagadnienia psychologii klinicznej. Materiały pomocnicze, Warszawa, 2011, https://pedagogium.pl/dokumenty/materialy/Materialy_Skrzynski.pdf, data pobrania 5.05.2017.
4. Kałucka S.: Cechy depresji w wieku podeszłym- etiologia, rozpoznawanie i leczenie, Geriatria, 2014, 8, 240-247.
5. Bidzan L.: Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym, Medycyna Wieku Podeszłego, 2011, 1, 31-41.
6. World Health Organization.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10. 1, 2009.
7. Kinderman P.: Explainer: what is the DSM? The Conversation Australia, The Conversation Media Group. Retrieved, 2013.
8. Sobów T.: Praktyczna psychogeriatrya: rozpoznanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym. Wyd. Continuo, Wrocław, 2010.
9. Burzyńska M., Maniecka-Bryła I.: Występowanie depresji u osób starszych korzystających z opieki społecznej – wstępne wyniki badań, Acta Universitatis Lodzensis Folia Oeconomica, 2013, 297, 211-223.
10. Yu Z, Gu Y, Xiao S, Hu M, Zhou L.: Association between loneliness and risks of depressive episode among rural older people, Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban, 2017, 42, 3, 298-302.
11. Bilikiewicz A.: Psychiatria t. I i II, Wyd. Medyczne Urban & Partner. Wrocław, 2002.
12. Antosik-Wójcińska A., Parnowski T., Świącicki Ł.: Jak ćma – przejawy depresji w różnych okresach życia, ITEM Publishing, Warszawa, 2012.
13. Filipowska K., Pietrzykowski Ł., Ciesielska N. i wsp.: Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku- przegląd literatury, Gerontol. Pol. 2015, 4, 165-169.
14. Wasilewski D.: Depresja wieku podeszłego- podręcznik dla pacjentów, KRKA Polska. http://www.depresja.org/down/depresja_wieku_podeszlego_screen.pdf, data pobrania 31.03.2017.)

15. Filip R., Lewandowska A.: Elementy medycyny ogólnej z gerontologią. [w]: Farmacja Kliniczna w Geriatrii. Podręcznik. E. Poleszak, M. Drozd (red.), Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, 2014.
16. Ostrzyżek A., Marcinkowski J.: Wymiary jakości życia w podeszłym wieku, Probl. Hig. Epidemiol., 2009, 90, 4, 465-469.
17. Bujnowska- Fedak M., Grata- Borkowska U., Sapilak B.: Otępienie i depresja u pacjentów w podeszłym wieku w Praktyce Lekarza Rodzinnego, Family Medicine & Primary Care Review., 2012, 14, 3, 349–353.
18. Józwiak A.: Otępienie u osób w wieku starszym, Geriatria, 2008, 2, 237-246.
19. Kiejna A., Pacan P., Trypka E. i wsp.: Standardy leczenia otępień, Psychogeriatr. Pol., 2008, 5, 2, 59-94.
20. Trypka E.: Ponad- czasowa pamięć. Jak zachować młodość umysłu i radzić sobie z zaburzeniami pamięci u osób starszych, Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej we Wrocławiu, Wrocław, 2008.
21. Stuart-Hamilton I.: Psychologia starzenia się, Wprowadzenie. Wyd. Zysk i S-kA, Poznań, 2000.
22. Steuden S.: Psychologia starzenia się i starości, Wyd. Naukowe PWN SA, Warszawa, 2011.
23. Chojnacka M.: Przegląd badań efektywności terapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniach lękowych uogólnionych u osób w podeszłym wieku, Psychiatr. Pol., 2009, 5, 557–569.
24. Zwyrtek E., Rymaszewska J.: Zaburzenia depresyjne a zaburzenia lękowe u osób w podeszłym wieku, różnicowanie, diagnostyka i leczenie, Geriatria, 2015, 9, 39-49.
25. Szafrńska A., Szafrński T.: ABC rozpoznania i leczenia zaburzeń lękowych dla lekarza rodzinnego, Psychiatria dla Lekarza Rodzinnego, 2014, 1, 10-16.
26. Bonnie S.: Wiese, Geriatric depression: The use of antidepressants in the elderly, BC Medical Journal, 2011, 53, 7, 341-347.

Osoby starsze i starość w opinii społecznej

Kowalewska Beata¹, Omelczuk Sylwia², Krajewska – Kułak Elżbieta¹

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Absolwent studiów II stopnia, kierunek pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Kultura i czasy, w których żyjemy preferują młodość i pewnie dlatego starość, umieranie i śmierć stały się tematem tabu, ludzie nie chcą o tych zdarzeniach myśleć, a tym bardziej mówić, odsuwają te problemy, a one były, są i będą nieuchronne, chyba że kiedyś zostanie skonstruowany przez naukowców człowiek sztuczny, komputerowy czy jeszcze jakiś inny. Ale czy to jeszcze będzie człowiek? W naszej kulturze występuje stereotyp człowieka starego, często związany ze zniedołężnieniem, zapominaniem oraz chorobami. Istnienie tego stereotypu jest niekorzystne najbardziej dla człowieka starego, ale też dla jego najbliższych, którzy czasem pytani o wiek ojca czy dziadka podają go i spotykają się ze zdziwieniem, np. 75 lat i jeszcze prowadzi firmę? samochód? 80 lat i jeszcze używa Internetu? umie się posługiwać telefonem komórkowym? Dla nas, bliskich, jest to naturalne, ale wiele osób wyraża zdumienie. Istnienie takiego stereotypu może często wpływać na samoocenę osób starych, kiedy zdają sobie sprawę, jak są postrzegani i to może hamować ich aktywność, która wzbudza zdziwienie, uśmiech pobłażania czy nawet ironię [1,2,3].

Niektórzy ludzie wiedząc, że zbliża się kres ich życia z powodu nieuleczalnej choroby lub starości, mówią, że mają świadomość nieuchronności tego kresu, co powoduje, że potrafią się cieszyć każdym dniem, załatwiają sprawy spadkowe, porządkują swoje rzeczy, żegnają się z krewnymi. Mówią, że trzeba realizować swoje pragnienia, bo za chwilę będzie za późno. Don Juan, mistrz Castanedy twierdził, że człowiek zawsze powinien pamiętać o śmierci i że wiedza o tym, że musi ona nadejść powinna być zachętą, a nie hamulcem w działaniu człowieka [4,5].

W ramach jednej z koncepcji psychologii poznawczej przyjmuje się, że ludzkie zachowania zależą od wiedzy, wyznaczonych sobie celów i oceny oczekiwanej użyteczności.

Kiedy starzy ludzie uważają, że inni są starzy, a oni nie, to znaczy, że zawodzi ich postrzeganie i interpretacja docierających informacji. Nie pamiętają, że kiedy byli młodzi, mieli 20 czy 30 lat, to człowiek po 50. roku życia już był dla nich stary, nie mówiąc o ludziach 70 czy 80-letnich. Można się czasem spotkać z poglądem, że wraz ze starzeniem się wzrasta mądrość, która jest korzystnym czynnikiem, opiera się ona głównie na doświadczeniu, ale też jest zależna od osobowości i osiągniętej satysfakcji z dotychczasowego życia [2,6].

Odkrywanie coraz głębszych tajemnic wiedzy medycznej pozwala na czasowe oddalenie śmierci. Dawniej śmierci rzucano wyzwanie, dzisiejsza cywilizacja pozwala nam odgradzać się od niej. Niewiele już jest wielopokoleniowych rodzin, w których zasady, kultura, opowieści o dawnych czasach były przekazywane wnukom przez sprawnych poznawczo dziadków i babcie. Przekonanie o własnej śmiertelności czerpiemy z obserwacji i jest to wiedza empiryczna na poziomie dyskursywnym, gdyż własnej śmierci nie doświadczamy [7,8,9].

Umieranie i śmierć wzbudzają przerażenie, ale także w niektórych sytuacjach zgodę na nią. Prowokują one do niezachwianej nadziei na obietnicę życia wiecznego. Czasem osoby stare, kiedy ich dzieci ułożyły sobie życie nie mają nic przeciw swojemu odejściu, a jeszcze lepiej radzą sobie z tym kiedy mają nadzieję, że po śmierci spotkają swoich bliskich, rodziców, których utracili, kiedy byli dziećmi. Inni starzy, niedołążni, słabi i chorzy myślą: Chcę umrzeć, jestem zawadą, utrudniam normalne życie, nie chcę już takiego życia, nie chcę być ciężarem dla nikogo. Nikt nie chce cierpieć, najlepsza byłaby śmierć nagła, może w czasie snu. Jeszcze inni, najczęściej w stanie depresji, czasem uzależnieni od leków, alkoholu czy innych substancji uważają, że duże znaczenie na to, jacy są i jak wygląda ich życie mają wpływ ich cechy osobowości, które kształtowały się od dzieciństwa, ale też były modyfikowane przez warunki życia, przez brak ciepła, serdeczności, bliskich związków z rodziną czy znajomymi [8,9].

Starzenie się to zmniejszenie zdolności reagowania na stresy, które postępuje z upływem czasu, co powoduje naturalne i nieodwracalne uszkodzenia wewnątrzkomórkowe, których organizm nie potrafi już naprawić. Powoduje to utratę równowagi wewnętrznej organizmu, co zwiększa ryzyko wystąpienia chorób. Dla starzenia się znaczenie mają pewne zasoby genetyczne, ale wpływają na ten proces także szkodliwe czynniki środowiskowe, np. starzenie się skóry w wyniku działania słonecznego promieniowania ultrafioletowego, czy starzenie się płuc pod wpływem toksyn zawartych w zanieczyszczonym powietrzu lub dymie tytoniowym [10,11].

Teorie starzenia można podzielić na te, które opierają się na zaprogramowanej śmierci oraz na kumulacji błędów. Teorie zaprogramowanej śmierci zakładają, że czas życia organizmu jest odliczany przez biologiczne zegary, które odliczając czas odgrywają rolę w starzeniu się organizmu [12,13].

Kolejnym obszarem badawczym nad problemem zaprogramowanej śmierci stały się telomery. Telomery przez swoją zdolność do skracania się podczas każdego podziału komórek doprowadzają do ich zaniku, a więc śmierci najpierw komórek, a w końcu całego organizmu [12].

Według antropologów proces starzenia się ludzi w XX. wieku opóźnił się o 10 lat, co przejawia się w stylu życia osób starych, w ich zainteresowaniach i zaangażowaniu w aktywności w domu lub w organizacjach społecznych i charytatywnych [2,14].

Średnie statystyczne nie oddają istotnej długości życia. Dawniej znacznie częściej umierały dzieci i ludzie młodzi, kiedy nie było antybiotyków, szczepionek i innych leków. Wojny, powstania, klęski nieurodzaju, epidemie zabierały także młodych ludzi, co obniżało średnią przeżycia, ale nie oznacza to, że nie było osób dożywających późnej starości [14].

Właściwsze jest przyjęcie terminu „przewidywalna długość życia”, czyli wiek, w którym połowa osób urodzonych w pewnym okresie umiera. Wskaźnik starzenia się jest zależny od wielu czynników. Warto wspomnieć opisany w literaturze „efekt Roseto”, czyli skrócenie długości życia imigrantów włoskich w Pensylwanii, u których wystąpiły częstsze niż w ich rodzimej populacji zaburzenia krążenia, z powodu zmiany diety na mniej korzystną dla zdrowia oraz zwiększonego poziomu stresu i trudnego dostępu do lekarza [15].

Około 65. – 70. roku życia przychodzi starość, wejście w wiek post emerytalny. U każdego człowieka przeżywanie tego zjawiska przebiega inaczej. W organizmie zachodzą zmiany biologiczne, kończy się kariera zawodowa, umierają znajomi, niektórym przychodzi czasem do głowy myśl, że śmierć jest nieuchronna, pojawia się rozumienie przemijalności. Inaczej ten etap pogodzenia się przebiega u osób oceniających pozytywnie swoje dotychczasowe życie, które odczuwają satysfakcję z własnych dokonań, z udanej rodziny, a inaczej u osób, które uważają swoje życie za zmarnowane, mówią, że ich życie było męką, że było pełne udręki. Największe znaczenie dla tej oceny ma osobowość, jaka ukształtowała się w ciągu życia, choć nie można wykluczyć wpływu genów, odziedziczonych po przodkach [15].

U niektórych osób w starości niekorzystne cechy ich osobowości zostają karykaturalnie wyolbrzymione, u ludzi z niską samooceną obniża się obraz własnej osoby, stają się jeszcze bardziej małostkowi, Ci, którzy dawniej byli tchórzliwi, mocniej obawiają się

wszystkiego, apatyczni stają się zupełnie beczynni, agresywni i apodyktyczni — jeszcze bardziej trudni we współżyciu. Zaznacza się tu wpływ sposobu wychowania w dzieciństwie, czasem zapamiętane cechy nieakceptującego ojca czy matki ujawniają się jak wierna kopia tego, czego w dzieciństwie czy młodości się nie akceptowało. Ważny jest bilans życiowy, z którym wiąże się samoocena. Jeżeli człowiekowi coś w życiu udało się zrobić, jeżeli, ogólnie mówiąc, było ono udane, to samoocena jest lepsza niż w sytuacji, kiedy życie było pasmem porażek i rozczarowań, kiedy człowiek ma poczucie, że jest przegranym [13,15].

Starość u różnych ludzi różnie się demonstruje i odmiennie przebiega, ponieważ wpływają na to bardzo różne czynniki, począwszy od genetycznych, poprzez wychowawcze, rozwojowe, warunki w okresie dorastania, wzorce rodzinne i kulturowo-społeczne. Ponadto starość jest różnie odczuwana, różnie przeżywana, często jest związana z samooceną, ale przede wszystkim ze sprawnością umysłu, co pozwala na rozumienie swojego stanu, ocenę sytuacji bardziej lub mniej racjonalnie. Na samopoczucie człowieka starego wpływa wiele czynników. Ważna jest jego postawa wobec siebie i własnej starości, możliwość zaspokojenia potrzeb biologicznych i społecznych, sprawność fizyczna, poczucie kontroli nad własnym życiem [16].

Dla jednych osób starość rozpoczyna się z pojawieniem się zmarszczek na twarzy, łysieniem, tyciem lub chudnięciem, urodzeniem się wnuków. Jarosław Iwaszkiewicz będąc sprawnym w wieku powyżej 80 lat mawiał, że człowiek na starość psuje się albo od nóg, albo od głowy i to pierwsze uważał za znacznie korzystniejsze, co zresztą widać było na jego przykładzie, kiedy chodząc, podpierał się laską, ale nadal tworzył [2].

W historii można prześledzić wiele sprzecznych postaw w stosunku do ludzi starych, którzy kiedyś byli uważani za mędrców, otaczani szacunkiem, opieką, królowie zasięgali ich rad w sprawach państwowych, istniały rady starców, które decydowały o ważnych sprawach państw czy plemion. Platon sławił mądrość ludzi starych, uważał ich za godnych szacunku. Z czasem jednak zmienił się stosunek do ludzi starych, zaczęto ich uważać za niepotrzebnych, przeszkadzających młodym [6].

Arystoteles uważał, iż władzę należy oddać w ręce młodych mężczyzn, a rola starców powinna się ograniczać do funkcji religijnych. Podkreślał złe strony starości, pisał, że starcy są skąpi, zbyt ostrożni czy nawet tchórzliwi [6].

Warto zwrócić uwagę na to, że wiek chronologiczny jest względną miarą. Niektórzy ludzie po siedemdziesiątce nie różnią się wyglądem i zachowaniem od osób znacznie młodszych. I odwrotnie, są choroby, takie jak zespół Hutchinsona-Gilforda, kiedy osoba zaczyna się starzeć już w dzieciństwie i umiera w wieku kilkunastu lat, albo zespół Wernera,

kiedy starzenie się rozpoczyna się u nastolatków, a śmierć przychodzi w wieku około 40 lat [17,18].

W starożytnym Rzymie istniało prawo umożliwiające pozbywanie się niedołęznego ojca przez zrzucenie go z mostu do Tybru. Starcami porzuconymi przez rodziny opiekowali się zakonnicy, ale nie była to pomoc wystarczająca. Dopiero w XVII wieku został wybudowany w Paryżu, Pałac Inwalidów, pełniący rolę przytułku dla weteranów, w którym starzy ludzie mieli zapewnioną opiekę, wprawdzie nie komfortową, bo w jednym łóżku spały po trzy osoby, ale był dach nad głową i jedzenie. W czasie Rewolucji Francuskiej wpisano do kalendarza Święto Ludzi Starszych, kiedy starcy byli obdarowywani, wygłaszano przemowy, odbywały się procesje ku ich czci i z ich udziałem [8].

Mądrość sprzyja łatwemu adaptowaniu się do sytuacji, daje pewien stopień autonomii względem otoczenia [19].

W nowych warunkach, które są stresujące, starzy ludzie osiągają wyższy stopień pobudzenia i dłużej trwa u nich powrót do stanu sprzed pobudzenia, co może w jakimś stopniu wpływać negatywnie na sprawność intelektualną [20].

Istotne są pewne kryteria starości: kryterium biologiczne, kryterium socjoekonomiczne, kryterium psychologiczne. Z kryteriami tymi wiążą się trzy kategorie wieku człowieka starego: wiek chronologiczny, czyli kalendarzowy z istotnymi elementami socjoekonomicznymi; wiek biologiczny, czyli zdrowie, sprawność ruchowa i wiek psychologiczny, czyli sprawność umysłowa, emocjonalna i możliwości kontaktów z innymi ludźmi [13,20].

Wiadomo, że niektóre zaburzenia psychiczne występują częściej w wieku starszym. Przykładowo 3% osób powyżej 65. roku życia cierpi na umiarkowane lub ciężkie otępienie, zaś częstość występowania wzrasta do ponad 30% u osób powyżej 85. roku życia. Występowanie innych zaburzeń u osób powyżej 65. roku życia wynosi około: 1,1% — schizofrenia; 1,4% zaburzenia dwubiegunowe i 12,5% nerwice i zaburzenia osobowości. Inne badania wykazują szczególnie wysoki odsetek zaburzeń psychicznych u osób przebywających w zakładach zamkniętych (około 30% osób przebywających w domach spokojnej starości cierpi na zaburzenia poznawcze), a także 30-50% pacjentów oddziałów internistycznych powyżej 65. roku życia cierpi na zaburzenia psychiczne. Niestety, przypadki zaburzeń psychicznych są często nierozpoznawalne lub błędnie diagnozowane na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej [21,22].

Dochodzi do zmniejszenia liczby komórek nerwowych w korze mózgowej, hipokampie, substancji czarnej, zaś w mózdzku — do zaniku włókien Purkiniego. Może

zmniejszać się ilość dendrytów neuronu. W cytoplazmie komórek nerwowych dochodzi do akumulacji lipofuscyny. W niektórych komórkach nerwowych białko tau (łącznie neurofilamenty z mikrotubulami) może wiązać się w sploty neurofibrilarne. W przebiegu normalnego starzenia obecność splotów neurofibrilarnych dotyka zazwyczaj komórek hipokampa i wężomózgowia. Białki starcze (pozakomórkowe złogi amyloidu) w normalnie starzejącym się mózgu wykrywane są w korze nowej, jądrach migdałowatych, hipokampie i wężomózgowiu. Ciała Lewy'ego (wtrety wewnątrzkomórkowe) występują w przebiegu normalnego procesu starzenia się jedynie w substancji czarnej i miejscu sinawym. Ciała Hirano (pałeczkowata aktyna) zdarzają się w nowych piramidowych komórkach hipokampa [22,23].

W starszym wieku depresja i lęk występują nawet częściej niż zespoły otępienne. Częstość ich występowania nie maleje wraz z wiekiem, ale zauważalny jest spadek częstości skierowań do psychiatrii. Może on być spowodowany większą akceptacją objawów przez osoby starsze lub trudnościami diagnostycznymi lekarzy. U osób starych występują często niespecyficzne objawy lęku i depresji, czasem także objawy hipochondrii. Mniej częste są zaburzenia obsesyjne, fobie, objawy dysocjacyjne i konwersyjne. Czynniki, takie jak niepełnosprawność, brak wsparcia społecznego mogą potęgować lęk i brak pewności siebie, co utrudnia czy nawet uniemożliwia wychodzenie z domu, co nazwano „fobią przestrzeni”. U osób starych często występuje bezsenność, czemu towarzyszy uczucie zmęczenia rano, brak apetytu powodujący chudnięcie, męczliwość, lęk i często też myśli o śmierci [21,24].

Czasem u ludzi starych występuje uzależnienie od alkoholu, co zwiększa ryzyko zatrucia i wystąpienia objawów odstawiennych, niekiedy w postaci psychozy Korsakowa. Problem ten częściej występuje u mężczyzn, jednak w 8. i 9. dekadzie XX wieku obserwowano znaczny wzrost alkoholizmu u kobiet. Czasem udaje się poradzić sobie z uzależnieniem starych ludzi, ale rokowanie jest wtedy dobre, jeśli występuje wtórnie do problemów życiowych, jeżeli uda się włączyć chorego do społecznych aktywności grup niepijących. W skrajnych przypadkach wskazana jest kontrola finansowa [20,21,25].

Nadużywanie substancji zabronionych nie stanowi większego problemu u osób starszych. W tej grupie wiekowej problem stanowi nadużywanie leków, takich jak benzodiazepiny, opiaty i leki uśmierzające ból. Uzależnienie od tych substancji może wynikać z beztroskiego długoterminowego przepisywania przez lekarzy tych leków w celu leczenia tak powszechnych dolegliwości, jak bezsenność czy bóle stawowe. Niekiedy lekarze sądzą, że byłoby „okrutne” niewypisanie tych leków choremu zażywającemu ich od lat, zwłaszcza jeśli pacjent jest w bardzo zaawansowanym wieku. Niemniej jednak istotne jest, aby rozważyć

problem, czy wycofanie się z przyjmowania tych leków rzeczywiście poprawi jakość życia chorego poprzez redukcję przewlekłych objawów ubocznych, takich jak depresja [22,24].

Osoby starsze mogą doświadczać dodatkowych problemów, które związane są z fizjologicznymi zmianami towarzyszącymi starzeniu się. Osoby cierpiące na otępienie mogą stać się wymagające pod względem seksualnym, co jest wyrazem odhamowania towarzyszącego tej chorobie. W związku z tym mogą się domagać przepisywania im środków poprawiających funkcje seksualne [23,26].

Jeżeli u starego człowieka występuje ciężka choroba, może mu to uzmysłwić, że czas, który mu pozostał, nie jest już długi. U niektórych osób w takiej sytuacji ma miejsce tzw. doświadczenie graniczne, kiedy doceniają każdą chwilę życia, która jeszcze im pozostała, mogą się nią cieszyć, ciepło rozmawiać z bliskimi, czasem nawet bardziej się do nich zbliżyć, przekazywać im wartości, okazywać im uczucie. Może wystąpić zwrócenie się do religii, może nasilać się wiara w życie w przyszłym świecie [21].

Człowiek powinien przygotowywać się do starości już od młodości, przez życie dorosłe, wiek emerytalny. Już dzieciom powinno się wpajać szacunek dla ludzi starych, dążyć do kształtowania solidarnej postawy między generacjami [1,27].

Dobrze jest, kiedy stary człowiek ma rozeznanie w nowych sposobach komunikacji, kiedy może korzystać na przykład z telefonu komórkowego czy Internetu, chociaż dane nie są zbyt optymistyczne: w Unii Europejskiej z Internetu korzysta około 18% emerytów, najwięcej w Norwegii (41%), a w Polsce około 10% [28,29,30].

Stuart-Hamilton [31] podaje, że około 7% osób w wieku pomiędzy 65. a 74. rokiem, a powyżej 75. roku życia, 16% cierpi na upośledzenie wzroku, gorzej jest ze słuchem, bo w wieku 70 lat na zaburzenia słuchu cierpi 32%, a po 80. roku życia aż 50% ludzi ma z tym problemy. Czasem może wystąpić sytuacja, gdy narządy zmysłów jako takie nie wykazują zaburzeń, ale zmieniona praca mózgu nie pozwala na dostrzeganie, czy słyszenie szczegółów. Zaburzeniu może ulegać zdolność myślenia abstrakcyjnego, staje się ono bardziej konkretne [31].

Pojęcie starości może być rozpatrywane przynajmniej z trzech punktów widzenia: liczby lat przeżytych (wiek metrykalny, kalendarzowy), zmian biologicznych, które zaszły w organizmie (wiek biologiczny), zmian psychicznych (wiek psychologiczny). Stosunkowo najłatwiejszym do ustalenia, bo podlegającym obiektywnemu pomiarowi w jednostkach czasu, jest wiek metrykalny. On też ma najdłuższą tradycję jako kryterium kwalifikowania człowieka do grupy osób starych, aczkolwiek na przestrzeni wieków poglądy na temat związków zachodzących pomiędzy upływem czasu a przemianami dokonującymi się w

funkcjonowaniu jednostki ulegały i nadal ulegają zmianom. Tak np. filozofowie ze szkoły pitagorejskiej dopatrywali się analogii pomiędzy przebiegiem życia ludzkiego a tokiem zmian występujących w przyrodzie w cyklu rocznym. Skłoniło ich to do wyodrębnienia w życiu człowieka czterech równych, 20-letnich faz, będących odpowiednikami 4 kolejnych pór roku. Fazy te to: okres stawania się człowiekiem 0-20 lat, człowiek młody 20 -40 lat, człowiek dojrzały 40 - 60 lat człowiek stary, cofający się 60 - 80 lat [14,19,32].

W literaturze dotyczącej problematyki starzenia się możemy znaleźć przykłady innych, bliższych nam czasowo prób periodyzacji życia ludzkiego, dokonywanych przez przedstawicieli rozmaitych dyscyplin naukowych i opierających się na rozmaitych kryteriach [1,33].

Wiek metrykalny jest najbardziej obiektywny, najłatwiejszy do obliczenia, dlatego też posługujemy się nim w stosunkach prawnych, urzędowych itp. Praktyka ta opiera się na przyjmowanym milcząco założeniu, że istnieje zgodność pomiędzy wiekiem kalendarzowym a wiekiem biologicznym i psychologicznym. W rzeczywistości jednak przypisywanie wiekowi metrykalnemu określonych cech biologicznych napotyka znaczne trudności, które uwielokrotniają się, gdy przychodzi do poszukiwania jego korelatów psychologicznych [34,35].

Psychologiczna teoria starzenia się ma spełniać następujące cele: opis procesu starzenia się, wyjaśnienie tego procesu, modyfikacja i optymalizacja zachowania w okresie starości. Celom tym służą badania prowadzone przez psychologów, socjologów i psychiatrów w obrębie poszczególnych dyscyplin. Od niedawna badania te obejmują cały cykl życia ludzkiego. Coraz większy staje się dorobek naukowy tych badaczy, którzy wykroczyli poza problematykę dzieciństwa i młodości, analizując w zakresie stadiów rozwojowych okres życia od dojrzałości do starości. Badania dotyczące postaw ludzi starszych wobec różnych spraw, badania nad wpływami kultury na obraz starości czy też badania stereotypów starości, funkcjonujących w różnych społeczeństwach — to tylko niektóre z tej kategorii badań. Natomiast problemy badawcze to: poziom sprawności osób starszych w różnych sferach ich funkcjonowania, stałość bądź zmienność cech osobowości pod wpływem czasu itd. Współczesny stan analizy opisowej zachowania starego człowieka obejmuje rosnącą liczbę informacji na te tematy, trudno jednak byłoby w chwili obecnej mówić w gerontologii psychologicznej o istnieniu jakiejś jednej, sprawdzonej i w miarę spójnej teorii starzenia się. Wciąż jeszcze potrzebne tu jest uściślenie pojęcia starości, znalezienie adekwatnych metod badań nad ludźmi w starszym wieku, a także wskazanie tych zmiennych, które wymagają obserwacji, ponieważ są ważne dla podjęcia analizy wyjaśniającej [1,36].

Termin starzenie się, w odróżnieniu np. od psychologii gerontologicznej, jest dość wieloznaczny. Jego wartość teoretyczna polega na tym, że podkreśla proces i zmiany zachodzące w człowieku starzejącym się. Termin ten zawiera jednak równocześnie pojęcie pogarszania się, obniżania poziomu funkcjonowania oraz wskazuje na wiek jako na zasadę wyjaśniania. Należałoby więc zamiast o starzeniu się mówić o zmianach zachodzących w człowieku pod wpływem wieku. Zmiany te dotyczą drugiej połowy życia i są zarówno intraindywidualne, tj. dokonują się w jednostce, jak i interindywidualne, a więc możliwe do zaobserwowania u jednostek w różnych grupach wieku. Grupy te jednak z upływem czasu tracą swoją homogeniczność, wiek chronologiczny może więc być jedną, ale nie jedyną zmienną [37].

Wynikające z różnych badań empirycznych wnioski, iż zmiany w procesie starzenia się polegają na spowolnieniu, ograniczeniu działalności, zwiększającej się zależności, mogą być raczej funkcją reprezentowanych przez badaczy orientacji teoretycznych niż odzwierciedleniem zjawisk rzeczywiście występujących u ludzi starych. Podobnie wygląda sprawa z ustaleniami, że przejście na emeryturę zmienia zadowolenie z życia lub, że z wiekiem następuje pogorszenie inteligencji płynnej. Są to przykłady świadczące o przyjętym z góry założeniu, że u ludzi starych coś się psuje i pogarsza [4,37]. Baltes [cyt.za 38] jest zdania, że ważne jest poszukiwanie modelu zachodzących zmian, opis zmian poszczególnych funkcji. Są to rozważania wstępne, które dowodzą, że gerontologia jest nauką młodą, zależną od rozwoju wielu różnych dyscyplin naukowych, i że ciągle część badań znajduje się w stadium opisu, a część w stadium wyjaśniania i poszukiwania rozwiązań systemowych i modelowych. Nie należy oczekiwać, aby jedna teoria mogła wyjaśnić wszystkie zmiany, jakie zachodzą w jednostce z upływem czasu. Teorie (biologiczne starają się wyjaśnić długość życia, psychologowie zajmują się zdolnościami adaptacyjnymi jednostki), teorie społeczne wyjaśniają zmiany ról społecznych i aktywności ludzi. Ponieważ zmiany występują w ciągu całego życia, starzenie się jest procesem dynamicznym, występującym tak u jednostki, jak i u gatunku [39,40,41].

Posługiwanie się pojęciem wieku biologicznego, psychologicznego, czy społecznego jest użyteczne ze względów teoretycznych i metodologicznych. Tego rodzaju podział jest częściowo umowny, częściowo zaś wynika z istoty gerontologii jako nauki interdyscyplinarnej. Za próbę pogłębienia integracji pomiędzy różnymi dyscyplinami partycypującymi w badaniach nad ludźmi starymi można uznać utworzenie pojęcia starości psychospołecznej [40].

Przyjmuje się, że pewne populacje są w większym stopniu narażone na skutki starości niż inne. Na negatywne skutki starości bardziej narażone mają być osoby chronologicznie starsze, z niższym poziomem wykształcenia, bardziej osoby samotne niż mające rodzinę [41].

W badaniach empirycznych prowadzonych przez socjologów i psychologów, gdy mowa jest o wieku lub o starości psychospołecznej, na ogół rozpatruje się takie czynniki, jak: utrata ról społecznych, znaczenie środowiska, rola rodziny i postawy społeczeństwa wobec ludzi starych. Wskazuje się na relacje (pomiędzy pochodzeniem społecznym i losem człowieka) [42,43].

Warto na koniec wspomnieć, że ze względu na fakt, iż różne funkcje człowieka zmieniają się pod wpływem wieku w różnym stopniu, niektórzy badacze przyjmują także pojęcie wieku funkcjonalnego. Określenie takiego wieku odbywa się poprzez pomiar poziomu rozmaitych sprawności jednostki: sensorycznych, motorycznych i intelektualnych, dając obraz jej indywidualnego stanu funkcjonalnego. Badania takie mają wartość praktyczną przy rozstrzyganiu określonych problemów danego człowieka, są jednak trudne pod względem metodologicznym. Problem starzenia się psychicznego jest problemem bardzo złożonym zarówno z uwagi na wielorakość procesów i zjawisk, jakie pojęcie to obejmuje, jak i na liczbę zmiennych pozapsychologicznych, jakie musi uwzględniać [44,45].

Starzenie się jest to proces fizjologiczny. Cechami charakterystycznymi jest znaczne zmniejszenie aktywności biologicznej organizmu, a także mniejsza zdolność do regeneracji. Czynniki predysponującymi do szybkości starzenia się są czynniki genetyczne oraz czynniki zewnętrzne (stres, miejsce zamieszkania, palenie papierosów, niewłaściwe odżywianie, praca w szkodliwych warunkach, a także przebyte choroby) [46,47].

Starzenie to proces nieunikniony, obejmujący wiele różnorodnych zmian, które można rozpatrywać na poziomie komórek, narządów i układów. Zmiany zachodzące w procesie starzenia się to zmiany w zakresie funkcjonowania psychofizycznego (zwiększona podatność na stres, znacznie mniejsza odporność immunologiczna oraz mniejsza zdolność adaptacji do zmieniających się warunków otoczenia) [46,47].

Zmiany fizjologiczne zachodzące w organizmie powodują widoczne pogarszanie się motoryczności człowieka. Możemy do nich zaliczyć, m.in. [31,32,46,47]:

- **W układzie sercowo naczyniowym** – serce coraz słabiej pracuje, elastyczność tętnic podnosi zużycie energii niezbędnej do prawidłowej cyrkulacji krwi. Do przyczyn obniżających sprawność można zaliczyć zmiany miażdżycowe, które mogą prowadzić do zawału mięśnia sercowego oraz udaru mózgu, nadciśnienia, a także cukrzycy.

- **W układzie nerwowym** – zwiększa się w znacznym stopniu potrzeba snu i odpoczynku, częstsze, przedłużające się męczenie. Możemy zaliczyć także zwiększoną drażliwość, obniżony nastrój, znacznie wolniejsze tempo wykonywania zaplanowanych zadań oraz dłuższy czas reakcji na bodźce otoczenia.
- **W układzie oddechowym** – zmniejsza się absorbcja tlenu.
- **W układzie hormonalnym** – spada stężenie hormonów płciowych (progesteronu i estrogenu u kobiet oraz testosteronu u mężczyzn) oraz hormonu wzrostu u obu płci.
- **W układzie moczowym** – usuwanie toksyn z organizmu staje się mniej efektywne. Częstość nietrzymania moczu wzrasta u ludzi starszych.
- **W układzie trawiennym** - wchłanianie substancji odżywczych jest mniej efektywne. Wzrasta częstość występowania zaparć lub także nietrzymanie stolca.
- **Mózg** – spada wydolność układu oddechowego oraz sercowo-naczyniowego, co za tym idzie wzrasta ryzyko wystąpienia chorób krążeniowych.
- **Kości i stawy** – zwiększa się ryzyko łamliwości kości oraz zużycie powierzchni stawowych. Następuje zmniejszenie ruchomości stawów, co za tym idzie zmniejsza się płynność i elastyczność ruchów.
- **Mięśnie** – zmniejsza się ich masa i siła, niektóre zanikają. Chód staje się mniej sprężysty, zmniejsza się precyzja ruchów rąk i nóg.
- **Twarz** – rysy stają się znacznie ostrzejsze, natomiast uboższa staje się mimika.
- **Skóra** – zmniejsza się jej elastyczność, skóra staje się bardziej przesuszona, pomarszczona, pojawiają się liczne przebarwienia.
- **Włosy** – stają się cieńsze, bardziej łamliwe, siwieją oraz przerzedzają się [31,32,46,47].

Zmiany zachodzące w zakresie narządów zmysłów:

- **Wzrok** : następuje obniżenie zdolności akomodacji, czyli dostosowania ostrości widzenia obiektów w różnych odległościach, zmienia się percepcja kolorów (osoby starsze widzą świat bardziej żółty- na skutek żółknięcia soczewek oraz zmian w systemie nerwowym), pogłębia się utrata ostrości wzroku, czyli zdolności do widzenia wyraźnie obiektów w odległości, pogarsza się adaptacja do ciemności i zdolności odzyskiwania widzenia po oślepiającym świetle, znacznie zmniejsza się rozmiar pola widzenia (osoby starsze mają mniejszy zakres ruchu gałek ocznych), częstsze występowanie chorób oczu, takich jak zaćma, jaskra, zwyrodnienie plamki oraz retinopatia cukrzycowa [31,32,46,47].

- Słuch: coraz częstsze występowanie szumu w uszach, zmniejszenie zdolności lokalizowania źródła dźwięku, zaburzenie zdolności różnicowania wyrazów, występuje niedosłyszenie starcze [46,47]
- Ból: z wiekiem zwiększa się próg odczuwania bólu, dlatego też osoby starsze radzą sobie z tym częstszym przyjmowaniem leków p/bólowych
- Smak: pogorszeniu ulega odczuwanie smaku słonego i gorzkiego, natomiast smak kwaśny i słodki nie zmieniają się
- Dotyk: z wiekiem próg odczuwania dotyku podnosi się (skutkiem jest zmniejszenie grubości skóry i liczby znajdujących się w niej receptorów), natomiast obniżeniu ulega próg wrażliwości na temperaturę otoczenie
- Zapach: u osób zdrowych nie stwierdza się zmian, natomiast zmiany mogą występować u osób cierpiących, np. na chorobę Alzheimera [31,32,46].
- Pamięć: z wiekiem osłabieniu ulega pamięć krótkotrwała co za tym idzie osobom starszym dużo trudniej jest zapamiętywać różne fakty [46].

Starzenie się w swojej istocie biologicznej można określić jako stopniowo, rozwijający się proces zmian ilościowych w aparacie genetycznym. Proces starzenia się zostaje uruchomiony przez zaburzenia lub uszkodzenia aparatu genetycznego, w których wyniku zwiększa się liczba „uchybień” lub „błędów” programu, zdeterminowanych wpływem czynników, m. in. substancjami metabolicznymi [31].

Fizjologiczne teorie starzenia się, nie negując roli wyposażenia genetycznego, starają się wyjaśniać proces starzenia się albo niewydolnością systemu narządów, albo też niewydolnością fizjologicznych systemów kontroli [31,32].

Całokształt zmian, którym podlega organizm na przestrzeni całego życia, Burger nazywa biomorfozą. Przebiega ona w określonym i nieodwracalnym kierunku, ale jej tempo i rytm są indywidualne. Odpowiedź na pytanie, kiedy zaczyna się starość biologiczna, jest sprawą bardzo trudną. W ciągu całego życia jedne komórki czy nawet tkanki zanikają, a powstają inne, ale wówczas starzeją się tylko pewne partie organizmu, a nie jego całość. Zdaniem Burgera, o starzeniu się całego organizmu można mówić dopiero wówczas, gdy zaczyna się spowolnienie biomorfozy. Jej przebieg można podzielić na 3 fazy: gdy istnieje przewaga powstawania nowych komórek lub tkanek (evolutio) — rozwijają się gonady, rozrastają wszystkie narządy: jest to okres dzieciństwa i wczesnej młodości, gdy zachodzi względna równowaga pomiędzy powstawaniem a zanikaniem komórek, jest to dojrzałość, gdy występuje przewaga zanikania komórek i tkanek, co zaczyna się od okresu

klimakterycznego (w naszej strefie klimatycznej od 45 do 55 lat u kobiet i od 50 do 60 lat u mężczyzn) [19,48].

Stanu biomorfozy, w jakim aktualnie znajduje się organizm, nie umiemy jeszcze wyrazić w jednostkach czasu metrykalnego, czas biologiczny bowiem nie upływa dla wszystkich ludzi jednakowo. Odgrywa tu rolę wiele czynników: wyposażenie genetyczne organizmu, sprawność fizyczna, odżywianie, tolerancja na stresy i urazy oraz stan zdrowia. Istotny jest zwłaszcza ten ostatni, gdyż przebyte stany chorobowe przyspieszają tempo procesów inwolucyjnych [19,34,48].

Tak więc nierównomierność biologicznego starzenia się ma dwa aspekty: z jednej strony różne narządy starzeją się w różnym tempie (zależnym od ich zdolności regeneracyjnych), z drugiej zaś — mimo wspólnej dla wszystkich drogi biomorfozy - jedni ludzie przebywają ją szybciej, inni zaś wolniej, w zależności od predyspozycji konstytucjonalnych, jak i warunków oraz trybu życia [19,34,48].

Warunkiem życia komórek, a wraz z nimi całego organizmu, jest utrzymanie stałości wewnętrznego środowiska ustroju, a więc takich jego parametrów, jak: jego objętość, skład chemiczny, skład jonowy, ciśnienie osmotyczne, temperatura. Stałość tych parametrów naruszana jest przez dwa rodzaje czynników: zmienność warunków środowiska (rozumiana jako zmienność fizykalnych właściwości otoczenia: temperatury, wilgotności itp.) oraz zmienność wymagań stawianych organizmowi w związku z zadaniami, jakie wynikają z jego roli społecznej (rozumianymi jako konieczność wykonywania rozmaitych działań, a więc wydatkowania energii). Warunkiem zachowania stałości wewnętrznego środowiska ustroju jest w tej sytuacji sprawność fizjologicznych mechanizmów adaptacyjnych [49].

Wraz z upływem lat zmniejsza się zdolność przystosowania ustroju człowieka do wysiłków fizycznych, do zmian w sposobie odżywiania, zmian temperatury itp. Starzenie się ustroju można zdefiniować jako zależną od wieku utratę zdolności adaptacyjnych. Utrata ta wynika z nasilających się zmian czynności różnych układów narządowych i systemów regulacyjnych ustroju. W efekcie tych zmian zwiększa się koszt fizjologicznej adaptacji, a także zawężają jej granice, tak że coraz łatwiej jest przekroczyć próg obciążenia, poza którym gwałtownie wzrasta ryzyko dla zdrowia, a nawet i życia. Zmęczenie pojawia się pod wpływem coraz mniejszego wydatkowania energii, a jego eliminacja wymaga coraz dłuższego wypoczynku [9,49].

Zanik sprawności adaptacyjnej ustroju wiąże się z wiekiem, jednakże szybkość, z jaką ten proces postępuje, jest w pewnej, nie do końca jeszcze zbadanej mierze, związana z genetycznie zdeterminowanym procesem starzenia się podstawowych elementów organizacji

biologicznej ustroju, a także ze sposobem życia — zwłaszcza w dzieciństwie i młodości. Znaczenie tego ostatniego polega na istnieniu związku pomiędzy aktywnością a utrzymywaniem się, czy nawet wzrostem zdolności adaptacyjnych organizmu. Sprawność nie wykorzystywanych mechanizmów fizjologicznych zmniejsza się, tak więc bierność fizyczna (ruchowa) i bierność w sferze neuropsychicznej przyczyniają się wydatnie do zmniejszania się przystosowawczych zdolności organizmu w każdym okresie życia, zwłaszcza zaś w wieku podeszłym [9,12,26].

Podsumowując można by stwierdzić, że bez względu na to, czy starzenie się biologiczne będziemy rozpatrywać jako spowolnienie biomorfozy czy jako obniżenie sprawności fizjologicznych mechanizmów adaptacyjnych ustroju, bieg czasu biologicznego uzależniony jest od konfiguracji wielu czynników zarówno wewnątrzustrojowych (genetycznych, konstytucjonalnych), jak i zewnątrzustrojowych: przyrodniczych (warunki ekologiczne), społeczno-ekonomicznych (warunki pracy, poziom alimentacji itp.), kulturowych (wzory aktywnego bądź pasywnego stylu rekreacji). Znaczącą rolę mogą przy tym odgrywać także właściwości osobowościowe człowieka, przesądzające o jego bardziej lub mniej aktywnej postawie wobec świata, a w ślad za tym — o większej czy mniejszej gotowości do szeroko rozumianego działania, podtrzymującego sprawność mechanizmów adaptacyjnych. Złożoność procesów biologicznego starzenia się, z których nie wszystkie jeszcze zostały do końca zbadane sprawia, że ten sam wiek kalendarzowy może dla różnych ludzi oznaczać zupełnie inny poziom sprawności, inny wiek biologiczny [19,34,50].

Wszyscy badacze zajmujący się stanem biologicznym człowieka starego podkreślają znaczną rolę jego zdrowia somatycznego. Subiektywne poczucie choroby zmienia spostrzeganie świata, w szczególności zaś spostrzeganie przyszłości. Im gorzej przeżywany jest stan zdrowia, tym gorsze widzi się perspektywy na przyszłość. Dopóki rozpatrujemy chorobę jako nieuniknioną konsekwencję oddziaływania czynników zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych, jest to starość związana z losem, jeżeli jednak wpływ na stan zdrowia i zachowanie człowieka mają nawyki, to mamy do czynienia ze stylem starzenia się [34,49,50].

Wiek chronologiczny jest jednym z podstawowych wymiarów organizacji życia społecznego, leżącym u podstaw tzw. stratyfikacji wiekowej społeczeństwa, której towarzyszy tendencja do kategoryzowania ludzi ze względu na osiągnięty przez nich wiek życia oraz swoistego rodzaju centryzm na własnej grupie urodzeniowej. Nie wszystkie zjawiska społeczne związane ze stratyfikacją wiekową są korzystne. Na przykład zdajemy sobie sprawę z tego, że istotną rolę w procesie socjalizacji odgrywa koalicja ludzi dorosłych przeciwko młodym: dzieciom, młodzieży i wkraczającym w dorosłość. Generalnie we

współczesnym społeczeństwie kultury Zachodu zorientowanym na młodość konsekwencje przynależności do grupy ludzi starzejących się są najmniej przyjemne: starsi ludzie są grupą społecznie napiętnowaną. Podobnie, jak o „seksizmie” czy „rasizmie”, mówi się dziś o „ageizmie” (ageism) – jako trzecim wielkim „izmie” związanym ze społecznymi uprzedzeniami, dyskryminacją i odrzuceniem ludzi w podeszłym wieku [51,52].

Pojęcie ageizmu wprowadził do literatury stosunkowo niedawno Robert N. Butler. Ageizm wyraża się w dwóch powiązanych ze sobą sferach. Po pierwsze, w negatywnych postawach i stereotypowym spostrzeganiu ludzi starych, jako np. nieatrakcyjnych, niekompetentnych, słabych, schorowanych, aseksualnych, zgrzybiałych, zdziecinniałych itp., a także w stereotypowym spostrzeganiu starzenia się jako nieuchronnego procesu narastających wraz z wiekiem „strat” i „osłabienia”. Po drugie, w działaniach i społecznych praktykach dyskryminujących ludzi starszych, np. w zatrudnieniu, w dostępie do edukacji, a nawet w dostępie do pewnych sposobów leczenia i opieki medycznej [51,52,53].

Ponieważ politykę społeczną kształtują ludzie, którzy często sami w sposób nieświadomy podlegają wpływom stereotypów i uprzedzeń, to w efekcie ludzie starsi cierpią z powodu wielu zinstytucjonalizowanych form ageizmu, np. ustawowa emerytura czy instytucjonalne bariery ograniczające życie publiczne, np. ze względu na ich kłopoty z poruszaniem się, słyszeniem czy widzeniem [51,52,53].

Butler [cyt za 51,52,53] podkreśla, że postawy i dyskryminacyjne zachowania oraz instytucjonalne normy i polityka społeczna są ze sobą ściśle związane. Przenikając się, przekształcają naturalny proces starzenia się człowieka w problem społeczny, którego szkodliwe konsekwencje dotyczą wszystkich ludzi wkraczających w późną dorosłość. W przeciwieństwie do innych „izmów”, ageizm w stosunku do ludzi starszych jest zjawiskiem bardziej dynamicznym i dotykającym nieuchronnie każdego z nas indywidualnie, niezależnie od rasy i płci. Jako ludzie młodzi możemy przejawiać postawy lub podejmować działania dyskryminacyjne, ale starzejąc się, stopniowo stajemy się obiektem tych postaw i działań, które mogą wpływać na koncepcję własnej osoby i swojego życia w późnej dorosłości. W tym kontekście niezwykle ciekawe jest pytanie o powody naszych negatywnych nastawień i zachowań wobec ludzi starych [52,54].

Do najważniejszych powodów negatywnych postaw i dyskryminacyjnych działań wobec ludzi starszych zaliczana jest zwykle gerontofobia, czyli lęk młodszych ludzi przed własną starością oraz lęk przed śmiercią. Zdaniem wielu badaczy, lęki te są przenoszone na osoby starsze w postaci stereotypów i uprzedzeń [52,53,54].

Cel pracy

Określenie postaw społeczeństwa wobec ludzi starszych w zależności od struktury rodziny respondentów

Material i metodyka pracy

Badaniem ankietowym przeprowadzonym od stycznia do marca 2016 r, na terenie miasta Białystok i w okolicach Siemiatycz, objęto 150 osób. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB.

Kwestionariusz składał się z 29 pytań w tym: sześciu pytań w części metryczkowej (dotyczących płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, struktury rodziny oraz posiadania w rodzinie osób starszych) oraz pozostałych pytań zlokalizowanych w części szczegółowej, dotyczących postaw badanych wobec osób starszych.

Wszystkie osoby biorące udział w badaniu zostały zapewnione o anonimowości i poinformowane o celu badania. Grupę respondentów charakteryzowano ze względu na wielopokoleniowość rodziny.

Wyniki badań

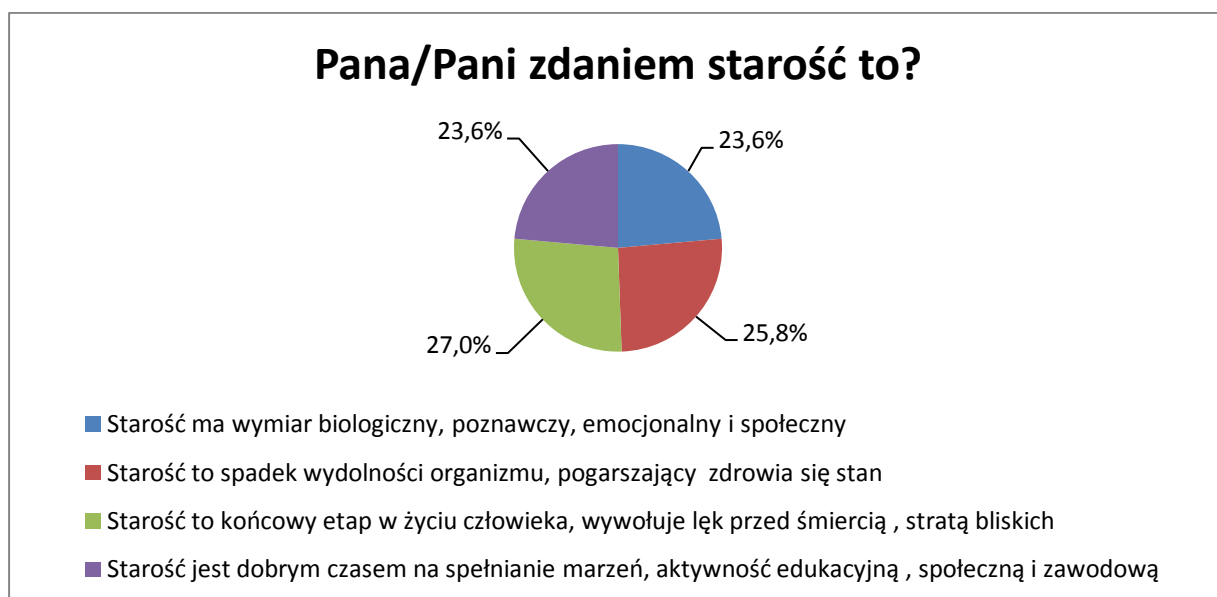
W badaniu wzięło udział 150 respondentów obu płci zamieszkujących województwo podlaskie. Ponad połowę badanych stanowiły kobiety - 59%, mężczyźni stanowili 41%. Pod względem wieku grupy podzielono respondentów na 3 grupy wiekowe: 18-30 lat, 31-45 lat i 46-60 lat, w których było odpowiednio: 34% ,33% i 33% badanych.

W badanej grupie wykształcenie średnie posiadało 35% badanych, nieco mniej bo 34% badanych miało wykształcenie zawodowe, natomiast najmniejsza grupa, bo tylko 13% miała wykształcenie podstawowe. Osób z wykształceniem wyższym wśród respondentów było 18%. 55% ankietowanych było mieszkańcami wsi, zaś pozostali (45%) zamieszkiwało w mieście.

W badanej grupie przedstawiciele rodzin dwupokoleniowych stanowili 35% badanych, trzypokoleniowych stanowili 26%, zaś z rodzin jednopokoleniowych pochodziło 24%. Respondentów. Najmniejsza część ankietowanych wywodziła się z rodzin czteropokoleniowych (14% badanych). Dla potrzeb pracy respondentów podzielono na dwie

grupy: w grupie pierwszej znaleźli się respondenci z rodzin 1- i 2- pokoleniowych, w drugiej z rodzin 3- i 4- pokoleniowych.

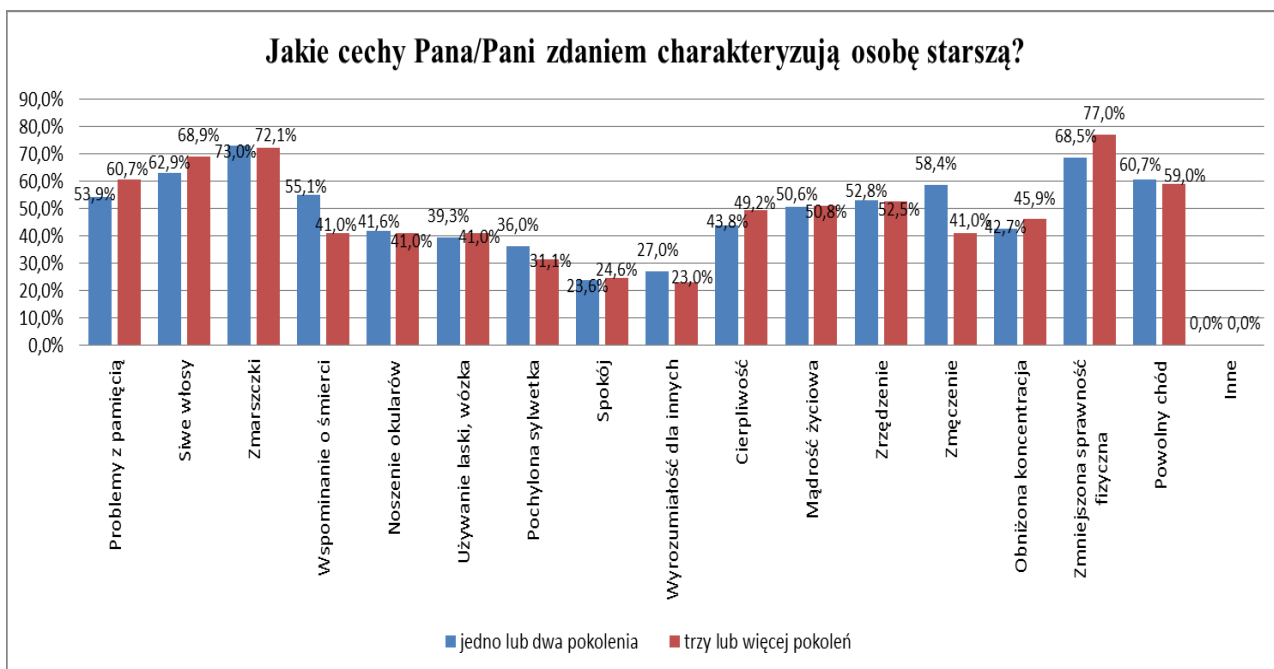
Wśród respondentów jednak 59% nie posiadało żadnej bliskiej osoby w wieku starszym. W świetle przeprowadzonych badań dla większości ankietowanych z trzy lub więcej pokoleniowej rodziny starość kojarzyła się ze spadkiem wydolności organizmu oraz pogarszającym się stanem zdrowia (34,4%). Natomiast większość ankietowanych ze struktury jedno- lub dwupokoleniowej uważało starość za końcowy etap w życiu człowieka, wywołujący lęk przed śmiercią oraz stratę bliskich (27%). Ilustruje to Rycina 1.



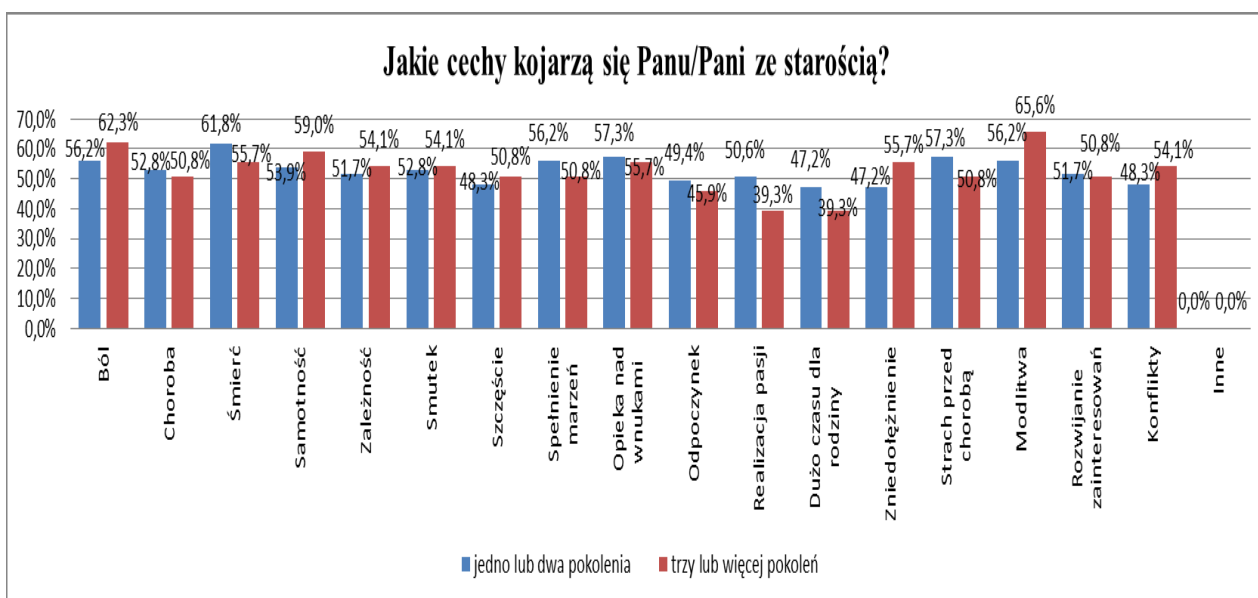
Ryc. 1. Określenia starości

Cechą, która wyróżniała starość według respondentów ze wszystkich struktur rodziny były zmarszczki (73% i 72,1%) oraz zmniejszona sprawność (68,5% i 77%). Natomiast najmniej ankietowanych odpowiedziało, że to spokój (23,6% i 24,6%) oraz wyrozumiałość dla innych (23% i 27%). Pozostałe dane przedstawia Rycina 2.

Ze starością może kojarzyć się wiele cech. Respondenci uznali, że ludzie starsi są bardziej religijni, a charakterystyczną dla nich cechą będzie modlitwa (56,2% i 65,6%). Kolejno osoby starsze zestawiane były z dolegliwościami i doskwierającym bólem (56,2% i 62,3%). Najmniej ankietowanych (39,3% i 47,2%) zadeklarowało, że starość kojarzy się z poświęcaniem swojego wolnego czasu dla rodziny oraz z realizacją swoich pasji (39,3% i 50,6%). Pozostałe dane obrazuje Rycina 3.

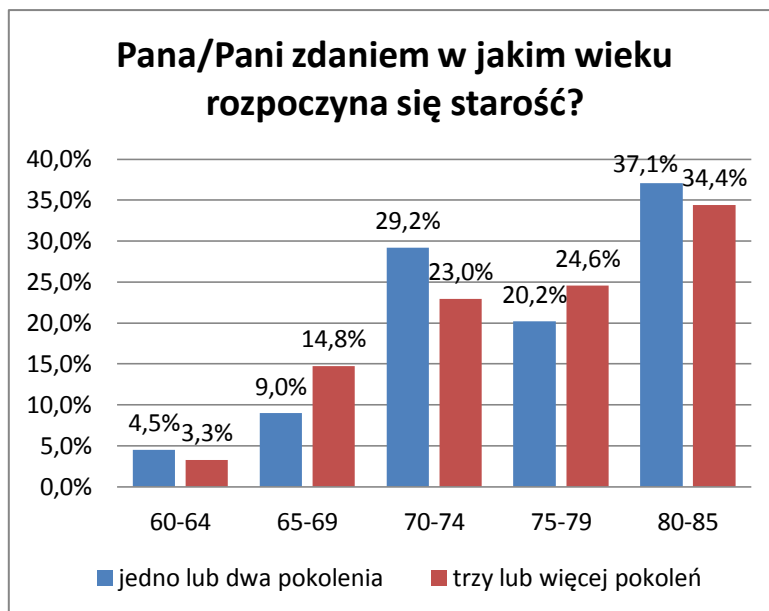


Ryc. 2. Cechy charakteryzujące osobę starszą



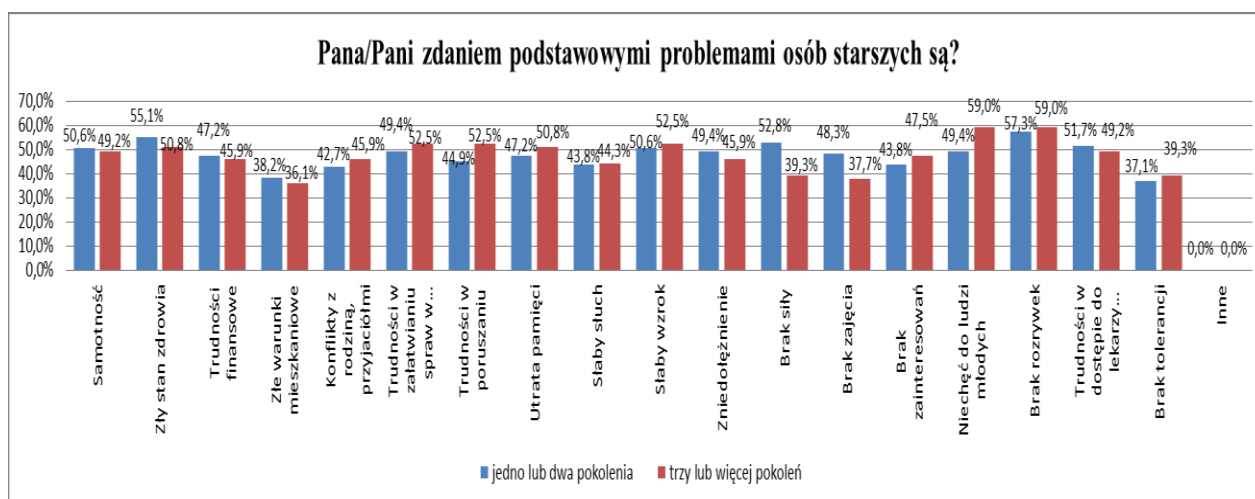
Ryc. 3. Cechy kojarzące się ze starością

Większość ankietowanych stwierdziła, że starość zaczyna się między 80. a 85. rokiem życia (37,1% grupa jednopokoleniowa, 34,4% grupa wielopokoleniowa). Określenie początku starości w wieku 60-64 dotyczyła 4,5% respondentów z grupy jednopokoleniowej, 3,3% z grupy wielopokoleniowej (Rycina 4).



Ryc. 4. Wiek charakteryzujący starość

Wśród problemów, z którymi według respondentów najczęściej borykają się osoby starsze, to brak rozrywek (57,3% grupa jednopokoleniowa, 59% grupa wielopokoleniowa). Jako problem najmniejszej wagi ankietowani uznali złe warunki mieszkaniowe (38,2% grupa jednopokoleniowa, 36,1% grupa wielopokoleniowa). Pozostałe dane przedstawia Rycina 5.

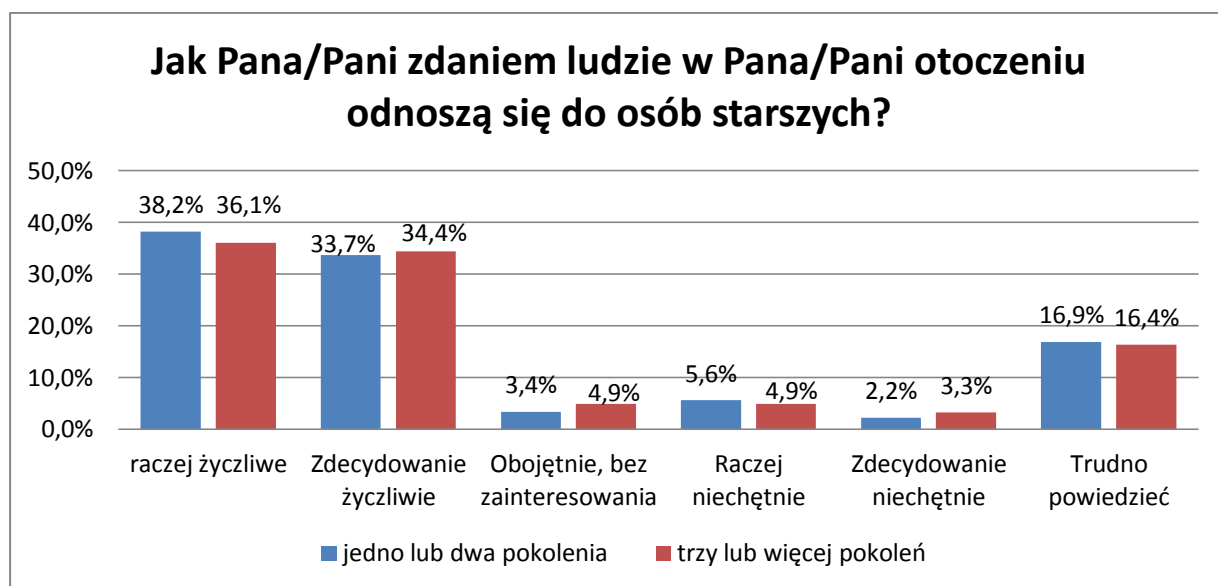


Ryc. 5. Podstawowe problemy osób starszych

Respondentów zapytano, jak osoby z ich otoczenia odnoszą się do osób starszych. Większość ankietowanych ze wszystkich struktur rodziny (38,2% i 36,1%) uznało, że ich otoczenie raczej życzliwie odnosi się do osób starszych, a 33,7% i 34,4% zdecydowanie

życzliwie. Niespełna 2,2% i 3,3% badanych zauważyło niechętny stosunek do osób starszych (Rycina 6).

Wśród respondentów nie było ani jednej osoby, która przyznałaby się do tego, że do osób starszych nie odnosi się z szacunkiem. Zawsze odnosi się z szacunkiem do osób starszych 44,9% ankietowanych z rodzin 1-2 pokoleniowych oraz 54,1% z rodzin wielopokoleniowych (3-4 pokolenia). Badanych, którzy odpowiedzieli, iż raczej odnoszą się z szacunkiem do starszych ludzi było 55,1% z rodzin jedno- i dwupokoleniowych i 45,9% z rodzin wielopokoleniowych.

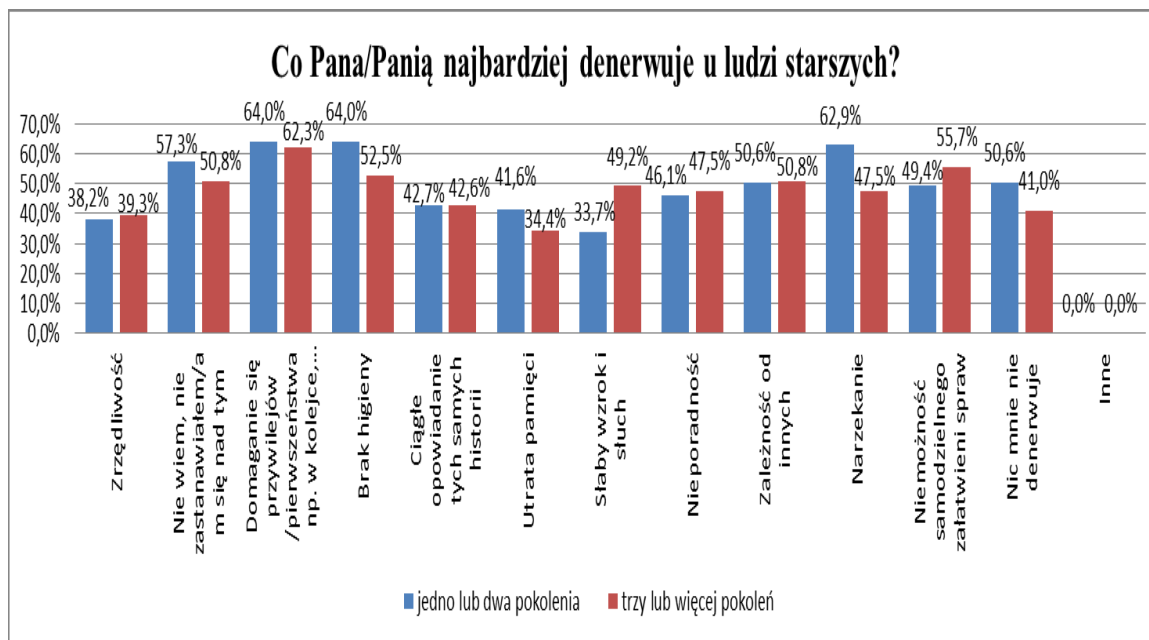


Ryc. 6. Stosunek społeczeństwa w stosunku do osób starszych

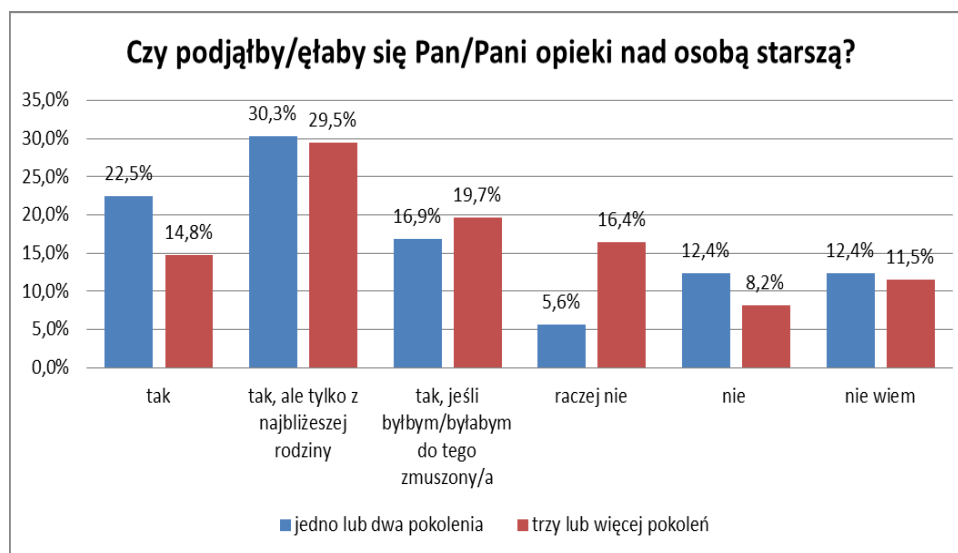
Większości ankietowanych (64% grupa jedno lub dwupokoleniowa, 62,3% grupa wielopokoleniowa) jako najbardziej denerwującą cechę u ludzi starszych wybrało domaganie się przywilejów/pierwszeństwa, np. w kolejce, w autobusie, kolejno wskazano - brak higieny 64% grupa 1-2 pokoleniowa, 52,5% grupa wielopokoleniowa. Dostyc często wybierane było narzekanie (62,9% grupa 1-2 pokoleniowa, 47,5% grupa wielopokoleniowa). Najrzadziej bo (tylko 33,7%) w grupie 1-2 pokoleniowej jako cechą denerwującą był zaznaczony słaby wzrok i słuch, natomiast w grupie wielopokoleniowej (34,4%) była utrata pamięci przez osoby starsze. Pozostałe dane przedstawia Rycina 7.

Wśród ankietowanych na pytanie, czy podjęliby się opieki nad osobą starszą odpowiedzi były zróżnicowane. 30,3% (1-2 pokolenia), 29,5% (trzy lub więcej) twierdziło, że podjęliby się opieki nad osobą starszą, ale tylko z najbliższej rodziny. 22,5% (1-2 pokolenia), 14,8% (3 lub więcej) bezwzględnie podjęliby się opieki. Natomiast 12,4% (jedno

pokolenie), 8,2% (trzy lub więcej) nie chciałoby się opiekować osobą starszą. Dane ilustruje Rycina 8.



Ryc. 7. Denerwujące społeczeństwo cechy ludzi starszych



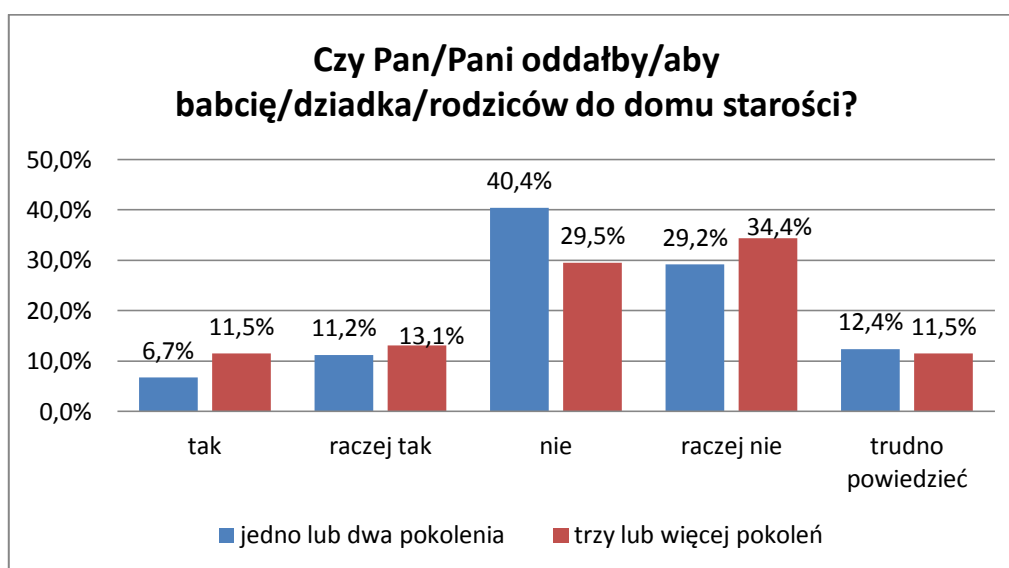
Ryc. 8. Opieka nad osobą starszą

Spośród badanych, którzy zadeklarowali, że nie podjęliby się opieki nad osobą starszą, jako powód odmowy opieki podawali: mam dosyć własnych problemów, brak warunków, brak możliwości, brak czasu. Nikt z respondentów nie podał jako odmowy opieki odrzy do osób starszych, braku umiejętności, czy wstydu przed znajomymi.

Większość respondentów, wg ich deklaracji, nie mieszkała z osobą starszą (68,5%), zaś reszta ankietowanych opiekowała się kimś z rodziny, mamą (6,7%), babcią (6,7%), ojcem (7,9%) lub dziadkiem (10,1%).

Ankietowani zgodnie stwierdzili, że osobami starszymi powinna zaopiekować się rodzina (po 60,7% w obu grupach pokoleniowych), nieliczni stwierdzili, iż jest to zadaniem opieki społecznej (4,5%, 1-2 pokolenia), (4,9 %, 3 i więcej pokoleń) lub domu spokojnej starości (34,8% , 1-2 pokolenia), (34,4 % 3 i więcej pokoleń). Nikt nie zaznaczył organizacji społecznej, służby zdrowia oraz PCK.

Większość ankietowanych stwierdziło, że nie oddaliby rodziny do domu starości (40,4% 1-2 pokolenia), (29,5% 3 i więcej pokoleń). Natomiast 6,7% (1-2 pokolenia), 11,5% (3 i więcej pokoleń) zadeklarowało, że oddałoby osobę starszą pod opiekę instytucjonalną (Rycina 9).



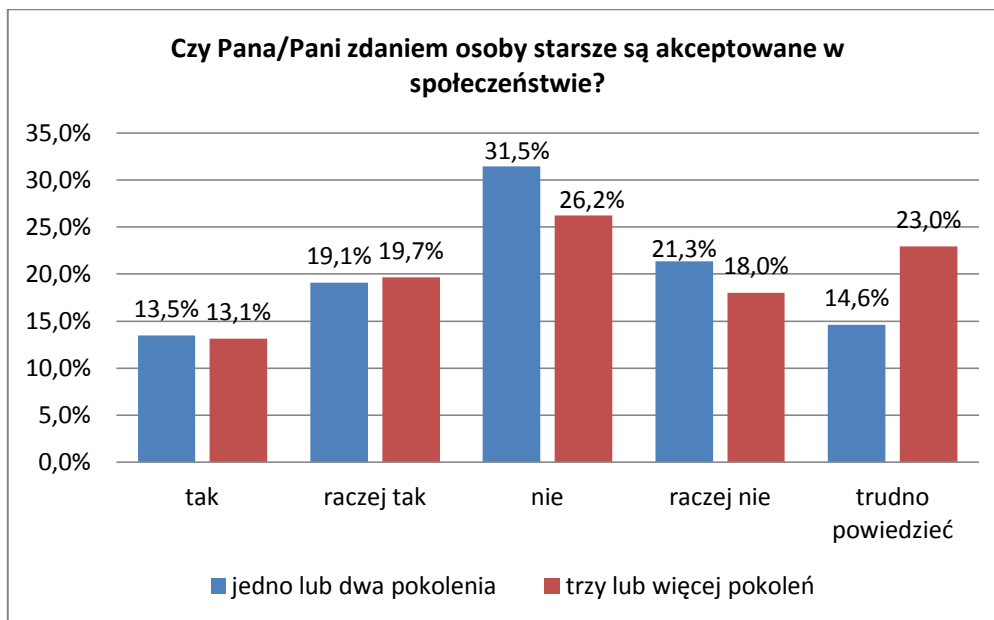
Ryc. 9. Oddanie osoby starszej do domu starości

Większość respondentów zadeklarowała, że udzieliłaby pomocy osobie starszej spotkanej na ulicy. Tak i raczej tak odpowiedziało 80,9 % ankietowanych z grupy rodzin 1-2 pokoleniowych oraz 86,9% z grupy osób 3-4 pokoleniowych. Niezdecydowanych (odpowiedź „trudno powiedzieć”) było odpowiednio 19,1% i 13,1% badanych.

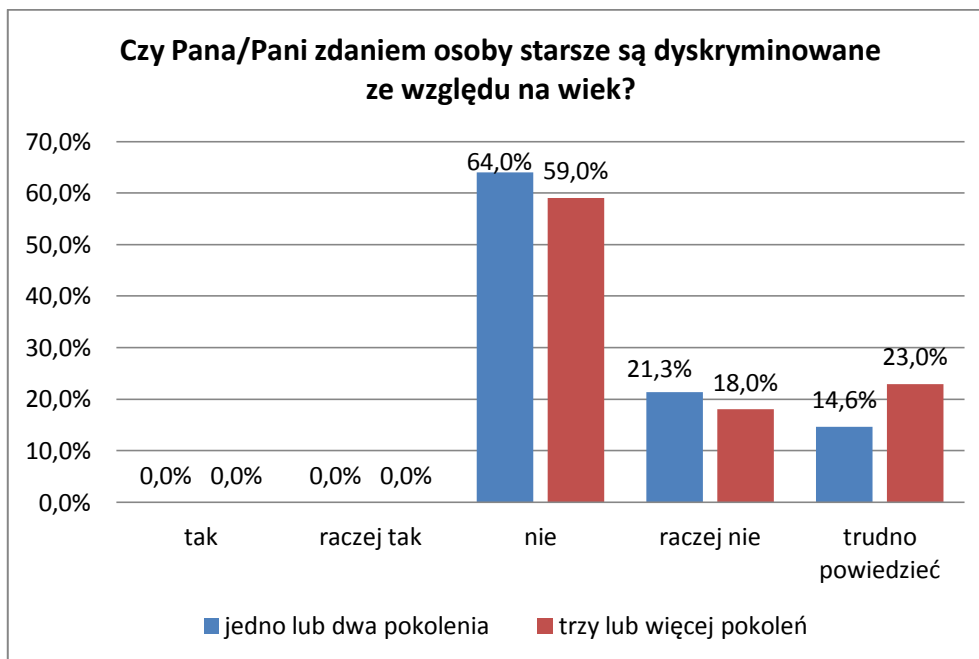
76,4% (1-2 pokolenia), 73,8% (3 lub więcej pokoleń) twierdzi, że ustępuje lub raczej ustępuje miejsca osobie starszej w autobusie. Pozostałe osoby nie podejmują takiego działania.

Zdaniem 31,5% respondentów z gr. 1-2 pokoleniowej oraz 26,2% z gr. 3 i więcej pokoleniowej są zdania, że osoby starsze nie są akceptowane społecznie. (Rycina 10).

Według większości ankietowanych (85,3%, 1-2 pokolenia), (77%, 3 i więcej pokoleń) osoby starsze nie są dyskryminowane z powodu swojego wieku. 37,6% respondentów w obu grupach pokoleniowych nie miało zdania w tej kwestii. Dane przedstawia Rycina 11.



Ryc. 10. Akceptacja osób starszych w społeczeństwie



Ryc. 11. Dyskryminacja osób starszych w społeczeństwie

Dyskusja

Starość wyznaczana wiekiem kalendarzowym nie zawsze przekłada się na wiek biologiczny. Dla każdego człowieka proces starzenia się przebiega indywidualnie i nie ma możliwości zatrzymania go. Należy w jak najlepszy sposób rozpoznać cechy człowieka starzejącego się oraz dolegliwości i ograniczenia związane z tym procesem. Otrzymane wyniki będą decydowały o udzielaniu wyspecjalizowanej i dostosowanej do potrzeb osób starszych pomocy ze strony osób spokrewnionych, przyjaciół oraz wyspecjalizowanych instytucji. Najistotniejszym dla stanu biologicznego człowieka starego jest jego zdrowie somatyczne lub choroby, zwłaszcza te nakładające się na siebie i powodujące różne dysfunkcje. Subiektywne lub obiektywne poczucie choroby zmienia postrzeganie świata, przyszłości danej osoby zwłaszcza w zakresie samodzielności. W literaturze znajdujemy wskazówki, że człowiek powinien przygotowywać się do starości już od młodości, przez życie dorosłe. Już dzieciom powinno się wpajać szacunek dla ludzi starych, dążyć do kształtowania solidarnej postawy między generacjami [14,19].

W badaniach Raclaw i Rosochackiej-Gmitrzak [55] problemem osób starszych jest brak zainteresowań. Wyniki badań własnych uzyskane na podstawie analizy materiału badawczego zebranego wśród mieszkańców województwa podlaskiego wykazały, iż 43,8% ankietowanych (struktury rodzin 1-2 pokoleniowych) i 47,5% (struktury wielopokoleniowej) uważa brak zainteresowań za jeden z istotniejszych problemów osób starszych.

W swoich badaniach Zawada [10] podaje, że ankietowani określając, czym dla nich jest starość na pierwszym miejscu wymieniają okres odpoczynku, realizacji pasji (63,8%). Także w badaniach własnych wykazano, że znaczna część ankietowanych (49,9% struktura 1-2 pokoleniowa) oraz (45,9% struktura wielopokoleniowa) wymienia okres odpoczynku jako jedną z wielu cech charakteryzujących starość. Realizacja pasji to cecha starości według 50,6% respondentów z grupy 1-2 pokoleniowej i 39,3% z grupa 3 i więcej pokoleniowej.

Na drugim miejscu, wg ankietowanych przebadanych przez Zawadę [10], (23,75%) jako cecha wieku starszego uplasował się czas spędzany z wnukami i przekazanie im mądrości życiowych. Również w wynikach własnych opieka nad wnukami znalazła się w odpowiedziach respondentów - 57,3% struktura 1-2 pokoleniowa, 55,7% struktura wielopokoleniowa.

Smutek i samotność utożsamiały się 16,25% respondentów z badania Zawady [10] ze starością, zaś w badaniach własnych smutek kojarzył się 52,8% ankietowanych z grupy 1-2

pokoleniowej i 54,1% z grupy 3 i więcej pokoleniowej, natomiast samotność przychodziła na myśl odpowiednio - 53,9% i 59% respondentów z powyższych grup.

Mieszkańców Białegostoku oraz okolic Siemiatycz zapytano, jak według nich społeczeństwo odnosi się do ludzi starszych. Wyniki pokazały, iż 38,2% ankietowanych (struktury 1-2 pokoleniowej) i 36,1% (struktury wielopokoleniowej) deklaroowało raczej życzliwe odnoszenie się do osób starszych, a 33,7% badanych z rodzin 1-2 pokoleniowych i 34,4% z rodzin wielopokoleniowych wskazało, że odnosi się zdecydowanie życzliwie, zaś odpowiednio 7,8% ankietowanych i 8,2% nie traktuje życzliwie osób starszych. Wyniki badań opublikowane przez CBOS [56] w 2009 nie różnią się istotnie od przedstawionych wyników własnych. Według sondażu CBOS 24% uważa, iż ludzie odnoszą się zdecydowanie życzliwie do osób starszych, a ponad połowa 57% dostrzega umiarkowaną życzliwość. Jedynie 2% ankietowanych mówi o niechęci. Natomiast na obojętność wskazuje 16% badanych. Wyniki badań przeprowadzone przez IBRiS Homo Homini [57] w 2014 roku pokazują, iż 40% ankietowanych uważa, iż społeczeństwo raczej źle odnosi się do osób starszych, zaś 18% badanych odpowiedziało, że stosunek do ludzi starszych jest zdecydowanie zły.

W swoich badaniach Kansik i Kotyrba [58] zapytali ankietowanych, z czym kojarzy się im starość. 22% badanych uznało, że z chorobą. W badaniach własnych wykazano, że znaczna część ankietowanych (52,8% struktura 1-2 pokoleniowa) oraz (50,8% struktura wielopokoleniowa) także wskazała chorobę jako jedną z wielu cech kojarzących się ze starością. Wyniki badań opublikowane przez Kansik i Kotyrbę w 2013 roku pokazały, iż 66% ankietowanych twierdzi, iż od osoby starszej można się wiele nauczyć. Według własnych wyników 50,8% ankietowanych (struktury 1-2 pokoleniowej) oraz 50,6% struktury wielopokoleniowej rodziny także wybrało mądrość życiową, jako cechę charakteryzującą osobę starszą.

W badaniu IBRiS Homo Homini [57] 57% ankietowanych zadeklarowało, że wspiera osoby starsze, ale tylko z własnej rodziny. Również w wynikach własnych wykazano, iż badani opiekują się ludźmi starszymi tylko z najbliższej rodziny (30,3% respondentów z grupy 1-2 pokoleniowej oraz 29,5% z grupy wielopokoleniowej).

Na pytanie, kto powinien opiekować się osobami starszymi 60,7% respondentów w obu grupach pokoleniowych w badaniach własnych wskazało, iż jest to obowiązek rodziny, dom spokojnej starości zaznaczyło w ankiecie 34,8% ankietowanych z rodzin 1-2 pokoleniowych i 34,4% z rodzin 3 i więcej pokoleniowych. 36% respondentów z badań IBRiS Homo Homini [57] uznało, że rodzina powinna opiekować się ludźmi starszymi, zaś

dom opieki za najwłaściwszy pod względem opiekuńczym wskazało 9% badanych z tej grupy.

Wnioski

Przeprowadzona analiza badań oraz otrzymane wyniki pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Respondenci uznali, iż większość społeczeństwa odnosi się życzliwie do ludzi starszych (71,9% ankietowanych z gr. 1-2 pokoleniowej i 70,5% z rodziny wielopokoleniowej).
2. Większość ankietowanych stwierdziła, że osobami starszymi powinna opiekować się rodzina (po 60,7% z obu grup pokoleniowych).
3. Respondenci w większości pomogliby widząc na ulicy potrzebującą pomocy starszą osobę.
4. W strukturze 1-2 pokoleniowej rodziny 31,5% badanych i 26,2% w strukturze 3 i więcej pokoleniowej stwierdzili, iż osoby starsze nie są akceptowane w społeczeństwie.

Piśmiennictwo

1. Fabiś A.: Aktywność kulturalno-oświatowa osób starszych [w:] Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii, Fabiś A. (red.), Wyższa Szkoła Zarządzania i Marketingu w Sosnowcu, Sosnowiec 2005, 48-102.
2. Kowaleski J.T.: Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku, Uniwersytet Łódzki, Łódź 2006.
3. Nelson T.D.: Psychologia uprzedzeń, Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk, 2003.
4. Steuden S., Marczuk M.: Starzenie się a satysfakcja z życia, Wyd. Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lublin, 2006.
5. Castaneda C.: Nauki don Juana, Wyd. Literackie, Poznań, 2010.
6. Majkrzak H.: Starość człowieka jako problem fizjologiczny w myśli klasycznej,
7. file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/H.%20Majkrzak,%20Staro%C5%9B%C4%87%20jako%20problem%20filozoficzny%20w%20my%C5%9B%C5%82i%20klasycznej,%20s.%20199-209%20(2).pdf, data pobrania 20.04.2016.

8. Engle R. W.: Ograniczenia poznawcze, starzenie się i psychopatologia, Wyd. Naukowe PWN Academica, Warszawa, 2006.
9. Gałdowa A.: Psychologiczne i egzystencjalne problemy człowieka dorosłego, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2005, 65-84.
10. Zych A.A.: Człowiek wobec starości: szkice z gerontologii społecznej, Wyd. Śląsk, Katowice, 1999.
11. Zawada A.: O potrzebie kształcenia gerontologicznego wśród dzieci i młodzieży, Wychowanie na co dzień, 2009, 4-5, 8-11.
12. Zych A.A.: Przekraczając smugę cienia. Szkice z gerontologii i tanatologii, Wyd. Śląsk, Katowice 2009.
13. Kuchcińska M.: Edukacja do i w starości wybrane konteksty, problemy, uwarunkowania, Kujawsko-Pomorska Szkoła Wyższa, Bydgoszcz 2008, 204.
14. Makara-Studzińska M., Kryś-Noszczyk K.: Oblicza starości – przegląd piśmiennictwa, Psychogeriatr. Pol., 2012, 9,2, 77-86.
15. Szymańczak J.: Starzenie się polskiego społeczeństwa – wybrane aspekty demograficzne, Studia BAS, Katowice 2012, 2, 30, 9–28.
16. Niezabitowski M.: Ludzie starsi w perspektywie socjologicznej, problemy uczestnictwa społecznego, Wyd. Śląsk, Katowice, 2007, 163-165.
17. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M.: Podstawy gerontologii społecznej, Aspra-JR, Warszawa, 2006.
18. Tchorzewski A.M.: Starość, jej sens i znaczenie w procesie wychowania i rozwoju człowieka [w:] Zdrowie człowieka i jego edukacja gerontologiczna, pod red. Kuchcińskiej M., Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2004, 97-101.
19. Borecka I.: Portret seniora. Warsztaty biblioterapeutyczne, Poradnik Bibliotekarza, 2007, 1, 41-42.
20. Kijak R.J., Szarota Z.: Starość między diagnozą a działaniem, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa, 2013.
21. Bilikiewicz A., Parnowski T.: Zaburzenia psychiczne, problemy psychologiczne i społeczne związane ze starzeniem się (psychogeriatrya) [w:] Psychiatria, pod red. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J., Urban & Partner, Wrocław 2002, 697-710.

22. Kostka T.: Zaburzenia psychogeriatryczne (otępienie, depresja, delirium) [w:] Choroby wieku podeszłego. Praktyka lekarza rodzinnego, Kostka T., Koziarska–Rościszewska M. (red.), Wyd. PZWL, Warszawa 2009, 148-151.
23. Trzebiatowska I.: Objawy i zespoły zaburzeń psychicznych [w:] Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej, De Walden – Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Wyd. PZWL, Warszawa 2008, 122.
24. Trypka E.: Zaburzenia o charakterze otępiennym– diagnoza, leczenie, terapia [w:] Ponad – Czasowa pamięć, Klag P., Machaj Z., Pierzchalska A., Prusaczyk – Bogacka E. (red.), Wyd. Implus, Kraków, 2008, 25-39.
25. Dudek D., Zięba A., Siwek M., Wróbel A.: Depresja [w:] Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów, pod red. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. Via Medica, Gdańsk, 2007, 108-110.
26. Obuchowski K.: Starość i osobowość, Akademia Bydgoska im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2002, 152–153.
27. Wieczorowska–Tobis K.: Zmiany narządowe towarzyszące procesowi starzenia się [w:] Fizjoterapia w geriatрії, pod red. Wieczorowska–Tobis K., Kostka T., Borowicz A.M. PZWL, Warszawa, 2010, 12-17.
28. Dubas E.: Edukacyjny paradygmat badawczy w pedagogice [w:] Edukacja do i w starości. Wybrane konteksty, problemy – uwarunkowania, Kuchcińska M. (red.), Wyd. Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2008, 45–65.
29. Wąsiński A., Tomczyk Ł.: Seniorzy w środowisku nowych mediów [w:] Seniorzy w świetle nowych technologii. Implikacje dla praktyki edukacyjnej oraz rozwoju społeczeństwa informacyjnego, Biblioteka Gerontologii Społecznej, 2013, 7, 35-52.
30. Brzezińska A.I., Hejmanowski S.: Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać? [w:] Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa, Brzezińska A.I. (red.), GWP, Gdańsk, 2005, 67-93.
31. Janiszewska-Rain J.: Okres późnej dorosłości. Potencjał ludzi w wieku podeszłym? [w:] Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa, Brzezińskiej A.I., (red.), GWP, Gdańsk 2005, 41-66.
32. Stuart-Hamilton I.: Psychologia starzenia się, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań, 2006.
33. Steuden S.: Psychologia starzenia się i starości, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
34. Straś-Romanowska M.: Paradoksy rozwoju człowieka w drugiej połowie życia a psychoprofilaktyka starości [w:] Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i

- psychokreacja, Kaja B. (red.), Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Bydgoszczy, Bydgoszcz, 2000, 2, 44–55.
35. Leszczyńska-Rejchert A.: Człowiek starszy i jego wspomaganie w stronę pedagogiki starości, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn, 2007.
36. Konieczna-Woźniak R.: Seniorzy w społeczeństwie wiedzy i informacji [w:] Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie - wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii, Fabiś A. (red.), Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu, Sosnowiec 2005, 59-69.
37. Gałdowa A.: Powszechność i wyjątek. Rozwój osobowości człowieka dorosłego, Wydawnictwo Uniwersytet Jagielloński, Kraków, 2000.
38. Ożóg T.: Aksjologiczne problemy późnej dorosłości [w:] Aksjologia edukacji dorosłych, Kostkiewicz J. (red.), Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lublin, 2004, 47.
39. Zając-Lamparska L.: Wspomaganie funkcjonowania ludzi starzejących się [w:] Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki, Trempała J. (red.), Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2008, 419-431.
40. Zając-Lamparska L.: Postawy utajone wobec osób starszych, przejawiane w trzech grupach wiekowych: wczesnej, średniej i późnej dorosłości, Psychologia Rozwojowa, 2008,13, 3, 91-102.
41. Zając-Lamparska L.: Współczesny obraz człowieka starszego wśród młodych dorosłych, Polskie Forum Psychologiczne, 2008,13, 2, 124-140.
42. Dzięgielewska M.: Człowiek starszy w poglądach naukowych i działaniach praktycznych prof. Olgi Czerniawskiej [w:] Pedagogiczne drogowskazy, Juraś-Krawczyk B., Śliwerski B., (red.), Wyd. Impuls, Kraków, 2000, 32.
43. Dziewięcka-Bokun L., Zamorska K.: Społeczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności [w:] Polityka społeczna, Frąckiewicz I. (red.), Uniwersytet Wrocławski, Wrocław, 2003, 284-302.
44. Kirkwood T.: Czas naszego życia: co wiemy o starzeniu się człowieka, Wyd. Charaktery, Kielce, 2005.
45. Syrek E.: Jakość życia ludzi starych [w:] Polska a Europa : procesy demograficzne u progu XXI wieku - proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje, Frąckiewicz L. (red.), Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Katowice 2002, 2, 141-149.

46. Bobeł B.: Współczesna rzeczywistość a problemy i potrzeby osób w starszym wieku [w:] Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie, Palak Z. (red.), Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, 2006, 255-259.
47. Sznurowska A.: Fizjologia procesu starzenia, file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/fizjologia%20procesu%20starzenia-1%20(1).pdf, dostęp 20.04.2016.
48. Guzek J.W.: Patofizjologia człowieka w zarysie, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008.
49. Wróblewski T., Miechowicka N.: Patologia: podręcznik dla średnich szkół medycznych. Starzenie się ustroju, Wyd. PZWL, Warszawa, 1992.
50. Steuden S., Marczuk M.: Starzenie się a satysfakcja z życia, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006, 415-440.
51. Kawula S.: Pedagogika społeczna wobec problemów człowieka starego [w:] Pedagogika społeczna: dokonania, aktualność, perspektywy - podręcznik akademicki dla pedagogów, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2002, 2, 551-564.
52. Rembowski J.: Psychologiczne problemy starzenia się człowieka, PWN Warszawa, Poznań, 2006.
53. Trempała J., Zając-Lamparska L.: Postawy wobec osób starszych: różnice międzypokoleniowe, Przegł. Psychol., 2007, 50, 4, 447-46.
54. Heatherton T.F.: Społeczna psychologia piętna. Przemoc wobec dorastających i ludzi starszych, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2008.
55. Trempała J.: Modele rozwoju psychicznego. Czas i zmiana, Wyd. Naukowe AB, Bydgoszcz, 2000.
56. Raław M., Rosochacka-Gmitrzak M.: Proces starzenia się, w kontekście wyzwań demografii, polityki społecznej oraz doniesień badawczych, Wrzos, Toruń 2008, 1-15.
57. Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości. Raport z badań, file:///C:/Users/ASUS1/Desktop/K_157_09.PDF, dostęp: 20.04.2016.
58. Czy chętnie pomagamy osobom starszym?, <http://polki.pl/zdrowie/choroby,czy-chetnie-pomagamy-osobom-starszym,10411944,artykul.html>, dostęp: 20.04.2016.
59. <http://senior-i-zdrowie.wieszjak.polki.pl/czy-chetnie-pomagamy-osobom-starszym,opieka-i-pielegnacja-artykul,10411944.html#>, dostęp: 20.04.2016.
60. Kotyrba J., Kansik M.: Starość postrzegana oczyma ludzi młodych. Analiza badań własnych, Puls uczelni, Opole 2013, 18-22.

Ludzie starzy w rodzinie

Brygała Magdalena, Tałaj Anna

Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna, Wydział Nauk o Zdrowiu, kierunek
Pielęgniarstwo

Rodzina stanowi środowisko rozwoju wszystkich jej członków. Pozwala bowiem na zdobycie szeregu doświadczeń, które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania każdego człowieka, niezależnie od jego wieku. Na rodzinę wskazuje się jako na podstawowe środowisko funkcjonowania emocjonalnego i aktywności życiowej seniorów, której ocena warunkowana jest wieloma czynnikami, jak: jej struktura, poziom więzi międzypokoleniowej, system wzajemnej wymiany i pomocy, sytuacja materialna i zdrowotna [1].

Miejsce zajmowane przez człowieka w społeczeństwie socjologia określa jako pozycję społeczną lub inaczej – status społeczny. Jest ono istotną cechą stosunku społecznego. Zajmowana przez nas pozycja wiąże się z pewnymi regułami, zasadami i obowiązkami. Reguły postępowania związane są „(...) *nie z osobami, a z pozycjami społecznymi, które mogą zajmować te osoby. Mąż, żona, pacjent, lekarz, ojciec, dziecko, dyrektor, pracownik, ksiądz, parafianin, trener, zawodnik, policjant, kierowca – to przykłady ogromnej liczby pozycji, statusów, jakie spotykamy w społeczeństwie (...)*” [2].

Każda pozycja społeczna narzuca określone oczekiwania normatywne, czyli reguły postępowania właściwe dla tej pozycji. Nazywane są one rolami społecznymi, które określić można jako (...) zbiór norm i wartości związanych z określoną pozycją społeczną, przypisany dla tej pozycji i wymagany dla każdego, kto pozycję tę zajmuje (...) [2].

Rodzina jest najważniejszym miejscem, w którym ludzie starzy mogą utrzymywać stałe i bliskie kontakty z osobami należącymi do młodszych pokoleń. Tam właśnie powstaje więź międzypokoleniowa, poczucie uczestnictwa w życiu społecznym lub wykluczenie z niego. Funkcje rodziny wynikają ze szczególnego rodzaju symbiozy, charakteru związków łączących ludzi. Rodzina pełni w życiu ludzi starszych ważną funkcję ekspresyjną oraz wzmacnia ich społeczne uczestnictwo. Z myślą o niej i wspólnie z nią organizuje się takie uroczystości, jak: imieniny, urodziny, jubileusze czy obchody świąt kościelnych [3]. Posiadanie rodziny daje poczucie oparcia, sprzyja zdrowiu i przedłużeniu średniej długości

życia oraz stwarza naturalne możliwości różnego rodzaju aktywności. Rodzina jest podstawową jednostką społeczną w kształtowaniu zdrowia i choroby. Rola rodziny jako grupy, w której człowiek zaspokaja swoje najważniejsze potrzeby życiowe, jest niezwykle doniosła w całym cyklu życia. Jednocześnie pozycja rodziny i formy zaspokajania potrzeb osób do niej należących nie są takie same dla osób będących w różnych fazach życiowego cyklu. Rodzina jest podstawowym miejscem życiowej aktywności dla najmłodszych przed rozpoczęciem nauki i dla najstarszych po zakończeniu pracy zawodowej. Rodzina jest też dla tych pokoleń najważniejszym źródłem wsparcia i opieki [4].

Pomimo wielu przemian w funkcjonowaniu współczesnych rodzin ciągle ma ona do spełnienia wiele istotnych i ważnych, z punktu widzenia funkcjonowania osób starszych, funkcji, a wśród nich wskazać należy na: ekonomiczną, socjalizacyjną, wychowawczo-kulturową i emocjonalno-ekspresyjną [1].

W literaturze gerontologicznej warto zwrócić uwagę na definicję dziadków proponowaną przez Teresę Kukołowicz. Za dziadków autorka uważa te osoby, które kształtują u wnuków ich tożsamość rodzinną, regionalną i narodową, przekazują historię swego życia, podtrzymują kulturę wyrażającą się w pewnych prawdach życiowych, przyczyniają się do zachowania różnych obyczajów w rodzinie, są ośrodkiem rodzinnej informacji, a także moralnego i materialnego oparcia oraz pomocy dzieciom i wnukom [5].

Stawanie się babcią i dziadkiem jest procesem, podobnie jak dojrzewanie do bycia rodzicem. Pomyślność w byciu w roli dziadka, babci zależy od wielu przyczyn, m.in. od: miejsca człowieka – dziadka, babci – w życiu rodziny, charakteru relacji pomiędzy nimi a własnymi dziećmi, wykształcenia, wykonywanego zawodu, stopnia aktywności życiowej, zdrowia, a w przypadku osób starzejących się i starych od ich stosunku do starości i własnego procesu starzenia się, stosunku do własnej emerytury, postrzegania siebie jako człowieka użytecznego, stosunku do młodych. Największe znaczenie mają tu czynniki psychologiczne, ponieważ to one decydują o przystosowaniu się lub nie do nowej roli, a także czynniki społeczne, które nadają aktywności człowieka określoną wartość [6].

Seniorzy mają więcej czasu na przekazywanie młodszym pokoleniom swoich doświadczeń, wiedzy życiowej, tradycji i obyczajów. Dzięki wnukom uczą się nowych form językowych, obsługi komputera, smartfona czy surfowania po Internecie. Ułatwia to starszym osobom poznanie i zrozumienie ciągle zmieniającego się świata, który ich otacza. Często to właśnie na rodzinie starsi ludzie koncentrują swoje życie emocjonalne i to ona stanowi czynnik mobilizujący ich aktywność. Pomoc swym dorosłym już dzieciom, mającym

zazwyczaj własne rodziny, polega głównie na sprawowaniu opieki nad wnukami, prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz wsparciu finansowym, przez co czują się potrzebni i akceptowani. Osoby starsze czują się w obowiązku pomagać swym dzieciom i sprawia im to satysfakcję i przyjemność [7].

Dziadkowie występują wszędzie, gdziekolwiek istnieje człowiek. Bez nich nie można sobie wyobrazić rodziny i społeczeństwa.

Rozpatrując stereotypy osób starszych można wyodrębnić się następujące wizerunki starości:

- „wzorowy dziadek” – jest to człowiek mądry, szczęśliwy, zdrowy, zadowolony, pełen wyrozumiałości, aktywny, otwarty, uczestniczący w życiu rodzinnym, chętnie pomagający innym oraz otoczony młodymi ludźmi;
- „mędrzec” – osoba inteligentna, kochająca, znająca dobrze historię, planująca przyszłość i interesująca się wieloma ważnymi zagadnieniami;
- „liberalna głowa rodziny” – to dojrzała emocjonalnie i społecznie liberalna matka lub ojciec rodu, która przewodniczy życiu rodzinnemu i rozwiązuje jej problemy [4].

W literaturze można spotkać trzy rodzaje roli babć:

- babcia o młodym usposobieniu – jest pozytywnie nastawiona do świata, z pasją oddaje się życiu po usamodzielnieniu dzieci, działa społecznie i zawodowo, dba o wygląd i kondycję, otacza się przyjaciółmi, wspiera rodzinę finansowo i czasem pilnuje wnuków;
- babcia, która z przyjemnością przechodzi na emeryturę – chętnie włącza się w życie najbliższych, organizuje życie dzieciom, nie ma własnych zainteresowań, aktywność skupia na rodzinach osób najbliższych;
- babcia niezależna materialnie – kontynuuje swoje wcześniejsze zainteresowania i jednocześnie angażuje się w życie dzieci i ich rodzin w sytuacjach tego wymagających [5].

Adaptacja do roli babci nie zawsze jest łatwa, gdyż jej realizacja wymaga innego postępowania niż bycie matką, opiera się w dużej mierze na posiadanym już doświadczeniu życiowym.

Babcia matkująca – to kompilacja ról babci i matki z przewagą zachowań macierzyńskich.

Babcia obojętna – to rola, w której realizacja jakichkolwiek potrzeb nie wiąże się z aktywnością związaną z wnukami.

Babcia wyemancypowana – to babcia, kocha swoje wnuki, lecz nie ma dla nich czasu z powodu innych atrakcyjniejszych dla niej aktywności.

Babcia w pretensjach – ukrywa fakt bycia babcią, podobnie jak swój wiek, niechętnie patrzy na role rodzinne wynikające z tej fazy życia.

Babcia normalna – cieszy się z przebywania z wnukami, poświęca im wiele czasu i uczuć, ale nie wchodzi w kompetencje rodziców.

Babcia entuzjastka – rozpieszcza wnuki i z oddaniem wypełnia rolę babci, uznając ją za najważniejszą.

Babcia dyspozycyjna – zawsze można na nią liczyć, pełni głównie funkcje usługowe i pomocnicze względem dzieci i wnuków.

Babcia wszechmatka – jej instynkt macierzyński góruje nad innymi zarówno dzieci, jak i wnuki obdarowuje miłością, zapewnia zawsze azyl i poczucie bezpieczeństwa.

Babcia męczennica – chętnie opiekuje się wnukami, ale robi z siebie męczennicę.

Babcia dyktator – jest głową rodziny, decyduje o wszystkim w rodzinie, nie znosi sprzeciwu, często jest postrachem najbliższych [8].

Dziadek jest jednakowo ważny dla wnucząt, jak babcia. Najczęściej wśród postaw prezentowanych przez dziadków, pełniących zadania opiekuńcze i wychowawcze w rodzinie wobec wnucząt, spotkać można postawę nadopiekuńczą lub nadmiernej swobody.

Dziadkowie uczestniczą w różnych, ważnych dla rodziny sytuacjach, chociaż nie odgrywają w nich roli pierwszoplanowej. Relacje dziadka z dziećmi są inne niż w przypadku kobiet. Podstawą są wspólnie wykonywane czynności rekreacyjne. Jeśli zdrowie dziadka pozwala, uczestniczy on wspólnie z dziećmi w spacerach, zabawach, grach, wycieczkach. Podczas nich właśnie wymieniają informacje, poglądy, przekazują im fragmenty swojego życia, swoją wiedzę, doświadczenia życiowe, niejednokrotnie również historię rodziny i państwa. Nierzadko zdarzają się sytuacje, gdzie dziadek zostaje bohaterem lub wzorem do naśladowania.

Współczesne rodziny dotykają rozmaite przeobrażenia. Przekształcenia ekonomiczne, polityczne i obyczajowe doprowadziły do modyfikacji obrazu rodziny, co nader często niekorzystnie wpływa na proces socjalizacji i zapewnienie opieki dzieciom, rozchwianie sytuacji bytowej. Wszystko to powoduje, że dzieci dorastają w otoczeniu społecznym charakteryzującym się osłabieniem norm i znaczenia instytucji.

Gwałtowny rozwój technologiczny, przekształcenia kulturowe i wysoki wzrost liczebności osób w wieku emerytalnym w ogólnej strukturze społeczeństwa spowodowały nie

tylko zmiany w obrębie struktury rodziny, ale także doprowadziły do zaburzeń czynników integrujących rodzinę, jak i do rozluźnienia więzi międzygeneracyjnych. Rozwój cywilizacyjny przyniósł również stopniowy zanik obowiązków wynikających z pełnienia poszczególnych ról społecznych, w tym roli babci i dziadka [9]. Przemiany te ograniczyły udział dziadków w wychowywaniu wnuków, ale nie wpłynęły na obniżenie ich wartości w wychowywaniu młodszego pokolenia. Wraz z upływem lat zmienia się charakter związku między dziadkami a wnukami. Dotychczasowi opiekunowie wnuków sami zaczynają potrzebować ich wsparcia i opieki. Ta sytuacja umacnia więź międzypokoleniową zarówno dziadków, jak i wnuków, uczy dorastania i wchodzenia w kolejne role i funkcje społeczne

W czasach, gdy rodzice zajęci są pracą zawodową, to właśnie na dziadkach spoczywa obowiązek opieki i wychowania swoich wnuków. Przekazując odpowiednie tradycje, wzorce do naśladowania, są w stanie zapewnić im odpowiedni start w dorosłe życie. Ważnym aspektem w tym procesie są bliskie i pozytywne ich kontakty, które umożliwiają zrozumienie psychiki, potrzeb i postaw ludzi starszych. Uświadomienie sobie tego jest szczególnie ważne w dzisiejszych czasach, kiedy to wydłuża się wiek życia ludzi starszych, a w wielu przypadkach stosunek młodego pokolenia do nich jest niewłaściwy. Bezpośrednie kontakty z dziadkami uczą dzieci rozumieć rozwój społeczeństwa i dzieje własnej rodziny. We właściwy sposób kształtuje się również ich stosunek do ludzi starszych. Obecność babci i dziadka w rodzinie pozwala wnukom na bezpośrednie zetknięcie się z ich problemami, na kształtowanie właściwego podejścia do nich, co stanowi jedno z przejawów kultury osobistej i społecznej. Dzięki dziadkom wnuki uczą się również dostrzegać potrzeby ludzi starszych, uczą się tolerancji i szacunku dla drugiego człowieka [8].

Piśmiennictwo

1. Chabior A.: Rodzina i jej znaczenie w życiu ludzi starszych [w:] Chabior A., Fabiś A., Wawrzyniak J.K. (red.), Starzenie się i ostrości w perspektywie pracy socjalnej, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa, 2014, 49.
2. Sztompka P.: Socjologia. Analiza społeczeństwa, Wyd. „Znak”, Kraków, 2004.
3. Mielczarek A.: Wykluczenie społeczne ludzi starych – źródła, przejawy, konsekwencje [w:] Starość darem, zadanie i wyzwaniem, Wybór materiałów konferencyjnych, Zych A. (red.), Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem” w Dąbrowie Górniczej, Sosnowiec-Dąbrowa Górnicza, 2014, 326.

4. Szatur-Jaworska B.: Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi starych w Polsce, *Studia BAS*, 2012, 2, 30, 59.
5. Kukołowicz T.: Jakim wartościom poświęca się współczesny stary człowiek? (w:) Steuden S., Marczuk M. (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wyd. KUL, Lublin, 2006, 199.
6. Zięba-Kołodziej B.: Rola dziadków w życiu rodziny, Wyd. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2012, 138.
7. Wawrzyniak K.: Opiekuńczo-wychowawcza rola dziadków w rodzinie, *Pedagogika Rodziny Kwartalnik*, 2011, 1, 2, 99-100.
8. Halicka M., Pędich W.: Satysfakcja życiowa ludzi starych [w:] *Polska starość*, Synak B. (red.), Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 2002, 140.
9. Leszczyńska-Rejchert A.: Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości, Wyd. UWM, Olsztyn, 2010, 168-170.

Depresja w grupie młodzieży licealnej wyzwaniem dla pielęgniarki

Puciłowska Monika¹, Kułak-Bejda Agnieszka², Śmigielska-Kuzia Joanna³, Waszkiewicz Napoleon², Krajewska-Kułak Elżbieta⁴

1. absolwentka kierunku pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

W roku 2012, według danych WHO [1,2] na depresję cierpiało ok. 5% całej populacji, a w Polsce - 1,2 - 1,5 mln. osób. Rozpowszechnienie depresji w ciągu życia waha się w zakresie 14,4-18%, przy czym występuje dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn [3]. Szacuje się [1,2], iż częstość występowania zaburzeń depresyjnych w okresie połogu waha się od 10 do 30%. WHO podaje [1,2], że średnio co roku na depresję zapada ok 6% - 10% całej populacji, a depresja poporodowa może dotyczyć nawet co 5. rodzącej kobiety.

Każdego roku [1,2] wzrasta odsetek dzieci i młodzieży zapadających na depresję - w przypadku dzieci przedszkolnych skala problemu waha się od 0,8% do 1,0%; w przypadku dzieci od 6 do 11 lat od 2% do 3%, a w grupie osób starszych po 50. roku życia ten odsetek wynosi nawet 15%. Szacuje się, że na dużą depresję (*major depressive disorder* – MDD), przed ukończeniem 18. r.ż., zapada nawet 20% nastolatków. W literaturze fachowej [4,5,6] częstość występowania MDD ocenia się na 1–2% wśród dzieci w okresie przedpokwitaniowym, a w grupie adolescentów na 5–8%. Zwraca się też uwagę, iż ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem i dojrzewaniem płciowym, przy czym odnotowuje się, iż jednokrotne zachorowanie we wczesnym okresie życia obciążone jest wysokim ryzykiem nawrotu [4,5,6]. Birmaher i wsp. [6] podkreślają, że 30–70% dzieci, które przeżyły pierwszy epizod depresji może doświadczyć drugiego, a nawet kolejnych, jeszcze w okresie dziecięcym, adolescencji lub w wieku dorosłym. Lewinsohn i wsp. [7] wykazali, że przynajmniej jeden nawrót depresji dotyczył aż 18,4% badanej przez nich populacji adolescentów. Autorzy [7] twierdzą także, że depresja zapoczątkowana w wieku młodzieńczym, oprócz ryzyka rozwoju MDD, wiąże się także z wyższym ryzykiem zaburzeń

lękowych, samobójstw i gorszych wyników w nauce. Rozpowszechnienie dystymii (stanu chronicznego smutku, podczas którego występują objawy depresji pojawiające się na przestrzeni co najmniej dwóch lat) w dzieciństwie szacowane jest na 0,6–1,7%, zaś wśród adolescentów 1,6–8% [8]. Birmaher i wsp. [8] zwracają uwagę, iż MDD u dzieci występuje w jednakowych proporcjach u obydwu płci, ale już okres dojrzewania wiąże się z wyższą zachorowalnością na depresję w grupie dziewcząt, w stosunku do chłopców. Powyższe powiązane jest, zdaniem Richardsona i Katzenellenboga [cyt. za 9], z różnicami hormonalnymi, neurobiologicznymi i społeczno-kulturowymi w rozwoju chłopców i dziewcząt.

Celem badań była ocena zagrożenia depresją w grupie młodzieży licealnej.

Material i metodyka

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku R-I-002/125/2015 oraz Dyrekcji III Liceum Ogólnokształcącego im. K. K. *Baczyńskiego* i VI Liceum Ogólnokształcącego im. Króla Zygmunta Augusta w Białymstoku.

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i przeprowadzono go w grupie 191 licealistów z III Liceum Ogólnokształcącego im. K.K. *Baczyńskiego* oraz VI *Liceum Ogólnokształcącego* im. Króla Zygmunta Augusta w Białymstoku, w okresie od 23.03.2015 do 13.04.2015. Rozdano łącznie 200 ankiet w każdym liceum i zwrótnie uzyskano 191 ankiet. W badaniu wykorzystano:

- Autorski kwestionariusz ankietowy, który składał się z części I (metryczkowej) - zawierającej 4 pytania o płeć, wiek, miejsce zamieszkania i klasy; części II - zawierającej 9 pytań, o opinie badanych w kwestiach - kogo dotyczy depresja, czy jest to problem zdrowotny polskiego społeczeństwa, czy badani znają jakąś osobę cierpiącą na depresję, czy ich zdaniem po okresie dojrzewania wzrasta ryzyko wystąpienia depresji, jaki ich zdaniem odsetek dzieci i młodzieży zapada na depresję, czym jest depresja, jak oceniają swoje kontakty z rówieśnikami, czy stwierdzili u siebie któryś z podanych w ankiecie objawów, takich jak drażliwość, utrata zainteresowań lub zdolności do odczuwania przyjemności, istotny spadek masy ciała w warunkach braku odchudzania lub wzrost masy ciała, albo spadek lub wzrost apetytu, bezsenność lub nadmierna

senność, pobudzenie lub opóźnienie psychoruchowe, zmęczenie lub utrata energii, poczucie bezwartościowości lub nieuzasadnione/wyolbrzymione poczucie winy, obniżona zdolność myślenia lub koncentracji albo trudności w podejmowaniu decyzji, nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie, czy któraś z podanych w ankiecie sytuacji wystąpiła/występuje u nich (utrata ukochanej bliskiej osoby z powodu śmierci, rozstania konflikty i przemoc w rodzinie, konflikty i przemoc w szkole, przewlekła choroba w rodzinie, nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych przez członków rodziny, brak czasu rodziców dla nich, wrogość emocjonalna otoczenia, obarczanie ich zbyt dużą odpowiedzialnością przerastająca ich możliwości, nadmierne wymagania stawiane przez rodziców, nadmierne wymagania stawiane przez nauczycieli, niepowodzenia szkolne) oraz części III - 11 pytań dotyczących opinii na temat, jak ich zdaniem depresja jest traktowana przez otoczenie, czy jeśli by znali osobę, która cierpi na depresję, to jaki byłby ich stosunek do niej, czy wiedzieliby jak się zachować, aby pomóc osobie chorej na depresję, czy ich zdaniem depresję można wyleczyć, czy depresja nawraca, czy znają jakieś metody leczenia depresji, jak oceniają swój poziom wiedzy na temat depresji, czy kiedykolwiek ktoś rozmawiał z nimi na temat depresji, skąd czerpią swoją wiedzę na temat depresji, czy chcieliby poszerzyć swoją wiedzę na temat depresji, kto ich zdaniem powinien pełnić funkcję edukatora z zakresu powyższych zagadnień.

- Test dziewięciu pytań PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, wykorzystywany w diagnostyce zaburzeń psychicznych na podstawie kryteriów DSM-IV, do samodzielnej samooceny oraz analizy obecności symptomów depresji i postawiania wstępnej diagnozy [10]. Jego skuteczność wynosi ok 88%. Składa się z dziewięciu pytań, a właściwie kryteriów depresji według DSM-IV. Jest licencjonowanym produktem firmy Pfizer. MAPI Research Institute przetłumaczył PHQ-9 na język polski, a zwalidowali go Tomaszewski i wsp. [10].
- Skala depresji Becka, tzw. Test Becka, opracowany w 1991 roku, jest narzędziem samooceny i służy do przesiewowego rozpoznawania u siebie objawów depresji [11,12]. Składa się z 21 punktów ocenianych, wg intensywności objawów, od 0 do 3. Z każdego punktu badany musiał wybrać jedną odpowiedź, która jego zdaniem, w najlepszy sposób opisuje jego stan w ciągu ostatnich dwóch tygodni.

Do przeprowadzenia analizy wyników badań wykorzystano wbudowane w program Microsoft Office Excel 2010 funkcje statystyczne. Dla oceny badań testem Becka (Skala Depresji Becka) przeprowadzono test t-studenta oraz zbadano istotność statystyczną dla różnicy wyników uzyskanych przez kobiety i mężczyzn. Ponadto dokonano wyliczenia i oceny współczynnika korelacji liniowej pomiędzy wynikami uzyskanymi za pomocą testu Becka i testu 9 pytań. W pracy przyjęto następujące oznaczenia: r - oznacza współczynnik korelacji, gdzie wynik dodatni świadczy o tym, że wraz ze wzrostem jednej zmiennej wzrastają wyniki drugiej, natomiast wynik ujemny świadczy o tym, że wraz ze wzrostem wyników jednej zmiennej maleją wyniki drugiej zmiennej, a p - oznacza poziom istotności, który został przyjęty na poziomie 0,05 co oznacza, że wyniki większe od 0,05 uznaje się za nieistotne.

Wyniki

W ankiecie wzięło udział 191 uczniów klas maturalnych, w tym 67% kobiet i 33% mężczyzn. Respondenci najczęściej mieli po 18 lat (63%), a pozostali byli w wieku 19 lat (32%) i 20 lat (5%). W większości mieszkali w mieście (72%), a tylko 28% na wsi.

W opinii 90% respondentów depresja dotyczy wszystkich ludzi, chociaż 1% badanych uważało, że tylko mężczyzn, 3%, że „osób, które nie radzą sobie w życiu z problemami dnia codziennego, bez względu na płeć, czy wiek”, a 6% nie miało w tej kwestii zdania.

W badanej grupie najwięcej ankietowanych (61%) uważało, że problemem zdrowotnym polskiego społeczeństwa są zaburzenia o charakterze lękowym i depresyjnym. Jednocześnie 16% nie dostrzegało tego problemu, a aż 23% nie miało w tej kwestii zdania.

Ponad 1/3 (42%) ankietowanych twierdziła, że zna osobę, która cierpi z powodu depresji. 26% badanych w swoim otoczeniu nie miało osób cierpiących na depresję, a aż 32% nie miało wiedzy, czy taka osoba jest czy nie.

Na pytanie, o ryzyko wystąpienia depresji po okresie dojrzewania, 42% ankietowanych odpowiedziało, że wzrasta 2-4 krotnie, 37% deklarowało brak wiedzy na ten temat, 13% było zdania, że ryzyko spada, a 8% że wzrasta ponad 4-krotnie.

W opinii 64% badanych na depresję zapada 2% dzieci i 4-8% młodzieży. Niewielka część ankietowanych (5%) twierdziła, że po 4-8% dzieci i młodzieży, 2% badanych, że po 2% dzieci i młodzieży, a 1% ankietowanych, że 4-8% dzieci i 2% młodzieży. Aż 27%

ankietowanych nie miało zdania na ten temat, a 2% było przekonanych, że na depresję zapada 50% młodzieży.

W opinii 46% respondentów depresja, to poczucie smutku, przygnębienia, żalu, trwające jakiś okres czasu i wymagające leczenia. 40% badanych uważało depresję za poważną chorobę utrudniającą codziennie funkcjonowanie, z uwagi na fakt, że osoby chorujące na depresję przestają kontrolować swój nastrój oraz uczucia, a także nie radzą sobie z dotychczasowymi obowiązkami. 6% uznało depresję, jako poczucie smutku, przygnębienia, żalu, trwające jakiś okres czasu, nie wymagające leczenia, a 4% - jako wymysł. Problem z odpowiedzią miało 2% badanych i tyleż samo uznało ją jako problem duchowy, spowodowany brakiem miłości, słabość charakteru, lub złożone zjawisko posiadające wiele odcieni.

Kolejne pytanie dotyczyło oceny kontaktu badanych z rówieśnikami. 66% respondentów odpowiedziało, że ma już stałą grupę znajomych, ale ciągle poznaje nowe osoby. 18% badanych miało stałą grupę znajomych i nie czuło potrzeby poznawania nowych osób, 6% twierdziło, że ma rozległe kontakty z rówieśnikami, a 10% uznało siebie za samotników.

Ankietowani mieli także za zadanie określić w samoocenie ewentualne występowanie oraz częstotliwość objawów depresji. Na podstawie zastawionych wyników można stwierdzić, że 48% respondentów nie zauważyła u siebie wymienionych objawów, a jeżeli już, to u 35% badanych występowały one okresowo. Najbardziej zmiennym objawem okazała się drażliwość - 65%. Codzienną dolegliwością występującą u większości badanej młodzieży było zmęczenie i utrata energii (25%). Objawy, które utrzymywały się dłużej niż 2 tygodnie dotyczyły średnio 5% badanych, a spośród nich najczęściej (7%) obniżona zdolność myślenia lub koncentracji albo trudności w podejmowaniu decyzji. Pozostałe wyniki obrazuje Tabela I.

W kolejnym etapie starano się sprawdzić, czy badana młodzież narażona jest na czynniki sprzyjające rozwojowi depresji. Najczęściej stwierdzono takie stresogenne problemy, jak: niepowodzenia w szkole – 41%, obarczenie młodzieży zbyt dużą odpowiedzialnością – 29%, rozstania lub zawody miłosne – 25%, zbyt wygórowane oczekiwania nauczycieli – 24% lub rodziców - 20%. Kolejne czynniki to wrogość emocjonalna otoczenia - 16%, konflikty i przemoc w rodzinie - 15%, brak czasu rodziców dla dzieci - 14%, nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych przez członków rodziny - 12%, przewlekła choroba w rodzinie -10% oraz konflikty, przemoc w szkole - 6%. Szczegółowe wyniki obrazuje Tabela II.

Tab. I. Nasilenie wybranych dolegliwości w samoocenie respondentów

Objaw	Tak			Nie
	okresowo	codziennie	dłużej niż 2 tyg.	
drażliwość	65%	15%	4%	16%
utrata zainteresowań lub zdolności do odczuwania przyjemności	32%	9%	6%	53%
istotny spadek masy ciała w warunkach braku odchudzania lub wzrost masy ciała, albo spadek lub wzrost apetytu	24%	4%	5%	67%
bezsenna lub nadmierna senność	39%	22%	6%	34%
pobudzenie lub opóźnienie psychoruchowe	19%	8%	4%	69%
zmęczenie lub utrata energii	49%	24%	5%	21%
poczucie bezwartościowości lub nieuzasadnione/wyolbrzymione poczucie winy/	29%	14%	6%	51%
obniżona zdolność myślenia lub koncentracji albo trudności w podejmowaniu decyzji	41%	13%	7%	39%
nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie	13%	5%	4%	78%
Średnie występowanie wszystkich objawów	35%	13%	5%	48%

Tab. II. Nasilenie stresogennych problemów w życiu respondentów

Problem/problem	Tak			Nie
	okresowo	codziennie	dłużej niż 2 tyg.	
utrata ukochanej bliskiej osoby z powodu śmierci, rozstania	25%	4%	5%	66%
konflikty, przemoc w rodzinie	15%	2%	2%	81%
konflikty, przemoc w szkole	7%	2%	2%	90%
przewlekła choroba w rodzinie	10%	7%	5%	78%
nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych przez członków rodziny	12%	3%	3%	82%
brak czasu rodziców dla was	14%	5%	2%	79%
wrogość emocjonalna otoczenia	16%	8%	3%	73%
obarczanie zbyt dużą odpowiedzialnością przerastająca wasze możliwości	29%	8%	4%	58%
nadmierne wymagania stawiane przez rodziców	20%	8%	3%	68%
nadmierne wymagania stawiane przez nauczycieli	24%	13%	2%	61%
niepowodzenia szkolne	41%	12%	3%	45%
Średnie występowanie wszystkich objawów	19%	7%	3%	71%

O tym, iż depresja jest lekceważona przez otoczenie przekonanych było aż 62% respondentów. 16% uczniów oceniło ją jako chorobę budzącą współczucie, natomiast 9% uważało, że jest społecznie akceptowana. Wśród ankietowanych 5% wybrało wariant „inne odpowiedzi”, niestety nie precyzując ich.

Ponad połowa ankietowanych - 52%, miała pozytywny stosunek do osób cierpiących na depresję. Obojętne stanowisko prezentowało 17% badanych, a 3% określiło je jako negatywne. Niestety aż 28% nie wypowiedziało się w tej kwestii jednoznacznie.

Wśród ankietowanych, aż 81% nie wiedziało, jak się zachować w kontakcie z osobą z depresją i jak jej pomóc.

Posiadanie wiedzy na ten temat deklarowało 19%, najczęściej jako pomoc wskazując „skierowanie do lekarza specjalisty”, „okazanie pomocy poprzez rozmowy”, „okazywanie czułości”, „okazywanie zainteresowania daną osobą”.

O tym, że można wyleczyć depresję przekonanych było aż 73% młodzieży, przy czym tylko 40% młodzieży twierdziło, że zna sposoby leczenia i wymieniało stosowanie leków antydepresyjnych, uczęszczanie na terapię indywidualną lub grupową, wsparcie ze strony bliskich, utrzymywanie kontaktu z ludźmi, słuchanie muzyki, robienie rzeczy relaksacyjnych, pozytywne myślenie, intensywne ćwiczenia fizyczne, uprawianie hobby. Jednocześnie 6% uważało depresję za chorobę nieuleczalną, a 21% ankietowanych miało problem z jednoznaczną deklaracją.

Depresję za chorobę nawracającą uznało 74% respondentów. Przeciwną opinię wyraziło 0,5% ankietowanych, a 26% badanych nie potrafiło się jednoznacznie wypowiedzieć.

57% respondentów oceniało swój poziom wiedzy na temat depresji jako średni, 9% - jako wysoki, a 34% - jako niski.

Uczniowie w kolejnym etapie badania przyznali, że nigdy, ani w szkole, ani w domu nie rozmawiali z nikim na temat depresji (38%) lub że takiej rozmowy nie pamiętają (30%). 32% ankietowanych twierdziło, że taką dyskusję przeprowadziło, najczęściej z przyjacielem, ze znajomymi bądź rodzicami, rzadziej z nauczycielem i psychologiem.

Młodzież najczęściej swoją wiedzę na temat depresji czerpała z Internetu 31%, a następnie od znajomych i telewizji (po 16%), z zajęć w szkole (13%), od rodziny (8%), lekarza lub z radia (po 4%). 7% wpisało „inne źródła”, ale nie sprecyzowało jakie.

Chęć poszerzenia swojej wiedzy na temat depresji wyraziło jedynie 22% uczniów, 26% badanych nie chciało pogłębiać swego zasobu wiadomości, a aż 52% miało problem z jednoznaczną deklaracją w tej kwestii.

W opinii 48% ankietowanych funkcję edukatora z zakresu depresji powinien pełnić psycholog, a w dalszej kolejności lekarz (15%), nauczyciel i socjolog (po 11%). Tylko 4% młodzieży uważało, że mogłaby to być pielęgniarka. 12% badanych miało problem ze sprecyzowaniem osoby odpowiedniej do prowadzenia edukacji.

Badani musieli także odpowiedzieć na pytania testu dziewięciu pytań (Test PHQ-9). Wyniki badania pozwoliły na stwierdzenie braku objawów depresji w przypadku 35% badanych, objawy lekkiej depresji - u 29% osób, średnio ciężkiej depresji u 10% i ciężkiej depresji u 6% respondentów, zaś depresji o średnim nasileniu u 20%. Wyniki obrazuje Tabela III.

Tab. III. Wyniki uzyskane w badaniu Testem Dziewięciu Pytań PHQ-9

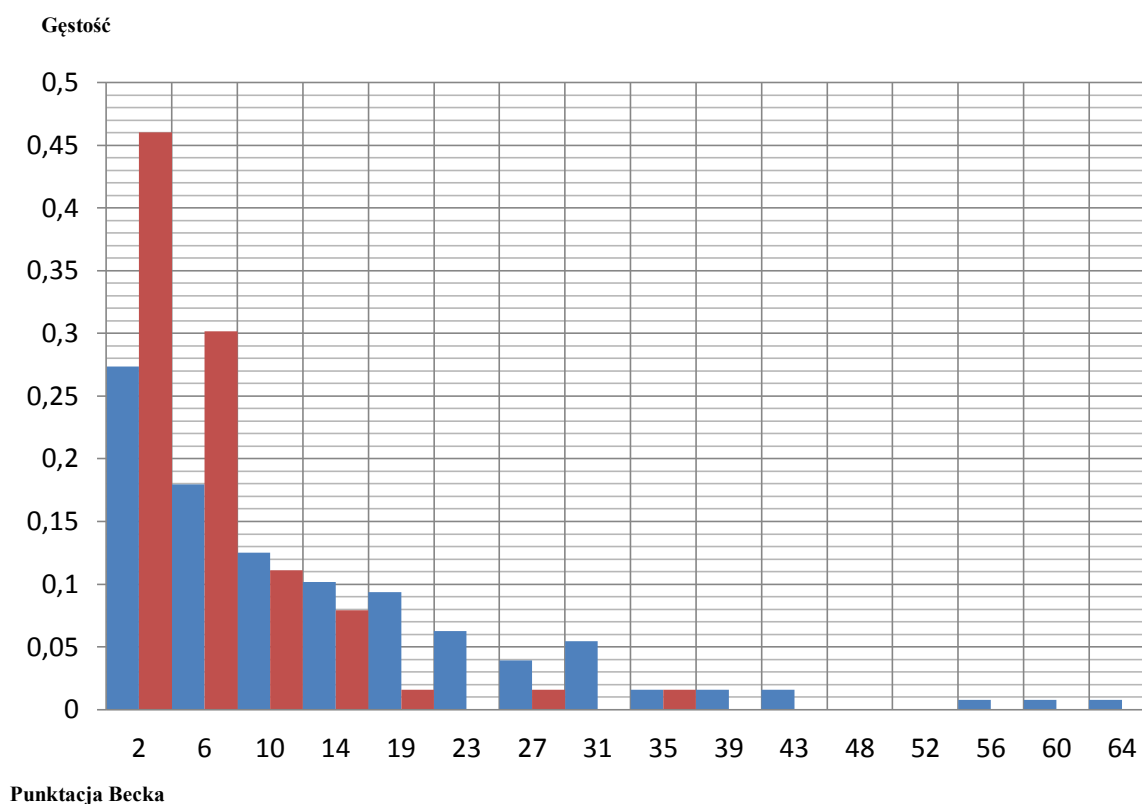
	Czy w ciągu ostatnich dwóch tygodni doświadczyłeś/aś któregoś z tych problemów?			
	nigdy	od czasu do czasu	mniej więcej przez połowę tego czasu	prawie codziennie
Niewiele mnie interesuje i mało co sprawia mi przyjemność	74	90	12	15
Czuję się smutny, załamany i nie mam nadziei	74	80	18	19
Mam trudności z zasypianiem lub śpię za dużo	54	62	33	42
Czuję się zmęczony, mam mało energii	37	75	33	46
Jem za dużo lub nie mam apetytu	73	59	23	36
Mam poczucie kłęski i/lub winy	100	61	10	20
Mam trudności z koncentracją, gdy czytam gazetę lub oglądam telewizję	100	58	11	22
Mówię i/lub poruszam się zbyt wolno lub za szybko/ I speak and	119	46	9	17
Myślę, że byłoby lepiej, gdybym nie żył	154	17	8	12

Na koniec uczniów poddano ocenie testem Becka (Skala Depresji Becka). Na podstawie zestawionych wyników okazało się, iż:

- 66% młodzieży uzyskało od 0 do 11 punktów (śr. $4,64 \pm 3,36$), co świadczyło, że nie mają objawów depresji.

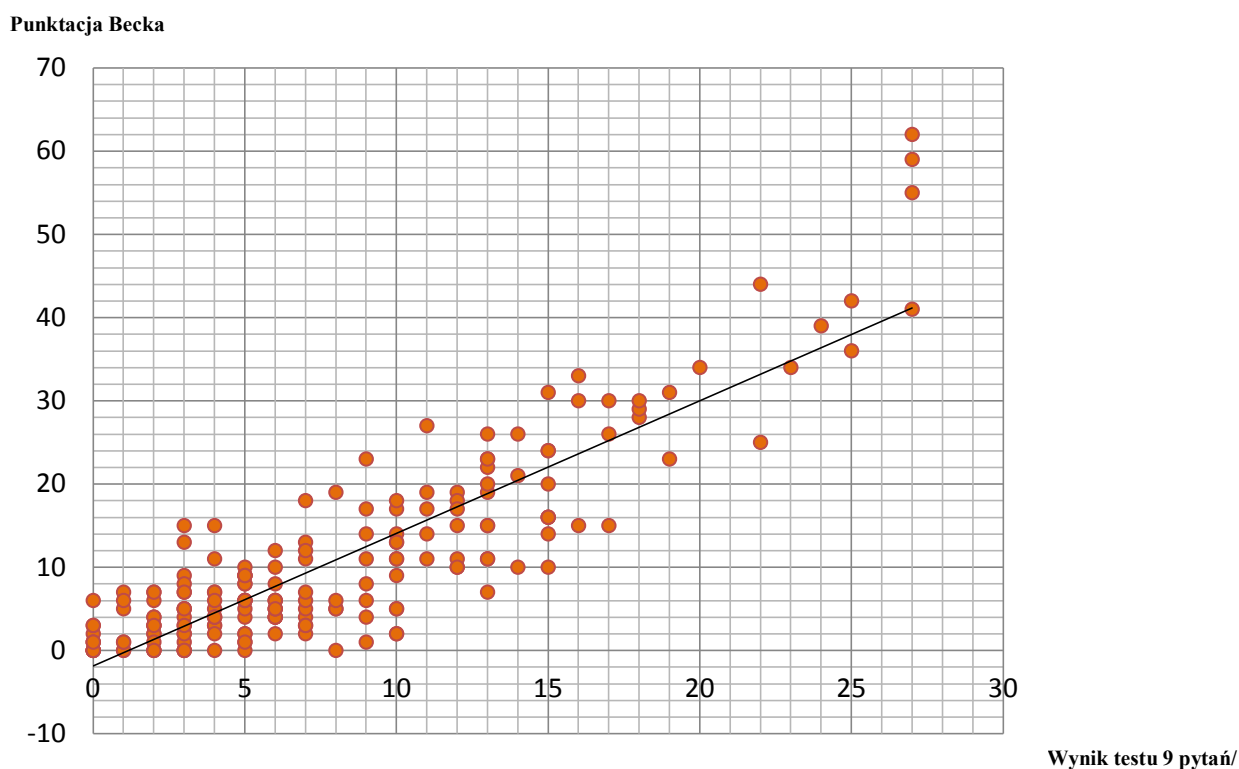
- 24% otrzymało od 12 do 26 punktów (śr. $17,98 \pm 4,17$), co sugeruje występowanie łagodnej depresji.
- 8% otrzymało 27-49 punktów (śr. $33,69 \pm 5,28$), co wskazuje na - umiarkowanie ciężką depresję.
- 2% otrzymało 50-63 punktów (śr. $58,67 \pm 3,51$), co może świadczyć o bardzo ciężkiej depresji.

Rozkłady punktacji uzyskanych w skali Becka w zależności od płci obrazuje Ryc. 1. Okazało się, iż wyniki chłopców koncentrowały się wokół niskich wartości, a w zbiorowości dziewcząt zaobserwowano znacznie więcej przypadków cięższej depresji. Średnia punktacja Becka dla dziewcząt wynosiła $13,5 \pm 12,58$, natomiast dla chłopców tylko $6,1 \pm 6,41$. Poniższy histogram wskazuje, że różnica w średnich w pewnym stopniu związana była z występowaniem bardzo wysokich wyników dla dziewcząt (50 i więcej punktów). Test t-studenta dla średnich punktacji dziewcząt i chłopców wynosiła $t=5.45$ i była to różnica $\times 10^{-7} < 0.05$.



Ryc. 1. Rozkłady punktacji Becka w badanej próbie dziewcząt (kolor niebieski) i chłopców (kolor czerwony)

Na kolejnej rycinie (Ryc. 2) przedstawiono wykres korelacji wyników uzyskanych testem Becka i testem 9 pytań. Współczynnik korelacji liniowej wyniósł $r=0,88$, co świadczy o silnej, dodatniej korelacji między wynikami z dwóch testów.



Ryc. 2. Wykres korelacji wyników uzyskanych testem Becka i testem 9 pytań

Dyskusja

Depresja jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym, chorobą cywilizacyjną, a według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) stanowi obecnie czwarty, a w 2020 roku prawdopodobnie będzie stanowić co drugi, najpoważniejszy problem zdrowotny na świecie [13,14]. Szacuje się [13,14], że dotyczy wszystkich grup społecznych, bez względu na płeć, wiek czy wykształcenie.

Generalnie uważa się [15,16,17], iż obecnie dorastające dzieci mają o wiele większe problemy związane ze stresem, czy depresją, niż ich rówieśnicy kilkadziesiąt lat temu. Jest to o tyle istotne, iż obecnie na świecie żyje ok. 1,2 mld. nastolatków, którzy stanowią ok. 16,4% ludności [18].

W badaniu „Wszystko, co powinieneś wiedzieć o depresji”, przeprowadzonym w 2014 roku przez serwis abcZdrowie.pl., w którym wzięło udział 350 internautów [19]

wykazano, że zaledwie 29% osób nie znalazło w swoim otoczeniu nikogo, kto cierpi lub cierpiał na tę chorobę.

Szacuje się [20], że po okresie dojrzewania ryzyko wystąpienia depresji wzrasta 2-4 -krotnie i dotyczy 20% pacjentów do 18. roku życia.

W obecnych badaniach 42% ankietowanych zaznaczyło, że zna osobę, która cierpi z powodu depresji i tyleż samo było przekonanych, że zagrożenie depresją w wieku dojrzewania stale wzrasta (2-4 krotnie).

W okresie dorastania młody człowiek musi stawiać czoła wielu nieznanym wcześniej zadaniom, samodzielnie podejmować swoje decyzje, sukcesywnie uniezależniając się od rodziców, zaczyna budować swoje pierwsze relacje damsko-męskie, z czym wiążą się wątpliwości związane z własną atrakcyjnością, musi walczyć w grupie rówieśniczej o pozycję, akceptację, a to z kolei potęguje ważność tego, co o nim myślą inni, jaki ma wygląd zewnętrzny, jakie wymagania ma wobec niego otoczenie, często musi zmagać się z domniemanym brakiem poczucia wartości i atrakcyjności, z poczuciem, że są nielubiane, gorsze od innych [15,16,17]. Wszystko powyższe może wzbudzić w nich lęk o to, czy sobie z tym wszystkim poradzą i w związku z tym stan emocjonalny nastolatka ulega ciągłym zmianom. Specjaliści od psychologii rozwojowej mówią nawet o tzw. „naturalnym” w tym okresie nastroju depresyjnym młodzieży, który związany jest np. ze słuchaniem przygnębiającej muzyki (o tematyce utraconej miłości) lub wygłaszaniem pesymistycznych, filozoficznych refleksji dotyczących świata i ludzi [15,16,17].

Depresja rozpoznawana jest u 2% dzieci (równie często dziewczynek, jak i chłopców) oraz nawet u 8% nastolatków (częściej dziewcząt) i szacuje się, że szeroko rozumiane zaburzenia depresyjne mogą występować u 20% nastolatków, a nawet dotyczyć blisko co trzeciego nastolatka [18].

U dzieci rozkład występowania depresji odnośnie płci wynosi 1:1, a po okresie dojrzewania następuje wzrost ryzyka depresji u kobiet (stosunek częstości występowania w grupie mężczyzn/kobiet wynosi 1:2) [20]. Uważa się [cyt. za 20], że zjawisko to może być związane z występowaniem wyższego poziomu lęku u kobiet, zmianami w stężeniach estradiolu i testosteronu w okresie dojrzewania oraz kwestiami społeczno-kulturalnymi związanymi z rozwojem dorastających dziewcząt.

Badana przez nas młodzież była przekonana, że na depresję zapada 2% dzieci i 4-8% młodzieży.

Amerykańskie badania na temat depresji dowodzą [21], że w skali całego życia na depresję choruje około 16% populacji, a w skali jednego roku - około 6,6% osób. Natomiast

według danych WHO (*World Health Organization - Światowej Organizacji Zdrowia*) depresja dotyczy od 3% populacji w Japonii do 16,9% w Stanach Zjednoczonych [21]. Łoza i wsp. [3] z kolei podają, że rozpowszechnienie depresji w ciągu życia waha się w zakresie 14,4-18%.

W obecnych badaniach 90% respondentów było przekonanych, że depresja dotyczy wszystkich ludzi, a 61% ankietowanych - że zaburzenia o charakterze lękowym i depresyjnym są poważnym problemem zdrowotnym polskiego społeczeństwa.

W literaturze przedmiotu szacuje się [21], że kobiety częściej, niż mężczyźni zapadają na depresję, a w ciągu całego życia ryzyko zachorowania na depresję u kobiet wynosi 10–20%, u mężczyzn 5–12%.

Grabowski i wsp. [22] oraz Milanowski [23] w swoich badaniach wykazali również, że kobiety cechowały się wyższym poziomem depresji.

We wspomnianym wcześniej badaniu „Wszystko, co powinieneś wiedzieć o depresji” [19], aż 85% ankietowanych było przekonanych, że kobiety są najbardziej narażone na zachorowanie na depresję, za kolejną grupą ryzyka uznano osoby starsze (44%), następnie mężczyzn (33%), a tylko 10% brała pod uwagę dzieci.

Badania własne wykazały, że jedynie 1% osób twierdziło, iż depresja dotyka tylko mężczyzn.

Jurkiewicz i Kołpa [24] oraz Bembnowska i wsp. [25] podkreślają, że kobiety, ze względu na specyfikę czynników konstytucjonalnych (anatomicznych i fizjologicznych), są w sposób szczególny narażone na ujawnienie różnych zaburzeń emocjonalnych, depresyjnych.

Wyniki badań własnych pozwoliły na stwierdzenie, iż dziewczęta mają większe tendencje depresyjne, niż chłopcy, co poświadcza średnia punktacja uzyskana w ocenie skalą Becka - $13,5 \pm 12,58$ - dla dziewcząt i tylko $6,1 \pm 6,41$ - dla chłopców.

Badania Wojnara [26] dowodzą, iż około 20% pacjentów rejestrujących się po poradę do lekarzy rodzinnych to pacjenci z depresją, zgłaszający się z reguły z powodu dolegliwości somatycznych, gorszego samopoczucia oraz problemów z zasypianiem i snem. Niestety jedynie połowa z nich kierowana jest na konsultację psychiatryczną [26]. W tej kwestii opinie wyraził Krawczyk [21] stwierdzając, że zaburzenia depresyjne są grupą chorób, które w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej występują z bardzo dużą częstością, ale mimo to ten problem bywa niedostrzegany lub pomijany.

Kathon [27] również zwraca uwagę na niepokojący fakt, iż jedynie 20% osób z depresją korzysta z opieki medycznej, zwłaszcza opieki psychiatrycznej, co może wynikać z

braku akceptacji społecznej dla leczenia psychiatrycznego. Ciągłe bowiem funkcjonuje swoisty wstyd przed przyznaniem się odnośnie korzystania z porady psychiatry, przekonanie, że leczenie u psychiatry jest objawem słabości lub poczucie, że problemy nie są na tyle ciężkie, aby udać się z nimi do lekarza specjalisty [27].

Generalnie, objawy depresji obserwowane u dzieci i nastolatków przypominają objawy występujące u dorosłych, ale jest też wiele odmiennych cech, charakterystycznych tylko dla tej pierwszej grupy wiekowej [18]. Nie wolno także zapominać, że objawy depresji mogą być inne u każdego pacjenta, stąd tak trudno ją rozpoznać i czasem nawet sami lekarze myślą objawy psychosomatyczne z depresją [18].

Obecnie badani uczniowie określali depresję jako „problem duchowy, spowodowany brakiem miłości”, „słabość charakteru”, czy też „złożone zjawisko posiadające wiele odcieni”, ale aż 4% uważało ją za „wymysł”.

U nastolatków za pierwsze oznaki wskazujące na stan depresyjny należy uznać [15,16,17]: kontakt z alkoholem i/lub narkotykami, zażywanie alkoholu i/lub narkotyków, palenie papierosów, zaburzenia łaknienia, stany rozdrażnienia, poirytowana, zachowania agresywne, wybuchy złości, poczucie spadku wartości siebie, poczucie beznadziejności, zainteresowanie pornografią, podjęcie kontaktów seksualnych pozbawionych więzi emocjonalnych, podejmowanych z przypadkowymi partnerami (promiskuityzm), osłabienie sprawności intelektualnych, słabszą koncentrację uwagi, trudności w zapamiętywaniu (kłopoty w szkole), poczucie smutku, przygnębienia, zubożnienia, niemożność przeżywania przyjemności i radości, ograniczenie lub brak aktywności, rezygnacja z pasji, poczucie nudy, ograniczenie kontaktów ze znajomymi, brak energii, stany apatii, spowolnienie, poczucie zmęczenia, zamyślenie się, odczuwanie napięcia i lęku, pojawienie się dolegliwości somatycznych (ból brzucha, głowy, spadek odporności) oraz zaburzenia snu.

W dzieciństwie, za Brent i Weersing [20] objawy depresyjne mogą występować pod postacią ciągłego smutku, nastroju depresyjnego, anhedonii, wzrostu lub spadku apetytu, zaburzeń snu, anergii, braku motywacji, pobudzenia lub drażliwości, poczucia bezwartościowości lub winy, osłabienia koncentracji, a także myśli o samobójstwie. Szacuje się [20], że mniej więcej jedna na pięć osób dorastających będzie miała depresję oporną, trwającą dłużej niż dwa lata, a ryzyko nawrotowości wynosi 40% w ciągu dwóch lat od remisji, ponad 70% w ciągu pięciu lat, a depresji młodzieńczej - 30 -70% w ciągu 1 -2 lat obserwacji.

W cytowanym wcześniej badaniu „Wszystko, co powinieneś wiedzieć o depresji” [19], 90% internautów zdawało sobie sprawę z tego, że depresja jest chorobą, która raz wyleczona, mimo wszystko może powrócić.

W obecnym badaniu według 74% respondentów depresja to choroba nawracająca.

Komender [28] podkreśla, że w przypadku 40-90% młodzieży, u której wystąpił epizod depresyjny, mogą współwystępować inne zaburzenia psychiczne, takie jak: zaburzenia lękowe (agrofobia, lęk uogólniony, ataki paniki, fobia społeczna, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne), zaburzenia w zachowaniu, problem z nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, jadłowstręt psychiczny i bulimia, a u młodszych dzieci - nadmierny lęk separacyjny, ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*, zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi), moczenie, zanieczyszczanie się stolcem oraz zaburzenia zachowania opozycyjno-buntownicze [28,29].

W opinii 46% obecnie ankietowanej młodzieży depresja to poczucie smutku, przygnębienia, żalu, trwające jakiś okres czasu i wymagające leczenia. Zdaniem 40% badanych to poważna choroba utrudniająca codzienne funkcjonowanie, uniemożliwiająca kontrolowanie swojego nastroju oraz poczucia, że nie poradzą sobie z dotychczasowymi obowiązkami.

Uważa się [4,6,9], że rozwój depresji zależy od współdziałania wielu czynników, takich jak: genetyczne, środowisko rodzinne, osobowe oraz związane z doświadczeniami na przestrzeni życia. W grupie dzieci i adolescentów w rozwoju depresji ogromną rolę odgrywają stresogenne wydarzenia dotyczące edukacji, związków partnerskich, rówieśniczych, z rodzicami, rodzeństwem, ze zdrowiem [4,6,9].

We wspomnianym już badaniu „Wszystko, co powinieneś wiedzieć o depresji” [19], 92% ankietowanych uważało, że przyczyną depresji są życiowe niepowodzenia, 75% - że załamanie w trakcie lub po chorobie, 74% - że negatywny sposób myślenia, 67% - że złe wspomnienia, a ponad połowa internautów - że rodzina.

Badani licealiści twierdzili, że na rozwój depresji najważniejszy wpływ mają niepowodzenia w szkole (41%), obarczenie zbyt dużą odpowiedzialnością (29%), rozstania lub zawody miłosne (25%) oraz wygórowane oczekiwania rodziców (24%). Okazało się, okresowo ma z nimi styczność 19% respondentów, a aż 7% - codziennie.

Ponadto w badaniu „Wszystko, co powinieneś wiedzieć o depresji” [19], większość ankietowanych prawidłowo rozpoznawała początkowe objawy depresji, w tym brak chęci do życia (88%), unikanie kontaktów z innymi (84%), nieustające zamartwianie się (84%),

trudności w skupianiu uwagi (69%), drażliwość (65%). Co ciekawe, 81% internatów przyznało, że zauważyło u siebie objawy depresyjne [19].

Z kolei w obecnym badaniu 48% respondentów nie zauważyła u siebie żadnych objawów sugerujących według nich depresję, a 35% obserwowało je okresowo. Wśród tych objawów dominowała drażliwość (65%), zmęczenie i utrata energii (25%), obniżona zdolność myślenia lub koncentracji albo trudności w podejmowaniu decyzji (41%) oraz bezsenność lub nadmierna senność (39%).

Do badania samooceny nasilenia depresji u dzieci/młodzieży stosuje się między innymi skalę depresji Becka [11,12,30], Test Dziewięciu Pytań PHQ-9 [10,31], Inwentarz Depresji Dziecięcej (*Children's Depression Inventory - CDI*) [32], czy też Krakowski Inwentarz Depresyjny [33,34,35].

Szramowska i wsp. [32] badaniami objęli 751 uczniów w wieku 9-17 lat, z losowo wybranych szkół podstawowych, gimnazjów i liceów województwa mazowieckiego w średnim wieku $14,4 \pm 1,9$ roku. W badaniu zastosowano polską wersję CDI. Okazało się, że u 9% badanych stwierdzono klinicznie istotne nasilenie objawów depresji. W porównaniu z uczniami szkoły podstawowej (4%), objawy depresji częściej występowały u gimnazjalistów (9% - co jedenasty uczeń) oraz licealistów (12% - co ósmy uczeń). Objawy depresji stwierdzono częściej u dziewcząt niż u chłopców ($p=0,0008$). Dwie trzecie dzieci z objawami depresji zgłaszało myśli samobójcze [32].

Badania prowadzone przez Bombę i wsp. [33], z użyciem Krakowskiego Inwentarza Depresyjnego, wskazywały depresję u 31,65% 14-latków w latach 80.tych oraz u 24,6% 13-latków w roku 2001 [34]. W badaniach warszawskich 14-latków w latach 90. tych Witkowska-Ulatowska [35] wykazała, że depresja dotyczy 19,3% z nich.

Pakalska-Korcala [30] badaniem objęła grupę 151 uczniów drugich klas sopockich gimnazjów i nasiloną depresyjność stwierdziła u 43,9% badanych dziewczynek i 23,2% chłopców. Badaniem psychiatrycznym rozpoznanie epizodu depresji potwierdziła u 4,6 % młodzieży, w tym 7,3% dziewczynek i 1,4% chłopców. Wśród badanej młodzieży wykazano także znaczne rozpowszechnienie nadużywania papierosów i alkoholu. Papierosy paliło 31,1% badanych, z czego 12,6% regularnie. Alkohol regularnie spożywało 11,3% badanych [30].

W obecnym badaniu test PHQ-9 uzyskane wyniki sugerują brak objawów depresji w przypadku 35% badanych, objawy lekkiej depresji - u 29% osób, zaś depresja o średnim nasileniu 20 %, średnio ciężkiej depresji u 10% i ciężkiej depresji u 6% respondentów, a skala Becka u 66% brak objawów depresji, u 24% - występowanie łagodnej depresji, u 8% -

umiarkowanie ciężką depresję, a u 2% - bardzo ciężkiej depresji. Chłopcy uzyskiwali niższe wartości wskaźników w obu testach, a u dziewcząt zaobserwowano znacznie więcej przypadków cięższej depresji. Porównując odpowiedzi respondentów w obu testach, zauważono niejednoznaczne wyniki, pomimo silnej korelacji pomiędzy testami. Analiza korelacji wyników uzyskanych testem Becka i testem PHQ-9 sugeruje, że w warunkach szkolnych, do diagnozy depresji można stosować krótszy, a równie skuteczny test dziewięciu pytań.

W literaturze przedmiotu [4,36-40] podkreśla się leczenie zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży, powinno być kompleksowe i obejmować psychoterapię, farmakoterapię i psychoedukację pacjentów oraz ich rodzin. Celem terapii jest nie tylko złagodzenie objawów depresji, ale także ukierunkowane działanie kształtujące właściwe relacje rówieśnicze, nauka radzenia sobie ze stresem oraz budowanie pozytywnego obrazu siebie. Nie można także pominąć zwalczania współistniejących zaburzeń psychicznych oraz nieprawidłowości z zakresu stanu somatycznego przedmiotu [4,36-40]. Za podstawowe metody leczenia uważa się oddziaływanie niefarmakologiczne (psychoedukacja i psychoterapia), zwłaszcza u dzieci u których nasilenie objawów depresyjnych jest nieznaczne i niezaburzone ich funkcjonowanie, a w pozostałych przypadkach należy włączyć leki, jednakże w tej kwestii nie ma jednolitego zdania [4].

W cytowanym wcześniej badaniu „Wszystko, co powinieneś wiedzieć o depresji” [19], 84% internautów twierdziło że w przypadku zachorowania konieczna jest wizyta u psychiatry, 82% uważało, że w wyleczeniu z depresji pomocna jest specjalistyczna terapia, 67% wierzyło w skuteczność farmakologii, a 22% twierdziło, że w czasie depresji niepotrzebna jest żadna pomoc i można z nią sobie poradzić samodzielnie.

O tym, że można wyleczyć depresję przekonanych było aż 73% obecnie badanej młodzieży, a 40% twierdziło, że zna sposoby jej leczenia, wymieniając stosowanie leków antydepresyjnych, uczęszczanie na terapię indywidualną lub grupową, wsparcie ze strony bliskich, utrzymywanie kontaktu z ludźmi, słuchanie muzyki, robienie rzeczy relaksacyjnych, pozytywne myślenie, intensywne ćwiczenia fizyczne, uprawianie hobby.

Pomimo tego, że zaburzenia depresyjne są powszechne, a przeciętna osoba nimi obciążona ma mniejsze, niż przeciętny człowiek, skłonności do agresji i popadania w konflikt z prawem, chorzy na depresję w wielu społeczeństwach, są stygmatyzowani i dyskryminowani, co niekorzystnie wpływa na proces ich leczenia. Chorzy z depresją rzadziej dzielą się informacją o swojej chorobie z rodziną, mają problem z uzyskaniem wsparcia w swoim środowisku, mniej systematycznie przyjmują leki przeciwdepresyjne,

częściej opuszczają wizyty u lekarzy oraz mają większe, niż inni chorzy, problemy z radzeniem sobie ze swoją chorobą. Z chwilą ujawnienia swoich problemów zdrowotnych w miejscu pracy, spotykają się często z dyskryminacją, wykluczeniem społecznym, kwestionowaniem ich kompetencji, z zachowaniami innych, które wynikają z krzywdzących stereotypów dotyczących chorych psychicznie, postawą zdystansowania, unikania kontaktu z chorymi i ograniczaniem ich praw. Negatywne postawy i sposoby myślenia o chorobie przyswajają także sami chorzy, a to obniża ich samoocenę, zwiększa trudności w funkcjonowaniu i wywołuje obawy przed stereotypowymi reakcjami innych osób, co stanowi dla nich dodatkowe źródło stresu. Stygmatyzacja spotyka zwłaszcza osoby mieszkające w małych miejscowościach, a nasilać ją mogą masowe media relacjonujące problemy osób z zaburzeniami psychicznymi często w sposób wybiórczy i nieobiektywnie [41].

O tym, iż depresja jest lekceważona przez otoczenie, przekonanych było aż 62% obecnie badanych respondentów, a jedynie 9% z nich uważało, że jest to choroba społecznie akceptowana. 52% badanych miało pozytywny stosunek do osób cierpiących na depresję i tylko 3% określiło je jako negatywne.

Z kolei w badaniu „Wszystko, co powinieneś wiedzieć o depresji” [19], 95% Internautów zdawało sobie sprawę z tego, że depresja jest poważną, długotrwałą chorobą, której nie można lekceważyć i tyleż samo prawidłowo rozpoznało zdanie odpowiednio porównujące chandrę (krótkotrwałe obniżenie nastroju z depresją).

W obecnym badaniu 81% licealistów nie wiedziało, jak się zachować, aby pomóc osobom chorym na depresję, a 57% respondentów oceniało swój poziom wiedzy na temat depresji jako średni.

Kuzel i wsp. [42] badaniami objęli 100 pielęgniarek i 100 nauczycieli. Stwierdzili, że aż 73% badanych, w tym 81% pielęgniarek, 65% nauczycieli oceniło poziom swojej wiedzy na temat depresji jako średni. Za niski uznało go 17,5% ankietowanych, w tym 6% pielęgniarek, 29% nauczycieli, a za wysoki - 9,5% respondentów, w tym 13% pielęgniarek, 6% nauczycieli. Aż 87% ankietowanych w roli edukatora z zakresu depresji widzieli psychologa, rzadziej lekarza (63%), pielęgniarkę (32,5%), czy socjologa (8,5%). 1,5% badanych wskazało inne profesje, w tym nauczyciela [42].

Badania przeprowadzone w grupie 109 nauczycieli z 7 szkół województwa śląskiego [cyt. za 63] wykazały, że wiedza nauczycieli na temat depresji jest nie zadawalająca, ponieważ jedynie 23% respondentów wykazało znajomość osiowych objawów depresji i to głównie ci, którzy w przeciągu trzech ostatnich lat brali udział w szkoleniu na temat depresji.

Obecnie oceniani uczniowie twierdzili, że nikt z nimi na temat depresji nie rozmawiał (38%) lub takiej rozmowy nie pamiętali (30%). Swoją wiedzę na temat depresji najczęściej czerpali z Internetu 31%, rzadko od lekarza (4%), z zajęć w szkole (3%) oraz pielęgniarki (0,2% badanych).

Bogusz i wsp. [40], Cieślak i Słopecka [41] oraz Woźniak [42], uważają, że pielęgniarka, wraz z personelem szkoły tj. z psychologiem szkolnym, powinna uczestniczyć w tworzeniu indywidualnych planów edukacyjnych i planów edukacji prozdrowotnej, wspierać chorą młodzież i edukować, a także tworzyć efektywny system wsparcia pomiędzy uczniami, rodzinami, nauczycielami.

W badaniach własnych chęć poszerzenia wiedzy na temat choroby wyraziło jedynie 22% uczniów, a w opinii 48% ankietowanych funkcję edukatora z zakresu depresji powinien pełnić psycholog, lekarz (15%), nauczyciel (11%) i socjolog (11%). Tylko 4% młodzieży widziało w tej roli pielęgniarkę.

Uzyskane wyniki badań własnych, jak i przegląd piśmiennictwa wskazują na konieczność przeprowadzenia wielośrodkowych badań przesiewowych obejmujących całą populację dziecięcą i młodzieżową, w celu określenia częstości depresji, poziomu wiedzy na jej temat, oczekiwanego wsparcia, a także zaplanowania i podjęcia skutecznej interwencji terapeutycznej.

Wnioski

1. Większość ankietowanych nie wiedziało, jak się zachować i pomóc osobom chorym na depresję i oceniało swój poziom wiedzy na temat depresji jako średni.
2. Badani wiedzę na temat depresji czerpali głównie z Internetu, a w roli edukatora widzieli przede wszystkim psychologa.
3. Analiza testem dziewięciu pytań (Test PHQ-9) pozwoliła na stwierdzenie objawów depresji u 65% badanych, a Skalą Depresji Becka - u 34% z nich.
4. Analiza korelacji wyników uzyskanych testem Becka i testem 9 pytań sugeruje, że w warunkach szkolnych, do diagnozy depresji, można stosować krótszy, a równie skuteczny test 9 pytań.

Postulaty

1. Należy zrobić wszystko, aby zapobiegać depresji i jej powikłaniom oraz uwrażliwić się na powyższy problem i zareagować jak najszybciej się da.

2. Należy w szkole prowadzić akcje przygotowujące uczniów do jak najwcześniejszego rozpoznania choroby, nabycia umiejętności jej przewycięzania oraz zdobycia wiedzy do kogo i gdzie się mają zgłosić gdy zauważą niepokojące objawy u siebie lub swoich kolegów .
3. Należy prowadzić edukację rodziców chorej młodzieży oraz ich nauczycieli. W tym celu można przeprowadzić pogadanki z uczniami, nauczycielami, rodzicami lub wykorzystać np. plakaty, ulotki, broszurki, kserokopie artykułów, czasopisma o zapobieganiu depresji, z podstawowymi informacjami o chorobie, placówkach, w których można uzyskać pomoc, gdzie można znaleźć kontakt z istniejącymi grupami wsparcia dla chorych na depresję, o dostępności określonych służb, czy też poprzez upowszechnienie numerów telefonów np. kryzysowego telefonu zaufania, pogotowia ratunkowego oraz pogotowia psychiatrycznego.

Piśmiennictwo

1. Świącicki Ł.: Depresja – Zwykła Choroba? Elsevier Urban&Partner, Wrocław, 2010.
2. Repelewicz C.: Depresja – choroba duszy i ciała, <http://centrumpsychoterapii.eu/uploads/pdf/depresja.pdf>, data pobrania 12.04.2017
3. Łoza B., Parnowski T.: Nowa depresj, Nowe leczenie, 2012, 56–58.
4. Kalinowska S., Nitsh K., Duda P., Trześniowska-Drukała B., Samochowiec J.: Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia, Ann. Acad. Med. Stetin., 2013, 59, 32–36.
5. Jellinek M.S., Snyder J.B.: Depression and suicide in children and adolescents, *Pediatr Rev.*, 1998, 19, 255–264.
6. Birmaher B., Brent D., Bernet W., Bukstein O., Walter H.: Practice parameters for the assessment and treatment of children and dolescents with depressive disorder, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998, 37, Suppl. 10, 63S–82S.
7. Lewinsohn P.M., Hops H., Roberts R.E., et al: Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students, *J. Abnorm. Psychol.*, 1993, 102. 133–144.
8. Birmaher B., Ryan N.D., Williamson D.E., et al: Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I, *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.*, 1996, 35, 1427–1439.

9. Richardson L.P., Katzenellenbogen R.: Childhood and adolescent depression: the role of primary care providers in diagnosis and treatment, *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health. Care.*, 2005, 35, 6–24.
10. Tomaszewski K., Zarychta M., Bieńkowska A., i wsp.: Walidacja polskiej wersji językowej Patient Health Questionnaire-9 w populacji hospitalizowanych osób starszych, *Psychiat. Pol.*, 2011, 14, 223–233.
11. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J.: An inventory for measuring depression, *Arch. Gen. Psychiatry.*, 1961, 4, 561–571.
12. Paradowski T., Jernajczyk W.: Inwentarz depresji Beck'a w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa), *Psychiatr. Pol.*, 1977, 11, 417–424.
13. Mojs E., Bartkowska W., Kaczmarek Ł.D., i wsp.: Właściwości psychomotoryczne polskiej wersji skróconej Skali Depresji Kutchera dla Młodzieży (Kutcher Adolescent Depression Scale)-pomiar depresji w grupie studentów, *Psychiat. Pol.*, 2015, 49, 135-144.
14. Pełka-Wysiecka J., Samochovec J.: Depresja - czy faktycznie zróżnicowana farmakoterapia? *Psychiatria*, 2014, 11, 141-147.
15. Zorraquino J.C.: Depresja u dzieci i młodzieży, Wyd. eSPe, Kraków, 2002.
16. Zielińska- Rocha B.: Jak przetrwać z nastolatkiem, Wyd. Wiedza i Praktyka, Warszawa, 2011, 1-8.
17. Hart A.D., Hart-Weber C.: Depresja nastolatka, Wyd. w Drodze, Poznań, 2007.
18. <http://wiadomosci.wp.pl/kat,1356,title,WHO-depresja-wsrod-najwiekszych-zagrozen-dla-nastolatkow,wid,16601934,wiadomosc.html?ticaid=115edb>, data pobrania 12.04.2017.
19. Raport z badania: Wszystko, co powinieneś wiedzieć o depresji, serwis abcZdrowie.pl. https://portal.abczdrowie.pl/bundles/abczdrowiedefault/i/content/raport_szystko_o_depresji_abcZdrowie.pdf, data pobrania 15.04.2017
20. Brent D., Weersing V.R.: Depressive disorders in childhood and adolescence. [in]: Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, Wiley-Blackwell, 2008, 587-604.
45. Krawczyk P.: Depresja w praktyce lekarza POZ – diagnostyka i farmakoterapia, *Pediatr. Med. Rodz.*, 2014, 10, 2, 188–189.
46. Grabowski P., Łoza B. Objawy depresyjne i lękowe zależne od cech demograficznych i klinicznych hospitalizowanych pacjentów. *Neuropsychiatria. Przegl. Klin.*, 2013, 3, 171-172.

47. Milanowski A.: Zaburzenia depresyjne i dwubiegunowe [w:] *Pediatrics*. Karen-Marcadante J., Kliegman R.M., Hal-Jenson B., Richard-Behrman E (red.), Wrocław, 2011, 75-76.
48. Jurkiewicz B., Kołpa M.: Stres a ryzyko wystąpienia depresji u ludzi młodych w przedziale wiekowym 20–35 lat, *Probl. Pielęg.*, 2015, 23, 1, 17–18.
21. Bembnowska M., Joško J.: Zachowania depresyjne młodzieży jako problem w zakresie Zdrowia Publicznego. *Zdr. Publ.*, 2011, 121, 4, 429-430.
22. Wojnar M., Dróżdż W., Araszkiewicz A., i wsp.: Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów zgłaszających się do lekarzy rodzinnych, *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2002, 2, 187–198.
23. Katon W.: The epidemiology of depression in medical care, *Int. J. Psychiatry. Med.*, 1987, 17, 93–112.
24. Komender J.: Depresje u dzieci, *Wiad. Psychiatr.*, 2001, 4, 11-16.
25. Rabe-Jabłońska J.: Depresja u dzieci i młodzieży. Aktualne poglądy na etiologię, diagnozowanie, przebieg i leczenie, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży*, 2001, 1, 7-25.
26. Pakalska-Korcala A.: Psychologiczne i biologiczne uwarunkowania zaburzeń depresyjnych u młodzieży gimnazjalnej, Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych, *Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego*, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk, 2010., <http://pbc.gda.pl/dlibra/docmetadata?id=4765&from=publication>, data pobrania 5.04.2017.
27. <http://www.phqscreeners.com/instructions/instructions.pdf>, data pobrania 12.04.2017.
28. Szramowska A., Bornikowska K., Zasada J., i wsp.: Ocena występowania objawów depresji u dzieci i młodzieży - badanie pilotażowe, *Prz. Pediat.*, 2012, 42, 189-193.
29. Bomba J.: Rozpowszechnienie i obraz objawów depresyjnych u młodzieży we wczesnej fazie adolescencji., *Psychoterapia*, 1988, 1, 37-44.
30. Modrzejewska R., Bomba J.: Porównanie rozpowszechnienia depresji w populacji 13-letniej młodzieży krakowskich szkół średnich w latach 1984 i 2001, *Psychiatr. Pol.*, 2009, 2, 175-182.
31. Witkowska-Ulatowska H.: Zaburzenia psychiczne o obrazie zespołu depresyjnego w nieleczonej populacji młodzieży klas VII szkół warszawskich, *Lęk i Depresja*, 1996, 1, 282-300.

32. Bernat K.: Zadania związane z pediatryczną opieką zdrowotną, [w:] *Pediatrics i pielęgniarstwo pediatryczne*, Muscari M.E (red.), Czelej, Lublin, 2005, 12-13.
33. Emslie G.J., Kennard B.D., Mayes T.L., et al.: Fluoxetine versus placebo in preventing relapse of major depression in children and adolescents, *Am. J. Psychiatry.*, 2008, 165, 459–467.
34. Emslie G.J., Kennard B.D., Mayes T.L., et al.: Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: a placebo-controlled, randomized clinical trial, *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 2002, 41, 1205–1215.
35. Emslie G.J., Ventura D., Korotzer A., Tourkodimitris S.: Escitalopram in the treatment of adolescent depression: a randomized placebo- controlled multisite trial., *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 2009, 48, 721–729.
36. Keller M.B., Ryan N.D., Strober M., et al: Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: a randomized, controlled trial, *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.*, 2001, 40 762–772.
37. Dziwota E.: Stygmatyzacja osób chorych psychicznie, *Curr. Probl. Psychiatry.*, 2014, 15,1,18-23.
38. Kuźel A., Krajewska-Kułał E., Śmigielska-Kuzia J.: Percepcja depresji w wybranych grupach społecznych, *MONZ*, 2015, 21, 3, 300-301.
39. Nieroba E., Zawłocki I., Niewiadomski K.: Smutny uczeń – nowe wyzwanie dla współczesnych nauczycieli. Depresja u osób w wieku rozwojowym, *Edukacja - Technika - Informatyka*, 2014, 5, 562-570.
40. Bogusz R., Charzyńska-Gula M.L., Grzesiak A., Gałęziowska E.: Współpraca pielęgniarek szkolnych z nauczycielami wychowania fizycznego w zakresie promocji zdrowia i edukacji, *Zdrowotnej. MNOZ*, 2013,19, 4, 4 13–415.
41. Cieślík A., Słowiecka A.: Rola pielęgniarki w opiece nad chorym z depresją, *Studia Med.*, 2012, 28, 4, 80-81.
42. Woźniak A.: Zaburzenia depresyjne – rola pielęgniarki w edukacji pacjenta i jego rodziny, *Puls Uczelni*, 2015, 9, 1, 25-26.

Wiedza o chorobie i postawy wobec osób chorujących na schizofrenię

Barańska Agnieszka¹, Janiszewska Mariola², Jędrych Marian¹, Brop Bartłomiej³,
Firlej Ewelina², Tacikowska Justyna⁴

1. Zakład Matematyki i Biostatystyki Medycznej, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
2. Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
3. Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
4. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Matematyki i Biostatystyki Medycznej, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wstęp

Schizofrenia jest zespołem klinicznym, historycznie charakteryzowanym przez heterogeniczny zestaw cech klinicznych, które określano mianem psychozy [1].

Z powodu poważnych nieprawidłowości czynności psychicznych, w psychozach dochodzi do wyraźnego zafałszowania i zdeformowania odbioru rzeczywistości i zaburzeń funkcjonowania [2].

E. Bleuler stworzył termin „*schizofrenia*”, uznając „*rozszczerzenie najróżniejszych funkcji psychicznych*” za główną, z punktu widzenia psychopatologicznego, oznakę choroby (nie jest ono jednak tożsame z „osobowością rozszczepioną”) [3].

Według Leksykonu Psychiatrii pod red. Stanisława Pużyńskiego, schizofrenia jest „*chorobą lub grupą chorób endogennych (funkcjonalnych), których wspólną cechą jest występowanie, słabiej lub silniej zaznaczonych, względnie charakterystycznych przejawów dezintegracji czynności psychicznych*” [4].

Zaburzenia schizofreniczne są identyfikowane z dotkliwą, przewlekłą i ciężką do leczenia chorobą. Natomiast osoby z jej rozpoznaniem jako trudne w kontakcie, w znacznym stopniu zaburzone, niemające kontroli nad swoim zachowaniem, nieobliczalne oraz agresywne [5].

Historyczne, kulturowe i społeczne uwarunkowania związane z zachorowaniem lub chorowaniem na psychozy schizofreniczne spowodowały, iż zaburzenia schizofreniczne są dla chorych nie tylko obciążeniem zdrowotnym, ale również zwiększa niebezpieczeństwo

występowania skutków stygmatyzacji, spowodowanych uprzedzeniami społecznymi. Ponadto wzmagają one problemy adaptacyjne oraz spychają osoby z rozpoznaniem tego zaburzenia na drugi plan zainteresowania społecznego i troski [6]. Warto zwrócić uwagę na to, że na przestrzeni ostatnich dekad, dzięki rozwojowi i udoskonaleniu farmakoterapii, możemy zaobserwować powolną zmianę w stosunku do rokowania w schizofrenii [5]. Ponadto wieloletnie badania potwierdzają, że proces zdrowienia w schizofrenii jest złożony i długotrwały oraz dynamiczny i zmienny w czasie, dodatkowo ulega wpływom wielu czynników, ale wyleczenie, czy remisja choroby jest w części przypadków celem możliwym do dokonania [5]. Istnieje szansa uzyskania zadowalającego stanu zdrowia i poziomu życia [5]. W związku z tym należałoby pracować na zmianą świadomości społecznej dotyczącej rokowań związanych ze schizofrenią. Zrozumienie istoty choroby mogłoby pomóc w lepszej akceptacji, która wykluczałaby proces stygmatyzacji.

Schizofrenia - epidemiologia i etiologia

Schizofrenia jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychotycznych na świecie. Szacuje się, że obejmuje około 1% populacji [7]. Wywołuje wiele kontrowersji zarówno wśród lekarzy, specjalistów, ale też ludzi niezwiązanych zawodowo ze schizofrenią. W zależności od miejsca zamieszkania, częściej odnotowuje się ją u mieszkańców miast, w państwach zindustrializowanych oraz społeczeństwach doświadczających kryzysy kulturowe [8]. Jeżeli chodzi o grupy społeczne, to w niższych warstwach społecznych. Jest to spowodowane deterioracją, czyli tym, że osoby bardzo nieprzystosowane, a dodatkowo bezrobotne, „spadają” na coraz to niższe szczeble drabiny społecznej. Nie chodzi tutaj o to, że niekorzystne warunki środowiskowe wywołują zaburzenia, ale o to, że pogarszają ich przebieg. Jednak, z teorią odnoszącą się do warstw społecznych zgadza się tylko część specjalistów, ze względu na to, że uważają oni, iż psychiatrzy częściej rozpoznają schizofrenię u pacjentów, z którymi trudniej nawiązać dobry kontakt, co w tym przypadku jest powodowane różnicami w warstwach społecznych. Z drugiej strony zdarza się, że ze względu na pesymistyczne nastawienie wobec osób chorujących na schizofrenię, nie rozpoznają zaburzenia u osób z warstw wyższych [9].

Najczęściej schizofrenia występuje u osób młodych, między okresem pokwitania, a 30. rokiem życia. U kobiet pomiędzy 25. a 30. rokiem życia, natomiast u mężczyzn między 20. a 25. rokiem życia [10].

U obu płci częstość występowania jest taka sama, jednak u kobiet częstszy jest późny początek choroby. Jednakże badania kanadyjskie określają, że w większych aglomeracjach miejskich mężczyźni w porównaniu do kobiet chorują na schizofrenię od 2 do 3 razy częściej [8]. Jest ona bardzo ważnym problemem psychiatrii klinicznej, gdyż jest trudna, wieloaspektowa, nie do końca wyjaśniona. Mimo, że wielu badanych stara się przedstawić i rozwiązać jej etiologię, stawiając wiele hipotez, wciąż nie udało się całkowicie potwierdzić ich słuszności.

Według Pużyńskiego poglądy dotyczące etiologii zaburzeń psychotycznych możemy podzielić na 3 grupy: schizofrenia jako choroba o przyczynach endogennych, schizofrenia jako psychoza egzogenna oraz schizofrenia jako grupa zespołów psychopatologicznych [10].

Jeżeli chodzi o pierwszą grupę, czyli przyczyny endogenne, czyli dziedziczno-metaboliczne, warto wspomnieć, że rzadko występuje obciążenie dziedziczne w rodzinie chorego, co potwierdzają badania statystyczne, według których 90% przypadków rodzice osób chorujących na schizofrenię są osobami zdrowymi [9].

Natomiast w przypadku choroby u obu rodziców, ryzyko wystąpienia zaburzenia psychotycznego wynosi u ich dziecka od 15 do 55% [8]. W oparciu o inne badania, stwierdzono, że schizofrenia nie jest chorobą uwarunkowaną wyłącznie genetycznie, gdyż badania schizofrenii w rodzinie nie pasują żadnemu obecnie znanemu wzorcowi dziedziczenia chorób genetycznych. Ustalono jednak, że występowanie tej choroby u biologicznych krewnych zwiększa ryzyko zachorowania. Dodatkowo obecnie prowadzone badania dowodzą o mniejszej zależności genetycznej, niż badania wykonywane dawniej [8]. Natomiast na właściwszą ocenę dziedziczności w schizofrenii pozwoliło zastosowanie genetyki statystycznej, a mianowicie badania bliźniąt [9].

Jedno z badań odnoszących się do bliźniąt jednojajowych wykazało, że w przypadku gdy były one wychowywane razem, zgodność zachorowania na schizofrenię wynosi 91%, a u wychowywanych osobno 78% [8]. Odmienne badania odnoszące się do bliźniąt jedno- i dwujajowych pokazują, że zgodność zachorowania na omawiane zaburzenie u bliźniąt monozygotycznych to od 40 do 50%, a u bliźniąt dwujajowych od 10 do 14% [8].

Drugą grupą są przyczyny egzogenne, czyli związane z oddziaływaniem czynników zewnętrznych. W tym wypadku wyróżnia się wirusową hipotezę schizofrenii. Jej zwolennicy uważają, że jest ona powiązana z genetycznym uwarunkowaniem schizofrenii, gdyż wystąpienie choroby u bliźniąt jednojajowych można wytłumaczyć infekcją wirusową bliźniąt w wieku płodowym [10]. Przykładem może być zespół Gregga, który występuje u

dzieci matek zarażonych wirusem różyczki podczas ciąży, uważa się, że istnieje większe ryzyko wystąpienia schizofrenii u tych dzieci. Hipotezę potwierdza też pogląd, mówiący o zależności wystąpienia epidemii grypy w pierwszym trymestrze ciąży i wystąpienia schizofrenii u dzieci z tych ciąż- zwiększone prawdopodobieństwo [2].

Reasumując, powikłania okołoporodowe mają wpływ na występowanie schizofrenii. Inną koncepcją należącą do drugiej grupy przyczyn, wg Pużyńskiego, jest hipoteza immunologiczna. Zakłada ona, że schizofrenia jest chorobą autoimmunizacyjną, co jest poparte wahaniami poziomu zawartości immunoglobulin u osób chorujących na tę chorobę [10]. Jednak wyniki przeprowadzanych badań w tym zakresie są bardzo różne, czego powodem może być niejednolite kryteria przy doborze chorych do badań. Ostatnią koncepcją należącą do tej grupy są czynniki biochemiczne. Prowadzono badania o nieprawidłowej przemianie neuroprzekaźników u chorych na schizofrenię- dopaminowa i noradrenalinowa hipoteza schizofrenii [11]. Szukano również patomorfologicznych i patofizjologicznych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym mogących powodować psychozy schizofreniczne. Twierdzono, że u schizofreników występuje „zanik mózgu”, natomiast nie było dowodów na istnienie zaniku tkanki nerwowej [12]. Dlatego zaczęto mówić o poszerzeniu się przestrzeni płynowych mózgu i u tych pacjentów, u których występowało stwierdzano m. in. przewlekły charakter schizofrenii. Nie jest to potwierdzona teoria, jednak można stwierdzić, że u części osób chorujących na schizofrenię mamy do czynienia ze zmianami morfologicznymi w różnych obszarach mózgu [12].

Trzecia grupa zwraca uwagę na czynniki psychopatologiczne, które mogą być reakcją psychiczną, dostosowaniem się danej jednostki do otaczającego środowiska, czyli wczesne warunki środowiskowe [10]. Zwraca się uwagę na to, że zła atmosfera rodzinna wpływa na nieprawidłowy rozwój osobowości dziecka, a to prowadzi do wystąpienia stanu przedschizofrenicznego. Należy wspomnieć o predyspozycji do rozwinięcia się psychoz schizofrenicznych. Jeżeli dana osoba ma taką predyspozycję to niekorzystne warunki środowiskowe będą czynnikami wyzwalającymi to zaburzenie. Istnieje wiele koncepcji odnośnie etiologii schizofrenii, w mniejszym lub większym stopniu wsparte dowodami [13]. Trudno jest ją dokładnie określić i udowodnić, gdyż jest to zaburzenie wielopostaciowe, przez co również wielobjawowe, więc trudno potwierdzić określone hipotezy. Obecnie jednak psychiatrzy traktują zaburzenia schizofreniczne jako grupę psychoz o bardzo różnej etiologii, dlatego też podczas diagnozowania nie wybierają jednej grupy przyczyn występowania schizofrenii.

Postacie schizofrenii

Według A. Kępińskiego wyróżniamy cztery podstawowe postacie schizofrenii: prostą, hebefreniczną, katatoniczną i paranoidalną (urojeniową) [9]. Formy te są niejednoznaczne, często zdarza się, że się mieszają oraz przenikają jedna w drugą, przez co trudno określić, która postać dominuje.

Postać prosta występująca stosunkowo rzadko charakteryzuje się narastającym zubożeniem, powolnym rozwojem, apatią, zaburzeniami myślenia i uczuciowości, obniżeniem nastroju, izolowaniem się [9]. Pogarszają się wyniki w szkole, czy pracy [10]. Zdarza się, że osoby chore na tą postać spędzają dużo czasu na bezsensownych zajęciach, np. zapisywanie zeszytu nielogicznymi sekwencjami wyrazów bez związku. Cechuje je posłuszeństwo, spokój, ale również upór, który może objawiać się w postaci niemożności nakłonienia osoby chorej na zmianę porządku dnia, czy stylu ubierania [9]. Zdarza się również drażliwość, nastawienie hipochondryczne, które może zmieniać się w treści urojeniowe. Chory myśli, że ma zbyt wypukłe oczy, bliznę na policzku, której w rzeczywistości nie ma lub wydaje przykrą woń, która jest konsekwencją nieprawidłowo funkcjonujących jelit, przez co ludzie się niego odsuwają. Zdarza się również postać „filozoficzna”, w której chory rozmyśla m. in. nad bezsensownością życia [9]. Forma ta jest bardzo trudna do zdiagnozowania, a remisje lub wyleczenie bez defektu psychicznego zdarzają się rzadko [10].

Przeciwnością postaci prostej jest **forma hebefreniczna** (zdezorganizowana) [10]. jednak tylko pozornie. Spośród wszystkich rodzajów schizofrenii powyższe są najbardziej podobne, przede wszystkim ze względu na występowanie uczucia pustki. W postaci hebefrenicznej występuje jednak nadmierna ruchliwość i inicjatywa, otwartość na różne pomysły, zaczepność, brak dystansu, chory wykonuje polecenia na odwrót, a na pytania odpowiada nedorzecznie. Mówi bardzo dużo, ale często trudno jest go zrozumieć, gdyż przeskakuje z tematu na temat, czy powtarza te same zdania. Mimo, że nadaktywność i wesołkowatość są charakterystyczne dla tej postaci ich koloryt jest bardzo często ponury, a wręcz tragiczny, gdyż cechy te są efektem sprzecznych uczuć i emocji [9].

Formę katatoniczną od innych postaci różnicuje dynamika ruchu oraz jej cykliczność. Dzieli się ona na postać hiperkinetyczną, charakteryzującą się pobudzeniem ruchowym oraz hipokinetyczną, objawiającą się zahamowaniem ruchowym. Przy czym częściej występuje postać osłupieniowa [10]. W obu przypadkach towarzyszy uczucie lęku, który jest objawem osiowym tej formy. Czasami zaburzenia ruchowe są częściowe,

przykładem tego może być mutyzm, czyli zahamowanie mowy. Osoba chora nie reaguje na pytania, czy polecenia [9]. Zdarza się jej utrzymywać jakąś niewygodną pozycję ciała przez bardzo długi okres czasu. Podczas takiego osłupienia czasami dokładnie wiedzą, co się dzieło wokół nich, ale zdarza się też, że w czasie takiego epizodu dotyka ich całkowita lub częściowa amnezja [9]. Następnie chorzy nie odczuwają głodu, pragnienia, czy snu [10]. Niemniej jednak rzadko mamy do czynienia długotrwale z takimi stanami. Obserwuje się również w różnym stopniu rozkojarzenie mowy, czyli chaotyczność, nielogiczność wypowiedzi osoby chorej [9].

Postać paranoidalna, zwana również urojeniową cechuje się przede wszystkim zmianą struktury świata wewnętrznego i zewnętrznego. Forma ta występuje później niż pozostałe postacie choroby [9]. Zazwyczaj w jej przebiegu spotyka się urojenia oraz omamy, chociaż któreś mogą dominować [10].

Wyróżnia się trzy fazy tworzenia się struktury urojeniowej [9]:

- oczekiwania (dziwne napięcie, niepokój, niepewność)
- olśnienia (nowy sposób widzenia, zachwyty)
- uporządkowania (wszystko układa się w logiczną całość).

Osoby chore posiadają hiperfunkcję spostrzegawczości, pamięci i logicznego wiązani, objawia się to sposobem przedstawiania faktów. Jest on bardzo pedantyczny i szczegółowy. Ich struktura urojeniowa opiera się na bardzo podkreślonej egocentryczności układu [9]. Oznacza to, że chory czuje się wszechmocny, wszyscy się do niego odnoszą, nawet drobne szczegóły są bardzo ważne, bo również go dotyczą. Zdarza się również, że chory uważa, że umie odczytywać myśli innych (urojenia wielkościowe), ale z drugiej strony, że inni wiedzą o czym on myśli, jest podsłuchiwany, nie ma własnej woli (urojenia prześladowcze). Dodatkowo bardzo często pojawiają się halucynacje wzrokowe oraz omamy słuchowe słowne, rzadziej omamy węchowe, smakowe.

Według ICD- 10 wyróżniamy również piąty podtyp - **schizofrenię przewlekłą lub rezydualną**, która poprzedzona jest pojawieniem się przytoczonych powyżej postaci oraz cechuje się dominacją objawów negatywnych [11].

Etapy rozwoju schizofrenii

Warto zwrócić również uwagę na trzy etapy rozwoju schizofrenii: owładnięcia, adaptacji i degradacji [9]. Jednakże nie w każdym przypadku będziemy mieli do czynienia z wystąpieniem wszystkich tych faz.

Faza owładnięcia, czyli etap, podczas którego następuje gwałtowne przekształcenie świata „normalnego” w schizofreniczny [9]. Widoczna jest wtedy nagła zmiana osobowości osoby chorej, tzw. „wzór przemiany” [14]. W postaci prostej objawia się to zamknięciem w sobie, zniechęceniem i rezygnacją.

W formie hebefrenicznej przejawia się przekornością, wygłupianiem się i dokuczaniem [9].

W katatonicznej przejawia się zastyganiem lub nadmierną ruchliwością, a w paranoidalnej przeświadczeniem o boskiej wszechmocy, ale i obawą przed innymi, którzy się uporczywie przyglądają, czy podsłuchują. Podczas tego etapu ma miejsce napięcie psychiczne, nieodczuwanie bólu czy potrzeb fizjologicznych [9].

Kolejnym etapem jest **faza adaptacji**, chory oswaja się z nową sytuacją. Przyzwyczajają się do dziwacznych myśli, urojeń i omamów. Stają się one zwyczajne, prawdziwsze, niż rzeczywiste. Mówi się wtedy o „podwójnej orientacji”, czyli funkcjonowaniu chorego w dwóch światach - rzeczywistym i chorobowym-„schizofrenicznym” [14].

Na ogół, podczas remisji choroby, zaprzeczają realności świata chorobowego, natomiast w trakcie nasilenia objawów prawdziwości świata rzeczywistego. Co prowadzi do lęku, który ustępuje dopiero gdy chory zaakceptuje istnienie obu światów. Dodatkowo w tej fazie występuje perwersacja, czyli powtarzanie określonych ruchów, czy słów [9].

Ostatnia, **faza degradacji** charakteryzuje się wygasaniem objawów choroby. Występuje rozpad osobowości oraz jak twierdzi część specjalistów, otępienie uczuciowe. Według Bleulera nasilają się objawy osiowe schizofrenii - autyzm i rozszczepienie, a nie otępienie. Świat chorego staje się pusty, obojętny, dlatego jest to etap, podczas którego najtrudniej leczy się schizofrenię [9].

Po przebytej schizofrenii, może wystąpić tzw. defekt schizofreniczny [9]. Jest to trwała zmiana osobowości, powstała wskutek wystąpienia schizofrenii. Mimo, że samo słowo „defekt” jest nacechowane negatywnie, może mieć formę społecznie dodatnią. Chorzy mogą się całkowicie poświęcać różnym ideom, przykładowo pracy naukowej, czy artystycznej.

Z drugiej strony może też nastąpić izolacja, drażliwość, niechęć do innych ludzi, niewłaściwe reakcje emocjonalne na sytuacje życia codziennego. Jednak nie ulega wątpliwości, że większość osób, które przeszły schizofrenię, zmienia się - pozytywnie, czy też negatywnie.

Objawy schizofrenii

Wspomniane powyżej różne postacie schizofrenii mają odmienne objawy. Jednakże w tej chorobie możemy wyróżnić objawy osiowe, nazwane przez Bleuler'a podstawowymi. Należą do nich: autyzm, zmiany w sferze uczuć oraz rozszczepienie osobowości [10].

Autyzm polega na skupieniu zainteresowania chorego na wewnętrznych przeżyciach oraz utracie kontaktu ze światem zewnętrznym, zamknięcia się w sobie [2].

Kolejnym symptomem osiowym jest **stępienie uczuciowe**, co przejawia się zanikiem więzi emocjonalnych oraz obojętnością nawet wobec najbliższych osób. Chory nie wyraża żadnych emocji, a wszystkie próby ich wydobycia kończą się oporem, a wręcz wściekłością i rozdrażnieniem [2].

Rozszczepienie osobowości, ostatni z objawów osiowych schizofrenii, konstrukcji swoich wypowiedzi, zdarza się, że tworzy neologizmy, które pomagają określić działania, przedmioty, niezrozumiałe dla innych. Prowadzi również do ambiwalencji emocjonalnej, ambisentencji, czyli dwuwartościowości sądów oraz ambitendencji, co oznacza ambiwalencję dążeń. Charakterystyczna jest również niezgodność pomiędzy uczuciami a myślami chorego (paratymia) oraz jego wypowiedziami i mimiką twarzy (paramimia) [2].

Objawy osiowe nie upoważniają do diagnozy psychozy schizofrenicznej, ze względu na to, że obejmują całokształt życia psychicznego [10].

Objawy schizofrenii możemy również zróżnicować na pięć podtypów: pozytywne, negatywne, zaburzenia myślenia, zaburzenia nastroju i zachowania [15]. Symptomy pozytywne, określane także wytwórczymi, dotyczą tych przeświadczeń pacjentów, których nie doznają osoby zdrowe, wzbogacają one obraz kliniczny choroby. Należą do nich urojenia, omamy oraz pobudzenie.

Urojenia - są to zaburzenia myślenia, które są nieprawdziwe, nierzeczywiste oraz nie podlegają korekcji, co oznacza, że osoba chora uważa je za prawdziwe. Bardzo często mają formę zdeformowanych, bezsensownych i nieprawidłowych interpretacji aktualnych zdarzeń i przeżyć, nazywanych błędami wnioskowania [1].

Innym objawem pozytywnym są **omamy (halucynacje)**, czyli zaburzenia spostrzegania. Najczęściej występują omamy słuchowe, w postaci jednego lub więcej głosów, komentujące powszednie czynności osoby chorej. Zdarzają się być nieprzyjemne, obrażające, oskarżające lub rozkazujące [1]. Innymi omamami występującymi w przebiegu choroby są: wzrokowe, czuciowe, smakowe i dotykowe.

Wśród **objawów negatywnych**, zwanych także deficytowymi, ubytkowymi, możemy wyróżnić wycofywanie się z życia społecznego, co wiąże się z trudnościami w kontaktach interpersonalnych, nieumiejętnością porozumiewania się za pomocą gestów, mimiki, czy też postawy ciała [11]. Kontakty niewątpliwie utrudnia również zubożenie uczuciowe oraz alogia, czyli zubożenie wypowiedzi. Innymi symptomami negatywnymi są [16]:

- anhedonia, czyli niemożność odczuwania przyjemności
- aspontaniczność, czy apatia (brak motywacji).

Objawy negatywne pojawiają się u osób z zaburzeniami psychotycznymi, gorzej dostosowanych społecznie w okresie przedchorobowym, kiedy psychoza występuje w wywiadzie rodzinnym oraz gdy ujawniają się zaniki w badaniach obrazowych mózgu [16].

Zaburzenia poznawcze, czy też myślenia, są zasadniczymi zaburzeniami występującymi w schizofrenii. Pośród symptomów zaliczających się do tego podtypu można wyróżnić problemy z koncentracją, uwagą oraz pamięcią. Zaburzona może być również percepcja społeczna, przez co utrudnione są kontakty interpersonalne osób chorych na schizofrenię [15].

Brak zdolności do myślenia abstrakcyjnego oraz nadmierna konkretność także utrudnia procesy myślowe. Symptomami zaburzonego myślenia są także problemy językowe, tj. tworzenie neologizmów, czy tzw. sałata słowna [17].

Zaburzenia afektu, innymi słowy nastroju, mają związek z innymi powyższymi objawami obecnymi w chorobie, ponieważ powodują one pogorszenie się stanu emocjonalnego chorego. Często to prowadzi do depresji, myśli samobójczych, które powiązane są z odczuwaniem niepokoju i lęku. Ponadto obecne są negatywne emocje. Przykładowo rozdrażnienie, gniew, niechęć do innych bądź nieufność.

Według badań z 2007 roku prowadzonych przez Eack'a i Newhill'a depresja i lęk wpływają na jakość życia w większym stopniu, niż objawy pozytywne i negatywne, co potwierdzają badania Kopycińskiego z 2012 roku [18].

Ostatnim podtypem objawów występujących w schizofrenii są zaburzenia zachowania. Występują one rzadko, ze względu na przyjmowanie przez chorych leków przeciwpsychotycznych. Należą do nich [5]:

- katatonia
- mutyzm
- zdeorganizowana lub pobudzona aktywność.

Cel pracy

Głównym celem pracy było określenie wiedzy oraz postaw studentów wobec osób chorujących na schizofrenię, problem głównym - jaka jest wiedza oraz postawy studentów wobec osób chorujących na schizofrenię?

Metoda, techniki i narzędzia badawcze

Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa składający się z trzech części. Arkusz obejmował 26 pytań zamkniętych oraz był przeznaczony dla studiującej młodzieży.

Badania zostały zrealizowane od lutego do maja 2016 r. Objęto nimi studiującą młodzież w wieku 19-33 lat z uczelni lubelskich, warszawskich, krakowskich oraz poznańskich. Wśród badanych znajdowały się osoby z kierunków o specyfice medycznej 51,82% oraz niemedycznej 48,18%. Kwestionariusz ankiety własnego autorstwa został wykorzystany do zgromadzenia materiału badawczego, dzięki któremu możliwe były odpowiedzi na postawione pytania badawcze. Narzędzie to było przeprowadzone wśród studentów niżej wymienionych uczelni: Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Politechnika Lubelska, Uniwersytet Warszawski, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, Politechnika Warszawska, Wyższa Szkoła Humanistyczna w Warszawie, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie, Wojskowa Akademia Techniczna w Warszawie, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu i Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

Badania były realizowane poprzez osobiste wręczenie ankiet respondentom powyższych uczelni oraz poprzez ankietę internetową (<https://www.ankietka.pl/wyniki-badania/218107/wiedza-o-chorobie-i-postawy-wobec-osob-chorujacych-na-schizofrenie.html>).

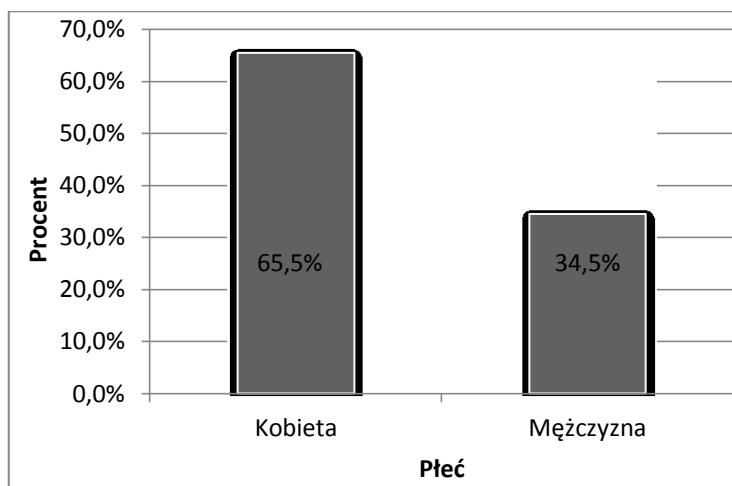
Osoby chętne do uczestniczenia w badaniu po uzyskaniu kompletnych informacji o celu badań i ich anonimowości, świadomie wyraziły zgodę i samodzielnie wypełniły kwestionariusz ankiety.

W sumie zostało wypełnionych 230 kwestionariuszy, z których 220 zostało wypełnionych prawidłowo i kompletnie.

Wyniki, arkuszy wypełnionych osobiście przez respondentów zostały przeniesione do ankiety internetowej.

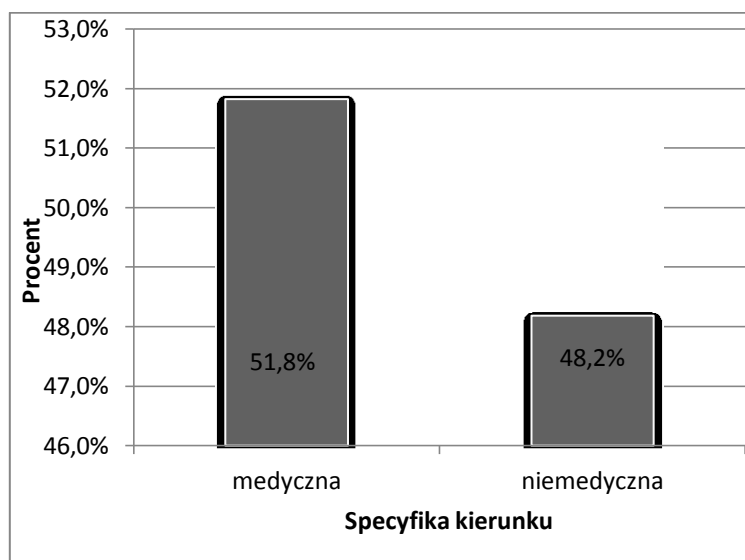
Zdobyty materiał empiryczny poddano analizie opisowej. Następnie zostały zaprezentowane wyniki opracowane na podstawie programu Microsoft Excel 2010.

Charakterystyka grupy badanej



Ryc. 1. Płeć badanych osób

Większość badanych stanowiły kobiety (65,5%), natomiast co trzeci respondent był mężczyzną (34,5%) .



Ryc. 2. Specyfika kierunku studiów grupy badanej

Respondenci zostali podzieleni według specyfiki kierunku na medyczną i niemedyczną. Liczba osób w tych grupach była zbliżona, odpowiednio dla specyfiki

Wyniki

Na podstawie wyników badań własnych, pozyskanych poprzez kwestionariusz ankiety uzyskano informację dotyczącą wiedzy (pyt 3,4,6) i postaw respondentów (pyt. 19,24,25) wobec osób chorujących na schizofrenię.

Tab. 1. Opinie respondentów dotyczące akceptacji osób chorujących na schizofrenię przez społeczeństwo

Czy według Pana/i opinii osoby chorujące na schizofrenię są akceptowane przez społeczeństwo?	% odpowiedzi
tak	19,5%
nie, ale powinni być akceptowani	78,2%
nie, nie należy się im akceptacja	2,3%

Jak wynika z danych zawartych w tabeli /tab. 1/ aż 78,2% respondentów deklaruje, iż osobom chorującym na schizofrenię należy się akceptacja. Tylko 2,3% badanych uważa, że im się ona nie należy.

Tab. 2. Opinie respondentów na temat zajmowania odpowiedzialnych stanowisk przez osoby chorujące na schizofrenię

Czy według Pana/i, osoby chorujące na schizofrenię powinny zajmować odpowiedzialne stanowiska?	% odpowiedzi
tak	23,2%
nie	76,8%

Tabela pokazuje /tab. 2./, że aż 76,8% studentów twierdzi, iż osoby chorujące na schizofrenię nie powinny zajmować odpowiedzialnych stanowisk, jedynie 23,2% jest odmiennego zdania.

Z przedstawionych danych w tabeli /tab.3./ wynika, że 64,1% badanych wykazało, że istnieją zagrożenia dla podwładnych od strony osoby chorującej na schizofrenię, będącej na stanowisku kierowniczym.

Jak wynika z danych zawartych w tabeli /tab. 4/ kobiety wykazywały wyższą samoocenę swojej wiedzy dotyczącej choroby, niż mężczyźni. Wśród odpowiedzi oceniającej

wiedzę jako dobrą, aż 82,9% wybrały kobiety, natomiast spośród odpowiedzi oceniającej wiedzę jako bardzo złą, 77,3% zaznaczyli mężczyźni.

Tab. 3. Opinie respondentów dotyczące istnienia zagrożenia dla podwładnych od strony osoby chorującej na schizofrenię, będącej na stanowisku kierowniczym

Czy według Pana/i opinii istnieją zagrożenia dla podwładnych od strony osoby chorującej na schizofrenię, będącej na stanowisku kierowniczym?	% odpowiedzi
tak	64,1%
nie	35,9%

Tab. 4. Subiektywna ocena wiedzy respondentów na temat schizofrenii wg płci

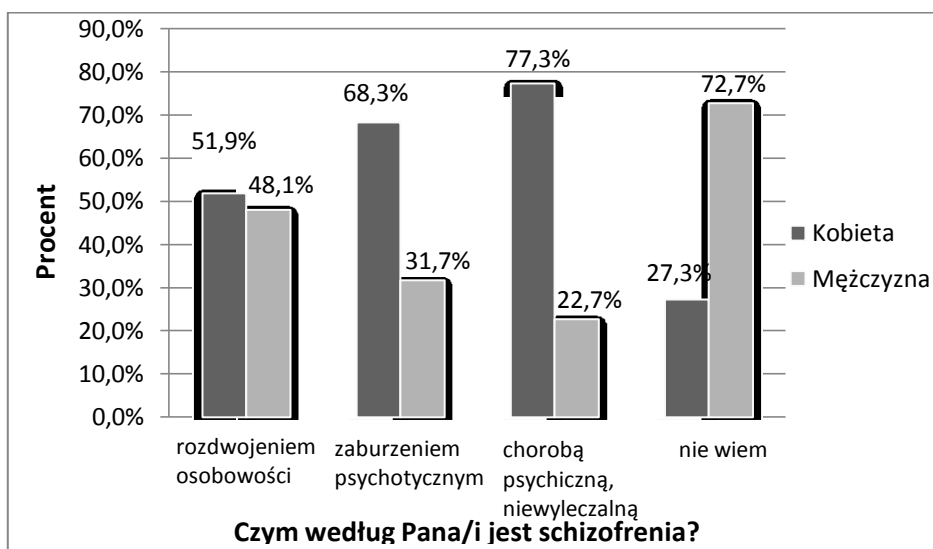
Jak ocenia Pan/i swoją wiedzę na temat schizofrenii?	Kobiety	Mężczyźni	% wszystkich odpowiedzi
bardzo dobra	66,7%	33,3%	1,4%
dobra	82,9%	17,1%	50,5%
zła	53,6%	46,4%	38,2%
bardzo zła	22,7%	77,3%	10,0%

Tabela 5 pokazuje, że kobiety czerpią wiedzę z bardziej wiarygodnych źródeł, niż mężczyźni. Pośród odpowiedzi uznającej czerpanie wiedzy zasięgniętej z literatury naukowej, aż 85,4% zaznaczyły kobiety, a wśród odpowiedzi przyjmującej brak wiedzy na ten temat 59,4% wybrali mężczyźni, co ma istotną zależność z wiedzą na temat choroby.

Tab. 5. Źródło czerpania wiedzy studentów o schizofrenii wg płci

Skąd czerpie Pan/i wiedzę o schizofrenii?	Kobiety	Mężczyźni	% wszystkich odpowiedzi
znam osobę chorującą na tę chorobę	68,4%	31,6%	8,6%
od rodziny, znajomych	65,0%	35,0%	9,1%
z literatury naukowej	85,4%	14,6%	21,8%
z mediów	63,2%	36,8%	17,3%
z internetu	63,5%	36,5%	28,6%
nie posiadam wiedzy na ten temat	40,6%	59,4%	14,5%

Jak widać na Ryc. 4, kobiety mają lepszą wiedzę o tym, czym jest schizofrenia, niż mężczyźni. Prawidłowe odpowiedzi kobiet stanowiły 68,3% ogółu prawidłowych odpowiedzi na to pytanie, mężczyźni tylko 31,7%. Kobiety mają lepszą wiedzę o tym, czym jest schizofrenia, niż mężczyźni. Prawidłowe odpowiedzi kobiet stanowiły 68,3% ogółu prawidłowych odpowiedzi na to pytanie, mężczyźni tylko 31,7%.



Ryc. 3 Wiedza badanych na temat tego, czym jest schizofrenia wg płci

Tabela 6 pokazuje, że zdecydowaną większość prawidłowych odpowiedzi na pytanie udzieliły kobiety (80%), odpowiedzi mężczyzn stanowiły tylko 20% ogółu poprawnych odpowiedzi.

Tab. 6. Wiedza studentów dotycząca tego, kto najczęściej choruje na schizofrenię wg płci

Kto najczęściej choruje na schizofrenię?	Kobieta	Mężczyzna
osoby młode	80,0%	20,0%
osoby starsze	55,4%	44,6%
nie wiem	52,4%	47,6%

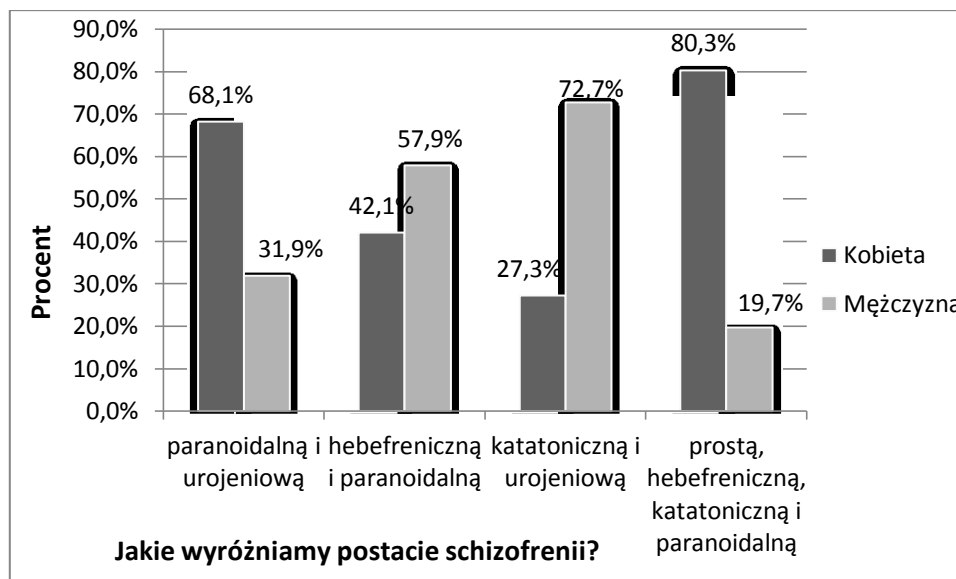
Kobiety mają lepszą wiedzę dotyczącą postaci schizofrenii, niż mężczyźni. Ich odpowiedzi stanowiły 80,3% ogółu poprawnych odpowiedzi, zaś mężczyzn jedynie 19,7%.

Z przedstawionych danych w tabeli /tab. 7/ kobiety wykazały również większą chęć uzyskania większej ilości informacji dotyczących zaburzenia, stanowiąc 74,1% odpowiedzi pozytywnej, mężczyźni zaś 56,7% negatywnej.

Jak wynika z danych zawartych w tabeli /tab. 8/ studenci kierunków w specyfice medycznej wykazywali wyższą ocenę swojej wiedzy dotyczącej choroby, niż niemedyce. Wśród odpowiedzi oceniającej wiedzę jako dobrą, aż 71,2% wybrali ci pierwsi, natomiast pośród odpowiedzi oceniającej wiedzę jako bardzo złą, 100% zaznaczyli ci drudzy.

Tabela 9 pokazuje, że studujący kierunki medyczne czerpią wiedzę z bardziej wiarygodnych źródeł, niż studenci kierunków niemedyce. Pośród odpowiedzi uznającej

czierpanie wiedzy zasięgniętej z literatury naukowej, aż 87,5% zaznaczyły osoby z kierunków medycznych, a wśród odpowiedzi przyjmującej brak wiedzy na ten temat 84,4% wybrali ci drudzy.



Ryc. 4. Wiedza studentów na temat postaci schizofrenii wg płci

Tab. 7. Chęć uzyskania większej ilości wiedzy badanych o chorobie wg płci

Czy chciałby/ chciałaby Pan/i dowiedzieć się więcej na temat schizofrenii?	Kobiety	Mężczyźni	%wszystkich odpowiedzi
Tak	74,1%	25,9%	71,8%
Nie	43,5%	56,5%	28,2%

Tab. 8. Subiektywna ocena wiedzy respondentów na temat schizofrenii wg specyfiki kierunku studiów

Jak ocenia Pan/i swoją wiedzę na temat schizofrenii?	medycznej	niemedycznej	% wszystkich odpowiedzi
bardzo dobra	33,3%	66,7%	1,4%
Dobra	71,2%	28,8%	50,5%
Zła	40,5%	59,5%	38,2%
bardzo zła	0,0%	100,0%	10,0%

Jak wynika z danych zawartych w tabeli /tab. 10/ studenci kierunków medycznych mają lepszą wiedzę o tym, czym jest schizofrenia, niż niemedycznych. Prawidłowe odpowiedzi tych pierwszych stanowiły 59,8% ogółu prawidłowych odpowiedzi na to pytanie.

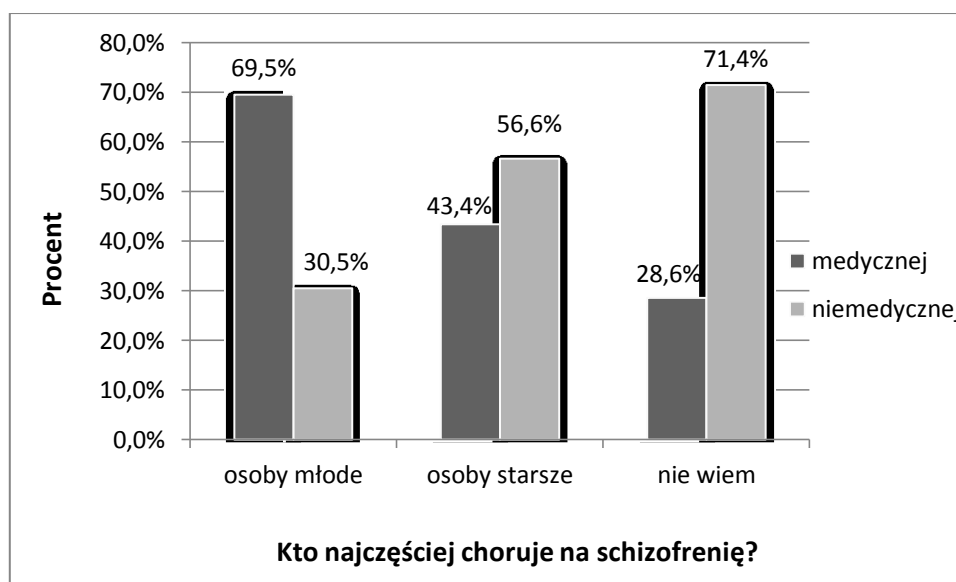
Tab. 9. Źródło czerpania wiedzy studentów o schizofrenii wg specyfiki kierunku studiów

Skąd czerpie Pan/i wiedzę o schizofrenii?	medycznej	niemedycznej	% wszystkich odpowiedzi
znam osobę chorującą na tę chorobę	52,6%	47,4%	8,6%
od rodziny, znajomych	40,0%	60,0%	9,1%
z literatury naukowej	87,5%	12,5%	21,8%
z mediów	55,3%	44,7%	17,3%
z Internetu	44,4%	55,6%	28,6%
nie posiadam wiedzy na ten temat	15,6%	84,4%	14,5%

Tab. 10. Wiedza badanych na temat tego, czym jest schizofrenia wg specyfiki kierunku

Czym według Pana/i jest schizofrenia?	medyczna	niemedyczna
rozwojeniem osobowości	36,5%	63,5%
zaburzeniem psychotycznym	59,8%	40,2%
chorobą psychiczną, niewyleczalną	61,3%	38,7%
nie wiem	0,0%	100,0%

Ryc. 6 pokazuje, że większość prawidłowych odpowiedzi na pytanie udzielili studenci kierunków medycznych (69,5%), natomiast odpowiedzi tych drugich stanowiły 30,5% ogółu poprawnych odpowiedzi.



Ryc. 5. Wiedza studentów dotycząca tego, kto najczęściej choruje na schizofrenię wg specyfiki kierunku

Z przedstawionych danych w tabeli /tab. 11/ wynika, że studenci kierunków medycznych (65,2%) mają lepszą wiedzę dotyczącą postaci schizofrenii, niż niemedycechnych.

Tab. 11. Wiedza studentów na temat postaci schizofrenii wg specyfiki kierunku

Jakie wyróżniamy postacie schizofrenii?	medyczna	niemedycechna
paranoidalną i urojeniową	56,6%	43,4%
hebefreniczną i paranoidalną	26,3%	73,7%
katatoniczną i urojeniową	9,1%	90,9%
prostą, hebefreniczną, katatoniczną i paranoidalną	65,2%	34,8%

Z przedstawionych danych w tabeli /tab. 12/ respondenci kierunków medycznych wykazali również większą chęć uzyskania większej ilości informacji dotyczących zaburzenia, stanowiąc 58,9% odpowiedzi pozytywnej, ci drudzy zaś 66,1% negatywnej.

Tab. 12. Chęć uzyskania większej ilości wiedzy badanych o chorobie wg specyfiki kierunku studiów

Czy chciałby/ chciałyby Pan/i dowiedzieć się więcej na temat schizofrenii?	medyczna	niemedycechna	% wszystkich odpowiedzi
tak	58,9%	41,1%	71,8%
nie	33,9%	66,1%	28,2%

Jak wynika z danych zawartych w tabeli /tab. 13/ mieszkańcy miast oraz wsi wykazywali podobną ocenę swojej wiedzy dotyczącej choroby. Wśród odpowiedzi oceniającej wiedzę jako dobrą, 63,1% zaznaczyły osoby pochodzące z miasta, natomiast spośród odpowiedzi określającej wiedzę jako bardzo dobrą wybrało 66,7% osób zamieszkujących wieś.

Tab. 13. Subiektywna ocena wiedzy respondentów na temat schizofrenii wg miejsca zamieszkania

Jak ocenia Pan/i swoją wiedzę na temat schizofrenii?	Miasto	Wieś	% wszystkich odpowiedzi
bardzo dobra	33,3%	66,7%	1,4%
dobra	63,1%	36,9%	50,5%
zła	54,8%	45,2%	38,2%
bardzo zła	59,1%	40,9%	10,0%

Tabela 14 pokazuje, że osoby mieszkające w miastach i na wsiach w największym oraz porównywalnym stopniu czerpią wiedzę z internetu (28,6%). Wśród wszystkich odpowiedzi mieszkańcy miast w największym stopniu uznawali, że nie posiadają wiedzy na temat choroby (75%), natomiast osoby pochodzące ze wsi, że znają osobę z rozpoznaniem schizofrenii (52,6%).

Tab. 14. Źródło czerpania wiedzy studentów o schizofrenii wg miejsca zamieszkania

Skąd czerpie Pan/i wiedzę o schizofrenii?	Miasto	Wieś	% wszystkich odpowiedzi
znam osobę chorującą na tę chorobę	47,4%	52,6%	8,6%
od rodziny, znajomych	60,0%	40,0%	9,1%
z literatury naukowej	58,3%	41,7%	21,8%
z mediów	60,5%	39,5%	17,3%
z internetu	54,0%	46,0%	28,6%
nie posiadam wiedzy na ten temat	75,0%	25,0%	14,5%

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 15 mieszkańcy miast (61%) mają lepszą wiedzę o tym, czym jest schizofrenia, niż osoby ze wsi.

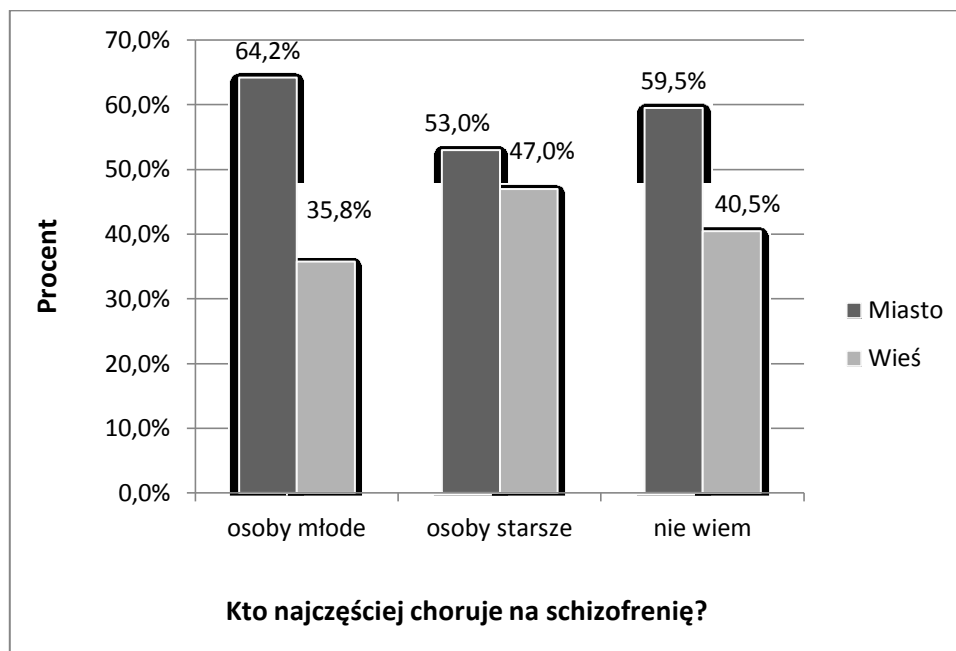
Tab. 15. Wiedza badanych na temat tego, czym jest schizofrenia wg miejsca zamieszkania

Czym według Pana/i jest schizofrenia?	Miasto	Wieś
rozwojeniem osobowości	57,7%	42,3%
zaburzeniem psychotycznym	61,0%	39,0%
chorobą psychiczną, niewyleczalną	57,3%	42,7%
nie wiem	63,6%	36,4%

Ryc. 7 pokazuje, że większość prawidłowych odpowiedzi na pytanie udzieliły osoby pochodzące z miast (64,2%), odpowiedzi mieszkańców wsi stanowiły tylko 35,8% ogółu poprawnych odpowiedzi.

Z przedstawionych powyżej danych w tabeli 16 wynika, że mieszkańcy miast mają lepszą wiedzę dotyczącą postaci schizofrenii, niż osoby pochodzące ze wsi. Ich odpowiedzi stanowiły 57,6% ogółu poprawnych odpowiedzi, zaś mieszkańców wsi 42,4%.

Z przedstawionych powyżej danych w tabeli respondenci z miast wykazali również większą chęć uzyskania większej ilości informacji dotyczących zaburzenia, stanowiąc 58,2% odpowiedzi pozytywnej, ci drudzy zaś 61,3% negatywnej.



Ryc. 6. Wiedza studentów dotycząca tego, kto najczęściej choruje na schizofrenię wg miejsca zamieszkania

Tab. 16. Wiedza studentów na temat postaci schizofrenii wg miejsca zamieszkania

Jakie wyróżniamy postacie schizofrenii?	Miasto	Wieś
paranoidalną i urojeniową	61,9%	38,1%
hebefreniczną i paranoidalną	68,4%	31,6%
katatoniczną i urojeniową	40,9%	59,1%
prostą, hebefreniczną, katatoniczną i paranoidalną	57,6%	42,4%

Tab. 17. Chęć uzyskania większej ilości wiedzy badanych o chorobie wg miejsca zamieszkania

Czy chciałby/ chciałaby Pan/i dowiedzieć się więcej na temat schizofrenii?	Miasto	Wieś	% wszystkich odpowiedzi
tak	58,2%	41,8%	71,8%
nie	61,3%	38,7%	28,2%

Wnioski

- Respondenci deklarują, że osobom chorującym na schizofrenię należy się akceptacja. Jednakże twierdzą również, że istnieją zagrożenia dla podwładnych od strony osoby chorej na schizofrenię, będącej na stanowisku kierowniczym oraz że osoby te nie powinny zajmować odpowiedzialnych stanowisk. Świadczy to

- o deklarowaniu przez badanych postaw pozytywnych, ale wykazywaniu również negatywnych postaw wobec osób chorujących na schizofrenię.
2. Osoby lepiej oceniające swoją wiedzę, tj. kobiety oraz studenci kierunków medycznych, rzeczywiście wykazują się lepszą wiedzą, co może być spowodowane chęcią zdobywania większej ilości wiedzy na temat schizofrenii.
 3. Badani wskazujący na bardziej wiarygodne źródła wiedzy, tj. literaturę naukową, wykazują lepszą wiedzę od pozostałych, co może wynikać z jakości i prawdziwości otrzymywanych przez różne źródła informacji.
 4. Wiedza studentów była niewystarczająca, większość nie wiedziała, czym jest schizofrenia, kto najczęściej na nią choruje, czy nie znała podstawowych postaci schizofrenii. Dlatego też należałoby bardziej edukować społeczeństwo na temat choroby, gdyż wyższa wiedza zwiększa prawdopodobieństwo występowania pozytywnych postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi
 5. Płeć różnicuje badanych pod względem wiedzy dotyczącej schizofrenii. Kobiety wykazują lepszą wiedzę dotyczącą psychoz schizofrenicznych, niż mężczyźni.
 6. Osoby mieszkające w mieście wykazują się większą wiedzą na temat choroby, od osób mieszkających na wsi, co może wynikać z tego, że osoby mieszkające w mieście mają lepszy dostęp do informacji.
 7. Studenci kierunków medycznych posiadali lepszą wiedzę o chorobie, niż niemedycznych, co może być spowodowane zainteresowaniami związanymi ze specyfiką podjętych przez nich studiów.

Piśmiennictwo

1. Grzywa A. (red.): Psychiatria. Aktualności w rozpoznaniu i leczeniu, Wyd. Czelej, Lublin, 2011.
2. Bilikiewicz A., Landowski J, Radziwiłłowicz P.: Psychiatria. Repetytorium, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1999.
3. Goebel W.: Schizofrenie i zaburzenia urojeniowe. [w:] Kompendium Psychiatrii psychoterapii medycyny psychosomatycznej, Bilikiewicz A. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005, 89.
4. Puzyński S. (red.): Leksykon psychiatrii, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1993.

5. Tyszkowska M., Jarema M.: Między zdrowiem a schizofrenią, *Psychiatr. Pol.*, 2013, 47, 4, 587.
6. Wciórka J.: Psychozy schizofreniczne [w:] *Psychiatria, Podręcznik dla studentów medycyny*, Bilikiewicz A. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006, 270.
7. Tomb D.A.: *Psychiatria*, Sidorowicz S. (red.), Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 1998, 20.
8. Scully J.H.: *Psychiatria*, Rybakowski J. (red.), Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław 1998, 48.
9. Kępiński A.: *Schizofrenia*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1981, 24.
10. Cwynar S.: Psychozy schizofreniczne. [W:] *Podstawy psychiatrii*, Jarosz M. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1988, 87.
11. Puri B. K., Treasaden I.H.: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów*, Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław, 2014.
12. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.): *Psychiatria, t. I*, Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław, 2002.
13. Grzywa A.: *Omamy i urojenia*, Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław, 2000, 102.
14. Grądział K.: *Schizofrenia z bliska, czyli podstawy wiedzy o schizofrenii. Część 2*, <http://domenazdrowia.pl/medycyna/psychiatria/arttykul/article/schizofrenia-z-bliska-czyli-podstawy-wiedzy-o-schizofrenii-czesc-2.html>, dostęp:14.05.2016.
15. Mueser K.T., Gingerich S.: *Życie ze schizofrenią*, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań 1996.
16. Rydzewski M. (red.): *Neuropsychiatria*, Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław, 2005, 197.
17. Hunca-Bednarska A.: *Skojarzenia werbalne w schizofrenii*, Wyd. Czelej, Lublin, 1997.
18. Kopyciński Z.: *Kliniczne i socjodemograficzne determinanty jakości życia w przewlekłej schizofrenii, praca doktorska, UM w Lublinie.*

Ocena jakości oferowanych usług przez Poradnię Zdrowia Psychicznego w SPZOZ w Bielsku-Białej. Analiza zapotrzebowania na wsparcie osób przewlekle chorych psychicznie w środowisku

Fołtyn Agnieszka^{1,2}, Graf Lucyna¹, Ślezione Mariola¹

1. Zakład Filozofii i Bioetyki Katedry Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny
2. Akademia Techniczno-Humanistyczna, Wydział Nauk o Zdrowiu, Bielsko-Biała

Wstęp

Jakość usługi to miara wskazująca, w jakim stopniu realizacja konkretnego świadczenia odpowiada oczekiwaniom klienta [1]. Jakość świadczonej opieki zdrowotnej może być oceniana poprzez badania satysfakcji pacjenta – ocena subiektywna, badania sprawności organizacji – ocena obiektywna [2].

W badaniach jakości satysfakcja pacjenta jest definiowana jako reakcja emocjonalna na doświadczenia związane z usługami medycznymi. Składają się na nią aspekty interpersonalne uwzględniające podmiotowość i autonomię pacjenta oraz sztuka leczenia połączona z możliwością wyboru opieki [2]. Satysfakcja pacjenta z leczenia jest, obok wiedzy i doświadczenia personelu, jak również dostępu do coraz nowocześniejszych metod diagnostycznych, warunkiem koniecznym do uzyskania dobrych wyników leczenia, pomimo trudności w jej zdefiniowaniu, stanowi nieodłączny element oceny jakości opieki [3].

Podstawową koncepcją teoretyczną używaną w określaniu satysfakcji jest podejście związane z oczekiwaniem pacjenta. Zgodnie z tym modelem osoba szuka pomocy z różnych przyczyn i ocena tego, co otrzymuje nie zależy tylko od samej instytucji, ale od całego procesu stawania się odbiorcą pomocy, „klientem”. Satysfakcja w tym ujęciu jest pojęciem poznawczym, ale także emocjonalnym, które zależy od zmiennych psychologicznych (oczekiwań, systemu wartości itp.) [4]. Uzyskanie dobrych wyników leczenia wymaga spełnienia w opiece medycznej koniecznych warunków. Pierwszy z nich to profesjonalizm pracowników służby zdrowia. Drugi, nie mniej ważny (a dużo trudniejszy do zdefiniowania) – to satysfakcja z leczenia, czyli subiektywna ocena jakości usług medycznych [5].

Obok konkretnych zmian na lepsze, wynikających z kontrolowania jakości usług, istotnym dla pacjentów czynnikiem jest fakt „udzielania im głosu” – uznania prawa do wypowiedzenia opinii na temat opieki medycznej i stawiania ocen partnerom relacji zawodowej. Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi korzystający z usług ambulatoryjnych często podlegają stygmatyzacji oraz nie mają oparcia w środowisku społecznym. Opieka medyczna sprawowana w sposób dla nich satysfakcjonujący może, poza efektem leczniczym, pełnić dodatkową, umacniającą rolę [2].

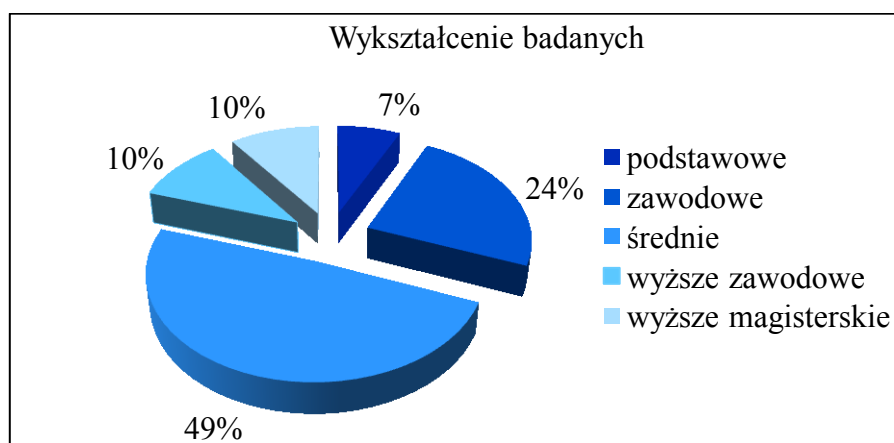
Material i metody

W badaniach wzięło udział 100 pacjentów korzystających ze świadczeń w Poradni Zdrowia Psychicznego Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bielsku-Białej. Do przeprowadzenia badania użyto autorskiego kwestionariusza ankiety.

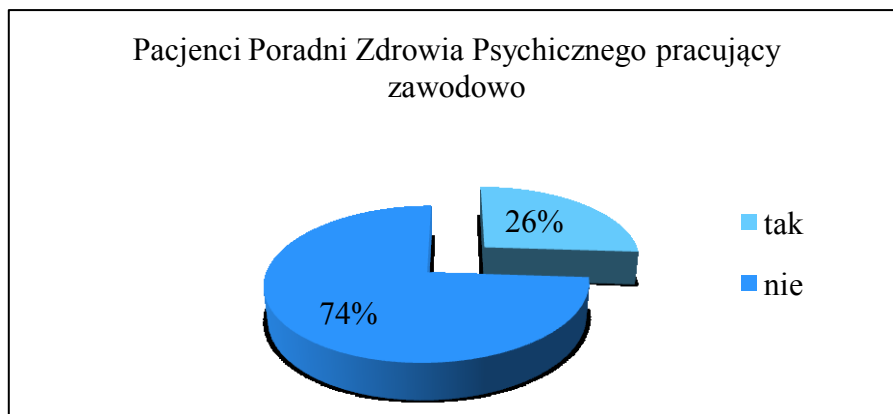
Wyniki

Wyniki badania wieku ankietowanych wskazały jako najliczniejszą grupę chorych w przedziale wiekowym między 41. a 60. r.ż. Większość badanej populacji stanowiły kobiety - 57%, mężczyźni stanowili 43% ogółu badanych.

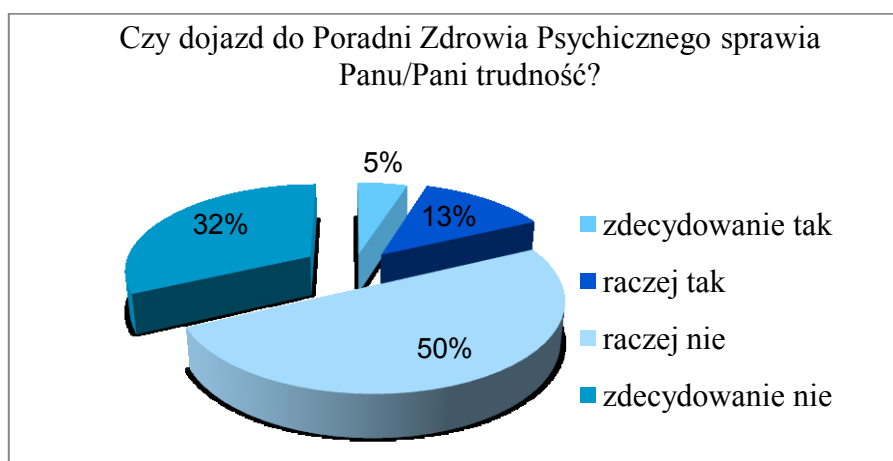
Wyniki dotyczące miejsca zamieszkania wskazują na to, że większość pacjentów biorących udział w badaniu mieszka w mieście i 49% respondentów korzystających z usług Poradni Zdrowia Psychicznego ma średnie wykształcenie.



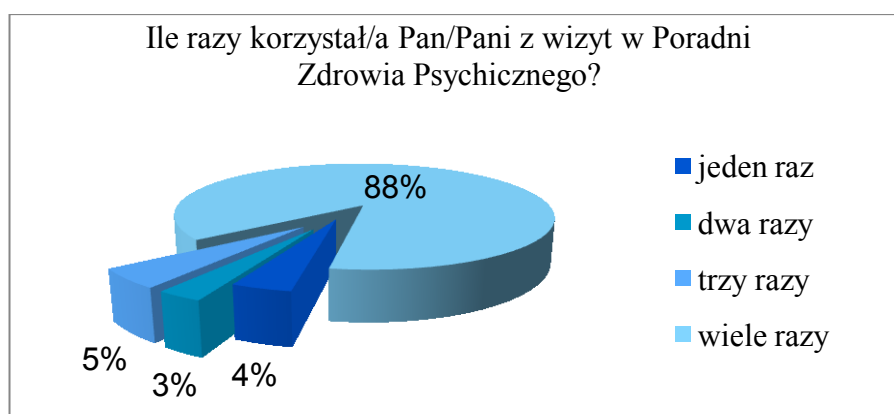
W badanej grupie aż 74% nie pracuje zawodowo.



Dojazd do Poradni Zdrowia Psychicznego, ze względów komunikacyjnych, raczej nie sprawia pacjentom trudności. Takiej odpowiedzi udzieliło 50% ankietowanych.



Kolejne pytanie w ankiecie miało na celu uzyskanie informacji, ile razy respondent korzystał z usług Poradni Zdrowia Psychicznego. Aż 88% badanych wielokrotnie korzystało z tej formy opieki psychiatrycznej.



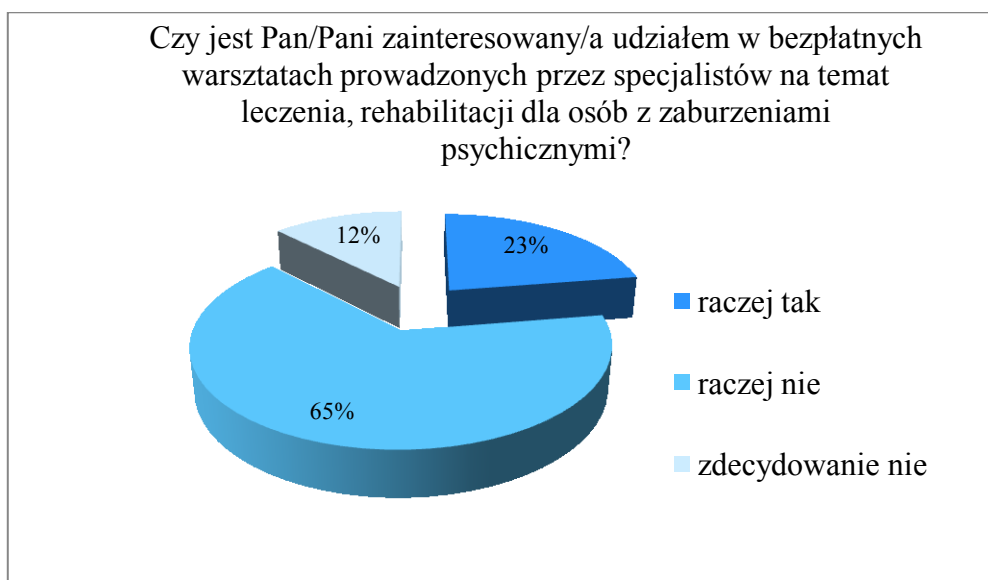
Następnie oceniono przebieg rejestracji, który był w 92% zgodny z oczekiwaniami badanych.



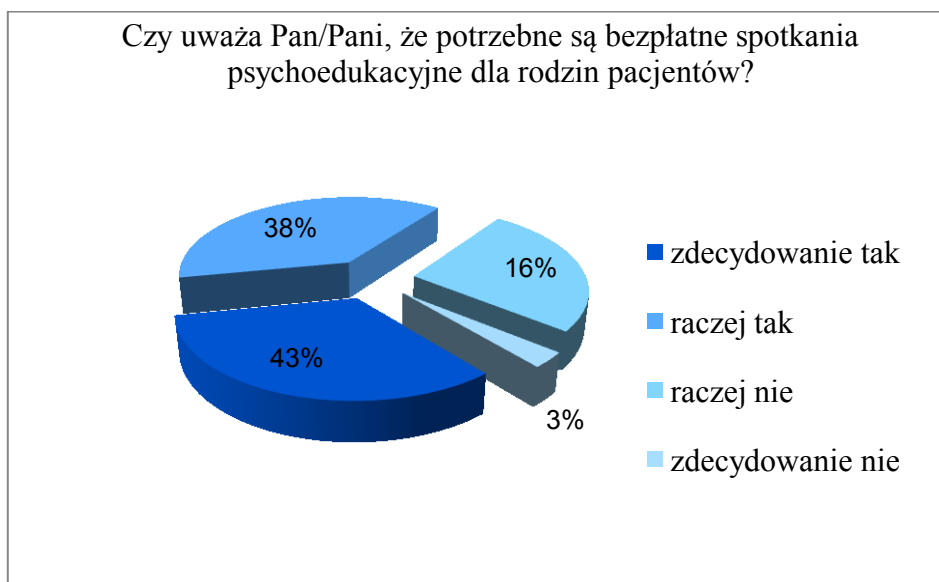
W 53% pacjenci byli poinformowani o możliwości skorzystania z bezpłatnej porady pracownika socjalnego, 47% nie wiedziało o takiej formie bezpłatnej pomocy.



Uczestnicy badania uznali w większości (65% ankietowanych), iż nie są zainteresowani osobistym udziałem w bezpłatnych warsztatach poszerzających ich wiedzę na temat zaburzeń psychicznych. Uczestnicy badania uznali w większości (65% ankietowanych), iż nie są zainteresowani osobistym udziałem w bezpłatnych warsztatach poszerzających ich wiedzę na temat zaburzeń psychicznych



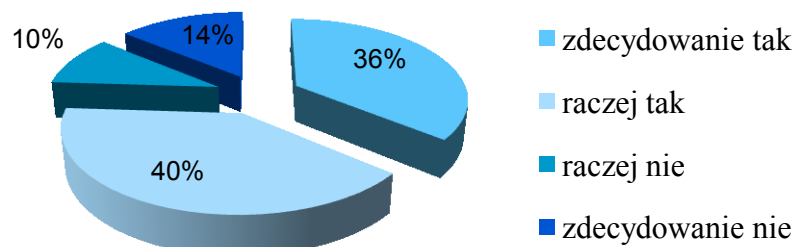
Analiza wypowiedzi uczestników badania wskazała na potrzebę organizowania bezpłatnych spotkań psychoedukacyjnych dla rodzin pacjentów.



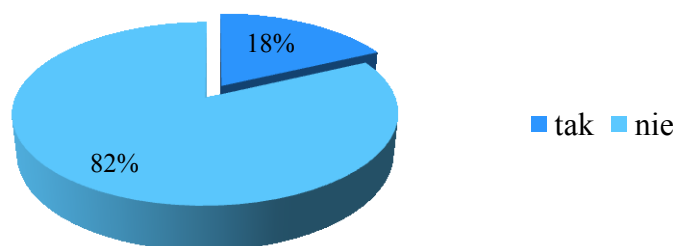
Zdecydowana większość badanych jest zainteresowana możliwością uzyskania bezpłatnej domowej porady lekarza psychiatry w ramach usług świadczonych przez zespół leczenia środowiskowego.

Z analizy danych wynika, że zdecydowana większość badanych nie wie o możliwości skorzystania z bezpłatnych specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a skorzystaniem z bezpłatnych wizyt domowych lekarza psychiatry oraz pielęgniarki środowiskowej jeżeli zajdzie taka potrzeba?



Czy słyszał/a Pan/Pani o możliwości skorzystania z oferty specjalistycznych usług opiekuńczych realizowanych jako forma oparcia społecznego dla osób chorych psychicznie?



Dyskusja

Większość badanych pacjentów wielokrotnie korzystała z usług Poradni Zdrowia Psychicznego.

Skuteczne oddziaływania terapeutyczne na osoby przewlekle chore psychicznie nie mogą ograniczać się jedynie do farmakoterapii [6].

Wyniki przeprowadzonego badania wskazują na konieczność poszerzania oferty środowiskowej, szczególnie w zakresie wsparcia społecznego i współpracy z rodziną pacjenta. Odpowiednim wsparciem stają się w takiej sytuacji oddziaływania psychospołeczne, których podstawowym celem jest poprawa funkcjonowania społecznego pacjenta, poprzez

wspieranie w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych, monitorowanie stanu psychicznego, tak aby ograniczać hospitalizację, wypracowanie sposobów radzenia sobie ze stale utrzymującymi się objawami, pomoc rodzinie w dźwiganie brzemienia choroby psychicznej [7].

Badania wskazują na potrzebę poszerzenia opieki środowiskowej, głównie w zakresie oddziaływań w domu pacjenta, współpracy z rodziną oraz współpracy z ośrodkami pomocy społecznej celem poszerzenia opieki środowiskowej [4].

Wnioski

Analiza uzyskanych danych pozwala sformułować wnioski końcowe dotyczące jakości oferowanych usług w Poradni Zdrowia Psychicznego oraz zapotrzebowania na wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi w środowisku społecznym.

1. Dojazd do Poradni Zdrowia Psychicznego ze względów komunikacyjnych nie sprawia pacjentom trudności.
2. Zdecydowana większość uczestników badania wielokrotnie korzystała z usług Poradni Zdrowia Psychicznego.
3. Pacjenci są zadowoleni z obsługi w rejestracji, która przebiegała zgodnie z ich oczekiwaniem.
4. Pacjenci są poinformowani o możliwości skorzystania z bezpłatnej pomocy pracownika socjalnego.
5. Większość pacjentów nie jest zainteresowana udziałem w zajęciach edukacyjnych poszerzających ich wiedzę na temat zaburzeń psychicznych.
6. Zdecydowana większość badanych jest zainteresowana możliwością uzyskania bezpłatnej domowej porady lekarza psychiatry w ramach leczenia zespołu środowiskowego.
7. Z analizy danych wynika, że większość badanych nie wie o możliwości skorzystania z bezpłatnych specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
8. Badania wskazują na konieczność poszerzenia opieki środowiskowej, szczególnie w zakresie wsparcia społecznego, współpracy z rodziną i poszerzeniem oferty opieki środowiskowej.
9. Analiza wypowiedzi uczestników badania wskazała na konieczność organizowania bezpłatnych spotkań psychoedukacyjnych dla rodzin pacjentów.

- W opinii ankietowanych czas oczekiwania na wizytę do lekarza psychiatry powinien być krótszy, a lekarz musi mieć więcej czasu dla pacjenta udzielając mu porady,
10. Zdecydowana większość pacjentów wysoko ocenia poziom jakości oferowanych usług w Poradni Zdrowia Psychicznego.

Piśmiennictwo

1. Mazur J.: Zarządzanie marketingiem usług, Wyd. Difin, Warszawa, 2002.
2. Indulska A., Anczewska M., Raduj J., i wsp.: Ocena jakości usług medycznych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2008, 8-16.
3. Anczewska. M., Raduj. J., Indulska A., i wsp.: Porównanie opinii pacjentów o jakości opieki na oddziałach psychiatrycznych i neurologicznych, *Psychiatr. Pol.*, 2010, 44, 255-265.
4. Prot K., Pałyska M., Anczewska M., i wsp.: Badania satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2005, 300-303.
5. Blenkiron P, Hammill CA.: What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? *Postgrad Med J*, 2003, 79, 932, 33740 [w:] Raduj J., Indulska A., Anczewska M., Lechowicz W., Pałyska M., Prot K.: Jakość usług medycznych w opinii pacjentów wybranych oddziałów psychiatrycznych, *Post. Psychiatr. Neurol.*, 2005, 14, 4, 293-298.
6. Patterson T.L., Leeuwenkamp O.R.: Adjuvative psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia*, 2008, 108-119 [w:] Bronowski, P., Sawicka, M., Kluczyńska, S., Charakterystyka populacji objętej środowiskowym systemem rehabilitacji I wsparcia społecznego, *Psychiatr. Pol.*, 2009, 43, 4, 421.
7. Ward A., Proskorovsky I., Caro I.: Compliance with refilling prescriptions for atypical antipsychotic agents and its association with the risks for hospitalization, suicide and death in patients with schizophrenia in Quebec and Saskatchewan: a retrospective database study. *Clin. Psychiatry*, 2006, 28, 11, 1912-1921 [w:] Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S.: Charakterystyka populacji objętej środowiskowym systemem rehabilitacji I wsparcia społecznego, *Psychiatr. Pol.*, 2009, 43, 4, 421.

Otyłość jako konsekwencja niszczycielskiej siły kultury

Miarka-Lachendro Joanna¹, Łasak Dorota², Kłapa Wojciech³

1. Studium Doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice
2. Studium Doktoranckie, Zakład Pedagogiki Medycznej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Kraków
3. Zakład Filozofii i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Wprowadzenie

Powszechnie, uroda kojarzona jest z tym co piękne. Tymczasem pojęcia piękna nie można sklasyfikować według obiektywnych zasad. Piękno nie jest również obiektywną właściwością obiektów estetycznych. Oceniający ludzie, według swoich mniej bądź bardziej osobistych odczuć, uznają coś za piękne lub nie. Najogólniej można powiedzieć, że piękno jest tożsame z cechą przedmiotu estetycznego, która przede wszystkim przyciąga uwagę podmiotu i wywołuje w nim podziw i uznanie [1].

Nie istnieje uniwersalne piękno, czego dowodem może być fakt, że ideał człowieka, a przede wszystkim kobiety, jej piękna, urody na przestrzeni dziejów zmieniał swój kształt, co mocno uwidacznia się w sztuce. Wenus z Willendorfu, Królowa Nefretete z Egiptu, Wenus z Milo, średniowieczna Lady Owein, Gracje Rubensa, Audrey Hepburn, czy Marilyn Monroe, to niektóre z wizerunków kobiecych, które na trwałe zostały wpisane w umysłach ludzkości.

Wymienione przykłady jednoznacznie wskazują, iż model piękna, urody jest zmienny. Ściśle odpowiada panującym trendom w filozofii, religii, ogólnemu podejściu do życia. Zarówno kiedyś, jak i współcześnie przy wyznaczaniu kanonu piękna niekoniecznie uwzględniano cenę jego zdrowotnych implikacji. Przykładowo, w pewnych kulturach za model urody uważa się długą szyję, w wyniku czego rozciąga się ją przy pomocy naszyjników. W innych kulturach uwagę skupia się na niewielkich kobiecych stopach, przez co się je krępuje i okalecza w okresie ich wzrostu. Ozdabianie ciała z czysto

estetycznych pobudek niejednokrotnie wiąże się z bólem. Otyłość i chudość, choć tworzą estetyczną hybrydę, są w poszczególnych kulturach tymi wartościami, które wyznaczają kanon piękna.

Reasumując, wyznaczane kanony urody mogą się różnić nie tylko między kulturami, ale również wewnątrz ich pluralistycznych form. Przykładowo, otyłość to nie tylko przedmiot badań fizjologicznych, ale również zjawisko z zakresu obyczajów i estetyki. Zarówno osoby z większą wagą, jak i te z niedowagą w zależności od regionu geograficznego i kultury mogą być uważane za wyznaczające kanon.

Inspiracją do napisania tej pracy są doświadczenia płynące z kontaktów z osobami, które cierpiały na nadwagę i otyłość. Ze względu na formę pracy, autorzy pominęli treści dotyczące etiologii i patogenezy otyłości w kontekście jej zaburzeń fizjologicznych, w tym genetycznych, endokrynogennych podstaw jej powstawania i patofizjologii regulacji sytości i apetytu. Psychospołeczne przyczyny i powikłania otyłości w kontekście kultury są tymi, które w sposób szczególny absorbują autorów. Powyższym, materiał jest próbą wykazania pozytywnego i negatywnego wpływu kultury na postrzeganie i wartościowanie człowieka otyłego.

Postrzeganie wagi ciała w badaniach międzykulturowych

Czynniki społeczno-kulturowe wywierają silny wpływ na to, jak spostrzegamy kształt własnego ciała oraz sylwetki innych ludzi, a sposób spostrzegania oddziałuje na związek między kulturą a zdrowiem [2].

W krajach, w których ludzie dręczy głód, bieda, choroby, otyłość jest traktowana jako wartość pozytywna. Otyłość utożsamiana jest z płodnością, zdrowiem, pięknem. Przykładowo, w większości krajów afrykańskich niewielu może sobie pozwolić na nadwagę i dlatego nadmiar tkanki tłuszczowej kojarzony jest ze zdrowiem. W opiniach mężczyzn z Ghany, kobieta zyskuje na wartości proporcjonalnie do wagi. Jej piękno, uroda, bogactwo, pozycja społeczna poniekąd jest wyznaczana poprzez ilość kilogramów. Szczupła, wychudzona sylwetka kobiet kojarzy im się z biedą i chorobami. Potwierdzeniem myśli są również badania autorstwa Furnhama i Bagumy (1994), w których ugandyjscy studenci oceniali otyłe kobiety i wychudzonych mężczyzn jako bardziej atrakcyjnych, niż czynili to studenci brytyjscy.

Atrakcyjność szczupłego ciała męskiego i pełniejszego kobiecego wynika z hominidalnej przeszłości naszych przodków. Jest również darowizną genetyczną naszych praojców. W darwinowskim ujęciu takie gabaryty pozwoliły przetrwać ludzkości. Tylko te zwierzęta (osoby), które mają właściwe wyposażenie fizyczne, by przeżyć, mogą przekazać wartościowe geny następnemu pokoleniu. Idąc tym tropem, szczupła sylwetka męska była wyznacznikiem sprawności, szybkości, zdrowia. Przede wszystkim cenna budowa dawała przewagę nad innymi samcami. Była gwarancją dobrych genów. Natomiast atrakcyjność kobiety była wyznaczona poprzez męskie pragnienie jej płodności i zdrowia. Korpulentne kształty pozwalały przeżyć w świecie drapieżników, chorób, inwersji pogodowych itd. [3].

Zgodnie z podejściem, m.in. K. G. Junga, współcześnie w sposób nieświadomy czerpiemy z kultury naszych przodków dzięki naszej psychice archaicznej [4]. Aktualnie indywidualne cechy i zachowania mają większy udział w dobrze partnera niż atrakcyjność [3].

Współczesne postrzeganie otyłości przez obywateli krajów Trzeciego Świata jest bliskie myślom Polakom sprzed 1996 roku. Potwierdzają to badania A. Budnik i M. Wójcik (1996). Wynika z nich prosta zależność między zamożnością a stałą tendencją tycia. Warto w tym miejscu wspomnieć, że Wielkopolska była na owe czasy głównym zapleczem żywnościowym kraju. Wszystkie wskaźniki żywnościowe osiągały tam zdecydowanie wyższe wartości, niż w innym regionie Polski, np. udział rolnictwa w tworzeniu dochodu narodowego w Wielkopolsce był równy 30, w porównaniu do 15 – w Polsce. Natomiast, mieszkańcy Wielkopolski, mimo ogromu pracy w gospodarstwach rolnych, dostępu do zdrowej żywności, życia na wyższym poziomie w porównaniu do ówczesnego społeczeństwa byli znacznie bardziej otłuszczeni. Wyniki były tym bardziej zaskakujące, iż dodatnia wielkość dochodu rolniczego, wypracowanego przez rodzinę wielkopolską powinna wpływać równie pozytywnie na stan zdrowia wiejskiej populacji. Tymczasem, stan zdrowia Wielkopolan pozostawiał wiele do życzenia. Zdrowotne implikacje otyłości były przerażające [5].

Istotę badania można zawęzić do następujących spostrzeżeń:

- Badania te ukazują, jak wiele do niedawna łączyło nas z krajami Trzeciego Świata. Nasze kultury wbrew znacznej odległości geograficznej, odmienności obyczajowej podobnie spostrzegały człowieka. Otyłość była obrazem bogactwa, wysokiej pozycji społecznej, „zdrowia”. Obecnie dość mocno zarysowuje się negatywna zależność

między klasą społeczną a masą ciała w wielu kulturach zachodnich. Innymi słowy, przedstawiciele wyższej klasy częściej ważą mniej, niż ci z klas uboższych [2].

- Paradoksalnie, im bardziej rośnie średnia masa ciała w społeczeństwach krajów rozwiniętych, tym szczuplejszy staje się ideał pięknego ciała, szczególnie kobiecego (Garner i in., 1980). W rezultacie większość kobiet (według niektórych danych aż 90%!) nie akceptuje swojego wyglądu (Sarwer i in., 1998) [6].
- W przedstawionym badaniu, pośrednio podkreślono jeden z najważniejszych aspektów kulturowości społeczeństwa polskiego, czyli znaczenia pożywienia. Do niedawna suto zastawiony stół był oznaką środowiskowego prestiżu [5], a (...) *najważniejszym zajęciem obywatelskiego życia było jedzenie [7]*. Obecnie Polska została wchłonięta przez kulturę indywidualistyczną z jej wszystkimi, odczuwalnymi, groźnymi konsekwencjami zdrowotnymi.
- W badaniach tych został doskonale zobrazowany ogrom zmian, transformacji cywilizacyjnych, które rzutują na postawę społeczeństwa (kultur rozwijających się, wysoko rozwiniętych) wobec profanacji wartości jedzenia, pokarmu. To, co jest charakterystyczne dla kultury indywidualistycznej XXI w., to kult ciała [7]. Nadmienić należy, iż w kulturze indywidualistycznej, panującej w USA, czy Europie, prawidłowa waga stanowi często krytyczną linię oddzielającą piękno od brzydoty, zdrowie od choroby. Niejednokrotnie, dla otoczenia ilość kilogramów jest miarą wartości człowieka. Obecnie kult ciała wszedł w nowy wymiar społeczno-kulturowy, który charakteryzuje tzw. ucłowieczenie ciał. Demel, autor tego pojęcia uważał, że ludzie kształtują swoje ciało w nadziei, że zostaną pozytywnie ocenieni i zyskają powszechną aprobatę, akceptację. Wygląd tym samym staje się wyznacznikiem samooceny oraz oceny społecznej [7]. (...) *Współczesny rozwój kultury doprowadził do sytuacji, w której ciało zaczęto traktować jako najważniejszy emblemat, za pomocą którego człowiek może określić własną indywidualność [7]*.

Różnice międzykulturowe w traktowaniu człowieka występują również wewnątrz jej pluralistycznych struktur. Na przykład, szereg badań przeprowadzonych w USA dotyczących różnic międzykulturowych w spostrzeganiu wagi ciała wskazuje, iż afroamerykańskie dziewczęta w większym stopniu akceptują swoją wagę niż ich białe rówieśniczki [8]. Białe kobiety znacznie częściej zapadają na zaburzenia odżywiania (anoreksję, bulimię) niż kobiety afroamerykańskie.

Aktualnie, kultura europejska dostosowując się do zachodniego wizerunku piękna aprobuje obraz kobiety bardzo szczupłej, wyglądającej na niedojrzałą płciowo [9]. Niektórzy autorzy, w sposób uprzedmiotowujący płeć piękną twierdzą, iż w postrzeganiu społeczeństwa piękno oraz cielesność stają się konstruktem kobiecości [9].

Plethoriti – czyli ujemne skutki nadmiaru

Aktualnie, nadwagę i otyłość ze względu na zasięg oraz niszczycielską siłę dla zdrowia traktuje się jako chorobę epidemiczną cywilizacji. Upatruje się w nich główną przyczynę chorobowości i śmiertelności. Obecnie, otyłość kwalifikuje się jako szósty z czynników ryzyka odpowiedzialny za zgony w populacji. Zalicza się ją do najważniejszych chorób niezakaźnych, która zdaniem WHO ma postać epidemii [10]. Szczególnie naznaczone nią są kraje cywilizowane, a także te ze znacznymi obciążeniami społeczno-ekonomicznymi [11]. Od ponad 30 lat obserwuje się obniżanie wieku osób, których dotyczy problem nadwagi oraz otyłości. Obecnie sytuacja ta dotyczy znacznej ilości populacji w wieku adolescencji [10]. Wskaźnik otyłości od 1980 roku nieprzerwanie wzrasta.

Zgodnie z danymi WHO, już w 2000r., na świecie problem z nadwagą posiadało 1 miliard osób dorosłych, z czego 300 milionów to były osoby otyłe (gdzie $BMI > 30 \text{ kg/m}^2$) [11]. Wśród tych osób otyłych, ok. 123 mln egzystowało w krajach rozwiniętych, natomiast ok. 170 mln osób w pozostałych krajach. Zgodnie z danymi z 2010 r., w Europie na nadwagę cierpiało 400 mln osób, natomiast problem otyłości dotyczył aż 130 mln osób. Tym samym częstość występowania otyłości w przedstawionej populacji europejskiej szacował się w granicach 10-25% wśród mężczyzn oraz 10-30% wśród kobiet [12].

Zgodnie z informacjami z dnia 2 kwietnia 2016 r., zamieszczonymi na łamach jednego z portali internetowych, który odnosi się do badań umieszczonych w Lancet wynika, iż aktualna liczba osób otyłych w świecie, w 2014 r. przekroczyła 641 mln [13]. Bezspornie Polska należy do czołówki państw, w których epidemia otyłości występuje, o czym sygnalizowano już w badaniach (WOBASZ). Z nich m.in. wynika, że jedynie 40% społeczeństwa polskiego posiada prawidłową masę ciała. Natomiast, aż 61% mężczyzn i 50% kobiet ma znacznie podwyższoną masę ciała, w tym 21% mężczyzn i 22% kobiet miało otyłość [12].

Powyżej przedstawiono kilka danych z mnogości badań dotyczących szacowanych liczb osób dotkniętych sytuacją otyłości oraz nadwagi w poszczególnych regionach świata. Natomiast to, co zatraża autorów pracy jest dynamika przyrostu liczby osób z nadwagą i otyłością zarówno w Polsce, Europie, jak i na świecie.

Natomiast tym, co powinno trwożyć urzędników w aspekcie otyłości, to jej monstrualne koszty będące konsekwencją funkcjonowania chorego społeczeństwa. Leczenie powikłań pochłania duże kwoty. Szacuje się, że w USA rocznie wydaje się na leczenie skutków nadwagi i otyłości ok. 99 miliardów USD [11]. Koszty te, przede wszystkim wynikają ze stosowania leczenia w związku z wystąpieniem chorób, będących skutkiem otyłości (tzw. koszty bezpośrednie), w tym chorób:

- układu krążenia (nadciśnienie [14], choroba niedokrwienna serca, miażdżyca, zakrzepica naczyń żylnych),
- układu oddechowego, tj. powstanie astmy oskrzelowej [15],
- metabolicznych typu cukrzyca 2 [16],
- nowotworowych [17,18],
- związanymi z dysfunkcjami seksualnymi [2], niepłodności u kobiet oraz mężczyzn [19-21],
- narządu ruchu (wady postawy, choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa) [22],
- (dysfunkcji) aparatu psychicznego, tj. zaburzenia emocjonalne, obniżenie poczucia własnej wartości, depresja itp. [23].

Natomiast, koszty pośrednie to te, które związane są z utratą bądź pomniejszeniem produktywności indywidualnej, społecznej, wydatkami związanymi z korzystaniem z L4 (zwolnienia lekarskiego), inwalidztwem [23]. Reasumując, łącznie koszty pośrednie i bezpośrednie, związane z leczeniem skutków zdrowotnych otyłości w Polsce wynoszą od 5%-10% budżetu przeznaczanego na resort zdrowia [3].

WHO szacuje, że średnia chorobowość z powodu otyłości wynosi 4,8% w krajach rozwijających się, 17,1% w krajach, które znajdują się na drodze pozytywnych przemian, czyli w krajach średnio rozwiniętych oraz 20,4% w krajach o najbardziej rozwiniętym konsumpcjonizmie. Analogicznie, epidemia nadwagi rozwija się tam, gdzie produkcja żywności przewyższa potrzeby społeczeństwa, a przemysł dostarcza duże ilości tanich, łatwo dostępnych, silnie zwiększających apetyt wysokoenergetycznych produktów, szkodliwych dla zdrowia. W tych krajach nadwaga, otyłość dotyka głównie ludzi z warstw średnich, niższych, słabiej wykształconych, raczej biedniejszych niż zamożniejszych. W

wielu krajach Afryki, Azji, Ameryki Południowej wciąż występuje epidemia niedożywienia i głodu. Przeciwnie do nich traktuje się Europę, Amerykę Północną, Australię [11].

W konkluzji można by, rozszerzając stwierdzenie Bogusława Halikowskiego powiedzieć, że otyłość i skorelowany z nią niekorzystny stan układu krążenia i sprawności fizycznej (...) wchodzą w zakres tych społecznych szkodliwości, które związane są ze stanem określanym jako plethoritis, tj. ujemne skutki nadmiaru [5].

Otyłość jako defekt człowieczeństwa

Wachlarz predyktorów otyłości rozpocząć można od czynników genetycznych, metabolicznych i hormonalnych. Natomiast miejsce pierwsze wśród obesogenów przyznaje się cywilizacji. To ona głęboko przeobraziła styl życia człowieka, skazując go na chociażby na beczynność mięśniową. Naukowcy w tym zakresie biją na alarm. Wskazują, w jaki sposób można niwelować zagrożenie otyłości, m.in. poprzez: zmniejszenie liczby godzin przed TV, czy też spędzanych przed komputerem bądź innymi odbiornikami elektronicznymi (takie działanie siłą rzeczy powoduje wzrost aktywności dzieci oraz dorosłych [24,25]), organizowanie wspólnych zajęć dla dzieci i dorosłych, aktywnego spędzania czasu.

Transformacje w zakresie funkcjonowania życia rodziny wpływają na generowanie zjawiska otyłości. Zaniedbywanie niektórych z funkcji wychowawczo-opiekuńczych w sposób bezpośredni bądź pośredni wpływa na obraz zdrowia jej członków. Przemysł spożywczy rozwija się proporcjonalnie do zanikania rodzinnej tradycji jedzenia wspólnych posiłków. Potwierdzenie znajduje się m.in. w badaniach zespołu psychologów z Uniwersytetu Illinois, które wskazują na wyraźną zależność pomiędzy rodzinnym spożywaniem posiłków a wskaźnikiem masy ciała (BMI) u dzieci. Zgodnie z tymi badaniami, w *rodzinach, które przywiązują wagę do wspólnego zasiadania przy stole przynajmniej trzy razy w tygodniu, dzieci są o 12 proc. mniej narażone na otyłość, o 20 proc. rzadziej konsumują tzw. śmieciowe jedzenie, a o 24 proc. częściej jedzą warzywa. Co więcej, w grupie tej o 35 proc. rzadziej występuje problem jedzenia kompulsywnego [26].* Żywieniowe zwyczaje coraz częściej kształtowane są przez przemysł marketingowy, który przez ostatnie kilkadziesiąt lat, za pośrednictwem mediów, umiejętnie wdarł się do świadomości i życia konsumentów.

Odkrycie, że reklamy bardzo silnie oddziałują już na dwulatków rozpoczęło batalię o serca najmłodszych potencjalnych konsumentów. Zgodnie z raportem rządu brytyjskiego z 2004 roku dotyczącego kwestii reklamowania żywności dla dzieci, udowodniono jak silnie oddziałują na o.u.n [27].

Szczególną rolę przypisuje się mechanizmom psychicznym, które warunkują nadmierne jedzenie i nadwagę. Coraz częściej jedzenie staje się antidotum na stres, napięcia emocjonalne. Bywa sposobem kompensującym inne ważne potrzeby psychiczne [6]. Badania G. Touriaina wskazują, iż na 140 otyłych pacjentów połowa to niechciane dzieci, u których w formie ostrej zaznacza się poczucie braku bezpieczeństwa. *Ojcowie badanych to na ogół osobnicy bezwolni, matki zaś w dzieciństwie zaznały biedy. W rodzinach badanych częste są niesnaski między rodzicami. Ci ostatni, mając poczucie, że krzywdzą swoje dzieci, objawiają wobec nich postawę nadopiekuńczości, przekarmiając je i zakazując im ćwiczeń fizycznych, które wydają się im być niebezpieczne. Po takim systematycznym warunkowaniu nabiera się odruchu objadania, stanowiącego odpowiedź na frustracje niesione przez życie codzienne. W efekcie prowadzi to do otyłości [28, s.195].*

Kultura i stereotypy odgrywają istotną rolę w spostrzeganiu sylwetki, jak również dbaniu o własny wizerunek. Proces przyswajania sobie społecznych ról rozpoczyna się dość wcześnie. W tym okresie, ogromny wpływ na kształtowanie człowieka mają wzorce, którymi się otacza i które kreowane są przez najbliższych. Ich zachowanie wpływa na samoocenę i podejmowanie działań w celu upodobnienia się do panujących, akceptowanych przez otoczenie modeli wyglądu. Dążenia do umieszczenia się w obowiązującym kanonie piękna wpływa na procesy związane ze zdrowiem i chorobą. *Nadmierne zainteresowanie własną cielesnością może prowadzić do kształtowania postaw somatocentrycznych, które mogą przybierać formę pozytywnych lub negatywnych zachowań [7].* Do form negatywnych zaliczamy m.in. anoreksję i bulimię, jak i chorobliwą otyłość.

Otyłość, niezależnie od kultury, zawsze spowita jest cierpieniem w postaci bólu. Może on być związany z dysfunkcją w zakresie jakiegoś konkretnego narządu i jest to pogląd stricte przedmiotowy. W holistycznym, transkulturowym podejściu do człowieka otyłego powinno zwracać się uwagę na silną korelację bólu psychicznego a zaburzeniami sfery biopsychospołeczne [29]. Natomiast, współcześnie otyłość zbyt często traktuje się jako coś, co ma *wysycenie* dehumanizujące, co potwierdzają choćby słowa według Radoszewskiej, w opinii której otyłość jest „defektem somatycznym”[30]. Idąc tym

pozbawionym holizmu, empatii tokiem myślenia należy uznać, że człowieka otyłego postrzega się przez pryzmat jego ciała, a nie ducha.

Upředzenia wobec osób otyłych są powszechne w krajach rozwiniętych. W opinii dzieci, otyła osoba kojarzona jest z takimi wadami, jak: kłamlivość, lenistwo, opieszalstwo oraz poprzez pryzmat brudasa [30]. Wysoce prawdopodobne wydaje się, że wraz z czasem te dzieci przekształcą się w osoby dorosłe, które będą patrzeć na człowieka otyłego jako na słabego psycho-fizycznie, indolentyka życiowego, jednostkę słabą, która nie posiada umiejętności przystosowania się do życia. Pozorna akceptacja osób otyłych wyznacza im też w społeczeństwie specyficzne role: nieudaczników, leniuchów, jowialnych kompanów, z którymi jednak nikt się specjalnie nie liczy. Te wszystkie słowa o wydzwięku pejoratywnym są silnie nacechowane stygmatyzacją. Niemniej, jak wskazują badania, piętnowanie osób otyłych jest powszechne w kulturze krajów rozwiniętych [30].

Pejoratywna ocena społeczna uruchamia mechanizm błędnego koła. Jego zrębami są zmniejszone możliwości zatrudnienia, dyskryminacja w pracy lub w grupach społecznych [11]. Do najbardziej dotkliwych, destrukcyjnych konsekwencji dla jednostki należą izolacja społeczna, obniżone poczucie własnej wartości, depresja, zaburzenia lękowe, emocjonalne prowadzące do zachowań autodestrukcyjnych. Występowanie ostracyzmu społecznego, niechęci, braku akceptacji, zrozumienia, wsparcia wobec osób otyłych nie jest echem życia w kulturze indywidualistycznej XXI wieku. Są to emocje, postawy, które niegdyś pozwoliły ewoluować, przetrwać hominidom. Współcześnie, otyłość stała się jednym z czynników doboru naturalnego. Oznacza to, iż osoby otyłe są mniej konkurencyjne w niemal każdej dziedzinie życia społecznego, zawodowego, towarzyskiego itd.

Obesitas, i jej wszelkie konsekwencje psychospołeczne, to rezultaty kultury konsumpcjonizmu. Takie postawy przeważają i chociaż wielu ludzi ma świadomość istniejących zagrożeń, to odwrócenie skutków tych przemian będzie niezwykle trudne, by nie rzec, że niemożliwe.

Zmiana tej sytuacji wymaga podjęcia szeregu działań edukacyjnych. Powinny one obejmować zarówno treści dotyczące uwarunkowań biomedycznych, psychosocjologicznych, antropologicznych, a także aksjologicznych i estetycznych. Treści te powinny też zawierać „konkretne wskazówki”, jak postępować w przypadku otyłości.

Ważne też jest kształtowanie właściwych postaw wobec otyłych. Osobom, które

naigrawają się z nich warto przypomnieć słowa I. Gogoła „*kogo się śmiejecie, z samych siebie się śmiejecie*”.

Piśmiennictwo

1. Krajewski W. (red.): Słownik pojęć filozoficznych, Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa 1996, 150-151.
2. Kultura a spostrzeganie własnego ciała. [w:] Psychologia międzykulturowa, Matsumoto D., Juang L., Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk, 2007, 255.
3. Chip W.: Kciuki, paluchy i łzy oraz inne cechy, które czynią nas ludźmi, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań, 2008, 44-48.
4. Dudek Z. W.: Jungowska psychologia marzeń sennych, Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2010, 25-47.
5. Budnik A., Wojtkowiak M.: Czy bogaty musi być otyły? Czyli o pieniądzach, strukturze spożycia i kondycji fizycznej mieszkańców wsi wielkopolskich. [w:] Antropologia a medycyna i promocja zdrowia, Malinowski A., Łuczak B., Grabowska J., Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1996, Tom II, 138.
6. Krzemionka-Brózda D.: Gdy ciało ciąży. Doświadczenie siebie i swojego ciała poprzez kobiety z nadwagą [w:] Zdrowie – Stres- Choroba – w wymiarze psychologicznym, Wrona-Polańska H. (red.), Wyd. Impuls, Kraków 2008, 218.
7. Kostrzanowska Z.: Uwarunkowania zachowań zdrowotnych oraz reakcja na chorobę [w:], Problemy wielokulturowości w medycynie, Krajewska-Kułak, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K. (red. nauk.), PZWL, Warszawa, 2010, 133-136,
8. Gerrig J., Zimbardo P.G.: Psychologia i życie, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2006, 365.
9. Strzelecki W., Cybulski M., Strzelecka M., Dolczewska-Samela A.: Zmiana wizerunku medialnego kobiety a zaburzenia odżywiania we współczesnym świecie Now. Lek., 2007, 76, 2, 173–181.
10. Przybylska D., Kurowska M., Przybylski P.: Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej, Hygeia Public Heal., 2012, 47, 1, 28–35.
11. Tatoń J., Czech A., Bernas M.: Otyłość - zespół metaboliczny, Wydanie I, PZWL, Warszawa, 2007.
12. Mikoś M., Mikoś H., Obara-Moszyńska M., Niedziela M.: Nadwaga i otyłość u

- dzieci i młodzieży, *Now. Lek.*, 2010, 2010, 79, 397–402.
13. Irlandki jednymi z najbardziej otyłych kobiet w całej Europie, data wejścia: 22.04.2016, <http://irlandia.ie/poradnik/67-zdrowie/1416-irlandki-jednymi-z-najbardziej-otylych-kobiet-w-calej-europie.html>, data pobrania 10.05.2017.
 14. Depko A.: Otyłość, nadciśnienie tętnicze a dysfunkcje seksualne, *Nadciśnienie Tętnicze*, 2009, 13, 3, 139–146.
 15. Ziora D., Sitek P., Machura E., Ziora K.: Otyłość a astma oskrzelowa - czy istnieje odrębny fenotyp astmy? *Pneumonol. Alergol. Pol.*, 2012, 80, 5, 454–46.
 16. Miazgowski T.: Otyłość a cukrzyca, *Fam. Med. Prim. Care Rev.*, 2012, 14, 3, 462–467.
 17. Jaworski P., Binda A., Tarnowski W.: Wpływ otyłości na rozwój choroby nowotworowej, *Postępy Nauk Med.*, 2015, 38, 9, 673–676.
 18. Binkowska-Borgosz I., Starzyńska T., Błogowski W.: Otyłość a nowotwory przewodu pokarmowego, *Post. Hig. Med. Dośw.*, 2014, 68, 1193–1198.
 19. Hajduk M.: Wpływ masy ciała na płodność u kobiet, *Endokrynol. Otyłość i Zaburzenia Przemiany Mater.*, 2012, 8, 3, 93–97.
 20. Bebelska K. P., Emczyńska E. E., Gmoch-Gajzlerska E.: Wpływ strategii radzenia sobie ze stresem na zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży leczonej sanatoryjnie z powodu otyłości, *Now. Lek.*, 2011, 80, 6, 423–428.
 21. Synak E., Jendraszak M., Skibińska I., i wsp.: Styl życia współczesnego mężczyzny a problem niepłodności, *Now. Lek.*, 2008, 2011, 77, 357–361.
 22. Barańska E., Gajewska E., Sobieska M.: Otyłość i wynikające z niej problemy narządu ruchu a sprawność motoryczna dziewcząt i chłopców z nadwagą i otyłością prostą, *Now. Lek.*, 2012, 81, 4, 337–341.
 23. Juruć A., Bogdański P.: Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała, *Forum Zaburzeń Metab.*, 2010, 1, 4, 210–219.
 24. Kłosowicz-Latoszek L.: Otyłość jako problem społeczny, zdrowotny i leczniczy, *Probl Hig Epidemiol*, 2010, 91, 3, 339–343.
 25. Rynek Zdrowia: Ograniczenie godzin przed telewizorem zmniejsza otyłość u dzieci, data wejścia: 22.04.2017, <http://www.rynekzdrowia.pl/Badania-i-rozwoj/Ograniczenie-godzin-przed-telewizorem-zmniejsza-otylosc-dzieci,110599,11.html>, data pobrania 10.05.2017.

26. Rynek Zdrowia: Rodzinne posiłki pozwalają uchronić dziecko przed otyłością, <http://www.rynekzdrowia.pl/Badania-i-rozwoj/Rodzinne-posilki-pomoga-uchronic-dziecko-przed-otyloscia,108701,11.html>, data pobrania 10.05.2017.
27. Palmer S.: Toksyczne dzieciństwo – jak współczesny świat krzywdzi nasze dzieci i co możemy zrobić, aby temu zapobiec, Wyd. Dolnośląskie, 2006, 35.
28. Sillamy N. 1989: Słownik psychologii, Wyd. Książnica, Katowice 1994.
29. Goleman D, 2005: Inteligencja emocjonalna, Media Rodzina, Poznań 2007, 93.
30. Makara- Studzińska M., Zaborska A.: Otyłość a obraz własnego ciała, Psychiatria Polska 2009, 43, 1, 109-114, http://www.strona.ppol.nazwa.pl/uploads/images/PP_1_2009/Makara%20s109_Psychiatria%20Polska%201_2009.pdf, data pobrania 10.05.2017.

Problemy pielęgnacyjne pacjenta będącego w fazie rehabilitacji po zawale mięśnia sercowego – zadania pielęgniarstwa

Majewska Ewa¹, Kowalczyk Krystyna²

1. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Studia I stopnia kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego

Wstęp

Serce (cor) jest narządem ośrodkowego układu naczyniowego. Działa na zasadzie pompy ssąco-tłoczącej, pobiera krew krążącą w ustroju z obu żył głównych, górnej i dolnej oraz żył płucnych i wtłacza ją do tętnic, aorty, pnia płucnego i następnie do sieci naczyń włosowatych całego organizmu [1,2].

Serce, wraz z otaczającym go osierdziem, leży w śródpiersiu środkowym. Większa część położona jest po stronie lewej względem płaszczyzny pośrodkowej. Podstawą skierowane ku górze i na prawo, koniuszkiem na lewo i do przodu. Serce skręcone jest wzdłuż osi długiej w ten sposób, że prawa część leży z przodu, a lewa z tyłu. W rzucie na przednią ścianę klatki piersiowej serce zajmuje przestrzeń pomiędzy III a VI żebrami, natomiast jego koniuszek leży w V przestrzeni międzyżebrowej, nieco na prawo od linii środkowo-obojęzycznej. Jego wielkość jest zależna od budowy i wieku ciała człowieka. Przyjmuje się, że serce ludzkie fizjologicznie powinno odpowiadać wielkości pięści danej osoby [1,2].

Serce w okolicy podstawy posiada naczynia wychodzące i wchodzące, które formują tzw. wieniec (zbudowany z: aorty, pnia płucnego, żyły głównej górnej i dolnej oraz żył płucnych). Na sercu przebiegają trzy powierzchnie: mostkowo-żebrowa (zwrócona do mostka i żeber), płucna (leżąca we wcięciu płuca), przeponowa (przylegająca do przepony) [2,6].

Serce jest narządem, które składa się z dwóch komór i dwóch przedsionków, oddzielonych od siebie przegrodą międzyprzedsionkową i przegrodą międzykomorową.

Przedsionek prawy (*atrium dextrum*) kształtem przypomina sześciąt. Zbiera krew żylną odtlenioną z całego organizmu. Przedsionek zbudowany jest z trzech ścian: przedniej

(w której znajduje się uszko prawe, a w nim wyniosłości mięśniowe zwane grzebieniastymi), przyśrodkowej (w której położony jest dół owalny) oraz dolnej (którą tworzy ujście przedsionkowo-komorowe zamknięte zastawką trójdzielną). Do przedsionka prawego uchodzą: żyła główna górna, żyła główna dolna, zatoka wieńcowa, która odprowadza krew z mięśnia sercowego [1,2].

Komora prawa (*ventriculus dexter*) ma kształt stożka podstawą przylegającego do przedsionka lewego, a wierzchołkiem sięgającego koniuszka serca. Posiada trzy ściany: przednią, tylną i przyśrodkową (które tworzy przegroda międzykomorowa). Z prawej komory wychodzi pień płucny, w ujściu którego znajduje się zastawka półksiężycowata. Z przedsionkiem prawym komora łączy się ujściem przedsionkowo-komorowym prawym. Na wewnętrznej ścianie komory prawej uwypuklają się trzy mięśnie brodawkowate, od których do poszczególnych płatków zastawki trójdzielnej biegną struny ścięgnowe [1,2].

Przedsionek lewy (*atrium sinistrum*) ma ściany nieco grubsze niż prawy. Od przodu jest on przykryty aortą i pniem płucnym. Od tyłu uchodzą do niego cztery żyły płucne. Na przegrodzie międzyprzedsionkowej występuje półksiężycowate zagłębienie, odpowiadające dołowi owalnemu przedsionka prawego. Uszko lewe (*auricula sinistra*) jest nieco węższe i dłuższe od prawego i posiada nieco bardziej niekształtne brzegi [1,2].

Komora lewa (*ventriculus sinister*) ma kształt stożka podstawą przylegającego do przedsionka lewego, a wierzchołkiem sięgającego koniuszka serca. W podstawie komory znajdują się dwa ujścia: ujście przedsionkowo-komorowe lewe (z zastawką dwudzielną) oraz ujście aorty (położone bardziej na prawo i do przodu z zastawką aorty). Ścianę przyśrodkową tworzy przegroda międzykomorowa. W ścianie komory lewej znajdują się mięśnie brodawkowate: przednie i tylne. Ważną rolę w krążeniu krwi między przedsionkami a komorami oraz komorami i tętnicami wielkimi odgrywają zastawki serca. Regulują one jednokierunkowy przepływ krwi, nie pozwalając jej na cofanie się z komór do przedsionków (zastawki przedsionkowo-komorowe) oraz z tętnic wielkich do komór (zastawka pnia płucnego i aorty). Zastawki pokryte są przez wsierdzie (błona łącznotkankowa). Zastawka pnia płucnego i aorty zbudowana jest z trzech płatków półksiężycowatych, przymocowanych do pierścieni włóknistych ujścia tętnicy. W zastawce pnia płucnego wyróżniamy płatek prawy, lewy i przedni, w zastawce aorty – płatek tylny, lewy i prawy [1,2].

Ściana serca, zbudowana jest z dwóch cienkich blaszek: wsierdzia (które stanowi cienką błonę łącznotkankową zbudowaną z nabłonka płaskiego, wyścielające wnętrze przedsionków i komór oraz zastawek), nasierdzia (pokrywającego zewnętrzną powierzchnię

serca) i śródsierdzia (które dzieli się na: mięsień czynnościowy serca, szkielet serca, układ przewodzący) [1].

Fizjologia układu krążenia

Układ krążenia, jest układem zamkniętym, w którego skład wchodzi: naczynia krwionośne oraz serce [2-6]. Do podstawowych funkcji układu krążenia należy: transport i wymiana gazów oddechowych (tlenu i dwutlenku węgla), ciepła, substancji odżywczych i końcowych produktów przemiany materii oraz hormonów. Układ krążenia pośredniczy również w utrzymaniu stałego ciśnienia parcjalnego gazów oddechowych oraz równowagi kwasowo-zasadowej, wodno-elektrolitowej, energetycznej oraz termicznej organizmu. Zapewnia stałość środowiska - czyli homeostazę organizmu [2-6].

Krążenia małe rozpoczyna się w komorze prawej serca pniem płucnym, który od komory biegnie skośnie ku górze w kierunku łuku aorty. Pień płucny dzieli się na tętnice płucne: prawą i lewą. Obie tętnice, towarzysząc oskrzelom dzielą się dalej, aż do naczyń włosowatych, tętniczych. Pniem płucnym i jego gałęziami płynie do płuc krew odtlenowana, bogata w dwutlenek węgla. Żyły płucne, prawe i lewe wychodzą po dwie z każdego płuca, następnie wpadają do przedsionka lewego serca. Żyłami płucnymi płynie do serca krew utlenowana, bogata w tlen [2-6].

Krążenia duże rozpoczyna się w komorze lewej serca i tworzy pień tętniczy. Aorta dzieli się na: aortę wstępującą, łuk aorty i aortę zstępującą. Aorta zstępująca na wysokości przepony dzieli się na: aortę piersiową, leżącą w obrębie klatki piersiowej i aortę brzuszną, biegnącą po kręgosłupie, która dzieli się na tętnicę biodrową wspólną prawą i lewą. Aorta wstępująca rozgałęzia się na tętnice wieńcowe: lewą i prawą, których gałęzie unaczyniają serce. Od powierzchni wypukłej łuku aorty odchodzą: pień ramienny-główny, tętnica szyjna wspólna lewa, tętnica podobojczykowa lewa [2-6].

Tętnice szyjne wspólne prawa i lewa biegną na szyi obok tchawicy i krtani oraz dzielą się na tętnice szyjne zewnętrzne i wewnętrzne. Tętnice szyjne zewnętrzne unaczyniają szyję i głównie powierzchnię głowy, natomiast szyjne wewnętrzne zaopatrują w krew mózgowie, narząd wzroku, słuchu i jamę nosową [5].

Tętnica podobojczykowa biegnie między obojczykiem a pierwszym żebrą i przechodzi w tętnicę pachową, której przedłużeniem jest tętnica ramienna, dzieląca się w dole łokciowym na tętnice: promieniową i łokciową [1].

Aorta piersiowa rozchodzi się na 10 par tętnic międzyżebrowych: tętnice przeponowe górne oraz tętnice narządów klatki piersiowej [1].

Aorta brzuszna i jej odgałęzienia zaopatrują w krew ściany brzucha i narządy jamy brzusznej. Odchodzą od niej gałęzie ściennie (tętnice lędźwiowe i przeponowe dolne), gałęzie trzewne nieparzyste (pień trzewny, tętnice kręzkowe górną i dolną) oraz gałęzie trzewne parzyste (tętnice nadnerczowe, tętnice nerkowe, tętnice jądrowe u mężczyzn i tętnice jajnikowe u kobiet) [1,5].

Pień trzewny odchodzi od aorty na wysokości pierwszego kręgu lędźwiowego. Pień ten unaczynia żołądek, wątrobę, śledzionę, dwunastnicę i trzustkę [1,5].

Tętnica kręzkowa górna odchodzi od aorty poniżej pnia trzewnego. Jej gałęzie unaczyniają jelito czcze i kręte, jelito ślepe z wyrostkiem robaczkowym, okrężnicę wstępującą i poprzeczną oraz dwunastnicę i trzustkę [1].

Tętnica kręzkowa dolna wysyła gałęzie do okrężnicy poprzecznej, zstępującej i esowatej oraz do odbytnicy [1].

Tętnica biodrowa wspólna (prawa i lewa) dzieli się na tętnicę biodrową zewnętrzną i wewnętrzną. Tętnica biodrowa wewnętrzna zaopatruje w krew narządy miednicy i krocze, natomiast tętnica biodrowa zewnętrzna wychodzi z miednicy pod więzadłem pachwinowym na udo i przedłuża się w tętnicę udową. W dole podkolanowym tętnica udowa przechodzi w tętnicę podkolanową, która dzieli się na tętnice piszczelowe: przednią i tylną [1,2,5].

Tętnica piszczelowa przednia biegnie na powierzchni przedniej goleni, na wysokości stawu skokowo-goleniowego przedłuża się w tętnicę grzbietową stopy. Tętnica piszczelowa tylna za kostką przyśrodkową dzieli się na tętnicę podeszwową boczną i przyśrodkową. Z połączenia ich powstaje łuk podeszwy, od którego odchodzą gałęzie do palców stopy [1,5].

Krew płynąca tętnicami do tkanek, powraca z nich do serca żyłami. Żyła główna górna powstaje z połączenia prawej i lewej żyły ramienno-głowej. Każda z nich powstaje z żyły szyjnej wewnętrznej i żyły podobojczykowej. Żyła główna górna zbiera krew z głowy, szyi, kończyn górnych oraz z klatki piersiowej. Żyła główna dolna rozpoczyna się na wysokości czwartego kręgu lędźwiowego w jamie brzusznej. Powstaje z prawej i lewej żyły biodrowej wspólnej. Biegąc ku górze, przyjmuje krew z żył nerkowych, wątrobowych oraz z żył ścian brzucha. Z jamy brzusznej dostaje się do śródpiersia i wpada do przedsionka prawego serca [1,2,5].

W kończynach górnych i dolnych występują duże żyły powierzchowne, zwane podskórnymi. W kończynie górnej są to żyły: odpromieniowa i odłokciowa, a w dolnej: odpiszczelowa i odstrzałowa [1,5].

Czynność serca

Przepływ krwi w układzie krążenia i w poszczególnych tkankach zależy od dwóch czynników: różnicy ciśnień - gradientu (która stanowi siłę napędową) oraz od oporu, jaki napotyka krew, płynąc przez naczynia krwionośne. Wielkość gradientu zależy od czynności mięśnia sercowego, natomiast opór w naczyniach zależy od właściwości krwi oraz właściwości fizykochemicznych naczyń [2,3,5].

Za utrzymanie stałego przepływu krwi z układu tętniczego przez krążenie płucne odpowiada serce. Możliwość przepływu krwi z przedsionków do komór i z komór do naczyń tętniczych jest uwarunkowane anatomicznie. Przepływ krwi przez serce zależy od rytmicznych zmian mięśnia sercowego. W czasie rozkurczu serca krew napływa do poszczególnych jego jam, powodując rozciągnięcie. W czasie skurczu mięsień wytwarza napięcie mechaniczne, które powoduje wzrost ciśnienia w komorach serca i wyrzut krwi do naczyń wychodzących z serca. Prawidłowa czynność serca zależy od zjawiska elektrycznego oraz mechanicznego serca [2,3,6].

W zjawisku elektrycznym potencjał spoczynkowy komórek mięśnia sercowego jest ujemny [(-80mV), czyli komórka ta jest spolaryzowana]. Po zadziałaniu bodźca bezpośrednią odpowiedzią komórki jest depolaryzacja błony komórkowej. Depolaryzacja zapoczątkowuje skurcz elementów kurczliwych komórek mięśnia sercowego. Skurcz rozpoczyna się po wystąpieniu depolaryzacji i trwa dłużej. Włókna mięśniowe serca, w odpowiedzi na bodziec, kurczą się maksymalnie (skurcz typu „wszystko albo nic”) [3,4,5].

W zjawisku mechanicznym serca podstawą skurczu mięśnia jest skracanie się włókienek kurczliwych, a gdy dochodzi do skurczu mięśnia komórka jest pobudzona przez impuls nerwowy.

W powstawaniu i przewodzeniu pobudzenia w sercu pierwszym ogniwem, który narzuca rytm, jest węzeł zatokowo-predsionkowy. Bodźce powstające w węźle zatokowo-predsionkowym rozprzestrzeniają się promieniście w przedsionkach, dzięki przechodzeniu fali depolaryzacji z komórki na komórkę. Fala pobudzenia obejmuje także węzeł przedsionkowo-komorowy i dochodzi następnie do komór za pośrednictwem pęczka Hisa i włókien

Purkinjego, z pewnym opóźnieniem, spowodowanym wolnym przewodzeniem w węzle przedsionkowo-komorowym. Opóźnienie w węzle przedsionkowo-komorowym odgrywa istotną rolę, gdyż umożliwia skurcz przedsionków i opróżnienie ich z krwi, zanim rozpocznie się skurcz komór. Węzeł przedsionkowo-komorowy i pęczek Hisa wraz z odnogami są drogą, która pozwala na przejście stanu pobudzenia z przedsionków do komór. Fala depolaryzacji szybko przechodzi przez włókna Purkinjego do wszystkich części komór [3,4,5,7].

Zawał mięśnia sercowego

Zawał serca jest to martwica mięśnia sercowego, spowodowana niedokrwieniem, zazwyczaj na tle choroby wieńcowej, ze znacznym zwężeniem jednej tętnicy wieńcowej.

Zawał serca- jest to zespół objawów klinicznych, będących następstwem nagle powstałej martwicy części mięśnia sercowego [8].

Patofizjologia zawału mięśnia sercowego

Zawał mięśnia sercowego, czyli ostre niedokrwienie powstałe wskutek zamknięcia naczyń zaopatrujących serce w krew, jest najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce. Ponad 90% przypadków powstaje w wyniku zaawansowanej miażdżycy tętnic wieńcowych (Ryc.2). Pozostały, niewielki odsetek zawałów związany jest z zatorom tętnicy wieńcowej, odizolowanym skurczem tętnicy wieńcowej, zapaleniem tętnic, urazem, wrodzonymi nieprawidłowościami i zaburzeniami hematologicznymi [5,9].

Najważniejszym objawem ostrego zawału serca jest ból w klatce piersiowej, opisywany jako uczucie ucisku lub gniecenia za mostkiem, często promieniujący do szyi lub do ramion (zwykle do ramienia lewego), trwający 15-30 min. lub dłużej. Czasem ból może być nietypowy i określany jest wówczas jako palący, tępy lub ostry. Umiejscowiony może być wyłącznie w ramionach, szyi, bez pojawiania się w klatce piersiowej. Charakterystycznymi objawami są: duszność, osłabienie, nadmierne pocenie się i nudności [9,10].

Epidemiologia zawału mięśnia sercowego

Zawał serca stanowi istotny problem społeczny. Według badań epidemiologicznych wzrasta częstość występowania zawału mięśnia sercowego i nagłych zgonów sercowych u ludzi w okresie największej aktywności życiowej. Według szacunkowych ocen, roczna

zachorowalność mężczyzn na zawał serca wynosi 311 osób na 100 tys. ludności i jest największa w wieku około 55 lat. U kobiet określa się na poziomie 169 osób [11].

W ciągu roku zapada na zawał serca około 70 tys. osób i około 26% z nich umiera w ciągu kilku godzin od wystąpienia objawów, często przed przybyciem do szpitala [11].

Czynniki ryzyka zawału mięśnia sercowego

Zawał mięśnia sercowego występuje na ogół po 40. roku życia, częściej u mężczyzn niż u kobiet, zwłaszcza u osób otyłych i z nadciśnieniem tętniczym. Do czynników zawału należą:

- Dyslipidemie (cholesterol całkowity >200mg/dL, cholesterol frakcji LDL >160mg/dL, wzrost poziomu trójglicerydów, cholesterol frakcji HDL <35mg/dL)
- Wiek (najczęściej w przedziale 50-60 lat)
- Płeć męska
- Palenie tytoniu
- Nadciśnienie tętnicze
- Siedzący tryb życia
- Otyłość
- Wywiad rodzinny (pierwszy zawał serca u krewnego pierwszego stopnia w wieku <55 lat)
- Cukrzyca

Inne czynniki ryzyka, budzące pewne kontrowersje, to: nadużywanie alkoholu, stres, hiperinsulinemia, wzrost poziomu fibrynogenu, przerost lewej komory, typ A osobowości, zażywanie kokainy [12,13,14].

Rozpoznawanie zawału mięśnia sercowego

Podstawę klinicznego rozpoznania zawału serca stanowi wystąpienie co najmniej dwóch z wymienionych kryteriów:

- Obecność bólu w klatce piersiowej
- Typowe zmiany w seryjnych badaniach elektrokardiograficznych
- Zwiększenie biochemicznych wskaźników martwicy mięśnia sercowego

Kryteria te, ocenia się na podstawie badania podmiotowego, przedmiotowego i badań dodatkowych [11,15, 16].

Badanie podmiotowe

Polega na zbieraniu informacji od pacjenta lub jego rodziny. W badaniu tym pacjent może zgłaszać [12,17,18,19]:

- ból w klatce piersiowej - najczęściej zamostkowy, obejmujący całą przednią jej ścianę, trwający zwykle ponad 20 minut lub utrzymujący się kilka godzin, promieniujący do gardła, żuchwy, barków, ramion, łopatek, nadbrzusza, (chory może również zgłaszać ból o charakterze miażdżenia, rozpierania, uczucia ciężaru, ściskania, gniecienia. Czasami może odczuwać go jako dyskomfort z uczuciem ciężaru, pieczeniem lub uczuciem niestrawności)
- lęk, zagrożenie - spowodowane zaistniałymi dolegliwościami
- znaczną duszność - w przypadku wstrząsu kardiologicznego
- wymioty, nudności, zlewne poty – w przypadku wystąpienia pobudzenia autonomicznego układu nerwowego.

Badanie przedmiotowe

Jest to badanie również fizykalne: ogólne (dokonywane za pomocą narządów zmysłów i przy zastosowaniu prostych przyrządów), dodatkowe laboratoryjne, dodatkowe specjalistyczne (umożliwiające szczegółową ocenę stanu pacjenta). W badaniu tym możemy stwierdzić [15,19]:

- bladość powłok skórnych, spocenie
- pojawienie się przyspieszonej pracy serca (tachykardia powyżej 100-120 u/min. w wyniku wzmożonej aktywności układu sympatycznego)
- pojawienie się zwolnionej pracy serca (bradykardia poniżej 60 u/min.)
- przyspieszenie oddechu
- podwyższenie temperatury ciała nie przekraczające 39°C
- osłuchowo –możemy stwierdzić ton pierwszy bardzo cichy.

U chorych mogą występować również, przez wiele dni a nawet tygodni, objawy przepowiadające wystąpienie zawału. Pacjenci z przewlekłymi dolegliwościami dławicowymi często notują nagłą zmianę częstości ich występowania, nasilenia i uwarunkowań. Mogą im towarzyszyć, a także pojawić się między napadami następujące objawy: duszność, osłabienie z obfitymi potami, uczucie narastającego zmęczenia, zawroty głowy, stany przedomdlenia [11].

Do czynników przyspieszających lub bezpośrednio wywołujących zawał należą: emocje, zwłaszcza negatywne i nagłe, nadmierny wysiłek fizyczny. W tych warunkach martwica mięśnia serca może się rozwinąć przy zwężonych, ale jeszcze drożnych tętnicach wieńcowych. Bezpośrednią przyczyną zawału może stać się także nagła, występująca hipotonia, utrata krwi [12,14,15,16,20].

Badania dodatkowe wykonywane pacjentom z zawałem mięśnia sercowego obejmują:

Badanie elektrokardiograficzne – powinno być wykonywane w trybie pilnym w chwili przyjęcia pacjenta do szpitala.

Elektrokardiogram jest graficzną prezentacją aktywności elektrycznej serca, zarejestrowanej z powierzchni ciała za pomocą elektrokardiografu. Standardowe EKG składa się z 12 odprowadzeń rejestrujących aktywność elektryczną serca w różnych osiach. Zapis potencjałów elektrycznych obejmuje: 3 odprowadzenia kończynowe dwubiegunowe (I, II, III), 3 odprowadzenia kończynowe jednobiegunowe (aVL, aVR, aVF) oraz 6 odprowadzeń przedsercowych jednobiegunowych (V1-V6) [12,17,10,21].

Prawidłowy schemat krzywej EKG przedstawia Rycina 5. Wychylenie w górę i w dół od linii podstawowej nazywa się załamkami i oznacza: P, Q, R, T, S i U. Załamki Q, R i S określa się zespołem QRS.

Załamek P – odpowiada depolaryzacji przedsionków, czas trwania prawidłowych załameków P jest krótszy od 0.12s. Załamek ten jest dodatni w odprowadzeniach I i II oraz w aVF zaś ujemny w odprowadzeniu III i III.

Załamki P mogą być niewidoczne, co może być spowodowane ukryciem w załamku T poprzedniej ewolucji serca lub nakładaniem się na zespoły QRS [4,11].

Odstęp PQ – odpowiada okresowi repolaryzacji przedsionków.

Zespół QRS – odpowiada procesowi depolaryzacji mięśnia komór. W ocenie ukształtowania zespołów QRS uwzględnia się:

- czas trwania – zawiera się zazwyczaj w przedziale 0.06-0.11s. Poszerzenie zespołów może świadczyć o: bloku prawej odnogi pęczka Hisa, przedwczesnej depolaryzacji komór, pobudzeń i rytmów pochodzenia komorowego.
- Amplitudę załameków zespołu QRS – prawidłowe zakresy amplitudy załameków Q, R, S są różne dla poszczególnych odprowadzeń. Amplituda zależy od wieku, płci, budowy ciała. Pomiar amplitudy wykorzystuje się w rozpoznaniu przerostu lewej i prawej komory.

- Kierunek zespołów QRS – w prawidłowym EKG zespoły QRS są dodatnie w odprowadzeniach: I, II, aVL i w V4-V6 zaś ujemne w aVR i w V1-V3.
- Amplitudę i czas trwania załamków Q [4,11].

Załamek T – odpowiada repolaryzacji komór, wektor jego jest skierowany ku dołowi i w lewo, i podąża za wektorem zespołu QRS. Jeżeli wektor QRS jest ujemny to również wektor T będzie odwrócony, co nie musi być oznaką nieprawidłowości [4,11].

Odstęp QT – mierzy się go od początku zespołu QRS do końca załamka T, odpowiada skurczowi elektrycznemu, odstęp ten zmienia się w zależności od częstości pracy serca. Prawidłowy odstęp QT wynosi zwykle $<0,425$ s [4,11].

Odstęp PR – odpowiada czasowi, jaki potrzebuje bodziec nadkomorowy do depolaryzacji przedsionków, przejścia przez węzeł przedsionkowo-komorowy i pobudzenia komorowego układu przewodzącego. U osób dorosłych z rytmem zatokowym odstęp PR wynosi 0,12-0,20 s. Odstęp wzrasta w przypadku przyspieszenia lub zwolnienia akcji serca. Jeżeli odstęp zwiększy się powyżej 0,20 s, wówczas może nastąpić blok przedsionkowo-komorowy pierwszego stopnia [4,11].

Fala U – w prawidłowym EKG kierunek załamka U jest zgodny z kierunkiem poprzedniego załamka T, a ich amplituda nie przekracza 2mm w odprowadzeniach przedsercowych prawokomorowych i 1mm w odprowadzeniach kończynowych i przedsercowych lewokomorowych [11].

Odcinek ST – jest to odcinek, który odpowiada początkowej fazie repolaryzacji mięśnia komór. Prawidłowe odcinki ST przebiegają w linii izoelektrycznej w odprowadzeniach kończynowych i przedsercowych lewokomorowych, natomiast w odprowadzeniach przedsercowych prawokomorowych są często uniesione ku górze i przechodzą w ramię wstępujące załamków T. Nieprawidłowości w przebiegu odcinków ST polegają na ich obniżeniu lub uniesieniu w stosunku do linii izoelektrycznej [4,22,16].

Rycina 6 przedstawia zapis 12-odprowadzeniowego EKG pacjenta z bólem w klatce piersiowej, na którego podstawie można zaobserwować:

- Strefę martwicy- patologiczny załamek Q (dłuższy niż 0.1 ms oraz wyższy niż 25% załamka R)
- Strefę uszkodzenia- ujemny załamek T
- Strefę niedotlenienia- fale Pardeego, uniesienie lub obniżenie odcinka ST w dwóch sąsiadujących odprowadzeniach [22,23].

Wyżej opisane strefy i obraz EKG są charakterystycznymi cechami zawału serca w elektrokardiografii. W zależności od lokalizacji zawału zmiany mogą występować w różnych odprowadzeniach.

Diagnostyka biochemiczna - opiera się na oznaczeniu w surowicy krwi enzymów i innych białek uwalnianych w wyniku martwicy

Badanie echokardiograficzne serca - jest diagnostyczną metodą, która pozwala na ocenę stopnia uszkodzenia struktur serca, lokalizację i wielkość uszkodzenia mięśnia sercowego oraz ocenę upośledzenia kurczliwości lewej komory. Badanie jest pomocne w celu wykrycia zmian strukturalnych, takich jak: niedomykalność zastawki dwudzielnej, tętniak komory, pęknięcie przegrody międzykomorowej, płyn w worku osierdziowym, skrzeplina w jamie komory [14,15,20].

Rodzaje zawałów mięśnia sercowego

Zawał mięśnia sercowego jest to martwica mięśnia sercowego, spowodowana niedokrwieniem. Na podstawie wykonywanych badań diagnostycznych można określić rodzaj zawału. Zawał mięśnia sercowego możemy podzielić ze względu na:

- Lokalizację – zależy od rodzaju zamkniętej tętnicy:
 - Zamknięcie prawej tętnicy wieńcowej powoduje zawał ściany dolnej- zmiany w odprowadzeniach: I, aVL, V5-V6
 - Zamknięcie gałęzki zstępującej lewej tętnicy wieńcowej- zawał ściany przedniej – zmiany w EKG w odprowadzeniach II, III, aI
 - Zamknięcie gałęzki okalającej lewej tętnicy wieńcowej- zawał ściany bocznej- zmiany I, AVL oraz V1-V4
- Odcinek ST w badaniu EKG, który może być:
 - uniesiony i zawał taki określa się mianem STEMI
 - bez uniesienia i zawał taki określa się mianem NSTEMI

Zawał mięśnia sercowego może występować pod następującymi postaciami:

- Neurologiczną – bóle o typie neuralgii, dolegliwości reumatyczne –mięśniowe
- Wstrząsową - objawy wstrząsu
- Mózgową – porażenia połowicze, afazje, zamroczenia, dezorientacje i zaburzenia świadomości
- Bólową – typowe objawy zawału serca 70-80%
- Obrzękową – duszność, kaszel z pianistą wydzieliną, nagłe osłabienie

- Arytmiczną – zaburzenia rytmu (niemiarowości zupełnej, częstoskurcz komorowy, bloki przedsionkowo – komorowe)
- Gastryczną – pod maską ostrego zapalenia trzustki, pęcherzyka żółciowego, chorób żołądka

Powikłania zawału mięśnia sercowego

Okres zawału mięśnia sercowego stwarza dla życia każdego chorego poważne zagrożenie ze względu na ewentualność wystąpienia ciężkich, nieodwracalnych powikłań. Czas ten charakteryzuje się ogromną zmiennością obrazu klinicznego i niepewnym rokowaniem [11].

Do powikłań zawału mięśnia sercowego, które są najczęściej spotykane należą:

Zaburzenia rytmu i przewodzenia, które są klasyfikowane na:

Zaburzenia nadkomorowe, w których występuje:

Tachykardia zatokowa – W przebiegu niedokrwienia mięśnia sercowego jest bardzo niekorzystna z powodu wzrostu zapotrzebowania mięśnia sercowego na tlen przy stałym dopływie krwi. Postępowanie polega na rozpoznaniu czynników wywołujących tachykardię i leczeniu przyczynowym [11,12].

Bradykardia zatokowa – może mieć charakter przejściowy lub stały wraz z obniżeniem ciśnienia tętniczego krwi. Przyczyną bradykardii oraz obniżenia wartości RR jest zazwyczaj reakcja wazowęglanowa i występuje bardzo często w zawale ściany dolnej [15,24].

Przedwczesne pobudzenie przedsionkowe – dotyczy przeważnie 15-40% przypadków i nie ma znaczenia dla hemodynamiki ani dla dalszego rokowania, chyba że zapoczątkowują napad utrwalonego częstoskurczu nadkomorowego [15,24].

Migotanie przedsionków – dotyczy ok. 10% przypadków, pojawia się w związku z zastoinową niewydolnością serca, zapaleniem wsierdza lub zawałem przedsionka. Przeważnie 90% napadów migotania przedsionków następuje w pierwszych 48. godzinach od zawału i trwa nie dłużej niż 24 godziny [15,24].

Częstoskurcz węzłowy – dotyczy ok. 5-10% przypadków, jest spowodowany zwiększonym automatyzmem węzłowych ośrodków bodźcotwórczych i zwykle jest następstwem niedokrwienia węzła przedsionkowo-komorowego albo działania leków (naparstnicy). Częstoskurcz przeważnie ustępuje samoistnie i nie wymaga leczenia [15,24].

Trzepotanie przedsionków – dotyczy ok. 5% przypadków, jest to niestały rytm mogący być przemijającym lub utrwalonym. Leczenie polega na zastosowaniu kardiowersji lub szybkiej stymulacji przedsionków [15,24].

Napadowy częstoskurcz nadkomorowy – obejmuje od 2-7% przypadków i wyróżnia się w nim: nawrotny częstoskurcz nadkomorowy (gdzie, w razie spadku hemodynamiki, wskazana jest kardiowersja, pomocne są również zabiegi pobudzające nerw błędny np.: masaż zatoki szyjnej, które mogą przerwać napad częstoskurczu) oraz częstoskurcz przedsionkowy ze wzmoczonego automatyzmy. Zabiegi wykonywane w celu pobudzenia nerwu błędnego i stymulacji przedsionków są nieskuteczne w tym przypadku [15,24].

Zaburzenia komorowe:

Częstoskurcz komorowy – jest to następowanie po sobie co najmniej trzech przedwczesnych pobudzeń komorowych z częstością 120 u/min. lub wyższą [24].

Przyśpieszony rytm idiowentrykularny – dotyczy ok. 8-23% przypadków, może być wynikiem wzmoczonego automatyzmu komorowego ośrodka bodźcotwórczego lub następstwem bloku na wyjściu ogniska częstoskurczu komorowego. Rytm ten przebiega zwykle łagodnie i nie prowadzi do migotania komór [24].

Migotanie i trzepotanie komór – występuje w ciągu 4 godzin od wystąpienia zawału i jest to chaotyczny rytm komorowy, powstający w wyniku obecności wielu zmian w obrębie komory (Ryc. 9, 10). Leczeniem z wyboru jest jak najszybsza defibrylacja elektryczna [24].

Wstrząs kardiogeny

Jest powikłaniem występującym u około 10-15% pacjentów z zawałem mięśnia sercowego [11].

Jest zespołem klinicznym, który charakteryzuje się hipotonią i hipoperfuzją na skutek zaburzeń pracy serca jako pompy. Przyjęta definicja zespołu klinicznego zawiera obniżenie skurczowego ciśnienia tętniczego <90 mmHg, utrzymujące się powyżej 30 minut (u większości chorych spadek ten następuje w ciągu 48 godzin hospitalizacji, u około 10% stwierdza się go w czasie przyjęcia do szpitala), któremu towarzyszą objawy niedokrwienia w postaci zaburzeń czynności ośrodkowego układu nerwowego, chłodnych kończyn i skąpomoczu. Charakterystyczne jest pojawienie się zimnego potu na całym ciele pacjenta. Patofizjologiczną podstawę wstrząsu stanowi zmniejszenie przepływu obwodowego w wyniku upośledzenia mechanicznej czynności lewej komory [11,12,16,25].

Rokowanie we wstrząsie kardiogenym jest zawsze niepewne, pomimo zastosowania optymalnego leczenia [11,12,16,25].

Blok serca przedsionkowo-komorowy - jest to czasowe, napadowe lub stałe zaburzenie przewodzenia bodźców z węzła zatokowo-przedsionkowego do roboczego mięśnia komór, przebiegający w 3 stopniach zaawansowania [24,25].

Blok przedsionkowo-komorowy I stopnia polega na przedłużeniu czasu przewodzenia między przedsionkami a roboczym mięśniem komór. Wszystkie pobudzenia powstające w przedsionkach przewodzone są do komór. Blok I stopnia charakteryzuje się w badaniu EKG wydłużeniem odstępu PQ powyżej 0,2 s [24,25].

Blok przedsionkowo-komorowy II stopnia może być sklasyfikowany [24,25]:

- jako blok typu Mobitz I (dawniej: Wenckebacha), charakteryzujący się stopniowym, z każdą ewolucją serca, wydłużaniem odstępu PQ aż do wypadnięcia zespołu QRS (tzw. periodyka Wenckebacha)
- jako blok typu Mobitz II, polegający na całkowitym wypadnięciu zespołu QRS, pomimo powstałego bodźca przedsionkowego. Charakteryzuje się tym, że po kilku załawkach P następuje brak zespołu QRS. W zależności od stosunku ilości załawków P do ilości zespołów QRS mówimy o typie bloku, najczęściej 3:2, 4:3, 5:4. Jeżeli zespoły QRS nie pojawiają się po przynajmniej dwóch kolejnych załawkach P mówimy o zaawansowanym bloku II stopnia.

Blok przedsionkowo-komorowy III stopnia polega na zupełnie nieskoordynowanej pracy przedsionków i komór, czemu towarzyszy niezależne występowanie, odpowiadającym im w badaniu EKG, załawków P i zespołów QRS. Częstotliwość rytmu komór jest wolniejsza niż przedsionków (Ryc. 1).

Patofizjologia całkowitego bloku przedsionkowo – komorowego uzależniona jest od umiejscowienia zawału [24].

W zawale ściany dolnej całkowity blok AV jest wynikiem niedokrwienia węzła przedsionkowo – komorowego. Zespoły QRS są zwykle wąskie, a częstość pracy serca wynosi z reguły 50 uderzeń na minutę. U pacjentów stabilnych hemodynamicznie wystarcza obserwacja, natomiast gdy występują zaburzenia hemodynamiczne należy podać atropinę (0,5-2 mg) [24,25].

W zawale ściany przedniej, blok spowodowany jest niedokrwieniem lub zawałem pęczka Hisa, lub obu jego odnóg. Rozwijają się nagle, prowadząc do powstania szerokich, zniekształconych zespołów QRS i bradykardii. Bloki AV niewydolne hemodynamicznie są

wskazaniem do czasowej stymulacji serca lub do wszczepienia rozrusznika serca na stałe [24,25].



Ryc. 1. Blok przedsionkowo-komorowy III stopnia (całkowity), Źródło: zbiory własne

Pęknięcie wolnej ściany serca

Znajduje się na trzecim miejscu zgonów w ostrej fazie zawałów mięśnia sercowego. Jest to powikłanie występujące w ciągu pierwszych 14 dni zawału, najczęściej kończy się śmiercią. Spowodowane jest tamponadą serca, na skutek krwotoku do worka osierdziowego. Objawami, na które należy zwrócić uwagę, są: ból w klatce piersiowej (nie reagujący na leczenie farmakologiczne), hipotonia, wstrząs, tętno paradoksalne, podwyższone ośrodkowe ciśnienie żyłne, słabo słyszalne tony serca, bradyarytmia, nagłe zatrzymanie krążenia w mechanizmie rozkojarzenia elektromechanicznego [24,25].

Leczenie, polega na natychmiastowym wykonaniu nakłucia worka osierdziowego i jego drenażu, zapobiegającym tamponadzie serca. Jedynym sposobem uratowania chorego jest operacja kardiochirurgiczna [25,26].

Pęknięcie przegrody międzykomorowej

Jest ciężkim powikłaniem zawału mięśnia sercowego. Jest to pozawałowy ubytek w przegrodzie międzykomorowej. Pojawia się on najczęściej w pierwszym tygodniu od epizodu wieńcowego. Powoduje wystąpienie przecieku lewo-prawego. Występują objawy niewydolności lewej i prawej komory, zwiększa się ośrodkowe ciśnienie żyłne, wątroba ulega powiększeniu [24,25,26].

Leczenie zawału mięśnia sercowego

Uszkodzenie mięśnia sercowego następuje bardzo szybko, nawet w ciągu kilku godzin. W celu zmniejszenia obszaru martwicy serca należy jak najszybciej podjąć działania lecznicze. Leczenie chorych z zawałem mięśnia sercowego rozpoczyna się od okresu postępowania przedszpitalnego, a następnie jest kontynuowane bezpośrednio w szpitalu.

Postępowanie w okresie przedszpitalnym rozpoczyna się już w miejscu wystąpienia objawów. Każdy chory, u którego podejrzewa się zawał mięśnia sercowego jest niezwłocznie przewożony do szpitala. Pierwszymi czynnościami podejmowanymi przez zespół pogotowia jest unieruchomienie pacjenta i podanie tlenu (4/6 litrów/min. przez cewnik donosowy w celu przeciwdziałania hipoksemii w przypadku obrzęku płuc, wstrząsu, niewydolności oddechowej) [17,27].

Następnie wykonywane jest EKG, na podstawie którego mogą być podjęte pierwsze działania lecznicze. W przypadku hipotonii ($>90\text{mmHg}$), bradykardii ($<50/\text{min}$) lub tachykardii ($>110/\text{min}$) podawana jest podjęzykowo nitrogliceryna. Każdemu choremu, jeżeli nie ma przeciwwskazań, podawany jest kwas acetylosalicylowy w dawce 350-500mg (gdy chory nie przyjmował przewlekle kwasu acetylosalicylowego) oraz Heparynę (60 j./kg m.c w bolusie i.v. – maksymalnie 5000 j., następnie w ciągłym wlewie z szybkością 12j./kg/h). Chorem zgłaszającym ból w klatce piersiowej należy podać podjęzykowo 0,5 mg Nitrogliceryny (NTG), w przypadku gdy skurczowe ciśnienie tętnicze krwi nie jest niższe niż 90 mmHg i nie stwierdza się bradykardii lub tachykardii. Gdy podanie NTG pod język nie łagodzi bólu, należy wdrożyć leki przeciwbólowe. Podstawowym lekiem jest Morfina stosowana dożylnie w dawkach 4-8 mg, a następnie 2 mg w odstępach co 5 minut, do osiągnięcia stężenia analgetycznego leku w surowicy krwi i efektu przeciwbólowego. W przypadku przeciwwskazań do zastosowania morfiny lub braku może być zastosowana mieszanka lityczna (50 mg peptydyna (Dolargan) z 25 mg chlorpromazyny (Fenactil) oraz 50 mg prometazyny (Diphergan), dopełnione w 20 ml strzykawce roztworem 5% glukozy. Podawana powoli, zwykle 4 ml, następnie 1-2 ml co 15-30 minut) [12, 16,21,22].

Leczenie szpitalne rozpoczyna się od postępowania ogólnego, w którym rozpoczyna się od stałego monitorowania zapisu EKG i ciśnienia tętniczego.

Następnie przeprowadzany jest wywiad z chorem, w którym ustala się, czy pacjent wcześniej przeżył epizody niedokrwienia mięśnia sercowego (stabilną lub niestabilną dławicę piersiową, zawał serca, CABG lub PCI). W trakcie przeprowadzanego wywiadu należy uwzględnić dolegliwości pacjenta (dyskomfort w klatce piersiowej, nadciśnienie tętnicze, cukrzyce) oraz przebyte epizody (niedokrwienie mózgu, nagłe niedowidzenie, zaburzenia mowy, utrata pamięci, osłabienie mięśni twarzy lub kończyny, niezgrabność, drętwienie twarzy lub kończyn, utrata czucia, ataksja lub zawroty głowy). Następnie wskazane jest wykonanie zapisu EKG, które pomoże w ustaleniu rozpoznania oraz ocenie rozległości i lokalizacji zawału. Chorem z podejrzeniem zawału mięśnia sercowego wykonuje

się również badania laboratoryjne oraz przyłózkowy radiogram klatki piersiowej [12, 16,21,22]. Kolejnym etapem leczenia jest przywrócenie drożności naczynia za pomocą doraźnej przezskórnej plastyki tętnic wieńcowych (PTCA) oraz leczenia trombolitycznego. Obecnie podstawową metodą oceniającą zmiany miażdżycowe w tętnicach wieńcowych oraz zwężenia światła naczynia, a także poznanie anatomii naczyń wieńcowych jest koronarografia. Umożliwia ona podjęcie optymalnej decyzji co do sposobu leczenia w konkretnym przypadku: PCI z użyciem stentu (lub bez) oraz pomostowanie aortalno-wieńcowe CABG [12, 16,21,22,28]. Koronarografia polega na wprowadzenia cewników kolejno do prawej i lewej tętnicy wieńcowej oraz na podaniu przez nie do światła naczynia środka cieniującego, z jednoczesnym rejestrowaniem obrazu na kasecie wideo lub na dysku komputera. Cewniki zazwyczaj wprowadza się przez wkłucie do tętnicy udowej lub promieniowej. Podanie środka cieniującego do lewej komory serca (wentrykulografia) pozwala na ocenę kurczliwości mięśnia sercowego wraz z pomiarem frakcji wyrzutowej serca [25]. W większości szpitali metodą z wyboru jest leczenie trombolityczne, które należy rozpocząć jak najszybciej. Podstawowym lekiem, stosowanym w Polsce, jest streptokinaza, rzadziej tkankowy aktywator plazminogenu (t-PA). Leczenie trombolityczne jest najskuteczniejsze w 1-3 h zawału. Nie zaleca się stosowania trombolizy u chorych z zawałem serca bez uniesionego odcinka ST w EKG (NSTEMI). Streptokinazę stosuje się w infuzji dożylniej w dawce 1,5 mln j./60 min. U chorych z przeciwwskazaniem do leczenia streptokinazą możemy zastosować t-Pa, które rozpoczyna się wstrzyknięciem 15 mg leku i kontynuuje się we wlewie dożylnym 0,75mg/kg m.c./30min. Równocześnie z t-Pa rozpoczyna się leczenie heparyną [15,18,20,22,26]

Tabela I przedstawia wskazania i przeciwwskazania do leczenia trombolitycznego.

Tab. I. Wskazania i przeciwwskazania do leczenia trombolitycznego, źródło [27]

Wskazania do leczenia trombolitycznego	<ul style="list-style-type: none">○ ból wieńcowy trwający minimum 30 min.○ W elektrokardiogramie uniesienie odcinka ST powyżej 0,1mVw dwóch kolejno odprowadzeniach○ Nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa○ Czas od początku bólu:<ul style="list-style-type: none">➤ Poniżej 6 godz.-największa korzyść kliniczna➤ 6-12 godz. -mniejsza korzyść, ale leczenie poprawia rokowanie chorych➤ powyżej 12 godz. -leczenie powinno być stosowane tylko wyjątkowo u wyselekcjonowanych chorych
---	---

Przeciwwskazania do leczenia trombolitycznego	bezwzględne	<ul style="list-style-type: none"> ○ przebyty udar krwotoczny mózgu, niezależnie od upływu czasu ○ inny udar mózgu lub powikłanie naczyniowe ○ rozpoznany nowotwór wewnątrzczaszkowy ○ aktywne krwawienie wewnętrzne ○ podejrzenie tętniaka rozwarstwiającego aorty
	względne	<ul style="list-style-type: none"> ○ ciężkie niekontrolowane nadciśnienie tętnicze(powyżej 189/110mmHg ○ przebyty incydent naczyniowomózgowy ○ stosowanie antykoagulantów w dawkach terapeutycznych(INR 2-3);skaza krwotoczna ○ świeży uraz, w tym uraz głowy, przedłużona reanimacja ○ nakłucie dużych naczyń, których nie można ucisnąć ○ świeże(2-4 tygodnie)krwawienie wewnętrzne ○ cięża ○ aktywny wrzód trawienny

Pomimo wielu zalet leczenie trombolityczne posiada ograniczenia, do których należą:

- stosunkowa niska skuteczność – 30 - 50% pacjentów uzyskuje pełny przepływ w tętnicy odpowiadającej za zawał
- duża zależność skuteczności od czasu zastosowania leczenia, która zmniejsza się średnio o 9% z każdą godziną opóźnienia leczenia
- powikłania krwotoczne (śmiertelne krwotoki do ośrodkowego układu nerwowego 0,5-1,5%)
- występowanie po leczeniu istotnego zwężenia w tętnicy odpowiadającej za zawał, co prowadzi do wolniejszej, pełnej reperfuzji w miokardium i powrotu prawidłowej jego funkcji, co może być także przyczyną powtarzających się epizodów niedokrwienia
- reokluzyje wczesne 5-15% oraz późne 28 - 41% - ponowne zamknięcie IRA wiąże się z 2-3 krotnie większą śmiertelnością oraz częstszym występowaniem niewydolności serca
- przeciwwskazania, 5 - 15% ograniczają częstość stosowania leczenia trombolitycznego nawet do 50 - 60%

- niediagnostyczny obraz EKG – uniesienie odcinka ST nie występuje u prawie 50% chorych z zamknięciem tętnicy okalającej i u 30% z zamknięciem prawej tętnicy wieńcowej
- brak skuteczności u pacjentów najwyższego ryzyka (wstrząs kardiogeny) [24].

Postępowanie w zawale mięśnia sercowego bez uniesionego odcinka ST (NSTEMI)

Powszechnie jednym z najbardziej znaczących elementów leczenia zawału mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST jest PCI. Dużo jest jednak kontrowersji dotyczących czasu wykonania koronarografii, z jednoczesnym wykonaniem zabiegu angioplastyki. W praktyce funkcjonują dwie strategie dotyczące postępowania leczniczego: zachowawcza i inwazyjna. Wczesna strategia zachowawcza wychodzi z założenia, że tylko pacjenci z obecnym klinicznie niedokrwieniem, pomimo stosowania właściwej farmakoterapii lub pacjenci z niedokrwieniem udokumentowanym testami nieinwazyjnymi, są po opanowaniu stanu ostrego kierowani do diagnostyki i leczenia inwazyjnego. Zaletą tej strategii jest unikanie podwyższonego ryzyka zabiegu w ostrej fazie zawału [20,22,29,30]. Wczesna strategia zachowawcza nie wyklucza całkowicie działań inwazyjnych, zakłada zaś wykonanie koronarografii i ewentualnego PCI tylko u pacjentów, u których próby stabilizacji nie udały się lub ci, którzy w późniejszej ocenie nieinwazyjnej zaliczają się do grupy wysokiego ryzyka zgonu lub zawału mięśnia sercowego. Wybranie końcowego sposobu leczenia zależy od czułości i swoistości przeprowadzonych testów [17,20,22]. Wczesna strategia inwazyjna przewiduje wykonanie koronarografii i zabiegów rewaskularyzacyjnych (PCI) lub pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG) w krótkim czasie. W przypadku angioplastyki wieńcowej jest to 24 - 48 godzin od chwili przyjęcia do szpitala. W strategii tej stratyfikacja ryzyka oparta na koronarografii daje szansę na szybkie wdrożenie najodpowiedniejszego sposobu leczenia [26]. Diagnostyka inwazyjna odgrywa istotną rolę w nowoczesnym leczeniu ostrych zespołów wieńcowych, powinna być wykonywana w każdym przypadku [26].

Postępowanie w zawale mięśnia sercowego z przetrwałym uniesieniem odcinka ST (STEMI)

Zawał serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST (STEMI) jest w zdecydowanej większości przypadków spowodowany całkowitym zamknięciem naczynia wieńcowego przez zakrzep powstały na pękniętej niestabilnej blaszce miażdżycowej (70% ostrych zespołów wieńcowych) lub na owrzodzeniu zmiany krytycznej (30%). Mimo działania naturalnych mechanizmów obronnych, podstawowym i najistotniejszym czynnikiem decydującym o wielkości i obszarze zawału oraz o rokowaniu jest czas, jaki upłynął od zamknięcia naczynia. Czas powrotu przepływu w tętnicy odpowiedzialnej za zawał, ma decydujące znaczenie w ograniczeniu zjawiska niedokrwiennego uszkodzenia mięśnia sercowego. Zasadniczym celem leczenia reperfuzyjnego, jest jak najszybsze i całkowite przywrócenie przepływu przez tętnicę odpowiedzialną za zawał. Działanie to, prowadzi do ograniczenia strefy zawału, zmniejszenia uszkodzenia lewej komory, zmniejszenia występowania powikłań mechanicznych, oraz do zmniejszenia śmiertelności wewnątrzszpitalnej i odległej. Wśród metod reperfuzyjnych najszersze zastosowanie ma leczenie trombolityczne. W ostatnich latach coraz więcej dowodów wskazuje na większą skuteczność leczenia STEMI za pomocą przezskórnych interwencji wieńcowych PCI, które w niektórych przypadkach są wręcz niezastąpione. Ze względu na wymienione wcześniej ograniczenia w leczeniu trombolitycznym, a także wyniki badań oraz doświadczenie, liczba pacjentów kierowanych do leczenia inwazyjnego za pomocą przezskórnych interwencji wieńcowych w ostatnich latach stale wzrasta [10,26].

Rehabilitacja chorych po zawale mięśnia sercowego

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia integralną częścią współczesnej rehabilitacji jest zapobieganie rozwojowi choroby.

Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego zdefiniowała w 1992 roku rehabilitację kardiologiczną jako sumę interwencji wymaganych dla zapewnienia możliwie najlepszej kondycji fizycznej, psychicznej i socjalnej pacjenta z przewlekłą chorobą serca lub po ostrym epizodzie sercowym [31].

Obecnie, gdy stosuje się leczenie fibrynolityczne zawału serca, znacznie skraca się czas unieruchomienia pacjenta w łóżku, niekiedy nawet do kilku godzin. W związku z tym zmienia się w dużej mierze rola, miejsce i zakres rehabilitacji. Jedynie pacjenci z zawałem powikłanym wymagają dłuższej hospitalizacji.

Usprawnienie pacjenta powinno rozpocząć się bezpośrednio po ustąpieniu stanów zagrażających życiu lub skutków leczenia inwazyjnego.

Najważniejszymi celami rehabilitacji kardiologicznej jest, przede wszystkim: przeciwdziałanie skutkom bezczynności ruchowej i unieruchomienia, poprawa ogólnej sprawności psychofizycznej, poprawa tolerancji wysiłkowej oraz wydolności wieńcowej i krążenia. Uzmysłwienie choremu i jego otoczeniu istoty choroby oraz wynikających stąd ograniczeń i zagrożeń oraz pomoc choremu w akceptacji jego choroby, edukacji na temat modyfikacji zachowań i zwalczaniu złych nawyków w stylu życia, wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa i obniżenie poziomu lęku, zapobieganie depresji, uświadomienie choremu, że leczenie farmakologiczne jest jedynie jedną z części kompleksowego postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego, zwolnienie i (lub) zahamowanie przebiegu choroby, wyodrębnienie chorych wymagających dalszej diagnostyki i leczenia inwazyjnego, ułatwienie powrotu do aktywnego życia rodzinnego i zawodowego [29,30].

Wszyscy pacjenci po zawale powinni być poddani rehabilitacji. Systematyczna rehabilitacja poprawia pracę serca, funkcję mięśni szkieletowych, wpływa na profil lipidowy, jest również pomocna w normalizacji masy ciała oraz korzystnie wpływa na stan psychiczny pacjenta.

Podczas kwalifikacji pacjenta do rehabilitacji należy przestrzegać następujących zasad: chory musi być stabilny pod względem wieńcowym, nie może mieć groźnych dla życia zaburzeń rytmu i przewodzenia, powinna być zachowana wydolność innych narządów, prawidłowo kontrolowane ciśnienie tętnicze, cukrzyca i inne zaburzenia metaboliczne [28,29].

W rehabilitacji fizycznej chorych po zawale mięśnia sercowego wyróżnia się trzy etapy:

1. Etap - przeciwdziałanie skutkom bezczynności ruchowej
2. Etap - poprawia wydolność wieńcową i krążeniową
3. Etap - poprawia ogólną sprawność psycho - fizyczną.

1. Etap - rehabilitacja szpitalna. Odbywa się na oddziale intensywnej opieki medycznej i oddziale zachowawczym, ok. 12 godzin po ustąpieniu ostrych objawów zawału serca. Na tym etapie każdy chory powinien być traktowany indywidualnie. Rehabilitacja obejmuje ćwiczenia oddechowe oraz ćwiczenia małych grup mięśniowych w pozycji leżącej, a później siedzącej. W zależności od przebiegu zawału wdraża się rehabilitację [28,29,31,].

W modelu A - czyli niepowikłanym zawale mięśnia sercowego czas rehabilitacji zależy od lokalizacji. Zazwyczaj trwa od 4 do 10 dni.

W 1-2 dniu chory powinien pozostać w pozycji leżącej. Dopuszcza się zmiany pozycji ciała. Wskazane są zaś ćwiczenia oddechowe, czynne dłoni i stóp, relaksacyjne. W dalszych dniach, jeżeli stan pacjenta nie pogorszył się, dalsze usprawnianie zaczyna się od spożywania posiłków w pozycji siedzącej. Zachęca się również do siadanie na łóżku ze spuszczonej nogami. W tym czasie powinny być wykonywane ćwiczenia naprzemienne zginania i prostowania w stawach kolanowych oraz napinanie ud. W kolejnych 4-6 dniach pozwala się choremu na krótkie spacerunki (10-15min.), wychodzenie do toalety. W okresie tym należy ćwiczyć skłony głowy w dół, krążenia barkami, ćwiczenia oddechowe. Po 5-10 dniach wskazane jest, by chory coraz częściej przyjmował pozycję stojącą. Wskazane są ćwiczenia chodzenia po schodach, marszu w miejscu oraz dalsze ćwiczenia oddechowe [29-34].

W modelu B – powikłanym zawale mięśnia sercowego czas trwania rehabilitacji trwa do 20, a nawet więcej dni. W 1.-3. dniu chory powinien bezwzględnie leżeć w łóżku, może jedynie wykonywać zmiany pozycji. Zachęca się pacjenta do wykonywania ćwiczeń krążenia nadgarstkami, zginania i prostowania stóp, oddychanie torem przeponowym. Ćwiczenia w tym okresie nie powinny być dłuższe niż 5-10 min. W 4.-6. dniu rozpoczyna się stopniowe sadzanie chorego, najpierw do jedzenia, później ze spuszczonej nogami. Dalsze usprawnianie rozpoczyna się ok. 7-10 dni umożliwiając spacer, zachęcanie do wychodzenia samemu do toalety, przyjmowania pozycji fotelowej. Powyżej 10 dni zachęca się do dłuższych spacerów oraz treningu chodzenia po schodach [29-34].

Przestrzeganie kryteriów kwalifikacji do odpowiednich modeli usprawniania na każdym etapie rehabilitacji gwarantuje powrót pełnego lub w części uruchomienia pacjenta.

II Etap – Rehabilitacja poszpitalna wczesna - jest to najważniejszy etap w całym procesie rehabilitacji. W tym czasie chory najbardziej jest podatny na zmiany dotyczące stylu życia. Zatem ważne jest, aby obok treningu fizycznego wdrażać również edukację prozdrowotną. Chory powinien wiedzieć, że czeka go trudna droga w powrocie do zdrowia [13,29].

Rehabilitacja, w zależności od stanu zdrowia pacjenta, może być przeprowadzona w warunkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych w odpowiednio do tego przystosowanych ośrodkach rehabilitacyjnych. Ośrodki prowadzące rehabilitację kardiologiczną chorych powinny zapewnić: kontynuację postępowania leczniczego, rehabilitację fizyczną, rehabilitację psychiczną i prowadzenie szkolenia dietetycznego i zdrowotnego stylu życia

Obecnie przeprowadza się testy oceny sprawności fizycznych i możliwości pacjenta. Taki test stanowi ważny element diagnostyki oraz oceny przebiegu leczenia i rehabilitacji chorych.

Ze względu na ryzyko związane z wykonaniem próby wysiłkowej, należy przestrzegać prawidłowego kwalifikowania chorych oraz zapewnić pełne zabezpieczenie medyczne w trakcie trwania.

Tabela II przedstawia skalę Borga według której, ocenia się wysiłek fizyczny chorego.

Tab. II. Skala subiektywnej oceny wysiłku fizycznego wg Borga, źródło [15]

Punkty	Stopień zmęczenia
6	W ogóle nie zmęczony
7	Minimalne zmęczenie
8	
9	Bardzo lekko zmęczony
10	
11	Lekko zmęczony
12	
13	Umiarkowanie zmęczony
14	
15	Ciężko zmęczony
16	
17	Bardzo ciężko zmęczony
18	
19	Niezwykłe ciężko zmęczony
20	Maksymalne wyczerpanie

Subiektywne odczucie zmęczenia przez chorego w czasie ćwiczeń nie powinno przekroczyć 14 pkt. w skali Borga.

Program rehabilitacji dla chorych z zawałem powikłanym i nie powikłanym, powinien objąć ćwiczenia: 2x dziennie 1-15 min.; trening na sali gimnastycznej 3 x w tygodniu 30-40 min.; treningi na ergometrie (interwałowy) 4 min. pracy, 2 min. odpoczynku, 3 x w tygodniu 20-30 min.- od 9 do 12 treningów. Należy przyrost tętna w czasie treningu powinien zawierać się w granicach 60-80% przyrostu tętna uzyskanego w czasie próby wysiłkowej [10,28,29].

Wskazania do przerwania rozpoczętej rehabilitacji i kontroli lekarskiej, to: pogorszenie stanu zdrowia, wystąpienie duszności, bóle w klatce piersiowej, spadek

ciśnienia tętniczego lub jego znaczny wzrost, występowanie zaburzeń rytmu i przewodzenia [10,28,29].

III Etap – Rehabilitacja poszpitalna późna, ambulatoryjna – etap ten ma na celu dalszą poprawę w stanie zdrowia, utrwalenie nawyku regularnego wysiłku. Okres ten obejmuje 8-12 tygodni od zawału, a czas trwania jest nieograniczony. Po każdym cyklu ćwiczeń lub co 6 miesięcy należy wykonać próbę wysiłkową [10,28,29]. Osiągnięcie 7-10 metrów na próbie wysiłkowej wystarczy do podjęcia pracy przez większość osób z chorobami układu krążenia. Chorzy kardiologiczni powinni unikać pracy o wysiłku statycznym, doprowadzającym do zatrzymania oddechu, narastania braku tlenu, powodując stan zagrożenia życia. Etap ambulatoryjny jest programem rehabilitacji fizycznej, który dla chorych jest czynnikiem mobilizującym do regularnego dbania o własny stan zdrowia [10,28,29].

Cel pracy

1. Sformułowanie i zaplanowanie zindywidualizowanego, kompleksowego procesu pielęgnowania w stosunku do pacjenta w fazie rehabilitacji po przebytych zawale mięśnia sercowego.
2. Określenie problemów pacjenta po zawale mięśnia sercowego w fazie rehabilitacji.
3. Opracowanie arkusza do zbierania danych dla pacjenta w fazie rehabilitacji po zawale mięśnia sercowego.
4. Przedstawienie programu edukacyjnego dla pacjenta po zawale mięśnia sercowego.

Material i metody badań

Badaniem został objęty pan S.T. w wieku 52 lat z rozpoznaniem zawału ściany przednio - bocznej serca z uniesieniem odcinków ST w odprowadzeniach V1-V6, I i AI, hospitalizowany w Oddziale Kardiologii w szpitalu SPSK AM w Białymstoku.

Material zebrano na podstawie obserwacji oraz wywiadu.

Analizie poddano także dokumentację medyczną: karty informacyjne z pobytu w szpitalu, historię choroby, indywidualną kartę zleceń lekarskich i wyniki badań laboratoryjnych, kartę gorączkową.

W celu postawienia diagnozy pielęgniarskiej oraz ustalenia postępowania pielęgniarskiego posłużono się metodą procesu pielęgnowania

Wyniki

Opis przypadku

Badaniem objęto 52. letniego pacjenta hospitalizowanego w Klinice Kardiologii w SPSK AM w Białymstoku. Pacjent w chwili badania przebywał bezpośrednio po zabiegu – koronarografii. Pan S.T. mieszka na wsi w domu wolnostojącym z żoną. Warunki mieszkaniowe określa jako dobre. Od 20 lat pracuje we własnym gospodarstwie rolnym, zaś od blisko 30 lat pali 20 papierosów dziennie.

Dnia 22.05.2007 chory został przyjęty na oddział ratunkowy z powodu rozrywającego bólu w klatce piersiowej, połączonego ze zlewnymi potami i dusznością. Z rozpoznaniem rozległego zawału ściany przednio- bocznej serca z uniesieniem odcinków ST w odprowadzeniach V1-V6, I i Al, został przeniesiony na oddział kardiologii. Po zbadaniu zdecydowano o bezzwłocznym wykonaniu koronarografii. W czasie zabiegu stwierdzono zamknięcie w początkowym odcinku gałęzi międzykomorowej przedniej tętnicy wieńcowej lewej i istotne zwężenie początkowego odcinka tętnicy wieńcowej prawej. W gałęzi okalającej tętnicy wieńcowej lewej stwierdzono zmiany miażdżycowe nieistotne hemodynamicznie. Gałąź międzykomorową przednią udrożniono, a następnie poszerzono z jednoczasowym wszczepieniem stentu niepowlekanego (3,5/24 mm).

W dalszym postępowaniu pacjenta hospitalizowano na oddziale intensywnej terapii kardiologicznej (OITK). W chwili badania chory nie zgłaszał bólu w klatce piersiowej, ani duszności, był jedynie bardzo niespokojny, dokuczały mu nudności, wymioty oraz dyskomfort z powodu ogolenia pachwin. W późniejszych godzinach chory odczuwał dyskomfort spowodowany założonym cewnikiem do pęcherza moczowego oraz koniecznością unieruchomienia. Podczas badania pacjent miał obniżony nastrój, który objawiał się m.in. ubogą mimiką twarzy, unikaniem kontaktu wzrokowego oraz cichą, często niezrozumiałą mową. Był bardzo zaniepokojony ujawnionym w badaniach laboratoryjnych nadciśnieniu tętniczym, o którym nie wiedział. Pacjent wykazywał pozytywny stosunek do hospitalizacji oraz stosował się do zaleceń.

Parametry życiowe w dniu badania: Tętno – 76 u/min; Ciśnienie tętnicze – 150/100 mmHg; Diureza dobową 1500 ml; Temperatura ciała – 36.1 st. C.

Wywiad u Pana S.T. zebrano na podstawie dokumentacji lekarskiej, pielęgnarskiej oraz samodzielnie skonstruowanego arkusza do zbierania danych na temat zawału mięśnia sercowego.

Indywidualny plan opieki

Problemy pielęgnacyjne	Cel opieki	Planowanie opieki pielęgnarskiej	Realizacja planu opieki	Ocena działań
Ból w klatce piersiowej wynikający z niedotlenienia mięśnia sercowego	opanowanie bólu	<p>poinformowanie lekarza o zgłaszanych przez pacjenta dolegliwościach bólowych</p> <p>obserwacja natężenia i charakteru bólu</p> <p>podanie tlenu (tlen zwiększa natlenowanie tkanek oraz działa p/bólowo) przez kaniulę donosową 4-5l/min, przez maskę 2-6l/min</p> <p>zapewnienie wygodnej pozycji oraz polecenie ograniczenia ruchomości w łóżku, gdyż aktywność fizyczna może nasilać dolegliwości bólowe</p> <p>podanie choremu podjęzykowo na zlecenie lekarza nitrogliceryny</p> <p>podanie na zlecenie lekarza środka przeciwbólowego (najczęściej jest to morfina podawana dożylnie w odstępach czasowych dawka 2-5 mg)</p> <p>obserwacja pacjenta na podawane leki</p> <p>wykonanie badania EKG w czasie trwania bólu na zlecenie lekarza</p> <p>obecność przy pacjencie w czasie nasilenia bólu</p>	<p>prowadzono wnikliwą obserwację parametrów stanu ogólnego</p> <p>wykonano EKG</p> <p>podano podjęzykowo nitroglicerynę na zlecenie lekarskie</p>	ból ustąpił

		zapewnienie ciszy i spokoju		
Uczucie zagrożenia życia	zmniejszenie uczucia zagrożenia życia	informowanie chorego o celu wszelkich działań podejmowanych wobec jego osoby zapewnienie chorego, iż znajduje się pod dobrą opieką i stałą obserwacją, a ewentualne zagrożenia zostaną szybko rozpoznane i zlikwidowane sprawne i szybkie wykonywanie wszystkich czynności bez pośpiechu i zdenerwowania umożliwienie choremu kontaktu z najbliższą rodziną i duchownym (na życzenie pacjenta)	została przeprowadzona rozmowa z chorym umożliwiono odwiedziny rodziny	działania pielęgniarstwa zmniejszyły poczucie zagrożenia życia
Dyskomfort spowodowany ogoleniem pachwin z powodu planowanej koronarografii	złagodzenie dolegliwości	poinformowanie o celu wykonywanego badania i jego przebiegu podczas czynności golenia zapewnienie intymności sprawne i szybkie wykonanie czynności	poinformowano i sprawnie wykonano czynność golenia pachwin	dyskomfort zmniejszył się
Lęk przed zabiegiem – koronarografii	zmniejszenie lęku	umożliwienie rozmowy z lekarzem o stanie jego zdrowia oraz innymi chorymi po zabiegu wyjaśnienie pacjentowi celowości zabiegu koronarografii zapewnienie ciszy i spokoju zapewnienie chorego, iż znajduje się pod dobrą opieką	została przeprowadzona rozmowa z chorym	po rozmowie z pielęgniarką na temat celu zabiegu lęk zmniejszył się

<p>Duszność spowodowana silnym bólem w klatce piersiowej</p>	<p>zmniejszenie duszności poprawa wentylacji i wymiany gazowej</p>	<p>podanie tlenu przez cewnik nosowy przez kaniulę donosową 4-5 l/min, przez maskę 2-6 l/min</p> <p>ułożenie pacjenta w wygodnej, wybranej pozycji, z wykorzystaniem udogodnień: wysokiej(Fowlera), lub pół wysokiej(Sami Fowlera) wysokiej z pochyleniem do przodu wysokiej z opuszczonymi nogami</p> <p>zapewnienie mikroklimatu sali przez wietrzenie, utrzymanie wilgotności powietrza w granicach 50-70%, utrzymanie temperatury powietrza 18-20°C</p> <p>obserwowanie, pomiar i dokumentowanie tętna, oddechu co 1 godzinę</p> <p>obserwacja zabarwienia skóry(sinica)</p> <p>stała obecność pielęgniarki przy chorym, zachowanie spokoju, opanowania</p> <p>zapewnienie luźnej bielizny osobistej</p> <p>ograniczenie aktywności chorego poprzez pomoc lub wyręczanie go w czynnościach podstawowych (higiena ciała, spożywanie posiłków, wydalanie, poruszanie się)</p>	<p>prowadzono obserwację parametrów stanu ogólnego pacjenta</p> <p>podano tlen (w przepływie 5l/min przez kaniulę donosowi) na zlecenie lekarskie</p> <p>ułożono pacjenta w pozycji półwysokiej</p>	<p>W czasie tlenoterapii biernej duszność zmniejszyła się</p>
--	--	---	---	---

<p>Możliwość wystąpienia krwawienia po koronarografii</p>	<p>nie-dopuszczenie do krwawienia zapobieganie powikłaniom</p>	<p>obserwacja stanu chorego pod kątem: drętwienia kończyn, skurczów w kończynach, zaburzeń czucia, bólu pod opatrunkiem (w miejscu wkłucia), zblednięcia lub zasinienia kończyny na której założony jest opatrunek</p> <p>obserwacja opatrunku pod kątem krwawienia</p> <p>poinformowanie chorego o konieczności</p> <p>unieruchomienia przez 12 godzin</p> <p>ułożenie chorego na płasko z uniesioną głową pod kątem 30°</p> <p>kończyna na której było wykonane wkłucie powinna leżeć w odwiedzeniu od drugiej pod kątem 20°</p> <p>poinformowanie pacjenta by nie wykonywał żadnych ruchów kończyną, na której założony jest opatrunek</p> <p>poinformowanie chorego by zgłaszał niepokojące go objawy</p> <p>zapewnienie ciszy i spokoju utrzymanie opatrunku uciskowego na miejscu wkłucia przez 12 godzin</p> <p>dbanie o czystość opatrunku i miejsce wkłucia</p>	<p>przeprowadzono wnikliwą obserwację opatrunku</p> <p>pacjent został poinformowany o wskazanym zachowaniu się</p>	<p>nie doszło do wystąpienia powikłań</p>
---	--	--	--	---

<p>Nudności, wymioty spowodowane podaniem środka cieniującego podczas koronarografii</p>	<p>zmniejszenie dolegliwości</p>	<p>ułożenie chorego w pozycji bezpiecznej</p> <p>zalecenie wykonywanie głębokich wdechów przez usta</p> <p>podanie miski nerkowatej i ligniny</p> <p>podanie płynu do płukania jamy ustnej</p> <p>zapewnienie mikroklimatu sali przez: wietrzenie, utrzymanie wilgotności powietrza w granicach 50-70%, utrzymanie temperatury powietrza 18-20°C</p> <p>zapewnienie warunków intymności</p> <p>obserwacja stanu ogólnego chorego</p> <p>poinformowanie lekarza o fakcie wystąpienia wymiotów np. Diphergan</p> <p>na zlecenie lekarza podanie leków przeciw wymiotnych w razie potrzeby zmiana bielizny osobistej lub pościelowej</p> <p>usuwanie nieprzyjemnych zapachów</p> <p>w razie wystąpienia uporczywych i częstych wymiotów założenie karty bilansu płynów</p> <p>poinformowanie pacjenta o zasadach stosowania diety lekkostrawnej</p>	<p>choremu podano miskę nerkowatą oraz zapewniono intymność</p> <p>na zlecenie lekarskie podano lek p/wymiotny (Diphergan)</p>	<p>Wymioty ustąpiły</p>
--	----------------------------------	--	--	-------------------------

<p>Dyskomfort spowodowany założonym cewnikiem do pęcherza moczowego</p>	<p>Zmniejszenie dyskomfortu</p>	<p>obserwacja drożności cewnika (dbanie by nie był zagięty)</p> <p>umocowanie worka z moczem poniżej poziomu ciała</p> <p>obserwacja moczu(kolor, ilość, zapach)</p> <p>zmiana cewnika w przypadku niedrożności</p> <p>edukacja chorego na temat założonego cewnika, celu założenia, sposobie postępowania(nie zginanie drenu, nie siadanie na worku)</p>	<p>prowadzono obserwację cewnika i moczu</p> <p>przeprowadzono edukację pacjenta o celu założonego cewnika i postępowaniu z nim</p>	<p>nie doszło do wystąpienia powikłań</p>
<p>Możliwość wystąpienia odleżyn z powodu otyłości</p>	<p>nie-dopuszczenie do powstania odleżyn</p>	<p>zmiana pozycji złożeniowej przy najmniej co 2 godziny</p> <p>zastosowanie udogodnień: wałków, podpórek, materaca p/odleży nowego</p> <p>dokładne delikatne mycie i osuszanie skóry szczególnie w okolicy fałdów</p> <p>zmiana bielizny osobistej i pościelowej</p> <p>nawilżanie skóry w miejscach najbardziej narażonych na powstanie odleżyn</p> <p>masaże, oklepywanie miejsc narażonych na powstanie odleżyn</p> <p>obserwacja powłok skórnych pod kątem tworzenia się odleżyny</p> <p>dokładne prześcielanie łóżka, by nie było zagięć, fałdów, by pościel nie było</p>	<p>przeprowadzono zmiany pozycji co 2h oraz była zmieniana bielizna pościelowa</p>	<p>nie zaobserwowano zmian na skórze</p>

		<p>zawilgocona zastosowanie diety bogatobiałkowej z dużą ilością witaminy A i C</p> <p>jeżeli jest już odleżyna: założenie karty obserwacyjnej odleżyny</p> <p>ocena stopnia odleżyny według skali: Norton, Waterlow, Douglas, SBO</p> <p>odciążenie ucisku poprzez np. materace p/odleżynowe pielęgnacja odleżyny</p>		
Możliwość wystąpienia powikłań zakrzepowozatorowych	zmniejszenie ryzyka wystąpienia zatorowości	<p>wykonywanie ćwiczeń oddechowych polegających na wykonywaniu głębokich wdechów i wydechów</p> <p>wykonywanie ćwiczeń kończynami polegających na zginaniu, prostowaniu, przywodzeniu, odwodzeniu</p> <p>podawanie leków p/zakrzepowych (Clexane, Fraxiparine)</p> <p>systematyczne przyjmowanie leków</p> <p>uświadomienie pacjenta o celowości profilaktyki p/zakrzepowej oraz o konsekwencjach zdrowotnych wynikających z zaprzestania stosowania w/w terapii</p> <p>układanie kończy nad poziom tułowia</p> <p>wczesna pionizacja</p> <p>dieta wysokobiałkowa i wysokowapniowa</p>	pacjent został poinformowany o celowości profilaktyki p/zakrzepowej	brak powikłań zakrzepowozatorowych

<p>Niski poziom wiedzy na temat sposobu odżywiania w nadciśnieniu tętniczym</p>	<p>podniesienie poziomu wiedzy</p>	<p>zachęcenie pacjenta do stosowania diety poprzez ograniczenie spożycia soli,</p> <p>wzbogacenie jadłospisu o większą ilość owoców i warzyw, ryb, pieczywa razowego pełnoziarnistego, produktów mlecznych i bogatych w potas,</p> <p>przeanalizowanie z pacjentem popełnionych błędów żywieniowych</p> <p>przedstawienie spisu produktów, które należy ograniczyć a które wybierać,</p> <p>zachęcenie pacjenta do współpracy z dietetyczką</p>	<p>chory został poinformowany na temat prawidłowego odżywiania i zasadach diety</p> <p>umożliwiono kontakt z dietetyczką</p>	<p>pacjent samodzielnie potrafi ułożyć jadłospis zgodnie z ogólnymi zaleceniami diety</p> <p>samodzielnie rozpoznał popełnione błędy żywieniowe</p>
<p>Brak wiedzy na temat wykonywania pomiaru RR</p>	<p>zwiększenie wiedzy w zakresie wykonywania pomiaru RR</p>	<p>poinformowanie pacjenta o zasadach jakich należy przestrzegać podczas kontrolowania pomiaru RR:</p> <p>nauczania pacjenta pomiaru RR</p> <p>motywowanie pacjenta do systematyczności w pomiarach RR</p> <p>dostarczenie wiedzy na temat sytuacji sprzyjających wzrostowi ciśnienia krwi</p> <p>zachęcenie do samodzielnego prowadzenia dzienniczka samokontroli RR.</p>	<p>pacjent został zapoznany z zasadami, jakich należy przestrzegać przed pomiarem RR oraz prowadzenia dzienniczka samokontroli</p>	<p>pacjent nauczył się dokonywać pomiaru RR</p>

<p>Nadwaga spowodowana nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi</p>	<p>utrzymanie masy ciała na prawidłowym poziomie</p>	<p>zmotywowanie pacjenta do dbałości o właściwy ciężar ciała, zachęcenie chorego do codziennej lekkiej gimnastyki, spacerów na świeżym powietrzu, jazdy na rowerze, motywowanie chorego do spożywania produktów o obniżonej zawartości tłuszczu i węglowodanów poinformowanie o technikach przyrządzania potraw niskokalorycznych</p>	<p>przeprowadzono rozmowę na temat nadwagi i jej wpływu na rozwój nadciśnienia</p>	<p>pacjent rozumie konieczność dbania o prawidłową masę ciała i dostrzega związek między ciężarem ciała a nadciśnieniem tętniczym</p>
<p>Brak poczucia bezpieczeństwa wynikający z przeniesienia na salę ogólną</p>	<p>zwiększenie poczucia bezpieczeństwa</p>	<p>uświadomienie choremu, iż bezpośrednie zagrożenie już minęło i nie istnieje już potrzeba monitorowania stałego jego stanu poinformowanie pacjenta o możliwości szybkiego sygnalizowania zmian w samopoczuciu za pomocą dzwonka umieszczonego przy łóżku uświadomienie choremu konieczności sygnalizowania pojawienia się niepokojących objawów (ból w klatce piersiowej, duszność, kołatanie serca, uczucie osłabienia i pogorszenia stanu zdrowia) oraz poinformowanie o sposobie zachowania się w tej sytuacji zapewnienie pacjenta, iż nadal znajduje się pod profesjonalną opieką i w razie potrzeby może liczyć na szybką reakcję i pomoc personelu</p>	<p>została przeprowadzona rozmowa z chorym, która dała mu poczucie bezpieczeństwa</p>	<p>po rozmowie chory czuł się bezpiecznie</p>

<p>Lęk przed podejmowaniem aktywności fizycznej,</p>	<p>zlikwidowanie lęku</p>	<p>uświadomienie choremu, iż odpowiednio dobrana i dozowana aktywność fizyczna wpływa korzystnie na wydolność układu krążenia</p> <p>przedstawienie zakresu czynności dozwolonych (spacery, jazda rowerem) oraz bezwzględnie zabronionych w jego stanie (wysiłek fizyczne, sporty ekstremalne)</p> <p>motywowanie i zachęcenie pacjenta do podejmowania aktywności mieszczącej się w granicach jego wydolności wieńcowej</p> <p>nauczenie chorego jak rozpoznawać czy dany wysiłek fizyczny mieści się w granicach aktualnej wydolności jego serca (nauka pomiaru tętna, RR, samoobserwacji niepożądanych objawów)</p>	<p>została przeprowadzona rozmowa na temat podejmowania aktywności fizycznej</p>	<p>obawa i lęk przed aktywnością fizyczną zmniejszył się</p>
--	---------------------------	--	--	--

Program edukacyjny dla chorego po przebytym zawale mięśnia sercowego

Cele programu:

Cele główne programu:

- zwiększenie poziomu wiedzy na temat zawału mięśnia sercowego.
- zachęcenie do aktywnego udziału chorego w procesie leczniczym.
- motywowanie pacjenta do dalszej rehabilitacji.
- przygotowanie chorego do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.
- poinformowanie o metodach profilaktyki wtórnej zawału mięśnia sercowego
- kształtowanie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie.
- motywowanie pacjenta do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu.
- rehabilitacja społeczno – zawodowa dostosowana do możliwości pacjenta.

Cele szczegółowe programu

Pacjent zna:

- czynniki ryzyka, przyczyny predysponujące do wystąpienia zawału mięśnia sercowego
- objawy zawału mięśnia sercowego
- zasady i sposoby profilaktyki mające za zadanie zapobiegać wystąpieniu drugiego zawału mięśnia sercowego
- zasady i konieczność przyjmowania zleconych leków
- sposoby prowadzenia prozdrowotnego stylu życia
- placówki medyczne do których należy zgłosić się w razie niepokojących objawów

Pacjent umie:

- prowadzić pomiar RR
- zmodyfikować własny styl życia, postawy zachowania, by nie wpływały na powstawanie czynników ryzyka
- rozpoznać objawy świadczące o zawale mięśnia sercowego
- określić swoją rolę edukacyjną wobec innych osób z kręgu społecznego
- określić prawidłowy sposób odżywiania się

Pacjent jest przekonany o:

- skuteczności prowadzenia działalności edukacyjnej
- własnej gotowości do zwiększania wiedzy na temat choroby
- skuteczności stosowanej diety

Pacjent rozumie:

- jakie procesy zachodzą w organizmie podczas zawału mięśnia sercowego
- znaczenie edukacji mającej na celu podniesienie jakości życia
- że zawał serca jest problemem zarówno indywidualnym jak i społecznym
- stosowanie odpowiedniej diety wpływa na stan zdrowia
- że pomiar ciśnienia tętniczego jest wskazany w leczeniu nadciśnienia
- iż przyjmowanie zleconych leków zapobiega nawrotom choroby

Motywacja:

- właściwa edukacja ułatwi zapobiegnięcie nawrotowi choroby
- wszelkie działania profilaktyczne zmniejszą ryzyko wystąpienia kolejnego zawału mięśnia sercowego
- ustabilizowane RR zapobiega nadciśnieniu tętniczemu

Metody i techniki pracy z pacjentem

- wykład informacyjny
- ćwiczenia edukacyjne
- pogadanki
- pokaz multimedialny

Środki dydaktyczne

- ulotki
- broszury
- plakaty
- książki
- film edukacyjny
- plansze, plakaty

Osoby realizujące program edukacyjny:

- pielęgniarka
- pielęgniarz

Metody oceny skuteczności programu edukacyjnego:

- ankieta sprawdzająca poziom wiedzy pacjenta na temat zawału mięśnia sercowego

Zakres treści kształcenia - tematy zajęć

Dzień pierwszy

Zawał mięśnia sercowego jako jeden z głównych problemów współczesnej medycyny.

- Wyjaśnienie istoty choroby

- Poinformowanie o czynnikach wpływających na wystąpienie zawału mięśnia sercowego - przedstawienie pacjentowi głównych czynników zawału mięśnia sercowego:
 - Podwyższone wartości cholesterolu całkowitego >200mg/dl
 - Palenie tytoniu
 - Siedzący tryb życia
 - Otyłość
 - Nadciśnienie
 - Nadużywanie alkoholu
- Przedstawienie objawów świadczących o zawale mięśnia sercowego (wyjaśnienie konieczności bezzwłocznego zgłoszenia się do lekarza w przypadku ich wystąpienia – zapoznanie z pojęciem „złota godzina”) - przedstawienie pacjentowi objawów, których nie powinien bagatelizować, gdy wystąpią:
 - Bólu w klatce piersiowej, najczęściej zamostkowy, obejmujący całą przednią jej ścianę, trwający zwykle ponad 20 minut lub utrzymujący się kilka godzin, promieniujący do gardła, żuchwy, barków, ramion, łopatek, nadbrzusza.
 - Wystąpienie duszności
 - Wystąpienie nudności, wymiotów lub zlewnych potów
 - Uczucie kołatania serca
 - Drętwienie lewej ręki połączone z bólem w klatce piersiowej
- Przekazanie ogólnych informacji na temat leczenia zawału mięśnia sercowego
- Poinformowanie chorego oraz rodziny o możliwych następstwach choroby

Dzień drugi:

Nadciśnienie tętnicze jako jedna z przyczyn zawału mięśnia sercowego.

- Zapoznanie pacjenta z zasadami pomiaru ciśnienia tętniczego
 - Chory powinien znać: wartości prawidłowe (skurczowe 90-120mmHg, rozkurczowe 60-90mmHg), miejsca pomiaru(przedramię, ramię, nadgarstek)
 - Chory powinien wiedzieć o: konieczności pomiaru RR o stałej porze, przebraniu pozycji siedzącej, podparciu ręki tak, by tętnica ramienna była na poziomie serca, nie spożywaniu kawy lub mocnej herbaty przed pomiarem, nie wykonywaniu wysiłku fizycznego, zapisywaniu wyników

- Poinformowanie pacjenta o czynnikach sprzyjających nadciśnieniu tętniczemu
- Wyjaśnienie konieczności regularnego wykonywania pomiarów RR i odnotowywania otrzymanych wartości w specjalnym dzienniczku
- Zapoznanie pacjenta z objawami charakterystycznymi dla nagłego spadku lub wzrostu RR
- Przedstawienie diety obniżającej poziom RR, stosowanej w nadciśnieniu tętniczym
- Zaproponowanie przykładowych jadłospisów

Dzień trzeci:

Wtórna profilaktyka zawału mięśnia sercowego.

- Zapoznanie pacjenta z pojęciem „profilaktyka wtórna”
- Udzielenie informacji na temat zasady profilaktyki zawału mięśnia sercowego - przedstawienie zaleceń dotyczących życia codziennego w warunkach domowych:
 - Przestrzeganie diety
 - Przestrzeganie optymalnego wysiłku fizycznego
 - Stosowanie się do zaleceń lekarskich
 - Regularne przyjmowanie zleconych leków
 - Konsultowanie się z lekarzem w przypadku wystąpienia niepokojących objawów
 - Dbanie o uregulowane ciśnienie tętnicze
 - Zmiana przyzwyczajeń (rzucenie palenia, ograniczenie spożywania alkoholi)
 - Redukcja masy ciała
- Poinformowanie chorego i jego rodziny o konieczności leczenia chorób współistniejących
- Uświadomienie pacjentowi, znaczenia regularnej kontroli ciśnienia tętniczego krwi w profilaktyce wtórnego zachorowania na zawał mięśnia sercowego
- Poinformowanie pacjenta o konieczności zmiany stylu życia (promowanie zachowań prozdrowotnych)
- Nauka metod obniżania nadmiernej masy ciała (dieta, regularny wysiłek fizyczny, metody farmakologiczne)
- Wyjaśnienie konieczności stosowania zalecanej diety - w codziennym życiu pacjent powinien uwzględnić:
 - Spożywanie 3-5 niezbyt obfitych posiłków dziennie
 - Uwzględnienie warzyw i owoców (ok. 1 kg dziennie). Szczególnie ważne są warzywa strączkowe (np. fasola, groch, bób, soja, soczewica) - bogate źródło białka,

- Spożywanie dziennie dwóch łyżek oliwy z oliwek, np. do sałatek, smażenia
- Wyłączenie z diety smalcu, ograniczenie do minimum masła
- Słodocze należy zastąpić owocami
- Czerwone mięso należy traktować jako dodatek smakowy zaleca się je w ilości ok. 30 g na osobę dodane do warzyw czy makaronów
- Zwiększenie spożycia pokarmów bogatych w błonnik i skrobię: pełnoziarniste pieczywo, makarony, ryż
- Wskazane są odtłuszczone jogurty i sery niskotłuszczowe jako cenne źródła wapnia
- Ograniczenie soli, na rzecz ziół, czosnku, cebuli
- Unikanie dodawania do pokarmów śmietany, zasmażek
- Picie niegazowanej wody mineralnej w ilości ok. sześciu szklanek dziennie
- Przedstawienie roli podwyższonego poziomu cholesterolu w powstawaniu miażdżycy, zapoznanie z terminem „dobry” i „zły” cholesterol. Zaproponowanie sposobów zmniejszających poziom lipidów
- Wyjaśnienie choremu, szkodliwego działania stresu i przedstawienie metod radzenia sobie w sytuacjach stresowych (strategia: prewencyjna, walki, obrony, ucieczki)
- Motywowanie chorego do zwiększenia aktywności fizycznej
 - Intensywność i zakres ćwiczeń należy określić w porozumieniu z lekarzem
 - Wybieranie ćwiczeń, dyscyplin najbardziej odpowiadających upodobaniom
 - Przestrzeganie regularności ćwiczeń (codziennie przez minimalnie 20 min)
 - Wskazane formy aktywności to: pływanie, jazda rowerem, spacer
 - Przed każdym ćwiczeniem należy rozpocząć od rozgrzewki trwającej ok. 5-10 min.
 - Trening należy zakańczać poprzez stopniowe zmniejszanie natężenia ćwiczeń
- Wyjaśnienie pacjentowi pozytywnego wpływu stałej i regularnej aktywności ruchowej (nie tylko w ramach leczenia rehabilitacyjnego), promowanie „korzystnego” wysiłku np. jazdy na rowerze, spacerów, pływania, eliminowanie ćwiczeń siłowych
- Uświadomienie pacjentowi szkodliwości biernego palenia tytoniu, picia alkoholu oraz stosowania innych używek
- Poinformowanie o konieczności odbywania wizyt kontrolnych w poradniach specjalistycznych
- Sprawdzenie poziomu wiedzy po przeprowadzonej edukacji

Ankieta sprawdzająca poziom wiedzy pacjenta na temat zawału mięśnia sercowego

1. Przyczyną zawału mięśnia sercowego może być :
 - a. nadciśnienie tętnicze
 - b. cholesterol
 - c. palenie papierosów
2. Czy uważa Pan, że tryb życia prowadzony przez Pana mógł wpłynąć na wystąpienie zawału mięśnia sercowego?
 - a. tak
 - b. nie
 - c. nie wiem
3. Objawem, który może świadczyć o wystąpieniu zawału mięśnia sercowego jest:
 - a. bardzo silny ból w klatce piersiowej
 - b. drżenie rąk
 - c. ból brzucha
4. Jakie są prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego krwi?
skurczowe 90-120mmHg, rozkurczowe 60-90mmHg
5. Niefarmakologiczne metody leczenia nadciśnienia tętniczego to:
 - a. dieta z ograniczeniem chlorku sodu
 - b. aktywność ruchowa
 - c. regularne picie kawy
6. HDL określany jest mianem:
 - a. „dobrego cholesterolu”
 - b. „złego cholesterolu”
7. Zalecane ćwiczenia usprawniające po zawale mięśnia sercowego to:
 - a. ćwiczenia siłowe
 - b. pływanie
 - c. spacer
8. Poziom wiedzy po przeprowadzonym programie edukacyjnym ocenia Pan jako:
 - a. dostateczny
 - b. dobry
 - c. niedostateczny
9. Czego chciałaby się Pan jeszcze dowiedzieć o zawale mięśnia sercowego?

Wnioski

1. Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej pozwolił na zaplanowanie właściwych działań dostosowanych do stanu pacjenta.
2. Najważniejszymi problemami pacjenta po zawale mięśnia sercowego w fazie rehabilitacji był: ból w klatce piersiowej, uczucie zagrożenia życia, duszność, lęk przed koronografią, niski poziom wiedzy na temat odżywiania oraz wykonywania pomiaru RR.
3. Opracowany arkusz do zbierania danych o pacjencie ułatwił identyfikację zaburzeń bio-psycho-społecznych.
4. Program edukacyjny przedstawiony pacjentowi pozwolił na podniesienie wiedzy na temat: nadciśnienia tętniczego, zawału mięśnia sercowego i wtórnej profilaktyki.

Piśmiennictwo

1. Bochenek A., Raicher M.: Anatomia człowieka, Wyd. PZWL, , Warszawa, 1993.
2. Czerwieński F., Krechowicki A., Tomasiuk E.: Anatomia człowieka w zarysie, Wyd. Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin, 2005.
3. Bullock J., Boyle J., Wang M. B.: Fizjologia, Wyd. Urban & Partner, Wrocław, 2004.
4. Jasielski J., Górnicki M.: Układ krążenia [w:] Fizjologia Górnicki M. (red.), Wyd. PZWL, Warszawa, 1992, 444-485.
5. Traczyk W. Z.: Fizjologia człowieka, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1997.
6. Traczyk W. Z., Trzebelski A. (red.): Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1990.
7. Gumułka W.S., Rewersji W. (red.): Encyklopedia zdrowia, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 1999.
8. Mała encyklopedia medycyny, Wyd. PWN, Warszawa, 1979.
9. Olszewski W.T. (red.): Patologia, Wyd. Urban & Partner, Wrocław, 2005.
10. Feleńczyk K., Cegła B.: Problemy pielęgnacyjne w okresie hospitalizacji, Mag. Pielęg. Poł., 2003, 45, 8, 4-7.
11. Hlebus H., Chlewiska I. (red.): Zarys kardiologii, Wyd. PZWL, Warszawa, 1997, 402-437.

12. Crawford M. H. (red.): Kardiologia Współczesne rozpoznawanie i leczenie, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1997.
13. Krajewska –Kułak E., Jankowiak B., Wróblewska K.: Udział pielęgniarki w leczeniu farmakologicznym, Wydawnictwo Akademia Medyczna w Białymstoku i Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży, Łomża, 2006.
14. Mondecki T.(red): Kardiologia, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2000.
15. Khan G. M., Topol E. J., Saksen S., Goodwin J. F.: Choroby serca. Diagnostyka i terapia. Polański L. (red.), Wyd. Medyczne Urban & Partner, 2000.
16. Polański L.: Podstawy kardiologii. Podręcznik dla studentów medycyny i lekarzy, Wyd. Śląska Akademia Medyczna, Katowice, 2000.
17. Kokot F.(red.): Choroby wewnętrzne, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004.
18. Krymska B.: Psychologiczne i społeczne aspekty pielęgnowania w pierwszej dobie zawału mięśnia sercowego, Antidotum, 2001, 8, 45-48.
19. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.): Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwa i położnictwa, Wyd. Czelej, Lublin, 2004.
20. Szczeklik A.: Choroby wewnętrzne, Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2006
21. Axford J.(red.): Choroby wewnętrzne, Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 1999.
22. Herold G.: Medycyna wewnętrzna. Repetytorium dla studentów medycyny i lekarzy, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004.
23. Ostrzycki A.: Zawał serca, Medycyna po dyplomie, 2005, 12, 3, 144-146.
24. Joel W. Heger, R. Fernando R., et.al: Kardiologia. (red.) Mondecki T. Wyd. Medyczne Urban & Partner, Warszawa, 1998.
25. Pączka L., Mucha K., Foroniewicz B. (red.): Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004.
26. Opolski G., Filipiak K. J., Polański L.: Ostre zespoły wieńcowe, Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2002.
27. Wasilewski J., Adamowicz-Czoch E., Rowiński A., Słomka G.: Rozpoznanie i postępowanie w zawale serca w okresie przedszpitalnym, Med. Rodz. 2006, 10, 704-709.

28. Starczewska M., Opolski G.: Chory po zawale serca – zasady postępowania, *Przew. Lek.*, 2000, 8, 22-30.
29. Kiwerski J. (red.): *Rehabilitacja medyczna*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006, 640-677.
30. Krymska B.: Pielęgnowanie w pierwszej dobie zawału, *Mag. Pielęg. Poł.*, 2002, 44,8, 8-9.
31. Górski J.: Rehabilitacja medyczna. Planowanie i stosowanie programów rehabilitacji kardiologicznej według zaleceń Amerykańskiego Stowarzyszenia Rehabilitacji Kardiologicznej i Pulmonologicznej. 1998, 2, 25-27.
32. Ciechaniewicz W.: *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2002.
33. Księżycka E.: Rehabilitacja po zawale, *Mag. Pielęg. Poł.* 2006, 7-8.
34. Zahradniczek K.: *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1993.

Śmierć społeczna jako następstwo ubóstwa, czyli dlaczego oferta komercyjnych mediów nie dostrzega biednych

Walczak Karol

UAM w Poznaniu, Wydział Pedagogiczno-Artystyczny w Kaliszu, ZODKiKM

Celem niniejszego opracowania jest próba odpowiedzi na pytanie, dlaczego potrzeby ludzi ubogich nie znajdują odzwierciedlenia w ofercie wydawniczej mainstreamowych mediów komercyjnych. Jakie procesy kulturowe, społeczne i ekonomiczne doprowadziły do sytuacji, w której ubodzy, jako grupa docelowa, zostają ignorowani i pomijani przez wydawców tych mediów, które jednocześnie uznawane są za podstawowe kanały rozpowszechniania tzw. kultury popularnej, z definicji skierowanej do możliwie najszerszej grupy odbiorców.

Aby poprawnie odpowiedzieć na to pytanie, na początek niezbędnym wydaje mi się prześledzenie, jak kształtowało się miejsce ludzi ubogich w strukturze społecznej, tym samym ich rola i funkcje, jakie mieli do wypełnienia z perspektywy obowiązującego systemu społeczno-ekonomicznego na przestrzeni ostatnich stuleci; przynajmniej od czasów wykształcania się nowoczesnego społeczeństwa kapitalistycznego, jako pochodnej rewolucji przemysłowej, po czasy współczesne. Nie sposób jednakże orzekać o przywołanych funkcjach i rolach ludzi biednych bez znajomości obowiązujących wówczas, jak i współcześnie definicji ubóstwa. Nim do tego przejdę, pragnę nadmienić tylko, że oba terminy: *ubóstwo* i *bieda*, dla potrzeb niniejszego opracowania traktuję jako wymienne.

Jak zauważa Maria Jarosz, ubóstwo stanowi przedmiot zainteresowania kilku dyscyplin naukowych: aksjologii, psychologii, wiktymologii, ekonomii, statystyki i socjologii. Ta ostatnia podejmuje analizę ubóstwa jako „zjawiska społecznego polegającego na niezaspokojeniu kompleksu potrzeb określonych grup społecznych w określonym miejscu i czasie, a także – jego przyczyn i skutków” [1].

Z perspektywy nauk społecznych i nauk o kulturze najistotniejszym, a zarazem najtrudniejszym problemem związanym z badaniem biedy jest precyzyjne wskazanie przedmiotu badań (obszaru ubóstwa). Wynika to z faktu, że jak dotąd brak ścisłych i powszechnie obowiązujących kryteriów, umożliwiających zbudowanie jednolitej definicji ubóstwa, a tym samym pełnego konsensusu na temat tego, gdzie należy wytyczyć granicę pomiędzy biednymi a nie-biednymi.

Przedstawiciele nauk społecznych i humaniści zazwyczaj wykorzystują jedną z dwóch odmiennych kategorii: *ubóstwa bezwzględnego* lub *ubóstwa względnego*. Pierwsza z nich oparta jest na pojęciu *minimum socjalnego*, przez które rozumie się elementarne warunki, „jakie muszą być spełnione, aby jednostka mogła przetrwać fizycznie i zachować zdrowie” [2].

Ubóstwo bezwzględne ustala się zatem poprzez ustanowienie (wskazanie) granicy dochodów, wystarczających do zaopatrzenia się w produkty niezbędne do życia w danym kraju. Jednostki, których dochody znajdują się poniżej założonej kwoty (minimum socjalnego) kwalifikowane są jako biedni. W takim „wąskim” ujęciu ubóstwo dotyczy wyłącznie osób pozbawionych podstawowych środków do życia, tj. wystarczającej ilości pożywienia, schronienia i ubrania. Ubóstwo bezwzględne można traktować jako uniwersalne, jeśli założymy, że odpowiadająca minimum życiowemu norma jest zbliżona dla wszystkich ludzi w porównywalnym wieku i rozmiarach ciała bez względu na płeć, rodzaj wykonywanej pracy i miejsce, w którym żyją.

Nie wszyscy badacze zajmujący się problematyką biedy przyjmują kategorię ubóstwa bezwzględnego argumentując, iż założenie, że potrzeby ludzkie są wszędzie takie same jest chybione; w istocie są one zróżnicowane zarówno w obrębie poszczególnych społeczeństw, jak i na obszarze globu. W ich opinii bardziej właściwym jest posługiwanie się kategorią *ubóstwa względnego*, zgodnie z którą biedę należy wyznaczać w odniesieniu do standardów życia panujących w danym społeczeństwie. Stanowisko takie jest wynikiem przyjętego założenia, że obszary, czy też granice ubóstwa wyznaczane są kulturowo (a więc arbitralnie) i nie należy mierzyć go wyłącznie jednakową miarą deprywacji. Rzeczy, które na obszarze jednego społeczeństwa mogą uchodzić za zbytek i wskaźnik zamożności, w innym mogą być traktowane jako dobra podstawowe, niezbędne dla egzystencji. Dla przykładu, w większości uprzemysłowionych krajów „bogatej północy” szczepienia, dostęp do bieżącej wody, kanalizacja urządzeń sanitarnych, regularna konsumpcja owoców i warzyw uchodzą za podstawowe warunki higienicznego życia, a pozbawione ich osoby skłonni jesteśmy klasyfikować jako ludzi ubogich. Jednakże mierzenie na ich podstawie stopnia ubóstwa wśród krajów rozwijających się nie ma sensu, gdyż są to dobra niedostępne dla większości zamieszkujących je ludzi [2].

Pojęcie ubóstwa względnego nie jest jednak proste w zastosowaniu. Wynika to z faktu, że wyznaczany tą drogą obraz biedy musi zmieniać się w miarę przekształceń zachodzących w społeczeństwie, do którego jest odnoszony. Ogólny wzrost poziomu życia powoduje przesuwanie (podnoszenie) granicy ubóstwa. Względne definiowanie ubóstwa

Śmierć społeczna jako następstwo ubóstwa, czyli dlaczego oferta komercyjnych mediów nie dostrzega biednych

pozwoili dostrzec fakt, że poziom życia najbiedniejszych członków współczesnych społeczeństw Zachodu jest znacznie wyższy niż dawniej. Konstatacja ta prowadzi czasem do (nie uzasadnionego w mojej opinii) kwestionowania zasadności mówienia o „prawdziwym” ubóstwie w odniesieniu do bogatych państw szeroko rozumianego Zachodu, gdzie trudno jest znaleźć rodzinę niedysponującą takimi dobrami, jak pralka czy telewizor [2].

Jak widać definicje ubóstwa, którymi posługują się współcześni badacze oraz rozmaite instytucje zaangażowane w jego zwalczanie, są mocno zróżnicowane. Rodowód części z nich sięga początków XIX stulecia, kiedy to w przeżywającej rewolucję przemysłową Anglii, początkowo w odwołaniu do kryteriów wyłącznie medycznych, ustalono koszyk dóbr niezbędnych do podtrzymania fizycznej egzystencji i wydolności organizmu [3]. Powstała linia nie tylko wskazywała biednych, pośrednio określała wysokość minimalnego wynagrodzenia, poniżej którego ludzie fizycznie stawali się niezdolni do pracy. Warto zauważyć, że skonstruowaną w ten sposób definicję ubóstwa przyjęła w 1981 roku wyspecjalizowana Agenda Organizacji Narodów Zjednoczonych do Spraw Wyżywienia i Rolnictwa (FAO), która pojęciem tym określa sytuację, „gdy suma wydatków ponoszonych przez jednostkę lub gospodarstwo domowe jest niższa od tej, jaka jest niezbędna do zaspokojenia minimum energetycznego (odpowiadającego ok. 1500 kcal. dziennie na jedną osobę) [1].

Inna grupa definicji poprzez biedę rozumie „niemożność osiągnięcia określonego standardu życiowego”, uznając ją za pewien syndrom, którego najważniejszym składnikiem jest głód lub niedożywienie oraz towarzyszące mu analfabetyzm i wysoka umieralność – wskaźniki, które umożliwiają przeprowadzenie międzynarodowych badań porównawczych nad poziomem ubóstwa. Podobną, choć bardziej wszechstronną definicję ubóstwa przyjęło Międzynarodowe Biuro Pracy. Wykorzystuje ona, skonstruowaną w 1976 roku, teorię potrzeb ludności w każdym kraju świata. Definicja ta wskazuje na grupę podstawowych potrzeb, zaspokojenie których jest niezbędne do prawidłowego funkcjonowania jednostek lub rodzin. Należą do nich: w sferze tzw. konsumpcji osobistej odpowiednie wyżywienie, mieszkanie (wraz z jego elementarnym wyposażeniem i umeblowaniem) oraz odzież; nadto definicja dotyczy świadczeń, za które odpowiadają władze administracyjne: pitnej wody, transportu publicznego, urządzeń sanitarnych, ochrony zdrowia oraz udogodnień z zakresu edukacji i kultury [1].

Udanej i ciekawej próby rozszerzenia ekonometrycznych pomiarów ubóstwa bezwzględnego dokonano wprowadzając kategorię *linii ubóstwa subiektywnego*. Linie tę wyznacza się w odwołaniu do badań ankietowych, w których zapytuje się respondentów o

Śmierć społeczna jako następstwo ubóstwa, czyli dlaczego oferta komercyjnych mediów nie dostrzega biednych poziom dochodów, jaki uważają oni za wystarczający do zaspokojenie podstawowych (ich zdaniem) potrzeb. Pytanie o biedę może dotyczyć samego respondenta lub jego opinii na temat biedy w badanej grupie [3].

Określanie ubóstwa w odwołaniu do subiektywnych rozstrzygnięć ankietowanych osób, choć umożliwia pełniejsze rozpoznanie poglądów wewnątrzgrupowych poglądów na temat postrzegania i kwalifikowania ubóstwa, to uzyskana tą metodą linia ubóstwa subiektywnego w dalszym ciągu pozostaje kategorią wyłącznie opisową.

Wskazane powyżej definicje, które odwołują się do precyzyjnie ustalanych kryteriów ekonomicznych, łączy jedna specyficzna zaleta – przez wzgląd na swą wymierność, umożliwiają bardzo precyzyjne ustalanie obszarów ubóstwa. Jednakże ich opisowy charakter uniemożliwia poznanie mechanizmów decydujących o przyczynach i trwaniu analizowanego zjawiska. Ekonomiczno-statystyczny model ubóstwa, choć może stanowić punkt wyjścia w studiach nad ubóstwem, to z perspektywy antropologii kulturowej wydaje się mało operatywny. Po pierwsze nie odpowiada na ulubione przez antropologów pytanie: dlaczego (?); innymi słowy skąd, skutkiem jakich mechanizmów kulturowych i społecznych, biorą się biedni. Po drugie model ten obiektywizuje ubóstwo, czyniąc je stałą cechą, która w różnych kulturach odtwarza się w taki sam sposób, korzystając z takich samych, czy podobnych mechanizmów. Tymczasem bieda biedzie nie jest równa, podobnie jak zmiennym jest wizerunek biednego i jego ocena w oczach reprezentantów różnych kultur.

Na wielowymiarowy i złożony charakter ubóstwa wskazuje Elżbieta Tarkowska, dla której bieda

(...) jest nie tylko kwestią niskich dochodów, lecz niedoborów i niedostatków w wielu sferach zaspokajania potrzeb – w sferze zdrowia, edukacji, uczestnictwa w kulturze, życiu politycznym i w innych dziedzinach. Podkreśla się dziś powszechnie kompleksowy, syndromatyczny charakter ubóstwa; złożoność i wielość współdziałających czynników, których podłożem są niskie dochody jest konstytutywnym elementem ONZ-towskiej definicji ubóstwa [4].

Z powyższego stanowiska wynika, że ubóstwo należy definiować w kategorii stosunku społecznego, zachodzącego między specyficzną grupą osób (biednymi) a resztą społeczeństwa. Kategorię tę tworzy się nie tylko w oparciu o wyróżniki ekonomiczne, lecz również kulturowe – miejsce i rolę (bądź jej brak), jaką na mapie społecznej mają do wypełnienia ludzie biedni [5]. Uznaję, że dobra definicja ubóstwa to taka, która nie dość, że wskazuje na konkretną grupę osób, lecz przybliża mechanizmy jego powstawania, reprodukcji (wariantowo) i interpretacji w oczach uczestników kultury.

Anthony Giddens, analizując dyskusję na temat przyczyn ubóstwa, wyróżnia dwa sposoby interpretacji biedy. Pierwszy z nich tworzą teorie, które odpowiedzialność za biedę nakładają na samych ubogich; druga grupa teorii przyczyn ubóstwa poszukuje w oddziaływaniu strukturalnych mechanizmów społecznych. Te dwa przeciwstawne ujęcia określa się niekiedy jako „obwinianie ofiary” i „obwinianie systemu”. Pierwsze stanowisko posiada znacznie dłuższą historię. To na nim opierały swoje funkcjonowanie XIX-wieczne przytulki dla biednych, których fundatorzy byli przekonani, że przyczynami ubóstwa są patologie i nieprzystosowanie jednostek. Ich poglądy streszczały się w zdaniu: biedni nie radzą sobie w życiu, gdyż brak im określonych zdolności, zdrowia i motywacji do działań, mogących przeciwdziałać ich tragicznemu położeniu. W takim ujęciu pozycja społeczna odzwierciedlała talenty i starania jednostek: „ci, którzy na to zasłużyli odnosili sukces, podczas gdy mniej zdolni byli skazani na porażkę. To, że są ‘wygrani’ i ‘przegrani’ traktowano jako rzecz naturalną [2].

Stanowisko takie stało się na powrót popularne w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych ubiegłego stulecia za sprawą dominującej wówczas „ideologii sukcesu”, w myśl założenia której wysokie miejsce w hierarchii społecznej stanowiło dla jednostek „nagrodę” za ich ambicję i przedsiębiorczość; ci, którzy nie zdołali odnieść sukcesu, o stan taki powinni mieć pretensje wyłącznie do siebie. W uzasadnieniu takiej opinii wskazywano na styl życia ludzi, przypisywane im przekonania, światopogląd, jako główne przyczyny sytuacji, w jakiej się znaleźli. Do renesansu takich założeń w wydatny sposób przyczyniły się prace Oskara Lewisa, twórcy terminu *culture of poverty* – kultury ubóstwa i teorii opisującej mechanizmy trwania i dziedziczenia biedy. Koncepcja Lewisa zakładała, że społeczności objęte ubóstwem cechują: niski poziom edukacji, permanentne konflikty pomiędzy jej uczestnikami, nadmierne używanie alkoholu (współcześnie również narkotyków), wysoki wskaźnik przestępczości i wielodzietność – jako konsekwencja wybujałego i niekontrolowanego życia seksualnego. Kulturę ubóstwa charakteryzują odrębne od innych subkultur klasowych sposoby życia oraz struktura i cechy, które niezależnie od kontekstu kulturowego, przybierają podobną postać wszędzie tam, gdzie istnieje zbliżona sytuacja społeczno-ekonomiczna, wywołująca powstawanie obszarów biedy. Marginalizacja ludzi ubogich wywołuje i utrwała specyficzne wzory zachowań i stosunki społeczne, które w drodze socjalizacji przekazywane są następnym pokoleniom [6]. Należy zaznaczyć, że sam Lewis był przeciwny mechanicznemu przypisywaniu winy ubogim za stan, w jakim się znaleźli, wskazując na rozróżnienie, które należy dokonać pomiędzy nędzą *per se* a kulturą

Śmierć społeczna jako następstwo ubóstwa, czyli dlaczego oferta komercyjnych mediów nie dostrzega biednych nędzy, tym samym brać pod uwagę charakter całej grupy, a nie osobowości składających się na nią jednostek.

Rozwinięcie tez Oskara Lewisa stanowi koncepcja *kultury wyuczonej bezradności*. Jej autor, Charls Murray, zalicza do tej kategorii osoby, które nie podejmują prób poszukiwania własnej szansy na rynku pracy, a decydują się żyć wyłącznie ze środków pomocy społecznej [7]. Poza przywołaną kategorią umieszcza jednostki biedne „nie z własnej winy”, takie jak: przykład wdowy, sieroty, inwalidzi. Prezentowana koncepcja zakłada, że do rozwoju tego rodzaju postaw przyczyniło się powstanie państwa opiekuńczego; rozbudowany system dotacji i zapomóg niszczy osobiste aspiracje i umiejętności radzenia sobie w życiu. W myśl tego stanowiska to pomoc społeczna odbiera ludziom motywację do pracy, gdyż zamiast starać się zmienić swoją przyszłość i podnosić standard życia, nauczone bezradności jednostki zadowolają się państwową jałmużną [2].

Druga grupa teorii, szukając przyczyn powstawania ubóstwa, wskazuje na procesy społeczne, które tworzą, niemożliwe do przewyciężenia przez jednostki (lub całe grupy), warunki powstawania biedy. Forsujący to stanowisko badacze uznają, że o rozkładzie środków w społeczeństwie decydują warunki strukturalne, w tym następujące czynniki: klasa, płeć, etniczność, pozycja zawodowa, wykształcenie. Brak ambicji i motywacji interpretowane jako „wyuczona bezradność” stanowią w istocie skutek, a nie przyczynę słabej sytuacji finansowej. Walka z ubóstwem winna zatem polegać na działaniach prowadzących do bardziej równego (sprawiedliwszego) rozdziału dochodów i środków w społeczeństwie, a nie, jak postuluje strona przeciwna, na zmianie stylów myślenia ludzi biednych. Rozwiązania społeczne w postaci dodatków rodzinnych, gwarantowanego przez państwo minimalnego wynagrodzenia, zasiłki dla pozostających bez pracy, to podstawowe kroki prowadzące do przywracania równowagi ekonomicznej w społeczeństwach [2].

Z drugim stanowiskiem korespondują rozważania Zygmunta Baumana, który analizując zjawisko współczesnego ubóstwa w społeczeństwach późnonowoczesnych i ponowoczesnych, zwraca uwagę na transformację statusu ludzi biednych, która wynika ze zmiany „roli”, jaką mają do wypełnienia ubodzy. Ta zmiana „roli”, czy też funkcji jest wynikiem niezwykle istotnej transformacji jaka nastąpiła lub jak chcą inni następuje w systemach gospodarczo-ekonomicznych państw Zachodu i rzutuje na stan współczesnej kultury i obraz zachowań społecznych. Jej początki przypadają na lata siedemdziesiąte XX stulecia. Najistotniejsze cechy społeczeństwa ponowoczesnego przedstawił Daniel Bell w postaci teorii społeczeństwa postindustrialnego. Zakłada ona, że społeczeństwo postindustrialne, wyłonione z w pełni rozwiniętego społeczeństwa nowoczesnego

Śmierć społeczna jako następstwo ubóstwa, czyli dlaczego oferta komercyjnych mediów nie dostrzega biednych

(przemysłowego) cechują: w sferze ekonomii rosące znaczenie sektora usług (handlu, bankowości, administracji, środków masowego przekazu, nauki i sztuki) przy spadku znaczenia sektora przemysłowego i drastycznej dezawuacji sektora rolniczego; związana z rozwojem technik komunikacji zmiana dominującej technologii z energetycznej na informatyczną; rozwój tzw. „technologii intelektualnej”, polegającej na celowym wykorzystaniu nauki na potrzeby konkretnych praktyk; dominacja kryteriów pragmatycznych przy jednoczesnym zanikaniu ideologicznych. W wyniku wskazanych procesów dokonują się trwałe przekształcenia w strukturze społeczeństw – nową grupą dominującą, w miejsce dawnych właścicieli, stają się wykwalifikowani specjaliści: ekonomiści, inżynierowie, menadżerowie. Marginalizacji ulega natomiast znaczenie grupy pracowników niewykwalifikowanych (robotników), pozbawianych stanowisk pracy w miarę rozwoju i wprowadzania nowoczesnych „bezosobowych” technologii [8].

Zygmunt Bauman podkreśla, że w okresie gwałtownego uprzemysłowienia biedni (bezrobotni) zostali przemianowani na „rezerwową armię pracy”, ludzi, których (nawet wbrew ich woli) należało włączyć w obręb społeczeństwa znajdując dla nich zatrudnienie. Wdrażanie zasad etyki pracy i samorozwoju miało przywrócić ubogich „normalnemu” społeczeństwu. „Zatrudnienie, stałe zatrudnienie, zatrudnienie wypełniające całe życie i niepozostawiające czasu na psoty i fanaberie, miało stać się normą, a odmowa takiego zatrudnienia, bez względu na jej przyczyny – pogwałceniem normy [9]. Założenie takie wynikało z powszechnej dostępności pracy, będącej pochodną wzrostu produkcji przemysłowej. Nadto, zaznaczyć należy, że z punktu widzenia przedsiębiorców-pracodawców, jak i państwa obecność takiej armii ludzi, którymi można obsadzić zwolnione stanowiska pracy, działała motywująco na całą społeczność, zmuszając jej członków do nieustannego podnoszenia produktywności i klasyfikacji pracowniczych. Ludzie biedni, choć nie pracowali, byli wpisani w strukturę obowiązującego systemu społecznego. Ich „zadanie”, choć nie wypełniali go intencjonalnie, sprowadzało się do podtrzymywania ładu społecznego przez sam fa, że istnieli.

Tym, co wyróżnia współczesne społeczeństwa późnonowoczesne i ponowoczesne jest fakt, że „nie mają one interesu” w angażowaniu swych członków w roli wytwórców, odcinając tym samym coraz to nowe obszary społeczeństw od źródeł zarobkowania. Obowiązek pracy (produkcji) i wynikający z niej prestiż, zastąpiono obowiązkiem konsumpcji:

Śmierć społeczna jako następstwo ubóstwa, czyli dlaczego oferta komercyjnych mediów nie dostrzega biednych

By sprostać normie, by stać się w pełni opierzonym i wartościowym członkiem społeczeństwa, trzeba sprawnie i skutecznie reagować na podniety i pokusy konsumpcyjnego rynku. Trzeba wносить swój wkład nie tyle do zbiorowego potencjału wytwórczego, ile do pojemności rynku – do popytu skrojonego na miarę podaży [9].

W proponowanym kontekście bycie biednym nie oznacza (zazwyczaj!) nieustannego balansowania na granicy, poniżej której rozpoczyna się biologiczna degradacja. Bycie biednym oznacza nieuczestniczenie w zbiorowej konsumpcji.

W społeczeństwie konsumentów w s z y s c y mają potrzebę bycia, winni być, muszą być konsumentami z powołania (to znaczy postrzegać i traktować konsumpcję jak swe powołanie). Konsumpcja widziana-i-traktowana-jak-powołanie jest powszechnym ludzkim prawem oraz powszechnym ludzkim obowiązkiem, który nie zna wyjątków (pisownia za oryginałem K.W.) [10].

Wyłączenie z konsumpcji ma dla jednostek, czy też grup katastrofalne konsekwencje; oznacza odtrącenie poza ramy społeczeństwa, zdefiniowanie jako ludzi zbędnych, którym do odegrania nie pozostawiono już żadnej roli, z perspektywy systemu społecznego „nie wymaganych”, martwych.

Do charakterystyki odtrąconych, żyjących poza marginesem społecznym ubogich, doskonale nadaje się pojęcie wykluczenia społecznego. Badacze wskazują na trzy aspekty tego zjawiska:

- ekonomiczny, który sprowadza się nie tylko do braków środków na konsumpcję bezpośrednią, lecz dostępności do rynku pracy, rozbudowanych ubezpieczeń zdrowotnych, kont bankowego uniemożliwiających korzystanie z wachlarza usług oferowanych przez banki itp;
- społeczny, oznaczający zerwanie szeregu więzi, decydujących o publicznym funkcjonowaniu grup lub jednostek; w tym aspekcie wykluczenie wiąże się zazwyczaj ze słabo rozwiniętą lub luźną siecią relacji społecznych pomiędzy jednostkami (lub grupą) a resztą społeczeństwa, co prowadzi do izolacji i ograniczenia kontaktów;
- polityczny, w tym aspekcie wykluczenie sprowadza się do braku możliwości zaangażowania w życie polityczne z uwagi, że ubodzy są nieważni z perspektywy działania systemu, nikt nie będzie podejmował działań istotnych dla ich interesów; sytuacja taka owocuje tzw. spiralą wykluczenia – skoro społecznie wykluczeni nie zabierają głosu w trosce o własne prawa i nikt nie czyni tego w imieniu ubogich – ich potrzeby nie stają się przedmiotem społecznego dyskursu [2].

Śmierć społeczna jako następstwo ubóstwa, czyli dlaczego oferta komercyjnych mediów nie dostrzega biednych

Odrącenie ubogich dotyczy także zainteresowania, jakim biedę i biednych darzą w ponowoczesnych czasach media. Nie wszystkie rzecz jasna, mam tu jednak na myśli mainstreamowe media komercyjne. Ich funkcja pośrednio sprowadza się do dystrybuowania dominującego modelu kultury, którym, co już zostało powiedziane, jest konsumpcjonizm. Idealną platformę do tego rodzaju działań stanowi obszar kultury popularnej. Dystrybucja konsumpcjonizmu nie ogranicza się wszakże do zamieszczanie reklam, zachęcających czytelników/odbiorców do kupowania określonych produktów i usług. Zdecydowanie istotniejsze znaczenie ma tutaj rozpowszechnianie pewnych form zachowań, stylów życia, mód, które niosą z sobą takie lub inne konsumenckie wybory i zaangażowanie w konsumpcję.

Dla przykładu, z pozoru neutralny artykuł promujący bieganie, jako tani sposób na zdrowie i szczupłą sylwetkę, może wywołać rozmaite konsumenckie zachowania: na początek zakupu obuwia i spodni do biegania, z czasem zakupu podręcznika treningowego, a być może korzystanie z porad eksperta. Te akty konsumpcji można mnożyć: zakup odżywek, w przypadku kontuzji lekarstw, być może wizyta u lekarza, opłata wpisowa za udział w amatorskich zawodach, zegarek biegacza itp. Nie twierdzę w tym miejscu, że media takie nastawione są wyłącznie na promocję konsumpcjonizmu. Bieganie, na rozsądnym dystansie, z pewnością sprzyja zdrowiu i sylwetce, jednakże artykuł o nim nie znalazłby miejsca w komercyjnym magazynie, gdyby nie wpisywał się w model gospodarki i kultury opartej na konsumpcji.

Jak wskazałem powyżej ubodzy, poza środkami pierwszej potrzeby, które często otrzymują w formie bezpośredniej pomocy, jak: żywność, odzież, miejsce w noclegowni nie konsumują niczego, zatem pozostając poza logiką świata konsumpcji są dla komercyjnych mediów niewidoczni i nieistotni.

Celem każdego komunikatu masowego jest wywołanie określonych, zgodnych z intencją nadawcy zachowań czy postaw. Skoro przekaz mainstreamowych mediów komercyjnych opiera się o konsumpcyjny model kultury, w którym wszyscy jesteśmy konsumentami, a stopień zaangażowania w konsumpcję decyduje o pozycji jednostek w strukturze społecznej, to jest zrozumiałe, że nie będzie on uwzględniał nie konsumentów. Włączenie biednych w obszar zainteresowań mediów komercyjnych jest możliwe tylko poprzez ich uczestnictwo w konsumpcji, tym samym wychodzenie z ubóstwa (społeczne odrodzenie).

Piśmiennictwo

1. Jarosz M.: Ubóstwo [w:] Encyklopedia socjologii, tom IV S – Ź, red. T. Bokszański, Oficyna Naukowa, Warszawa, 2002, 268.
2. Giddens, Socjologia, przeł. A. Sulżycka, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2004.
3. Golinowska S.: Badania nad ubóstwem. Założenia i metoda [w:] Polska bieda. Kryteria. Ocena. Przeciwdziałanie, Golinowska S. (red.), Wyd. IPiSS, Warszawa, 1996, 7-8.
4. Tarkowska E.: Bieda, historia, kultura [w:] Zrozumieć biednego. O dawnej i obecnej biedzie w Polsce, Tarkowska E. (red.), Wyd. Topografika, Warszawa, 2000, 19.
5. Zabłocki G., Sobczak M., Piszczek E., Kwiecińska M.: Ubóstwo na terenach wiejskich północnej Polski, Wyd. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 1999, s. 118.
6. Posern-Zieliński A.: Kultura ubóstwa [w:] Słownik etnologiczny. Terminy ogólne, Staszczak Z. (red.), PWN, Poznań, 1987.
7. Murray Ch.: Losing Ground. American Social Policy 1950-1980, Nowy Jork, 1984.
8. Bell D.: Nadejście społeczeństwa postindustrialnego: próba prognozowania społecznego, przeł. S. Amsterdamski, Instytut Badania Współczesnych Problemów Kapitalizmu, Warszawa, 1975.
9. Bauman Z.: Zbędni, niechciani, odrzuceni, Kultura i społeczeństwo, 1998, 17, 2, 6.
10. Bauman Z.: Konsumowanie życia, przeł. M. Wyrwas-Wiśniewska, Wyd. UJ Kraków. 2009, 64.

Stwardnienie zanikowe boczne – szczególne wyzwanie w holistycznej opiece nad pacjentem i jego rodziną

Serafin Agnieszka^{1,2}, Bujno Weronika³

1. I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny
2. Uczelnia Warszawska im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa
3. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

Wstęp

Stwardnienie zanikowe boczne jest postępującą chorobą neurodegeneracyjną o jednoznacznie negatywnym rokowaniu. Mimo wielu lat badań wciąż nie znamy dokładnego patomechanizmu uszkodzeń, dlatego niemożliwe jest zastosowanie leczenia przyczynowego.

Zakres objawów oraz szybkość ich narastania, a także krótki przewidywany czas przeżycia chorych powoduje, że jest to grupa pacjentów wymagająca szczególnego wsparcia zespołu specjalistów w skład którego wchodzi: lekarze różnych specjalności, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psychologowie, specjaliści w zakresie żywienia.

Kompleksową opieką przez czas choroby i żałoby objęta musi być jednak cała rodzina chorego, dlatego niezbędne jest również zapewnienie odpowiedniej opieki duszpasterskiej. Tylko ścisła współpraca całego zespołu może zapewnić możliwie najdłuższy czas i jednocześnie najlepszą jakość życia tej grupie chorych.

Definicja i epidemiologia

Stwardnienie zanikowe boczne jest zaliczane do postępujących chorób neurodegeneracyjnych, charakteryzujących się stopniowym obumieraniem neuronów ruchowych, zarówno górnego, jak i dolnego neuronu ruchowego.

Objawy tej choroby opisywane były już w 1869 roku przez Charcota, jednak mimo ponad 150-letniej historii tej choroby nadal nie udało się nam poznać jej przyczyny i dokładnego patomechanizmu uszkodzenia neuronów, wciąż nie mamy więc możliwości jej zapobiegania czy leczenia. Choroba ta częściej dotyka mężczyzn niż kobiet, głównie w wieku 50-60 lat, zdarzają się jednak zachorowania także u bardzo młodych osób. Ma też bardzo

indywidualny przebieg, trudno więc jednoznacznie wskazywać czas przeżycia, rokowanie jednak nie jest pomyślne.

Średni czas trwania choroby, od momentu postawienia ostatecznego rozpoznania wynosi 2,5 roku. Tylko ok. 25% chorych przeżywa więcej niż 5 lat, odsetek osób żyjących z tą chorobą powyżej 10 lat spada do ok. 5%.

Choroba ta jest najczęstszą postępującą chorobą neuronu ruchowego, zachorowalność jednak nieco różni się w poszczególnych rejonach świata.

Dla większości populacji zachorowalność wynosi 1-3 na 100 000 osób, a chorobowość 3-5 na 100 000. Wyższą chorobowość obserwuje się na wyspie Guam lub Papui Nowej Gwinei. W większości przypadków ALS jest chorobą sporadyczną, przypadki choroby dziedzicznej autosomalnie dominująco stanowią według różnych danych 5-10% wszystkich przypadków zachorowania [1,2].

Charakterystyka kliniczna

Stwardnienie zanikowe boczne jest chorobą o bardzo indywidualnym przebiegu, która może się bardzo różnić pod względem obrazu klinicznego. Heterogeny obraz choroby, mnogość i różnorodność objawów związana jest prawdopodobnie z różnymi i niestety nadal nie do końca poznanymi przyczynami choroby. Wiąże się to jednak z ogromnymi trudnościami diagnostycznymi, szczególnie dla mało doświadczonych w tym zakresie lekarzy.

Objawy ALS różnią się i są zmienne, w zależności od zakresu uszkodzenia neuronów. W sytuacji, gdy przeważa dysfunkcja dolnego neuronu i dochodzi do wczesnego odnerwienia zauważalny jest objaw asymetrycznego osłabienia, uwidaczniającego się początkowo dystalnie w jednej kończynie. W wywiadzie chorzy wskazują na nawracające kurcze przy ruchach dowolnych, zwykle wczesnoporanną porą. Osłabieniu z odnerwieniem towarzyszy postępujący zanik mięśni, fascykulacje, w kończynach górnych obserwuje się przewagę mięśni prostowników nad zginaczami [1].

W przypadku, gdy odnerwienie przeważa w mięśniach opuszki a nie kończyn, objawem występującym w pierwszym okresie choroby są trudności z żuciem, połykaniem oraz poruszaniem mięśniami twarzy i języka. W nielicznych przypadkach choroba szybko dotyka również mięśni oddechowych prowadząc do zgonu, jeszcze przed osiągnięciem zaawansowania na innych poziomach. Gdy dominują objawy korowo-rdzeniowe, obserwuje się nadmierną aktywność odruchów rozciągowych (zrywane odruchy ścięgniste) i często

spastyczny opór w ruchach biernych kończyn objętych procesem chorobowym. Pacjenci skarżą się na sztywność mięśni, często nieproporcjonalnie dużą do osłabienia. Zwyrrodnienia na poziomie korowo-opuszkowym prowadzą natomiast głównie do dyzartrii i wygórowania ruchowej ekspresji emocji, w tym efektu opuszkowego w postaci nadmiernego płaczu lub śmiechu [3].

Pierwsze objawy choroby mogą być ograniczone do jednej grupy mięśniowej, co jest powodem dużych trudności w ustaleniu właściwego rozpoznania, z czasem jednak, zajęciu ulega coraz więcej mięśni z symetrycznym objęciem wszystkich okolic. Niezależnie od tego, który neuron był zdominowany przez zmiany zwyrodnieniowe na początku choroby, z czasem zajęciu ulegają oba. W ciągu niemal całego przebiegu choroby zachowane są natomiast funkcje czuciowe, kontrola nad oddawaniem stolca i moczu oraz sprawność intelektualna. Również ruchy gałek ocznych pozostają zachowane, aż do momentu bardzo zaawansowanego stadium choroby.

Wśród przyczyn ALS wskazuje się kilka grup czynników, dla których szkodliwe oddziaływanie na strukturę układu nerwowego zostało potwierdzone, takich jak: czynniki genetyczne, wirusowe, środowiskowe, toksyczne czy zmiany starcze. Mimo wielu hipotez obejmujących między innymi wpływ patologicznych białek, czynników immunologicznych, defekty DNA, oddziaływanie metali ciężkich i zakażeń wirusowych czy zmiany inwolucyjne nie do końca znamy patomechanizm prowadzący do rozwoju pełnego obrazu klinicznego choroby.

Leczenie ALS jest dla lekarzy i naukowców ogromnym wyzwaniem, gdyż z uwagi na to, że nie znamy dokładnej przyczyny, jak dotąd nie udało się również wynaleźć leku, który wyleczyłby chorego, czy na długo zatrzymał rozwój choroby. Mimo wielu badań prowadzonych wielokierunkowo w zasadzie jedyną dostępną obecnie opcją leczenia jest leczenie objawowe. W leczeniu przyczynowym preparatem, z którym wiązano wielkie nadzieje był riluzol (Rilutek[®]), lek działający przede wszystkim na neurotransmisję glutaminergiczną poprzez hamowanie uwalniania glutaminianu, ale wpływający także hamująco na receptory NMDA oraz blokujący zależne od potencjału kanały sodowe. Lek jest bezpieczny, cechuje się niewielką liczbą raczej łagodnych działań niepożądanych. Przeprowadzone dotychczas obserwacje wskazują jednak, że powoduje on wydłużenie czasu przeżycia pacjentów zaledwie o kilka (3-6) miesięcy, nie poprawiając znacząco jakości ich życia [4, 5]. Aby zaobserwować efekty stosowania tego preparatu konieczne jest rozpoczęcie leczenia już od momentu postawienia rozpoznania. W późnym stadium choroby efekt terapeutyczny jest niewielki. Podjęcie terapii tym lekiem wiąże się niejednokrotnie z pewnego

rodzaju dylematem moralnym, z jednej strony przedłużamy o pewien czas życie chorego i pozwalamy bliskim cieszyć się jego obecnością, z drugiej, wiedząc o rokowaniu i perspektywach związanych z nieuchronnym postępem choroby narażamy go na dodatkowe cierpienie związane z terapią inwazyjną w terminalnej fazie choroby.

Do chwili obecnej nie wykazano również u pacjentów ALS korzystnego oddziaływania innych metod terapii jak stosowanie preparatów z witaminami, testosteronem, przeciwutleniaczami, dożylniej terapii immunoglobulinowej, czy interferonami. Jedyną możliwością leczenia jest więc leczenie objawowe [6].

Terapia, pielęgnacja i rehabilitacja chorych

Pacjent z ALS, z uwagi na konieczność wdrożenia właściwej diagnostyki i niepomyślnie rokowanie już od początku choroby wymaga szczególnej opieki personelu pielęgniarskiego. Co oczywiste, wraz z postępem choroby i nasilaniem się objawów zakres opieki znacząco wzrasta. Optymalnym rozwiązaniem byłoby objęcie rodziny, w której wystąpiła choroba holistyczną opieką, sprawowaną przez doświadczony w tym zakresie i interdyscyplinarny zespół. Obserwacje wskazują jednak, że w polskich warunkach, szczególnie w niektórych obszarach kraju, dostęp do rzetelnego wsparcia psychologów, specjalistów w zakresie żywienia czy wsparcia duchowego w terminalnej fazie choroby wciąż jest niewystarczający, a cały obowiązek opieki spoczywa na rodzinie. Powstające w niektórych ośrodkach klinicznych zespoły zajmujące się kompleksową terapią, mimo relatywnie niewielkiej liczby pacjentów z tym schorzeniem nie są w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb chorych w zakresie opieki. Konieczne jest więc przygotowanie najbliższych chorego do pełnienia szeregu ról, jakie wcześniej zarezerwowane były niemal wyłącznie dla profesjonalistów.

Do objawów, które już w pierwszym okresie choroby mogą powodować duży lęk u chorego i bliskich zalicza się wczesne objawy niewydolności oddechowej, determinowane niedowładami mięśni oddechowych. Bardzo ważne jest więc nie tylko właściwe ułożenie pacjenta, w pozycji półwysokiej lub wysokiej, zapewniającej optymalną wydolność oddechową, ale również wspomaganie poprzez rehabilitację i zabezpieczenie go na wypadek wystąpienia nagłego upośledzenia funkcji oddechowych. Istotnym problemem osłabiającym wydolność oddechową może być aspiracja treści pokarmowej i stany zapalne w obrębie układu oddechowego. Stałe monitorowanie podstawowych parametrów życiowych, w zależności od możliwości i miejsca przebywania chorego (szpital, dom, hospicjum) a przede

wszystkim czujna obserwacja w kierunku objawów niewydolności oddechowej pozwalają na uchwycenie nieprawidłowości jeszcze w momencie, gdy ewentualna interwencja może być podjęta w niewielkim zakresie i wiąże się z najmniejszym stresem dla chorego i rodziny. W początkowym stadium choroby niezbędne jest omówienie z chorym i jego bliskimi kwestii związanych występowaniem i nasileniem objawów niewydolności oddechowej i planowanym postępowaniem terapeutycznym. W zależności od stadium choroby pacjenci z ALS wymagają różnego wspomagania w zakresie funkcjonowania oddechowego. Początkowo ogranicza się ono do stosowania nieinwazyjnych metod wentylacji, głównie w celu łagodzenia objawów hipowentylacji w czasie snu. Z czasem z uwagi na nasilanie się objawów związane z narastaniem zespołu opuszkowego i zwiotczeniem mięśni, konieczność dłuższego stosowania wspomagania i możliwość odczuwania zwiększonego dyskomfortu przez chorego spowodowanego np. podrażnieniem skóry przez maskę tlenową warto rozważyć inwazyjne metody wspomagania oddychania [6, 7]. Określenie wskazań czy jednoznacznych kryteriów do ich zastosowania jest niezwykle trudne z uwagi na różne tempo nasilania się objawów i progresję choroby a także możliwości w zakresie opieki. Zastosowanie metod inwazyjnych wymaga większych umiejętności opiekunów i zapewnienia profesjonalnego wsparcia a także znacząco ogranicza możliwość kontaktu z chorym. W praktyce przyjmuje się, że zastosowanie metod inwazyjnych wskazuje na rozpoczęcie okresu terminalnego choroby. Chory jest praktycznie pozbawiony możliwości komunikacji z otoczeniem, pozostaje jednak świadomy swego stanu. Istotnym problemem, ważnym z etycznego punktu widzenia jest więc kwestia tego jak długo tego typu wspomaganie powinno być stosowane. Zasady stosowania tego typu terapii i wola chorego w tym zakresie powinna być szczegółowo uzgodniona wcześniej, potwierdzana w rozmowach z chorym co około 6 miesięcy i ostatecznie uszanowana, brak bowiem jednoznacznych wytycznych regulujących te kwestie [6].

Objawem, który w znaczący sposób obniża jakość życia chorych z ALS jest nadmierne ślinienie się. Jest on związany przede wszystkim z narastającym osłabieniem i zanikiem mięśni żwaczy. Nadmierny wypływ śliny, nad którym chory w pewnym momencie choroby nie ma kontroli jest przyczyną znacznego dyskomfortu, uczucia skrępowania w relacjach interpersonalnych, dlatego chorzy unikają kontaktu z innymi. Pacjenci mają możliwość zabezpieczenia się w podręczne ssaki ułatwiające ewakuację wydzieliny. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że mechaniczne jej usuwanie pobudza jej wydzielanie. Konieczność ciągłego usuwania śliny wiąże się ponadto ze zwiększonym ryzykiem uszkodzenia skóry w okolicy jamy ustnej lub śluzówki w obrębie górnych dróg oddechowych. Niezbędne jest więc zastosowanie środków farmakologicznych, w tym

zakresie potwierdzono skuteczne działanie trójcyklicznych antydepresantów, podjęzykowo atropiny, u chorych z trudnościami z ewakuacją wydzieliny można również rozważyć stosowanie środków rozrzedzających wydzielinę chociaż nie ma dowodów na skuteczność tej formy terapii u chorych z ALS [6,8,9].

Jednym z najczęstszych objawów obserwowanych u chorych z ALS jest ból. Może on być związany z osłabieniem mięśni i nasileniem spastyczności, co prowadzi do przykurczów lub z niemożnością samodzielnej zmiany pozycji. Niezależnie od przyczyny objaw ten wymaga szczególnej uwagi i wielokierunkowego postępowania terapeutycznego obejmującego fizykoterapię nakierowaną na redukcję przykurczy i farmakoterapię z zastosowaniem w zależności od nasilenia bólu wszystkich leków zawartych w zasadach postępowania przeciwbólowego WHO („drabinie analgetycznej”). W sytuacjach znacznego nasilenia objawów bólowych zastosowanie mają także leki przeciwdepresyjne, stosowane w mono- lub politerapii [6].

Poważnym problemem chorych z ALS jest postępująca spastyczność i kurcze mięśni. Objawy te obserwowane mogą być w różnym nasileniu od początku choroby. Ważne jest łagodzenie objawów w pierwszej kolejności niefarmakologicznymi metodami (masaż, ćwiczenia, hydroterapia). Leczenie farmakologiczne (np. Baklofen, Myolastan, Mydocalm, preparaty magnezu) powinno być włączone, gdy w znacznym stopniu upośledzają funkcjonowanie lub wpływają na jakość życia [6, 10].

Problemem, który pojawia się jako jeden z pierwszych, często wyprzedzając nawet zaburzenia oddychania są trudności z połykaniem, początkowo mogą dotyczyć płynów, później także pokarmów stałych. Obserwuje się trudności w przesuwaniu treści pokarmowej w początkowych odcinkach przewodu pokarmowego, chorzy krztuszą się, co wiąże się z dodatkowym ryzykiem aspiracji treści pokarmowej do dróg oddechowych. Problemy te związane są głównie z osłabieniem mięśni, istotny wpływ może mieć również lęk przed zachłyśnięciem. U większości chorych konieczna jest wówczas modyfikacja diety na półpłynną, zastosowanie odpowiednich technik połykania ułatwiających właściwy pasaż treści pokarmowych. Leczenie farmakologiczne dysfagii w ALS ma charakter wyłącznie objawowy i w tym obszarze również konieczne jest indywidualne podejście do pacjenta i jego potrzeb, monitorowanie efektów leczenia i gotowość do zmiany zgodnie ze zmieniającymi się potrzebami chorego. W przypadku, gdy żywienie drogą naturalną nie jest możliwe konieczne jest zastosowanie żywienia bezpośrednio do żołądka przez sondę lub gastrostomię (PEG), ta ostatnia metoda nie zawsze jednak może być zastosowana. Wskazaniem do jej założenia są objawy opuszkowe wraz ze spadkiem masy ciała o co najmniej 10%. Istotne znaczenie ma

wczesne wykonanie zabiegu, gdyż w przypadku spadku FVC poniżej 50% może dojść do niewydolności oddechowej z koniecznością przedłużonej intubacji lub stałego stosowania wentylacji inwazyjnej. Konieczność sedacji podczas zabiegu jest główną wadą zastosowania PEG-a. Nie zaleca się również jej zastosowania, jeżeli szacowany czas przeżycia chorego jest krótszy niż 3 miesiące. Zaletą gastrostomii jest natomiast całkowita kontrola ilości i jakości przyjmowanych pokarmów, oraz dostosowanie odpowiedniej diety. Wg. wytycznych EFNS (*European Federation of Neurological Societies*), leczenie dysfagii powinno być prowadzone pod kontrolą poradni żywieniowej, ze względu na występujący u chorych z ALS stan hipermetaboliczny. Chory powinien otrzymywać pokarm o większej wartości energetycznej, nawet do 2000 kcal, podawany częściej, w małych ilościach i dodatkiem suplementów białkowych. Możliwość podawania wysokokalorycznej diety pacjentom z gastrostomią zapobiega dalszej utracie masy ciała i wpływa korzystanie na jakość ich życia [11, 12].

Często obserwowanym objawem u chorych z ALS jest labilność emocjonalna i płacz lub przymusowy śmiech. Objawy te są niejednokrotnie błędnie interpretowane jako zaburzenie natury psychicznej, reakcja chorego na chorobę, jego sposób odreagowania lub radzenia sobie ze stresem. W przypadku chorych z ALS są one jednak zwykle wynikiem organicznego uszkodzenia mózgu, o czym warto uprzedzić także rodzinę i najbliższe otoczenie chorego. Objawy te mogą współistnieć z innymi objawami zespołu rzekomoopuszkowego, depresją, dyzartrią. Znaczne ich nasilenie wskazuje na konieczność zastosowania farmakoterapii, w tym stosowanych z powodzeniem w psychiatrii leków antydepresyjnych.

Częstość występowania dyzartrycznych zaburzeń mowy u chorych na ALS szacuje się, wg różnych autorów między 40% a nawet 70%. Mogą one wynikać z obustronnego uszkodzenia dróg korowo-jądrowych i/lub uszkodzenia opuszkowych jąder ruchowych lub ich włókien nerwowych. Funkcje językowe w ALS są stosunkowo dobrze zachowane, chociaż nieprawidłowości mogą występować u grupy chorych z zaburzeniami wyższych czynności mózgowych, zwłaszcza typu czołowego. Deficyty językowe niekiedy są minimalne i wykrywane tylko w testach neuropsychologicznych oceniających funkcje płatów czołowych. Obserwacje prowadzone w ostatniej dekadzie wskazują również na możliwość wystąpienia pewnych zaburzeń poznawczych u chorych na ALS, ale bez towarzyszącego temu otępienia. W niektórych przypadkach obserwuje się cechy typowe dla otępienia czołowo-skroniowego, jednak nie są spełniane wszystkie kryteria uprawniające do postawienia tego rozpoznania. Badania pozytonowej tomografii emisyjnej uwidocznili w pewnej grupie chorych zmniejszenie metabolizmu glukozy w korze mózgu i układzie limbicznym, co może wpływać

na wystąpienie różnego rodzaju zaburzeń poznawczych [4,13]. W zaawansowanym stadium choroby komunikowanie z pacjentem jest niemal całkowicie niemożliwe, konieczne jest zastosowanie urządzeń wspomagających lub w ogóle umożliwiających komunikację. Na rynku mamy obecnie do wyboru wiele dodatkowych urządzeń wspomagających lub zastępujących mowę. Od prostych i relatywnie tanich (tj. tablice z alfabetem lub obrazkami) po specjalistyczne urządzenia elektroniczne w postaci syntezy głosu.

Pacjenci z ALS częściej skarżą się również na problemy ze snem oraz narastające objawy depresyjne czy lękowe. Trudności z zasypianiem mogą się wiązać z zaburzeniami aktywności w ciągu dnia, obecnością bolesnych kurczów mięśniowych w trakcie snu, lękiem lub towarzyszącą chorobie depresją. W niektórych przypadkach konieczne jest zastosowanie wspomagania farmakologicznego w postaci Zolpidenu czy Amitryptyliny, korzystne działanie wykazują również SSRI, benzodiazepiny [14]. Z uwagi na fakt, że zaburzenia depresyjne i lękowe związane są przede wszystkim z trudnościami w akceptacji choroby, narastającym nasileniem jej objawów ogromne znaczenie ma jednak stosowanie równoległe psychoterapii.

Pacjent z ALS wymaga również w poszczególnych fazach choroby odpowiedniego zabezpieczenia rehabilitacyjnego i ortopedycznego. Właściwa opieka fizjoterapeuty nie tylko daje szansę na jak najdłuższe zachowanie samodzielności, ale również na uniknięcie powikłań związanych z unieruchomieniem. Każda sytuacja, która nie jest związana z nasileniem choroby, ale wymaga pozostawania chorego w łóżku przyspiesza progresję objawów i wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań, należy więc takich zdarzeń unikać. Warunkiem koniecznym do zachowania samodzielności jest też odpowiednie dobranie sprzętu ortopedycznego i metod fizykoterapii w zależności od zakresu objawów.

Opieka w fazie terminalnej

Leczenie ALS, przez cały czas trwania choroby jest w chwili obecnej wyłącznie leczeniem paliatywnym, mającym na celu poprawę jakości i ewentualne wydłużenie życia chorego. Jednymi z najbardziej uciążliwych dla pacjenta dolegliwości są opisane wcześniej, występujące w różnym nasileniu przez cały okres choroby: ból, duszność, zaburzenia połykania, nadmierne wydzielanie śliny, labilność emocjonalna spowodowana postępem choroby i nieuchronną śmiercią z zachowaniem sprawności umysłowej. Narastanie tych objawów w ostatnim okresie choroby znacząco zwiększa niepokój chorego i jego lęk przed odejściem. Dodatkowo coraz większa świadomość zbliżającej się śmierci powoduje, że pacjent obejmuje troską również najbliższych, ich funkcjonowanie w ostatnich chwilach jego

życia i po jego odejściu. Z tego względu ogromne znaczenie, także w okresie terminalnym ma właściwa ocena wszystkich potrzeb pacjenta i jego bliskich z jednoczesnym zaangażowaniem całego zespołu interdyscyplinarnego w proces leczenia i pielęgnację. Dla zapewnienia jak najlepszej opieki w ostatnim okresie życia pacjenta optymalnym rozwiązaniem wydaje się rozpoczęcie współpracy z zespołem zajmującym się opieką paliatywną już w momencie rozpoznania choroby [6]. Pozwala to na możliwie najlepsze przygotowanie pacjenta i jego najbliższych do tego okresu, a dla rodziny także do czasu żałoby. Ważne jest pozostawienie pacjentowi możliwości wyboru miejsca w którym, o ile tylko będzie to możliwe, chce odejść (dom, szpital, hospicjum). Dla wielu chorych kluczowe znaczenie będzie miała świadomość tego, że w ostatnim momencie są przy nich ich bliscy, inni nie będą chcieli dodatkowo obciążać najbliższych przeżywaniem tego momentu w domu. Bardzo istotne jest też omówienie z pacjentem postępowania i zakresu podejmowanej terapii w końcowym okresie życia i w odpowiednim momencie uszanowanie podjętych ustaleń. Jeżeli istnieje taka możliwość i pacjent wyrazi gotowość do podjęcia tego tematu należy omówić z nim i jego bliskim wszystkie aspekty funkcjonowania, od przewidywanych zmian w funkcjonowaniu fizycznym, po zmiany jakie mogą zachodzić w zachowaniu chorego. Należy omówić między innymi kwestie związane ze wspomaganiem układu oddechowego, pokarmowego, formami kontaktu i porozumiewania się, jak również innymi obszarami leczenia podtrzymującego życie. Obserwacje wskazują, że mimo jednoznacznie negatywnego rokowania, tylko niewielki odsetek pacjentów z ALS jest zainteresowanych samobójstwem wspomaganym w krajach, w których jest to dostępne. Warto jednak zwrócić uwagę, że część pacjentów z ALS prezentuje objawy wskazujące na zaburzenia poznawcze i zaburzenia zachowania. Częściowo mogą one wynikać ze współistnienia zespołu czołowo-skroniowego, jak wspomniano wyżej nie zawsze jednak spełniają wszystkie kryteria uprawniające do rozpoznania otępienia skroniowo-czołowego [6]. Opiswane są jednak również wyraźne zaburzenia funkcjonowania społecznego i emocjonalnego, większa częstość występowania objawów depresyjnych u tej grupy pacjentów, niezależnie więc od statystyk niezbędne jest czujne obserwowanie zachowania chorego i w miarę potrzeb zapewnienie mu, poza leczeniem związanym z nasilającymi się w fazie terminalnej choroby objawami fizycznymi, właściwego wsparcia psychologicznego i opieki duszpasterskiej.

Pacjent w okresie terminalnym wymaga również odpowiedniego wsparcia farmakologicznego. Wspomaganie oddychania w terminalnej fazie choroby powinno zostać rozważone, jeżeli u pacjenta obserwuje się duszność lub inne objawy hipowentylacji. Tlenoterapię stosuje się tylko w sytuacji niedotlenienia tkanek i narządów. W leczeniu

nieuleczalnego bólu i duszności można stosować opioidy w monoterapii, lub w przypadku współwystępowania objawów niepokoju, w połączeniu z benzodiazepinami. Właściwy dobór dawkowania tych leków pozwala na uniknięcie objawów zagrażającej życiu depresji oddechowej. Niepokój i dezorientacja w obliczu śmierci, związane z hiperkapnią mogą być leczone neuroleptykami podawanymi dożylnie, doustnie lub doodbytniczo. Zapewnienie złagodzenia objawów poprzez środki farmakologiczne i odpowiednie wsparcie psychologiczne może znacząco zmniejszyć niepokój chorego w ostatnich chwilach życia i wpłynąć korzystnie na przeżywanie okresu śmierci i żałoby wśród bliskich.

Problemy emocjonalne rodzin i opiekunów

Towarzystwo osobie chorej, szczególnie w chorobie, która nie wiąże się z pozytywnym rokowaniem jest sytuacją bardzo obciążającą osoby najbliższe. Bezradność wobec choroby, konieczność patrzenia na cierpienie najbliższych staje w pewnego rodzaju konflikcie z afirmacją życia obserwowaną dokoła. Osoby sprawujące opiekę często rezygnują ze swoich pragnień, marzeń, dotychczasowych przyjemności, bo w świetle cierpienia jakiego doświadczają ich bliscy uważają je za niestosowne. W konsekwencji o swoich pragnieniach, potrzebach mówią na końcu lub nie mówią w ogóle. Warto jednak zauważyć, że to przede wszystkim od ich samopoczucia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego zależy jakość pomocy niesiona osobie chorej. Opiekunowie, podobnie jak chorzy, podlegają stresowi związanemu z nową sytuacją w jakiej się znaleźli. Uzasadnionym wydaje się stwierdzenie, że stres jaki im towarzyszy jest spotęgowany przez świadomość tego, że przede wszystkim od nich zależy to jak będzie wyglądało życie ich bliskich w ostatnim okresie. Ważne jest więc, by w porozumieniu przede wszystkim z samym chorym, ale i z innymi osobami, które mogą wesprzeć rodzinę w opiece ustalić optymalny sposób opieki, tak by zasoby fizyczne i psychiczne opiekunów nie zostały wyczerpane przedwcześnie. Osoby chore, mając świadomość zakresu opieki jaka jest nad nimi sprawowana niejednokrotnie mają też poczucie winy wynikające z tego, że widzą w jak wielkim stopniu ich choroba dezorganizuje życie innych, jakie wiążą się z tym wyrzeczenia dla innych. Z jednej strony oczekują wsparcia, zrozumienia, współuczestniczenia w ich cierpieniu, z drugiej chciałyby, by opiekę sprawowały osoby pogodne, cierpliwe, niosące uśmiech. Jeżeli choroba dotyka bliskich nam osób, którym towarzyszymy na co dzień w cierpieniu, zdystansowanie się od ich niej jest niezwykle trudne, a w zasadzie niemożliwe. Często reakcją na przedłużający się stres u opiekunów jest więc ich izolowanie się od tego, co tę reakcję powoduje, a więc od chorego i

jego cierpienia. Początkowo daje się zaobserwować jako milczące wykonywanie zadań pielęgnacyjnych, ograniczenie ich zakresu do niezbędnego minimum, w późniejszym jednak czasie może być odczuwalne izolowanie się lub reakcje niecierpliwe, nacechowane gniewem lub agresją. Wiąże się to z faktem, że opiekunowie często muszą realizować zadania do których nie są przygotowani, ani pod względem wiedzy, umiejętności manualnych ani psychicznie. Niezbędne jest więc na każdym etapie choroby zapewnienie odpowiedniego wsparcia także opiekunom. Mogą i powinni oni korzystać z wiedzy i umiejętności kadry medycznej, ale i dedykowanych im grup wsparcia, profesjonalnej pomocy psychologicznej, ponieważ tylko dbając także o siebie będą w stanie dłużej brać na siebie obciążenie związane z opieką. Świadomość tego, że opiekunowie również otoczeni są niezbędną im pomocą wpływa także na zmniejszenie poczucia winy u osoby chorej, która każdego dnia obserwuje ich zmaganie się z nowymi, często po ludzku przerastającymi ich obowiązками.

ALS jest chorobą, o której w ostatnich latach częściej mówi się szerokiemu gronu odbiorców. Poprzez kampanie medialne, ale też przedstawienie zmagania się z tą chorobą w literaturze i filmie, przybliżyła się ogrom cierpienia jakie dotyka chorych i ich bliskich a jednocześnie angażuje się społeczeństwo w zbieranie środków na pomoc w badaniach nad metodami leczenia tej choroby. Na przestrzeni ostatnich lat ukazało się kilka pozycji filmowych, których tematyka typowo porusza problematykę ALS w tym „Hawking”, „Teoria wszystkiego”, „Nie jesteś sobą”. Część z nich miało charakter biograficzny, reszta była odzwierciedleniem życia chorego od momentu diagnozy po śmierć, ukazując najważniejsze aspekty choroby. Narzędzia informowania społeczeństwa są bardzo różne, niejednokrotnie kontrowersyjne, wydaje się jednak, że ich ocena powinna się opierać głównie na tym na ile są skuteczne, na ile udaje się przybliżyć problem jakim jest ta nieuleczana choroba. Przykładem tego może być realizowana głównie w 2014 roku inicjatywa znana jako „Ice Bucket Challenge” dzięki której w sieci internetowej pojawiło się bardzo wiele filmów, na których autorzy, w tym wiele osób z grona osób publicznych, sportowców, celebrytów wylewa na siebie lodowatą wodę. Zadanie polegało ona na tym, że każda osoba realizująca to zadanie nominowała kolejne 3 osoby do nagrania filmiku w ciągu 24 godzin, a jeśli ktoś z nominowanych nie odważył się podjąć wyzwania – musiał wpłacić 100 dolarów na rzecz ALS Association – amerykańskiej organizacji, która pomaga osobom chorym na ALS. Akcja spotkała się z ogromną krytyką wielu osób, nie zmienia to jednak faktu, że przez tak z pozoru banalną zabawę wiele osób po raz pierwszy usłyszało o ALS i udało się zdobyć tak znaczące środki na badania w zakresie nowych form terapii, jakich nie udało się pozyskać w tak krótkim czasie innymi metodami.

Podsumowanie

Stwardnienie zanikowe boczne jest chorobą, która z uwagi na charakter i negatywne rokowanie dotyka w sposób szczególny nie tylko chorego, ale całą jego rodzinę i otoczenie. Nie ma na nią wpływu status społeczny czy wykształcenie. W każdym przypadku kończy się tak samo tragicznie. W drastyczny sposób, zwykle w bardzo krótkim czasie zmienia życie chorego powodując, że osoba funkcjonująca dotąd w pełnej aktywności zostaje pozbawiona wszystkich podstawowych fizycznych zdolności i umiejętności, a świadoma swego stanu i przy zachowaniu większości funkcji umysłowych w pełni zależna od otoczenia oczekuje na nieuchronną śmierć. Trudno wyobrazić sobie dramat chorego i jego najbliższych. Szczególnym zadaniem dla całego zespołu z jakim te osoby mają kontakt jest więc objęcie ich maksymalnie kompleksową opieką, uwzględniającą zarówno fizyczne, jak i psychiczne i duchowe funkcjonowanie chorego. Takie podejście zapewnia zminimalizowanie choremu cierpienia i możliwie jak najlepszą jakość życia w tym ostatnim okresie a rodzinie ułatwia przejście przez trudny czas odchodzenia i żałoby.

Piśmiennictwo

1. Hauser S., Harrison - Neurologia w medycynie klinicznej tom I, Wyd. Czelej, Lublin, 2012.
2. Rowland L., Padley T., Neurologia Merritta tom III, Wyd. Urban& Partner, Wrocław, 2012.
3. Liberski P., Papierz W., Neuropatologia Mossakowskiego, Wyd. Czelej, Lublin, 2005.
4. Adamek D., Tomik B., Stwardnienie Zanikowe Boczne, Wyd. ZOZ Ośrodek UMEA Shinoda-Kuracejo, Kraków, 2005.
5. Miller R.G., Mitchell J.D., Lyon M., Moore D.H.: Riluzole for amyotrophic lateral sclerosis (ALS/mtor neuron disease (MND)). Cochrane Database Syst. Rev. 2002, 2, CD001447.
6. Andersena P.M , Abrahamsb S, Borasio G. D et all. EFNS guidelines on the Clinical Management of Amyotrophic Lateral Sclerosis (MALS) – revised report of an EFNS task force Eur. J. Neurol., 2012, 19, 360–375.
7. Bourke S.C., Gibson G.J. Non-invasive ventilation in ALS: current practice and future role. Amyotroph. Lateral. Scler. Other Motor. Neuron. Disord., 2004, 5, 67-71.

8. Forshew D.A., Bromberg M.B. A survey of clinicians' practice in the symptomatic treatment of ALS. *Amyotrophic Lateral Scler. Other. Motor. Neuron. Disord.*, 2003, 4, 258-263.
9. Newall A.R., Orser R., Hunt M. The control of oral secretions in bulbar ALS/MND., *J. Neurol. Sci.* 1996, 139, Suppl., 43-44.
10. Diener H.C., Dethlefsen U., Dethlefsen-Gruber S. , Verbeek P.: Effectiveness of quinine in treating muscle cramps: a double-blind, placebo-controlled, parallel-group, multicentre trial. *Int. J. Clin. Pract.*, 2002, 56, 243-246.
11. Desport J.C., Preux P.M., Truong C.T. et al: Nutritional assessment and survival in ALS patients. *Amyotroph. Lateral. Scler. Other. Motor. Neuron. Disord.*, 2000, 1, 91-96.
12. Heffernan C., Jenkinson C., Holmes T. et. al.: Nutritional management in MND/ALS patients: an evidence based review. *Amyotroph. Lateral. Scler. Other. Motor. Neuron. Disord.*, 2004, 5, 72-83.
13. Bradley W., Daroff R., Fenichel M., *Neurologia w praktyce klinicznej- Zaburzenia neurologiczne*, Wyd. Czelej, Lublin, 2006.
14. Forshew D.A., Bromberg M.B. A survey of clinicians' practice in the symptomatic treatment of ALS. *Amyotroph. Lateral. Scler. Other. Motor. Neuron. Disord.*, 2003, 4, 258-263.

Rodzina - siła i wsparcie dla przewlekle chorego

Szydło Edyta

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Stanisława Pigonia w Krośnie

Wprowadzenie

Cierpienie i ból są nierozdzielnie związane ze sobą, są wszechobecne w ludzkim życiu, dotyczą każdego człowieka, ludzi młodych i starszych. Cierpienie jest wpisane zarówno w życie, jak i umieranie, jest nieodłączną częścią człowieczego losu oraz powoduje negatywne odczucia. Bezmiar ludzkiego cierpienia, samotności, bólu, trwogi i lęku możemy niejednokrotnie odczytać na twarzy człowieka niepełnosprawnego, słabszego, a przede wszystkim przewlekle chorego [1].

Cierpienie i choroba stawiają przed człowiekiem zadania przekroczenia samego siebie, swoich granic, a także możliwości.

Choroba zawsze pojawia się nie w porę. Jest czasem, gdy pacjent poznaje siebie w całkiem nowym wymiarze.

Wytrzymanie cierpienia fizycznego, zmaganie się z niepełnosprawnością, pokonanie różnorodnych barier i przeciwności, a niejednokrotnie bólu duchowego często przekracza siły chorego.

Cel pracy

Przedstawienie znaczenia i roli rodziny w opiece nad osobą przewlekle chorą.

Bogusz określa chorobę przewlekłą jako „chorobę trwającą długo, tj. dłużej niż 3 miesiące; choroba przewlekła oznacza najczęściej chorobę lub inwalidztwo trwające w sposób ciągły albo dające nawroty. Pacjenci chorujący przewlekle wymagają długoterminowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej”[2].

Choroba przewlekła to ta, której cechą charakterystyczną są daleko idące zmiany w organizmie, z którymi jest w stanie poradzić sobie medycyna, by chory mógł żyć, aczkolwiek nie jest możliwy jego całkowity powrót do zdrowia. W wyniku takiej sytuacji celem działania jest wyrównanie oraz niwelowanie zmienionych funkcji organizmu. Jednak z upływem czasu

patologiczne zmiany mogą się powiększać oraz nakładać na siebie, a w rezultacie siły żywotne pacjenta słabną coraz bardziej, powstaje ciąg konsekwencji, z którymi chory musi się zmierzyć. Na plan pierwszy niewątpliwie wysuwają się aspekty natury medycznej. Jednostka musi poradzić sobie z bólem, szeregiem dysfunkcji organizmu, jakie niesie choroba, cierpieniem, a niejednokrotnie trwałą niepełnosprawnością. Człowiek staje przed perspektywą życia z chorobą w długim czasookresie, a niekiedy do końca życia. Staje twarzą w twarz z różnorodnymi problemami, nie wie czy poradzi sobie w chorobie, czy nie będzie obciążeniem dla najbliższych [3].

Rodzina jako podstawowe siedlisko człowieka przewlekle chorego

Choroba, to dramat całej rodziny - cierpienie i ból, ograniczenie ról społecznych i planów życiowych wszystkich członków rodziny, to ogromne zaskoczenie i wyzwanie. Nagle, z dnia na dzień, w krótkim czasie bliska nam osoba nie jest w stanie podnieść się z łóżka, jest częściowo bądź całkowicie zależna od osób jej najbliższych.

Rodzina to pewnego rodzaju wspólnota, która wypływa z ludzkiej natury, od swych członków wymaga zespolenia dążeń i celów, uspołecznia ich uczucia i dążenia, rządzi się miłością, posiada strukturę prawną oraz własną wewnętrzną organizację, która określa obowiązki i prawa członków rodziny, którzy działają w ramach jedności. Na uwagę zasługuje fakt, że rodzina posiada ważny i istotny, kształtujący się poprzez potrzebę obecności i udzielania się będącego wynikiem wspólnych interesów, planów i oczekiwań, poufności i zażyłości wymiar duchowy. W ramach tych wartości tworzy podłoże do duchowego doświadczenia ludzi w niej żyjących. Rodzina, to jedność na dobre i złe, w zdrowiu i w chorobie.

Dla każdego człowieka rodzina jest grupą podstawową, z którą jednostka jest bardzo związana, przede wszystkim w aspekcie pełnienia ról społecznych. Rodzina ukształtowana prawidłowo jest dla swojego członka grupą odniesienia, a także ma znaczący wpływ na zewnątrzrodzinne oraz wewnątrzrodzinne jego postępowanie i zachowanie [4].

Choroba przewlekła w dużej mierze wpływa na funkcjonowanie systemu rodzinnego i jest obciążeniem dla człowieka, który ją doświadcza, ale i dla pozostałych członków rodziny [5,6,7].

Pierwszym naturalnym i otwartym systemem wsparcia dla osoby chorej jest rodzina. Niezależnie od tego, jaki muszą włożyć wysiłek i jakie są koszty ekonomiczne, to w większości przypadków najbliżsi są niezastąpieni i podejmują się realizacji opieki i misji

wsparcia nad chorym. Tak duże zaangażowanie rodziny, poświęcenie się osobie cierpiącej nie jest obojętne dla całego systemu, wpływa bowiem na jakość życia i funkcjonowanie grupy pierwotnej. W sytuacji tak przykrego doświadczenia, jakim jest cierpienie i choroba, to rodzina staje się podstawowym siedliskiem, w którym osoba chora przebywa i egzystuje. Tym samym staje się dla niej ostoją, kolumną o mocnym fundamencie, filarem o potężnych ramionach, podporą i siłą do walki z chorobą, bólem, samotnością, cierpieniem, niepełnosprawnością, a niejednokrotnie lękiem o dalszą egzystencję [5,6,7].

Życie rodziny w momencie wystąpienia bądź zdiagnozowania choroby u jednego ze swych członków ulega przeorganizowaniu [5,6,7].

Choroba jest wyzwaniem nie tylko dla osób nią dotkniętych, ale także dla ich najbliższych, opiekunów, którzy koegzystują z chorym. Rodzina stwarza warunki dla chorego, jest środowiskiem, w którym zaspokajane są ważne dla życia potrzeby, obserwuje zachowanie chorego, kontroluje objawy i przebieg choroby. Najbliżsi są także pomostem między światem zewnętrznym a chorym, tworzą także fizyczną przestrzeń dla pacjenta oraz współpracują z profesjonalistami i realizują ich zalecenia dotyczące leczenia, opieki i bardzo często rehabilitacji chorego członka rodziny [5,6,7].

Środowisko rodzinne posiada niezwykle specyficzne walory, które są trudne, wręcz niemożliwe do zrealizowania przez inne instytucje bądź formy opieki nad przewlekle chorym człowiekiem. Tym samym ranga opieki rodzinnej urasta do najbardziej optymalnej, najkorzystniejszej, a zatem rodzina staje się podstawowym siedliskiem dającym człowiekowi najlepsze szanse na wszechstronny rozwój, mimo jego choroby lub niepełnosprawności. Daje choremu poczucie akceptacji takim, jakim jest. Chory czuje się wówczas pełnoprawnym członkiem rodziny. W chwilach duchowej rozterki, w chwilach trudnych, kiedy doznaje krzywd i niesprawiedliwości rodzina okazuje osobie chorej bezinteresowną pomoc, wsparcie, miłość. Poprzez takie zachowanie najbliższych jednostka wie, że jest kochana, czuje, że jej obecność nie jest obciążeniem oraz, że jest osobą bardzo ważną w strukturach rodziny [8].

Wsparcie w chorobie

W wyniku choroby przewlekłej u człowieka mogą pojawiać się ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym, fizycznym i psychicznym. Chory doświadcza wówczas uczucia bezradności i przerażenia. Ma świadomość, iż następujące po sobie wydarzenia, a także brak perspektyw mogą doprowadzić do zaburzenia równowagi bio-psycho-społecznej. Człowiek czuje się zagubiony, a jednocześnie czuje potrzebę, konieczność zmiany, która w wyniku

zaistniałej choroby jest niemożliwa. Pojawia się kryzys, a czynnikiem ułatwiającym jego przeżycie staje się wsparcie i pomoc od innych ludzi [9].

Wsparcie osoby przewlekle chorej lub niepełnosprawnej polega na obcowaniu, byciu z nią, współuczestniczeniu w osamotnieniu i cierpieniu, przejawianiu empatii. Ważne jest podtrzymanie kontaktu werbalnego z chorym, słuchanie, zachęcanie do mówienia o sobie, swoich uczuciach czy wątpliwościach. Nieocenione więc jest wsparcie rodziny, która poprzez swoje działania wprowadza optymizm, uspokaja chorego, stwarza atmosferę bezpieczeństwa, niweluje strach i stres. Jeśli rodzina czy przyjaciele nie zapewnią choremu potrzeby kontaktów z innymi ludźmi, to nieoceniony będzie udział pacjenta w stowarzyszeniu osób dotkniętych takim samym lub podobnym schorzeniem, również grupy wsparcia, wolontariusze mogą okazać się pomocni w nawiązaniu przez chorego nowych znajomości lub pielęgnowaniu tych zawartych przed laty [10,11].

Wsparcie dla osoby chorej oznacza rodzaj i sposób pomocy, który ma na celu zmobilizowanie możliwości i sił w taki sposób, aby pacjent mógł uporać się z problemami. Wsparcie oddziałuje również na przebieg i proces leczenia choroby. Celem poradnictwa socjalnego na rzecz osób przewlekle chorych jest wdrożenie idei integracji społecznej, która polega na przywróceniu wiary osobie chorej bądź niepełnosprawnej w możliwość pełnienia ról zarówno na płaszczyźnie osobistej, rodzinnej, społecznej i zawodowej [12].

Warunkiem niezbędnym wystąpienia reakcji wsparcia dla przewlekle chorego są tzw. sieci społeczne, do których pacjent ma dostęp lub jest z nimi powiązany. W obrębie sieci społecznych wyróżnia się trzy kręgi. Pierwszy tworzy najbliższa rodzina, małżonkowie oraz przyjaciele. Koledzy ze szkoły, sąsiedztwa, miejsca pracy, dalsza rodzina zataczają wokół chorego kolejny krąg, zaś trzeci skupia dalekich krewnych, znajomych, sąsiadów, a także zespół interdyscyplinarny. Wsparcie to rodzaj interakcji społecznej, podjętej przez uczestników w sytuacji trudnej, problemowej, stresowej lub krytycznej. Najogólniej ujmując jest to wszelka dostępna pomoc człowiekowi znajdującemu się w sytuacjach skrajnych.

Wsparcie może występować w różnych formach [13,14,15]:

- **wsparcie emocjonalne**, które umożliwia wyrażenie wątpliwości, napięć, lęków, polega na przekazywaniu emocji podtrzymujących poczucie bezpieczeństwa i spokoju;
- **wsparcie informacyjne**, to przekazywanie informacji ważnych i ułatwiających zrozumienie trudnej sytuacji życiowej, w jakiej znalazł się chory. Są to informacje zdrowotne i związane
- z podejmowanym działaniem w obszarze rehabilitacji oraz informacje o grupach wsparcia

- i instytucjach, w których pacjent mógłby otrzymać pomoc;
- **wsparcie instytucjonalne**, osobom niepełnosprawnym i przewlekle chorym z pomocą przychodzą instytucje pomocy społecznej. Przykładem instytucjonalnego wsparcia są domy pomocy społecznej, inną rozpowszechnioną formą wsparcia jest tzw. interwencja środowiskowa, która realizuje konkretne cele w środowisku chorego, np.: kwalifikuje na turnusy leczenia sanatoryjnego, organizuje grupy samopomocy, zaopatruje pacjenta w sprzęt rehabilitacyjny.

Istotnym dla przewlekle chorego jest także wsparcie duchowe potrzebne w sytuacjach, w których dominuje cierpienie i lęk przed śmiercią, w sytuacjach kryzysu egzystencjonalnego. Możliwość skorzystania z duchowego wsparcia, zgodnego z własnym wyznaniem jest dla chorego niezwykle cenne [13,14,15].

Podsumowanie

Siła, jaka tkwi w rodzinie powoduje, że chory czuje się wyjątkowym jej członkiem, potrafi stawiać czoła zmianom, trudnym sytuacjom, a także radzić sobie z nieprzewidzianymi zdarzeniami. Rodzina jest żywym psychospołecznym organizmem, dodaje przewlekle choremu otuchy, odwagi, wzmacnia jego przynależność do pozostałych osób wchodzących w jej skład.

Na niwie rodziny chory doświadcza troski, miłości, jedności, zaś osoba opiekująca się, poprzez swoje działania osiąga pewien stopień doskonałości i dojrzałości, a także bierze udział w utrzymaniu homeostazy rodzinnej.

Wsparcie zaś, to dla przewlekle chorego opanowanie kryzysu psychicznego, zminimalizowanie stresu. O skuteczności wsparcia decyduje relacja między oczekiwaniami pacjenta a rzeczywiście uzyskaną pomocą. W wyniku złożonego mechanizmu zależności, niektórzy pacjenci mimo tego, iż wymagają wsparcia odrzucają je w obawie o własną autonomię, zaś inni oczekują pomocy nie uruchamiając prób samodzielnego radzenia sobie z trudnościami i przeciwnościami wynikającymi z choroby [16].

Piśmiennictwo

1. Kurleto-Kalitowska E.: Filozofia przemijania, Życie i śmierć w polskiej filozofii XX wieku, Wyd. FALL, Kraków, 2016.
2. Bogusz J.: Encyklopedia dla pielęgniarek, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1990.
3. Synowiec-Piłat M., Łaska-Formejster A. (red.): Społeczne Konteksty Chorób

- Przewlekłych wybrane zagadnienia, Instytut Socjologii, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2013.
4. Kawula S.: Rodzina jako podmiot przemian i badań społecznych – konteksty pedagogiki rodziny [w:] Pedagogika rodziny – in statu nascendi czy uznana subdyscyplina, Ładyżyński A. (red.), Oficyna Wyd. ATUT –Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław, 2012, 11-13.
 5. Liberska H.: Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju, Wyd. Difin S.A., Warszawa, 2011.
 6. Gorbaniuk J., Parysiewicz B.: Rodzina wobec współczesnych wyzwań społeczno – kulturowych, publikacja z serii Centrum Badań nad Rodziną, KUL, Lublin, 2009.
 7. Badora S., Zięba – Kołodziej B.: Pedagogika opiekuńcza. Perspektywy myślenia o rodzinie, Wyd. Difin S.A., Warszawa, 2005.
 8. Badora S., Czeredrecka B., Marzec D.: Rodzina i formy jej wspomagania, Impuls, Kraków, 2001.
 9. Kowalska – Kantyka M., Kantyka S.: Możliwości wsparcia rodzin i osób dysfunkcyjnych przez Ośrodki Pomocy Społecznej, Wyd. Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie, Warszawa, 2011.
 10. Becelewska D.: Wsparcie emocjonalne w pracy socjalnej, Śląskie Wyd. Naukowe, Katowice, 2004.
 11. Strzemieczna M.: Na misję? Kilka uwag o wolontariacie, Mag. Pielęg. Poł., 2016, 10, 4-6.
 12. Weissbrot – Koziarska A.: Poradnictwo socjalne dla rodzin, Podręcznik akademicki, Uniwersytet Opolski, Opole, 2012.
 13. Kirenko J: Oblicza niepełnosprawności, Wyższa Szkoła Społeczno – Przyrodnicza im. Wincentego Pola w Lublinie, Lublin, 2006.
 14. de Barbaro B., Ostoja-Zawadzka K., Cechnicki A.: Możesz pomóc, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2005.
 15. Kuziara T.: Człowiek stary w instytucji opiekuńczej, Mag. Pielęg. Poł., 2016, 6, 16-17.
 16. Biernat T., Przeperski J.: Zintegrowane wsparcie rodziny w środowisku lokalnym: Centrum dla rodzin, Akapit S.C., Toruń, 2015.

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



Odmienność kulturowa – od etnocentryzmu do integracji

Łasak Dorota¹, Miarka-Lachendro Joanna², Kłapa Wojciech³

1. Studium Doktoranckie, Zakład Filozofii i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Studium Doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
3. Zakład Pedagogiki Medycznej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie.

Wstęp

Polska jest krajem w miarę jednolitym pod względem narodowościowym, kulturowym i religijnym, ale staje się coraz bardziej heterogeniczna. Różnorodność ta uwidoczniła się po 1989 roku. Przemiany ustrojowe dały przedstawicielom mniejszości narodowych i etnicznych możliwość swobodnego wyrażania swojej tożsamości i prowadzenia działalności publicznej. Polska przestała być państwem, z którego pochodzili jedynie emigranci, lecz w coraz większym stopniu stała się również miejscem osiedlenia dla repatriantów, imigrantów zarobkowych oraz schronieniem dla uchodźców [1].

Relację „my” i „oni” w wielu badaniach społecznych mierzy się najczęściej sprawdzając, do jakich obszarów naszego życia jesteśmy skłonni dopuścić osobę odmienną od nas pod względem narodowości, pochodzenia etnicznego czy wyznania [2]. Proces reakcji na różnice kulturowe przeanalizował Milton Bennett, tworząc model wrażliwości kulturowej w celu zrozumienia jednego z potencjalnych przebiegów procesu akulturacji w aspekcie funkcjonowania poznawczego. Wrażliwość międzykulturową Bennett zdefiniował jako świadomość występowania różnic kulturowych i umiejętność ich interpretacji w różnych sytuacjach. Model wspomnianego autora ewoluuje, przechodząc przez różne etapy, od zaprzeczenia istnieniu jakichkolwiek różnic kulturowych (etnocentryzm), po ich pełną akceptację (etnorelatywizm) [3].

Odmienność jest ważną kategorią kulturową, silnie zakorzenioną w ludzkim myśleniu i języku. Kwestię postaw wobec odmienności trafnie ujął św. Augustyn, mówiąc: „*Boję się tego, co się ode mnie różni, entuzjasmuję się tym, co jest podobne*”. Wskazał zarazem, iż niezależnie od tego, w czym odmienność się przejawia, jest dla niego kategorią psychologicznie trudną do przyjęcia. Odmienność kulturowa może być źródłem niechęci i poczucia zagrożenia. Do najważniejszych różnic, które trudno zasymilować, należy wyznawana religia oraz odmienność obyczajów. Relatywnie mniej istotnym czynnikiem są kwestie językowe, które utrudniają porozumiewanie się.

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie różnych postaw wobec osób odmiennych kulturowo.

Material i metody

Praca ma charakter poglądowy. Przeprowadzono przegląd literatury przedmiotu w bazie Google Scholar, wpisując hasła: odmienność kulturowa, wielokulturowość. Analizowano publikacje najbardziej spójne z założonym celem.

Kultura to jedno z najbardziej popularnych pojęć w naukach społecznych i humanistycznych, a zarazem termin niezbyt łatwy do zdefiniowania i różnie opisywany przez poszczególne dyscypliny naukowe [4].

Według J. Szczepańskiego, obserwując zachowanie jakiejś osoby, możemy wnioskować, że jest to człowiek kulturalny lub niekulturalny - „*Człowiek kulturalny, to tyle co człowiek mający dobre obyczaje, taktowny, przestrzegający nakazów i zakazów grzeczności, uprzejmości, człowiek dający w swoim zachowaniu wyraz swojej wiedzy i subtelności uczuć. Człowiek niekulturalny, to prostak, nietaktowny, brutalny, nieuk*” [4].

Biorąc pod uwagę ten punkt widzenia należy pamiętać, iż zachowanie identyczne z tym, które my oceniliśmy jako kulturalne, w innym kraju może być uznane za brak wychowania i kultury. Tym samym stosowność lub niestosowność konkretnego zachowania uwarunkowana jest kulturowo i zależy od zasad przyjętych w danej kulturze i w danym społeczeństwie. W szerokim znaczeniu termin kultura obejmuje to wszystko, co stanowi rezultat ludzkiej działalności materialnej i niematerialnej – duchowej, językowej, wzorów postępowania itd. Najczęściej cytowaną etnograficzną definicją kultury jest podana przez E.

B. Tylora, według którego „*kultura lub cywilizacja jest to złożona całość obejmująca wiedzę, wierzenia, sztukę, prawo, moralność, obyczaje i wszystkie inne zdolności i nawyki nabyte przez człowieka jako członka społeczeństwa*” [5].

Tym samym wskazał, że kultura jest pojęciem ogólnym i definiowanym w bardzo szeroki sposób. Wydaje się jednak, że najbardziej czytelną i adekwatną do tematyki niniejszego artykułu jest definicja kultury podana przez J. Szczepańskiego, według którego „*kultura jest to ogół wytworów działalności ludzkiej, materialnych i niematerialnych, zobiiektywizowanych i przyjętych w dowolnych zbiorowościach, przekazywanych innym zbiorowościom i następnym pokoleniom*” [4]. Tym samym stanowi rodzaj drogowskazu życiowego i daje poczucie bezpieczeństwa. Jednakże należy podkreślić, że to, co jest najważniejsze w kulturze, to wartości. W. J. Cynarski, odwołując się do myśli wybitnego socjologa F. Znanieckiego podkreśla, że „*człowiek jest przede wszystkim twórcą wartości, podstawowej kategorii bytu*” [6].

Cytując A. Giddensa: „*idee określające, co uchodzi za ważne, wartościowe i pożądane, są podstawą każdej kultury. Te abstrakcyjne idee, czyli wartości, dają ludziom poczucie sensu i są dla nich drogowskazem w interakcjach ze światem społecznym*” [7]. Podsumowując, kultura ustanawia system wartości i kryteria je określające. Wartości są wyznacznikami postępowania jednostek, a zatem kultura służy jako drogowskaz kierujący zachowaniem tych, którzy ją akceptują i wpływający na stosunki między ludźmi.

Termin „wielokulturowość” ma również wiele znaczeń, co wynika z interdyscyplinarności tego obszaru badań. Naukowe źródła podają wiele definicji „*multikulturalizmu*” . Między innymi jako harmonijną różnorodność w perspektywie różnorodności kultury. Ogólnie termin w znaczeniu faktycznym i opisowym jest wielością kultur. Odnosi się do stanu współistnienia wielu kultur i ich przedstawicieli w określonej przestrzeni społecznej. A także obejmuje historię, system wartości, przekonania, poglądy, sposoby myślenia i zachowania oraz religię tych osób [8]. Istotą wielokulturowości jest uświadamianie różnicy kulturowej, co w pewien sposób determinuje reakcje na odmienność, wchodzenie w interakcje i otwieranie się na odmienność lub zamykanie się w różnym stopniu i zakresie [9].

Według I. Czerniejewskiej zjawisko wielokulturowości można opisać w trzech wymiarach, jako: stan faktyczny (obecność osób pochodzących z innych kultur), stan społeczny (wzajemne relacje osób odmiennych kulturowo) oraz stan polityczny (regulacje polityczno – prawne związane z kwestią wielokulturowości) [10].

Kolejnym istotnym terminem jest „akulturacja”, czyli wchodzenie w odmienny krąg kulturowy. Według jednego z modeli może przybierać różne warianty: separacji (przewaga wzorców własnych), integracji (dialog i spotkania wielu kultur w jednym społeczeństwie), asymilacji (przewaga wzorców nowych) lub marginalizacji, czyli utraty tożsamości własnej przy braku identyfikacji z kulturą przyjmującą [11].

Wiele badań pokazuje, że w obliczu odmienności kulturowej nasilają się tendencje do porównań i poszukiwania różnic. Już samo dostrzeżenie odmienności jest istotnym etapem wyjścia poza ograniczenia naszej wyuczonej kultury. Żyjąc i socjalizując się w jednej kulturze, nie mając doświadczenia różnicy międzykulturowej, czasami nie jesteśmy tych różnic świadomi. Człowiek doświadczający spotkania z nową kulturą jest wystawiony na intensywny proces konfrontacji własnego sposobu myślenia. Proces reakcji na różnice przeanalizował Milton Bennett. Opracowany przez niego model wrażliwości międzykulturowej może być przydatny do interpretacji zachowań i postaw pracowników ochrony zdrowia oraz pacjentów [12]. Według autora modelu, kultura jest filtrem służącym do interpretacji rzeczywistości i postrzegania otaczającego nas świata. Skoro kultury różnią się między sobą, to postrzeganie tej samej rzeczy może być zróżnicowane w różnych kręgach kulturowych [13]. Bennett wrażliwość międzykulturową definiuje jako świadomość różnic międzykulturowych i wycucie w sytuacjach, gdy ma się z nimi do czynienia. Autor zaznacza, iż świadomość odmienności kultur nie zawsze było stanem naturalnym i przytacza przypadki z historii ukazujące, że kontakty międzykulturowe niejednokrotnie były naznaczone agresją i wzajemną niechęcią [3].

Model Bennetta ewoluuje i ma charakter procesu przechodzącego przez kilka faz, od etnocentryzmu do etnorelatywizmu. Etap, na którym jednostka zakłada, że jej światopogląd jest kluczowy i jej wizja świata jest centralna wobec rzeczywistości, Bennett nazywa etnocentryzmem. Na tym etapie własna grupa etniczna jest w centrum, a pozostałe społeczności są oceniane z jej punktu widzenia. Etnocentryzm wiąże się z oceną innych społeczności według własnych kryteriów i z koncentracją na własnej zbiorowości. Osoba o poglądach etnocentrycznych zakłada, że to co właściwe jest jej kulturze, powinno być standardem obowiązującym na świecie. Oceniając innych, stosuje kryteria właściwe własnemu kręgowi kulturowemu, co jest nieuzasadnione i dyskryminujące. W postawie etnocentrycznej wyróżnia się trzy fazy:

- Zaprzeczenie: izolacja (brak szans na konfrontację z różnicami) lub separacja (stawianie barier między ludźmi, którzy są odmienni). Jednostka zaprzecza istnieniu

jakichkolwiek różnic. Celowo buduje mur między „swoimi” i „obcymi”. O zaprzeczeniu może świadczyć następujące zdanie: „O ile wszyscy mówimy tym samym językiem, nie ma żadnego problemu” [3].

- Obrona: oczernianie, wywyższanie, odwrócenie. Jednostka dostrzega różnice kulturowe, ale uważa je za zagrażające i trudne do przyjęcia. Często posługuje się stereotypami, broni się przed nieakceptowanymi wartościami przez deprecjonowanie innych. Taka osoba zauważa inne zachowanie, ale stosuje nadal te same metody pracy, bo uważa je za najlepsze (pozorna wrażliwość). O obronie świadczyć może następujące zdanie: „Chociaż mówię ich językiem, oni są nadal nieuprzejmi wobec mnie” [3].
- Minimalizacja: fizyczny uniwersalizm (wszyscy muszą jeść, trawić, umierać), transcendentalny uniwersalizm (odnajdywanie łączących, a nie dzielących wartości). Jednostka zauważa różnice, natomiast nie zwalcza ich przez deprecjonowanie lub wywyższanie się. Stara się wykazywać jedynie podobieństwa, a znaczenie różnic minimalizuje. O minimalizacji mogą świadczyć następujące słowa: „Kontekst może być różny, ale komunikowanie podstawowych potrzeb jest na całym świecie takie samo” [3].

Etnorelatywizm (relatywizm kulturowy) to postawa otwarta na poznawanie i akceptację innych kultur. Jednostka nie traktuje różnic jako zagrożenia, ale jako wartość. Nie ocenia innych kultur przez pryzmat własnej. Dostrzega wielość i różnorodność kultur bez uprzedzeń i stereotypów. Jednocześnie nie odrzuca własnej tradycji kulturowej, ale nie przyjmuje jej jako jedynego kryterium oceny zjawisk. W postawie etnorelatywnej również wyróżnia się trzy fazy:

- ✓ Akceptacja – jednostka respektuje różnice w zachowaniach werbalnych i niewerbalnych, światopoglądach i wartościach. Jest zdania, że odmienność kulturowa zasługuje na zrozumienie. O akceptacji mogą świadczyć następujące słowa: „Im więcej różnic tym lepiej, gdyż więcej różnych doświadczeń” [3].
- ✓ Adaptacja – jednostkę cechuje empatia i zrozumienie drugiego człowieka przez pryzmat jego kultury. Taka osoba się wzbogaca, dodając do swojej kultury nowe elementy zaczerpnięte z innej kultury, jednocześnie nie rezygnując z własnej tożsamości. O adaptacji świadczyć może następujące określenie: „Mogę nadal utrzymać swoje standardy, ale zachowuję się według norm danej kultury [3].

- ✓ Integracja – jednostka łączy odmienne punkty widzenia. Nie ma problemu w ocenie sytuacji z punktu widzenia jednego lub kilku kręgów kulturowych. Jednostkę cechuje pełne zintegrowanie i funkcjonowanie w bogactwie różnych norm kulturowych. O integracji świadczyć może następujące zdanie: „Cieszę się z uczestnictwa w obu kulturach” [3]. Należy podkreślić, że etap ten jest często krytykowany za zbytnią idealizację, za trudność w odniesieniu do życiowych przykładów.

Kształtowanie wrażliwości międzykulturowej wśród studentów kierunków medycznych oraz wykorzystywanie jej w kontakcie z pacjentami jest niezbędne. Wrażliwością międzykulturową powinny cechować się także osoby tworzące i realizujące programy z zakresu edukacji międzykulturowej.

Lekarze, pielęgniarki i położne są zobowiązani stosować się do zasad wyrażonych w kodeksach etyki lekarzy, pielęgniarek i położnych. Należy podkreślić, że lekarze, pielęgniarki i położne mają obowiązek udzielania pomocy pacjentom „bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należny szacunek” [14,15].

W czasie kontaktu z pacjentem odmiennym kulturowo należy pamiętać, że może on pochodzić z kraju, w którym obowiązują inne zasady udzielania pomocy oraz inne normy społeczne i religijne. Należy nadmienić, że wszystkie te kwestie mogą wpływać na odbiór intencji każdej ze stron. Wiedza personelu medycznego na temat różnic w patrzeniu na sprawy zdrowia i choroby w naszym kręgu kulturowym i w innych kręgach kulturowych pozytywnie wpływa na jakość kontaktu z pacjentem i współpracę terapeutyczną [16].

Podsumowanie

Sytuacja osób postrzeganych jako odmienne jest bardzo trudna z wielu względów. Między innymi wynika ze stereotypowej wizji odmienności i negatywnych uprzedzeniach. Relacja „my” i „oni” często oparta jest na braku wzajemnego zaufania, podejrzliwości i wcześniejszych złych doświadczeniach. Konsekwencją są negatywne postawy społeczne dyskredytujące osoby odmienne kulturowo. Obserwując ostatnie doniesienia medialne można przypuszczać, iż mamy tendencję do patrzenia z własnej perspektywy kulturowej oraz oceniania innych ludzi i ich zachowań w odniesieniu do znanych nam standardów i norm. Niezwykle istotne jest uświadomienie wartości kulturowego zróżnicowania, gdyż często to

wielokulturowe doświadczenia są drogą do rozumienia własnej kultury i budowania własnej tożsamości kulturowej [17].

Postawy wobec „innego” są bardzo zróżnicowane i niewątpliwie często skomplikowane, natomiast odcięcie się od problemu niczego nie rozwiąże, gdyż jak twierdził Z. Bauman: *„Drzwi można zamknąć, ale problem nie zniknie, niezależnie od siły zamka (...) Dzięki zamkom problem znika z zasięgu wzroku i myśli, ale nie przestaje istnieć”* [18].

Pedagogicznym wyzwaniem staje się zatem budzenie i wzmacnianie wrażliwości na potrzeby „innego” w myśl słów ks. J. Tischnera: *„Rzetelny dialog wyrasta z pewnego założenia, które musi być przyjęte – wyraźnie lub milcząco – przez obydwie strony: ani ja, ani ty nie jesteśmy w stanie poznać prawdy o sobie, jeśli pozostaniemy w oddaleniu od siebie, zamknęci w ścianach naszych lęków, lecz musimy spojrzeć na siebie niejako z zewnątrz, ja twoimi, a ty moimi oczami, musimy porównać w rozmowie nasze widoki i dopiero w ten sposób jesteśmy w stanie znaleźć odpowiedź na pytanie, jak to z nami naprawdę jest”* [19].

Piśmiennictwo

1. Cianciara D.: Aspects of multiculturalism in contemporary Poland, *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2012, 93, 128-135.
2. Świda – Ziemia H.: Tolerancja fasadowa – postawa Polaków wobec nietolerancyjnych schematów myślowych. [w:] *Prawa człowieka*, Jakubowska – Branicka I. (red.), Tolerancja i jej granice, Warszawa. 2002.
3. Bennett M. J.: Towards a developmental model of intercultural sensitivity. [in:] *Education for the intercultural experience*, Paige R.M. (red.), Yarmouth, ME, Intercultural Press, 1993.
4. Gajda J.: *Antropologia kulturowa. Wprowadzenie do wiedzy o kulturze*, Wyd. Adam Marszałek. Toruń, 2003.
5. Kołodziejek E.: *Człowiek i świat w języku subkultur*, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2005.
6. Cynarski W. J.: *Globalizacja a spotkanie kultur*, Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, 2003.
7. Jędrzejko M.: *Patologie społeczne*, Wyższa Szkoła Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztor, Pułtusk, 2006.

8. Śliz A., Szczepański M.: Wielokulturowość: konflikt czy koegzystencja? Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa, 2011.
9. Nikitorowicz J.: Edukacja regionalna i międzykulturowa, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa, 2009.
10. Czerniejewska I.: Czy istnieje potrzeba edukacji wielokulturowej? [w:] Sprawy Narodowościowe. Seria Nowa, Poznań, 2004.
11. Białek K., Kawalska A., Kownacka E., Piegat – Kaczmarczyk M.: Warsztaty kompetencji międzykulturowych – podręcznik dla trenerów, Uniwersytet Warszawski. Warszawa, 2008.
12. Cieślukowska D.: Problemy integracji osób odmiennych kulturowo. [w:] Doradztwo zawodowe a wyzwania międzykulturowe, Paszkowska – Rogacz A., Olczak E., Kownacka E., Cieślukowska D. (red.), KOWEŻiU, Warszawa, 2006.
13. Szopski M.: Komunikowanie międzykulturowe, Wyd. WSiP, Warszawa, 2005.
14. <http://www.nfz-krakow.pl/kodeks%etyki%lekarskiej.pdf>, data pobrania 22.04.2017.
15. <http://www.izbapiel.org.pl/indeks.php?id=8>, data pobrania 22.04.2017.
16. Van Damme – Ostapowicz K.: Dialog wielokulturowy. [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie, Krajewska – Kułak E., Wrońska I., Kędziora – Kornatowska K. (red), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010, 103-111.
17. Burszta W.: Międzykulturowość – znamię czasów, Kultura Współczesna, 2008a, 2 56.
18. Bauman Z.: Żyjąc razem w przepelnionym świecie, Z obcej ziemi, 2003, 19.
19. Ks. Tischner J.: Etyka solidarności, Wyd. Znak, 2001.

Niedosluch osób starszych, czy aparat słuchowy- co bardziej wpływa na stygmatyzację w społeczeństwie

Rutkowska Joanna

Studia doktoranckie, Zakład Fonoaudiologii Klinicznej i Logopedii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Rosnąca liczba osób starzejących się w społeczeństwie jest spowodowana między innymi wydłużeniem trwania ludzkiego życia i spadkiem liczby urodzeń. Według kryteriów Światowej Organizacji Zdrowia społeczeństwo wstępuje w fazę starzenia się, gdy liczba osób w wieku 65 lat przekroczy 7% ogólnej liczby ludności w danej populacji. Obecnie wskaźnik osób powyżej 60. roku życia stanowi 18, czyli prawie trzy razy więcej niż w 1900 roku. Główny Urząd Statystyczny prognozuje, że w 2050 roku liczba osób w wieku 60 lat znacząco wzrośnie do 35,8% ogółu społeczeństwa w Polsce [1,2,3].

Wiele osób w podeszłym wieku, a szczególnie w późnej starości zмага się z przewlekłymi i wieloprzyczynowymi zespołami niepełnosprawności. Nazywane są one wielkimi zespołami geriatrycznymi i należą do nich, między innymi nietrzymanie moczu, zespoły otępienne, zespoły depresyjne, unieruchomienia, zaburzenia równowagi i upadki. Do tej grupy zalicza się także upośledzenie słyszenia, które stanowi najbardziej rozpowszechnioną patologię narządów zmysłów w starzejącym się społeczeństwie [4,5].

Problem niedosluchu wśród ludzi starszych

Według raportu TNS Polska przeprowadzonego w 2014 r. 77% badanych osób powyżej 60. r.ż. zgłosiło problemy ze słuchem [6]. Podobne badania prowadzone w Polsce pod koniec XX w. przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu (IFPS) w ramach programu finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia wykazały, że na zaburzenia słyszenia cierpi 75% populacji osób w wieku powyżej 70. roku życia [7].

Pogorszenie słuchu postępuje z wiekiem, a proces ten fizjologicznie rozpoczyna się już po 30. roku życia i nosi nazwę presbyacusis. Początkowo zdolność słyszenia maleje w zakresie wysokich częstotliwości, w tym spółgłosek: s, t, k, p, f. W praktyce najczęściej pierwszym symptomem presbyacusis są narastające trudności w rozumieniu słów z tymi spółgłoskami. W piątej dekadzie życia dotyczy już całego zakresu słyszalnych częstotliwości. Do niedosłuchu starczego dochodzi w wyniku złożonego procesu zmian zachodzących w obwodowym narządzie słuchu i w strukturach neuronalnych. Towarzyszą temu także zaburzenia centralnych procesów słuchowych [8,9]. Zmiany w układzie słuchowym spowodowane są nie tylko czynnikami fizjologicznymi związanymi z wiekiem, ale także z czynnikami dodatkowymi. Zalicza się do nich, między innymi, wpływ środowiska, hałasu, substancji ototoksycznych, oraz innych patologii występujących u danej osoby. Szybkość powiększania się niedosłuchu zależy od wieku i zakresu częstotliwości. U osób poniżej 55 lat przyjmuje się pogorszenie średniego audiometrycznego progu słyszenia o 3 dB HL na dekadę lat życia. Po 55. roku życia ubytek słuchu wzrasta o 9 dB HL na dekadę w zakresie niskich i średnich częstotliwości. Presbyacusis towarzyszy bardzo często zjawisko słyszenia dodatkowych dźwięków, nazywanych szumami usznymi subiektywnymi (*tinnitus auris*). Szumy uszne najczęściej dotyczą niskich częstotliwości, do 2000 Hz, których przyczyna patologii zlokalizowana jest najczęściej w układzie przewodzącym dźwięki. Obejmują także zakres wyższych dźwięków, tzw. pisków, które mogą świadczyć o schorzeniu w strukturach ucha wewnętrznego i dalszych odcinkach drogi słuchowej. Szum o głośności 10 i 15 dB może przyczynić się do zaburzeń zasypiania i wymaga interwencji specjalistycznej [10].

Wraz z wiekiem pojawiają się trudności ze zdolnością do lokalizacji dźwięków, co istotnie może utrudniać samodzielne poruszanie się w miejscach publicznych. Zakłócenie percepcji słuchowej stanowi przeszkodę w zakresie funkcjonowania na wielu płaszczyznach. Utrudnione staje się poznawanie przedmiotów i zjawisk, realizacja działań praktycznych oraz doświadczenie przeżyć estetycznych. Deficyty te sprawiają, że upośledzenie słuchu stanowi istotny problem ludzi w podeszłym wieku. Głównym problemem osób niedosłyszących stają się trudności komunikacyjne, które mogą negatywnie wpłynąć na proces opieki i pielęgnacji. Dodatkowo, ubytek słuchu powoduje obniżenie stymulacji intelektualnej poprzez unikanie aktywnych kontaktów werbalnych. Konsekwencje uszkodzenia słuchu mogą być różne w zależności o stopnia i rodzaju uszkodzenia słuchu [11].

Zgodnie z opracowaniem Międzynarodowego Biura Audiofonologii wyróżnia się pięć stopni ubytku słuchu, są to niedosłuch lekki (20–40 dB), niedosłuch umiarkowany (40–90

dB), niedosłuch znaczny (70–90 dB) i niedosłuch głęboki powyżej 90 dB [12]. Badania wykazały, że u osób starszych z lekkim niedosłuchem aż dwukrotnie zwiększa się ryzyko depresji, wśród osób z niedosłuchem średnim – trzykrotnie, a u pacjentów z niedosłuchem głębokim – aż pięciokrotnie. Ponadto u 33% osób po 65. roku życia cierpiących na zaburzeniami słuchu występują zaburzenia funkcji poznawczych, a wśród 80% pacjentów pojawiają się epizody zaburzeń pamięci [10].

Metody pomocy osobom starszym z niedosłuchem

Obecnie występuje wiele możliwości wspomaganie osób starszych z niedosłuchem, między innymi poprzez zaopatrzenie pacjentów z ubytkami słuchu w aparaty słuchowe. Występuje wiele rodzajów aparatów słuchowych na przewodnictwo powietrzne. Aparaty słuchowe można podzielić pod względem budowy i zarazem wielkości. Do najbardziej popularnych aparatów słuchowych należą aparaty zauszne (BTE). Składają się z obudowy umieszczonej za uchem i podłączonej do niej wkładki usznej. Zauszne aparaty słuchowe są większe od aparatów wewnątrzusznych (ITE), a umiejscowienie obudowy za uchem przyczynia się do łatwiejszej obsługi, co jest bardzo istotne znaczenie, zwłaszcza dla niedosłyszących seniorów [13]. Ograniczona sprawność psychofizyczna i gorsze samopoczucie osób starszych w dużym stopniu powoduje wybór aparatu słuchowego, który jest łatwy w obsłudze. Zaletami aparatów słuchowych najczęściej wybieranymi przez seniorów są duże pokrętło regulacji głośności i łatwy dostęp do poszczególnych funkcji aparatu. Przypuszcza się, że właśnie te czynniki powodują, że z roku na rok wzrasta liczba sprzedawanych zausznych aparatów słuchowych. Podstawowymi celami protezowania narządu słuchu są poprawa zdolności porozumiewania się z otoczeniem drogą słuchową i przeciwdziałanie zmianom wstecznym w narządzie słuchu, czyli tzw. deprivacji słuchowej. Współczesne cyfrowe aparaty słuchowe poprawiają jakość odbieranych dźwięków, usuwają dźwięki zbędne, jednak nie każdy może z nich korzystać. Coraz większa świadomość społeczeństwa polskiego odnośnie potrzeb w zakresie zdrowia, w tym także dbanie o słuch, przyczynia się do wprowadzanie bardziej zaawansowanych technologicznie aparatów słuchowych na rynek. Współczesne urządzenia wspomagające słyszenie wyposażone są w wiele funkcji umożliwiających swobodne funkcjonowanie w codziennym życiu. Obecnie osoby niedosłyszące używając aparatu słuchowego mogą korzystać z telefonów komórkowych, odbiorników telewizyjnych i radiowych, rozmawiać przez Internet. Zmieniają

się też potrzeby związane z wyglądem aparatów słuchowych, ponieważ coraz więcej pacjentów zwraca uwagę na to, by aparat był mały i funkcjonalny [14]. Oprócz aparatów słuchowych w terapii zaburzeń słuchu związanych z wiekiem wykorzystuje się także implanty. Implanty ślimakowe są wszczepiane do schodów bębienka w części ucha wewnętrznego, zwanego ślimakiem w przypadku osób z obustronnym głuchotą lub z obustronnym niedosłuchem typu odbiorczego dla wszystkich częstotliwości. Implanty ucha środkowego mogą być wszczepiane w przypadku wystąpienia ograniczeń zastosowania konwencjonalnych protez słuchowych na przewodnictwo powietrzne. Implant aktywny ucha środkowego może zastąpić aparat słuchowy, między innymi w przypadku skórnych reakcji alergicznych na materiały, z których jest on wykonany lub mikrocji małżowiny usznej i atrezji przewodu słuchowego zewnętrznego. Natomiast implanty lub aparaty na przewodnictwo kostne są wszczepiane do kości lub mocowane do czaszki. Celem stosowania implantów jest jak najlepsze przeniesienie dźwięku do ucha wewnętrznego lub bezpośrednia stymulacja ucha wewnętrznego [15,16]. Lekarze przekonują, że implanty pomagają tam, gdzie aparat słuchowy nie jest skuteczny, ale ich efektywność też ma swoje ograniczenia. Nie każda zaimplantowana osoba może komunikować się przez telefon lub ze zrozumieniem oglądać telewizję. Technologiczny rozwój pozwala tworzyć coraz bardziej zaawansowane systemy wspierania słuchu, ale nie kompensują one w pełni uszkodzenia słuchu [11].

Według badań przeprowadzonych przez PolSenior wśród 682 osób w wieku 55–59 lat i 4621 osób w wieku 65 i więcej lat aparat słuchowy posiadało 6,7% osób w wieku 65 i więcej lat (od 2,5% osób w wieku 65–69 lat do 11% osób w wieku 85 i więcej lat). Wyniki te są zbliżone do wyników badań przeprowadzonych w populacji polskiej w 2009 r. (GUS 2009), według których aparat słuchowy miało od 3,2% osób w wieku 60–69 lat do 13,9% osób w wieku 80 i więcej lat [17].

Według danych z 2014r. z GUS, co dwunasta osoba starsza korzysta z aparatu słuchowego. Najczęściej aparatowane są osoby starsze, co szósta osoba w wieku 80 lat i więcej. Trudności z rozumieniem rozmowy z innymi osobami w cichym pomieszczeniu podaje co czwarta osoba starsza, z czego połowa to osiemdziesięciolatek. Natomiast co dziesiąta starsza osoba zadeklarowała poważne problemy ze słuchem lub głuchotą [18]. Najnowsze badania EuroTrak przeprowadzone w Polsce wśród osób z niedosłuchem wykazują, że tylko jedna trzecia osób z ubytkiem słuchu korzysta z aparatu słuchowego. Niepokojący jest również fakt, że 4% posiadaczy aparatów słuchowych nie korzysta z nich wcale, a 16% aparatowanych pacjentów używa protez słuchu krócej niż przez godzinę

dziennie. Niepokojąca jest także tendencja do odkładania decyzji o zakupie aparatu słuchowego od czasu zdiagnozowania ubytku słuchu. Średni czas mijający od stwierdzenia wady słuchu do momentu zaopatrzenia się w aparat słuchowy wynosi trzy lata [19]. Wysoki odsetek osób starszych nie korzystających z aparatów słuchowych, pomimo występowania ubytku słuchu, stanowi poważny problem. Mimo tego temat ten w literaturze bywa rzadko opisywany. Najczęściej w pojawiających się opracowaniach analizie poddawane są czynniki, które wpływają na zakup aparatu słuchowego i wybór przez pacjenta modelu protezy słuchowej. Natomiast niewielu badaczy zajmuje się analizą czynników, które przyczyniają się do tego, że osoby starsze mimo niedosłuchu wykazują niechęć do korzystania z aparatów słuchowych [6,11,14,19].

Przyczyny niekorzystania z aparatów słuchowych

Wyniki badań przeprowadzonych przez EuroTrak Polska pokazują, że niepodejmowanie decyzji o zaopatrzeniu się w aparat słuchowy wynika, między innymi z bagatelizowania przez pacjentów niedosłuchu. Pacjenci uważają, że stopień niedosłuchu nie jest na tyle duży, by wymagał interwencji protetycznej. Kolejnymi czynnikami, które wpływają na niekorzystanie z aparatów słuchowych są: niechęć do ujawnienia wady słuchu i obawa przed jej upublicznieniem. Znacznie ponad połowa osób aparatowanych biorąca udział w badaniu obawia się odrzucenia z powodu aparatów słuchowych. Czynnikiem wpływającym na decyzję o zakupie aparatu słuchowego są również wysokie ceny protez słuchowych i niska świadomość na temat możliwości otrzymania dofinansowania do zakupu pomocy słuchowej. Inne badania pokazują, że opór pacjenta do noszenia aparatu może wynikać także z nieznamomości technologii stosowanych w celu poprawy słyszenia. Badania potwierdzają, że pacjenci wykazujący niechęć do zakupu aparatu słuchowego obawiają się poczucia stygmatyzacji i trudności w obsłudze aparatu słuchowego [14,19,20].

Badania przeprowadzone przez TNS w 2014r. na grupie 500 osób powyżej 60. r.ż pokazują, że 37% badanych ze zdiagnozowanym ubytkiem słuchu uważa, że można wstydzić się swojej dolegliwości i ukrywać ją przed bliskimi. 13% badanych przyznało, że spotkała się z nieprzyjemną reakcją ze strony otoczenia, gdy nie rozumiała w pełni przekazywanej informacji. Potwierdzają to dane z Ogólnopolskiej Kampanii „Usłyszeć Motyla” na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób starszych z powodu niedosłuchu realizowanej w latach 2013-2014. Wynika z nich, że 26% badanych zrezygnowało z

korzystania z aparatu słuchowego ze względów estetycznych [21].

Trudność w podjęciu decyzji o protezowaniu słuchu i niechęć do aparatów słuchowych okazywana przez osoby starsze może być wynikiem wzorca postrzegania ciała osoby starszej we współczesnym społeczeństwie. Ciało upośledzone niedosłuchem jest mniej sprawne niż ciało posiadające prawidłowo funkcjonujący narząd słuchu, co znacząco może wpływać na poczucie krzywdy, degradacji i spadku własnej wartości seniorów [22]. Postrzeganie niedosłuchu jako niepełnosprawności w społeczeństwie jest związane z modelem biomedycznym. Według Mateusza Wilińskiego istnieją trzy sposoby ujmowania niepełnosprawności: biomedyczny, funkcjonalny i społeczny. W modelu biomedycznym niepełnosprawność rozumiana jest jako upośledzenie ciała, w modelu funkcjonalnym wiąże się ona z utrudnieniem funkcjonowania w życiu codziennym, a w modelu społecznym z dyskryminacją ze strony społeczeństwa. W modelu biomedycznym zaburzenie słuchu wiąże się z ciałem, które posiada uszkodzony narząd słuchu [23]. Obecnie występuje powszechne zainteresowanie własnym ciałem. Kultura masowa i komercyjna przestały postrzegać proces starzenia się jako fizjologiczny. Przekaz medialny promuje specyficzny dla współczesności „kult” młodego, sprawnego i pięknego ciała, często utożsamiając zdrowie z fizyczną atrakcyjnością. Wizerunki osób starszych i ich ciał, które nie odpowiadają standardom konsumpcyjnego piękna wypiera się z przestrzeni publicznej, a jeśli są przedstawiane to często wzbudzają oburzenie i obrzydzenie. Przyczyną tego jest fakt, że fizyczne przejawy starzenia się sprawiają, że wiek podeszły często kojarzy się z niedołężnością, zaniedbaniem, chorobą, śmiercią czy brakiem kontroli nad własnym ciałem. Wygląd ciała osób starszych często sprawia, że są one uważane za niedołężne, ułomne czy niezdolne do samodzielnej egzystencji. Społeczne normy odnoszące się do cielesności, medialne przekazy ukazujące starość i kulturowe znaczenia przypisane procesowi starzenia są ważnymi czynnikami wpływającymi na kształtowanie się subiektywnego obrazu własnego ciała przez osoby w wieku podeszłym [23,24]. Rozbieżność między propagowanym obrazem ciała we współczesnym świecie, a realnością starzejącego się ciała może wiązać się z procesem stygmatyzacji czy stereotypizacji osób starszych. Wpływa to destrukcyjnie na relacje społeczne seniorów i często staje się powodem do dyskryminacji w wielu obszarach życia społecznego. W takiej sytuacji aparat słuchowy staje się widoczną fizyczną oznaką procesu starzenia się. Dostosowywanie własnego ciała do znanych społecznie ideałów oraz wzorców normatywnych może stać się realną przyczyną odrzucenia decyzji o zakupie aparatów słuchowych [23,25].

Czynniki wpływające na zakup aparatu słuchowego

W społeczeństwie występuje także grupa seniorów podejmująca próbę maskowania starości, która z tego powodu może zaopatrzyć się w aparat słuchowy. Maskowanie starości nie polega na wyrażaniu sprzeciwu wobec, doświadczanych jako opresyjne, społecznych wyobrażeń na temat starości i próbie walki o zachowanie młodzieńczej tożsamości, tylko na dążeniu do dostosowania się do wzorów wyglądu i cielesności promowanych przez media, a więc specyficznych dla młodszych grup wiekowych. Pojawiający się niedosłuch i trudności komunikacyjne stanowią zagrożenie nie tylko dla jednostkowej tożsamości, ale także dla społecznej tożsamości. W konsekwencji osoby te starają się za wszelką cenę uniknąć narzucenia sobie tożsamości osoby starszej i wynikającej z niej stygmatyzacji, i dyskryminacji. Badacze podkreślają, że fizyczne zmiany wynikające ze starości oraz towarzyszący im brak akceptacji dla występujących dysfunkcji zmuszają wiele starszych osób do poszukiwania sposobów niwelowania tych deficytów. Jednym z nich jest zaopatrzenie się w aparaty słuchowe, w dużym stopniu kompensujące objawy niedosłuchu i minimalizujące trudności w rozumieniu mowy. Takie działanie nie doprowadza do przeformułowania subiektywnego obrazu własnego ciała, ale mimo wszystko umożliwia zachowanie integralności tożsamości osób starszych. Podejmowane praktyki mają na celu zanegowanie starości i wynikającej z niej społecznej nieakceptacji [22,24].

Pewna grupa osób starszych może zdecydować się na zakup aparatów słuchowych obawiając się dyskryminacji z powodu pogłębiającego się niedosłuchu, a wraz z nim narastającymi trudnościami w komunikacji interpersonalnej. Takie traktowanie niedosłuchu jest zgodne z modelem funkcjonalnym, który ukazuje zaburzenie słuchu jako niepełnosprawność utrudniającą funkcjonowanie w życiu [23]. Niedosłuch niepoddawany rehabilitacji utrudnia aktywność i wypełnianie ról społecznych z powodu trudności w porozumiewaniu się. Informacje dostarczane do mózgu za pośrednictwem uszkodzonego narządu słuchu nie są już tak spójne, stają się mniej szczegółowe, a ich dostarczanie zajmuje więcej czasu, niż u osób młodych. Prowadzi to w efekcie do tego, że starsi ludzie mają problemy z rozumieniem słów, na skutek czego zmniejsza się u nich ich aktywne użycie. Percepcja wypowiedzi innych i reakcja komunikacyjna staje się zaburzona, ludzie starsi lepiej rozumieją wolną mowę, a szybkie tempo mowy przestają w ogóle odbierać i oceniają je negatywnie, jako przejaw bezmyślności mówiącego. Negatywnie reagują również, gdy rozmówca podczas rozmowy z nimi nie poświęca im swojej uwagi, a robi to tylko częściowo.

Tłokiński i Olszewski podkreślają, że „językowo-symboliczna kompetencja w swej gatunkowej filogenezie okazała się bezspornie najważniejszą składową kompetencją społecznej istoty ludzkiej”[1]. Człowiek starszy weryfikuje swoją społeczną egzystencję poprzez kontakty komunikacyjne. Od jakości komunikacji zależy jakość egzystencji współczesnego człowieka. Dlatego zaburzenie słuchu często powiązane z deficytami poznawczymi i funkcjonalnymi prowadzi do obniżenia jakości życia starszego człowieka. Staje się on mało wiarygodnym komunikatorem i grozi mu komunikacyjne osamotnienie. Badania wykazują, że osoby samotne, które nie wchodzą w relacje z drugim człowiekiem są od dwóch do czterech razy bardziej narażone na ryzyko przedwczesnej śmierci, której bezpośrednią przyczyną może być nadciśnienie, udar mózgu lub choroba wieńcowa. Badania przeprowadzone przez TNS w 2014r., oceniające wpływ niedosłuchu na ograniczenia w komunikacji wykazują, że 26 % osób rezygnowała z udziału w rozmowie w głośnym otoczeniu z powodu niedosłuchu. Natomiast 20% badanych rezygnowało z rozmowy telefonicznej obawiając się utraty części informacji przekazanych drogą słuchową. Adekwatnie wypowiedziała się na ten temat Skarżyńska mówiąc o tym, że serce człowieka potrzebuje dialogu z innym człowiekiem. Niedosłuch przyczyniający się do zaburzenia komunikacji międzyludzkiej, której podstawę stanowi mowa werbalna i adekwatne reagowanie na bodźce słuchowe, może przyczynić się do wykluczenia ze społeczeństwa lub powodować społeczną marginalizację. Marginalizacja polega na spadku znaczenia danej grupy w społeczeństwie, między innymi z powodu osłabienia jej funkcji i pozycji w hierarchii społecznej. Odrzucenie osób starszych z deficytami słuchu przez społeczeństwo słyszących powoduje, że osoby te zostają zawieszane pomiędzy dwoma światami. Nie należą ani do świata słyszących, ani do świata głuchych i żadnego nie rozumieją. Nie znajdują wsparcia ani wśród osób słyszących, ani w społeczeństwie głuchych. By uniknąć poczucia dyskryminacji i marginalizacji z powodu niedosłuchu i problemów w komunikacji interpersonalnej wiele osób starszych może zdecydować się na zakup aparatu słuchowego [22,24,26].

Podsumowanie

Niekorzystanie z aparatu słuchowego, pomimo występującego niedosłuchu, może doprowadzić do deprywacji słuchowej, czyli stopniowo narastającego pogorszenia rozumienia odbieranej mowy. W konsekwencji powoduje to niepełnosprawność psychiczną wyrażającą się ograniczeniem kompetencji językowej, komunikacyjnej i poznawczej, a często również

społecznej. Wiele badań wskazuje na korzyści płynące z zastosowania aparatów słuchowych u osób w wieku podeszłym. Lofi i wsp. stwierdzili, że w grupie badanych osób starszych, których średnia wieku wyniosła 73 lata, stosowanie aparatów słuchowych już przez okres trzech miesięcy spowodowało znaczną poprawę jakości życia tej grupy pod względem funkcjonowania społecznego, jak i stanu emocjonalnego. Podobne wyniki uzyskali Garcia Mondelli i wsp., którzy badali wpływ, jaki wywiera korzystanie z aparatów słuchowych na jakość życia w grupie osób po 60. roku życia i wykazali istotny jej wzrost. W efekcie zwiększyło się subiektywne poczucie zdrowia. Przyczyny niekorzystania z aparatów słuchowych wśród osób starszych cierpiących z powodu niedosłuchu nie są do końca zbadane i wyjaśnione. Należy więc dążyć do poznania czynników, które stają się przyczyną niechęci zakupu aparatu słuchowego i starać się je eliminować.

Piśmiennictwo

1. Kijak R.J., Szarota Z.: *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Wyd. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa, 2013.
2. Turnowiecki W.: *Społeczne i ekonomiczne konsekwencje starości demograficznej*, *Zdrowie-Polityka-Nauka*, 2015, 72-80.
3. Czekanowski P.: *Społeczne aspekty starzenia się ludności w Polsce, Perspektywa socjologii starości*, Wyd. UG, Gdańsk, 2014.
4. Bień B., Przydatek M.: *Wielkie problemy geriatryczne: I. Nietrzymanie moczu*. *Med. Rodz.*, 2000, 2, 45-46.
5. Kropińska S.: *Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w polskim systemie ochrony zdrowia. Praca na stopień doktora nauk o zdrowiu*, Poznań, 2013.
6. Pietruszewska W., Jeruzal J., Durko M., Janikowski K., Grzegorzczak L., Gawłowska M.B., Kulińska J.: *Jakość życia i korzyści ze stosowania aparatów słuchowych u pacjentów >60 r.ż. w procesie kwalifikacji do leczenia implantami słuchowymi*, *Otolaryngologia*, 2015, 14, 2.
7. Skarżyński H., Kochanek K.: *Wymiar społeczny zaburzeń komunikacyjnych w wieku podeszłym... – profilaktyka i rekomendacje*. [w:] *Zdrowe starzenie się - Biała Księga*. Samoliński B., Raciborski B. (red.), Wyd. Naukowe SCHOLAR, Warszawa, 2013, 65-69.

8. Jennings C.R., Jones N.S.: Uszkodzenie słuchu związane z wiekiem- presbycusis, *Otolaryngologia*, 2003, 2, 1, 11-20.
9. Nelson E., Hinojosa R.: Presbycusis: A human temporal bone study of individuals with downward sloping audiometric patterns of hearing loss and review of the literature, *Laryngoscope*, 2006, 116, 1–12.
10. Pilecka K., Sekula A., Różycka J.: Obserwacja poprawy funkcji umysłowych metodą Mini-Mental u chorych Oddziału Geriatrycznego po zaprotezowaniu niedosłuchu, *Ann. Acad. Med. Siles.*, 2014, 63, 3, 164-168.
11. Magda S.: Ocena wpływu protezowania narządu słuchu na jakość życia u osób niedosłyszących i głuchych, *Biuletyn Polskiego Stowarzyszenia Protetyków Słuchu*, 2015, 60, 4, 15.
12. Janiszewska M., Kulik B. T., Sztorc E., Firlej E., Barańska A.: Stres i sposoby radzenia sobie z nim na przykładzie osób z niedosłuchem. *Pielęg. Pol.*, 2016, 1, 59.
13. Hojan E. (red.): *Protetyka słuchu*, Wyd. Naukowe UAM, Poznań, 2014.
14. Ruta A.: Czynniki kształtujące decyzje zakupowe nabywców na rynku aparatów słuchowych w Polsce, *Rozprawa doktorska*, Poznań, 2012.
15. Skarżyński H.: Znaczenie problemu zaburzeń komunikacji. Najczęstsze problemy medyczne wieku starszego w Polsce, *Otwarte Posiedzenie Komitetu Nauk Klinicznych PAN*, Warszawa, 2014.
16. Pietralik I., Łagan S.: Aparaty słuchowe a implanty słuchu. Stan obecny i perspektywy rozwoju, *Aktualne Problemy Biomechaniki*, 2011, 5.
17. Klimek E., Wizner B., Skalska A., Grodzicki T.: Stan wzroku i słuchu u osób w wieku podeszłym. [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red), Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań, 2014, 95-109.
18. Główny Urząd Statystyczny. *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050*, 2014, Warszawa.
19. EuroTrak Polska.: *Wyniki badań EUROTRAK Polska*. *Biuletyn Polskiego Stowarzyszenia Protetyków Słuchu*, 2017, wydanie specjalne.
20. Maciejewska B., Obrębowski A., Wiskirska – Woźnica B.: Starzenie się narządu słuchu, *Biuletyn Polskiego Stowarzyszenia Protetyków Słuchu*, 2013, 50, 2, 13.
21. TNS: *Słuch polskich seniorów 2014* [w:] *Wyniki badania TNS Polska*, 2014.

22. Dziuban A.: Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. Przegląd piśmiennictwa, Gerontol. Pol., 2010, 18, 140-147.
23. Dunaj M.: GŁUCHY-ŚWIAT. Głuchota w perspektywie antropologii zaangażowanej, Rozprawa doktorska, Łódź, 2015.
24. Kielar-Turska M., Świątek A.: Specyfika komunikowania się w wieku senioralnym. [w:] Społeczne wymiary starzenia się, Fabiś A., Muszyński M. (red), Agencja Wydawniczo-Reklamowa OMNIDIUM, Bielsko-Biała, 2011.
25. Czykwin E.: Stygmat społeczny, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2007.
26. Kisielewska-Meller J.: Uszkodzenie słuchu a społeczna marginalizacja, dyskryminacja, wykluczenie [w:]. Wykluczenie społeczne wczoraj i dziś, Grzesiek H., Fryza M., Ratajczak K. (red). Poznań, 2012, 29-30.

Definicja, etiologia, kryteria diagnostyczne zachowań ryzykownych

Kułał-Bejda Agnieszka¹, Waszkiewicz Napoleon¹, Bejda Grzegorz²

1. Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Uzależnienie staje się dla nas zastępczą tożsamością, która uwalnia nas od konieczności poszukiwania naszej tożsamości prawdziwej
Wojciech Eichelberger, Krótko Mówiąc [1]

Wprowadzenie

Za zdrowie człowieka w znacznym stopniu odpowiedzialne są zachowania ludzkie oraz styl życia jaki prowadzą [2,3,4]

Na styl życia, za Sęk [5] składają się różnorodne czynniki, takie jak:

- system zachowań zdrowotnych uwarunkowany cechami temperamentu
- wiedza
- uogólnione poglądy oraz przekonania na temat świata, życia i własnej osoby
- kompetencje
- system wartości
- indywidualne doświadczenia w zakresie zdrowia
- czynniki kulturowo-społeczne oraz ekonomiczne.

Największe znaczenie w podejmowaniu ryzykownych zachowań przez osoby młode mają negatywne wpływy rówieśnicze, w tym koledzy/przyjaciele, które mogą modelować zachowania problemowe, niska motywacja do osiągnięcia sukcesów życiowych zarówno w szkole, jak i w życiu rodzinnym i zawodowym oraz niskie osiągnięcia w nauce [6].

Obuchowska [7] zwraca uwagę na fakt, iż zachowania ryzykowne zwiększają prawdopodobieństwo pojawienia się niekorzystnych konsekwencji (psychologicznych, społecznych, zdrowotnych), przez co zaburzają prawidłowy rozwój wszystkich tych sfer życia.

W naukach społecznych, za Siudem [8], istnieje szereg pojęć określających całe spektrum podobnych do siebie, odbiegających od społecznych standardów zachowań (swoisty

rodzaj negatywnych zjawisk z obszaru społecznego życia), w tym takie jak „zachowania ryzykowne”, „zachowania problemowe”, „zachowania dewiacyjne”, „zaburzenia zachowania”, „niedostosowanie społeczne”, „wykolejenie społeczne”, „patologia zachowania”, „trudności wychowawcze”, czy też pierwotnie stosowany termin „zaniedbanie moralne”.

Definiowanie i rodzaje zachowań ryzykownych

W roku 1969 Komitet Ekspertów Narodowej Organizacji Zdrowia, zdefiniował uzależnienie [cyt. za 9], jako *„stan psychiczny, a niekiedy także fizyczny, wynikający z interakcji pomiędzy organizmem a środkiem uzależniającym, charakteryzujący się zmianą zachowania oraz innymi reakcjami, do których należy konieczność zażywania tego środka, w sposób ciągły lub okresowy, w celu doznania jego wpływu na psychikę, a niekiedy także po to, aby uniknąć przykrych objawów wynikających z jego braku. Tolerancja może wystąpić równocześnie. Osobnik może być uzależniony od więcej niż jednego środka”*.

Z kolei w słowniku języka polskiego [10] można znaleźć następującą definicję: *„uzależnić, to stawać się zależnym, od kogoś pod jakimś względem lub popadać w jakiś nałóg.”*

Powszechnie termin *uzależnienie, uzależniony* używany jest głównie w stosunku do osób używających alkoholu, narkotyków (narkomani), leków (lekomani), papierosów (nałogowi palacze), a także uzależnionych od hazardu (hazardziści).

Becelewska [11] pod pojęciem uzależnienie rozumie *„silną chęć podjęcia się jakiejś czynności lub zażycia substancji. Nie biorąc pod uwagę objawów można przyrównać uzależnienie do przymusu zaspokojenia aktualnej potrzeby”*. Powyższe zachowanie jest aktywowane pod wpływem środowiska lub czynników psychologicznych, a w momencie niemożności zastąpienia ważnych wartości, innymi równie ważnymi, występuje frustracja [11].

Goodman [12] sprecyzował kryteria definiujące uzależnienie, jako:

- powtarzające się niepowodzenia, w oparciu się pokusie do podjęcia określonego zachowania
- zwiększone poczucie napięcia bezpośrednio przed
- przyjemność lub ulga podczas wykonywania
- poczucie braku kontroli danego zachowania

- niektóre objawy trwają co najmniej 1 miesiąc lub miały miejsce kilkakrotnie w ciągu długiego okresu czasu.

Griffith i wsp., za Jędrzejko i wsp. [13], jako pierwsi stworzyli pełny kliniczny opis uzależnienia. W związku z tym, że przedmiotem zainteresowań naukowych Griffitha i wsp. było uzależnienie od alkoholu, zaobserwowali oni, że u takich osób uzależnionych występuje zbliżona grupa swoistych objawów, do których zaliczał: stopniowo zwiększone pragnienie picia, potrzebę picia coraz większych ilości, a także występowanie specyficznych objawów po odstawieniu alkoholu. Bardzo szybko okazało się, że te mechanizmy i cechy można również odnieść także do pozostałych substancji uzależniających [13].

Współcześnie uważa się, że uzależnienie należy traktować jako chorobę, którą podobnie, jak inne przewlekłe schorzenia, można i należy koniecznie leczyć [14].

Zajączkowski [15] podaje, iż uzależnienie jest *„chorobą duszy, która polega na tym, że osoba uzależniona traci panowanie nad swoim życiem, zażywa odurzające środki pomimo wiedzy na temat skutków, jakie one wywołują oraz zwiększającej się tolerancji ludzkiego organizmu”*. Niejednokrotnie osoby zażywające, zwłaszcza alkohol i narkotyki, są przekonane, że pomogą im one w rozwiązaniu problemów, czy zaspakajaniu innych potrzeb, jednakże ich działanie jest krótkotrwałe, a po tym czasie problemy narastają z dwukrotną siłą [15].

Uzależnienie, jak zauważa Seweryn [16], powoduje powtarzalność pewnych zachowań dających zadowolenie, a łatwość dostępu do nowej potrzeby sprawia, że poprzednie doświadczenie usuwane zostaje ze świadomości, zaś osoba, która się uzależnia nie zdaje sobie sprawy z takiego procesu.

Kielbasa [17] podaje następującą definicję - *„jeśli robi się TO często, jeśli jest się do TEGO silnie przywiązany, powtarza, że jest TO szkodliwe, a mimo wszystko dalej TO się robi, to jest to uzależnienie.”*

W Polsce w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii jest napisane, że [18]: *„uzależnienie od środków odurzających lub substancji psychotropowych – zespół zjawisk psychicznych lub somatycznych wynikających z działania środków odurzających lub substancji psychotropowych na organizm ludzki, charakteryzujący się zmianą zachowania lub innymi reakcjami psychofizycznymi i koniecznością używania stale lub okresowo tych środków lub substancji w celu doznania ich wpływu na psychikę lub dla uniknięcia następstw wywołanych ich brakiem”*, a używanie szkodliwe, to *„używanie substancji psychoaktywnej powodujące szkody somatyczne lub psychiczne, włączając*

upośledzenie sądenia lub dysfunkcyjne zachowanie, które może prowadzić do niesprawności lub mieć niepożądane następstwa dla związków z innymi ludźmi”.

Ustawa z dnia 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2015 poz. 875 [19] wprowadziła „w Art. 1. W ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124 oraz z 2015 r. poz. 28) następujące zmiany:

- *pkt. 11 otrzymuje brzmienie: 11) narkomania – stałe lub okresowe używanie w celach innych niż medyczne środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie od nich*
- *po pkt 11 dodaje się pkt 11a w brzmieniu: 11a) nowa substancja psychoaktywna – substancję pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym, o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 44b ust. 2;*
- *pkt 14 i 15 otrzymują brzmienie: 14) osoba zagrożona uzależnieniem – osobę, u której zespół zjawisk psychicznych i oddziaływań środowiskowych stwarza duże prawdopodobieństwo powstania uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych, albo osobę sporadycznie używającą środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych; 15) osoba uzależniona – osobę, która w wyniku używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych albo używania ich w celach medycznych znajduje się w stanie uzależnienia od tych środków lub substancji”.*

Maisto i wsp. [20] wiąże uzależnienie z koniecznością używania, stałe lub okresowo, środków lub substancji, w celu doświadczenia ich wpływu na psychikę lub uniknięcia następstw wywołanych ich brakiem.

Nowak i Wysocka [21] zauważają, że Cekiera ujmuje stosunkowo szeroko zjawiska powiązane z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, określając je terminem toksykomania, czyli „przyjmowanie substancji chemicznych (środków) – syntetycznych lub naturalnych, mających szkodliwy wpływ na organizm i psychikę jednostki, wykazujące patologiczny charakter przyzwyczajenia do przyjmowania określonego środka. Nadmierne używanie lub nałogowe nadużywanie środków nie ma charakteru leczniczego, przyjmowanie ma wywołać działanie relaksujące lub pobudzające, ale zawsze to działanie jest szkodliwe dla organizmu”.

Ostrowska [22] toksykomanie definiuje jako „*nawyk okresowego lub systematycznego przyjmowania różnych środków szkodliwie oddziałujących na organizm*”.

Funkcjonują także, za Górkim [23], jeszcze dwa inne terminy, takie jak:

- Nałóg - „*poczucie przymusu w zakresie używania określonego środka (odurzania się), powiązane z koniecznością zwiększania jego dawki, co wiąże się z uzależnieniem fizycznym, a więc z pojawieniem się głodu narkotycznego i objawów odstawienia oraz z wystąpieniem skutków natury psychicznej a przez to zaburzeń w funkcjonowaniu w życiu osobistym i społecznym*”
- Nawyk - „*przyzwyczajenie, silne pragnienie, chęć ciągłego odurzania się, ale bez konieczności powiększania dawki środka i bez wystąpienia uzależnienia fizycznego, ma związek z uzależnieniem psychicznym*”

W społeczeństwie problem uzależnień jest dobrze znany od dawna i dzieli się je na uzależnienia: fizyczne, psychiczne i społeczne, z których każde ma pewne cechy wyróżniające je od innych, ale także wiele cech wspólnych [11,24]. Warto także nadmienić, że często uzależnienie psychologiczne wywodzi się z społecznego, a te z kolei ma wpływ na uzależnienie psychiczne, prowadzące do uzależnienia fizycznego [11,24].

Uzależnienie fizyczne, nazywane często fizjologicznym, to silny przymus zażycia jakiejś substancji manifestowany różnymi objawami fizycznymi (w tym ból, wymioty, biegunka, bezsenność, uczucie zimna, drżenie mięśni), a zaprzestanie ich używania powoduje zespół objawów, nazywany zespołem abstynencyjnym [24,25]. Do grupy substancji, powodujących uzależnienie fizjologiczne zalicza się, np. nikotynę oraz alkohol. Osoba, która zażywa powyższe substancje, celem uzyskania ciągle tych samych efektów, musi stale zwiększać dawkę przyjmowanego środka, a nagłe odstawienie niektórych z nich może być bardzo niebezpieczne [24,25].

Uzależnienie psychiczne to stan objawiający się wielkim pragnieniem zażywania środków uzależniających lub wykonania pewnych czynności, ale niespełnienie powyższego nie prowadzi do poważnych zmian fizjologicznych, a uzależniona osoba „*odczuwa wewnętrzną potrzebę bez dolegliwości fizycznych*” [25]. Według Nowak i Wysockiej [21] uzależnienie psychiczne to „*silna i trudna w opanowaniu potrzeba, a nawet psychiczny przymus przyjmowania i ciągłego zażywania określonego środka, w celu osiągnięcia efektów natury psychicznej – przyjemności, odprężenia, zadowolenia, ulgi w cierpieniu, szczęścia, zapomnienia o problemach*”. Początkowo zażywanie środków uzależniających może być jeszcze kontrolowane, ale w okresie późniejszym - nie da się już kontrolować, a stan, który się rozwinął porównuje się do pożądania i przymusu [25]. Carnes [24] zauważa, że cały

mechanizm uzależnienia zlokalizowany jest w psychice człowieka i najczęściej nie można z niego wyjść bez pomocy innej osoby. Do uzależnień psychicznych zalicza się, np.: internet, gry komputerowe, pracę, telewizor, hazard, jedzenie, nadmierną troskę o wygląd zewnętrzny, masturbację, pornografię, tendencję do samookaleczania się [24]. Charakterystyczne dla niego jest to, iż przerwanie przyjmowania danego środka nie powoduje objawów abstynencji, ale pojawiają się uciążliwe problemy związane ze złym samopoczuciem, które stają się przyczyną ponownego sięgania po środek, by to złe samopoczucie wyeliminować [21].

Uzależnienie społeczne, to różnego rodzaju uzależnienia, które występują w związku z obowiązującą obecnie modą i/lub przynależnością do różnorodnych grup społecznych, a w konsekwencji przystosowaniem swojego zachowania, do zachowania innych członków, respektując panujące tam zasady [24,25]. Z upływem czasu osoba uzależniona jest w stanie zrezygnować z dotychczas wykonywanych aktywności, tracąc role społeczne, jakie do tej pory spełniała, może być nawet zwolniona z pracy, wydalona z uczelni, zaczyna popadać w konflikty z rodziną i z prawem [24,25].

Becelewska [11] dzieli uzależnienia na poszczególne grupy: od środków uzależniających (pochodzenia chemicznego, farmakologicznego), od zaspokajania swoich potrzeb, od wykonywania różnych czynności oraz od zachowania określonych ról społecznych.

Obecnie, za Jędrzejko i Kowalewską [26] coraz więcej lekarzy, socjologów i psychologów zwraca uwagę na nowe zjawiska społeczne, związane z uzależnieniem psychicznym, społecznym, a nie z fizycznym, podkreślając „*słabość i niepełność definicji uzależnienia, które w większości wskazują na uzależnienie od substancji*” i proponują wprowadzenie umownego podziału na uzależnienia chemiczne (alkoholizm, narkomania, nikotynizm, lekomania), uzależnienia od substancji wzmacniających (typu sterydy, dopalacze) i uzależnienia niechemiczne (hazard, seksoholizm, pracoholizm, uzależnienie od jedzenia, uzależnienie od komputera).

Janiszewski [27] pod pojęciem uzależnienie rozumie „*nabytą silną potrzebę wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji*” i podkreśla, iż w minionym stuleciu pojęcie uzależnienia było kojarzone przede wszystkim z oddziaływaniem substancji chemicznych (narkomania, alkoholizm, nikotynizm), które u ludzi mogą wywoływać stany patologiczne. Dopiero w ostatnich latach zaczęto zauważać tzw. „nowe uzależnienia” (*new addictions*), ściśle powiązane ze współczesną cywilizacją oraz rozwojem techniki i różnych wynalazków. W literaturze przedmiotu [27-39] pod ich pojęciem rozumie się wszelkie uzależnienia, w których żadnej roli nie odgrywają substancje chemiczne, a pomimo iż

opisanych i zdefiniowanych jest kilkadziesiąt z nich, to bez przerwy pojawiają się nowe takie, jak np.:

- bigoreksja - uzależnienie od nadmiernej dbałości o tężyznę fizyczną
- fonoholizm, nomofobia - uzależnienie od telefonu komórkowego
- ortoreksja - uzależnienie od zdrowej żywności
- pracoholizm - uzależnienie od pracy
- seksoholizm - uzależnienie od seksu
- sieciholizm - uzależnienie od Internetu i komputera
- tanoreksja - uzależnienie od solarium
- tattooning - uzależnienie od tatuaży
- teloholizm, telemania, telepsychopatologia - uzależnienie od telewizji
- uzależnienie od potrzeby przeżycia ryzyka (w tym szybka jazda samochodem, skoki na bungee, wyścigi samochodowe po górzystych drogach tzw. drifting, czy tzw. dream jumping - skoki marzeń, z wieżowców, na linie, ryzykowny alpinizm i himalaizm, wchodzenie na wysokie budynki bez zabezpieczeń, celowe opóźnianie otwierania spadochronów).
- uzależnienie od hazardu
- uzależnienie od piercingu i innych modyfikacji wyglądu ciała
- uzależnienie od słuchania muzyki
- zakupoholizm - uzależnienie od zakupów

Pawłowska i Potembska [40] podkreślają, iż ostatnio coraz częściej zwraca się uwagę na tzw. uzależnienie technologiczne, wśród których wymienia się uzależnienie od Internetu i telefonu komórkowego i definiuje się go, jako „uzależnienie behawioralne, w którym występuje zależność między człowiekiem a maszyną, przy braku jednoczesnej fizycznej intoksykacji”.

Jaskuła [41] podkreśla, że wiedza na temat zagrożeń od Internetu jest wciąż niewystarczająca, nie ma w tej kwestii jednolitego spojrzenia, a problem uzależnienia nie dotyczy wszystkich użytkowników, gdyż z reguły większość osób korzysta z Internetu w sposób prawidłowy (zgodny ze swoimi zainteresowaniami, własną osobowością, kontrolując czas spędzany w sieci i poza nią).

Chodkiewicz i Stasiński [42] zauważają, iż pierwsze wzmianki dotyczące uzależnienia od komputerów pojawiły się na początku lat 90. XX wieku w Wielkiej Brytanii, a od Internetu zostały zasygnalizowane, w roku 1995 roku, przez amerykańskiego psychiatrę

Ivana Goldberga. W roku 1996 koncepcja takiego zaburzenia (IAD - *Internet Addiction Disorder*) została podana przez psycholog Kimberley Young. Jednakże w opinii Kowalskiego [43] nie skonstruowała ona definicji naukowej uzależnienia od Internetu, ale opisała go „jako zaburzenie kontroli impulsów nie powodujących zatrucia, mające znaczący wpływ na pogorszenie funkcjonowania człowieka w sferach społecznej, zawodowej i psychologicznej”.

Szczególnie narażone na uzależnienie od Internetu są dzieci i młodzież [41], ale Majchrzak i Ogińska-Bulik [44] zauważają, że dotyczy to także osób skłonnych do społecznego izolowania się, preferujących samotność, będących indywidualistami, którzy polegają z reguły tylko na sobie, o wysokich zdolnościach myślenia abstrakcyjnego lub o niskiej samoocenie.

Przyczyny rozwoju zachowań ryzykownych młodzieży

Problemem uzależnień zajmują się różne dyscypliny naukowe (biologia, medycyna, psychologia, filozofia, pedagogika, socjologia), które w specyficzny dla siebie sposób (różne koncepcje) wyjaśniają go, niestety, z reguły skupiając się na roli tylko jednej grupy czynników, a pomijając inne [13,45,46]. Do takich koncepcji należą między innymi, takie jak np. [13,45,46]:

- behawioralne - opierające się na założeniach teorii uczenia się, traktujące toksykomanie, podobnie jak inne formy działalności ludzkiej, jako zachowanie wyuczone.
- humanistyczne - teoria dezintegracji pozytywnej Dąbrowskiego, którego zdaniem „osobowość narkomanów jest zintegrowana na poziomie pierwotnym, a ich życie jest podporządkowane zaspokajaniu głodu narkotycznego, ryzyko uwikłania się w uzależnienia jest związane z niskim poziomem rozwoju osobowości jednostki”
- medyczne - traktujące uzależnienia jako chorobę, której przyczyn dopatrują się we właściwościach zażywanego środka (skład chemiczny, wielkość dawki, wpływ na metabolizm, toksyczność, działanie fizjologiczne i terapeutyczne) i organizmu go przyjmującego (czynniki genetyczne, fizjologiczne i osobowościowe).
- pedagogiczne - uważające, że człowiek uzależniony to „dewiant społeczny” i poszukujące przyczyn uzależnień w nieprawidłowym przebiegu procesu socjalizacji dzieci i młodzieży, w nieprzyswojeniu podstawowych wartości oraz

powszechnych norm społecznych, a czego przyczyną mogą być zaburzenia funkcjonowania środowiska rodzinnego (brak przekazania wzorców społecznie pożądanych)

- psychoanalityczne - czerpiące z koncepcji Freuda, propagujące dwie przyczyny powstawania narkomanii: defekty w strukturze osobowości oraz powrót do niespełnionego okresu rozwoju psychoseksualnego
- socjologiczne - rozpatrujące czynniki dotyczące szerokokorozumianych zjawisk społecznych i kulturowych (o charakterze makrospołecznym). Przyjmowanie środków psychoaktywnych tłumaczy jako odpowiedź jednostki na presję, która wynika z przemian społecznych, a na które się ona nie godzi, np. w protestu przeciwko panującemu porządkowi społecznemu (np. hipisi).

Na przestrzeni dziesięcioleci, za Dzielska i Kowalewska [47] pojawiały się liczne teorie naukowe, które skupiały się na biologicznych, psychicznych, kulturowo-społecznych i ekonomicznych uwarunkowaniach zachowań człowieka i w związku z tym uległo zmianie postrzeganie źródeł zachowań powszechnie nieakceptowanych w społeczeństwie [47]. Koncepcje te wywodzą się od kręgu teorii poznawczych Alberta Bandury oraz koncepcji Iceka Ajzena i Martina Fishbeina, poprzez ujęcie interakcyjne Jessorow, do koncepcji biologicznych (np. teorii Marvinna Zuckermana), teorii społecznych (np. koncepcja Ann Caroll), czy też koncepcji socjologicznych (np. teoria Roberta K. Mertona) [8].

Koncepcja Alberta Bandury z roku 1977, za Gaś [48], opiera się na teorii społecznego uczenia się, zakładającej, iż proces uczenia się zachowań, także tych z kręgu ryzyka, zachodzi na podstawie procesu „modelowania”, wskutek obserwacji oraz uczenia się, poprzez działania podejmowane przez innych ludzi, pełniących w danym momencie rolę „modela”, a także jako konsekwencje tychże działań. Istotne jest to, że proces nabywania nowych zachowań ma charakter niewymuszony i jest ściśle związany z atrakcyjnością modelu [48].

Kozielski [49] zauważa, iż w procesie uczenia się kluczową rolę pełnią wzmocnienia pozytywne i negatywne. Fakt ten ma istotne znaczenie w wyjaśnianiu występowania zachowań ryzykownych zwłaszcza u osób młodych, ponieważ w tym okresie jest najbardziej wyrażona potrzeba poszukiwania atrakcyjnych modeli (wzorców) zachowań, nie zawsze mających charakter pozytywny [50].

Termin „zachowania ryzykowne”, w pierwotnej formie określane jako „zachowanie problemowe”, został wprowadzony do literatury przez twórców teorii zachowań problemowych - Richarda i Shirley Jessor [51]. Pojęcie to można uznać, jako

antagonistyczne w stosunku do terminu „zachowania konwencjonalne”, które nastawione są na podtrzymywanie w społeczeństwie tradycyjnych norm i wartości. Ich zdaniem na skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych składa się wypadkowa czynników psychospołecznych oddziałujących na system osobowości, system spostrzeganego otoczenia i system zachowania. Z kolei wzajemne relacje pomiędzy czynnikami chroniącymi a czynnikami ryzyka oddziałującymi na różne systemy funkcjonowania młodego człowieka, mogą mieć wpływ na zaangażowanie i podejmowanie przez młodzież zachowań konwencjonalnych lub ryzykownych dla zdrowia [51].

W późniejszym okresie w obszarze terminologii sformułowanej przez Richarda i Shirley Jessor, znalazły się także zachowania zagrażające zdrowiu i prawidłowemu rozwojowi dorastającej młodzieży, co ostatecznie w 1998 roku doprowadziło do zastąpienia terminu „zachowania problemowe” terminem „zachowania ryzykowne” [8].

Według Gasia [48], zachowania ryzykowne są działaniami instrumentalnymi, skierowanymi na realizację potrzeby, a co zostało zablokowane lub niemożliwe do zrealizowania w innej formie. Stanowią one swoistą formę opozycji względem autorytetów w postaci osób dorosłych, redukują lęk, frustrację i obawy związane z oczekiwaniami rodziców oraz niepowodzeniami w edukacji, są także sposobem na okazanie jedności z rówieśnikami (umożliwiają udział w grupie, pozwalają na identyfikację z nią), umożliwiają demonstrację sobie i otoczeniu ważnych atrybutów własnej tożsamości oraz ułatwiają uzyskanie pozornie wyższego etapu rozwoju [48].

Teoria uzasadnionego działania Ajzena i Fishbeina, z 1980 roku zwraca uwagę na procesy poznawcze, które poprzedzają ludzkie działanie [52,53]. Zgodnie z tym założeniem, każde ludzkie zachowanie jest poprzedzone intencją zrobienia czegoś ze świadomym zamiarem, a decyzja o podjęciu/zaniechaniu danej czynności bazuje na: informacjach mówiących o potencjalnych skutkach działania, indywidualnej postawie wobec danego zachowania, na spostrzeganiu norm społecznych dotyczących danego zachowania oraz na spostrzeganej kontroli behawioralnej tego zachowania [52,53].

Z kolei Zuckerman [cyt. za 54], w swojej książce *„Teoria poszukiwania wrażeń”*, umiejscawia zachowanie ryzykowne w kategoriach poszukiwania wrażeń, określając je jako *„[...] cechę określoną przez poszukiwanie różnorodnych, nowych, złożonych i intensywnych doznań i doświadczeń oraz gotowość do podejmowania fizycznego, społecznego, prawnego i finansowego ryzyka w celu dostarczenia sobie tych doświadczeń”*.

W literaturze przedmiotu [52,55,56] wśród czynników ryzyka zachowań problemowych wymienia się czynniki:

- rodzinne (gorsza opieka nad dzieckiem, nieprawidłowe wzorce dla dziecka, niski status społeczno-ekonomiczny rodziny, przyzwolenie rodziców na przyjmowanie przez dzieci substancji psychoaktywnych, nieprawidłowa realizacja ról rodzicielskich)
- środowiskowe (dostępność substancji psychoaktywnych, wzorce zachowań społecznych, przestępczość, przemoc, nieprzestrzeganie prawa, ubóstwo, dezorganizacja życia społecznego, brak pracy, brak możliwości spędzania czasu wolnego w sposób atrakcyjny)
- związane z cechami jednostki i jej wcześniejszymi doświadczeniami.
- związane z grupą rówieśniczą (przyjmowanie substancji psychoaktywnych i podejmowanie innych zachowań problemowych przez rówieśników, akceptacja przyjmowania substancji psychoaktywnych przez rówieśników, chęć przynależności do grupy)
- związane ze środowiskiem szkolnym (konflikty z nauczycielami i innymi uczniami, trudności w nauce, odczuwanie osamotnienia, doświadczanie przemocy fizycznej i psychicznej w szkole, duże wymagania, brak jasnych przepisów dotyczących podejmowania zachowań ryzykownych przez młodzież, brak konsekwencji wynikających z nieprzestrzegania tych przepisów)

Zachowania ryzykowne nie są skierowane na sam cel, tylko na jego przebieg, a konkretnie na dostarczenie przyjemnego pobudzenia wywołanego samą ryzykowną czynnością. Zuckerman [cyt. za 54] spośród zachowań ryzykownych wymienia m.in. takie czynności, jak: aktywność seksualna podejmowana bez żadnego zabezpieczenia z przypadkowymi partnerami, niebezpieczna i szybka jazda samochodem, prowadzenie pojazdów po zażyciu substancji psychoaktywnych, uprawianie hazardu, zażywanie narkotyków, nadużywanie alkoholu.

Innym przykładem koncepcji wyjaśniających podejmowanie zachowań ryzykownych jest model bio-psycho-społeczny, obejmujący dwa obszary badań, które niegdyś uznawane były za oddzielne, takie jak: związek rozwoju biologicznego z procesami poznawczymi oraz wpływem ich na dojrzałość w relacjach psychospołecznych w okresie dojrzewania, a także związek podejmowania zachowań ryzykownych z ich psychospołecznymi korelatami [57]. Dojrzewanie biologiczne oraz wiek, w jakim występuje wpływa na cztery obszary funkcjonowania społecznego, takie jak: poznanie, postrzeganie siebie, postrzeganie środowiska społecznego i wartości osobiste. Zgodnie z tym modelem czynniki biologiczne, psychologiczne, społeczne i środowiskowe wraz z postrzeganiem ryzyka oraz

charakterystyką grupy rówieśniczej mogą wpływać na podejmowanie zachowań ryzykownych przez młodzież [57].

Czynnikami biologicznymi predestynującymi do podjęcia ryzyka są: czas dojrzewania płciowego, wpływ gospodarki hormonalnej, predyspozycje genetyczne, płć męska [57]. Czynniki psychologiczne to poczucie własnej wartości (niska samoocena), tendencja do poszukiwania wrażeń (*sensation seeking*), stany poznawcze (np. uwaga, spostrzeganie) i emocje (afektywne) [57]. Wpływy społeczne zaś, to dominująca rola grupy rówieśniczej, rodziny i szkoły, błędy wychowawcze rodziców i modelowanie przez nich samych ryzykownych zachowań, zachowania rówieśników oraz status socjoekonomiczny [57].

Podatność na ryzykowne zachowania może być dodatkowo potęgowana przez trudne sytuacje w rodzinie, zmianę etapów edukacyjnych, używanie substancji psychoaktywnych i podejmowanie przez rówieśników zachowań ryzykownych [57].

W ostatnich latach popularna stała się również koncepcja *resilience*, w której skupiono się na czynnikach chroniących młodych ludzi przed zachowaniami ryzykownymi, przy jednoczesnym występowaniu w ich życiu licznych czynników ryzyka [58-61].

Ostaszewski wraz z współpracownikami [62] zdefiniował czynniki ryzyka, jako: „*właściwości indywidualne, cechy środowiska społecznego i efekty ich interakcji, które wiążą się ze zwiększonym ryzykiem powstania nieprawidłowości, zaburzeń, chorób lub przedwczesnej śmierci*”.

Habrat [63] wyróżnia następujące modele używania narkotyków:

- eksperymentalne – którego motywem jest zazwyczaj zaspokojenie ciekawości, zażycie sporadyczne, chęć zaimponowania, przy czym często może nie dojść do ponownego zażycia narkotyków z powodu uciążliwych objawów lub też zażywający sięga do innej grupy narkotyków
- okazjonalne – intencjonalny, celowy sposób przyjmowania narkotyków, z powtarzalnością zachowań, częstym sięganiem po różne substancje, z towarzyszącymi powyższemu pozytywnymi emocjami i doznaniem zachęcającymi do dalszego zażywania, przy czym ryzyko wystąpienia szkód może być już znaczące
- rekreacyjne – szczególna forma używania okazjonalnego, związana z używaniem narkotyków mniej lub bardziej regularne, z reguły w weekend, celem odprężenia lub przyjemności

- funkcjonalne – związane z zażywaniem w celu zwiększenia efektów nauki i pracy (np. podczas sesji przez studentów, przez osoby z show biznesu), jednakże przykre objawy, jakie pojawiają się po zaprzestaniu działania substancji mogą powodować dalsze ich zażywania i doprowadzić do uzależnienia
- celem samoleczenia – zażywanie narkotyków do radzenia sobie z problemami psychopatologicznymi (lęk, depresja, zaburzenia snu), co bardzo szybko może doprowadzić do uzależnienia
- uzależnienie – wynika z upośledzenia kontrolowania zachowań związanych z przyjmowaniem narkotyków i wymaga gruntownego leczenia medycznego oraz psychoterapeutycznego.

Zdaniem Ostaszewskiego [52,55], osoby podejmujące zachowania ryzykowne, w porównaniu do osób ich nie podejmujących, częściej charakteryzują się: niedostosowaniem społecznym, niskim poczuciem własnej wartości i samoskuteczności, brakiem umiejętności przeciwstawiania się presji grupy oraz rozwiązywania problemów. Występuje u nich również znaczne zapotrzebowanie na stymulację, chęć doświadczenia wysokiego poziomu stresu i przekonanie o pozytywnym wpływie substancji psychoaktywnych na funkcjonowanie człowieka. Takie osoby znacznie częściej doświadczały w swoim życiu przemocy fizycznej lub seksualnej bądź jakiegoś traumatycznego zdarzenia (np. utrata bliskiej osoby) [52,55,56].

Drażek i Drażek [57], powołując się na Kotańskiego, wymieniają takie powody uzależnienia, jak:

- bezwzględna pogoń za sukcesem („wyścig szczurów”) i w konsekwencji marginalizacja słabszych jednostek
- funkcjonowanie w ciągłym stresie
- rozwój pogardy społecznej w stosunku do osób słabszych
- brak przestrzegania jakichkolwiek norm moralnych przez większość społeczeństwa
- zbyt mała ilość odpowiednich wzorców/przykładów dla młodzieży
- mała wrażliwość na dobro innych
- ograniczona miłość do drugiego człowieka.

W tym miejscu warto podkreślić, że szczególnie niebezpieczne jest spożywanie alkoholu przez najmłodszych, którzy jeszcze nie uzyskali pełnoletniości, co wiąże się z ogromnym ryzykiem uzależnienia się. Spożywanie alkoholu przez młodzież, która nie osiągnęła jeszcze pełnoletniości, określane jest za Jarczyńską [58] jako tzw. „picie za wcześnie” (nadużywanie alkoholu). Odmianą powyższego jest tzw. picie w zbyt dużych

ilościach, które zaburzają zachowanie i świadomość człowieka, przy czym nie jest sprecyzowane jaka to jest ilość, ponieważ jest to uzależnione od organizmu nastolatka i płci [58]. Jeszcze inną odmianą nadużywania alkoholu jest picie w nieodpowiednich okolicznościach, czyli picie alkoholu przed prowadzeniem samochodu, w okresie ciąży, w trakcie zażywania leków [58].

Pstrąg [46], podaje, że Schievlebein analizujący przyczyny sięgania po nikotynę i ich związek z rozwojem uzależnienia, wyróżnił kilka grup motywów powyższego zachowania, zaliczając tu czynniki natury :

- biologicznej – wiążące się z indywidualną podatnością na uzależnienia oraz reakcją na daną substancję psychoaktywną
- psychologicznej - nawyki, upodobania, potrzeby, zaspokajane poprzez palenie papierosów
- sensorycznej - upodobania i właściwości przyczyniające się do odczuwania przyjemności z palenia
- socjologicznej - wpływ innych osób, reklam, zwyczajów związanych z paleniem nikotyny.
- somatycznej – pojawiające się odruchy warunkowe związane z motoryką palenia

Bętkowska-Korpała [66] jest przekonana, że młodzi ludzie sięgają po papierosy kierowani ciekawością, chęcią zdobycia nowego doświadczenia, zaprezentowania swojej dorosłości, chęcią zwrócenia uwagi innych, zaimponowania w towarzystwie, podniesieniem własnej wartości, uzyskaniem przyjemności, pod wpływem reklamy, uważając palenie za ucieczkę od problemów rodzinnych, nudy, czy też wykluczenia z grupy rówieśniczej.

Obserwując i badając osoby używające tytoniu stworzono kilka typologii palaczy i np. Hutchin [cyt. za 60] proponuje podział na palaczy:

- mimo woli - sięgający po papierosa w celu zapewnienia sobie automatycznej czynności w czasie wypoczynku (podczas oglądania telewizji, czytania itp.), odczuwający przyjemność z trzymania czegoś w ustach, niestety szybko uzależniają się od nikotyny i nie potrafiący obejść się przez dłuższy czas bez papierosa
- psychologicznych - sięgających po papierosy ze względu na poczucie niższości, u których palenie wpływa pozytywnie na ich samopoczucie, powoduje zwiększenie pewności siebie, demonstrujących w ten sposób siłę charakteru (młodszy) lub energię w załatwianiu spraw służbowych (starsi)

- traktujący palenie jako środek pobudzający - zwiększający efektywność myślenia i działania
- traktujący papierosa, jako środek uspokajający, relaksujący, wyciszający
- ze skłonnościami neurotycznymi - nie potrafiący przerwać palenia ze względu na problemy emocjonalne i/lub na słabą wolę.

Z kolei Dahlke i Dahlke [61] wyróżnili dwanaście typów palaczy:

- agresywny – zaspokajający paleniem potrzebę aktywności, rozładowujący tym wewnętrzne napięcie, ukrywający za pomocą palenia frustrację spowodowaną własną słabością
- człowiek światowy – w paleniu, głównie papierosów importowanych z różnych stron świata, szuka przyjemności i chce zaimponować innym
- demonstracyjny – wykorzystujący palenie do pokazania przewagi nad innymi (cygaro, drogie marki)
- ekskluzywny – paląc podkreśla swoją wyrafinowaną estetykę (papierosy świadczą o jego klasie, elegancji)
- ekstremalny – paląc mocne papierosy demonstruje negatywny stosunek do otoczenia, samego siebie,
- infantylny – mający ogromną potrzebę bezpieczeństwa, niepewny, nieśmiały, podatny na wpływy innych
- komunikacyjny – lubiący kontrolować swoje otoczenie, to co się dzieje dookoła, nawiązujący dużo powierzchownych kontaktów, nawet z osobami nieznanymi, papieros jest traktowany jako rekwizyt (częstowanie papierosem, wspólne palenie)
- lękliwy – perfekjoniści, przeżywający strach przed nieprzewidywalnymi zdarzeniami, przeżywający stres i zwalczający to za pomocą papierosów, często nie afiszują się z nałogiem, palą w samotności, wstydzą się tego (palenie to oznaka słabości)
- marzycielski – papieros to element pozwalający mu oderwać się od szarej rzeczywistości
- poszukiwacz wolności – palenie traktuje jako synonim wolności, buntu, wyswobodzenie się, np. spod władzy rodziców,
- sybaryty – papieros, który wypala wolno daje mu przyjemność, poczucie stabilności i bezpieczeństwa, traktuje to jako rytuał

- wyczynowiec – potrafi wyznaczyć sobie godziny palenia oraz ilość palonych papierosów, bardzo poważnie podchodzi do swoich obowiązków, stawia sobie wiele wymagań i dąży do doskonałości

Juczyński [62] uważa, iż uwarunkowania narkomanii (ale także i innych uzależnień) można postrzegać w trzech różnych płaszczyznach, zazębiających się ze sobą, czyli psychologicznej (indywidualne predyspozycje jednostki), kulturowej (uwarunkowane regionem geograficznym miejsca zamieszkania, panujące tam zwyczaje i obowiązujący systemem wartości) i społecznej (procesy kształtowania się więzi społecznych, transformacji, konflikty pokoleń).

Zajączkowski [63] za najczęstsze przyczyny sięgania po narkotyki uważa niedojrzałą osobowość, nudę, przeżywane trudności, chęć wyluzowania się, modę, zaspokojenie ciekawości, wywieranie presji ze strony przyjaciół oraz wpływ grupy rówieśniczej.

Z kolei w opinii Chodkiewicza i Stasińskiego [42], aby dobrze zaistnieć w towarzystwie, „być na czasie”, niezbędne jest zagłądanie do sieci i zaistnienie na społecznościowych portalach. Niestety, o ile się już „wejdzie do Internetu”, to niezmiernie trudno z niego wyjść. Przyczyn powyższego jest wiele, np. konieczność sprawdzania co dzieje się u znajomych, jaka jest/będzie pogoda, chęć pochwalenia się zdjęciami, czy sprawdzenia co dzieje się w świecie, kraju, mieście itp. W związku z tym coraz częściej mówi się o uzależnieniach od Internetu, komputerów i cyberprzestrzeni [42].

W literaturze przedmiotu [42,44,64,65] porównuje się korzystanie z Internetu od zdrowego, prawidłowego korzystania z sieci, do patologicznego, uzależnienia, którego proces ma kilka faz:

- zaangażowanie - dana forma aktywności powoduje ogromne zainteresowanie korzystających z niej
- zastępowanie - stopniowo dochodzi do nadmiernego zaabsorbowania siecią oraz myślenia o niej w świecie rzeczywistym
- ucieczka - dochodzi do ograniczenia innych form działania
- desperacja - dochodzi do rezygnacji z innych form działania.

Young [cyt. za 65] wyróżnia pięć grup uzależnionych od Internetu:

- erotomani Internetowi, którzy szukają materiałów pornograficznych i poruszają tematykę seksualną na forach internetowych
- przeładowani informacją, którzy otwierają kilka stron naraz, ponieważ chcą być na bieżąco w różnych kwestiach

- socjomani Internetowi, którzy są uzależni przez sieć od różnych kontaktów
- uzależnieni od komputera, którzy spędzają cały czas przy komputerze
- uzależnieni od sieci, którzy przejawiają obsesję śledzenia wszystkiego, co się dzieje w sieci.

Suler [cyt. za 42] wyróżnia poniższe typologie uzależnienia od Internetu i osób uzależnionych od niego:

- niespołeczne – sięganie do Internetu celem uzyskania potrzebnych informacji, zaspokojenia swojej ciekawości, wykorzystywania go do wykonywania swojej pracy, niewykorzystywanie możliwości kontaktów i komunikacji z innymi ludźmi
- społeczne – wykorzystywanie usług związanych z komunikacją (emaile, bramki sms, chaty, komunikatory, portale społecznościowe).

Pawłowska i Potembska [40,66], podkreślają, że uzależnienie od Internetu, to stosunkowo nowy problemem, ciągle jeszcze mało omawiany, ale wzorując się na kryteriach diagnostycznych uzależnień od substancji psychoaktywnych, stworzono kryteria diagnostyczne uzależnienia od telefonu komórkowego i zasugerowano, aby o takim uzależnieniu myśleć w przypadku, gdy w przeciągu 12. miesięcy wystąpi co najmniej pięć z poniższych objawów:

- silne pragnienie korzystania z telefonu komórkowego, prowadzenia rozmów, wysyłania SMS, co wyraża się stałym myśleniem o wymienionych czynnościach
- potrzeba zwiększania częstotliwości i czasu rozmów telefonicznych oraz zwiększania liczby i częstości wysyłania SMS-ów
- powtarzające się nieskuteczne próby zaprzestania lub ograniczenia liczby rozmów oraz wysyłanych wiadomości SMS,
- występowanie objawów abstynencyjnych, takich jak: niepokój, lęk, depresja, podczas prób zaprzestania lub redukcji liczby i czasu rozmów przez komórkę oraz liczby wysyłanych SMS-ów;
- prowadzenie dłuższych rozmów i wysyłanie większej liczby SMS-ów, niż się uprzednio planowało,
- problemy finansowe, zawodowe, rodzinne i społeczne spowodowane korzystaniem z telefonu komórkowego,
- okłamywanie rodziny i znajomych w celu ukrycia kosztów oraz czasu poświęcanego na rozmowy telefoniczne i wysyłanie SMS-ów;

- używanie telefonu komórkowego jako ucieczki przed prawdziwymi problemami lub w celu poprawienia złego samopoczucia (osamotnienia, niepokoju, depresji, winy).

W literaturze przedmiotu [52,55,56], za czynniki chroniące przed podejmowaniem zachowań ryzykownych uważa się zasoby indywidualne jednostki oraz cechy środowiska, które redukują/kompensują wpływ czynników ryzyka, przyczyniając się do zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia zachowań problemowych i/lub zminimalizowania stopnia ich nasilenia. To dzięki nim zwiększa się odporność na działanie czynników ryzyka oraz wyzwala się motywacja i siła do pokonywania przeciwności losu w sposób sprzyjający rozwojowi osobowości. Im więcej zasobów ma dana osoba, tym większa jest u niej możliwość prawidłowego rozwoju. [52,55,56].

Piśmiennictwo

1. Eichelberger W.: Krótko Mówiąc, Wyd. Drzewo Babel, Warszawa, 2015.
2. Gniazdowski A.: Zachowania prozdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 1990.
3. Lalonde M.: A new perspective on the health of Canadians. A working document, Minister of Supply and Services, Kanada, 1981.
4. Woynarowska B. (red.): Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki, PWN, Warszawa, 2007.
5. Sęk H.: Zdrowie behawioralne [w:] Psychologiczny kontekst problemów społecznych, J. Strelau (red.), Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań, 2000, 533–553.
6. Mazur J., Tabak I., Malkowska-Szkutnik A. i wsp.: Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem, zachowań ryzykownych. Raport z badań HBSC 2006, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 2008.
7. Obuchowska I.: Drogi dorastania, psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców. Autodestrukcyjne zachowania młodzieży, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 1996, 170–206.
8. Siudem A.: Zachowania ryzykowne młodzieży gimnazjalnej, Psychologia Rozwojowa, 2013, 18, 1, 69–85.
9. Staniaszek M.: Substancje uzależniające i typy uzależnień [w:] Farmakoterapia w stanach uzależnień, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Warszawa, 1987, 26.

10. Drabik L., Sobol E.: Słownik języka polskiego, t. 2, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2007, 687.
11. Becelewska D: Hobby, przyzwyczajenie czy uzależnienie? Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze, 2000, 3, 42-48.
12. Goodman A.: Addiction: definition and implications, Br. J. Addict., 1990, 1403-1408.
13. Jędrzejko M., Kowalewska A.: Uzależnienia – wybrane pojęcia i definicje [w:] Współczesne teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych, Jędrzejko M. (red.), Pułtusk, Warszawa, 2009, 45.
14. Howell E. F.: In Memoriam: Vincent P. Dole ASAM News, ASAM, 2006, 21, 31.
15. Zajączkowski K.: Uzależnienia od substancji psychoaktywnych, Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 2003.
16. Seweryn J.: Uzależnienie od nowych mediów, 2008, 7-10, http://pdf.helion.pl/e_03do/e_03do.pdf, www.e-bookowo.pl, data pobrania 20.02.2016.
17. Kiełbasa B.: Profilaktyka uzależnień. Narkotyki, alkohol, leki, sterydy. Dla pedagogów i terapeutów, Sosnowiec, 2007.
18. Dz.U. 2005 nr 179 poz. 1485, Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20051791485>, data pobrania 22.02.2016.
19. Dz. U. 2015 poz. 875. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20150000875>, data pobrania 22.02.2016.
20. Maisto S.A., Galizio M., Connors G.J.: Narkotyki: zażywanie i nadużywanie, Czajzer W., Kowal G., Zwierzchlewska J. (tł.), Katolicka Fundacja Pomocy Osobom Uzależnionym i Dzieciom "Karan", Warszawa, 2000.
21. Nowak A., Wysocka E.: Problemy i zagrożenia społeczne we współczesnym świecie. Elementy patologii społecznej i kryminologii, Katowice, 2001, 62, 65-66.
22. Ostrowska Z.: Przepisy prawne oraz wykaz substancji stosowanych jako środki odurzające [w:] Narkomania znakiem czasu, Dąbrowski R. Ł (red.), Wyd. Znaki Czasu, Warszawa, 1983, 89-90.
23. Górski S., Uwaga rodzice – narkomania, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa, 1985.
24. Carnes P.: Od nałogu do miłości : jak wyzwolić się z uzależnienia od seksu i odnaleźć prawdziwe uczucie, Media Rodzina, Poznań, 2001.

25. Kałdon B.: Predyspozycje nastolatków do alkoholizmu, *Probl. Alkohol.*, 2006, 1, 6.
26. Jędrzejko M., Neroj A., Wojciszek K.A., i wsp.: Teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych, [w:] *Współczesne teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych*, Jędrzejko M. (red.), Pułtusk, Warszawa, 2009, 59-09.
27. Janiszewski Wł.: Stare i nowe uzależnienia - podobieństwa i różnice, *Probl. Narkom.*, 2009, 1, 66-84.
28. Griffiths M.: Gry i hazard: uzależnienia dzieci w okresie dorastania, *Gdańskie Wyd. Psychologiczne*, Gdańsk, 2004.
29. Hornowska E., Paluchowski W.J.: Praca - skrywana obsesja: wyniki badań nad zjawiskiem pracoholizmu, *Bogucki Wyd. Naukowe*, Poznań, 2007.
30. Jarczyńska J.: Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe u młodzieży, *Teoria, diagnoza, profilaktyka, terapia*, Wyd. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2014.
31. Kaliszewska K.: Nadmierne używanie Internetu: charakterystyka psychologiczna, *Wyd. Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza*, Poznań, 2007.
32. Klimek M.: Tatuże i piercing w środowisku szkolnym i rodzinie [w:] *Aktualne przejawy patologii i dewiacji społecznej: wybrane konteksty*, Walencik M. (red.) Akapit, Toruń, 2009, 71-81.
33. Kołłątaj B., Szakuła J., Kołłątaj W., i wsp.: Problem uzależnienia od Internetu wśród uczniów szkół ponadpodstawowych w Lublinie, *J. Health Sci.*, 2013, 3, 191-224.
34. Mącik D.: Między przyjemnością a uzależnieniem. Psychologia zakupów nieplanowanych, *Wyd. Naukowe Grado*, Toruń, 2008.
35. Pawlak G.: Piercing formą autoagresji, *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 2006, 9, 52-59.
36. Płachcińska G. Nie tylko od alkoholu, *Świat Problemów*, 2006, 10, 6-10.
37. Stachowicz J. : Komórka – gadżet tożsamości, *Dialog*, 2009, 7/8, 60-64.
38. Woronowicz B.T.: Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu, *Instytut Psychiatrii i Neurologii*, Warszawa, 2001.
39. Woronowicz B.T.: Uzależnienia: geneza, terapia, powrót do zdrowia, *Media Rodzina*, Warszawa, 2009.
40. Pawłowska B., Potemska E.: Uzależnienie od telefonu komórkowego u gimnazjalistów zagrożonych uzależnieniem od Internetu, *Fam. Med. Prim. Care Rev.*, 2010, 12, 803-804.

41. Jaskuła S.: Internet jak narkotyk, *Świat Problemów*, 2008, 12, 12-14.
42. Chodkiewicz J., Stasiński P.: Uzależnienie od Internetu – problem wirtualny, *Świat Problemów*, 2005, 6-7, 45, 47.
43. Kowalski R.: Uzależnienie od Internetu – prawda, poszlaka czy fikcja? *Wychowanie na co Dzień*, 2005, 9, 5.
44. Majchrzak P., Ogińska-Bulik N.: Uzależnienie od Internetu, Wyd. WSHE, Łódź, 2010.
45. Ramsey A.T.: Zależność od opiatów [w:] *Biologiczne podstawy zaburzeń psychicznych*, Frazer A., Winokur A. (red.), PZWL, Warszawa, 1982, 210-211.
46. Pstrąg D.: Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień, Rzeszów, 2000, 49-51, 63-64, 53.
47. Dzielska A., Kowalewska A.: Zachowania ryzykowne młodzieży – współczesne podejście do problemu, *Studia BAS*, 2014, 2, 38, 139–168.
48. Gaś Z.B.: *Pomoc psychologiczna młodzieży*, Wyd. WSiP, Warszawa, 1995.
49. Kozielecki J.: *Koncepcje psychologiczne człowieka*, Wyd. „Żak”, Warszawa, 1995.
50. Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., i wsp.: *Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zakład Zdrowia Publicznego, Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”, Warszawa, 2013.
51. Jessor R., Turbin M.S., Costa F.M.: Protective factors in adolescent health behavior, *J. Pers. Soc. Psychol.*, 1998, 75, 3, 923–933.
52. Okulicz-Kozaryn K.: Pozytywne oczekiwania wobec picia alkoholu a konsumpcja alkoholu przez młodzież, *AiN*, 1999, 1/34, 23–41.
53. Ostaszewski K.: *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa, 2005.
54. Zalaśkiewicz T.: Ryzyko jako konieczność i ryzyko jako przyjemność. Teoria i jej empiryczna weryfikacja [w:] *Psychologia zachowań ryzykownych. Koncepcje, badania, praktyka*, Studenski R., Goszczyńska M. (red.), Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa, 2006, 19-44.
55. Ostaszewski K.: Pozytywna profilaktyka, *Świat Problemów*, 2006, 3, 6–10.
56. Kowalewska A., Bedyńska S.: Wagarowanie. Postrzeganie osiągnięć i wymagań szkolnych a podejmowanie zachowań ryzykownych przez dziewczęta 18- letnie w Polsce [w:] *Człowiek w wielkiej sieci*, t.1, D. Sarzała, M. Walancik (red.), Szkoła

Główna Gospodarstwa Wiejskiego, Mazowieckie Centrum Profilaktyki Uzależnień, Warszawa, 2011, 401–409.

57. Drążek A., Drążek E.: Co warto wiedzieć o narkomanii i terapiach przeciwdziałających temu uzależnieniu [w:] Patologie naszych czasów. Rozważania i opinie pokolenia młodych o istocie zjawisk, rodzajach i zapobieganiu zachowań dewiacyjnych, Drążek A., Drążek E. (red.), Białystok, 2007, 85.
58. Jarczyńska J.: Picie alkoholu przez młodzież w okresie dorastania a wybrane czynniki w środowisku rodzinnym, Wydawnictwo Parpamedia, Warszawa, 2009, 57-59, 15.
59. Bętkowska-Korpała B.: Palenie tytoniu jako problem kliniczny [w:] Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne, Bętkowska-Korpała B. (red.), Warszawa, 2009, 90-93.
60. Horoszko-Szmyd B.: Osobowościowe uwarunkowania uzależnień, [w:] Palenie tytoniu: wolność czy zniewolenie?, Cekiera Cz., Zatoński W. (red), Lublin, 2001, 120.
61. Dahlke M, Dahlke R.: Psychologia błękitnego dymka, Łyżnik D. (tł.), Warszawa, 1993, 57-86.
62. Juczyński Z.: Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców, PZWL, Warszawa, 2008.
63. Zajączkowski K.: Nikotyna, alkohol, narkotyki. Profilaktyka uzależnień, Krótki poradnik psychologiczny, Rubikon, Kraków, 2001.
64. Pospiszyl I.: Patologie społeczne, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2008.
65. Laszczak M.: Raj.com, Charaktery, 2006, 3, 24-27.
66. Potembska E., Pawłowska B.: Właściwości psychometryczne Kwestionariusza do Badania Uzależnienia od Telefonu Komórkowego (KBUTK). Bad. Schizofr., 2009, 10, 322-329.

Wybrane konsekwencje zachowań ryzykownych

Kułał-Bejda Agnieszka¹, Waszkiewicz Napoleon¹, Bejda Grzegorz²

1. Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

*Złe przyzwyczajenia są jedynymi przyzwyczajeniami,
których ludzie nie potrafią się wyrzec bezboleśnie.*

John Galsworthy [74]

Wielu autorów [1,2] potwierdza, że tendencja do zachowań ryzykownych jest modyfikowana przez cechy osobowości, takie jak np. ugodowość, otwartość na doświadczenia, neurotyczność czy ekstrawersja.

W roku 1937 Allport [cyt. za 3] zdefiniował pojęcie osobowości, jako „*dynamiczną organizację wewnątrz jednostki tych psychofizycznych systemów, które determinują unikalne przystosowanie do środowiska*” i te cechy uważane są jako realne, niezmiennie, biologicznie zdeterminowane i uniwersalne oraz w co najmniej 40% wrodzone i dziedziczne. Nie wyklucza się jednak wpływu doświadczeń życiowych na strukturę cech osobowości, o czym pośrednio może świadczyć fakt, że im osoba jest starsza, tym mają na nią mniejszy wpływ wydarzenia życiowe lub gdy im młodszy jest organizm, tym wydarzenia życiowe (głównie traumatyczne) silniej ingerują w strukturę konkretnych cech osobowości. Jednocześnie wykazano stopniowe zmiany w nasileniu poszczególnych cech w ciągu życia człowieka: z wiekiem następuje zwiększenie się poziomu ugodowości, sumienności, a osłabienie poziomu ekstrawersji, neurotyczności i otwartości [3].

Powstanie uzależnienia jest związane z nieprawidłową pracą układów [4,5,6]:

- nagrody - oceniający oraz pozwalający odczuwać nagrody i kary za odpowiednie działania, zaangażowany w takie zasadnicze zachowania, jak pobieranie wody, pokarmu, agresja, aktywność seksualna itp.
- pobudzenia - składa się z podsystemów pobudzenia ogólnego (regulującego pobudliwość ośrodkowego układu nerwowego), pobudzenia ukierunkowanego (mającego związek z motywacją i emocjami) oraz regulującego pobudzenia obwodowe (wpływ układu nerwowego na ciało)

- poznawczego

Powyższe układy wykazują pomiędzy sobą ścisłe zależności oraz uczestniczą w wytwarzaniu uzależnienia i zachowań mających na celu zdobycie środka uzależniającego [4].

U dzieci, za Słowik-Gabryelska [7] wyróżnia się cztery okresy rozwoju uzależnienia: inkubacji, inicjacji, adaptacji i degradacji.

Dimoff i Carper, za Pstrąg [8], wyodrębnili cztery fazy używania środków toksycznych, które są jednocześnie stadiami tworzącego się uzależnienia:

- poznanie stanu odurzenia (czas eksperymentowania lub towarzyskiego używania substancji)
- stan odurzenia przyjemnością (zażywający odnosi wrażenie korzystnego wpływu substancji na organizm)
- stan odurzenia celem nadrzędnym (całkowita utrata kontroli nad zażywaniem substancji)
- stan odurzenia normą (uwarunkowanie „normalnego”, według zażywającego, funkcjonowania zażywaniem substancji).

Kazdin [9] uważa, że oprócz powszechnie znanych eksperymentów z nikotyną, alkoholem i narkotykami, do spektrum zachowań ryzykownych młodzieży należy zaliczyć także te związane z przyjmowaniem innych środków psychoaktywnych, takich jak: leki uspokajające i nasenne, środki wziewne, sterydy anaboliczne, dopalacze i różnego rodzaju połączenia leków lub narkotyków z alkoholem. Występują z nimi także inne negatywne zachowania, takie jak np.: porzucanie i zaniedbywanie nauki szkolnej; przedwczesna aktywność seksualna i łączącym się z tym zagrożeniem przenoszenia drogą płciową chorób i „nastoletnich cięż”, z agresywnym zachowaniem wobec siebie i otoczenia, z ucieczkami ze szkoły oraz z domu, z zatargami z policją [9].

W literaturze przedmiotu [9,10,11] zwraca się uwagę na fakt, iż zachowania ryzykowne najczęściej występują podwójnie, tzn. wystąpienie jednego zachowania ryzykownego powoduje zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia innego. Zaznaczona jest również skłonność do zastępowania jednych zachowań innymi w czasie, gdy któreś nie jest aktualnie możliwe [9,10,11].

Uważa się również, za Poczek i Olszowy [12], że problemy nikotynizmu, nadużywania alkoholu oraz stosowania narkotyków należy rozpatrywać wspólnie, ponieważ określona sekwencja używania tych substancji powoduje, że papierosy i alkohol torują drogę do innych substancji psychoaktywnych (tzw. „teoria otwartych drzwi”).

Tendencja do współwystępowania różnego typu zachowań określana jest jako „zespół (lub syndrom) zachowań problemowych” i są podejmowane próby mające na celu ocenę zmian zespołu zachowań problemowych, które sugerują, że centralnym elementem syndromu w okresie adolescencji jest nadużywanie alkoholu, natomiast w okresie wczesnej dorosłości miejsce alkoholu zajmuje palenie marihuany [13,14,15]. Zwraca się uwagę [13,14,15], że zespół zachowań problemowych nie zawsze jest trwały i u części, wraz z osiągnięciem pełnej dojrzałości i gotowości do założenia rodziny, przestaje być widoczny.

Palenie tytoniu jest zachowaniem szkodliwym dla zdrowia z uwagi na jego negatywne działanie obniżające odporność i wydolność fizyczną, co w konsekwencji znacznie zwiększa ryzyko choroby niedokrwiennej serca, chorób układu oddechowego, nowotworów płuc, pęcherza moczowego, przełyku, żołądka i trzustki [12].

WHO (*World Health Organization* - Światowa Organizacja Zdrowia) uznało palenie tytoniu za czynnik najpoważniejszego ryzyka zdrowotnego oraz główną przyczynę przedwczesnego zgonu [12,16]. Wykazano, iż palenie dwudziestu papierosów dziennie skraca średnio długość życia o ok. 5 lat, a palenie czterdziestu o ponad 8 lat. W dymie tytoniowym zawarty jest ok. 1.000 toksyn, w tym większość z nich jest kancerogenna, a obecna w papierosach nikotyna działa na organizm pobudzająco i uzależniająco. Jest także silnym agonistą receptorów N-acetylocholinowych w ośrodkowym układzie nerwowym [12,16]. Dane statystyczne spożycia tytoniu w Polsce wskazują, iż trwający od zakończenia II wojny światowej jego wzrost został na początku lat 80. XX wieku zahamowany i od tego czasu ogólne wskaźniki palenia utrzymują się na zbliżonym poziomie, ale zmieniła się struktura grupy palaczy - zmniejszyła się częstość palenia wśród mężczyzn, a wzrosła wśród kobiet. Obniżył się również wiek inicjacji palaczy, gdyż po papierosy sięga 18% chłopców i 8% dziewcząt w wieku 11-15 lat [12,16].

W literaturze przedmiotu wymienia się liczne konsekwencje uzależnienia od nikotyny, w tym takie, jak [17-22]:

- wywoływanie nowotworów, głównie tytoniozależnych - krtani, jamy nosa, jamy ustnej, gardła, przełyku, płuc, trzustki
- zwiększone ryzyko rozwoju rogowiaka kolczystokomórkowego (*keratoacanthoma*)
- rozwój wielu chorób o podłożu autoimmunologicznym - znacznie częstsze występowanie układowego toczenia rumieniowatego, choroby Gravesa-Basedowa, reumatoidalnego zapalenia stawów, łuszczycy (odmiany krostkowej dłoni i stóp), ropni mnogich pach, zmian wypryskowych skóry rąk

- powstanie nieodwracalnych zmian w układzie oddechowym i mięszu płucnym, a w konsekwencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i przewlekłego zapalenia oskrzeli
- rozwój chorób układu sercowo-naczyniowego, a przede wszystkim choroby niedokrwiennej serca i zawału mięśnia sercowego
- powstawanie zakrzepów wewnątrznaczyniowych, głównie w tętnicach wieńcowych serca i naczyniach obwodowych
- zwiększona zapadalność na chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy
- zaburzenie funkcji układu immunologicznego - obniżenie odporności i większe ryzyko zakażenia bakteryjnego i wirusowego
- palenie kobiet w ciąży powoduje zmniejszenie masy ciała noworodka, nieprawidłowy rozwój dziecka - wzrost ryzyka wad rozwojowych płodu, poród przed terminem, śmierć dziecka. Zwiększa się także ryzyko wystąpienia tzw. nagłej śmierci łóżeczkowej dziecka, gorzej rozwinięte są narządy wewnętrzne dziecka, np. układ oddechowy, dzieci mają słabszą odporność, częściej rozwija się u nich astma oskrzelowa, dzieci po porodzie mogą przejawiać objawy głodu nikotynowego (podobne jak u palaczy rzucających palenie) - są niespokojne, bardziej płaczliwe, gorzej śpią, mają zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego.

Jednym z najpoważniejszych problemów społecznych jest **alkoholizm**, a w Polsce stwierdza się wzrost poziomu zachorowalności i umieralności z powodu „chorób stylu życia”, które są spowodowane m.in. zwiększoną konsumpcją alkoholu [23,24]. Nadużywanie alkoholu jest zjawiskiem, które nie służy zdrowiu, zwłaszcza w młodym wieku i prowadzi do zaburzeń w rozwoju psychicznym, fizycznym i społecznym, powodując tworzenie się zmian patologicznych w narządach, a w konsekwencji rozwojowi zagrażających życiu, niebezpiecznych chorób [23,24]

W literaturze przedmiotu [25,26] panuje przekonanie, że o chorobowym charakterze alkoholizmu świadczy występowanie takich zjawisk, jak: utrata kontroli pacjenta nad pićciem, swoista progresja objawów chorobowych oraz przedwczesna śmierć, w sytuacji pozostawienia pacjenta bez leczenia. Jellinek [26] stworzył koncepcję następujących po sobie faz progresywnego rozwoju procesu uzależnienia od alkoholu:

- **wstępna - prealkoholiczna faza objawowa** - jej początek to konwencjonalny styl picia. Potencjalny kandydat na przyszłego alkoholika, z reguły częściej i szybciej niż inni, odkrywa atrakcyjność alkoholu, traktując go jako środek dostarczający nie tylko

przyjemności, ale także uśmierzający rozmaite przykre stany emocjonalne. Doznaje wówczas ulgi większej niż inni pijący satysfakcji, z racji silniejszych napięć emocjonalnych/przykrości lub dysponowania mniejszymi zdolnościami do radzenia sobie z nimi. Na początku alkohol spożywa okazjonalnie, ale potem zaczyna sięgać po niego coraz częściej. Bez alkoholu odporność na sytuacje stresowe oraz zdolność radzenia sobie z napięciem maleje. Niestety zaczyna także wzrastać tolerancja na alkohol i potrzebne są do odczucia ulgi coraz większe dawki alkoholu

- **zwiastunowa** - zaczyna się z reguły od nagłego i niewyjaśnionego doświadczenia, które polega na tym, że człowiek nie tracąc przytomności, nie może przypomnieć sobie swojego postępowania oraz okoliczności związanych z wypiciem ("przerwa w życiorysie", "zerwanie się filmu", „*palimpsek alkoholowy*”), a co zaczyna się powtarzać i dziać pod wpływem nawet niewielkich dawek alkoholu. W kolejnych etapach tej fazy człowiek koncentruje się coraz bardziej na alkoholu, zaczyna pić po kryjomu, łączywie, stwarza specjalne okazje do wypicia, ale także rozpoznaje, że coś się zmieniło w jego sposobie używania alkoholu.
- **krytyczna** - zjawisko utraty kontroli dominuje, w momencie rozpoczęcia picia człowiek nie może tego zaprzestać i pije aż osiągnie stan upojenia. Silne pragnienie alkoholu odczuwane jest jako przymus fizyczny ("głód alkoholowy"). W tej fazie można jeszcze utrzymać zdolność do okresowego powstrzymywania się od wypicia pierwszego kieliszka, ale z drugiej strony rozwija się wiele objawów uzależnienia, jak np. samooszukiwanie, konieczność stałego uzupełniania stężenia alkoholu w organizmie, tworzenie własnych uzasadnień dla picia, rozwój postaw wielkościowych, odizolowanie od otoczenia, zmiana wzorów picia w celu utrzymywania nad nim kontroli, zaniedbywanie pracy, jedzenia oraz kontaktów z bliskimi osobami, skoncentrowanie życia wokół picia, utrata zainteresowań, tworzenie zapasów alkoholu, obniżenie popędu seksualnego, czy epizody zazdrości alkoholowej
- **chroniczna** - pojawiają się okresy wielodniowej intoksykacji ("ciągi picia"), powodujące rozpad zasad moralnych, uszkodzenia procesów myślenia oraz zdolności do oceny faktów, a nawet pojawienia się psychoz alkoholowych. Może dojść także do epizodów picia tzw. alkoholi niekonsumpcyjnych, zmniejszenia tolerancji na alkohol, występują stany bezprzedmiotowego lęku, drżenie i wyraźne obniżenie sprawności motorycznej.

Zdrowotne następstwa alkoholizmu są bardzo różnorodne, a zmiany dotyczyć mogą praktycznie wszystkich narządów i układów, od zmian w układzie nerwowym, w psychice po zmiany w zachowaniu, np. takie jak [27,28,29]:

- wpływ na połączenia międzykomórkowe, transport wewnątrz komórek nabłonkowych, upośledza barierę śluzówkową, co ułatwia wnikanie jonów wodorowych i innych szkodliwych substancji do błony śluzowej
- zmiany w jamie ustnej, wynikające ze zmniejszonej produkcji śliny oraz jej elementów (wodorowęglanów, białka całkowitego, amylazy i epidermalnego czynnika wzrostu)
- uszkodzanie błony śluzowej przełyku, czyniąc ją bardziej podatną na uszkodzające działanie różnych substancji i wywołując powikłania, takie jak refluks przełykowy, zespół Mallory-Weissa, żylaki przełyku
- objawy ze strony układu pokarmowego: zgagę, nudności, wymioty, bóle brzucha, brak apetytu, uczucie pełności po posiłkach, wzdęcie brzucha, biegunki
- wpływ na stan morfologiczny i czynnościowy żołądka (wydzielanie kwasu solnego, opróżnianie żołądkowe, przebieg niektórych chorób zarówno w żołądku, jak i w dalszych odcinkach przewodu pokarmowego), powoduje zwiększenie lub zmniejszenie wydzielania żołądkowego, wzrost pH żołądkowego, które łącznie z opóźnionym opróżnianiem żołądkowym sprzyja większemu namnażaniu bakterii
- rozwój alkoholowej choroby wątroby, a zwłaszcza jej zapalenia i marskości (u 30%, ze śmiertelnością większą, niż w wielu chorobach nowotworowych), a u 90-100% stłuszczenie wątroby
- rozwój ostrego i przewlekłego zapalenia trzustki, cukrzycy i raka trzustki
- rozwój neuropatii wywołanej toksycznym wpływem alkoholu na centralny i obwodowy, a zwłaszcza autonomiczny układ nerwowy
- znacznie zwiększa ryzyko udaru mózgu (jest ono 1,6-krotnie większe dla udaru niedokrwienego i ponad dwukrotnie większe dla krwotocznego, niż u pozostałych osób)
- u 30% osób uzależnionych dochodzi do zaniku robaka mózdzku
- u niemal 50% uzależnionych występuje polineuropatia obwodowa
- zmiany w naczyniach wieńcowych, zaburzenia rytmu serca, zwiększa ryzyko zawału, a u 45% uzależnionych rozwój kardiomiopatii rozstrzeniowej

- zwiększenie ryzyka wystąpienia osteopenii (mniejszej gęstości, mineralizacji kości) oraz zmniejsza wytrzymałość i twardość tkanki kostnej (wzrost ryzyka złamań)
- zaburzenia funkcji szpiku kostnego, skraca życie i upośledza funkcje krwinek, co powoduje rozwój niedokrwistości, a niedobór płytek krwi - rozwój małopłytkowości (nieprawidłowe krzepnięcie krwi - występowanie i przedłużanie się krwawień, pojawianie się wybroczyn na skórze)
- nadmierna produkcja kortyzolu przez nadnercza (pogłębiane przez nieprawidłowe funkcjonowanie wątroby) i w związku z tym wzrost nadciśnienia tętniczego, otyłości centralnej (odkładanie tkanki tłuszczowej głównie w okolicy tułowia i twarzy), zmniejszonej odporność na zakażenia, rozwój kamicy nerkowej i zaburzenia gojenia się ran.
- zwiększone ryzyko wystąpienia raka jamy ustno-gardłowej, języka, gardła, krtani, przełyku, żołądka, jelita grubego, odbytnicy oraz piersi i płuc
- zaburzenia odżywiania i zaburzenia metaboliczne (wykorzystywanie etanolu jako źródła energii, zaburzenie trawienia w związku z niewydolnością trzustki oraz zaburzeniem wchłaniania)
- występowanie rozmaitych zakażeń
- zaburzenie funkcjonowania układu odpornościowego (z powodu wyniszczenia organizmu i częstej obecności chorób współistniejących)
- częstszy rozwój zapalenia płuc, gruźlicy, wirusowego zapalenia wątroby, a także chorób autoimmunologicznych, głównie łuszczycy
- u 30% alkoholików stwierdza się niedobór tiaminy związany z hamującym wpływem etanolu na ATP-azę błonową komórek nabłonkowych
- niedobór witaminy B12 (w związku ze zmniejszeniem sekrecji czynnika wewnętrznego i aktywnego transportu witaminy B12 i z zahamowaniem łączenia kompleksu witamina B12 – czynnik wewnętrzny do receptorów w jelicie krętym)
- hamowanie aktywnego transportu niektórych aminokwasów (fenyloalaniny, leucyny, glicyny, alaniny, metioniny i waliny) oraz wapnia
- spożywany w ciąży powoduje dość często nieodwracalne zmiany już w organizmach nienarodzonych dzieci oraz zaburzenia w przebiegu ciąży, takie jak np. poronienie, poród przedterminowy, niską wagę urodzeniową, uszkodzenie mózgu dziecka, rozwój wad serca, nerek, wzroku i słuchu, predysponowanie do rozwoju zespołu ADHD oraz Płodowego Zespołu Alkoholowego (FAS).

W roku 1998 Światowa Organizacja Zdrowia Regionu Europejskiego, za Ponczek [12], zauważyła istotną wagę problemu nadużywania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży i zaleciła podjęcie działań, które do 2020 roku powinny zaskutkować lepszym przygotowaniem młodzieży do dokonywania należytych wyborów. Podkreślono, że w rozwoju powyższego kluczowe znaczenie mają imprezy i inne spotkania grupy rówieśniczej, na których spożywany jest alkohol [12].

Picie alkoholu, za Tryburska [30] stało się niestety „*nie tylko sposobem spędzania czasu wolnego przez młodych, ale wręcz normą grupową*”.

W przypadku młodych ludzi, problem nadużywania alkoholu ściśle wiąże się ze zwiększoną wypadkowością, wzrostem liczby urazów wielonarządowych, większą tendencją do zaburzeń emocjonalnych, przestępczości nieletnich, wzrostem samobójstw i rozwoju demoralizacji [23,24,31].

Zwiększenie swobody i niezależności dzieci/młodzieży od świata dorosłych oraz przemiany w obyczajowości związane z rewolucją seksualną w krajach zachodnich spowodowały, za Wróblewska [31], że w kolejnych generacjach dzieci/młodzieży obserwowany jest trend polegający na obniżaniu wieku inicjacji seksualnej. Powyższe zachowania nastolatków mają wielopłaszczyznowe podłoże wspierane przez różne czynniki, takie jak [31-34]:

- indywidualne (np. wykształcenie, poziom intelektualny, czynniki psychologiczne)
- zachowania ryzykowne (palenie papierosów, kontakt z narkotykami, alkohol)
- środowisko rówieśnicze (np. normy, zachowania)
- środowisko rodzinne (np. kontrola rodziców, status społeczno-ekonomiczny)
- czynniki instytucjonalne (np. szkoła, kościół)

Kolejnym zagrożeniem dla zdrowia są środki uzależniające, które generalnie powodują zmiany (chwilowe, tuż po zażyciu lub trwałe na skutek długotrwałego i regularnego stosowania) w zdrowiu fizycznym, jak i psychicznym [35].

Używanie narkotyków powoduje, zależnie między innymi od indywidualnych cech osoby je zażywającej, dawki substancji, sposobu użycia, wcześniejszego doświadczenia z narkotykami, takie działania jak [35,36]:

- poczucie relaksu, euforii oraz odprężenia bądź lęku, paniki
- wpływ na ciśnienie krwi (zwiększenie lub obniżenie)
- wpływ na pracę serca
- obniżenie wydajności płuc

- uszkodzenie oskrzeli
- rozwój raka płuc i narządów układu oddechowego
- zwiększenie liczby wypadków (zmniejszone: sprawność psychoruchowa na skutek zaburzenia dopływu informacji ze zmysłów wzroku i słuchu, jak również przetwarzania tych informacji przez ośrodkowy układ nerwowy)
- zaburzenia w procesach myślenia, doznaniach (upośledzenie wyższych funkcji poznawczych, pamięci krótkotrwałej oraz zdolności koncentracji).

Dolegliwości zależą także od rodzaju środka uzależniającego [8,36-50]:

- kokaina (metylobenzoiloeckgonina) - początkowo powoduje obniżenie apetytu oraz naturalnej potrzeby snu, euforię, która może przechodzić w nadpobudliwość lub lęki, podniecenie, rozszerzenie źrenic, wzrost ciśnienia krwi, wzmożoną pracę układu oddechowego, a przy dłuższym zażywaniu - nadpobudliwość w odbieraniu bodźców, podniecenie i halucynacje. Przy jej wdychaniu pojawiają się trudności w oddychaniu, chroniczny katar (skutkiem ścieńczenia i suchości śluzówek), owrzodzenia i przedziurawienia przegrody nosowej. Wywołuje także nagły wzrost ciśnienia, co może skutkować zawałem serca (jest przyczyną co najmniej 20% zawałów serca w populacji pacjentów w wieku 18–45 lat), rozwarstwieniem aorty, arytmia (w tym częstoskurczem komorowym), kardiomiopatią pokokainową, udarem mózgu, uszkodzeniem układu oddechowego, a nawet śmiercią. Zespół abstynencji charakteryzuje się objawami irytacji, podrażnienia, zaburzenia orientacji, depresją, przygnębieniem, niepokojem, apatią oraz podejmowaniem prób samobójczych (w stanach majaczeniowych i depresyjnych)
- leki uzależniające - przyjmowane przez osoby o skłonnościach do uzależnienia, po pewnym czasie wymagają zwiększania dawki, a to wiąże się z ryzykiem przewlekłego zatrucia i uzależnienia (fizycznego i psychicznego). Z każdym dniem ich stosowania zwiększa się ryzyko sięgania po inne, mocniejsze, środki uspokajające. Do takich leków zalicza się np. leki, których celem jest udrożnienie zatkanego nosa, takie jak chlorowodorek pseudoefedryny lub siarczan pseudoefedryny (np. Sudafed), leki na kaszel (przyjmowane w większej ilości niż zalecana w ulotce) zawierające pseudoefedrynę (np. Gripex), fosforan kodeiny, czyli kodeinę (np. Thiocodin), bromowodorek dekstrometofanu (dekstrometofan) lub DXM (np. Acodin, Choligrip na noc), leki na alergię zawierające dichlorowodorek cetyryzyny (np. Allertec, Zyrtec), leki stosowane w chorobie lokomocyjnej, zawierające

dimenhydraminę (Lokomotiv czy Aviomarin), leki stosowane w celu leczenia zapalenia sromu i pochwy zawierające benzydaminę (np. Tantum Rosa). Objawy związane z uzależnieniem mogą być różne od obrzęku twarzy, jej potliwość, bóle głowy, szum w uszach, przez zaburzenia mowy, zgaę, wymioty, bóle żołądka, szare zabarwienie skóry, zapalenie nerek, niedokrwistość, po uszkodzenie ośrodku układu nerwowego, zaburzenia równowagi ciała, trudności w skupieniu, niepokój i rozdrażnienie, chwiejność emocjonalną, zaburzenia pamięci, halucynacje, zaburzenia widzenia, majaczenie, depresję. Leki uspokajające i nasenne, takie jak barbiturany, wywierają szkodliwy wpływ na psychikę, obniżając świadomość oraz funkcje psychiczne. Dochodzi do uszkodzenia koordynacji mięśni, zawrotów głowy, spadku ciśnienia, omdleń, trwałej zmiany nastroju, obniżenia życiowej aktywności, wywołania tendencji samobójczych i samobójstw. Ostre zatrucie powoduje porażenie systemu oddechowego i uduszenie. Kobiety w ciąży, regularnie przyjmujące te środki, mogą urodzić dziecko z zespołem abstynencyjnym oraz wadą układu oddechowego.

- opiaty (morfina, kodeina, tebaina, narkotyna, papaweryna) powodują zwężenie źrenic, wysychanie błony śluzowej jamy ustnej, nadkwasotę żołądka, obniżenie łaknienia, wychudzenie, błądź skóry, osutki skórne, siwienie. W głąbokim uzależnieniu dochodzi do obniżenia popędu płciowego, drżenia rąk, organicznego uszkodzenia mózgu z towarzyszącymi objawami typowymi dla otępiennych zespołów charakteropatycznych. U osób zażywających częściej dochodzi do zaburzenia pracy zastawek sercowych oraz zapalenie osierdzia. Zespół abstynencji objawia się rozszerzeniem źrenic, drżeniem mięśniowym, nadmiernym poceniem, świądem skóry, pojawieniem się gęskiej skórki, pojawieniem się wodnistego wycieku z nosa, nudnościami, wymiotami, utratą apetytu, biegunką, wzmożonym ziewaniem.
- lotne rozpuszczalniki (substancje do inhalowania) - grupa związków w stanie płynnym (ciecz lub gaz), łatwe do wdychania, przechodzące w stan lotny - naturalnie w zwykłych warunkach (np. benzyna), po podgrzaniu (np. niektóre kleje, pasty), bezpośrednio z ich pojemnika (np. gaz z zapalniczek) lub w postaci gazów używanych do znieczuleń anestezjologicznych (np. tlenek azotu, halotan, chlorek etylu). Dłużej zażywane powodują zaburzenia orientacji, utratę kontroli nad sobą, pojawienie się halucynacji, utratę świadomości i zapaść. Zewnętrznie przejawia się to krwawieniami z nosa, błądź skóry, zaczerwienieniem oczu, spadkiem łaknienia,

utrata wagi, powstaniem owrzodzeń nosa i ust. W stadium głębokiego uzależnienia pojawiają się objawy bezsenności, poczucie zmęczenia, dysartria, agresja, autoagresja, rozwój nastrojów depresyjnych, utrudnienie jasnego myślenia, rozwój drażliwości. Objawy zespołu abstynencji przejawiają się dreszczami, skurczami mięśni, halucynacjami, bólami głowy i brzucha, a nawet *delirium tremens*

- substancje halucynogenne (halucynogeny, środki psychozomimetyczne, psychodeliczne), takie jak: meskalina (alkaloid, pochodna fenyloetyloaminy), DOM (STP-pochodna amfetaminy- 2,5-dimetoksy-4-metyloamfetamina), MDA (metylenodioxy amfetamina), MDMA (ecstasy - 3,4-metylenodioksymetamfetamina), LSD (dwuetyloamid kwasu lizergowego), DMT (N,N-dimetylotryptamina), psylocybina (grzyby halucynogenne), psylocyna (pochodna tryptaminy), analogi amfetaminy i serotoniny - tzw. *designer drugs* (substancje syntezowane „na zamówienie”), PMC (fencyklidyna, inaczej „anielski pył”), przetwory konopi indyjskich (marihuana, haszysz), atropina i skopolamina (w roślinach typu lulek czarny, bieleń, wilcza jagoda). Objawy używania są bardzo zróżnicowane - np. zawroty głowy, osłabienie i drżenia mięśniowe, z reguły słabo nasilone rozszerzenie źrenic, podwyższenie ciśnienia krwi, wygórowanie odruchów, przeculica, zmiany w percepcji (odmienne odczuwanie bodźców wzrokowych oraz słuchowych), zmiany nastroju, zmienione poczucie czasu, stany podobne do snu, depersonalizacja, synestezja (odczuwanie bodźców innymi zmysłami niż zwykle - dźwięki jako kolor, a smaki jako faktura, obrazy). Częste są iluzje (złudzenia zmysłowe), a rzadsze omamy. Mogą rozwijać atypowe objawy psychotyczne przebiegające z silnym lękiem (*bad trip*), zespoły psychotyczne podobne do schizofrenii, zaburzenia depresyjne oraz tzw. flashbacki (zaburzenia podobne do obserwowanych po zażyciu LSD, ale powstające bez jego użycia, nawet kilka miesięcy po ostatniej dawce)
- środki pobudzające i dopingujące, (stymulaty), np. amfetamina, efedryna, kokaina oraz inne środki pokrewne, narkotyczne środki przeciwbólowe (narkotyki - np. morfina, petydyna oraz inne związki pokrewne), steroidy anaboliczno-androgenne (np. nandrol, testosteron oraz inne związki pokrewne), inne środki anaboliczne (np. klenbuterol oraz inne związki pokrewne), środki moczopędne (diuretyki - np. furosemid), czy też hormony peptydowe i glikoproteinowe (np. hormon wzrostu oraz związki pokrewne). Wywołują szybką tolerancję organizmu na przyjmowany lek, a ich nałogowe przyjmowanie prowadzi do zwiększonej przemiany materii, spadku

łaknienia, uporczywych zaburzeń snu, zmiany nastroju, nieufności, omamów, podejrzliwości, podwyższenia temperatury, zawrotów głowy, mdłości, wymiotów, zaburzenia rytmu serca, pobudzenia, drżenia kończyn. Zespół abstynencyjny przejawia się obniżeniem nastroju, wzrostem łaknieniem, przedłużeniem czasu snu, poczuciem zmęczenia, rozwojem apatii, obniżeniem napięcia mięśniowego.

W ostatnim okresie coraz bardziej zaczyna być widoczny problem z tzw. dopalaczami (*legal highs*, NPI - *novel psychoactive substances*, środki zastępcze), grupą substancji pochodzenia roślinnego lub syntetycznego, które są używane w takim samym celu, jak zakazane substancje psychoaktywne (narkotyki, substancje odurzające), ale które jeszcze nie znajdują się na liście substancji kontrolowanych i dlatego mogą być produkowane, dystrybuowane, posiadane i używane bez żadnych konsekwencji prawnych [51,52]. Dominują tu substancje stymulujące, takie jak pochodne piperazyny, katynonu i pipradolu oraz o właściwościach halucynogennych, takie jak kanabinole i metoksetamina [51,52].

Wyróżnia się kilka grup dopalaczy o działaniu [52]:

- pobudzającym - funkcjonujące pod nazwami „*party pills*” lub „*designer drugs*” i reklamowane jako produkty zwiększające energię oraz poprawiające nastrój. Wywołują działanie pobudzające podobne do efektów zażycia narkotyków z grupy amfetamin lub kokainy. Najczęściej występują w postaci proszku, kryształków, rzadziej pigułek, w związku z tym można je wciągać przez nos, połykać lub używać iniekcyjnie. Ich zażycie zwiększa ryzyko powstania m.in. zaburzeń pracy serca, neurologicznych oraz psychotycznych (z towarzyszącymi halucynacjami i urojeniami)
- podobnym do marihuany - będące materiałem roślinnym połączonym z syntetycznymi kannabinoidami (substancjami reklamowanymi jako działające podobnie do THC - tetrahydrokannabinolu, głównego składnika marihuany. Występują w postaci mieszanek ziołowych lub proszku (pali się w „skrętach” lub fajce). Niektóre z nich wykazują działanie wielokrotnie silniejsze od marihuany. Mogą wywołać negatywne skutki, takie jak np. podwyższenie ciśnienia krwi oraz tętna, „gonitwę” myśli, stany lekowe, nerwowość, zaburzenia psychiczne, senność, „zamazaną” mowę, wymioty, drgawki, bóle w klatce piersiowej, utratę przytomności. Efektem ubocznym może być także uszkodzenie nerek, wątroby, układu nerwowego i zgon

- halucynogennym - rozpowszechnione jako kawałki papieru lub tekturki nasączone substancjami o działaniu halucynogennym, rzadziej w postaci płynu. Zawarte w nich substancje działają podobnie jak LSD, meskalina lub grzyby halucynogenne. Już w niewielkich dawkach działają na ośrodkowy układ nerwowy, stąd bardzo łatwo można je przedawkować. Generalnie mogą powodować bezsenność, nudności, wahania nastroju, niepokój, silne pobudzenie psychoruchowe, halucynacje lub tzw. „złą podróż” (*bad trip* - przykry przenikliwy lęk, panika, przerażające wizje, halucynacje, częściową lub całkowitą utratę kontroli nad własnym zachowaniem, a nawet próby samobójcze).

Dopalacze mogą mieć za każdym razem inny skład, przez co są szczególnie niebezpieczne, bo nie można przewidzieć z jaką mocą mogą zadziałać [52].

Innym uzależnieniem jest uzależnienie od Internetu, komputera [53-56], określane także jako siecioholizm (*nataholics*), siecioletność (*netaddiction*), cyberzależność (*cyberaddiction*), internetoholizm, cybernałóg, internetozależność, uzależnienie od Internetu (*Internet addiction*), uzależnienie internetowe, zaburzenie w wyniku zależności od Internetu (*Internet Addiction Disorder – IAD*), infozależność (*information addiction*) oraz infoholizm i zaliczane do uzależnień behawioralnych, czyli tzw. zachowania przymusowe (kompulsywne), z tej samej kategorii, co hackerstwo oraz uzależnienie od telewizji, gier komputerowych i wideo, automatów do gier, telefonów komórkowych itp..

Shapira [57] podkreśla, że uzależnienie od Internetu, tak jak inne nałogi, związane jest ściśle z utratą kontroli nad własnym zachowaniem, a siecioholik odczuwa przymus korzystania z Internetu i nie ma zdolności kontroli nad tym zachowaniem.

Negatywne skutki spędzania wielu godzin przy komputerze, za Grabosz i Sikorski [58], związane są z pojawieniem się dolegliwości typu obciążenie psychiczne (ból głowy, zaburzenia wzroku, uczucie napięcia), ze strony układu mięśniowo-szkieletowego (ból szyi, palców, dłoni, ramion, pleców) oraz objawów psychosomatycznych (alergie, bezsenność, nerwowość, pobudzenie).

Częste są też, za Jakubik [52], stany depresyjne, zaniedbywanie obowiązków w pracy i szkole, życia rodzinnego i towarzyskiego, bezsenność, nieregularne spożywanie posiłków, utrata dotychczasowych zainteresowań, rezygnacja z bezpośrednich kontaktów na rzecz kontaktów *online*, rezygnacja z życia towarzyskiego, zmniejszenie potrzeb seksualnych, utrwalenie postawy egocentrycznej, a nawet kłopoty finansowe (kosztowne połączenia z Internetem).

Woronowicz [59] podaje że, aby wystąpiło uzależnienie od Internetu, powinno stwierdzić się obecność co najmniej trzech objawów, takich jak:

- poczucie przymusu lub silna potrzeba korzystania z Internetu
- subiektywne przekonanie o własnej, mniejszej możliwości kontrolowania zachowań związanych z Internetem (upośledzona kontrola nad powstrzymaniem się od korzystania z Internetu i długości czasu spędzanego w nim)
- występowanie niepokoju, rozdrażnienia oraz gorszego samopoczucia w sytuacji ograniczania lub przerywania korzystania z Internetu oraz ustępowanie powyższego w momencie powrotu do komputera
- spędzanie coraz większej ilości czasu w Internecie, celem uzyskania dobrego samopoczucia i zadowolenia, wcześniej osiąganego w o wiele krótszym czasie
- postępujące zaniedbywanie dotychczasowych zainteresowań i alternatywnych źródeł przyjemności na rzecz Internetu
- korzystanie z Internetu, pomimo świadomości szkodliwych następstw (fizycznych, psychicznych i społecznych), mających związek ze spędzonym czasem przy Internecie.

Kołatąj i wsp. [60] wiążą problem uzależnienia od Internetu z pojawieniem się zachowań, które stwarzają jednostce zagrożenie dla poprawnego funkcjonowania w społeczeństwie, a nawet naruszającymi obowiązujący porządek prawny i zaliczają do nich cyberprzemoc, hackerstwo, pedofilię, rozpowszechnianie pornografii, oszustwa internetowe oraz gloryfikowanie i propagowanie ryzykownych metod zachowania (np. anoreksji, grup potencjalnych samobójców).

Do nowej grupy uzależnień należą **uzależnienia od telefonu komórkowego**. Block [61] uważa nadmierne wysyłanie wiadomości tekstowych (SMS) za chorobę psychiczną, która może poczynić ogromne zniszczenia w ludzkiej psychice. W jego opinii nadmierne pisanie sms-ów to jak rodzaj używki, a odebranie telefonu na kilka godzin skutkuje tym, iż dana osoba stanie się agresywna, rozkojarzona, niespokojna, a nawet popadnie w depresję [61].

Guerreschi [62] z kolei podkreśla, iż osoby uzależnione od telefonu komórkowego mają silną potrzebę przynależności do jakiejś wybranej przez siebie grupy, zdobycia jej uznania, cierpią często na fobię społeczną, boją się samotności, maskują swoje lęki, odczuwają smutek, nudę, mają obniżone potrzeby seksualne, mniejsze łaknienie, stopniowo wycofują się z relacji z otaczającym ich światem, nie rozstają się z telefonem, nadmiernie

koncentrują się na wysyłaniu SMS-ów lub grach interaktywnych. Pojawiają się u nich gwałtowne wahania nastroju, zaburzenia snu, zaburzenia odżywiania, nadużywają leki, sięgają po narkotyki, popadają w długi oraz w konflikty w rodzinie i w pracy.

Oprócz uzależnień grożących użytkownikom telefonów komórkowych, wyraźnie wzrasta zainteresowanie tematem związanym z jego wpływem na zdrowie człowieka.

W literaturze przedmiotu [63-77] wskazywany jest także związek pomiędzy wykorzystaniem telefonów komórkowych a ryzykiem zachorowania na nowotwory mózgu, głowy i szyi, jądra oraz non-Hodgkin's lymphoma. Naukowcy szwedzcy [cyt. za 78] wykazali, że u osób użytkujących przez okres około 10 lat analogowe telefony komórkowe, w porównaniu z grupą kontrolną, podwyższa się o 26% ryzyko zachorowania na nowotwór mózgu.

Myung i wsp. [79] przeprowadzili analizę retrospektywną prac dotyczących etiologii nowotworów stwierdzonych u 37.916 pacjentów i w większości potwierdzano ścisły związek z ponad 10-letnim użytkowaniem telefonów komórkowych a rozwojem guza mózgu.

Velizarova i wsp. [77], Goswami i wsp. [79] oraz Marinelli i wsp. [80], prowadzili badania *in vitro* i wykazali potencjalne skutki oddziaływania pola elektromagnetycznego o wysokiej częstotliwości na proliferację komórek i aktywację transkrypcji onkogenu.

Podkreśla się także [82] negatywny wpływ promieniowania emitowanego przez telefony komórkowe na rozruszniki i stymulatory serca, zmniejszanie produkcji melatoniny [83], wywoływanie bólów głowy, upośledzanie koncentracji [84], na zaburzenia snu, opóźnianie procesu zasypiania [85], podwyższanie ciśnienie tętnicze [86] oraz zmniejszenie jakości nasienia, liczby plemników, ich ruchliwości i żywotności [87].

Istotnym problemem związanym z użytkowaniem telefonów komórkowych jest ich udział w transmisji drobnoustrojów.

Coutinho i wsp. [88] dokonali analizy występowania grzybów pleśniowych na powierzchni telefonów publicznych jednego z miast w Brazylii i wykazali, że budki telefoniczne mogą odgrywać dużą rolę w przenoszeniu zakażeń grzybami na ludzi. Łącznie wyizolowali z nich 34 rodzaje i 73 gatunków grzybów, w większości anamorficzy (91,78%), a następnie należących do gromady Ascomycota (6,85%) i Zygomycota (1,37%) [88].

Johlizanti i wsp. [89] przeanalizowali próbki losowo wybranych telefonów publicznych w dzielnicy biznesowej w Melbourne w Australii i wykazali zasiedlenie

wszystkich telefonów przez bakterie chorobotwórcze i patogeny oportunistycznych, w tym głównie (40%) *Staphylococcus aureus koagulazo-dodatni* [89].

Akinyemi i wsp. [90] przebadali 400 próbek pobranych z telefonów komórkowych od różnych właścicieli i stwierdzili wysoki odsetek (62,0%) skażenia bakteriami, najwyższy (92,4%) w grupie producentów żywności, a następnie w grupie wykładowców i studentów (73,6%), a niższe w grupie urzędników służb cywilnych (16,9%) i grupie – pracowników służby zdrowia (15,3%). Najbardziej rozpowszechnione w grupie A (50,1%) były szczepy *Staphylococcus koagulazo ujemnego* [90].

Z kolei Ulger i wsp. [91] przebadał powierzchnie 200 telefonów komórkowych pracowników ochrony zdrowia, izolując z 94,5% próbek różne gatunki bakterii, w tym 35% telefonów zasiedlały dwa typy bakterii, a ponad 11 % - aż trzy szczepy lub więcej.

Jak podkreśla Skalska-Sadowska [23] zachowania ryzykowne służą niestety zaspokajaniu specyficznych potrzeb wieku dorastania (integracja z rówieśnikami, manifestowanie niezależności od autorytetu dorosłych) i pomimo stwarzania ewidentnego zagrożenia zdrowia, są rozpowszechnione i w warunkach współczesnego życia niemożliwe do całkowitego wyeliminowania.

Piśmiennictwo

1. Siwy-Hudowska A., Porczyńska A.: Osobowościowe i temperamentalne uwarunkowania tendencji do podejmowania zachowań ryzykownych [w:] Człowiek i jego decyzje, Kłosiński K.A., Biela A. (red.), (t. 2), Wyd. KUL, Lublin, 2009, 239-300.
2. Studenci 2004. Raport z badania ankietowego na temat używania substancji psychoaktywnych przez studentów. <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/studenci-2004-raport-z-badania-ankietowego-na-temat-uzywania-substancji-psychoaktywnych-przez-studentow/>, data pobrania 25.02.2017.
3. Oleś P.K.: Wprowadzenie do psychologii osobowości, Wyd. Naukowe SCHOLAR, Warszawa, 2008.
4. Kostowski W.: Perspektywy postępu farmakologii uzależnienia od alkoholu w świetle rozwoju wiedzy o mechanizmach działania środków uzależniających, Post. Psychiatr. Neurol., 1994, 3, 309-324.
5. Kostowski W.: Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień, AiN, 2006, 19, 139-168.

6. Vetulani J.: Uzależnienia lekowe: mechanizmy neurobiologiczne i podstawy farmakoterapii, *AiN*, 2001, 14, 13-58.
7. Słowik-Gabryelska A.: Patologie społeczne - alkoholizm, narkomania, nikotynizm. Opracowanie dla studentów studiów zawodowych – kierunek zdrowie publiczne, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, 2006, 48-49, 52, 60-62, 113.
8. Pstrąg D.: Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień, Rzeszów, 2000, 49-51, 63-64, 53.
9. Kazdin A.: Zdrowie psychiczne młodzieży w okresie dorastania. Programy profilaktyczne i leczenie, *Now.Psychol.*, 1996, 2, 39–74.
10. Ostaszewski K.: Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży, Wyd. Naukowe „Scholar”, Warszawa, 2005.
11. Szymańska J.: Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki, Ośrodek Rozwoju Edukacji, CMPP, Warszawa, 2002.
12. Ponczek D., Olszowy I.: Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie, *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2012, 93, 2, 260-268.
13. Mazur J, Kowalewska A, Woynarowska B.: Picie alkoholu a inne zachowania ryzykowne dla zdrowia młodzieży w wieku 11-15 lat, *Med. Wiek. Rozwo.*, 2003, 7, 1, 75-90.
14. Stępień E.: Czynniki ryzyka kontaktów z narkotykami od dorastania do wczesnej dorosłości (badania katamnesticzne), *AiN*, 2001, 3, 14, 407- 420.
15. Donovan J., Jessor R., Costa F.: Adolescent problem drinking. Stability of psychosocial and behavioral correlates across a generation, *JSAD*, 1999, 60, 3, 352 - 361.
16. Ostaszewski K.: Zapobieganie użyciu substancji i psychoaktywnych [w:] Edukacja zdrowotna. Woynarowska B (re.), Wyd. PWN, Warszawa, 2008, 483-548.
17. Doll R., Hill A.: Mortality in relation to smoking – 20 years observation on male British doctors, *BMJ*, 1976, 2, 1525–1536.
18. Pirogowicz I., Joniec Ł., Guzikowski W. i wsp.: Wpływ palenia tytoniu na rozwój dziecka i jego stan zdrowotny, *Przegl. Lek.*, 2008, 65,10, 427.
19. Zieliński J.: Obciążenia wynikające z palenia tytoniu, *Pneumonol. Alergol. Pol.*, 2008, 76, 170-173.

20. Woźniacka A., Woźniacka-Węgierska M., Józefowicz O. i wsp.: medyczne i prawne aspekty palenia tytoniu, *Pol. Merk. Lek.*, 2012, 32, 202-207.
21. Celejowa I.: Tytoń a zdrowie, *Roczniki Warszawskiej Szkoły Zdrowia*, 2009, 9, 39.
22. Gawron-Gzella A., Witkowska-Banaszczak E., Dudek M.: Surowce i preparaty stosowane w leczeniu choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy u palaczy tytoniu, *Przegl. Lek.*, 2005, 62,10, 1185-1187.
23. Skalska-Sadowska J.: Rozpowszechnienie substancji psychoaktywnych wśród młodzieży szkolnej miasta Poznania w powiązaniu z niektórymi elementami stylu życia, www.docMHTML.pl, data pobrania 22.02.2016.
24. Ścisło L., Rumińska A., Wręglewicz E.: Poziom zagrożenia alkoholizmem wśród młodzieży szkolnej oraz propozycje działań profilaktycznych, *Zdr. Publ.*, 2002, 112, (supl 1), 184-187.
25. Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z.: Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa, 2006.
26. Jellinek E.M.: Phases of Alcohol Addiction, *Q. J. Stud. Alcohol*, 1952, 13, 673 - 684.
27. Lieber C.S.: Medical disorders of alcoholism, *New Engl. J. Med.*, 1995, 333, 1058–1065.
28. Kłopocka M., Budzyński J., Świątkowski M.: Wpływ przewlekłego nadużywania alkoholu na morfologiczne i czynnościowe zmiany w przewodzie pokarmowym, *Wiad. Lek.*, 2004, 57, 11-12, 672-678.
29. Cierpiałkowska L., Ziarko M.: Psychologia uzależnień - alkoholizm, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa, 2010.
30. Tyburska A.: Alkoholizowanie się nieletnich i jego konsekwencje, *Remedium*, 2004, 11, 16.
31. Wróblewska W.: Psychospołeczne i demograficzne następstwa wczesnej inicjacji seksualnej nastolatków, *Nowa Medycyna*, 2007,4, 85-91.
32. Dębska U., Bielawska I.: Ku prozdrowotnemu stylowi życia, w kontekście zagrożeń cywilizacyjnych, *Adv. Clin. Exp. Med.*, 2002, 11 (supl. 1), 87-90.
33. Abdel-Aziz A.: Co wiedzą maturzyści na temat chorób przenoszonych drogą płciową, *Mag. Pielęg. Poł.*, 2010, 7-8, 54-55.
34. Mańka T.: Gdy dzieci rodzą dzieci, *Mag. Pielęg. Poł.*, 2006, 7-8, 63.
35. Dąbrowska K., Miturska E., Moskalewicz J., i wsp.: Konsekwencje używania i nadużywania marihuany w świetle współczesnej wiedzy, *AiN*, 2012, 25, 167-186.

36. Solowij N., Grenyer B.F.S., Chescher G., et al.: Biopsychological changes associated with cessation of cannabis use: A single case study of acute and chronic cognitive effects, withdrawal and treatment, *Life Sci.*, 1995, 56, 2127–2134.
37. Carper S., Dimoff T.: Jak rozpoznać czy dziecko sięga po narkotyki, Wyd. MEN, Warszawa, 1994.
38. Cekiera Cz.: Ryzyko uzależnień, Wyd. KUL, Lublin, 2001.
39. Goleń D., Kuśmierczyk-Droszcz B., Demkow M., et al.: Wpływ kokainy na układ sercowo-naczyniowy, *Kardiol. Pol.*, 2012, 70, 5, 517–521.
40. Gowran A., Noonan J., Campbell V.A.: The multiplicity of action of cannabinoids: implications for treating neurodegeneration, *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 2011, 17, 6, 637-644.
41. Kubica M. Gąsiorowski J.: Narkotyki. Charakterystyka wybranych substancji, Wydawnictwo Szkoły Policji w Katowicach, Katowice, 2012.
42. May G.G.: Uzależnienie i łaska: miłość, duchowość, uwolnienie, Woydyłło E. tłum., Wyd. Media Rodzina, Poznań, 1994.
43. Maxwell R.: Dzieci – Alkohol - Narkotyki, GWP, Gdańsk, 1999.
44. Meier M. H., Caspi A., Ambler A., et al.: Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2012, 109,40, E2658-E2664.
45. Moore T.H., Zammit S., Lingford-Hughes A., et al.: Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review, *The Lancet*, 2007, 370, 9584,319-328.
46. Pázmány P., Petschner P., Ádori C., et al.: The cognitive effect of ecstasy, *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 2013, 15, 214-22.
47. Steinbarth-Chmielewska K., Baran-Furga H.: Klinika i farmakoterapia uzależnień od opiatów i środków psychostymulujących, *Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii*, 2008, 1, 33–42.
48. Szczepkowski J.: Oznaki zażywania narkotyków, *Wychowanie na co dzień*, 1997, 9, 28.
49. Szukalski B.: Narkotyki halucynogenne. Część I: Klasyczne halucynogeny (indoloalkiloaminy i fenyloalkiloaminy), *Probl. Krym.*, 2007, 258, 07, 6-15.
50. Wilczyńska J., O uzależnieniach dzieci, *Życie Szkoły*, 2001, 8, 474-477.

51. Habrat B.: Nadużywanie „dopalaczy”, *Medycyna Praktyczna Psychiatria*, artykuł on-line, <http://psychiatria.mp.pl/uzaleznienia/show.html?id=72889>, data pobrania 22.02.2016.
52. Bukowska B., Kidawa M., Radomska A., i wsp.: *Nowe narkotyki - „dopalacze”*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, 2015.
53. Griffiths M.: *Gry i hazard: uzależnienia dzieci w okresie dorastania*, Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk, 2004.
54. Orzechowska A.: *Siecioholizm i fonoholizm zagrożeniem współczesnej młodzieży [w:] Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe u młodzieży, Teoria, diagnoza, profilaktyka, terapia.* Jarczyńska J. (red.), Wyd. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2014, 121.
55. Jakubik: *Zespół uzależnienia od Internetu (ZUI) – Internet Addiction Syndrome (IAS)*, *Studia Psychologica*, 2003, 4, 4, 123-131.
56. Pyżalski J.: *Agresja elektroniczna i cyber bullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży*, Wyd. Impuls, Kraków, 2012.
57. Shapira N. A., Lessig M. C., Goldsmith T. D., et al.: *Problematic internet use: Proposed classification and diagnostic criteria*, *Depress. Anxiety*, 2003, 17, 207-216.
58. Grabosz J., Sikorski M.: *Jak oceniać ryzyko pracy przy komputerze*, Ośrodek Doradztwa i doskonalenia Kadr, Gdańsk, 1999.38
59. Woronowicz B.T.: *Uzależnienia: geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina, Warszawa, 2009
60. Kołłątaj B., Szakuła J., Kołłątaj W., i wsp.: *Problem uzależnienia od Internetu wśród uczniów szkół ponadpodstawowych w Lublinie*, *J. Health Sci.*, 2013, 3, 191-224.
61. Block J.J.: *Issues for DSM-V: Internet Addiction*, *Am. J. Psychiatry.*, 2008, 165, 306-307.
62. Guerreschi C.: *Nowe uzależnienia*, Wyd. Salvador Kraków, 2006.
63. Auvinen A., Hietanen M., Luukkonen R., et al.: *Brain tumors and salivary gland cancers among cellular telephone users*, *Epidemiology*, 2002, 13,356–359.
64. Hardell L., Carlberg M., Hansson Mild K.: *Case-control study of the association between the use of cellular and cordless telephones and malignant brain tumors diagnosed during 2000-2003*, *Environ. Res.*, 2002, 100, 232–241.

65. Hardell L., Mild K.H., Carlberg M., et al.: Cellular and cordless telephone use and the association with brain tumors in different age groups, *Arch. Environ. Health*, 2004, 59, 3, 132-137.
66. Hardell L., Näsman A., Pålsson A., et al.: Use of cellular telephones and the risk for brain tumours: A case-control study, *Int. J. Oncol.*, 1999, 15, 113–116.
67. Hardell L., Carlberg M., Hansson Mild K.: Case-control study on cellular and cordless telephones and the risk for acoustic neuroma or meningioma in patients diagnosed 2000-2003, *Neuroepidemiol.*, 2005, 25, 120–128.
68. Hardell L., Eriksson M., Carlberg M., et al.: Use of cellular or cordless telephones and the risk for non-Hodgkin's lymphoma, *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, 2002, 78, 625–632.
69. Hardell L., Hallquist A., Hansson Mild K., et al.: No association between the use of cellular or cordless telephones and salivary gland tumours, *Occup. Environ. Med.*, 2004, 61, 675–679.
70. Hardell L., Hallquist A., Mild K.H., et al.: Cellular and cordless telephones and the risk for brain tumours, *Eur. J. Cancer Prev.*, 2002, 11, 377–386.
71. Inskip P.D., Tarone R.E., Hatch E.E., et al.: Cellular-telephone use and brain tumors, *N. Engl. J. Med.*, 2001, 344, 79–86.
72. Linet M.S., Taggart T., Severson R.K., et al.: Cellular telephones and non-Hodgkin lymphoma, *Int. J. Cancer*, 2006, 119, 2382–2388.
73. Muscat J.E., Malkin M.G., Thompson S., et al.: Handheld cellular telephone use and risk of brain cancer, *JAMA*, 2000, 284, 3001–3007.
74. Schoemaker M.J., Swerdlow A.J., Ahlbom A., et al.: Mobile phone use and risk of acoustic neuroma: Results of the Interphone case-control study in five North European countries, *Brit. J. Cancer*, 2005, 93, 842–848.
75. Stang A., Anastassiou G., Ahrens W., et al.: The possible role of radiofrequency radiation in the development of uveal melanoma. *Epidemiology*, 2001, 12, 7–12.
76. Warren H.G., Prevatt A.A., Daly K.A., et al.: Cellular telephone use and risk of intratemporal facial nerve tumor, *Laryngoscope*, 2003, 113, 663–667.
77. Velizarov S., Raskmark P., Kwee S.: The effects of radiofrequency fields on cell proliferation are non-thermal, *Journal Bioelectrochem. Bioenerg.*, 1999, 48, 177–180.
78. Myung S.K., Ju W., McDonnell D.D. i wsp.: Mobile phone use and risk of tumors: a meta-analysis, *J. Clin. Oncol.*, 2009, 27, 5565 - 5572.

79. Goswami P.C., Albee L.D., Parsian A.J. et al.: Pro-oncogene mRNA levels and activities of multiple transcription factors in C3H 10T1/2 murine embryonic fibroblasts exposed to 835.62 and 847.74 MHz cellular telephone communication frequency radiation, *JRR*, 1999, 15, 00–309.
80. Marinelli F., La Salsa D., Cicciotti G., et al.: Exposure to 900 MHz electromagnetic field induces an unbalance between pro-apoptotic and pro-survival signals in T-lymphoblastoid leukemia CCRF-CEM cells, *J. Cell. Physiol.*, 2004, 198, 324–332.
81. Irnich W., Batz L., Müller R., et al.: Electromagnetic interference of pacemakers by mobile phones, *PACE*, 1996, 19, 1431-1446.
82. Burch J.B., Reif J.S., Yost M.G., et al.: Nocturnal excretion of a urinary melatonin metabolite among electric utility workers. *Scand J Work Environ Health.*, 1998, 24, 183–189.
83. Preece A.W., Iwi G., Davies-Smith A., et al.: Effect of a 915-MHz simulated mobile phone signal on cognitive function in man, *Int. J. Radiat. Biol.*, 1999, 75, 447–456.
84. Huber R., Graf T., Cote K.A., et al.: Exposure to pulsed high-frequency electromagnetic field during waking affects human sleep EEG, *NeuroReport*, 2000, 11, 3321–3325.
85. Suwała M., Gerstenkoren A.: Wykrywanie problemów alkoholowych u osób w starszym wieku, *Psychiatr. Pol.*, 2007, 41, 703-713.
86. Braune S., Wrocklage C., Raczek J., et al.: Resting blood pressure increase during exposure to a radio-frequency electromagnetic field, *Lancet*, 1998, 351, 1857–1858.
87. Agarwal A., Singh A., Hamada A. et al.: Cell phones and male infertility: a review of recent innovations in technology and consequences, *J. Braz. Soc. Urol.*, 2011, 37, 432-454.
88. Coutinho F.P., Cavalcanti M.S., Neto F.C.: Isolation of filamentous fungi from public telephones of the metropolitan region of the city of Recife, Pe, Brazil. *Braz. J. Microbiol.*, 2007, 38, 324-329.
89. Juhlizi F, Kylie H, Enzo P.A.: Isolation of pathogenic bacteria and opportunistic pathogens from public telephones, *J. Environment. Health*, 2001, 2, 74-79.
90. Akinyemi K.O, Atapu A.D, Adetona O.O.: The potential role of mobile phones in the spread of bacterial infections, *J. Infect. Dev. Countr.*, 2009, 3, 628-632.
91. Ulger F., Esen S., Dilek A., i wsp.: Are we aware how contaminated our mobile phones with nosocomial pathogens? *Ann. Clin. Microbiol. Anti.*, 2009, 8, 31.

Spoleczny zasięg wybranych zachowań ryzykownych

Kułak-Bejda Agnieszka¹, Waszkiewicz Napoleon¹, Bejda Grzegorz²

1. Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

*Czemu bowiem ktoś ulega, tego niewolnikiem się staje
(II Piotra 2, 19).*

Wprowadzenie

Zachowania ryzykowne młodzieży to problem wielowymiarowy i złożony, używany jest w celu pojęciowego połączenia wielu potencjalnie szkodliwych dla zdrowia zachowań. Nie jest to zjawisko nowe, ale ciągle aktualne i narastające.

Współczesne podejście do zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży charakteryzuje dokonanie przeniesienia zainteresowania z jednego zachowania ryzykownego (np. palenie tytoniu, picie alkoholu, wczesna inicjacja seksualna, narkotyki) na postrzeganie ich w sposób całościowy [1].

Według Jessora i wsp. [2] *„Zachowania ryzykowne to różne zachowania podejmowane przez dzieci i młodzież, które zagrażają ich zdrowiu fizycznemu i psychicznemu, a także są niezgodne z normami społecznymi”*, zaś każde zachowanie ryzykowne może prowadzić do uzależnienia.

W literaturze przedmiotu, za Zajączkowskim [3,4] podkreśla się, iż *„problem uzależnień wśród młodzieży jest ogólnie znany w całym społeczeństwie, a do tradycyjnych, już i rozpowszechnionych środków uzależniających, jakimi są: alkohol i palenie tytoniu, doszły narkotyki, leki i inne odurzające środki chemiczne oraz komputer/Internet i telefon komórkowy”*.

Janiszewski [5] pod pojęciem uzależnienie rozumie *„nabytą silną potrzebę wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji”*. Zauważa jednocześnie, iż *„w minionym stuleciu pojęcie uzależnienia kojarzone było głównie z oddziaływaniem*

substancji chemicznych powodujących u ludzi stany patologiczne, takie jak narkomania, alkoholizm, czy nikotynizm” [5].

W ostatnich dziesięcioleciach, za Guerreschi [6] zaczęto zwracać uwagę na „nowe uzależnienia” (*new addictions*), powiązane ze współczesną cywilizacją, rozwojem techniki i nowoczesnymi wynalazkami, a pod pojęciem których rozumie się wszystkie uzależnienia, w których substancje chemiczne nie odgrywają żadnej roli.

W literaturze przedmiotu [1,7] opisano także „zespół zachowań ryzykownych”, charakteryzujący się tym, że jedno zachowanie ryzykowne zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia innych zachowań, niekorzystnych dla zdrowia i rozwoju młodego człowieka.

Podkreśla się także, za Ogińska-Bulik [8], że u dzieci i młodzieży podejmującej zachowania ryzykowne częściej niż u ich rówieśników nie podejmujących tego typu zachowań, występuje brak umiejętności rozwiązywania problemów, radzenia sobie z emocjami oraz niska samoocena.

Badanie przeprowadzone przez CBOS w roku 2015 [9] na grupie 2.502 osób powyżej 15. roku życia, pozwoliło na stworzenie społecznej hierarchii uzależnień według stopnia ich szkodliwości, która w opinii respondentów wyglądała następująco:

- narkomania
- alkoholizm
- nikotynizm
- uzależnienie od hazardu
- siecioholizm
- zakupoholizm

Takie uzależnienia, jak zakupoholizm i pracoholizm postrzegane były przez Polaków jako przypadłości o zdecydowanie mniejszym ciężarze gatunkowym, a hazard ulokowany został relatywnie bliżej nałogów zagrażających życiu [9].

Uzależnienie od hazardu - występuje u 5,3% ogółu Polaków w wieku powyżej 15 lat, a 0,7% osób w tej grupie prezentuje symptomy problematycznego hazardu, wśród grających w gry na pieniądze realny problem z hazardem może mieć 2,2% graczy, symptomy zagrożenia uzależnieniem dotyczą 21,4% grających mężczyzn i u 9,1% kobiet, grupą podwyższonego ryzyka jest młodzież od 18. do 24. roku życia, wśród której zanotowano najwyższy odsetek (26,7%) osób zagrożonych uzależnieniem od gier na pieniądze [9].

Pracoholizm - jest problemem 19,1% Polaków powyżej 15 lat, a u 36,2% istnieje zagrożenie wystąpieniem takiego problemu, rozwinięty pracoholizm dotyczy głównie

Polakow o sredniej wieku 45 lat, a zagrozenia pracocholizmem - Polakow w wieku ok. 40 lat, wyzszy (46,7%) wsród kadry kierowniczej i specjalistow z wyzszyz wykształceniem [9].

Zakupoholizm - dotyczy 4,1% populacji Polakow w wieku powyzej 15. roku zycia, w tym 6,2% kobiet i jedynie 1,8% mezczyzn, zagrozone uzaleznieniem bylo az 80% kobiet, problem z kompulsywnym kupowaniem dotyczył przede wszystkim osob, które nie ukończyły 25. roku zycia (30,6%) i w przedziale wiekowym 25–34 lata (26,7%) [9].

Skala alkoholizmu

Alkohol przez znaczna czesc spoleczenstwa, w tym rowniez mlode pokolenie, postrzegany jest jako element wiekszosci towarzyskich spotkan oraz zrodlo dobrej zabawy.

Z badan przeprowadzonych w 2003 roku przez Panstwowa Agencje Rozwiazywania Problemow Alkoholowych (PARPA) [10] wynika, ze alkohol jest najbardziej rozpowszechniona substancja psychoaktywna, a do picia napojow wysokoprocentowych przyznalo sie ponad 92% trzecioklasistow w gimnazjum oraz 96% uczniow drugich klas licealnych.

Wedlug danych Glownego Urzedu Statystycznego (GUS) z 2009 roku [11, 42% osob w wieku 15–19 lat spozywalo alkohol w ciagu ostatnich 12 miesiecy przed badaniem, z czego 48,4% stanowili mezczyzni, a 35,3% kobiety. Wiekszosc ankietowanych (62,5%) wskazala okazjonalny model picia – raz w miesiacu lub 2–4 razy na miesiac, 5,5% zadeklarowalo spozywanie alkoholu 2–3 razy w tygodniu, a najmniejsza grupa osob pila codziennie i 4–6 razy w tygodniu (laczenie 2,9%). Najwieksze spozycie alkoholu w tej grupie wiekowej odnotowano w wojewodztwach slaskim i dolnoslaskim (ponad 76%), a najmniejsze w podkarpackim i swietokrzyskim (63,4%) [11].

Wedlug danych *Global Information System On Alcohol And Health* (GISAH 2011) do picia alkoholu w ostatnich 12 miesiacach przyznalo sie 74,2% doroslych Polakow (83,6% mezczyzn i 65,7% kobiet) [12]. W tych samych badaniach wskaźnik picia alkoholu byl na poziomie srednim (3 - *medium risky* wedlug *Patterns of drinkingscore*GISAH) [12].

Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) [13], szacujacy ilosc czystego alkoholu spozywanego na jednego mieszkancza danego kraju w ciagu roku wykazal, ze przecietny Polak wypija 13,3 litra czystego alkoholu. Klasuje to Polske na 12. miejscu na swiecie, miedzy innymi za Moldawia (18,2 l), Czechami (16,5 l), Węgrami (16,3 l), Ukraina (15,5 l), Białorusia (15,1 l) [13].

Karama i wsp. [14] sugeruje, że częstość występowania picia alkoholu wśród studentów wydaje się być podobna w Europie, Ameryce Północnej i Południowej oraz w Australii, natomiast nieco niższa w Afryce i Azji.

Andersson i wsp. [15] badali spożycie alkoholu w grupie studentów ze Szwecji. Okazało się, że 44,8% studentów płci męskiej i 50,4% żeńskiej - piło alkohol raz w tygodniu, a 38,8% mężczyzn i 20,1% kobiet - nawet częściej. Autorzy [15] wykazali statystycznie istotną zależność pomiędzy spożywaniem alkoholu przez studentów alkoholu częściej niż raz w tygodniu a problemami: w nauce ($p < 0,001$), finansowymi ($p < 0,001$) i ze snem ($p < 0,001$).

Podobne wyniki uzyskali Bustamante i wsp. [16] w badaniach przekrojowych dotyczących 3.339 studentów Ameryki Południowej (Brazylia, Chile, Kolumbia, Honduras, Peru). Badania wykazały, że 42,0% studentów deklarujących spożycie alkoholu, piło go przynajmniej raz w miesiącu, w tym 14,2% raz w tygodniu [16].

Franca i wsp. [17] przebadali we Francji 731 studentów II roku, na kierunkach medycznych i humanistycznych. Epizody ciężkiego upijania się (do 3 razy w miesiącu) dotyczyły 26,0% studentów kierunków medycznych oraz 16,9% kierunków humanistycznych. Powyżej 4 razy w miesiącu upijało się 4,4% studentów kierunków medycznych i 10,0% studentów kierunków humanistycznych [17].

Keller i wsp. [18], w grupie studentów niemieckich I roku kierunków medycznych wykazała, iż 24,0% z nich w ciągu ostatnich 2 tygodni spożywało alkohol.

Dane statystyczne z badania przeprowadzonego przez zespół Obserwatorium Integracji Społecznej Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej [19] informują, że 76% uczniów szkół ponadgimnazjalnych, 43% gimnazjalistów i 22% uczniów szkół podstawowych, spożywało przynajmniej raz w swoim życiu alkohol. Wskazują także, że wraz z wiekiem rosła liczba osób sięgających po napoje alkoholowe. Ponadto okazało się, że w ostatnich latach niepokojąco obniżył się próg wieku, w którym młodzież po raz pierwszy spożywała alkohol - wiek inicjacji alkoholowej w województwie podlaskim to średnio 12 - 13 lat, w tym u dziewcząt - 13 lat, natomiast u chłopców - 12 lat [19].

Z kolei badania Ostaszewskiego i wsp., tzw. badania mokotowskie 2012 [20], przeprowadzone w 2012 roku wskazały, że odsetek abstynentów wśród 15-letniej młodzieży, w porównaniu do danych z 2008 roku, wzrósł o sześć punktów procentowych ($p < 0,001$). Prawie jedna czwarta młodzieży nie piła alkoholu. Korzystne zmiany dotyczące wzrostu odsetka 15- latków utrzymujących abstynencję dotyczyły zarówno chłopców (26%

abstynentów - wzrost o 6 punktów procentowych w porównaniu do 2008 roku, $p < 0,05$), jak i dziewcząt (20% abstyntenek - wzrost również o 6 punktów procentowych w porównaniu do 2008 roku, $p < 0,01$). Wyniki badania wskazały także, że do połowy lat 90. systematycznemu zmniejszeniu podlegały odsetki młodzieży, która nigdy nie piła napojów alkoholowych. Między rokiem 1996 a 2004 autorzy obserwowali stabilizację odsetka niepijących [20].

Kurpas i wsp. [21] badaniami objęli 1.054 studentów polskich uczelni wyższych i zauważyli, że 39,4% studentów spożywa alkohol 2–4 razy w miesiącu.

W badaniu Stefańskiej i wsp. [22] wykazano niekorzystną sytuację w przypadku liczby osób pijących alkohol wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Około 90% ankietowanych, w tym 91% studentek i 87% studentów, deklaroowało picie alkoholu. W powyższym badaniu wykazano również częstsze spożywanie alkoholu przez mężczyzn (najczęściej kilka razy w tygodniu), niż przez kobiety (zwykle kilka razy w miesiącu) [22].

Alkohol spożywało 95,7% studentów kierunków niemedycznych oraz 100% studentów z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, z badania Kozłowski i wsp. [23]. Co czwarty student z obu grup studenckich spożywał alkohol 2 lub więcej razy w tygodniu. 40,5% studentów uczelni niemedycznych i 52,4% z uczelni medycznych deklaroowało picie alkoholu średnio raz w tygodniu. 31,9% studentów uczelni niemedycznych i 38,1% uczelni medycznych przynajmniej raz w życiu piło bez przerwy przez dwa lub więcej dni [23].

Opublikowany raport Światowej Organizacji Zdrowia (*Global status report on alcohol and health 2014*) [24], dotyczący analizy spożycia trunków w 194 krajach członkowskich UE wykazał, że w litrach czystego alkoholu *per capita* na jednego Polaka przypada rocznie ok. 12,5 litra, czyli aż dwukrotnie więcej niż wynosi światowa średnia (6,2 litra) i o połowę więcej, niż dla mieszkańca USA (9,2 litra). Większe dawki dotyczyły jedynie Białorusinów (17,5 l), Mołdawianów (16,8 l), Litwinów (15,4) i Rosjan (15,1 l na głowę). W Rumunii było to 14,4 l, na Ukrainie - 13,9 l, w Andorze - 13,8 l, na Węgrzech - 13,3 l, w Czechach i Słowacji - 13 l, w Portugalii 12,9 l, a w Serbii - 12,6 l na głowę [24].

Rocznie w Polsce alkoholem zatrauwa się 1.700 osób, mniej więcej tyle samo umiera z powodu chorób spowodowanych alkoholem (fizycznych i psychicznych), a kolejne 7 tys. umiera na marskość wątroby [24]. W grupie najmłodszych Polaków (w wieku 15-29 lat), aż 20% zgonów ma związek z alkoholem [24].

Przeciętny Polak dziennie spożywa 50 gram spirytusu, Kazach - 54, a Rosjanin - 48g, najczęściej jest to piwo, potem wódka, samogon, whisky i wino [24].

Z kolei wyniki badania „*Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*”, przeprowadzone w roku 2015 przez OECD (*Organisation for Economic Cooperation and Development* - Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju) [24], w 34 krajach członkowskich tej organizacji wykazały, że obecnie po alkohol sięga się znacznie częściej i chętniej niż 20 lat temu. Statystyczny Polak, co roku wypija 10,3 litra czystego alkoholu, głównie piwa, trunków na bazie spirytusu i wina [24].

OECD [25] zaliczyło Polskę do tzw. grupy ryzyka, obok Finów (wzrost z 8,9 do 9,8), Norwegów (od 4,7 do 6,4), Islandczyków (od 4,7 do 6,3), Izraelczyków (od 1,8 do 2,7) i Szwedów (od 6,3 do 7,3). W raporcie podkreśla się także bardzo duży wzrost spożycia alkoholu, w ciągu minionych dwóch dekad, w Brazylii, Chinach, Rosji oraz Indiach [25].

Pomimo powyższego, w krajach członkowskich OECD, w ciągu minionych 20 lat, spożycie alkoholu spadło o 2,5% i obecnie wynosi 9,1 litra rocznie [25].

W świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) [26] przeprowadzonego w grupie 2.8826 osób odsetek osób dorosłych pijących napoje alkoholowe obniżył się z 74% do 72%, natomiast całkowitą abstynencję, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, zadeklarowało 28% dorosłych mieszkańców Polski. W strukturze konsumpcji alkoholu dominowało spożywanie piwa (blisko 70% konsumpcji), wysokoprocentowych trunków - 20% i wina - 10% [26].

Odsetek pijących alkohol zmniejszył się z około 66% kobiet i 85% mężczyzn w roku 2009, do 63% kobiet i 83% mężczyzn w roku 2014 [26].

Najliczniejszą grupę pijących alkohol stanowią osoby w wieku 30-49 lat [26].

Kobiety o wiele rzadziej, niż mężczyźni, deklarowały częstsze picie alkoholu - do picia alkoholu co najmniej 1 raz w tygodniu przyznał się co 3 pijący mężczyzna, a tylko co 7 pijąca alkohol kobieta [26].

Niestety, zauważalny jest także poważniejszy problem, związany z coraz częstszym sięganiem po alkohol przez nieletnich [25]. Raport OECD wykazał, że w pierwszej dekadzie XXI wieku, przynajmniej raz w życiu upiło się 30% chłopców w wieku poniżej 15. roku życia, a obecnie wskaźnik ten wynosi aż 43%. Podobnie sytuacja dotyczy młodych dziewczynek [25].

Szacuje się, że Resler i Cichosz [27], że w 2012 roku ponad 3,3 mln osób na całym świecie zmarło z przyczyn związanych z alkoholem, w tym ponad 6% młodych ludzi między 15. a 29. rokiem życia.

W 2009 roku, w przeliczeniu na czysty alkohol, średnie spożycie napojów wysokoprocentowych wynosiło 10,1 l na osobę powyżej 15. roku życia, a w Europie -średnio 10,71 [27].

Resler i Cichosz [27] podkreślają, iż problem nadużywania napojów wysokoprocentowych przez młodzież jest zjawiskiem globalnym. W Australii np. 61% badanych w wieku 12–17 lat zgłaszało picie alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy, w Nowej Zelandii - 16% nieletnich kupowało alkohol w sklepie monopolowym, w Kanadzie 10,5% chłopców i 11,6% dziewcząt w wieku od 12 do 17 lat regularnie spożywa alkohol, w tym 8,2% chłopców i 5,7% dziewcząt pije do nieprzytomności [27,28,29].

W Rosji inicjacja picia alkoholu ma miejsce w wieku 12 lat u chłopców i 14 lat u dziewcząt [30], w Wielkiej Brytanii 84% młodzieży w wieku 12–17 lat próbowała już alkoholu [27].

Skala nikotynizmu

Ministerstwo Zdrowia, w Programie - ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2014-2018 [31] podało, że mimo systematycznych działań profilaktycznych, co roku, z powodu palenia tytoniu umiera średnio 67 tys. dorosłych osób, w tym 51 tys. mężczyzn i 16 tys. kobiet. W samym tylko roku 2010 roku liczba zgonów na nowotwór płuca w wyniku palenia wyniosła ponad 19 tys. (15 tys. mężczyzn i 4,6 tys. kobiet) [31].

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia w ciągu ostatnich 30 lat zaobserwowano w naszym kraju stopniowe ograniczenie spożycia tytoniu. Mimo to, palenie tytoniu niezmiennie pozostaje jedną z głównych przyczyn zgonów wśród dorosłej populacji Polaków. Na podstawie badania *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, zrealizowanego przez Główny Urząd Statystyczny wynika, iż w Rzeczypospolitej Polskiej w latach 2006-2011 odsetek osób dorosłych, które paliły codziennie, zmniejszył się o 3 punkty procentowe (z 27% w 2006 roku do 24% w 2011 roku) [32]. Ogółem w 2011 roku codziennymi palaczami w Polsce było 30,9% dorosłych mężczyzn oraz 17,9% dorosłych kobiet [32].

W świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) [32] palenie tytoniu jest coraz mniej popularne, a tytoń w różnej postaci paliło codziennie 29% dorosłych mężczyzn i 17% kobiet.

W okresie ostatnich 5 lat odsetek osób palących spadł o ponad 3. pkt. procentowe (z 29% do 26%) [32].

Codziennymi palaczami były z reguły osoby w wieku od 30 do 60 lat, Nałóg palenia najczęściej występował w grupie wiekowej od 50 do 59 lat (36% mężczyzn i 27% kobiet) [26].

Osoby mocno uzależnione (palące co najmniej 20 papierosów dziennie) stanowiły 55% ogółu palących mężczyzn i 31% wśród kobiet [26].

Zwraca się także uwagę [31], że liczba osób zaprzestających palenia wzrastała wraz z wiekiem - najmniej liczną grupę stanowiły osoby rzucające palenie w wieku 15-19 lat, a największą powyżej 60. roku życia. Większość palaczy używała wyrobów tytoniowych regularnie (82%), a tylko dwie piąte z nich (18%) pali papierosy okazjonalnie [31].

Stańczyk [33] sugeruje, że codziennie w Polsce palić zaczyna ok. 500 nieletnich chłopców oraz dziewcząt, co w skali roku daje to liczbę 180.000 młodocianych do 18. roku życia

Szacuje się [cyt. za 33], że dzieci w Polsce wypalają rocznie około 4 mld sztuk papierosów, około 3 mln dzieci to bierni palacze (boczny strumień dymu tytoniowego zawiera 35 razy więcej dwutlenku węgla i 4 razy więcej nikotyny niż dym wdychany przez aktywnych palących). Do incydentu palenia przyznaje się aż 70% uczniów w wieku 12 lat, a po papierosa często sięgają już dzieci w wieku 8 lat, a nawet w wieku 5 lat [33].

Zatoński i Przewoźniak [34] podkreślają, iż palenie tytoniu na przestrzeni lat stało się pewną normą, związaną z takimi potrzebami społecznymi, jak np. uleganie powszechnej modzie, czy manifestacja niezależności [34]. Badania Głównego Inspektoratu Sanitarnego [35], będącego koordynatorem Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce wykazują, że w Polsce palenie utrzymuje się od wielu lat na stałym poziomie - w roku 2009 odsetek osób palących codziennie wynosił 29%, a w roku 2013 - był zaledwie o 2 punkty procentowe niższy. Istotnie wyższe odsetki osób palących odnotowano wśród osób bezrobotnych (55% bezrobotnych mężczyzn i 43% bezrobotnych kobiet) [35].

Z badania przeprowadzonego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej (ROPS) w Białymstoku, wśród młodzieży szkolnej województwa podlaskiego wynika, że na terenie Podlasia prawie co trzeci uczeń zapalił papierosa [36]. Aż 397 z 1.648 uczniów, którzy wzięli udział w badaniu, przyznało się do tego, że paliło lub pali papierosy. Ponad połowa z tych (58%), którzy podjęli w swoim życiu próbę palenia papierosów, pochodziła z miasta, natomiast 42% ze wsi [36]. Raport wykazał także proporcjonalny wzrost wraz z wiekiem

liczby młodzieży szkolnej palącej obecnie papierosy. Jak wynika ze wspomnianego raportu, najczęściej deklarujących obecnie zażywanie nikotyny było w grupie uczniów I klasy szkoły ponadgimnazjalnej. Palenie deklarowało 18% ankietowanych szesnastolatków, 6% czternastolatków i 5% dwunastolatków. 14% ankietowanych szesnastolatków deklarowało palenie kilka razy w tygodniu. Znamienny jest również fakt, iż liczba palących dziewcząt była porównywalna do grupy chłopców (49,8% dziewczyn i 50,2% chłopców) [36].

Wyniki Bielawskiej i wsp. [37] pokazują, iż palacze tytoniu stanowią średnio około jedną czwartą wszystkich studentów.

Z kolei w badaniu Stefańskiej i Ostrowskiej [38] oceniającym zachowania antyzdrowotne studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wykazano, iż ponad 60% badanych obu płci nigdy nie paliło papierosów, a co piąty respondent zgłaszał okazjonalne wypalanie nielicznych papierosów.

Studenci z badania Siemińskiej i wsp. [39] znacznie rzadziej niż we Francji, Anglii, czy Stanach Zjednoczonych, palili tak zwane „lekkie papierosy” [40-43].

W literaturze przedmiotu podaje się, iż papierosy codziennie pali jedynie 3–5% studentów medycyny w Norwegii i Stanach Zjednoczonych [44,45], 21% we Francji [40], 26% w Turcji [41], 27% w Hiszpanii [42], 4% studentek i 19% studentów na Litwie oraz 5% studentek [46] i 34% studentów w Albanii [47].

Kasapila i Mkandawire [48] prowadzili badania wśród studentów College w Malawi i stwierdzili, że większą grupę (61,8%) stanowiły osoby wypalające poniżej pięciu papierosów dziennie. 26,5% paliło od 6 do 15 papierosów dziennie, a 11,5% powyżej 15 papierosów.

W badaniu Kusmy i wsp. [49] studenci uczelni medycznej z Berlinie wypalający poniżej 10 papierosów dziennie stanowili 78,5% badanych, od 11 do 20 papierosów - 12,3%, a więcej niż 20 papierosów dziennie - 9,2%.

Skala uzależnienia od substancji psychoaktywnych

W świetle Europejskiego Ankietywanego Badania Zdrowia (EHIS) [50] używanie substancji psychoaktywnych, innych niż alkohol i tytoń, było deklarowane bardzo rzadko, a jeżeli już to były to przetwory konopi. Co dwudziesta dorosła osoba, przynajmniej jeden raz w swoim życiu zażywała te substancje, ale w ciągu ostatnich 12 miesięcy czyniło to mniej niż

1,5% badanych [50]. Używanie marihuany lub haszyszu występowało częściej wśród mężczyzn, niż wśród kobiet, najczęściej osoby młode do 39. roku życia [50].

Raport Krajowy, który jest corocznie przygotowywany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i zawierający najnowsze informacje na temat problemu narkotyków i narkomanii w Polsce, jest opracowywany w ramach sprawozdawczości do Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA - *The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*) [51] zawiera opracowane wyniki badania ilościowego przeprowadzonego na reprezentatywnej (1.000 osób) próbie Polaków powyżej 15. roku życia. W ciągu ostatniego roku, do zażywania nielegalnych substancji psychoaktywnych, przyznało się 2,5% badanej populacji, a 7,1% wcześniej je zażywało. W przypadku marihuany wskaźniki te wynosiły odpowiednio 2,4% w ciągu ostatniego roku oraz 6,6% wcześniej [51].

W opinii Komisji Europejskiej [cyt. za 52] co dwa tygodnie, w ciągu ostatnich dwóch lat, pojawia się nowa psychoaktywna substancja syntetyczna. Rekordową liczbę, bo aż 41 takich substancji Unia Europejska zidentyfikowała w roku 2010. W roku 2009 uznano, że dopalacze, podobnie jak narkotyki (typu ekstazy czy kokaina), wywołują niebezpieczne objawy, są coraz częściej dostępne przez Internet i łatwiej są dystrybuowane [cyt. za 52].

Kruk i wsp. [53] badaniem objęli 477 studentów studiujących w Wyższej Szkole Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie oraz na Uniwersytecie Rzeszowskim. Stwierdzono, że 10,7% studentów zadeklarowało zażywanie dopalaczy, a 1,5% zamierzało je spróbować. Nigdy „nie brało” narkotyków 83,6% studentów, a „biorący”, albo „kiedyś biorący”, najczęściej stosowali marihuanę. 56,3% badanych spożywało natomiast napoje energetyzujące, głównie w czasie dużego wysiłku fizycznego [53].

W roku 2014 Komitet Naukowy EMCDDA, za Kruk i wsp. [53] przeprowadził ocenę ryzyka nowych, silnych substancji, takich jak 25INBOMe, AH-7921, MDPV i metoksetaminy, które uważa się za bardziej szkodliwe i sprzedawane jako substancje zastępujące LSD (halucynogen), kokainę (substancję stymulującą), morfinę (opiat) i ketaminę (o właściwościach dysocjacyjnych, przeciwbólowych i znieczulających).

W literaturze [54] zwraca się uwagę, iż około jedna czwarta populacji dorosłych Europejczyków (co najmniej 85 mln osób) używało narkotyków w ciągu swojego życia. Wskaźniki eksperymentowania są zróżnicowane w zależności od kraju - np. w Danii, Francji i Wielkiej Brytanii dotyczy 1/3 dorosłych osób, a w Bułgarii, Grecji, na Węgrzech, w Rumunii i Turcji - co dziesiątej osoby [54].

Badanie przeprowadzone w ramach akcji „Uczelnie Wolne od Narkotyków” i sfinansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii ze środków budżetowych Ministra Zdrowia wydzielonych na badania oraz środków pochodzących z funduszy europejskich (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii – EMCDDA), z inicjatywy Barbary Labudy, Sekretarza Stanu w Kancelarii Prezydenta RP, miało na celu zbadanie stopnia natężenia zjawiska używania przez studentów substancji psychoaktywnych [55]. Wykazano, że najwyższe rozpowszechnienie używania narkotyków dotyczyło grupy studentów wywodzących się z miast liczących od 50 do 200 tys. mieszkańców, rzadziej wśród studentów z mniejszych miast i ze wsi. Respondenci z dużych miast (ponad 200 tys. mieszkańców) charakteryzowali się najniższym rozpowszechnieniem. Najwyższy odsetek okazjonalnych użytkowników był w grupie mężczyzn na pierwszym roku studiów (35,4%), a wśród studentek - na IV roku studiów (24,8%) [56].

Pach i wsp. [57] badając studentów wyższych uczelni krakowskich wykazali, że 83,6% zetknęło się z zażywaniem środków odurzających wśród studentów, a 61,9% stwierdziło, że na zdobycie narkotyku potrzeba mniej niż jednego dnia. 38,3% studentów miało już za sobą inicjację narkotykową.

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku w swoim badaniu wykazał, że 13% uczniów szkół ponadgimnazjalnych zażywało w swoim życiu narkotyki, a co 25. uczeń gimnazjum i co 100. uczeń podstawówki miał już do czynienia z narkotykami [34]. Średni wiek sięgania po używki po raz pierwszy, szacuje się od 14. do 15. roku życia, przy czym tylko nieliczni uczniowie szkół podstawowych i gimnazjalnych zażywają obecnie środki narkotyczne. Zdecydowanie częściej po narkotyki sięgają uczniowie szkół ponadgimnazjalnych, a z badanej populacji 16-latków - 3% deklarowało zażywanie narkotyków [34].

Wyniki badań Rosińskiej [58], przeprowadzonych w województwie warmińsko-mazurskim w grupie młodych poborowych w wieku od 18 do 25 lat wykazały, że 29,5% stosowało środki odurzające, a powodem powyższego w 80,6% była ciekawość.

Podobne wyniki uzyskał Łuczak [59] badając osoby w wieku 18-25 lat, pochodzące z Ostrołęki oraz jej okolic i stwierdził, że 67,8% z nich zażywało środki odurzające i także głównym (35,7%) motywem powyższego była ciekawość. Potwierdziło się to także w badaniach Żukiewicz-Sobczak i wsp. [60] oraz Kapka-Skrzypczak i wsp. [61].

W badaniach Kuczyńskiego i wsp. [62], w którym wzięło udział 417 studentów z trzech uczelni z Polski i z Białorusi: w Suwałkach, Białymstoku i Grodnie potwierdziły, że

problem użycia narkotyków dotyczył wszystkich badanych uczelni, a prawie połowa respondentów wskazywała na możliwość bezproblemowego dostępu do środków psychoaktywnych.

Kozłowski i wsp. [63] w grupie 111 studentów oraz absolwentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i studentów uczelni niemedycznych województwa lubelskiego wykazał, iż 14,5% w grupie studentów uczelni niemedycznych i w 19,5% w grupie Uniwersytetu Medycznego używało narkotyki.

W Polsce najczęściej używane są przetwory konopi [51].

Po narkotyki częściej sięgają mężczyźni w wieku od 15 do 34 lat oraz osoby z wyższym bądź średnim wykształceniem [51]. Wyższy odsetek używania narkotyków obserwowano również w przypadku mieszkańców większych miast. Mimo sprzeciwu używania marihuany, wzrasta jej popularność, co może wiązać się ze wzrostem zapotrzebowania na leczenie [51].

W roku 2013, powodem zgłoszenia się do leczenia co drugiej osoby, która po raz pierwszy w życiu zgłosiła się na terapię, były problemy związane z używaniem marihuany [51].

Po leki nasenne i uspokajające, przyjmowane bez recepty lekarza, częściej sięgały kobiety powyżej 45. roku życia, mieszkanki wsi i mniejszych miejscowości, z wykształceniem wyższym bądź zawodowym [51].

W latach 1992–2003 liczba uczniów używających narkotyków w ciągu ostatniego roku systematycznie wzrastała (z 5% do 24%), a w następnych latach odsetki te uległy zmniejszeniu do poziomu poniżej 20% [51].

W 2013 roku w grupie uczniów mających kontakt z narkotykami w ciągu ostatniego roku, 88% zażywało marihuanę (wzrost o 6 punktów procentowych w porównaniu z rokiem 2010), 10% amfetaminę (spadek o 1 punkt procentowy), 4% kokainę, 3% haszysz, 2% LSD, po 1% grzyby halucynogenne, DXM oraz mefedron [51]. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających pomiar marihuanę i haszysz używał co czwarty uczeń (23% w 2012, 18% w 2010 roku), a w ciągu ostatnich 30 dni prawie co dziesiąty (9% w 2012, 8% w 2010 roku). Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza deklarował co piąty uczeń (20% w 2012, 20% w 2010 roku), w ciągu ostatnich 12 miesięcy co dziesiąty uczeń (10% w 2012, 10% w 2010 roku), a w ciągu ostatnich 30 dni, co dwudziesty (5% w 2012, 4% w 2010 roku). Po marihuanie i haszyszu najbardziej rozpowszechnioną nielegalną substancją była amfetamina [51].

Uzależnienie do Internetu/komputera

Castells [64] twierdzi, że *„Internet jest globalną siecią komunikacyjną, lecz sposób jego wykorzystania i jego ewolucyjna natura są produktem ludzkiego działania w określonych warunkach. Od czytelnika zależy, jak zinterpretuje i wykorzysta zaproponowane mu opublikowane teksty, teorie, obserwacje”*.

W okresie ostatnich lat obserwowany jest systematyczny wzrost zasięgu Internetu, w tym także w Polsce [51]. Obecnie dostęp do Internetu ma więc jeden na ośmiu Polaków powyżej 15. roku życia.

Badanie przeprowadzone przez CBOS w roku 2015 wykazały, że 67,9% Polaków przynajmniej sporadycznie korzysta z Internetu [9]. 98,1% stanowili użytkownicy, którzy nie mają w codziennym życiu problemów związanych z korzystaniem z sieci. Problem z uzależnieniem od Internetu dotyczyć może 0,08% badanej populacji, czyli 0,12% korzystających z sieci. Pewne symptomy zagrożenia uzależnieniem zdradzało natomiast 1,2% ogółu badanych, co stanowiło 1,8% korzystających z Internetu [9].

W badaniu CBOS z 2015 roku przeprowadzonych na liczącej 1.048 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski wykazano, iż 98% posiadało własny komputer, a z Internetu regularnie (przynajmniej raz w tygodniu) korzystało niemal dwie trzecie dorosłych (64%) Polaków [66].

Najbardziej zagrożonymi uzależnieniem od Internetu były osoby niepełnoletnie w wieku 15–17 lat, z czego 6,2% zdradzało symptomy uzależnienia bądź zagrożenia uzależnieniem od sieci. Wraz z wiekiem tego rodzaju zagrożenie spadało i w grupie osób po 65. roku życia, nie zostało w ogóle stwierdzone [9,65].

Badania EU Kids Online [cyt. za 67] przeprowadzone w czerwcu 2009 roku w 21 krajach europejskich, w tym także w Polsce, wykazały w porównaniu do lat ubiegłych, wzrost odsetka dzieci korzystających z Internetu oraz to że także ich rodzice zaczęli „nadrabiać zaległości” w tym zakresie. Po analizie klasyfikacji krajów według korzystania z Internetu przez dzieci i ryzyka napotkania niebezpieczeństwa w Internecie stwierdzono, że Polska znajduje się w kategorii ryzyko „wysokie – wysokie”, obok takich państw, jak Estonia, Islandia, Holandia, Norwegia, Wielkiej Brytanii i Słowenia. Zauważono, że dzieci zaczynają korzystać z Internetu w coraz młodszym wieku, np. w Polsce średnio ok. 9. roku życia. Biorąc pod uwagę wszystkie kraje okazało się, że jedna trzecia (33%) 9- i 10- latków korzystających z Internetu, przebywało w sieci codziennie. W Polsce aż 98% badanych

logowało się przynajmniej raz na tydzień, a aż 74% codziennie. Od 18 do 38% użytkowników stwierdzało u siebie symptomy uzależnienia (od 1 do 4 symptomów), a 9% ogółu badanych, w tym 11% chłopców i 7% dziewcząt, przejawiało cechy pięciu symptomów uzależnienia. Z badań EU Kids Online wynika również, że badani eksperymentowali ze swoją tożsamością i przez to znacznie częściej doświadczali ekspozycji na treści związane z seksem lub podtekstem seksualnym [cyt. za 67].

Innym badaniem związanym z ryzykiem behawioralnego uzależnienia od Internetu był projekt „*Badanie nadużywania Internetu przez młodzież w Polsce i Europie EU NET ADB*” [68]. Badanie złożone było z części ilościowej (badania ankietowe na reprezentatywnej próbie 13.284 respondentów) i części jakościowej (24 wywiady pogłębione z nastolatkami wykazującymi przynajmniej niektóre symptomy nadużywania Internetu) i przeprowadzono go w roku 2012 w Grecji, Niemczech, Holandii, Islandii, Polsce, Rumunii i Hiszpanii. Wykazano, że niemal 90% nastolatków od 14 do 17 lat posiada profil na przynajmniej jednym portalu społecznościowym (w 2009 roku procent ten był równy 60,4), częściej dziewczęta niż chłopcy. Większość młodzieży korzystała z Internetu codziennie, przy czym 81% młodzieży z własnego komputera, zaś 79% z dostępu do Internetu w telefonie komórkowym [68]. 52% badanych spędzało w Internecie co najmniej 2 godziny w dniu zajęć szkolnych, a w dni wolne – 37% respondentów co najmniej 4 godziny. 13% polskich nastolatków dysfunkcyjnie korzystało z Internetu, w tym 1% wykazywało objawy nadużywania Internetu, a 12% było zagrożonych problemem nadużywania, co w większym stopniu dotyczyło chłopców oraz młodzieży starszej, wśród użytkowników intensywnie grających online (63% nastolatków, częściej chłopców) oraz dużo czasu spędzających na portalach społecznościowych. Zauważono także, że istnieje związek między nadużywaniem Internetu a innymi problemami psychospołecznymi, typu depresja, wycofanie, agresja, zaburzenia myśli i uwagi. U 13% badanych wykazano także problemy z nadużywaniem gier *online* [68].

Wołpiuk-Ochocimska [69] podkreśla, iż Internet jako nowa technologia, uważana za symbol współczesnych czasów oraz tzw. „społeczeństwa informacyjnego”, stał się nie tylko źródłem rozrywki, ale także miejscem pracy, nauki, zakupów i kontaktów interpersonalnych, ułatwiając codzienne funkcjonowanie na poziomie społecznym, edukacyjnym i psychologicznym.

Burns i wsp. [70] przeprowadzili w Australii badania w grupie 2.000 losowo wybranych osób, których celem było zbadanie wzorców korzystania z Internetu przez

młodych ludzi oraz ocena przydatności zasobów internetowych w terapii problemów zdrowia psychicznego. Autorzy [70] wykazali, że 76,9% badanych Internet wykorzystywało celem łączenia się z innymi młodymi osobami, a 38,8% szukało informacji na temat problemów zdrowia psychicznego.

Engelberg i Sjöberg [71] uważają, iż fascynacja Internetem może zamienić się w rodzaj obsesji lub nałogu, przejawiającej się coraz większym głodem informacji, wydłużaniem się czasu spędzanego na korzystaniu z sieci, coraz częstszym „wybieraniem” komputera zamiast przyjaciół oraz uczestnictwa w zajęciach domowych.

Majchrzak i Ogińska-Bulik [72] badaniem objęli 400 osób. Ponad połowa ankietowanych użytkowała Internet więcej niż 3 lata i spędzała w sieci od 1 do 100 godzin tygodniowo, średnio 14 godzin. Najwięcej osób korzystało z komputera od 1 do 10 godzin w tygodniu (odpowiednio 43,3% mężczyźni i 74 % kobiety) [44].

Marcinkowski i wsp. [73] badaniem objęli 976 studentów. Okazało się, iż 7 i więcej godzin dziennie w sieci spędzało - 12% studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu i 7% z Uniwersytetu Adama Mickiewicza, w ciągu tygodnia 15% Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu i 9% z Uniwersytetu Adama Mickiewicza. Do intensywnego myślenia o Internecie i jego możliwościach przyznało się 25% z Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu i 14% z Uniwersytetu Adama Mickiewicza. 13% z Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu i 8% z Uniwersytetu Adama Mickiewicza twierdziło, że Internet pomaga im w redukowaniu negatywnych uczuć i złego samopoczucia. Pragnienie codziennego surfowania w Internecie wskazało 11% studentów z Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu i 7% z Uniwersytetu Adama Mickiewicza [73].

Uzależnienie do Telefonu komórkowego

W roku 2016 w Polsce [74] liczba aktywnych telefonów komórkowych wynosiła 58,84 mln (152%), czyli przypadało ok. 1,5 telefonu na jednego mieszkańca naszego kraju. W porównaniu do stycznia 2015 roku, w styczniu 2016 roku w Polsce było 3% aktywnych numerów komórkowych oraz 9% aktywnych użytkownikóiw mediów społecznościowych na urządzeniach mobilnych. 94% Polaków ma telefony komórkowe, a 59% – smartfony [74].

Personalizacja telefonów komórkowych (możliwość ustawienia wybranych przez siebie dzwonekóiw, wygaszaczy ekranóiw, własnej grafiki, wymarzonego modelu i różnych jego opcji funkcjonalnych typu zegar, notes, kalkulator, organizator, czy mobilnych typu

radio, dyktafon, GPS, odtwarzacz MP3, kamera, aparat fotograficzny, Internet, gry, akceptacja kart płatniczych) stwarza ich właścicielom możliwości pokazania własnej tożsamości, poczucia własnej wartości i statusu społecznego [75,76].

Warto jednak pamiętać, że w dobie tak szybkiego postępu technologicznego, gdy nowoczesne telefony komórkowe (smartfony) to miniaturowe komputery z nieograniczonym dostępem do Internetu, nie można mówić o problematycznym korzystaniu z telefonu komórkowego, nie biorąc pod uwagę korzystania z Internetu z jego pomocą.

Według Bloca [77] nadmierne wysyłanie SMS daje się zakwalifikować jako problem, który powoduje ogromne zniszczenia w ludzkiej psychice. Powyższą teorię popiera argumentem, że osoby nierozstające się nawet na chwilę z telefonem komórkowym, nadmierne pisanie SMS-ów traktują jako rodzaj używki, a odebranie im np. na kilka godzin komórki może spowodować napad agresji, niepokoju, rozkojarzenia lub nawet depresję. Jego zdaniem dorośli, w przeciwieństwie do dzieci, reagują bardziej agresywnym zachowaniem i silniej wyrażają chęć szukania innego telefonu, z którego mogliby skorzystać [77].

Osoby posiadające telefon komórkowy czują się bezpieczniej w różnych sytuacjach, takich jak np. wzywanie pomocy, potrzeba kontaktu z najbliższymi. Wykorzystują telefony także do wyszukiwania promocji, zakupów, przeliczania kalorii, słuchania ulubionej muzyki, ściąganie aplikacji wspomagającej przyswajanie wiedzy, jak np. Graphing Calculator by Mathlab, World Countries All-In-One, Aldikoebook leader, SuperMemo World, SuperMemo 98 9.3 itp. [75,78].

Obendorf [cyt. za 79] przytacza badanie Codaconsa przeprowadzone we Włoszech w grupie 300 wolontariuszy, w wieku od 20. do 30. roku życia przy braku swojego telefonu zmieniało swoje zachowanie (70%), nie mogło się obejść bez niego (70%), obserwowało reakcje wcześniej nie występujące, np. ciągle zerkanie na zegarek, szukanie telefonu, gdy w pobliżu usłyszeli dzwonek, ciągle wkładanie i wyjmowanie rąk z kieszeni (35%), traciło panowanie nad sobą, podnosiło głos, kłóciło się (25%) a 10% wykazywało nawet objawy depresyjne [cyt. za 79].

Belcer i Wojnarowska [80] podają, że z badań prowadzonych przez różne ośrodki wynika, iż około 64% młodzieży jest świadoma możliwości uzależnienia się od telefonu komórkowego, 34% nastolatków nie wyobraża sobie życia bez telefonu komórkowego.

Kubińska [81] stwierdziła, że 87% młodzieży używa telefonu podczas przyjęcia lub będąc na dyskotecie, 71% posługuje się nim w kinie, 69% - w szkole, 68% - w toalecie, 55% -

na randce, 46% - u lekarza, 37% - u kosmetyczki i fryzjera, 29% w teatrze, po 19% w muzeum i w kościele. 34% nie potrafiła określić czasu, jaki poświęca na użytkowanie telefonu komórkowego. W ciągu miesiąca użytkowanie telefonu komórkowego pochłaniało młodzieży czas odpowiadający pełnym 10 dniom, co w ciągu całego roku daje ponad 122 dni [81].

W roku 2011 zostało przeprowadzone, przez TNS OBOP, ogólnopolskie badanie pt. „Młodzież a telefony komórkowe” na reprezentatywnej grupie 400 Polaków w wieku od 12 do 19 lat, realizowanego w ramach kampanii edukacyjnej „Uwaga! Fonoholizm” [cyt. za 67]. Okazało się, że 60% nastolatków korzystało z telefonu komórkowego w czasie lekcji, 36% nastolatków nie wyobrażało sobie dnia bez telefonu komórkowego, a 27% wróciłby się po telefon komórkowy, gdyby zapomnieli go zabrać z domu [cyt. za 67].

Z najnowszych doniesień podanych przez ETOH (Fundacja Rozwoju Profilaktyki, Edukacji i Terapii Problemów Alkoholowych) wynika, że ponad 90% młodych było właścicielami telefonu komórkowego i intensywnie go wykorzystywało, 91% raz lub kilka razy dziennie wysyłało SMS-y, 82% wykonywało połączenia komórkowe z Internetem, aby skorzystać z serwisów społecznościowych, portali internetowych lub poczty e-mail, a 60% korzystało z telefonu komórkowego podczas lekcji [82].

Piśmiennictwo

1. Dzielska A., Kowalewska A.: Zachowania ryzykowne młodzieży – współczesne podejście do problemu, *Studia BAS*, 2014, 2, 139–168.
2. Jessor R., Turbin M.S., Costa F.M.: Protective factors in adolescent health behavior, *J. Pers. Soc. Psychol.*, 1998, 75, 923–933.
3. Zajączkowski K.: Uzależnienia od substancji psychoaktywnych, Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 2003.
4. Zajączkowski K.: Nikotyna, alkohol, narkotyki. Profilaktyka uzależnień, *Krótki poradnik psychologiczny*, Rubikon, Kraków, 2001.
5. Janiszewski Wł.: Stare i nowe uzależnienia - podobieństwa i różnice, *Probl. Narkom.*, 2009, 1, 66-84.
6. Guerreschi C.: Nowe uzależnienia, Wyd. Salwador Kraków, 2006.
7. Mazur J., Tabak I.: Koncepcja „resilience”, od teorii do badań empirycznych, *Med. Wieku Rozw.*, 2008, 1/12, 597–603.

8. Ogińska-Bulik N.: Prężność psychiczna a zadowolenie z życia osób uzależnionych od alkoholu, *Alcoholism and Drug Addiction*, 2014, 27, 4, 319-324.
9. Gwiazda M.: Raport CBOS: Pracoholicy, siecioholicy, hazardziści... uzależnienia od zachowań, 76.2015, Warszawa, 2015, 7, 1-10.
10. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: Poradnik dla rodziców, Available from: www.parpa.pl/content/view/202/12, data pobrania 30.05.2016.
11. Główny Urząd Statystyczny w Krakowie: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 roku. Studia i analizy statystyczne. Kraków 2011, www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_dzieci_mlodziemy_w_polsce_2009.pdf, data pobrania 30.05.2016.
12. Global information system on alcohol and health. Geneva, World Health Organization, 2011. <http://apps.who.int/gho/data/view.main?showonly=GISAH>); data pobrania: 20.05.2016.
13. World health statistics 2013. World Health Organization, 2013. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/; data pobrania: 30.05.2016
14. Karama E., Kyprid K., Salamounc M.: Alcohol Use Among College Students: An International Perspective, *Curr. Opin. Psychiatr*, 2007, 20, 3, 213–221.
15. Andersson A., Wiréhn A.B., Ölvander C., et al.: Alcohol use among university students in Sweden measured by an electronic screening instrument, *BMC Public Health*, 2009, 9, 229.
16. Bustamante I.V., Carvalho A.M.P., de Oliveira E.B., et al.: University students' perceived norms of peers and drug use: a multicentric study in five latin American countries, *Rev. Lat. Am. Enferm.*, 2009, 17, 838–843.
17. Franca L.R., Dautzenberg B., Falissard B., et al.: Peer substance use overestimation among French university students: a cross-sectional survey, *BMC Public Health*, 2010,10, 169.
18. Keller S., Maddock J.E., Laforge R.G., et al.: Binge drinking and health behavior in medical students, *Addict. Behav.*, 2007, 23, 505–515.
19. Mas A., Nerín I., Barrueco M., et al.: Smoking habits among sixth-year medical students in Spain, *Arch. Bronconeumol.*, 2004, 40, 403–408.
20. Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., et al.: Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie

- 2012, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zakład Zdrowia Publicznego, Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”, Warszawa, 2013
21. Kurpas D., Mroczek B., Bielska D., i wsp.: Spożycie alkoholu i palenie tytoniu wśród studentów wyższych uczelni medycznych, *Przegl. Lek.*, 2012, 69, 893–895.
 22. Stefańska E., Ostrowska L., Kardasz M., i wsp.: Ocena wybranych cech stylu życia kształtujących stan zdrowia studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, *Nowa Med.*, 2010, 4, 125-129.
 23. Kozłowski P., Idziak M., Jędrzejewska B., i wsp.: Ocena występowania negatywnych czynników stylu życia wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i studentów uczelni niemedycznych, *J. Health Sci.*, 2014, 04, 191-200.
 24. Raport - Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html?pdf=1>, data pobrania 24.02.2016.
 25. Raport OECD: Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/tackling-harmful-alcohol-use_9789264181069-en#page1, data pobrania 22.02.2016
 26. Raport - Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html?pdf=1>, data pobrania 24.02.2016.
 27. Resler K., Cichosz D.: Nadużywanie alkoholu przez dzieci i młodzież w Polsce i na świecie, *Pediatrics, Med. Rodz.*, 2015, 11, 3, 295–301.
 28. Rowland B., Toumbourou J.W., Osborn A., i wsp.: A clustered randomized trial examining the effect of social marketing and community mobilisation on the age of uptake and levels of alcohol consumption by Australian adolescents, *BMJ Open*, 2013, 3:e002423 doi:10.1136/bmjopen-2012-002423
 29. Gadalla T.M.: Unhealthy behaviours among Canadian adolescents: prevalence, trends and correlates, *Chronic Dis. Inj. Can.*, 2012, 32, 156–163.
 30. Verho A., Laatikainen T., Vartiainen E., i wsp.: Changes in alcohol behaviour among adolescents in North-West Russia between 1995 and 2004, *J. Environ. Public. Health*, 2012, 2012, 736249. doi: 10.1155/2012/736249

31. Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2014-2018. Rada Ministrów, Opracowany przez Ministerstwo zdrowia, Warszawa, 2013. http://www.ko.poznan.pl/pub/ftp/Edukacja_zdrowotna/papierosy%202014-2015.pdf, data pobrania 24.02.2016.
32. Raport GUS: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r., http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2011.pdf data pobrania 24.02.2016.
33. Stańczyk J., Wpływ palenia tytoniu na stan zdrowia dzieci i młodzieży, Medycyna Praktyczna Pediatria, artykuł on-line, <http://pediatria.mp.pl/pielęgnacja/show.html?id=70475>, data pobrania data pobrania 24.02.2016.
34. Zatoński W., Przewoźniak K.: Palenie tytoniu w Polsce: postawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka, Centrum Onkologii–Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa, 1996.
35. GIS: Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu, GIS, Warszawa, 2013.
36. Problematyka uzależnień wśród dzieci i młodzieży - skala zjawiska w województwie podlaskim, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Obserwatorium Integracji Społecznej, Białystok 2011, http://www.rops-bialystok.pl/wwwois/wp-content/uploads/2013/03/4.-RAPORT_Uzależnienia-22.08.2011.pdf, data pobrania 30.05.2016.
37. Bielawska A, Kmiecik M, Jędrasiak L.: Rozpowszechnienie palenia papierosów wśród studentów I roku Akademii Medycznej, *Przeegl. Lek.*, 2006, 10, 1031–1037.
38. Stefańska E., Ostrowska L., Kardasz M., i wsp.: Ocena wybranych cech stylu życia kształtujących stan zdrowia studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, *Nowa Medycyna*, 2010, 4, 125-129.
39. Siemińska A, Jassem J, Uherek M., i wsp.: Postawy wobec palenia tytoniu wśród studentów pierwszego roku medycyny, *Pneumol. Alergol. Pol.*, 2006, 74, 377–382.
40. Jossieran L., Raffin J., Dautzenberg B., i wsp.: Knowledge, opinions, and tobacco consumption in a French faculty of medicine, *La Presse Médicale*, 2003, 32, 1883–1886.
41. Akvardor Y., Demiral Y., Ergör G., et al. : Substance use in a sample of Turkish medical students, *Drug Alcohol Depen.*, 2003, 72, 117–121.
42. Mas A., Nerín I., Barrueco M., et al.: Smoking habits among sixth-year medical students in Spain, *Arch. Bronconeumol.*, 2004, 40, 403–408.

43. Newbury-Birch D, White M, Kamali F.: Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students, *Drug Alcohol Depen.*, 2000, 59, 125–130.
44. Patkar A.A., Hill K., Batra V., et al.: A comparison of smoking habits during medical and nursing students, *Chest Journal*, 2003, 124, 1415–1420.
45. Valaker T, Jonassen T, Bakke P.: Smoking habits among medical students in Bergen, *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 2005, 125, 276–227.
46. Veryga A., Stanikas T.: Smoking habits, attitudes and smoking cessation among sixth-year medical students of Kaunas University of Medicine, *Medicine (Kaunas)*, 2005, 41, 607–613.
47. Vakefliu Y., Argjiri D., Peposhi I., et al.: Tobacco smoking habits, beliefs and attitudes among medical students in Tirana, Albania, *Prev. Med.*, 2002, 34, 370–373.
48. Kasapila W., Mkandawire T.: Drinking and Smoking Habits Among College Students in Malawi, *Eur. J. Soc. Sci.*, 2010, 15, 441–448.
49. Kusma B., Quarcoo D., Vitzthum K.: Berlin’s medical student’s smoking habits, knowledge about smoking and attitudes toward smoking cessation counseling, *J. Occup. Med. Toxicol.*, 2010, 16, 5–9.
50. Główny Urząd Statystyczny w Krakowie: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 roku. Studia i analizy statystyczne. Kraków 2011, www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_dzieci_mlodziemy_w_polsce_2009.pdf, data pobrania 30.05.2016.
51. National Drug Report (2013 data) to the EMCDDA by the Polish REITOX Focal Point “POLAND” New Development, Trends and in-depth information on selected issues, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii – National Bureau for Drug Prevention, Warsaw, Poland, 2015.
52. Dopłacze na cenzurowanym. <http://www.tvp.pl/publicystyka/polityka/polska-prezydencja-wradzie-unii-europejskiej/aktualnosci/doplacze-nacenzurowanym/5545201>, data pobrania 30.05.2016.
53. Kruk W., Cichocka I., Zając K., i wsp.: Problem stosowania substancji uzależniających (dopłacze, narkotyki, napoje energetyzujące) wśród studentów wybranych uczelni rzeszowskich, *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2014, 95, 4, 880-888.
54. Europejski raport narkotykowy na rok 2013. Tendencje i osiągnięcia. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii 2013:13,14,31, 44,45. <http://>

www.gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/%C5%9Arodki%20Zast%C4%99pcze/raport_emcdda_2013-1.pdf, data pobrania 30.05.2015

55. Studenci 2004. Raport z badania ankietowego na temat używania substancji psychoaktywnych przez studentów. <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/studenci-2004-raport-z-badania-ankietowego-na-temat-uzywania-substancji-psychoaktywnych-przez-studentow/>, data pobrania 30.05.2016.
56. Stefańska E., Ostrowska L., Kardasz M., i wsp.: Ocena wybranych cech stylu życia kształtujących stan zdrowia studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, *Nowa Medycyna*, 2010, 4, 125-129.
57. Pach J., Tobiasz-Adamczyk B., Jabłoński P., i wsp.: The drug free Universities – trends in illicit drug use among the Kraków’s students, *Przegl. Lek.*, 2005, 62, 342-350.
58. Rosińska N.E.: Zażywanie narkotyków i picie alkoholu przez poborowych z województwa warmińsko-mazurskiego, *Zdr. Publ.*, 2005, 115, 505-509.
59. Łuczak E.: *Narkomania a środowisko: diagnoza, profilaktyka, percepcja*, Wyd. A-RT, Olsztyn, 1998.
60. Żukiewicz-Sobczak W., Chmielewska-Badora J., Krasowska E., i wsp.: „Dopalacze” – eksperyment wysokiego ryzyka w ujęciu przepisów nowej ustawy, *MONZ*, 2012, 18, 2, 137-140.
61. Kapka-Skrzypczak L., Cyranka M., Wojtyła A.: Dopalacze jako „palący” problem w kontekście zdrowia publicznego, *Zdr. Publ.*, 2011, 121,2, 174-180.
62. Kuczyński J., Kleszczewska E., Popławski T., i wsp.: Badanie używania substancji psychoaktywnych oraz postaw prozdrowotnych wśród studentów uczelni z Suwałk, Białegostoku i Grodna. *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2011, 92, 4, 760-765
63. Kanicka M., Krupicka A., Krysińska M., i wsp.: Wiedza i postawy studentów kierunku Zdrowie Publiczne Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku dotycząca nikotynizmu, *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2010, 91, 1, 164-168.
64. Castells M.: *Spółeczeństwo sieci*, WN PWN, Warszawa, 2007.
65. Gwiazda M.: Raport CBOS: Pracoholicy, siecioholicy, hazardziści... uzależnienia od zachowań, 76.2015, Warszawa, 2015, 7, 1-10.
66. Feliksiak M.: *Internauci 2015. Badania CBOS*, BS/90/2015, Warszawa, 2015,6, 1-20.
67. Orzechowska A.: *Siecioholizm i fonoholizm zagrożeniem współczesnej młodzieży* [w:] *Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe u młodzieży*, Teoria,

- diagnoza, profilaktyka, terapia. Jarczyńska J. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2014, 121.
68. Makaruk K., Wojcik Sz.: Raport EU NET ADB - Badanie nadużywania Internetu przez młodzież w Polsce i Europie, Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa, 2012, <http://www.saferinternet.pl/images/stories/pdf/raport-eu-net-adb-pl-final.pdf>, data pobrania 22.02.2016.
69. Wołpiuk-Ochocinska A.: Uzależnienie od Internetu - przybliżenie zjawiska, *Studia z psychologii w KUL*. 2006, 13, 99-119
70. Burns J.M., Davenport T.A., Durkin L.A., i wsp.: The internet as a setting for mental health service utilisation by young people, *Med. J. Australia*, 2010, 192, supl. 11, S22-26.
71. Engelberg E., Sjöberg L.: Internet Use, Social Skills, and Adjustment, *CyberPsych. Beh.*, 2004, 7, 41-47
72. Majchrzak P., Ogińska-Bulik N.: Uzależnienie od Internetu, Wyd. WSHE, Łódź, 2010.
73. Marcinkowski J.T., Bajek A., Galewska I.: Aktywność studentów w Internecie - oceniana pod kątem uzależnienia od Internetu, *Hygeia Public Health*, 2010, 45, 2, 135-142.
74. Mobile i digital w Polsce i na świecie w 2016 roku, <https://mobirank.pl/2016/01/27/mobile-digital-w-polsce-na-swiecie-2016/>, data pobrania 30.05.2016.
75. King A.L., Valenca A.M., Nardi A.E.: Nomophobia: the mobile phone in panic disorder with agoraphobia: reducing phobias or worsening of dependence? *Cognitive and Behavioral Neurology*, 2010, 23, 52-54.
76. Jędrzejko M., Taper A.: Mechanizmy uzależnień w Wielkiej Sieci, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Fundacja Pedagogium, Warszawa, 2010
77. Block J.J.: Issues for DSM-V: Internet Addiction, *Am. J. Psychiatry*, 2008, 165, 306-307.
78. Karpowicz J., Gryż K.: Telefonía bezprzewodowa w naszym życiu, *Bezpieczeństwo Pracy – Nauka i Praktyka*, 2005, 6, 26-29.
79. Obendorf H.: *Minimalism: Designing Simplicity*, Springer, Hamburg, 2009.
80. Blecer A., Wojnarowska A.: Fonoholizm – nowe uzależnienie młodzieży, *Patologie*, 39-38

81. Kubińska K.: Fonoholizm gimnazjalistów? Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze, 2010, 10, 495.
82. Węgrzecka-Giluń J., Ostaszewski K.: Uzależnienia behawioralne, rodzaje oraz skala zjawiska, sygnały ostrzegawcze i skutki. Kompendium wiedzy dla rodziców. ETOH Fundacja Rozwoju Profilaktyki, Warszawa, 2014, http://www.eto.edu.pl/index.php?option=com_kontent&task=view&id=295&Itemid, data pobrania 23.02.2016.

Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży

Boguszewska Michalina Iga¹, Harasim-Piszczałowska Emilia²

1. Studenckie Koło Wolontariuszy Medycznych, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. studia doktoranckie, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Na świecie uważnie szacuje się wiek rozpoczęcia inicjacji seksualnej w poszczególnych krajach. W opinii publicznej nadal panuje przeświadczenie o obniżaniu się wieku pierwszych przeżyć seksualnych, jednak zjawisko to nie jest zauważalne we wszystkich krajach, ponieważ w niektórych zauważane jest podwyższanie się zarówno tego wieku, jak i wieku zawarcia związku małżeńskiego [1].

W XXI w. pod rozważania brane są również czynniki predysponujące do wczesnego podjęcia współżycia seksualnego, jak też idące za tym krótko- i długofalowe konsekwencje psychiczne oraz fizyczne. Istotny jest także wszelkiego rodzaju stres odczuwany przez adolescentów, ich przeszłość seksualna oraz poczucie własnej wartości - wszystkie te czynniki mają wpływ na określenie późniejszego prawdopodobieństwa podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych [2]. Bezpośredni związek związany z podejmowaniem aktywności seksualnej ma jej rodzaj aktywności, w tym zachowania ryzykowne, metody stosowanej antykoncepcji oraz wiedza związana z obszarem seksualności ludzkiej.

Inicjacja seksualna jest wielkim przeżyciem, mającym duży wpływ na psychikę jednostki, w związku z czym nie może być pominięta w rozważaniach nad rozwojem młodego człowieka. Prawidłowa relacja seksualna opiera się na dawaniu i otrzymywaniu szczęścia, jakim jeden człowiek może obdarować drugiego, niezależnie od statusu społeczno-ekonomicznego. Idea szczęścia jest względna i trudna do zdefiniowania, pomimo iż jest celem każdego człowieka. Poczucie jego prawdziwego znaczenia jest emocjonalne, a nie racjonalne. Szczęśliwy związek pomiędzy dwojgiem ludzi daje każdej ze stron wiele satysfakcji, zaspokaja sferę uczuciową i potrzebę intymności oraz daje możliwość poprawy komunikacji, oraz emocjonalnych relacji obojga partnerów [3]. Bliskość z drugim

człowiekiem zarówno psychiczna, jak i fizyczna, znacząco podnosi jakość życia i jest jedną z głównych radości, jakie niesie ze sobą dorosłe życie. W przypadku dziewcząt, zakres płciowości jest znacząco przeniesiony na sferę aktywności emocjonalnej - duże znaczenie ma dla nich flirt, bycie adorowaną oraz zakochywanie się. U młodych mężczyzn myśli kierują się głównie w stronę zaspokojenia potrzeb fizycznych - określonych zachowań seksualnych i erotycznych [4]. Również z powodu mniejszego obciążenia zagrożeniami, takimi jak ciąża, to właśnie chłopcy decydują się na wcześniejsze podjęcie aktywności seksualnej [5].

Seksualność jest właściwością swoistą dla każdej jednostki, kreująca się poprzez doświadczanie unikatowych relacji społecznych oraz różnorodnych czynników indywidualnych. Aktywność seksualna jest rodzajem narzędzia, dzięki któremu można uregulować stosunki z otoczeniem oraz zredukować napięcie seksualne, dlatego też wyraża się poprzez zachowania seksualne o formie diadycznej (hetero- i homoseksualnej) lub indywidualnej, czyli autoerotycznej [6].

Najwcześniejszy wiek inicjacji seksualnej wśród dziewcząt w wybranych krajach europejskich odnotowuje się w Niemczech. Średnia wieku inicjacji seksualnej przeżywanej przez młode kobiety wynosi tam 14,5 roku. Wynik ten wydaje się być zatrważająco niski, lecz w porównaniu z innymi nacjami nie zauważa się zbyt wielkiego urozmaicenia - średnia wieku dla Wielkiej Brytanii to ok. 14,7, we Francji 16,0, zaś na Ukrainie 16,6. Najwyższą średnią wieku zauważono w Polsce, wynosiła ona 18,8. Wykazano, że na wiek inicjacji seksualnej nie ma wpływu miejsce zamieszkania w podziale uwzględniającym tereny wiejskie oraz miasto. Nastolatki, których rodzice mają wykształcenie wyższe, pretendują do odbywania częstszych stosunków seksualnych, niż ich rówieśnicy, których wykształcenie jest podstawowe lub średnie. Najczęstszymi kontaktami seksualnymi cechuje się młodzież francuska oraz białoruska, natomiast najrzadziej stosunki seksualne odbywa młodzież niemiecka [3].

Czynniki wpływające na podejmowanie aktywności seksualnej

W artykułach ukazujących próby opisanie ogółu zjawiska podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych z określeniem rodzaju tych zachowań, badano głównie grupy kobiet w wieku prokreacyjnym. Ponad 35% z nich dopuściło się odbycia stosunku seksualnego w miejscu publicznym, z czego 29,5% było pod wpływem narkotyków, alkoholu lub innych środków psychoaktywnych oraz 14,1% nie stosowało zabezpieczenia w postaci prezerwatywy, przy czym 13,2% badanej grupy doświadczyło zachowań seksualnych eksponujących na zakażenie HIV, zarażenie STD (*Sexually Transmitted Disease* - choroby

przenoszone drogą płciową) lub mogących skutkować nieplanowaną ciążą - należą do nich odbycie stosunku analnego, genitalnego lub oralnego z przypadkowym partnerem bez użycia kondomu [6]. Osoby z niską samoocena przeżywają swoją inicjację seksualną oraz dopuszczają się ryzykownych zachowań seksualnych wcześniej, niż ich rówieśnicy o prawidłowym poziomie samooceny [2],

Bardzo ważną rolę w życiu seksualnym młodych dziewcząt odgrywa ich relacja z ojcem. Niezwykle często wczesne podjęcie aktywności seksualnej przez dorastającą dziewczynę, powiązane jest z jej relacją ze swoim ojcem - jego nieobecność we wspólnocie rodzinnej przyczynia się do obniżenia wieku inicjacji seksualnej córki, lecz z drugiej strony im więcej zachowań nadopiekuńczych przejawia rodziciel, tym wcześniej jego córka podejmuje aktywność seksualną. Najzdrowszą sytuacją jest przejawianie przez ojca podejścia kochającego - w tym przypadku dziewczęta planują podjęcie przez siebie aktywności seksualnej, jest to o wiele bardziej przemyślane przedsięwzięcie. Kobiety opisujące swych ojców nie jako kochających, lecz jako odrzucających, częściej traktują swoją inicjację seksualną jako rodzaj wymuszenia dokonanego przez partnera seksualnego, niż przeżycia zaplanowanego czy przemyślanego [4].

Następstwa podjęcia współżycia oraz ryzykownych zachowań seksualnych

Konsekwencjami rozpoczęcia współżycia bez odpowiedniego przygotowania psychicznego, zbyt wczesnie oraz nierozważnie, może być zwiększenie ryzyka zapadania na choroby przenoszone drogą płciową, czyli chłamydioza, rzeżączka, nowotwory szyjki macicy oraz zakażenia wirusem opryszczki pospolitej typu 2 i *Mycoplasma hominis* [7]. Innymi zagrożeniami idącymi za wczesną inicjację seksualną są zaburzenia, takie jak obniżenie poczucia własnej wartości, depresja, niepokój, stres oraz wrogość spowodowana zranieniem uczuć. Bardzo istotną konsekwencją każdego stosunku seksualnego może być nieplanowana ciąża, która zwłaszcza w przypadku młodocianych kobiet rzutuje na całkowite późniejsze życie psychospołeczne jak i seksualne [2].

Dokładne zdefiniowanie wyrażenia "ryzykowne zachowania seksualne" jest wyzwaniem, ze względu na różnorodność kryteriów dotyczących wymiaru społecznego, fizycznego i psychicznego. Wymiar społeczny dyktowany jest przez kryteria moralne danej populacji, wymiar psychiczny to dojrzałość psychiczna jednostki, a wymiar fizyczny jest kwintesencją troski o integralność ciała, ochrona zdrowia i życia ludzkiego [6].

Jedną z definicji jest podejmowanie stosunków seksualnych bez zastosowania prezerwatywy, z partnerem będącym zakażonym lub nosicielem chorób przenoszonych drogą płciową, lub będącym nosicielem wirusa HIV [8]. Odnosi się to głównie do wymiaru fizycznego tego zachowania, ponieważ skupia się na ewentualnej utracie zdrowia (czasowej lub trwałej), mogącej być wynikiem danego zachowania seksualnego. Z wymiarem tym korespondują również wszystkie czynności prowadzące do trwałego lub czasowego uszkodzenia ciała oraz stanowiące bezpośrednie lub pośrednie zagrożenie życia.

Wczesne podjęcie aktywności seksualnej często związane jest z nakłanianiem lub wymuszaniem czynności seksualnych przez drugą osobę. Dziewczęta, które doświadczyły wykorzystywania seksualnego, przejawiają znacznie więcej ryzykownych zachowań seksualnych - obserwujemy w tych przypadkach częstsze ciąży nieletnich, niezabezpieczone stosunki seksualne i większy odsetek zapadalności na choroby przenoszone drogą płciową, zwłaszcza jeśli było to wykorzystywanie powiązane z penetracją. Ponadto zaburzenia zachowań seksualnych w wieku młodzieńczym, ściśle powiązane są z takimi czynnikami, jak zaburzone relacje rodzinne, stres życiowy czy przemoc fizyczna [9]. Wykorzystywanie seksualne nastolatków budzi większe poruszenie, niż osób młodszych, z powodu potencjalnie bardziej odczuwalnych konsekwencji zarówno bezpośrednie (ciąża), jak i pośrednie (pogorszenie stanu zdrowia, zwłaszcza przewlekłe schorzenia układu moczowo-płciowego oraz dróg rodnych) [10].

Ważnym aspektem są konsekwencje psychologiczne, idące za podejmowaniem zachowań seksualnych. Dojrzałość psychiczna (emocjonalna) jest czynnikiem poprawiającym jakość i trwałość więzi dwóch osób, lecz również poprawiającym satysfakcję czerpaną z życia seksualnego. U kobiet ma to szczególne znaczenie, biorąc pod uwagę zdolność do osiągnięcia orgazmu - im większa dojrzałość psychiczna, tym większa zdolność do osiągnięcia go [11]. Sferę seksualną można również podzielić na wymiary, przy jednoczesnym podkreśleniu istoty dojrzałości emocjonalnej:

1. Dominacja uczuć wyższych, działających na korzyść społeczeństwa, nad niższymi, egoistycznymi. Uczucia społeczne, takie jak: miłość, obowiązkowość, sprawiedliwość, przyjaźń, wstydlivość, odpowiedzialność, uczucia estetyczne, uczucia rodzinne, uczucia humanitarne, czerpanie satysfakcji z prawdy lub nieukontentowanie z powodu kłamstwa, poczucie humoru, współczucie - zdecydowanie dobrze rokują przy nawiązywaniu głębokiej więzi z innymi ludźmi, zaś utrudniają nawiązywanie i podtrzymywanie jej: nienawiść, zazdrość, gniew, zawiść.

2. Stabilność emocjonalna, czyli unikanie emocji silnie negatywnych, np. wybuchowości, gwałtowności, czy impulsywności i próba kontrolowania ich.
3. Bycie niezależnym od aprobaty lub dezaprobaty środowiska - dojrzałość pozwala na jednoczesne realizowanie swoich dążeń i utrzymywanie głębokich relacji ze społeczeństwem.
4. Brak niskiej samooceny oraz agresywności, a także prawidłowo ukształtowane poczucie rzeczywistości.
5. Zdolność do adaptacji w społeczeństwie poprzez pracę nad tolerancją, zrozumieniem oraz empatią.
6. Zmierzanie ku progresowi osobowościowemu i wzmacnianiu uczuć altruistycznych [12].

Dowodem dojrzałości emocjonalnej jest także zdroworozsądkowe istnienie w obszarze życia seksualnego, a więc odnalezienie równowagi pomiędzy życiem seksualnym i uczuciowym. Można zatem twierdzić, że czynnikiem sprzyjającym podejmowaniu ryzykownych zachowań seksualnych jest brak dojrzałości psychicznej - w tym przypadku zachowania te są pewnego rodzaju narzędziem do radzenia sobie z demonstrowaniem trudnych emocji, znoszeniem napięcia seksualnego, agresji, kształtowaniem oraz podnoszeniem poczucia własnej wartości, tworzeniem relacji społecznych, chociażby poprzez przemoc, podległość czy okrucieństwo [6].

Negatywne uczucia i doświadczenia emocjonalne, symptomy depresji, nadużycia substancji psychoaktywnych oraz zdrowie seksualne młodych dziewcząt są związane od początku do końca okresu dojrzewania [13].

Ryzykowne zachowania seksualne, a używki

Olbrzymi wpływ na zaburzenia zdolności do podejmowania przez nas racjonalnej decyzji, mają zażywane przez nas substancje, m.in. alkohol. Badania przeprowadzone w college'ach w USA wykazały, że zdecydowana większość studentów spożywa napoje alkoholowe, a 40% z nich doświadcza stanów silnego upojenia alkoholowego przynajmniej 5 razy w ciągu dwóch tygodni. Interesujące wyniki otrzymano opisując aktywność seksualną amerykańskiej młodzieży w wieku od 18 do 24 roku życia - większość z nich (62-84% w zależności od uczelni), ma już za sobą inicjację seksualną, z czego od 19 do 34% z nich przeżyło stosunek płciowy w stanie upojenia alkoholowego. Badania również wykazały że 39% przeżywanych przez nich stosunków było niezabezpieczonych prezerwatywą, zaś 32%

spożywało napoje alkoholowe przed stosunkiem seksualnym [14]. Około 62% nastolatków regularnie podejmuje aktywność seksualną, lecz ważniejszym faktem jest to, iż 25% tej populacji miało sześciu lub więcej partnerów seksualnych, a osoby dbające o bezpieczeństwo przeżywanych stosunków seksualnych są w mniejszości - dziewczęta stosują doustną antykoncepcję hormonalną jedynie w 4 przypadkach na 10, do odbywania stosunków zabezpieczanych prezerwatywą przyznało się od 23 do 54% badanej młodzieży. Na podstawie adolescentów kanadyjskich wykazano, że 17% badanej grupy miało styczność z stosunkami analnymi, lecz jedynie niecałe 25% procent z nich stosowało zabezpieczenie w postaci prezerwatywy [15].

Odnośnie wyboru partnerów seksualnych - ankieta przeprowadzona wśród studentów uniwersytetów w USA wykazała, że studentki miały średnio trzech partnerów, którzy byli ich jednorazową przygodą (tj. partnerów, z którymi podjęły współzycie seksualne tylko i wyłącznie jednokrotnie) [16]. Ponadto 1 z 20 studentów Uniwersytetu w Maryland przyznało się do podjęcia czynności seksualnych z partnerem będącym osobą wysokiego ryzyka, tj. będącym nosicielem wirusa HIV, stosującym dożylną podaż narkotyków, cierpiącym na hemofilię, będącym biseksualnym mężczyzną lub prostytutującą się kobietą [17].

Mimo, że powyższe dane wskazują na powszechność spożywania alkoholu, ryzykownych zachowań seksualnych i sporadyczność stosowania doustnej antykoncepcji hormonalnej oraz prezerwatyw wśród studentów, nie ukazują jednoznacznie, czy istnieje powiązanie pomiędzy podejmowaniem jednej z tych czynności a wzrostem ryzyka udziału w kolejnej z nich [14].

Wystąpienie ryzykownych zachowań seksualnych u danej osoby może być przewidywane na podstawie takich czynników, jak: dotychczas przejawiane podstawowe zachowania seksualne, wyższy poziom edukacji seksualnej, pozytywne nastawienie do używania prezerwatyw, większa chęć zastosowania ich, mniej podkreślane trudności związanych z ich stosowaniem, większa liczba dni stosowania napojów alkoholowych, dzienny poziom spożycia alkoholu, mniejszy poziom stosowania ekstazy oraz mniejsza presja psychiczna. Niezabezpieczony stosunek płciowy był przewidywany na podstawie podstawowych zachowań seksualnych, picie alkoholu, stosowanie ekstazy oraz opiatów, mniejszej liczby dni stosowania napojów alkoholowych oraz mniejszej ilości spożywanego alkoholu w przeliczeniu na dzień. Nadmierne obciążenie psychiczne, używanie substancji psychoaktywnych oraz ryzykowne zachowania seksualne są ściśle ze sobą powiązane oraz powinny być brane pod uwagę łącznie podczas podejmowania działań interwencyjnych w tym zakresie, w przypadku młodych kobiet [13].

Motywacja poszczególnych zachowań a aspekt seksualności

Podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych bywa błędnie postrzegane jako promiskuityzm, tymczasem jest to pojęcie znacznie węższe, traktujące jedynie o zmianie partnerów seksualnych bez relacji uczuciowej, tak więc ryzykowne zachowania należą jedynie do spektrum zachowań promiskuitywnych. Działania te mogą być spowodowane chęcią kompensacji niskiego poczucia własnej wartości, urazami seksualnymi, nadmiernie wysokim libido, zaburzeniami relacji partnerskich, chorobami psychicznymi lub imprintingiem seksualnym [6]. Pomimo że pogląd mówiący o różnicach w podstawowych potrzebach seksualnych został opisany w literaturze, osiągnięto niewielki progres w określaniu zakresu pożądań związanych z kontaktami seksualnymi oraz w zrozumieniu seksu pociągającego za sobą odpowiedzi na różnego rodzaju potrzeby [18]. Chociaż większość teoretyków badających osobowość ludzką obrała jako cel opisanie zestawu podstawowych ludzkich motywów działań oraz potrzeb, które pobudzają do działania, ukierunkowują oraz determinują ludzkie zachowania, nie istnieje żaden konsensus omawiający naturę oraz liczbę tych motywów. Pomimo wielu rozbieżności, dwa nurty są wspólne dla szerokiego spektrum teorii motywacyjnych. Wydają się one być szczególnie istotne dla zrozumienia napędów emocjonalnych oraz zachowań interpersonalnych, takich jak zachowania seksualne. Rozróżnienia te skupiają się na:

1. Określeniu, czy zachowanie motywowane jest przez pragnienie uniknięcia negatywnego skutku lub osiągnięcia pozytywnego,
2. Określeniu, czy zachowanie jest przede wszystkim wewnętrzne, zorientowane na własną osobę, egocentryczne oraz samodzielnie kontrolowane lub też pochodzi z zewnątrz, skupione na społeczeństwie i przez nie kontrolowane.

Być może najbardziej fundamentalne rozgraniczenie określonych przez teoretyków motywacji ludzkich leży pomiędzy zachowaniami, które dążą do pozytywnych lub przyjemnych doświadczeń (tzw. zachowanie apetytywne) a zachowaniami obejmującymi unikanie lub ucieczkę (zachowania motywowane awersywnie). Zachowania te regulowane są przez dwa odrębne systemy motywacyjne:

- system hamowania zachowań (BIS), regulujący postępowania awersyjne i kontrolujący doświadczanie negatywnych emocji
- system aktywacji zachowań (BAS), regulujący motywowanie apetytywne, wywołujący dążenie do celów i kontrolujący doświadczanie pozytywnych emocji.

J. A. Gray postawił hipotezę, mówiącą o różnicach stabilności poszczególnych jednostek względem wrażliwości na oba systemy BIS oraz BAS. Zgodnie z tą hipotezą, ludzie będący szczególnie wrażliwi na BIS, są czuli na sygnały zagrożenia oraz kary, a w konsekwencji są predysponowani do doświadczania negatywnych wpływów otoczenia i reagowania w sposób unikający i strachliwy. Z drugiej strony osoby wyczułone na BAS, w sposób wyjątkowo silnie reagują na wizję wynagrodzenia ich postępowań i zachowań [19]. W odniesieniu do zachowań seksualnych rozróżnienie to sugeruje, że ludzie mogą wykorzystywać je w celu osiągnięcia pozytywnych odczuć lub uniknięcia negatywnych, takich jak odrzucenie partnera. Cele skoncentrowane na innych osobach są motywowane przywiązaniem lub potrzebami wyrażanymi przez społeczeństwo, takimi jak:

- współżycie seksualne jako droga do osiągnięcia intymności, czy poczucia tworzenia wspólnoty w związku
- chęć uzyskania lub podtrzymania aprobaty wyrażanej poprzez jednostki społecznościowe lub ogół społeczności poprzez np. uprawianie seksu w celu zaimponowania rówieśnikom [18].

Blisko połowa osób motywuje swoje działania seksualne (ryzykowne lub nie) chęcią wzbogacenia swojego życia (“chciałem tego uczucia” lub “by czerpać radość oraz przyjemność”), 43% zostało sklasyfikowane jako motyw intymności (“by wzmocnić więź emocjonalną” lub “kochałam go”), a pozostałe 8% zostało sklasyfikowane jako motywy egocentryczne (“chciałam pozbyć się niektórych z presji w szkole” lub “w ten sposób mogłam pozbyć się stresu”) lub decentryczne (“aby poprawić moją reputację”, “z powodu presji rówieśniczej” lub “czułam, że musiałam to zrobić, ponieważ był moim chłopakiem”). W dużej mierze odpowiedzi dotyczące motywacji do podjęcia aktywności seksualnej opisywały okoliczności, które ułatwiły lub sprawiły, że podjęcie aktywności seksualnej było możliwe (“nikogo nie było w domu”, “byłam pijana”, “ktoś pilnował, aby nikt nam nie przeszkadzał”), przez co nie odzwierciedlały w pełni bezpośrednich motywacji psychologicznych [18].

Systemy wartości seksualnych

Utworzenie przez daną jednostkę osobową systemu wartości seksualnych zależy, m.in. od systemu wychowania (głównie seksualnego), przeżytych doświadczeń relacyjnych, poziomu dojrzałości psychicznej, postępu osobowości oraz światopoglądu (ze szczególnym uwzględnieniem wyznania oraz poziomu zaangażowania w życie religijne) [11]. Odpowiednio wykształcony system wartości związanych z erotyzmem, intymnością oraz

funkcjonowaniem w kontaktach międzyludzkich, umożliwia zwrócenie uwagi na to, co w kwestii seksualności ma prawdziwą wartość, jakie pragnienia i potrzeby zostają tymi kluczowymi dla nas, a które z nich schodzą na dalszy plan [20]. Chcąc podzielić te informacje, można wyodrębnić cztery główne systemy wartości seksualnych [21]:

1. Konserwatywny system wartości mówiących o życiu seksualnym
 - współżycie seksualne akceptowane w związkach formalnych, aprobowanych przez społeczeństwo - stabilizacja seksualna oraz emocjonalna
 - będący powiązany z rozmnażaniem się, tworzeniem rodziny jako jednym z najważniejszych dążeń w życiu ludzkim
 - sfera emocjonalna i pogoń za przyjemnością ma podrzędne znaczenie
 - stereotypowy model rodziny, składający się z mężczyzny, będącego głową rodziny oraz kobiet, będącej gospodynią domową
2. System wartości mówiący o życiu seksualnym w płaszczyźnie romantycznej:
 - stosunek płciowy jest ściśle spleciony z życiem uczuciowym (emocjonalnym)
 - miłość względem osoby będącej obiektem pożądania seksualnego w pełni uzasadnia moralność kontaktów płciowych
 - nieistotne jest dbanie o formalność społeczną związku
 - przedstawianie w złym świetle seksu bez miłości, jako czynu odhumanizowanego, zwierzęcego, mechanicznej umiejętności fizjologicznej
3. System mówiący o życiu seksualnym opartym na przyjaźni:
 - kopulacja traktowana jako potrzeba fizjologiczna, którą zaspokoić można w stosunkach międzyludzkich z różnymi osobami
 - "seks-przyjaciel" jako osoba, z którą tworzy się relację erotyczną oraz międzyludzką, lecz nie opisuje się tej sytuacji jako związku
 - nie istnieje prawo wyłączności seksualnej
 - przyzwolenie na przeżywanie czystej przyjemności bez ponoszenia odpowiedzialności
4. System mówiący o życiu seksualnym związany z podejściem instrumentalnym:
 - stosunek płciowy nie prowadzi do realizowania celów płciowych, takich jak: rozmnażanie, przypieczętowanie miłości, przeżywanie rozkoszy.
 - jest instrumentem do osiągnięcia celów niezwiązanych z seksem, takich jak:
 - cele materialne (traktowanie stosunku płciowego jak produktu, w celach zarobkowych)

- cele obywatelskie (seks jako droga do władzy i dominacji, awansu, budowania poczucia własnej wartości, wyrażania wrogości i przemocy)
- popełnianie czynów ryzykownych (dążenie do przygód i podniecenia, potrzeba stymulacji, rodzaj gry)
- znoszenie napięcia, osamotnienia oraz lęku

Coraz częściej manifestowane przez młodych ludzi podejście hedonistyczne w sferze seksualnej, zazwyczaj przejawiają osoby, które nie są gotowe do zakładania rodziny, czy budowania stałej relacji, ale dążą do zaspokajania seksualnego bez ograniczania swobody i wolności w ich życiu [6].

Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych

W czasach ciągłego rozwoju konsumpcjonizmu, w dobie, gdy z każdej strony otaczają nas sygnały mówiące o seksualizacji naszej kultury, profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych jest naprawdę dużym wyzwaniem. Do tej pory przedstawiono takiej treści wnioski, dotyczące tej właśnie profilaktyki, jak i niebezpieczeństw związanych z realizacją ryzykownych zachowań seksualnych:

- głównym celem profilaktyki seksualnej winno być wzmocnienie postaw wstrzemięźliwości seksualnej do czasu stworzenia stałego związku, a następnie pozostawania wiernym na całe życie jednemu partnerowi
- wprowadzane działania powinny być dostosowane do kultury osób objętych nimi, a także brać pod uwagę i szanować ich religię, wartości oraz światopogląd
- działania zapobiegawcze powinny mówić o swoich przesłankach teoretycznych
- muszą obejmować prawdziwe, sprawdzone informacje o konsekwencji niebezpiecznych zachowań seksualnych - wywieranie presji za pomocą fałszywych dokumentów jest niedopuszczalne
- w ingerencjach edukacyjnych oraz profilaktycznych powinno się położyć większy nacisk na etyczną stronę informacji o sposobach postępowania, wskaźnikach skuteczności oraz możliwych działaniach niepożądanych metod antykoncepcyjnych
- oddziaływania skupiające się na zapobieganiu jednemu rodzajowi ryzyka należy tworzyć dbając o wzmocnienie przekazu obejmującego pozostałe obszary profilaktyki problemów adolescentów

- powinno się dążyć do krzewienia postępowań ukierunkowanych na wspieranie prawidłowego rozwoju młodzieży
- w czasie rozpowszechniania działań profilaktycznych, powinno się wziąć pod uwagę wyniki obserwacji prowadzonych nad ich skutecznością [22].

W Polsce trwa aktualnie proces, w którym młodzież przejmuje system wartości oraz postępowań rozpowszechnianych przez media, a także obraz ludzkiej seksualności, z krajów zachodnich. Problemem jest też ilość istniejących programów wychowawczych, a także rozbieżności istniejące między nimi - istnienie różnic pomiędzy wzorcami propagowanymi przez szkołę, rówieśników, rodzinę oraz celebrytów i idoli. Wprowadza to chaos i dezorientację w umysłach młodych ludzi. Aby pomóc adolescentom w podejmowaniu słusznych wyborów dotyczących ich przyszłego życia, koniecznym jest wprowadzenie spójności edukacyjnej, a także integrację przeprowadzanych postępowań na wszystkich wymienionych płaszczyznach. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, aby propagować młodość nie tylko jako okres rozwoju fizycznego i wzrastania, ale przede wszystkim czas tworzenia osobowości i poczucia odpowiedzialności za podejmowane decyzje i całe swoje życie [23].

Podsumowanie

Rozpoczęcie aktywności seksualnej oraz późniejsze jej prowadzenie mają olbrzymi wpływ na psychikę każdego człowieka. Sposób, w jaki przejawiamy oraz zaspokajamy nasze potrzeby seksualne, bardzo często wiąże się z komplikacjami w sferze emocjonalnej. Chcąc nasycić potrzeby psychiczne, dać upust emocjom lub zyskać aprobatę, młodzież decyduje się na podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych – wczesną inicjację seksualną, częstą zmianę partnerów, odbywanie stosunków w celu zaimponowania komuś, niezważanie na konsekwencje typu ciąża lub choroby przenoszone drogą płciową i niezabezpieczanie się przed tymi konsekwencjami. Każde z tych ryzykownych działań ma głębsze podłoże psychologiczne i nie jest przypadkowym zdarzeniem. Wpływ na to ma indywidualna budowa psychiki każdego człowieka, różny poziom podatności na zróżnicowane bodźce zewnętrzne. Sfera emocjonalna budowana jest od najmłodszych lat, niemalże w całości zależna jest od wychowania – przez rodzinę, rówieśników, szkołę i całe najbliższe otoczenie. Niemalże udział w tym mają również dzisiejsze media, które coraz bardziej promują seksualizację postaw ludzkich. Z tego też powodu tak istotnym jest odpowiednio wczesne wprowadzenie edukacji seksualnej, na poziomie dostosowanym do wieku dziecka, a następnie jednolite

wychowywanie go w świetle tej wiedzy przez całe społeczeństwo, w którym znajduje się dziecko. Na podkreślenie zasługuje fakt, iż dzieciństwo oraz czas dojrzewania są czasem nie tylko wzrastania i rozwoju fizycznego, ale głównie kreowania osobowości oraz nauki bycia odpowiedzialnym za podejmowane decyzje i całe swoje życie.

Piśmiennictwo

1. Wellings K., Collumbien M., Slaymaker E., et al.: Sexual behaviour in context: a global perspective, *Lancet*, 2006, 11, 1623-1742.
2. Ethier K. A., Kershaw T. S., Lewis J. B., et al: Self-esteem, emotional distress and sexual behavior among adolescent females: Inter-relationships and temporal effects, *Journal of Adolescent Health*, 2006, 38, 268-274.
3. Krauss H., Bogdański P., Szulińska M., et al.: Sexual initiation of youths in selected European countries compared with their sexual and contraceptive knowledge, *Ann. Agric. Environ. Med.*, 2012, 19, 587-592.
4. Wakula A.: Temperament i wychowanie a inicjacja seksualna dziewcząt, *Młoda Psychologia t. 1*, 2012, 13-43.
5. Izdebski Z.: Seksualność Polaków na początku XXI, *Studium badawcze*, 2012, 175-183.
6. Machaj A., Roszak M., Stankowska I.: Ryzykowne zachowania seksualne kobiet w okresie prokreacyjnym, *Now. Lek.*, 2010, 79, 22-31.
7. Greenberg J., Magder L., Aral S.: Age at First Coitus. A Marker for Risky Sexual Behavior in Women, *Sexually Transmitted Diseases*, 1992, 19, 331-334.
8. Carr A.: Program profilaktyki szkolnej w zakresie AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową, *GWP, Gdańsk*, 2004, 32-33.
9. William N.: Bezpośrednie konsekwencje wykorzystywania seksualnego dzieci – przegląd literatury, *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 2002, 1, 29-38.
10. Springs F., Friedrich W.N.: Health risk behavior and medical sequelae of child Sexual abuse, *Mayo Clin. Proc.*, 1992, 67, 527-532.
11. Witczak J.: *Kłopoty z miłością*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa, 1982.
12. Imieliński K.: Kulturowo-medyczne aspekty seksuologii, *Seksuologia społeczna. Zagadnienia psychospołeczne*, 1977, 11-72.

13. Morrison-Beedy D., Carey M. P., Feng C., Tu X. M.: Predicting Sexual Risk Behaviors among Adolescent and Women Using a Prospective Diary Method, *Res Nus. Health.*, 2008, 31, 329-340.
14. Brown J. L., Vanable P. A.: Alcohol Use, Partner Type, and Risky Sexual Behavior Among College Students: Findings from an Event-Level Study, *Addict. Behav.*, 2009, 32(12), 2940-2952.
15. MacDonald N.E., Wells G.A., Fisher W.A., Warren W.K., King M.A., Doherty J.A., Bowie W.R.: High-risk STD/HIV behavior among College students, *JAMA*, 1990, 263, 23, 3155-3159.
16. Reinisch J.M., Hill C.A., Sanders S.A., Ziemba-Davis M.: High-risk sexual behavior at a midwestern university: A confirmatory survey, *Fam. Plann. Perspect.*, 1995, 27, 2, 79-82.
17. Kotloff K. L., Tacket C. O., Wasserman S. S., Bridwell M. W., Cowan J. E., Clemens J. D., Brothers T. A., O'Donnell S. A., Quinn T. C.: A voluntary serosurvey and behavioral risk assesement for human immunodeficiency virus infection among college students, *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18, 223-227.
18. Lynne Cooper M., Shapiro Ch. M., Powers A. M.: Motivations for Sex and Risky Sexual Behavior Among Adolescent Young Adults: A Functional Perspective, *J. Pers. Soc. Psychol.*, 1998, 6, 1528-1558.
19. Gray, J. A.: The psychophysiological basis of introversion-extroversion, *Behav. Res. Ther.*, 1970, 8, 249-266.
20. Sokoluk W., Andziak D., Trawińska M.: *Przysposobienie do życia w rodzinie*. 1987, 133.
21. Szarzyńska M.: „Obyś żył w ciekawszych czasach”. Czy zmiany w rozumieniu kategorii płci zmieniają nasze społeczeństwo? *Tożsamość społeczno-kulturowa płci*, 2005, 47-57.
22. Grzelak S.: Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży, *Aktualny stan badań w Polsce i na świecie*. 2006, 275-284
23. Wróblewska W.: Nastoletni Polacy wobec seksualności – aspekty demograficzne, społeczne i kulturowe, *Seksualność w procesie wychowani*, 2007, 7-8, 20-22.

Żeby dzieci nie miały dzieci, czyli problemy nastoletniego macierzyństwa

Harasim-Piszczałowska Emilia

Studia doktoranckie, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Życie człowieka, zgodnie z założeniami psychologii rozwoju, można podzielić na następujące okresy: niemowlęstwo, wczesne dzieciństwo, późne dzieciństwo, adolescencja, wczesna dorosłość, dorosłość i starość. Etapem pełnej dojrzałości fizycznej i psychicznej człowieka jest wczesna dorosłość. Wczesna dorosłość jest czasem zakładania rodziny oraz opieki nad potomstwem. Istnieją pewne sytuacje, w których osoby niedojrzałe emocjonalnie i społecznie, w okresie adolescencji zmuszone są do podjęcia tych ról [1].

Określenie „młodociane matki” dotyczy dziewcząt, które do ukończenia 18. roku życia poczęły dziecko i urodziły je. Istnieje również podział szczegółowy grupy na: bardzo młode matki, czyli te, które urodziły dziecko do 16. r.ż. Kolejną grupą są starsze nastolatki, czyli kobiety w przedziale wiekowym 16-19 lat. Ostatnią grupą są samotne matki nieposiadające wsparcia ze strony bliskich, rodziny, czy partnera [2].

W ostatnich latach obserwuje się podwyższenie wieku kobiet rodzących dziecko, w 2014 roku mediana wyniosła 29,5 lat, przy czym w stosunku do 1990 roku, wiek ten wynosił 26 lat. Pierwsze dziecko najczęściej rodzą kobiety w wieku 27 lat, przy czym w 1990 roku najliczniejszą grupą rodzącą po raz pierwszy były 23-latki. Mimo systematycznego wzrostu średniego wieku urodzenia pierwszego dziecka, niepokojący fakt stanowią przypadki ciąży nastoletnich, tzw. dzieci rodzących dzieci. Średnio co 2-3 lata notuje się przypadki ciąży u dwunastolatek, jednakże są to pojedyncze przypadki. W grupie 13-14 latek rocznie odnotowuje się około 50-60 ciąży. W roku 2014 grupa młodocianych matek, czyli poniżej 19. r.ż., stanowiła 3,5% wszystkich urodzeń. W porównaniu do lat 90., odsetek ten zmalał o ponad połowę [3]. Raport UNICEF wykazał, że w Wielkiej Brytanii współczynnik dzietności wyniósł 31/1000 urodzeń w grupie kobiet w przedziale wiekowym 15-19 lat, przy czym w Stanach Zjednoczonych współczynnik wyniósł 52/1000 urodzeń. Współczynnik urodzeń dla tzw. Europy kontynentalnej wyniósł 14/1000 urodzeń w najmłodszej grupie wiekowej tj. 15-

19 lat [4]. Częstość występowania ciąży wśród nastolatków i narodzin noworodków jest bardzo zróżnicowana. Najwyższe wskaźniki urodzeń nastolatków występują w regionie subsaharyjskim w Afryce, niektórych krajach w Azji Południowej i Ameryce Łacińskiej. Pośrednie dane zanotowano dla Bliskiego Wschodu i Afryki Północnej, Stanów Zjednoczonych i Europy Wschodniej. W krajach rozwiniętych nastolatki najczęściej zachodzą w ciążę. Przypadki ciąży wśród nastolatków, aborcje i porody są rejestrowane najczęściej w USA. Najniższe wskaźniki urodzeń w grupie nastolatek odnotowuje się w krajach skandynawskich, Szwajcarii, Holandii, Japonii, Korei oraz w Chinach [5].

W sytuacji nastoletniego macierzyństwa pojawia się określenie utraconego dzieciństwa. Dzieciństwo, jako czas beztroski i radosny, w indywidualnych doświadczeniach młodych matek nie ma możliwości przeżywania tego okresu w sposób charakterystyczny dla tej grupy wiekowej. Doświadczenia, jakie przeżywa nastoletnia matka często są traumatyczne. Dziewczęta, ze względu na obowiązki związane z macierzyństwem, pozbawione są możliwości spotkań towarzyskich, czy zabaw. Macierzyństwo u młodocianej może również utrudniać jej edukację, często szanse zdobycie lepszego wykształcenia są niskie, a to z kolei może rzutować na perspektywy jej dalszego życia [6].

Zjawisko nastoletniego rodzicielstwa/macierzyństwa w niektórych społecznościach jest akceptowane, w innych jest powodem marginalizacji i wykluczenia społecznego. W tych pierwszych młodzi ludzie mają możliwość zawarcia związku formalnego, młodzi rodzice otrzymują wsparcie ze strony rodziny. W tych drugich, przeważają związki nieformalne, często nastoletnie matki żyją samotnie, pozbawione są wsparcia ze strony rodziny czy partnera [7].

Przyczyny nastoletnich ciąż

Aktualnie obserwuje się w społeczeństwach przemianę obyczajowości, która propaguje swobodę seksualną, poprzez upowszechnianie zjawiska przedmałżeńskich stosunków płciowych. Niska kultura seksualna, brak właściwego uświadamiania młodzieży odnośnie konsekwencji kontaktów seksualnych bądź nieefektywnie prowadzona edukacja seksualna, wpływają na obniżenie wieku pierwszej inicjacji seksualnej. Ponadto przyczyn upatruje się również w zmniejszonej kontroli rodzicielskiej oraz minimalizowaniu religijności w życiu nastolatków. Często też, wśród powodów ciąż u nastolatek, podaje się gwałty. Czynniki wpływające na zjawisko nastoletnich ciąż dzieli się na: społeczne, rodzinne, interpersonalne, psychologiczne oraz media [6-9].

Rodzina małych ciężarnych najczęściej jest zaniedbana pod względem wychowawczym oraz występują w niej liczne problemy socjalno-bytowe, często powiązane z brakiem perspektyw rozwojowych [8]. Dziewczeta z rodzin niepełnych częściej podejmują działania typowe dla okresu dorosłości. Wpływają na to również sytuacje kryzysowe, nałogi rodziców, przemoc występująca w rodzinie zarówno psychiczna, jak i fizyczna. Brak więzi emocjonalnych z rodzicami oraz jakiegokolwiek komunikacji, brak poczucia bezpieczeństwa oraz miłości sprawiają, że młode kobiety zaczynają szukać jej poza rodziną. Rozpoczęcie życia seksualnego staje się drogą zapelniającą pustkę w życiu tych młodych kobiet [6,9].

Za podstawowy czynnik rodzinny mający wpływ na występowanie zjawiska nieletnich ciąż uważa się relację pomiędzy matką a córką. Właściwe relacje matki i córki zapewniają prawidłowe przekazanie wzorca odpowiedzialności w rodzinie, a także w relacjach z partnerem oraz w sferze seksualnej. Relacje z córką z ojcem są równie ważne, jeśli chodzi o poszukiwanie poczucia bezpieczeństwa. W sytuacji, kiedy stosunki rodzinne nie są prawidłowe, ryzyko wcześniejszej inicjacji seksualnej oraz często przypadkowej ciąży, jest wyższe ze względu na poszukiwanie przez dojrzewającą dziewczynę bliskości, zainteresowania, bezpieczeństwa, troski u innych osób, szczególnie płci przeciwnej [6,8]. Brak doświadczenia oraz dojrzałości psychicznej, a także ograniczone przewidywanie skutków wczesnego podjęcia inicjacji seksualnej w konsekwencji mogą prowadzić do wczesnego macierzyństwa [10].

Większe prawdopodobieństwo na wczesną inicjację seksualną oraz urodzenia dziecka przed 18. r.ż. występuje wśród dziewcząt, których rodzice również byli młodocianymi rodzicami, w momencie "zakładania" rodziny. Ponadto nastoletnie ciążę częściej występują w rodzinach niepełnych, niestabilnych, w których występują liczne konflikty [8]. Ponadto rodzice młodych matek najczęściej posiadają niski status społeczno-ekonomiczny, posiadają wykształcenie podstawowe lub zasadnicze zawodowe [11].

W rodzinach takich można zaobserwować tworzenie się długiej linii pokoleniowej, w której powszechne stają się zachowania społecznie nieakceptowane, do których należą liczne problemy socjologiczne oraz ekonomiczne problemy rodzicielskie, wielopartnerstwo, wykorzystywanie seksualne oraz przemoc, a także częściej dochodzi w nich do podejmowania prób samobójczych [2]. W rodzinach nastoletnich matek często obserwuje się zjawiska patologiczne, takie jak nadużywanie alkoholu, czy narkotyków [11]. W badaniach przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii zauważono związek wczesnego rodzicielstwa z dorastaniem młodych dziewcząt w ośrodkach opiekuńczo-wychowawczych lub w rodzinie zastępczej. Młodzież wychowywana w ramach systemu opieki zastępczej jest dotknięta

wieloma problemami natury psychologicznej oraz społecznej. Dzieci te pochodzą często z rodzin niepełnych, o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, często doświadczane są w dzieciństwie zachowaniami patologicznymi swoich rodziców, zdarza się, że mają gorsze wyniki w nauce. Chęć posiadania rodziny pozbawionych w/w problemów, znalezienia poczucia bezpieczeństwa i miłości, których młodzież ta nie doświadczyła w rodzinie, może skłaniać do podjęcia decyzji o wcześniejszym założeniu własnej rodziny, w której celem jest zapewnienie wyjątkowego dzieciństwa swoim dzieciom, aby zapomnieć o swojej bolesnej przeszłości [12].

Młodociane matki zazwyczaj posiadają niskie wykształcenie, które może wynikać również z obojętnego stosunku wobec nauki jeszcze przed zajściem w ciążę lub wynikać z trudnej sytuacji wczesnego macierzyństwa i rezygnacji z edukacji na rzecz opieki nad dzieckiem. Zaniedbanie wykształcenia często skutkuje zmniejszeniem szans powodzenia na rynku pracy [8].

Młodociane matki w chwili urodzenia dziecka zazwyczaj żyją w związkach nieformalnych [11]. Często ciąża, a przede wszystkim niedojrzałość do bycia rodzicem oraz strach o przyszłość negatywnie wpływają na relacje młodych partnerów, a w konsekwencji nastolatka zostaje samotną matką. Nastoletnia matka zostaje obarczona całkowicie odpowiedzialnością za dziecko, wszystkimi obowiązkami wynikającymi z rodzicielstwa oraz prowadzeniem gospodarstwa domowego [6].

Następstwa zdrowotne ciąży w nastoletnim wieku

Okres nastoletni, w którym dziewczęta decydują się na inicjację seksualną oraz wcześniej zachodzą w ciążę, jest czasem dojrzewania i wzrastania ich organizmu. Młody organizm jest pozbawiony szansy rozwiązywania zadań typowych dla tego okresu oraz jest zmuszony do wejścia w nowe role, do których nie jest przygotowany [10]. Wczesna inicjacja seksualna, współżycie seksualne bez antykoncepcji, ryzykowne zachowania seksualne oraz zajście w nieplanowaną ciążę mogą nadwyręzać stan zdrowia nastolatki [11]. Brak gotowości organizmu do pełnienia funkcji rozrodczych oraz niedojrzałość, w połączeniu ze złymi nawykami żywieniowymi oraz nieprzestrzeganiem zaleceń personelu medycznego stanowią ciążę u nastolatki, jako ciążę wysokiego ryzyka. Niewielka wiedza dziewcząt o złożoności procesów fizjologicznych, jakie zachodzą w organizmie kobiety podczas ciąży, a także o zależnościach występujących pomiędzy rozwijającym się płodem a organizmem matki, może być powodować nieprawidłowe interpretowanie sygnałów organizmu [9]. Niedojrzałość

psychiczna nastoletnich matek, ich trudna sytuacja społeczna często utrudnia współpracę z położnikami w zakresie prowadzenia ciąży, porodu i połogu [10].

Nastoletnie ciężarne o swojej ciąży dowiadują się dosyć późno, czasem dopiero gdy zaczyna być widoczna, czyli pomiędzy trzecim a piątym miesiącem ciąży. Nastolatki nie zdają sobie sprawy z konieczności systematycznych wizyt lekarskich, wykonywania badań kontrolnych, które utrudniają prowadzenie ciąży oraz zapobieganie problemom medycznym z nią związanych. Niedojrzałe matki często nie przestrzegają właściwego odżywiania się, stosowania używek w ciąży oraz niektórych leków [13].

Niski wiek rodzącej związany jest z szeregiem problemów, począwszy od ciąży, poprzez poród aż do połogu. Głównymi powikłaniami ciąży u nastolatek są: nadciśnienie indukowane ciążą, niedokrwistość, infekcje dróg moczowych, przedwczesne oddzielenie się łożyska, łożysko przodujące, niewydolność szyjkowo- cieśniowa, małowodzie, hypotrofia płodu, a także nasilenie przebiegu innych ogólnych chorób, jak: cukrzyca, choroby nerek, gruźlica oraz toksoplazmoza [7,14,15]. Niedobory żywieniowe oraz niedostateczna dojrzałość organizmu nastoletniej matki wpływają również na opóźnienie rozwoju wewnątrzmacicznego płodu [9].

Poród u młodocianej również niesie za sobą szereg komplikacji, do których zalicza się: nieprawidłowe położenie płodu, pęknięcie miękkich części kanału rodnego oraz większą częstość wykonywania zabiegów położniczych, czy cięć cesarskich [11].

Zwraca się również uwagę nie tylko na liczne komplikacje dotyczące okresu ciąży oraz porodu nastoletnich matek, ale również na niezadowalający stan noworodka po urodzeniu [7]. Wykazano, że młode matki rodzą dzieci z niską masą urodzeniową, poniżej 2500g, prawie trzy razy częściej w porównaniu do starszych kobiet [9].

Etap połogu jest również trudnym okresem dla nastoletniej matki, która często nie jest przygotowana do opieki nad noworodkiem. Najczęstsze nieprawidłowości w okresie połogu wynikają z lekceważenia zasad higieny oraz zaleceń lekarskich, a także nieprawidłowego odżywiania. Ponadto nastoletnie matki mają częściej problemy z karmieniem piersią oraz wyższe ryzyko wystąpienia depresji poporodowej [11]. Dzieci nastoletnich matek, częściej w okresie noworodkowym umierają z powodu SIDS (*Sudden Infant Death Syndrome*) - zespołu nagłej śmierci noworodka, nieszczęśliwych wypadków oraz infekcji. Twierdzi się, że różnica w częstości występowania zgonów dzieci nastoletnich matek w okresie noworodkowym z powodu w/w wymienionych przyczyn jest uwarunkowana niedojrzałością matki oraz czynnikami środowiskowymi [16].

Ciąża w młodym wieku niesie za sobą wyższe ryzyko depresji, w porównaniu z nastolatkami, które nie zaszły w ciążę w młodym wieku. Depresja może powodować wiele poważnych zagrożeń dla nastolatków w okresie dojrzewania, a w przypadku młodej matki w okresie po ciąży oraz wychowywania dziecka, rodzicielstwa. Nastoletnie macierzyństwo jest zjawiskiem wieloczynnikowym, z jednej strony depresja może przyczynić się do wczesnej ciąży, nie tylko być jej wynikiem [17].

Sytuacja społeczna młodocianych matek

Problemy dotyczące funkcjonowania, szczególnie w obecnym czasie, rodziny są przedmiotem zainteresowania wielu badaczy, a w ostatnich latach powstaje coraz więcej publikacji ilustrujących przemiany rodziny na przestrzeni lat. Rodzina, jako grupa społeczna, pod wpływem czynników zewnętrznych podlega modyfikacjom i przeobrażeniom. Do czynników wpływających na te zmiany należy zaliczyć przede wszystkim przemiany społeczno-kulturowe, polityczne oraz religijne [18,19].

Rodzina definiowana jest jako podstawowa komórka społeczna, jest to niewielka grupa osób połączonych ze sobą związkami biologicznymi. W jednostce tej poszczególne osoby pełnią określone funkcje oraz role. W modelu katolickim podkreśla się rolę rodziny, jako wspólnotę życia i miłości, opartej na sakramencie małżeństwa, poczęciu i wychowywaniu dzieci. Rodzina *„warunkuje rozwój i życie człowieka, a także jest fundamentalną instytucją społeczną opartą na trwałych podstawach związków zarówno biologicznych, jak i emocjonalnych”* [19].

W poszczególnych grupach społecznych, w różnych krajach, struktura rodziny założonej przez młodocianych rodziców jest różna. Istnieją dwa podejścia do wczesnego zawierania małżeństw, z jednej strony jest to zjawisko akceptowalne w społeczeństwie, a z drugiej strony może być postrzegane, jako zjawisko marginalizujące, a nawet patologiczne. W społeczeństwach, w których zawieranie małżeństw w młodym wieku oraz rodzenie dzieci w formalnych związkach jest akceptowane, matka może liczyć na większe wsparcie w trudnej sytuacji, szczególnie wsparcie to pochodzi od rodziców obojga młodych. W społeczeństwach, w których trudno o akceptację społeczną młodocianego rodzicielstwa, często związanego ze związkami nieformalnymi, młode osoby często nie otrzymują wsparcia nawet ze strony najbliższych. Młodociane rodzicielstwo często jest postrzegane jako nieplanowane, często sprzeczne ze standardami obowiązującymi w kulturze polskiej [20,21]. W obu tych przypadkach może dojść do skrajnych sytuacji, w których to młoda matka podejmie decyzję o

przerwaniu ciąży, czy urodzeniem dziecka i oddaniem go do adopcji, a nawet porzuceniem go. Młode matki, które podjęły decyzję o urodzeniu i wychowaniu dziecka samotnie, wchodzą w związki formalne później, nie zawsze też z ojcem dziecka. Młodzi rodzice nie są przygotowani do pełnienia roli rodziców ze względu na niedojrzałość psychiczną i społeczną, ponadto utrudnieniem jest również obciążenie związane z wykluczeniem społecznym i piętnem młodocianego, samotnego rodzicielstwa [6,20].

Warto zwrócić uwagę, że nastoletnie matki mają ograniczone wsparcie w dochodzeniu swoich praw do bycia matką. Problem macierzyństwa nieletnich jest niesłusznie bagatelizowany, umniejsza się jego rozpowszechnienie w społeczeństwie, przez co wsparcie społeczno-prawne matek jest niewielkie. Wspomniane wsparcie na poziomie rodziny również jest niewystarczające, ze względu na wykluczenie oraz marginalizację społeczną. Rodzina z problemami nie jest dobrym środowiskiem rozwoju zarówno nieletniej matki, jak i jej dziecka. W konsekwencji matki dotknięte są osamotnieniem oraz pozbawione zostają wsparcia w swojej niejednokrotnie ciężkiej sytuacji życiowej. Zdarza się, że realistyczna ocena sytuacji może spowodować utraceniem nadziei oraz starań o lepszą przyszłość dla siebie i dziecka [22].

W związku z decyzją o wczesnym posiadaniu dziecka, nastolatki są narażone na umocnienie gorszej sytuacji społeczno- ekonomicznej, ponieważ mają utrudnioną drogę do edukacji [23]. Badanie trzynastu krajów Europy wykazało, że nastoletnie matki, ich rodziny znajdują się często w znacznie gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej w porównaniu do kobiet, które urodziły swoje pierwsze dziecko po 20. roku życia. Wykazano również, że matki rodzące swoje pierwsze dziecko między 15. a 19. rokiem życia, znacznie częściej wykazywały niższy poziom wykształcenia, częściej samotnie wychowywały dziecko. Status zawodowy był również gorszy, młodociane matki częściej były dotknięte bezrobociem, a także miały bezrobotnych partnerów. Dochód młodocianych matek w porównaniu do matek w wieku 20-29 lat, na utrzymanie rodziny i domu, często był poniżej minimum niezbędnego do utrzymania się [24].

Nastoletnia matka może odczuwać wykluczenie oraz potępienie ze strony społeczeństwa, które młodociane macierzyństwo postrzega niekorzystnie, często jako zjawisko patologiczne. Współcześnie jest propagowany model życia rodzinnego, który opiera się kolejno na zdobyciu dobrego wykształcenia, pracy zawodowej, a co za tym idzie niezależności finansowej, po zrealizowaniu powyższych założeń planuje się założenie rodziny. W takiej sytuacji nieletnie matki, które nie wpisują się w kanon współczesnego życia rodzinnego, mogą doświadczać pogardy, krytyki, ośmieszenia oraz odrzucenia, a wszystko to

w konsekwencji obniża ich poczucie wartości. Brak akceptacji nastoletniej ciężarnej, nawet w środowisku rodzinnym, szkole, czy wśród rówieśników staje się kolejnym źródłem stresu młodej matki. Młode matki, ze względu na swoją sytuację, często izolują się towarzysko, zrywają dotychczasowych znajomości. Złożoność ich problemów może doprowadzić do depresji [9,23]. Ponadto problemem wykluczenia społecznego oraz uzależnienia od pomocy społecznej, mogą doświadczać nie tylko nastoletni rodzice, ale w przyszłości również ich dzieci, które niejako dziedziczą niekorzystną sytuację społeczną swoich rodziców [25].

Istotną kwestią w przypadku nastoletnich matek jest problem wsparcia społecznego. W przypadku, kiedy młoda matka nie może liczyć na pomoc ze strony partnera, czy rodziców, istotne jest podjęcie odpowiednich decyzji przez sąd opiekuńczy, zabezpieczających sytuację dziewczyny. Pomocy udzielić powinien ośrodek społeczny bądź kurator zawodowy. Nastoletnia matka powinna być poinformowana, że ciąża nie powinna stanowić przeszkody w realizowaniu planu nauczania, a szkoła w takim wypadku powinna udzielić jej wyjątkowego wsparcia, umożliwiającego kontynuację edukacji. Ponadto małoletnie ciężarne mają prawo do: pomocy w zakresie wsparcia w funkcjonowaniu w ich dotychczasowym środowisku (prace socjalne), porad prawnych, psychologicznych oraz rodzinnych, wsparcia materialnego w postaci ubrań, czy żywności, a także schronienia w domu samotnych matek, rodzinie zastępczej czy placówce opiekuńczo-wychowawczej [26].

Eliminację dyskryminacji wobec nastoletnich matek może zapewnić odpowiedni poziom wsparcia ze strony najbliższych. Dzieci rodzące dzieci, zamiast piętnowania, powinny być wspierane w trudnej dla nich sytuacji życiowej. Nie można traktować nastoletniego macierzyństwa jako źródła adopcyjnego noworodków. Sytuacja prawna młodocianych rodziców nie powinna być różnicowana ze względu na ich relacje małżeńskie - sformalizowanie oraz nie. Aby zapobiegać marginalizacji społecznej młodych matek, nie należy lekceważyć opinii młodych rodziców w procesie wychowania ich dziecka. Szczególnie w sytuacjach, kiedy sąd wbrew woli nieletnich rodziców przyznaje prawa opiekuńcze rodzinom zastępczym/adopcyjnym [22].

Podsumowanie

Nastoletnie ciąży wiążą się z szeregiem negatywnych konsekwencji zarówno w sferze społecznej, jak i zdrowotnej nastolatek. Celem polityki społecznej powinno być zapewnienie młodym ludziom wiedzy i umiejętności, jakiej potrzebują, aby doświadczać pozytywnych relacji i zdrowia seksualnego. Mity o płodności nadal istnieją i świadomość pełnego zakresu

antykoncepcja jest niska. Znaczna liczba rodziców nie posiada wiedzy w tym zakresie. Edukacja seksualna w szkołach jest prowadzona rutynowo, a młodzi ludzie nie mają możliwości szczerzej rozmowy nt. problemów relacji i ich zdrowia seksualnego [27].

Piśmiennictwo

1. Brzezińska A.: Portrety psychologiczne człowieka. Jak zmienia się człowiek w ciągu życia? *Remedium*, 2003, 4, 122, 1-3.
2. Zarazowska M., Lewicka M., Sulima M.: Macierzyństwo wśród nieletnich, *EJMT* 2015, 2, 7, 36-41.
3. Dzieci w Polsce w 2014 roku. Charakterystyka demograficzna, GUS, Warszawa, 2015, 1-22.
4. <https://www.unicef.org/>, data pobrania 26.04.2017.
5. Adolescent Pregnancy Issues in Adolescent Health and Development, World Health Organization, Genewa, 2004, 5-10.
6. Krzezińska-Żach B.: Nieletnie matki czyli utracone dzieciństwo [w]: Dziecko w zmieniającej się przestrzeni życia. Obrazy dzieciństwa. Izdebska J., Szymanowska J. (red.), Trans Humana Wydawnictwo Uniwersyteckie, Białystok, 2009, 175-180.
7. Szyszko-Perłowska A., Lachowicz J., Szpakow A., Krajewska-Kułak E., Krajewska-Ferishah K., Fiedorczuk J.: Ciąże, porody i noworodki u kobiet poniżej 18 lat - studium socjomedyczne przypadków z Grodna na Białorusi, *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2012, 93, 1, 32-37.
8. McWhirter J.J.: Ciąże nieletnich i ryzykowne zachowania seksualne. [W:] Zagrożona młodzież; ujęcie kompleksowe dla pracowników poradni, nauczycieli, psychologów i pracowników socjalnych, Wyd. 2. McWhirter J.J. (red.). Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2008, 148-227.
9. Bień A., Iwanowicz-Palus G., Włoszczak-Szubzda A., Witkowska M.: Ciężarne niepełnoletnie – współczesny problem bio-psycho-społeczny, *MONZ*, 2015, 21, 2, 125–131.
10. Frankowicz-Gasiul B., Michalik A., Czerwińska A., Zydorek M., Olszewska J., Olszewski J.: Cięża młodocianych – problem medyczny i społeczny, *Studia Medyczne* 2008, 11, 57-63.
11. Królikowska S.: Sytuacja społeczna młodocianych matek, *Dysfunkcje rodziny - roczniki socjologii rodziny*, 2011, 21, 79-101.

12. L. Arai L.: Teenage pregnancy. The making and unmaking of a problem, The Policy Press, Portland, 2009, 8-21.
13. Włodarczyk E.: Nastoletnie macierzyństwo jako problem indywidualny i społeczny. [w:] Kapitał społeczny a nierówności – kumulacja i redystrybucja, Marzec-Holka K. (red). Bydgoszcz, 2009, 454-463
14. Kulesza - Brończyk B., Krajewska-Kułak E., Terlikowski S.J.: Pregnancy, labour and puerperium of teenage mothers in J. Śniadecki Provincial Hospital of Białystok, Prog. Health. Sci., 2011, 1, 89-95.
15. Pawłowska A., Filipp E., Pietrasik D., Krawczyńska M., Wilczyńska A., Niemiec K.: Analiza przebiegu ciąży oraz wyników położniczych u nastolatek rodzących w Klinice Położnictwa i Ginekologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, Gin. Prakt., 2005, 84, 4, 41-45.
16. Creatsas G., Elsheikh A.: Adolescent pregnancy and its consequences. Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care, 2002, 7, 167-172.
17. Corcoran J.: Teenage Pregnancy and Mental Health Societies 2016, 6, 21 doi:10.3390/soc6030021.
18. Więclawska A.: Nieletnie dziewczęta samotnie wychowujące dzieci a ich przygotowanie do radzenia sobie z ograniczeniami losu, Toruń 2005, 29.
19. Marzec H., Wiśniewski Cz. (red.): Rodzina na początku III tysiąclecia - obraz przeszłości i terażniejszości, Piotrków Trybunalski, 2009.
20. Wróblewska W.: Wybrane aspekty zdrowia reprodukcyjnego w Polsce, Studia Demograficzne , 2002, 1, 141, 2002, 11-41.
21. Skowrońska-Zbierzchowska A.: Doświadczenia małoletnich rodziców. Aspekty socjopedagogiczne, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, 2010, Gdańsk.
22. Agnieszka Sikora A., Płatek M.: Nieletnie macierzyństwo wychowanek ośrodków resocjalizacyjnych - między resocjalizacją a macierzyństwem — aspekty dyskryminacji ze względu na płeć. <https://www.kongreskobiet.pl/> (data pobrania 26.04.2017).
23. Bidzan M.: Nastoletnie matki. Psychologiczne aspekty ciąży, porodu i położu, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków, 2007, 42-50.
24. Berthoud R., Robson K.: The Outcomes of Teenage Motherhood in Europe, Institute for Social and Economic Research, University of Essex, 2001, Włochy, 7-14.

25. Mikołajczyk-Lerman G.: Między wykluczeniem a integracją – realizacja praw dziecka niepełnosprawnego i jego rodziny. Analiza socjologiczna, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2013, 18-21.
26. Małoletnie w ciąży. Ministerstwo zdrowia, 2009, Warszawa. <http://www2.mz.gov.pl/>, data pobrania 26.04.2017.
27. Adolescent Pregnancy Issues in Adolescent Health and Development, World Health Organization, Genewa, 2004. <http://apps.who.int/>, data pobrania 26.04.2017.

Uzależnienia od komputera i Internetu wśród studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Dojlida Tomasz¹, Kowalczyk Krystyna²

1. Absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu Studia II stopnia kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie

Według WHO uzależnienie to psychiczny i fizyczny stan wynikający z interakcji między żywym organizmem a substancją chemiczną, charakteryzujący się zmianami i innymi reakcjami, tj.: konieczność przyjmowania danej substancji w celu doświadczenia jej wpływu na psychikę lub by uniknąć objawów abstynencyjnych. Wyróżnić można trzy rodzaje uzależnienia [1]:

- fizyczne – to nabyta silna potrzeba zażywania danej substancji odczuwana jako szereg dolegliwości fizycznych. Odstawienie jej prowadzi do wystąpienia zespołu objawów nazywanych zespołem abstynencyjnym;
- psychiczne – to stan, w którym osoba nie potrafi bez pomocy z zewnątrz przerwać zachowań kompulsywnych;
- społeczne – to zażywanie substancji psychoaktywnych pod wpływem mody.

Uzależnienie jest to nabyta silna potrzeba zażywania jakiejś substancji lub wykonywania jakiejś czynności. Potocznie termin "uzależnienie" jest przypisywany głównie osobom, które nadużywają leków (lekomania), narkotyków (narkomania), alkoholu (alkoholizm), czy papierosów (nikotynizm). W szerszym kontekście może odnosić się do wielu innych zachowań, np. Internetu, seksu, gier hazardowych [1,2].

Zespół uzależnienia od Internetu (ZUI) – termin ten obejmuje niesklasyfikowaną jednostkę zaburzeń psychicznych. Definiowane jest jako zaburzenie kontroli impulsów nie powodujące intoksykacji [3].

Z badań przeprowadzonych przez Nua Internet Surveys wynika, że liczba internautów rośnie bardzo szybko, w listopadzie 2000 roku ogólna liczba na świecie przekroczyła 407,1

milionów (dwa razy więcej niż w roku 1999). W Polsce również obserwuje się niezwykle dynamikę rozszerzania się Internetu. Liczba internautów wzrosła w 1998 roku z 5,4% do 7,1% w roku 1999, zaś w 2000 roku wynosiła już 17,4%. Istnieje jednak duża różnica w dostępności do Internetu w mieście i na wsi. W mieście dostęp do sieci ma co 5. mieszkaniec natomiast na wsi co 15. Różnice występują również w odniesieniu do województw [4,5,6].

Z badań przeprowadzonych przez Global eMarketing S.A. w okresie od czerwca 2000 roku do lutego 2001 roku wynika, że najczęściej internautów pochodzi z województwa mazowieckiego (18,9%), śląskiego (12,6%) i wielkopolskiego (10,1%), a w najbiedniejszych województwach odsetek waha się w przedziale od 4,8% do 2,1% [4,6].

TNS OBOP w lutym 2000 roku rozpoczął program „Interbus”, który monitoruje polskich użytkowników Internetu. Z badań wynika, że internauci łączą się z siecią głównie w domu (32,4%), pracy (28,5%), w szkole lub na uczelni (25,9%), rzadziej u znajomych (18,2%) i kawiarenkach internetowych (3,1%). Niewielki odsetek osób, bo tylko 6,7% nie korzysta z Internetu mimo posiadania takich możliwości. W ciągu tygodnia z Internetem łączy się 74,1% osób, a codziennie ok. 49%. Ciekawym faktem jest to, iż 42,2% internautów używa poczty elektronicznej, a zaledwie 22% ma własny adres e-mailowy [4,6].

Podobne badania do TNS OBOP w roku 2001 przeprowadził ARC Rynek i Opinia na grupie liczącej 1025 reprezentantów. Z uzyskanych wyników wynika, że 58% osób korzysta z Internetu we własnych domach, 26,5% w szkole i na uczelni, 20,8% u znajomych. Widać również wzrost zainteresowania kawiarenkami internetowymi, z których korzysta 20% osób. O jedną trzecią zmniejszyła się liczba internautów okazjonalnych, zaś o połowę wzrosła liczba osób codziennie odwiedzających Internet. W Polsce z Internetu dłużej niż 4 lata korzysta 10% ludzi, 3- 4 lata – 8%, 2- 3 lata – 24%, 1- 2 lata – 25%. Do Internetu dostęp ma 12% społeczeństwa, w tym osoby do 18. roku życia 17,1%, 19- 25 lat – 34,9%, 26- 30 lat – 14,7%, 31- 35 lat – 7,2%, 36- 40 lat – 6,3%, 41- 50 lat – 8,3%. Zwiększa się liczba osób korzystających z Internetu 6-50 godzin tygodniowo, zaś nie zmienia się odsetek (42%) korzystających 2-5 godzin tygodniowo. Jako powód korzystania z Internetu ponad połowa ludzi podaje ogólne zainteresowanie i ciekawość (56%), następnie uzyskanie informacji (32%), cele służbowe (22%), łatwiejsza komunikacja z innymi ludźmi (15%), nauka lub szkolenia (12%), rozrywka (8%), ściąganie plików (6%). W roku 2000 BNP Paribas podała raport z którego wynika, że spośród krajów europejskich Polska ma najniższy średni wiek internautów, wynoszący 26,2 lat [4,6].

Komputer i Internet mają wieloaspektowy wpływ na rozwój młodego człowieka. Skutki korzystania z sieci przez młodego internautę można podzielić na pozytywne i negatywne. Niekontrolowane używanie komputera może zaburzyć rozwój młodzieży w sferach: psychicznej, fizycznej, społecznej, moralnej i intelektualnej [7-14].

Pozytywne skutki korzystania z Internetu

Okres dzieciństwa i młodości jest czasem, kiedy kształtuje się osobowość [8-18]. Komputer i Internet mogą wywierać pozytywny wpływ na rozwój psychiczny człowieka, ponieważ pobudzają myślenie, rozwijają procesy poznawcze. Mogą także wspomagać rozwój intelektualny poprzez dostęp do ogromnych zasobów informacji przez pogłębianie wiedzy, rozwiązywanie problemów przy pomocy komputera, wyrabianie samodzielnego i twórczego myślenia. Wywierają również pozytywny wpływ na kształtowanie właściwych postaw moralnych poprzez wymianę poglądów z innymi ludźmi oraz właściwych postaw etycznych, takich jak poszanowanie własności intelektualnej, bezpieczeństwo i poufność danych, systematyczność i sumienność w wykonywaniu zadań. Komputeryzacja rozwija umiejętności społeczne, samodzielność, dostarcza rozrywki i relaksu [8-18].

Negatywne skutki korzystania z komputera i Internetu

Niekontrolowane korzystanie z komputera wywiera negatywny wpływ na psychikę młodej osoby hamując ją, a nawet doprowadzając do degradacji nieukształtowanej jeszcze osobowości [8-20]. Zaburzenia, takie jak utrata zdolności porozumiewania się z otoczeniem, lęk przed kontaktami z ludźmi, zerwanie z nimi kontaktów oraz zaburzenia emocjonalne: izolacja, osamotnienie, oderwanie od życia i uciekanie w świat fikcji, rozładowywanie napięć przez kontakt z komputerem to najważniejsze negatywne skutki, jakie wywiera komputer na psychikę młodego człowieka. Wiele gier wojennych, sensacyjnych czy kryminalnych wpływa na pobudzanie postawy agresywnej, okrucieństwa i przemocy. Zbyt szybki napływ informacji, który przekracza naturalną zdolność mózgu do racjonalnej selekcji wiadomości powoduje niemożność rozgraniczenia wiadomości na ważne i potrzebne oraz bezwartościowe. Niebezpieczeństwem jest również łatwy i niekontrolowany dostęp do demoralizujących treści, nawiązywanie przez dziecko kontaktów z niepożądanymi, niebezpiecznymi osobami. Częsty kontakt z obrazami zła i przemocy może prowadzić do

uodpornienia się na ból i krzywdę drugiego człowieka, akceptację i przyzwolenie dla agresji i okrucieństwa. Kolejnym problemem jest rozluźnienie więzi społecznych, a nawet zerwanie kontaktów z otoczeniem i własną rodziną, do czego przyczyniają się: anonimowość, brak hamulców, odizolowanie od siebie użytkowników w sieci [8-20].

Uzależnienie- ryzyko obcowania z cyberprzestrzenią

Proces rozwoju uzależnienia od komputera i Internetu przebiega w trzech fazach. U różnych osób objawy i przebieg każdej z nich są do siebie podobne. Kimberly Young usystematyzowała cechy odróżniające normalne użytkowanie Internetu od patologicznego [21].

I Faza (zaangażowania)

Odgrywają w niej istotną rolę uczucia, które związane są z poznawaniem nowej rzeczywistości. Użytkownik zapoznaje się z Internetem oraz jego możliwościami. Fascynacja, jak i uczucie przyływu energii są szczególnie atrakcyjne po ciężkim dniu. Kontakty nawiązywane drogą internetową pomagają pozbyć się uczucia osamotnienia. Może również pojawić się euforia, jak i uczucie spokoju w trakcie lub bezpośrednio po surfowaniu.

II Faza (zastępowania)

Uczucia występujące w fazie I zastępowane są przez redukcję dyskomfortu. Uzależniony odczuwa potrzebą podtrzymywania znajomości internetowych. Zaczyna zagłębiać się w internetową wspólnotę rezygnując z osób lub aktywności.

III Faza (ucieczki)

Uzależnienie pogłębia się doprowadzając do silnej i niekontrolowanej potrzeby korzystania z Internetu. Sieć staje się miejscem ucieczki od świata realnego i przestaje być jedynie narzędziem do komunikacji czy rozrywki. Osoba uzależniona ma coraz większe wyrzuty sumienia z racji na zaniedbywanie codziennych obowiązków i bliskich. Negatywne odczucia i chęć ich zmniejszenia powodują coraz częstsze i dłuższe sesje w sieci. Po ich przerwaniu uzależniony odczuwa efekty odstawienia podobne do tych, które pojawiają się u alkoholików (poirytowanie, niepokój, panika, jak również zaprzeczanie swoim faktycznym problemom związanym z używaniem komputera i Internetu) [21].

Rodzaje uzależnienia od komputera i Internetu

Uzależnienie od komputera i Internetu jest zespołem niejednorodnym. Wielu ludzi korzysta z sieci w różnych celach. Jedni, aby uzyskać informacje, inni ściągają pliki, wchodzi na portale społecznościowe, sprawdzają pocztę, prowadzą rozmowy online. Częste i długotrwałe surfowanie po sieci może doprowadzić do uzależnienia od Internetu. Trzeba jednak pamiętać, że sam Internet nie uzależnia lecz treści zdobywane dzięki niemu [22].

Według Andrzeja Augustyna do najbardziej uzależniających treści zaliczamy [3]:

- internetową pornografię;
- gry sieciowe;
- elektroniczny hazard;
- kopiowanie filmów i muzyki;
- poczta elektroniczna;
- przeglądanie i gromadzenie dużych ilości danych i Internetu;
- handel internetowy;
- uzupełnianie oprogramowania;
- hackerstwo;
- pogawędki internetowe.

Kimberly Young wyróżnia pięć podtypów uzależnienia od Internetu [23,24]:

- erotomania internetowa - ten typ uzależnienia polega głównie na oglądaniu filmów i zdjęć o tematyce pornograficznej, a także prowadzeniu rozmów czatowych o tematyce seksualnej. Zaburzenie to w skrócie można określić jako nałogowe korzystanie ze stron pornograficznych. Często przyczyną tych zachowań są dewiacje i zaburzenia seksualne, takie jak: ekshibicjonizm, pedofilia, zoofilia itp.
- uzależnienie od sieci - czyli uzależnienie od samego przebywania w sieci. Spotykana jest najczęściej u osób ze stałym dostępem do Internetu. Uzależnieni przez cały czas pozostają zalogowani i obserwują, co się dzieje w wirtualnym świecie; prowadzą dyskusje na forach, grają w sieci, uczestniczą w aukcjach itp. Ten typ łączy w sobie wszystkie formy zespołu uzależnienia od Internetu.
- przeciążenie informacjami lub przeładowanie informacjami - nałogowe przeglądanie sieci, w tym baz danych. Występuje przy nadmiarze informacji, np.: udział w wielu forach dyskusyjnych jednocześnie.

- socjomania internetowa - czyli uzależnienie od internetowych kontaktów społecznych. Osoba z tym zaburzeniem nawiązuje nowe kontakty z ludźmi jedynie przez Internet, bierze aktywny udział w listach dyskusyjnych oraz kontaktach przy pomocy portali społecznościowych, poczty elektronicznej. Tacy ludzie w prawdziwym życiu mają zachwiane relacje typu człowiek - człowiek. Potrafią godzinami rozmawiać z innymi przez Internet, natomiast mają trudności w kontaktach bezpośrednich. Następuje u nich również zanik komunikacji niewerbalnej, przez co informacje nadawane na tej płaszczyźnie są odczytywane błędnie lub nie są odczytywane w ogóle.
- uzależnienie od komputera - osoba z tym zaburzeniem nie musi korzystać z sieci, wystarczy, że korzysta z włączonego komputera, przy czym nie ma znaczenia co robi. Najczęściej przejawia się w obsesyjnym graniu w gry komputerowe.

Objawy uzależnienia od komputera i Internetu

Opierając się na kryteriach diagnostycznych uzależnień wg ICD-10 siecioholizm możemy rozpoznać u osób, które w okresie ostatniego roku wystąpiły co najmniej trzy z następujących objawów [25,26,27,28]:

- silną potrzebę lub poczucie przymusu korzystania z Internetu;
- występowanie rozdrażnienia, gorszego samopoczucia czy niepokoju przy próbach ograniczenia lub przerwania korzystania z Internetu, a ustąpienie tych objawów z chwilą powrotnego korzystania z sieci;
- postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz Internetu;
- spędzanie coraz większej ilości czasu przed komputerem celem uzyskania dobrego samopoczucia, które poprzednio osiągnięte było w znacznie krótszym czasie;
- subiektywne przekonanie o mniejszej możliwości kontrolowania zachowań związanych z Internetem (tj. osłabienie kontroli nad długością spędzania czasu w sieci oraz nad powstrzymaniem się od korzystania z Internetu) [26,27].

W oparciu o DSM-IV kryteria diagnostyczne zespół uzależnienia od Internetu można rozpatrywać jako nieprawidłowy sposób korzystania z sieci, prowadzący do zaburzenia zachowania się i istotnego zakłócenia czynności psychicznych, przejawiających się w okresie ostatniego roku co najmniej trzema spośród następujących objawów [25,26]:

Tolerancja, rozumiana jako:

- wyraźny, stopniowy spadek satysfakcji osiągniętej przez tę samą ilość czasu przebywania w sieci;
- potrzeba coraz dłuższego czasu korzystania z Internetu celem uzyskania zadowolenia.

Objawy odstawienia manifestujące się:

- Zespołem abstynencyjnym wyrażającym się w formie co najmniej dwóch z następujących objawów, występujących w okresie od kilku dni do miesiąca po zaprzestaniu lub ograniczeniu korzystania z Internetu:
 - Pobudzenie psychoruchowe;
 - Obniżenie nastroju;
 - Lęk lub niepokój;
 - Celowe lub mimowolne poruszanie palcami w sposób; charakterystyczny dla pisania na klawiaturze;
 - Obsesyjne myślenie o tym co dzieje się w sieci;
 - Fantazje i marzenia sennie na temat Internetu;
- Korzystaniem z sieci celem uniknięcia objawów abstynencyjnych po „odstawieniu” Internetu.
- Utracona potrzeba lub nieudane próby ograniczania oraz zaprzestania korzystania z Internetu.
- Częste przekraczanie planowanego wcześniej czasu korzystania z Internetu.

Korzystanie z Internetu, pomimo świadomości doświadczania trwałych bądź narastających problemów psychologicznych, społecznych lub somatycznych (fizycznych), spowodowanych bądź nasilających się w związku z korzystaniem z sieci (np. występowanie problemów rodzinnych, ograniczanie czasu snu, zaniedbywanie obowiązków itp.).

Zmniejszenie lub rezygnacja z aktywności zawodowej, społecznej lub rekreacji na rzecz Internetu.

Poświęcenie dużej ilości czasu na czynności związane z Internetem (np. testowanie nowych przeglądarek www, kupowanie książek na temat sieci).

Kimberly Young wyróżnia osiem objawów uzależnienia od Internetu. Do zdiagnozowania tego zaburzenia konieczne jest wystąpienie przynajmniej pięciu w ciągu ostatniego roku [24]:

- silne pochłonięcie Internetem manifestujące się obsesyjnym myśleniem o nim nawet wtedy, gdy się z niego nie korzysta;

- zwiększająca się ilość czasu korzystania z komputera i Internetu, aby osiągnąć satysfakcję z tej aktywności;
- coraz częściej występujące nieudane próby kontrolowania czasu spędzanego w sieci;
- poczucie niepokoju, przygnębienia, podenerwowania z powodu ograniczenia lub zrezygnowania z Internetu;
- problemy z kontrolowaniem czasu spędzanego w Internecie;
- występowanie problemów społecznych i osobistych wynikających z całkowitego pochłonięcia Internetem;
- okłamywanie najbliższych w celu ukrycia wzrastającego zaangażowania „w życie sieci”;
- aktywność internetowa staje się formą ucieczki od rzeczywistości.

Griffiths wyróżnia sześć komponentów uzależnienia od Internetu [24]:

- wyrazistość emocjonalnego podporządkowania (nałogowe zachowanie zajmuje pierwsze miejsce w życiu człowieka);
- zmiana nastroju – doświadczenia postrzegane poprzez pryzmat uzależnionego są uznawane przez niego jako konsekwencja ich zachowań. Bywa również widziane jako forma radzenia sobie z emocjami poprzez ekscytację bądź przeciwnie, poprzez uspokajające uczucie odseparowania i ucieczki od rzeczywistości;
- tolerancja – wyraźna chęć coraz dłuższego przebywania w sieci dla uzyskania tych samych efektów emocjonalnych, co w początkowej fazie;
- objawy odstawienia – dokuczliwe uczucia pojawiające się w momencie ograniczenia lub zaprzestania korzystania z Internetu. Mogą to być: obniżenie nastroju, drażliwość, nudności, potliwość dłoni;
- konflikt – pojawia się w trzech obszarach działania uzależnionego:
 - a) relacje interpersonalne;
 - b) pozainternetowa aktywność życiowa;
 - c) życie psychiczne (niezadowolenie z siebie, złe samopoczucie, poczucie utraty kontroli).
- nawrót – tendencja do powracania do wcześniejszych, patologicznych sposobów używania Internetu po okresach abstynencji lub prób kontroli.

Typy osobowości podatne na uzależnienia

Internet jest powszechnym narzędziem spełniającym nie tylko funkcję przekazywania informacji, ale też ekonomiczną, edukacyjną, rozrywkową. Jego pozytywne aspekty łączą się niestety ze skutkami negatywnymi, z których głównym problemem jest uzależnienie [29-34].

Badania wykazują, że na występowanie uzależnienia od Internetu ma duży wpływ typ osobowości. Istnieje związek pomiędzy czasem korzystania z Internetu a wrażliwością emocjonalną osoby uzależnionej. Osoby bardziej wrażliwe emocjonalnie szukają mniej absorbujących emocjonalnie kontaktów z ludźmi, dlatego częściej korzystają z sieci. Ponadto z badań wynika, że typ osobowości introwertywnej i depresyjnej predysponuje do rozwoju choroby. Autorzy uważają, że osoby z poczuciem niskiej wartości, nieśmiałe, zahamowane oraz izolujące się społecznie i nieodporne na stres uciekają od swoich problemów w bardzo przyjazny dla nich świat Internetu [30-34].

Wirtualne kontakty dają emocjonalną ulgę i pozwalają zaakceptować samego siebie, lecz nie rozwiązują życiowych problemów i nie uczą tworzenia prawidłowych relacji w realnym życiu [29-34].

Na podstawie literatury w sieci można wyłonić kilka profili osób charakteryzujących się patologicznymi cechami osobowości i sposobu użytkowania Internetu [30,33,34]:

- tendencje do tworzenia i przeżywania urojeń na temat sieci przejawiają osoby schizoidalne;
- maniacy impulsywni bardzo często wysyłają pocztą elektroniczną obelgi potem tego żałując;
- hakerzy charakteryzują się antyspołeczną osobowością ;
- narcyzi blokują sieć poprzez wysyłanie długich wpisów do grup dyskusyjnych;
- ludzie z dysocjacyjnymi (rozszczepiennymi) cechami osobowości mają skłonność do uciekania w cyberprzestrzeń i kreowania w niej swojej wymagowanej tożsamości.

Skutki uzależnienia od komputera i Internetu

Każde uzależnienie niesie ze sobą wiele negatywnych skutków przyczyniających się do obniżenia jakości życia człowieka w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej. Osoby uzależnione spędzają wiele czasu przed komputerem. Reagują agresją bądź złością, gdy jest im zwracana uwaga. Niejednokrotnie starają się ukryć ten fakt. Na prośbę pójścia spać bądź zjedzenia posiłku wielokrotnie odpowiadają „jeszcze kilka minut”, rzadko dotrzymują słowa.

Spędzanie wielu godzin przed komputerem zaburza układy rodzinne, pracę, naukę. Uzależniony nie wykonuje codziennych obowiązków, zaniedbuje higienę osobistą, zmniejsza się jego efektywność pracy zawodowej. Często zauważalne są konflikty związane z niezaspokojeniem potrzeb emocjonalnych i seksualnych partnera. Ogromne znaczenie ma również stopniowe pogarszanie się stanu zdrowia [1,8-11,19,35,36,37].

Biologiczne skutki uzależnienia od komputera i Internetu

Skutki biologiczne uzależnienia od komputera i Internetu wpływają negatywnie na funkcjonowanie człowieka w życiu codziennym obniżając przy tym jakość życia uzależnionego.

Zalicza się do nich [1,8-12,19,35,38]:

- wady postawy, np. skrzywienie kręgosłupa, nadwyrężenie mięśni karku i nadgarstka, spowodowane spędzaniem dużej ilości godzin przed komputerem;
- zaczerwienienie, pieczenie i wysychanie oczu wywołane ograniczeniem mrugania powiekami; zmęczenie i ból oczu;
- zapominanie o posiłkach lub nieprawidłowe odżywianie się, co sprzyja występowaniu chorób układu pokarmowego, miażdżycy i zakrzepicy żył;
- niedożywienie;
- bóle głowy i migreny;
- zmiana rytmu okołodobowego przez ciągłe przebywanie w sieci, co skutkuje wahaniami stężenia hormonów i sprzyja rozwojowi chorób układu endokrynnego;
- zaburzenia snu;
- RSI, czyli zespół urazów wynikających ze stałego przeciążenia objawiający się przewlekłymi bólami dłoni, przegubów, przedramion i ramion, których przyczyny mogą kumulować się, nie dając o sobie znać przez wiele lat;
- nieprawidłowy oddech, a nawet poważne, inwalidyzujące zmiany fizyczne;
- pogorszenie wzroku, a nawet wystąpienie „padaczki ekranowej”, wywołanej przez intensywne, szybko zmieniające się bodźce świetlne emitowane przez ekran;
- niekontrolowanie czasu spędzonego przed komputerem;
- zmniejszenie potrzeb seksualnych;
- zwiększona podatność na infekcje;

- podrażnienia skóry spowodowane „bombardowaniem” cząsteczkami kurzu dodatnio zjonizowanych przez kineskop monitora;
- osłabienie odporności organizmu – skutek nieregularnego snu i odżywiania się;
- zespół cieśni nadgarstka, powstały w wyniku długotrwałego ucisku nerwu pośrodkowego, biegnącego w kanale nadgarstka (długotrwała praca z myszką komputerową);
- w skrajnych przypadkach wycieńczenie organizmu.

Psychologiczne skutki uzależnienia od komputera i Internetu

Uzależnienie od komputera i Internetu może niszczyć zdrowie człowieka, nie tylko fizyczne, ale przede wszystkim psychiczne. Zdrowie psychiczne zalicza się do dóbr fundamentalnych, dlatego zaburzenia związane z psychiką traktowane są jako zagrożenie podstawowych praw człowieka. Do najważniejszych dysfunkcji związanych z ZUI w sferze psychogennej można zaliczyć [1,8-12,19,35,38,39,40]:

- problemy z pamięcią i koncentracją uwagi;
- popadanie w swoiste ciągi, zwane „fugami internetowymi”;
- utrwalenie postaw egocentrycznych;
- trudności w przyswajaniu nowych wiadomości;
- gwałtowna zmiana zachowań, rozdrażnienie, irytacja, spadek sprawności fizycznej, wynikające z zaburzonego rytmu okołodobowego;
- fobie społeczne, przejawiające się unikaniem bezpośrednich kontaktów z innymi ludźmi;
- postępujące unikanie kontaktów z innymi ludźmi, nawet najbliższymi – rodziną, przyjaciółmi;
- odczuwanie ciągłego stresu spowodowane obawą „odłączenia” od sieci;
- trudności w nawiązaniu kontaktów „realnych”;
- depresje spowodowane brakiem kontaktu z siecią;
- zaburzenia kontroli popędów;
- nadpobudliwość;
- odstawienie zainteresowań na plan dalszy;
- niezdolność do racjonalnej selekcji danych poprzez tak zwany „szok informacyjny”;
- syndrom amotywacji, utrudniający podjęcie konkretnych działań w realnym życiu;

- prokrastynacja, czyli tendencja do nieustannego przekładania pewnych czynności na później;
- zacieranie się granicy między światem wirtualnym a rzeczywistością;
- utrata poczucia tożsamości.

Spoleczne skutki uzależnienia od komputera i Internetu

W obecnych czasach, kiedy społeczeństwo jest w kilkudziesięciu procentach z informatyzowane uzależnienie od Internetu zaczyna być poważnym problemem społecznym. Wymienia się go na równi wśród takich patologii jak uzależnienie od narkotyków i alkoholu. Najważniejsze problemy związane z uzależnieniem to [1,8-12,17,19,35,38]:

- zaniedbywanie obowiązków zawodowych przez osoby dorosłe oraz obowiązków szkolnych przez młodzież i dzieci;
- nieprzestrzeganie zasad kultury słowa i dobrego wychowania;
- brak bezpieczeństwa w sieci, np. możliwość złamania kodów dostępu do kont bankowych przez hakerów;
- osłabienie siły woli i osobowości;
- rezygnacja z ruchu i aktywności fizycznej;
- brak kontaktu z otoczeniem i całkowita alienacja;
- obniżenie jakości pracy bądź utrata pracy, brak środków finansowych do życia;
- nieetyczne zachowania w sieci wynikające z poczucia anonimowości; .
- wystawianie się na działania szkodliwych bodźców zamieszczonych na stronach WWW. tj. przemoc fizyczna, pornografia, zdobycie informacji na temat dostępu do narkotyków;
- zachwianie stabilnością związków z powodu internetowej erotomanii, jak również propagowanej dewiacji seksualnej;
- utrata moralności poprzez zatracenie granicy między dobrem a złem.

Sposoby leczenia uzależnienia od komputera i Internetu

Na podstawie przeprowadzonych badań, terapia uzależnienia od Internetu jest bardzo zbliżona do programów leczenia uzależnień od alkoholu czy hazardu. Forma leczenia niefarmakologicznego obejmuje pomoc psychoterapeutyczną, która polega na nauce umiejętności komunikacyjnych, skutecznego wyrażania własnych uczuć, emocji, a także trudności. Dobrym rozwiązaniem w przypadku uzależnienia od Internetu jest nauka korzystania z sieci. Dzięki niej osoba uzależniona ma szansę na zrozumienie własnego zachowania i zmierzenia się bezpośrednio z problemem. Należy wyznaczyć ostre granice między normalnym czasem spędzonym przed komputerem i stanami uważanymi za patologiczne. Pomoc przyjaciół, rodziny, a także właściwe podejście pracodawców do problemu odnosi również istotną rolę w leczeniu uzależnienia, gdyż motywuje osobę obciążoną problemem do działania i wpływa korzystnie na wprowadzenie zmian. Ważne jest znalezienie alternatywnych zainteresowań, wykorzystanie większej ilości czasu dla siebie i bliskich. Pomocne staje się też przygotowanie szczegółowego planu dnia, w skład którego wchodzi codzienna aktywność, określenie ram czasowych korzystania z sieci, a także uwzględnienie czasu na wypoczynek [24,41,42,43].

W terapii leczenia ZUI wyróżnia się następujące cele [25,35]:

- uświadomienie sobie mechanizmu i objawów uzależnienia w kontekście specyfiki własnego życia;
- ściśle przestrzeganie ilości godzin spędzanych przed komputerem (2-3 godziny dziennie);
- precyzyjne określenie i przestrzeganie dopuszczalnych czynności komputerowych, tj. rezygnacja ze stron uzależniających;
- umiejętność radzenia sobie z objawami abstynencji poprzez pozakomputerową aktywność fizyczną;
- kontrola nad psychologicznymi mechanizmami uzależnienia poprzez uświadomienie sobie, że walcząc niejednokrotnie można przegrać, a ucieczka przed problemami sprawia, że nie tylko nie znikają, ale nasilają się osiągając rozmiar obsesji;
- zapewnienie wsparcia ze strony współuzależnionych.

Etapy terapii wynikające z wyżej wymienionych celów [24,35,42]:

- zapoznanie się z problemem uzależnienia komputerowego i przedstawienie niebezpieczeństw z nim związanych;
- ustalenie i bezwzględne przestrzeganie zakresu czynności wykonywanych w sieci, limit godzinowy;

- stworzenie planu rozwoju osobistego i konsekwentne go realizowanie;
- rozpoznanie dotychczasowych sposobów radzenia sobie ze stresem i ewentualnych deficytów w tym obszarze;
- nauka efektywnego zarządzania wolnym czasem;
- pozakomputerowy rozwój zainteresowań;
- wsparcie najbliższych.

W leczeniu uzależnień, obok psychoterapii, z powodzeniem stosuje się hipnozę oraz relaksację [42].

W Polsce od 10 lat funkcjonuje jedyny ośrodek, zajmujący się różnego rodzaju uzależnieniami od maszyn, który nosi nazwę Społeczne Centrum Odwykowe [42].

W Stanach Zjednoczonych natomiast powstało wiele instytucji specjalizujących się leczeniem ZUI [25].

Celem pracy było

- ocena występowania uzależnienia od komputera i Internetu w populacji studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w zależności od kierunku studiów
- ocena czynników predysponujących do rozwoju uzależnienia od komputera i Internetu wśród studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
- ocena poziomu wiedzy studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na temat skali problemu jakim jest uzależnienie od komputera i Internetu

Material i metody badań

Badania zostały przeprowadzone w populacji 200 studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, w tym 100 osób kierunku Pielęgniarstwo i 100 osób kierunku Ratownictwo Medyczne, w II kwartale 2012 roku, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMB nr: R- I- 002/233/2011.

Przed rozpoczęciem badań respondenci zostali zapoznani z całą procedurą badawczą. Dobór badanej grupy był losowy, a udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy, w

każdej chwili, bez względu na etap badania respondenci mieli prawo rezygnacji z udziału w nim. Materiał do badań został zebrany metodą sondażu diagnostycznego. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankietowy własnego autorstwa oraz test „Uzależnienia od komputera i Internetu” według Kimberly Young.

Kwestionariusz ankiety składał się z 3 części:

- Część 1.: Metryczka – zawierała 14 pytań socjo-demograficznych w formie zamkniętej;
- Część 2.: Pytania właściwe dotyczące uzależnienia od komputera i Internetu – zawierały 14 pytań zamkniętych na temat użytkowania komputera i korzystania z Internetu przez ankietowanych;
- Część 3.: Test „Uzależnienia od komputera i Internetu” wg Kimberly Young – zawierał 8 pytań - osoba badana odpowiadając na pozycje testu określała na 2-punktowej skali występowanie u niej odczuć bądź sytuacji odpowiadając twierdząco („tak”) lub przecząco („nie”). Zdaniem autorki testu, amerykańskiej psycholog Kimberly Young, udzielenie twierdzącej odpowiedzi na minimum pięć, spośród ośmiu, pytań przemawiało za istnieniem uzależnienia od Internetu, zaś udzielenie twierdzącej odpowiedzi na cztery spośród ośmiu pytań przemawiało za istnieniem zagrożenia uzależnieniem.

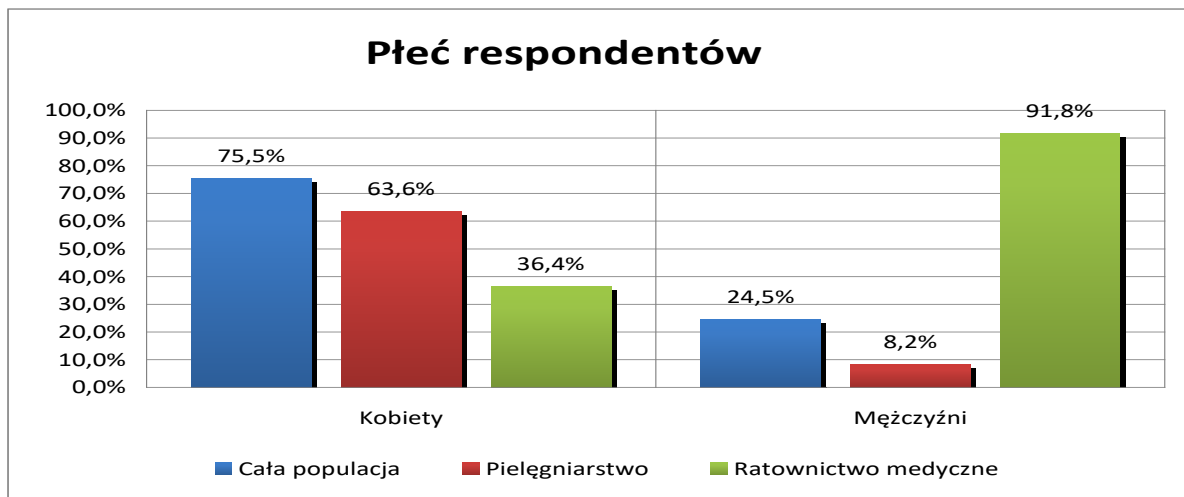
Analizę badań wykonano za pomocą pakietu statystycznego Statistica Version 9 firmy Statsoft.

Wyniki odpowiedzi na poszczególne pytania ankiety przedstawiono za pomocą wykresów graficznych, na których przedstawiono konkretną odpowiedź jako procent z liczby ankietowanych.

Wyniki

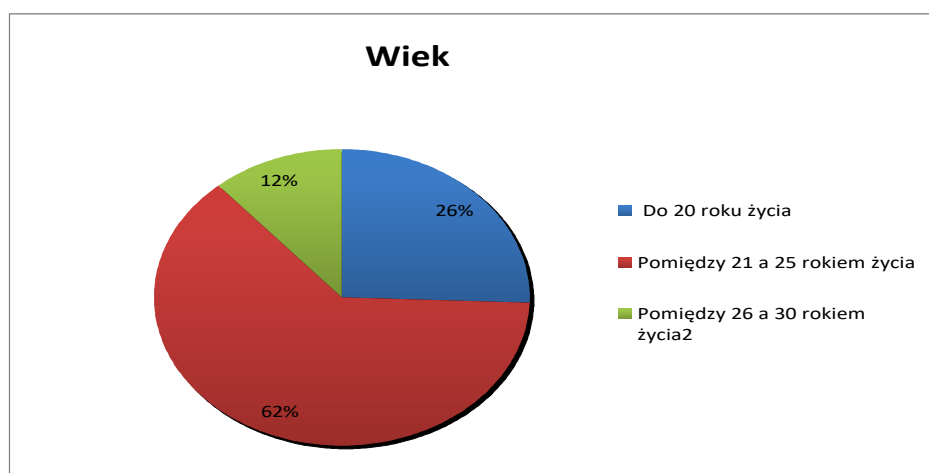
Grupę badawczą stanowiło 200 studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w tym 100 osób kierunku Pielęgniarstwo, oraz 100 osób kierunku Ratownictwo Medyczne.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 75% ankietowych stanowią kobiety, z czego 63,6% są to studentki pielęgniarstwa. Mężczyźni natomiast stanowią 25% badanych, z czego 91,8% są to studenci ratownictwa medycznego (Ryc. 1).



Ryc. 1. Płeć respondentów z uwzględnieniem kierunku studiów

Respondentów podzielono na 3 grupy wiekowe. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 21-25 lat (Ryc. 2).



Ryc. 2. Wiek respondentów

W badanej populacji 83,5% osób stanowią kawalerowie/panny, a 16,5% osoby zamężne. Wśród respondentów 62% posiadało partnera/partnerkę, a pozostali (38%).

W badanej grupie 19% studentów otrzymywało stypendium socjalne, 81% nie. Stypendium naukowe otrzymywało 5% badanych, a 95% nie.

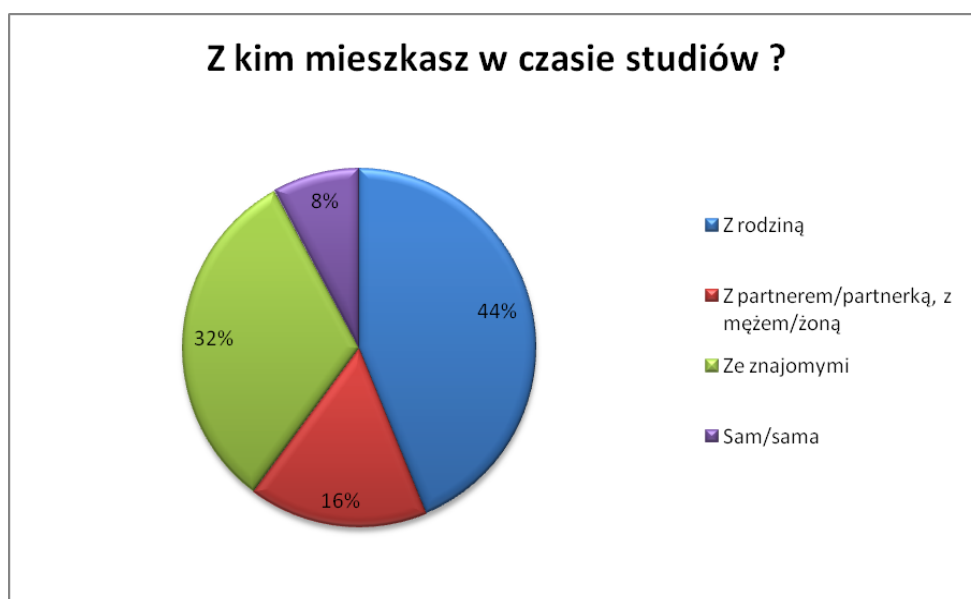
W badanej populacji 38% mieszka w domu rodzinnym, 31% na stancji (Ryc. 8).



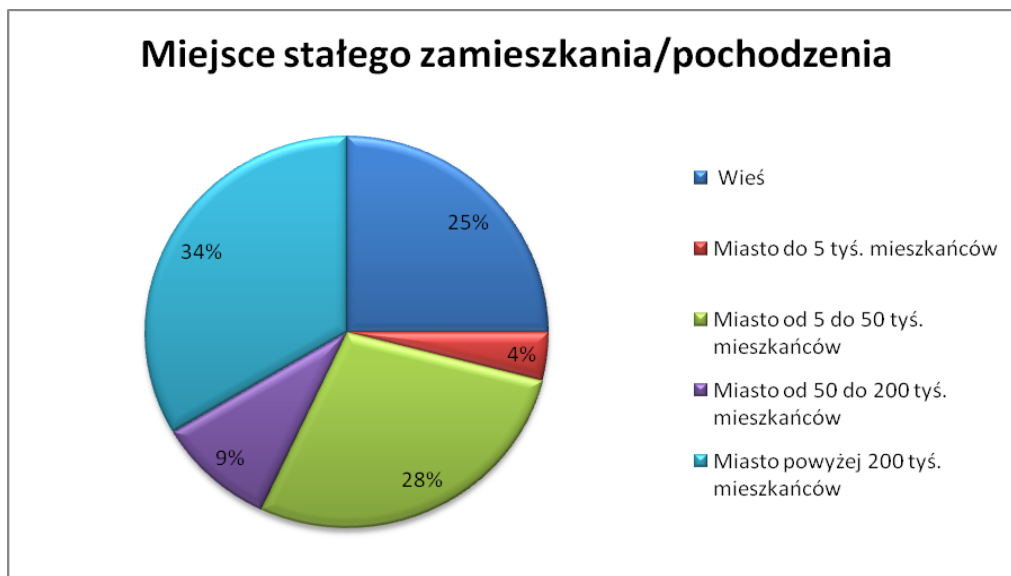
Ryc.3. Miejsce zamieszkania respondentów w czasie studiów

Większość respondentów (44%) mieszka z rodziną (Ryc. 4).

Największa grupa respondentów (34%) pochodzi z miast powyżej 200 tysięcy mieszkańców (Ryc.5).



Ryc. 4. Współlokatorzy respondentów w czasie studiów



Ryc. 5. Miejsce stałego zamieszkania/pochodzenia respondentów

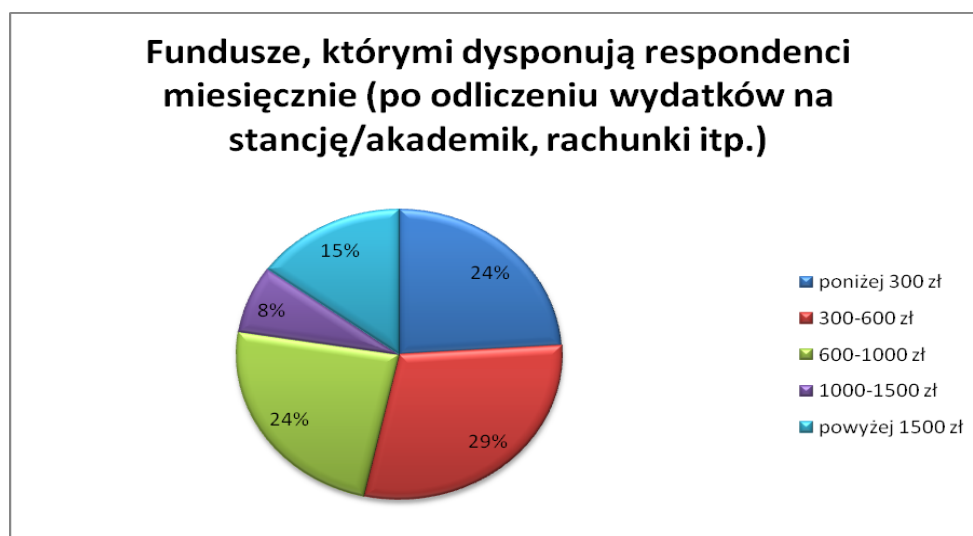
Z badań wynika, że większość ankietowanych 66% otrzymuje pieniądze od rodziców, a 34% nie. W badanej grupie 53% respondentów posiada własne źródło dochodów, a 47% nie.

Wśród respondentów 29% dysponowało 300-600 zł miesięcznie (Ryc. 6).

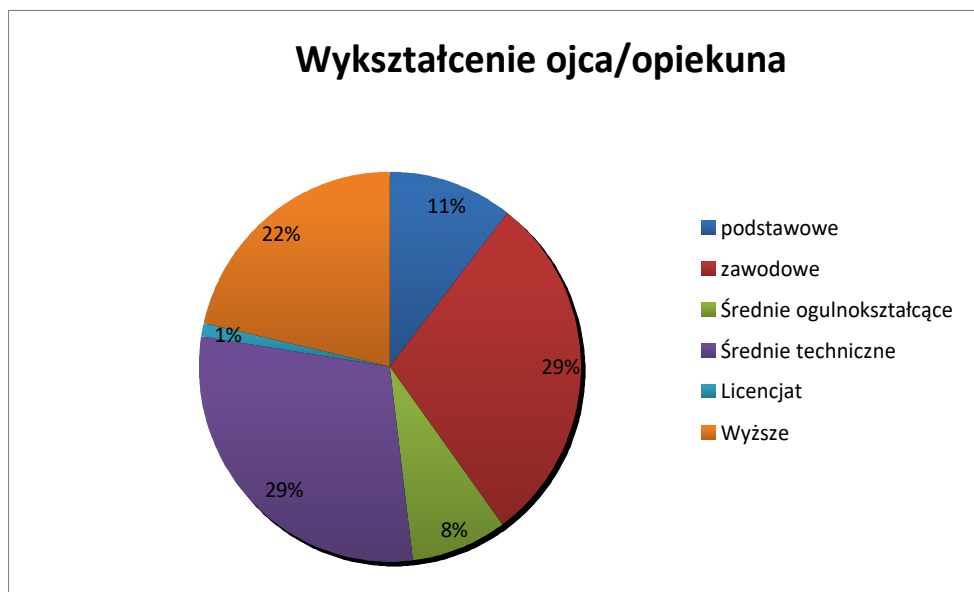
W badanej grupie respondentów wykształcenie ojca/opiekuna w przypadku 30% jest średnie techniczne, 29% posiada wykształcenie zawodowe (Ryc. 7).

Wśród badanych respondentów wykształcenie matek/opiekunek kształtuje się następująco: 30% wyższe, 21% zawodowe (Ryc. 8).

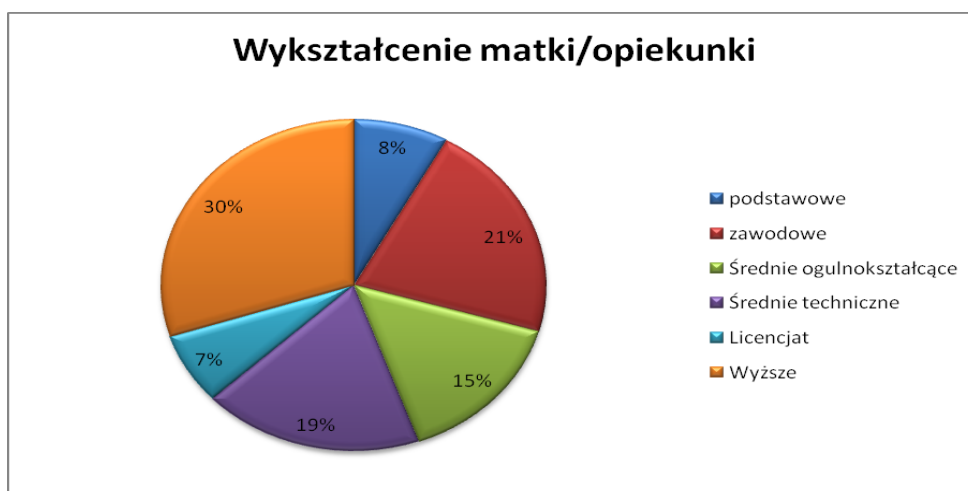
Znaczna większość respondentów (96%) posiada własny komputer, 4% nie.



Ryc. 61. Fundusze miesięczne respondentów po odliczeniu kosztów



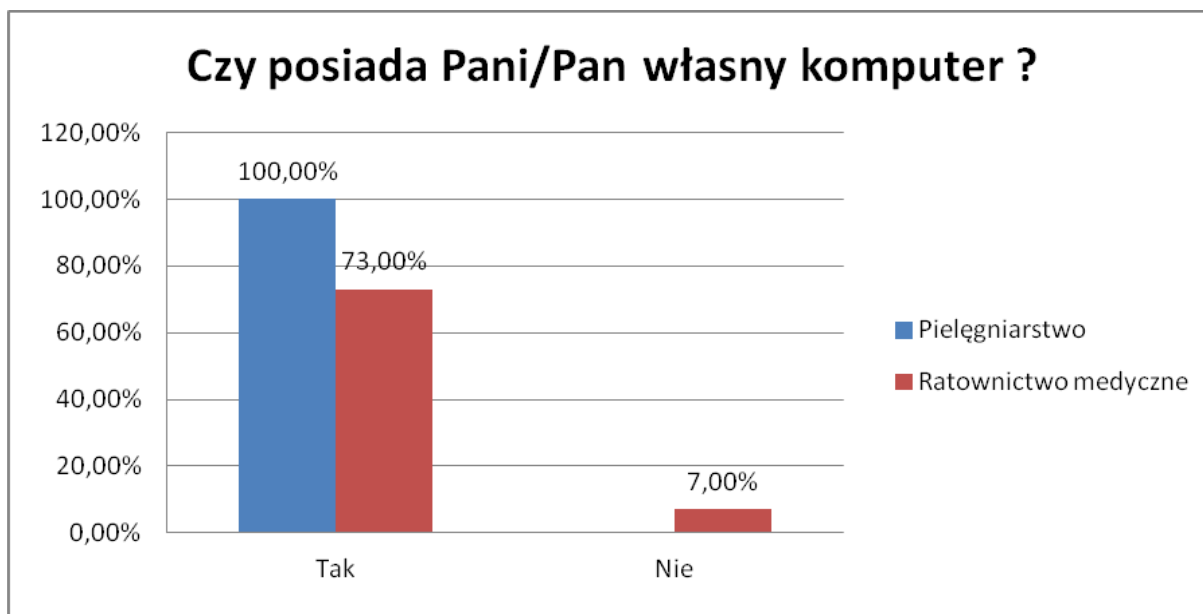
Ryc. 7. Wykształcenie ojca/opiekuna respondenta



Ryc. 8. Wykształcenie matki/opiekunki respondenta

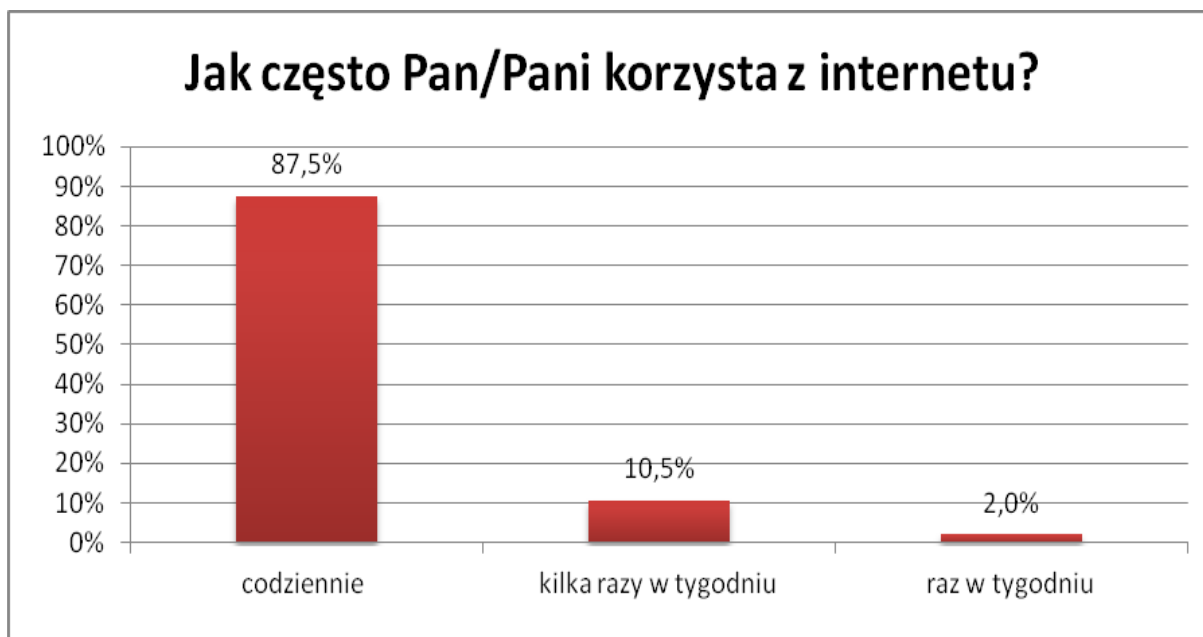
Analiza wyników badań na podstawie ankiety dotyczącej uzależnienia od komputera i Internetu

Większość respondentów posiada komputer - z grupy pielęgniarek 100%, natomiast z grupy ratowników medycznych 73% (Ryc. 9).



Ryc. 9. Stan posiadania przez respondentów własnego komputera z podziałem na Pielęgniarstwo i ratownictwo

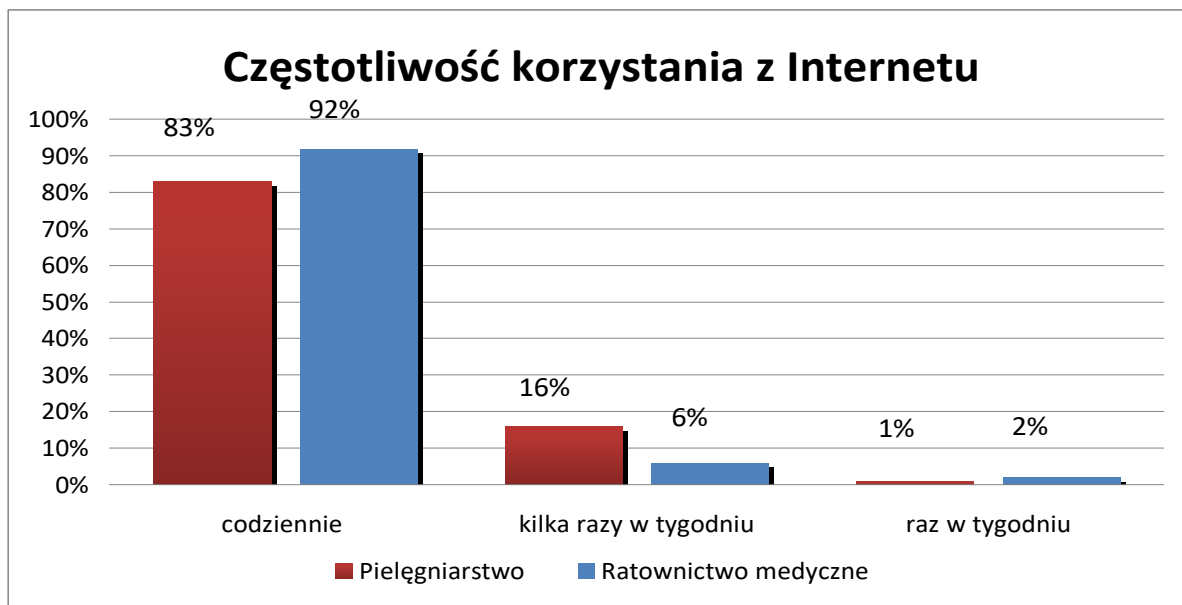
Z badań wynika, że większość populacji (87,5%) korzysta codziennie z Internetu (Ryc. 10).



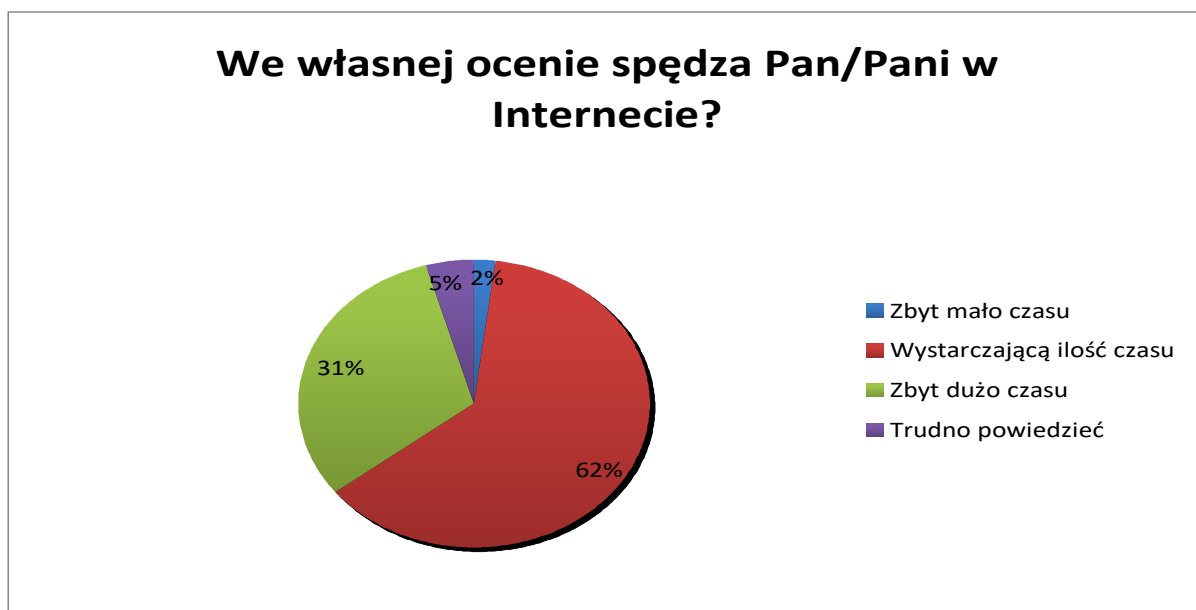
Ryc. 10. Częstotliwość korzystania z Internetu

W badanej populacji 92% respondentów z grupy Ratownictwa medycznego korzysta codziennie z Internetu, 83% z grupy Pielęgniarstwa również korzysta codziennie z Internetu (Ryc. 11).

62% respondentów twierdzi, że spędza wystarczającą ilość czasu w Internecie (Ryc. 12).



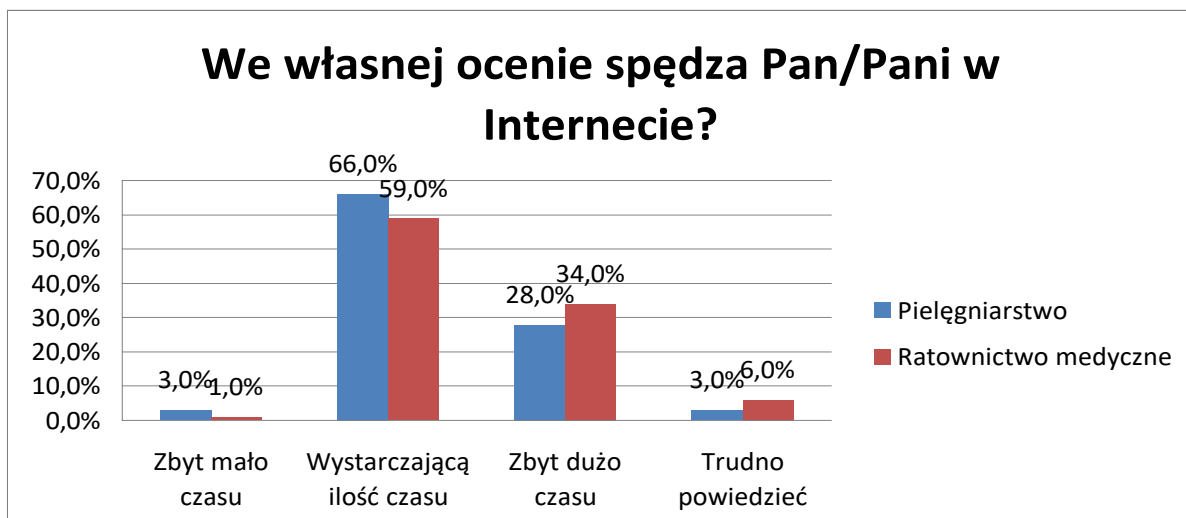
Ryc. 11. Częstotliwość korzystania z Internetu z uwzględnieniem podziału na pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne



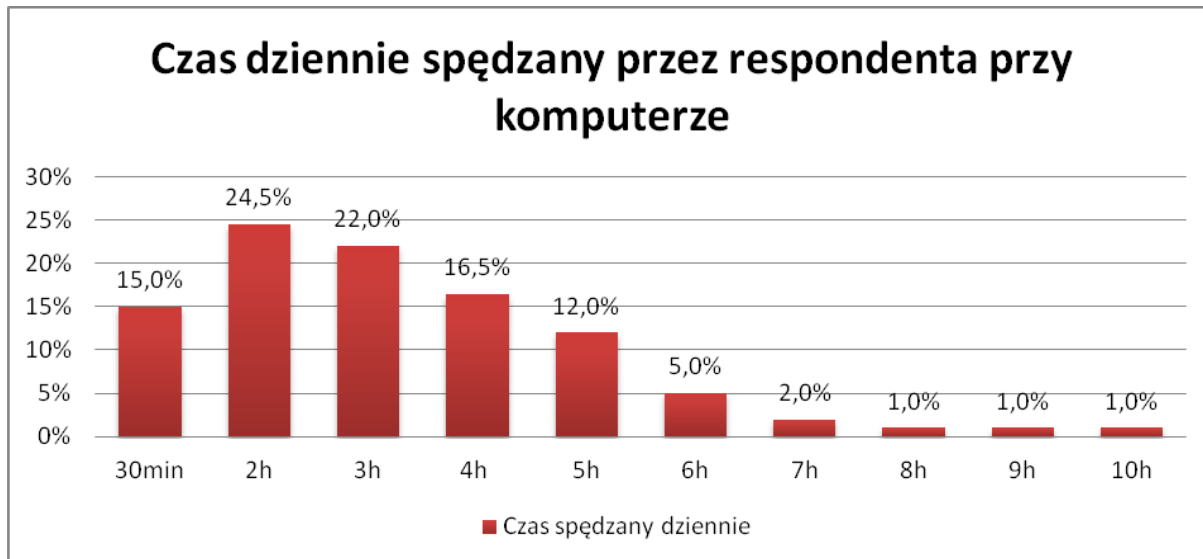
Ryc. 12. Czas spędzany w Internecie w opinii respondentów

Wśród badanych, 66% respondentów z Pielęgniarstwa twierdzi, że spędza wystarczającą ilość czasu w Internecie, 59% respondentów Ratownictwa medycznego ma takie samo zdanie (Ryc. 13).

Z danych przedstawionych na Rycinie 22 wynika, że 24,5% badanej populacji spędza 2 godziny przy komputerze, 22% spędza 3 godziny, 16,5% przed komputerem przesiaduje 4 godziny, 15% 30 min, 12% około 5 godzin przesiaduje przed komputerem.



Ryc. 13. Czas spędzany w Internecie w opinii respondentów z uwzględnieniem podziału na Pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne

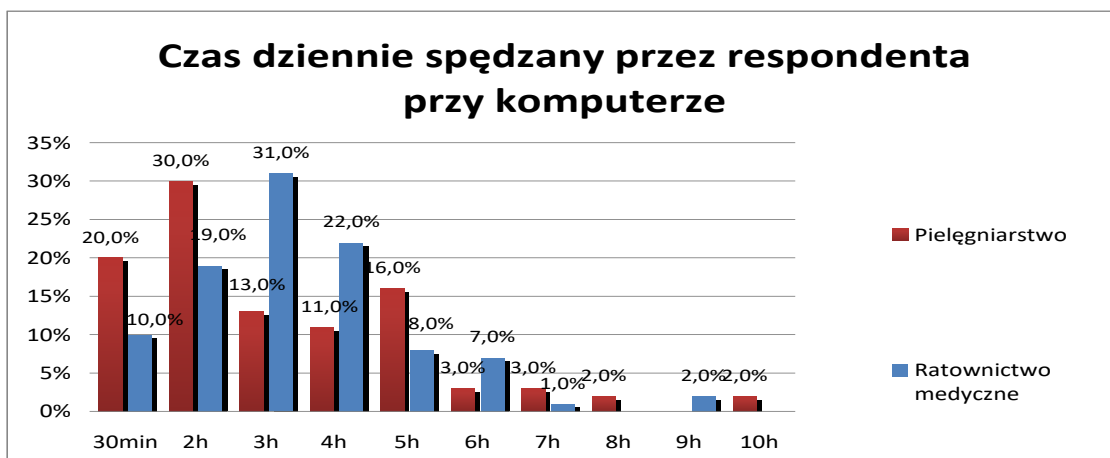


Ryc. 14. Dzienny czas spędzany przy komputerze w opinii respondenta

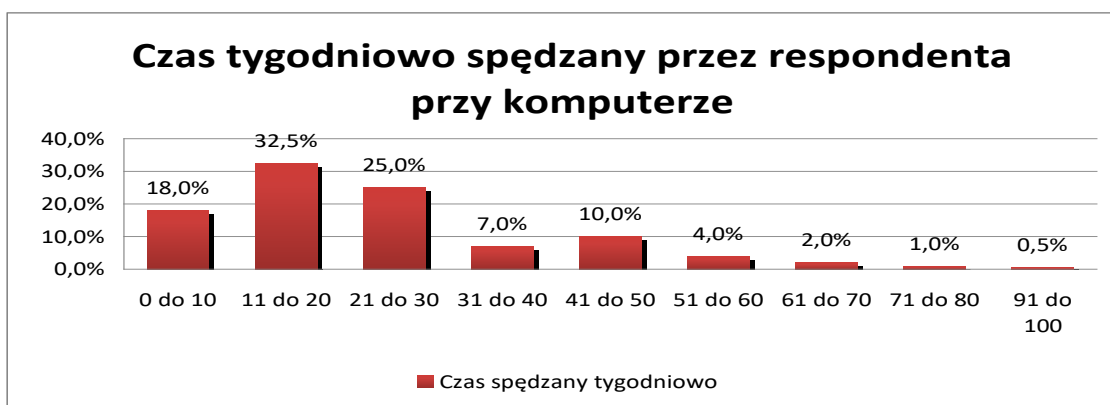
Z analizy Ryciny 15 wynika, że najwięcej (30%) respondentów z grupy pielęgniarstwa spędza 2 godziny przy komputerze, natomiast 31% z ratownictwa medycznego 3 godziny.

W badanej populacji 32,5% respondentów spędza tygodniowo od 11 do 20 godzin przy komputerze, 25% od 21 do 30 godzin, 18% spędza do 10 godzin przed komputerem

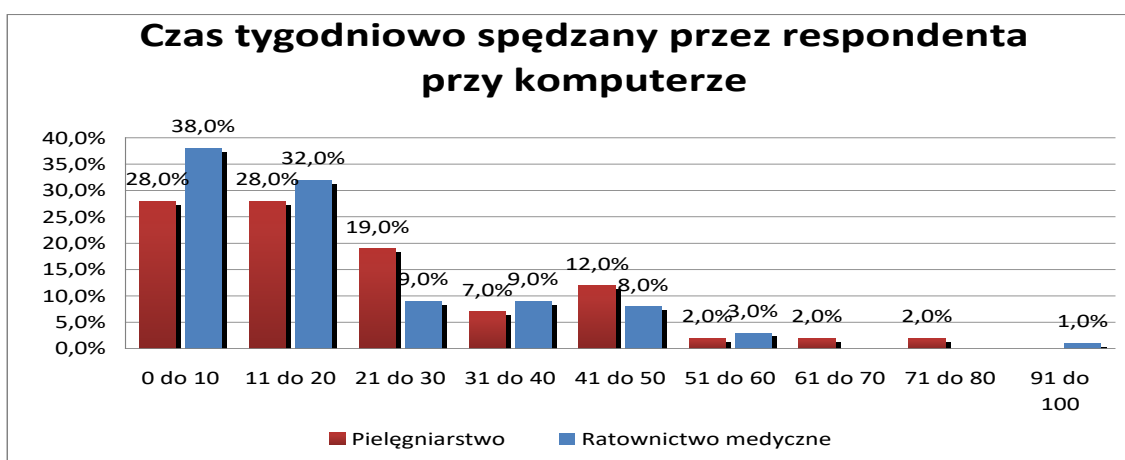
(Ryc. 16). W badanej grupie respondentów, 28% z Pielęgniarstwa spędza do 10 godzin przy komputerze, natomiast 32% z ratownictwa medycznego spędza od 11 do 20 godzin (Ryc. 17).



Ryc. 15. Dzienny czas spędzany przy komputerze w opinii respondenta z uwzględnieniem podziału na pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne



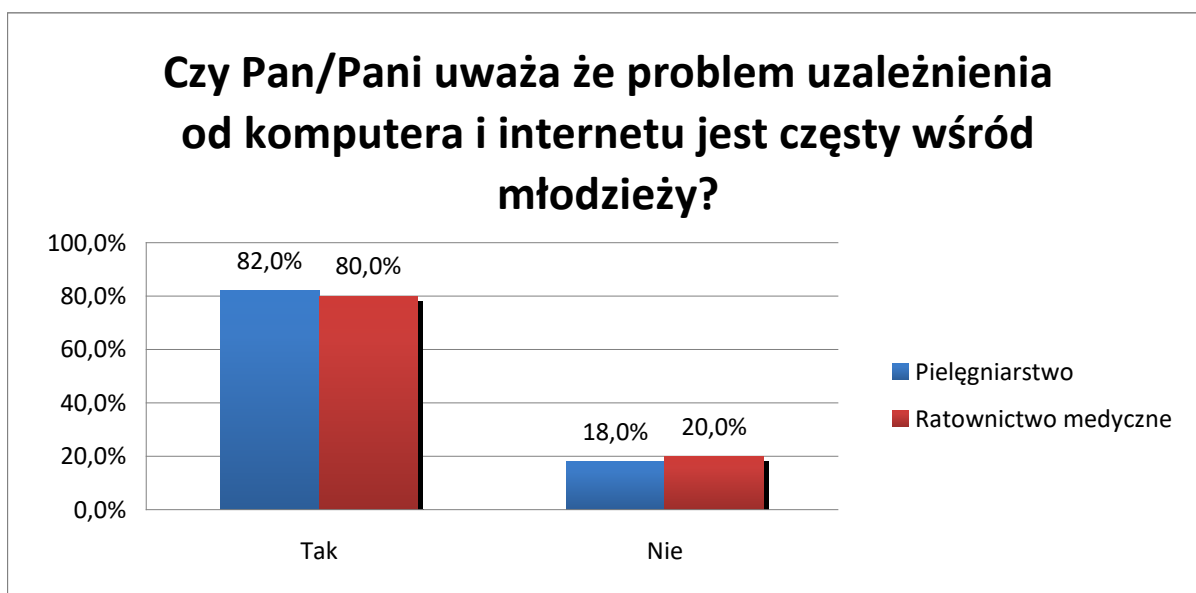
Ryc. 16. Czas spędzany przy komputerze przez respondenta w ciągu tygodnia



Ryc. 17. Czas spędzany przy komputerze przez respondenta w ciągu tygodnia z uwzględnieniem podziału na ratownictwo medyczne i pielęgniarstwo

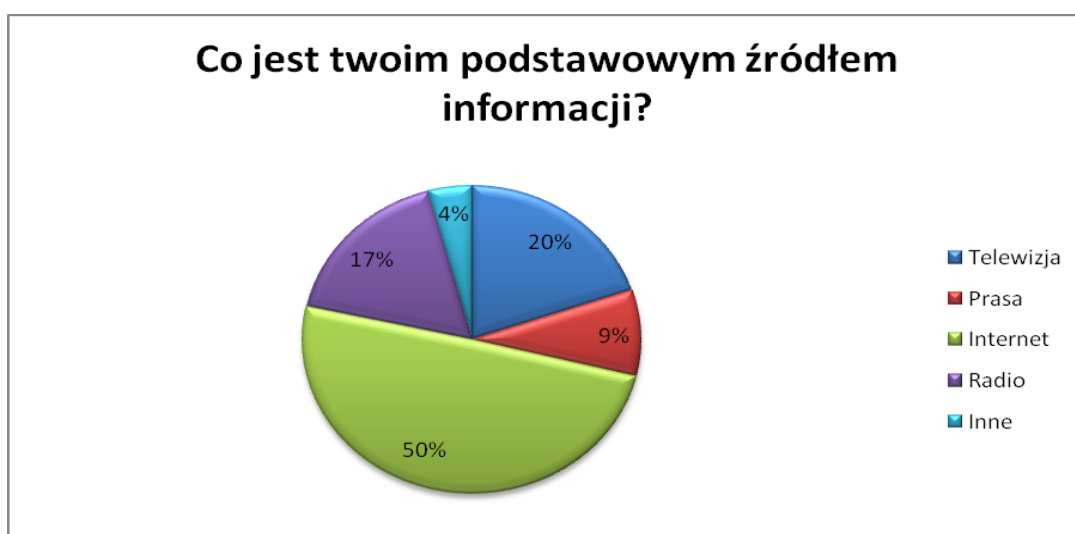
Większość ankietowanych (81%) twierdzi, że uzależnienie od komputera i Internetu jest częstym problemem wśród młodzieży, a 19 że nie.

Większość respondentów - 82% z pielęgniarstwa oraz 80% z ratownictwa medycznego twierdzi, że uzależnienie od komputera i Internetu jest częstym problemem wśród młodzieży (Ryc. 18).



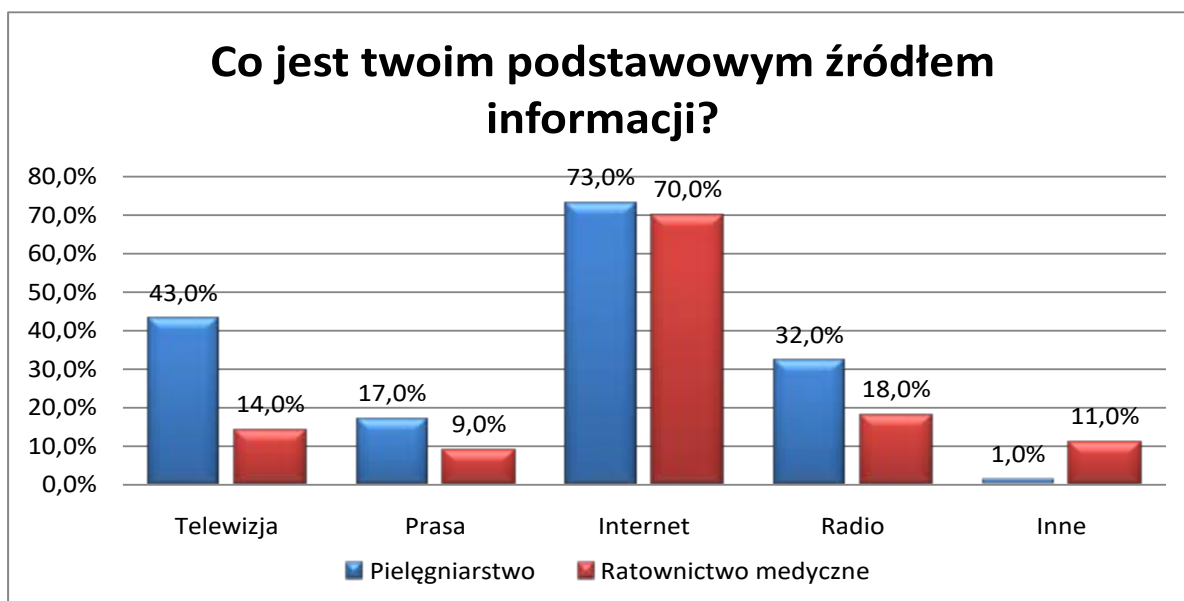
Ryc. 18. Problem uzależnienia od komputera i Internetu według respondentów z uwzględnieniem podziału na pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne

Głównym źródłem informacji w badanej populacji jest Internet (50%), dla 20% respondentów jest nim Telewizja (Ryc. 19).



Ryc. 19. Źródła pozyskiwania informacji respondentów

Głównym źródłem informacji wśród respondentów jest Internet dla 73% studentów pielęgniarstwa oraz 70% ratownictwa medycznego (Ryc. 20).



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

Ryc. 20. Źródła pozyskiwania informacji respondentów z uwzględnieniem podziału na Pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne

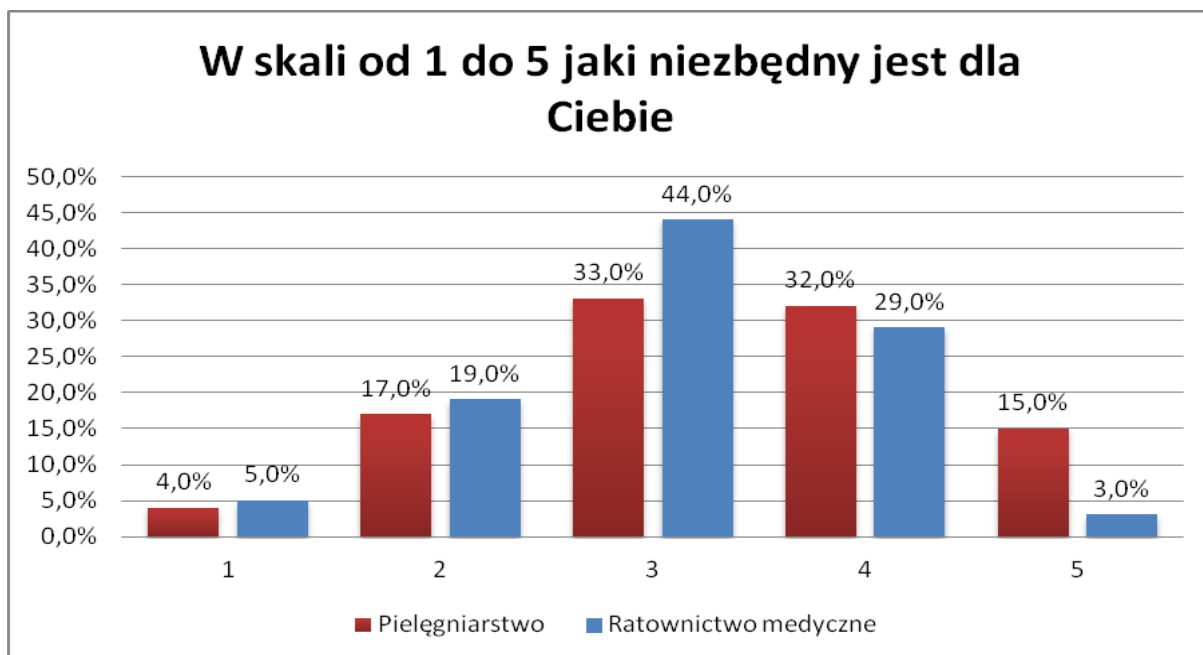
Niemal wszyscy respondenci 96% wolą kontakt osobisty z ludźmi, a jedynie 4% wirtualny.

W badanej grupie dla 38,5% respondentów komputer jest niezbędny na 3 w skali od 1 do 5 (Ryc. 21).



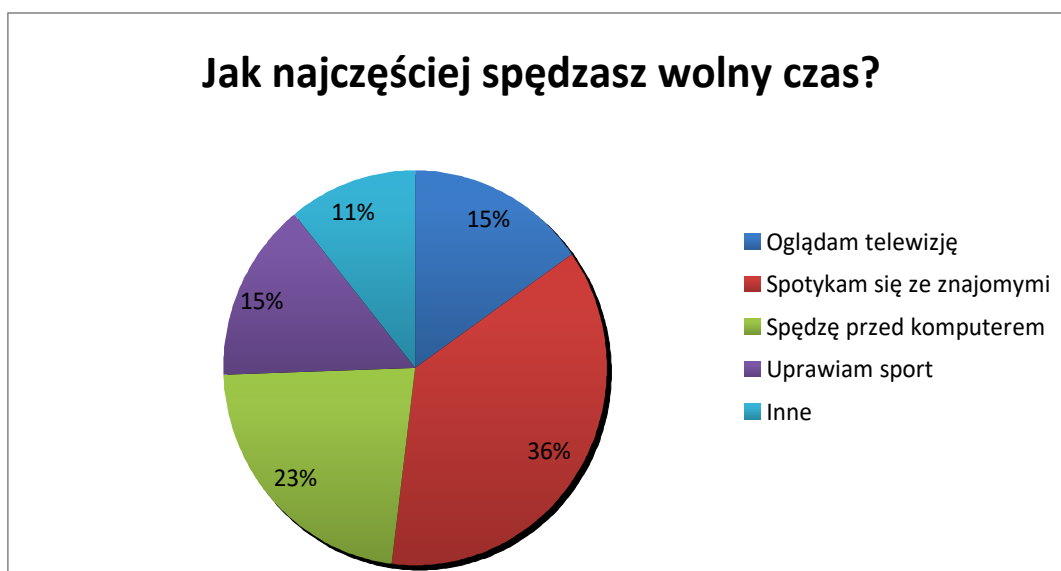
Ryc. 21. Ocena potrzeby posiadania komputera

W badanej populacji 44% respondentów z ratownictwa medycznego potrzebuje komputera o wartości 3 w skali od 1 do 5, natomiast zaledwie 33% z pielęgniarstwa potrzebuje komputera o tej samej wartości (Ryc. 22).



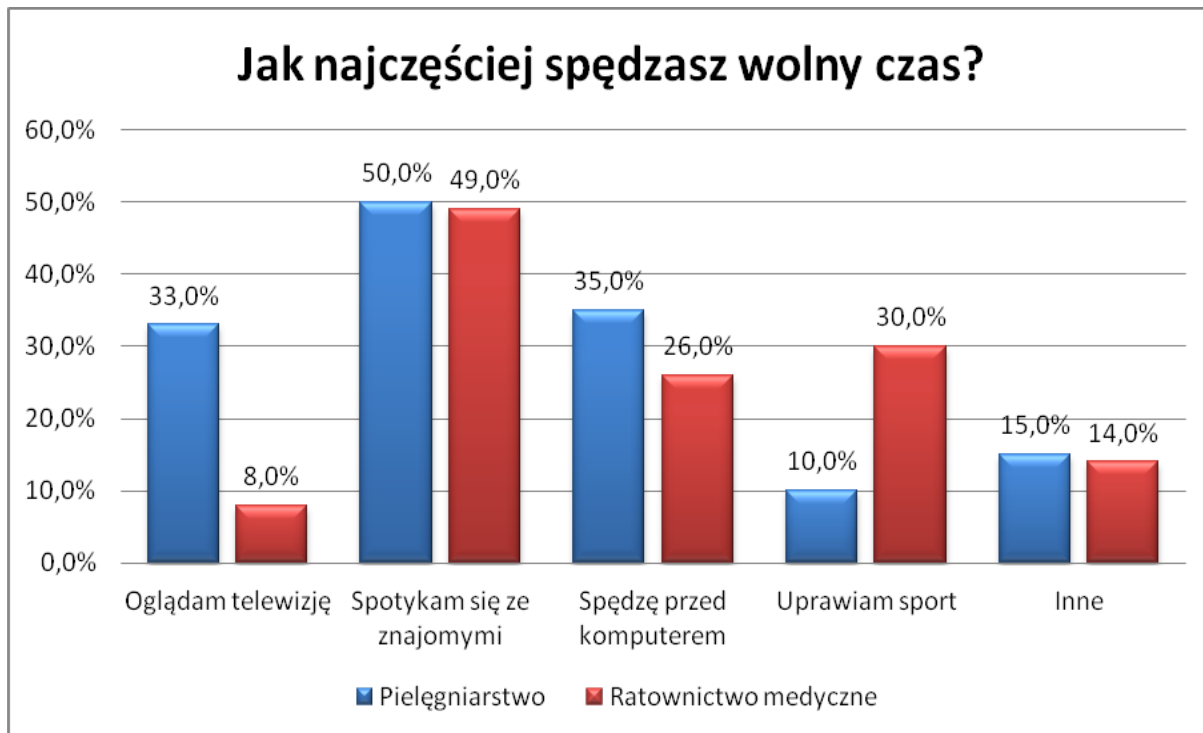
Ryc. 22. Ocena potrzeby posiadania komputera z uwzględnieniem podziału na pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne

W badanej populacji 37% spędza wolny czas na spotkaniach ze znajomymi, 22% przed komputerem (Ryc. 23).



Ryc. 23. Sposoby spędzania wolnego czasu przez respondentów

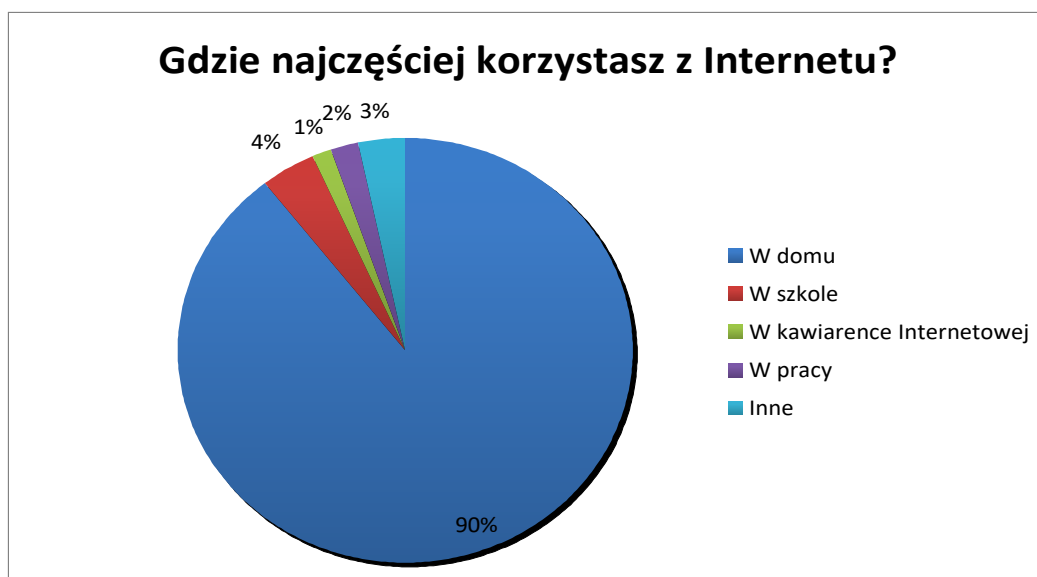
W badanej populacji najwięcej respondentów czas wolny spędzało na spotkaniach ze znajomymi (Ryc. 24).



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

Ryc. 24. Sposoby spędzania wolnego czasu przez respondentów z uwzględnieniem podziału na pielęgniarstwo i ratownictwo

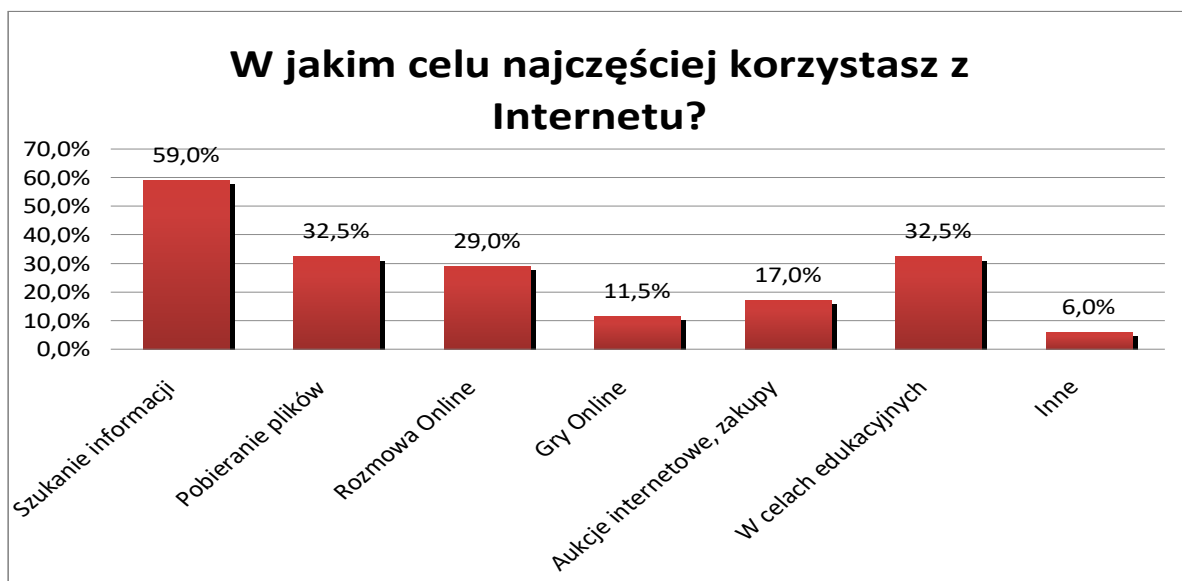
Znaczna większość respondentów (90%) korzysta z Internetu w domu (Ryc. 25).



Ryc. 25. Miejsce, w którym respondenci korzystają z Internetu

Respondenci najczęściej korzystają z Internetu w celu szukania informacji (59%)

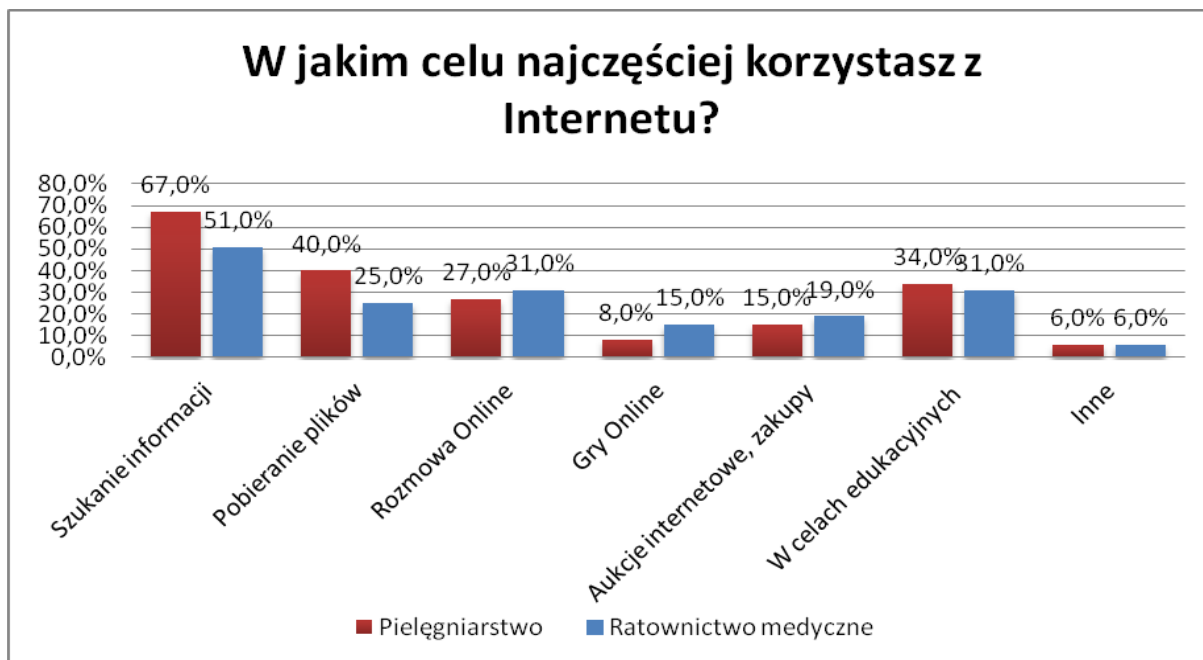
(Ryc. 26).



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

Ryc. 26. Najczęstszy cel korzystania z Internetu przez respondentów

Respondenci z grupy pielęgniarstwa najczęściej korzystają z Internetu w celu szukania informacji (67%), z grupy ratownictwa medycznego 51% w tym samym celu korzysta z Internetu (Ryc. 27).

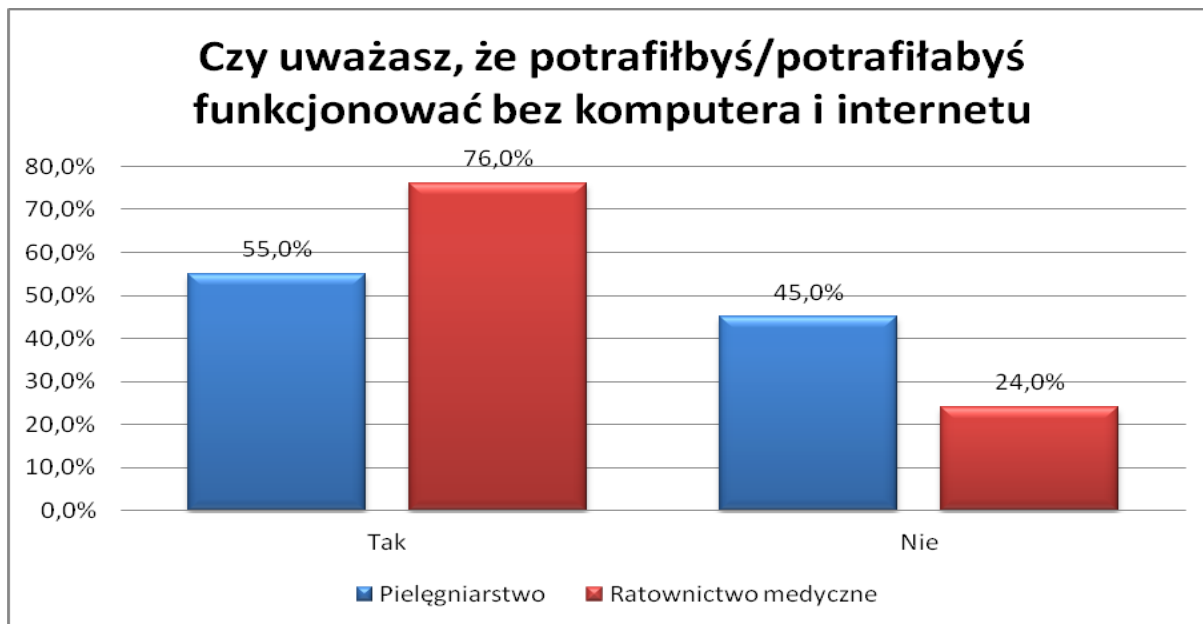


*Wartości nie sumują się do 100% ponieważ, istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Ryc. 27. Cel korzystania z Internetu przez respondentów

Większa część badanej populacji (65%) sądzi, że potrafiłaby funkcjonować bez komputera i Internetu, a 35% uważało przeciwnie.

Znaczna część badanej populacji - 76% z respondentów ratownictwa medycznego oraz 55% z pielęgniarstwa sądzi, że potrafiłaby funkcjonować bez komputera i Internetu (Ryc. 28).



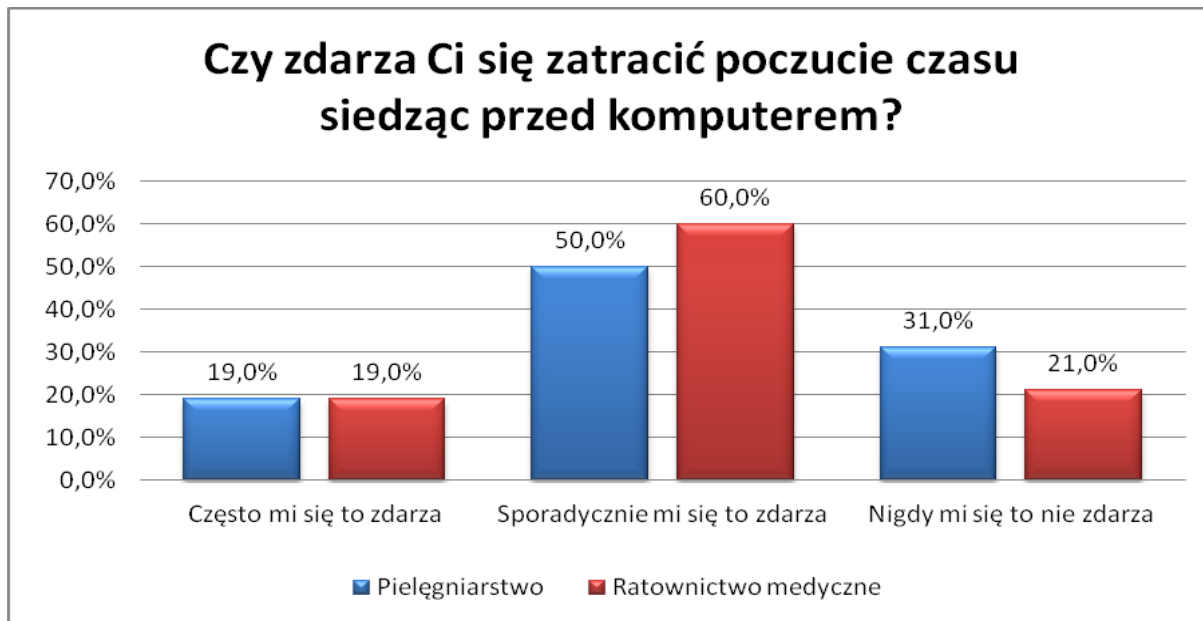
Ryc. 28. Opinia respondentów czy potrafilby funkcjonować bez komputera i Internetu z uwzględnieniem podziału na pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne

Ponad połowa ankietowanych (55%) sporadycznie ztraca poczucie czasu przed komputerem (Ryc. 29).



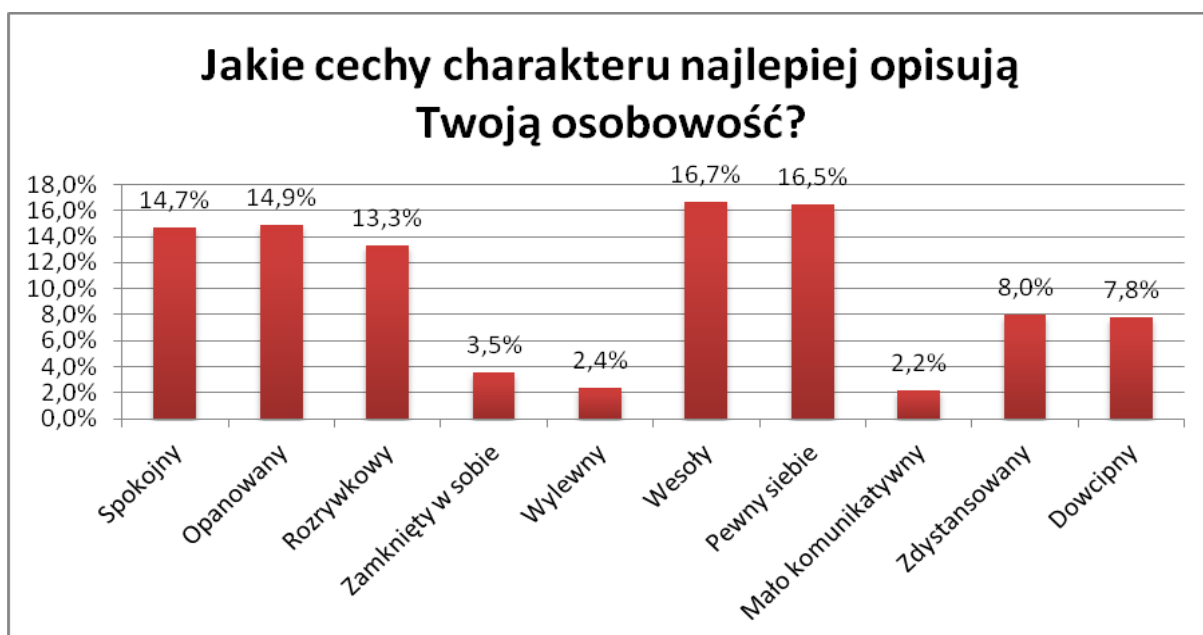
Ryc. 29. Poczucie straty czasu przed komputerem w opinii respondentów

Większa część ankietowanych - 60% z respondentów ratownictwa medycznego oraz 50% z pielęgniarstwa sporadycznie zatracą poczucie czasu przed komputerem (Ryc. 30).



Ryc. 30. Poczucie straty czasu przed komputerem w opinii respondentów z uwzględnieniem podziału na grupy pielęgniarstwa i ratownictwa

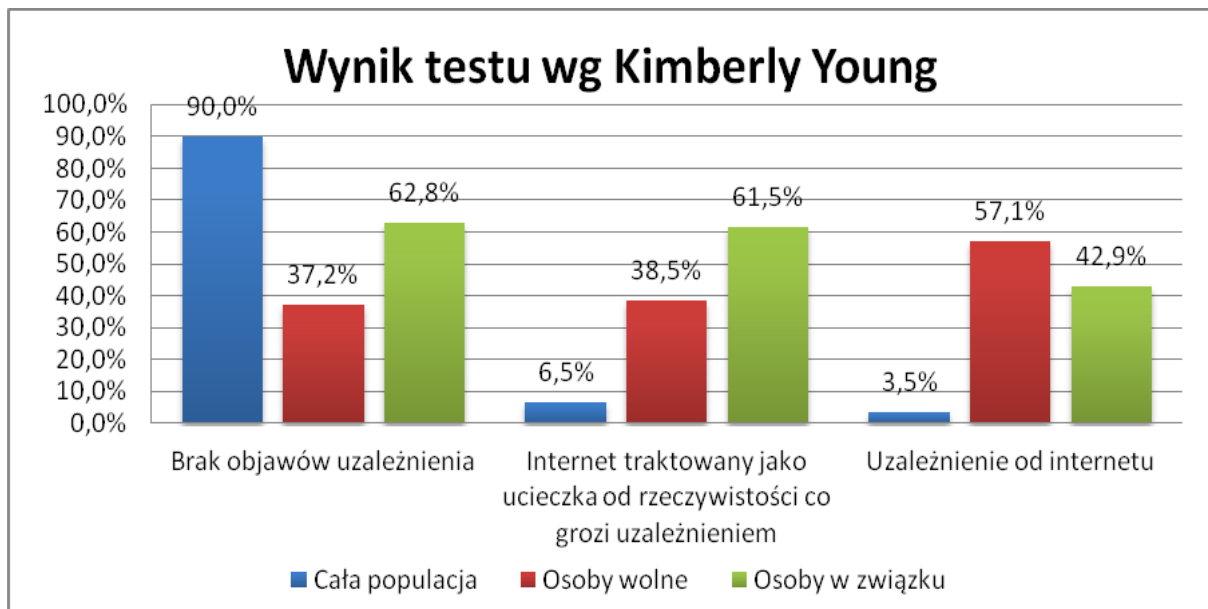
Z danych przedstawionych na Ryc. 41 wynika, że 16,7% respondentów ma wesoły charakter, 16,5% jest pewnych siebie, 14,9% posiada opanowany charakter, 14,7% cechuje spokojna osobowość, a 13,3% jest rozrywkowa (Ryc. 31).



Ryc. 31. Cechy Charakteru respondentów

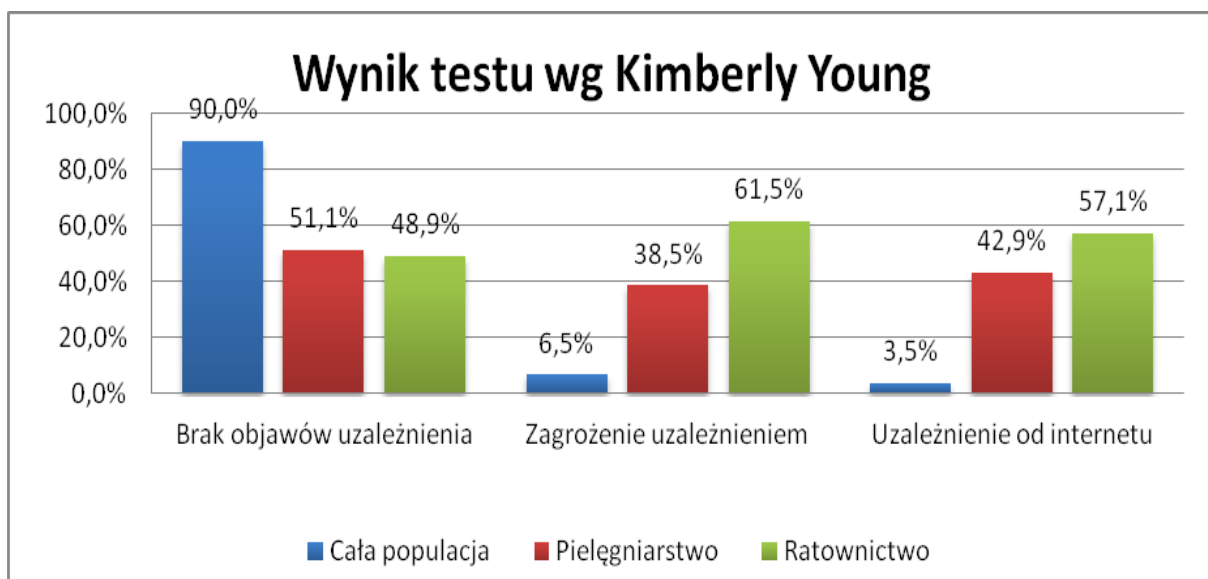
Analiza wyników badań na podstawie testu „Uzależnienia od komputera i Internetu” wg Kimberly Young

Z przeprowadzonego testu wynika, że 90% respondentów nie jest uzależniona od Internetu, z czego 62,8% są to osoby będące w związku, a 37,2% to osoby wolne (Ryc. 32).



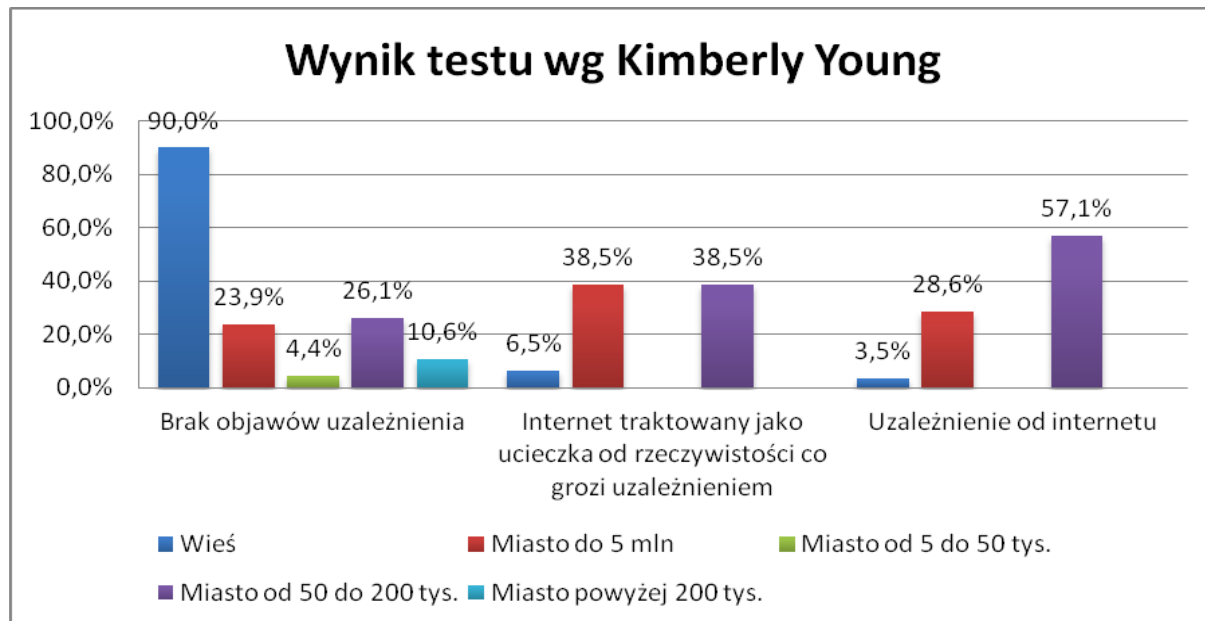
Ryc. 32. Wynik testu wg Kimberly Young przeprowadzony na respondentach z podziałem na osoby będące w związku i wolne

Z testu wg Kimberly Young wynika, że 3,5% to osoby uzależnione od Internetu, gdzie ponad połowa 57,1% to ratownicy medyczni (Ryc. 33).



Ryc. 34. Wynik testu wg Kimberly Young przeprowadzony na respondentach z podziałem na pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne

Z testu wg Kimberly Young wynika, że 90% respondentów nie jest uzależniona od Internetu, z czego 26,1% stanowią osoby z miasta od 50 do 200 tys. mieszkańców (Ryc. 35).



Ryc. 35. Wynik testu wg Kimberly Young przeprowadzony na respondentach z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Dyskusja

W obecnych czasach komputer jest nie tylko narzędziem pracy, ale i formą rozrywki. Obok pozytywnego wpływu na rozwój młodzieży występuje także zagrożenie związane z narażeniem na powstanie uzależnienia [44].

Uzależnienie od komputera i Internetu wymienia się jako jeden z najpoważniejszych problemów dotyczących coraz większej grupy internautów. Niepokojący jest fakt, że problem ten dotyczy w dużej mierze młodego człowieka. Na podstawie literatury można twierdzić, że uzależnienie od komputera i Internetu niesie ze sobą destrukcyjne w skutkach konsekwencje [7-14].

Uzależnienie może dotknąć każdego człowieka i uzależnić można się od wielu czynników. Nałogiem mogą stać się również zachowania. W takich przypadkach obserwuje się uporczywe powtarzanie czynności pomimo szkód, które wywołują. Próby zaprzestania ich wykonywania powodują wystąpienie stanów psychicznych, tj. objawy abstynencyjne [45,46].

Od 1996 roku, od kiedy obserwuje się masowość Internetu, zaczęły wychodzić publikacje dotyczące uzależnienia od komputera i Internetu. Tadaszewicz stwierdza: „Nowym negatywnym zjawiskiem społecznym, które warto dokładniej przeanalizować i

przedstawić stało się uzależnienie od Internetu. Trudno powiedzieć, żeby był to fenomen jakoś nadmiernie zaskakujący. Natomiast niemałe zaskoczenie wywołała na całym świecie skala i intensywność tego zjawiska” [46,47,48].

Z licznych badań wynika, że liczba internautów rośnie lawinowo. Największa liczba nowych użytkowników została zarejestrowana w Azji (41% wszystkich internautów), na drugim miejscu klasyfikuje się Europa (28%), a na kolejnych Ameryka Północna (18%), Ameryka Łacińska (7%) oraz Bliski Wschód i Afryka (5%) [49].

W ciągu ostatnich 4 lat obserwuje się dynamikę rozszerzenia Internetu w Polsce. Liczba internautów wzrosła przeszło trzykrotnie: od 5,4% w 1998 roku do 7,1% w 1999 roku i do 17,4% w 2000 roku. Szacuje się, że dostęp do Internetu ma 1 na 8 Polaków powyżej 15. roku życia. W roku 2000 było kilkaset tysięcy polskich internautów. W październiku 2005 roku ich liczba wzrosła do 10 milionów. Zgodnie z danymi Net Track Millward Brown SMG/KRC w III kwartale 2009 roku z sieci korzystało 14,8 miliona Polaków, czyli 49,4% populacji [49].

W badaniach przeprowadzonych wśród studentów Wyższej Szkoły Kosmetologii i Ochrony Zdrowia w Białymstoku oraz Państwowego Uniwersytetu im. Kupały w Grodnie w drugiej połowie roku akademickiego 2008/2009 stwierdzono, że dostęp do osobistego komputera i Internetu wykazali wszyscy uczniowie mieszkający w mieście. Natomiast 92% studentów mieszkających na wsi deklaruje posiadanie komputera i Internetu w domu. Z badań opublikowanych w roku 2006 wynika, że z Internetu korzystało ponad 30% Polaków powyżej 15. roku życia, z czego 75% łączy się z siecią w domu. Wśród nich 51,7% to mężczyźni, a 48,3% to kobiety. Największą liczbę osób korzystających z Internetu stanowiła młodzież w przedziale wiekowym 25- 24 lat [47].

Z badań przeprowadzonych przez TNS OBOP wynika, że w latach 2000-2004 liczba osób w Polsce mających dostęp do Internetu wzrosła z 19% do 33% [49].

Z badań własnych przeprowadzonych w grupie studentów pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego UMB wynika, że aż 96% posiada własny komputer, w tym 100% z pielęgniarstwa i 73% z ratownictwa medycznego.

Z badań przeprowadzonych przez Fiuta wynika, że podstawowe miejsca korzystania z Internetu, to: miejsce pracy 68%, dom ze stałym łączem 12%, dom z modemem 10%, u znajomych i przez telefon komórkowy 10% [44].

Z badań przeprowadzonych przez TNS OBOP wynika, że w latach 2000- 2004 liczba osób w Polsce mających dostęp do Internetu wzrosła z 19% do 33%. 37% stanowili mężczyźni, kobiety jedynie w 30% miały możliwość korzystania z Internetu [49].

Kolejne badania przeprowadzone na WSKiOZ i PUJK wskazują, że 86% studentów Wyższej Szkoły Kosmetologii i Ochrony Zdrowia w Białymstoku mieszkających na wsi najczęściej korzysta z Internetu w domu, a 14% w pracy. W grupie studentów Państwowego Uniwersytetu im. Kupały w Grodnie mieszkających na wsi jedynie 14% nie ma dostępu do Internetu. Studenci mieszkający w mieście mają dostęp do komputera i Internetu w domu w 100%, 82% z nich wskazuje dom jako miejsce najczęstszego korzystania z Internetu, 8% uczelnie [47].

Z przeprowadzonych badań epidemiologicznych wynika, że większość osób korzysta z Internetu w domu 58%, na uczelni 26% , u znajomych 20,8%, w kawiarniach internetowych 20% [5,6].

Z analizy badań własnych wynika, że 90% respondentów korzysta z Internetu w domu, 4% na uczelni, 1% w kawiarence internetowej, 3% w innych miejscach.

Wielu autorów wskazuje na czas spędzony przed komputerem jako jeden z czynników prowadzących do uzależnienia. Badania przeprowadzone w 2000 roku wśród 1411 studentów wskazują, że w ciągu tygodni respondenci spędzali średnio 15 godzin tygodniowo przed komputerem [46].

Blisko połowa internautów podaje, że korzysta z Internetu codziennie. Deklaruje to 53% mężczyzn i 45% kobiet [47].

Badania przeprowadzone przez Przybysz-Zarębę wykazały, że chłopcy przesiadują dłużej przed komputerem niż dziewczęta, z czego 44,7% ogółu chłopców spędza czas przed komputerem ponad 4 godziny dziennie. W grupie badanych przez nią osób znajdowały się też takie, które korzystały z komputera: 5-6 godzin dziennie 5,5%, 7- 8 godzin 4%, 9-10 godzin 2,5%. Zaobserwowano również duży odsetek dziewcząt (46,4%) spędzających przed komputerem od 3 do 4 godzin dziennie. W tej grupie znajdowały się również osoby, których czas korzystania z komputera wynosił od 5- 6 godzin dziennie [48].

Z badań Kleszczewskiej i wsp. wynika, że studenci WSKiOZ średnio 3,5 godziny dziennie spędzają przed komputerem. Studenci PUJK korzystali z Internetu 1-3 godzin dziennie [49].

Liczne badania wskazują na wzrastającą liczbę użytkowników spędzających w Internecie od 6 do 50 godzin tygodniowo, a zmieniający się odsetek (42%) korzystających od 2 do 5 godzin tygodniowo [5,6].

Z analizy badań własnych wynika, że 30% respondentów z grupy pielęgniarstwa spędza 2 godziny dziennie przed komputerem, natomiast 31% z ratownictwa medycznego 3 godziny dziennie. W badaniach ogólnych 16,5% przesiaduje przed komputerem 4 godziny dziennie, 12% ok. 5 godzin dziennie. Na pytanie o ilość czasu spędzanego w Internecie tygodniowo studenci odpowiedzieli: 18% spędza czas w sieci 0-10 godzin tygodniowo, 32% 10- 20 godzin tygodniowo, 25% 21-30 godzin tygodniowo, 7,5% 31- 40 godzin tygodniowo, 10% 41- 50 godzin tygodniowo, 4% 51-60 godzin tygodniowo.

Z badań przeprowadzonych wśród studentów wynika, że większość z nich uważa się za uzależnionych, co nie jest adekwatne do czasu spędzonego przed komputerem. Na ogół podaje się, że 6% Internetów jest uzależnionych [46].

W badaniach własnych większość respondentów bo aż 82% z pielęgniarstwa i 80% z ratownictwa medycznego uważa, że uzależnienie od komputera i Internetu jest częstym problemem wśród młodzieży. Ankietowani w 62% twierdzą, że spędzają wystarczającą ilość czasu w sieci, zaś 31% uważa, że poświęca na Internet zbyt dużo czasu.

W licznych badaniach wykazano, że najczęstsze powody korzystania z Internetu to: zainteresowanie i ciekawość 56%, uzyskanie informacji 32%, łatwiejsza komunikacja z ludźmi 25%, nauka 12%, rozrywka 8%, ściąganie plików 6% [5,6].

Liczne badania epidemiologiczne stwierdzają, że komputer i Internet jest możliwością zdobywania różnego rodzaju informacji, kształtowania różnego rodzaju szeregu funkcji psychofizycznych (refleks, koordynacja ruchowa, zdolność koncentracji uwagi), pomagają w rozwijaniu wiedzy i zainteresowań oraz sprzyjają nawiązywaniu nowych form kontaktów [46].

Coraz więcej ludzi wybiera wirtualny kontakt. Użytkownik tego środka masowego przekazu może bez ograniczeń kreować własną tożsamość. Poprzez Internet można oderwać się od rzeczywistości i uciec w wirtualny świat [50].

Z badań własnych wynika, że studenci najczęściej korzystają z Internetu w celu poszukiwania informacji - 59%, natomiast 32,5% odpowiedziało, że korzysta z Internetu w celu ściągania plików i dokształcania się, 29% prowadzi rozmowy online, 17,5% korzysta z gier online, 17% robi zakupy online. Pocieszający jest fakt, że 96% ankietowanych od kontaktu wirtualnego woli kontakt osobisty.

Z wielu badań prowadzonych na całym świecie wynika, że wielogodzinne sesje przed komputerem, często odbywające się w godzinach nocnych, pozbawiające organizm odpoczynku zgodnego z rytmem okołodobowym i powodującym stopniowe narastanie uczucia zmęczenia mogą przyczynić się do zaistnienia negatywnych skutków ze strony somatycznej organizmu. Długotrwałe korzystanie z Internetu powoduje również duże ubytki ze strony psychospołecznej [45].

Z badań przeprowadzonych przez Scherer w populacji 531 studentów Uniwersytetu Austin wynika, że 381 studentów było użytkownikami Internetu. Natomiast objawy uzależnienia od Internetu zaobserwował u 49 osób, które spędzały w sieci ponad 8 godzin dziennie [44].

Z badań własnych wynika, że duży odsetek osób nie potrafiłby funkcjonować bez komputera i Internetu (35%). Niepokojący jest również fakt, że aż 55% respondentom zdarza się zatracić czas w czasie pracy przy komputerze, a dla 19% jest to częsty problem. Fakty te mogą przyczynić się do rozwoju uzależnienia bądź wystąpienia negatywnych skutków obcowania z cyberprzestrzenią.

Kimberly Young w swojej pracy zaprezentowała wyniki badań przeprowadzonych w populacji 496 użytkowników sieci w wieku od 15 do 60 lat. Stwierdzono, że 396 osób miało problem z uzależnieniem od Internetu, a grupami najbardziej zagrożonymi są kobiety w średnim wieku oraz bezrobotni. Greenfield przeprowadził badania w USA i Kanadzie wśród 17251 osób w średnim wieku 33 lata, z których 94% posiadało własny komputer, a 86% dostęp do Internetu. Z badań tych wywnioskował, że 8% osób było zagrożonych uzależnieniem, a 6% uzależnionych od komputera i Internetu [44].

Beart i Wolf przebadali 341 studentów Uniwersytetu w Oklahomie. Stwierdzili, że 8 studentów było uzależnionych od Internetu [44].

Morohan i Schumacher przedstawili badania, w których z 277 respondentów 8% zdradza objawy uzależnienia [44].

Ginowicz twierdzi, że 6% wszystkich użytkowników sieci można uznać za uzależnionych. Natomiast 25% uzależniło się w ciągu pierwszych 6. miesięcy od rozpoczęcia surfowania po sieci, 58% w ciągu 6-12 miesięcy, a 17% powyżej 12 miesięcy [44].

Odmienne wyniki badań przedstawia Fiut, gdzie u żadnej z badanych osób nie stwierdził uzależnienia od komputera i Internetu. Przebadał 306 pracowników Akademii Górniczo- Hutniczej [44].

Z badań własnych przeprowadzonych wśród studentów UMB stwierdzono 3,5% osób uzależnionych od komputera i Internetu, w tym 57,1% są to osoby wolne, 42,9% będące w stałym związku. Ponad połowa osób uzależnionych to studenci ratownictwa medycznego. Przeważająca liczba uzależnionych osób mieszka w mieście.

Leczenie uzależnienia od komputera i Internetu jest trudne i długotrwałe. Podstawowym elementem jest psychoterapia, której fundament stanowi przestrzeganie drobiazgowego planu dnia, a w nim ściśle określonego czasu, nie tylko korzystania z Internetu ale i innych codziennych zajęć [46].

Z uwagi na szeroką skalę problemu konieczne jest przygotowanie i wdrożenie edukacji prozdrowotnej w zakresie profilaktyki zachowań wynikających z długotrwałej pracy z użyciem komputera [49,50,51].

Wnioski

- Badana populacja studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w znacznym stopniu narażona była na rozwój uzależnienia od komputera i Internetu.
- Stwierdzono, że uzależnienie od komputera i Internetu częściej może występować wśród studentów Ratownictwa Medycznego niż Pielęgniarstwa.
- W badanej populacji studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB stwierdzono, że czynnikami predysponującymi do rozwoju uzależnienia było: łatwość dostępu do komputera i Internetu, zbyt częste ich użytkowanie, a przy tym zatrącanie poczucia czasu, traktowanie Internetu jako głównego źródła informacji i sposobu na spędzanie wolnego czasu, jak również uwarunkowania osobowościowe.
- Większość respondentów uważa, że uzależnienie od komputera i Internetu jest częstym problemem wśród młodzieży.

Pisźmiennictwo

1. Krajewska- Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., Lewko J.: Problemy terapeutyczno- pielęgnacyjne: od poczęcia do starości, Białystok, 2007.
2. Zimbardo Philip G. Psychologia i życie, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 1999
3. Jakubik A.: Zespół uzależnienia od Internetu (ZUI) [Internet Addiction Syndrome (IAS)], Studia Psychologia 3, 2002.

4. Czyżewski P.: Internet zbliża czy oddala? *Internet*, 2001, 12, 30.
5. Dębek P.: Złapani w Sieć, *CHIP*, 2000, 4, 48- 53.
6. Adamczyk M.: Randka z klawiaturą, *Wprost*, 2002, 27, 1023, 54-56.
7. Jaszczuk S.: Człowiek w świecie elektronicznych mediów- szanse i zagrożenia, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2000.
8. Staszkwie G. J., *Media zmieniają nasze życie*, Wyd. MCDN, 2000.
9. Strykowski W.: *Media a edukacja*, Wyd. eMPiŻ, 2007.
10. Papierska W., Tomkiewicz A.: *Edukacja czytelnicza a medialna*, Wyd. Sukurs, 2000.
11. Wawrzak- Chodaczek M., *Etyka w mediach*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 2012.
12. Osipczuk M., Chocholska P., *Uzależnienie od komputera i Internetu u dzieci i młodzieży*, Wyd. Hachette, Warszawa, 2009
13. Siemieniecki B.: *Technologia informacyjna w polskiej edukacji*, Wyd. A. Marszałek, Toruń, 2002.
14. Łuczak E., Przybysz M.: *Rozwój komputeryzacji zagrożeniem dla młodego pokolenia*, *Auxilium Socjale*, 2002, ¾, 43- 50
15. Siemieniecki B.: *Komputer w diagnostyce i terapii pedagogicznej*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 1999.
16. Kosek-Nita B.: *Uzależnienie od gier komputerowych*, *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 2003, 1,11-17.
17. Pospiszył I.: *Patologie społeczne*, Wyd. Naukowe PWN, 2008, 124- 208.
18. Prajzner E.: *Zagrożenia i korzyści płynące z Internetu*, *Wychowanie Techniczne w Szkole*, 2004, 3, 9- 10.
19. Serwin K.: *Złe strony sieci*, *PC Format*, 2001, 5, 9, 12-13.
20. Karbowniczek J.: *Wpływ mass mediów na agresywne zachowania dzieci*, *Życie Szkoły*, 2003, 7, 395.
21. Young K.: *Cought In the net*, John Wiley&Sons Inc., New York,1988.
22. Augustynek A.: *Zagrożenia komputerowe*, *Studia humanistyczne- rocznik Akademii Górniczo- Hutniczej im. St. Stasica*, Kraków, 2007.
23. Smutnicki A.: *Nie taki internet straszny?* <http://www.kwc.oaza.pl/dokument.php?>, data pobrania 5.,05.2017.
24. Sokołowski M.: *Oblicza Internetu. Internet w przestrzeni komunikacyjnej XXI wieku*, Wyd. UŚ, Katowice, 2004.

25. Woronowicz B. T.: Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu, IPIŃ, Warszawa, 2001.
26. Kozusznik B.: Zarządzanie i technologie informacyjne T.1. Komunikacja w dobie Internetu, Wyd. UŚ, Katowice, 2004.
27. ICD-10.: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, UWM „Vesalius”/IPIŃ, Kraków-Warszawa, 1997.
28. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD- 10, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków, 1994.
29. Cierpiąłkowska L.: Oblicza współczesnych uzależnień, Wyd. Naukowe UAM, Poznań, 2006.
30. Pervin L. A., John O. P.: Osobowość. Teorie badania, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2002.
31. Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M.: Inwentarz osobowości NEO- FFI Costy i MCCrae. Adaptacja polska. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 1988.
32. Augustynek A.: Osobowościowe determinanty zachowań internetowych. Mikrospołeczność informacyjna. Na przykładzie miasteczka internetowego Akademii Górniczo- Hutniczej w Krakowie, Uczelniane Wydawnictwo Naukowo-Dydaktyczne AGH, Kraków, 2001, 63-90.
33. Jakubik A., Popławska J.: Uwarunkowania osobowościowe zespołu uzależnienia od Internetu, Psychiatr. Pol., 2002, 4,123-131.
34. Jakubik A., Popławska J.: Zespół uzależnienia od Internetu (ZUI) a osobowość, Studia Psychologiczne, UKSW, 2003, 4, 123- 131.
35. Chodkiewicz J.: W sieci, Charaktery, 2002, 8, 67.
36. Pikoń K.: ABC Internetu, Wydawnictwo Helion, Gliwice, 2003.
37. Michalski W.: Gdy puszczają nerwy, Magazyn Internetowy WWW, 2001, 4, 48, 43-45.
38. Majchrzak P., Ogińska- Bulik N.: Uzależnienie od Internetu, Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno- Ekonomicznej w Łodzi, Łódź, 2010.
39. Sęk H.: Wprowadzenie do psychologii klinicznej, Wyd. Naukowe „Scholar”, Warszawa, 2001.

40. Bednarek J., Andrzejewska A.: Cyberswiat - możliwości i zagrożenia, Wyd. Naukowe „Żak”, 2009.
41. Wallance P.: Psychologia Internetu, Wyd. Rebis, Poznań, 2001.
42. Young K., Klausing P., Pindur G. (przeł.): Uwolnić się z sieci: Uzależnienie od internetu, Księgarnia Św. Jacka, Katowice, 2009.
43. Dziewiecki M.: Nowoczesna profilaktyka uzależnień, Wyd. Jedność, Kielce, 2000.
44. Rudzik J.: Negatywne aspekty komputeryzacji, Medycyna dydaktyczno-Wychowawcza, 2004, 36, 2, 58-60.
45. Mastalerz E.: Cyberuzależnienia. Przeciwdziałanie uzależnieniom od komputera i Internetu, Niezależne Zrzeszenie Studentów Akademii Pedagogicznej, Kraków, 2007.
46. Tadeusiewicz R.: Społeczność Internetu, Akademicka Oficyna Wydawnicza EXIT, Warszawa, 2002.
47. Kleszczewska E., Łogwiniuk K., Shpakov A.: Analiza dostępu do Internetu oraz zwyczaje żywieniowe w trakcie pracy z komputerem studentów Białegostoku oraz Grodna - porównawcze badania ankietowe, Probl. Hig. Epidemiol., 2010, 91, 381- 387.
48. Majchrzak P., Ogińska-Bulik N: Uzależnienie od Internetu, Wyd. Akademii Humanistyczno- Ekonomicznej w Łodzi, Łódź, 2010, 9- 40.
49. Kaliszewska K.: Nadmierne używanie Internetu. Charakterystyka psychologiczna, Wyd. Naukowe UaM, Poznań, 2007, 22-30.
50. Augustynek A.: Uzależnienia komputerowe - diagnoza, rozpoznanie, terapia. Wyd. Dyfin, 2010.
51. Przybysz - Zaręba M.: Uzależnienie młodzieży od współczesnych mediów, Oficyna Wydawnicza „Prospekt”, Olsztyn, 2008.

Miejsce używek w codziennym życiu studentów lubelskich uczelni

Barańska Agnieszka¹, Janiszewska Mariola², Nadziejka Ewelina³, Gierszon Patrycja³,
Woś Michał³, Rusek Magdalena³

1. Zakład Matematyki i Statystyki Medycznej, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
2. Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
3. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Matematyki i Statystyki Medycznej, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wstęp

Substancje psychoaktywne są dostępne w Polsce od wielu lat, możemy dostrzec ich obecność w życiu codziennym. Aktualnie mamy do czynienia z o wiele większą różnorodnością substancji niż w przeszłości. Stosowanie ich jest zjawiskiem powszechnym. Na przestrzeni ostatnich lat wiele mówi się w kontekście wzrastającej popularności używek wśród polskiej młodzieży, o negatywnym wpływie alkoholu, marihuany i innych środków odurzających na organizm człowieka. Stosowanie substancji psychoaktywnych stanowi globalny problem, dotyka coraz to młodsze osoby. Używki są taktowane jako „wspomagacze” nauki oraz dobrej zabawy. Środki odurzające powodują fizyczną degradację organizmu jak również transformację psychiczną. Uszkadzają organy wewnętrzne, powodują uzależnienie, różnego rodzaju zaburzenia psychiczne, stymulują zachowania agresywne. Osoby poszukują w używkach sposobu na rozwiązanie problemów, kształtowania sylwetki, poprawy w nawiązywaniu kontaktów, co nie wymaga ogromnego wysiłku [1].

„Używki to produkty spożywcze nie mające właściwości odżywczych, zawierające substancje, które działają pobudzająco na układ nerwowy. Najczęściej stosowane używki to: kawa, herbata, tytoń, napoje alkoholowe oraz narkotyki.” [2] Stosowanie ich powoduje wypłukiwanie z organizmu witamin i składników mineralnych. Powodują otępienie, zaburzają koncentrację, zmniejszają wrażliwość na bodźce. Mogą wywoływać stany lękowe i depresyjne, prowadząc do zaburzeń emocjonalnych i chorób psychicznych [3].

Osoba sięgając po substancje psychoaktywne uważa, że spożycie danej substancji spowoduje polepszenie nastroju, odprężenie się, euforię. W konsekwencji kształtuje to nawyk spędzania wolnego czasu na picie alkoholu, zażyciu narkotyków lub innej substancji zmieniającej nastrój. Osoba spożywająca dany środek buduje w sobie pozytywne poczucie

wobec substancji. Używkę postrzega jako jedno z narzędzi, które może dać mu szczęście. Oczekuje, że gdy wypije lub zażyje narkotyk na koniec dnia bądź tygodnia poczuje się odprężony, rozluźniony. Rozpoczyna się powoli porzucanie źródeł naturalnych przyjemności (wyjście do kina z przyjaciółmi, rozmowy, uprawianie sportu) na rzecz spożywania substancji. Osoba sztucznie wywołuje u siebie dobry humor, porzucając zdrowe sposoby. Używanie substancji również ma miejsce w trakcie spotkań, lecz głównym ich celem jest np. picie czy zażycie narkotyku, wywołując tym samym zmianę nastroju, a nie spotkanie i rozmowa z przyjaciółmi. Wraz z rozwojem uzależnienia używka identyfikowana jest z pozbyciem się cierpienia, problemu. Osoba nieśmiała w piciu odnajduje sposób na to, aby zaistnieć w większym gronie. Nieszczęśliwie zakochany może dążyć do tego, aby wyeliminować uczucie zawodu i rozczarowania. Ktoś odczuwający olbrzymi stres w pracy może poczuć się zrelaksowany, odprężony. Człowiek, który ma trudność w wyrażaniu i odczuwaniu emocji takiej jak np. radość, będzie chciał poczuć zadowolenie, swobodę. Dalszym etapem rozwoju uzależnienia jest doświadczanie konsekwencji picia alkoholu czy brania narkotyków (pogorszenie kontaktów z bliskimi, rodziną, problemy ze zdrowiem, problemy finansowe, utrata prawa jazdy czy też zagrożenie utratą pracy). Osoba uzależniona dalej próbuje zmieniać swoje emocje poprzez stosowanie substancji. Zmieniony nastrój nie likwiduje problemów, uczuć. Drogą do rozwoju uzależnienia jest regularne picie czy zażywanie narkotyków, jak również trudności w radzeniu sobie emocjami [4].

Temat używek stał się punktem moich zainteresowań, ponieważ jest to problem dotyczący społeczności studenckiej której jestem częścią. Problem spożywania używek dotyczy coraz to młodszych osób, dlatego ważne jest zbadanie tego problemu i podjęcie działania w kierunku profilaktyki.

Alkohol

Alkohol jest substancją psychoaktywną która według przekonań ludzkich odpręża, podwyższa samoocenę, poprawia humor, nastrój, samopoczucie, dlatego uważana jest za atrakcyjną substancję [5]. Alkohol pobudza organizm już od początku picia nawet w niewielkich dawkach. Podczas używania tej substancji odczuwalny jest stan pobudzenia, ożywienia, euforii. Jest to przejściowy stan i wynika z hamowania mechanizmów kontrolujących, co powoduje zaburzenia samokontroli jak również duże wahania nastroju. Prawdziwą tłumiącą naturę alkoholu wyraźnie widać w drugiej fazie jego działania, gdy pijący odczuwają narastające znużenie, spowolnienie i senność. Wpływa on na wcześniejszą

śmierć i niesie za sobą ogromne konsekwencje zdrowotne [6].

W przypadku młodzieży alkohol pozwala [7]:

- zaspokoić poczucie bezpieczeństwa, bliskości, miłości, akceptacji jak i przynależności do określonej grupy w społeczeństwie
- zrealizować własne cele takich jak określenie własnej tożsamości, osiągnięcie niezależności od dorosłych
- poradzić sobie z przeżywanymi trudnościami życiowymi np. redukcje lęku i frustracji.

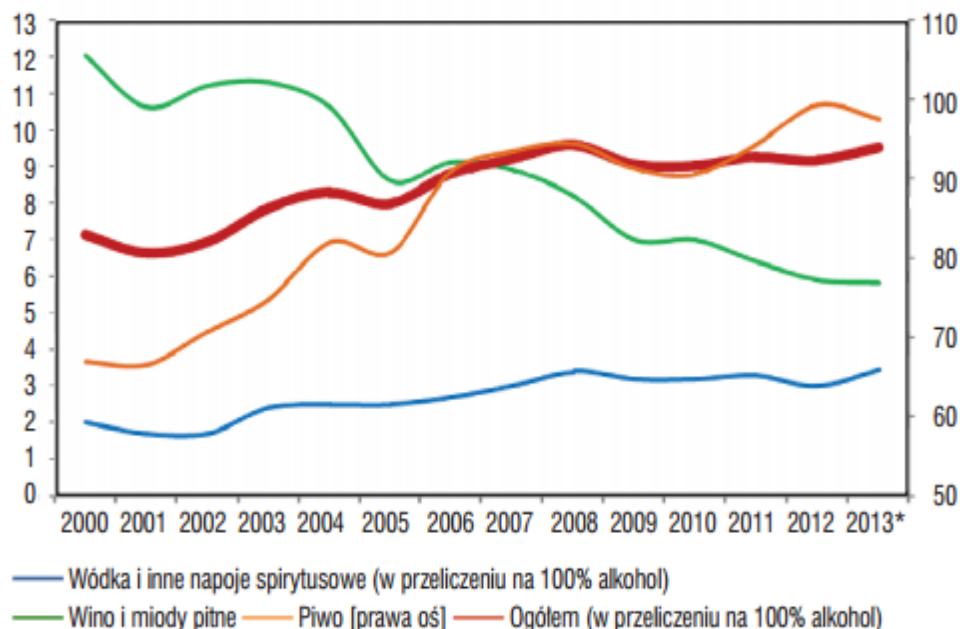
Według ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi Art. 46. „*Napojem alkoholowym w rozumieniu niniejszej ustawy jest produkt przeznaczony do spożycia zawierający alkohol etylowy pochodzenia rolniczego w stężeniu przekraczającym 0,5% objętościowych alkoholu.*” [8].

Napoje alkoholowe:

- Piwo alkoholowe (1,8-5,5%)
- Cydr (2,8%)
- Wina (8-22%)
- Miody pitne (9-18%)
- Wódki (22-50%)
- Spirytus i napoje spirytusowe

Alkohol jest substancją legalną w Polsce i bardzo łatwo dostępną. Według Światowej Organizacji Zdrowia substancje alkoholowe znajdują się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka zagrożenia zdrowia [9]. Polska należy do krajów o wysokim spożyciu alkoholu. W Polsce po II wojnie światowej spożywanie alkoholu rosło systematycznie lecz bardzo wolno. Na przełomie lat 80 i 90 nastąpił gwałtowny wzrost spożycia poprzez zniesienie ograniczeń dostępności do alkoholu (sprzedaż alkoholu po godzinie 13), cena alkoholu została zmniejszona jak i zwiększyła się liczba punktów sprzedaży. W 1992 wzrosło średnie spożycie 100% alkoholu na jednego mieszkańca aż do 11 litrów- był to najwyższy poziom w historii dorównując tym samym legendarnemu rozpiciu społeczeństwa w czasach zaborów. Do teraz obserwujemy wahania konsumpcji napojów alkoholowych. Zmienił się za to wzorzec spożywania alkoholu. Tradycyjny model polskiego picia alkoholu - jednorazowe spożycie wysokoprocentowego alkoholu w dużych dawkach, szybko przekraczając próg nietrzeźwości, jak i presja osób niepijących. Tradycyjny model jest aktualnie wypierany przez zachodni model picia - czyli alkohol niskoprocentowy, głównie piwo [10].

Według danych GUS w latach 2000-2008 spożycie napojów alkoholowych w przeliczeniu na 100% alkohol na mieszkańca wzrosło o 36% do 9,6 litra (Rycina 1).



Ryc. 1. Spożycie alkoholi w Polsce 2000-2013r.

Źródło: [Przemysł spożywczy. Rynek napojów alkoholowych. Stan i tendencje rozwojowe. P. Wyrzykowski, Jul 18, 2014, 9]

W wyniku pomniejszenia cen alkoholi, zwiększyło się w znacznym stopniu spożycie wódki (o 62%), spożywanie piwa wzrosło o 57%, a konsumpcja wina zmniejszyła się o 40% .

W latach 2009-2012 konsumpcja napojów alkoholowych zmniejszyła się o 5,4% do 9,16 litra na mieszkańca. Zauważono kierunek wzrostowy w spożywaniu piwa (o 5%), gdzie w 2012 r. wyniosło 99,2 litra rocznie przeliczając na jednego mieszkańca [11].

W 2012r. konsumpcja wyborów spirytusowych spadła o 12% czyli do 3 litrów 100% alkoholu, a konsumpcja miódów pitnych i wina obniżyła się o 28% do 5,9 litra. Zmiana preferencji konsumentów związana jest również z różnorodnością cen poszczególnych napojów alkoholowych doprowadziły do zmian struktury spożycia alkoholi [11].

W latach 2000-2012 udział piwa wzrósł o 7,9 % i w 2012 r. stanowił 59,5%. Zwiększyło się również (o 4,6 pkt%) znaczenie wódki i innych napojów spirytusowych (udział w 2012 r. wyniósł 32,7%). Udział wina spadł natomiast z 20,2% w 2000 r. do 7,7% w 2012 r. [11].

Tab. 1. Spożycie napojów alkoholowych w Polsce (l/mieszkańca)

Napoje alkoholowe	2000 r.	2008 r.	2012 r.	2013 r.*
Wyroby spirytusowe (100% alkoholu)	2,0	3,4	3,0	3,5
Wino i miody pitne	12,0	8,2	5,9	5,8
w tym: wino gronowe	1,9	2,4	2,7	2,5
Piwo	66,9	94,4	99,2	97,5
Razem (100% alkoholu)	7,1	9,6	9,2	9,5

Źródło: [Wyrzykowski P., Rynek napojów alkoholowych. Stan i tendencje rozwojowe, „Przemysł spożywczy”, 2014, 68 . 9]

Na podstawie badań Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych można powiedzieć, że co ósmy Polak nie pije w ogóle. Jednak kilkanaście procent dorosłych spożywa alkohol problemowo. Szacuje się, że w tej grupie znajduje się ponad 2 mln osób pijących alkohol ryzykownie lub szkodliwie i ok 900 tys. osób uzależnionych. Większość pijących spożywa alkohol w sposób, który nie powoduje negatywnych konsekwencji dla nich i dla osób z ich otoczenia, jak również może prowadzić do uzależnienia [12].

Style picia alkoholu

Mówiąc o alkoholu możemy wyróżnić różne style picia alkoholu:

- Ryzykowne spożywanie alkoholu- Jest to picie w bardzo dużych ilościach kilku krotnie większą ilość alkoholu od standardowej porcji alkoholu (jednorazowo i łącznie w określonym czasie), która nie pociąga za sobą negatywnych konsekwencji, ale nie można liczyć, że konsekwencje te się nie pojawią, o ile obecny model picia nie zostanie zmieniony.
- Picie szkodliwe -Niesie za sobą szkody zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne; ale również psychologiczne i społeczne, ale nie występuje przy nim uzależnienie od alkoholu [13].
- Zespół abstynencyjny- jest nim grupa objawów, która występuje w różnych kombinacjach i w różnym nasileniu, pojawiająca się po całkowitym lub częściowym odstawieniu substancji psychoaktywnej. Przebieg i pojawienie się zespołu są ograniczone w czasie i uzależnione są od typu spożywanej substancji oraz od stosowanej dawki bezpośrednio przed zaprzestaniem lub całkowitym ograniczeniem przyjmowania substancji [14].

- Zespół uzależnienia obejmuje objawy fizjologiczne, psychiczne oraz społeczne, które pojawiają się po wielokrotnym użyciu danej substancji, obejmują silną potrzebę przyjmowania środka, uporczywym używaniem pomimo szkodliwych następstw [15], powoduje utratę kontroli nad zachowaniem [16], zwiększoną tolerancję na przyjmowanie substancji, a z czasem występowanie objawów zespołu abstynencyjnego. Zespół uzależnienia może dotyczyć uzależnienia od jednej substancji psychoaktywnej, bądź wielu różnych środków [17].

Tab. 2. Badania CBOS

Tabela 1

Wiek	Osoby deklarujące picie alkoholu	
	mężczyźni	kobiety
	w procentach	
18 – 24 lata	98	79
25 – 34	83	91
35 – 44	90	78
45 – 54	85	77
55 – 64	78	67
65 lat i więcej	73	35

Źródło: [Komunikat z badań Centrum Badań Opinii Społecznej, Postawy wobec alkoholu, BS/116/2010, Warszawa, 2010, .2]

Wyraźnie widać, że spożycie alkoholu we wszystkich grupach wiekowych jest o wiele większe przez mężczyzn niż kobiety. Jest jednak wyjątek w grupie wiekowej (25-34 lata) gdzie to młode kobiety przodują. Kobiety w starszym wieku (55. lat i więcej) zachowują większą abstynencję [18].

Nikotyna

Historia używania tytoniu przez człowieka liczy wiele setek lat, lecz dopiero wprowadzenie w XX wieku tytoniu w formie papierosów niesie ze sobą wiele poważnych skutków zdrowotnych. W polskim społeczeństwie nałóg ten rozpowszechniony był w okresie po II wojnie Światowej, na przełomie 70 i 80 lat XX wieku osiągnął szczyt. Rocznie na jednego mieszkańca osiągała aż 2600 sztuk papierosów i była to największa ilość wypalanych papierosów na świecie. W okresie powojennym stały się bardzo tanim i łatwo dostępnym produktem [19].

Nikotyna jest jedną z powszechniejszych używek. Jest legalną substancją wprowadzoną do obrotu. Wg WHO jest jednym z czynników zgonów. Jest odpowiedzialna za

sześć z ośmiu zgonów na świecie. Polska jest jednym z wielu krajów, gdzie palenie tytoniu jest bardzo rozpowszechnione [20]. W Polsce szacuje się, że nałóg ten dotyczy 32% dorosłych, czyli około co 4-5 kobiet i co 3 mężczyzn. Palenie tytoniu wśród Polaków jest bardzo zróżnicowane, płeć odgrywa istotną rolę. Mężczyźni palą dwukrotnie więcej niż kobiety, jak również możemy rozróżnić duży spadek jeśli chodzi o wiek, młodsze osoby (18-24 lata) i starsze (65 lat i więcej) palą mniej na tle innych grup wiekowych [21].

Tab. 3 Badania CBOS z 2008 r. Regularne palenie, a wiek.

Wiek	Odsetki palących:	
	mężczyzn	kobiet
18 – 24 lata	28	19
25 – 34	42	24
35 – 44	48	25
45 – 54	45	29
55 – 64	45	25
65 lat i więcej	29	9
Ogółem	40	21

Źródło: [Komunikat z badań Centrum Badań Opinii Społecznej, Postawy wobec palenia papierosów, BS/36/2010, Warszawa, 2010.,2]

Dym tytoniowy zawiera około 4000 szkodliwych związków chemicznych takich jak: kadm, nikotyna, cyjanowodór jak również substancje uzależniające [22]. Silnie trujące substancje zawarte w dymie podczas palenia wchłaniane są przez błonę śluzową jamy ustnej jak i górnych dróg oddechowych [23].

Już w XVIII stuleciu zwrócono szczególną uwagę na szkodliwość tytoniu. Przeprowadzone bardzo okrojone badania w XX wieku, wykazały, że palacze częściej chorują na choroby nowotworowe (szczególnie raka krtani i płuc), przewlekłe schorzenia układu krążenia, oddechowego, a także krócej żyją. Palenie tytoniu potęguje pojawienie się wielu chorób, których pierwsze objawy pojawiają się po wielu latach [24].

Narkotyki

Narkotyki są to substancje powodujące odurzenie, zneutralizowanie bólu jak i euforię, które przez stałe lub okresowe używanie w celach innych niż medyczne przez może powstać lub powstało uzależnienie. Są to więc związki chemiczne, pochodzenia głównie roślinnego, choć coraz częściej zdarzają się także pochodzenia syntetycznego [25] działają na ośrodkowy

układ nerwowy [26]. W zależności od przyjętego rodzaju narkotyku a także jego dawki, może wywołać w organizmie różne działanie [27].

Współcześnie termin „narkotyki” używa się zamiennie z terminem „substancje psychoaktywne” [28]. Dzieli się je na trzy grupy. Pierwszą grupą są środki odurzające i należą do nich takie substancje jak morfina, kodeina, kokaina, przetwory konopi czy maku i LSD. Kolejną grupą są środki psychotropowe, uspokajające i nasenne oraz niektóre przeciwbólowe i amfetamina. Do trzeciej grupy należą środki zastępcze takie jak lotne rozpuszczalniki, kleje, które zażywane są drogą wziewną[29]. W Polsce wszystkie substancje psychoaktywne są nielegalne[30]. Leki pobudzające, uspokajające, marihuana jak i amfetamina są obecnie najpopularniejszymi używanymi substancjami.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii określa, że narkomania to stałe lub okresowe przyjmowanie substancji w celach niemedycznych środków psychotropowych albo odurzających bądź zastępczych w skutek czego może powstać lub powstało uzależnienie [31]. Zawarte zostały w niej informacje, które zostały uporządkowane i doprecyzowane aby wprowadzić nową jakość do finansowania, postępowania w obszarze przeciwdziałania narkomanii [32]. Uzależnienie może pojawić się nawet po kilkukrotnym zażyciu, zazwyczaj po niedługim okresie zażywania, które przejawia się silnym, nie do opanowania pragnieniem odurzenia [33]. Nadużywanie szkodliwe używanie substancji przez co najmniej miesiąc bądź wielokrotnie w dłuższym czasie, które bywa w sytuacjach niebezpiecznych lub mimo świadomości ryzyka [34].

Założenia i cel pracy

Celem głównym pracy było ustalenie miejsca używek w codziennym życiu studentów.

Material i metody

Badania realizowano od października 2015 do kwietnia 2016 roku. Grupę badaną stanowiło 114 studentów lubelskich uczelni do 25 roku życia. Respondenci zostali wybrani spośród następujących uczelni:

- Uniwersytet Medyczny
- Politechnika Lubelska
- Katolicki Uniwersytet Lubelski

- Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, jako narzędzie badawcze posłużył kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Kwestionariusz zawierał 31 pytań w formie zamkniętej.

Rozdano 130 kwestionariuszy, z czego 114 zostało wypełnionych prawidłowo i kompletnie.

Ankiety została przeprowadzona drogą internetową.

Na wstępie przedstawiono respondentom cel przeprowadzonych badań, zastosowano zasadę pełnej anonimowości oraz dobrowolność uczestnictwa w badaniu.

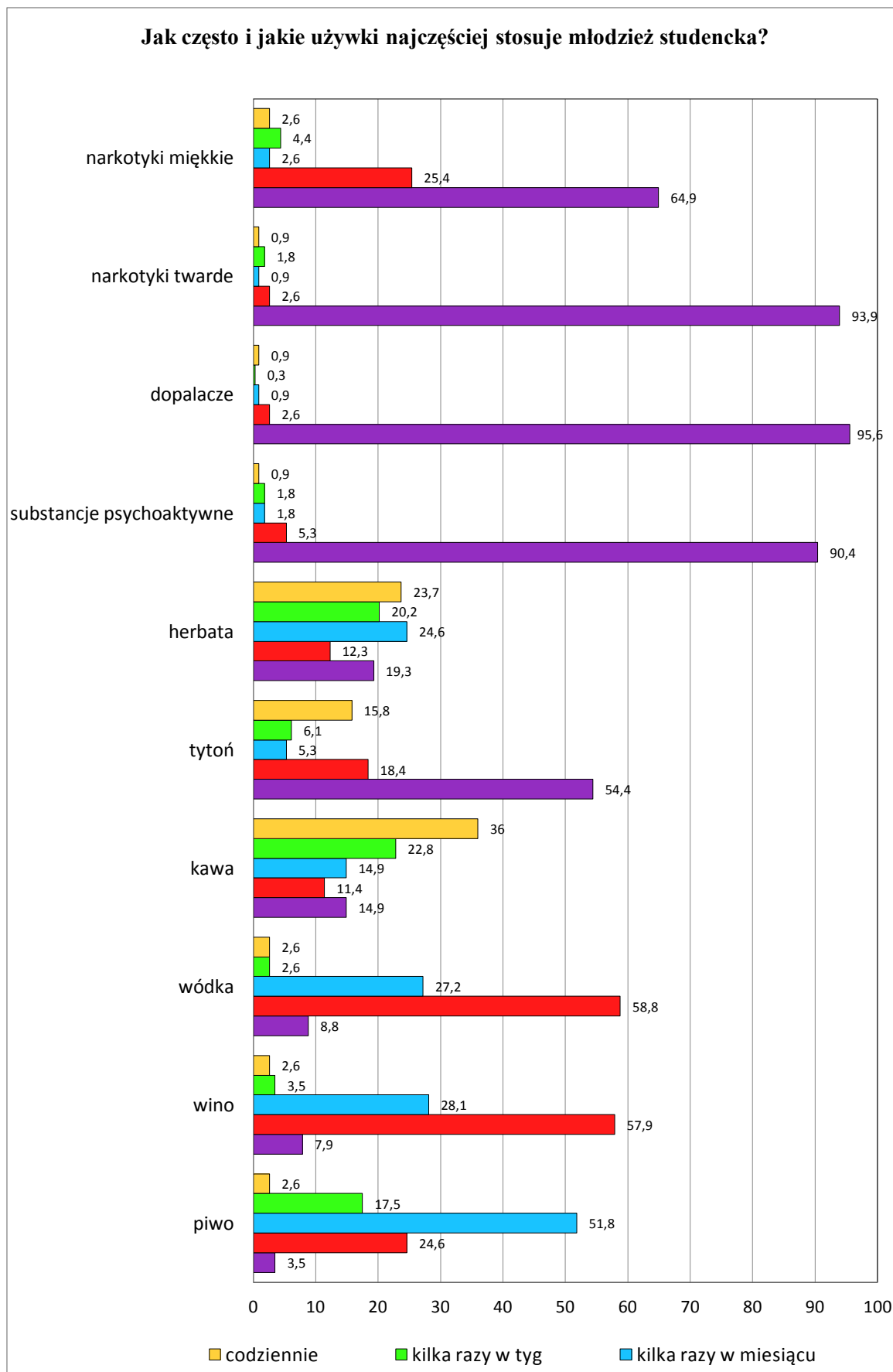
Kwestionariusz ankiety zawierał pytania pozwalające scharakteryzować grupę badaną, zebrać dane socjodemograficzne oraz dostarczyć wiedzy na temat stosowania używek przez respondentów. Na początku ankiety znalazło się pytanie dotyczące uzależnienia, czy respondent spotkał się z tym pojęciem. Kolejne z pytań dotyczyło używek: czy używki są problemem wśród społeczności studenckiej i jakie uzależnienia występują najczęściej. Dalsze pytania obejmowały problem spożywania substancji kiedy dany student zażył substancje pierwszy raz, kto mu towarzyszył, czy dalej stosuje daną substancję. Pozostałe pytania koncentrowały się na powodach sięgania po używki, czy stosowanie ich jest bezpieczne, jaki jest stopień szkodliwości, kiedy możemy mówić o uzależnieniu i jak definiujemy uzależnienie. Uzyskany materiał poddano analizie statystycznej za pomocą programu Microsoft Excel.

Wyniki

W badaniu udział wzięło 114 osób. Duża część ankietowanych mieszka w mieście (100 tys.- 500 tys. mieszkańców)- aż 33,3%. Niewiele mniejsza liczba ankietowanych mieszka na wsi- około 30.7% osób.

Największą grupę ankietowanych stanowili studenci Uniwersytetu Medycznego (34,2%), porównywalnie Politechnika Lubelska jak i Katolicki Uniwersytet Lubelski (20,2%). Najmniejszą grupą badanych jest grupa z Uniwersytetu Marie Curie Skłodowskiej (16,7%).

W badaniu wzięło udział 114 ankietowanych. Zdecydowaną większością badanych były kobiety (65%), natomiast mężczyźni stanowili tylko (35%).



Ryc. 2. Częstość spożywania używek przez studentów

Jak wynika z niniejszych badań, najbardziej rozpowszechnioną substancją wśród studentów jest kawa (36%), następnie herbata (23,7%), kolejną z nich jest tytoń (15,8%). Substancje psychoaktywną najczęściej zażywaną kilka razy w miesiącu jest piwo (51,8%), wino (28,1%) i wódka (27,2%) może to mieć związek z dostępnością oraz wzorcami kulturowymi picia przy różnych okazjach spotkań towarzyskich czy rodzinnych.

Używanie narkotyków jak i picie alkoholu w większości przypadków nie ma regularnego charakteru.

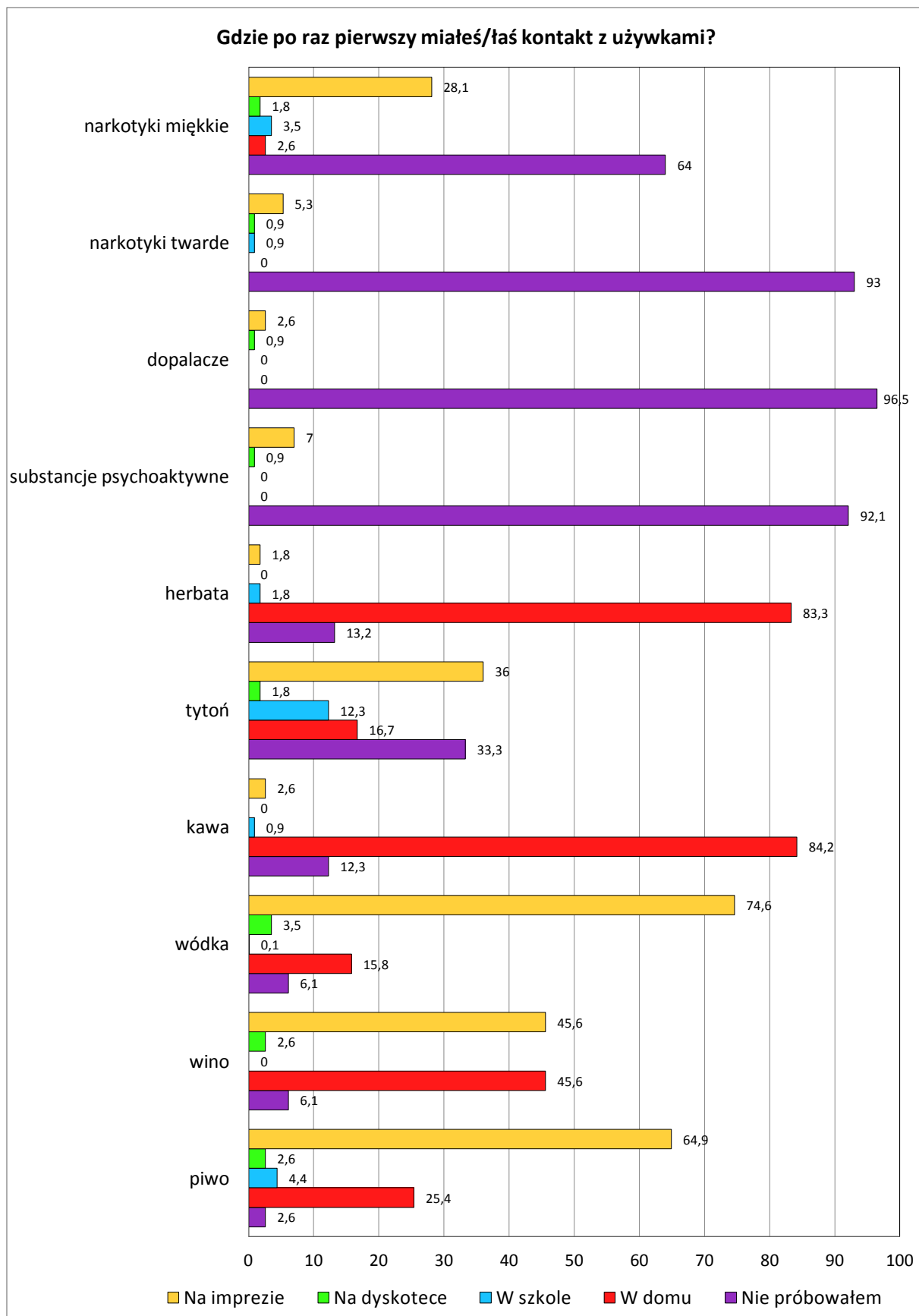
Wśród wszystkich możliwości zażycia substancji po raz pierwszy najczęściej pierwszy kontakt z substancją studenci mieli podczas imprez, a najczęstszą zażywaną substancją była wódka (74,6%), kolejno piwo (64,9%) i wino (45,6%). Pierwszy raz również na imprezie osoby ankietowane spróbowały (28,1% badanych) miękkich narkotyków takich jak np. marihuana, haszysz.

Ankietowani po raz pierwszy w domu zażyli takie substancje jak herbata (83,3%), kawa (84,2%), wino (45,6%), najmniej ankietowanych próbowało (2,6%) narkotyków miękkich. Zdecydowana większość studentów nigdy nie próbowała substancji takich jak dopalacze (96,5%), narkotyki twarde (93%), substancje psychoaktywne (92,2%) i narkotyki miękkie (64%). Nie można niestety tego samego stwierdzić o spożyciu alkoholu oraz tytoniu - tylko (33,3%) studentów nigdy nie próbowało tytoniu, wódki i wina (6,1%), a piwa tylko (2,6%).

Badanych zapytano o stopień szkodliwości używek. Zostało przedstawionych 10 przykładowych używek. Ankietowani zaznaczyli, że bardzo szkodliwe dla organizmu są: Twarde narkotyki, np. kokaina, amfetamina (83,3%), dopalacze (78,1%), ectasy (66,7%), sterydy anaboliczne (60,5%) i substancje halucynogenne (58,8%).

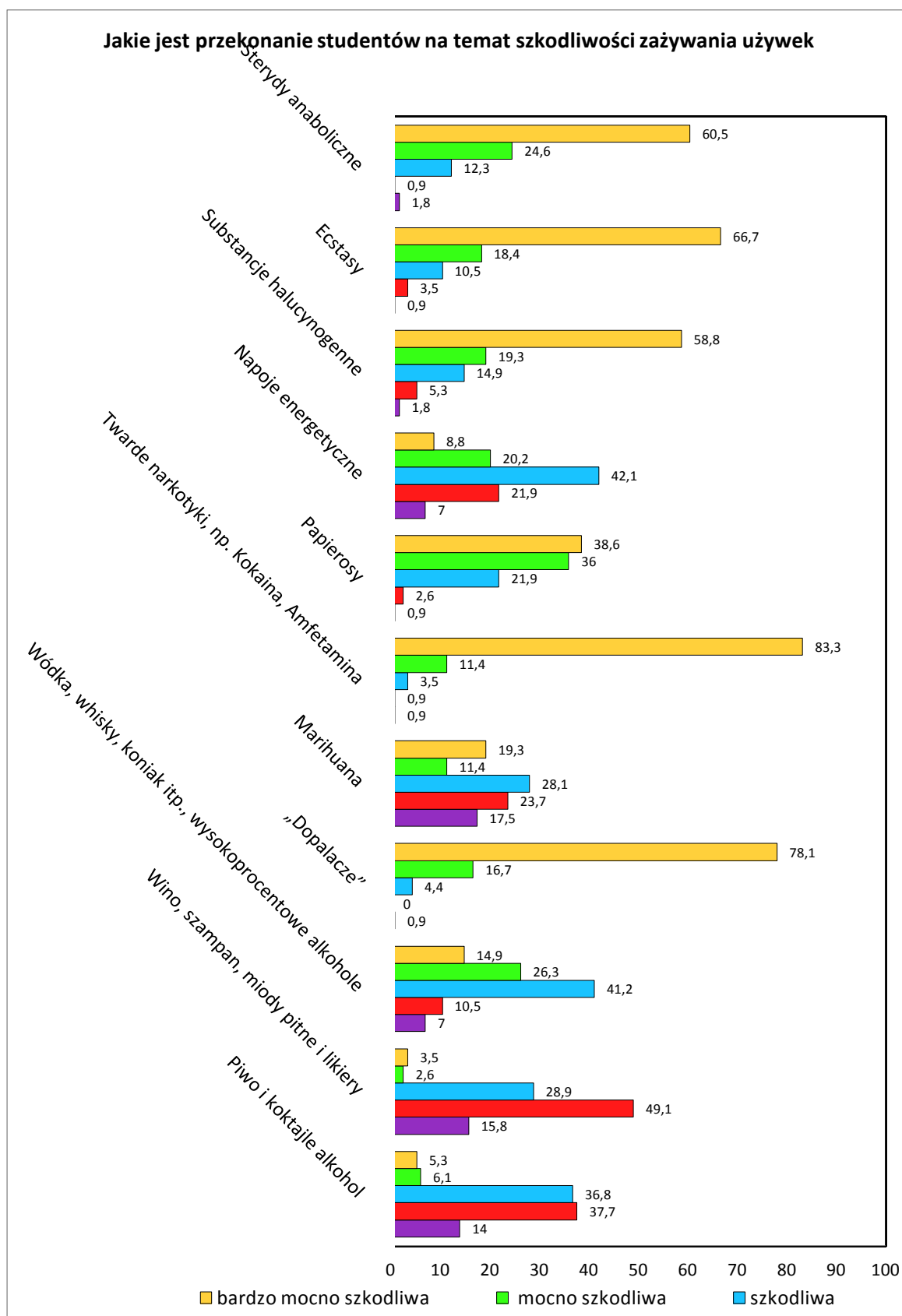
Najwięcej odpowiedzi „szkodliwa” respondenci podporządkowali takim używkom jak napoje energetyczne (42,1%), niewiele mniej miała odpowiedź: wódka, whisky, koniak itp., wysokoprocentowe alkohole (41,2%).

Co zaskakujące, aż 49,1% ankietowanych uważa, że wino, szampan, miody pitne i likiery są mało szkodliwe dla zdrowia, nieco mniej odpowiedzi miało piwo (37,7%), marihuana (23,7%) i napoje energetyczne (21,9%).



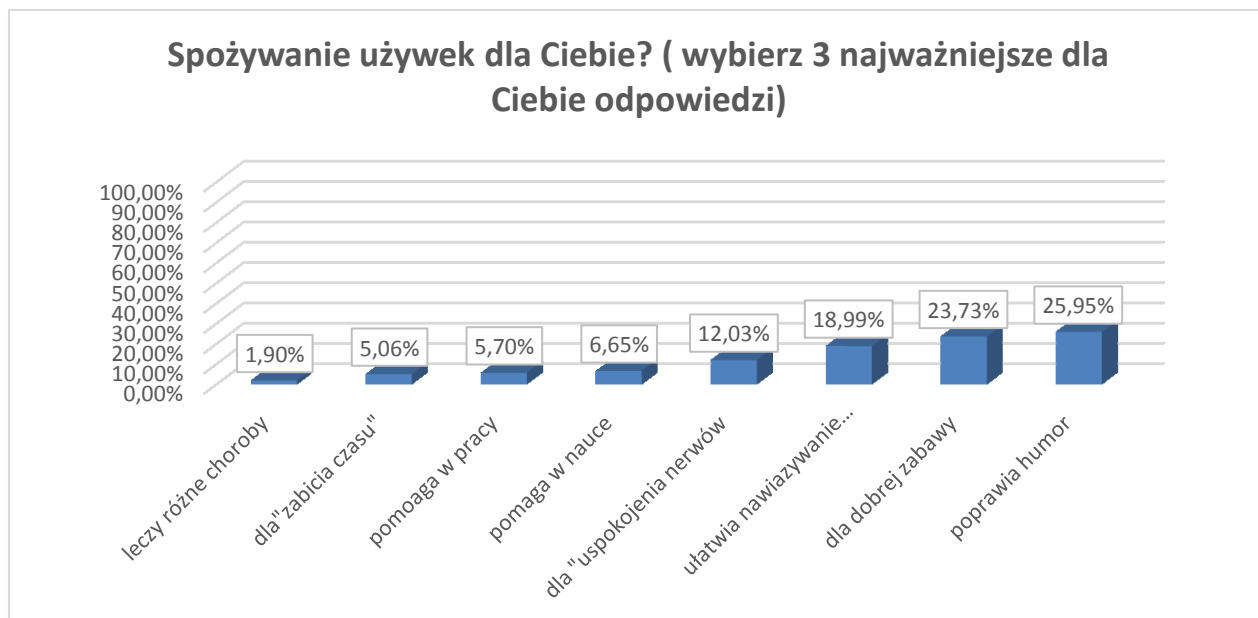
Źródło: [opracowanie własne]

Ryc. 3. Pierwszy kontakt z używką



Źródło: [opracowanie własne]

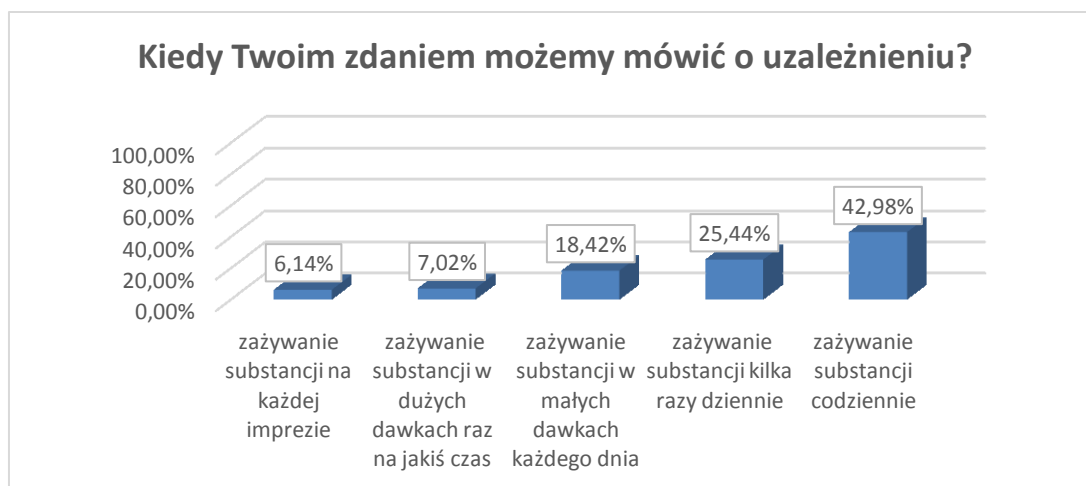
Ryc. 4. Przekonanie studentów na temat szkodliwości używek



Ryc. 5. „Motywacje” do zażywania substancji

Pośród ośmiu „motywacji” do zażycia substancji psychoaktywnej - 25,95 % studentów kieruje się chęcią poprawy sobie humoru. 23,73% osób ankietowanych stosuje substancje psychoaktywne do zapewnienia sobie dobrej zabawy, a 18,99% studentom używki ułatwiają nawiązywanie kontaktów. Dla 12,03% jest to sposób na ukojenie nerwów, 6,65% osób pomaga w nauce, a 5,06% ankietowanych zaznaczyło pomysł na „zabicie czasu”.

Zdaniem 42,98% osób biorących udział w badaniu - uzależnienie powstaje wtedy, gdy osoba codziennie zażywa substancję, 23,44% studentów zaznaczyło, że jest wtedy, gdy osoba zażywa substancje kilka razy dziennie, a 6,14% respondentów uważa, że o uzależnieniu możemy mówić gdy osoba zażywa substancji na każdej imprezie.



Ryc. 6. Wiedza na temat uzależnienia

Dyskusja

Używki zawsze towarzyszyły człowiekowi. Aktualnie mamy do czynienia z o wiele większą różnorodnością substancji niż w przeszłości. Substancje psychoaktywne zawarte są w lekach, legalnych używkach i nielegalnych narkotykach. Używanie ich jest zjawiskiem powszechnym. Wśród młodzieży możemy zaobserwować coraz większe zainteresowanie alkoholem, tytoniem czy narkotykami i dotyczy ona coraz większego odsetka ludzi młodych. Ciągłe spożywanie używek może prowadzić do uzależnienia fizycznego i psychicznego, które wywołuje znaczące zaburzenia dla młodego organizmu. Młody organizm jest bardziej podatny na uzależnienia. Studenci mogą nie radzić sobie z własnymi emocjami, a co za tym idzie mogą mieć zaburzony obraz sposobu na dobrą zabawę. Niemal połowa badanych studentów znajduje się w grupie ryzyka, co trzeci student jest okazjonalnym użytkownikiem substancji odurzającej, a kilka procent studentów zażywa tzw. „miękkie narkotyki”. W związku ze wzrostem zainteresowania używkami w populacji studenckiej niezbędne jest rozszerzenie działań profilaktycznych obejmujących edukację na temat szkodliwości jak również zapobieganiu chorobom oraz zmianę stylu życia. Działaniami profilaktycznymi powinni być objęci wszyscy studenci, ale przede wszystkim młodzież gimnazjalna. Dzięki edukacji i działaniom profilaktycznym możemy zwrócić uwagę na kształtowanie właściwych postaw zdrowotnych.

Wnioski

Po zaprezentowaniu wyników przeprowadzonego badania można przedstawić następujące wnioski:

- Najczęściej używaną substancją wśród studentów jest kawa, herbata oraz tytoń.
- Niepokojący jest fakt że ponad połowa pije piwo kilka razy w tygodniu, a co czwarty sięga po wino lub wódkę.
- Używanie narkotyków jak i picie alkoholu w większości przypadków nie ma regularnego charakteru, wiąże się z uzależnieniem, które dotyczy 27% badanych.
- Najpopularniejszym środkiem, zażywany przez studentów, jest marihuana, zazwyczaj też od tej substancji rozpoczyna się inicjacja narkotykowa wśród studentów.

- Największą pokusą dla studentów do zażywania substancji jest poprawa humoru, nastroju, jak również dobra zabawa. Studenci zażywają substancje psychoaktywne w różnych okolicznościach, przede wszystkim na imprezach towarzyskich, robią to dla przyjemności lub też dla odwagi,

Piśmiennictwo

1. Borzucka-Sitkiewicz K., Sas-Nowosielski K.: Stosowanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkół śląskich – zasięg, skutki i przeciwdziałanie. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 2007, 9
2. <http://www.era-zdrowia.pl/strefa-toksyczna/uzywki.html>, data pobrania 15.05.2016.
3. <http://psychiatria.mp.pl/uzaleznienia/show.html>, data pobrania 15.05.2016.
4. <http://www.zdrowawielkopolska.vitriol.pl/pages/106/Uzaleznienie>, data pobrania 15.05.2016.
5. Szymańska J.: Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej profilaktyki, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa, 2000.
6. H.F.J. Hendriks, A. Tol.: „Alcohol” in Handbook of Experimental Pharmacology, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2005, 170, 339-361.
7. Szymańska J.: Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej profilaktyki, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa, 2000.
8. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 nr 35 poz. 230)
9. Szostek B.: Czym jest alkoholizm? Rys problematyki Warszawskie studia personalne 10, 2009, 40
10. Żołnierczuk- Kieliszek D.: Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem, [w]: Zdrowie Publiczne, Kulik T., Pacian A. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2014, .80
11. Wyrzykowski P.: Rynek napojów alkoholowych. Stan i tendencje rozwojowe, Przemysł spożywczy, 2014, 68, 9.
12. <http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/picie-ryzykowne-i-szkodliwe>, data pobrania 15.05.2016.
13. <http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/picie-ryzykowne-i-szkodliwe>, data pobrania 15.05.2016.

14. Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych ICD 10, 213.
15. Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych ICD 10, 213.
16. Korpetta E, E. Szmerdt-Sisicka.: Narkotyki w Polsce. Mity i rzeczywistość, Prószyński i sp., Warszawa, 2000.
17. Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych ICD 10, 213
18. Komunikat z badań Centrum Badań Opinii Społecznej: Postawy wobec alkoholu, BS/116/2010, Warszawa, 2010, 2
19. Żołnierczuk- Kieliszek D.: Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem, [w]: Zdrowie Publiczne (red.) Kulik T., Pacian A., Wyd. PZWL, Warszawa, 2014,73.
20. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/uzaleznienia/tyton/>, data pobrania 18.04.2016.
21. Komunikat z badań Centrum Badań Opinii Społecznej, Postawy wobec palenia papierosów, BS/36/2010, Warszawa, 2010.
22. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/uzaleznienia/tyton/szkodliwosc-palenietytoniu/>, dostęp 18.04.2016.
23. Kołożyn- Krajewska D.: Towaroznawstwo żywności. Podręcznik, WSiP, Warszawa, 2008
24. Kołłątaj W., Kołłątaj B., Irena D. i wsp.: Postawy studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie wobec palenia tytoniu, Probl. Hig. Epidemiol., 2010, 91, 495-500.
25. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2012 r., poz. 124, z późn. zm.)
26. <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/narkotyki;3945805.html>, data pobrania 8.05.2016.
27. Rozprawa doktorska P. Boltryk, Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce, Białystok, 2014.
28. Szukalski B.: Narkotyki. Kompendium wiedzy o środkach uzależniających, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2005.
29. Szadowska–Szlachetka Z. , Danieluk J., Krzyżanowska E., i wsp.: Wiedza i postawy studentów III roku wydziału pielęgniarstwa wobec problemu narkomanii, 2005, 60, Supl. 16, 521, 309-312.
30. Hoffman B.: Narkotyki w kulturze młodzieżowej, Wyd. Impuls, Kraków, 2014.

31. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii
32. Jabłoński P., Jędrzejko M.: Narkotyki i paranarkotyki. Charakterystyka i rozpoznawanie zachowań, Pomorska Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Gdańsk, 2011.
33. Kowalska M.: Narkomania wśród dzieci i młodzieży, Koszalin, 2002, http://www.profesor.pl/mat/pd3/pd3_m_kowalska_030506_1.pdf, data pobrania 18.04.2016.
34. Pacian A.: Profilaktyka zakażeń wirusem HIV i uzależnień wśród dzieci i młodzieży [w]: Zdrowie Publiczne (red.) Kulik T., Pacian A., Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2014,164

ISBN - 978-83-944852-4-5