

W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

Elżbiety Krajewskiej-Kułąk

Cecylii Reginy Łukaszuk

Jolanty Lewko

Wojciecha Kułąk

Tom XVII

W drodze do brzegu życia

Tom XVII

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

W drodze do brzegu życia

Tom XVII

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

Białystok 2019

Recenzenci monografii

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

Dr n. med. Anna Ślifirczyk
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

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

Recenzenci rozdziałów

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

ISBN - 978-83-948644-8-4

Wydanie I
Białystok 2019

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułąk
Zdjęcia: Wojciech Kułąk

Za zgodność z prawami autorskimi użytych w tekście cytowań, fotografii, rycin i tabel odpowiedzialność ponoszą autorzy poszczególnych rozdziałów

Druk:
"Duchno" Teresa Duchnowska, 15–548 Białystok, Zaścianańska 6

Szanowni Państwo

Powinniśmy żyć każdego dnia tak, jakby to był dzień ostatni, cieszyć się każdym wspólnym momentem. Oprócz docenienia posiadania pełnego życia, wspomnienia są jedynymi prawdziwymi prezentami, jakie możemy zostawić naszym dzieciom

Elizabeth Kübler-Ross

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 tego tomu to 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 transplantację, eutanazję, uporczywą terapię, co sądzą o handlu organami, o wartościowaniu choroby i starości jako uszanowanie osobowej godności, o zasadach komunikacji z chorymi przewlekle, czy też o wpływie religii na sprawowanie opieki medycznej. Mamy nadzieję, że pozwolą na sprawdzenie słów Jonasa Jonassona – *„W końcu w życiu jest tak, że nie zawsze właściwe jest to, co właściwe, tylko to, co jest właściwe według tego, kto decyduje”*.

Podobnie jak poprzednich tomach, w myśl przesłania Hospicjum Św. Krzysztofa – *„Liczysz się, ponieważ jesteś tym kim jesteś. Liczysz się do ostatniej chwili swojego życia. Zrobimy wszystko co w naszej mocy, nie tylko pomagając ci spokojnie umrzeć, ale także żyć aż do śmierci”*, są tu także treści dotyczące interdyscyplinarnych wyzwań opieki paliatywnej, w tym opieki psychologicznej w procesie leczenia, problemów związanych z terapią chorób nowotworowych, przygotowania personelu do opieki nad pacjentem umierającym, funkcjonowania placówek opieki paliatywnej i perinatalnej, problemów opieki psychologicznej na chorym z nowotworami, czy budowania poczucia własnej wartości osób chorujących przewlekle.

Inne prace stwarzają ponownie okazję do rozważań nt. oceny moralnej samobójstwa, ochronie przed szkodliwymi treściami w mediach, problemu niedożywienia młodzieży i seniorów, postrzegania osób niepełnosprawnych, czy też wybranych aspektów zdrowia psychicznego, problemów uzależnień, stereotypizacji i dyskryminacji oraz roli wsparcia w tych kwestiach, bowiem niestety jak twierdził Ronaldo Wrobel – *„Bardzo łatwo jest oceniać, nic nie rozumiejąc [...] Trudniej jest zrozumieć, nie oceniając”*.

Dwie prace przybliżają problematykę śmierci za życia, w kontekście umierania zwierząt, jako konsekwencji ekspansji człowieka oraz niedoceniony problem społeczny, jakim jest żałoba po starciu psa. Jest to bardzo ważny aspekt naszego życia, ponieważ jak twierdzi Katarzyna Sokołowska *„ból po śmierci kogoś bliskiego lub zwierzaka nie jest czymś patologicznym czy nienormalnym. Wręcz przeciwnie – jest adekwatną reakcją*.

Redaktorzy podręcznika

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

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

Dr hab n.o zdrowiu Jolanta Lewko,

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Kułak

SPIS TREŚCI

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCyna, PRAWO

Breczko Jacek - Isaaca Bashevisa Singera krytyka kultu nauki oraz światopoglądu naukowego.....	Str. 11-23
Zabielski Józef Ks. Prof. - Wartościowanie choroby i starości jako uszanowanie osobowej godności.....	Str. 24-33
Lewicki Tadeusz: Komunikowanie w umieraniu/śmierci – „Dowcip” – „Wit” Margaret Edson w teatrze i w filmie jako jedna z odpowiedzi.....	Str. 34-54
Szpytko Szymon, Fedorowicz Sebastian, Alina Szewczyk, Aneta Hauzer, Sobieszcańska Małgorzata, Kolcz Anna, Laszki-Szcząchor Krystyna, Gnus Jan: Zniszczyć ale nie pokonać – wymiar śmierci w powieściach Ernesta Hemingwaya	Str. 55-62
Talaj Anna: Akceptowanie roli chorych a postawy humanistyczne i dojrzałość społeczeństwa.....	Str. 63-73
Banera Aleksandra, Myślińska Joanna, Dorna Krzysztof, Szymanek-Pędzik Małgorzata, Kolcz Anna, Sobieszcańska Małgorzata, Ferenc Stanisław, Gnus Jan: <i>Non omnis moriar</i> , czyli jak pozostać żywym po śmierci. Sposoby wykorzystania zwłok ludzkich.....	Str. 74-85
Labisz Paulina, Niewiadomska Joanna, Przepiórka Kamila, Saturdays Karolina, Ferenc Stanisław, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Dorna Krzysztof, Gnus Jan: Prawne aspekty przeprowadzania badania pośmiertnego w Polsce.....	Str. 86-102
Nowak Mateusz, Stasiak Krystian, Barnaś Barbara, Dorna Krzysztof, Tomaszewska-Laszczak Mirosława, Szcząchor Klara, Karaszewski Michał, Gnus Jan: Potencjalny wpływ Chrześcijańskiego Zboru Świadków Jehowy na rozwój medycyny.....	Str. 103-111
Kozłowska Anna, Malinowska Paulina, Marcysiak Małgorzata, Marcysiak Miłosz: Duchowość a zmaganie się z chorobą wśród dorosłych mieszkańców Białegostoku i okolic.....	Str. 112-122
Madej Marta, Pogorzelska Magdalena, Wróblewski Krzysztof, Waluś Jakub, Barnaś Paweł, Żlobicka Kinga, Ferenc Stanisław, Gnus Jan: Aspekty etyczne i perspektywy stosowania sztucznej inteligencji w medycynie.....	Str. 123-138
Doskocz Aleksandra, Walecko Damian, Markiewicz Natalia, Dorna Krzysztof, Barnaś Paweł, Szymanek-Pędzik Małgorzata, Ferenc Stanisław, Gnus Jan: Eutanazja - u kresu sił.....	Str. 139-160
Szypcio Monika, Rolka Hanna, Snarska Katarzyna, Krajewska-Kulak Elżbieta: Postawy i opinie studentów białostockich uczelni wyższych na temat eutanazji.....	Str.161-187
Litwinko Ewelina, Rolka Hanna, Snarska Katarzyna, Krajewska-Kulak Elżbieta: Postawy i wiedza ludności miejskiej i wiejskiej na temat transplantacji narządów.....	Str. 188-216

Kimszal Ewelina, Kurowska Klaudia, Łukaszuk Cecylia, Krajewska-Kulak Elżbieta: Handel organami w Polsce i na świecie.....	Str. 217-226
Długosz Paulina, Turniak Michał, Dorna Krzysztof, Hauzer Aneta, Kalka Dariusz, Żłobicka Kinga, Ferenc Stanisław, Gnus Jan: Nieustające dążenie do doskonałości jako epidemia XXI w - wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne.....	Str. 227-235
Szmuć Katarzyna, Cuprian Dominika, Porycka Urszula: Dylematy etyczne, społeczne i prawne dotyczące macierzyństwa zastępczego.....	Str. 236-250
Kimszal Ewelina, Kurowska Klaudia, Łukaszuk Cecylia, Krajewska-Kulak Elżbieta: Wypadek śmiertelny za granicą – procedura sprowadzania ciała.....	Str. 251-259

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ I PERINATALNEJ

Rygiel Klaudia, Wijata Klaudia, Dorna Krzysztof, Hauzer Aneta, Sobieszcańska Małgorzata, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Ferenc Stanisław, Gnus Jan: Dziecko z chorobą nowotworową. Opieka psychologiczna w procesie leczenia na przykładzie Kliniki „Przyłądek Nadziei”.....	Str. 260-271
Królicka Anna, Biały Michał: Funkcjonowanie perinatalnej opieki paliatywnej na przykładzie wrocławskiego programu “RAZEM”.....	Str. 272-279
Litera Maja, Klimasz Maria, Rogoziński Tomasz, Dorna Krzysztof, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Karaszewski Michał, Ferenc Stanisław, Gnus Jan: Rola opieki paliatywnej nad pacjentami pediatrycznymi z chorobami nowotworowymi.....	Str. 280-292
Kurowska Klaudia, Kimszal Ewelina: Radioterapia u pacjentów paliatywnych.....	Str. 293-303
Jakubiak Agata, Kirsch Joanna, Sebzda Tadeusz, Borowicz Wojciech, Reichert Paweł, Karaszewski Michał, Ferenc Stanisław, Gnus Jan: Problem utraty włosów u pacjentów leczonych onkologicznie. Metody zapobiegania i ich efektywność.....	Str. 304-317
Zendran Iga, Żelaśkiewicz Krzysztof, Augustynek Paweł, Sobieszcańska Małgorzata, Ferenc Stanisław, Borowicz Wojciech, Laszki-Szcząchor Krystyna, Gnus Jan: Problematyka zespołu metabolicznego i cukrzycy u kresu życia.....	Str. 318-338
Szewczyk Alina, Rogoziński Tomasz, Żłobicka Kinga, Reichert Paweł, Kurzelewska-Sobczak Anna, Szymanek-Pędzik Małgorzata, Ferenc Stanisław, Gnus Jan: Rak piersi w okresie połogu.....	Str. 339-344
Boryczka Katarzyna, Bardowska Klaudia, Dorna Krzysztof, Sebzda Tadeusz, Kurzelewska-Sobczak Anna, Tomaszewska-Laszczak Mirosława, Ferenc Stanisław, Gnus Jan: Rola wsparcia psychicznego u pacjentek z rakiem piersi.....	Str. 345-354
Milewska Martyna, Zujko Kinga, Terlikowska Katarzyna: Leczenie żywieniowe w nowotworach trzustki.....	Str. 355-381
Grzechnik Magdalena, Janiszewska Mariola, Ozdoba Patrycja, Drop Bartłomiej, Hajduk Marika, Barańska Agnieszka: Poczucie własnej wartości osób chorujących przewlekle.....	Str. 382-401

Janiszewska Mariola, Ozdoba Patrycja, Barańska Agnieszka, Drop Bartłomiej, Tuzimski Mateusz , Firlej Ewelina: Poziom wiedzy o chorobie oraz zachowania zdrowotne mężczyzn w profilaktyce wczesnego wykrywania raka prostaty..... **Str. 402-434**

Inglot Anna: Ocena własna pielęgniarek programu kształcenia w zakresie opieki nad pacjentem umierającym..... **Str. 435-448**

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

Gworys Martyna, Kolasa Wojciech, Kurzelewska-Sobczak Anna, Szymanek-Pędzik Małgorzata, Sobieszkańska Małgorzata, Szczechor Klara, Dorna Krzysztof, Gnus Jan- Program redukcji szkód jako element walki pracowników ochrony zdrowia z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych..... **Str. 449-456**

Iwanicka Klaudia, Ferenc Stanisław, Barnaś Paweł, Sebzda Tadeusz, Żłobicka Kinga, Reichert Paweł, Hauzer Aneta, Gnus Jan: Uzależnienie od heroiny oraz terapia substytucyjna, w kontrze do ogólnie panujących stereotypów..... **Str. 457-464**

Gut Gabriela, Szymczak Paulina, Biały Michał, Boryczka Katarzyna, Inglot Małgorzata: Rola wsparcia psychicznego u osób zakażonych HIV..... **Str. 465-481**

ŚMIERĆ SPOŁECZNA

Żurawski Jacek A.: Ochrona małoletnich przed szkodliwymi treściami w mediach elektronicznych..... **Str. 482-507**

Zdrowicka-Wawrzyniak Magdalena, Kubiak Leszek - Za kotarą. O obrazowaniu problemów osób z niepełnosprawnością w telewizyjnych magazynach informacyjnych **Str. 508-530**

Czakiert Martyna, Kurek Katarzyna, Kołcz Anna, Szymanek-Pędzik Małgorzata, Kałka Dariusz, Borowicz Wojciech, Dorna Krzysztof, Ferenc Stanisław, Gnus Jan - Media społecznościowe jako nowy, psychospołeczny czynnik ryzyka zachowań suicydalnych..... **Str. 531-543**

Rogoziński Tomasz, Szewczyk Alina, Barnaś Barbara, Dorna Krzysztof, Hauzer Willy, Żłobicka Kinga, Ferenc Stanisław, Gnus Jan: Problematyka suicydologii i ocena ryzyka śmierci w zaburzeniach odżywiania..... **Str. 544-550**

Biegalska Aleksandra: Ocena moralna samobójstwa w starożytnej Grecji i Rzymie (z wyłączeniem chrześcijaństwa)..... **Str. 551-553**

Biegalska Aleksandra: Ocena moralna samobójstwa w starożytnym i w średniowiecznym chrześcijaństwie..... **Str. 554-556**

Biegalska Aleksandra: Argument polityczny przeciwko dopuszczalności moralnej samobójstwa eutanatycznego..... **Str. 557-560**

Bociarska Renata, Urbaniak Kamila: Żałoba po stracie psa- niedoceniony problem społeczny.....	Str. 561-577
Wiśniewska Paulina: Śmierć za życia, czyli o umieraniu zwierząt. Konsekwencje ekspansji człowieka.....	Str. 578-593
Marcinkowski Jerzy T., Konopielko Zofia, Rosińska Paulina, Tomczak Magdalena, Wieleba Małgorzata, Klimberg Aneta: Zdrowie psychiczne człowieka a sztuka. Część pierwsza. Malarstwo.....	Str. 594-614
Marcinkowski Jerzy T., Konopielko Zofia, Rosińska Paulina, Tomczak Magdalena, Wieleba Małgorzata, Klimberg Aneta: Zdrowie psychiczne a sztuka. Część 2. Architektura.....	Str. 615-632
Kurek Joanna, Krzyżanowski Filip, Markiewicz Natalia, Ferenc Stanisław, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Tomaszewska-Laszcak Mirosława, Sebzda Tadeusz, Gnus Jan - Niedożywienie cichym zabójcą. Nieostrzegany problem wśród pacjentów geriatrycznych.....	Str. 633-646
Egeman-Nowacka Magdalena, Nowak-Kapusta Zofia, Młynarska Agnieszka: Postrzeganie osób niepełnosprawnych w środowisku społecznym według opinii młodzieży.....	Str. 647-662

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCYNĄ, PRAWO



Isaaca Bashevisa Singera krytyka kultu nauki oraz „światopoglądu naukowego”

Breczko Jacek

Studium Filozofii i Psychologii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Postęp naukowy i techniczny rodzi nieoczekiwane skutki w sferze kultury. Oto rewolucja informatyczna – kolejna rewolucja związana z nowymi wynalazkami oraz niezwykle ścisłą i wyrafinowaną wiedzą – przyczynia się do rozprzestrzeniania się w społeczeństwach Zachodu fali irracjonalizmu. Tradycyjne media bowiem – prasa, radio, telewizja – posiadały zazwyczaj pewien poziom krytycyzmu i wiedzy eksperckiej; informacje jawnie niedorzeczne nie były dopuszczane do masowego obiegu (krążyły, co najwyżej, w postaci „poczty pantoflowej” o – siłą rzeczy – ograniczonym zasięgu). Rewolucja informatyczna oraz Internet wprowadziły tu jakościową zmianę.

Wolno chyba zaryzykować tezę, że opisywana na początku XX wieku przez Ortegę y Gassetę demokratyzacja w kulturze (określana przez niego dosadnie jako „wyrojenie się mas” i „inwazja wewnętrznych barbarzyńców”) była hamowana wyraźną hierarchią; czym innym była burleska, czym innym opera, czym innym poważna prasa, czym innym prasa brukowa, czym innym kultura wysoka, czym innym kultura masowa. Relatywistyczny postmodernizm oraz Internet doprowadziły w tym obszarze do skrajnej decentralizacji, wymieszania i rozbięcia hierarchii.

Warto też zauważyć, że zwolennicy różnych absurdalnych i niedorzecznych poglądów umacniają się w swoich przekonaniach, przebywając w tak zwanych (przez socjologów Internetu) „pudłach rezonansowych”. Tworzą mianowicie – posługując się globalną siecią – swoiste subkultury, wspólnoty internetowe, wzajem się w swoich poglądach umacniając. Powstają w ten sposób jakieś monstrualne *thing tanki*, będące skupiskami irracjonalizmu i wylęgarniami nonsensów. Ewidentne przeto niedorzeczności – teoria płaskiej ziemi, przeróżne teorie spiskowe, z NWO na czele, pogląd o szkodliwości szczepionek oraz kosmitach regularnie odwiedzających Ziemię – zdobywają coraz więcej zwolenników i zaczynają być istotnymi składnikami świadomości zbiorowej (sprzyjając – co gorsza – różnym demagogom i populistom).

Obecny moment historyczny nakazywałby zatem – ludziom odpowiedzialnym – piętnować irracjonalizm, brak krytycyzmu, ślepą wiarę w cokolwiek. Powinni wręcz bić na alarm. Istnieje jednak również inne zagrożenie; ulokowane niejako na przeciwnym biegunie ideowego spektrum; mianowicie ciasny racjonalizm, fanatyczny scjentyzm; kult „szkiełka i oka” deprecjonujący całkowicie „czucie i wiarę”; będący w istocie kolejną ślepą wiarą; tym razem w omnipotencję nauki. Chciałbym w tym artykule, nieco przekornie, zająć się tym właśnie zagrożeniem, przewidując, że po fali irracjonalizmu może nastąpić odchylenie historycznego wahadła i dominować zacznie ów ciasny racjonalizm, że nastaną – posługując się terminem Blake’a – rządy zimnego Urizena. Choć, prawdę mówiąc, czasy są tak skomplikowane, że fali irracjonalizmu towarzyszy obecnie fala ciasnego racjonalizmu w odmianie technokratycznej.

Przeprowadzając krytykę radykalnego scjentyzmu, kultu nauki oraz związanego z nim tak zwanego „światopoglądu naukowego” będę nawiązywał do spostrzeżeń i przemyśleń Isaaca Bashevisa Singera. Był on nie tylko jednym z najwybitniejszych pisarzy minionego stulecia, laureatem literackiej nagrody Nobla, ale również wybitnym myślicielem, próbującym uporać się z najważniejszymi pytaniami filozoficznymi oraz uważnym obserwatorem przemian ideowych, kulturowych i politycznych. Miał niezwykłą biografię i w związku z tym szczególnie punkt obserwacyjny, szczególnie „punkt widzenia”. Jego ojciec był rabinem, dzieciństwo spędził w małej, tradycyjnej żydowskiej wspólnotie religijnej (rzec można, że spędził je w średniowieczu); młodość – w międzywojennej Warszawie, w środowisku awangardowych literatów oraz politycznych radykałów: syjonistów, komunistów i trockistów; wiek dojrzały zaś w Nowym Jorku, w mieście przyszłości, w kranie liberalnej demokracji i najwyższej rozwiniętej techniki.

Jego zainteresowania nie ograniczały jednak do dwudziestego wieku (którego był niemal w całości świadkiem – urodził się w roku 1902, a zmarł w 1991). Pojmował on bowiem ten okres jako zwieńczenie pewnych procesów dojrzewających przez stulecia (niejako zawiązanie supła). Zaczniemy zatem od naszkicowania tła historycznego.

*

Przez umysły ludzi renesansu przemknęła myśl, że Jezus nie był Mesjaszem, a może nawet w ogóle nie istniał; a Bóg prawdziwy – o ile istnieje – nie przypomina biblijnego Jahwe. Przyczynił się do tego zawiły splot okoliczności historycznych oraz – niemniej zawiły – splot „ruchu idei”. Wyróżnić należy „rewolucję kopernikańską” oraz odkrycie Ameryki; to pierwsze usuwało Ziemię z centrum świata (dlaczego „syn Boga” miałby wcielać się w przy-

padkowy gatunek na przypadkowej planecie i cierpieć dla jego dobra), to drugie wskazywało, że istniał na tej właśnie planecie, nieznanym wcześniej, wielki kontynent, na którym żyły niezliczone pokolenia, nie mające pojęcia – nie z własnej winy – o prawdziwej religii. A zatem – skoro „nie ma zbawienia poza Kościołem” – kończyły w piekle. Ludzie dociekliwi i wrażliwi dochodzili zatem do konkluzji sceptycznych.

W efekcie tych – oraz wielu innych – odkryć i przemian stabilny, średniowieczny świat wyobrażeń, wyprowadzany z jednej zasady, zaczął się rozpadać. Rozpoczął się nowy etap – nowożytność. Żarliwa wiara nie została jednak zastąpiona pogodnym ateizmem, epikureizmem czy libertynizmem (taka „recepja” ograniczała się do wąskich elit). Patrząc w perspektywie kilku stuleci – jak obrazowo ujął to Leszek Kołakowski – „na pogrzebie jednego Boga, który się przeżył, z nieba sypnął się deszcz innych bogów” [1]. Chociaż bowiem w wątpliwość poddana została wiara w istnienie judeochrześcijańskiego Boga, to przetrwała – pod różnymi postaciami – wiara w *s e n s c z a s u*. Nowożytność zatem nie wróciła do greckiej idei czasu „kręcącego się w kółko”, bezsensowego, w którym nigdy nie będzie spełnienia. Ów deszcz bogów to zbiór innych sensów, czyli, inaczej mówiąc, zbiór innych spełnień; z wyobrażeniem czasu zmierzającego ku *c z e m u ś*. Nowożytność zatem jest nadal „nasza era”, to znaczy naznaczona jest judeochrześcijańskim pojmowaniem czasu, mimo że podważona i osłabiona została wiara w judeochrześcijańskiego Boga. Jacy byli owi inni bogowie? Singer wymienia czterech: dwóch dla mas i dwóch dla elit. Bogowie mas to komunizm i nacjonalizm; bogowie elit to sztuka i nauka. Skoncentrujemy się tutaj na tym ostatnim.

*

Singer cenił naukę, ale nie kult nauki. Cenił, ale nie przeceniał. Odrzucał ideologię scjentystyczną, która przyznawała nauce monopol na prawdę oraz pogląd, że dzięki nauce ludzkość wyjdzie z krain mrocznych – pełnych nienawiści, wojen i chorób – i wejdzie w świat jasny, bezkonfliktowy i szczęśliwy. Nie zgadzał się więc z traktowaniem nauki jako jedyne autorytetu poznawczego oraz jako wybawiciela ludzkości (nowego prometejskiego zbiorowego Mesjasza, będącego obiektywizacją mądrości i potęgi ludzkości). Odrzucał – innymi słowy – zarówno pozytywistyczną epistemologię, jak i futurologię (czy też raczej utopię). Po epoce zabobonów religijnych i filozoficznych miała wszak nastać – jak wieścił August Comte, prekursor tego kultu – epoka nauki, epoka pozytywna. W nowych świątyniach czczono by nie stare bóstwa, ale wybitnych naukowców: odkrywców i wynalazców. Singer uważał jednak, że ludzkość nie jest ani mądra ani potężna. Wystarczy – jak w przypadku dinozaurów – wielki kosmiczny głaz i nie będzie ludzkości.

Nowożytność można rozpatrywać jako najpierw bunt, a następnie dominację, poznawczych minimalistów wobec poznawczych maksymalistów; innymi słowy dominację ostrożnych empiryków, eksperymentatorów i twórców wynalazków (Franciszek Bacon pisał o „naukowej alchemii”) nad metafizykami, czyli tradycyjnymi filozofami i teologami. Owi minimaliści uważali, że poszukiwanie fundamentu, substancji, tajemnicy i sensu świata to zajęcie podwójnie bezpłodne; po pierwsze, niczego takiego nie ma, a jeśli nawet jest, to jest niepoznawalne; po drugie, jeśli nawet komuś udałoby się to poznać, to niczego pożytecznego nie wniosło by to do praktyki życiowej. Skoro zatem poszukiwanie prawdy metafizycznej jest zajęciem bezpłodnym, to zajmijmy się – radzili – wiedzą, która daje jakieś korzyści, korzyści (*utylitas*).

Architektami owej przebudowy nauki i filozofii byli Bacon oraz Kartezjusz. Pierwszy rozwija empiryzm, indukcję i staje się prekursorem traktowania skuteczności jako miary prawdy; drugi inicjuje ilościowe, mechanistyczne i matematyczne podejście do badania przyrody oparte na dedukcji i konstruowaniu modeli oraz formułuje koncepcję prawdy jako jasności i oczywistości (wywodzącą się z matematyki). Władztwo minimalistów – odrzucających, powtórzmy, poszukiwanie prawdy metafizycznej – doprowadziło w dziedzinie teorii do ścisłego, matematycznego systemu fizyki Newtona, zaś w dziedzinie praktyki do niezwykłego rozwoju techniki. Na pierwszy rzut oka były to wspaniałe osiągnięcia, które napędzały kult nauki i wiarę w jej omnipotencję. Rzecz można, że panowanie minimalistów okazało się niezwykle płodne. Singer jednak występuje przeciwko temu panowaniu. Dlaczego? Odpowiedź można sprowadzić do trzech „nie”: „nie” nauce jako jedynemu źródłu poznania prawdziwego; „nie” naukowej psychologii i socjologii; „nie” nauce jako panaceum na choroby ludzkości.

*

Nauka nowożytna, empiryczna i szczegółowa, ogranicza się do poziomu zjawisk, bada przebiegi, korelacje, mechanizmy, zależności przyczynowe. Dzięki niej wiemy na przykład, dlaczego piorun uderza przeważnie w najwyższe budynki w mieście i jak za pomocą metalowego druta się przed nim bronić. Nie zaspokaja to jednak głodu poznania dogłębnego. Czy i co kryje się za zjawiskami? Jaki jest sens płynięcia tej atomowej rzeki? Skąd ona wypływa i dokąd zmierza? Nauka nowożytna wyjaśnia jedynie zależności między błyskami na jej powierzchni (na przykład przyciąganie zmniejsza się dokładnie z kwadratem odległości i zależy od iloczynu masy), ale nie daje odpowiedzi, skąd się wzięły te zależności i czemu służą. Naukowiec – unikający hipotez metafizycznych – rozkłada ręce i odpowiada: „tak to już jest”. Singer wspomina: „Zważywszy moje głębokie zainteresowanie nauką, powinienem był wyro-

snąć na naukowca, lecz nie wystarczały mi same fakty – chciałem rozwiązać zagadkę istnienia. Szukałem odpowiedzi na pytania, które nękały mnie wówczas i nie przestały nękać do dzisiaj” [2]. Dręczył go zatem ów – trudno zaspokajalny – głód poznania dogłębnego; nie dawały mu spokoju pytania metafizyczne, zasadnicze. Nauka nowożytna nie tylko nie udzielała na nie odpowiedzi, ale podsyciała ów głód. Singer porównywał ją do słonej wody: im więcej się jej pije, tym większe jest pragnienie. Każde jej odkrycie dotyczy jakiegoś aspektu i nie prowadzi do znaczących, odsłaniających sens, uogólnień. A zatem nauka, która uzurpuje sobie wyłączne prawo do adekwatnego poznawania świata, pływa po jego powierzchni, a nawet po niewielkiej części powierzchni.

Zbiorowym dziełem owych minimalistów (pozytywistów, empiryków i przyrodnawców) był swoisty światopogląd, określany jako „naukowy”. Był światopoglądem dziewiętnastowiecznych elit, w dwudziestym wieku „trafił pod strzechy” i stał się światopoglądem masowym, w międzyczasie jednak – jeden z licznych paradoksów w historii idei – przestał być poglądem naukowych elit. Jaki był to światopogląd? Otóż w jego epicentrum znajdowało się następujące przekonanie, czy też wierzenie: „duchów nie ma, cudów nie ma”. Świat jest przeto zwyczajny, przejrzysty, obliczalny, stabilny i w tej zwyczajności rozciągający się w nieskończoność; nigdzie przeto nie ma nic obiektywnie niezwykłego (przypadki i cuda to skutki luk w naszej wiedzy; gdybyśmy posiadali wiedzę pełną, wszystko jawiłoby się nam jako konieczne i zwyczajne). Prawdziwa okazywała się demokrytejska, deterministyczna wizja świata; fałszywa zaś platońska. Chociaż Singer odszedł od obrzędowej, tradycyjnej religii oraz uznał, że większość zawartych tam wierzeń i praw to ludzka twórczość, to nie stał się ateistą (stał się religijnym samotnym poszukiwaczem, niczym Spinoza, z którego *Etyką* przez wiele lat się nie rozstawał). A skoro tak, to zdecydowanie bliższy był mu platonizm (oraz „panteizujący” neoplatonizm) niż demokryteizm.

Odrzucał przeto zarówno aspiracje nauki nowożytnej do wyłączności w dziedzinie poznania prawdziwego, jak też uproszczony i umasowiony ekstrakt owej nauki, czyli ów redukcjonistyczny i naturalistyczny „światopogląd naukowy”. Nie był pierwszy; miał poprzedników. Wymieńmy najważniejszych: Pascal, który był przerażony egzystencjalnymi konsekwencjami fizyki kartezjańskiej; William Blake, Kierkegaard oraz Lew Szestow, którzy byli przerażeni konsekwencjami fizyki newtonowskiej. W świecie zbudowanym przez euklidesowo-geometrycznie nastrojony rozum, w nieskończonej przestrzeni bez punktów wyróżnionych, ludzkość stawała się bezdomna i ulegała znicowaniu. Alternatywą wydawało się odrzucenie rozumu – wskazującego na świat jako na zimny, nieskończony mechanizm – i bezdyskusyjne przyłgnięcie do wiary. Singer jednak – chłodno rozumując – od bezdyskusyjnej wia-

ry odszedł. Używając tego samego narzędzia (czyli rozumu) uchwycił powierzchowność poznania naukowego oraz jałowość wizji wszechświata przez nią wykreowanego. „Jak zatem doszło do stworzenia świata? Czy powstał samorodnie? Jak atomy mogły ułożyć się w określonym porządku dając lato, zimę, dzień, noc, tworząc mężczyzn, kobiety, myśli, uczucia? Świeckie książki jeśli nawet odsłoniły wiele faktów, niczego nie wyjaśniły. Co to jest magnetyzm albo elektryczność, wg. autorów zjawiska te zachodzą same przez się. Wszechświatem rządzi przypadek. Czym więc jest przypadek? Jak wygląda mechanizm jego działania?... Jak może komórka spermy, nie mająca ani woli, ani duszy, zamienić się w osobnika rodzaju ludzkiego obdarzonego umysłem, sercem, radością i smutkiem?” [3]. Odszedł od wiary i nie znalazł schronienia w nauce i naturalistycznej wizji świata, mimo to nie wrócił, nie wycofał się, nie schronił się ponownie „w mroku wiary”, nie poszedł śladem Tertuliana, Pascala i Szestowa, choć ich przemyślenia i lęki były mu bliskie (mimo, że nie wrócił do ortodoksyjnego judaizmu, dostrzegał – a może i rozważał – taką możliwość. Pojawia się w jego twórczości postać nawróconego naukowca; czyli kogoś, kto przechodzi od pozytywizmu do religii: „W Klubie Pisarzy wybuchła wieść, że Motele Blendower się nawrócił – jednak nie w sposób nowoczesny, godzący judaizm ze współczesnym światem, ale taki, który zwraca się ku skrajnej ortodoksji. Zapuścił brodę i pejsy... Właściciel księgarni żydowskiej powiedział, że Motele wykupił wszystkie egzemplarze swej książki, opluł je i wyrzucił na śmietnik.. Trudno mi było uwierzyć, że zaledwie rok temu Motele rozmawiał ze mną o Kancie, Nietzschem, Kierkegaardzie i Uspińskim. Jeszcze niedawno skłaniał się ku syjonizmowi. Teraz syjonistów nazywał zdrajcami Żydów [4]. Singer analizuje również drogę odwrotną; rabin tracący wiarę, poszukający prawdy w świeckich książkach i jej tam nie znajdujący). Nie zgodził się z założeniem, że akceptacja rozumu i akceptacja naturalistycznego światopoglądu to jedno. Nieoczekiwanie wsparcie przyszło z krainy nauki; okazało się że geometria Euklidesa nie jest jedyną możliwą geometrią, że możemy budować inne „siatki bytu”. Czytał o odkryciach „nowej fizyki”: „Czas stał się pojęciem względnym, grawitacja okazała się być rodzajem «zmarszczki» w przestrzeni, a wszechświat umykał sam przed sobą po eksplozji, która, jak wierzono, miała miejsce 20 miliardów lat temu. Aksjomaty matematyczne przestały być prawdami odwiecznymi i - miast tego - przekształciły się w definicje i reguły... Uczeni wciąż odkrywali nowe cząstki w atomie, który stawał się coraz bardziej skomplikowanym systemem... Materia i energia wymieniały się rolami. Przyczynowość i celowość zdawały się coraz bardziej przypominać dwie maski tego samego paradoksu” [2,5]. Dziewiętnastowieczna wizja świata, uznawana za naukową, okazała się w świetle kilku nowych teorii w swoich najważniejszych punktach fikcją (fikcją okazał się na przykład stacjonarny model wszechświata).

Teorie Einsteina, Plancka, Heisenberga, Bohra utwierdzały go w przekonaniu, że koncepcja świata jako martwego i nieskończonego mechanizmu – w którym my, istoty żywe, szamoczymy się bez sensu – nie jest jedynym prawomocnym użyciem rozumu, zaś pieczętka „naukowy” przy jakimś poglądzie nie oznacza jego prawdziwości.

Możemy zatem – nie wyrzekając się rozumu – być wolni, albowiem rozum wskazujący na mechaniczność samego rozumu okazał się nierozumny (niejako sam się zanegował). Zważmy, że jeśli nasz umysł działa na zasadzie zdeterminowanej maszyny, to nie ma sensu mówić o zgodności jego wytworów z rzeczywistością, czyli o prawdziwości aktów poznawczych, ale jedynie o ich koniecznym następstwie (są one bowiem wynikiem koniecznego ciągu przyczynowo skutkowego, a nie wolnej aktywności podmiotu). Singer wymyślił zabawny *bon mot*: „*Musimy wierzyć w wolną wolę. Nie mamy wyboru*”. Ta szczelina – wybita w zwanym murze determinizmu – wystarczyła, aby odetchnąć świeżym, metafizycznym powietrzem: „*Nie trzeba być nawet człowiekiem wierzącym, aby dostrzec w przyrodzie celowość i prawdziwość tzw. teleologii, będącej całkowitym tabu dla nauki. Tak, natura miała pewien określony plan, nawet jeśli często nam się jawił jako całkowity chaos*” [6].

Singer spostrzegł też, że ten naturalistyczny światopogląd – pretendujący do naukowości – zawiera w sobie fanatyzm i ślepe wiary; na przykład w kosmos jako odwieczny i nieskończony mechanizm. Cóż dodał do tego ewolucjonizm? „*Mają nowego idola nazwanego ewolucją. Przypisują tej ewolucji więcej cudów niż można znaleźć we wszystkich księgach o świętych wszystkich religii... Uczni drwią z wiernych, którzy przypisują wszystko Bogu, ale sami przypisują wszelką mądrość i moc niewidzącej przyrodzie, nieświadomej swego własnego istnienia*” [7,8]. Im więcej zastanawiał się nad darwinowską teorią ewolucji, tym mniej go przekonywała: „*nawet jeśli życie istnieje od milionów lat, gatunki nie mogły powstać bezplanowo. Każdy kwiat, ptak, zwierzę przeczą tej teorii. Z czego powstała pierwsza komórka? Pierwsza martwa materia? Czy są prawa? Co to takiego prawo?*” [9].

Odrzucał też, już w latach dwudziestych, koncepcję niepodzielnego atomu; rozumował – podobnie jak Kartezjusz – że jakkolwiek coś jest małe, można sobie wyobrazić coś o połowę mniejszego. A jeśli materia dzieli się w nieskończoność, to materia przestaje być materią, staje się czymś niedotykalnym, tchnieniem, duchem, *pneumą*. W sporze mechanicystów z witalistami, stawał po stronie witalistów. Wszechświat, jego zdaniem, nie jest mechanizmem; a skoro nie jest mechanizmem, to musi być żywy; albo jest więc istotą żywą, albo jest częścią istoty żywej. Skoro tak, to dostrzegane na powierzchni mechaniczne zależności skutkowo przyczynowe nie tłumaczą tego, co się naprawdę dzieje; pod powierzchnią jest bowiem żywa realność.

Co więcej, jeśli by informacje z dziedziny zjawisk zwanych „paranormalnymi” – na przykład prorocze sny, telepatia, okultyzm, cudowne uzdrowienia – okazały się prawdziwe (Singer zarazem z pasją i z krytycyzmem penetruje te dziedziny), to wielki gmach nauki wzniesiony przez minimalistów rozpadłby niczym domek z kart. Wystarczyłby – jak sobie wyobrażał – jeden malutki, solidnie udokumentowany cud, to znaczy coś niemożliwego w ramach „kanonu scjentyistycznego”, i świątynia demokrytejskiej nauki nagle rozpadłaby się w pył, a świątynia platońska wyłoniłaby się w całej okazałości. Leszek Kołakowski ma jednak rację, gdy twierdzi, że w „kanonie scjentyistycznym” trudno o cud solidnie udokumentowany: *„liczba ludzi, którzy zetknęli się z duchami zmarłych, jest ogromna, niepodobna jednak poprosić duchów, by stawili się w obfitości na posiedzenie uczonych, którzy by zagwarantowali sobie odpowiednie warunki kontroli”* [10]. Singera pociągała jednak myśl o znalezieniu empirycznych śladów oddziaływania na ten świat innego świata. My, żyjąc w platońskiej jaskini, nie możemy wyjść na zewnątrz, ale oni, z powierzchni, mogą być może tutaj wejść i zostawić ślady. Nie byłyby to zapewne jednak ślady podlegające jakiejś regularności; „duch tchnie, kędy chce”. Niemniej jednak pociągała go myśl pokonania empirycznej nauki jej własną bronią.

*

Singer miał niejednakowy stosunek do różnych dziedzin nauki, jak ją nazywał, oficjalnej. Czytał i poważał literaturę popularnonaukową z dziedzin ścisłych (matematyka, astronomia, fizyka, biologia i chemia). Miał natomiast krytyczny stosunek do osiągnięć psychologii, a szczególnie psychoanalizy. Freud, jego zdaniem, *„jako pierwszy zaczął traktować sny i uczucia poważnie, lecz jego podejście było racjonalistyczne. Usiłował analizować coś, co jest nieuchwytnie, czemu brak substancji. Próbował dokonywać uogólnień w dziedzinie całkowicie indywidualistycznej, nie znającej powtórzeń i zupełnie niejasnej. To, co kabaliści przypisywali Bogu, stosuje się również do snu – nie sposób znaleźć słów na jego opisanie. Najlepszym co można zrobić jest o nim milczeć”* [2]. Czytał nie tylko Freuda, ale też Junga i Adlera. Nie był jednak tymi lekturami zachwycony. Żydowski moralista i autorzy ksiąg chasydzkich byli – jak powiadał – *„bystrymi obserwatorami człowieka i w prostym języku ukazywali najgłębsze konflikty duszy ludzkiej. Znali wszystkie objawy hysterii i wiedzieli o rozszczępieniu ducha”* [2]. Człowiek, jego zdaniem, to istota obdarzona wolną wolą, a zatem nieprzewidywalna. Czasami ulega pokusie zrobienia czegoś niemożliwego, nielogicznego, sprzecznego z własnym interesem; śmiesznego lub autodestrukcyjnego. Freud zaś, jego zdaniem, był

racjonalistą, usiłował tworzyć pewne schematy (w stylu kompleksu Edypa i Elektry); kiedy zaś tworzy się takie schematy, odchodzi się od prawdy o człowieku.

Jeszcze bardziej krytyczny stosunek miał do socjologii. Skoro zrozumienie jednostki graniczy z cudem, to co dopiero mówić o zrozumieniu zbiorowości? Skoro atom okazał się miniaturowym układem słonecznym, bytem tak złożonym, że można go opisać jedynie „z grubsza”, to co sądzić o próbach ścisłego opisanie obiektu tak niewiarygodnie złożonego jak zbiorowość ludzka.

Nie dość, że człowiek jest bytem najbardziej złożonym w porządku przyrodniczym, to jeszcze, powtórzmy, posiada – jego zdaniem – wolną wolę, która go z tego porządku wyłącza (wiara w wolną wolę, to – w istocie – wiara, że człowiek jest, w jakimś stopniu, wyłączony z ciągu przyczyn i skutków). Nie cały zatem jest z „tego świata”; duch ludzki wystaje ponad strumień zdarzeń i nie całkiem od niego zależy. Singer zgodziłby się z Kierkegaardem, że *ego*, tożsamość, centrum osobowe nie da się zamienić w powszechnik.

Co więcej, przetrwanie narodu żydowskiego na wygnaniu przez dwa tysiące lat przeczy, jego zdaniem, wszelkim teoriom socjologicznym; może więc być potraktowane nie tylko jako dowód na działanie Boga, ale też, w sensie popperowskim, jako falsyfikacja socjologii.

*

Przejdźmy do ostatniej sprawy: społecznych skutków kultu nauki i światopoglądu naukowego” oraz futurologii pozytywistycznej.

W dziewiętnastym wieku, w wieku „pary i elektryczności”, każdy kolejny wynalazek, każdy kolejny „cud techniki” czyli „cud człowieka”, stawał się dowodem na nieprawdziwość dawnych cudów, dawnych wierzeń i tajemnic. „Człowiek dokonywał teraz rzeczy, które niegdyś wydawały się niemożliwe dla Boga” [8]. Nauka i technika tworzyły niejako kokon ochronny przed różnymi zagrożeniami; zamiast modlić się do Boga o obronę przed głodem i morem, można było zdać się na postęp naukowy, który wydawał się nie mieć granic. Wzmacniało to kult nauki: w umysłach coraz większej liczby ludzi stała się ona, na miejsce Boga, gwarantem pomyślności i bezpieczeństwa, gwarantem potężnym i zarazem niewymagającym.

Jednak – jak to się mówi – diabeł tkwił w szczegółach. W tym przypadku szczegółem była nowa, naturalistyczna antropologia. „Według nauki wykładanej na uniwersytetach człowiek był popiołem i prochem. Przeżywał swoich parę lat i zniknął na zawsze” [2]. Człowiek był więc marnością; śrubką w społecznej maszynerii; a wedle wyliczeń natchnionego poety, Włodzimierza Majakowskiego: zerem i bzdurą [11]. Konsekwencje społeczne takiej antropologii były złowrogie i dalekosiężne; totalitarni władcy tak właśnie traktowali jednostki, ni-

czym mrówki, dowolnie je formując i masowo likwidując? Człowiek stał kołymskim podkładem kolejowym, mydłem w Auschwitz. Dzieci wyrywane od matek i prowadzone do krematoriów były to cyfry, które miały stać się zerami, aby równanie się udało. Było to tylko przesunięcie w niby naukowej buchalterii. Jakże trafnie w tym kontekście brzmi ponury żart, niesłusznie przypisywany Stalinowi, że *„śmierć jednej osoby to tragedia, a śmierć milionów to statystyka”* (autorem ten sentencji był Kurt Tucholsky, niemiecko-żydowski pisarz, satyryk i dziennikarz, popularny w okresie republiki weimarskiej; zaliczony – przez hitlerowców – do kategorii twórców „sztuki zdegenerowanej” i zmuszony do emigracji).

Do owego urzeczowienia człowieka przyczynił się również – występujący w aureoli naukowości – darwinizm społeczny. Drapieżna i bezwzględna walka o byt – ras, narodów, klas – jawiła się jako przedłużenie praw natury; łagodność zaś, litość i tradycyjna moralność jako naiwność, staroświeckość, zbiór zabobonów. *„Czytałem te książki jakbym jadł truciznę”* – wspominał. I dodawał: *„różne teorie materialistyczne, a zwłaszcza darwinizm, zagrażają wszystkim niemal wartościom: duszy, etyce, rodzinie... Jeśli świat jest rzeczywiście zbiorem atomów i ich kombinacją, jak może istnieć coś takiego jak grzech? Te same molekuły wody, w których ongiś zatonął okręt, mogą dzisiaj uratować dziecko umierające z pragnienia”* [3]. Owa naturalistyczna antropologia – prowadząca do redukcji człowieka do zwierzęcia, rzeczy, marności, zera i bzdury – była Singerowi skrajnie obca. Wizja mu bliska znajdowała się na jej antypodach: *„Ja sam jestem zbiorem niezliczonych cudów – mój szkielet, moje ciało, mój mózg, moje nerwy... Kiedy nieświadomie przydeptuję robaka, niszcę boskie arcydzieło”* [2].

Kult nauki oraz powiązany z tym kultem naturalistyczny „światopogląd naukowy” przyczyniły się zatem do monstrualnych zbrodni i cierpień (zarówno ideologia nazizmu, jak i komunizmu były na nich oparte). Czym innym jednak niż kult nauki jest nauka w sensie ścisłym, której owocem jest postęp techniczny. Singer docenia postęp w tej dziedzinie, nie jest jednak jego entuzjastą; postęp techniczny, sam w sobie, w oderwaniu od innych elementów, nie gwarantuje postępu duchowego (może być tak, że coraz ubożsi duchem ludzie będą żyć coraz wygodniej, otoczeni coraz piękniejszymi przedmiotami). Bilans nie jest oczywisty: człowiek zyskał (dzięki nauce i technice) nowy, zasobny *house* i zarazem stracił *home*. Za postęp techniczny trzeba było zapłacić duchowym wydziedziczeniem: *„Wszyscy oderwaliśmy się od swoich korzeni. Byliśmy ludźmi, których Kabala nazywa «nagimi duszami», pozostałościami po duchowej zagładzie. Współcześni eks-chrześcijanie nie różnili się zbytnio od współczesnych Żydów”* [5]. Skutkiem tej duchowej katastrofy – *„kultury niedowiarstwa i niezliczonych machin stworzonych przez ostatnie dwieście lat”* [5] – były okresy zbiorowego szaleń-

stwa, które wynosiły do władzy dyktatorów oraz prowadziły do niespotykanych wcześniej aktów barbarzyństwa.

*

Wyemancypowani Żydzi, wierzący w postęp, zarzucali Singerowi, że tkwi on w średniowieczu, że nie porzucił zabobonów i poważnie rozważa kwestie teologiczne i metafizyczne. Pobożni Żydzi zarzucali mu z kolei, że porzucił krainę prawdziwej religii, zdradził tradycję rodzinną, porzucił „urząd swojego ojca”(rabina). Motyw ten pojawia się w jego twórczości wielokrotnie. Nie utożsamiał się zatem z żadną wspólnotą, partią, grupą; był osobny i samotny, miał – powtórzmy – swoisty punkt obserwacyjny, swoisty „punkt widzenia”. I próbował – z tego punktu widzenia – pojąć naturę wielkiej przemiany, jaka dokonana się w Europie w ciągu ostatnich kilkuset lat. Postrzegał ten okres jako pewną całość.

Jego istotą był protest, bunt wobec światopoglądu średniowiecznego: z jednej strony młodzieńczy bunt wobec wiary ojców, z drugiej prometejski bunt wobec Boga-Ojca. Singer obserwował ten bunt „na własne oczy” w małej skali, w swoim najbliższym otoczeniu. Był bowiem – podkreślmy raz jeszcze – mieszkańcem jednej z ostatnich wysepek średniowiecza w Europie, zalewanych morze nowożytności. Był świadkiem błyskawicznego i masowego odchodzenia rówieśników od religii i wiary w Boga.

*

Wspomniane wyżej kultury nowożytne (komunizm, nacjonalizm i kult sztuki) oraz opisywany dokładniej kult nauki umieszczały w centrum, na miejscu Boga, człowieka. Były to więc doktryny antropocentryczne oraz – w pewnym rozumieniu tego słowa – humanistyczne. I w tym Singer upatrywał ich główną wadę. Trafne wydaje się stwierdzenie piszącego w jidysz krytyka Shlomo Bickela, że „*Singera podstawową zasadą jest anty-prometeizm*” [12]. Prometejskim humanistą był – powiada Singer – i Hitler, i Stalin.

Jakie są konsekwencje owego laickiego, antropocentrycznego humanizmu? Otóż paradoksalne, a nawet – słowo modne wśród egzystencjalistów – absurdałne. Człowiek jest zarazem wszystkim i niczym. Wszystkim, albowiem – skoro Boga nie ma – zajmuje najwyższe miejsce w bycie i staje się „miarą wszechrzeczy” (twórcą wszelkich praw); niczym, albowiem jest tylko najbardziej przebiegłym zwierzęciem, a w istocie – w swoim osobowym centrum – jedynie strumieniem percepcji i refleksów (jak dowodzili Hume i empiriokrytycy); nie posiada wszak duszy substancjalnej, a jedynie zmienny układ nerwowy. Jest najważniejszy i zara-

zem jest marnością; przypadkową istotą przeżywającą swój krótki żywot na przypadkowej planecie.

Jak wybrnąć z tej pułapki? Jednym ze sposobów było marzenie o nauce (szczególnie biomedycynie) wydłużającej ludzkie życie do wieku Matuzalema, a nawet – w wersji najbardziej optymistycznej, jak w filozofii Fiodorowa – do nieskończoności. Jego następcami są obecnie – zauważmy na boku – optymistyczni transhumaniści.

Dwie uwagi podsumowujące

Uwaga pierwsza. Singer traktuje nowożytność jako narcyzm w wielkiej skali; człowiek zapatrzył się w siebie (w *cogito*) i dostrzegł nicość. Z kolei nihilizm wymieszany z anarchizmem (wynik dogłębnego przemyślenia „śmierci Boga”) okazał się gruntem, na którym wyrastały kultury nowożytne oraz – siejące grozę i śmierć – dwudziestowieczne tyranie totalitarne. Singer wydaje się być zwolennikiem konserwatywnego poglądu, że podstawy etyki mogą być uprawomocnione tylko religijnie. Depresja moralna ludzkości, mająca swoje apogeum w nazizmie i komunizmie, której towarzyszyły nadzwyczajne osiągnięcia techniczne, była związana z odrzuceniem wiary w wyższą i obiektywną miarę dobra i zła, czyli w Boga. „*Dawne wierzenia ludzkości przekramarzano – powiada – za postęp techniczny*” [3].

Uwaga druga. Singera umieścić należy na pograniczu epok i okresów, na pograniczu średniowiecza i nowożytności, oraz na pograniczu romantyzmu i pozytywizmu. Stąd napięcia w jego światopoglądzie; z jednej strony konserwatysta, z drugiej wolnomyśliciel; z jednej strony samotnik i indywidualista niechętny odgórnie organizowanym kolektywom, ale z sympatią odnoszący się do „organicznych wspólnot”. Można go zatem uważać za epigona romantyzmu w epoce – z ducha – pozytywistycznej (a dokładniej za epigona modernizmu), ale też – i to wydaje mi się najbardziej zasadne – za prekursora łagodnej wersji „nowej duchowości”; indywidualnych – wykraczających poza torowiska tradycyjnych religii – poszukiwań metafizycznych opartych, między innymi, na odkryciach nowej fizyki i kosmologii (warto odnotować, że Czesław Miłosz, podążający podobną drogą, wielokrotnie wspominał o pokrewieństwie duchowym z Singerem).

Piśmiennictwo

1. Kołakowski L. Kapłan i błazen [w:] Pochwała niekonsekwencji, t. II, Kołakowski L. (red.), Niezależna Oficyna Wydawnicza Nowa, Warszawa, 1989, 179.
2. Singer I.B. Miłość i wygnanie, Wyd. Muza, Warszawa, 1991.

3. Singer I.B., Dwór, Wyd. Literackie, Warszawa, 1989.
4. Singer I.B., Zjawa, Wyd. Atext, Gdańsk, 1993.
5. Singer I.B., Meszuga, Wyd. Atext, Gdańsk, 1995.
6. Singer I.B., Przyjaciół Kafki, Wyd. Muza, Warszawa, 1994.
7. Singer I.B., Śmierć Matuzalema, Wyd. Muza, Warszawa, 1990
8. Singer I.B., Sztukmistrz z Lublina, Wyd. Muza, Warszawa, 1990
9. Singer I.B., Spuścizna, Wyd. Muza, Warszawa, 1983.
10. Kołakowski L., Mini-wykłady o maxi-sprawach. Seria druga, Wyd. Zanka, Kraków 1999
11. Majakowski M. Włodzimierz Ilicz Lenin (poemat).
12. Howe I., Singer I.B. Critical Views of of Isaac Bashevis Singer, ed. I. Malin, N.Y. 1969,.

Wartościowanie choroby i starości jako uszanowanie osobowej godności

Zabielski Józef Ks.

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Aksjologia ludzkiej egzystencji sprowadza się do poznania i ustalenia dobra i zła naszych zamiarów, działań i życiowych wydarzeń. Jasność i aksjologiczna klarowność faktów naszego życia nie budzi wątpliwości w rozpoznaniu ich wartości, co przekłada się na potrzebę ich spełniania lub sprzeciw. Nie wszystkie jednak życiowe wydarzenia są tak jednoznacznie klarowne, co budzi w człowieku wątpliwości co do ich wartości oraz sposobu przeżywania. To aksjologiczne zróżnicowanie stawia nas przed pytaniem o zasadność uczestnictwa w takich wydarzeniach i życiowych sytuacjach. Szczególną trudność stanowią wydarzenia niezależne od naszych decyzji, które są elementem składowym ludzkiej egzystencji. Takimi wydarzeniami są choroba i starość, o czym człowiek nie decyduje, ale zobowiązany jest je odpowiedzialnie przeżyć. Warunkiem godnego przeżywania choroby i starości jest poprawne ich wartościowanie. Błędne bowiem ich rozumienie, osobiste czy przejmowane z zewnątrz, rodzi w człowieku chorym czy starzejącym się wewnętrzny bund degradujący jego osobową godność i uniemożliwiający przeżywanie tych stanów „po ludzku”. W tej analitycznej refleksji chcemy skupić się na dwóch wymiarach tytułowego zagadnienia:

- Wartościowanie osobistej choroby i starości;
- Wartościowanie choroby i starości osób obcych, zwłaszcza najbliższych.

Wartościowanie osobistej choroby i starości

Analityczna refleksja nad własnym wartościowaniem swojej choroby i starości prowadzi do aksjologicznego spojrzenia na życie człowieka jako bytu osobowego. W tej zaś wartościującej kwalifikacji rysują się dwie drogi: indywidualne przeżywanie wartości swego człowieczeństwa oraz „patrzenie” na siebie z punktu widzenia innych osób. Są to bowiem dwa podstawowe źródła wartościowania egzystencji własnej oraz innych bytów nas

otaczających [1]. W tym wymiarze chcemy analitycznie przyrzeć się wartościowaniu osobistej choroby i starości.

Choroba i starość stanowią szczególny fundament wartościowania siebie. W rozumieniu powszechnym stan chorobowy i powiązane z tym cierpienie poniża osobiste postrzeganie swej wartości. Człowiek chory postrzega siebie jako ograniczonego w realizacji życiowych praw i obowiązków. Świadom jest bowiem niezdolności spełnienia swych potrzeb i planów, co przekłada się na przekonanie „kim ja jestem?”, „co ze mnie za człowiek?”. W tym przekonaniu często utwierdzają opinie innych osób, których stan mojej choroby i cierpienia rozczarowuje, prowadząc do pytania: „co ty jeszcze możesz?”, „czego mogę jeszcze od ciebie oczekiwać?”. Takie doświadczenie stanu swego zdrowia i życiowych możliwości bardzo często „rozklada” chorego człowieka, stawiając go „pod ścianą” z ostatecznym pytaniem „czy warto jeszcze żyć?”. Będąc w takim stanie człowiek nie jest zdolny zadać sobie pytania o sens choroby, cierpienia i swej życiowej egzystencji [2,3].

Przeżywanie cierpienia choroby ogranicza możliwość pełnego rozumienia wartości siebie jako bytu osobowego. Holistyczne spojrzenie na wartość osoby ludzkiej umożliwia wizja filozoficzno-teologiczna. Z filozoficznego punktu widzenia cierpienie „ubogaca” wizję człowieka i świata. Wyjaśniając to znany filozof G. W. Leibniz stwierdza, że *„nierozsądnie jest żywić się ustawicznie słodkimi pokarmami: trzeba również dodawać ostre, kwaśne, a nawet gorzkie, aby smak pobudzić. Kto nie skosztował goryczy, ten nie zasłużył na słodycz i nawet jej nie docenia. Takie jest właśnie prawo radości: żeby przyjemność nie trwała bez przerwy i jednostajnie; rodzi bowiem przesyt i wywołuje w nas ośpienie, zamiast dawać radość”* [4]. Takie rozumienie cierpienia jednak relatywizuje dobro, uznając jego wartość tylko poprzez odniesienie do zła. Niestety, ta myśl Leibniza weszła do naszej kultury, co wyrażają przekonania, że gdyby na świecie było tylko dobro, życie byłoby nudne i nieciekawe. Więcej słuszności należy przyznać Wolterowi, który zwraca uwagę na to, że ludzkie trudności w zrozumieniu sensu nieszczęść i cierpienia wynikają z ograniczoności naszej perspektywy. Podkreśla, że to Opatrzność Boża ma całościowy obraz naszego dobra i w imię tego dobra dopuszcza na nas cierpienie. Takie rozumowanie ma swe potwierdzenie w wizji chrześcijańskiej, co poświadcza św. Augustyn: *„Bóg więc wie, co dla nas jest pożyteczne. O to się tylko starajmy, aby serce nasze było zdrowe, jeśli ciało chłostane jest cierpieniami, prosimy Go o pomoc”* [5,6].

Choroba i cierpienie stanowi zagadkę dla ludzkiego rozumu i trudność pogodzenia się z tym ludzkiego serca. Dopiero chrześcijańskie Objawienie objaśniło tę zagadkę, dając też człowiekowi siłę do znoszenia cierpienia. Człowiek, który uwierzył objawionemu Bogu,

zrozumiał istotę swej grzesznej natury i swego powołania. Na bazie religijnej wiary budzi się w człowieku przekonanie, że on nie może lepiej uczcić Boga jak pokornym oddaniem Bożej woli w cierpieniu. W doświadczeniu cierpienia spoczywa ludzka nadzieja, w niej przygotowuje się chrześcijańskie rozwiązanie jego tajemnicy. Biblijne proroctwa ukazują Chrystusa, który zwycięży skutki ludzkiego grzechu przez swoje zbawcze cierpienie, podjęte za ludzkie winy. Skutkiem tego było podniesienie cierpiącego człowieka do nieskończonej wartości, czyniąc ludzkie cierpienie skutecznym bodźcem do postępu na drodze zbawienia. Według chrześcijańskiego rozumienia ludzkiej egzystencji, Chrystus z wysokości Krzyża oświecił ponure przepaści ludzkiego cierpienia, wzbudzając świadomość, że cierpienie złożone przez Boga w ludzką naturę ma wielkie znaczenie [7].

Doświadczenie choroby i cierpienia umożliwia człowiekowi odkrycie pełni prawdy szczęścia. *„Dopiero wtedy, gdy cierpienie przeorze i spulchni ziemię serca, nasienie z nieba może w niej zapuścić głębsze korzenie. Nieszczęście chroni nas od niejednej szkody, którą by nam wyrządziło szczęście niezmaczone. Nierzadko jest ono drogą, którą Bóg obiera, by do nas dotrzeć; często służy doczesne nieszczęście do tego, byśmy doczesne szczęście odczuwali jako dobrodziejstwo Boże. Gdy coś utracisz, wtedy dopiero odczuwasz jego wartość”* [8].

W rozumieniu chrześcijańskim cierpienie jest szkołą życia, drogą kształtowania silnych i trwałych życiowych postaw. Bóg strzeże cierpiących chroniąc ich przed rozpaczą i przed zagłuszaniem cierpienia „sztucznym znieczuleniem”. Nie ma więc podstaw, aby fakt cudzego czy własnego cierpienia budził dramatyczne problemy egzystencjalne. „Cierpienie – uczy Jan Paweł II - zdaje się przynależeć do transcendencji człowieka: jest jednym z punktów, w których człowiek zostaje niejako ‘skazany’ na to, ażeby przerastał samego siebie – i zostaje do tego w tajemniczy sposób wezwany” [9,10].

Stan chorobowego cierpienia powiązany jest z ludzką starością. Jej wartościowanie jest bardzo zróżnicowane w odbiorze poszczególnych ludzi, na co ma wpływ również opinia własna konkretnej osoby oraz innych. Ludzie starzy często nie doświadczają potrzeby oceny swego stanu, stąd też pensjonariusze domów starości *„rzadko mają ochotę mówić o starości. Mimo że los ich chyba nie jest najgorszy”* [11].

To przekonanie ludzi starych w dużym stopniu jest powiązane z zewnętrzną opinią o nich, jakiej doświadczają w różnych sytuacjach życiowych. Dość często ludzie starzy są wartościowani przez pryzmat życiowej przydatności. *„Mentalność, która prowadzi do oceniania innych na podstawie kryterium efektywności, produktywności, nieodzownie łączy się z traktowaniem starego człowieka jako ciężaru, zawady i w efekcie czuje się <nieuprawniony> i chorobliwie podtrzymuje tak zwany kompleks pasożyta”* [12,13].

Osobiste wartościowanie swej starości w dużym stopniu uwarunkowane jest stanem medyczno-kulturowym w odniesieniu do podeszłego wieku. Rozwój współczesnej medycyny skutkuje przedłużeniem ludzkiego życia. Starość jawi się więc jako „choroba, którą można leczyć” [14]. Te możliwości medyczne przekładają się na propagowanie „kultu młodości” i zdrowia, efektywności i urządzania się w życiu. Sam zaś proces starzenia się traktowany jest jako trudność w korzystaniu z ofert konsumpcyjnych, proponowanych przez różne dziedziny wiedzy i sztuki, pozwalające zapomnieć o problemach starości. Wyraża się to w pewnych konstrukcjach pojęciowych uaktywniających ludzi w podeszłym wieku, np. termin „druga młodość”. Uaktywnienie tego przekonania przesuwą granice starości oraz przedłuża okres aktywności konsumenckiej w korzystaniu z wycieczek, kosmetyków, artykułów sportowych i farmaceutyków. W konsekwencji umożliwia to seniorom „korzystanie z życia”, gdy nie mają już innych zobowiązań i mogą koncentrować się na przyjemnościach [15,16].

Ten stan medyczno-kulturowy ma swe przełożenie na pewne koncepcje naukowe. Do niedawna starość utożsamiano z chorobami, brakiem sprawności fizycznej i obniżeniem zdolności intelektualnej. Współczesne koncepcje eksponują rozwojowy aspekt starości, podkreślając stałe bogacenie się osobowości i stały rozwój aż do śmierci. Wiek seniora traktowany jest jako kolejny etap tego procesu, odznaczający się własną dynamiką i celem. Zwolennicy tych koncepcji twierdzą, że *„mają one swe źródło w biologicznym rozwoju człowieka, w uwarunkowaniach społeczno-kulturowych, w jego własnych aspiracjach i wartościach”* [17].

Współczesna gerontologia dużą uwagę zwraca na wielowymiarowość i wielokierunkowość procesu starzenia się. Szkoła Bońska głosi, że *„starość nie jest efektem wyłącznie przeżytych lat, lecz ukształtowanym obrazem siebie, połączonym ze stanem zdrowia, cechami osobowości i aktywnością życiową”* [18,19].

Cel rozwoju człowieka starszego określany jest jako przystosowanie się do nowych warunków wynikających z procesu starzenia się, co rozumiane jest jako utrzymywanie sprawności psychofizycznych. Jest to określane jako teoria „całościowego rozwoju”, wywodząca się z orientacji behawioralnej. Teorie zaś oparte na antynaturalistycznym podejściu podkreślają, że istotą rozwoju starszych ludzi jest wypracowanie doświadczenia indywidualnego, pozwalające na osiąganie coraz pełniejszej integracji struktur psychicznych. Jest to istota rozwoju podmiotowego przejawiająca się w zmianie postawy w relacji do własnej osoby i innych ludzi oraz świata wartości [16,18,20].

Wartościowanie choroby i starości osób obcych, zwłaszcza najbliższych

Aksjologiczna postawa społeczeństwa wobec choroby i starości uwarunkowana jest stanem ideologicznym. We współczesnym świecie dominuje ideologia relatywizmu, przyznająca wolności człowieka status kategorii nadrzędnej, utożsamiając ją z brakiem jakichkolwiek ograniczeń. W konsekwencji funkcjonuje idea braku obiektywnej prawdy oraz jej obiektywnego kryterium. Na przełomie XIX i XX wieku relatywizm stanowi zagrożenie obiektywności prawdy, na co zwrócił uwagę Sobór Watykański II, podkreślając obiektywny charakter prawdy oraz obowiązek jej poszukiwania [21]. Relatywistyczne pojmowanie ludzkiej wolności *„czyni z niej absolut, który ma być źródłem wartości. W tym kierunku idą doktryny, które zatracają zmysł transcendencji lub które otwarcie deklarują się jako ateistyczne. Sumieniu indywidualnemu przyznaje się prerogatywy najwyższej instancji osądu moralnego, która kategorycznie i nieomylnie decyduje o tym, co jest dobre, a co złe”* [22,23].

Relatywistyczne wartościowanie prawdy zakorzenione jest w pojmowaniu bytu osobowego. Człowieka jest tu pojmowany jako „miejsce” potrzeb i doznań, często nawet nienaturalnych. Taki człowiek jawi się jako istota bez ontycznych korzeni i celu, roszczący sobie prawo myślenia i postępowania „jak mu się podoba”. To zniekształcone rozumienie wolności powoduje domaganie się przez człowieka arbitralnego decydowania o wartości i godności siebie i drugiego człowieka. W konsekwencji często dzisiaj odrzuca się prawdę, że *„fundamentalną potrzebą antropologiczną nie jest potrzeba wolności, lecz potrzeba sensu, tożsamości, uznania”* [24,25]. W konsekwencji relatywizm współczesnej cywilizacji czyni człowieka miarą moralnego działania. Moralność obiektywna ustępuje tu etyce indywidualistycznej, w ramach której człowiek staje się sam dla siebie normą działania, co wyraża się w etycznym liberalizmie. Człowiek staje się kreatorem moralności, gdyż jego wolna wola jest jedynym źródłem i gwarantem moralnej wartości ludzkiego działania [26,27].

Te ideologiczne koncepcje w szczególny sposób przenoszone są na wartościowanie człowieka. „Świętość życia” proponuje się zastąpić modnym dziś określeniem „jakości życia”, czego potwierdzeniem jest eutanazja. Społeczne życie zostaje wystawione na całkowity relatywizm, gdzie wartościowanie ludzkiej egzystencji staje się przedmiotem negocjacji i umowy, kończącej się wolą społeczeństwa lub głosowaniem parlamentu. *„Choć samo zjawisko eliminacji wielu ludzkich istot poczętych lub bliskich już kresu życia jest niezwykle groźne i niepokojące, głównie groźny i niepokojący jest fakt, że nawet ludzkie sumienie zostaje jak gdyby zaćmione przez oddziaływanie wielorakich uwarunkowań i z coraz*

większym trudem dostrzega różnicę między dobrem a złem w sprawach dotyczących fundamentalnej wartości ludzkiego życia” [28].

Zatrącanie wrażliwości na Boga i drugiego człowieka skutkuje niemożliwością autentycznego wartościowania ludzkiego istnienia. „W epoce, w której uroczyście proklamuje się nienaruszalne prawa osoby i publicznie deklaruje wartość życia, samo prawo do życia jest w praktyce łamane i deptane, zwłaszcza w najbardziej znaczących człowieka momentach jego egzystencji, jakimi są narodziny i śmierć” [21,28]. Coraz częściej docierają informacje o odmowie ratowania życia ludzi chorych i starszych, ukazując to jako łatwo osiągalne dobro społeczne. W konsekwencji, czyny przestępcze stopniowo zyskują społeczną aprobatę. Wraz z rozwojem nauk technicznych tworzą się nowe formy zamachów na godność osoby ludzkiej. Sprzyja temu społeczna aprobata, powołując się na prawo do indywidualnej wolności skutkującej domaganiem się niekaralności, aprobaty państwa oraz swobody korzystania z bezpłatnej pomocy służby zdrowia. „Sama medycyna, która z tytułu swego powołania ma służyć obronie życia i opiece nad nim, w niektórych dziedzinach staje się coraz częściej narzędziem czynów wymierzonych przeciw człowiekowi i tym samym zniekształca swoje oblicze, zaprzecza samej sobie i uwłacza godności tych, którzy ją uprawiają” [28,30].

Poprawne wartościowanie starości w dużym stopniu uwarunkowane jest zewnętrzną opinią społeczną. Niektórzy stawiają pod znakiem zapytania tezę „starość jest piękna”. „Mam już dość - pisała Esther Vilar – waszych wspaniałomyślnych komplementów.(...) Nie chcemy się odmładzać. Jesteśmy STARZY i dlatego zmieniamy świat, żeby słowo STARY znaczyło PIĘKNY!” [31]. Po 28 latach od tej wypowiedzi E. Vilar stwierdza: „Chcę żeby moja wnuczka wiedziała, że synonimem starości nie musi być odpad, śmieć. Nie chcę być dla niej bezbronny, zastraszany i zrezygnowany półgłówkiem. Nie chcę współczucia. Nie chcę żeby zmarszczki, zwiędła skóra, ociążałe ruchy były dla niej czymś wstydliwym, czy odpychającym. Czy mi się uda? Pewności nie mam” [32].

To „udane” zabezpieczenie starości w zdecydowanym stopniu zależy od zewnętrznej społeczności. W krajach rozwiniętych istnieje rozbudowany system opieki nad ludźmi starymi. W innych społeczeństwach to rodzice są zobowiązani do opieki nad dziećmi, wspierani przez lekarzy, pedagogów, psychologów. Opieka nad starymi - chorymi rodzicami nie jest zagwarantowana przez każde społeczeństwo. Do odpowiedzialnego przeżywania starości nie są też właściwie przygotowywane wszystkie społeczeństwa. W młodym wieku ludzie nie zwracają uwagi na starość, będąc zaangażowani w walkę o byt i bieżące problemy egzystencjalne. Skutkuje to brakiem przygotowania psychicznego i materialnego. „Moja starość –pisze Jan Szczepański – jest moim problemem osobistym i ode mnie zależy jak się z

nią rozprawię. Jeśli byłem przewidujący, to dostatecznie wcześniej przygotowałem sobie zestaw protez, które zastąpią mi niesprawne mięśnie i tężący umysł. Jeśli byłem mądry, uczyłem się starości dostatecznie wcześniej” [33,34].

Nieodłącznym atrybutem starości jest ból i cierpienie oraz zmęczenie wykluczające z życiowej aktywności. „Człowieka ograniczają siły i obezwładnia go zmęczenie. Zmęczenia milczący most prowadzący z brzegu życia na brzeg śmierci” [35]. Swoistym „lekarstwem” na cierpienie i zmęczenie starości jest emerytura zapewniająca środki utrzymania. Decyzję przejścia na emeryturę podejmuje człowiek sam lub władza zewnętrzna. Niektóre społeczności swoście przymuszają do emerytury, aby uzyskać efektywny etat pracy, czy kariery zawodowej. Osoby takie nie lubią aktywnych starców: „Po co się pcha? Niech odpoczywa – przecież zasłużył na odpoczynek” [33]. Taka postawa jest wyrazem wartościowania starości we współczesnym społeczeństwie, gdzie rządzi paradygmat działania, a starość jest utożsamiana z bezradnością i bezsilnością. Tak przez społeczeństwo „okaleczony” stary człowiek może czuć się odtrącony i zredukowany do ‘zużytej rzeczy’. „Tak więc emerytura nie tylko może być błogosławieństwem, lecz także przekleństwem, albowiem wtrąca nas w otchłań starości” [36].

Te teoretyczne przekonania mają swe potwierdzenie w praktyce życia. Coraz bardziej upowszechnia się zwyczaj pozbywania się starych ludzi z rodzinnego domu na czas świąt czy innych uroczystości. Mnożą się rodziny, którym człowiek chory i stary „przeszkadza” w świętowaniu. Na ten czas wywożą te osoby do szpitali czy zakładów opieki. W ten sposób „uwalniają się” od obowiązku osobistej opieki nad osobą chorą czy starą. Uważają bowiem, że publiczne zakłady opieki są zobowiązane do zabezpieczenia osób niezdolnych, które ograniczają wolność działania ich osobom najbliższym. Z tym współczesnym ‘obyczajem’ powiązany jest drugi – miejsce śmierci. Coraz częściej bowiem we współczesnym świecie zanika fakt umierania w rodzinnym domu. Ta tradycja przechodzi do historii. Współcześnie człowiek najczęściej odchodzi z tego świata poza rodzinnym domem i środowiskiem. Jeszcze nie tak dawno to osoby najbliższe – rodzina towarzyszyła osobie umierającej modlitwą i obecnością, w uścisku żegnając najbliższe osoby odchodzące z tego świata. Zmarłego. Dzisiaj najczęściej ludzie umierają w szpitalu lub w hospicjum. Ten obyczaj jest wyrazem wartościowania ludzkiego życia – choroby i starości [37,38].

Wśród wszystkich istot na ziemi jedynie człowiek jest bytem osobowym, wyposażonym we władze duchowe – rozum i wolę. Osobowy charakter ludzkiej natury nadaje człowiekowi specyficzną wartość i godność. Człowiek zaczyna swą ziemską egzystencję w momencie poczęcia i kończy z chwilą śmierci. Żadne okoliczności życiowe nie

mają wpływu na zmianę wartości i godności osoby ludzkiej. Człowiek jest zawsze człowiekiem, także w stanie choroby, cierpienia i starości. Tak winien wartościować każdy siebie samego, tak też winni traktować go wszyscy ludzie z zewnątrz – jednostki i społeczeństwa. Do takiej postawy wzywa Gustaw Thibon, akcentując egzystencjalną misję ludzkiej egzystencji: *„Czujesz, że ci ciasno. Marzysz o ucieczce. Wystrzegaj się jednak miraży. Nie biegnij, by uciec, nie uciekaj od siebie; raczej drąż to ciasne miejsce, które zostało ci dane: znajdziesz tu Boga i wszystko. Bóg nie unosi się na twoim horyzoncie, nie śpi w twej głębi. Próżność biegnie, a miłość drąży. Jeśli uciekasz od siebie, twoje więzienie biec będzie z tobą i na wietrze towarzyszącym twojemu biegowi będzie się stawało coraz ciaśniejsze. Jeśli zagłębisz się w sobie, rozszerzy się ono w raj”* [39,40].

Piśmiennictwo

1. Zabielski J.: Życie jako wartość. Archeus. Biuletyn Katedry Teologii Katolickiej UwB, 2001, 2, 53-74
2. Scheler M.: Moralność powszechna i moralność osobowa, Piasecka J. (tłum). Filozofia egzystencjalna, Warszawa, 1965, 119-120.
3. Scheler M.: Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Bobba, 2000.
4. Leibniz G.W.: Wyznanie wiary filozofa, Cichowicz S. (tłum.). Warszawa, 1969, 239.
5. Św. Augustyn, Homilie na Ewangelię i Pierwszy List św. Jana, t. 1. Warszawa, 1977, 122.
6. Voltaire: Powiastki filozoficzne, Boy- Żeleński T. (tłum.). Wyd. Hachette Polska, Warszawa, 1955.
7. Pesch T.: Chrześcijańska filozofia życia, t. II, Gajkowski J. (tłum). Wyd. Księży Jezuitów, Kraków, 1931, 260-261.
8. Znaczenie cierpień dla chrześcijanina. Chrześcijańska filozofia życia. http://www.ultramontes.pl/Pesch_2_LXVIII.htm, (23.11.2017).
9. Rozmowy z Janem Pawłem II. Cierpienie. <https://stacja7.pl/wiara/rozmowy-z-zjanem-pawlem-ii-cierpeienie/> (03.01.2018).
10. Rahner K.: Dignidad y libertad del hombre, Escritos teologicos, II. Madrid, 1962, 245-246.
11. Dziemidok B.: Aksjologiczne aspekty starości; czy starość może być piękna, dobra, mądra i szczęśliwa? Sofia Σοφια, 2014, 14, 145.
12. Pronzato A.: Starość czasem nadziei. Wyd. Salwator, Kraków, 2005,29.

13. Zabielski J.: Godność i wartość życia ludzkiego we współczesnym świecie. *Studia Teologiczne*, 1997, 15, 120-121.
14. Kelsey T., Wonto J.: To Live for Ever. *Sunday Times News Review*, 1996, 2.
15. Bois J.P.: Historia starości. Od Montaigne'a do pierwszych emerytur. Wyd. Marabut, Warszawa, 1996, 14-18.
16. Skreczko A.: Świadomość starości podeszłego wieku [w:] *Starość. Doświadczenie egzystencjalne. Temat Literacki. Metafora Kultury*, seria I, Rozpoznanie, Ławski J. (red.). UwB, Białystok, 2013, 293-295.
17. Szatur-Jaworska B.: Faza starości w cyklu życia człowieka [w:] *Podstawy gerontologii społecznej*, Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M.(red.). Wyd. PWN, Warszawa, 2006, 41.
18. Leszczyńska-Reichert A.: Człowiek starszy i jego wspomaganie. W stronę pedagogiki starości. Wyd. UWM, Olsztyn, 2005, 48.
19. Auer A.: *Der Mensch hat Recht. Naturrecht auf dem Hintergrund des Heute*. Graz-Wien 1956, 96-98.
20. Gałdowa A.: Powszechność i wyjątek. *Rozwój osobowy człowieka dorosłego*. Wyd. UJ, Kraków, 1992, 55-56.
21. Sobór Watykański II, Konstytucja *Gaudium et spes*, nr 15-16; Deklaracja *Dignitatis humanae*, nr 1-3; *Dei Verbum*, nr 2.
22. Sobór Watykański II, Konstytucja *Gaudium et spes*, nr 32.
23. Gabriel I.: *Freiheit und gesellschaftlicher Auftrag der Kirche in einer demokratischen Gesellschaft* [w:] *Freiheit und Verantwortung der Kirche in der Gesellschaft*. Wien 1995, 55-56.
24. Rossati V.: *Religia i życie publiczne. Chrześcijaństwo w dobie ponowoczesnej*, Żeleźnik T. (red.). Wyd. Pax, Warszawa, 2005, 39.
25. Dahrendorf R.: *Fragmente eines neuen Liberalismus*. Stuttgart, 1987, 180-181.
26. Gocko J.: *Doktryna liberalizmu*. *Seminare*, 2001, 17, 370-375.
27. Bonhoeffer D.: *Etica*, Bethage R. (red.). Mediolan, 1969, 90-91.
28. Jan Paweł II: Encyklika *Evangelium vitae*, nr 4.
29. van der Tuin L.: *Formation of Conscience: Pedagogic Acting or Bargaining*. *Horyzonty Wychowania*, 2005, 4(8), 118-120.
30. Clémence J.: *L'homme source de la morale*. *Nouvelle Revue Théologie*, 1981, 113(3), 345-348.
31. Vilar E.: *Starość jest piękna*. *Gazeta Wyborcza*, 22-23.XI.2009, 25.

32. Vilar E.: Palono moje kukły, rozmowa z Angeliką Kuźniak. *Gazeta Wyborcza*, 01.XII. 2008, 10.
33. Szczepański J.: *Sprawy ludzkie*. Wyd. Czytelnik, Warszawa, 1989, 288.
34. Bunda M.: Raport. Rodzice jak dzieci. *Polityka*, 2006, 36(2570), 7.
35. Przybylski R.: *Baśń zimowa*. Esej o starości. Wyd. Bonito, Warszawa, 1988, 79.
36. Szabała H.: Etiuda o starości [w:] *Wobec świata wartości*. Księga pamiątkowa w 45-lecie pracy Profesora Bohdana Dziemidoka, Szabała H., Pepliński W. (red.). Wyd. UG, Gdańsk, 2001, 238.
37. Zabielski J.: Pomoc osobom starzejącym się jako wyzwanie współczesnej rodziny [w:] *Osoby starsze w rodzinie i Kościele*, Ochotny P. (red.). Wyd. UKSW, Warszawa, 2018, 61-75.
38. Bayeri M.: *Die Familie als gesellschaftliches Leitbild*. Würzburg, 2006.
39. Mercel G.: *Homo viator*. Wstęp do metafizyki nadziei, Lubicz P. (tłum.). Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa, 1984, 28.
40. Schroeter F.: *L'autonomie de la volonté: une idée périmée?* *Freiburger Zeitschrift für Philosophie und Theologie*, 2006, 53(3), 741-751.

Komunikowanie w umieraniu/śmierci – „Dowcip” – „Wit” Margaret Edson w teatrze i w filmie jako jedna z odpowiedzi

Lewicki Tadeusz

Papieski Uniwersytet Salezjański w Rzymie

Codziennosc, moze az banalnosc z jednej, a zasadnicznosc, nieuniknionosc z drugiej strony zawarte w tytule sa czymś powszednim w medycznych zawodach, powołaniach, w posługiwaniu kapłanów, w dialogach formacyjnych wychowawców. Dramat Margaret Edson, „Wit” - „Dowcip” podejmuje w sposób prowokujący i dogłębny ów temat. Wpierw wystawiany na licznych scenach świata (w Polsce w Teatrze Studio, w reżyserii Magdaleny Łazarkiewicz, z Teresą Budzisz-Krzyżanowską), potem zrealizowany w wersji filmowej przez Mike’a Nichollsa z Emmą Thompson w roli głównej, moze być zaproponowany jako lektura, wizja pomocna w formacji medycznej, edukacyjnej, ale i też przydatny potencjalnym pacjentom. Proponuję porównanie niektórych ważkich momentów dramatu, a przedstawionych przez artystów teatru i filmu w ich artystycznych językach. I dla nich dramat Edson stał się „komunikowaniem w umieraniu/śmierci”.

W historii dramatu/teatru i kina wiele dzieł zostało poświęconych Bohaterom chorym, cierpiącym, lekarzom, personelowi medycznemu i szpitalom. Jednak sposób, w którym Edson kreśli dramat swojej Bohaterki i Jej relację z osobami i światem szpitala, chorowania – podkreśla krytyka i dotychczasowa lektura – stanowi swoisty kamień milowy w ujmowaniu tychże tematów, komunikowania o nich publiczności. Obok dziesiątek realizacji scenicznych powstał właśnie film HBO, co spotęgowało oddziaływanie zaproponowanej lektury komunikowania w umieraniu/śmierci. Dramat Edson stał się przedmiotem licznych analiz literacko-dramaturgicznych, etycznych i edukacyjnych (pedagogicznych). Do owych dominujących interpretacji/lektur powrócimy na końcu artykułu.

Sztuka jako pomoc w komunikowaniu w umieraniu/śmierci

Dramat Margaret Edson, „Wit” („Dowcip”, 1991), który po początkowych trudnościach z impetem podbił światowe sceny na przełomie 20. i 21. wieku, niech będzie podstawą do wyводу, że sztuka moze być, jest pomocną w komunikowaniu w umieraniu/śmierci. Ograniczymy się tylko do dramatu/teatru i filmu, nie ujmując innym Muzom niczego.

Rok 1999 okazał się bardzo specjalnym w teatralnym, dramatycznym, ale także w owym tajemniczym świecie, często ukrytym, choroby nowotworowej i jej pacjentów: oto Nagroda Pulitzera została przyznana nieznannej Margaret Edson, za jej jedyny dramat, który od kilku lat objawiał się prawdziwym fenomenem na scenach północno-amerykańskich. Dramat ponadto otrzymał nagrodę „Lucille Lortel Award” (1999), także wyróżnienia czasopisma „Drama Desk Award” (1999) i stowarzyszenia „Drama League Award” (1999), za realizację sceniczną.

Dramat, bardzo prosty w swojej strukturze narracyjnej, posiadający cechy klasycznej tragedii: od początku, od pierwszego pojawienia się bohatera widz jest świadom wyniku dramatu - nieuniknionej klęski Vivian Bearing w walce, może lepiej nazwać to terminalnym współżyciu z rakiem. Tak, stoimy w obliczu tragedii, ale na końcu spektaklu przeważa duch optymizmu zarówno wśród publiczności, jak i wśród aktorów.

Dramat został napisany w 1991 roku, po doświadczeniu w pracy administracyjnej w szpitalu akademickim, w oddziale pacjentów chorych na raka i AIDS. Margaret Edson (urodzona w 1961 roku) przeżywa swoiste wyzwanie doświadczenia zawodowego podczas studiów literatury angielskiej. Od 1992 roku pracuje jako nauczyciel w szkole podstawowej. Tekst, przedłożony kilku przyjaciółom i grupom teatralnym do lektury, został wystawiony po raz pierwszy w 1995 roku w Kalifornii, przez South Cast Repertory Theater. Produkcja z 1997 roku, przygotowana przez Long Wharf Theatre (Connecticut), po znaczącym tournée, pojawia się w Nowym Jorku we wrześniu 1998 roku w MCK Theater, następnie w styczniu 1999 roku jako koprodukcja Union Square Theater, Theater MCK i Long Wharf Theatre. To właśnie w tym roku Edson otrzymała prestiżową Nagrodę Pulitzera. W następnym roku produkcja z Nowego Jorku pojawia się w Londynie i zostaje przedstawiona w Vaudeville Theatre. Tak zaczyna się długa i wspaniała kariera dramatu, przetłumaczonego na ponad 10 języków, a wykonanego w ponad stu zawodowych i amatorskich produkcjach. Na przykład we Włoszech dramat został przetłumaczony przez aktorkę i reżyserkę Valentina Martino Ghiglia; realizacji scenicznego dokonała grupa L'Albero Teatro Canzone, w reżyserii Adriana Martino, z Ludovica Modugno w roli Vivian, w sezonie teatralnym 2001-2; „Wit” (Spirito) został pokazany w krajowym, rocznym tournée, a w Teatro Valle w Rzymie gościł od 16 do 28 października 2001 roku.

Kiedy autorka otrzymała Nagrodę Pulitzera, zgodnie z doniesieniami artykułów prasowych, miała ją świętować razem z dziećmi w szkole podstawowej, gdzie nauczwała, oferując tort z warzyw i ciastka.

W motywacji Nagrody podkreślono innowacyjną wartość dramatu, odważnego odkrycia lub raczej śmiałej próby podjęcia tematu tabu, jakim jest choroba nowotworowa, terminalna,

doświadczenia ludzi narażonych na eksperymentalne leczenie chorych, bycie świnkami morskimi w walce wydaje się beznadziejnej.

Autorka wydaje się być optymistyczna, świadoma, że poezja, literatura może być pomocna zarówno w stosunku do chorych, jak i tych, którzy im pomagają; w jej własnych słowach o przesłaniu dramatu. Edson jest pedagogiem, nauczycielem i mimo jego sukcesu jako dramaturg, do tej pory oddaje się pracy w szkołach. Jej przygoda z dramatem poprzedziło doświadczenia szpitalne, które, wydaje się, przygotowało Edson, aby być w pełni świadomą swojej misji edukacyjnej.

Co chciałbym przedstawić lub do poznania czego zapraszam?

Jako studiujący problemy komunikacji? Przede wszystkim główne procesy komunikacji zachodzące podczas długoterminowej choroby, a ukazane w dramacie. Na pierwszym miejscu więc stoi komunikacja pomiędzy lekarzem prowadzącym a Osobą – Pacjentką; w jaki sposób komunikuje się jej o chorobie, przedstawia diagnozę, proponuje terapię itp. Oczywiście głównym bohaterem będzie już pierwsza scena dramatu, aczkolwiek w trakcie mają miejsce dalsze spotkania między Bohaterką a Lekarzem prowadzącym.

Także dokonajmy poznania sposobu reprezentacji, przedstawienia w podobnych, choć różnych językach, teatralnym i filmowym, tego samego dzieła, lepiej, problemów w dziele podjętych, ukazanych. Do tego niech posłużą nam takie wskaźniki, jak miejsca akcji, scenografia, oświetlenie, czasowość, ukazanie bohaterów, stroje, makijaż, tekst – monologi i dialogi, muzyka i dźwięki..., czyli główne składniki języka przedstawienia z zaznaczeniem różności języka filmowego.

Jednocześnie, co nieuniknione, pragniemy subiektywnie zanalizować wybrane sceny i zaproponować ich lekturę, choć, w trakcie wizji, pozostawić wolność własnego odczytania, interpretacji. Proponuję zatem swoistą ścieżkę audiowizualną, która może posłużyć, np. w autotreningu, czy spotkaniu formacyjnemu z innymi.

Scheda filmu Mike Nichols'a

HBO Films powierzyła telewizyjną adaptację reżyserowi Mike Nichols'owi (1931-2014) z Emmą Thompson w roli tytułowej. Film został zaprezentowany w styczniu 2001 roku, na berlińskim Międzynarodowym Festiwalu Filmowym, na Festiwalu Filmowym w Edynburgu i podczas Warszawskiego Festiwalu Filmowego. Krytycy chwalili głównie filmowe aktorstwo Thompson i reżyserię. Film był nominowany do licznych nagród festiwali filmowych (Golden Globe Award) i

zwycięzcą w kilku kategoriach podczas 53-go Emmy w 2001 roku. Podczas 53go Emmy „Wit” nagrodzono jako najlepszy film telewizyjny (Nichols otrzymał Emmy Award za reżyserię i Bloom za montaż) [1].

Producentem filmu był Simon Bosanquet w firmie Avenue Pictures Production, a dystrybucją zajęła się właśnie HBO. Scenariusz, w oparciu o dramat Edson, napisali Emma Thompson i Mike Nichols, muzyka zawiera fragmenty utworów Dymitra Szostakowicza, Arvo Pärta, Charles’a Ives; motyw przewodni pochodzi z popularnej w latach dziewięćdziesiątych Symfonii Nr 3 (Symphony of Sorrowful Songs) Henryka Mikołaja Góreckiego. Fotografia jest dziełem Seamusa McGarvey, natomiast montażu dokonał John Bloom. Film telewizyjny trwa 98 minut i został nakręcony w Pinewood Studios w Londynie jako produkcja anglojęzyczna i amerykańska.

Wybór reżysera Nichols’a z uznanym filmowym doświadczeniem zapewnił solidność warsztatową [2,3], zwłaszcza w kwestii podjętego tematu, jak i w prowadzeniu aktorów. Obsada aktorska, poza tytułową Emmą Thomson [4,5], była następująca: Christopher Lloyd [6,7,8] jako Doktor Kelekian, Audra McDonald [9,10,11], jako Pielęgniarka Suzie, Jonathan M. Woodward [12,13,14], jako Asystent Doktor Jason Posner Eileen Atkins [15,16], w roli Profesor Margaret Ashford i Harold Pinter [17,18,19], dramaturg w roli Ojca Vivian.

Scheda dramatu w Teatrze Studio, Warszawa

Dlaczego ów dramat na polskiej scenie? Odpowiedzi można doszukać się w słowach reżyserki, Magdaleny Łazarkiewicz, że *„Sztuka Margaret Edson porusza jeden z tematów tabu. Temat umierania na raka. Zapracowani, zajęci swoimi sprawami, uciekamy od tej problematyki i dopiero, kiedy nas to bezpośrednio dotyka, a niestety statystyki są przerażające, zaczynamy zastanawiać się, jak można odnaleźć się w sytuacji krańcowej. Wydaje mi się, że sztuka "Dowcip" może stanowić bazę, podstawę, aby rozpocząć publiczny ruch myśli wokół tego delikatnego tematu”* [20]. Współproducentem spektaklu była Polska Unia Onkologii, której dyrektor biura zarządu, Dorota Jasińska, w przedstawieniu widzi szansę: *„... że zaczniemy głośno mówić na temat, który zwykle przemilczamy. Wielokrotnie jest tak, że ze strachu, z niewiedzy, ze wstydu doprowadzamy do tego, że choroba rozwija się, i wtedy jest za późno. Ludzie uciekają od choroby. Zdarza się, że nie chcą tego, że są chorzy, przyjąć do wiadomości, nie leczą się, rezygnują z opieki medycznej”* [20].

Ponadto sukces dramatu na światowych scenach na pewno przyczynił się do zainteresowania tak tłumaczki, jak i reżyserki wraz z odtwórczynią roli Bohaterki, Teresy Budzisz-Krzyżanowskiej.

Film Nicholasa już istniał w sferze telewizji światowego zasięgu i w 2001 roku, po szeregu festiwalowych nominacji i nagród, był pokazany w Warszawie.

Obsada: Vivian Bearing - Teresa Budzisz-Krzyżanowska, dr Harvey Kelekian - Aleksander Bednarz, Suzie Monahan - Agata Piotrowska-Mastalerz, dr Jason Posner - Rafał Cieszyński, Izabela Szela, ojciec - Maciej Marczewski oraz Danuta Szaflarska w roli Profesor Ashford.

Tłumaczenia dokonała Hanna Szczerkowska, scenografia była autorstwa Katarzyny Sobańskiej, światło Wojciecha Tudorowa, muzyka Antoniego Łazarkiewicza. Premiera odbyła się 14 listopada 2002 w warszawskim Teatrze Studio i została pokazana na kilku innych polskich scenach [21-24].

Synteza dramatu

Oto, pokrótce, treść dramatu Margaret Edson.

Historię i osoby dramatu możemy przeanalizować na różne sposoby i według różnych kierunków krytyki dramaturgicznej, literackiej. „Dowcip” jest porównywalny do klasycznej tragedii greckiej; ofiarowuje się również psychoanaliza ze swoim bagażem wyznaczników osobowości obciążonej świadomości, czy nie przeszłością [25].

Ograniczmy się jednak do najprostszego przedstawienia historii, z minimalnym opisem postaci, ich sposobu widzenia świata, ich reakcjami, które mają być dostrzegalne w aktorskiej realizacji. Proponuję przede wszystkim zatrzymać się na dwóch spotkaniach – relacjach: ze starą – dawną profesora i z ojcem; te dwa spotkania są podstawą obrania przez Vivian kariery naukowej, niespokojnego, dociekliwego badacza, bezgranicznie oddanej swojej misji – powołaniu. Doświadczenia ciekawości dzieciństwa w powiązaniu z pewnym strachem przed nieznanym mogą być porównane z przenikliwym, traumatycznym doświadczeniem dorosłej, chorej kobiety; potem następują po sobie różne stany... pasywności, wstydu, zamknięcia się, narcyzmu, uczuciowości wylewnej, poszukującej lub kontrolowanej.

Jesteśmy świadkami spektaklu, w którym wszystko się cofa. Vivian Bearing, pięćdziesięcioletnia profesorka literatury angielskiej, specjalizująca się w poezji 17. wieku, a zwłaszcza w twórczości Johna Donne, poety znanego ze „świętych sonetów”, jest pokazana publiczności w ostatnich godzinach jej życia, podłączona do kroplówki, będąca w stanie powłóczyć swoim ciałem, już bez włosów i wyraźnie umierająca.

W pierwszym obrazie Vivian wspomina początkowe chwile choroby. Podczas pierwszego spotkania, onkolog dr Harvey Kelekian komunikuje jej rozpoznanie raka jajnika w czwartym stadium

z przerzutami. Po jej odpowiedzi, że zdaje sobie sprawę z werdyktu, lekarz proponuje eksperymentalną metodę chemoterapii z surowym reżimem, złożoną z ośmiu cykli w pełnej dawce. Po serii rutynowych pytań, Vivian zgadza się na leczenie.

(Dr Harvey Kelekian siada za wielkim biurkiem, na którym piętrzą się papiery.)

Kelekian: Ma pani raka.

Vivian *(do publiczności)*: Nigdy nie zapomnę tej chwili. To był szok. Nogi się pode mną ugięły.

Kelekian: Proszę usiąść. Pani... Bearing, ma pani zaawansowanego raka jajnika z przerzutami.

Vivian: Proszę mówić dalej.

Kelekian: No cóż. Hm. Rozwój nowotworu przeszedł, niestety, niezauważony przez stadium pierwsze, drugie i trzecie. Obecnie mamy do czynienia z podstępny gruczolakorakiem, który rozprzestrzenił się z pierwotnego nowotworu przydatków...

Vivian: „Podstępny”?

Kelekian: „Podstępny”, to znaczy niewykrywalnym przez ...

Vivian: Podstępny to znaczy zdradliwy.

Kelekian: Czy mogę kontynuować?

Vivian: Ależ proszę bardzo.

Wracamy do początku jej kariery w college'u, kiedy została zakwestionowana przez swojego ulubionego nauczyciela, panią profesor Ashford i co dosłownie stało się bodźcem dla tej kobiety w dziedzinie poezji, w które stanie się specjalistą. Poprzez metafizyczne wiersze będzie prowadzić swoje refleksje na temat życia, przeznaczenia i śmierci. W szczególności zatrzyma się nad Świętym Sonetem X "Death Be Not Proud" - "O, śmierci, nie bądź dumna", kiedy jej myśli koncentrują się na bieżących wypadkach.

Sonet w języku angielskim i włoskim tłumaczeniu:

Holy Sonnet X

Death be not proud, though some have called thee
Mighty and dreadful, for, thou art not so,
For, those, whom thou think'st, thou dost overthrow,
Die not, poore death, nor yet canst thou kill me.
From rest and sleepe, which but thy pictures bee,

Much pleasure, then from thee, much more must flow,
And soonest our best men with thee doe goe,
Rest of their bones, and souls deliverie.
Thou art slave to Fate, Chance, kings, and desperate men,
And dost with poyson, warre, and sicknesse dwell,
And poppie, or charmes can make us sleepe as well,
And better than thy stroake; why swell'st thou then;
One short sleepe past, wee wake eternally,
And death shall be no more, Death, thou shalt die.

Święty Sonet X

O, śmierci, nie bądź dumna, choć niektórzy zwać cię
Wszchemocną i okrutną, choć ty taką nie jesteś,
Ponieważ ci, którzy o tobie rozmyślają, oni odrzucają,
Nie umrzeć, o, biedna śmierci, i teraz jeszcze nie możesz mnie uśmiercić, zabić.
Ze spokojności i pośnięcia, które twoimi są wyobrażeniami,
tak wiele przyjemności, a potem z nich, o wiele więc musi wypłynąć,
I wkrótce nasi druzbowie za tobą podążyć muszą,
Pozostałości z ich kości, i duszy też.
Mimo iż esz niewolnicą Przeznaczenia, Losu, królów i mężów zrozpaczonych,
i że spoczywasz z trucizną, wojną i chorobą,
i omamem (opium), lub z czarami, które również nas usypiają,
i lepsze to niż uścisk twój; dlaczego więc takąż duma?
Przechodzi krótkie zaśnięcie i obudzeni pozostajemy wiecznie,
I śmierci już więcej nie będzie, ty, o Śmierci umrzeć musisz będziesz.

Ona sama posiadała reputację rygorystycznej profesor, wymagającej od swoich uczniów. Nie jest żonata, nie ma dzieci, mieszka sama, kilkoro przyjaciół, jej krewni nie żyją i nie ma do zaoferowania lekarzom żadnego kontaktu w nagłych wypadkach.

Jesteśmy świadkami pierwszych wywiadów i analiz szpitalnych przedstawionych w nagiej rzeczywistości narażenia pacjenta na rutynowe działania pracowników. Dalej, w sztuce, kolejny rutynowy egzamin, z tymi samymi wciąż pytaniami, staje się wręcz komiczny.

Technik: Nazwisko.

Vivian: Moje nazwisko? Vivian Bearing.

Technik: Jak?

Vivian: B-e-a-r-i-n-g. Vivian. V-i-v-i-a-n.

Technik: Doktor.

Vivian: Tak, mam stopień doktora.

Technik: Pani lekarz.

Vivian: Ach, doktor Harvey Kelekian.

Ja jestem doktorem nauk humanistycznych...

Technik: Proszę wziąć głęboki oddech i zatrzymać powietrze. Dobra.

Vivian: ... badaczem XVII-wiecznej poezji.

Technik: Proszę się odwrócić bokiem, założyć ręce za głowę i tak trzymać. Dobra.

Vivian: Położyłam wielkie zasługi dla nauki o literaturze angielskiej.

Znaczącym w dramacie staje się badanie, wywiad przeprowadzony przez młodego lekarza, Jasona Posner, którzy podczas wywiadu ujawnia, że był jej uczniem w czasie kursu-wykładu o poezji XVII wieku. Dialog koncentruje się na temacie obecności sztuki w formacji lekarzy.

Jason: Dzień dobry, pani profesor. Jestem Posner, onkolog, współpracuję z doktorem Kelekianem.

Pani profesor, jako student Uniwersytetu, chodziłem na prowadzony przez panią kurs XVII-wiecznej poezji.

Vivian: Naprawdę?

Jason: Tak. Uważam, że był doskonały.

Vivian: Dziękuję. Studiował pan literaturę angielską?

Jason: Nie, biochemię, ale nie można podjąć studiów medycznych bez odpowiedniego wykształcenia ogólnego. Postawiłem sobie więc za punkt honoru, że dostanę najwyższą ocenę z trzech najtrudniejszych kursów na uniwersytecie.

Susie: No i jak poszło?

Jason: Pełny sukces.

Vivian (*Z powątpiewaniem*) Czyżby?

Jason: Piątka z minusem. To był bardzo trudny przedmiot.

(*Do Susie*) Zawołam cię.

Susie: Dobrze. (*Wychodzi*)

Vivian: Czy to nie było... wielkie? (*Wstaje bez kroplówki*) Czasami to obsesyjnie drobiazgowo badanie, ta dociekliwość wydaje mi się czymś podłym. Z drugiej strony, jak jest alternatywa? Nieświadomość? Nieświadomość może być... rozkoszna, lecz niezbyt to szczytny cel.

Odgrywam więc swą rolę.

(*Pauza*)

Przyjmuję leki, wymiotuję i z pokorą przyjmuję bezustanne upokorzenia. Kiedy mój stan się poprawia, wracam do domu. Osiem cykli. Osiem zgrabnych, małych strofek. Och, bywają jeszcze rozmaite wariacje, wątki poboczne, hepatoksyczość (uszkodzenie wątroby), neuropatia (obumieranie nerwów).

Wszystko to są terminy medyczne. Przyswoiłam je sobie.

Zawsze traktowałam słowa z należyтым szacunkiem.

Doskonale pamiętam chwilę – dzień i godzinę – w której zrozumiałam, że stały się moim życiowym powołaniem.

Pamięć o ojcu i dialog z nim na temat znaczenia słów znalezionych w trakcie czytania jej, dziewczynki, służy jako czas refleksji na temat znaczenia języka medycznego, w którym na co dzień jest wręcz zanurzona.

Vivian: Było to w dzień moich piątych urodzin. „Bajka o niesfornych króliczkach”.

Powiada się, że sałata zjadana w zbyt wielkich ilościach ma działanie na-sen-ne – co to znaczy? Nasenne - nie rozumiem. Na-sen-ne – sprawia, że komuś chce się spać. Zgadza się. Ilustracja potwierdzała to. Króliczki na obrazku zasnęły.

Wówczas wydawało się to niemal magią.

Nietrudno wyobrazić sobie, jakie wrażenie wywarły na mnie słowa Johna Donne’a, gdy przeczytałam je po raz pierwszy: bałwochwalstwo, kwintesencja, niewspółmierność...

Podczas obchodu medycznego, żartobliwie nazywanego przez nią “wielką rundą”, Vivian zdaje sobie sprawę, że lekarze są zainteresowani nią jako przedmiotem ich badań, pomijając w ten sposób jej stronę człowieczeństwa kosztem nauki, wiedzy.

(*Wchodzi Kelekian, za nim Jason i czterech Stażystów.*)

Kelekian: Doktor Bearing.

Vivian: Doktor Kelekian.

Kelekian: Jason. (*Jason ustawia się na czele grupy*).

Jason: Jak się dzisiaj pani czuje, pani profesor?

Vivian: Świetnie.

Jason: To wspaniale. To po prostu wspaniale. (*Bierze prześcieradło i starannie zasłania nogi i pachwiny Vivian, a następnie podciąga jej koszulę, żeby odsłonić cały brzuch. Jest ledwie słyszalny, lecz jego gesty mówią same za siebie.*)

Ponowny, rutynowy dialog z Jasonem, ale choroba postępuje i nasza Pacjent jest już inna.

Vivian: (*do publiczności*) Odizolowana. Zostałam odizolowana. Po raz pierwszy używam tego słowa w jego dosłownym znaczeniu. Leki, których zadaniem było unicestwić mój nowotwór, zniszczyły także mój układ immunologiczny.

W moim obecnym stanie zagrożeniem jest dla mnie każda żywa istota...

(*Wraca Jason, żeby sprawdzić bilans podaży i wydalania płynów.*)

Jason (*Narzeka pod nosem*) Naprawdę nie mam na to czasu...

Vivian: ... a szczególnie przedstawiciele służby zdrowia.

Jason (*Idąc wprost do wykresu na ścianie*) Aby rzucić okiem na bilans płynów, muszę się przygotowywać przez pół godziny. Cztery, siedem, jedenaście. Dwa razy dwa – pięćdziesiąt. O Jezu. Regulamin. Pani profesor, jak się pani dzisiaj czuje?

Vivian (*Bardzo chora*) Świetnie. Tylko od czasu do czasu wstrząsają mną dreszcze.

Jason: Kroplówka zaraz podziała. Nie ma się czym przejmować. Niestety, muszę już lecieć. Proszę dalej pompować płyny.

(*Wychodząc, ściąga papierowy ubiór, maskę i rękawice.*)

Dalsze leczenie, ale również choroba robi postęp i Vivian staje się słaba, chora podłączona do kroplówki, ze wspomnieniami, ale także z codziennymi wynikami leczenia, które osłabia jej ciało.

Vivian:

Cokolwiek dotychczas robiłam, byłam w tym zdecydowana, stanowcza – powiedziałaby ktoś: przebojowa. Podobnie jest teraz - jak sami widzicie, wyróżniam się jako pacjentka oddziału onkologicznego. Panie i panowie, oto przeżyłam osiem cykli terapii

Hexamethosphacilem i Vinplantinem w pełnej dawce. Stałam się tutaj swego rodzaju

znakomitością. Kelekian i Jason są po prostu zachwyceni. Ponieważ w gazecie ukazał się na ten temat artykuł (...)

W dialogu z Jasonem omawia znaczenie badań, wiedzy; powraca wspomnienie, że ongiś i ona, wymagający nauczyciel, była bardziej zainteresowana wiedzą studentów, rygiorem studiów, aniżeli ludzką stroną życia. Stopniowo zdaje się rozumieć, że empatia, poczucie, życzliwość byłoby czymś lepszym, niż sama siła intelektu.

Vivian: No tak. Młody lekarz, jak każdy rasowy naukowiec, woli badania naukowe niż człowieczeństwo. Jednocześnie osławiona profesor Bearing bez zmrużenia oka odmawiała wdzięczącym się do niej studentom tej odrobiny ludzkiej życzliwości, której obecnie tak jej brakuje.

Vivian wchodzi w ostatnią fazę choroby, naznaczona przez ból nie do zniesienia. Pocieszenie i współczucie przychodzi od osoby, może najmniej oczekiwanej, od pielęgniarki Susan Monahan, prostego człowieka, ale kobiety pełnej uczuć. To ona ma odwagę zacząć z Vivian dialog na temat jej Końca. W przypadku pogorszenia się jej stanu. Dr Bearing (*nota bene*, tłumaczenie na język polski - Łóżysko) wybiera opcję, aby nie zostać “wskrzeszoną” (DNR - nie reanimować).

Susie: Vivian, jest coś, o czym musimy pomówić. Musi to pani przemyśleć.

(*Cisza*)

Vivian: Mój nowotwór nie poddaje się leczeniu, o to chodzi.

Susie: Yhm-mm.

Vivian: Nawet nie liczyli na powodzenie, prawda?

Susie: No... Sądzieli, że pod wpływem leków guz się zmniejszy i faktycznie – jest dużo mniejszy. Tylko że ... nastąpiły również zmiany w innych miejscach. Dowiedzieli się wielu rzeczy do swoich badań. To było najlepsze, co mogli pani podać, najsilniejsze leki. Po prostu nie ma jeszcze dobrego lekarstwa na to, co pani ma, zaawansowanego raka jajnika. Bardzo mi przykro. Powinni byli to pani wyjaśnić...

Vivian: Wiedziałam o tym.

Susie: Wiedziała pani.

Vivian: Można było przeczytać (Umiem czytać) między wierszami.

Susie: Powinna się pani zastanowić nad wyborem swojego „statusu kodowego”. Jakie jest pani życzenie na wypadek zatrzymania akcji serca.

Vivian: No cóż.

Susie: Może pani wybrać tzw. kod niebieski, co oznacza, że jeśli pani serce przestaje bić, przybywa ekipa kodowa, reanimuje panią i zabiera na oddział intensywnej opieki do czasu, kiedy stan się ustabilizuje. Może też pani wybrać kod „NR” – nie reanimować, w takim wypadku, jeśli ustanie akcja serca... no, po prostu pozostawiamy sprawę swojemu biegowi. Byłoby dobrze, gdyby pani to przemyślała, ale chciałam przedstawić obydwie możliwości, zanim włączą się w to Kelekian i Jason.

Vivian: Jakaś różnica zdań?

Susie: No, oni lubią ratować życie. Dopóki pacjent żyje, wszystko jest w porządku. Nieważne, że jest podłączony do miliona aparatów. Kelekian jest wielkim naukowcem i w ogóle. A stażyści, tacy jak Jason, są naprawdę zdolni. To dla nich wielki zaszczyt współpracować z Kelekianem. Ale zawsze... chcą się dowiedzieć jeszcze więcej.

Vivian: Zawsze chciałam wiedzieć więcej. Jestem naukowcem. Czy też raczej byłam, kiedy jeszcze nosiłam buty i miałam brwi.

Susie: A więc dobrze. Wybiera pani kod niebieski. Świetnie.

(Cisza)

Vivian: Nie, po co komplikować to wszystko.

Susie: W porządku. To zależy od pani.

Vivian: Proszę nic nie robić.

Susie: Naprawdę?

Vivian: Tak.

Susie: A więc, jeśli pani serce przestanie bić...

Vivian: Niech tak zostanie.

Susie: Na pewno?

Vivian: Tak.

Susie: Dobrze, przekażę to Kelekianowi, a potem...

Vivian: Susie?

Susie: Uhm?

Vivian: Nadal będziesz się mną opiekować, prawda?

Susie: Oczywiście, kochanie. Proszę się nie martwić.

(Kiedy Susie wychodzi, Vivian siada wyprostowana, pełna energii i rozgniewana.)

Podczas przedostatniej sceny, jesteśmy świadkami wizyty jej starej profesor Ashford, która znajduje się w mieście ze względu na urodziny swojego prawnuka. Brak dialogu między dwiema kobietami staje się pełen emocji, nastrojów. Stara profesor czyta historie Króliczka Bunny swojej ulubionej uczennicy, która oddała się, odchodzi, osuwa w ciszę przebitą bólem agonii.

Duch – Projekcja

(Wchodzi profesor E. M. Ashford, teraz osiemdziesięcioletnia.)

E. M.: Vivian? Vivian? To ja, Evelyn. Vivian?

(Duch stoi – zjeżdża kurtyna)

W polskiej wersji dokonano dużego cięcia i pomięto prawie całą tę scenę, pozostawiając jej symbol, namiastkę.

W końcowym akcie sztuki, mimo jasnego kodu DNR, młody lekarz za wszelką cenę stara się reanimować Vivian, wskrzесиć, przyzywając nawet zespół ratunkowy. Dzięki niezwyklej mocy pielęgniarka wskazuje na preferowany przez Vivian wybór: “nie reanimować” i lekarz uświadamia sobie swój błąd, przyznaje się do porażki, że umieścił pacjenta w tle swoich pragnień.

Jason: *(Wyje)* Popełniłem błąd!

(Pauza: Ekipa Kodowa spogląda na niego. Jason osuwa się na podłogę.)

Susie: Kod NR! Pacjentka wybrała kod NR.

Szef Ekipy Kodowej: Kim pani jest, do cholery?

Susie: Sue Monahan, pielęgniarka.

Szef Ekipy Kodowej: Dajcie mi tę cholerną kartę. Kartę!

Ekipa Kodowa: *(Zwalniając)*

- O co chodzi?

- Mamy przestać?

- Co tam jest napisane?

Susie: *(Odpychając ich od łóżka)* Pacjentka nie życzyła sobie reanimacji. Odczepcie się od niej.

W tej ostatniej chwili, szpitalne ubrania spadają z ciała Vivian i odchodzi ona naga w swojej cielesności odkupionej, pozostawiając przestrzeń teatralną scenicznego szpitala z odrobiną światła.

Dominujące lektury dramatu

Edson, początkujący wychowawca-nauczyciel, z doświadczeniem w szpitalu onkologicznym młodej studentki, miała odwagę wziąć za temat chorobę, cierpienia i relacje międzyludzkie właśnie od strony samego pacjenta, z którym być może, nie będąc lekarzem, sama się identyfikowała. To, co widzi czytelnik, widz dramatu jest bezpośrednio prezentowania osobistych emocji, walki, wspomnień i starania się, by być zrozumianą, postrzeganą.

Dramat Edson stawia czoła problemowi nieuleczalnej choroby, śmierci z całą możliwą powagą, jednak dramatyczna forma pozwala udowodnić, jak język i humor mogą pomóc ludziom, aby poradzić sobie z tragedią, do końca. Struktura dialogu, narracji o chorobie przechodzi od kompletnej niewiedzy do wystarczającej wiedzy, czasami powodując wesołość z powodu nieodpowiedniości medycznego żargonu z językiem codziennym, nawet wyrafinowanego naukowca literaturoznawcy. W ten sposób użycie języka do tworzenia humoru i przedstawienia sytuacji niewygodnej staje się bardzo oczywiste.

Fabula i postacie mogą być zbadane z psychoanalitycznego punktu widzenia w całej pełni możliwości krytyki literackiej. Tak więc możemy opisać bohaterów, sposób ich postrzegania świata, czyli wizualne bodźce, a następnie przyczyny wywodzące się z relacji interpersonalnych z jej dawnym przykładem profesorskiej akademickiej dociekliwości, kariery akademickiej badacza, niestrudzonego naukowca, poświęconego całkowicie swojemu powołaniu. Doświadczenia z dzieciństwa związane z lękiem, strachem są widoczne w związku z traumatycznym przeżyciem, jako już dorosłej, chorej; są analizowane różne stany jak pasywność, zamknięcie się, wrażliwość, narcyzm, uczucia nieokiełznane i/lub kontrolowane nadmiernie.

Pionierski dramat Edson został odczytany na dwa dominujące sposoby, czy inaczej, poprzez dwie dominujące lektury; pierwszą, który przedstawiła się jako krytyka nieprofesjonalnego zachowania, nieetycznego lekarzy i drugą, która poddawała pod dyskusję obecność przedmiotów humanistycznych w edukacji/formacji lekarzy.

Relacje między pacjentem i jego lekarzami badano przede wszystkim z punktu widzenia etyki zawodowej. Pacjent powinien otrzymać informacje o jego stanie, mieć opisane metody eksperymentalnego leczenia, ale nigdy nie powinno mu się mówić o rokowaniu. Pacjent świadomość śmierci powinien pozyskiwać powoli i tylko pielęgniarka, jako kobieta, jest w stanie wprowadzić go do tego tematu, okazując mu jednocześnie ludzką życzliwość, empatię, a czego nie było ze strony lekarzy. Pacjent informowany o swoim stanie, ale także o stosowanym u niego leczeniu eksperymentalnym, staje się również w pewnym sensie badaczem [26]. „Odczytanie” w optyce

etycznej (filozofii moralności) zachowania lekarzy, kwestionuje to co, w omawianym dramacie jest wyraźnie obecne w dialogu pomiędzy młodym lekarzem i nauczycielem akademickim, a dotyczy problemu obowiązkowej formacji humanistycznej w programie nauczania w akademiach medycznych. On, podczas wykładu Bearing studiował wiersze John Donne i trudno mu było zrozumieć traktowanie przez nauczyciela wszystkich studentów obecnych w auli, w ten sam sposób, nawet nie wiedząc, że między nimi są studenci medycyny [27].

Znaczenie literatury w edukacji medycznej została potwierdzona przez czytelników dramatu, lekarzy, którzy jednocześnie podkreślili funkcjonalność literatury w formacji etycznej. Konkretnie przykłady, często pochodzące z doświadczeń i przedstawione w powieściach, w wierszach, mają etyczną głębię większą niż paragrafy kodeksów ontologicznych studiowanych podczas wykładów etyki zawodowej.

Z czasem zrodził się trzeci punkt widzenia, jak to wykazuje w artykule Katarzyna Belling, a mianowicie, że nauki humanistyczne powinny uczyć przyszłych lekarzy, jak odczytać różne teksty literackie poświęconych medycynie dziś (pamiętniki pacjentów, wiersze napisane na zajęciach terapeutycznych, seriale telewizyjne poświęcone szpitalom itp) [28]. Dziedzina zdrowia, za pośrednictwem różnych kanałów komunikacji i sztuki, stała się obecnie przedmiotem narracji, dyskursów medialnych, które tworzą specyficzną poetykę medycyny in actio. Dramat opowiada o raku jajników w innym języku niż tylko poprzez opis, anamnezę, czy nawet jak to robi podręcznik medycyny. Bohater wyraża swoje myśli, uczucia jak najgłębsze, dlatego ta kwestia powinna być przedmiotem analizy.

W bardzo bogatej literatury poświęconej dramatowi „Wit” są również odczytania z perspektywy chrześcijańskiej. Najodważniejszą wydaje się ta teologiczna, autorstwa Marty Greene Eads, który śledzi podczas dramatu przemianę głównego bohatera: od zimnego, jasnego, silnego, przenikliwego kobiety-naukowca do kobiety w cierpieniu, wrażliwej, szukającej uczucia, świadomej wartości miłości [29]. Tak więc Vivian przeżywa swoją konwersję aż do aktu końcowego, który nie jest tylko śmiercią fizyczną, lecz swoistym odkupieniem. Naukowiec poświęcił swoje życie na badanie wierszy inspirowanych religią i przebieg dramatu o tym przypomina. Charakteryzuje się ona teologicznym humanizmem, który nieustannie bada ostateczny sens życia, czasu śmierci. Na końcu, Vivian, fizycznie umarła i tak postrzegana przez personel medyczny, wobec publiczności jest przedstawiona w świetle symbolizującym odkupienie. W jednym z wywiadów autorka oświadcza: *"Jeśli jesteś całkowicie zjednoczona z Bogiem, nie potrzebujesz wówczas religii"* [30,31].

W innym odczytaniu z perspektywy chrześcijańskiej dramat Edson nawet został nazwany religijnym i porównany do innych dramatów, które reprezentują ludzkie cierpienie jako swoisty krzyż życia, *via dolorosa* [32].

W wywiadzie z Betty Carter, Edson deklaruje otwarcie, że jest dramat jest bardzo religijny, choć nie w sensie doktrynalnym, dogmatycznym czy przynależności do konkretnej religii, lecz z racji pojmowania osoby ludzkiej jako religijnej ze swej natury [33].

„Wit” naznacza, co jest wyraźnie uznane przez krytyków literatury, ale także w literaturze medycznej poświęconej problemom etycznym, początek sezonu poświęconego śmiertelnym chorobom, historii nowotworów, doświadczeń opowiedzianych i powierzonych aktorom, by być reprezentowane.

Narodziły się projekty badawcze z udziałem pacjentów, lekarzy, aktorów, ludzi teatru. Próbkę tego jest projekt prowadzony przez zespół badawczy w Toronto z Sunnybrook Regionalnego Centrum Onkologii wraz z zawodowymi aktorami i z udziałem aktorów-pacjentów oraz wolontariuszy centrum raka piersi. Celem było stworzenie dramatu na podstawie zebranego materiału z różnych focus grup odpowiadających na pytanie, jakiego rodzaju informacje powinny być podane chorym z przerzutami raka piersi; druga część materiału pochodziła z wywiadów przeprowadzonych przez lekarzy z ich pacjentami. Przedstawienie powstałe z projektu koncentrowało się głównie na relacjach międzyludzkich w przebiegu choroby.

Dramat Edson zajmuje pierwsze miejsce w panoramie dramatów pisanych przez kobiety w latach dziewięćdziesiątych z doświadczeniem choroby, raka. To, co jest powszechne w sztukach pisanych przez kobiety, wówczas w nurcie literatury feministycznej, to "wyrazista cielesność", która robi/tworzy z chorych części ciała miejsca symboliczne. Tak więc przedstawienie tych dramatów tworzą teatr zaangażowany nie tylko feministycznie lub po kobiecemu. Z całą odwagą dotkniętych chorobą części ciała są nazywane, często są one przedstawione symbolicznie wobec publiczności, tak że owa nabiera świadomości choroby, choć w sztucznej sytuacji przedstawienia teatralnego. Ciało kobiety w ten sposób nabiera innego wymiaru, a nie owego tradycyjnego użycia, konsumpcji piękna, czystej cielesności seksualnej.

W końcowej scenie dramatu asystujemy przy swoistym wniebowzięciu, wniebowstąpieniu Vivian, wolnej od tego wszystkiego, co łączyło ją z innymi w jej pełnym sukcesów akademickim życiu; wówczas posiadała docenianą przez innych wiedzę, była autorytetem w swojej dziedzinie, autorska i oryginalna w swoich badaniach... doskonała, zdawać by się mogło. Teraz od tego wolna... wolna też od doświadczenia choroby, od bolesnego cierpienia. Co pojmuje widz na końcu? Ze w końcowym stadium jej życia towarzyszyła jej miłość starej profesor, przyjaźń i współczucie

pielęgniarki, wspomnienie miłości ojca. Widzowi pozostaje przesłanie nadziei i, jak to oświadcza Margaret Edson w prezentacji dramatu, poczucie doznanej łaski.

Propozycja analizy – wizji niektórych scen dramatu – filmu

Propozycja na dzisiejsze spotkania, to analiza porównawcza scen, z jednej strony, ale przede wszystkim zgłębienie tego, co w procesie choroby przeżywa Pacjent/Osoba i Lekarz-Pielęgniarka/Osoby.

Wnioski pozostawiam widzom, czytelnikom, aczkolwiek dzielę się moim odczytaniem, wrażeniami, opiniami

Pierwszy dialog z Lekarzem i wiadomość o chorobie

Pamięć Pacjentki, pacjentów o pierwszym dialogu z Lekarzem

Reakcja osobista na diagnozę

Pojęcie, opinia o „moim” Lekarzu

Samoświadomość choroby po raz pierwszy

„Chcę wiedzieć wszystko, jak najwięcej o mojej chorobie”

Obserwacja własnego bytu, ciała, zachowań

Uzależnienie od szpitalnej procedury... może rutyny?

Wola walki i nadzieja

Ważne, a może najważniejsze spotkania w życiu

Kilka scen dramatu – retrospekcje sięgające dzieciństwa, potem czasu studiów, własnego, początkowego uniwersyteckiego nauczania

O czym są te spotkania?

O wyborach

O stałości decyzji

O wymianie pokoleniowej

O trwałości uczuć najintymniejszych

Ojciec w moim życiu

Przykład życiowy i pokierowanie

Rodzicielski, cierpliwy, czasochłonny dialog

A jednak obecność pomimo upływu czasu

Pani Profesor Ashford i jej przykład

Podziw i wyzwanie

Walka, przegrane bitwy, ale nie wojna

Upór i świadomość koniecznej pracy i że nic łatwo nie przychodzi

Wrogość przemieniająca się w przyjaźń

Student – wyzwanie i nadzieja

Nauka to odwaga stawiania pytań

Nauka to nie tylko wyuczenie się już znanych rzeczy

Etyka w międzyludzkiej relacji

Drugi dialog z Lekarzem i wyzwanie/walka

Studenckie wspomnienia Jasona, od marzeń do rzeczywistości

Podziw dla prof. Bearing jako naukowca i pragnienie bycia podobnym

Nadzieja na terapię skuteczną, a na pewno przydatną dla naukowej wiedzy i pomocną innym, w przyszłości

A pacjentka?

Trzeci dialog z Lekarzem

Zderzenie nieustannej nadziei z oczekiwaniem eksperymentu

Jakby dwutorowość niby-dialogu

Ona mówi o jednym

On mówi o czymś innym...

Samoświadomość choroby po raz drugi

Niezaradność w postępującej chorobie, w domu

Szpitalny powrót i doświadczenie eksperymentalnej terapii

Uzależnienie od pomocy i pracy personelu medycznego

Świadomość konieczności pokory, wspomnienia o byciu niedobłą, a konieczność prośby, oczekiwania dobra od innych

Dialogi z Pielęgniarką Susie

Zmienność relacji, uczuć w tejże, od rutyny do swoistej przyjaźni

Cień czy rzeczywistość poczucia wyższości w postawie prof. Bearing

Odnaleziona pomoc w codziennej pracy pielęgniarki Susi... a może doświadczenie wolontariuszki Edson?

Powszedniość i aż banalność dialogów

Odwaga pielęgniarki Susi w powzięciu tematu ostatecznego, śmierci

Dialog o śmierci

Od słów z dialogu z pielęgniarką Susi do dialogu ze starą Profesor

Czy może dialog wspomnień ostatnich?

Pamiętam Przyjaciela, Zbyszka, powtarzającego tę samą, ulubioną czynność, nawlekania robaka na haczyk swojej wędki...

Czy Ryśka, niedawno zmarłego, który wspominał, opowiadał o Aniołach, częstokroć pojawiających się w jego obrazach, choć nie anielskich

Przesłanie?

O czym jest więc dramat Margaret Edson? Jakie jest jego rzeczywiste przesłanie, czy może przesłania?

Obcowanie z własną chorobą, w rzeczywistości ze śmiercią, jej procesem

Etyka zawodowa lekarza i personelu medycznego

Towarzystwo chorym w sensie szerokim

Piśmiennictwo

1. [https://en.wikipedia.org/wiki/Wit_\(film\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Wit_(film)) (30. 04. 2019).
2. <https://www.imdb.com/name/nm0000668/> (30. 04. 2019).
3. https://en.wikipedia.org/wiki/Emma_Thompson (30. 04. 2019).
4. <https://www.imdb.com/name/nm0001566/> (30. 04. 2019).
5. https://en.wikipedia.org/wiki/Mike_Nichols (30. 04. 2019).
6. <https://www.imdb.com/name/nm0000502/> (30. 04. 2019).
7. https://en.wikipedia.org/wiki/Christopher_Lloyd (30. 04. 2019).
8. <https://www.biography.com/actor/christopher-lloyd> (30. 04. 2019).
9. www.imdb.com/name/nm0567653/ (30. 04. 2019).

10. https://en.wikipedia.org/wiki/Audra_McDonald (30. 04. 2019).
11. <https://audramcdonald.com/> (30. 04. 2019).
12. <https://www.imdb.com/name/nm0940950/> (30. 04. 2019).
13. https://en.wikipedia.org/wiki/Jonathan_M._Woodward (30. 04. 2019).
14. <http://thejwoodward.com/about> (30. 04. 2019).
15. <https://www.imdb.com/name/nm0040586/> (30. 04. 2019).
16. https://en.wikipedia.org/wiki/Eileen_Atkins (30. 04. 2019).
17. https://en.wikipedia.org/wiki/Harold_Pinter (30. 04. 2019).
18. https://pl.wikipedia.org/wiki/Harold_Pinter (30. 04. 2019).
19. <http://www.haroldpinter.org/home/index.shtml> (30. 04. 2019).
20. Dowcip w teatrze Studio. Rozmawiała Dorota Wyżyńska, <http://warszawa.wyborcza.pl/warszawa/1,34861,1100606.html?disableRedirects=true> (01.11.2002) (30. 04. 2019).
21. Rzepczyński B.: Umieranie Vivian (17 11 2002), w „NowaRzepa”, w <http://www.nowarzepa.pl/czytaj.php?d=104> (opublikowany w czasopiśmie „Na (s)tronie” nr 6, zima 2003).
22. Głowacki P.: Pieczęć przecinka na wargach - Wyznania szczerego entuzjasty teatru, 12 marca 2003, w <http://www.dziennikpolski24.pl/arttykul/2470150,pieczec-przecinka-na-wargach,id,t.html?cookie=1;>
23. „Dowcip” – Margaret Edson, w „e-teatr.pl” w <http://www.e-eatr.pl/pl/realizacje/9313,streszczenie.html>.
24. “Oswoić śmierć” w „Zycie Warszawy.pl” w <http://www.zw.com.pl/arttykul/102482.html>.
25. Lichtenberg J.: Awe: Its Bidirectional Power - Veneration and Inspiration or Dread and Inhibition, *Psychoanalytic Inquiry*, 2015, 35(1), 95-100.
26. mcConnell T., 'She's DNR!' 'She's research!': Conflicting role-related obligations [in:] *Bioethics at the movies*, Shapshay W., Shapshay S.(Ed.), Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2009, 186-201.
27. Booth W.: The Ethics of Medicine as Revealed in Literature [in:] *Stories Matter: The Role of Narrative in Medical Ethics*, Charon R., Montello M. (Eds.), Routledge - Taylor & Francis Ltd, New York - London, 2002, 10-20.
28. Belling C.: Begin with a text: teaching the poetics of medicine. *Journal of Medical Humanities*, 2013, 34(4), 481-491.
29. Greene M.: EADS, Unwitting redemption in Margaret Edson's Wit. *Christianity and Literature*, 2002, 51(2), 241-254.

30. Wriglesworth Ch.: Theological humanism as living praxis: reading surfaces and depth in Margaret Edson's *Wit*. *Literature and Theology*, 2008, 22(2), 210-222;
31. Carter B.: An Interview with Margaret Edson. *Books and Culture*, 1999, 5(5), 25–26.
32. James S. Torrens J.S.: *Triple Play*, America, 1999, 180 (18), 27-28.
33. CARTER, *An Interview with Margaret Edson*, 26: “Ma tu vedi un messaggio religioso nel dramma? [Lunga pausa] È un dramma molto religioso, e tu sei la prima persona che è mi ha detto questo in un'intervista. La gente vuole sempre parlare di medicina, vogliono parlare della punteggiatura, e così mi complimento con te e ringrazio per questo. Non è dottrinale, e questa è una distinzione molto importante. E si tratta di un punto che un sacco di persone che

Zniszczyć, ale nie pokonać – wymiar śmierci w powieściach Ernesta Hemingwaya

Szpytko Szymon¹, Fedorowicz Sebastian¹, Alina Szewczyk¹, Aneta Hauzer², Sobieszczańska Małgorzata¹, Kołcz Anna¹, Laszki-Szcząchor Krystyna¹, Gnus Jan^{1,2}

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

Wstęp

Ernest Hemingway to ikona literatury amerykańskiej XX wieku. Wybitny pisarz, doświadczony dziennikarz i wielki podróżnik zasłynął ze swego oszczędnego, ale przepełnionego wyrazem stylu. Jego prosta, uboga w środki stylistyczne proza, w fenomenalny sposób odwzorowuje klimat opisywanych przez niego wydarzeń. Mimo że domeną pisarza była beletrystyka, jego dziennikarski kunszt i bogaty we wrażenia życiorys czynią z hemingwayowskiej twórczości pasjonującą lekturę o jego własnym życiu. Wykreowani silni i męscy bohaterowie powieści wzorowani są na samym ich autorze. W „Wyspach na Golsztromie” Hemingway pisał:

„Wszystko, co malarz robi, a pisarz pisze, wynika z jego zaprawy i przygotowania do tego, czego ma dokonać” [1].

Albowiem zdarzenia opisywane na kartach książek Hemingwaya są, niezwykle często, faktycznymi przeżyciami jego samego.

Popularnie, nazwisko pisarza kojarzy się ze szkolną lekturą „Stary człowiek i morze”, opowiadaniem, które w znacznej mierze przyczyniło się do otrzymania przez Hemingwaya literackiej nagrody Nobla w 1954 roku [2]. Mało kto jednak zwraca uwagę, jak wiele uwagi w swych dziełach autor poświęca zjawisku śmierci. Spisane przez niego powieści, nie tyle traktują o śmierci, co śmierć stanowi w wielu z nich postać tak istotną, że powinna być zapisywana z wielkiej litery.

Rozwinięcie

Postać Hemingwaya w historii minionego stulecia jest tak wyrazista, a jego przeżycia tak fascynujące, że pisarz wydaje się sam być bohaterem powieści. Jego sylwetka obrosła już legendą, zwłaszcza z powodu niepozbowanej sprzeczności, złożonej osobowości i życia obfitującego w podróże i barwne, ale i tragiczne wydarzenia. Urodzony 21 lipca 1899 roku na przedmieściach Chicago, Ernie Hemingway od najmłodszych lat spędzał wiele czasu na łonie natury, ucząc się od ojca (z zawodu lekarza) polowania, łowienia ryb i obozowania [3]. Bez wątpienia, intensywne obcowanie z przyrodą w dzieciństwie, przełożyło się na ogólną tematykę jego twórczości oraz precyzyjne, a zarazem proste, opisy świata przedstawionego. Matka pisarza, z wykształcenia śpiewaczka operowa [4], kładła nacisk na naukę syna gry na wiolonczeli. Mimo że z grą na instrumencie nie było młodemu Hemingwayowi po drodze, sam przyznał wiele lat później, że nauka teorii muzyki przydała mu się, gdy stosował kontrapunktową narrację w „Komu bije dzwon” [5].

Pierwsze spotkanie ze śmiercią, i to na masową skalę, Ernest Hemingway przeżył wiosną 1918 roku, kiedy jako ochotnik, trafił na włosko-austriacki front I wojny światowej. Tam zetknął się ze strzelaninami, gazem łzawiącym, jękiem umierających żołnierzy i zgniłym odorem pola bitwy. Służył w armii jako kierowca ambulansu, jednak jego ciekawość doświadczenia wielkiej wojny doprowadziła go do okopów, gdzie rozdawał walczącym czekoladę i papierosy. Został ranny w wybuchu pocisku mózdzierzowego i postrzelony w nogi z karabinu maszynowego. Mimo odniesionych ran zdołał przenieść innego rannego żołnierza w bezpieczne miejsce. Sam stoczył walkę o życie w ziemiance, po czym został ewakuowany do amerykańskiego szpitala Czerwonego Krzyża w Mediolanie. Za bohaterstwo został odznaczony włoskim Srebrnym Medalem [2].

Miał lat dziewiętnaście, kiedy zderzył się z brutalnością wojennej rzeczywistości. Obcował ze śmiercią w setkach przypadków istnień ludzkich. Śmiało rzec można, że oglądany przez niego batalistyczny koszmar odcisnął piętno w jego psychice, ale i twórczości, na wszystkie lata jego życia. Rozpatrywał śmierć w kategoriach kary, ale także wyroku nijak niesprawiedliwego, a także uwypuklał gwałtowność i nagłość tego zjawiska, zwłaszcza w realiach wojennych.

„Tak właśnie się dzieje. Umiera się. I nigdy się nie wie, o co właściwie idzie. Nigdy nie ma dość czasu, żeby się dowiedzieć. Ktoś rzuca cię na świat, uczy jakichś prawideł i jak tylko przyłapie cię na błędzie, zabija. Albo zabija w ogóle za nic, tak jak Ayma. Albo daje ci

syfilis, jak Rinaldiemu. Ale w końcu zabija. Na to można liczyć. Poczekaj tylko, a zobaczysz, że cię zabije” [6].

„Jeżeli ludzie przynoszą z sobą na świat dużo odwagi, to świat musi ich zabić, aby ich złamać, więc naturalnie ich zabija. Świat łamie każdego i potem niektórzy są jeszcze mocniejsi w miejscach złamania. Ale takich, co nie dają się złamać, świat zabija. Zabija w równej mierze najlepszych, najdelikatniejszych i najdzielniejszych. Jeżeli nie jesteś żadnym z nich, możesz być pewnym, że zabije cię także, ale bez szczególnego pośpiechu” [6].

Widać wyraźnie, z jaką rozpaczą nad istotą śmierci boryka się autor. Śmierć przychodzi znienacka, wybiera swój cel w sposób nieprzewidywalny, „zabija w ogóle za nic”, często nie dając nawet czasu na zastanowienie nad procesem umierania. Równocześnie Hemingway w rozmyślaniach bohatera w finale „Pożegnania z bronią” (silnie inspirowanego przeżyciami pisarza z frontu), zwraca uwagę na nieustępliwość śmierci i równość ludzi wobec niej.

O idealnym, zdaniem samego autora, brzmieniu wspomnianego finału powieści, świadczy fakt, że Ernest Hemingway napisał aż czterdzieści siedem różnych możliwych zakończeń „Pożegnania” [7]. Świadczy to o dążeniu pisarza do literackiej perfekcji. Podkreśla też, jaką wagę dla niego samego miał wydźwięk całego dzieła. Istnieje wersja, w której ginie również Henry, tzw. „Fitzgerald ending”, wersja optymistyczna, w której przeżywa cała trójka (została wykorzystana w adaptacji filmowej z 1932 roku), a także „live-baby ending”. W tej ostatniej przeżywa dziecko Catherine i Fredericka:

„On nie należy do tej opowieści. Jego historia dopiero się rozpoczyna. Nie powinno się zaczynać nowej opowieści na końcu starej, ale tak już jest. Nie ma końca poza śmiercią, a narodziny są jedynie początkiem” [7].

Kiedy natomiast w wersji wydanej oryginalnie, główna postać powieści, Frederick Henry dowiaduje się o śmierci nowo narodzonego syna i jednocześnie staje w obliczu rychłej śmierci ukochanej, przyjmuje tę informację z racjonalną prostotą i niebywałym wręcz spokojem. Wychodzi ze szpitala, idzie do baru, zamawia jajka na szynce i małe jasne piwo. Jest to typowy zabieg literacki stosowany przez Hemingwaya. Klęski i porażki spadające na jego głównych bohaterów nie prowadzą do ich rozpacz, powodują jedynie jasną i do bólu opanowaną refleksję nad nieszczęściem. Cierpienia doświadczane przez silne, męskie postaci kreowane przez autora stają w opozycji do ich osobistych odczuć w danej chwili. Pod twardą skorupą męstwa i niezachwianego opanowania kryje się jednak kruche wnętrze bohatera. Po krótkiej rozmowie z pielęgniarką, Henry modli się, zanosi błagania do Boga o to, by

Catherine nie umarła, choć sam mówi, że wie, że to się stanie. Chwilę później widząc ukochaną w agonii, rozpłakuje się nad jej łóżkiem.

Każde obcowanie ze śmiercią sprowadza na hemingwayowskiego bohatera cień. Thomas Hudson z pierwszej części „Wysp na Golsztromie” to korzystający z życia, pomieszkujący na Bahamach artysta malarz, wypełniający swe dni pracą i popijaniem mrożonego daiquiri (ulubiony drink Hemingwaya) [8]. W momencie otrzymania informacji o śmierci dwóch najmłodszych synów zachowuje spokój, wychodzi na werandę i rozmawia z lokajem o zabezpieczeniu domu i kutra przed wichurami. W kolejnych rozdziałach jednak, czytelnik musi się upewniać, że postać o której czyta, to nadal Thomas Hudson. Z pogodnego człowieka w sile wieku, zmienia się w introwertyczną, milczącą, często rozmyślającą o śmierci osobę. W domu w Hawanie prowadzi dialog o przywiązaniu z kotem, w barze z prostytutką dochodzi do wniosku, że świetnie mu idzie przewyciężanie wyrzutów sumienia i jedynym czego przewyciężyć nie można – jest śmierć [1].

Bohaterowie, tacy jak Frederick Henry, czy Thomas Hudson, na kartach swoich powieści tracą najbliższych. Śmierć zabiera ich niewątpliwie bez uchwytniej przyczyny. Hemingway sprawia, że odbiorca tekstu czuje współczucie dla głównej postaci. W świetle analizy tych przypadków, a także będąc świadomym tendencji pisarza do nie tyle wplatania, co faszeringowania fikcyjnej fabuły własnymi przeżyciami, można wnioskować, że autor podejmuje próbę oswojenia czytelnika, ale także, co bardzo istotne – siebie samego, z faktem śmierci. „Pożegnanie z bronią”, wydane w 1929 roku, zaliczane do wczesnej twórczości Hemingwaya, traktuje o okrucieństwie wojny, na którą żaden człowiek (zwłaszcza dziesiętnastolatek) nie jest przygotowany. Młody pisarz, kreując postać Tenente (F. Henry), człowieka który najpierw doświadczył śmierci towarzyszy broni, a później syna i ukochanej Catherine, uwypuklił, że nikt nie jest gotowy na śmierć tych, których kocha, choćby się jej nawet spodziewał. Śmierć w „Pożegnaniu” wydziera to co swoje, nie pozostawiając nic, oprócz pustki w życiu bohatera i w i sercu czytelnika. „Wyspy na Golsztromie”, wydano w 1970 roku, a więc już po śmierci Ernesta Hemingwaya. Ta powieść, kontrastuje idylliczne Bimini z ubogą Kubą, łowienie ryb z synami do zacieklej pogoni za niemiecką grupą rozbitków z łodzi podwodnej. Najostrzejszym kontrastem jest jednak główna postać z początku i końca książki. Artysta, z założenia wrażliwy człowiek, po stracie synów, staje się cyniczny i stara się nadać swojemu życiu sens tropiąc i zabijając Niemców na tytułowych wyspach. Narrator porównuje nadejście końca świata, z przybyciem do niego chłopca niosącego telegram z hiobowymi wieściami. Dla Hudsona to symboliczny koniec świata, lecz świat dla jego synów faktycznie zamknął swój rozdział. Hemingway celowo przedstawia

Toma, Davida i Andrew w pierwszej części „Wysp”, nadaje im rozmaite cechy charakteru, sprawia, by czytelnik polubił całą trójkę. Zaraz po opuszczeniu przez chłopców wyspy, pisarz decyduje się zamknąć ich świat. Dowiadujemy się, że dwaj młodsi zginęli wraz z matką w wypadku samochodowym, a Tom, pilot myśliwca został zestrzelony w czasie rutynowego przelotu. Czytelnikowi zostaje tylko Thomas Hudson i obydwaj pytają retorycznie: „dlaczego?”.

Prawdziwą analizą psychologiczną człowieka - świadka okrucieństwa wojny - jest wydana w 1940r. powieść Hemingwaya „Komu bije dzwon”. Ten jeden z najbardziej cenionych utworów autora w przepełniony realizmem sposób relacjonuje wydarzenia hiszpańskiej wojny domowej, w której Ernest Hemingway pełnił rolę korespondenta. Na kartach powieści pisarz portretuje generała Karola Świerczewskiego jako generała Golza, który powierza głównemu bohaterowi powieści misję dołączenia do oddziału partyzantów i wysadzenia strategicznego na wojennej mapie mostu [10].

Od momentu, gdy Robert Jordan spotyka stacjonujących w górach lojalistów republiki, staje się jasne, że śmierć będzie tematem przewodnim całego „Komu bije dzwon”. Partyzanci są od początku przekonani, że rychło umrą. Refleksja nad bytem ludzkim i umieraniem jest niesiona poprzez dialogi, typowo dla Hemingwaya pozbawione patosu. Rozmowy bohaterów zdają się być cedzone przez zęby, jednak oszczędny dobór słów, którego autor jest wirtuozem sprawia, że czytelnik może się poczuć faktycznym świadkiem wymiany opinii pomiędzy postaciami. Poruszony zostaje temat zainteresowań autora, takich jak corrida, polowanie czy wędkowanie. We wszystkich wymienionych Robert Jordan i jego towarzysze dopatrują się analogii do życia i śmierci, a świadomość, że ta ostatnia jest tak bliska, że niemal siedzi na kamieniu koło ogniska, trwa przez trzy czwarte opisywanych wydarzeń. Inspiracja doświadczeniem kolejnej wojny, spotkaniami z członkami brygad międzynarodowych, mieszkaniem w hotelu Gaylord (siedzibie sił sowieckich) [10] wpłynęły silnie na kształtowanie fabuły, a obeznanie autora w iberyjskiej tradycji i wplatanie hiszpańskich wyrazów (nierzadko wulgarnych) dodatkowo wzmocniły realizm wydarzeń.

Hemingwayowskie stanowisko w sprawie krwawego konfliktu w Hiszpanii w latach 1936-1939 nie jest determinowane jego przynależnością do strony rządowej. Mimo że śmierć odgrywa większe i mniejsze role we wszystkich powieściach autora, w „Komu bije dzwon” Hemingway staje po stronie życia. Przejmująca opowieść Pilar o początku wojny w małym miasteczku, gdzie sąsiedzi podzielili się na pół i stanęli przeciw sobie, czy relacja o pociągu i o ogolonej na łyso Marii, podkreślają nonsensowność przelewu krwi i zwracają uwagę na tragedię, jaką wojna wywołuje w najmniejszych komórkach unitarnego kraju. Prawdziwy

dramat rozgrywa się w pylistych uliczkach, gdy decyzje zapadają w sztabach i stolicach. Główny bohater powieści jest odbiciem niewypowiedzianych myśli jego twórcy. Wyzuty z wrażliwości (obcej Hemingwayowi tylko pozornie), cyniczny samotnik Robert Jordan, jest tym alter ego autora, od którego on sam stara się zdystansować. Pisarz portretuje wizję siebie, do której nigdy nie chce dojrzeć, która go odstręcza i której być może się boi. Nie tylko Anselmowi jeży się włos na głowie, gdy Jordan równa polowanie na zwierzęta z zabijaniem ludzi. Wojenne rzemiosło, wszechobecna brutalność i oddech śmierci, który bohaterowie czują na karkach, są stronami wojny, której nie znają czytelnicy prasy, nawet tej, której pisarz był korespondentem. Uwagę zwraca nierówność sił po obu stronach barykady. Uzbrojeni w kilka muszkietów partyzanci stają przeciw karabinom maszynowym i tankietkom rewolucjonistów. Bronią, której używa Robert Jordan jest lont i dynamit. W obu przypadkach, choć w przeciwnych kierunkach, potęga przeciwko kruchości. Paralelne proporcje występują w zestawieniu bytu człowieka, jego holistycznie pojmowanej cielesności i duchowości (miłości nawet kilkudniowej jak w powieści), wobec bezwzględnej i obezwładniającej siły armii, wojny oraz śmierci.

Początkowe sygnały o możliwości samobójstwa autora płynęły już ze słów spisanych w powieści. Hemingway ustami Roberta Jordana mówi:

„Umieranie jest straszne tylko wtedy, kiedy trwa długo i jest tak bolesne, że upokarza człowieka” [11].

Zakamuflowanej zapowiedzi pozbawienia się życia można doszukać się w ostatnim, nomen omen, rozdziale „Komu bije dzwon”, kiedy główny bohater ze złamaną nogą, leży na trakcie, którym nadciągają siły frankistów.

„Nie chcę robić tego samego, co ojciec. Zrobię, jeżeli będzie trzeba, ale wolałbym nie musieć” [11].

Zarówno ojciec głównego bohatera, jak i ojciec Ernesta Hemingwaya, Clarence Edmonds Hemingway, zginęli w ten sam sposób, strzelając sobie w usta z rewolweru [12].

Mistrzostwo narracji pisarz osiągnął w szeroko znanym utworze „Stary człowiek i morze”. Książka została wpisana do polskiego kanonu lektur i pozostaje w nim po dziś dzień [7]. Wpływ, jaki wywarła na ówczesny dla 1952r. styl, był rewolucyjny. Opisanie kilku wrześnieowych dni, wypełnionych walką starego rybaka z rekinami o tuszę marlina, przytroczoną do burty kutra, wpłynęło silnie na otrzymanie przez autora Nagrody Nobla, dwa lata po publikacji powieści [2]. Słynne „Człowieka można zniszczyć, ale nie pokonać” [13] jest często używanym hasłem podkreślającym wartość uporczywego i idealistycznego dążenia do postawionego celu. Wybrzeże Kuby stało się dla Santiago całym światem, a łowienie

jedynym życiem. Złapanie ogromnej, lśniącej, pięknej ryby, to hemingwayowskie narodziny, radość, tryumf. Od samego początku jednak drapieżniki kawałek po kawałku odgryzają części mięsa, marlin nigdy nie jest tak doskonały, jak na starcie. Życie uchodzi wraz z ostatnim kęsem. Tak prostej, krótkiej i zachwycającej historii Ernest Hemingway szukał, aż w końcu spisał ją i wybudował sobie pomnik. Dla pisarza śmierć nie jest wrogiem, bo uważa, że z wrogiem można zwyciężyć, a życie wypełnione jest walką nie ze śmiercią, a z wszystkim co ją poprzedza. Hemingway pozdrawia śmierć jak przyjaciela i pisze, że „*Glupio jest nie mieć nadziei*” [13], bo to ona towarzyszy rybakowi, gdy widząc beznadziejność swoich wysiłków nie czeka bezczynnie na to co i tak nadejdzie, lecz ze skrwawionymi rękami nadal odpędza żarłaczę połamanym wiosłem.

Postacią, w której można dopatrywać się analogii do Santiago jest Harry Morgan, główny bohater „Mieć i nie mieć”. W tej powieści jednak, właściciel kutra zarabia na życie zabierając przyjezdnych na ryby [14]. Wiedzie spokojne życie na Key West do czasu, gdy zostaje oszukany przez jednego z klientów. Sprowadza to Morgana na drogę przestępstwa, zostaje przemytnikiem alkoholu z Kuby (w Stanach Zjednoczonych w latach 1920-1933 trwała prohibicja) [15]. Nielegalne interesy sprowadzają na bohatera nieszczęście w postaci utraty ramienia i konfiskaty kutra, w konsekwencji Harry Morgan brnie jeszcze głębiej w przestępstwo, co kończy się dla niego tragicznie. Główni bohaterowie „Starego człowieka”, jak i „Mieć i nie mieć” w swoim życiu dążą do celu, jednak pierwszy nie dopuszcza możliwości porażki i z uporem stara się swój cel osiągnąć, podczas gdy drugi stopniowo (co pokazuje trzyczęściowy układ utworu) upada coraz niżej. Pragmatycznie obaj ponoszą porażkę, jednak w przypadku Santiago to ideały są przyczyną wytrwałości, natomiast Harry Morgan decyduje się na przestępczą ścieżkę, bo nie ma środków do życia. Występek jednego z klientów, oszustwo, łamie jego życie i doprowadza w konsekwencji do tragedii. „Mieć i nie mieć” uwypukla kontrast między bogatymi, szukającymi rozrywki turystami a biednymi ledwo wiążącymi koniec z końcem rybakami. Narracja z pierwszej oraz z trzeciej osoby pozwalają spojrzeć na Harry’ego Morgana z różnych perspektyw i nabrać chłodnego dystansu. Nieszablonowe podejście autora ukazuje trudy życia i nieprzekraczalną jedność wobec jego końca.

Podsumowanie

Życie Ernesta Hemingwaya, awanturnika, podróżnika i dla wielu osób męskiego ideału, wydaje się trwać, ze względu na rozliczne jego przeżycia spisane na kartach wielu

powieści autora, ukryte pod postaciami głównych bohaterów książek. Jako czołowy reprezentant straconego pokolenia [2], Hemingway szuka, bada, sprawdza i znajduje to, co ciekawi go do głębi – zjawisko śmierci. Obcowanie z nią na wielu płaszczyznach, doświadczanie na własnej skórze i żywe nią zainteresowanie spowodowało powstanie zbioru powieści pisanych za pomocą kilkuset słów, a przedstawiających życie człowieka w pozbawiony kwiecistości sposób, prosto i prawdziwie. W świetle analizy utworów pozostawionych przez autora, można w pozbawiony wątpliwości sposób skonstatować, że śmierć to główne źródło inspiracji Ernesta Hemingwaya w jego powieściach. Refleksja o umieraniu towarzyszy głównym bohaterom powieści, wzorowanym na autorze, silnym i męskim z zewnątrz, kruchym i niestabilnym w środku. Perspektywa śmierci nie paraliżuje utrwalonych w powieściach postaci, a choć nieunikniona i pewna, stanowi *spiritus movens* ich poczyną. Jej nieodwołalność stanowi stabilną oś kreowania świata przedstawionego i budowania bohaterów, przeżywających te wydarzenia, co autor wcześniej. Opanowane wspomnienie zdarzeń owocuje literaturą, która śmierć oswaja i stara się odebrać śmierci jej demoniczny charakter. Śmierć fascynowała Ernesta Hemingwaya do tego stopnia, że 2 lipca 1961 roku we własnym domu w Idaho, pisarz włożył do ust lufę swej ulubionej strzelby i pociągnął za cyngiel [12].

W końcu, jak sam stwierdził: *„Hay que tomar la muerte como si fuera aspirina. / Śmierć powinno się brać jak aspirynę”* [11].

Piśmiennictwo

1. Hemingway E.: Wyspy na Gólfstronie. Wyd. Muza, Warszawa, 2000.
2. Brian D.: Hemingway: Jaki był naprawdę: Wspomnienia tych, którzy go znali. Twój Styl, Warszawa, 2004.
3. Beegel S.: A Historical Guide to Ernest Hemingway. Oxford Press, Oxford, 2000.
4. https://en.wikipedia.org/wiki/Grace_Hall_Hemingway"y (4.04.2019).
5. Meyers J.: Hemingway: A Biography. Macmillan, New York, 1985.
6. Hemingway E.: Pożegnanie z bronią. Wyd. Muza, Warszawa, 2001.
7. <http://www.polskatimes.pl/artukul/615673,pozegnanie-z-bronia-moglo-skonczyz-sie-ina-czej-hemingway-przygotowal-az-47-alternatyw,2,id,t,sa.html> (4.04.2019).
8. <https://pl.wikipedia.org/wiki/Daiquiri> (4.04.2019).
9. https://pl.wikipedia.org/wiki/Komu_bije_dzwon (4.04.2019).
10. Hemingway E.: Komu bije dzwon. Wyd. Muza, Warszawa, 2002.
11. https://pl.wikipedia.org/wiki/Ernest_Hemingway (4.04.2019).

12. Hemingway E.: *Stary człowiek i morze*. Wyd. Muza, Warszawa, 2017.
13. Hemingway E.: *Mieć i nie mieć*. Wyd. Muza, Warszawa, 1999.
14. Dias Blue A.: *The Complete Book of Spirits: A Guide to Their History, Production, and Enjoyment*. HarperCollins, 2010.

Akceptowanie roli chorych a postawy humanistyczne i dojrzałość społeczeństwa

Tałaż Anna

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Elbląska Uczelnia Humanistyczno – Ekonomiczna w Elblągu, Elbląg

Choroba i cierpienie są nieodłączne od osoby ludzkiej, w czasie jej ziemskiego bytowania. Cierpieniem określa się stan, postawę lub uczucie, które we wszystkich aspektach, w sposób rzeczywisty przypisane jest ludzkiemu istnieniu. Jest reakcją przybierającą różne natężenia, nie dającą się ujarzmić, zmieniającą miejsce i właściwości, ale zawsze dotkliwie dotykającą osoby ludzkiej [1].

Większości chorób i związanych z nimi nieprzyjemnych odczuć nie można traktować w oderwaniu od osoby. Wszyscy jesteśmy jednocześnie zdrowi i chorzy, razem stoimy w obliczu faktu istnienia choroby i cierpienia.

Ciągle zadawane jest pytanie o sens i cel cierpienia człowieka, z jakiego powodu i dlaczego cierpimy?

Chrześcijaństwo podejmuje próbę tłumaczenia tej tajemnicy, dla rozumu ludzkiego niezrozumiałej, na przykładzie biblijnego Hioba wykazując, że choroba i cierpienie nie jest tylko karą za grzechy. Bóg doświadcza Hioba, człowieka niewinnego i sprawiedliwego, dotkliwym cierpieniem, chcąc wystawić go na próbę. Pismo Święte to księga o cierpieniu, które przyrównywane jest do jakiegokolwiek zła doznawanego przez człowieka. Pomiędzy tym wszystkim, co określa kształt cierpienia, znajduje się jakieś doznanie zła, przez które osoba ludzka staje się przedmiotem cierpienia [2].

Złem, z powodu którego cierpi człowiek, może być jakieś ograniczenie lub brak czegoś. Przyczyną ludzkiego cierpienia może też być dobro, od którego człowiek został odcięty, którego został pozbawiony. Rzeczywistość cierpienia, w rozumieniu chrześcijańskim tłumaczone jest *„...poprzez zło, które zawsze w jakiś sposób jest odniesione do dobra”* [2].

W 1997 roku wydano „Ewangelię cierpienia”, w której zebrane zostały homilie i przemówienia Jana Pawła II dotyczące chrześcijańskiego sensu ludzkiego cierpienia. W jednej z homilii papież zwrócił się do chorych ze słowami: *„...Cierpienie ludzkie zawsze jest tajemnicą. I bardzo trudno człowiekowi samemu przedzierać się przez jego mroki”* [2].

Jednak podstawowym dokumentem dotyczącym tego problemu jest ogłoszony 11 lutego 1984 roku List Apostolski Jana Pawła II – „*Salvifici doloris*”, w którym zawarte są rozważania na temat tajemnicy cierpienia człowieka i różnych jego wymiarów [3].

Cierpienie, kalectwo, choroba sięgają najgłębiej ludzkiej istoty i nikt, kto ma kontakt z rzeczywistością, nie jest wolny od tych najbardziej ludzkich doświadczeń. Według nauk Kościoła choroba, jako powszechne cierpienie, które często „łamie” człowieka jest trudna i dotkliwa, jest źródłem bólu chorego. Związana jest z trudem ludzkiego istnienia, od którego nie można uwolnić się, jest tajemnicą, przed którą staje człowiek zadający sobie pytanie: dlaczego cierpi i jaki jest tego sens? Choroba wymaga uświadomienia i spokojnego stwierdzenia, zmusza człowieka do refleksji, a w przypadku zetknięcia się z nią daje możliwość kształtowania własnego oblicza człowieka [4].

Poprzez cierpienie nie da się człowiekowi przejść obojętnie. Może ono człowieka uszlachetnić, albo niszczyć i złamać. Zmagania z cierpieniem zależą od umiejętności przeżywania go i odkrywania jego wartości [5]. W tłumaczeniu Jana Pawła II cierpienie ludzkie jest po to, aby wyzwalać miłość, która jest bezinteresownym darem człowieka dla człowieka. Takie pojmowanie choroby i cierpienia staje się dobrem, źródłem moralnego obowiązku, pozwala zrozumieć istotę ludzkiego istnienia i uwrażliwia na ból innych [3].

W ostatnich czasach daje się zaobserwować fakt pojawiającego się coraz większego zrozumienia ze strony społeczeństwa, że chorzy mogą wносить bardzo wiele, dużo więcej niż biorą od społeczeństwa. Akceptowanie roli chorych, ze schorzeniami w różnych stadiach rozwoju zarówno tymi przewlekłymi, jak i nieuleczalnymi, jest bardzo ważne dla oceny postaw humanistycznych, dojrzałości społeczeństwa, jest sprawdzianem poziomu jego kultury. Ludzie niepełnosprawni i obdarzeni chorobami ciężkimi poprzez zdobyte doświadczenia, bardziej niż inni potrafią spojrzeć z szacunkiem dla godności ludzkiej. Mobilizują siebie i innych do zrozumienia faktu, że wartości materialne są ważne, ale cenniejsze ponad wszystko jest otwarcie się na drugiego człowieka, wartości moralne, intelektualne, duchowe i społeczne.

Medycyna jako nauka leczy wiele obszarów cierpienia ludzkiego i umie mu przeciwdziałać. Jednak obszar ten jest zdecydowanie większy i wielowymiarowy, bo każdy człowiek cierpi w różny sposób: fizycznie, gdy boli ciało lub moralnie, gdy „boli dusza” .

Pomoc duchową choremu i cierpiącemu jest w stanie nieść każdy: lekarz czy pielęgniarka, którzy pochylanie się nad potrzebującym pomocy nie będą ograniczać tylko do leczenia i pielęgnacji ciała. Niosąc ulgę choremu, cierpienia duszy nie można rozdzielać od bólu fizycznego. Człowiekowi cierpiącemu potrzebne jest „wysłuchiwanie się” w niego, bliskość i zrozumienie, zaufanie, a ponad wszystko ciepłe, nie osądające słowo.

Każdy człowiek, także ten dotknięty wielkim cierpieniem, czy ciężkim kalectwem, odczuwa pragnienie życia, ponad i mimo wszystko. Umiłowanie życia jednocześnie zawsze łączy się z lękiem przed cierpieniem, chorobą, kalectwem, umieraniem, przed upokorzeniem związanym z brakiem kontroli nad własnym ciałem. Obawy każdego człowieka związane są z bólem, cierpieniem ciała i duszy i z tym, czy nie przyjdzie chwila załamania się i utraty nadziei [6].

Dlaczego cierpimy?

Aby znaleźć odpowiedź na to odwieczne pytanie, Kościół w swych naukach odwołuje się do miłości, jako jedyne i prawdziwego źródła istnienia. Cierpienie osoby ludzkiej zawsze pozostaje tajemnicą, a próby wyjaśniania nie będą wystarczające. Odnalezienie głębokiego sensu cierpienia to bezwarunkowe otwarcie się na podmiotowość człowieka [2].

Ciężko chory i cierpiący człowiek staje przed faktem dokonania wyboru: czym jest dla niego jego własna choroba i jaki jest stosunek jego do tej choroby i cierpienia z nią związanego? Osoba ludzka staje przed trudnym wyborem, ponieważ choroba niekiedy bywa klęską, ale może też stać się twórczym czynnikiem rozwoju człowieka. Klęska przekreśla możliwości życiowe człowieka, może doprowadzić do moralnego załamania się, do stanu rozpacz i pesymizmu, apatii i załamania się obronnych sił organizmu ludzkiego [4].

Czas choroby dla człowieka może też być szansą na głębokie przemyślenia, na które w dotychczasowym życiu nie znajdował czasu. Dotyczyć one mogą miejsca i roli w życiu, pozwalają zrozumieć co jest ważne, a co najważniejsze w ludzkim istnieniu, to patrzenie na wiele trudnych spraw z innej perspektywy i innymi oczami, to czas innego, lepszego przeżywania związków międzyludzkich [7].

Dla chorego czas choroby i cierpienia bywa okazją do refleksji nad ideą przewodnią jego życia: ślepa walka czy miłość? Dobrze przeżyta choroba może w konsekwencji przyczynić się do otwarcia na potrzeby drugiego człowieka, a nie tylko na dolegliwości własne [8].

Może stać się bodźcem kształującym osobowość zarówno chorego, jak i osób, którzy z nim się stykają.

W obecnych czasach większość ludzi zaczyna i kończy swoje życie w szpitalach, w otoczeniu ludzi tam pracujących. Personel medyczny winien pamiętać, że każdy chory ma swoją własną historię, nie tylko choroby, ale całego swojego życia. Każdy człowiek to osobny świat, inne życiowe doświadczenia, odmienne lęki i troski, inne cierpienie ciała i duszy.

Ludzie chorzy, ułomni, niepełnosprawni i ci wszyscy, których los doświadcza cierpieniem odczuwają wielką potrzebę i tęsknotę za akceptacją całej ich osoby.

Nie choruje w nich narząd czy jakaś część ciała, lecz cały człowiek cielesno-duchowy.

Personel medyczny obcujący z chorym na co dzień powinien pamiętać, jak bardzo choroba somatyczna obciąża jego psychikę i odwrotnie – cierpienie duszy i psychiki wpływa na pogłębianie się dolegliwości somatycznych. Czy takie postępowanie nie jest utopią? Odpowiedzią na to pytanie może być stwierdzenie, że w życiu tak należy postępować wobec drugiej osoby ludzkiej zarówno w zdrowiu, czy w chorobie, jak chcielibyśmy sami być traktowani przez innych ludzi. Chory nigdy nie jest przypadkiem, posiada swoją własną przeszłość, a w szpitalu znalazł się z powodu konkretnej sytuacji. Partnerski stosunek personelu medycznego do człowieka chorego pozwoli na zajęcie przez niego aktywnej postawy, a także ułatwi mu przyjęcie pomocy i obdarzanie innych zaufaniem.

Dokonujące się, na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat, wciąż nowe odkrycia zarówno z dziedziny medycyny, biologii i techniki pozwalają na podejmowanie działań związanych z ingerencją w organizm ludzki dla celów naukowych i terapeutycznych. Obecne metody ingerowania medycznego dają jednocześnie ogromne szanse dla osoby ludzkiej, ale stwarzają także poważne zagrożenia powstawania zmian w organizmie, które mogą często być nieodwracalne. Odkrycia genetyczne dotyczące podstaw rozwoju istoty ludzkiej ingerują w życie na poziomie fenotypu, a nawet „kodu życia”. Działania te mają na celu, między innymi, korzyści w dziedzinie diagnostyki i terapii schorzeń, w stosunku do których medycyna była bezsilna [9].

Dzięki współczesnym osiągnięciom medycyny i biologii można ingerować w struktury dziedziczenia człowieka, diagnozować wady prenatalne i liczne schorzenia u ludzi, konstruować sztuczne serce, dokonywać transplantacji narządów, a także modyfikować i kontrolować proces umierania [10]. W dzisiejszych czasach wynaleziono metody przedłużania ludzkiego życia, regulacji płodności człowieka, rozpoznaje się wady genetyczne, skutecznie leczy się choroby pochodzenia genetycznego.

Liczne wynalazki techniczne umożliwiają gruntowne badanie procesów ludzkiego życia, takie jak praca mózgu czy nerek, krążenie krwi, a także głęboko w nie ingerować. Wykonuje się nakłucia pęcherza owodniowego, podaje się środki hormonalne i psychotropowe, stosuje się sztuczne unasiennianie, elektrostymulację mózgu. W celu przejęcia pełnej kontroli nad procesami biologicznymi człowieka wprowadza się metody inżynierii, a wszystkie te działania są przykładem głębokiej ingerencji w organizm istoty ludzkiej. Podejmowane działania dotyczą pośrednio lub też bezpośrednio struktur ciała ludzkiego i jego funkcji, ale niestety związane one są z bezpośrednim zagrożeniem dla integralności człowieka.

Szybki postęp nauk biologii i technik badawczych pozwala na coraz głębsze ingerowanie w organizm ludzki, a co za tym idzie, umożliwia modyfikowanie i kierowanie życiem osobniczym od chwili jego powstania aż do śmierci. Rodzi się pytanie, czy działania te są uzasadnione, a jeśli

tak, to w jakim zakresie biorą one pod uwagę dobro człowieka? Coraz wnikliwszej ocenie etycznej poddaje się szereg badań naukowych, zastanawiając się czy jesteśmy do nich uprawnieni. Nauka przez ostatnie dziesiątki lat przestała zajmować się już tylko odkrywaniem praw natury, dołączyły się do tego próby podejmowania zmian, manipulacji oraz naginania tych praw [11].

Zjawisko ingerowania medycznego budzi niepokój ogólnospołeczny, jest przyczyną licznych debat, w tym komisji bioetycznych dotyczących skutków podejmowanych działań szczególnie dla celów naukowo-badawczych. Bioetyka mając na celu troskę o życie i obudzenie odpowiedzialności za nie, zajmuje się zależnością między techniką i nauką a prawem natury, domaga się od naukowców, aby człowiek uważany był za podmiot i cel, a nie przedmiot eksperymentów medycznych. Rozważa aspekty postępowania w stosunku do życia ludzkiego, biorąc pod uwagę jego początek aż do śmierci. Zajmuje się także rozważaniem na temat podejmowanych działań wpływających na godność osoby ludzkiej i jej integralność.

Dokonujący się postęp, jaki ma miejsce w naukach medycznych, szczególnie w dziedzinie technologii genetycznej, tworzy dla człowieka nie tylko szanse, ale coraz częściej budzi niepokój związany z coraz większym uzależnieniem i faktem, że ztraca się rola człowieka jako podmiotu [12].

Zadawane jest pytanie: czy w imię postępu człowiek może stawać się przedmiotem eksperymentów, które bywają powodem szkody na zdrowiu i życiu osoby ludzkiej? Sceptycyzm w stosunku do dokonywanych eksperymentów na ciele ludzkim przedstawia nie tylko etyka chrześcijańska, ale także wielu przedstawicieli środowisk naukowych. Podczas konferencji (1996) poświęconej ludziom umysłowo chorym Jan Paweł II przekazał myśl, że człowiek dla postępu społecznego i w imię dobrobytu, nie może być środkiem do osiągnięcia celów, gdyż każda osoba ludzka jest celem samym w sobie.

Nie ma moralnego uzasadnienia fakt przeprowadzania doświadczeń na żywej istocie ludzkiej, okaleczanie ciała lub sterylizacja w przypadku, gdy narażone jest życie oraz integralność psychiczna i fizyczna człowieka [13]. Działalność wielu naukowców budzi zaniepokojenie, ponieważ podłożem ich często jest przeświadczenie, że wszystko, co dotyczy ludzkiego organizmu przed uczonymi stoi otworem, a człowiek XXI i XXII wieku będzie tym, czym sam zechce być [10].

Podstawową zasadą katolickiej nauki społecznej jest, skierowana na dobro osoby ludzkiej, zasada personalizmu, w której człowiek jest celem wszelkich podejmowanych działań. Ciało nie może być uprzedmiotowione i traktowane tylko jako materia, ponieważ jest integralnym elementem osoby, a we współczesnych refleksjach etycznych toczą się spory na

temat znaczenia ludzkiej cielesności. Istota ludzka, jako źródło norm moralnych, to integralna jedność ciała i duszy.

W 1995 roku w Watykanie opracowano i wydano Kartę Pracowników Służby Zdrowia, w której zawarto zasady chrześcijańskiej bioetyki dotyczącej wolności osoby ludzkiej i poszanowania jej prawa do godności narodzin, życia i śmierci. Zasady te nakazujące ponad wszystko szacunek dla każdej istoty ludzkiej, znalazły zastosowanie we wszystkich dziedzinach nauk bioetycznych i dotyczą: badań prenatalnych, eksperymentów medycznych, ochrony dziecka nienarodzonego, inżynierii genetycznej, prokreacji medycznie wspomagannej, eutanazji, opieki paliatywnej, zabójstwa, opieki nad ludźmi starszymi [14]. Wszystkie te zagadnienia poruszane są w wydanej 25 marca 1995 roku Encyklice „*Evangelium vitae*” Jana Pawła II. Problematyka zawarta w niej porusza sprawy nowej kultury życia ludzkiego i aktualnych jego zagrożeń, a odpowiedzią na wszystkie pytania, według Ojca Świętego, jest przykazanie – nie zabijaj, miłuj bliźniego swego, jak siebie samego. Każdy człowiek posiada godność, uprawnienia i prawa właściwe jego naturze jako osobie ludzkiej, są nimi prawo do życia i nienaruszalności cielesnej .

Jan Paweł II w swojej encyklice „*Veritatis splendor*” przeciwstawiał się rozdzielaniu wymiaru cielesnego osoby ludzkiej od wymiaru duchowego. „...*Cała osoba, włącznie z ciałem zostaje powierzona samej sobie i właśnie w jedności duszy i ciała jest podmiotem własnych aktów moralnych*” [9]. Niezależnie od aktualnego stadium rozwoju, w chorobie czy zdrowiu, w niepełnosprawności i upośledzeniu, z faktem bycia osobą ludzką przysługują każdemu człowiekowi niezbywalne prawa do poszanowania jego godności, nienaruszalności i integralności. Ciągły rozwój nauk medycznych i techniki, prowadzone badania naukowe mają służyć dla dobra człowieka, dbania o jego zdrowie psychiczne i fizyczne z jednoczesnym bezwzględny poszanowaniem fundamentalnych kryteriów moralnych. Nauka i mądrość, dla których ostatecznym celem jest zawsze człowiek jako jedność ciała i ducha, powinna mieć na uwadze prawo jednostki ludzkiej do poszanowania jej godności, nienaruszalności i integralności.

Współczesne zdobycze medycyny oraz perspektywy przyszłych budzą ogromne zainteresowanie i jednocześnie zaniepokojenie wśród opinii publicznych i wielu badaczy. Problematyka ta była przedmiotem I Kongresu Moralistów Europejskich w Strasburgu, który odbył się w 1973 roku. Tematem tego spotkania było zagadnienie władzy człowieka nad człowiekiem w aspekcie zagrożenia praw człowieka przez działania medyczne. Kolejna debata, która odbyła się w Genewie w 1973 roku z inicjatywy Rady Międzynarodowej Organizacji Nauk Medycznych (CIOMS) dotyczyła problemu ochrony praw człowieka wobec postępów biologii

i medycyny. Natomiast sprawami eksperymentów prowadzonych na żywych organizmach ludzkich zajął się zorganizowany w 1977 roku II Kongres Moralistów Europejskich.

Osiągnięciom naukowo-medycznym nie towarzyszy już tylko entuzjazm, bowiem istota ludzka doświadczyła bardzo boleśnie, że geniusz człowieka wielokrotnie obracał się przeciwko niemu. Budzi zaniepokojenie fakt akceptowania „kosztów ludzkich” dla ciągłego postępu medycznego, co w praktyce może doprowadzić do wyrażania zgody na „koszty” ludzi upośledzonych, osób pojedynczych lub istot ludzkich w życiu embrionalno- płodowym.

Organizowane i prowadzone przez naukowców dyskusje na temat wpływu osiągnięć nauk medycznych na związane z tym zagrożenie dla integralności osoby ludzkiej, są wyrazem zaniepokojenia realnym faktem podejmowania prób kształtowania „lepszego i nowego” człowieka oraz ingerowania w jego duchowo-cieleśną naturę [10]. Głosy naukowców w tych sprawach są podzielone. Dla wielu z nich interwencja w psychocieleśną strukturę człowieka to sposób na szczęście i rozwój osoby ludzkiej, to ujarzmianie chorób i przynoszenie ulgi w cierpieniu.

M. W. Nirenberg, laureat nagrody Nobla (1969), amerykański biochemik, to przedstawiciel grupy naukowców odwołujących się do zasad etyki i moralności, którzy są zaniepokojeni faktem urzeczowiania człowieka, poprzez ingerowanie w jego czynności fizjologiczne i sposób rozmnażania. Natomiast niemiecki limnolog G. H. Schwabe jest przeciwnikiem prowadzenia działań naukowych na żywym organizmie ludzkim, ponieważ prowadzi to do poważnych, nieodwracalnych deformacji biogenetycznych. Kolejnym dowodem istniejącej potrzeby podejmowania dyskusji na temat prawa do nienaruszalności cielesnej jest zorganizowanie w 1983 roku w Monachium spotkania Międzynarodowego Stowarzyszenia Chirurgów, podczas którego zajmowano się etyczno-moralną stroną zagadnienia transplantacji narządów oraz procesu umierania człowieka.

Według zasady przyjętej przez Powszechną Deklarację Praw Człowieka za podstawę należnego każdej istocie ludzkiej prawa do życia i nienaruszalności cielesno-duchowej jest naturalna godność człowieka. Liczne kodeksy i konwencje międzynarodowe przedstawiają podobne zrozumienie zagadnienia poszanowania godności podając, że nieutralne prawo do nietykalności cielesnej i życia to najbardziej podstawowe prawo każdej istoty ludzkiej.

W świetle prowadzonych dyskusji i rozważań wielu przedstawicieli świata zarówno naukowego, jak i etycznego proponuje, aby zaniechano dokonywania działań medycznych na organizmie ludzkim tak długo, aż współczesny człowiek posiada odpowiedni poziom etyczno-moralny, należyta mądrość i rozwagę, dzięki którym zdobyta dotychczas wiedza będzie wykorzystywana bezwzględnie tylko dla dobra ludzkiego życia.

Bardzo szeroko problemami etycznymi, związanymi z rozwojem nauki i diagnostyki, zajmuje się WMA, czyli pozarządowa organizacja medyczna – Światowe Stowarzyszenie Lekarzy, która w tej sprawie wydała liczne deklaracje. Próbą regulacji sposobów i metod prowadzenia na żywym organizmie ludzkim badań biomedycznych jest Deklaracja Helsińska z 1964. Jest to bardzo ważny dokument przedkładający dobro człowieka ponad interes nauki i społeczeństwa, pacjentowi nadaje prawo wyrażania lub nie zgody na zabieg, bez której żadne czynności i eksperymenty wobec jego ciała nie mogą być podjęte. Deklaracja podpisana w 1968 roku w Sydney odnosi się do problematyki przeszczepów, a także obowiązku i warunków potwierdzania śmierci dawcy. Stanowisko na temat przerywania ciąży określiła w 1970 roku Deklaracja z Oslo, która stwierdziła, że najwyższy szacunek przynależny człowiekowi przysługuje od samego początku jego życia, a więc od poczęcia [15].

W prawie polskim bardzo długo nie było jednolitego aktu prawnego dotyczącego transplantologii, mającego na celu ochronę niezbywalnego prawa człowieka do poszanowania jego integralności i godności. Obecnie obowiązuje uchwalona 26 października 1995 roku Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Dotyczy ona przeszczepów „*ex mortuo*” oraz „*ex vivo*”, ale nie reguluje problemu pobierania i przeszczepiania komórek rozrodczych i płodowych [15]. Rozszerzeniem tej ustawy jest wydane 30 listopada 1996 roku Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, w którym dokładniej sprecyzowano warunki pobierania i kwalifikowania do przeszczepów.

Problematyka eksperymentów medycznych w polskim prawie uregulowana jest w rozdziale IV Ustawy o zawodzie lekarza. Jednak ustawa ta nie wystarczająco chroni prawa człowieka w życiu embrionalno-płodowym. Dokonywanie eksperymentów na embrionach ludzkich budzi bardzo dużo wątpliwości zarówno prawnych, jak i etycznych, ponieważ istot ludzkich w tym etapie ich życia nie wyklucza się z uczestnictwa w eksperymentach medycznych. Jest to sprzeczne z postanowieniami Konstytucji RP, ponieważ człowiek będący na tym etapie rozwoju nie może sam wyrazić zgody na interwencję eksperymentalną. W Polsce nie powstała ustawa, która miałaby regulować problem badań nad embrionami ludzkimi oraz ich „produkcją”. W dniu 7 stycznia 1993 roku wydano ustawę odnoszącą się do życia dzieci nienarodzonych, stwierdzającą, że chronić je powinno się od chwili poczęcia.

Ważnym faktem dotyczącym krajów Unii Europejskiej jest uchwalenie w 2003 roku przez włoski senat restrykcyjnej ustawy dotyczącej ochrony embrionu ludzkiego, przyznając mu wysoki status i prawo do nienaruszalności. Kolejnym głosem opinii jest fakt negatywnego ustosunkowania się 7 września 2000 roku Parlamentu Europejskiego do problemu „produkcji” embrionów ludzkich dla potrzeb naukowych.

Głosem Kościoła była wydana w 1987 roku przez Kongregację Nauki Wiary, Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania „*Donum vitae*”. Dotyczyła ona bezwarunkowego prawa embrionu ludzkiego do poszanowania jego integralności cielesnej i duchowej, która przynależy się każdej istocie ludzkiej.

Prawo nietykalności życia człowieka i nienaruszalności cielesnej jest prawem moralnym wynikającym z faktu człowieczeństwa. Tego prawa nie może nikt godziwie odebrać ani też nadawać, gdyż jest ono stałe i niezmienne, obowiązuje każdą jednostkę ludzką. „...*Życie ludzkie jest nietykalną wartością, a wszelkie godzenie w życie niewinnego człowieka, niezależnie od kogo pochodzi i kogo dotyczy, nosi znamię zbrodni zabójstwa*” [10].

Corpore et anima unus – czyli jeden ciałem i duszą – tak w naukach Kościoła pojmowana jest osoba ludzka. Człowiek jest nierozdzielną jednością materii i duszy, czyli dwóch połączonych natur, tworzących jedną naturę. Jako osoba ludzka posiada rozum i wolę, godność i duszę nieśmiertelną. Ciało uczestniczące w godności osoby ożywiane jest przez duszę, która w Piśmie Świętym oznacza całą osobę lub życie ludzkie, przedmiot integralnej obrony chrześcijaństwa. Jest czymś najwartościowszym i najbardziej wewnętrznym, pojmowanym jako zasada duchowa człowieka. Człowiek jako osoba biopsychiczna z przenikającymi się rzeczywistościami materialnymi i duchowymi posiada zdolność do aktów miłości i wolności oraz do intelektualnego poznania. Żadna osoba ludzka nie powinna gardzić życiem ciała, niezależnie od etapu jego rozwoju, lecz przeciwnie, uważać je za godne poszanowania i najwyższego szacunku [16].

Według Kościoła katolickiego, człowiek jako istota biopsychiczna, jest wartością bezcenną. Troszcząc się o jego życie somatyczne ze wszystkimi uwarunkowaniami organicznymi, a także wegetatywnymi, zapewnia się dobrą jakość działania psychicznego i moralno-duchowego człowieka.

Koncepcja człowieka, jako jedności psychofizycznej, to podstawowe założenie personalizmu chrześcijańskiego, według którego osoba ludzka traktowana jest jako kryterium wszelkiego wartościowania moralnego, a także oceny ludzkich działań. Do przedstawicieli tego nurtu należą: święty Tomasz z Akwinu, J. Maritain, M. Scheler, E. Mounier oraz przede wszystkim Karol Wojtyła – Jan Paweł II. W myśl personalizmu osoba ludzka to podmiot i cel, tkwi w niej godność, jest nadrzędną wartością społeczną, ekonomiczną i materialną.

W adhortacji „*Familiaris consortio*” Jan Paweł II pisze: „...*Człowiek jako duch ucieleśniony, czyli dusza, która się wyraża poprzez ciało i ciało formowane przez nieśmiertelnego ducha, powołany jest do miłości w tej właśnie zjednoczonej całości*” [14]. Zwracając się do przedstawicieli świata medycznego, których ostatecznym celem

zainteresowania i badań naukowych jest ciało, Jan Paweł II zawsze postulował, aby mieć na uwadze godność osoby ludzkiej jako jedności cielesno-duchowej.

Według personalistycznej nauki Kościoła możliwe jest głębsze zrozumienie pojęcia zdrowia i choroby, w przeciwieństwie do modelu klinicznego, który jest nie wystarczający. Człowieka nie można ujmować tylko przez pryzmat zjawisk biologiczno-fizycznych. Kościół postuluje troskę o równowagę biologiczno-psychiczno-społeczną każdej jednostki ludzkiej zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie. Troska Kościoła o człowieka, jako jedności ciała i duszy, znalazła bardzo głębokie odzwierciedlenie w jednym z najważniejszych modeli etyki pielęgniarskiej, w ewangelicznej etyce troski. Ta humanistyczna nauka Kościoła w postępowaniu pielęgniarek wobec chorego zwraca uwagę na potrzebę troski o jego ciało, ale w ścisłym powiązaniu z jego duchowością. Wskazuje na potrzebę całościowego poszanowania oraz integrowania ciała ludzkiego wraz z jego umysłem i duszą, co przyczyniać się ma do osiągnięcia wewnętrznej harmonii przez człowieka [17].

Integracja ciała z duszą i umysłem pomaga w uwalnianiu człowieka od trapiących go chorób i wewnętrznych dysharmonii.

Cierpienia duszy czynią człowieka nieszczęśliwym, bezradnym, osamotnionym, z poczuciem niskiej własnej wartości, a także mogą doprowadzić do przedwczesnej śmierci. Nauka Kościoła, troska jego o ludzkie ciało i duch to w aspekcie etyki są podwaliny i esencja pielęgniarstwa.

Pielęgniarka, często najbliższa osoba towarzysząca choremu, ma dostęp do jego ciała, umysłu i ducha, dba o zaspokajanie jego potrzeb, w tym miłości i troskliwości. Humanistyczno-altruistyczna postawa pielęgniarki, to szacunek dla zjawisk życia, uznawanie duchowego wymiaru życia i że człowiek jako istota duchowa dąży do osiągnięcia harmonii zarówno wewnętrznej, jak też i zewnętrznej. W rozumieniu holistycznej ludzkiej troskliwości, potrzeby ciała i ducha stanowią nierozdzielna jedność, a „...proces troskliwości zachodzi na poziomie duchowym i polega na odkrywaniu »siebie« i na świadomości »siebie«” [17].

Przedstawicielką takiej koncepcji pielęgniarstwa dotyczącego uzdrawiającej siły ducha ludzkiego jest Jean Watson, która głosiła, że pielęgniarstwo powinno zawsze dążyć do poszukiwania sensu istoty ludzkiego człowieczeństwa. Nauka Kościoła, w swej trosce o każdą osobę ludzką, nieustannie podkreśla w każdym człowieku związek ciała i duszy, stanowiące nierozdzielne *compositum*. Sprawia to, że bycie osobą ludzką określa wewnętrzną jakość każdego człowieka, a nie tylko daną z zewnątrz kwalifikację [9].

Piśmiennictwo

1. Emery A.: Cierpienie i ból, „Cierpienie”, „Communio”. Międzynarodowy Przegląd Teologiczny, 1986, 2, 36.
2. Jan Paweł II: Ewangelia cierpienia,. Kraków 08 czerwca 1997.
3. Nawrocka A.: W poszukiwaniu podstaw i zasad bioetyki. Śląska Akademia Medyczna, Katowice, 2001.
4. Osińska K.: Twórcza obecność chorych. Wyd. WAW, Warszawa, 1980.
5. Block B.: Człowiek chory przewlekle i terminalnie. Wyd. Czelej Sp. z o.o., Lublin, 2003.
6. Ruszkowska J.: Ostatnia choroba – Hospicjum [w:] Refleksje nad etyką lekarską, Osińska K (red.). Wyd. WAW, Warszawa, 1992, 145.
7. Pera H.: Sam nie podołam [w:] Sens choroby, sens śmierci, sens życia. Wyd. „Znak”, Kraków, 1984, 117.
8. Osińska K.: Ludzie chorzy we wspólnocie ludzkiej [w:] Ludzie chorzy i starsi w Kościele, Dąbrowski B. (red.). Wyd. ATK, Warszawa, 1981, 42.
9. Machinek M.: Życie w dyspozycji człowieka. Wyd. Hosianum, Olsztyn, 2004.
10. Kornas M.: Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej. Częstochowskie Wyd. Diecezjalne, Częstochowa, 1986.
11. Dąbska M.: Zasady deontologii w zakresie stosunku do życia ludzkiego i godności osoby ludzkiej [w:] Refleksje nad etyką lekarską, Osińsk K. (red.), Wyd. WAW, Warszawa, 1992.
12. Brzeziński T.: Etyka lekarska. Wyd. PZWL, Warszawa, 2002.
13. Katechizm Kościoła Katolickiego. Wydawnictwo XX. Pallotynów „Pallottinum”, Poznań 1994.
14. Nawrocka A.: W poszukiwaniu podstaw i zasad bioetyki. Śląska Akademia Medyczna, Katowice, 2001.
15. Krzak M.: Ochrona praw pacjenta w normach międzynarodowych i w prawie polskim. Antidotum – Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej, 1999, 6-56.
16. Dominian J.: Cykle afirmacji ludzkich. Wydawnictwo „PAX”, Warszawa, 1986, 69.
17. Poznańska S.: Jean Watson – model humanistycznej troskliwości [w:] Wybrane modele pielęgniarstwa, Płaszewska-Żywko L., Poznańska S., (red.). Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Krakówm 2001, 182.

Non omnis moriar, czyli jak pozostać żywym po śmierci. Sposoby wykorzystania zwłok ludzkich

Banera Aleksandra¹, Myślińska Joanna¹, Dorna Krzysztof³, Szymanek-Pędzik Małgorzata¹, Kołcz Anna¹, Sobieszczańska Małgorzata¹, Ferenc Stanisław², Gnus Jan^{1,2}

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

Wstęp

Gdy żyjemy, jesteśmy kimś, osobą. Po śmierci stajemy się nieboszczykiem, zwłokami. Według prawa własności zwłoki ludzkie są rzeczą i nie należą do nikogo. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2001 roku w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi definiuje pojęcie zwłok jako „ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży”. Zmarli nie mają praw moralnych i obowiązków. To my mamy obowiązek moralny z szacunkiem obchodzić się z ciałem zmarłego [1]. Człowiek samostanowi o sobie, prawo to nie zanika po śmierci, wola przedstawiona za życia musi być respektowana. Możliwości są jednak ograniczone. Osoba może wyrazić zgodę, przez brak zgłoszenia sprzeciwu, na pobranie narządów, może też zdecydować o oddaniu swojego ciała na cele naukowe. Nie jest zaś zobowiązujące wskazanie przez osobę preferowanej formy i miejsca pochówku [2]. Art.12 Ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych wskazuje pochowanie w grobie ziemnym, murowanym, w katakumbach, zatopienie w morzu oraz przechowywanie urn z prochami w kolumbariach jako jedyne dozwolone metody pochówku. Z tym, że zatopienie w morzu artykuł 16 tejże ustawy doprecyzowuje i określa, że tylko osoby zmarłe na okręcie na pełnym morzu mogą zostać zatopione, o ile kapitan nie zadecyduje inaczej lub jest szansa na dopłynięcie do brzegu w ciągu najbliższych 24 godzin.

Cel pracy

Celem naszej pracy jest przedstawienie możliwości zagospodarowania zwłok ludzkich, zagospodarowania ich przez osobę zmarłą za życia lub przez jej bliskich. Zaprezentujemy tradycyjne, nowatorskie jak i kontrowersyjne metody pozostania żywym po śmierci. Pokażemy, jak mimo śmierci zostać naukowcem, pracownikiem uczelni medycznej, drzewem, jak uratować życie, zamienić się w przedmiot, czyli jak zostać upamiętnionym na wieki.

Rozwinięcie

Daj życie

Do rodzajów sposobów wykorzystania ludzkiego ciała po śmierci można zaliczyć transplantologię, czyli pobieranie ze zwłok ludzkich narządów do przeszczepów. Regulacje prawne tej procedury są określone w Ustawie z dnia 1 lipca 2005r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz jej nowelizacje z 2009r. i 2017r. Dawcą narządów może być osoba, u której doszło do śmierci mózgu, utożsamiana jest ona ze śmiercią człowieka, nie oznacza jednak zgonu całego ciała ludzkiego. Do lat 60. XX-wieku do określenia czyjś zgonu w medycynie używano kryterium krążeniowego, należącego do tzw. klasycznej definicji śmierci i oznaczającego nieodwracalne ustanie krążenia. W momencie, kiedy do użytku weszły metody reanimacji, respiratory i aparaty sztucznie podtrzymujące krążenie, ta definicja przestała być aktualna. W 1980 r. Prezydencka Komisja ds. Studiów Problem Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych opublikowała „Akt Jednolitego Ustania Śmierci” [Uniform Determination of Death Act (UDDA)], w którym za śmierć człowieka uznano ustanie pracy pnia mózgu, przy zachowaniu kryterium śmierci jako nieodwracalnego ustania pracy układu oddechowego i układu krążenia [3]. W Polsce obowiązują wytyczne oparte na raporcie UDDA i zamieszczone w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Istnieją specjalne procedury, określające jakie badanie i w jakim czasie należy wykonać u osoby z podejrzeniem śmierci mózgu. Wraz z rozwojem metod i technik diagnostycznych kryteria te są aktualizowane. Wytyczne te określają śmierć organizmu jako zjawisko zdysocjowane, dlatego proces umierania obejmuje nie cały organizm na raz, a poszczególne tkanki w różnym czasie. Człowiek uznany zostaje za zmarłego mimo, że niektóre jego części

pozostają nadal żywe. Neurologiczne kryteria śmierci pozostają więc niespójne z biologicznymi kryteriami śmierci. Istota śmierci mózgowej nadal budzi niepokój i dylematy natury moralnej, zwłaszcza wśród rodzin potencjalnych dawców, które często wysuwają oskarżenia o zbyt szybkie i nieuzasadnione stwierdzenie śmierci celem pozyskania narządów do przeszczepu dla innego pacjenta. Aby zapobiegać takim sytuacjom istnieją wyżej wymienione ustawy oraz procedury obejmujące trwające od 24h do 72h badania pacjenta i konieczność powoływania specjalnej komisji do orzekania o śmierci mózgowej. Sam fakt, że ktoś został uznany za zmarłego na podstawie kryteriów neurologicznych nie oznacza, że jego narządu zostaną pobrane do przeszczepu. Konieczne jest jeszcze wyrażenie zgody na pobranie ze zwłok materiału do przeszczepu. Obecnie stosowane są dwie metody umożliwiające uznanie zmarłego za dawcę narządów *post mortem*. Model zgody wyraźnej, o którym mówi się w przypadku, jeżeli zmarły za życia lub uprawniona do tego osoba z rodziny wyrażą świadomą zgodę na pobranie po śmierci narządów lub tkanek do przeszczepu. Drugi model, zwany modelem tzw. zgody domniemanej, przyjmuje założenie, że przy braku wyrażonego za życia sprzeciwu (w formie określonej przez prawo) każdy człowiek jest potencjalnym dawcą. Obecnie w Polsce w teorii obowiązuje zasada domniemanej zgody, natomiast w praktyce, zgodnie z tradycją oraz z obawy przed pozwami sądowymi, lekarze nadal pytają rodzinę zmarłego o zgodę i nie podejmują procedury pobrania tkanek lub narządów do przeszczepu bez jej otrzymania [4]. O transplantologii mówi się często w kontekście uprzedmiotowienia ciała człowieka do swoistej bazy części zamiennych. Jest to jednocześnie dziedzina, która w sposób bezpośredni ratuje ludzkie życia.

Możliwość przeszczepiania narządów od zmarłego dawcy do chorego biorcy i przedłużenia w ten sposób jego życia jest w istocie życiodajnym elementem śmierci.

Czy można mówić o wykorzystaniu zwłok kogoś, kto się nawet nie narodził? Dyskusja nad tym, czy ludzki zarodek należy traktować jako tkankę, czy już jako człowieka ciągle trwa i budzi dylematy natury moralnej zarówno w środowisku naukowym, jak i w opinii społeczeństwa. Źródłem ludzkich zarodków są najczęściej procedury rozrodu wspomaganego, czyli stosowanie technik zapłodnienia pozaustrojowego. W niektórych krajach (np.: Belgia, Hiszpania, Wielka Brytania) prawo dopuszcza wytwarzanie ludzkich zarodków wyłącznie w celach badawczych [5]. Podczas stosowania techniki zapłodnienia *in vitro* nie zawsze wszystkie powstałe zarodki są implantowane w macicy matki. Nadliczbowe embriony zostają zamrożone podczas procedury zwanej kriokonserwacją i jeżeli nie zostaną zużyte (zaimplantowane) w ciągu 5 lat, często zostają zniszczone. Liczba takich nadliczbowych embrionów, które powstają podczas procedur *in vitro*, sięga nawet 68 000

rocznie. Nie wszystkie embriony przeżywają całą procedurę, część umiera podczas procesu zamrożenia. Część zaś zostaje przekazana na badania naukowe, mające na celu na przykład poprawę skuteczności zabiegów *in vitro*. Embriony, które nie przeszły pomyślnie screeningu genetycznego również zostają przekazane do zniszczenia lub dalszych badań [6]. Niektóre kraje (jak na przykład Niemcy i Austria) zabraniają tworzenia nadliczbowych embrionów, a jedynie taką ich liczbę, która zostanie poddana implantacji w macicy matki [7]. Duże nadzieje budzi możliwość wykorzystania komórek macierzystych z blastocysty rozwijającego się zarodka (hESC- *human Embronic Stem Cells*). Komórki te, produkowane gdy zarodek osiągnie stan 8 blastomerów, mają potencjał pluripotencjalny, co oznacza, że mogą rozwinąć się w każdy typ komórek somatycznych. Daje to perspektywę na tzw. klonowanie terapeutyczne, czyli produkcje sklonowanych embrionów biorcy przeszczepu, z których można by wytworzyć tkankę dowolnego narządu, zależnie od potrzeby. Pozwoliłoby to nie tylko na zaspokojenie ciągle rosnącego wraz ze starzeniem się społeczeństwa zapotrzebowania na narządy do przeszczepu, czego nie da się zrobić „naturalnymi metodami”, ale także wykluczyłoby konieczność szukania dopasowanego pod względem antygenów dawcy i stosowania środków immunosupresyjnych, co znacznie zmniejszyłoby negatywne skutki uboczne tych procedur [6]. Użycie komórek macierzystych możliwe jest również w medycynie regeneracyjnej, potencjalnie mogłoby pomóc w leczeniu takich chorób degeneracyjnych, jak np.: choroba Parkinsona.

Status ontologiczny embrionu nie jest jednoznacznie określony w ustawodawstwie europejskim. Zarówno wytwarzanie zarodków jedynie w celach badań naukowych, jak i zarodków nadliczbowych jest różnie regulowane w różnych krajach Europy. Ochrona embrionu to nie tylko ochroną prawa do życia, ale również ochroną przed nadużyciem i uprzedmiotowieniem zarodka [7]. W Polsce według Ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności w ramach programu *in vitro* zapładnianych jest do 6 komórek jajowych (aczkolwiek lekarz może w wybranych przypadkach podjąć decyzję o zapłodnieniu większej ilości komórek), możliwa jest preimplantacyjna diagnostyka genetyczna oraz mrożenie zarodków. Ustawa ta natomiast nie zabrania użycia nadliczbowych zarodków do badań eksperymentalnych oraz komercyjnych [8].

Jak jeszcze po śmierci możemy ratować życie innych ludzi? W USA i Danii założone zostały firmy zajmujące się odzyskiem implantów, endoprotez, płytek z ciał poddanych kremacji. Do programu przyłączyć się można za życia, otrzymuje się pudełko, które po zgonie rodzina dostarcza do krematorium. Po procesie spalenia i odsianiu prochów otrzymana część jest zabierana, odnawiana i zostaje powtórnie użyta [9].

Nauczaj *Hic mortui docent vivos*, czyli „tutaj umarli uczą żywych”, jak głosi łacińska sentencja. Taki napis znajduje się nad wejściem do prosektoriów niemal każdej uczelni medycznej nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Niezidentyfikowane zwłoki mogą zostać przekazane publicznym uczelniom medycznym na mocy art.10 Ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych [10]. Obecnie jednak istnieje inny sposób pozyskiwania zwłok na potrzeby uczelni publicznych. Wiele osób słyszało o możliwości przekazania swojego ciała po śmierci na potrzeby nauki. Najczęściej chodzi w tym wypadku o podarowanie swojego ciała po śmierci na użytek Uniwersytetów Medycznych. Odbywa się to przez Program Świadomej Donacji, który został w Polsce zapoczątkowany przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach w 2004r., a od 2008r., jest praktykowany również na innych uniwersytetach medycznych w Polsce [1]. Każda osoba, która chciałaby przekazać swoje zwłoki wybranej uczelni, jest zobowiązana do złożenia pisemnego oświadczenia woli, uwierzytelnionego przez notariusza. W akcie tym należy wskazać osobę, która poinformuje Katedrę Anatomii o zgonie darczyńcy. Za transport zwłok do Katedry jest już odpowiedzialny Uniwersytet. Rodzina zmarłego nie odnosi żadnych korzyści majątkowych z tytułu jego donacji, za to może nie wyrazić zgody na donację, wbrew woli zmarłego i odzyskać ciało zmarłego po opłaceniu kosztów jego transportu i przechowywania. Uczelnia Medyczna może odmówić przyjęcia ciała, jeśli w danym momencie nie ma możliwości zapewnienia godnych warunków jego przechowywania, ciało jest w zaawansowanym stadium rozkładu gnilnego, u zmarłego rozpoznano zakażenie wirusem HIV, WZW typu B lub C lub inną chorobą zakaźną, albo jeśli zgon nastąpił za granicą. Przewidywany okres sekcjonowania zwłok wynosi 5 lat. Po tym czasie Uczelnia ponosi koszty kremacji i pochówku zwłok [11]. Na Śląskim Uniwersytecie Medycznym pogrzeb jest uroczystą ceremonią, w której bierze udział nie tylko rodzina i znajomi zmarłego, ale także studenci oraz dydaktycy. Efektem wprowadzenia zorganizowanego programu świadomej donacji jest znaczny wzrost liczby osób chętnych do przekazania swoich zwłok na potrzeby nauczania na uczelniach medycznych. Od 1-5osób które zgłaszały taką chęć do 2003r., do 134 osób w 2007r., tyle osób oddało swoje ciała na rzecz Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w ostatnich latach [1].

„*Oni są tym, czym my będziemy. Jesteśmy tym, czym oni byli*” [12] – tak o podarowanych na rzecz Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego zwłokach mówi Profesor Florian Czerwiński, znany polski anatom i lekarz dentysta. W czasie tych kilku lat ciało jest wykorzystywane do nauczania studentów budowy anatomicznej człowieka. Nawet najlepsze syntetyczne modele 3D nie są w stanie oddać skomplikowanej budowy mikro

i makroskopowej ciała ludzkiego. Dlatego nauka na ludzkich zwłokach jest niezbędna dla młodych lekarzy.

Jednym ze sposobów oceny poziomu hominizacji jest wykształcenie rytuałów związanych z pochówkiem zmarłych. Od prostego kurhanu ułożonego z polnych kamieni do ogromnych piramid, gdzie wraz z Królem Egiptu chowano często jego służbę oraz ogromne bogactwa. Szacunek do ciała ludzkiego po śmierci jest głęboko zakorzeniony w naszej kulturze oraz religii. W dominującej w Polsce religii katolickiej, kościół nie zabrania swoim wiernym oddawania swojego ciała po śmierci na rzecz nauki, jeżeli nie są z tego tytułu odnoszone korzyści materialne.

Poza wykorzystaniem zwłok podczas nauczania anatomii, w medycynie zwłoki używa się również do przeprowadzania operacji treningowych, mających na celu doskonalenie umiejętności operatorów, a także do ćwiczeń w wykonywaniu takich czynności jak intubacja. Otwarta pozostaje kwestia, co dokładnie mieści się w granicach możliwości rozporządzania zwłokami zmarłego donora. Często podczas preparacji zwłok pobierane są narządy, które następnie zostają utrwalone i dalej wykorzystywane do nauczania i nie zawsze zostają pogrzebane wraz z resztą ciała zmarłego. Natomiast zaleca się, aby nie naruszać integralności zwłok ponad bezwzględną konieczność. Dlatego wykorzystanie zwłok do nauczania wiedzy anatomicznej podlega zarówno zasadom prawnym, jak i etycznym. Podczas wykonywania sekcji zwłok lekarz przestrzega zasad sztuki lekarskiej oraz etyki lekarskiej. Nie ma wątpliwości, że ludzka moralność nakazuje traktować przekazane zwłoki z szacunkiem oraz poszanowaniem ich godności.

Warunkiem sine qua non wykorzystania ludzkich szczątków w nauce jest brak możliwości uzyskania danych informacji w żaden inny sposób.

Wiedza pozyskana w ten sposób była do tej pory dostępna tylko dla niewielkiej grupy ludzi bezpośrednio związanych z zawodami medycznymi. O tym, co się odbywa oraz co można zobaczyć w prosektorium, przeciętny człowiek mógł jedynie przeczytać w książce lub zobaczyć w filmie. Tak już jednak nie jest. Niemiecki anatom Günter von Hagens w 1977r. opracował unikatową technikę utrwalania zwłok zwaną plastynacją. Plastynacja jest metodą utrwalania zwłok polegającą na usunięciu z ciała wody i tłuszczu poprzez kąpiel w acetonie, a następnie nasycenie tkanek syntetycznymi polimerami. Powoduje to zatrzymanie procesu rozkładu, następnie preparat jest utwardzany oraz koloryzowany specjalnymi barwnikami [13]. Doktor Günter von Hagens jest twórcą być może najbardziej znanej wystawy objazdowej na świecie – Body Worlds. Wystawa ta była prezentowana od 1995r. w 130 krajach, na czterech kontynentach i obejrzało ją około 47 milionów osób. Wystawa gościła

również w Polsce, między innymi w Warszawie, Poznaniu, Wrocławiu i Gdańsku. Jak podaje jej twórca, głównym celem wystawy jest edukacja społeczeństwa w arkanach wiedzy anatomicznej oraz profilaktyka zdrowia poprzez pokazanie, jak różny styl życia wpływa na stan organizmu. Celem wystawy jest również uświadomienie ludziom kruchości i delikatności ludzkiego ciała oraz sprowokowanie do zastanowienia się nad przemijalnością i celem ludzkiego życia. W XXI panuje kult ciała, w mediach zobaczyć można głównie piękne, młode ciała i wysportowane sylwetki. Temat choroby i śmierci nadal pozostaje tematem tabu. Dlatego widok ciała zmarłej osoby na wystawie budzi swego rodzaju fascynację. Ekspozycje na wystawie nie są prezentowane odwiedzającym w taki sposób, jak ciała ludzkie studentom na zajęciach. Ciała na wystawie Body Worlds ustawione są w wymyślne pozy, czasem przypominające słynne obrazy, imitujące postawę człowieka w czasie uprawiania sportów, innym razem towarzyszą im rekwizyty, jak rower, czy szachownica. Wystawionym figurkom towarzyszy krótki komentarz medyczny [14]. Niektóre pozy są jeszcze bardziej wymyślne, jak człowiek trzymający w wyciągniętej ręce swoją skórę, mężczyzna na koniu trzymający w jednej ręce mózg ludzki, a w drugiej koński. Na wystawie można też zobaczyć ekspozycje przedstawiające kobiety w ciąży, dzieci, niemowlęta oraz płody.

Z badań ankietowych wynika, że ponad 80% osób odwiedzających wystawę uważa, że dzięki wystawie nauczyli się czegoś nowego o ciele człowieka. Około 40% deklaruje, że skłoni ich to do refleksji nad własną śmiertelnością oraz zmianą stylu życia. 75% osób podało, że głównym powodem dla którego znaleźli się na wystawie jest ciekawość. Natomiast połowa osób po wyjściu z wystawy czuła się zaniepokojona [15]. W księdze gości opinie na temat wystawy są najczęściej pełne mieszanych emocji. Z jednej strony odwiedzający podają, że wystawa bardzo ich zaintrygowała i nauczyła nowych rzeczy o ciele człowieka, z drugiej nie każdemu podoba się układanie ciał w artystyczne pozy [16].

Gdziekolwiek jest wystawiana, ekspozycja Body Worlds budzi liczne dyskusje natury etycznej, moralnej i religijnej. Niejednokrotnie opisuje się ją jako artystyczne show, którego celem jest jedynie wzbudzenie kontrowersji poprzez stworzenie artystycznego dzieła ze szczątków ludzkich. Jednak biorąc pod uwagę opinie osób odwiedzających wystawę, nie można odmówić jej zupełnie walorów edukacyjnych. Sam fakt inicjowania wokół niej dyskusji dotyczącej śmierci i losów ludzkiego ciała po zgonie ma wartość w przełamywaniu tabu i skłanianiu do refleksji nad kruchością ciała ludzkiego i naszą śmiertelnością.

Bardzo popularną, cieszącą się ogromnym zainteresowaniem inwestycją amerykańskiego antropologa sądowego Billa Bassa jest Ośrodek Antropologii Sądowej Uniwersytetu Tennessee, który wszystkim znany jest jako Trupia Farma. Spod pióra

założyciela wyszły dwie książki opowiadające o działalności ośrodka. Trupia Farma stała się również inspiracją dla powieści kryminalnych. Głównym celem jej istnienia jest poszerzanie wiedzy o tym, co dzieje się z ciałem po śmierci. Uczni badają wpływ czynników zewnętrznych, otoczenia czy ubioru na proces rozkładu zwłok. Sprawdzają na przykład, jak najdokładniej określić czas zgonu na podstawie badań entomologicznych, czy też składu gleby, na której znajdowało się ciało [17]. Chętni wziąć udział w projekcie muszą uzupełnić trzykrotnie deklaracje poświadczone podpisami dwóch świadków. Należy odpowiedzieć na pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczące historii medycznej i dołączyć swoje zdjęcie. Na Trupią Farmę nie zostaną przyjęte osoby, które chorowały na gruźlicę, były nosicielami HIV, HAV, HBV, HCV bądź lekoopornego szczepu MRSA. Mimo choroby infekcyjnej można zgłosić się do ośrodka, jednakże w formie prochów po kremacji. Po śmierci, jeśli ciało znajduje się w odległości 100km od Tennessee, transport jest darmowy. Jeśli dalej – rodzina musi sama transport zapewnić. W przeciwieństwie do uniwersytetów medycznych, które oddają ciała rodzinie po pewnym czasie nauki przez studentów, Ośrodek Antropologii Sądowej Uniwersytetu Tennessee tego nie robi. Ofiarując swoje ciało, mamy możliwość wziąć udział w badaniach urazów, symulacjach medycznych procedur, możemy też wyrazić swoje specjalne życzenia, jak chcemy by nasze ciało zostało wykorzystane [18].

Zaskakuj

Ewolucja kultury funeralnej rozpoczęła się na Zachodzie Europy i w Ameryce. Pojawiają się coraz bardziej zaskakujące pomysły na przetworzenie skremowanych zwłok i nowe odmiany pochówku. Do dyspozycji klienta pozostaje pełen wachlarz możliwości, poczynając od wytwarzania pamiątek, przedmiotów codziennego użytku, kończąc na wirtualnych cmentarzach [9].

Modna, również w Polsce, stała się nekrobizuteria. Można zamknąć część prochów w medalionie tworząc relikwiarz, bądź wykonać tak zwany diament pamięci. Diament pamięci powstaje z włosów lub prochów pokremacyjnych [19]. Proces rozpoczyna się od uzyskania węgla. Włosy należy zwęglić, a z prochów wyekstrahować wapń i potas. Otrzymany węgiel pod wpływem wysokiej temperatury przekształca się w grafit. Ten zaś przy użyciu prasy diamentowej stworzy diament. Każdy klejnot jest sprawdzany, klasyfikowany i identyfikowany przez gemologa i jeśli spełnia wymogi, dostaje certyfikat autentyczności. Amerykańska strona www.lifegem.com, której laboratorium znajduje się w Chicago, oferuje zamówienia online. Należy wysłać nie więcej niż 8 uncji, czyli około 225 gramów prochów lub taką ilość włosów, jaka zgromadzi się podczas pojedynczego ścięcia.

Następnie wybieramy kolor, kształt, wielkość i ilość diamentów. Najtańszy kosztuje niecałe 2,5 tysiąca \$ [20]. W Polsce również istnieją firmy zajmujące się produkcją diamentów pamięci, ceny zaczynają się od 4600 zł, a czas oczekiwania wynosi około 9 tygodni [21].

Holenderska twórczyni Merel van Tellingen zaprojektowała opisane imieniem zmarłego ołówki z pozostałości po kremacji. Z 2-3 litrów prochów uzyskać można 240 sztuk. Brytyjska projektantka Nadine Jarvis wymyśliła opakowanie na ołówki i temperówkę wyglądającą jak urna, dzięki czemu z czasem, wypełniając się opiłkami, przekształca się w urnę [9]. Inną pamiątką, która obecna będzie przy nas w każdej chwili każdego dnia jest tatuaż. Istnieje możliwość zrobienia zdobień z dodatkiem prochów zmarłej osoby tzw. *morbid ink* [22].

Niedostępna dla mieszkańców Polski z przyczyn prawnych, ale niezmiernie interesująca jest oferta Urna Bios. Firma ta produkuje biodegradowalne urny, w których znajdują się nasiona, torf i celuloza. Po zakopaniu w ziemi z nasiona wyrasta drzewo. Firma daje klientom możliwość wyboru jakim drzewem chcą zostać po śmierci i gdzie chcą wyrosnąć. Dostępne są bowiem urny służące do zakopania w ziemi, a także donice, których pobocznym zadaniem jest zdobić mieszkanie [9].

W Internecie funkcjonują bazy osób zmarłych pozwalające wyszukać miejsce złożenia ich ciała po nazwisku, imieniu, dacie urodzenia, dacie śmierci bądź wieku. Nazywa się takie informatory e-cmentarzami. O krok dalej idą wirtualne cmentarze. Umożliwiają one postawienie wirtualnego grobu w wirtualnej rzeczywistości – na wirtualnym cmentarzu. Nagrobek możemy dowolnie przyozdobić, postawić na grobie znicz, kwiaty, napisać kondolencje, wysłać wiadomość zmarłemu lub jego rodzinie. Gdy odwiedzamy cmentarz możemy wybrać jaka pogoda, jaka pora dnia będzie panowała wokół [9]. Przykładowo, za miejsce na cmentarzu, grób VIP („zaprojektowany na specjalne życzenie”), zapalenie znicza na zawsze i złożenie kwiatów na zawsze zapłacimy na stronie www.wirtualnycmentarz.pl minimum 420 zł.

Czekaj

Metodą dającą nadzieję na przywrócenie życia po śmierci jest krionika. Polega ona na ochłodzeniu ciała ciekłym azotem do temperatury -196°C i magazynowaniu w takich właśnie warunkach. Krionicy kierują się przy tym teorią, iż według obecnych standardów ludzie martwi niekoniecznie tacy będą wedle norm w przyszłości. Na świecie są tylko cztery ośrodki zajmujące się tego typu pochówkami, na terenie USA - trzy i w Rosji - jeden. Ceny są różne w zależności od ośrodka i od tego, czy decydujemy się na zamrożenie całego ciała, czy wersję

„neuro” – zachowanie mózgu z głową bądź bez [9]. Przykładowo: Cryonics Institute w Michigan, stan na marzec 2019 roku, podaje, iż posiada aktualnie 1,962 członków, w tym ośmioro z Polski. Ten konkretny zakład nie wykonuje konserwacji „neuro”, dostępna jest tylko opcja zamrożenia całego ciała, będąc przy tym najtańszą spośród wszystkich ośrodków. Instytut sugeruje klientom przed śmiercią przeprowadzić się bliżej Michigan, by zapobiec opóźnieniom transportu. Doradza również zorganizowanie grupy wolontariuszy bądź pracowników Instytutu, która będzie czuwała przy pacjencie w stanie terminalnym, aby jak najszybciej rozpocząć proces schładzania. Polega na umieszczeniu całego ciała lub samej głowy w lodowatej wodzie. Następnie wstrzykuje się heparynę i uciska klatkę piersiową przez 5 minut żeby rozprowadzić antykoagulant w ciele. Po dotarciu do instytutu usuwa się krew z naczyń i wodę z organizmu, podaje do obu tętnic szyjnych środki zapobiegające tworzeniu się lodu. Zwłoki transportuje się do chłodziarki i w ciągu pięciu i pół dnia schładza się do temperatury -196°C . Ciała przechowywane są w kriostatach, w których codziennie monitoruje się stężenie ciekłego azotu [23].

Podsumowanie

Warto rozważyć pomysł zagospodarowania swojego ciała po śmierci. Być może uratuje ono czyjeś życie, pomoże wykształcić nowe pokolenie lekarzy czy antropologów. Być może, zamrożone, zostanie kiedyś przywrócone do życia. Dla osób, które cierpią po stracie, ważna zdaje się być materialna pozostałość po zmarłym. Chęć stworzenia pamiątek zawierających ludzkie prochy świadczyć może również o braku akceptacji faktu, że tej osoby już nie ma wśród nas. Doświadczamy marginalizacji śmierci, skupiając się na komercyjnych aspektach, odsuwamy temat umierania. Rynek pogrzebowy tworzy nowe potrzeby klientów [24]. Sposobów pozwalających na uatrakcyjnienie życia po śmierci jest wiele. Każdy znajdzie coś dla siebie. Rodzi się tylko pytanie: czy moda, ekstrawagancja i tendencja do przenoszenia każdego aspektu życia, w tym śmierci, do Internetu, nie zaszły już odrobinę za daleko?

Piśmiennictwo

1. Morciniec P.: Ludzkie zwłoki jako obiekt badawczy: dowolność działań czy normowanie? *Diametros*, 2009, 19, 78-92.
2. Gardocka T.: Czy zwłoki ludzkie są rzeczą i co z tego wynika? [w:] *Non omnis moriar* Osobiste i majątkowe aspekty prawne śmierci człowieka. Zagadnienia wybrane.

- Gołaczyński J., Mazurkiewicz J., Turłukowski J., Karkut D. (red.). Oficyna Prawnicza, Wrocław, 2015.
3. Sobczak K., Janaszczyk A.: Kontrowersje wokół neurologicznego kryterium śmierci mózgu. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2012, 6(4), 182-190.
 4. Nowacka M.: Etyka transplantacji. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2003, 220-232.
 5. Żuradzki T.: Argument z niepewności normatywnej a etyczna ocena badań naukowych wykorzystujących ludzkie embriony. *Diametros*, 2012, 32, 131-159.
 6. Machinek M.: Człowiek jako surowiec: etyczne aspekty wykorzystania embrionów we współczesnej biotechnologii. *Studia Warmińskie*, 2002, 39, 309-322.
 7. Grzymkowska M.: Czy prawo polskie chroni embriony in vitro? Regulacja polska w świetle standardów europejskich. *Kwartalnik Prawa Publicznego*, 2006, 6(3), 109-122.
 8. Lipski J.: Opinia prawna na temat rządowego projektu ustawy o leczeniu niepłodności. *Zeszyty Prawnicze BAS*, 2015, 4, 126-163.
 9. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R., Guzowski A., Kułak-Bejda A., Bejda G., Czartoszewski A.: Cmentarze i pochówki na przestrzeni wieków [w:] *Kultura śmierci, kultura umierania*, Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Bejda G. (red.). Białystok, 2016, t. III, 58-89.
 10. Art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. 1959 Nr 11 poz. 62).
 11. <http://www.anpraw.umed.wroc.pl/donacja> (27.03.2019).
 12. <http://szczecin.naszemiasto.pl/artykul/tutaj-zmarli-ucza-zywych,3056782,art,t,id,tm.html> (26.03.2019).
 13. <https://bodyworlds.com/plastination/plastination-technique/> (26.03.2019)
 14. Walter T.: *Body Worlds: clinical detachment and anatomical awe*. *Sociology of Health and Illness*, 2004, 26(4), 464-488.
 15. Leiberich T., Loew T., Tritt K., Lahmann C., Nickel M.: *Body Worlds exhibition - Visitor attitudes and emotions*. *Annals of Anatomy - Anatomischer Anzeiger*, 2006, 188(6), 567-573.
 16. Von Lehm D.: *The body as interactive display: examining bodies in a public exhibition*. *Sociology of Health and Illness*, 2006, 28(2), 223-251.
 17. Bass B., Jefferson J.: *Trupia Farma*. Znak, Kraków, 2017.
 18. <https://fac.utk.edu/> (30.03.2019).
 19. <https://kremacja.wroclaw.pl/> (30.03.2019).

20. www.lifegem.com (30.03.2019).
21. <https://www.diamentpamieci.pl/> (30.03.2019).
22. Nadolski K.: Nekrotrendy, czyli umrzeć modnie. *Wiedza i Życie*, 2013, 11.
23. <https://www.cryonics.org/> (30.03.2019).
24. Gonczaronek H., Kubasik E.: Pochówek na przestrzeni wieków w kulturze europejskiej [w:] *W drodze do brzegu życia*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Kułak W. (red.). Białystok, 2014, t. XII, 235-244.

Prawne aspekty przeprowadzania badania pośmiertnego w Polsce

Labisz Paulina¹, Niewiadomska Joanna¹, Przepiórka Kamila¹, Satorska Karolina¹, Ferenc Stanisław², Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Dorna Krzysztof³, Gnus Jan^{1,2,3}

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

Wykaz skrótów

Art. – artykuł

Dz.U.- Dziennik Ustaw

k.p.k.- kodeks postępowania karnego

Późn. Zm.- późniejsze zmiany

Ust. – ustęp

Wstęp

Ileż śmierci trzeba nam przeżyć, by się nauczyć, że i my umrzemy

Jean Rostand

Badanie pośmiertne to ostatnie badanie lekarskie. W zależności od okoliczności śmierci wyróżniamy:

1. Sekcję anatomo-patologiczną;
2. Sekcję sądowo-lekarską;
3. Sekcję sanitarno-administracyjną;
4. Inne rodzaje sekcji zwłok.

Prawidłowe wykonanie każdej z wyżej wymienionych sekcji wymaga otwarcia co najmniej 3 jam ciała: jamy czaszki, jamy klatki piersiowej oraz jamy brzusznej. Badanie pośmiertne składa się z oględzin zewnętrznych i wewnętrznych. Decyzja o przeprowadzeniu sekcji i sposób jej wykonania, a także dokumentacja z jej przebiegu są uregulowane prawnie.

Sekcja anatomo-patologiczna

Hic mortui docent vivos, czyli tu umarli uczą żywych, często jest mottem przyświecającym sekcjom zwłok. Sekcja anatomo-patologiczna, inaczej patomorfologiczna, naukowa czy szpitalna jest wykonywana, gdy zgon pacjenta nastąpił w szpitalu lub innym zakładzie opieki zdrowotnej i nie zachodzi podejrzenie przestępnego spowodowania śmierci, ani nie ma pewności lub podejrzenia zgonu na chorobę zakaźną [1]. W tym przypadku celem badania pośmiertnego jest ustalenie jednoznacznej lub potwierdzenie prawdopodobnej przyczyny zgonu. Sekcje anatomo-patologiczne przyczyniają się do postępów w medycynie, równocześnie stanowiąc element nauczania [2].

Podstawy prawne sekcji anatomo-patologicznej

Podstawę prawną do wykonania sekcji anatomo-patologicznej stanowi art. 31 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 65 z późn. zm.) [3], który brzmi następująco:

Art. 31.

1. *Zwłoki pacjenta mogą być poddane sekcji, w szczególności gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia, z zastrzeżeniem ust. 2.*
2. *Zwłoki pacjenta nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to ta osoba za życia.*
3. *O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w ust. 2 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw, o którym mowa w ust. 2.*
4. *Przepisów ust. 1–3 nie stosuje się w przypadkach:*
 - 1) *określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie;*
 - 2) *gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;*
 - 3) *określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.*
5. *W dokumentacji medycznej pacjenta sporządza się adnotację o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.*

Zgodnie z powyższymi przepisami sekcja zwłok osoby, która zmarła w podmiocie leczniczym może, ale nie musi być wykonana, gdy znana jest przyczyna śmierci. Badanie pośmiertne wykonuje się szczególnie wtedy, gdy zgon nastąpił przed upływem 12 godzin od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala. Ustawa nie precyzuje, kto może podjąć decyzję o

przeprowadzeniu lub odstąpieniu od autopsji [4]. Zgodnie z art. 24 ust. 2 Ustawy z dnia 14 lipca 2006 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2006 r., nr 143, poz. 1032), decyzję tą podejmuje kierownik zakładu, a jeśli nie jest on lekarzem, to upoważniony przez niego lekarz [5]. Często jest to również konsultowane z ordynatorem oddziału, w którym przebywał zmarły. Kwestia ta może być doprecyzowana w regulaminie danej jednostki, gdzie powinno się wskazać odpowiednią osobę, np. zastępcę dyrektora ds. lecznictwa, jak sugerują autorzy komentarza do ustawy o działalności leczniczej. Podkreślają oni, że trudno by ktoś bez wykształcenia medycznego podejmował tą decyzję [4].

Art. 31. ust. 2 Ustawy o działalności leczniczej wskazuje dwa przypadki, kiedy można odstąpić od przeprowadzenia sekcji, tj. gdy za życia pacjenta jego przedstawiciel ustawowy wyraził sprzeciw lub gdy uczynił to sam pacjent. Ustawa nie określa, w jakim czasie należy go zgłosić. Może to nastąpić w momencie przyjmowania do szpitala, jak i w trakcie pobytu w nim. Informacja o sprzeciwie, jak i sam sprzeciw muszą zostać uwzględnione w dokumentacji medycznej.

Istnieją jednak przypadki określone w ustawie, gdy wola pacjenta nie jest uwzględniana i wykonanie badania pośmiertnego jest w nich obligatoryjne. Dotyczy to sytuacji, gdy:

1. zachodzi podejrzenie popełnienia przestępstwa; decyzję w oparciu o przepisy prawa karnego podejmuje sąd lub prokurator;
2. przyczyna zgonu nie może być jednoznacznie ustalona bez badania pośmiertnego, dotyczy to zarówno pacjentów, którzy zmarli w podmiocie leczniczym, jak i poza nim [4];
3. osoba zmarła mogła cierpieć na chorobę zakaźną.

Ustawa mówi, że informacja o przeprowadzeniu sekcji zwłok lub o odstąpieniu od niej, wraz z uzasadnieniem powinna zostać umieszczona w dokumentacji medycznej.

W przeszłości w Polsce istniały przepisy, które na wniosek złożony przez rodzinę zmarłego umożliwiały zaniechanie wykonania autopsji po rozpatrzeniu wszystkich okoliczności. Obecnie odstąpienie od sekcji anatomo-patologicznej na „wniosek rodziny” nie ma uzasadnienia w obowiązujących przepisach prawa [4].

Także art. 32 wymienionej wyżej ustawy dotyczy sekcji zwłok, brzmi on:

Art. 32.

1. *Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.*

2. *Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, przeprowadzenie sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, może zarządzić kierownik, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, upoważniony przez niego lekarz albo lekarz upoważniony przez zarząd spółki kapitałowej.*
3. *Przepisu ust. 2 nie stosuje się do osób osadzonych zmarłych w zakładach karnych i aresztach śledczych.*

Artykuł ten określa, kiedy może być przeprowadzone badanie pośmiertne zwłok, tj. nie wcześniej niż 12 godzin od momentu stwierdzenia zgonu. Jednak ust. 2 wskazuje na wyjątkowe okoliczności, gdy autopsja może mieć miejsce przed upływem 12 godzin. Chodzi o sytuację, gdy ze zwłok pobiera się komórki, tkanki lub narządy zgodnie z zasadami i trybem ustawy „transplantacyjnej”. Decyzję podejmuje kierownik lub gdy nie jest on lekarzem, upoważniony przez niego lub zarząd spółki kapitałowej lekarz. Przepis ten nie dotyczy osób zmarłych osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych [3].

Pobieranie komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich jest uregulowane Ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005 r., nr 169, poz. 1411 z późn. zm.) [6]. Art. 4 ust. 1 mówi, że warunkiem koniecznym dla możliwości pobierania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok w celu diagnostycznym, leczniczym, naukowym czy dydaktycznym jest wcześniejsze stwierdzenie zgonu. Art. 4 ust. 2 umożliwia ich pobranie jednocześnie z wykonywaniem sekcji zwłok. Art. 5 ust. 1 wyżej wymienionej ustawy wprowadza zgodę domniemaną na pobranie komórek, tkanek, narządów, jeśli pacjent za życia nie wyraził sprzeciwu. Jednak gdy nie wyraził on zgody na oddanie po śmierci narządów do przeszczepienia i zgłosił sprzeciw w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, to nie dotyczy on pobierania materiału tkankowego w trakcie badania pośmiertnego w celach diagnostycznych, umożliwiającym określenie przyczyny zgonu. Ten sam akt prawny w art. 36 reguluje postępowanie z komórkami, tkankami oraz narządami i określa podmioty, w których mogą być one pobierane. Gdy celem jest przeszczep narządów ze zwłok ludzkich, uprawnione są tylko podmioty lecznicze, natomiast w pozostałych przypadkach są to również zakłady medycyny sądowej, zakłady anatomii patologicznej, instytuty badawcze, czy zakłady pogrzebowe wyposażone w salę sekcyjną [6].

Kolejnym aktem prawnym regulującym przeprowadzanie badania pośmiertnego jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów

organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz.U. z 2017 r., poz. 2435) [7]. Określa ono m.in. definicję pracowni sekcyjnej jako miejsca, w zakładzie leczniczym, w którym dokonuje się zewnętrznych oględzin zwłok, jak i oględzin wewnętrznych, czyli otwarcia jam ciała i pobrania materiału do dalszych badań histopatologicznych.

Zgodnie z tym rozporządzeniem podstawą wykonania sekcji patomorfologicznej jest skierowanie, które musi zawierać określone elementy i informacje. Rozporządzenie zalicza sekcję zwłok do czynności diagnostyki patomorfologicznej oraz reguluje, kto może ją wykonywać, tj. lekarz specjalista patomorfologii lub lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z patomorfologii na zasadach określonych w § 6 ust. 1 pkt. 2.

W trakcie badania pośmiertnego ze zwłok jest pobierany materiał tkankowy, który poddaje się badaniom umożliwiającym postawienie rozpoznania patomorfologicznego. Rozporządzenie w § 3 określa, jak ten materiał ma być oznaczony, zabezpieczony, jak długo się go przechowuje i kiedy można go poddać utylizacji. W § 4 określa, że bloczki parafinowe i preparaty histopatologiczne zachowuje się przez nie mniej niż 20 lat, a preparaty cytologiczne nie mniej niż 10 lat. Po tym okresie uznaje się je za odpady medyczne i poddaje utylizacji [7].

Przeprowadzanie sekcji anatomopatologicznej [8]

Badanie sekcyjne wykonuje lekarz patomorfolog wraz z asystującym mu laborantem – pomocnikiem. Sekcje wykonuje się w zakładach patomorfologii, w specjalnie do tego przygotowanych salach.

Badanie sekcyjne rozpoczynamy od oględzin zewnętrznych. Zwłoki są ułożone na plecach na stole sekcyjnym. Dokładnie oglądamy powłoki zewnętrzne. Pod uwagę bierzemy wiek, wzrost, płeć, znamiona śmierci, owłosienie, odżywienie, budowę ciała, barwę skóry, wykwity, blizny, owrzodzenia, rany, tatuaże, widoczne błony śluzowe, narządy płciowe zewnętrzne. Wszystkie spostrzeżenia są zapisywane w protokole sekcyjnym. Aby sekcję uznać za prawidłowo wykonaną, należy otworzyć co najmniej 3 jamy ciała, tj. jamę czaszki, klatki piersiowej i brzusznej. Dodatkowo otwiera się jamę ucha środkowego (szczególnie u dzieci, potwierdzenie pochodzenia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych) oraz jamy stawowe. Nie przeprowadza się sekcji połowicznych, tj. z otwarciem 1 lub 2 jam ciała, spośród 3 podstawowych.

Oględziny wewnętrzne zazwyczaj przeprowadza się metodą Virchowa, tj. najpierw badane narządy ogląda się *in situ*, następnie wycina się je w pewnych grupach narządów. Wycięte narządy kładzie się na stole, na którym dokonuje się ich badania przez oglądanie i

sekcjonowanie. Narządy leżą na stole jakby pacjent leżał na brzuchu, skierowany do nas głową. Wyjmowanie narządów z jam ciała odbywa się najczęściej w następującej kolejności:

1. Wyjęcie mózgu i mózdzku z jamy czaszki;
2. Wyjęcie łącznie narządów klatki piersiowej, szyi i jamy ustnej;
3. Wyjęcie narządów jamy brzusznej (żołądek, wątroba, trzustka oraz osobno jelito cienkie oraz grube);
4. Wyjęcie nerek z nadnerczami, razem z narządami miednicy mniejszej;
5. Wyjęcie rdzenia kręgowego (w wyjątkowych przypadkach).

Od powyższej kolejności odstępujemy w szczególnych przypadkach, m. in.: masywnych nowotworów oraz uogólnionych przerzutów; po rozległych zabiegach operacyjnych; w przypadkach, w których wystąpiło podejrzenie o powstaniu odmy opłucnowej lub zatoru powietrznego serca. Technika sekcyjna narządów zależy od preferencji przeprowadzającego sekcję.

Z każdego narządu, z miejsc zdrowych lub z makroskopowo zmienionych miejsc, pobiera się wycinki do badań histopatologicznych. W zależności od tkanki (tkanka miękka, tkanka kostna) czas oczekiwania na wyniki badań jest różny.

Dokumentacja niezbędna do prawnego potwierdzenia śmierci oraz możliwości przeprowadzenia sekcji

Historia choroby pacjenta

§ 25. 1. W przypadku podjęcia decyzji o wykonaniu sekcji zwłok historię choroby przekazuje się lekarzowi mającemu wykonać sekcję [9].

Historia choroby pacjenta powinna zawierać:

1. rozpoznanie kliniczne, składające się z określenia choroby zasadniczej, będącej główną przyczyną hospitalizacji, chorób współistniejących i powikłań;
2. opis zastosowanego leczenia, wykonanych badań diagnostycznych, zabiegów i operacji, opatrzonych odpowiednimi numerami statystycznymi procedury medycznej;
3. epikryzę;
4. adnotację o przyczynie i okolicznościach wypisania ze szpitala;
5. datę wypisu ze szpitala, a jeśli pacjent zmarł dołączyć informację na temat daty oraz godziny zgonu.

Karta zgonu pacjenta

Wystawianie **kart zgonu** uregulowane jest przede wszystkim w:

1. ustawie o cmentarzach i chowaniu zmarłych z dnia 31 stycznia 1959 roku (t. jedn. Dz. U. nr 118, poz. 687); [10]
2. rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny z dnia 3 sierpnia 1961 roku (Dz. U. Nr 39, poz. 202) [11];
3. rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty zgonu oraz sposobu jej wypełniania z dnia 7 grudnia 2001 roku (Dz. U. Nr 153, poz. 1782) [12].

Na podstawie w/w ustaw i rozporządzeń, kartę zgonu musi wystawić lekarz leczący zmarłego w ciągu ostatnich 30 dni, bez względu na to, jakiej jest specjalizacji. Najczęściej jest to:

1. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej,
2. lekarz oddziału szpitalnego,
3. lekarz zespołu ratownictwa medycznego,
4. lekarz innej specjalizacji, jeśli w ciągu ostatnich 30 dni udzielał zmarłemu pacjentowi świadczeń lekarskich.

W sytuacji, kiedy to żaden z w/w lekarzy nie może wystawić karty zgonu:

1. ponieważ zamieszkuje w odległości powyżej 4 km od miejsca znajdują się zwłoki
2. z powodu choroby
3. innej przyczyny.

Zobowiązanymi do wystawienia karty zgonu są:

1. lekarz, który stwierdził zgon będąc wezwany do nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania
2. lub lekarz zatrudniony w przychodni bądź ośrodku zdrowia lub jego placówce terenowej i sprawujący opiekę zdrowotną nad rejonem, w którym znajduje się ciało zmarłej osoby.

Jeśli lekarz stwierdzający zgon ma podejrzenie, że w śmierci pacjenta miały udział osoby trzecie, w takim przypadku kartę zgonu wystawia lekarz, któremu sąd lub prokuratura zlecili oględziny lub przeprowadzenie sekcji zwłok.

Skierowanie na badanie sekcyjne [7]

Wymogi **skierowania na badanie sekcyjne** zostały ściśle określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii. Dane potrzebne do sporządzenia skierowania są ujęte w punktach 7-9.

Protokół z badania sekcyjnego [13]

Protokół z badania sekcyjnego zawiera opis oględzin zewnętrznych i wewnętrznych przeprowadzonych podczas ostatniego badania lekarskiego pacjenta. Jest on sporządzany

przez osobę uczestniczącą w sekcji, podczas jej trwania lub od razu po niej. Nieprawidłowości są fotografowane jako dowody. Sekcja może być również nagrywana.

Na podstawie protokołu z badania sekcyjnego oraz badań pobranego materiału biologicznego wydaje się rozpoznanie patomorfologiczne.

Akt zgonu [14]

Akt zgonu jest to akt stanu cywilnego rejestrujący zgon danej osoby. Zgon należy zgłosić najpóźniej 3 dni od dnia sporządzenia karty zgonu. Zgłoszenia zgonu dokonuje podmiot uprawniony do pochówku na podstawie art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych. Osoba zgłaszająca zgon musi oddać dowód osobisty zmarłego. Kierownik urzędu stanu cywilnego wydaje osobie zgłaszającej zgon 3 bezpłatne egzemplarze odpisu skróconego aktu zgonu. Akt zgonu jest niezbędny do przeprowadzania działań związanych z uroczystością pogrzebową, ale także m. in. do zamknięcia konta w banku.

Odpis skrócony aktu zgonu zawiera:

1. nazwisko, imię (imiona) oraz nazwisko rodowe, datę i miejsce urodzenia osoby zmarłej;
2. stan cywilny osoby zmarłej;
3. nazwisko, imię (imiona) oraz nazwisko rodowe małżonka osoby zmarłej, jeżeli w chwili śmierci pozostawała ona w związku małżeńskim;
4. datę, godzinę i miejsce zgonu albo jeżeli nie są znane – datę, godzinę oraz miejsce znalezienia zwłok;
5. nazwiska rodowe i imiona rodziców osoby zmarłej.

Sekcja sądowo-lekarska

Sekcja sądowo-lekarska wykonywana jest na zlecenie organów wymiaru sprawiedliwości w przypadkach, w których zachodzi podejrzenie przestępstwa przeciwko życiu. Nadrzędnym celem jej przeprowadzenia jest określenie istnienia związku między zgonem danej osoby a czynem przestępnym, ale także zidentyfikowanie narzędzia, którym posłużono się do zadania obrażeń, zebranie spektrum faktów, pomocnych przy dokonaniu analizy i zrekonstruowaniu wydarzeń, określenie współistniejących procesów chorobowych czy zabezpieczenie materiału do badań dodatkowych. O wartości samej sekcji świadczy zarówno sposób jej przeprowadzenia, jak i udokumentowanie. Sekcja zwłok w języku prawniczym określana mianem otwarcie zwłok, jako czynność procesowa jest

niepowtarzalna, w związku z czym przepisy prawa w zakresie jej wykonania oraz dokumentacji są niezbędne, by mogła stanowić dowód w postępowaniu karnym [1].

Podstawy prawne

Podstawy prawne przeprowadzania tego rodzaju sekcji są zawarte w Ustawie z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 1997r., nr 89, poz. 555 z późn. zm.) [15]. Otwarcie zwłok najszerszej i najdokładniej jednak było uregulowane Rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 15 lipca 1929 roku o wykonywaniu oględzin sądowo-lekarskich zwłok ludzkich (Dz. U. z 1928 r., nr 33, poz. 313) [16]. Obecnie jednak wykładnia prawna przepisów obowiązującej ustawy z 1997 r. jednoznacznie wskazuje, że Rozporządzenie o wykonywaniu oględzin sądowo-lekarskich straciło moc obowiązującą 1 stycznia 1970 r. Zatem na dzień dzisiejszy poza art. 209 k.p.k. nie istnieją inne przepisy prawa, które normowałyby przebieg sekcji sądowo-lekarskiej [17]. W związku z powyższym czynność otwarcia zwłok realizowana jest na bazie Rozdziału XXIII *Oględziny. Otwarcie zwłok. Eksperyment procesowy* Kodeksu postępowania karnego, ze szczególnym uwzględnieniem art 209, który stanowi co następuje:

- § 1. Jeżeli zachodzi podejrzenie przestępnego spowodowania śmierci, przeprowadza się oględziny i otwarcie zwłok.*
- § 2. Oględzin zwłok dokonuje prokurator, a w postępowaniu sądowym sąd, z udziałem biegłego lekarza, w miarę możliwości z zakresu medycyny sądowej. W wypadkach niecierpiących zwłoki oględzin dokonuje Policja z obowiązkiem niezwłocznego powiadomienia prokuratora.*
- § 3. Oględzin zwłok dokonuje się na miejscu ich znalezienia (...)*
- § 4. Otwarcia zwłok dokonuje biegły lekarz, w miarę możliwości z zakresu medycyny sądowej, w obecności prokuratora albo sądu (...)*
- § 5. (...) Z oględzin i otwarcia zwłok biegły sporządza opinię (...)*

Ponadto zgodnie z art. 210 k.p.k. sąd lub prokurator mogą zarządzić ekshumację w celu dokonania oględzin lub otwarcia zwłok [15].

Wykonanie sekcji powinno być przeprowadzone przez biegłego sądowego w obecności prokuratora lub sądu. Powołanie biegłego sądowego lub instytucji naukowej, jaką jest Zakład Medycyny Sądowej, które to mają zgodnie z polskim ustawodawstwem prawo do otwarcia zwłok w drodze postępowania procesowego, reguluje §1 i § 2 art. 193 k.p.k.. Natomiast wydanie postanowienia, przez organy procesowe upoważnione do powoływania

biegłych sądowych tj. prokurator, sąd, zawiera art. 194 k.p.k. [15]. O dopuszczeniu opinii biegłego decyduje wydanie specjalnego postanowienia, w którym należy uwzględnić:

1. Imię i nazwisko i specjalność biegłego lub biegłych, a w wypadku opinii instytucji, (...) specjalność i kwalifikacje osób, które powinny wziąć udział w przeprowadzeniu ekspertyzy,
2. Przedmiot i zakres ekspertyzy ze sformułowaniem, (...), pytań szczegółowych,
3. Termin dostarczenia opinii [15].

Nie ma możliwości odwołania się od decyzji wydanej przez organ procesowy o przeprowadzeniu sekcji sądowo-lekarskiej. W tym przypadku sprzeciw wyrażony przez przedstawiciela ustawowego zmarłego, rodzinę zmarłego, samego zmarłego przed zgonem, czy inny organ nie ma podstawy prawnej, a zatem jest niezasadny [1].

Zgodnie z Rekomendacjami nr R (99) 3 Komitetu Ministrów Rady Europy w sprawie harmonizacji przepisów dotyczących sądowo-lekarskich sekcji zwłok, wskazuje się na potrzebę przeprowadzenia procedury otwarcia zwłok w przypadku podejrzenia śmierci z przyczyn nienaturalnych, kiedy to decyzja o jej wdrożeniu powinna być poprzedzona zbadaniem miejsca zdarzenia oraz oględzinami ciała. Przypadki, w których zachodzi konieczność jej dokonania to m.in.: podejrzenie zabójstwa, nagłego zgonu, zwłaszcza noworodka, niemowlęcia, małego dziecka, stosowania tortur lub innych form znęcania się pozostających w związku przyczynowym ze zgonem, podejrzenie samobójstwa, nieprawidłowego postępowania medycznego, wypadku komunikacyjnego, wypadku przy wykonywaniu pracy lub w domu, śmierci związanej z działaniem policji lub wojska, u osób pozbawionych wolności (np. przebywających w zakładzie karnym czy szpitalu psychiatrycznym), katastrofy technicznej lub klęski żywiołowej, a także zwłok niezidentyfikowanych lub zeszkieletowanych. Rekomendacja podkreśla także potrzebę wydania zwłok w stanie godnym po zakończeniu sekcji medyczno-prawnej [18]. Brak jednak w ustawodawstwie ujęcia w sposób szczegółowy procedur postępowania ze zwłokami poddanymi sekcji.

Przebieg sądowo-lekarskiej sekcji zwłok

Sekcja sądowo-lekarska składa się z kilku części: oględzin zewnętrznych, otwarcia zwłok oraz zabezpieczenia materiału do ewentualnych dalszych badań. Oględzin dokonuje prokurator lub sąd z udziałem biegłego lekarza. Natomiast otwarcie zwłok przeprowadza biegły w obecności prokuratora lub sądu. Obecność prokuratora lub przedstawiciela

sądowego jest niezbędna [15]. Prokurator ma obowiązek zapewnienia protokolanta i fotografa, niezbędnych w celu stworzenia odpowiedniej dokumentacji.

Przed przystąpieniem do sekcji prokurator winien przedstawić biegłemu wszelkie informacje, które posiada odnośnie okoliczności zgonu oraz wstępnej wersji zdarzenia. Przygotowanie do sekcji obejmuje przygotowanie pomieszczenia, zapewnienie pomocy laboranta sekcyjnego oraz przygotowanie naczyń, probówek, odczynników utrwalających służących do prawidłowego pobrania i zabezpieczenia materiałów biologicznych. Przygotowanie przedmiotów niezbędnych w spisaniu protokołu z sekcji oraz udokumentowaniu fotograficznym bądź filmowym obrażeń ciała oraz zwłok szczególnie o nieustalonej tożsamości. Przed przystąpieniem do oględzin zewnętrznych należy potwierdzić tożsamość zwłok, jeżeli jest znana.

Przebieg sekcji sądowo-lekarskiej złożony jest z oględzin odzieży, oględzin zewnętrznych zwłok oraz oględzin wewnętrznych zwłok, polegających na otwarciu trzech jam ciała: otwarcie jamy czaszkowej, otwarcie jamy klatki piersiowej oraz otwarcie jamy brzusznej. Dodatkowe techniki sekcyjne wykorzystywane w przeprowadzaniu sekcji sądowo-lekarskiej to otwarcie uszu wewnętrznych, otwarcie kręgosłupa i kanału kręgowego, preparowanie naczyń krwionośnych oraz skrwawienie narządów szyi [19].

Podczas rozbierania zwłok należy sporządzić krótki spis odzieży, zwracając uwagę na rodzaj materiału, barwę oraz obecne na niej zabrudzenia, rozdarcia. Prokurator winien zabezpieczyć wszystkie przedmioty znajdujące się w kieszeniach odzieży oraz te, które zostały dostarczone wraz ze zwłokami.

Podczas oględzin zewnętrznych należy zaprotokołować takie informacje, jak: płeć, budowa ciała, ciężar i długość zwłok; znamiona śmierci (plamy opadowe, stężenie pośmiertne); stopień nasilenia przemian gnilnych; typ i barwa owłosienia, wygląd spojówek, rogówek, źrenic, zawartość naturalnych otworów ciała, wygląd narządów płciowych zewnętrznych, zabrudzenia i zmiany chorobowe na skórze, obecność blizn i tatuaży; obrażenia ciała wg logicznego schematu, np. wg umiejscowienia.

Oględziny wewnętrzne przeprowadza się według ustalonego schematu. Rozpoczyna się od badania powłok miękkich, kości czaszki, opon oraz mózgowia. Następnie przechodzi się do badania jamy ustnej i narządów szyi (bardzo ważny jest etap nacięcia krtani i tchawicy od przodu, ponieważ sprawdzana jest wówczas ewentualna obecność ciał obcych w drogach oddechowych). Kolejnym etapem jest zbadanie narządów klatki piersiowej: mięśni, rusztowania kostno-chrzęstnego, przepony, jam opłucnowych, płuc, oskrzeli, węzłów

chłonnych śródpiersiowych i okołoskrzelowych, śródpiersia z grasicą, worka osierdziowego z sercem, głównych naczyń wychodzących z serca [19].

Następnie przechodzi się do badania narządów jamy brzusznej zarówno przed, jak i po ich wydobyciu z jamy brzusznej: żołądek, dwunastnica, trzustka, pęcherzyk żółciowy, wątroba, wszystkie odcinki jelit, krezka, węzły chłonne, śledziona, nadnercza, nerki, moczowody, pęcherz moczowy, gruczoł sterczowy. Badanie kości tułowia i kończyn wykonywane jest jeśli istnieją okoliczności, które tego wymagają. Ważnym etapem jest badanie narządów płciowych, które pozwala stwierdzić wystąpienie ewentualnej napaści na tle seksualnym. Obowiązkowo należy u mężczyzny naciąć mosznę i wydobyć oba jądra, natomiast u kobiety dokładnie zbadać pochwę, kanał szyjki macicy, dokonać otwarcia jamy macicy (aby wykluczyć ewentualną ciążę). W razie zaistniałych okoliczności należy pobrać odpowiednie wymazy i próbki w celu zabezpieczenia materiału dowodowego [19].

W czasie przeprowadzania sekcji sądowo-lekarskiej obducent zobligowany jest do wykonania takich pomiarów, jak: długość ciała (mierzona od szczytu czaszki do guza piętowego); pomiar długości, szerokości i grubości części komorowej serca, grubości ścian komór bez beleczek mięśniowych; pomiar śledziony; pomiar objętości treści żołądka i pęcherza moczowego oraz ewentualnej treści płynnej w innych jamach ciała. Kolejnym parametrem badanym przez biegłego jest masa: mózgowia; wątroby z pęcherzykiem żółciowym; serca po jego otwarciu i opróżnieniu krwi i skrzepów; śledziony; nerek (oddzielnie lewej i prawej).

Prokurator, który kieruje zwłoki w celu wykonania sekcji sądowo-lekarskiej ma prawo do zlecenia wykonania dodatkowych badań. Przykładami tych badań są: pobranie krwi i moczu do badania na obecność alkoholu; pobranie materiału w celu ustalenia grupy krwi; pobranie wycinków narządów wewnętrznych do badań histopatologicznych; zabezpieczenie narządów wewnętrznych, np. wątroba, mózg, do badań toksykologicznych; pobranie materiału do badań mikrobiologicznych; zabezpieczenie innych materiałów biologicznych np. w celu identyfikacji zwłok; zabezpieczenie włosów, paznokci do badań toksykologicznych.

Obowiązkiem obducenta jest zapewnienie, aby zwłoki zostały odpowiednio przygotowane przed wydaniem ciała rodzinie. Składa się na to zeszycie cięć wykonanych podczas sekcji, umycie ciała, ubranie ciała, natomiast należy uszanować wolę rodziny i jeśli ma ona potrzebę zobaczenia ciała po sekcji (przed ubraniem) nie należy jej tego odmawiać [19].

Dokumentacja- protokół, opinia sądowo-lekarska

Każda wykonana przez biegłego sekcja wymaga spisania protokołu, co regulowane jest przez przepisy Kodeksu postępowania karnego. Protokół z sekcji powinien zawierać określenie wykonywanej czynności, czasu i miejsca sekcji oraz dane osób uczestniczących w procedurze; szczegółowy opis przebiegu czynności oraz oświadczenia i wnioski osób w niej uczestniczących. Pożądane jest sporządzanie opisu czynności równoległe z przeprowadzaną czynnością, natomiast dozwolone jest spisanie protokołu bezpośrednio po zakończeniu sekcji. Wszystkie osoby uczestniczące w sekcji winne są złożenia podpisu pod napisanym protokołem, a każda naniesiona poprawka, skreślenie czy też uzupełnienie wymaga omówienia podpisanego przez osoby sporządzające protokół. W praktyce jednak rzadko spisuje się protokół z sekcji zwłok, zazwyczaj sporządzana jest jedynie opinia sądowo-lekarska, która jest najważniejszym dokumentem ukazującym zarówno przebieg sekcji, jak i jej wyniki [17].

Z przeprowadzonej sekcji zwłok biegły zawsze sporządza opinię sądowo-lekarską. Zgodnie z art.200 §1 Kodeksu postępowania karnego biegły składa opinię ustnie lub na piśmie, w zależności od polecenia organu procesowego. W przypadku sekcji sądowo-lekarskiej opinia zawsze przybiera postać pisemną. Czasem zdarza się tak, że biegły czeka na wyniki badań dodatkowych, wówczas wydaje opinię tymczasową w postaci ustnej. Według art.200 §2 opinia sądowo-lekarska powinna zawierać takie informacje, jak: imię, nazwisko, stopień i tytuł naukowy, specjalność i stanowisko zawodowe biegłego; imiona i nazwiska oraz pozostałe dane innych osób uczestniczących w sekcji z uwzględnieniem czynności, które wykonywały; w przypadku opinii instytucji - pełna nazwa i siedziba instytucji; czas przeprowadzonych badań oraz datę wydania opinii; sprawozdanie z przeprowadzonych czynności i spostrzeżeń oraz oparte na nich wnioski; podpisy wszystkich biegłych, którzy uczestniczyli w wydawaniu opinii [19].

Opinia posekcyjna powinna zawierać część formalną z danymi osób uczestniczących w wydawaniu opinii, czasem przeprowadzania badań i datą wystawienia opinii. Kolejną częścią jest szczegółowy opis oględzin zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych zawierający stan znamion śmierci, opis wszystkich narządów, znalezionych podczas badania zmian chorobowych i urazowych. W opisie pożądane jest zachowanie kolejności wykonywanych czynności. Opis powinien być czytelny, przejrzysty, wiernie odzwierciedlający rzeczywisty stan rzeczy, nie powinien zawierać gotowych rozpoznań. Następnie wymienia się materiał pobrany do badań dodatkowych, sposób w jaki go zabezpieczono i cel, czyli do jakich badań będzie on wykorzystany. Na końcu opinii sądowo-

lekarskiej znajdują się wnioski składające się z kilku części. Zawierają podsumowanie znalezionych podczas sekcji zmian chorobowych, urazowych i pośmiertnych oraz wyniki ewentualnie przeprowadzonych badań dodatkowych. Następnie określa się rodzaj i przyczynę zgonu lub w razie nieustalenia przyczyny zgonu nakreśla się możliwe przyczyny, które uniemożliwiły określenie przyczyny zgonu. Jeśli przyczyną zgonu był uraz mechaniczny, określa się rodzaj narzędzia oraz w jaki sposób został użyty. Jeśli prokurator lub sąd zlecając wykonanie sekcji zwłok zadał dodatkowe pytania, to odpowiedzi na nie również znajdują się we wnioskach [19].

Sekcja administracyjna (sanitarno-administracyjna)

Sekcje administracyjne przeprowadza się w celu ustalenia przyczyny zgonu, gdy istnieją przesłanki jednoczesnego podejrzenia śmierci z powodu choroby zakaźnej. Teoretycznie możliwa jest do zlecenia przez lekarza stwierdzającego zgon pacjenta. Praktycznie jednak jej wykonanie dokonuje się w oparciu o decyzję wydaną przez inspektora sanitarnego. Rola lekarza, który w trakcie oględzin zwłok będzie podejrzewał jako przyczynę zgonu chorobę zakaźną podlegającą obowiązkowemu zgłoszeniu, ogranicza się do powiadomienia właściwego państwowego inspektora sanitarnego. Celowość takiej sekcji polega na wykryciu choroby zakaźnej, w związku z czym możliwe jest wcześniejsze wdrożenie szeroko zakrojonych działań przeciwdziałających jej szerzeniu się i rozwojowi epidemii. W mocy inspektora sanitarnego jest także zakazanie sekcji zwłok, gdy wiadomo, iż przyczyną zgonu była choroba zakaźna. Nie dotyczy to jednak przypadków, gdy zgon spowodowany był popełnieniem przestępstwa, wówczas zastosowanie znajdują przepisy Kodeksu postępowania karnego [2].

Przeprowadzanie sekcji sanitarno-administracyjnej reguluje Ustawa z dnia 5 sierpnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r., nr. 234, poz. 1570 z późn. zm.). Brak jednakże jakichkolwiek przepisów wykonawczych. Zakres kompetencji inspektora sanitarnego w zakresie zlecenia sekcji administracyjnej określa art. 33 powyższej Ustawy:

2. *W celu zapobieżenia szerzeniu się zakażeń lub chorób zakaźnych państwowy powiatowy inspektor sanitarny lub państwowy graniczny inspektor sanitarny może (...) :*
 - 6) *nakazać sekcję zwłok osoby zmarłej, u której rozpoznano lub podejrzewano zakażenie lub chorobę zakaźną;*

- 7) zakazać wykonywania sekcji zwłok ludzi i zwierząt, gdy sekcja zwłok mogłaby prowadzić do zakażenia osób lub skażenia środowiska, z wyjątkiem przypadku, gdy zachodzi podejrzenie popełnienia przestępstwa [20].

Inne rodzaje sekcji zwłok

Jeszcze innym rodzajem badania pośmiertnego jest sekcja prywatna, jednak nie ma podstaw prawnych, regulujących jej przeprowadzanie. Wykonuje się ją na prośbę rodziny pacjenta, by wykluczyć czy potwierdzić śmierć z powodu błędu lekarskiego lub w celu uzyskania odszkodowania od towarzystwa ubezpieczeniowego. Dotyczy to śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, w sytuacji, gdy takie przedsiębiorstwo uwzględniło w umowie zatwierdzonej przez zmarłego ubezpieczonego prawo do przeprowadzenia sekcji w celu wypłacenia odszkodowania [2]. Na rynku funkcjonują firmy, które oferują prywatne sekcje zwłok.

Wnioski

W Polsce przeprowadzenie badania pośmiertnego jest ściśle uregulowane prawnie. Zarówno sama decyzja o przeprowadzeniu oraz rodzaju sekcji, ale też każda czynność związana z wykonaniem sekcji zwłok ma swój ścisły zapis w odpowiedniej ustawie bądź kodeksie prawnym. Przestrzeganie tak wielu przepisów jest istotne, aby sekcja została przeprowadzona prawidłowo, a jej wynik mógł być wiarygodny. Obszerna dokumentacja często utrudnia pracę lekarzy, ale należy pamiętać, że jest to dowód na rzetelne przeprowadzenie badania oraz jedyny punkt obrony w ewentualnym procesie karnym prowadzonym przeciwko lekarzowi leczącemu, a także przeprowadzającemu sekcję.

Piśmiennictwo

1. Barzdo M., Berent J.: Sekcja zwłok- podstawy prawne (Część I). Przegląd Lekarski, 2009, 5, 266-268.
2. Berent J., Barzdo M.: Sekcja zwłok- podstawy prawne (Część II). Przegląd Lekarski, 2009, 5, 269-271.
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 65 z późn. zm.

4. Dercz M., Rek T.: Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz. Wolters Kluwer Polska, Warszawa, 2012.
5. Ustawa z dnia 14 lipca 2006 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2006 r., nr 143, poz. 1032.
6. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. z 2005 r., nr 169, poz. 1411 z późn. zm.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii, Dz.U. z 2017 r., poz. 2435.
8. Paszkiewicz L.: Technika sekcji zwłok. PZWL, Warszawa, 1953.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz.U. z 2015 r., poz. 2069.
10. Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, Dz.U. z 1959 r., nr 11, poz. 62.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny, Dz.U. z 1961 r., nr 39, poz. 202.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie wzoru karty zgonu oraz sposobu jej wypełniania, Dz.U. z 2001 r., nr 153, poz. 1782, z późn. zm.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz.U. z 2015 r., poz. 2069.
14. Obwieszczenie Marszałka Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 9 listopada 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo o aktach stanu cywilnego, Dz.U. z 2018 r., poz. 2224.
15. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz.U. z 1997 r., nr. 89, poz. 555 z późn. zm.
16. Rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 15 lipca 1929 r. o wykonywaniu oględzin sądowo-lekarskich zwłok ludzkich, Dz.U. z 1928 r., nr. 33, poz. 313.
17. Gąsczyk-Ożarowski Z., Chowaniec C.: Sądowo-lekarska sekcja zwłok–wybrane zagadnienia prawne: Rozporządzenie z 1929 roku o wykonywaniu oględzin sądowo-lekarskich zwłok ludzkich. Archiwa Medycyny Sądowej i kryminalistycznej, 2010, 40, 59-62.

18. Recommendation No. R (99) 3 of the Committee of Ministers to Member States on the harmonisation of medico-legal autopsy rules, adopted by the Committee of Ministers on 2 February 1999 at the 658th meeting of the Ministers' Deputies.
19. Jakliński A., *Medycyna sądowa: podręcznik dla studentów medycyny*. PZWL, Warszawa, 1979.
20. Ustawa z dnia 5 sierpnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. z 2008 r., nr 234, poz. 1570 z późn. zm.

Potencjalny wpływ Chrześcijańskiego Zboru Świadców Jehowy na rozwój medycyny

Nowak Mateusz¹, Stasiak Krystian¹, Barnaś Barbara¹, Dorna Krzysztof³, Tomaszewska-Laszczyk Mirosława², Szcząchor Klara¹, Karaszewski Michał¹, Gnus Jan^{1,2}.

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

Wykaz skrótów

EPO – erytropoetyna

RTG – rentgenogram

WHO – *World Health Organization* - Światowa Organizacja Zdrowia

AIDS – *Acquired Immune Deficiency Syndrome* - Zespół nabytego upośledzenia odporności

Stosunek Świadców Jehowy do różnych procedur medycznych

Wyznawcy Chrześcijańskiego Zboru Świadców Jehowy, popularnie nazywani Świadcami Jehowy, stanowią w Polsce grupę wiernych liczącą prawie 120 000. Z powodu swoich przekonań religijnych są nadal wyzwaniem dla współczesnej medycyny i stanowią swoisty bodziec dla jej rozwoju [1].

Na przestrzeni lat zmieniało się podejście wyznawców tej religii do przeszczepów. Początkowo akceptowane do 1967 roku, następnie przez długi okres czasu negowane do 1980. Wtedy Towarzystwo Strażnica zezwoliło na przeszczepy pod warunkiem braku transfuzji krwi, co stanowi znaczne utrudnienie, a czasem uniemożliwia przeprowadzenie tak skomplikowanej procedury, jakim jest przeszczep, czy operacji kardiochirurgicznych wiążących się ze znaczną utratą krwi [2].

Transfuzja krwi jest traktowana jako grzech ciężki i powoduje wykluczenie pacjenta z jego społeczności, a nawet rodziny. Taki stan rzeczy prowadzi do zaniechania przez pacjentów leczenia, co w efekcie doprowadza do śmierci.

Przetoczenie krwi i jej pochodnych bez zgody pacjenta jest bezprawne, co może powodować odpowiedzialność karną oraz cywilną wobec lekarza, który przeprowadził taką procedurę. Wyznawcy powyższej wiary często są zaopatrzeni w deklaracje dotycząca terapii, jaką dana osoba akceptuje. Lekarze w każdym takim przypadku mają obowiązek poszanowania decyzji pacjenta i są zobligowani do zastosowania innej metody leczenia, zgodnej z sumieniem pacjenta.

Jehowi wyznają pogląd, że nie wolno wprowadzać do organizmu krwi zarówno własnej, jak i obcej. Część wyznawców zezwala jednak na odzyskiwanie krwi z pola operacyjnego, ale tylko pod warunkiem, że aparatura jest podłączona do organizmu przez cały czas trwania operacji. Dlatego poza krwią, niedopuszczalnymi środkami jest masa erytrocytarna i osocze.

Roztwory krystaloidów i syntetycznych koloidów pozwalają na leczenie deficytów wolemii w organizmie, niestety efekt ten nie jest długotrwały. Nie są nośnikami tlenu, co powoduje rozwijające się niedotlenienie organizmu [3].

Wprowadza się zatem do lecznictwa metody umożliwiające pacjentom wykonywanie skomplikowanych procedur medycznych, bez konieczności transfuzji krwi. Rekombinowany czynnik VIIa i erytropoetyna (EPO), hormon stymulujący szpik do produkcji krwinek czerwonych są środkami leczniczymi powszechnie akceptowanymi przez wyznawców tej religii.

Całkowite uniknięcie utraty krwi w okresie pooperacyjnym jest niemożliwe, ale odpowiednie przygotowanie pacjentów pozwala odbyć tą procedurę bezpiecznie. Przed zabiegiem należy ocenić stan ogólny chorego i oszacować prognozowaną utratę krwi. Rekombinowany czynnik VIIa pozwala na poprawę krzepnięcia i zminimalizowanie przez to utraty krwi u chorych poddawanych ciężkim operacjom chirurgicznym. Poprzez stosowanie EPO możemy osiągnąć większe wartości hematokrytu oraz hemoglobiny niezbędnej do produkcji elementów krwi [4].

Cel pracy i metody pozyskiwania informacji.

Metodyka pracy polegała na przestudiowaniu zakresu literatury w dziedzinie szukania nowych rozwiązań terapeutycznych względem pacjentów należących do Chrześcijańskiego

Zboru Świadków Jehowy. Przegląd prac, artykułów i wiadomości ze świata medycznego ukierunkowany był na wyszukanie opisów przed oraz pooperacyjnych metod będących skuteczną alternatywą do transfuzji krwi. W poniższej pracy wykorzystywaliśmy głównie opisy przypadków z portalu PubMed, a swoją wiedzę oparliśmy na aktualnej i potwierdzonej badaniami wiedzy medycznej.

Celem było zaprezentowanie i ujednoczenie doniesień o nowych rozwiązaniach w kontekście rozwoju medycyny w odpowiedzi na ograniczenia terapeutyczne wśród pacjentów będących Świadkami Jehowy. Na przykładzie powyższej religii chcieliśmy przedstawić, że religia może stać się nie tylko ograniczeniem, ale także źródłem rozwoju i udoskonalenia dotychczas stosowanych metod leczenia. Ograniczenia, jakie kładzie na lekarzy brak zgody na transfuzję krwi niejako zmusza personel medyczny i naukowy do szukania innych, alternatywnych rozwiązań, które potencjalnie mogą okazać się metodami o mniejszym ryzyku powikłań względem metod klasycznych. W związku z powyższym mają szansę stać się powszechnymi metodami, znajdującymi zastosowanie wśród reszty pacjentów.

Omówienie strategii terapeutycznych stosowanych u pacjentów należących do Chrześcijańskiego Zboru Świadków Jehowy

Poważne operacje brzucha w Szpitalu Uniwersyteckim w Nottingham w Wielkiej Brytanii

Holistyczne podejście do procesu leczenia, które respektuje indywidualną wizję terapii pacjenta jest praktykowane w coraz większej ilości placówek medycznych. Takim przykładem jest Szpital Uniwersytecki w Nottingham w Wielkiej Brytanii, gdzie sukcesem zakończyło się leczenie sześciu pacjentów w wieku od 23 do 77 lat. Było to pięciu mężczyzn i jedna kobieta, którzy poddani byli poważnym operacjom brzucha.

Wszystkie operacje były wykonywane z otwarciem jamy brzusznej, jako zabiegi konieczne i obarczone dużym ryzykiem utraty krwi.

Czterech pacjentów przeszło zabieg pankreatoduodenektomii, czyli jedną z najważniejszych i najbardziej skomplikowanych operacji w chirurgii trzustki, polegającą na usunięciu głowy trzustki, przylegającego do trzustki odcinka dwunastnicy, pęcherzyka żółciowego oraz dalszej części przewodu żółciowego wspólnego wraz z częścią odźwiernikową żołądka.

Pozostała dwójka pacjentów została poddana kolejno operacji hepaticojejunostomii z powodu nawracających kamieni przewodu żółciowego związanych z mukowiscydozą oraz

operacji wszczepienia by-passów dróg żółciowych i żołądka, jako następstwo zaawansowanego raka trzustki.

Każdy z pacjentów został powiadomiony o ryzyku następstw poważnej operacji bez użycia transfuzji krwi, a także otrzymał informacje dotyczące dostępnych alternatyw. Pacjenci mieli również możliwość dokonania przeglądu i przedyskutowania wcześniejszej dyrektywy określającej, które produkty uznają za nadające się do transfuzji indywidualnie przed operacją. Celem było umożliwienie im świadomej zgody na zabieg. Ponadto, wszyscy pacjenci czuli, że ich wiara pomogła im i ich rodzinom wyrazić zgodę na operację, a także ułatwiła poradzenie sobie z trudnymi emocjami w sytuacji zagrożenia życia. Uważali, że ich obawy zostały dobrze zrozumiane i szanowane. Przełożyło się to na wzrost pewności siebie i ułatwiło proces podejmowania decyzji.

Personel medyczny podczas operacji zastosował techniki minimalizacji utraty krwi, które dostosowane były do indywidualnej zgody pacjenta. Stosowano przedoperacyjną farmakologiczną poprawę hemostazy, czyli zapobieganiu wypływowi krwi z naczyń krwionośnych przez poprawę jej krzepnięcia oraz dodatkowo sztuczne nośniki tlenu. Podczas operacji użyto urządzeń do hemostatycznego wycinania (takich jak laser, wiązki argonu, czy ultradźwięki) oraz zastosowano okluzje tętnicy pod kontrolą RTG. Zmniejszyło to ryzyko nieprawidłowych ruchów chirurga i minimalizowało traumatyzację tkanek. Powiększony zespół chirurgiczny wraz z uporządkowaniem planu skomplikowanej operacji w poszczególne etapy, przekładał się natomiast na skrócenie czasu operacji. Do zadań anestezyjologa należało wprowadzenie pacjenta w anestezję hipotensyjną, czyli taką w której ciśnienie tętnicze pacjenta jest niższe niż standardowo oraz utrzymanie go w normotermii. Zmniejszyło to szybkość wypływu krwi z uszkodzonych śródoperacyjnie naczyń. Ponadto wykonywano kontrolowane pobrania krwi pełnej bezpośrednio przed operacją i podaniem płynów infuzyjnych, co utrzymywało objętość krwi i jej rozcieńczenia na stałym poziomie (tzw. hemodylucja normowolemiczną).

Działania pooperacyjne personelu zapobiegały ryzyku powikłań pooperacyjnych związanych z śródoperacyjną utratą krwi, dzięki czemu pacjent znajdował się pod większym nadzorem. Zapobiegano równocześnie ryzyku wystąpienia krwawień, wstrząsu oraz niedokrwistości, czyli powikłań towarzyszących każdej rozległej operacji. Efekt stabilizacji uzyskano przez wzmożoną czujność oraz suplementację substancji, których brak mógł powodować wyżej wymienione działania niepożądane. Opieka nad pacjentem na najwyższym poziomie, niewątpliwie przełożyła się na szybszą regenerację organizmu [5].

Przeszczep szpiku bez transfuzji krwi w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu

Kolejnym przykładem są pacjenci z grupy pacjentów onkologicznych, wśród których nowotwory układu krwiotwórczego wymagają niekiedy podjęcia radykalnych i szybkich działań. Przykładem takiego pacjenta był 22-letni mężczyzną chorujący na chłoniaka Hodgkina, nowotwór który w większości przypadków jest z powodzeniem leczony chemioterapią. Zdarza się jednak grupa pacjentów, którzy nie reagują na standardowe dawki leków, a kolejne zwiększanie dawek mogłoby doprowadzić do całkowitego zniszczenia szpiku kostnego, czyli tzw. aplazji, która stanowi stan bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta. Szpik kostny produkuje elementarne dla funkcjonowania organizmu komórki, które odpowiadają za dostarczanie tlenu i substancji odżywczych do całego organizmu, a także odpowiadają za prawidłowe krzepnięcie i naturalną odporność. Jeżeli szybko nie przeciwdziałano skutkom aplazji poprzez transfuzję wymienną elementów morfotycznych krwi, jest to stan wyjątkowo niebezpieczny dla pacjenta przez zwiększenie incydentów krwawień oraz infekcji. U 22-letniego pacjenta wrocławskiej kliniki hematologii brak odpowiedzi na standardowe leczenie klasycznymi dawkami chemioterapeutyków skłaniał zespół medyczny do podjęcia innego rodzaju leczenia - wysokodawkowej chemioterapii zdolnej zniszczyć nowotwór oraz równocześnie uszkodzić szpik. W analogicznych przypadkach pobiera się komórki macierzyste pacjenta, które w warunkach laboratoryjnych ulegają namnożeniu, pacjenta poddaje się wysokodawkowej chemioterapii, a następnie wszczepia ponownie pobrane wcześniej komórki, w miejsce uszkodzonego szpiku. W trakcie terapii dochodzi do przejściowego stanu aplazji, kiedy pacjent jeszcze nie zaadoptował się do syntezy nowych komórek z wszczepionego szpiku. Towarzyszą temu wspomniane wcześniej ciężkie dla stanu życia infekcje spowodowane obniżoną odpornością, krwawienia oraz ciężką niedokrwistością. Powyższe skutki niepożądane terapii u większości są skutecznie niwelowane przez transfuzję krwi.

W tym przypadku sytuacja nie pozwalała na zastosowanie powyższej metody transfuzji. Lekarze zdecydowali zatem, jako pierwsi w Polsce, o modyfikacji procesu terapeutycznego, zaangażowaniu i mobilizacji naturalnych mechanizmów regeneracyjnych pacjenta. Odpowiednio wcześniej przygotowano pacjenta poprzez podanie mu preparatów żelaza i erytropoetyny w celu podwyższenia poziomu hemoglobiny i krwinek czerwonych. Tym samym zabezpieczono pacjenta, wykorzystując jego własne komórki, bez potrzeby przetaczania cudzych. Ponadto podano leki zwiększające hemostazę, przeciwdziałając tym samym ryzyku krwawień. W trakcie hospitalizacji niezbędny był również bardzo wnikliwy

nadzór lekarzy i pielęgniarek. Mimo że w standardowych przypadkach przeszczep bez transfuzji krwi wiąże się z dużym ryzykiem, rozwiązanie polegające na stymulacji organizmu pacjenta i wykorzystaniu jego naturalnych procesów regeneracyjnych okazało się sukcesem. Tym samym uniknął skutków ubocznych wpisanych, jakie towarzyszą procedurom transfuzji krwi. Pacjent jest obecnie pod stałą kontrolą specjalistów, a jego stan uległ znacznej poprawie [6].

Dyskusja

Przekonania religijne wywierają ciągły wpływ na poszukiwanie innych alternatywnych metod krwiolecznictwa, zamiast transfuzji krwi. Dlaczego powinniśmy szukać nowych rozwiązań terapeutycznych dla pacjentów nie wyrażających zgody na transfuzję krwi? Odpowiadając na to pytanie, chcielibyśmy odnieść się do globalnych trendów.

Ograniczona dostępność do preparatów krwiopochodnych

Z każdym rokiem zapotrzebowanie na krew i jej pochodne rośnie, z uwagi na wzrost ilości dziedzin specjalizacji medycznych, w których jest ona potrzebna. Globalnie zaznacza się tendencja do ograniczenia zasobów krwi, z powodu malejącej liczby dawców oraz braku perspektywy zwiększenia jej podaży. Europejska populacja starzeje się, co prowadzi statystycznie do zmniejszenia liczby potencjalnych dawców krwi, z tego powodu rozwój medycyny powinien kierować się w kierunku ograniczenia zużycia krwi oraz utworzenia schematów i wytycznych wykorzystujących wszystkie dostępne środki lecznicze niepochodzące z krwi, a zapewniające wysoki poziom usług medycznych [7].

Dobrostan psychiczny pacjentów oraz jego wpływ na zdrowie

W epoce globalnej sekularyzacji społeczeństwa [8] mały nacisk i uwagę przykładają się na aspekt duchowy pacjentów. Codzienna obserwacja przekazu płynącego w środkach masowego przekazu daje do zrozumienia, że religia w dzisiejszych czasach jest niepotrzebna. Tymczasem badania naukowe jasno pokazują, że terapeutyczny efekt placebo może być osiągnięty poprzez aktywne praktyki religijne [9]. W związku z powyższym, środowisko medyczne nie powinno zaniedbywać wierzeń i przekonań swoich pacjentów, a zamiast tego – stać w obronie i poszanowaniu dla obranych przez nich zasad i reguł według których postępują w życiu. Niezależnie od wyznania, w gabinecie lekarskim, każdemu powinien być

okazany wysoki szacunek dla jego religii i praktyk religijnych. Nawet nowa definicja zdrowia wyartykułowana przez członków WHO brzmi obecnie następująco: „Zdrowie jest stanem 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. Dlatego zdrowie jest postrzegane jako zasób życiowy, a nie cel życia. Zdrowie jest pojęciem pozytywnym, obejmującym zasoby osobiste i społeczne oraz możliwości fizyczne, a nie tylko brakiem-obięktywnie istniejącej-choroby, czy niepełnosprawności” [10]. Zachowanie spokoju wewnętrznego, zdrowia psychicznego w kontekście nowej definicji WHO zdaje się równie istotne, co zdrowie fizyczne. Nieśmiertelna sentencja Hipokratesa „*przede wszystkim nie szkodzić*” zdaje się w przypadku pacjenta nie tylko ograniczać do szkód w obrębie fizyczności pacjenta, ale także – dla jego psychiki.

Powikłania potransfuzyjne

Wykorzystując alternatywne metody utrzymania homeostazy pacjenta nie narażamy go na ryzyko działań niepożądanych, występujących po transfuzji krwi. Powikłania potransfuzyjne, ze względu na czas wystąpienia pierwszych symptomów dzielą się na wczesne (występujące w trakcie 24 godzin od przetoczenia) oraz późne (po 24 godzinach od przetoczenia). Powikłania potransfuzyjne wczesne obejmują objawową hemolizę wewnątrznaczyniową, gorączkowy odczyn niehemolityczny, anafilaksję, pokrzywkę oraz niekardiogeny obrzęk płuc. Do powikłań potransfuzyjnych późnych należą hemoliza zewnątrznaczyniowa, choroba "przeszczep przeciw gospodarzowi", płamica poprzetoczeniowa oraz aloimmunizacja do antygenów krwinek czerwonych. Inne powikłania obejmują: zakażenie bakteryjne, zastoinową niewydolność krążenia objawową hemolizę, zator, zatrucie cytrynianem oraz te, które pojawiają się z opóźnieniem, czyli: hemosyderozę, wirusowe zapalenie wątroby, AIDS, zakażenia pierwotniakami, kiłę oraz inne zakażenia. Każde z wyżej wymienionych działań niepożądanych może okazać się groźne dla pacjenta i w ciężkich przypadkach nawet doprowadzić do jego śmierci [11,12].

Wnioski

Podczas sytuacji przygotowania do narażającej życie pacjenta operacji, pomiędzy lekarzem a pacjentem dochodzi do tzw. interakcji zogniskowanej. Pojęcie to, wprowadzone przez Ervinga Goffmana jako jeden z rodzajów interakcji społecznej zakłada, że w wyniku

obie strony interakcji realizują własne cele. Lekarz, pragnie spełnić się zawodowo poprzez prawidłowe wypełnienie nałożonych na niego obowiązków, czyli zahamować progresję choroby i doprowadzić do wyleczenia swojego pacjenta. Natomiast pacjent, w tym przypadku Świadek Jehowy, pragnie zachować swoją autonomię decyzyjną i nienaruszalność czystości krwi z jednoczesną perspektywą dalszego wyleczenia. Sytuacja staje się alarmująca, jeżeli podczas dyskusji dochodzi do konfliktu obu stron. Słowo konflikt z łacińskiego *conflictus* – „zderzenie” określa się często jako różność i odmienność w postrzeganiu rzeczywistości, odmienność naszych preferencji i moralności. Do konfliktu interesów dochodzi wówczas, kiedy lekarz postrzega transfuzję krwi jako jedyny słuszny i niezastąpiony element terapii. Kiedy rozpatrzymy problem transfuzji głębiej, w sytuacji opisanej powyżej paradoksalnie nie musi dochodzić do konfliktu interesów. Jest to natomiast okazja do znalezienia innego planu terapeutycznego dla pacjenta. Stanowi to wyzwanie dla medycyny, dla szukania nowych, wcześniej nie używanych rozwiązań, implementacji nowych metod i zmienienia schematycznego do tej pory myślenia. Potencjalny konflikt jest wówczas źródłem rozwoju, poszukiwanie nowych rozwiązań oraz postępu.

Streszczenie powyżej opisanych przypadków klinicznych pokazuje, że dostępnym jest wiele skutecznych technik zmniejszających ryzyko związane z podejmowaniem poważnych operacji u pacjentów, którzy są Świadcami Jehowy. Ponadto, jak wspominają autorzy wiele z nich jest coraz szerzej przyjmowanych w celu zminimalizowania stosowania niepotrzebnych produktów krwiopochodnych w ogólnej opiece klinicznej. Mimo że autorzy artykułu sygnalizują, że zawsze należy mieć na uwadze możliwość wystąpienia krwotoku i wynikającej z tego śmiertelności, to sama idea rozwiązywania technik wcześniejszego zabezpieczenia pacjenta oraz praktyka większej czujności operacyjnej i późniejszej wzmożonej opieki pooperacyjnej ma szansę rozwijać się właśnie dzięki przypadkom Świadców Jehowy.

Piśmiennictwo

1. Bielecki M.: Status osoby duchownej w związku wyznaniowym „Świadcowie Jehowy w Polsce”. <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=721321&fbclid=IwAR1JCTKyHiJ-Fs-J93qui3AYCCz9gVeXTvHSGrBd6P6d83Q8JhQ-O0wd7UA> (09. 04.2019).
2. Mandecki 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 (09.04.2019).

3. Kucewicz E., Czech B., Pawlak S.: Przydatność roztworów hydroksyetyloskrobi w leczeniu chorych poddawanych operacjom serca z użyciem krążenia pozaustrojowego. <http://www.czytelniamedyczna.pl/78,przydatnosc-roztworow-hydroksyetyloskrobi-w-leczeniu-chorych-poddawanych-operacj.html> (09.04.2019).
4. Kącka K., Kącki W., Merak J., Błęka A.: Zastosowanie rekombinowanego aktywnego czynnika VII w celu zmniejszenia okołoperacyjnej straty krwi podczas planowej operacji korekcji deformacji kręgosłupa u świadka Jehowy. Opis przypadku. <https://pdfs.semanticscholar.org/06b9/a97becc50842f5f2edb33e7a49163bed3f3a.pdf> (09.04.2019).
5. Rollins K.E., Contractor U., Inumerable R., Lobo D.N.: Major abdominal surgery in Jehovah's Witnesses. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5392872/> (09.04.2019).
6. Stelmach M.: Przeszczepienie szpiku bez transfuzji. <https://podyplomie.pl/medical-tribune/31596,przeszczepienie-szpiku-bez-transfuzji> (09.04.2019).
7. Poglód R., Rosiek A., Grabarczyk P., Łętowska M.: Charakterystyka podstawowych wskaźników dotyczących krwiodawstwa i krwiolecznictwa w Europie — aktualne wyzwania i działania. https://journals.viamedica.pl/journal_of_transfusion_medicine/article/view/42499 (09.04.2019).
8. Kate J., Koster W., Waal J.: The Effect of Religiosity on Life Satisfaction in a Secularized Context: Assessing the Relevance of Believing and Belonging. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5487934/> (09.04.2019).
9. Finnis D. G., Kaptchuk T. J., Miller F., Benedetti F.: Placebo Effects: Biological, Clinical and Ethical Advances <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2832199/> (09.04.2019).
10. Brüssow H.: What is health? <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3917469/> (09.04.2019).
11. Vasudev R., Sawhney V., Dogra M., Raina T. R.: Transfusion-related adverse reactions: From institutional hemovigilance effort to National Hemovigilance program. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4782490/> (09.04.2019).
12. Głowiński S., Radziwon P.: Hemostaza i krwiolecznictwo [w:] Chirurgia Noszczyk W. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007, tom 1, 55-65.

Duchowość a zmaganie się z chorobą wśród dorosłych mieszkańców Białegostoku i okolic

Kozłowska Anna ¹, Malinowska Paulina¹, Marcysiak Małgorzata ^{1,2}, Marcysiak Miłosz³

1. Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie
2. Zakład Pielęgniarstwa i Kształcenia Podyplomowego, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie, Opiekun Studenckiego Kola Naukowego Pielęgniarstwa
3. Zakład Pracy Socjalnej, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

Wstęp

Pojęcie duchowość od wielu lat sprawia trudności badaczom, którzy próbują określić jej jednolitą definicję. Aktualnie, żeby wyjaśnić „duchowość” należy rozpatrywać ją w trzech różnych sferach. Pierwsza odnosi się do nadnaturalnego bytu - Boga, którego uważamy za swojego rodzaju doskonałość, trudną do wyobrażenia. Mówiąc o Bogu mamy również na uwadze religijność. Rodzaj wyznania bowiem może decydować o naszym podejściu do zmagania się z chorobą [1]. Biorąc na przykład pod uwagę chrześcijaństwo, wyznawcy uważają, że cierpienie jest wpisane w życie ludzkie i to ono pozwoli nam na uzyskanie zbawienia. Należy je zatem cierpliwie znosić, nawet jeśli zakończy się śmiercią. Natomiast opierając się na religii, jaką jest islam, choroba to kara za grzechy. Koran nakazuje muzułmanowi poddanie się leczeniu i w żadnym wypadku nie może z niego zrezygnować, gdyż zdrowie jest najważniejsze. Kolejna sfera natomiast określa „ducha” jako niematerialną siłę życiową, która drzemie w człowieku, nadając mu sens istnienia. Życie w harmonii z wewnętrznym „ja” pozwala na podjęcie decyzji w zgodzie ze sobą. Zmagając się z danym problemem osoba nie ma poczucia winy oraz tego, że źle postępuje. Trzecia i ostatnia dotyczy doświadczeń życiowych. Człowiek w miarę upływu lat swojego życia jest świadkiem, a także uczestnikiem różnych sytuacji. Przeżycia kształtują światopogląd, który wpływa na

postrzeganie świata. Jest to również pomocne w podejmowaniu decyzji [2]. Formują w jednostkach pewnego rodzaju wrażliwość etyczną. Człowiek jest podatny na określone bodźce ze środowiska, negatywne bądź pozytywne. W niektórych przypadkach człowiek, dzięki swojemu doświadczeniu życiowemu nabiera poczucia obojętności na sytuacje, z którymi się spotyka [2,3].

Zdrowie jest wielowymiarowym modelem. Niekiedy kategoryzowane jest w odniesieniu biologicznym jako brak zaburzeń homeostazy w organizmie. Należy jednak analizować je zgodnie z definicją WHO, która dodatkowo ujmuje dobrostan psychiczny i społeczny. W modelu ekosystemu człowieka oprócz ciała i intelektu zwraca się uwagę na sferę duchową, co jednoznacznie określa holistyczne podejście do człowieka, pacjenta, podmiotu opieki [4].

Choroba określana jest jako stan obiektywny. Stawiając ją naprzeciwko zdrowia możemy mówić o zaburzeniu równowagi homeostazy w organizmie, co powoduje wystąpienie niepokojących objawów [5]. Wystąpienie choroby negatywnie wpływa na funkcjonowanie zdrowego człowieka, ograniczając go w pewnej sferze sprawności. Choroba przewlekła staje się silnym stresorem zmuszającym pacjenta do zmian adaptacyjnych w celu przystosowania się do nowej, niekorzystnej sytuacji, które mają wielopłaszczyznowy charakter. W zależności od zasobów jednostki i rodzaju nabytych doświadczeń życiowych dochodzi do akceptacji, co pozwala na wejście w rolę chorego albo do zaprzeczenia, a w konsekwencji do odrzucenia [6,7]. Większość ludzi nie jest w stanie zrozumieć i poradzić sobie z chorobą. Myślą o przykrych i emocjonalnych chwilach z nią związanych [8]. Odnosząc się do duchowości pod względem religijności taki stan rzeczy może wyzwolić kryzys wiary, pacjent widzi w Bogu niesprawiedliwego władcę, który postanowił go ukarać bez stwierdzenia winy i uczciwego osądu. Natomiast z drugiej strony może nastąpić całkowita akceptacja swojego losu oraz stopniowe pogłębianie wiary [9].

Zmaganie się z chorobą według psychologów powinno skupiać się na rozpatrywaniu pozytywnych cech i zasobów swojego zdrowia. Ważne jest, aby osoba chora postrzegała się w rzeczywistym świetle, koncentracja musi być skupiona na możliwościach, jakie pozostały i wsparciu osób bliskich [10].

Akceptacja z definicji dotyczy wieloetapowego procesu przystosowania się do zaistniałej sytuacji. Po raz kolejny odnosząc się do duchowości jest powiązana z religijnością, poczuciem harmonii i wrażliwością etyczną [11]. Zdrowie nie jest stałym procesem, podlega zmiennościom w zależności od sytuacji pacjenta. Style radzenia sobie z chorobą bywają różne i są ściśle uwarunkowane z psychiką danej osoby. Akceptacja może nastąpić po długotrwałej

refleksji nad swoim życiem, czy dobrze postąpiliśmy w ważnych sytuacjach, a także spędzając aktywnie czas doszukując się samych pozytywnych cech życia. Zaakceptowanie pojawia się również przy wsparciu emocjonalnym przez najbliższych, podobnie jak i informacyjnym. Chory dokładnie poznając chorobę i ewentualne metody leczenia rozbudza w sobie nadzieję i motywację do walki [12].

Każdy człowiek pragnie być zdrowym i móc cieszyć się z życia każdego dnia, jednak większość uważa, że ich choroba prowadzi do ograniczeń. Nie są w stanie zrozumieć, dlaczego dotknęła ich choroba. Większość ludzi uważa, że choroba to wyrok i należy tylko czekać na ostatnie chwile. Nic bardziej mylnego, należy wspierać i pomagać takim pacjentom w pogodzeniu się z daną sytuacją [12].

Cel pracy

Celem badań było poznanie wpływu duchowości na zmaganie się z chorobą.

Material i metody

Badanie przeprowadzono w 2018 roku wśród 114 mieszkańców Białegostoku i okolic. W badanej grupie było 63 mężczyzn (55%), a także 51 kobiet (45%). Większość ankietowanych stanowiły osoby mieszkające w mieście (70%), 30% respondentów zamieszkiwało na wsi. Dominowali respondenci z wykształceniem średnim (40%), 34% stanowiły osoby z wykształceniem wyższym, 15% z zawodowym, a 11% z wykształceniem podstawowym. Wśród badanych większość (55%) chorowała przewlekłe, 45% to osoby deklarujące się jako zdrowe. W grupie respondentów chorujących przewlekłe przeważały choroby układu krążenia (40%), pozostałe osoby deklarowały choroby metaboliczne (25%), układu oddechowego (10%), nowotwory (11%) oraz inne (14%). Większość w grupie badanej stanowiły osoby pozostające w związku (55%), natomiast 45% ankietowanych była stanu wolnego.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz analizę piśmiennictwa, technikę ankietowania. Wykorzystano narzędzia standaryzowane: Kwestionariusz Samoopisu Heszen-Niejodek, Gruszczyńskiej i Metlak oraz Skalę Akceptacji Choroby (AIS) opracowaną przez B.J. Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen, w adaptacji Z. Juczyńskiego. Kwestionariusz Samoopisu zawiera trzy skale dotyczące postawy religijnej, wrażliwości etycznej i poczucia harmonii, z których dwa pierwsze zawierają po 7 stwierdzeń, zaś poczucie harmonii – 6 stwierdzeń [13].

AIS zawiera osiem twierdzeń określających konsekwencje choroby, gdzie respondenci na skali od jednego do pięciu zaznaczali, w jakim stopniu zgadzają się z poszczególnymi stwierdzeniami. Ocena wyższa wskazywała na dobre przystosowanie się do sytuacji chorobowej, a negowanie stwierdzeń świadczyło o braku akceptacji choroby. Pozwala on na określenie, w jakim stopniu pacjent akceptuje własną chorobę, ale też pomaga ocenić nasilenie negatywnych emocji związanych z jej przeżywaniem.

Analiza wyników została przeprowadzona za pomocą testu t-Studenta, zastosowano również korelację r-Pearsona. Poziom istotności wnioskowania statystycznego ustalono na $p = 0,05$. Do obliczeń wykorzystano pakiet statystyczny SPSS.

Wyniki

Porównując średnie wyniki w trzech wymiarach duchowości można stwierdzić, że w badanej grupie najniższy wynik uzyskano w zakresie poczucia harmonii ($M=20,71$, $SD=5,48$). Wyniki w obszarze wrażliwości etycznej i praktyk religijnych były zbliżone ($WE-M=25,93$, $SD=4,95$; $PR-M=25,21$, $SD=6,63$). Średnia w akceptacji choroby (ACH) wynosiła 26,58, a $SD=8,33$ (tab. I).

Tab. I. Duchowość i akceptacja choroby

	M	SD	Skośność	Kurtoza	KS
Poczucie harmonii (PH)	20,71	5,48	-0,464	-0,58	1,253
Wrażliwość etyczna (WE)	25,93	4,95	-0,106	-1,04	1,079
Praktyki religijne (PR)	25,21	6,63	-0,534	-0,368	1,179
Akceptacja choroby (ACH)	26,58	8,33	-0,234	-1,09	26,58

Źródło: wyniki badań własnych

Z analizy aspektów duchowości i akceptacji choroby w odniesieniu do płci wynika, że istnieją różnice istotne statystycznie w zakresie wrażliwości etycznej ($p < 0,05$). Kobiety wykazywały większą wrażliwość ($M=27,00$) niż mężczyźni ($M=25,07$). Nie stwierdzono istotnych różnic w obszarze poczucia harmonii, praktyk religijnych.

Mężczyźni wykazali się większą akceptacją choroby ($M=28,14$) niż kobiety ($M=24,95$). Różnice nie są istotne statystycznie (tab. II).

Tab. II. Duchowość i akceptacja choroby a płeć

	K	M	t	p
Poczucie harmonii (PH)	21,37	20,19	1,146	0,254
Wrażliwość etyczna (WE)	27,00	25,07	2,090	0,039
Praktyki religijne (PR)	26,35	24,30	1,655	0,101
Akceptacja choroby (ACH)	24,95	28,14	-1,234	0,225

Źródło: wyniki badań własnych

W badanej grupie wyższe wyniki w skali wrażliwości etycznej uzyskały osoby mieszkające w mieście (M=26,38) niż na wsi (M=24,88). Różnice te nie są jednak istotne statystycznie. Osoby zamieszkujące na wsi wykazywały się wyższymi wartościami w akceptacji choroby (M=29,11) niż mieszkańcy miasta (M=25,87) (tab. III).

Tab. III. Duchowość i akceptacja choroby a miejsce zamieszkania

	W	M	t	p
Poczucie harmonii (PH)	20,35	20,87	-0,463	0,644
Wrażliwość etyczna (WE)	24,88	26,38	-1,493	0,138
Praktyki religijne (PR)	25,29	25,18	0,078	0,938
Akceptacja choroby (ACH)	29,11	25,87	1,030	0,310

Źródło: wyniki badań własnych

Analizując zaś poszczególne zmienne w odniesieniu do stanu cywilnego występuje istotna statystycznie zależność w obszarze praktyk religijnych ($p < 0,05$). Osoby pozostające w związku wykazywały większe zaangażowanie w praktyki religijne (M=27,44) niż osoby stanu wolnego (M=22,47). Nie stwierdzono istotnych różnic wśród respondentów w zakresie poczucia harmonii i wrażliwości etycznej. Ponadto, w badanej grupie osoby pozostające w związku uzyskały wyższe wyniki w skali akceptacji choroby niż osoby stanu wolnego. Różnice te jednak nie są istotne statystycznie (tab. IV).

Wykształcenie nie różnicuje istotnie badanych pod względem duchowości, chociaż w badanej grupie występuje pewne różnice w obszarze poczucia harmonii. Największe poczucie harmonii można stwierdzić u osób z wykształceniem wyższym (M=22,15), zaś najniższe u osób posiadających wykształcenie zawodowe (M=18,47). Osoby z wykształceniem podstawowym i

średnim prezentowały zbliżony poziom. Występujące różnice nie są istotne statystycznie (tab. V).

W grupie ankietowanych można dostrzec różnice w akceptacji choroby biorąc pod uwagę wykształcenie. Wprawdzie nie są one istotne statystycznie, ale pokazują pewną tendencję, im wyższe wykształcenie tym większa akceptacja. Najniższe wyniki uzyskały osoby z wykształceniem podstawowym ($M=23,00$), a najwyższe osoby identyfikujące się z wykształceniem wyższym ($M=29,54$). Osoby z wykształceniem zawodowym i średnim uzyskały kolejno ($M=25,28$) i ($M=26,53$) (tab. V).

Tab. IV. Duchowość i akceptacja choroby a stan cywilny

	Wolny	Związek	t	p
Poczucie harmonii (PH)	20,37	21,00	-0,60	0,546
Wrażliwość etyczna (WE)	26,19	25,73	0,498	0,620
Praktyki religijne (PR)	22,47	27,44	-4,275	0,001*
Akceptacja choroby (ACH)	23,84	27,85	-1,453	0,154

Źródło: wyniki badań własnych

Tab. V. Duchowość i akceptacja choroby a wykształcenie

	Pods	Zaw	Śred	Wyższ	F	p
Poczucie harmonii (PH)	20,00	18,47	20,52	22,15	5,706	0,127
Wrażliwość etyczna (WE)	26,00	24,70	26,43	26,87	1,491	0,684
Praktyki religijne (PR)	25,41	25,23	25,19	25,17	0,275	0,965
Akceptacja choroby (ACH)	23,00	25,28	26,53	29,54	3,152	0,369

Źródło: wyniki badań własnych

Stan zdrowia różnicuje poziom duchowości w dwóch aspektach – poczucia harmonii oraz wrażliwości etycznej i są to różnice istotne statystycznie ($p<0,05$). Osoby zdrowe prezentowały wyższe wartości w obydwu obszarach ($PH-M=23,03$ i $WE-M=27,68$). Praktyki religijne w obydwu grupach prezentowały zbliżone wyniki (tab. VI).

Im starsze osoby tym wyższe wyniki w skali praktyk religijnych. Poczucie harmonii dodatkowo koreluje z wrażliwością etyczną i akceptacją choroby. Osoby, które uzyskały wyższe wyniki w skali poczucia harmonii lepiej radzą sobie z chorobą (lepiej radzą sobie w zmaganiu się z chorobą). Różnice są istotne statystycznie ($p<0,05$) (tab. VII).

Tab. VI. Duchowość i akceptacja choroby a stan zdrowia

	Nie choruje	Choruje przewlekłe	t	p
Poczucie harmonii (PH)	23,03	18,84	4,378	0,001
Wrażliwość etyczna (WE)	27,68	24,52	3,562	0,001
Praktyki religijne (PR)	25,68	24,84	0,675	0,501

Źródło: wyniki badań własnych

Tab. VII. Wartości współczynników korelacji Pearson dla zmiennych: wiek, duchowość, akceptacja choroby

	WIEK	PH	WE	PR	AIS
WIEK	1	-0,091	-0,048	0,315*	0,268
PH	-0,091	1	0,598*	0,394*	0,350*
WE	-0,048	0,598*	1	0,507*	-0,148
PR	0,315*	0,394*	0,507*	1	0,090
AIS	0,268	0,350*	-0,148	0,090	1

PH – poczucie harmonii, WE – wrażliwość etyczna, PR – praktyki religijne, AIS – akceptacja choroby, * $p < 0,05$

Źródło: wyniki badań własnych

Dyskusja

Duchowość w oparciu o zmaganie się z chorobą jest bardzo ważnym zagadnieniem wymagającym dogłębnego rozważania. Niestety obecnie nadal nie istnieje dostatecznie dużo piśmiennictwa pozwalającego dokładniej zweryfikować badaną zależność. Badania przeprowadzone przez Joannę Kozak dotyczyły jedynie sfery psychicznej w zależności od stopnia zaawansowania choroby nowotworowej. Podczas analizy aspektów psychologicznych opartych o literaturę naukową udowodniła, że duże znaczenie ma jakość i poziom komunikacji z pacjentem. Rozmowy na temat choroby oraz metod jej leczenia pozytywnie wpływają na akceptację zaawansowania choroby nowotworowej. Chory ma poczucie bezpieczeństwa i jest pewny, że nie pozostaje sam ze zmaganiem się z nowotworem, co daje mu pewnego rodzaju komfort psychiczny [14]. Natomiast powiązanie ściśle religijne z akceptacją cukrzycy zbadała Małgorzata Stefańska i wsp. Badania zostały przeprowadzone w 2017 roku w okresie od stycznia do kwietnia. Ankietowanymi byli pacjenci Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

znajdujący się na oddziałach: Chorób Wewnętrznych, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej w liczbie 100 osób. Grupę badaną w większości stanowiły kobiety (51%) niż mężczyźni (49%). Ukazując wyższą religijność u kobiet (97,5) niż u mężczyzn (2,5), a tym samym wyższą akceptację swojego stanu zdrowia, co pozwala potwierdzić wcześniejsze założenia, że płeć wpływa na zmaganie się z chorobą [15]. Nie znalazło to potwierdzenia w badaniach własnych. Mężczyźni bowiem wykazali się większą akceptacją choroby ($M=28,14$) niż kobiety ($M=24,95$). Natomiast kobiety w niedużym stopniu ($M=26,35$) przewyższały mężczyzn ($M=24,30$) w praktykach religijnych. Ciekawą zależność wykazał Zygfryd Juczyński poszukując odpowiedzi na pytanie: Co daje pacjentom siły do zmagania się z chorobą? Zwrócił uwagę na ważność poinformowania pacjenta o jego stanie chorobowym i nieukrywanie przed nim prawidłowo postawionej diagnozy. Chociaż na samym początku badania stwierdził, że to chęć życia determinuje pacjentów do walki z chorobą, równie szybko obalił postawioną przez siebie tezę. Porównując liczne badania wykazał, że wrażliwość etyczna przekłada się na podejście pacjenta do procesu leczenia [16]. W badaniach własnych to jednak osoby, które uzyskały wyższe wyniki w skali poczucia harmonii lepiej radziły sobie w zmaganiu się z chorobą. Juczyński w dalszych swoich dociekaniach badawczych powołuje się na trzy cnoty nadprzyrodzone: wiarę, nadzieję i miłość oraz odnajduje w nich przełożenie na proces leczenia. Wiara to wiedza o chorobie, potrzeba ciągłego analizowania i poszukiwania najnowszych metod leczenia. Nadzieja to optymizm, pozytywne spojrzenie na daną sytuację i chęć wyleczenia. Miłość natomiast to wsparcie, kluczowy element leczenia. Pacjent, który posiada bliską osobę jest zmobilizowany by walczyć o zdrowie, czy też wydłużenie życia o te kilka dni. Z uwagi na samopoczucie drugiej osoby, wykazując się wrażliwością etyczną nie pozwala sobie na smutek i zaprzestanie leczenia. Zdecydowanie większa wrażliwość bez powyższych cnót skłania pacjentów do negatywnych myśli i braku jakichkolwiek chęci do walki o powrót do zdrowia. Harmonia jest nieodzownym elementem ludzkiego życia [16]. W badaniach własnych respondenci pozostający w związku wykazywali się większym istotnie statystycznym zaangażowaniem w praktykach religijnych ($M=27,44$) niż osoby stanu wolnego ($M=22,47$). W przypadku wrażliwości etycznej w obydwu grupach utrzymywała się ona na podobnym poziomie. Jeśli jednak chodzi o akceptację choroby, to w badanej grupie osoby pozostające w związku uzyskały wyższe wyniki ($M=27,85$) niż osoby stanu wolnego ($M=23,84$).

Analizując wyniki Niny Ogińskiej- Bulik, która przeprowadziła badania wśród 95 osób z przewlekłymi chorobami nowotworowymi, kardiologicznymi oraz pacjentami z przewlekłą niewydolnością nerek na terenie województwa łódzkiego. Mężczyźni stanowili większą grupę

badaną (55,5%) niż kobiety (44,5%). Skupiła się na zależności między duchowością a traumą. Definiuje traumę jako negatywne przeżycie, która wprowadza trwałe zmiany w psychikę pacjenta, wywołując negatywne emocje prowadzące do depresji, a także poczucie winy za swój aktualny stan zdrowia. Rozgraniczyła duchowość na trzy sfery: wrażliwość etyczną, harmonię oraz religijność. Porównując zależności, które wystąpiły stwierdziła, że religijność (38%) pomaga w walce z traumą, ucieczka do wyższych bytów przynosi pewnego rodzaju ukojenie. Natomiast wrażliwość etyczna (19%) i harmonia (5%) nie odznaczają swojego udziału w całym procesie adaptacji [17]. W badaniach własnych wykazano zależności między tymi sferami. Osoby, które uzyskały wyższe wyniki w skali poczucia harmonii istotnie lepiej radziły sobie z chorobą. Być może występujące różnice wynikają z różnic pomiędzy chorobą a traumą.

Dość dobrym przykładem jest badanie Joanny Mateusiak, która analizując poziom duchowości w stosunku do wieku skupiała się na grupie badanej w liczbie 187 ankietowanych w przedziale wiekowym od 16 do 70 lat. Wykazała jej gwałtowny wzrost między 16. a 19. rokiem życia (39 SD), gdzie minimalnie maleje między 20.-29. rokiem życia (37 SD), przy czym zauważalnie między 30. a 39. rokiem życia pułap gwałtownie spada (32 SD) w porównaniu do poprzednich przedziałów. Jednak między 60.-70. rokiem życia ponownie wzrasta (62 SD), co można tłumaczyć większym doświadczeniem życiowym, czy też większej ilości poświęconego czasu na doskonalenie duchowe i modlitwę [18]. Potwierdzają to badania własne. Im starsze osoby tym istotnie wyższe wyniki w skali praktyk religijnych.

Jarosław Ocalewski i wsp. zdecydował się na krytyczną analizę piśmiennictwa, poruszając po raz kolejny temat zmagania się z chorobą w zależności od wieku i płci. Skupił się na artykułach dotyczących nowotworów. Podobnie jak wcześniej wspomniane badania Małgorzaty Stefańskiej wykazały lepsze funkcjonowanie i rozwój duchowy osób w wieku starszym niż wczesnej dorosłości [19]. Znajduje to potwierdzenie w badaniach własnych. Im starsze osoby tym większa akceptacja choroby i tym samym korzystniejsze efekty w zmaganiu się z nią. Jarosław Ocalewski dodatkowo wykazał korelacje z więzami rodzinnymi. Zmaganie się po raz kolejny jest uzależnione od wieku i płci, jednak dodatkowo czynnikiem wpływającym na jej poziom są bliscy chorego. Dla osób w wieku podeszłym bardzo ważne jest poczucie bycia potrzebnym i kochanym. Brak bliskich negatywnie wpływa na stan psychiczny chorego, jest zmuszony do pozostania samemu sobie, co skłania go do rezygnacji z chęci życia [19].

Badania przeprowadzone przez Ewę Kupcewicz i wsp. w czasie od września 2013 roku do marca 2014 roku skupiały się na stopniu akceptacji choroby i poziomie satysfakcji z życia w zależności od statusu społeczno-zawodowego. Porównując zależności między miejscem zamieszkania (miasto - 59% i wieś - 32%) dla ogólnej grupy ankietowanych nie wykazała

zależności między miejscem zamieszkania a akceptacją choroby. Natomiast wykształcenie grupy badanej, podstawowe (4,1), zawodowe (6,5), średnie (6,1), policealne (9,3) również nie wykazało korelacji z akceptacją choroby [20]. Wyniki powyższych badań mogą być poddane dyskusji. W badaniach własnych mieszkańcy wsi w większym stopniu akceptowali chorobę, niż osoby zamieszkujące w mieście. Dostrzeżono również różnice w grupach badanych w zależności od wykształcenia. Im wyższe wykształcenie, tym większa akceptacja choroby.

Wnioski

1. Duchowość człowieka przekłada się na akceptację choroby i w związku z tym skuteczniejsze zmaganie się z chorobą, dlatego istnieje potrzeba wzmocnienia poszczególnych sfer duchowości w relacji z pacjentem.
2. Akceptacja choroby szczególne znaczenie może mieć w zmaganiu się z chorobą przewlekłą, co daje szansę na łatwiejsze przystosowanie się do nowej, trudnej sytuacji.

Piśmiennictwo

1. Walczak T., Walczak E., Kowalewski W.: Duchowość a jakość życia osób dotkniętych chorobą nowotworową. *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 2018, 64(3), 177-184.
2. Krok D.: Religijność a duchowość- różnice i podobieństwa z perspektywy psychologii religii. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2009, 14(1), 126- 141.
3. Marcysiak M., Dąbrowska O., Marcysiak M.: Duchowość i poczucie misji w zawodzie pielęgniarki. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2014, 22(2), 165-171.
4. Walentynowicz-Moryl K.: Wielowymiarowe modele zdrowia. *Hygeia Public Health*, 2017, 52(1), 1-5.
5. Domaradzki J.: O definicjach zdrowia i choroby. *Folia Medica Lodziensia*, 2013, 40(1), 5-29.
6. Kurpas D., Kusz J., Jedynak T., Mroczek B.: Stopień akceptacji choroby przewlekłej wśród pacjentów. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2012, 14(3), 396–398.
7. Wiraszka G., Lelonek B.: Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Studia Medyczne*, 2008, 10, 21-26.
8. Kurowska K., Lach B.: Akceptacja Choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2. *Diabetologia Praktyczna*, 2011, 12(3), 113-119.
9. Rybarski R. J.: Religijność i lęk przed śmiercią a jakość życia osób z rozpoznaną chorobą nowotworową. *Rozprawy doktorskie (WNS)*, 2018, 1-266.

10. Neustein J., Pawik M., Rymaszewska J.: Stres i obraz siebie wśród osób chorujących na stwardnienie rozsiane oraz wybrane pozytywne aspekty zmagania się z chorobą. *Aktualności neurologiczne*, 2018, 18(1), 34-39.
11. Szwat B., Słupski W., Krzyżanowski D.: Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2011, 1(1), 35–41.
12. Skrzyński W., Rzepecki P., Jędrzejczak E., Lazar-Sito D.: Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie z trudnościami przewlekle chorych. *Lekarz Wojskowy*, 2018, 3, 201-205.
13. Heszen-Niejodek I., Gruszczyńska E.: Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. *Przegląd Psychologiczny*, 2004, 47(1), 15-31.
14. Kozaka J.: Kliniczny przebieg choroby nowotworowej a przystosowanie psychiczne. *Current Gynecologic Oncology*, 2015, 13(1), 27-43.
15. Stefańska M., Majda A.: Religijność i akceptacja choroby wśród osób z cukrzycą. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2019, 72(2), 43-57.
16. Juczyński Z.: Zmaganie się z nieuleczalną chorobą - mobilizacja osobistych potencjałów zdrowia. *Sztuka Leczenia*, 2016, 1, 19-29.
17. Ogińska- Bulik N.: Rola duchowości w rozwoju po traumie u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi. *Psychiatria i Psychoterapia*, 2014, 10(3), 3-16.
18. Mateusiak J.: W poszukiwaniu psychologicznych przejawów duchowości. *Przegląd Psychologiczny*, 2004, 47(1), 33-46.
19. Ocalewski J., Izdebski P.: Doświadczenie choroby nowotworowej wśród osób w późnej dorosłości. *Przegląd badań. Gerontologia Polska*, 2016, 24, 251-258.
20. Kupcewicz E., Abramowicz A.: Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia pacjentów leczonych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Hygeia Public Health*, 2015, 50(1), 142-148.

Aspekty etyczne i perspektywy stosowania sztucznej inteligencji w medycynie

Madej Marta¹, Pogorzelska Magdalena¹, Wróblewski Krzysztof¹, Waluś Jakub¹, Barnaś Paweł¹, Żłobicka Kinga¹, Ferenc Stanisław², Gnus Jan^{1,2}

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

Wstęp

Sztuczną inteligencję (AI – *artificial intelligence*) najprościej można zdefiniować jako *“zdolność systemu do prawidłowego interpretowania danych pochodzących z zewnątrz, nauki na ich podstawie oraz wykorzystywania tej wiedzy, aby wykonywać określone zadania i osiągać cele poprzez elastyczne dostosowanie”* [1].

Publikowane wyniki badań naukowych dotyczące kolejnych zastosowań AI w medycynie pojawiają się z rosnącą częstotliwością i niezmiennie budzą zainteresowanie społeczności akademickiej, pracowników służby zdrowia, pacjentów w tym także humanistów, socjologów, futurystów. W końcu AI ma docelowo *“widzieć, analizować i wnioskować”* jak człowiek.

Celem pracy jest przedstawienie i pogłębienie rozważań autorów dotyczących wpływu AI na jakość świadczenia usług zdrowotnych, korzyści, zagrożeń i konsekwencji dla człowieka, jakie niesie za sobą wprowadzenie tej technologii.

Sztuczna inteligencja (AI) to w dzisiejszych czasach bardzo obszerny dział informatyki obejmujący tworzenie modeli zachowań organizmów rozumnych, a więc zdolnych do postrzegania, analizy i adaptacji do warunków środowiska oraz pisanie oprogramowania komputerowego zdolnego do naśladowania tych zachowań. Jest on ściśle powiązany z wieloma innymi pokrewnymi naukami: robotyką, logiką, obliczeniami ewolucyjnymi i sieciami neuronalnymi. Biorąc pod uwagę aspekt medyczny poniższej pracy sztuczna inteligencja definiowana jest jako zdolność maszyny do samodzielnego replikowania procesów intelektualnych typowych dla ludzi.

AI składa się z dwóch elementów: machine learning (ML) oraz inspirowany siecią neuronów mózgowych deep learning (CNN). Uczenie maszynowe jest rozumiane jako zdolność komputerów do samodzielnego uczenia się z baz danych.

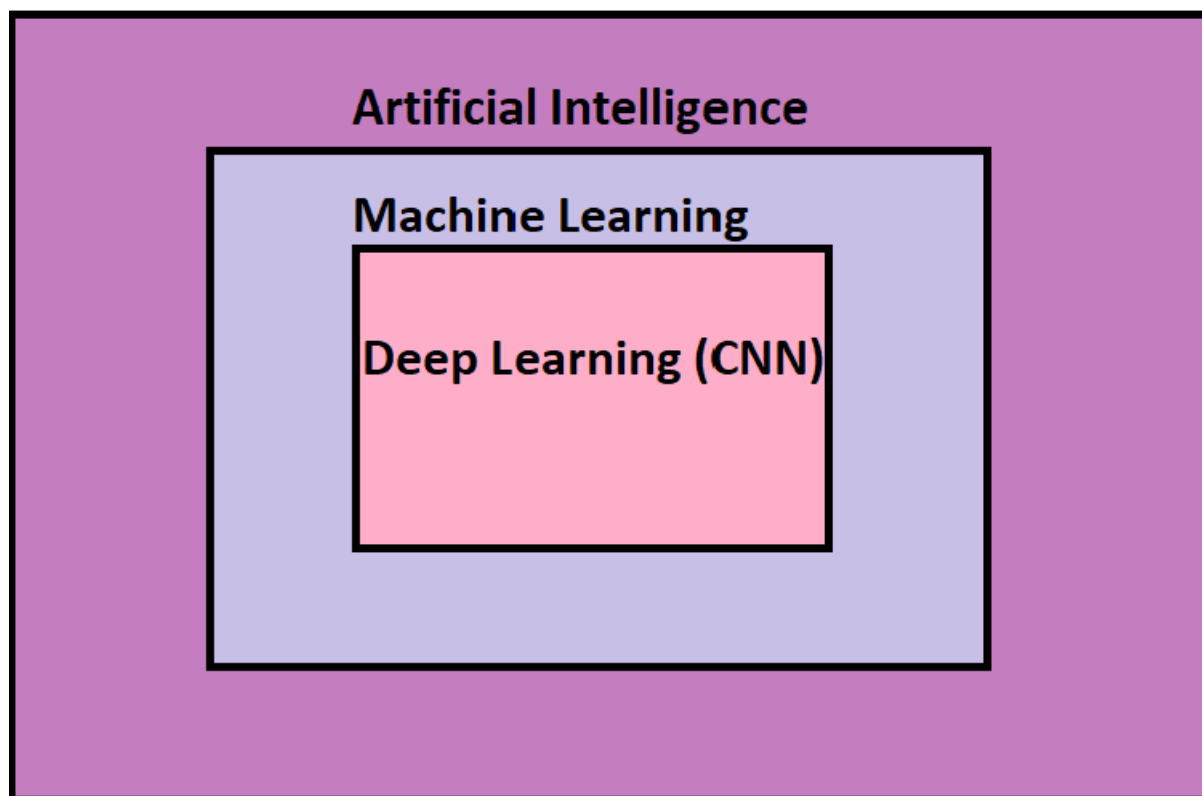
Wyżej wspomniany podtyp sztucznej inteligencji CNN naśladuje funkcje ludzkich sieci neuronalnych. Podobnie jak mózg, zbudowany jest z warstw rzędów neuronów, które ściśle ze sobą współdziałają w przesyłaniu oraz przetwarzaniu informacji. Podstawową jednostką funkcjonalną jest neuron. Jednostki budujące pierwszą warstwę, odbierają wprowadzane dane, natomiast ostatnia warstwa stanowi sekcję wyjściową przepływu informacji. Wiele algorytmów sztucznej inteligencji, szczególnie tych stosowanych w CNN, już znalazły zastosowanie w zadaniach rozpoznawania obrazów, co umożliwi rozwój wielu gałęzi medycyny, w tym szczególnie radiologii.

Uczenie maszynowe, dynamicznie rozwijająca się dziedzina sztucznej inteligencji pozwala na praktyczne zastosowanie jej dokonań. Jest to możliwe przez stworzenie automatycznego systemu potrafiącego doskonalić się przy pomocy zgromadzenia danych, rozumianych jako doświadczenie oraz tym sposobem nabywania nowej wiedzy. ML może być uważany za narzędzie sztucznej inteligencji, przetwarzające skomplikowane algorytmy w rzeczywiste dokonania. Uczenie się w przypadku maszyn może być rozpatrywane jako konkretyzacja algorytmu, czyli dobór odpowiednich parametrów, nazywanych umiejętnościami lub wiedzą. Służy do tego wiele typów metod pozyskiwania wiedzy oraz sposobów reprezentowania wiedzy. Wspomniane metody pozwalają zwiększyć efektywność oraz wydajność działań. Proces uczenia się w kontekście AI rozumiany jest nieco inaczej niż tradycyjnie. ML ma za zadanie osiągnięcie rezultatów opartych na wiedzy fragmentarycznej, umożliwiać doskonalenie się, tworzyć nowe pojęcia oraz wnioskować „od szczegółu do ogółu”. W konsekwencji, cele teoretyczne sztucznej inteligencji mogą mieć zastosowanie ogólne w medycynie.

Przemysł wykorzystujący AI w medycynie można podzielić na dwie główne części: część wirtualną, która polega głównie na pisaniu programów komputerowych przez informatyków i część fizyczną obejmującą tworzenie inteligentnych maszyn asystujących w chirurgii i opiece nad pacjentem.

Pierwsze próby wdrożenia AI do diagnostyki medycznej odbywały się w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku, w Stanach Zjednoczonych. Miały one głównie charakter naukowy i raczej niską wartość praktyczną. Były to podwaliny badań prowadzonych na szerszą skalę w latach siedemdziesiątych, których zwieńczeniem było opracowanie programu

pozwalającego na ocenę konieczności leczenia inwazyjnego przy ostrych objawach bólu brzucha przez Gunn'a i współpracowników w 1976 roku. Obecnie badania nad AI w medycynie są prowadzone przez praktycznie wszystkie wiodące gospodarki światowe, a możliwości oferowane przez AI próbuje się wykorzystywać w każdy możliwy sposób, na przykład w analizie medycznych baz danych, stawianiu diagnozy podczas leczenia i ogólnie pomocy w codziennej pracy lekarza.



Wykorzystanie AI w dziedzinach medycyny nadal pozostaje w znacznej mierze w sferze badań, jednak wiodące korporacje prowadzące badania w tym zakresie już udostępniają pierwsze wyniki swojej pracy do użytku publicznego:

- Brytyjska firma *DeepMind Technologies Limited* założona w 2010 roku prowadzi program badawczy o nazwie *DeepMind Health*, którego głównym celem jest wprowadzenie AI do codziennego życia lekarza, innych pracowników medycznych i przede wszystkim pacjenta. Opracowana przez powyższą korporację aplikacja na telefony o nazwie *Streams* umożliwia gromadzenie wyników badań danego pacjenta, ich kontrolowanie i ostrzeganie lekarza prowadzącego w przypadku pogarszającego się stanu zdrowia chorego. Kolejną zaletą powyższej aplikacji jest monitorowanie podstawowych funkcji życiowych pacjenta na odległość bez konieczności

wykorzystywania specjalistycznej aparatury medycznej. Dzięki powyższym zaletom *Streams* zostało bardzo pomyślnie przyjęte w szpitalnej praktyce zawodowej na terenie Brytanii. Badania przeprowadzone wśród pielęgniarek pracujących w Royal Free Hospital w Londynie i korzystających z powyższej aplikacji wykazały, że są one w stanie zaoszczędzić 2 godziny pracy dziennie dzięki łatwemu i szybkiemu dostępowi do danych medycznych pacjenta.

- *Watson Computer System* opracowany przez naukowców amerykańskiego przedsiębiorstwa *International Business Machines Corporation (IBM)* i nazwany na cześć założyciela firmy został stworzony do analizowania dużych baz danych. Ma on zastosowanie w medycynie, gdzie postawienie prawidłowej diagnozy choroby opiera się na przeanalizowaniu dużej ilości wyników badań. Obecnie próby wykorzystania oprogramowania *Watson* mają miejsce głównie w dziedzinie onkologii. Program ma za zadanie pomóc w wyborze sposobu leczenia na podstawie jego przewidywanej efektywności, toksyczności, współwystępujących chorób, preferencji pacjenta i innych zalet wynikających z terapii. Źródłem wiedzy powyższego oprogramowania są książki i czasopisma naukowe, a także bazy danych uzyskane poprzez współpracę z wieloma ośrodkami klinicznymi. Początkowo analizie poddano przypadki niedrobnokomórkowego raka płuca i raka piersi we wczesnej fazie rozwoju. Na ich podstawie *Watson* uczy się samodzielnie oceniać wagę poszczególnych czynników decydujących o stanie zdrowia chorego.

Celem pracowników *IBM* jest osiągnięcie takiej specjalizacji oferowanego przez nich systemu medycznego, że w momencie pierwszego kontaktu z pacjentem lekarz onkolog będzie już dysponował uporządkowaną bazą danych klinicznych chorego. Następnie wszystkie niezgodności w wynikach badań zostaną automatycznie wychwycone i uwidocznione. Kolejnym krokiem będzie doradzanie lekarzowi w sprawie terapii, aby maksymalnie zwiększyć jej skuteczność. Ostatecznie po wyborze rodzaju terapii przez onkologa i jego pacjenta, program będzie samodzielnie rozpisywał harmonogram leczenia chorego.

- Analiza zdjęć rentgenowskich to bardzo czasochłonne zajęcie nawet dla doświadczonego radiologa, a niepoprawnie wykonane zdjęcia są częstym powodem wydłużenia czasu potrzebnego na postawienie diagnozy i konieczności ponownego naświetlenia chorego. Projekt badawczy o nazwie *Medical Sieve* firmy *IBM* ma za zadanie stworzyć inteligentny system pomocniczy w radiologii, który na podstawie

przeanalizowanej przez siebie ogromnej bazy zdjęć będzie samodzielnie oceniał poprawność wykonanego zdjęcia, a następnie je opisywał.

- Wraz z rozwojem wiedzy o poszczególnych chorobach człowieka, poszukiwanie wciąż nowych, lepszych leków stało się bardzo kosztownym i czasochłonnym zajęciem. Firma *Deep Genomics* zajmuje się analizą genetycznego podłoża chorób na poziomie kwasów nukleinowych. Celem prowadzonych tam badań jest szybkie przewidywanie i korygowanie zmian w ludzkim DNA, a także pełna mechanizacja testów potencjalnie leczniczych substancji, co pozwala na prowadzenie badań nad setkami próbek jednocześnie i znacznie przyspiesza opracowanie nowych preparatów farmaceutycznych.

Powyższe przykłady doskonale pokazują nieocenioną wartość AI w praktycznie każdej dziedzinie medycyny i dowodzą, że niemal każdy młody pracownik służby zdrowia w przyszłości będzie miał z nią styczność [2-8].

Metodyka i metody

W celu zebrania materiałów do artykułu przeanalizowaliśmy polskojęzyczne oraz anglojęzyczne prace naukowe napisane w ostatnich latach pod kątem aspektów etycznych i wpływu zastosowania sztucznej inteligencji w medycynie na środowisko medyczne oraz pacjentów.

Drugim elementem naszej pracy było przeprowadzenie ankiety wśród studentów kierunku lekarskiego w celu poznania ich opinii na temat wybranych kwestii dotyczących zastosowania AI w medycynie.

Przegląd, analiza

Przegląd dostępnej literatury na tematy związane ze stosowaniem sztucznej inteligencji w medycynie ukazuje obraz zarówno szerokiej gamy możliwości, jak i szeregu ograniczeń, jakie daje to narzędzie. Na początek warto zastanowić się, jakie zalety można dostrzec w systemach opartych na sztucznej inteligencji oraz korzyści chcielibyśmy odnieść wprowadzając tę technologię do codziennej praktyki lekarskiej.

Na pierwszy plan wysuwa się chęć zwiększenia skuteczności metod diagnostycznych. Przeprowadzono wiele doświadczeń, w których sprawdzano umiejętność analizy zdjęć radiologicznych, skanów MR, TK, czy obrazów z gastroskopii przez programy oparte na

CNN i *machine learning*. Większość otrzymanych wyników napawa optymizmem. AI wykazało dobrą skuteczność diagnostyczną, m.in. w badaniach przeprowadzonych przez Sasank Chilamkurthy i współpracowników, którzy zastosowali deep learning do interpretacji skanów TK głowy. Metoda cechowała się bardzo wysoką czułością, ale gorszą swoistością w rozpoznawaniu m.in. krwotoku śródczaszkowego czy złamań kości czaszki. W innych badaniach Yasaka i współpracownicy wykazali przydatność CNN w różnicowaniu patologii wątroby (naczyniaków, torbieli, ognisk dysplastycznych, łagodnych guzów wątroby, raka wątrobowokomórkowego (HCC) w różnych stadiach, nowotworów złośliwych wątroby innych niż HCC) na podstawie skanów TK. Z kolei Rajpukar i współautorzy stworzyli własny algorytm CNN, który analizował zdjęcia RTG klatki piersiowej i wykazywał podobną skuteczność, jak radiolodzy w rozpoznawaniu rozedmy, niedodmy, kardiomegalii i przepukliny [2, 9-12].

Za największą zaletę AI uważa się możliwość do: analizy ogromnej ilości danych, znajdowania złożonych korelacji czasowych i między parametrami oraz symulacji pozwalającej precyzyjnie przewidzieć rozwój danego stanu klinicznego. Wykonywanie tych czynności z dużą szybkością sprawia, że AI może być przydatnym narzędziem w leczeniu stanów ostrych. Szansą i jednocześnie poważnym zagrożeniem na wprowadzenie AI do tej dziedziny medycyny jest fakt, że ustalone algorytmy postępowania opierają się na analizie wartości progowych. Stworzenie takiego programu dla informatyka nie byłoby żadnym problemem, jednak zaprogramowanie go w taki sposób, aby był przejrzysty dla nadzorującego lekarza wydaje się być dużym wyzwaniem [13].

Powszechnie wiadome jest niezadowolenie pacjentów z działania służby zdrowia. Pacjenci mają za złe lekarzom, że są przez nich traktowani przedmiotowo jak "jednostki chorobowe". Wynika to z dysonansu między oczekiwaniem pacjenta wobec wizyty a możliwościami czasowymi lekarza. Powierzenie sztucznej inteligencji niektórych obowiązków (np. sporządzania dokumentacji, analizy wyników badań laboratoryjnych) dałoby lekarzom możliwość holistycznego podejścia do pacjenta, wykorzystania umiejętności z dziedzin psychologii, socjologii, czy medycyny społecznej. Być może doprowadziłoby to do obniżenia współczynnika zapadalności na choroby cywilizacyjne, takie jak nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca typu 2, zmniejszenia ilości niechcianych ciąż, a także polepszenie kontroli nad chorobami przewlekłymi, których zaostrzenia wynikają z nieprzestrzegania zaleceń lekarskich przez pacjentów.

Niewykluczone jest, że programy bazujące na AI będą w stanie wykonywać pracę psychologa. Pierwszy program łączący sztuczną inteligencję z psychoterapią, dość

przypadkowo, powstał w 1966 roku. Autor "ELIZY" - Joseph Weizenbaum chciał zademonstrować powierzchowność komunikacji między ludźmi a maszynami. "ELIZA" przetwarzała dane wprowadzane przez użytkowników i poprzez dopasowywanie wzorców odpowiadała bezkierunkowymi pytaniami. Mimo prostoty skryptu i uporeczywych wyjaśnień Weizenbauma, wielu wczesnych użytkowników było przekonanych o inteligencji i zrozumieniu "ELIZY".

CORE-MI jest rozbudowanym systemem opartym na uczeniu maszynowym przymierzonym do zastosowania w psychoterapii. Oprócz rozpoznawania i oceny występującego u pacjenta zaburzenia, pełni on również funkcje szkoleniowe, przekazując psychoterapeutom informacje zwrotne na temat jakości ich opieki. Program wymaga rozszerzenia badań, ponieważ w przeprowadzonym teście wzięło udział jedynie 21 osób, dlatego nie można go jeszcze oceniać pod względem skuteczności. Natomiast idea tworzenia inteligentnych urządzeń łączących funkcję diagnostyczną z edukacyjną jest przyszłością medycyny. Nie ma lepszej metody poprawiania umiejętności niż nauka na własnych błędach. Człowiekowi prawdopodobnie łatwiej byłoby przyjąć i konstruktywnie spożytkować krytykę zwróconą przez komputer niż przez starszego lekarza. Także wśród uczestników badania zapytanych o wrażenie po pracy z CORE-MI dominowały odczucia pozytywne. Część z nich wyrażała obawę przed nadużyciami ze strony pracodawcy, który mógłby wykorzystywać dane CORE-MI do oceny wydajności danego pracownika [14].

Pomimo szerokich i ciekawych perspektyw, pozostaje kwestia potencjalnych zagrożeń wynikających z zastosowania sztucznej inteligencji. Jest ich co najmniej tak wiele, jak potencjalnych korzyści. Wynikają one ze złożoności i nieprzewidywalności systemu, a także z braku doświadczenia personelu medycznego w pracy z tego typu technologiami.

Mimo imponujących wyników przedklinicznych w badaniach przeprowadzonych przez S. Chilamkurthy i współpracowników, E. Coiera zwraca uwagę, że nie są one jeszcze wystarczająco dobre, aby rozważyć pełne poleganie na tej technologii.

Niekompetentność sztucznej inteligencji w postępowaniu w stanach ostrych została zauważona także przez L. Lynn'a. Według niego, programy sztucznej inteligencji wskazujące optymalną terapię dla pacjenta w ciężkim stanie mogą wydatnie przyczynić się do jego śmierci. Autor obawia się o brak elastyczności programu, który, jego zdaniem, mógłby wybierać terapię o najwyższej średniej skuteczności i ściśle się jej trzymać mimo niekorzystnej reakcji pacjenta. W takich sytuacjach wiedza i doświadczenie specjalisty umiejętnie dostosowującego leczenie do aktualnych potrzeb pacjenta wydają się być bezcenne [9,13,15].

Wiedząc, że AI nigdy nie będzie niezawodna, konieczne jest zadbanie o to, aby program był w 100% przejrzysty i nie sprawiał problemów komunikacyjnych lekarzowi nadzorującemu. Niezbędne będzie szczegółowe przeszkolenie personelu z zakresu obsługi i bezpiecznego użytkowania. Jednak zanim to nastąpi, informatycy będą musieli zmierzyć się z problemem „efektu czarnego pudełka” (*“black box AI”*). Polega on na tym, że po wprowadzeniu danych do systemu, program wykonuje złożoną interpretację i oddaje użytkownikowi tylko diagnozę lub wybraną terapię. Naturalnym zabiegiem byłoby ujawnienie ścieżki rozumowania komputera lekarzowi. Nie okaże się to jednak pomocne w sytuacjach, gdy CNN na podstawie „nabytej” wiedzy wykształci i będzie posługiwał się niezrozumiałymi korelacjami. Jeśli „efekt czarnego pudełka” występowałby - lekarz mógłby nie wiedzieć, na podstawie których danych i według jakich wzorców komputer przeprowadził analizę.

Część autorów badań naukowych związanych z AI wymienia zbytnią wiarę w nieomyślność technologii, jako jedno ze zjawisk zagrażających bezpieczeństwu pacjentów. Wyniki wskazują na młodych lekarzy, stażystów jaką na tych, którzy bardziej ufają w prawidłowość wiadomości zwrotnych otrzymywanych od programów opartych na AI. Specjaliści z większym doświadczeniem podchodzą do technologii z dystansem i częściej nie zgadzają się z rezultatami pracy programu opartego na AI. Obawa o poziom wykształcenia i umiejętności nowych generacji lekarzy nie jest bezpodstawna. Wystarczy przytoczyć przykład medyków z XX wieku, którzy mieli bardziej rozwiniętą umiejętność badania fizykalnego, np. opukiwania niż dzisiejsi lekarze, ponieważ była im ona niezbędna. Wraz z rozpowszechnieniem technik obrazowych opukiwanie stało się badaniem pomocniczym, orientacyjnym i przeprowadzanym mniej dokładnie niż 100 lat temu. Zanik rzadko używanych umiejętności jest czymś zupełnie normalnym, tak samo jak naturalna jest niechęć do nabywania kompetencji, które wydają się być mniej przydatne w przyszłej pracy. Możliwe, że „wsparcie” medycyny przez sztuczną inteligencję zachęci do rozpoczęcia studiów medycznych osoby mniej sumienne i nie w pełni świadome odpowiedzialności, która spoczywa na barkach lekarzy [14].

Autorzy zwracają też uwagę na niebezpieczny okres integracji programów opartych na AI w medycynie. Błędy oprogramowania, sprzętu, a także problemy z obsługą są nieodłącznym elementem procesu wprowadzania nowej technologii. Skutki z nich wynikające mogą być jednak tragiczne i wiązać się z ogromnymi kosztami dla szpitali, dlatego wprowadzanie AI musi następować z maksymalną ostrożnością, przez co będzie bardzo czasochłonne [5].

Bezpieczeństwo danych i kwestia odpowiedzialności za błędy medyczne ma ogromne znaczenie. Wraz ze wzrostem liczby narzędzi sztucznej inteligencji, również nasze wysiłki powinny być skierowane na rzecz projektowania systemów bezpieczeństwa i metod szyfrowania w celu zabezpieczenia danych klinicznych. Społeczność kliniczna musi zdecydować o standardach zatwierdzania i regulowania nowych technologii sztucznej inteligencji, w tym potencjalnych konsekwencji dla kwestii prawnych związanych z błędem medycznym [14].

Znaczna część badaczy za przeszkodę powszechnego zastosowania AI w medycynie uważała negatywne nastawienie personelu do nowoczesnej technologii, która w przyszłości potencjalnie mogłaby pozbawić pracy lekarzy niektórych specjalizacji. W jednej z prac przeprowadzono ankietę wśród ekspertów od sztucznej inteligencji [15-18].

Według przewidywań specjalistów, AI w ciągu najbliższych lat przewyższy człowieka w wykonywaniu wielu złożonych zadań, takich jak: tłumaczenie języków (do 2024 r.), prowadzenie ciężarówki (do 2027 r.) i praca jako chirurg (do 2053 r) [15-18].

Ekstremalne prognozy widzą całe dyscypliny, takie jak radiologia i dermatologia zanikające, ponieważ zastępowane są przez sztuczną inteligencję. Czy AI w przyszłości może stać się wrogiem lekarza? Odpowiedź na to pytanie nie jest oczywista, ale z uwagi na wysokie koszty wprowadzenia tej technologii i ogromne niedobory kadrowe europejskich szpitali, prawdopodobnie dość długo specjaliści nie będą mieli problemów ze znalezieniem pracy [15-18].

Ankieta - Opinia studentów kierunku lekarskiego na temat wykorzystania sztucznej inteligencji w medycynie

Istotne dla perspektyw wprowadzania systemów sztucznej inteligencji do różnych dziedzin medycyny jest podejście personelu medycznego do tego typu rozwiązań.

Przeprowadzono ankietę badającą opinie na temat stosowania sztucznej inteligencji w medycynie wśród studentów kierunku lekarskiego, ponieważ to oni, jako przyszli lekarze będą musieli nauczyć się współpracować z inteligentnymi programami.

W ankiecie wzięło udział 70 studentów studiujących na polskich uczelniach medycznych. Wśród ankietowanych 14,3% stanowili studenci pierwszego roku kierunku lekarskiego, 20% studenci drugiego roku, 34,3% studenci trzeciego roku, 18,6% studenci czwartego roku, 5,7% studenci piątego roku i 7,1% studenci szóstego roku. Ankieta składała się z 11 pytań zamkniętych i 4 otwartych.

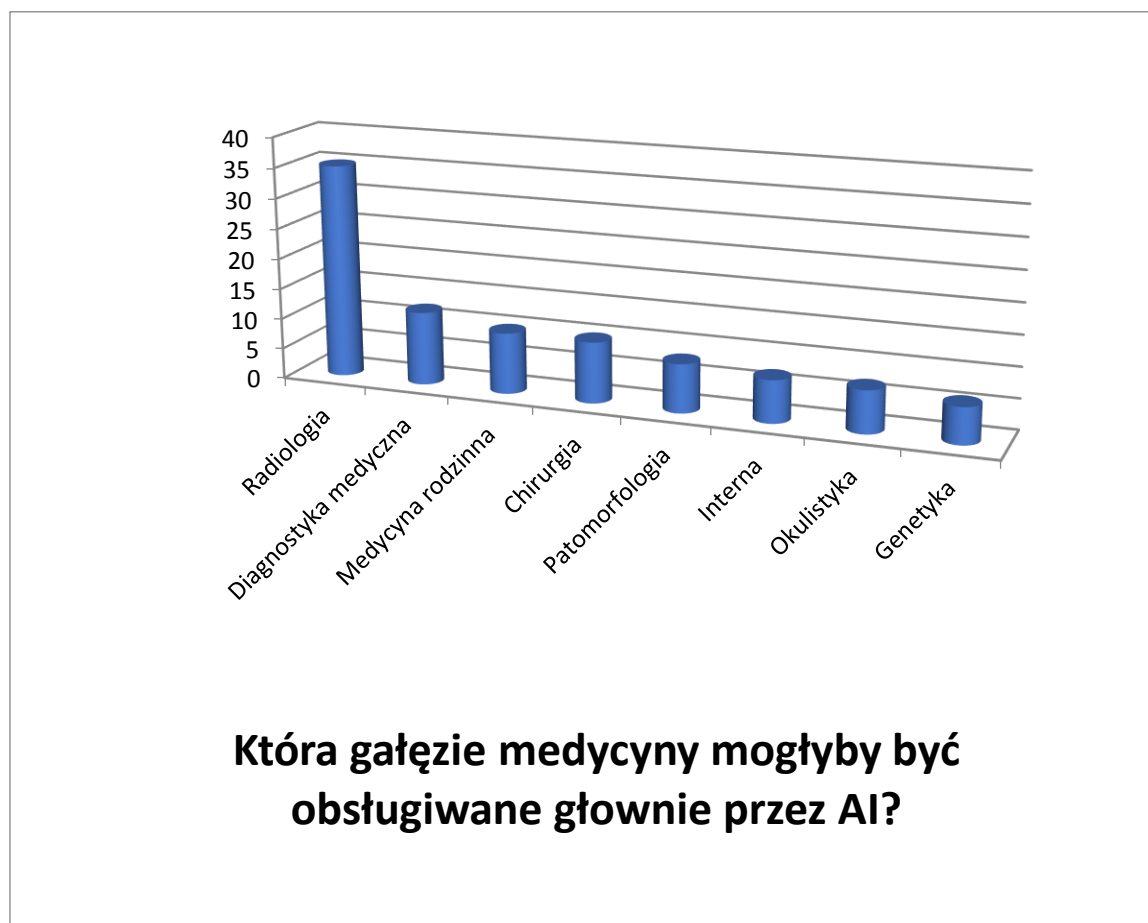


Zdecydowana większość ankietowanych (90%) uważa wprowadzenia sztucznej inteligencji do medycyny za słuszne - jedynie 10% osób było przeciwnego zdania. Podobnie wysoki odsetek ankietowanych (87,1%) uważa, że sugerowanie rozpoznania, postępowania diagnostycznego i rozpoznania terapeutycznego przez AI może polepszyć pracę lekarzy i zmniejszyć ilość popełnianych błędów medycznych. Przeciwnego zdania było 12,9% uczestników ankiety.

Na pytanie, czy zdaniem ankietowanego technologia AI do 2050 będzie w stanie wyręczyć niektórych lekarzy specjalistów w większej części ich obowiązków, twierdząco odpowiedziało 65,7% osób, natomiast 34,3% studentów stwierdziło, że nie będzie to możliwe.

W pytaniu otwartym, w którym należało wypisać gałęzie medycyny, które mogłyby być obsługiwane głównie przez AI z symbolicznym udziałem lekarza specjalisty, zdecydowanie najczęściej padającą odpowiedzią była radiologia (wymieniona przez 35 osób). Dość często pojawiały się też diagnostyka medyczna (12), medycyna rodzinna (10), chirurgia (10), patomorfologia (8), interna (7), okulistyka (7), genetyka (6). Pojedyncze odpowiedzi wymieniały takie specjalizacje, jak endokrynologia, gastroenterologia, medycyna pracy, dermatologia, anestezjologia. W tym pytaniu wiele osób nie wskazywało konkretnej dziedziny, ale pisało o interpretacji wyników badań, jako pomoc dla różnych specjalizacji –

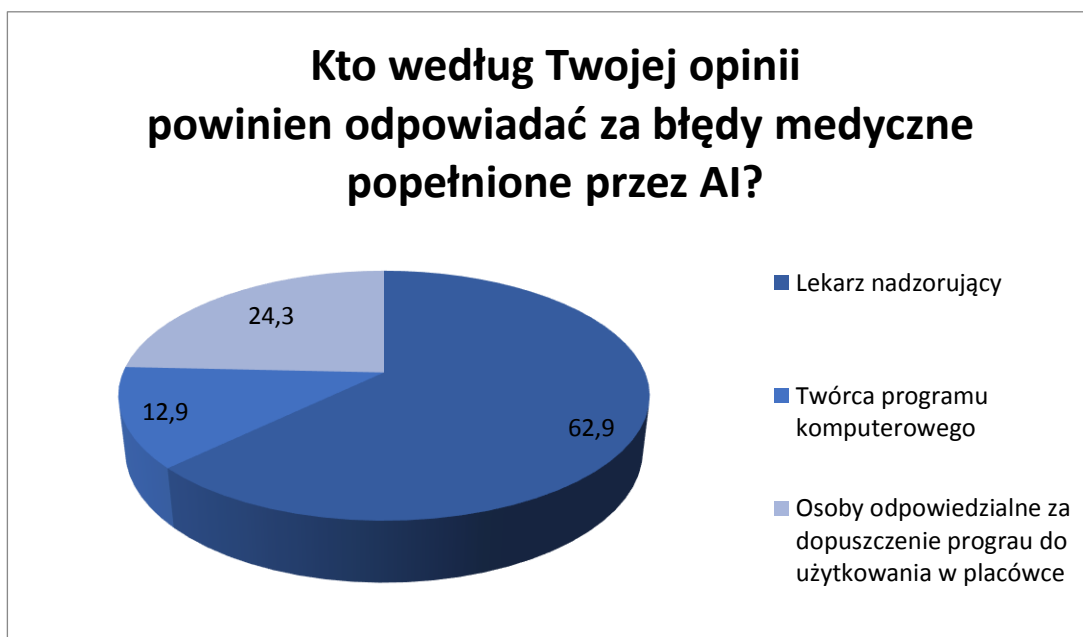
interpretacja EKG, EEG, wyników gazometrii, badań laboratoryjnych, automatyczne mierzenie wymiarów narządów w badaniach obrazowych, analiza zmian skórnych.



Wszyscy ankietowani studenci uważają, że proces myślowy sztucznej inteligencji powinien być nadzorowany przez człowieka. Na pytanie „Kto według Twojej opinii powinien odpowiadać za błędy terapeutyczne popełnione przez AI, które mogły spowodować utratę zdrowia, zmniejszenie szansy na wyzdrowienie lub śmierć pacjenta?” 62,9% osób wskazało lekarza nadzorującego, 24,3% osoby odpowiedzialne za dopuszczenie programu do użytkowania w placówce, a 12,9% twórcę programu komputerowego.

Wyniki te pokazują, że według większości studentów lekarze powinni mieć możliwość kontroli procesu decyzyjnego programu AI, ale też brać odpowiedzialność za jego ewentualne błędy.

Na pytanie „Czy uważasz, że jeśli wiedziałbyś, że w zawodzie będziesz pracować z zaawansowanym programem minimalizującym ryzyko popełnienia błędu, wpłynęłoby to pozytywnie na twoją motywację do nauki?” odpowiedzi rozłożyły się niemal po połowie: 51,4% ankietowanych odpowiedziało „nie”, natomiast 48,6% „tak”.



81,4% ankietowanych uważa, że wprowadzenie AI zwiększyłoby przepustowość placówek służby zdrowia, 80% jest zdania, że wprowadzenie AI zmniejszyłoby czas oczekiwania na wizytę, a 77,1% sądzi, że wprowadzenie AI skróciłoby czas trwania wizyty. Mniej niż połowa ankietowanych (48,6%) zgadza się ze stwierdzeniem, że wprowadzenie AI sprawiłoby, że pacjenci byłoby bardziej zadowoleni ze świadczonych usług zdrowotnych. Jako uzasadnienie najczęściej podają:

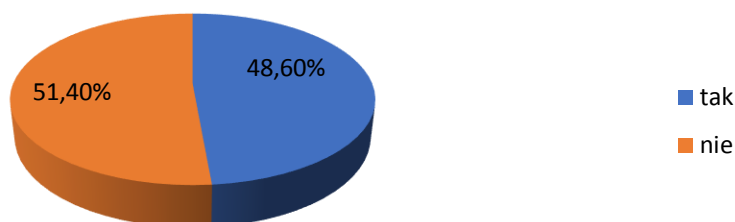
- mniejsze ryzyko błędu
- krótsze kolejki
- ciągłość opieki
- szybkość stawianej diagnozy
- ograniczenie krępującego kontaktu z lekarzem
- krótszy czas oczekiwania na wyniki badań

Przeciwnego zdania jest 51,4% pytaných studentów. W uzasadnieniu odpowiedzi najczęściej pojawiały się:

- brak zaufania pacjentów do technologii
- brak relacji z lekarzem i poczucia „zaopiekowania”
- niezaspokojenie potrzeby empatii i współczucia

- brak poczucia bezpieczeństwa
- uczucie uprzedmiotowienia.

Czy uważasz, że wprowadzenie AI sprawiłoby, że pacjenci byłoby bardziej zadowoleni ze świadczonych usług zdrowotnych?



Na koniec ankiety poprosiliśmy studentów o wymienienie zalet oraz wad wykorzystania systemów sztucznej inteligencji w placówkach opieki zdrowotnej. Najczęściej pojawiające się odpowiedzi zostały zawarte w tabeli.

ZALETY	WADY
<ul style="list-style-type: none"> • skrócenie czasu oczekiwania na wizytę • większa wykrywalność chorób rzadkich • sprawniejszy dobór leczenia • większa częstość prawidłowych diagnoz • zmniejszenie ryzyka popełnienia błędu przez lekarza • skuteczniejsza diagnostyka różnicowa • automatyczna segregacja pacjentów pod względem pilności interwencji • skrócenie czasu diagnostyki i możliwość szybszego podjęcia leczenia 	<ul style="list-style-type: none"> • trudność pacjentów w zaadaptowaniu do zmian w systemie • utrata zaufania pacjentów • osłabienie relacji lekarz- pacjent • zbyt duże zaufanie AI prowadzące do spadku czujności i zaniku umiejętności lekarzy • zmniejszenie ilości miejsc pracy dla lekarzy • niebezpieczeństwo błędów diagnostycznych i problem odpowiedzialności za nie • brak motywacji do samokształcenia lekarzy

Wnioski

Na przestrzeni ostatnich lat nastąpił przełom w rozwoju systemów opartych na sztucznej inteligencji, mimo tego istnieje wciąż wiele problemów, z którymi ich twórcy na potrzeby placówek opieki zdrowotnej będą musieli się zmierzyć, zanim będą one gotowe do w pełni wydajnej, efektywnej i bezpiecznej współpracy w szczególnie wymagającym środowisku, jakim jest środowisko szpitalne.

Ponadto, porównywanie sztucznej inteligencji z "naturalną" i próby udowadniania wyższości jednej nad drugą wydają się bezsensowne. Każda z nich ma wady i zalety. Można przypuszczać, że największą korzyść przyniesie medycynie współpraca świetnie wyszkolonych specjalistów i zaawansowanych technologicznie systemów.

W przeprowadzonej przez nas ankiecie zdecydowana większość studentów medycyny wyraża pozytywny stosunek do zastosowania AI w medycynie. Przyszli lekarze dostrzegają korzyści, ale także i zagrożenia wynikające ze stosowania tej technologii. Większość z nich wskazuje lekarza jako osobę, która powinna być odpowiedzialna za błędy medyczne wynikające z używania programów opartych na sztucznej inteligencji.

Nadal trudno jest przewidzieć, jak sztuczna inteligencja wkomponuje się w funkcjonowanie placówek zdrowia. Czy efektywność testowanych programów będzie równie wysoka, jeśli badaniu poddamy szersze grono pacjentów?

Wprowadzenie AI do praktyki lekarskiej będzie procesem bardzo złożonym, wiążącym się z nieprzewidywalnymi skutkami. Niezbędne jest przygotowanie olbrzymiej ilości kompletnych danych, które pozwoliłyby rzetelnie przetestować programy oparte na sztucznej inteligencji. Nawet najdoskonalsze osiągnięcia dzisiejszej robotyki mają problemy z wyrażaniem emocji i empatii, które w codziennym kontakcie lekarza z pacjentem są bardzo ważne i zdecydowanie potrzebne.

Powszechne wprowadzenie nawet najlepiej zaprogramowanych systemów do placówek służby zdrowia niesie ryzyko zbyt szablonowego i przedmiotowego traktowania pacjenta, co jest nieetyczne i utrudnia relację lekarz – pacjent.

Należy również wnikliwie zbadać współpracę między AI a personelem, aby zapobiec błędom wynikającym z problemów komunikacyjnych.

Dopóki te kwestie nie zostaną rozwiązane, przewidywania dotyczące szerokiego zastosowania sztucznej inteligencji w medycynie będą oparte na domysłach i subiektywnych odczuciach.

Piśmiennictwo

1. Kaplan A., Haenlein M.: Siri, Siri in my Hand, who's the Fairest in the Land? On the Interpretations, Illustrations and Implications of Artificial Intelligence. *Business Horizons*, 2019, 62(1), 15-25.
2. Meskó B., Hetényi G., Györffy Z.: Will artificial intelligence solve the human resource crisis in healthcare? *BMC Health Services Research*, 2018, 18, 545.
3. Darcy AM., Louie AK., Roberts LW.: Machine learning and the profession of medicine. *JAMA*, 2016, 315, 551–552.
4. Grace K., Salvatier J., Dafoe A., et al.: When will AI exceed human performance? Evidence from AI experts. *Journal of Artificial Intelligence Research*, 2018, 62, 729-754.
5. <https://deepmind.com/applied/deepmind-health/working-partners/how-were-helping-today/> (1.04.2019).
6. <https://www.deepgenomics.com/platform/> (1.04.2019).
7. Khan OF., Comm B., Bebb G., Alimohamed N.A.: Artificial intelligence in medicine - What oncologists need to know about its potential — and its limitations. *Oncology Exchange*, 2017, 16(4), 8-13.
8. Pakdemirli E.: Artificial intelligence in radiology: friend or foe? Where are we now and where are we heading? *Acta Radiologica Open*, 2019, 8(2), doi: 2058460119830222
9. Chilamkurthy S., Ghosh R., Tanamala S., et al: Deep learning algorithms for detection of critical findings in head CT scans: a retrospective study. *Lancet*, 2018, 1, 392(10162), 2388-2396.
10. Rajpurkar P., Irvin J., Ball R.L., et al.: Deep learning for chest radiograph diagnosis: a retrospective comparison of CheXNeXt to practicing radiologists. *PLoS Med.*, 2018, 15:e1002686.
11. Yasaka K., Akai H., Abe O., et al.: Deep learning with convolutional neural network for differentiation of liver masses at dynamic contrast enhanced CT: a preliminary study. *Radiology*, 2018, 286(3), 887-896.
12. Alagappan M., Brown J.R.G., Mori Y., Berzin TM.: Artificial intelligence in gastrointestinal endoscopy: The future is almost here. *The World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*, 2018, 16, 10(10), 239-249.
13. Lynn L.: Artificial intelligence systems for complex decision-making in acute care medicine: a review. *Patient Safety in Surgery*, 2019, 13(1), doi: 10.1186/s13037-019-0188-2.

14. Hirsch T., Soma Ch., Merced K., et al: "It's hard to argue with computer". Investigating Psychotherapists Attitudes towards Automated Evaluation. *Designing Interactive Systems*, 2018, 6, 559-571.
15. Coiera E.: The fate of medicine in the time of AI. *The Lancet*, 2018, 392, 10162.
16. Malin J.: Envisioning Watson As a Rapid-Learning System for Oncology. *Journal of Oncology Practice*, 2013, 9(3), 155-157.
17. Vuong QH., Ho MT., Vuong TT.: Artificial Intelligence vs. Natural Stupidity: Evaluating AI Readiness for the Vietnamese Medical Information System. *Journal of Clinical Medicine*, 2019,1, 8(2), E168. doi: 10.3390/jcm8020168
18. Syeda-Mahmood TF.: Role of Big Data and Machine Learning in Diagnostic Decision Support in Radiology. *Journal of the American College of Radiology*, 2018, 15(3), 569-576.

Eutanazja - u kresu sił

Doskocz Aleksandra¹, Walecko Damian¹, Markiewicz Natalia¹, Dorna Krzysztof³, Barnaś Paweł¹, Szymanek-Pędzik Małgorzata¹, Ferenc Stanisław², Gnus Jan^{1,2}.

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wybrzeże L. Pasteura 1, 50-367 Wrocław
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, ul. H. M. Kamieńskiego 73a 51-124 Wrocław
3. Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu, Wrocław

Wykaz skrótów

GP – *general practitioner* – lekarz podstawowej opieki zdrowotnej

KNMG – *Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (Royal Dutch Medical Association)*

SCEN – *Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands*

Czy śmierć na życzenie może być ucieczką od nieuśmierzonego cierpienia? Czy jest raczej kolejną egoistyczną zachcianką konsumenta XXI wieku, przeczącą prawom natury, a być może i boskiej woli? Czym jest eutanazja i czym różni się ona od wspomaganego samobójstwa? W niniejszej publikacji spróbujemy zmierzyć się z powyższymi pytaniami, a także niejednokrotnie trudnymi do oceny aspektami - logicznym i moralnym, w kontekście decyzji, z którymi zmagają się osoby rozważające przedwczesne zakończenie własnego życia. Sformułowanie ostatecznej odpowiedzi pozostawiamy jednak czytelnikowi.

Eutanazja (z greckiego *euthanasia* - “dobra śmierć”) oznacza powodowane współczuciem pozbawienie życia osoby nieuleczalnie chorej i cierpiącej, na prośbę samego chorego lub jego rodziny [1,2,3]. Pojęcie to było używane już w V-IV w.p.n.e. w dziełach greckich poetów i wówczas również oznaczało łatwą lub dobrą śmierć, jakkolwiek trudno jest ocenić, co kryło się w tych słowach [4]. Eutanazja często mylona jest ze wspomaganym samobójstwem (zwanym też samobójstwem medycznie wspomaganym), w którym rola lekarza jest jedynie pośrednia, a chory sam dokonuje aktu przerywania życia - na przykład

zażywając dużą dawkę środków nasennych (najczęściej pentobarbitalu sodu) przepisanych przez lekarza, po wcześniejszym uważnym zbadaniu chorego i zakwalifikowaniu go do procedury [5].

Pomimo pozornie pięknej idei ulżenia w cierpieniu nieuleczalnie choremu, eutanazja jest przedmiotem wielu debat i sporów politycznych. W prawie polskim proceder uznawany jest za przestępstwo, niezależnie od wyraźnej woli chorego oraz pobudek, które kierują dokonującym eutanazji. Art. 150., § 1. Kodeksu karnego brzmi następująco: “Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5” [6]. Istnieją jednak w Europie państwa patrzące na decyzję o zakończeniu życia nieco inaczej. Mowa o Belgii, Holandii, Luksemburgu oraz Szwajcarii.

Na przykładzie Holandii, kraju, który jako pierwszy na świecie zalegalizował eutanazję [7], omówimy skalę zjawiska, a także regulacje prawne mające na celu zapobieganie nadużyciom oraz zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, którzy zdecydują się na przedwczesne odejście. Szeroka dostępność środków psychoaktywnych, możliwość zawierania małżeństw jedнопłciowych, a także poddania się eutanazji wyróżniają ten niewielki kraj na tle europejskich sąsiadów. Możliwość legalnej terminacji życia wzbudza wiele kontrowersji, wątpliwości, a także obaw o rzetelność wykonywanych zabiegów. Jednak, aby dokonać się akt medycznego spowodowania śmierci na wyraźną prośbę pacjenta, konieczne jest spełnienie szeregu ściśle określonych kryteriów. Wbrew powszechnie panującej opinii, stan chorego nie musi być krytyczny w momencie podjęcia decyzji o zakończeniu życia, choć większość pacjentów ubiegających się o możliwość dokonania eutanazji lub samobójstwa wspomaganego jest u kresu swych dni [8].

Spośród 147000 zgonów w Holandii w roku 2015, te spowodowane przeprowadzeniem eutanazji i samobójstwa medycznie wspomaganego stanowiły łącznie 4,6% (6760 przypadków, w tym 5516 przypadków eutanazji). Liczba wykonywanych zabiegów wzrasta z roku na rok. W roku 2016 wykonano 6091 eutanazji - największą grupę stanowili pacjenci chorujący na nowotwór (68%, czyli 4137 osób, co z kolei stanowi 9% wszystkich śmierci spowodowanych przez chorobę nowotworową), ale pojawiły się również przypadki osób cierpiących na demencję (2,3%) oraz choroby psychiatryczne (1%) [9].

Szacuje się, że rocznie ok. 67700 Holendrów potencjalnie dopuszcza możliwość poddania się procedurze w odpowiednim czasie, a nawet 17900 - w najbliższej przyszłości [9]. W kraju tulipanów zabieg może być wykonany wyłącznie przez lekarza. Najczęściej jest to lekarz rodzinny, w krajach zachodnich zwany potocznie *GP* (ang. *general practitioner*). Niezbędna jest pozytywna opinia drugiego, niezależnego medyka. *Royal Dutch Medical*

Association (KNMG), organ zrzeszający wszystkich holenderskich lekarzy, odpowiedzialny za regulacje prawne dotyczące zawodów i procedur medycznych (odpowiednik Naczelnej Izby Lekarskiej) ustanowił sieć niezależnych, wyszkolonych lekarzy, określanych mianem *SCEN* (*SCEN: Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands - Doradztwo ds. eutanazji w Holandii*), których zadaniem jest szerzenie rzetelnej informacji oraz udzielanie konsultacji prawnych dotyczących zabiegu [8,9,10].

Przyjrzyjmy się uważniej kryteriom, które mają na celu z jednej strony uproszczenie tak trudnej decyzji, jaką jest terminacja życia, z drugiej natomiast mają one chronić obywateli przed nadużyciami mogącymi wynikać z błędnej diagnozy, wszelkiego rodzaju zaniedbań lub chciwości osób trzecich. Kwalifikacja do zabiegu nie jest możliwa bez wyraźnej, dobrowolnej i świadomej woli chorego. Powodem eutanazji może być każdego rodzaju niemożliwe do zniesienia i nieuleczalne cierpienie mające swą przyczynę w chorobie. Cierpienie to może być wyrażone fizycznie, w postaci bólu nowotworowego lub innej nieuleczalnej choroby znacznie utrudniającej funkcjonowanie pacjenta lub też psychicznie - w przypadku chociażby uporczywej, niepoddającej się leczeniu depresji [8,10].

Lekarz dokonujący terminacji życia zobowiązany jest zgłosić eutanazję jednemu z pięciu lokalnych komitetów ds. eutanazji. Zapewnia to przejrzystość procesu i pozwala ocenić, czy wszystkie konieczne kryteria zostały spełnione. W przypadku wykrycia zaniedbań wnoszony jest akt oskarżenia [8]. Jednak mimo klarownych zasad postępowania oraz kwalifikacji chorych do eutanazji, sama procedura budzi wiele kontrowersji. Czy człowiek może decydować o tym, kiedy zakończy się jego życie? Czy możemy mieć pewność, że wybraliśmy odpowiedni moment i czy ktokolwiek ma prawo pomagać choremu w obraniu tak trudnej, choć często uwalniającej od cierpienia ścieżki?

Rozważania nad racjonalnością i moralnością eutanazji

Tą część pracy poświęconą roli, jaką odgrywa logika oraz moralność w odniesieniu do decyzji dotyczącej zakończenia własnej egzystencji oparliśmy na serii trzech wykładów prof. Shelly'ego Kagana, wykładowcy Uniwersytetu Yale'a, poświęconych tematyce samobójstwa [11,12,13] i uzupełniliśmy o własne przemyślenia.

Zarówno eutanazja, jak i samobójstwo stanowią zachowania zgodne z wolą danej jednostki, mające na celu zakończenie jej życia. Definicja samobójstwa brzmi: „Celowe zachowanie samodestrukcyjne prowadzące do śmierci biologicznej” [14]. Eutanazję można więc uznać za formę samobójstwa, dlatego też, choć rozważania prof. Kagana były

bezpośrednio podporządkowane kwestii samobójstwa, to jednak przedstawione argumenty można z powodzeniem odnieść także do zagadnienia eutanazji.

W naszym kręgu kulturowym celowe zakończenie własnego życia wciąż jeszcze pozostaje tematem tabu, a eutanazja, określana jako zabójstwo eutanatyczne w art. 150. Kodeksu Karnego, stanowi w Polsce typ uprzywilejowany zabójstwa i podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 [6].

Niechęć wobec tematu i silne emocje związane ze znaczną polaryzacją poglądów dotyczących tego zjawiska, niejednokrotnie ugruntowanych w doktrynie religijnej, nie tylko utrudniają, ale często uniemożliwiają debatę dotyczącą tego niezwykle istotnego problemu. Dla wielu wciąż jeszcze aktualny jest pogląd głoszący jakoby zakończenie własnego życia było wyborem jedynie osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych, osób szalonych, niezdolnych do racjonalnego myślenia, a samo kontemplowanie takiego działania miałyby być tego dowodem.

Poniżej postaramy się udowodnić, że jest to pogląd nie tylko błędny, ale wręcz absurdalny, a śmierć, choć wniosek ten może być przygnębiający, w pewnych sytuacjach jest wyborem zupełnie racjonalnym i moralnym.

Racjonalność eutanazji – wstęp

Rozważając aspekt racjonalności samobójstwa czy eutanazji, należy odpowiedzieć na dwa podstawowe pytania.

Pierwsze pytanie: Czy możliwe jest istnienie sytuacji, w której zakończenie życia byłoby bardziej korzystne od jego kontynuowania, a jeśli tak, to kiedy?

Drugie pytanie: Zakładając, że odpowiedź na pierwsze jest twierdząca, czy znajdując się w takiej sytuacji możemy zaufać naszemu osądowi? Czy w sytuacjach wiążących się z tak wielkim cierpieniem, że śmierć staje się logicznym wyborem możemy dokonać racjonalnego wyboru? Czy jesteśmy wówczas zdolni do logicznego myślenia?

Z powyższymi problemami zmierzmy się przyjmując za nasz aksjomat, iż śmierć jednostki jest jednoznaczna z kresem jej egzystencji. Odstąpienie od takiego założenia i przyjęcie wizji życia po śmierci głoszonej przez liczne religie czyni poniższe rozważania nie tylko niemożliwymi, ale przede wszystkim zbędnymi. Jeśli bowiem przyjmiemy za pewnik prawdziwość dogmatów danej religii, najczęściej natychmiast otrzymamy odpowiedź dotyczącą nie tylko tego, co następuje po śmierci jednostki, ale również tego, co czynić, by

uniknąć lub uzyskać upragniony rezultat i jaką rolę odgrywa w tym podjęcie decyzji, dotyczącej samodzielnego wyboru chwili naszego odejścia.

Racjonalność eutanazji - *Two State Requirement*

Jednak zanim jeszcze rozpoczniemy rozważania nad wymienionymi wyżej pytaniami musimy zmierzyć się z problemem wskazywanym przez część myślicieli, a związanym z naszym podstawowym założeniem, jakoby śmierć stanowiła nicość, zakończenie istnienia jednostki.

Zdaniem tych osób problem polega na tym, że aby móc racjonalnie ocenić skutki jakiegoś działania niezbędne jest porównanie stanu przed i chociaż potencjalnego stanu po naszym działaniu, oczywiście określonego z pewnym prawdopodobieństwem. Zasada ta określana jest mianem *Two State Requirement* [11], czyli wymóg dwóch stanów.

W przypadku eutanazji czy samobójstwa nie jest możliwe zaspokojenie tej zasady, bowiem śmierć – brak egzystencji – nie jest stanem. Nasze istnienie jest wymagane, jeśli pragniemy dokonać oceny porównawczej wpływu danego działania na nas samych. Wydaje się więc, że śmierć nigdy nie może być z logicznego punktu widzenia lepsza od życia.

Jednak akceptacja powyższej zasady ma także dalsze implikacje, które mogą być nieco bardziej zaskakujące. Okazuje się bowiem, że wówczas jesteśmy również zmuszeni do uznania za prawdziwe stwierdzenia, jakoby życie i jego kontynuowanie nigdy nie było lepsze od śmierci. Nicość, nie będąc stanem, nie może być ani lepsza, ani gorsza od czegokolwiek.

Jak wskazuje prof. Kagan, akceptacja wymogu dwóch stanów prowadzi do paradoksalnych wniosków. Bowiem nawet ratując osobę wiodącą nadzwyczaj szczęśliwe życie, przepełnione miłością, radością, sukcesami i wszelkimi innymi elementami, które uznalibyśmy za składowe życia godnego kontynuowania, nie jesteśmy w stanie ocenić, czy zadziałaliśmy na jej korzyść, czy też na jej szkodę. Oczywiście większość z nas nie zgodziłaby się z takim tokiem rozumowania uznając za oczywiste, że jeśli życie tej osoby było i w przyszłości nadal pozostanie wspaniałe, zadziałaliśmy na jej korzyść. Powyższy przykład dobitnie ukazuje bezużyteczność wymogu dwóch stanów w tego typu rozważaniach i skłania nas do odrzucenia tej zasady.

Należy uznać, że zapobieżenie utracie szczęśliwego życia, które w przyszłości potencjalnie również takie będzie, jest w zupełności wystarczające, aby ocenić takie działanie za korzystne. Jednak takie stanowisko w połączeniu z odrzuceniem wymogu dwóch stanów zmusza nas do uznania za prawdziwe również odwrotnego stwierdzenia. Kontynuowanie życia, które jest jedynie pasmem cierpienia, porażek, poniżenia, frustracji i/lub innych

negatywnych elementów, bez nadziei na poprawę, może zostać ocenione jako niekorzystne dla danej jednostki, a jego przerwanie jako działanie korzystne.

Kiedy więc mówimy, że dla kogoś byłoby lepiej gdyby umarł, nie żył, nie twierdzimy, że śmierć sama w sobie jest stanem pozytywnym, ale raczej, że jest ona rozwiązaniem, które w pewnych godnych pożałowania okolicznościach pozwoli uniknąć dalszego cierpienia.

Racjonalność eutanazji - co decyduje o tym, czy życie jest warte kontynuowania

Odrzucenie wymogu dwóch stanów nie stanowi jednak samo w sobie dowodu istnienia życia, które można by uznać za gorsze od śmierci, od nicości. Pozwala nam jedynie skierować naszą uwagę w kierunku rozważań nad taką ewentualnością.

Odpowiedź na pytanie, czy życie może być gorsze od braku egzystencji, uzyskamy poprzez analizę elementów będących wyznacznikiem życia godnego kontynuowania. Jego wartość dla jednostki staje się wówczas sumą zarówno cech pozytywnych, jak i negatywnych, charakteryzujących jej istnienie. Należy zauważyć, że choć wiele spośród tych elementów zostałoby ocenionych podobnie przez większość z nas, to jednak dokładna waga im przypisywana będzie wykazywać znaczące różnice między poszczególnymi osobami.

Ostatecznie szczegółowy dobór składowych warunkujących wartościowe życie jest cechą zupełnie indywidualną, ugruntowaną m.in. w jej oczekiwaniach, pragnieniach czy systemie wartości.

Jednak niezależnie od konkretnych elementów ogólna zależność zostaje zachowana. Kontynuowanie życia, którego negatywne aspekty przeważają pozytywne, wiąże się z wydłużaniem cierpienia i nie jest dla jednostki z logicznego punktu widzenia korzystne.

Jednocześnie przerwanie życia, w którym cechy pozytywne zyskują w ostatecznym rozrachunku przewagę nad negatywnymi, należy ocenić jako irracjonalne.

Racjonalność eutanazji - *The Valuable Container Theory*

Istnieją jednak teorie sprzeciwiające się pogładowi głoszonemu przez tzw. *Neutral Container Theory* [11] – teorii neutralnego naczynia – jakoby racjonalność kontynuowania życia była zależna jedynie od jego indywidualnych składowych, wskazując na wartości życia samego w sobie. Niektóre z nich postulują wręcz zupełne uniezależnienie tego wyboru od elementów charakteryzujących konkretną egzystencję.

Najbardziej pesymistyczne spośród nich reprezentują ekstremalne przekonania, głoszące, że życie nigdy nie jest godne kontynuowania. Pozycja tak skrajna i obca pogładowo większości z nas, że w ramach tej publikacji nie poświęcimy jej większej uwagi.

Bardziej optymistyczne filozofie określane mianem *The Valuable Container Theory* [11], czyli teorie wartościowego naczynia nalegają, iż życie ludzkie samo w sobie, niezależnie od tego, co charakteryzuje je na poziomie indywidualnym, ma pozytywną wartość, której nie można pominąć w rozważaniach dotyczących jego zakończenia. Choć wszystkie są zgodne co do pozytywnej wartości samego życia, poszczególne z nich różnią się wagą, jaką mu przypisują. Część z nich jest bowiem bardziej umiarkowana w sławieniu jego wartości i twierdzi, że choć każde życie ludzkie samo w sobie jest obdarzone pozytywną wartością, to jednak jeśli na poziomie indywidualnym suma jego cech jest wystarczająco negatywna, wiąże się, najogólniej mówiąc, z wystarczającym cierpieniem jednostki, wartość samego życia może zostać przyćmiona i dla konkretnego przypadku jego kontynuowanie może zostać ocenione jako niekorzystne.

Takie rozumowanie teorii wartościowego naczynia kontrastuje z poglądem głoszonym przez zwolenników jej skrajnie optymistycznej odmiany, określanej jako *Fantastic Container Theory* [11] - teoria fantastycznego naczynia, a zgodnie z którą życie ludzkie w swej istocie jest wartością tak wielką, że, niezależnie od okoliczności, w ostatecznym rozrachunku zawsze pozostaje lepsze od śmierci, a jego zakończenie nigdy nie jest logicznym wyborem.

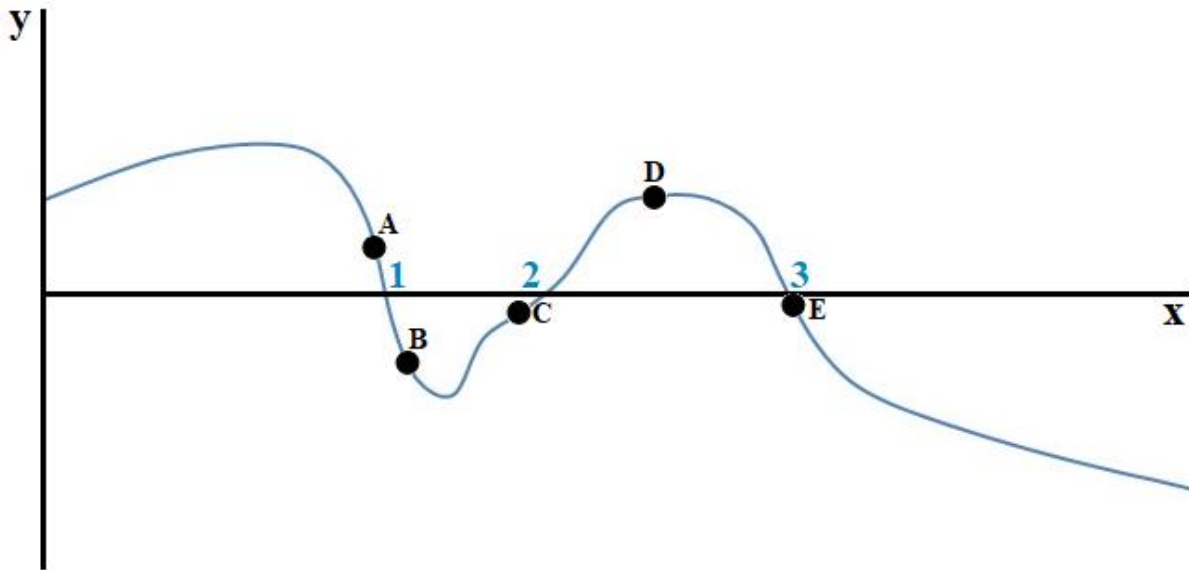
Większość z nas zgodziłaby się z umiarkowaną wersją *Valuable Container Theory* lub *Neutral Container Theory*, odrzucając obie najbardziej skrajne filozofie zarówno pesymistyczną, jak i tę skrajnie optymistyczną, co stanowi warunek konieczny, aby móc przystąpić do analizy schematów przedstawionych poniżej. Akceptujemy prawdziwość stwierdzenia głoszącego, że nie każde życie jest gorsze od niczego, ale także, że nie każde jest lepsze, a osąd ten uzależniony jest od indywidualnych okoliczności – sumy elementów pozytywnych i negatywnych składających się na istnienie jednostki.

Racjonalność eutanazji - wykresy

Powyższe przemyślenia można zobrazować w postaci wykresów. W ramach tej krótkiej publikacji nie jesteśmy w stanie omówić wszystkich przeanalizowanych przez prof. Kagana przypadków z osobna. Poniżej skupimy się jedynie na ogólnej budowie tych schematów, postaramy się zobrazować kilka hipotetycznych sytuacji i krótko opiszemy nasze wnioski.

Wykres składa się z dwóch osi, gdzie oś y reprezentuje wartość będącą sumą wszystkich pozytywnych oraz negatywnych elementów składających się na życie jednostki, a więc stanowiącą sumaryczny wyznacznik jakości życia w oczach danej jednostki, zaś oś x reprezentuje czas.

Na naszym schemacie, analizowane etapy życia oznaczyliśmy literami od A do E, zaś każdorazowe przekroczenie osi x przez krzywą liczbami od 1 do 3.



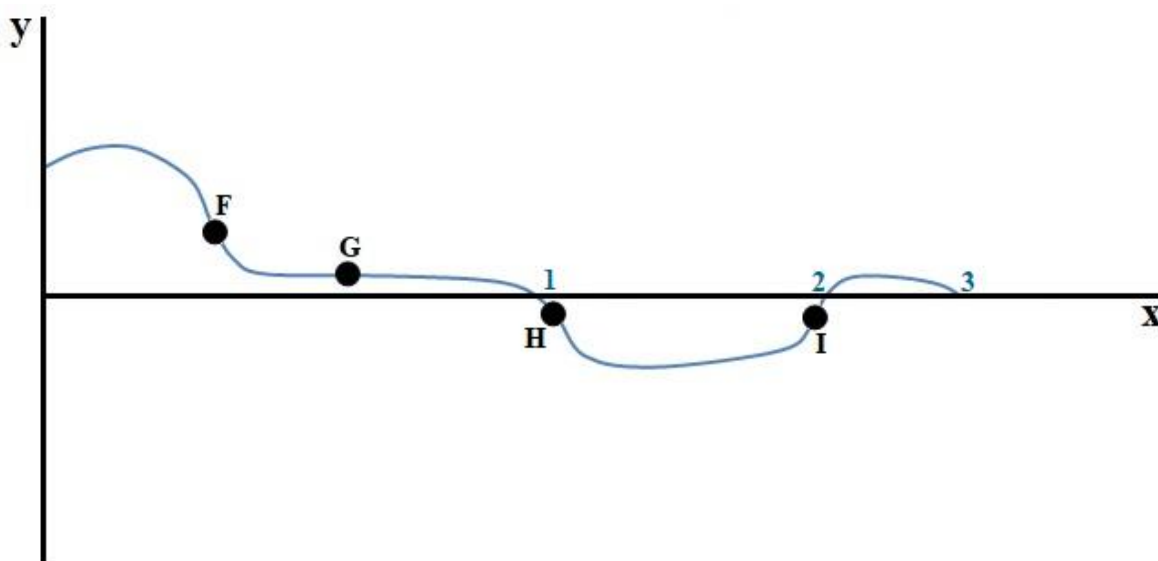
Jak widać na powyższym wykresie, początkowo jakość życia jednostki, zilustrowana w postaci niebieskiej linii, przyjmuje wartość dodatnią i stopniowo wzrasta, jednak w późniejszym okresie zaczyna gwałtownie spadać, w pewnym momencie przekraczając oś x i przyjmując wartość ujemną. Życie jednostki staje się wówczas gorsze od śmierci, nicości, przyjmującej wartość równą zero na osi y.

Przyczyną spadku krzywej może być np. wypadek, któremu uległa dana osoba. Zakończenie życia w punkcie A nie stanowi logicznego wyboru, ponieważ, mimo iż cierpimy, a jakość naszego życia dramatycznie spadła, wciąż jeszcze nie osiągnęliśmy ujemnych wartości na schemacie. Śmierć w punkcie B również stanowiłaby błąd, ponieważ mimo iż aktualnie nasze życie jest gorsze od śmierci, mimo iż czeka nas jeszcze olbrzymia dawka cierpienia, to jednak nasza sytuacja w przyszłości ulegnie poprawie i kończąc życie zrezygnowalibyśmy z całego etapu między 2 a 3, który to choć nie jest już tak korzystny jak okres poprzedzający regresję, wciąż jest znacznie lepszy od wartości zerowej. Posuwając się dalej eutanazja w punkcie C również nie stanowi decyzji racjonalnej. Nasze życie wciąż jeszcze wiąże się z cierpieniem tak znacznym, że aktualnie jest stanem gorszym od śmierci, ale podobnie jak w przypadku rozważań dotyczących punktu B czeka nas długi pozytywny etap w przyszłości, a ponadto większość negatywnego etapu mamy już za sobą. Punkt D również nie jest odpowiednim momentem, bo choć w następstwie wypadku nasze życie nigdy

nie wróciło już do jakości z okresu przed nim, to jednak nadal jest znacznie lepsze od braku istnienia - od zera.

Pomijając hipotetyczny scenariusz utraty na pewnym etapie zdolności wyrażenia własnej woli, np. w przypadku postępującej choroby degeneracyjnej OUN, co odebrałoby nam możliwości zakończenia życia w wybranym momencie przyszłości, jedynym miejscem na powyższym schemacie, w którym zakończenie życia jest wyborem racjonalnym, jest punkt E. Znajdujemy się wówczas nie tylko w miejscu, w którym suma elementów składowych naszego życia jest ujemna, ale także w przyszłości nie możemy liczyć na poprawę naszej sytuacji, a jedynie jej dalsze pogorszenie i stopniowe narastanie cierpienia.

Poniżej zamieściliśmy kolejny wykres, tym razem analizowane punkty oznaczając literami od F do I.



Choć dla danej jednostki w miejscu oznaczonym literą F pogarszający się stan życia może być tak silnie deprymujący, że pojawią się u niej nawet myśli sugerujące, iż nadszedł czas zakończenia życia, wybór taki z logicznego punktu widzenia jest niewłaściwy.

Podobnie w punkcie G, nawet jeśli egzystujemy na znacznie niższym poziomie niż wcześniej, nawet jeśli wszyscy wokół nas wiodą życie znacznie szczęśliwsze od naszego, wybór śmierci wciąż pozostaje błędem, gdyż nasze istnienie pozostaje lepsze od nicości.

Natomiast w punkcie H zakończenie życia może być uznane za wybór racjonalny. Choć po etapie, w którym nasze życie jest gorsze od śmierci następuje poprawa, to nie jest ona wystarczająca, by przeważać negatywny etap. Decydując się na kontynuowanie życia od tego momentu efekt końcowy pozostanie dla nas zawsze niekorzystny, a zakończenie życia,

choć odbierze nam krótki fragment między 2 i 3, jest jedynym sposobem na uniknięcie cierpienia widocznego na odcinku między 1 a 2.

Kluczowy jest moment, w którym podejmujemy taką decyzję, bowiem śmierć w punkcie I staje się znów irracjonalna. Etap cierpienia leży już niemal całkowicie w przeszłości, a analizując część krzywej dotyczącą przyszłości widzimy, że teraz etap pozytywny jest wystarczający, by przyćmić niewielki etap negatywny, który jeszcze nas czeka.

Racjonalność eutanazji - wnioski dotyczące analizy wykresów

Należy pamiętać, że w przypadku eutanazji czy samobójstwa wybór dotyczący kontynuowania życia nie może być oczywiście uzależniony jedynie od stanu obecnego pacjenta. Podstawowe znaczenie ma nie *status praesens*, a prognoza dotyczącą przyszłości danej jednostki, możliwość poprawy jej sytuacji w nadchodzących dniach, miesiącach, a nawet latach. Zakończenie własnego życia jest wyborem racjonalnym, jeśli krzywa uwidoczniiona na wykresie spełnia poniższe warunki.

Warunek 1 – pozycja krzywej względem osi x:

- 1a: W chwili obecnej linia obrazująca jakość życia przekroczyła oś x, osiągając ujemne wartości na osi y lub
- 1b: w chwili obecnej linia obrazująca jakość życia nie przekroczyła osi x, ale w przyszłości ją przekroczy, jednak wówczas nie będziemy już zdolni do zakończenia życia, co zmusi nas do doświadczenia pełnego zakresu cierpienia, aż do chwili naszej naturalnej, niewspomaganej śmierci, co sprawi, że wynik końcowy będzie dla nas mniej korzystny.

Warunek 2 – rokowanie/przewidywana przyszłość:

- 2a: W przyszłości krzywa nie przekroczy już osi x przyjmując dodatnie wartości na osi y lub
- 2b: w przyszłości krzywa przekroczy oś x, przyjmując wartości dodatnie na osi y, ale pole pomiędzy krzywą leżącą powyżej osi x a samą osią x będzie mniejsze od pola powierzchni pomiędzy krzywą leżącą poniżej osi x a samą osią x; Pozytywna część przyszłości nie jest w stanie przeważać części negatywnej. Ponadto w przyszłości nie istnieje punkt, w którym zakończenie życia pozwoliłoby nam uzyskać bardziej korzystny wynik końcowy lub taki punkt istnieje, jednak w momencie jego osiągnięcia nie będziemy już zdolni zakończyć życia, co zmusi nas do doświadczenia

pełnego zakresu cierpienia aż do chwili naszej naturalnej, niewspomaganej śmierci, co sprawi, że wynik końcowy będzie dla nas mniej korzystny.

Racjonalność eutanazji - ograniczona wartość powyższej metody

Z zastosowaniem powyższej metody wiąże się jednak jeden podstawowy i zarazem oczywisty problem. Nikt z nas nie jest w stanie z całkowitą pewnością przewidzieć przyszłości. To sprawia, że wartość powyższej metody w praktyce jest tak naprawdę ograniczona jedynie do przypadków, w których możemy z wysokim prawdopodobieństwem określić czekającą nas przyszłość. Jeśli nie jesteśmy w stanie spełnić tego warunku, należy bezwzględnie odstąpić od podejmowania decyzji tak brzemiennej w skutkach i całkowicie nieodwracalnej.

Racjonalność eutanazji - nieufność wobec własnego osądu, część I

Mimo iż powyżej udowodniliśmy, że istnieją sytuacje, w których zakończenie życia może być potencjalnie racjonalnym wyborem, odkrycie to z praktycznego punktu widzenia jest zupełnie bezwartościowe, jeśli nie uda nam się udzielić pozytywnej odpowiedzi także na drugie pytanie postawione na początku naszych rozważań. Czy w sytuacjach, w których śmierć staje się racjonalnym wyborem, jesteśmy zdolni do logicznego myślenia i czy możemy zaufać naszemu osądowi?

Odpowiedź na powyższe pytanie należy rozbić na dwie części. W pierwszej postaramy się odpowiedzieć na pytanie, czy możemy podjąć racjonalną decyzję, biorąc pod uwagę to, że nikt z nas nie zna przyszłości. W drugiej zaś skupimy się na pytaniu, czy w sytuacji przytłaczającego cierpienia jesteśmy zdolni do podejmowania racjonalnych decyzji, rozpoznawania ich, nawet jeśli takowe istnieją.

Racjonalność eutanazji - nieufność wobec własnego osądu, część II

Przyjmijmy, na potrzeby przykładu, że cierpimy z powodu choroby wiążącej się z wielkim bólem, jednak występują okresy, kiedy ból mija i wówczas jesteśmy w stanie dokonać racjonalnej oceny własnej sytuacji.

Zakładając, że mamy pewność, iż nasz stan nie ulegnie poprawie, oczywiście moglibyśmy podjąć racjonalną decyzję. Jednak w rzeczywistości takiej pewności nie mamy. Krytycy eutanazji mogliby podnieść sprzeciw wskazując, że skoro zawsze istnieje wątpliwość co do naszego losu, zakończenie własnego życia nigdy nie jest wyborem racjonalnym.

Jednak gdy zaakceptujemy taki argument okaże się, że nigdy nie jesteśmy w stanie podjąć racjonalnego wyboru. Nie znając przyszłości każdy nasz wybór musi być i jest w rzeczywistości oparty na prawdopodobieństwie, wyższym lub niższym, ale nigdy nie będącym pewnością. Każda nasza decyzja jest podejmowana w niepewności, stanowi świadome ryzyko. Zdajemy sobie sprawę, że wynik nie musi być ostatecznie zgodny z naszymi oczekiwaniami, co jednak nie oznacza, iż wybór do niego prowadzący był irracjonalny.

Aby ukazać powyższą zależność prof. Kagan proponuje następujący przykład. Musimy przejść przez jedne z dwóch drzwi. Jeśli wybierzemy nr 1 mamy 99,9% szansę na to, że zostaniemy porwani i przez kolejne 50 lat będziemy torturowani przez naszych porywaczy, po czym umrzemy. Jednak istnieje maleńka szansa, dokładnie 0,1%, że po przekroczeniu tych drzwi zostaniemy zabrani na wspaniałą wyspę, gdzie kolejne 50 lat spędzimy w absolutnym szczęściu. Jeśli jednak wybierzemy drzwi nr 2 mamy 100% pewność, że natychmiast zapadniemy w głęboki sen, z którego już nigdy się nie wybudzimy. Zupełnie pozbawieni świadomości przeleżymy kolejne 50 lat, po czym umrzemy. Sen taki nie jest niczym pozytywnym, ale sam w sobie nie jest też niczym negatywnym – gdybyśmy mieli przypisać mu wartość liczbową, byłoby to 0.

Z pewnością część osób uzna, że należy zawsze wybrać drzwi nr 1. Mimo iż szansa na szczęście jest pomijalnie mała, jeśli wybierzemy drzwi nr 2 pozbawimy się tej szansy. Choć przejście przez drzwi nr 2 gwarantuje uniknięcie kilkudziesięciu lat cierpienia, zdaniem tych osób jest ono błędem. Każdy z nas musi sam podjąć decyzję. W rzeczywistości każdy przypadek jest inny, różny jest oczekujący nas los i szansa konkretnego rezultatu. Powyższy przykład służy jedynie temu, by zobrazować, że w pewnych okolicznościach wybór drzwi nr 2, wybór nicości, może być zupełnie racjonalnym wyborem.

Racjonalność eutanazji - nieufność wobec własnego osądu, część III

Jednak nawet jeśli zgodzimy się z tym, że prawdopodobieństwo jest wystarczającym narzędziem do podjęcia racjonalnej decyzji w kontekście zakończenia własnej egzystencji, wciąż jeszcze musimy udzielić odpowiedzi na drugą część postawionego wcześniej pytania. Czy w sytuacji, w której racjonalnym wyborem byłoby zakończenie naszego życia, jesteśmy zdolni do racjonalnego myślenia, czy też nasze zdolności analityczne stają się bezużyteczne? Czy będąc w stanie znacznego, nieustannego cierpienia fizycznego i psychicznego możemy ufać własnemu osądowi. Nie wolno nam lekceważyć powyższych obaw.

Pomocny tutaj znów okazuje się przykład zaczerpnięty z wykładu prof. Kagana. Przyjmijmy, iż zostaliśmy dotknięci chorobą, która wiąże się ze znacznym bólem, niemożnością normalnego funkcjonowania i uniemożliwia nam wiedzenie życia, które uznalibyśmy za wartościowe. Możemy jednak poddać się zabiegowi, który z wysokim prawdopodobieństwem, rzędu 99%, zniesie nasze dolegliwości. Istnieje jednak niewielka szansa, ok. 1%, że zabieg nie zakończy się sukcesem i nie tylko nam nie pomoże, ale doprowadzi do naszej śmierci na stole operacyjnym. Drugą możliwością jest rezygnacja z zabiegu. Wówczas najprawdopodobniej będziemy kontynuowali nasze życie w bólu i cierpieniu, niezdolni do podejmowania jakichkolwiek czynności, które nadawały naszemu życiu sens i były dla nas źródłem szczęścia, by po kilku latach umrzeć. Jednak w 1 na 10 tys. przypadków może dojść do samoistnej remisji choroby i wówczas powrócimy do zdrowia bez poddawania się ingerencji chirurgicznej.

Analizując powyższe liczby, na pierwszy rzut oka jesteśmy praktycznie pewni, że poddanie się operacji jest dla nas właściwym wyborem. Napotykamy jednak pewien problem. Jeśli założymy, że będąc w stanie wielkiego cierpienia nigdy nie możemy zaufać własnemu osądowi, jesteśmy zmuszeni zaakceptować stwierdzenie, że żadna z naszych decyzji podejmowanych w sytuacji tak dużego fizycznego i psychicznego obciążenia nie może być potraktowana jako racjonalna. W powyższej sytuacji nie moglibyśmy zaufać naszemu osądowi jakoby operacja była właściwym wyborem. Wnioski te budzą sprzeciw większości z nas.

Odwołując się do przypadku eutanazji możemy stworzyć podobny scenariusz. Jeśli nie zakończymy własnego życia najprawdopodobniej czeka nas postępujące podupadanie na zdrowiu i dalsze narastanie cierpienia, aż do chwili naszej śmierci. Istnieje jednak pomijalnie mała szansa, że nasz stan ulegnie zaskakującej poprawie. Jeśli jednak zdecydujemy się na śmierć mamy gwarancję, że nasza męka natychmiast dobiegnie końca. W powyższej sytuacji argument kategorycznie negujący nasze logiczne myślenie, który nie był przekonujący w scenariuszu dotyczącym operacji, również należy odrzucić.

Podsumowując, sceptycyzm wobec naszego osądu w sytuacjach wielkiego fizycznego i psychicznego stresu należy potraktować poważnie. Jednak świadomość trudności podejmowania decyzji w takich okolicznościach powinna skłonić nas nie tyle do całkowitego odrzucenia racjonalności naszego wyboru, ile do dużej ostrożności podczas jego podejmowania. Co więcej, należy pamiętać, że nawet brak podejmowania jakichkolwiek aktywnych kroków również stanowi formę decyzji, która podlega takiej samej krytyce, jak każda inna podejmowana w tych okolicznościach.

Racjonalność eutanazji - wnioski

Podsumowując, należy podkreślić raz jeszcze, że w pewnych sytuacjach zakończenie własnego życia może być wyborem racjonalnym. Istnieją okoliczności, w których życie jest wyborem mniej korzystnym dla jednostki od śmierci. Ponadto, mimo braku całkowitej pewności co do czekającej nas przyszłości, możemy dokonać wyboru w oparciu o prawdopodobieństwo potencjalnych scenariuszy. Dostrzegamy też, że mimo iż racjonalne myślenie w tak tragicznej sytuacji jest zadaniem trudnym, to jednak niejednokrotnie możliwym, co przy zachowaniu odpowiedniej ostrożności pozwala nam zaufać własnemu osądowi.

Moralność eutanazji – wstęp

Nawet jeśli udało nam się obronić racjonalność wyboru eutanazji, wykazać, iż w pewnych godnych pożałowania sytuacjach zakończenie własnego życia może być racjonalnym wyborem, to jednak nie wolno nam zapominać o aspekcie moralnym tego wyboru. Poglądy dotyczące moralności eutanazji ugruntowane w doktrynie religijnej mają bez wątpienia ogromne znaczenie dla jej wyznawców, jednak tylko dla nich. Argumenty teologiczne odwołujące się do kary, jaką przyjdzie ponieść jednostce za postępowanie wbrew woli stwórcy, czy też wskazujące na wartość życia jako daru, którego odrzucenie miałoby być wyrazem niewdzięczności, nie są przekonujące dla żadnej innej grupy osób poza wspólnotą wiernych, dlatego też tracą na znaczeniu w pracy skierowanej do szerszego grona odbiorców.

Ponadto pogląd oparty na wierze stanowi absolut, którego słuszność nie może być poddana w wątpliwość, gdyż, jak przekonują wierni, znajduje swoje źródło w woli samego Boga. Takie stanowisko zamykałoby zupełnie możliwość dyskusji na ten temat i czyniłoby poniższe rozważania zbędnymi. Zdecydowaliśmy się zatem skupić na czysto filozoficznych aspektach, które nie będą podporządkowane żadnej religii, a przez to, jak mamy nadzieję, będą mogły być potencjalnym źródłem przemyśleń dla każdego człowieka zdolnego do formowania własnych opinii, niezależnie od jego wiary i przekonań dotyczących istnienia Boga.

Moralność eutanazji – utilitaryzm

Jedną z filozofii, z którą zostajemy zapoznani w ramach wykładów prof. Shelly'ego Kagana jest utilitaryzm [13], reprezentujący dość ekstremalne stanowisko przekonujące, iż

jedynym wyznacznikiem moralności czynu są jego następstwa. Jednak oceny postępowania powinniśmy dokonywać w oparciu nie tylko o jego konsekwencje dla jednostki, ale także innych osób. Akceptacja tej filozofii jako wyznacznika naszej moralności w odniesieniu do aktu eutanazji czy samobójstwa zmusza nas do odrzucenia poglądu, jakoby zakończenie własnego życia było zawsze niemoralne.

W rozważaniach dotyczących racjonalności takiego wyboru udowodniliśmy, że w godnej pożałowania sytuacji, kiedy dalsze życie jednostki wiązałoby się jedynie z przedłużonym cierpieniem, bez nadziei na jakąkolwiek poprawę, eutanazja może być wyborem racjonalnym. Skutki wiążące się z zakończeniem istnienia będą wówczas dla jednostki bardziej korzystne od kontynuacji życia, a więc pomijając skutki dla pozostałych osób, z punktu widzenia utilitaryzmu działanie takie będzie moralne.

Jednocześnie implementując utilitaryzm odrzucamy także drugie skrajne twierdzenie mówiące o tym, że samobójstwo jest zawsze moralnym wyborem. W tym przypadku również bez trudu jesteśmy w stanie wyobrazić sobie scenariusz, w którym skutki takiej decyzji byłyby dla jednostki niekorzystne, a więc niemoralne z punktu widzenia tego nurtu filozoficznego.

Aby lepiej ukazać teorię utilitaryzmu możemy posłużyć się zaczerpniętym z wykładu przykładem rodzica decydującego się na zakończenie własnego życia. Śmierć takiego człowieka, szczególnie w przypadku osoby samotnie wychowującej dzieci, wiązałaby się dla nich z utratą kluczowego wsparcia i mogłaby być potencjalnie źródłem ogromnej krzywdy. W takiej sytuacji, nawet jeśli zakończenie życia byłoby korzystne dla danej jednostki, jego nieobecność skutkowałaby dla ogółu wystąpieniem sytuacji gorszej od wyjściowej. Suma cierpienia, któremu zostałyby poddane dzieci mogłaby być wówczas większa od cierpienia, którego udało się uniknąć rodzicowi, a więc efekt końcowy byłby w ostatecznym rozrachunku niekorzystny i z punktu widzenia utilitaryzmu działania do niego prowadzące należałoby uznać za niemoralne.

Krocząc dalej tą ścieżką bez trudu wymienilibyśmy wiele innych przykładów, kiedy śmierć jednostki, nawet w sytuacjach, gdy wybór taki zostałby uznany za racjonalny, byłaby połączona z tak wielkim cierpieniem innych, że korzyść, jaką odniosłaby dana osoba zostałaby przyćmiona przez brzemień nałożone na pozostałe osoby.

Podsumowując, wynikiem utilitarnego potraktowania moralności w odniesieniu do samobójstwa czy eutanazji jest wniosek o umiarkowanym wydźwięku. Zakończenie własnego życia jest dopuszczalne, jeśli dla danej osoby jest korzystniejsze niż jego kontynuowanie i

jeśli efekt negatywny wywarły przez jej śmierć na pozostałe osoby nie jest tak znaczny, by mógł przeważać pozytywny efekt dla niej samej.

Jednak wielu z nas odrzuciłoby koncepcję utilitaryzmu w roli swojego kompasu moralnego. Dostrzegamy bowiem, że choć konsekwencje naszych czynów mają olbrzymie znaczenie, to jednak o tym, czy dane działanie jest moralne, czy też nie, nie decydują tylko one, ale także inne czynniki, które należy wziąć pod uwagę w ocenie danego postępowania.

Niektóre działania, nawet jeśli ich skutek byłby ogółem korzystny, zostałyby przez nas uznane za niemoralne, ale także odwrotnie. Zdarzają się sytuacje, w których choć efekt końcowy nie jest korzystny, to jednak działanie prowadzące do niego zostałyby przez nas zaakceptowane jako moralne.

Moralność eutanazji - deontologia, cel nie uświęca środków

Filozofią dostrzegającą znaczenie innych czynników poza konsekwencjami w ocenie moralności jest deontologia [13]. Nie trudno się jednak domyślić, że zwolennicy tej teorii niejednokrotnie nie będą zgodni co do szczegółowej listy innych elementów determinujących moralność działania. Jednak kryterium, co do którego wszyscy pozostają zgodni, dotyczy ścieżki prowadzącej do celu, środków, które należało podjąć, aby go osiągnąć, a w szczególności, czy uzyskanie zamierzonego rezultatu wiązało się z krzywdą niewinnej osoby. Większość z nas oceniłaby takie postępowanie jako niemoralne, nawet jeżeli jego skutek byłby ostatecznie korzystny dla pozostałych osób.

Choć wskazanie niedoskonałości utilitaryzmu w odniesieniu do działań, jakie jednostka podejmuje wobec siebie samej, a więc także samobójstwa czy eutanazji nie jest wcale takie proste, to jednak rozpatrując moralność w interakcjach z innymi osobami dość łatwo wykazać jej ułomność i wyższość teorii deontologicznej.

Problem uwidacznia się w sytuacji, w której krzywda niewinnej osoby gwarantuje lepszy rezultat. Autor podaje tutaj na potrzebę dyskusji hipotetyczny scenariusz, który ma zobrazować różnice wynikające z przyjęcia każdej z powyższych teorii moralności.

Wyobraźmy sobie, że w szpitalu znajduje się pięciu pacjentów ze schyłkową niewydolnością narządów. Niestety z powodu niezgodności tkankowej, nawet kiedy osoby te zaczynają umierać, nie możemy wykorzystać ich organów w celu ratowania pozostałych pacjentów. Jednak do szpitala na rutynową kontrolę zgłasza się pacjent, który jak się okazuje byłby idealnym dawcą dla wszystkich pięciu osób, a jego śmierć pozwoliłaby uratować każdą z nich. Stajemy zatem przed następującym wyborem: jeśli nie zabijemy jednego niewinnego

człowieka, umrze kolejnych pięć – jeśli jednak dopuścimy się morderstwa tej osoby i pobierzemy jej narządy, uratujemy pięć pozostałych.

Przyjmując za wyznacznik moralności naszego działania jedynie jego konsekwencje okaże się, że zabicie niewinnej osoby może w pewnych sytuacjach, takich jak opisana powyżej, zostać uznane za zupełnie moralne. Zakładając, że życie każdej z tych osób ma taką samą wartość, a ich śmierć przyniesie porównywalne skutki, efekt końcowy naszego czynu jest korzystny, a więc wymóg niezbędny dla pozytywnej oceny moralności działania, przynajmniej dla teorii utilitaryzmu, został spełniony.

Większość z nas odrzuciłaby takie stanowisko. Niewinny człowiek ma prawo do życia, które jest na tyle istotne, że przekreśla nawet pozytywne konsekwencje związane z jego złamaniem. Zabicie osoby nie zasługującej na śmierć jest niemożliwe do zaakceptowania z punktu widzenia moralności deontologicznej, na której korzyść powinniśmy odrzucić utilitaryzm.

Przyjęcie zasady potępiającej krzywdzenie niewinnej osoby ma także dalsze implikacje w odniesieniu do kwestii celowego zakończenia własnego życia. Jeśli bowiem uznamy nas samych również za osobę niewinną, a przynajmniej niezasługującą na śmierć, wydaje się, że należy uznać, iż samobójstwo i eutanazja są z punktu widzenia deontologicznego niemoralne.

Moralność eutanazji - czy moralność dotyczy tylko tego, jak traktujemy innych?

Krytycy takiego postrzegania moralności poddają pod wątpliwość powyższe stwierdzenie wskazując, iż moralność dotyczy jedynie tego, jak traktujemy innych, nie zaś nas samych. Wszelkie działania podejmowane przez jednostkę wobec siebie, nawet te działające na jej szkodę, miałyby nie podlegać ocenie moralnej, a tym samym eutanazja czy samobójstwo, niezależnie od ich racjonalności, nigdy nie byłyby niemoralne.

Jak zauważa prof. Kagan, takie stanowisko wydaje się być jednak nielogiczne. Jeśli bowiem zgłębimy źródło deontologicznego zakazu krzywdzenia niewinnych ludzi zauważymy, że jest on ugruntowany w samym pojęciu osoby z wszelkimi implikacjami. Człowiek nie jest przedmiotem, który może zostać zniszczony w celu osiągnięcia lepszego rezultatu. Jest podmiotem o rozumnej naturze, obdarzoną świadomością istotą, której istnienie nie może zostać zredukowane jedynie do czynników czysto materialnych. Sami również jesteśmy „osobą”, a więc my także podlegamy ochronie zasady potępiającej krzywdę niewinnej osoby, nawet kiedy sami bylibyśmy źródłem tej krzywdy. Moralność dotyczy więc nie tylko tego, jak traktujemy innych, ale również siebie.

Moralność eutanazji - względność pojęcia krzywdy

Czy jednak samobójstwo/eutanazja rzeczywiście jest niemoralna? Nawet jeśli zgodzimy się, iż nasze postępowanie względem siebie nie jest wolne od oceny moralnej, na naszej drodze pojawiają się kolejne wątpliwości. Są one związane z samym pojęciem krzywdy.

Świadome działania podjęte w celu zakończenia życia na pierwszy rzut oka wydają się być oczywistym, rażącym wręcz przykładem krzywdy. Pamiętając jednak, że uprzednio udało nam się obronić racjonalność eutanazji, dowodząc istnienie okoliczności, w których śmierć jest rozwiązaniem bardziej korzystnym od kontynuowania życia, czy możemy w ostatecznym rozrachunku mówić o krzywdzie? Otóż nie. Choć nie ulega wątpliwości, iż sam akt eutanazji czy samobójstwa wymaga skrzywdzenia jednostki w znaczeniu czysto biologicznym, medycznym, to jednak w sytuacji, w której jest wyborem znajdującym racjonalne uzasadnienie, nie stanowi krzywdy dla danej osoby w *summa summarum*. Krzywda, przynajmniej w znaczeniu ogólnym, wydaje się być pojęciem względnym, które należy rozpatrywać przez pryzmat efektu końcowego dla danej osoby.

Powyższe przemyślenia ukazują, iż deontologiczny zakaz krzywdzenia niewinnych osób nie dotyczy wszelkich działań, które na pierwszy rzut oka stanowią pewną formę krzywdy, ale jedynie tych, które zostałyby na podstawie analizy ich skutków ocenione jako niekorzystne dla jednostki, która została im poddana.

Dla lepszego zrozumienia tego zjawiska autor podaje przykład zaczerpnięty ze świata medycyny. Wyobraźmy sobie sytuację, w której pacjent cierpi z powodu infekcji w obrębie kończyny dolnej. Jeśli nie zostanie ona usunięta, zakażenie rozprzestrzeni się, prowadząc do infekcji ogólnoustrojowej i śmierci. Aby temu zapobiec, chirurg wykonuje zabieg amputacji i usuwa kończynę objętą zakażeniem. Nikt z nas nie uznałby jego działania za niemoralne, bowiem choć pozbawił daną osobę nogi - działanie, które w innych okolicznościach zostałoby uznane za krzywdzące, to jednak ostateczny skutek takiego postępowania w tej sytuacji jest dla samego pacjenta korzystny. Zatem lekarz w ostatecznym rozrachunku nie złamał deontologicznego zakazu krzywdzenia niewinnych.

Moralność eutanazji - znaczenie zgody

Kolejnym, niezwykle istotnym elementem w rozważaniach dotyczących moralności eutanazji jest kwestia zgody. Jest ona elementem tak istotnym, że może czynić moralnymi zachowania, które w przypadku jej braku zostałyby przez nas natychmiast potępione i

odwrotnie. Postępowanie nie budzące naszego sprzeciwu w obecności zgody, przy jej braku mogą stać się niedopuszczalne – np. amputacja nogi pacjenta wbrew jego woli.

Przykładem obrazującym tę zależność mogą być chociażby walki bokserskie. Bicie niewinnej osoby bez wątplenia jest czynem niedozwolonym, jednak zgoda obu stron jest wystarczająca, by takie zachowanie przestało budzić nasz sprzeciw. Obie strony wyrażają zgodę na to, by potencjalnie ponieść realną krzywdę z rąk przeciwnika. Zatem zgoda może przyćmić inne kryteria brane pod uwagę przy ocenie moralności i potencjalnie pozwala nam nawet na krzywdzenie niewinnej osoby.

Odniesienie powyższego toku rozumowania do kwestii eutanazji czy samobójstwa może stać się przyczyną zaskakujących wniosków. Jeżeli uznany zgodę za najważniejsze kryterium zakończenie własnego życia zawsze będzie czynem moralnym, niezależnie od kryterium krzywdy i rezultatu, ponieważ z definicji każdorazowo towarzyszy mu nasze przyzwolenie.

Z kolei wybierając drugą skrajną pozycję, twierdząc, że zgoda nigdy nie jest w stanie unieważnić zakazu krzywdzenia niewinnych osób, w tym nas samych, również otrzymamy wnioski dla wielu z nas niemożliwe do zaakceptowania. Okaże się bowiem, że nawet poświęcenie własnego życia dla dobra innych zostanie ocenione jako niemoralne.

W celu ukazania tego zjawiska opiszemy przykład zaczerpnięty z serii wykładów. Do okopu, w którym znajdujemy się wraz z pięcioma towarzyszami, wpada granat. Niestety jesteśmy jedyną osobą, której udało się to zauważyć i nim zdążymy ostrzec pozostałych ładunek eksploduje, zabijając wszystkich. Stajemy przed następującym wyborem: możemy wyskoczyć z okopu, ratując własne życie i pozwolić zginąć reszcie żołnierzy lub też możemy rzucić się na granat, poświęcając własne życie, co pozwoli nam ocalić pozostałych. Wybierając drugą możliwość łamiemy zasadę sprzeciwiającą się krzywdzeniu niewinnej osoby, a zatem nasze heroiczne poświęcenie zostałoby ocenione jako niemoralne. Pogląd głęboko sprzeczny z przekonaniem większości osób.

Warto również zauważyć, że uratowanie siebie i czterech z pięciu osób przez poświęcenie jednej z nich, rzucenie jej na granat, nie zważając na jej wolę, spotkałoby się z naszej strony z zupełnie inną reakcją niż scenariusz przedstawiony powyżej. Mimo iż w tym przypadku również złamaliśmy deontologiczną zasadę odnoszącą się do krzywdy niewinnych osób, a ponadto rezultat z czysto matematycznego punktu widzenia jest taki sam jak poprzednio – śmierć jednej niewinnej osoby i ocalenie czterech innych – to jednak opisane zachowanie w odróżnieniu od poprzedniego zostałoby wyraźnie potępione.

Skąd bierze się rażąca różnica w ocenie tych zachowań? To właśnie zgoda osoby ponoszącej śmierć, obecna jedynie w przypadku, gdy z własnej woli dokonujemy poświęcenia, jest kluczowym elementem w rozważaniach dotyczących moralności.

W sytuacji, gdy osoba mająca ponieść krzywdę świadomie godzi się na nią z własnej nieprzymuszonej woli w celu zapewnienia lepszych rezultatów dla innych, możliwe jest złamanie zasady sprzeciwiającej się krzywdzie osób niewinnych.

Moralność eutanazji - wnioski dotyczące zgody

Dostrzegamy więc potrzebę sformułowania kryterium zgody o umiarkowanym wydźwięku tak, by w pewnych przypadkach była ona wystarczająca nawet by przekreślić zakaz krzywdzenia niewinnej osoby, jednak nie była kryterium obdarzonym tak dużą wagą, by w każdym przypadku wystarczała do pominięcia pozostałych.

Co więc powinno cechować zgodę tak, by mogła być ona przez nas uszanowana? Nieodzowne wydają się następujące elementy: zgoda powinna być dobrowolna – wyrażona bez przymusu czy presji; świadoma – osoba ją wyrażająca musi być osobą kompetentną, zdolną ocenić i pojąć konsekwencje swojej decyzji, musi być jednostką zdolną do racjonalnego myślenia, w pełni sił umysłowych.

Zaniedbanie powyższych elementów przy rozpatrywaniu ważności zgody doprowadziłoby do absurdalnych sytuacji, w których np. słowa osoby chorej umysłowo, a nawet dziecka, wyrażających w zupełnie przypadkowych sytuacjach przyzwolenie na śmierć, mogłyby zostać potraktowane poważnie.

Autor zauważa również potrzebę dodania do powyższej listy wymogu odpowiedniego umotywowania takiej decyzji wskazując, iż nawet gdyby jego uczniowie obecni na wykładzie zadeklarowali świadomą i zupełnie dobrowolną prośbę śmierci, spełnienie ich życzenia, zważając na nieobecność istotnej przyczyny takiej decyzji, wciąż wydaje się niemoralne.

Moralność eutanazji - wnioski

Podsumowując powyższe rozważania dotyczące moralności eutanazji w ujęciu deontologicznym, dostrzegamy, iż wybór zakończenia własnego życia może być w pewnych okolicznościach nie tylko racjonalny, ale także moralny. Dokonując takiej oceny nieodzowne są trzy główne kryteria, z którymi musimy się zmierzyć.

Po pierwsze należy wziąć pod uwagę skutki naszego czynu, nie tylko dla nas, ale także dla otoczenia. Po drugie uszanować zakaz krzywdzenia niewinnej osoby, który w sytuacji eutanazji uzasadnionej racjonalnie jest zawsze spełniony, a którego rola w pewnych

sytuacjach z moralnego punktu widzenia może zostać zredukowana, a nawet przekreślona, przez deklarację świadomej, dobrowolnej i odpowiednio umotywowanej zgody, stanowiącej jednocześnie trzecie kryterium.

Podsumowanie

Mamy nadzieję, powyższa praca przyczyni się do lepszego zrozumienia trudności, z jakimi zmagają się osoby, których życie przybrało wyjątkowo niekorzystny obrót. Niezdolne do dalszej egzystencji na poziomie, który byłby dla nich możliwy do zaakceptowania. Każdego dnia znoszące niewyobrażalny dla wielu z nas ból zarówno natury fizycznej, jak i psychicznej. Świadome beznadziejności własnej sytuacji i pragnące jedynie możliwości zakończenia własnej egzystencji na legalnej drodze, pozwalającej pożegnać się z bliskimi, ostatni raz objąć ukochane osoby, by następnie umykając szponom cierpienia udać się w nieznane.

Niezależnie od tego, czy udało nam się przekonać czytelnika do naszych poglądów, chcielibyśmy, aby ta skromna publikacja stanowiła źródło refleksji, której centralnym punktem byłaby troska o dobro tych, którzy znaleźli się u kresu własnych sił.

Piśmiennictwo

1. Ochmański W.: Eutanazja nie jest alternatywą. https://instrukcja.opoka.org.pl/biblioteka/F/FE/eutanazja_alternat_00.html (29.03.2019)
2. Kmieciak B.: Krótka historia eutanazji. <https://biotechnologia.pl/bioetyka/aktualnosci/krotka-historia-eutanazji,1562> (29.03.2019)
3. Eutanazja. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/eutanazja;3899253.html> (29. 03.2019)
4. Citowicz R.: Prawnokarne aspekty ochrony życia człowieka a prawo do godnej śmierci. Kodeks, Warszawa, 2006, 29.
5. Samobójstwo wspomagane. https://pl.wikipedia.org/wiki/Samob%C3%B3jstwo_wspomagane#cite_note-2 (29.03.2019)
6. Art. 150. Zabójstwo eutanatyczne. https://www.arslege.pl/zabojstwo-eutanaty_czne/k1/a180/ (20.03.2019)
7. Bączyk K.: Eutanazja i wspomagane samobójstwo w prawie porównawczym. Prawo i Medycyna, 1999, 4, 56-57.

8. Euthanasia in the Netherlands. <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/euthanasia-in-the-netherlands.htm> (29.03.2019)
9. Euthanasia in figures – infographic. <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/euthanasia-in-the-netherlands.htm> (29.03.2019)
10. de Jong A., van Dijk G.: Euthanasia in the Netherlands: balancing autonomy and compassion. <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/euthanasia-in-the-netherlands.htm> (29.03.2019)
11. Kagan S.: Suicide, Part I: The Rationality of Suicide. <https://oyc.yale.edu/philosophy/phil-176/lecture-24> (20.03.2019)
12. Kagan S.: Suicide, Part II: Deciding under Uncertainty. <https://oyc.yale.edu/philosophy/phil-176/lecture-25> (20.03.2019)
13. Kagan S.: Suicide, Part III: The Morality of Suicide and Course Conclusion. <https://oyc.yale.edu/philosophy/phil-176/lecture-26> (20.03.2019)
14. Samobójstwo. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/samobojstwo;3971663.html> (20.03.2019)

Postawy i opinie studentów białostockich uczelni wyższych na temat eutanazji

Szypcio Monika¹, Rolka Hanna², Snarska Katarzyna³, Krajewska-Kulak Elżbieta²

1. Absolwentka Studiów Drugiego Stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok
3. Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

Wstęp

Śmierć w każdej cywilizacji widziana jest jako epizod konieczny, przed którym nie istnieje droga ucieczki, może ona nastąpić przedwcześnie albo oczekiwanie. Walka ze śmiercią przebiega w sposób bardziej lub mniej trudny, powiązana jest z cierpieniem, opuszczeniem lub osamotnieniem, może zachodzić także w sposób łagodny [1].

Właśnie ze względu na chęć łatwej i bezbolesnej śmierci kwestia eutanazji cieszy się w społeczeństwie rosnącym zainteresowaniem, wzbudzając przy tym mnóstwo emocji. Zdanie na temat eutanazji są podzielone, jedni traktują ją jako zbrodnię przeciwko ludzkiej godności, drudzy uważają ją za możliwość uwolnienia człowieka od niemożliwego cierpienia oraz choroby [2].

Słowo eutanazja wywodzi się z terminu „*euthanasia*”, znaczącym dobrą/latwą śmierć i służy do przyspieszenia śmierci osoby chorej [3,4].

W języku prawniczym oraz ustawodawczym, a także w literaturze medycznej w czasie stosowania pojęcia eutanazji nie nawiązuje się do jej pochodzenia. Termin ten jest natomiast rozumiany jako zaplanowany i celowy zabieg, którego zadaniem jest bezpośrednie zakończenie życia człowieka, w sytuacji nieuleczalnej choroby, niewiarygodnego cierpienia oraz bliskiej śmierci. Takie określenie eutanazji zawiera się w kategorii zabójstwa z tym, że jako oddzielny gatunek, gdyż zostaje zabita osoba poważnie chora [5]. W ówczesnej literaturze bioetycznej eutanazja jest rozdzielona na dwie definicje:

- **wąską** – przedstawia eutanazję jako działanie, które można porównać do zabójstwa w momencie, kiedy lekarz aplikuje osobie nieuleczalnie chorej oraz cierpiącej preparat, który wywołuje pozbawioną bólu, dobrą śmierć [6].
- **szerołą** – posiada częstsze zastosowanie, zgodnie z tą definicją eutanazja opiera się na podaży preparatu wywołującego śmierć, ale także na zaniechaniu procedury medycznej albo wycofania się z korzystania z leków służących do podtrzymania przy życiu osoby nieuleczalnie chorej [6].

Pojęciem „*euthanatos*” już w V wieku przed narodzinami Chrystusa posłużył się Kratinos - poeta pochodzenia greckiego, definiując nim śmierć człowieka, która nadeszła w krótkim czasie i stosunkowo bezboleśnie. Od tego czasu dobra, łatwa oraz bezbolesna śmierć była czymś oczekiwanym [1].

W czasach starożytnych, tak jak obecnie można było spotkać przeciwników oraz zwolenników eutanazji. Platon, który był jednym z sympatyków eutanazji sądził, iż bezcelowe jest wydłużanie życia osób, które są nieuleczalnie chore. Z tego powodu doradzał lekarzom zaprzestanie leczenia swoich pacjentów, którzy nie wykazują żadnej witalności. Arystoteles z kolei sugerował, aby nie wychowywać dalej dziecka, które jest kulawe [7].

Odrębne zdanie posiadał Hipokrates oraz jego uczniowie, nie pozwalali oni na przyspieszanie śmierci starców oraz zabijanie dzieci, które były chore [7].

Bacon, angielski filozof żyjący w czasach nowożytnych twierdził, że zadanie medycyny polega na leczeniu chorych, jednak w przypadku, gdy nie istnieje szansa na wyleczenie pacjenta lekarz jest zobowiązany do skrócenia jego cierpienia. Natomiast Tomasz More w swoim dziele „Utopia” krytykował popełnianie samobójstwa, ale uważał także, że w idealnej cywilizacji każdy człowiek w określonych okolicznościach powinien posiadać prawo do dobrowolnej oraz godnej śmierci [7].

Filozofowie okresu Renesansu uważali, że każda istota ludzka w czasie narodzin dostaje określony zapas substancji życiowych. Naturalna i dobrowolna śmierć przychodziła, gdy zasoby te traktowano w sposób mądry, myśląc o długich latach życia. Z kolei, gdy człowiek w sposób niegodziwy i nienaturalny obchodził się nawet z jednym ze składników, śmierć miała charakter gwałtowny, bolesny oraz nienaturalny [7].

Filozofowie oraz lekarze XVII i XVIII wieku traktowali eutanazję jako proces śmierci, który przychodzi w sposób naturalny w następstwie ciężkiej choroby. Śmierć chorego mogły przyspieszyć stosowane leki przeciwbólowe, które miały na celu przynoszenie ulgi cierpiącemu pacjentowi. Stanowiło to jednak skutek uboczny stosowanej terapii, a nie wynik podania środka medycznego [7].

Wiek XIX niósł ze sobą pojawienie się pojęcia eugenika, określające naukę interesującą się ulepszeniem dziedzicznych cech człowieka, wskutek czego doszło do popularyzacji rozmyślań dotyczących eutanazji [8].

Właśnie w tym okresie lekarze rozpoczęli aktywną pomoc osobom ciężko chorym, polegającą na bezbolesnym uśmiercaniu. Pomoc ta mogła odbywać się jedynie za zgodą pacjenta i zostać udzielona przez lekarza.

Kolejny wiek, a dokładnie jego 20. i 30. lata przyniosły dużą popularyzację ruchu eugenicznego, który propagował filozofię eugeniki. Dużym rozgłosem cieszyło się opublikowane w roku 1920 w Niemczech dzieło pt. „Pozwolenie na zakończenie życia bez wartości”, którego autorami byli K. Binding oraz A. Hoche. Do ich sympatyków oraz do wyznawców eugeniki zaliczał się A. Hitler, który przedstawił swoją opinie na ten temat w książce „Mein Kampf”. Uważał, że osoba, która nie ma sił, aby walczyć o swoje zdrowie nie ma prawa do życia, gdyż należy się ono tylko silnym osobnikom. Ideologia ta doprowadziła 1 września 1939 roku do złożenia podpisu pod dokumentem, który pozwalał na eutanazję osób nieuleczalnie chorych, w wyniku czego rozpoczęła się akcja zwana pod kryptonimem T4. Spowodowało to uśmiercenie mniej więcej 175 tysięcy chorych z zakładów psychiatrycznych oraz zniepełniających starców. Uśmierconych zostało także kilka tysięcy kalekich dzieci, niemowląt urodzonych z wadami genetycznymi, a także upośledzonych nastolatków. W ramach tej akcji zostało w sumie uśmierconych mniej więcej 250 tysięcy ludzi [7].

Od lat 70. XX wieku na świecie odbywa się dyskusja na temat przyzwolenia na dokonanie eutanazji i jej etyczności w przypadku osób przebywających w stanie terminalnym choroby [9].

Ukazany rys historyczny pokazuje, że kwestia eutanazji nie jest powodem dyskusji wyłącznie w czasach współczesnych, ale rozważania i spory na jej temat trwają od wielu pokoleń. W przeciągu wieków zmianie ulegało postrzeganie przez człowieka jego miejsca i roli w społeczeństwie, jak również zmieniły się jego cele życiowe oraz idee humanizmu, z kolei eutanazja w dalszym ciągu jest tematem ważnym i ciężkim do rozstrzygnięcia [10].

Istnieje kilka podziałów eutanazji, jednak najczęściej w literaturze możemy spotkać różnicowanie eutanazji odnoszące się do metody jej wykonania, w którym wyodrębniamy:

- **eutanazję bierną** - polega ona na nieuzasadnionym w sposób medyczny wstrzymaniu się od leczenia, aby przyspieszyć zgon. Działanie te jest uzasadniane współczuciem dla osoby cierpiącej. W przypadku tego rodzaju eutanazji nie zaprzestaje się odżywiania, eliminacji bólu oraz podaży leków służących do likwidowania nieznośnych objawów choroby. Z kolei można wycofać się z używania

substancji medycznych wycelowanych w leczenie przyczynowe, w przypadku kiedy nie przynoszą i nie będą przynosić pozytywnego skutku [11].

- **eutanazję czynną** – jest ona zamierzonym i świadomym posunięciem, którego celem jest doprowadzenie do śmierci w sposób szybszy niż doszłoby do niej w wyniku przyczyn naturalnych. Do śmierci osoby chorej dochodzi w wyniku podaży dużej ilości leku narkotycznego, który prowadzi do powstania trudnych do zniesienia skutków ubocznych [12,13].
- **samobójstwo wspomagane** – mamy z nim do czynienia w sytuacji, gdy osoba celowo pomaga drugiej osobie w zakończeniu życia, w wyniku jej świadomej i nieprzymuszonej prośby. W przypadku samobójstwa wspomaganego sprawcą czynu jest osoba, która chce położyć kres swojemu życiu, a nie tak jak w eutanazji inna osoba, która dokonuje podaży leków powodujących śmierć. W sytuacji, kiedy do samobójstwa dochodzi przy pomocy lekarza, mamy do czynienia z PAS. Lekarz świadomie zapewnia osobie pragnącej popełnić samobójstwo dostęp do substancji letalnych, które dana osoba może samodzielnie przyjąć [14].

Biorąc pod uwagę intencję lekarza można dokonać kolejnego podziału eutanazji na:

- **eutanazję pośrednią** – mówimy o niej, kiedy do śmierci chorego dochodzi w wyniku pojawienia się skutków ubocznych leczenia mającego zmniejszyć cierpienie, np. podaży dużej ilości leków uśmierzających ból. W tym przypadku lekarz zwykle wie o tym, że jest to jedyna możliwa forma pomocy osobie będącej w stanie terminalnym, która jednocześnie może skutkować szybszą śmiercią chorego [15].
- **eutanazję bezpośrednią** – dotyczy ona sytuacji, gdy wywołanie zgonu pacjenta jest zamierzonym postępowaniem lekarza [15].

Z kolei, jeżeli pod uwagę weźmiemy wolę chorego eutanazję możemy podzielić na:

- **eutanazję dobrowolną** – dochodzi do niej na skutek prośby świadomej osoby chorej. Pacjent ten powinien być kompetentny, co oznacza że jego żądanie musi być świadome i obrazować jego własną decyzję o swoim losie [16,17].
- **eutanazję niedobrowolną** – inaczej adobrowolna; dokonywana jest często na prośbę osób trzecich u chorych, którzy ze względu na swój stan zdrowia nie mogą sami podjąć decyzji, np. osoby upośledzone, będące trwale nieprzytomne lub noworodki [17,18].

Śmierć stanowi niezbadaną tajemnicę wśród zwolenników wszystkich wielkich religii na świecie. Rozważania na jej temat mogą powodować obawę oraz lęk przed tym, co może

spotkać człowieka po drugiej stronie, czy znajduje się tam nicłość, a może jakaś forma życia. Z tego powodu dane religie prowadzą rozważania na temat śmierci, próbując znaleźć odpowiedź na pytania jej dotyczące w oparciu o przesłania Świętych Ksiąg, a także tradycji [19].

Kościół katolicki czuwając nad piątym przykazaniem „Nie zabijaj!” wyraża sprzeciw wobec eutanazji. Uważa życie za coś świętego ze względu na Źródło, z którego pochodzi, a którym jest Pan Bóg. Bóg jest uznawany za Władcę życia i śmierci, jako jedyny może powołać człowieka do życia oraz je mu odebrać. Człowiek, który dokonuje próby zakończenia życia zarówno swojego, jak i drugiej osoby stawiając tym samym siebie na miejscu Stwórcy popełnia nadużycie i dopuszcza się pogwałcenia piątego przykazania [20].

Cerkiew prawosławna, podobnie jak Kościół katolicki, jest przeciwna eutanazji. Uważa, że zgodnie z wiarą nie jesteśmy dawcami życia, dlatego też nie jest ono naszą własnością i nie posiadamy prawa, które pozwala nam nim manipulować. Traktuje życie człowieka jako największy dar dany przez Boga i tylko on ma prawo decydować o jego początku i końcu [21].

Kościół prawosławny określa eutanazję jako czynne doprowadzenie do śmierci osoby cierpiącej lub chorej. Zaprzeszanie działań medycznych w przypadku, kiedy osoba chora zbliża się do śmierci bez możliwości jej zaradzenia, nie jest traktowane w prawosławiu jako eutanazja [21].

Kościół protestancki sprzeciwiają się eutanazji, pojmowanej jako odebranie życia osobie, która jest nieuleczalnie chora osobiście przez lekarza, a także jako przekazanie przez lekarza substancji potrzebnych do popełnienia samobójstwa przez osobę chorą [22].

Postawa protestantów w stosunku do eutanazji została wyrażona przez federację protestanckiej Francji w roku 1991 w „Białej księdze komisji etycznej”. Oświadcza się w niej, że odpowiedzialności etycznej pacjenta za pomocą legalizacji eutanazji lub zatwierdzenia jej zakazu nie może uchylić żadna instancja moralna lub prawo. Godność człowieka została stworzona na podobieństwo Boga, prowadząc do tego, że nikt nie ma prawa określać jej kryteriów [19].

Na straży praw chroniących osoby umierające lub śmiertelnie chore stoi Wspólnota Ewangelickich Kościołów w Europie. Prawa te biorą pod uwagę głównie prawo do życia człowieka oraz prawo do zaprzestania uporczywej terapii. W opublikowanym przez GEKE dokumencie „Czas życia i umierania” zawarto próbę etyczno-teologicznego uzasadnienia eutanazji oraz asystowania w czasie samobójstwa [19].

Etyka hinduska zajmująca się problematyką umierania oraz śmierci pochodzi od starożytnych tradycji zarówno medycznych, jak i kulturowych. W hinduizmie nie istnieje jedna i powszechna księga zawierająca zasady etyczne, według których człowiek powinien postępować. Zasady te są elastyczne, a każda lokalna społeczność może je interpretować w odrębny sposób [23].

Chcąc zrozumieć podejście wyznawców hinduizmu do dobrowolnej oraz czynnej eutanazji należy uwzględnić dwie istotne, a także charakterystyczne koncepcje. Pierwszą z nich jest „karma”, która jest punktem wyjścia do poznania podejścia wyznawców hinduizmu do pojęcia eutanazji. Drugim z kolei „drahma”, czyli prawo etyczne oraz moralne, którego stosowanie i akceptowanie należy do obowiązku, a także gwarantuje pomyślność zarówno po śmierci, jak i w czasie życia. Zawarte w niej są normy oraz wymagania obejmujące każdy aspekt życia. Podstawową zasadą wyznawaną przez hinduistów jest reinkarnacja oraz wędrówka dusz, z tego względu prawie każda forma, która polega na skróceniu życia (w tym samobójstwo eutanatyczne) jest w hinduizmie zakazana. Jedyną akceptowalną formą odebrania sobie życia jest samouduszenie dokonane poprzez zaprzestanie oddychania oraz przez samozagłodzenie [23].

Natomiast jeżeli chodzi o kwestię przedłużania życia w sposób sztuczny wyznawcy hinduizmu są mu przeciwni, ze względu na wydłużanie cierpienia osoby chorej, a której powinno pozwolić się odejść z tego świata w spokoju [23].

Buddyzm należy (obok hinduizmu) do kolejnej religii, w której brak jest nadziei, gdyż nadzieja przynosi cierpienie. Z tego powodu uzasadnione jest zastanawianie się nad nieuchronnością odejścia z tego świata, jako metody na znalezienie sensu życia [24].

W buddyzmie istotne jest, aby śmierć człowieka nastąpiła przy zachowaniu pełnej świadomości, a osoba, która umiera powinna znajdować się wśród rodziny, mnichów, których zadaniem jest pomoc osobie konającej w uzyskaniu pogody ducha oraz w otoczeniu przyjaciół [25].

Śmierć dla wyznawców buddyzmu nie jest uznawana za zwieńczenie istnienia, ale jako część przejścia do ponownej reinkarnacji, aż do momentu uzyskania Nirwany, czyli wyzwolenia [23].

Buddyści w sytuacji, kiedy nie istnieje możliwość wyzdrowienia osoby chorej, należy wycofać się ze sztucznego przedłużania życia, aby zapewnić człowiekowi spokojną oraz godną śmierć. Zdewastowanie ciała w wyniku popełnienia samobójstwa lub eutanazji pozbawione jest sensu, ponieważ akt ten nie zezwala na ucieczkę przed cierpieniem. W wyniku dopuszczenia się któregoś z tych dwóch czynów doprowadza do odchodzenia ducha

umierającego w niekorzystnej atmosferze, a co za tym idzie do noszenia przez niego w przeszłości, tak zwanej „złej karmy”, czyli nikczemnych śladów tego uczynku [23,24].

Dla muzułmanów szacunek wobec ludzkiego życia jest jedną z najważniejszych idei prawa koranicznego. Samobójstwo oraz eutanazja są krytykowane ze względu na samowolę człowieka, ponieważ w islamie życie człowieka uzależnione jest od Allaha, który jako jedyny może decydować o śmierci człowieka. Eutanazja traktowana jest jako akt niemoralny, którego nie należy popełniać nawet w sytuacji nieuleczalnej choroby albo z litości [19].

Również w judaizmie dla życia powinien należeć się bezgraniczny szacunek, ponieważ życie jest darem pochodzącym od Boga, który jako jedyny ma prawo podejmować decyzję o sposobie oraz czasie śmierci. Dla wyznawców judaizmu dopuszczenie się działań przeciw własnemu życiu lub życiu drugiej osoby należy do jednego z trzech głównych grzechów śmiertelnych [23].

Eutanazja czynna według judaizmu jest moralnie nieuzasadniona zarówno samobójstwo, jak i eutanazja traktowane są jako pewna forma ludobójstwa. Życia człowieka nie należy kończyć dla wygody lub pożytku, czy też ze względu na współczucie dla osoby cierpiącej i chorej [23].

W przypadku osoby, której życie jest podtrzymywane w sposób sztuczny istnieje możliwość odłączenia chorego od aparatury, aby pozwolić mu na naturalną śmierć. Można tego dokonać w sytuacji, gdy z medycznego punktu widzenia nie ma możliwości, aby osoba chora mogła samodzielnie żyć [23].

W Prawie Międzynarodowym nie istnieje żaden wzór konwencyjny, który w sposób bezpośredni odnosiłby się do pojęcia eutanazji. Zakaz eutanazji argumentowany jest ogólnymi uregulowaniami decydującymi o tym, iż żadna osoba nie może zostać pozbawiona życia w sposób umyślny [26].

Z kolei w zaleceniu Rady Europy, pod tytułem „Ochrona Praw Człowieka i Godności Osób Nieuleczalnie Chorych i Umierających” zawarty jest obowiązek zachowania szacunku oraz ochrony godności osób umierających lub nieuleczalnie chorych. Państwa członkowskie na tej podstawie mają zapewnić dla tych osób prawną oraz społeczną ochronę przed uporczywą terapią, samotnością w czasie śmierci, bólem, którego nie można znieść, samobójstwa dokonanego z powodu altruizmu. Na podstawie paragrafu 9 zawartego w zaleceniach Rady Europy wynika, iż osoby trzecie nie mogą pozbawić życia osoby nieuleczalnie chorej, mimo jej pragnienia śmierci. Według ustaleń Rady Europy eutanazja jest więc zakazana, a eutanazja czynna jest uznawana za przestępstwo w większości krajów leżących w Europie [26].

Eutanazja w Polsce traktowana jest jako zabójstwo. Prawo polskie na podstawie Konstytucji gwarantuje prawo do życia dla każdej osoby [27].

Dokładne uregulowania dotyczące eutanazji zawarte są w artykule 150 Kodeksu Karnego. W paragrafie 1 art. 150 k.k. zabójstwo człowieka na jego prośbę lub ze względu na silne współczucie wobec niego traktowane jest jako czyn zabroniony, a osobie dokonującej tego czynu grozi kara więzienia od 3 miesięcy do 5 lat. Z kolei paragraf 2 tego artykułu dotyczy możliwości zarządzenia przez sąd nadzwyczajnego zmniejszenia kary lub jej zaniechania w przypadku wyjątkowej sytuacji [28].

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań było:

- Przedstawienie postaw studentów białostockich uczelni na temat eutanazji
- Porównanie opinii na temat eutanazji wśród studentów uczących się na kierunkach ekonomia, informatyka oraz pielęgniarstwo

Materiał i metodyka badań

Badaniem zostało objętych 300 studentów białostockich uczelni wyższych studiujących na II i III roku Informatyki Politechniki Białostockiej, III i IV roku Ekonomii Uniwersytetu w Białymstoku oraz I i IV roku Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego, za pomocą anonimowego kwestionariusza ankiety skonstruowanego do celów pracy.

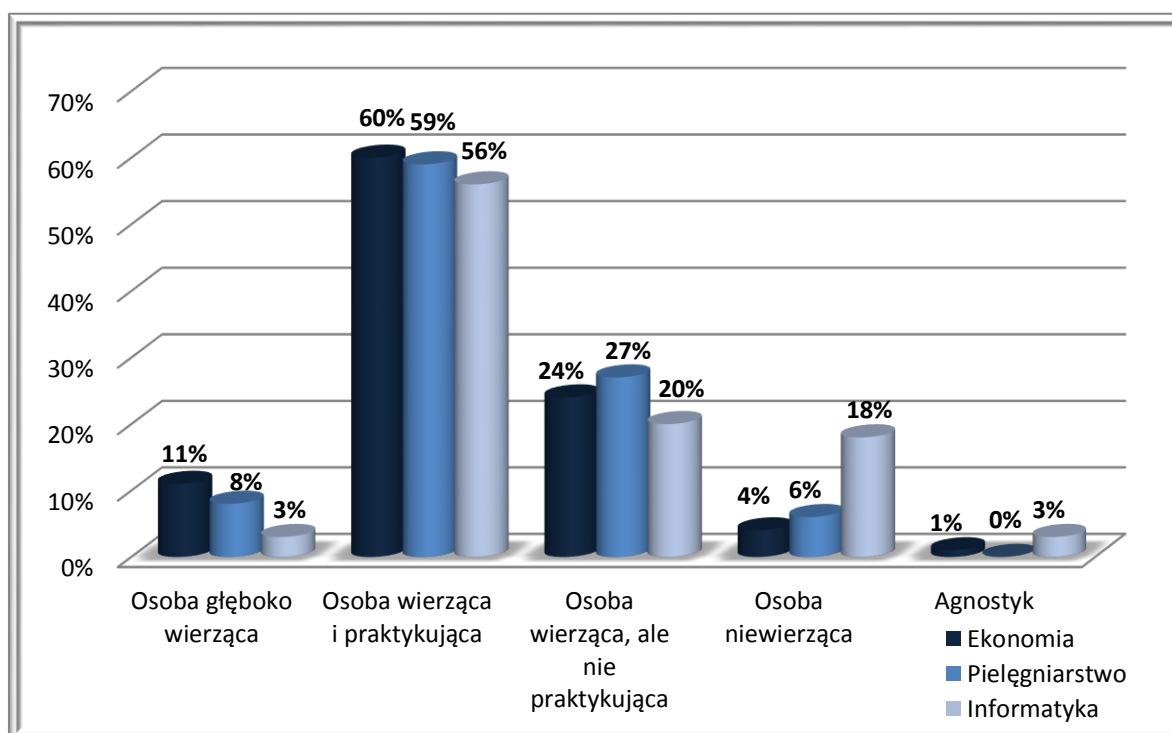
Kwestionariusz ankiety zawierał 23 pytania zarówno jednokrotnego, jak i wielokrotnego wyboru. Został podzielony na dwie części: pierwsza część składała się z pytań metryczkowych, druga zaś z pytań zasadniczych poruszających tematy związane z postawą i opinią studentów białostockich uczelni wyższych na temat eutanazji.

Ankietowani studenci zostali poinformowani o tym, iż udział w badaniu ankietowym jest anonimowy i dobrowolny oraz, że mogą zrezygnować z uczestnictwa w badaniu na każdym jego etapie.

Badania były prowadzone po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr R-I-002/263/2017.

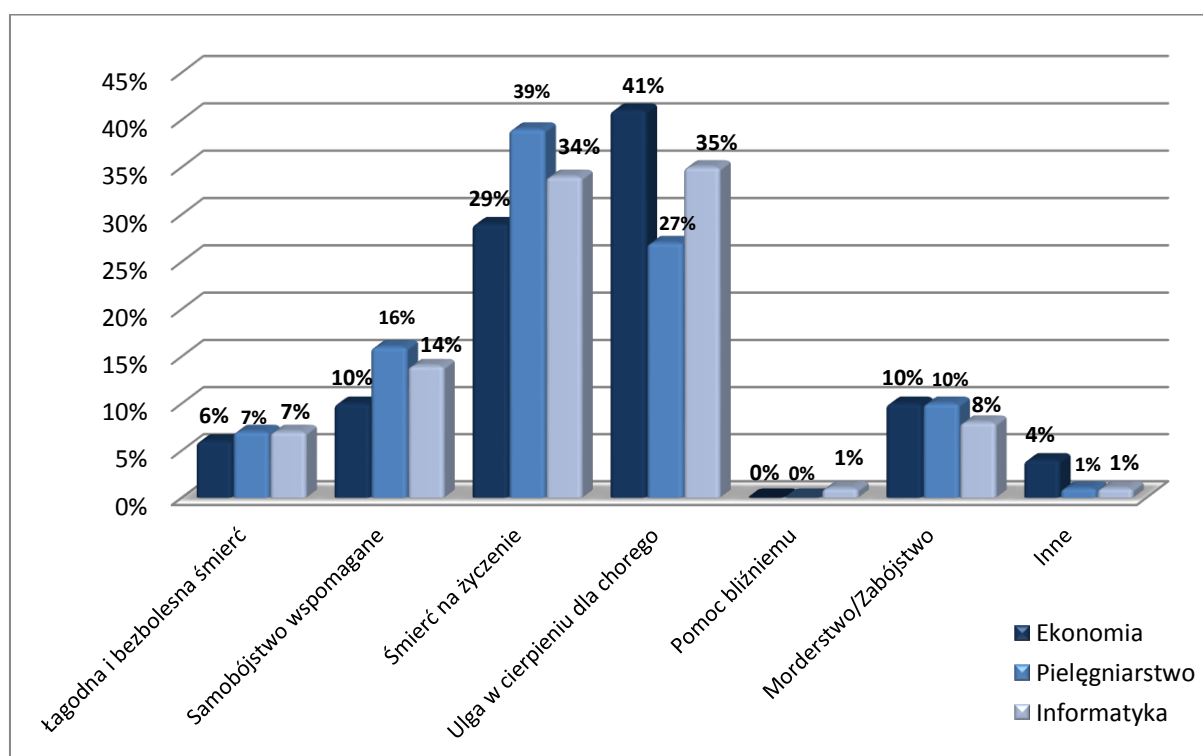
Wyniki

W badaniu ankietowym udział wzięło 300 osób studiujących na białostockich uczelniach wyższych. Po 100 studentów z kierunku: Ekonomia, Pielęgniarstwo, Informatyka. Kobiety stanowiły 64,3% wszystkich ankietowanych, natomiast mężczyźni 35,7%. Najlicniejszą grupę kobiet zaobserwowano na kierunku Pielęgniarstwo - 95%, a mężczyzn na kierunku Informatyka – 85%. Wiek ankietowanych w 95,7% zawierał się w przedziale 19-24 lat, a ich stan cywilny w 95,3% został określony jako panna/kawaler. Badana grupa studentów była zróżnicowana pod względem miejsca zamieszkania oraz własnej oceny swojej wiary. Większość grupy stanowili mieszkańcy miasta powyżej 10 tysięcy mieszkańców – 55,7%, 32,7% respondentów była mieszkańcami wsi, a 11,6% mieszkała w mieście poniżej 10 tysięcy. Patrząc na własną ocenę swojej wiary wyniki badań prezentują się następująco: zdecydowana większość badanych określiła siebie jako osobę wierzącą i praktykującą – 58,3%, 23,7% respondentów zaznaczyła odpowiedź – osoba wierząca, ale niepraktykująca, niewielki procent, bo 1,3% stanowili agnostycy. Osoby głęboko wierzące tworzą stosunkowo podobny procent do osób niewierzących, odpowiednio 7,3% oraz 9,3%. Ankietowani w 81,7% byli wyznania katolickiego, a w 8% wyznania prawosławnego. Ocenę swojej wiary z podziałem na dany kierunek obrazuje Ryc.1.



Rycina 1. Ocena swojej wiary z podziałem na dany kierunek

Najczęściej padającymi odpowiedziami na pytanie o najprostsze zdefiniowanie pojęcia eutanazji były: śmierć na życzenie oraz ulga w cierpieniu dla osoby chorej (Rycina 2).

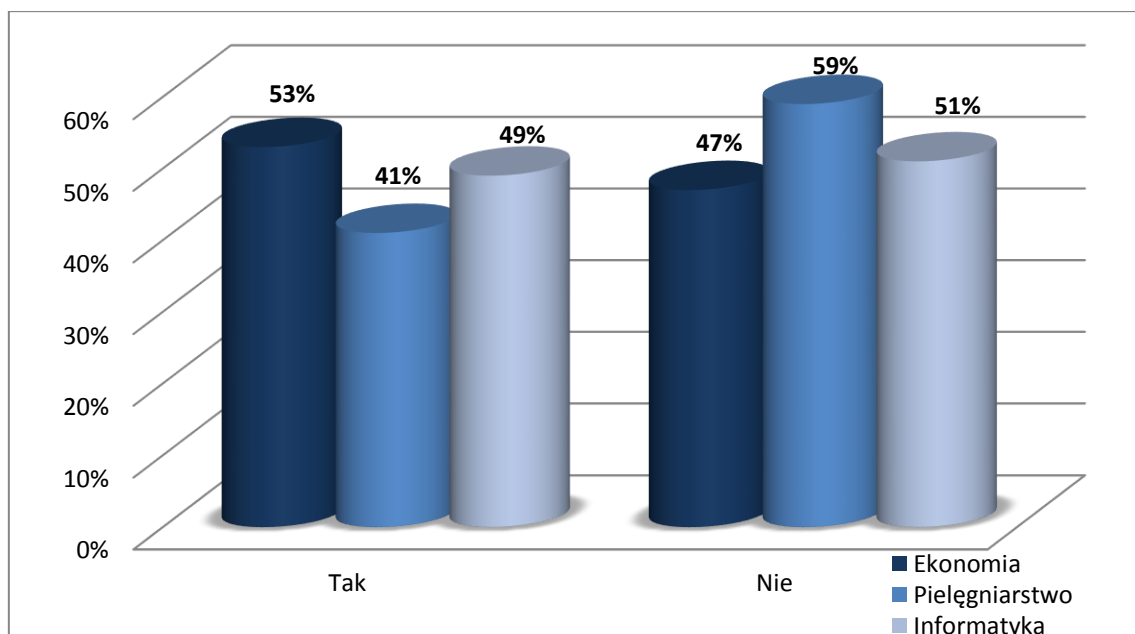


Rycina 2. Najprostsze zdefiniowanie pojęcia eutanazji z podziałem na dany kierunek

Na kierunku ekonomia odpowiedzi „śmierć na życzenie” udzieliło 29% osób, na pielęgniarstwie 39%, a na informatyce 34% ankietowanych. Z kolei odpowiedź „ulga w cierpieniu dla chorego” na ekonomii zaznaczyło 41%, na pielęgniarstwie 27%, a na informatyce 35%. Dla części studentów definicja eutanazji kojarzyła się z samobójstwem wspomagany. W taki sposób odpowiedziało 10% osób studiujących ekonomię, 16% studentów pielęgniarstwa oraz 14% studentów informatyki. Procentowo podobna liczba osób na wszystkich kierunkach uważa za najprostszą definicję eutanazji słowo morderstwo/zabójstwo (10% respondentów na kierunku ekonomia i pielęgniarstwo oraz 8% na kierunku informatyka) oraz określenie „łagodna i bezbolesna śmierć” (6% respondentów z ekonomii oraz po 7% studentów pielęgniarstwa oraz informatyki). Tylko 1% studentów informatyki udzieliło odpowiedzi „pomoc bliźniemu”, na ekonomii oraz pielęgniarstwie żadna z ankietowanych osób nie zaznaczyła tej odpowiedzi. Niewielki procent studentów ekonomii (4%) oraz pielęgniarstwa i informatyki (po 1%) w odpowiedzi na to pytania zaznaczyło „inne”. Na kierunku informatyka osoba udzielająca tej odpowiedzi określiła, że w przypadku określenia definicji eutanazji wiele zależy od sytuacji, a na pielęgniarstwie jako pomoc

w cierpieniu dla osoby, która pragnie śmierci. Z kolei na kierunku ekonomia osoby wpisały następującą definicję: pozbycie się problemu, śmierć na zlecenie, popełnienie samobójstwa ze względu na strach przed cierpieniem oraz ulga dla chorego i jego rodziny.

W następnym pytaniu badano stosunek ankietowanych do legalizacji eutanazji w Polsce (Rycina 3).



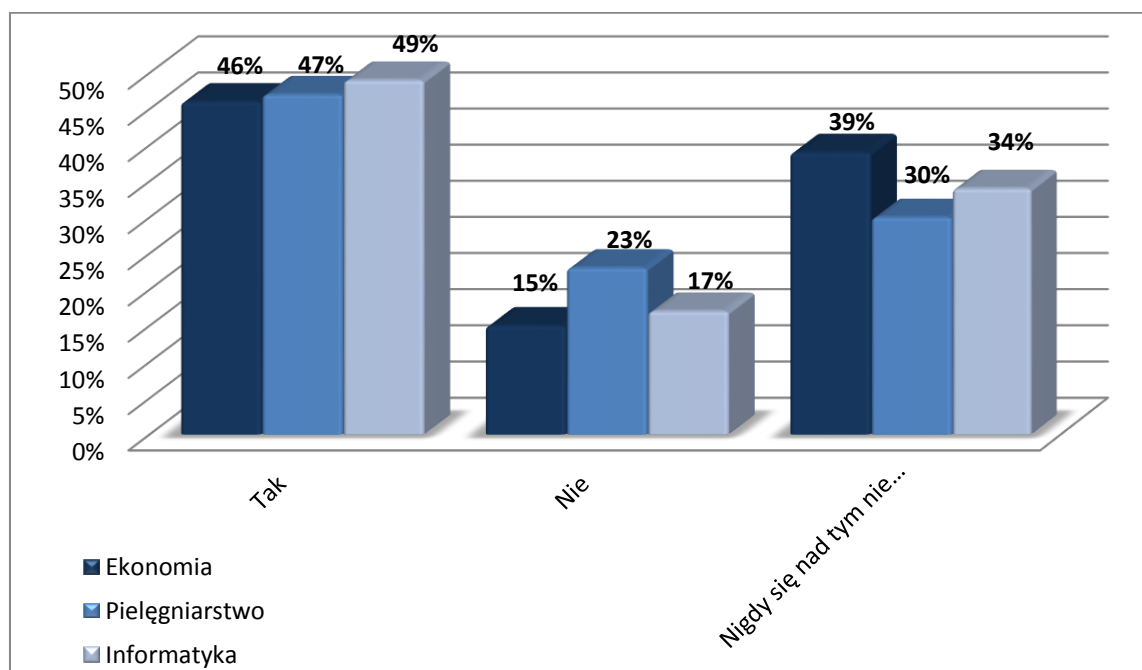
Rycina 3. Legalizacja eutanazji w Polsce

Zarówno studenci ekonomii, jak i informatyki w sposób podobny odpowiedzieli na to pytanie. Za legalizacją eutanazji w Polsce opowiedziało się 53% studentów ekonomii oraz 49% respondentów z informatyki. Na pielęgniarstwie odpowiedzi pozytywnej udzieliło 41%. 59% studentów pielęgniarstwa, 47% studiujących ekonomię oraz 51% ankietowanych z informatyki było przeciwnych zalegalizowaniu eutanazji.

Niemalże połowa studentów na wszystkich kierunkach uważała, że eutanazja może być uzasadniona w niektórych sytuacjach (Rycina 4).

Odpowiedzi twierdzącej na to pytanie udzieliło 46% studentów ekonomii, 47% pielęgniarstwa oraz 49% informatyki. W prośbie o wypisanie sytuacji, w jakiej według ankietowanego eutanazja może być uzasadniona najczęściej wymieniano: brak możliwości poprawy stanu chorego, nieuleczalną chorobę, która wywołuje cierpienie, podtrzymywanie życia w sposób sztuczny, kiedy osoba chora i cierpiąca wyraża zgodę i chęć dokonania zabiegu. Znaczna część ankietowanych nigdy się nie zastanawiała nad możliwością uzasadnienia eutanazji w niektórych przypadkach. Takiej odpowiedzi udzieliło 39%

ankietowanych z ekonomii, 30% z pielęgniarstwa i 34% studentów informatyki. Według prawie ¼ studentów pielęgniarstwa (23%) eutanazji nie można uzasadnić w żadnej sytuacji. Podobnego zdania było 15% studentów z ekonomii i 17% z informatyki. Studenci argumentowali swoją odpowiedź głównie tym, że nikt nie ma prawa odebrać życia drugiej osobie i tylko Bóg ma prawo decydować o życiu i śmierci człowieka.



Rycina 4. Opinia respondentów na pytanie, czy eutanazja może być uzasadniona w niektórych sytuacjach

W kolejnym pytaniu ankietowani udzielali odpowiedzi na to, w jakich przypadkach udzieliliby zgody na eutanazję. Ankietowani posiadali możliwość zaznaczenia kilku odpowiedzi, a wyniki obrazujące liczbę odpowiedzi pokazują Tabela I.

Najczęściej wybieraną odpowiedzią na kierunku ekonomia (zaznaczona 52 razy) i pielęgniarstwo (46 razy) był przypadek życia podtrzymywanego w sposób sztuczny, również często na pielęgniarstwie (również 46 razy) zakreślone zostało cierpienie, któremu nie można ulżyć. Z kolei na informatyce aż cztery odpowiedzi uzyskały podobny wynik: stan wegetatywny został zaznaczony 39 razy, cierpienie, któremu nie można ulżyć 38 razy, a prośba osoby chorej, która jest przytomna oraz życie podtrzymywane w sposób sztuczny zostało odznaczone 37 razy. Na kierunku ekonomia również często zostały odznaczone odpowiedzi: stan wegetatywny – 45 razy oraz cierpienie, któremu nie można ulżyć - 43 razy. Na wszystkich kierunkach najrzadziej zaznaczaną odpowiedzią był przypadek osoby, która

jest nieuleczalnie chora i nie może samodzielnie podejmować decyzji. Ta odpowiedź została zaznaczona na: ekonomii – 5 razy, pielęgniarstwie 2 razy, informatyce 6 razy. W ogóle na eutanazję w żadnej z wymienionych sytuacji nie wyraziłoby zgody w sumie 90 osób. Takiej odpowiedzi udzieliły odpowiednio: 24 osoby z ekonomii, 35 z pielęgniarstwa oraz 31 ankietowanych z informatyki.

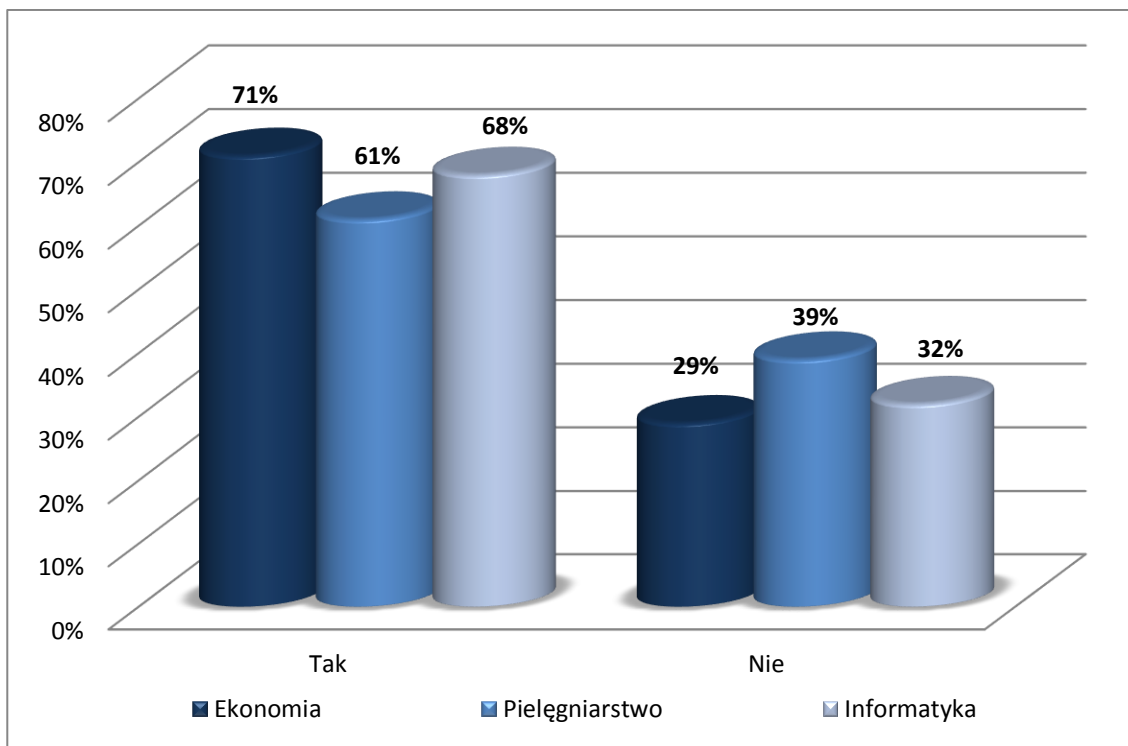
Tabela I. Przypadki, w których wyraziłbyś/wyraziłabyś zgodę na eutanazję

PRZYPADKI W KTÓRYCH WYRAZIŁBYŚ/WYRAZIŁABYŚ ZGODĘ	KIERUNEK STUDIÓW		
	EKONOMIA	PIELĘGNIARSTWO	INFORMATYKA
Cierpienie, któremu nie można ulżyć	43	46	38
Długotrwała, nieuleczalna choroba	11	14	18
Stan wegetatywny (brak świadomości)	45	36	39
Długoletnia, nieuleczalna choroba związana z paraliżem całego ciała	22	15	26
Życie podtrzymywane w sposób sztuczny	52	46	37
W przypadku osoby, która jest nieuleczalnie chora i nie może sama podejmować decyzji	5	2	6
Prośba osoby chorej, która jest przytomna	28	14	37
Nie wyraziłbym/ wyraziłabym zgody	24	35	31

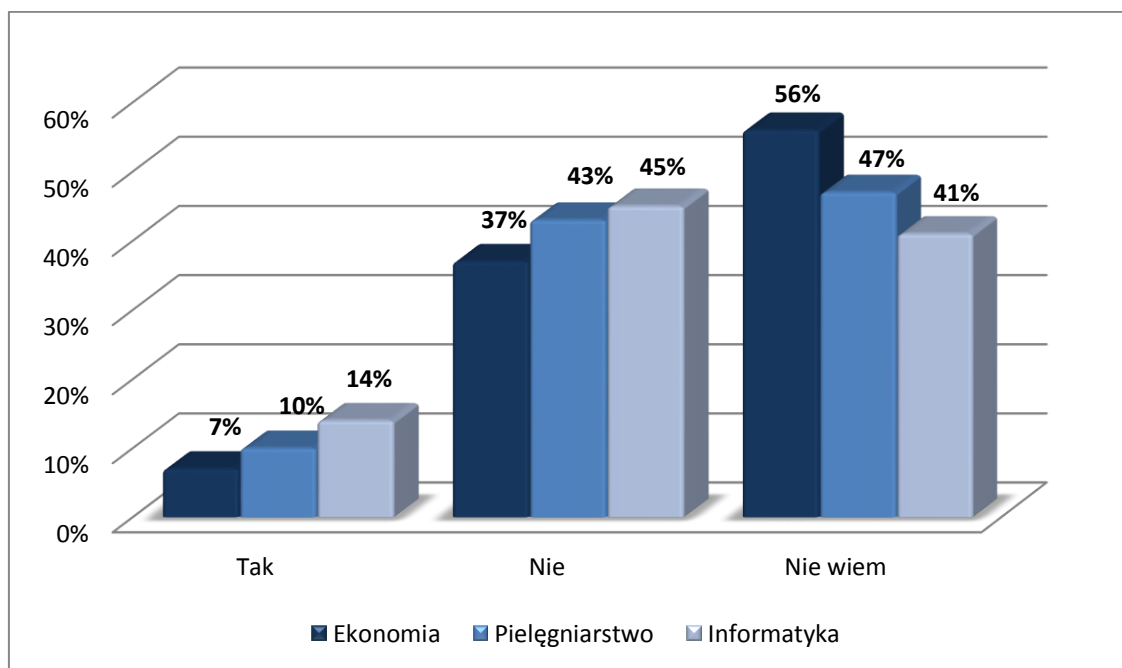
Znaczna część ankietowanych na pytanie o to, czy osoba chora ma prawo decydować o skrócenia swojego życia, odpowiedziała twierdząco (Rycina 5).

Według 71% studentów ekonomii, 61% ankietowanych z pielęgniarstwa oraz 68% z informatyki uważa, że sam chory powinien mieć prawo o decydowaniu o skróceniu swojego życia. Przeciwnych tej kwestii było odpowiednio: 29% studentów ekonomii, 39% z pielęgniarstwa oraz 32% z informatyki.

W kolejnym pytaniu poproszono respondentów o zastanowienie się i odpowiedź na kwestię wyrażenia zgody na dokonanie eutanazji w rodzinie uczestnika badania w sytuacji, gdy osoba mu bliska byłaby nieuleczalnie chora i cierpiała (Rycina 6)



Rycina 5. Czy chory ma prawo do decydowania o skróceniu swojego życia

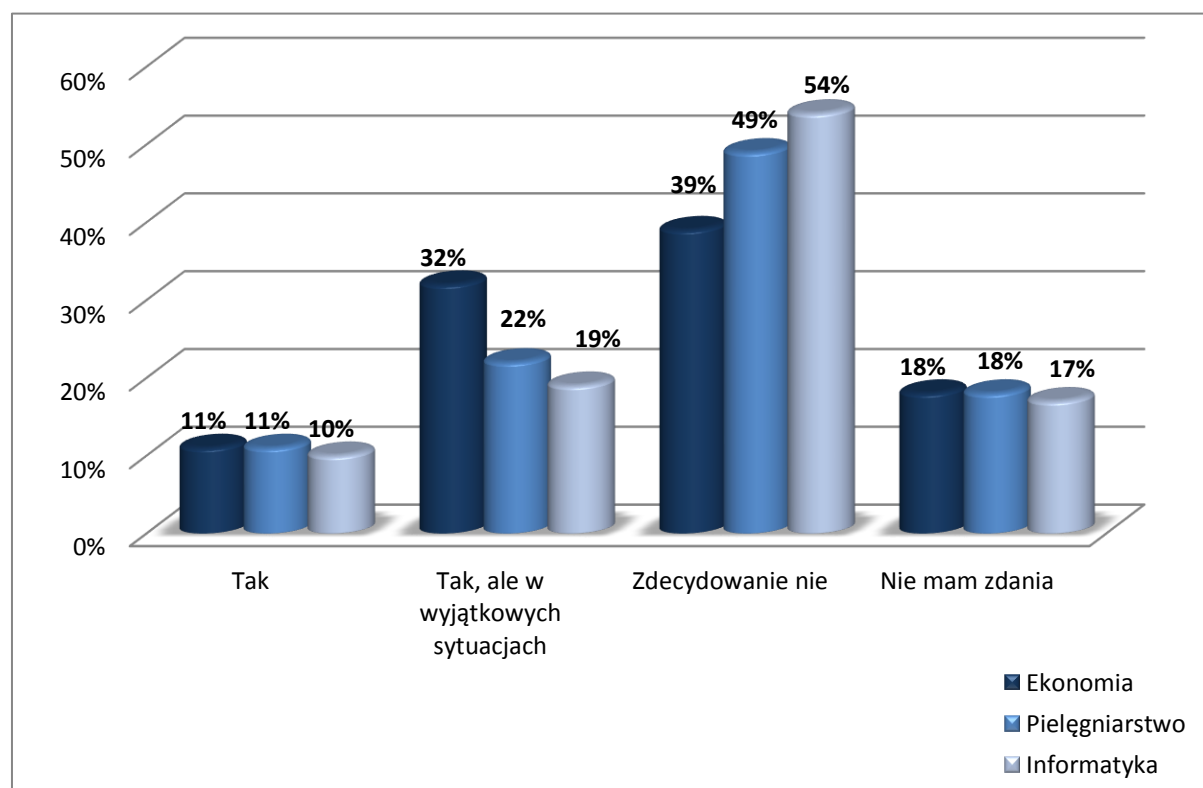


Rycina 6. Zgoda na dokonanie eutanazji w rodzinie badanego w sytuacji nieuleczalnej choroby i cierpienia

Większość studentów ekonomii (56%) stwierdziła, iż nie wie, czy zgodziłaby się na eutanazję w sytuacji, gdy ktoś z rodziny byłby nieuleczalnie chory i cierpiał. Tej samej

odpowiedzi udzieliło 47% osób z pielęgniarstwa i 41% z informatyki. Zaledwie 7% respondentów z ekonomii, 10% z pielęgniarstwa oraz 14% z informatyki wyraziłoby w takiej sytuacji zgodę na eutanazję. Natomiast 37% ankietowanych z ekonomii, 43% z pielęgniarstwa i 45% z informatyki nie zezwoliłoby na dokonanie eutanazji na bliskim w takim przypadku.

Studenci zapytani o to, czy rodzina w imieniu osoby chorej powinna posiadać prawo do dokonania na niej eutanazji odpowiadali najczęściej przecząco (Rycina 7).



Rycina 7. Czy rodzina w imieniu osoby chorej powinna posiadać prawo do poddania jej eutanazji

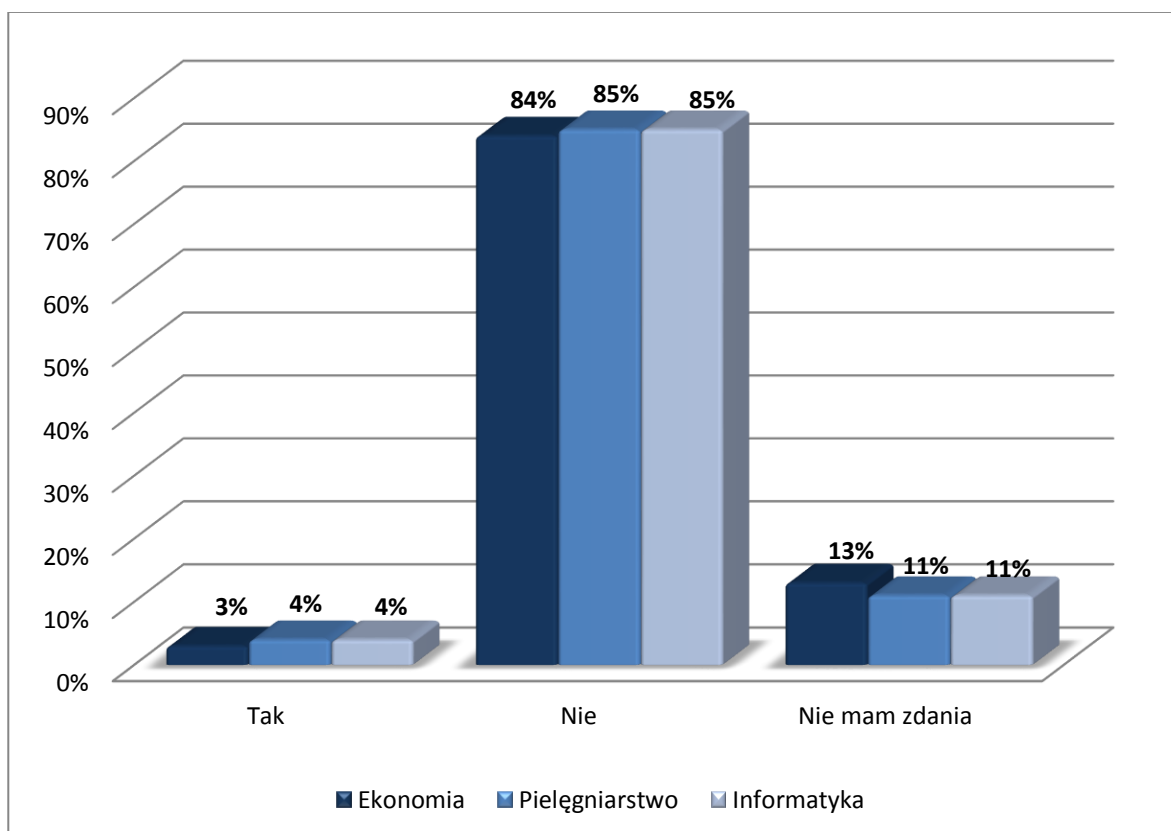
Odpowiedzi negatywnej na to pytanie udzieliło: 39% studentów z ekonomii, 49% z pielęgniarstwa oraz 54% z informatyki.

Drugą w kolejności najczęściej padającą odpowiedzią było „tak, ale w wyjątkowych sytuacjach”. W ten sposób odpowiedziało 32% respondentów z ekonomii, 22% z pielęgniarstwa i 19% z informatyki. Osoby wybierające tą odpowiedź wymieniały głównie następujące sytuację: sztuczne podtrzymywanie życia chorego, brak możliwości podjęcia przez chorego samodzielnej decyzji w wyniku choroby, długotrwały stan wegetatywny, wyrażenie wcześniej woli chorego o dokonanie eutanazji.

Część ankietowanych nie posiadała zdania na to pytanie. Takiej odpowiedzi udzieliło po 18% studentów z ekonomii oraz pielęgniarstwa, a także 17% ankietowanych z

informatyki. Najrzadziej zaznaczaną odpowiedzią była odpowiedź „tak”, która stanowiła 11% odpowiedzi na kierunku ekonomia i pielęgniarstwo oraz 10% na kierunku informatyka.

Ankietowani w bardzo dużej większości na pytanie dotyczące decydowania przez lekarza o dokonaniu eutanazji na osobie chorej zaznaczyli odpowiedź „Nie” (Rycina 8).



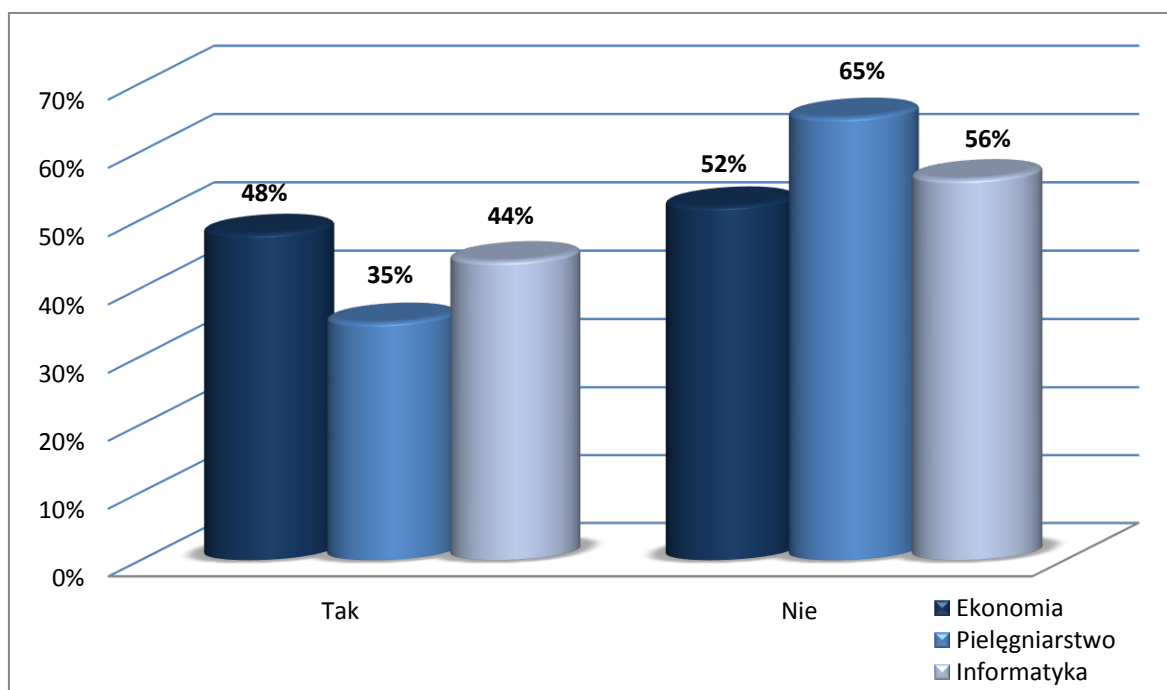
Rycina 8. Czy lekarz w imieniu chorego ma prawo o decydowaniu o poddaniu go eutanazji

Odpowiedzi dotyczące tego pytania prezentują się praktycznie identycznie na wszystkich kierunkach. 85% studentów z pielęgniarstwa i informatyki oraz 84% z ekonomii udzieliło odpowiedzi negatywnej.

W opinii zaledwie 3% respondentów z kierunku ekonomia oraz 4% z kierunku informatyka oraz pielęgniarstwo to lekarz powinien posiadać prawo o decydowaniu za chorego o poddaniu go eutanazji.

Z kolei 13% ankietowanych z ekonomii oraz 11% z pielęgniarstwa oraz informatyki na posiada zdania w tej kwestii.

Pytanie na temat proponowania przez lekarza rodzinie chorego rozważenia możliwości dokonania eutanazji w przypadku, gdy stan chorego jest jednoznaczny i nie ma szans na jego wyzdrowienie spotkało się podziałem zdania studentów (Rycina 9).



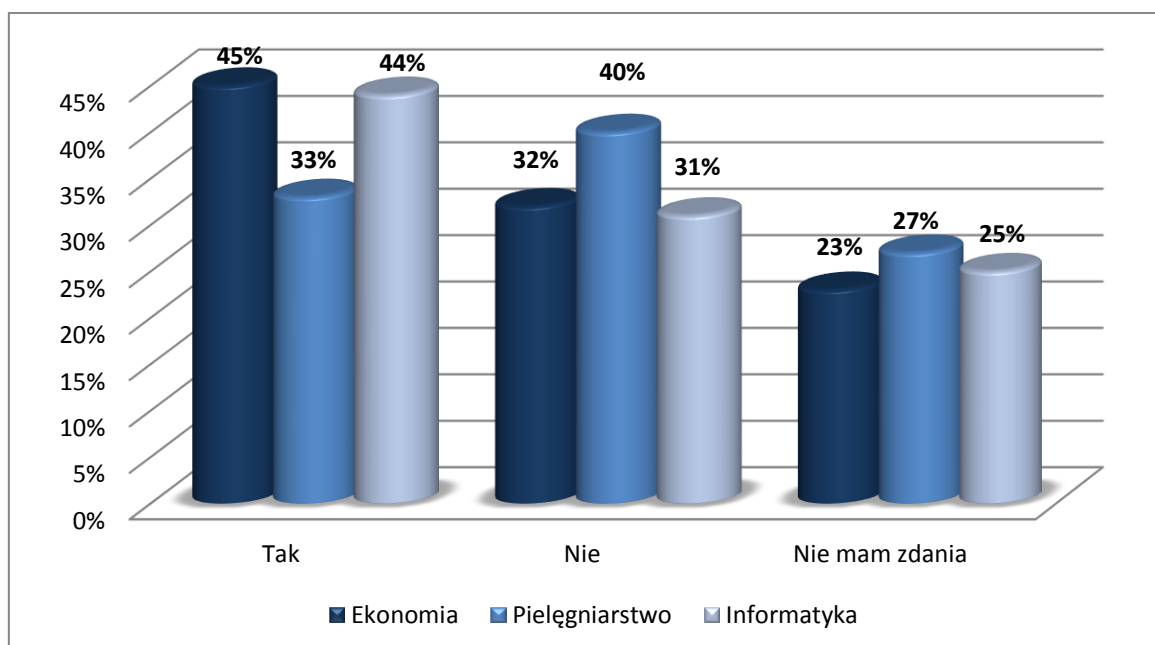
Rycina 9. Czy lekarz powinien zaproponować rodzinie chorego możliwość rozważenia dokonania eutanazji w sytuacji, gdy rokowania pacjenta są jednoznaczne oraz nie prowadzą do całkowitego wyleczenia

Na pielęgniarstwie najczęściej zaznaczaną odpowiedzią w tym pytaniu było „nie”, którą określiło 65%, natomiast zdaniem 35% ankietowanych lekarz w takiej sytuacji powinien zaproponować rodzinie chorego dopuszczenie się eutanazji. W przypadku studentów ekonomii odpowiedzi były bardziej wyśrodkowane, 48% uważało, iż lekarz powinien to zaproponować, a 52% stwierdziło, że nie powinien. Respondenci z kierunku informatyka odpowiedzieli przecząco na to pytanie w 56%, a twierdząco w 44%.

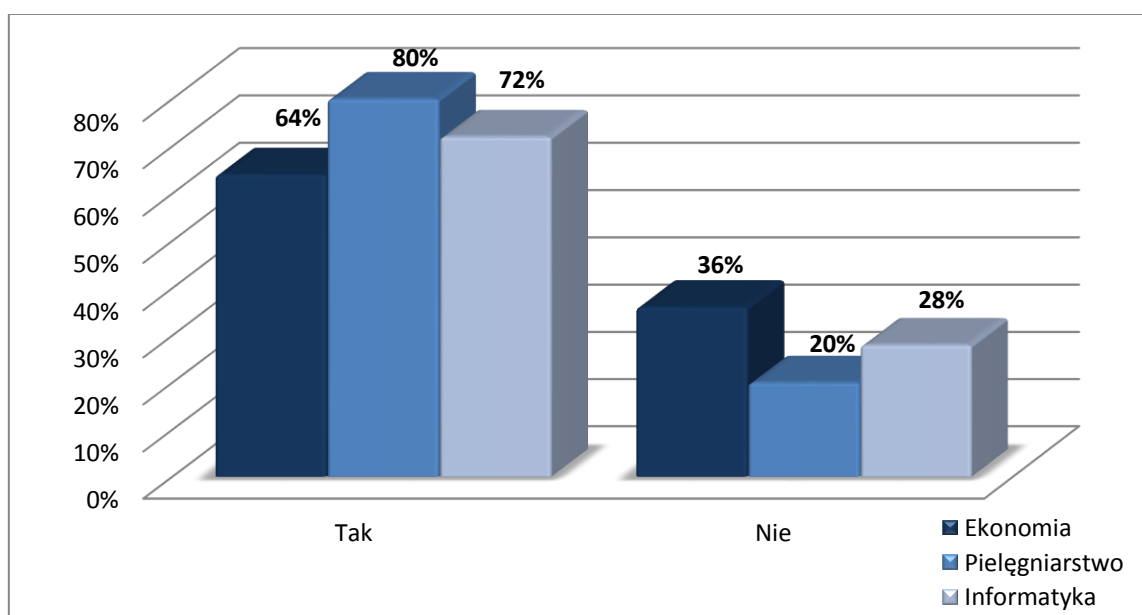
Analiza pytania o to, czy lekarz powinien wypełnić wolę chorego, który jest nieuleczalnie chory i cierpi poprzez podanie środków wywołujących śmierć ukazała następujące wyniki (Rycina 10).

Na kierunku ekonomia 45% studentów uważało, iż lekarze powinni spełniać w tej sytuacji wolę osób chorych. Podobnego zdania było 44% studentów informatyki i 33% studiujących pielęgniarstwo. Odrębne zdanie na ten temat reprezentowało 32% respondentów z ekonomii, 31% z informatyki oraz 40% z pielęgniarstwa. Osoby, które nie posiadały zdania na ten temat stanowiły odpowiednio: 23% ankietowanych z ekonomii, 27% z pielęgniarstwa i 25% z informatyki.

Ponad połowa badanych z każdego kierunku uważała, iż poglądy religijne mają wpływa na podejście do eutanazji (Rycina 11).



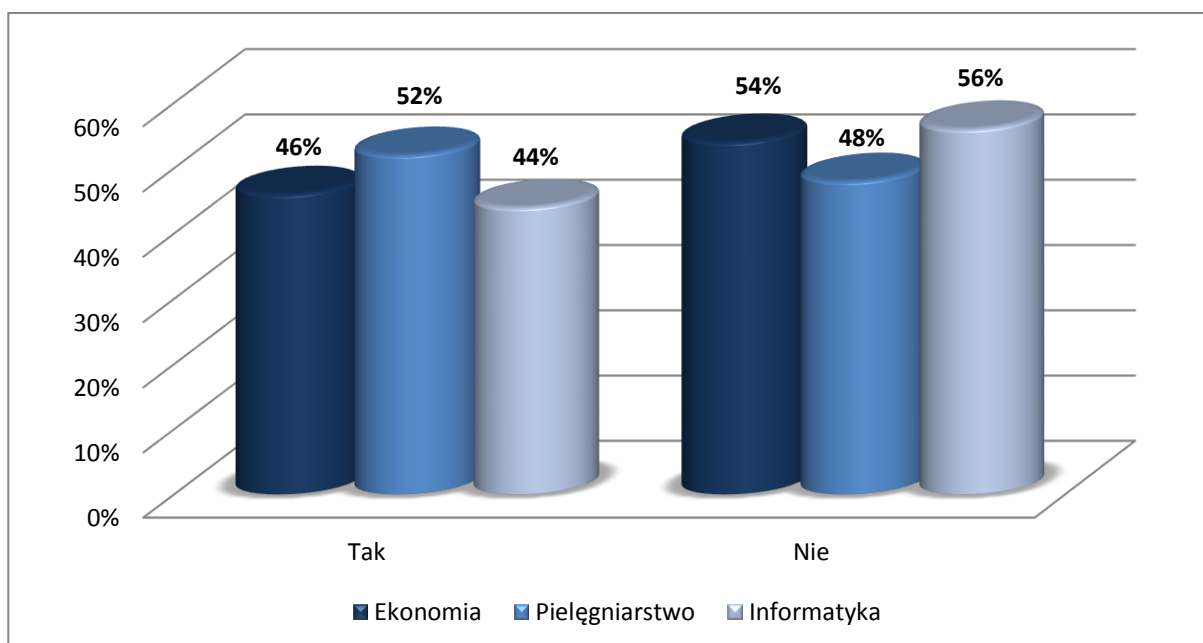
Rycina 10. Czy lekarze powinni spełniać wolę osób cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć



Rycina 11. Czy poglądy religijne mają znaczenie w kwestii stosunku do eutanazji

Takie odpowiedzi udzieliło 64% studentów z ekonomii, 80% z pielęgniarstwa i 72% z informatyki. Natomiast 36% ankietowanych z ekonomii, 20% z pielęgniarstwa oraz 28% z informatyki stwierdziło, że poglądy religijne nie mają znaczenia na stosunek do eutanazji.

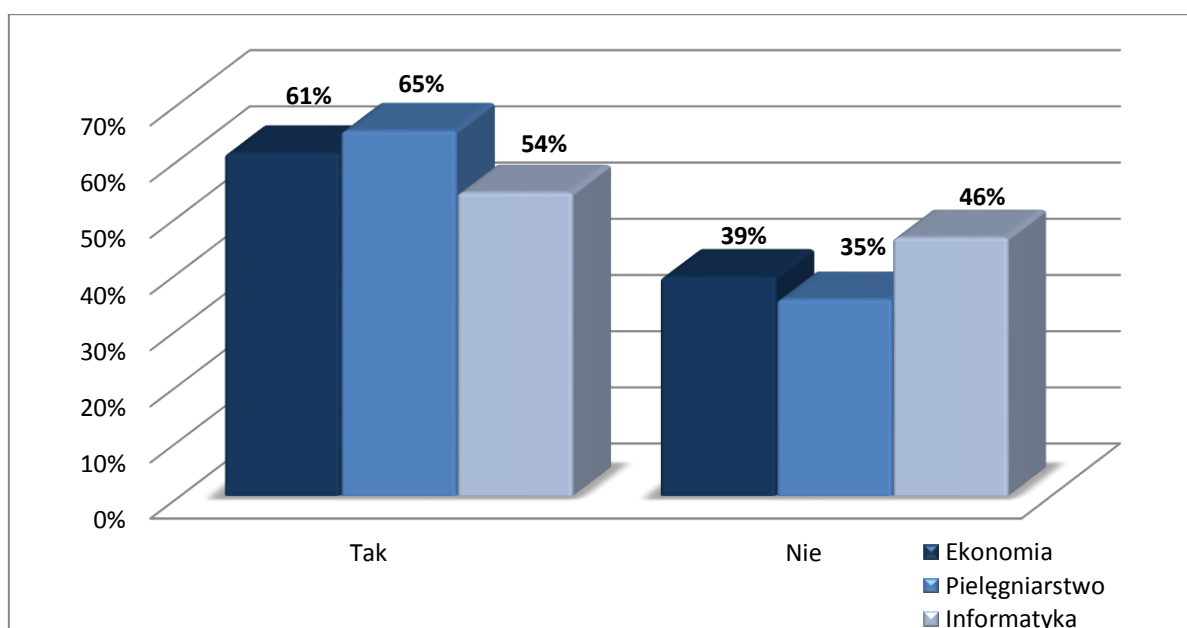
W kolejnym pytaniu respondenci musieli stwierdzić, czy według nich eutanazja jest zabójstwem (Rycina 12).



Rycina 12. Czy eutanazja jest zabójstwem

Według 52% osób studiujących na pielęgniarstwie eutanazja jest zabójstwem. Podobną opinię na to pytanie posiadało 46% ankietowanych z ekonomii oraz 44% z informatyki. Eutanazji z kolei nie można nazwać zabójstwem według 54% respondentów z ekonomii, 48% z pielęgniarstwa oraz 56% z informatyki.

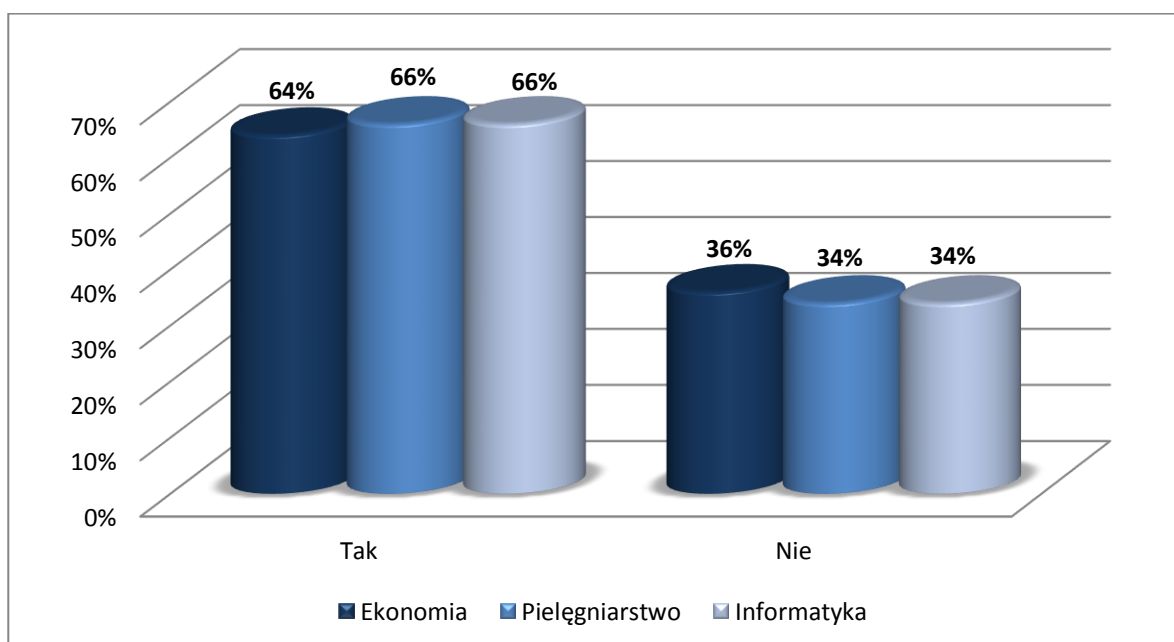
Zdanie studentów na temat tego, iż Bóg daje życie i tylko on może je odebrać obrazuje Rycina 13.



Rycina 13. Czy teza, że Bóg daje życie i tylko On może je odebrać jest prawdziwa

Z tezą o tym, że tylko Bóg daje życie i tylko on może je odebrać zgadza się 61% studentów z ekonomii, 65% studentów z pielęgniarstwa oraz 54% z informatyki. Przeciwnych temu stwierdzeniu było 39% ankietowanych z ekonomii, 35% pielęgniarstwa i 46% z informatyki.

W odpowiedzi na pytanie o to, czy życie człowieka powinno trwać od poczęcia do naturalnej śmierci procentowy podział opinii studentów prezentował się w podobny sposób na każdym kierunku (Rycina 14).



Rycina 14. Czy życie każdego człowieka powinno trwać od poczęcia do naturalnej śmierci

Identyczne zdanie na ten temat posiadali studenci z informatyki oraz pielęgniarstwa. Zarówno na pielęgniarstwie, jak i na informatyce 66% ankietowanych uważało, że życie człowieka powinno trwać od poczęcia do naturalnej śmierci, a 34% miało odmienne zdanie. W podobny sposób na to pytanie odpowiedzieli studenci ekonomii. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 64% studentów tego kierunku, a negatywnej 36%.

Dyskusja

Rozważania dotyczące eutanazji trwają już od wielu wieków, a na przełomie lat nastąpiła zmiana jej znaczenia. Początkowo tłumaczono ją jako dobrą, pozbawioną cierpienia śmierć. W dzisiejszych czasach jej mianem określa się celowe działanie, które prowadzi do

śmierci osoby chorej, aby ulżyć jego cierpieniu, chociaż coraz częściej utożsamiana jest również z morderstwem [26].

Dla ankietowanych z białostockich uczelni eutanazja najczęściej kojarzyła się ze śmiercią na życzenie oraz ulgą w cierpieniu dla osoby chorej. Część grupy studentów z pielęgniarstwa (16%) określiło pojęcie eutanazji jako: samobójstwo wspomagane. Podobnego zdania było 14% studentów z informatyki oraz 10% ekonomii. Słowo morderstwo/zabójstwo, było najprostszym skojarzeniem eutanazji dla 10% studentów pielęgniarstwa oraz ekonomii. Studenci informatyki udzielili takiej odpowiedzi w 8%.

W przeprowadzonych w 2007 roku przez Kowalewską i wsp. badaniach udział wzięło 100 studentów pielęgniarstwa oraz 112 pielęgniarek pracujących w zawodzie. Badania te wykazały, iż 70,5% pielęgniarek oraz 42% studentów pielęgniarstwa określiło eutanazję jako śmierć na życzenie. Z zabójstwem eutanazja kojarzyła się dla 23% studentów oraz dla 9,8% pielęgniarek [29].

Podobne badania przeprowadziła Szymańska. W 2012 roku przepadała ona grupę 112 studentów, w której skład wchodziło 38 studentów prawa, 27 kleryków oraz 47 studentów pielęgniarstwa. Z badań wynikało, iż według 48,15% kleryków, 44,68% studentów pielęgniarstwa oraz 42,11% studentów prawa eutanazja jest działaniem, którego celem jest skrócenie życia osoby chorej. Dla 66,67% kleryków eutanazja kojarzyła się z świadomym przyspieszeniem śmierci osoby śmiertelnie chorej. Podobnego zdania było 18,42% ankietowanych z prawa oraz 31,91% studentów pielęgniarstwa. Za godną śmierć eutanazję uznało w 21,05% prawo, w 7,41%- seminarium duchowe, a w 19,15% pielęgniarstwo [30].

Eutanazja wciąż budzi duże kontrowersje w polskim społeczeństwie, posiada zarówno przeciwników jej legalizacji, jak i zwolenników. Analizując opinie studentów białostockich uczelni na temat prawnego zalegalizowania eutanazji w Polsce, także można zaobserwować nieco odmienne opinie na ten temat. Wśród studentów pielęgniarstwa 59% badanych było przeciwnych legalizacji eutanazji w Polsce, natomiast 53% studentów ekonomii opowiedziało się za legalizacją eutanazji. Zdanie studentów informatyki były podzielone: 49% było za legalizacją eutanazji, natomiast 51% przeciwko.

Temat legalizacji eutanazji został także poruszony w badaniach Mierzeckiego i wsp. na grupie studentów pierwszego roku medycyny, pochodzących z Niemiec, Szwecji oraz Polski. Za legalizacją eutanazji we własnym kraju opowiedziało się ponad połowa Niemców (69%), Szwedzi oraz Polacy zadeklarowali chęć legalizacji eutanazji odpowiednio w 34% i 32%. Przeciwko zalegalizowaniu eutanazji opowiedziało się 40% Polaków, 29% Szwedów

oraz 14% Niemców. Znaczna część ankietowanych nie posiadała własnego zdania na ten temat (Polacy 28%, Niemcy 17%, Szwedzi 37%) [31].

Z badań Sierżantowicz i wsp. przeprowadzonych na przełomie 2005/2006 roku na grupie liczącej 100 studentów II roku pielęgniarstwa, 100 lekarzy i pielęgniarek oraz 100 pacjentów wynika, że odpowiedzi „zdecydowanie tak” bądź „raczej tak” opowiadając się za legalizacją eutanazji udzieliło w sumie 28% studentów pielęgniarstwa, 21% pracowników medycznych oraz 32% pacjentów. Przeciwnych legalizacji było w sumie: 46% studentów, 59% pracowników medycznych oraz 50% pacjentów. Pozostali ankietowani nie wyrazili jednoznacznie swojej opinii na ten temat [32].

Według badań przeprowadzonych w 2010 roku przez Mickiewicz i wsp. na grupie 183 czynnie pracujących pielęgniarzek wynikało, że za wprowadzeniem prawnej legalizacji eutanazji opowiedziało się 24,6% ankietowanych. Przeciwnie zdanie na ten temat posiadało 42,1% respondentów, a 31,1% z badanych nie wyraziło swojej opinii na ten temat [33].

W 2015 roku badania na temat eutanazji zostały przeprowadzone także przez Stetkiewicz-Lewandowicz i wsp., w których udział wzięło 230 ankietowanych (115 pracowników ochrony zdrowia oraz 115 osób niewiązanych zawodowo z medycyną). Na pytanie o potrzebę legalizacji eutanazji w Polsce: 66,09% personelu medycznego oraz 58,26% respondentów niezwiązanych z medycyną opowiedziało się za wprowadzeniem eutanazji. Poniżej 20% wszystkich ankietowanych było przeciwnych wprowadzeniu legalizacji eutanazji, pozostali uczestnicy badania nie mieli zdania na ten temat [34].

W badaniach Zielińskiej - Więzkowskiej i wsp. na grupie 300 studentów bydgoskich uczelni za dopuszczeniem eutanazji było w sumie 42% studentów psychologii i pedagogiki z Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego oraz 86,7% studentów zarządzania oraz telekomunikacji i elektrotechniki z Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego. Przeciwnych legalizacji było 58% studentów Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego i zaledwie 13,3% studentów Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego [35].

Odmienne wyniki zostały przedstawione przez Leszczyńską i wsp. w badaniu grupy 100 osobowej, składającej się z 50 sióstr ze Zgromadzenia Miłosierdzia Św. Wincentego a Paulo Prowincji Warszawskiej oraz 50 diakonów z Wyższego Metropolitalnego Seminarium Duchownego Archidiecezji Warszawskiej. Wszystkie osoby, które wzięły udział w badaniu były przeciwko zalegalizowaniu eutanazji w Polsce (odpowiedź „raczej nie” zaznaczyło - 44% sióstr i 24% diakonów, a odpowiedź „zdecydowanie nie” - 56% sióstr i 76% diakonów) [36].

W następnym pytaniu studenci białostockich uczelni zostali zapytani, czy według nich eutanazja powinna być dopuszczona w niektórych sytuacjach. Zdaniem 46% studentów ekonomii, 47% ankietowanych z pielęgniarstwa i 49% z informatyki stwierdziła, że w niektórych sytuacjach eutanazja jest uzasadniona. Około $\frac{1}{3}$ wszystkich ankietowanych nigdy nie zastanawiała się nad tym, a według 23% studentów z pielęgniarstwa, 15% z ekonomii i 17% z informatyki „dobrej śmierci” nie można usprawiedliwić w żadnej sytuacji. W prośbie o wypisanie sytuacji, w jakiej według ankietowanego eutanazja może być uzasadniona najczęściej wymieniano: brak możliwości poprawy stanu chorego, nieuleczalną chorobę, która wywołuje cierpienie, podtrzymywanie życia w sposób sztuczny, kiedy osoba chora i cierpiąca wyraża zgodę i chęć dokonania zabiegu.

W badaniach Mickiewicz i wsp. połowa badanych pielęgniarek, jako sytuację, w której eutanazja może być dopuszczona wskazała życie podtrzymywane w sposób sztuczny. 22% pielęgniarek wskazało także terminalne stadium choroby pacjenta [33].

W badaniach własnych na pytanie dotyczące dokonania eutanazji na członku rodziny, w sytuacji w której osoba ta cierpiałaby i była nieuleczalnie chora zaledwie 7% studentów ekonomii, 10% pielęgniarstwa i 14% informatyki zdecydowałoby się na eutanazję. Zgody na zabieg nie wyraziłoby z ekonomii - 37%, informatyki - 45%, pielęgniarstwa - 43%. Prawie połowa wszystkich respondentów nie wie, jakby postąpiła w takiej sytuacji.

Według Chmiel i wsp., którzy w latach 2010/2011 na przeprowadzenie eutanazji na członku rodziny w celu skrócenia jego cierpienia zgody nie wyraziłoby 80,2% pielęgniarek paliatywnych, 56,4% pielęgniarek z doświadczeniem oraz 57,3% absolwentek kierunku pielęgniarstwo. Przeciwnego zdania było 15,6% absolwentek pielęgniarstwa, 12,7% pielęgniarek aktywnych zawodowo i zaledwie 4% pielęgniarek paliatywnych. Znaczny odsetek respondentów nie miał zdania na ten temat. W ten sposób odpowiedziało aż 31% pielęgniarek z doświadczeniem, 27,2% absolwentek pielęgniarstwa oraz 15,9% pielęgniarek paliatywnych [37].

Według opinii większości respondentów z badań własnych na kwestię dotyczącą eutanazji wpływają poglądy religijne. Twierdząco na te pytanie odpowiedziało: 64% studentów z ekonomii, 72% z informatyki i aż 80% studentów pielęgniarstwa.

Podobne wyniki uzyskał w swoich badaniach Wilk, w przeprowadzonym przez niego sondażu. 81% ankietowanych studentów pielęgniarstwa stwierdziło, że religia ma znaczny wpływ na ich stosunek do eutanazji [38].

Z kolei w badaniach przeprowadzonych przez Majkę i wsp. na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie oraz Katolickim Uniwersytecie Lubelskim stwierdzono, iż religia

odgrywa znaczącą rolę w kształtowaniu postawy wobec eutanazji według 34% ankietowanych studentów [39].

Wnioski

Uzyskane wyniki badań pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

- Osoby studiujące pielęgniarstwo wykazują się bardziej negatywnym stosunkiem do eutanazji niż studenci ekonomii i informatyki.
- Zdecydowana większość studentów pielęgniarstwa, ekonomii oraz informatyki zdefiniowała eutanazję jako ulgę w cierpieniu dla chorego lub jako śmierć na życzenie.
- Większość studentów pielęgniarstwa opowiedziała się przeciwko legalizacji eutanazji w Polsce, odmiennego zdania byli studenci ekonomii, gdzie ponad połowa z nich była za legalizacją eutanazji. Z kolei studenci informatyki mają podzielone zdanie na ten temat, połowa z nich jest za legalizacją, a połowa przeciwko legalizacji eutanazji.
- Zarówno studenci ekonomii, jak i studenci pielęgniarstwa i informatyki uważają, że w niektórych sytuacjach eutanazja może być uzasadniona.
- Większość ankietowanych uważa, że sam chory powinien decydować o skróceniu swojego życia.
- W opinii ponad połowy studentów zarówno rodzina pacjenta, jak i lekarz nie powinni decydować o poddaniu go eutanazji. Lekarz nie powinien zdaniem większości ankietowanych na każdym kierunku proponować rodzinie chorego rozważenia eutanazji w sytuacji, kiedy nie ma szans na całkowite wyleczenie chorego, a jego rokowania są jednoznaczne.
- W sytuacji, kiedy w rodzinie ankietowanego znajdowałaby się osoba nieuleczalnie chora znaczna część studentów nie wyraziłaby zgody na jej eutanazję bądź nie wie, jak postąpiłaby w danej sytuacji.
- Ponad 70% studentów białostockich uczelni biorących udział w badaniu uważa, że wiek chorego nie powinien być kryterium brany pod uwagę w przypadku eutanazji.
- Zdaniem większości ankietowanych poglądy religijne mają znaczenie w kwestii eutanazji, tylko Bóg ma prawo do dawania i odbierania życia, a życie człowieka powinno trwać od poczęcia do naturalnej śmierci.
- Ponad $\frac{1}{3}$ studentów uważa eutanazję za problem o charakterze głównie etycznym.

Piśmiennictwo

1. Bołoz W.: Utrzymanie życia za wszelką cenę czy rezygnacja z uporczywej terapii. Punkt widzenia etyka. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2013, 7(3-4), 69-74.
2. Fabiś A., Wiatrowska L., Pucko Z.: *Człowiek wobec cierpienia*, Wydawnictwo Difin SA, Warszawa 2016, 197-204.
3. Bunikowski D.: Podstawowe kontrowersje dotyczące ingerencji prawa w sferę moralności. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń, 2010, 231-267
4. Śledzianowski J.: Eutanazja- dobra śmierć, czy zabójstwo człowieka. Wydawnictwo Jedność, Kielce, 2010, 4-41.
5. Aramini M.: Bioetyka dla wszystkich. Przystępne, systematyczne i całościowe opracowanie najważniejszych zagadnień bioetyki. Wydawnictwo Espe, Kraków 2011, 253-297.
6. Zając M.: Bioetyczne ujęcie eutanazji. *Człowiek-Rodzina- Prawo*, 2012, 6, 10.
7. Rusznica A., Kieca M., Kleska Ł.: Eutanazja i samobójstwo: filozoficzno-prawne refleksje nad śmiercią z wyboru. Wydawca Łukasz Kleska, Rzeszów 2016.
8. Czarnecki P.: Dylematy etyczne współczesności. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008, 110
9. Wroński K., Bocian R., Cywiński J.: Eutanazja. *Współczesna Onkologia*, 2008, 12(6), 290- 293.
10. Tokarz W.: Współczesne dylematy intensywnej terapii. Eutanazja – Anioł Śmierci czy Zbawienia? *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2012, 6, 16-23.
11. Brzeziński T.: *Etyka Lekarska*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 219-227.
12. Kirmes T., Wilk M., Chowaniec C.: Eutanazja – próba uporządkowania pojęcia. *Wiadomości Lekarskie*, 2017, 70(1), 118-126.
13. Pietrzykowski T.: Spór o eutanazję: etyczne problemy prawa. Wydawnictwo Sonia Draga, Katowice, 2007, 144-179.
14. Radbruch L., Leget C., Bahr P.: Eutanazja i samobójstwo z pomocą lekarza. *Medycyna Praktyczna – Onkologia*, 2016, 3, 73-86.
15. Chańska W.: Eutanazja – głos filozofa. *Czasopismo aptekarskie*, 2008, 5(173), 40-51.
16. Malczewski J. (red.): *Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem*. Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa, 2012, 76-109.

17. Szewczyk K.: Bioetyka. Medycyna na granicach życia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, 351-389.
18. Kaczmarek T., Marcinkowski J. T.: Kryptoeutanzja – jaka jest skala tego problemu? [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska – Kułak E., Łukaszuk C. (red.). UMB Wyd. Nauk o Zdrowiu, Białystok 2009, 6, 235 – 246.
19. Zając M.: Eutanazja i jej ocena w religiach świata. Drohiczyński Przegląd Naukowy, 2013, 5, 135-153.
20. Głowacki J.: Eutanazja- problem życia, a nie śmierci. Teologia i człowiek, 2011, 11, 190-198.
21. Stefanowski P.: Kościół prawosławny a problem eutanazji. Prosto z mostu. Młodzi, Ekumenizm, Bóg, 2015, 45, 12-14.
22. Sojka J., Korczago A.: Oczekiwania pacjenta wyznającego protestantyzm [w:] Pacjent odmienny kulturowo, Krajewska- Kułak E., Guzowski A. (red.). Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM, Poznań 2015, 276.
23. Skura-Madziąła A.: Religie świata i ich stanowisko wobec eutanazji. Annales. Etyka w życiu gospodarczym, 2009, 12(2), 25-34.
24. Tokarczyk R.: Prawa narodzin życia i śmierci. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, 2010, 50-54.
25. Orońska A.: Godność człowieka umierającego w różnych religiach świata. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2009, 3(2), 82-85.
26. Pacian J., Pacian A., Skórzyńska H.: Eutanazja – zabójstwo człowieka czy uśmierzenie bólu. Regulacje prawne wybranych państw świata. Hygeia Public Health, 2014, 49(1), 19-25.
27. Debita M.: Prawne i moralne aspekty eutanazji w świetle polskiej regulacji prawnej oraz nauki społecznej Kościoła Katolickiego. Ogrody Nauk i Sztuk, 2015, 5, 74-83.
28. Pałosz R.: Polska regulacja eutanazji i wspomaganego samobójstwa z perspektywy filozoficznej i konstytucyjnej. Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2017, 2, 131-143.
29. Kowalewska B., Krajewska – Kułak E., Jankowiak B. i wsp.: Opieka hospicyjna i paliatywna oraz eutanazja w opinii pielęgniarek i studentów kierunku pielęgniarstwo. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2007, 4, 484-488.
30. Szymańska K.: Postawy wobec eutanazji wśród studentów pielęgniarstwa, prawa i kleryków. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2012, 2, 125–133.

31. Mierzecki A., Rękawek A., Świątkowski J. i wsp.: Ocena podejścia do eutanazji studentów pierwszego roku medycyny w Szczecinie, Greifswaldzie i Lund *Annales Academiae Medicae Stetinensis*, 2008, 1, 164-169.
32. Sierzantowicz R., Łagoda K., Doroszkiewicz H.: Opinie lekarzy, pielęgniarek, pacjentów i studentów na temat eutanazji. *Gerontologia Polska*, 2011, 19(2), 99-106.
33. Mickiewicz I., Krajewska – Kułak E., Kędziora – Kornatowska K., Roslan K.: Postawy pielęgniarek wobec eutanazji. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2011, 1, 199 – 208.
34. Stetkiewicz-Lewandowicz A., Kaźmierczak M., Rasmus P.: Postawy wobec legalizacji eutanazji wśród personelu medycznego oraz osób niezwiązanych zawodowo z opieką medyczną. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2015, 9, 151-158.
35. Zielińska – Więzkowska H., Januszewska M.: Opinie studentów bydgoskich uczelni na temat eutanazji. *Hygeia Public Health*, 2013, 2, 238-242.
36. Leszczyńska M. i in.: Społeczna ocena eutanazji w opinii duchowych kościoła katolickiego – badania wstępne. [w:] *W drodze do brzegu życia*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Kułak W.(red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, 2014, 12, 127-136.
37. Chmiel I. i in.: Postawy pielęgniarek paliatywnych wobec eutanazji. [w:] *W drodze do brzegu życia*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., Kułak W. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, 2012, 10, 157-165.
38. Wilk I.: Eutanazja w opinii studentów pielęgniarstwa studiów licencjackich. *Ann. UMCS*, 2005, 617, 232 – 235.
39. Majka E., Kociuba – Adamczyk K., Bałos M.: Wpływ religijności na ukształtowanie postawy wobec eutanazji. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2011, 1(34), 11-15.

Postawy i wiedza ludności miejskiej i wiejskiej na temat transplantacji narządów

Litwinko Ewelina¹, Rolka Hanna², Snarska Katarzyna³, Krajewska-Kułak Elżbieta²

1. Absolwentka Studiów Drugiego Stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok
3. Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

Wstęp

Współcześnie, transplantologia jest bardzo dynamicznie rozwijającą się dziedziną medycyny. Wiele odkryć w obszarze transplantologii przyczyniło się do jej postępu jak i do innowacyjności w innych dziedzinach. Wyjątkowość tej dziedziny tkwi również w jednostkowym wkładzie ze strony samego społeczeństwa, jakim jest żywy narząd do przeszczepienia [1].

Transplantacja, inaczej przeszczepienie, to „postępowanie operacyjne, które polega na przeniesieniu tkanki bądź narządu w miejsce brakującego narządu, uszkodzenia lub ubytku, który prowadzi do niewydolności bądź zgonu” [2].

Dawcą narządu może być człowiek żywy, mówimy wówczas o pobraniu *ex vivo*, lub osoba zmarła – pobranie *ex mortuo* [3].

Ze względu na rodzaj dawcy i biorcy rozróżnia się cztery rodzaje przeszczepów:

- „autogeniczny (autotransplantacja) – przeniesienie własnego narządu lub tkanki z jednego miejsca na drugie;
- izogeniczny (izotransplantacja) – przeniesienie narządu lub tkanki między osobnikami tego samego gatunku, identycznymi genetycznie, np. bliźniaki jednojajowe;

- allogeniczny (alotransplantacja) – przeniesienie narządu lub tkanki między osobnikami tego samego gatunku o niejednakowym genotypie np. człowiek – człowiek;
- ksenogeniczny (ksenotransplantacja) – przeniesienie narządu lub tkanki między osobnikami odmiennego gatunku np. świnia – człowiek” [1].

Transplantacje wykonywane u ludzi:

- „komórki krwiotwórcze;
- tkanki i komórki;
- narządy unaczynione;
- złożone przeszczepy wielotkankowe” [1].

W Polsce podstawowym aktem prawnym, który organizuje i reguluje system transplantacyjny jest Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 1 lipca 2005 roku – nazywana „ustawą transplantacyjną” [4].

Ustawa określa od kogo i kiedy można pobrać narządy, tkanki, komórki, jakie warunki muszą być spełnione przy pobieraniu i wszczepianiu oraz kto ma prawo pobierać i wszczepiać organy [4].

Donacja postmortalna (ex mortuo) w świetle Ustawy Transplantacyjnej jest rozstrzygana na podstawie modelu sprzeciwu, stwierdzenia śmierci mózgowej przez dwóch lekarzy oraz rejestr sprzeciwów [3,5].

Prawo polskie dopuszcza 3 formy wyrażenia sprzeciwu na pobranie organu. Funkcją koordynatora transplantacji jest dyskwalifikacja potencjalnego dawcy w przypadku wyrażenia przez niego sprzeciwu [6].

Sprzeciw wobec transplantacji można wyrazić poprzez:

- „wpis w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich;
- złożenie pisemnego oświadczenia z własnoręcznym podpisem;
- wyrażenie ustnego oświadczenia złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego” [3].

W czasie pomiędzy wysłaniem sprzeciwu do Centralnego Rejestru Sprzeciwów a jego ujawnieniem w rejestrze zachodzi stan niepewności, w którym osoba wyrażająca sprzeciw jest potencjalnym dawcą. Taka sytuacja pojawia się wyłącznie wówczas, kiedy osoba chcąca wyrazić sprzeciw decyduje się wyłącznie na wpis w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów [7].

Decydującą rolę w podjęciu decyzji o przeszczepie narządów w przypadku osoby, która nie wyraziła sprzeciwu za życia, odgrywa rodzina osoby zmarłej. Taka sytuacja wiąże się z szacunkiem należytym osobie zmarłej oraz jego najbliższym, co jest wpisane w ideę transplantologii [8].

W świetle Ustawy Transplantacyjnej lekarz nie musi uzyskać zgody na pobranie narządów od rodziny zmarłego, istotną kwestią jest jedynie fakt, czy zmarły wyraził sprzeciw wobec pobierania narządów. Tak więc w odniesieniu do Ustawy Transplantacyjnej rodzina nie ma żadnego wpływu na postępowanie z ciałem bliskiego. W praktyce jednak, lekarz stara się uzyskać zgodę rodziny na pobranie narządów, a w przypadku sprzeciwu rodziny odstępują od procedury pobrania tkanek i narządów ze zwłok [9].

Jest to tak zwana „zgoda domniemana” – osoba zmarła nie wyraziła sprzeciwu, mimo to kwestia pobrania narządów jest omawiana z najbliższą rodziną zmarłego [10].

Pamiętać należy, że taka rozmowa jest niezwykle trudna zarówno dla lekarza, jak i rodziny osoby zmarłej. Moment zetknięcia się ze śmiercią zwykle jest sytuacją nagłą, a przeżycia towarzyszące są traumatyczne i nie ma nad nimi kontroli, więc nie dziwne jest, że rodzina jest bezradna w obliczu kompletnie zmienionej rzeczywistości – śmierci bliskiej osoby [11].

Donacja między żyjącymi (*ex vivo*) ma charakter szczególny ze względu na to, że z jednej strony celem zabiegu jest ratowanie życia i zdrowia biorcy (realizacja celu leczniczego), z drugiej strony czynności te w odniesieniu do dawcy mają charakter nieterapeutyczny. W Polsce donacja *ex vivo* następuje na rzecz krewnego w linii prostej, rodzeństwa, osoby przysposobionej, małżonka lub innej osoby, jeśli uzasadniają to szczególne względy osobiste – za zgodą sądu rejonowego wydaną w postępowaniu nieprocesowym, które sąd wszczyna na wniosek potencjalnego dawcy, który powinien być poparty pisemną zgodą biorcy, donacja regenerujących się tkanek i komórek na rzecz innych osób bez zgody sądu, donacja szpiku kostnego od małoletnich tylko w wypadku niebezpieczeństwa dla życia przewidzianego biorcy [3,5].

Od żywych dawców można pobierać niektóre narządy – część wątroby, nerka, lub tkanki (szpik kostny). Jedynym warunkiem pobrania narządów jest to, że dawca wyraził na to zgodę oraz to, czy jego zdrowie nie jest narażone na niebezpieczeństwo. Przeszczepianie narządów *ex vivo* jest alternatywą dla przeszczepiania *ex mortuo* i daje lepsze rezultaty [12].

Przedmiot transplantacji *ex vivo* jest podstawowym kryterium decydującym o tym, kto może zostać dawcą. Od dawców żywych istnieje możliwość pobrania:

- komórek, tkanek, narządów nieregenerujących się, np. nerka;

- komórek, tkanek, narządów regenerujących się;
- szpiku kostnego [13].

Prócz ograniczonym przez Ustawę Transplantacyjną kręgiem biorców nieodzownymi warunkami przeprowadzenia transplantacji od dawcy żywego są:

- ustalenie zasad i poprawności pobrania i przeszczepienia komórek, tkanek, narządów na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;
- wykonanie niezbędnych badań lekarskich dawcy (czy zabieg nie upośledzi jego stanu zdrowia w istotny sposób);
- szczegółowe, pisemne poinformowanie dawcy przed wyrażeniem zgody na pobranie komórek, tkanek, narządów, o rodzaju wykonywanego zabiegu, ryzyku z nim związanym oraz możliwych konsekwencjach dla jego zdrowia;
- pisemna, dobrowolna zgoda dawcy, który ma pełną zdolność do czynności prawnych (w przypadku organu nieregenerującego się – określenie konkretnego biorecy);
- poinformowanie potencjalnego dawcy przed wyrażeniem zgody o skutkach wycofania podjętej decyzji dla biorecy;
- poinformowanie biorecy o ryzyku powikłań związanych z pobraniem dotyczącego dawcy;
- wyrażenie zgody przez biorecę na przyjęcie komórek, tkanek, narządów od konkretnego dawcy (nie dotyczy narządów regenerujących się i szpiku kostnego) [13].

Zgoda na pobranie komórek, tkanek, narządów powinna być pisemna, świadoma, dobrowolna (bez przymusu), konkretna (dotyczyć konkretnego dobra, którym potencjalny dawca może rozporządzać). Zgoda na pobranie organu od dawcy żywego ma charakter odwoławczy [3,13].

Poltransplant jest to Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do spraw transplantacji. Jako państwowa jednostka budżetowa powstała w 1996 roku z siedzibą w Warszawie i podlega pod Ministra Zdrowia. Główne zadania Poltransplantu definiuje art. 38 ust. 3 Ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 1 lipca 2005 roku [3].

Do głównych zadań Poltransplantu należy:

1. Koordynacja pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w tym:
 - tworzenie i nadzór nad regionalnymi listami oczekujących na przeszczep komórek, tkanek i narządów;

- tworzenie baz danych dotyczących wykorzystania pobranych komórek, tkanek i narządów w celu przeszczepienia oraz ocena funkcjonowania przeszczepów;
 - organizowanie i utrzymanie Działu Łączności i Obsługi Informatycznej między krajowymi ośrodkami transplantacyjnymi;
 - organizowanie ogólnokrajowego systemu koordynacji pobierania i przeszczepiania organów;
 - organizowanie szkoleń koordynatorów transplantacyjnych w systemie ciągłym.
2. Prowadzenie Centralnego Rejestru Sprzeciwów (CRS) na pobranie komórek, tkanek i narządów.
 3. Prowadzenie Centralnego Rejestru Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej.
 4. Organizowanie i Prowadzenie listy biorców narządów unaczynionych.
 5. Działalność edukacyjna społeczeństwa (organizowanie ogólnokrajowych konferencji szkoleniowych) [14].

Śmierć jest procesem zdysocjonowanym. Ogarnia tkanki i układy w niejednakowym czasie, co ostatecznie skutkuje dezintegracją organizmu jako całości funkcjonalnej i powoduje nieodwracalne wypadanie poszczególnych czynności organizmu w różnym czasie, a punktem końcowym jest śmierć [15]. Oznacza to, że niektóre czynności układów lub ich części mogą się utrzymywać odrębnie od innych już obumarłych [16].

W Rzeczypospolitej Polskiej śmierć osobnicza jest rozpoznawana na podstawie przepisów opublikowanych w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z 17 lipca 2007 roku i w sprawie kryteriów, i sposobie stwierdzanie trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Dokument ten stwierdza, iż śmierć mózgu jest równoznaczna ze śmiercią człowieka [15].

Rozpoznanie śmierci mózgu polega na udowodnieniu trwałej utraty jego funkcji, co składa się z dwóch etapów:

- podejrzenia śmierci mózgu;
- wykonanie badań potwierdzających śmierć mózgu [17].

Obecnie poglądy etyczne oraz przekonania religijne dotyczące transplantacji narządów budzą wiele kontrowersji i dyskusji.

Stosunek wiary wobec transplantacji tkanek i narządów jest elementem niezwykle istotnym, mającym wpływ na światopogląd człowieka w aspektach trudnych moralnie. Religia mówi o życiu, które czeka nas po śmierci. Mówi o duchowym i fizycznym zmartwychwstaniu ciała. W podjęciu decyzji o tym, czy dana osoba chce zostać dawcą,

niezwykle istotny jest aspekt religijny. Najważniejsze jest to, aby podjąć decyzję zgodnie z własnym sumieniem [18].

Generalnie, opinia wszystkich kościołów chrześcijańskich wobec transplantacji jest pozytywna [19].

Pośród religii niechrześcijańskich problematyka transplantacji i transplantologii nie jest już wyraźnie jednoznaczna i pozytywna. Różnice nie wynikają ze stosunku do transplantacji, bo ten zwykle jest pozytywny, lecz z wątpliwości w kwestii uznania chwili śmierci [20].

Media odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu opinii publicznej. W wyniku swej przenikliwości docierają do każdego, kto szuka konkretnej informacji [21]. Twórcy portali internetowych, które dotyczą transplantacji narządów, kierują się głównie przekazywaniem rzetelnej wiedzy na temat dawstwa narządów. Kształtują postawy, zachęcają do podpisywania oświadczeń woli, wyjaśniają skomplikowane aspekty. Medialny obraz transplantacji kreowany jest poprzez, m.in.:

- emocjonalne słownictwo;
- metaforyzację treści przekazu;
- klarowne wyjaśnienia;
- pełen patosu ton wypowiedzi;
- cytowanie specjalistów z dziedziny transplantologii;
- cytowanie autorytetów religijnych;
- przywoływanie danych statystycznych;
- wyjaśnienie kwestii prawnych [22].

Złotym środkiem do zwiększenia ilości donacji i transplantacji jest przygotowanie naukowe społeczeństwa na temat wiedzy odnośnie procedur dotyczących transplantacji, śmierci mózgowej, czy decyzji o zgodzie lub sprzeciwie na pobranie i przeszczepienie narządów [23].

W mediach społecznościowych istnieje wiele akcji promujących donację organów. Dzięki promocji mediów organizowane są spotkania z pacjentami, którzy żyją dzięki transplantacji, konferencje prasowe ze specjalistami z dziedziny transplantologii [24].

Pod pojęciem postawy społecznej rozumie się zazwyczaj „względnie trwałe układy przekonań, emocji i uczuć oraz zachowań jednostki w odniesieniu do danego obiektu osób” [25]. Postawy społeczne kształtują się pod wpływem różnych czynników społeczno-

kulturowych. Mają one aspekt poznawczy, emocjonalny i motywacyjny [25]. Najczęściej stosowana strukturalna koncepcja postaw składa się z następujących elementów:

- komponentu poznawczego – obejmującego myśli, odpowiednią wiedzę o przedmiocie postawy oraz przekonania odgrywające zasadniczą rolę;
- komponentu behawioralnego – w skład którego według wchodzi: reakcje wokalne, werbalne (opinie), mimiczne, pantomimiczne i działania
- komponentu emocjonalnego – zawierającego reakcje afektywne, czyli uczucia i emocje wobec przedmiotu [26].

Wielu badaczy podkreśla, że postawy związane są z ludzkimi wartościami i nie są statyczne, ulegają zmianie i modyfikacji pod wpływem wiedzy i rozwoju emocjonalnego jednostki. Istnieją grupy czynników, od których uzależniona jest zmiana postaw, należą do nich:

- charakter wcześniej ukształtowanych postaw wobec przedmiotu, z którym wiążą się otrzymywane informacje,
- charakter okoliczności, w których przekazywane są informacje i od kogo pochodzą [25,26].

Postawy społeczne mogą być bardzo zróżnicowane. Można wyróżnić postawy pozytywne, negatywne, postawy neutralne oraz postawy pośrednie (niezdecydowania) [26].

Określona postawa społeczna człowieka jest wynikiem wielu czynników, kształtuje się nieraz przez całe życie. Obserwując wpływ czynników na związek zachowania z postawą według Wicker'a można podzielić na dwie grupy: czynniki o charakterze osobowościowym i sytuacyjne [25].

Cele pracy

Celem pracy było:

- Poznanie postaw ludności miejskiej i wiejskiej na temat transplantacji narządów.
- Porównanie wiedzy mieszkańców wsi i miast na temat transplantacji narządów.

Material i metody badań

Badaniem zostało objętych 100 osób – mieszkańców wsi i miast, z czego 56 osób pochodzi z miasta, a 44 osoby ze wsi.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Nr R – I – 002/265/2017.

W czasie badania posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, zrealizowanego za pomocą techniki ankietowej. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji złożony z 28 pytań szczegółowych i 6 pytań metryczkowych.

Kwestionariusz ankiety podzielono na dwie części oraz dane metryczkowe.

Metryczka dotyczyła następujących aspektów: płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, aktywności zawodowej oraz wyznania.

Pierwsza część kwestionariusza zawierała pytania dotyczące postawy mieszkańców wsi i miast wobec transplantacji narządów.

Druga część kwestionariusza zawierała pytania dotyczące wiedzy ludności miejskiej i wiejskiej na temat transplantacji. W tej części zawarto pytania mające na celu porównać stan wiedzy na temat transplantacji narządów oraz jej głównego celu. Narzędzie umożliwiło respondentom wybór jednej odpowiedzi bądź odpowiedź indywidualną, osobistą, uzupełniającą odpowiedzi zaproponowane w kwestionariuszu.

Badania zostały przeprowadzone losowo wśród wybranych mieszkańców miasta i wsi. Respondenci zostali poinformowani, iż ankieta jest anonimowa, a zebrane tą drogą informacje zostaną uogólnione i wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej, w której dla cech jakościowych wyliczono ich rozkład jakościowo - procentowy. Do sprawdzenia zależności pomiędzy badanymi cechami kategorycznymi użyto nieparametrycznego testu Chi-kwadrat. W obliczeniach przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ jako znamiennej statystycznie. Obliczeń dokonano wykorzystując pakiet statystyczny STATISTICA.

Wyniki

Badaniem zostało objętych 100 osób, w tym 35 osób (35%) stanowili mężczyźni, a 65 osób (65%) – kobiety. Wyniki przedstawia tabela I.

Największą grupę wiekową stanowiły osoby w wieku 18-25 lat, co stanowi 47 osób (47%) wszystkich osób, a najmniejszą w wieku 56 lat i powyżej – 2 osoby (2%). Wyniki przedstawia tabela II.

Z powodu zbyt małej liczebności zmiennej, jaką jest miejsce zamieszkania – wieś do 10 tys. mieszkańców, co uniemożliwiłoby zastosowanie testu CHI^2 postanowiono połączyć je w większe grupy, czyli zastosować podział na miasto i wieś. Wyniki przedstawia tabela III.

Tabela I. Płeć badanych ankietowanych

PLEĆ		
Kobieta	N	65
	%	65%
Mężczyzna	N	35
	%	35%
Ogółem	N	100
	%	100%

Tabela II. Wiek badanych ankietowanych

WIEK		
18-25 lat	N	47
	%	47%
25-35lat	N	40
	%	40%
36-45 lat	N	7
	%	7%
46-55 lat	N	4
	%	4%
56 i powyżej lat	N	2
	%	2%
Ogółem	N	100
	%	100%

Tabela III. Miejsce zamieszkania badanych ankietowanych

MIEJSCE ZAMIESZKANIA		
Miasto	N	56
	%	56%
Wieś	N	44
	%	44%
Ogółem	N	100
	%	100%

Największą grupę badanych stanowiły osoby z wykształceniem średnim, co stanowi 41% badanych, zaś najmniej liczną grupę stanowiły osoby wykształceniem podstawowym – 4%. Wyniki prezentuje tabela IV.

Tabela IV. Wykształcenie badanych ankietowanych

WYKSZTAŁCENIE		
Średnie	N	41
	%	41%
Wyższe licencjackie	N	26
	%	26%
Wyższe magisterskie	N	21
	%	21%
Podstawowe	N	4
	%	4%
Zawodowe	N	8
	%	8%
Ogółem	N	100
	%	100%

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż w kwestii aktywności zawodowej badanych ankietowanych najliczniejszą grupę stanowili pracownicy umysłowi, tj. 35 osób (35%). Pozostałe wyniki przedstawiono w tabeli V.

Tabela V. Aktywność zawodowa badanych ankietowanych

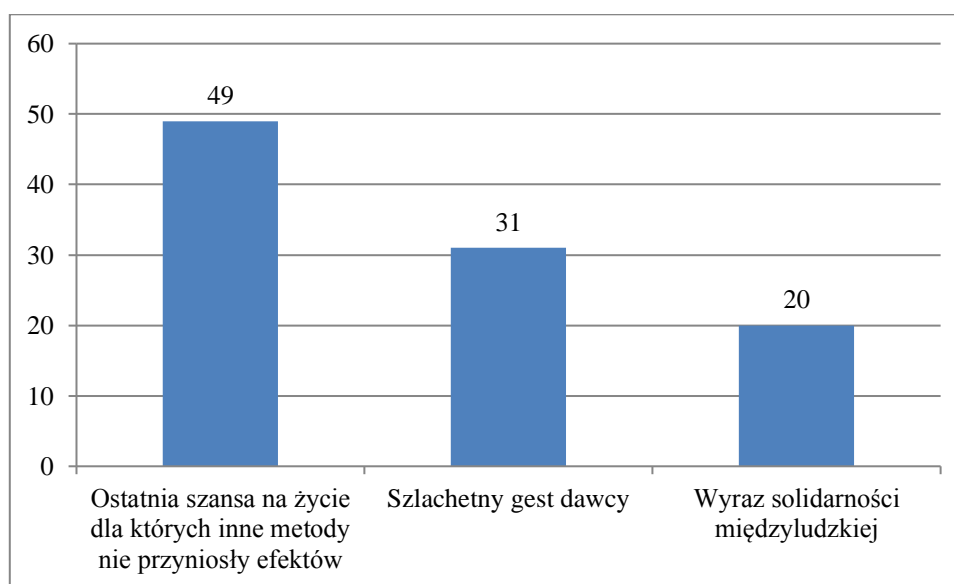
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA		
Uczeń	N	1
	%	1%
Student	N	28
	%	28%
Pracownik umysłowy	N	35
	%	35%
Pracownik fizyczny	N	19
	%	19%
Rolnik	N	15
	%	15%
Bezrobotny	N	2
	%	2%
Ogółem	N	100
	%	100%

Badani ankietowani w większości wyznawali wiarę rzymskokatolicką, co stanowiło 85 osób (85%) wszystkich badanych ankietowanych. Pozostałe wyniki ilustruje tabela VI.

Tabela VI. Wyznanie badanych ankietowanych

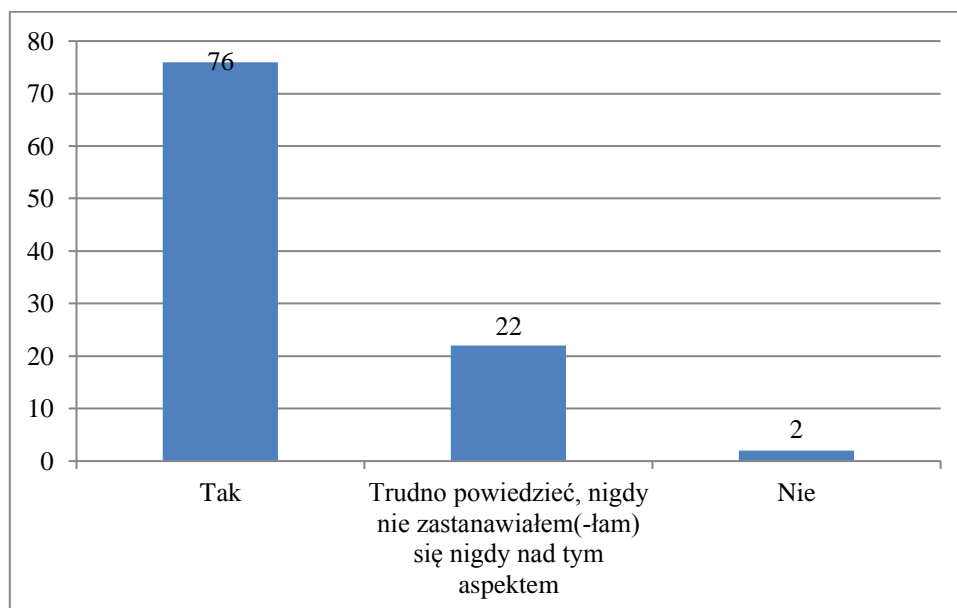
WYZNANIE		
Rzymskokatolickie	N	85
	%	85%
Prawosławne	N	10
	%	10%
Ateizm	N	2
	%	2%
Panteizm	N	1
	%	1%
Agnostycyzm	N	1
	%	1%
Ogółem	N	100
	%	100%

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż 49 spośród badanych ankietowanych uważa, że transplantacja jest ostatnią szansą na życie, kiedy inne metody nie przyniosły efektów. Pozostałe wyniki przedstawia rycina 1.



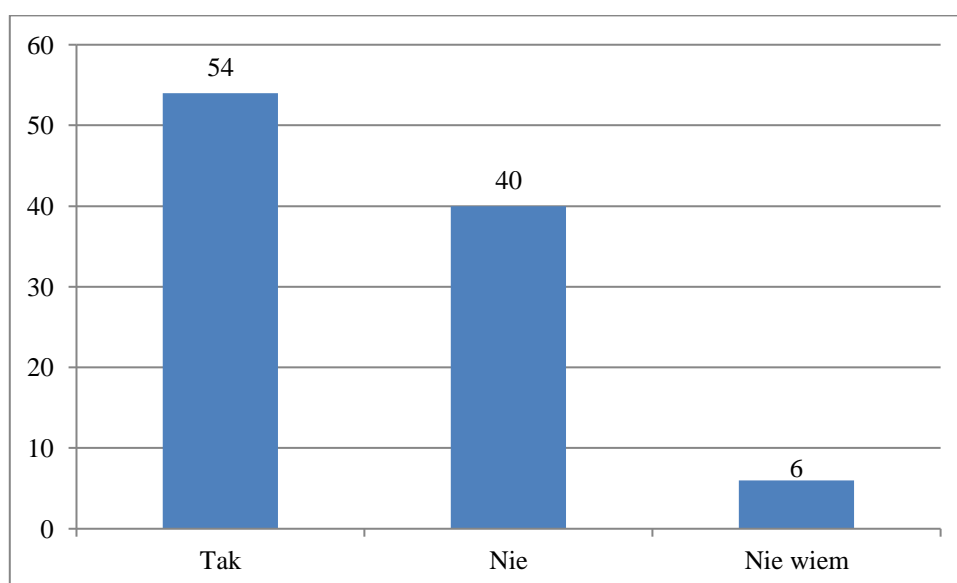
Rycina 1. Stosunek do przeszczepiania narządów

Zdecydowana większość respondentów zgadza się na pobranie swoich narządów po śmierci w celu przeszczepienia ich innej osobie – tj. 76 badanych ankietowanych. Wyniki przedstawia rycina 2.



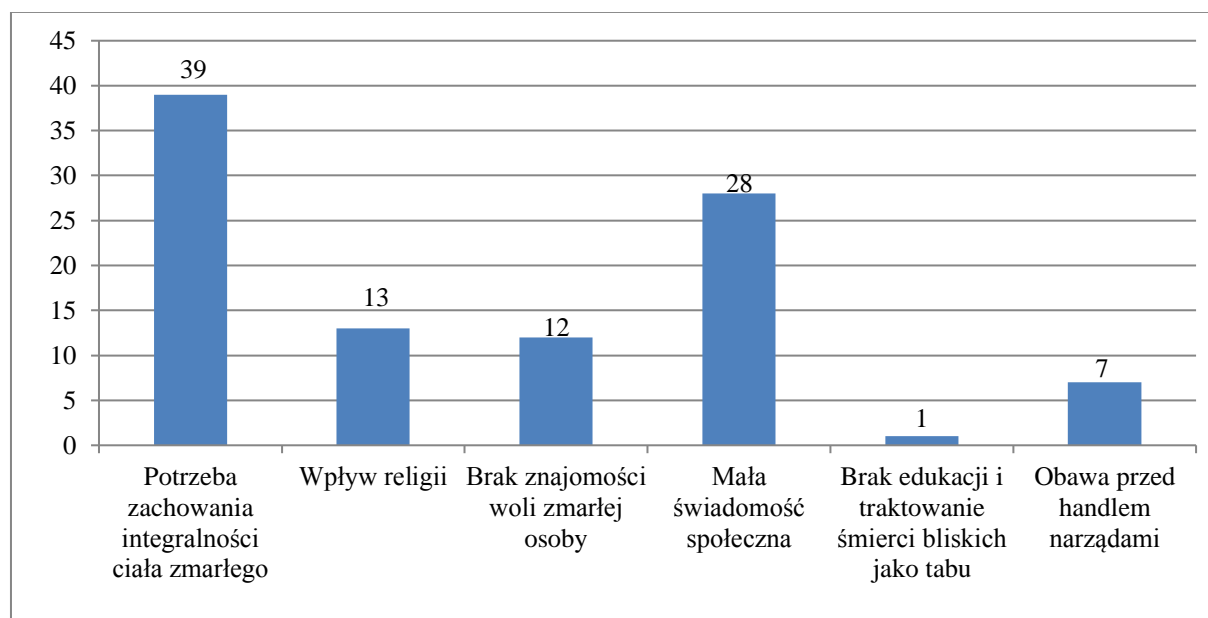
Rycina 2. Zgoda na pobranie swoich narządów po śmierci w celu przeszczepiania ich innej osobie

W pytaniu o zgodę na zostanie żywym dawcą narządów, 54 osób ankietowanych wyraziło taką chęć. Wyniki przedstawia rycina nr 3.



Rycina 3. Zgoda na zostanie żywym dawcą narządów

W pytaniu o najczęstszą przyczynę sprzeciwu rodziny na pobranie narządów po śmierci bliskiej osoby, badani ankietowani odpowiadali różnorodnie. Potrzeba zachowania integralności ciała zmarłego kieruje większością badanych ankietowanych (39. ankietowanych). Wyniki prezentuje rycina poniżej.



Rycina 4. Najczęstsza przyczyna sprzeciwu rodziny na pobranie narządów po śmierci bliskiej osoby

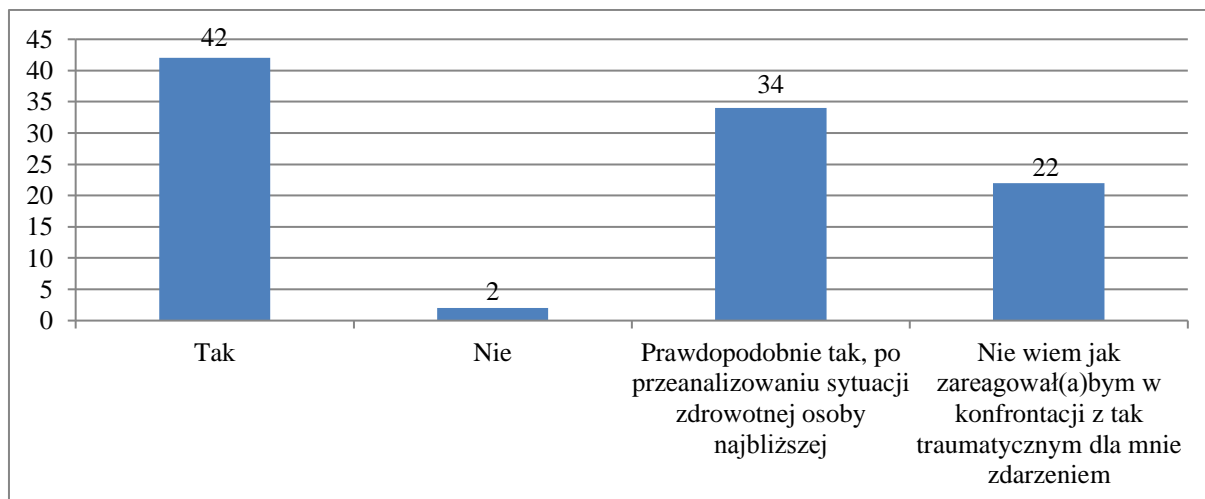
Zgodę na pobranie narządów od bliskiej osoby zmarłej wyraziły 42 osoby spośród wszystkich badanych ankietowanych mieszkańców miasta i wsi. Analizowany aspekt prezentuje rycina 5.

60 – ciu z badanych ankietowanych uważa, że zgoda za życia jest odpowiednim systemem regulowania sposobu pobierania narządów, tkanek do przeszczepu. Wyniki przedstawia rycina 6.

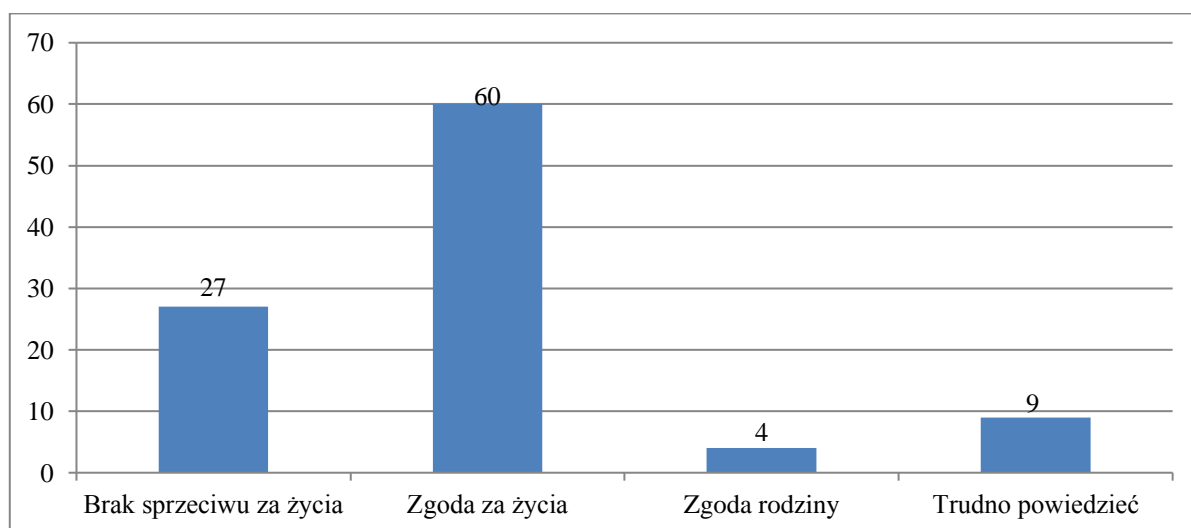
Zdecydowana większość respondentów (77 osób), utożsamia śmierć człowieka ze śmiercią mózgu. Analizowane zjawisko prezentuje rycina 7.

Na pytanie o to, czy ilość wykonywanych przeszczepów w Polsce jest wystarczająca w stosunku do liczby potrzebujących, aż 75% badanych ankietowanych odpowiedziało, że ilość ta nie jest dostateczna. Wyniki ilustruje rycina 8.

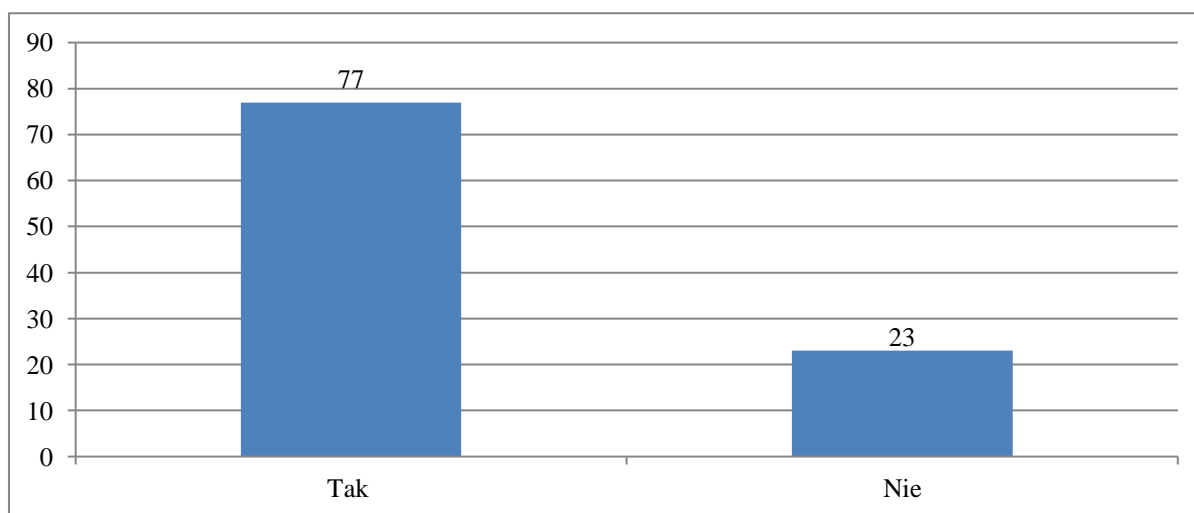
Wyniki badań pokazują, że 94 osoby spośród badanych ankietowanych uważa, iż transplantacja jest to przeszczepienie całości lub części narządu lub komórki z jednego organizmu na drugi (Rycina 9).



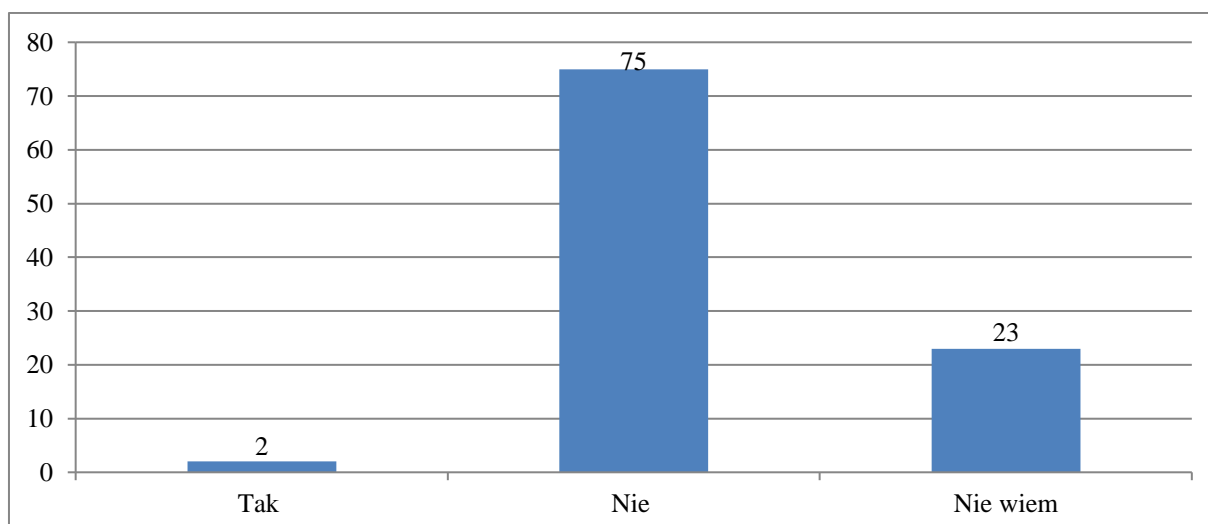
Rycina 5. Zgoda na pobranie narządów od bliskiej osoby zmarłej



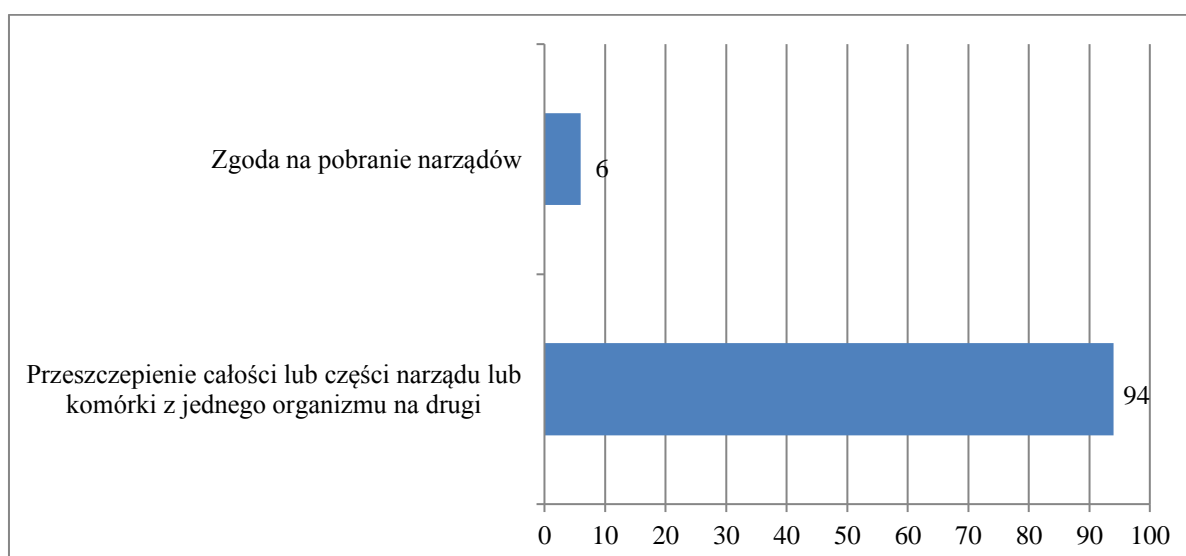
Rycina 6. System regulowania sposobu pobierania narządów, tkanek



Rycina 7. Śmierć mózgu a śmierć człowieka



Rycina 8. Ilość wykonywanych przeszczepów w Polsce

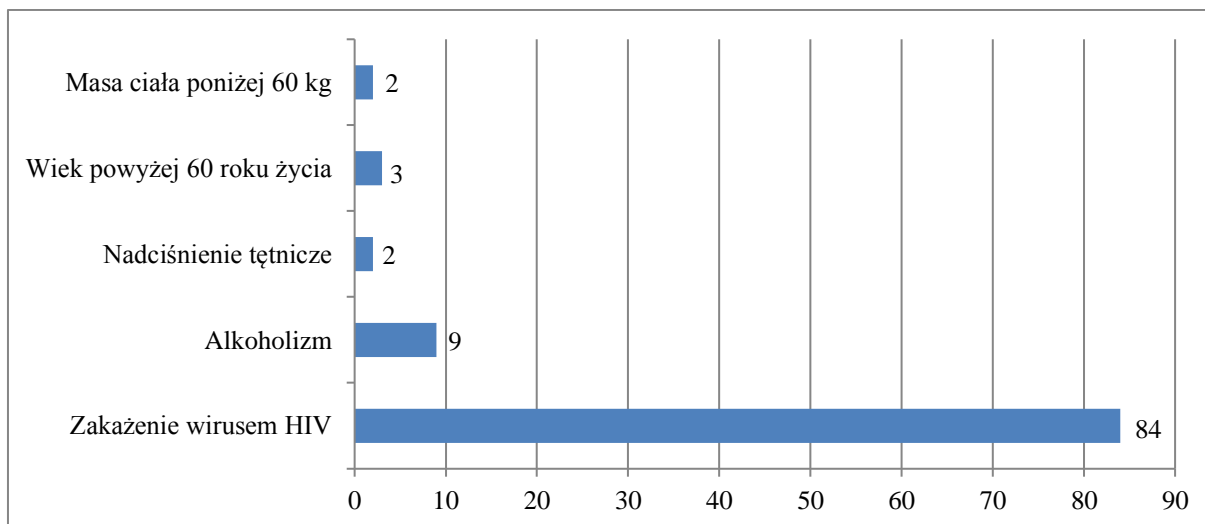


Rycina 9. Pojęcie transplantacji

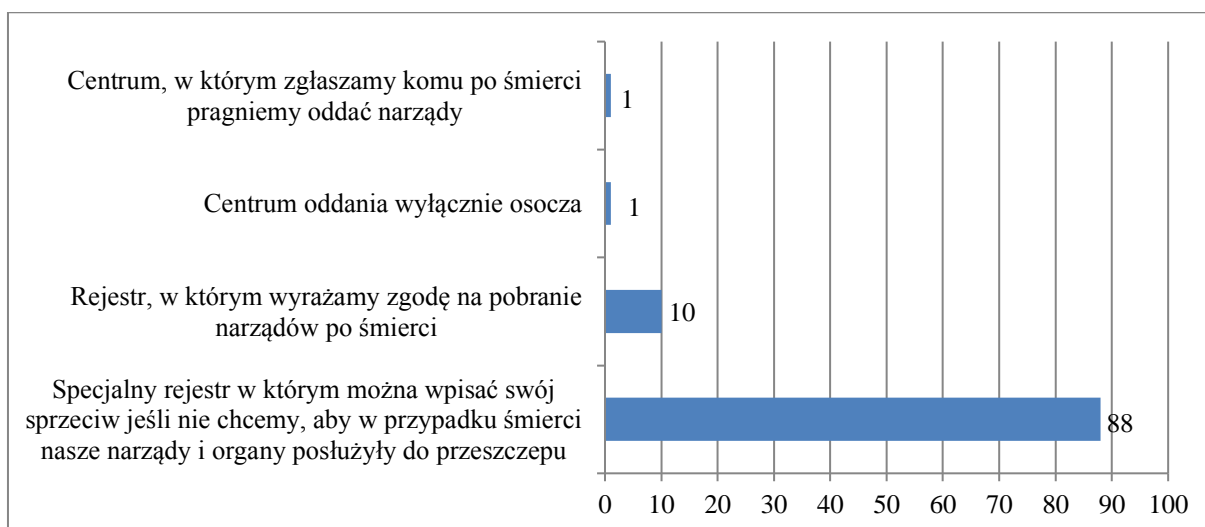
Na pytanie o główne przeciwwskazanie do bycia dawcą narządów najczęściej wybieraną odpowiedzią było zakażenie wirusem HIV – aż 84% respondentów udzieliło takiej odpowiedzi. Wyniki przedstawia rycina 10.

Według 88 osób badanej grupy respondentów, Centralny Rejestr Sprzeciwów jest to specjalny rejestr, w którym można wpisać swój sprzeciw, jeśli nie chcemy, aby w przypadku śmierci nasze narządy i organy posłużyły do przeszczepu (Rycina 11).

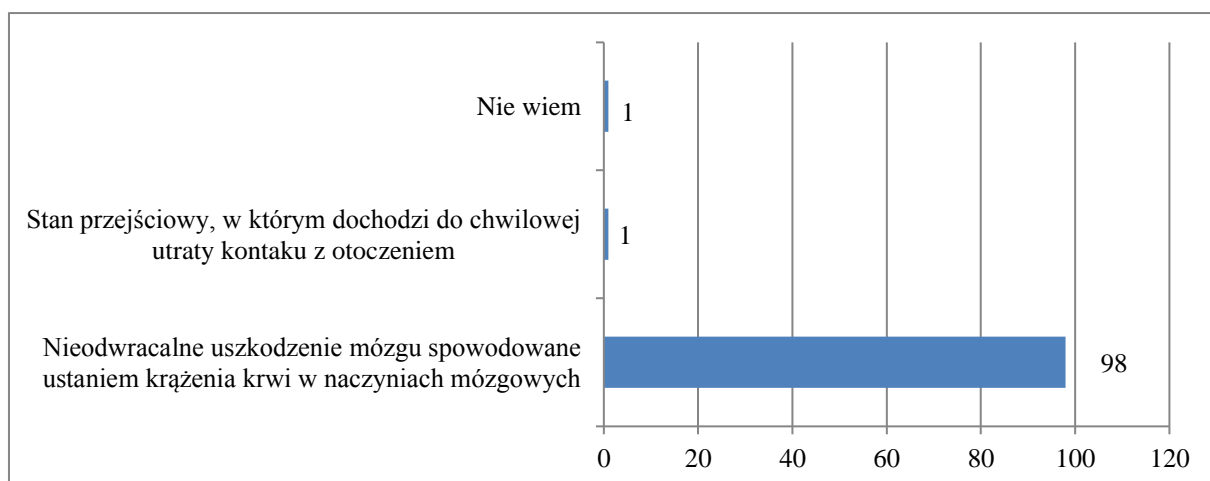
Zdecydowana większość badanych ankietowanych (98%) uważa, że śmierć mózgowa to nieodwracalne uszkodzenie mózgu spowodowane ustaniem krążenia krwi w naczyniach mózgowych. Wyniki obrazuje rycina 12.



Rycina 10. Przeciwwskazanie do bycia dawcą

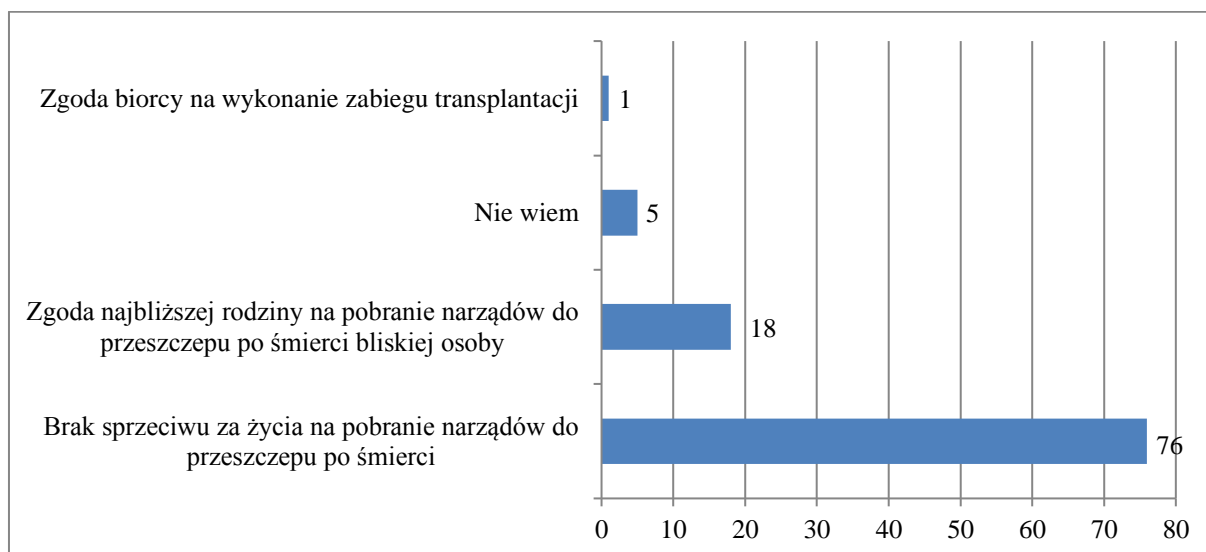


Rycina 11. Centralny Rejestr Sprzeciwów



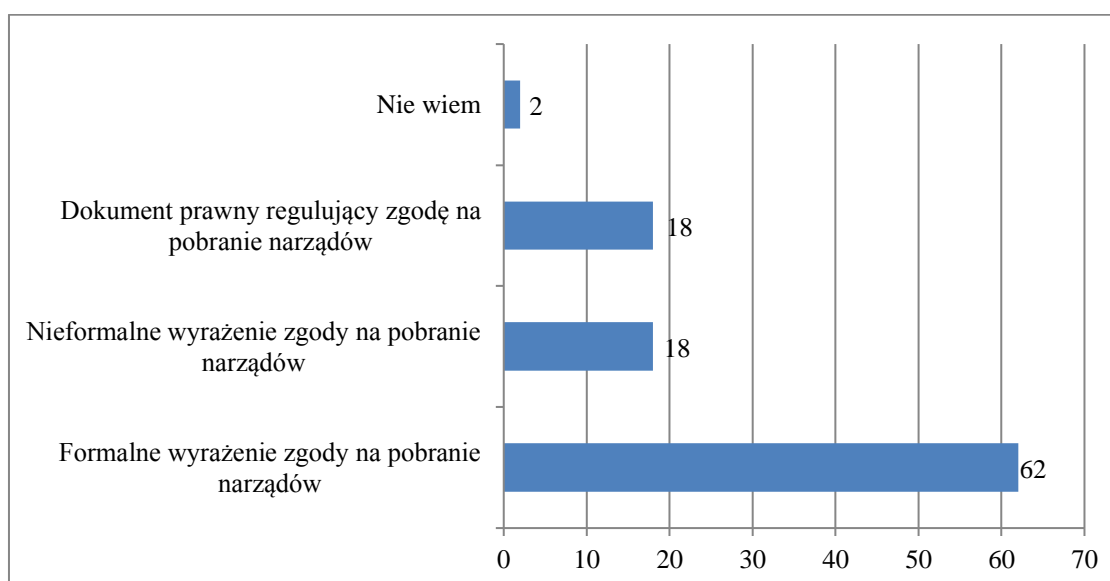
Rycina 12. Pojęcie śmierci mózgowej

Respondenci, zapytani o znaczenie pojęcia „zgody domniemanej” w 76% odpowiedzieli, że jest to brak sprzeciwu za życia na pobranie narządów do przeszczepu po śmierci (Rycina 13).



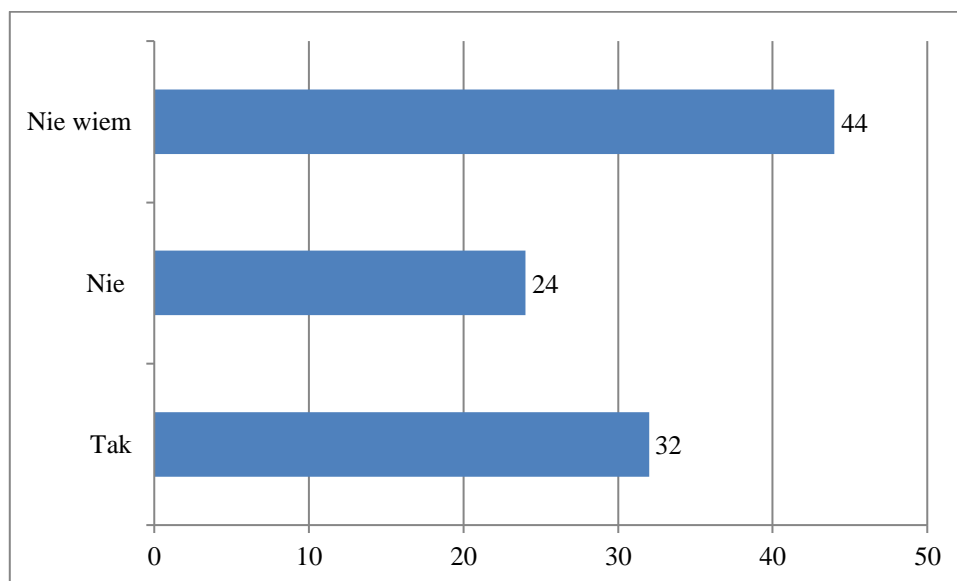
Rycina 13. Pojęcie „zgody domniemanej”

Przeprowadzone badanie pokazało, iż 62 osoby spośród badanych ankietowanych pojęcie „oświadczenie woli” rozumie jako formalne wyrażenie zgody na pobranie narządów (Rycina 14).



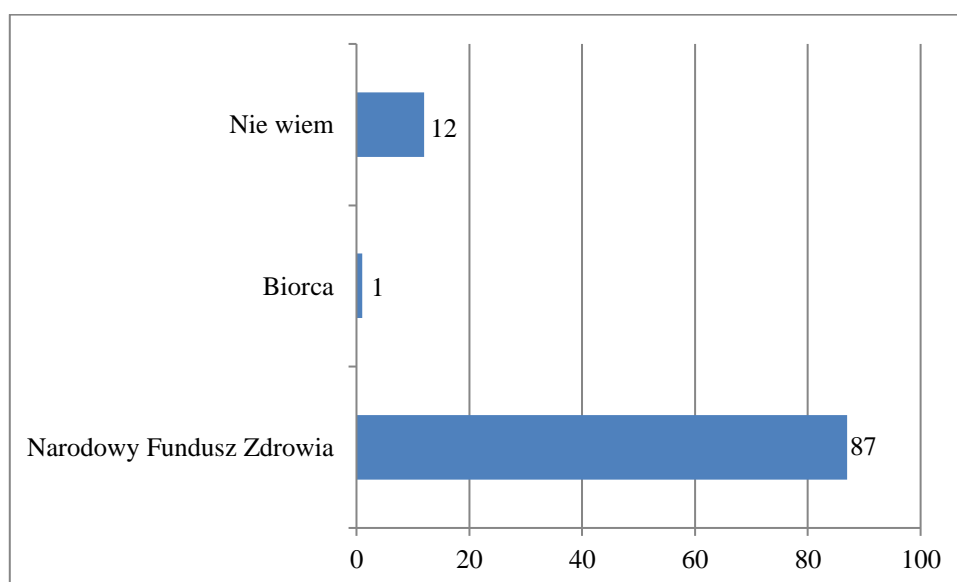
Rycina 14. Pojęcie „oświadczenia woli”

Większość badanych ankietowanych (44 osoby) nie wie, czy istnieją jakiegokolwiek ograniczenia wiekowe do bycia dawcą narządów. Wyniki ilustruje rycina umieszczona poniżej.



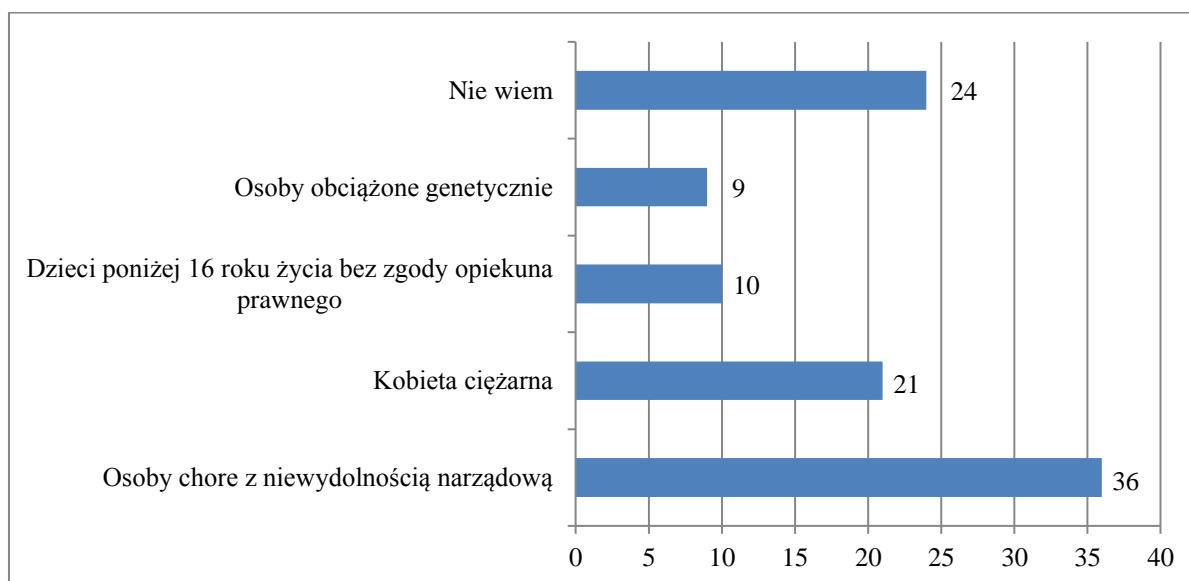
Rycina 15. Ograniczenia wiekowe do bycia dawcą narządów

Zdecydowana większość respondentów (87 badanych ankietowanych) na pytanie odnośnie tego, kto pokrywa koszty związane z transplantacją narządów, tkanek uważa, iż koszt ten w całości pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia. Odpowiedzi przedstawia rycina 16.



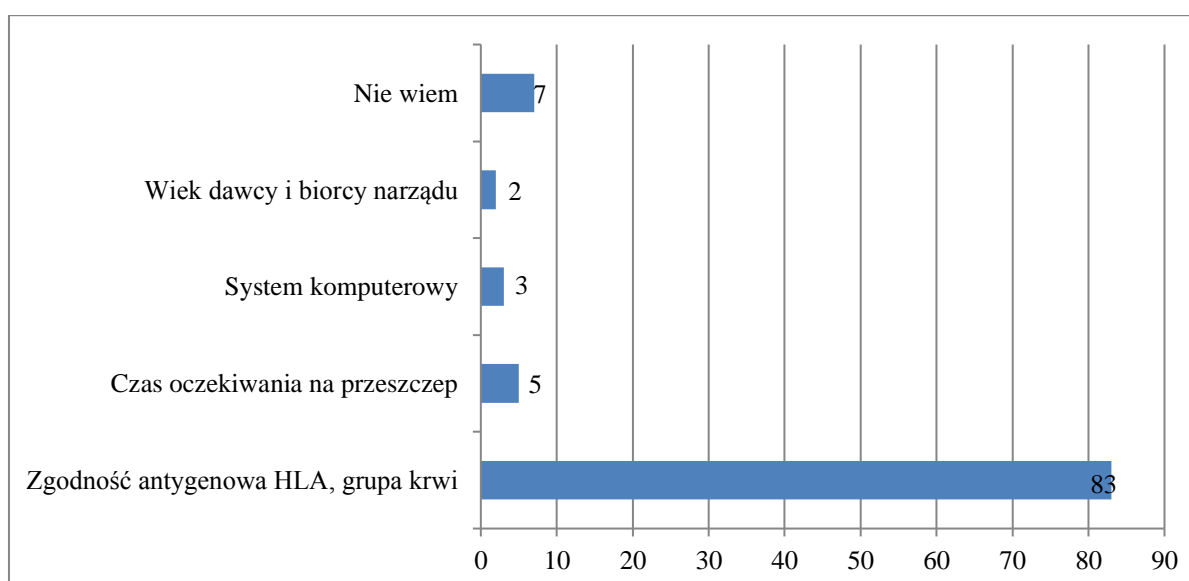
Rycina 16. Pokrycie kosztów związanych z transplantacją narządów, tkanek

Na pytanie, kto nie może być żywym dawcą narządów, respondenci stwierdzili, że są to osoby chore z niewydolnością narządową. Wyniki ilustruje rycina 17.



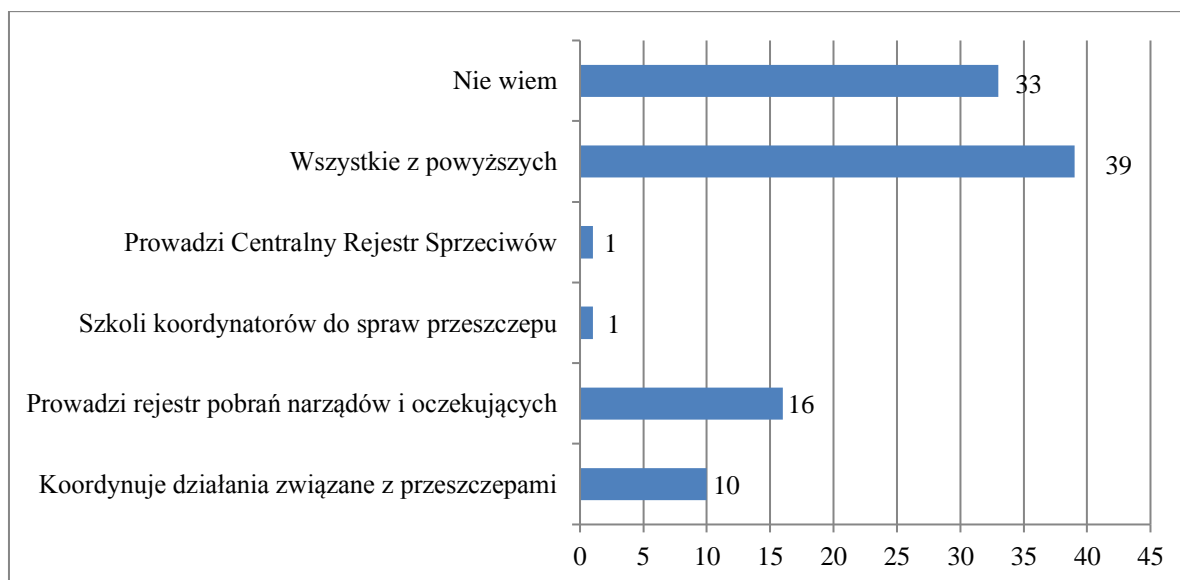
Rycina 17. Osoba zdyskwalifikowana do bycia dawcą narządów

Wyniki badań pokazują, iż zdecydowana większość badanych ankietowanych uważa, iż to zgodność antygenowa HLA oraz zgodność grupy krwi jest czynnikiem decydującym o tym, kto z listy oczekujących na przeszczep otrzyma organ (Rycina 18).



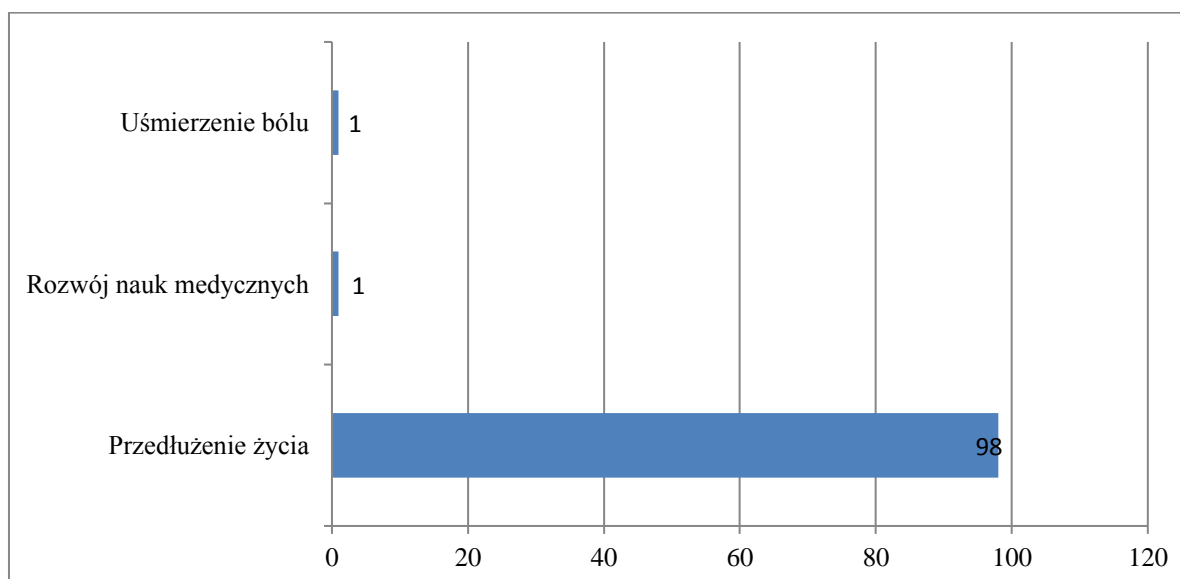
Rycina 18. Czynniki decydujące o otrzymaniu organu do przeszczepu

Według 39 osób ankietowanych zadaniem Poltransplantu jest zarówno prowadzenie rejestru pobrań narządów i oczekujących oraz koordynacja działań związanych z przeszczepami, oraz szkolenia koordynatorów do spraw przeszczepu tudzież prowadzenie Centralnego Rejestru Sprzeciwów (wszystkie z powyższych). Wyniki przedstawia rycina poniżej.



Rycina 19. Zadania Poltransplantu

Zdecydowana większość respondentów (98 osób) uważa, iż celem głównym przeszczepiania narządów jest przedłużenie życia. Wyniki przedstawia rycina 20.



Rycina 20. Cel transplantacji narządów

Przeprowadzone badanie dowiodło, że miejsce zamieszkania nie wpływa na stosunek do przeszczepiania narządów. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności ($p=0,37$) pomiędzy miejscem zamieszkania a stosunkiem do przeszczepiania narządów. Poszczególne wyniki pojawiały się podobnie często. Wyniki przedstawia Tabela VII.

Tabela VII. Stosunek do przeszczepiania narządów w zależności od miejsca zamieszkania

Odpowiedź	Miasto		Wieś		Ogółem
	N	%	N	%	
Ostatnia szansa życia dla których inne metody nie przyniosły efektów	26	46,4%	23	52,3%	49
Jest to szlachetny gest dawcy	16	28,6%	15	34,1%	31
Wyraz solidarności międzyludzkiej	14	25%	6	13,6%	20
Ogółem	56	100%	44	100%	100

Odpowiedź na pytanie o zgodę na pobranie swoich narządów po śmierci w celu ich przeszczepiania innej osobie zależy istotnie statystycznie od miejsca zamieszkania ($p=0,01$). Mieszkańcy miasta częściej wyrażają zgodę (85,7%) niż mieszkańcy wsi (63,4%). Ze względu na zbyt małą liczebność grupy dotyczącej odpowiedzi trudno powiedzieć, nie zastanawiałem(-łam) się nad tym aspektem i nie, zdecydowano się na ich połączenie. Wyniki obrazuje Tabela VIII.

Tabela VIII. Zgoda na pobranie swoich narządów po śmierci w zależności od miejsca zamieszkania

Odpowiedź	Miasto		Wieś		Ogółem
	N	%	N	%	
Tak	48	85,7%	28	63,6%	76
Nie	8	14,3%	16	36,4%	24
Ogółem	56	100%	54	100%	100

Analizując problem nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem zamieszkania a zgodą na zostanie żywym dawcą narządów ($p=0,19$).

W wyniku przeprowadzonych badań, na pytanie o najczęstszą przyczynę sprzeciwu rodziny na pobranie narządów po śmierci bliskiej osoby, poszczególne odpowiedzi pojawiały się podobnie często. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem zamieszkania a przyczyną sprzeciwu rodziny na pobranie narządów po śmierci bliskiej osoby ($p=0,54$). Ze względu na zbyt małą liczebność grupy dotyczącej odpowiedzi mała świadomość społeczna i brak edukacji, i traktowania śmierci bliskich jako tabu, zdecydowano się na ich połączenie. Wyniki ilustruje Tabela IX.

Tabela IX. Przyczyna sprzeciwu rodziny na pobranie narządów po śmierci bliskiej osoby w zależności od miejsca zamieszkania

Odpowiedź	Miasto		Wieś		Ogółem
	N	%	N	%	
Potrzeba zachowania integralności ciała zmarłego	24	42,9%	15	34,1%	39
Wpływ religii	6	10,7%	7	15,9%	13
Brak znajomości woli osoby zmarłej	7	12,5%	5	11,4%	12
Mała świadomość społeczna	17	30,4%	12	27,3%	29
Obawa przed handlem narządami	2	3,6%	5	11,4%	7
Ogółem	56	100%	44	100%	100

Odpowiedź na pytanie dotyczące zgody na pobranie narządów od bliskiej osoby w przypadku jej śmierci nie zależy istotnie statystycznie od miejsca zamieszkania ($p=0,18$). Poszczególne odpowiedzi pojawiały się podobnie często. Ze względu na zbyt małą liczebność grupy dotyczącej odpowiedzi nie wiem i nie, zdecydowano się na ich połączenie. Wyniki przedstawia Tabela X.

Okazuje się, że za pomocą testu Chi-kwadrat, niemożliwe jest potwierdzenie teorii, że wiedza z zakresu przeciwwskazań do bycia dawcą narządów zależy istotnie statystycznie od miejsca zamieszkania, ponieważ przeprowadzone badania wykazały brak dostatecznej liczby parametrów, aby ten test wykonać. Zdecydowanie największy odsetek badanych ankietowanych zarówno z miasta (94,6%), jak i ze wsi (70,5%) twierdziło, iż głównym przeciwwskazaniem do bycia dawcą narządów jest zakażenie wirusem HIV.

Tabela X. Zgoda na pobranie narządów od bliskiej osoby w przypadku jej zgonu w zależności od miejsca zamieszkania

Odpowiedź	Miasto		Wieś		Ogółem
	N	%	N	%	
Tak	28	50%	14	31,8%	42
Prawdopodobnie tak, po przeanalizowaniu sytuacji zdrowotnej osoby najbliższej	17	30,4%	17	38,6%	34
Nie	11	19,6%	13	29,6%	24
Ogółem	56	100%	44	100%	100

Przeprowadzone badanie dowiodło, że pojęcie „oświadczenie woli” jako formalne wyrażenie zgody na pobranie narządów definiuje 58,9% mieszkańców miasta i 65,9% mieszkańców wsi. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między miejscem zamieszkania a definicją pojęcia „oświadczenia woli” ($p=0,36$). Poszczególne odpowiedzi pojawiały się podobnie często.

Dyskusja

Przeszczepianie narządów jest współcześnie bardzo kontrowersyjnym działaniem w obrębie dziedziny, jaką jest medycyna kliniczna ze względu na to, że ułatwia, przedłuża, a nawet ratuje życie osobom, które potrzebują nowego organu. Dlatego jednym z głównych celów medycyny XXI wieku jest zarówno jak najlepsze utrzymanie stanu organizmu potencjalnego dawcy (w celu pobrania jak największej ilości liczby organów) oraz wypracowanie ujednoczonych standardów postępowania i uaktualnić zalecenia dotyczące DBD (*relax and repair*) [27,28].

W wyniku przeprowadzonych badań, dla badanych ankietowanych mieszkańców miasta i wsi, transplantacja kojarzyła się najczęściej z tym, iż jest to ostatnia szansa na życie, dla których inne metody nie przyniosły efektów. Odpowiedzi takiej udzieliło 46,4% mieszkańców miasta oraz 52,3% mieszkańców wsi. Część z grupy respondentów określiło transplantację jako szlachetny gest dawcy, stanowiło ją 28,6% mieszkańców miasta i 34,1% mieszkańców wsi. Pozostała część badanych ankietowanych uważa transplantację za wyraz solidarności międzyludzkiej (25% mieszkańców miasta oraz 13,6% mieszkańców wsi).

W przeprowadzonych przez Ścisło i wsp. w 2013 roku badaniach wzięło udział 100 osób (50 mieszkańców miasta oraz 50 mieszkańców wsi). Badania te wykazały, iż 80% mieszkańców miasta traktuje transplantację jako przekazanie swoich narządów w przypadku śmierci, taką opinię podzieliło 18% mieszkańców miasta [29].

Z deklaracji badanych ankietowanych w przeprowadzonym badaniu wynika, iż zgoda na pobranie swoich narządów po śmierci do przeszczepu w celu przeszczepienia ich innej osobie zależy statystycznie od miejsca zamieszkania. Na transplantację narządów po śmierci zgodziło się 85,7% mieszkańców miasta oraz 63,6% mieszkańców wsi. Na przeszczep nie udzieliło zgody 14,3% mieszkańców miasta i odpowiednio 36,4% mieszkańców wsi.

Temat zgody na zostanie dawcą narządów po śmierci został poruszony w badaniach z 2017 roku Humańskiej i Dudek, które opierały się na analizie postaw młodzieży na temat transplantacji narządów. Badaniem objęto 120 uczniów szkoły ponadgimnazjalnej, w wyniku którego 70,8% badanych ankietowanych wyraziło zgodę na pobranie swoich narządów w przypadku śmierci w celu przeszczepienia ich innej osobie, 26,7% nie wie, jaką decyzję by podjęła, a jedynie 2,5% badanych ankietowanych nie zgodziłaby się na przeszczepienie swoich narządów po śmierci [30].

Pytanie o zgodę na zostanie dawcą narządów po śmierci zostało również zadane w badaniach przeprowadzonych w 2017 roku przez Lisowską i wsp. Badaniem objęto 355 osób, studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Sanoku. Rezultatem przeprowadzonych badań był fakt, iż zgodę na zostanie dawcą narządów po śmierci wyraziło 59,4% respondentów, jedynie 2,3% grupy badanej zdecydowanie się nie zgodziło, a 9,6% respondentów udzieliło odpowiedzi – raczej nie w kwestii zgody na zostanie dawcą narządów w razie stwierdzenia u nich śmierci mózgowej [31].

Istnieją przesłanki, iż nie ma przepływu informacji odnośnie podjętej decyzji o zgodzie lub sprzeciwie na pobranie narządów w przypadku śmierci między członkami rodzin. Najczęściej jest tak, że najbliższa rodzina potencjalnego dawcy narządów podejmuje decyzje kierując się własnym rozeznaniem lub tym, co jest im bliższe religijnie, społecznie i kulturowo [32].

W przeprowadzonym badaniu, pojawiło się pytanie o to, czy najbliższa rodzina jest poinformowana o sprzeciwie bądź zgodzie na pobranie narządów po śmierci. W przypadku mieszkańców wsi, połowa badanych ankietowanych poinformowała rodzinę o swojej decyzji, a połowa nie odbyła z rodziną takiej rozmowy. Ta sama sytuacja wygląda optymistyczniej wśród mieszkańców miast, gdzie aż 67,9% badanych ankietowanych poinformowała swoich najbliższych o podjętej decyzji.

W wyniku przeprowadzonych w 2012 roku badań przez Wojciechowskiego i Szpringer, w których wzięły udział 304 osoby – w wieku licealnym oraz studentki z terenu Kielc, ponad 85% badanych ankietowanych poinformowało swoją najbliższą rodzinę o swojej decyzji, ok. 15% respondentów nie podzieliło się swoją decyzją z najbliższymi [33].

W badaniach własnych, na pytanie dotyczące przyczyny sprzeciwu rodziny na pobranie narządów po śmierci bliskiej osoby, odpowiedzi były różnorodne, jednak większość powodów sprzeciwu zarówno wśród mieszkańców miasta (42,9%), jak i wsi (34,1%) stanowiła potrzeba zachowania integralności ciała zmarłego.

Według Uzdalewicz i wsp., którzy w 2016 roku przeprowadziły badanie o czynnikach wpływających na stan wiedzy społeczeństwa na temat transplantacji, przyczyną sprzeciwu rodziny na pobranie narządów po śmierci bliskiej osoby według 71,9% osób wykonujących zawody medyczne i inne niż medyczne są emocje po stracie bliskiej osoby oraz nadzieja, że mimo stwierdzonej śmierci mózgu – człowiek „obudzi się” (71,9%) [34].

Dla ankietowanych mieszkańców miasta i wsi, głównym przeciwwskazaniem do bycia dawcą narządów okazał się fakt zakażenia wirusem HIV – 94,6% badanych ankietowanych zamieszkałych w mieście oraz 70,5% respondentów zamieszkałych tereny wiejskie.

W trakcie przeprowadzonego badania przez Surgiewicz i wsp. wśród 100 mieszkańców województwa podlaskiego i mazowieckiego okazało się, iż badani ankietowani wskazują chorobę Creutzfeldta – Jackoba (37% respondentów) za główne przeciwwskazanie wykluczające potencjalnych dawców szpiku kostnego [35].

W wyniku przeprowadzonych badań własnych, mieszkańcy miasta i wsi w zdecydowanej większości – odpowiednio 96,4% i 100% osób definiuje śmierć mózgową jako nieodwracalne uszkodzenie mózgu spowodowane ustaniem krążenia krwi w naczyniach mózgowych.

W badaniach przeprowadzonych w 2012 roku przez Centrum Badania Opinii Społecznej na temat postaw wobec przeszczepiania narządów wynika, że prawie połowa badanych (49%) rozumie pojęcie śmierci jako ustanie pracy serca. Ponad 44% badanych ankietowanych uważa, że śmierć uwarunkowana jest nieodwracalnie uszkodzonym mózgiem. 7% respondentów podało odpowiedź „nie wiem” na pytanie o moment śmierci człowieka [36].

Podczas analizy przeprowadzonych badań, w pytaniu o ograniczenia wiekowe do bycia dawcą narządów wickość respondentów zarówno z miasta (48,2%) oraz ze wsi (38,6%) nie wie czy takie ograniczenia istnieją.

Według Ścisło i wsp., 58% osób z miasta i 60% osób ze wsi wskazało odpowiedź, iż nie ma ograniczeń wiekowych do bycia dawcą narządów. Część z respondentów, 28% mieszkańców miasta i 22% pochodzących ze wsi odpowiedziało, iż nie zna odpowiedzi na to pytanie [29].

Idea transplantacja narządów w celu ratowania życia lub przywracania zdrowia cieszy się w Polsce aprobatą społeczną. Jednak z jakichś powodów pobieranie narządów od zmarłych nie działa wystarczająco skutecznie. Z jednej strony wynikać to może z niedoskonałości procedur medycznych, czy organizacji na poziomie szpitali, z drugiej natomiast nadal pojawia się problem sprzeciwu rodziny.

Wnioski

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na wysunięcie następujących wniosków:

1. Nie stwierdzono istotnej zależności pomiędzy miejscem zamieszkania a stosunkiem do przeszczepiania narządów.
2. Ponad $\frac{3}{4}$ wszystkich respondentów wyraziło zgodę na pobranie swoich narządów po śmierci w celu przeszczepienia ich innej osobie.
3. Mieszkańcy miasta częściej wyrażają zgodę na pobranie swoich narządów po śmierci niż mieszkańcy wsi.
4. Ponad 90% mieszkańców miasta i wsi zna pojęcie transplantacji.
5. Różnica w postawach i wiedzy badanych ankietowanych ze wsi i miasta jest niewielka. Respondenci z miasta wyrazili większą aprobatę w stosunku do pobierania i przeszczepiania narządów. Poziom wiedzy jest porównywalny w przypadku mieszkańców miasta i wsi.

Piśmiennictwo

1. Durlik M., Chmura A., Bączkowska T., Kwiatkowski A.: Transplantologia kliniczna skrypt dla studentów i lekarzy. Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, 2015.
2. Paszkowska M.: Prawa pacjenta dotyczące transplantacji. *Zdrowie Publiczne*, 2008, 3.
3. Ustawa z dnia 1 lipca 2005r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek, narządów (Dz. U z 2005r. Nr.169, poz. 1411 z póź. zm.).

4. Król B., Zembala-John J.: Transplantacja narządów aspekty medyczne, prawne i organizacyjne. Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Zabrze, 2013.
5. Guzik – Makaruk E.M.: Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Temida 2, Białystok, 2008.
6. Milecka A.: Problemy związane z koordynacją pobierania i przeszczepiania narządów i tkanek. Forum Nefrologiczne, 2010, 3(2), 95-100.
7. Sieńko A.: Skuteczność sprzeciwu na pobranie tkanek i narządów w kontekście obowiązków lekarza. Stan de lege lata i wnioski de lege ferenda. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2013, 3(2), 167-173.
8. Jurek J., Chwał M., Janusz B., de Barbaro B.: Pobranie narządów po śmierci: Psychologiczna sytuacja rodziny, kontekst kulturowy, rola profesjonalistów. Psychoterapia 2011, 4 (159), 51-64.
9. Żaba Cz., Świdorski P., Żaba Z., Grześkowiak M.: Prawo medyczne aspekty pobierania narządów ze zwłok. Nowiny Lekarskie, 2009, 78(2), 159-164.
10. Kowalewska B., Truszkiewicz E., Klimaszewska K., Jankowiak B, Oleszczuk T., Rolka H., Ortman E., Krajewska-Kułak E., Kondzior D., Niedźwiecka B.: Przeszczepianie narządów w opinii społeczeństwa na przykładzie studentów – badania własne. [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. R., Lewko J., Kułak W. (red.). Białystok, 2013, 11, 159 – 188.
11. Woderska N.: Rola rodziny w podejmowaniu decyzji o dawstwie narządów do transplantacji. Pielęgniarstwo Polskie, 2013, 1(47), 7-11.
12. http://www.poltransplant.pl/Download/ulotki/ulotka_poltransplant_2017.pdf (10.04.2018)
13. Paszkowska M.: Podstawy prawne pobierania komórek, tkanek i narządów. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2008, 6(1), 18-32.
14. Ministerstwo Zdrowia załącznik Statut Centrum Organizacyjno – Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji Poltransplant.
15. 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.
16. Sobczak K., Janaszczyk A.: Kontrowersje wokół neurologicznego kryterium śmierci mózgu. Wybrane problemy kliniczne, 2012, 6(4), 182-190.

17. Czerwiński J., Małkowski P.: *Medycyna transplantacyjna dla pielęgniarek*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2017.
18. Krochmal J.: Laickie i religijne rozważania wokół tematyki dawstwa [w:] *Neurokognitywistyka w Patologii i Zdrowiu 2011-2013*, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, 111-116.
19. Antos W., Zelman M.: Kulturowe i religijne uwarunkowania przeszczepiania narządów w Polsce i na świecie. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 2012, 1, 7-13.
20. Mandecki M.: Religie świata a transplantacje, Część 2. Poglądy niechrześcijańskich religii świata na problematykę transplantacji narządów i tkanek. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2016, 10, 139-144.
21. Lepa A.: *Opinia publiczna, media i zasady etyki*. Pedagogika Christiana, Łódź – Warszawa, 2011, 1/27, 89-97.
22. Olejniczak E., Kukiela B.: Medialny obraz transplantacji ex mortuo a przepisy prawa. *Folia Linguistica*, 2012, 46, 86-102.
23. Rydzewska M., Małyшко E.M., Drobek N.A., Zajkowska A., Małyшко J.: Studenci ratownictwa medycznego promują ideę transplantacji. *Nefrologia i Dializoterapia Polska*, 2017, 21, 157-159.
24. Baron A.: Cud przeszczepu, *Silesion.pl*, 2017. <https://silesion.pl/dzien-transplantacji-cud-przeszczepu-26-01-2017>, data pobrania 11.04.2018.
25. Myers D.G.: *Psychologia społeczna*. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003.
26. Böner G., Wanke M.: *Postawa i zmiany postaw*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
27. Sielicka E.: Edukacja poza granicami – transplantologia. *Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja*, 2015, 4 (72), 83–94.
28. Frąckowski Ł., Arndt A., Gryń K., Lubasiński P., Dubielak A., Maćkowski D., Wawrzyniak K.: Życie po życiu – problemy opieki ex mortuo nad dawcą ze śmiercią mózgu i bijącym sercem [w:] *W drodze do brzegu życia*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. R., Lewko J., Kułak W. (red.). Białystok, 2014, 12, 172-183.
29. Ścisło L., Partyka E., Walewska E., Puto G, Naszydłowska E., Kozieł D.: Postawy i wiedza mieszkańców wsi i miast na temat transplantacji narządów. *Hygeia Public Health*, 2013,48(1), 40-45.
30. Humańska M., Dudek M. K.: *Analiza postaw młodzieży wobec transplantacji*, Pracownia Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, CM im. L. Rydgiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu, 2017.

31. Lisowska D., Budzińska K., Ścieranka K., Mazur A. Smoleń E.: Postawy Studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku wobec dawstwa narządów. *Journal of Education, Health and Sport*, 2017, 7(8), 1684-1699.
32. Białek K.: Dlaczego zgadzamy się na transplantację? Czynniki wpływające na podjęcie decyzji o przekazaniu organów. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2016, 6(2), 159-164.
33. Wojciechowski P., Szpringer M.: Bariery społeczne w transplantologii w opinii młodych Polaków. *Studia Medyczne*, 2012, 27(3), 45-52.
34. Uzdalewicz Z., Mess E.: Czynniki wpływające na stan wiedzy społeczeństwa na temat transplantacji narządów. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2016, 24(3-4), 232-237.
35. Surgiewicz M., Sharif A., Gołębiowska A.: Wiedza społeczeństwa polskiego na temat możliwości przeszczepiania szpiku kostnego [w:] *W drodze do brzegu życia*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. R., Lewko J., Kułak W. (red.). Białystok, 2015, 13, 233-245.
36. Centrum Badania Opinii Społecznej, *Postawy wobec przeszczepiania narządów*, Komunikat Badań. M. Feliksiak, Warszawa, 2012.

Handel organami w Polsce i na świecie

Kimszal Ewelina¹, Kurowska Klaudia², Łukaszuk Cecylia R.³, Krajewska-Kułak Elżbieta³

1. student studiów doktoranckich, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. student studiów doktoranckich, Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Transplantacja jest nadal jedną z najmłodszych dziedzin medycyny. Przekazy historyczne, mity i legendy głoszą o przeszczepach narządów wykonywanych już przez starożytnych chińskich medyków wiele lat przed naszą erą. Chrześcijanie znają Św. Braci Kosmę i Damiana, którzy potrafili przeszczepić kończynę w III wieku naszej ery. Jednak prawdziwa i udokumentowana transplantologia kliniczna zaczyna się dopiero w latach 50. XX wieku [1].

Termin transplantologia w medycznym słownictwie został po raz pierwszy użyty w 1778 roku przez szkockiego anatoma i chirurga Johna Huntera, który specjalizował się w doświadczeniach z przeszczepami jajników i jąder pomiędzy niespokrewnionymi zwierzętami [2].

Pierwszymi narządami, jakie zostały przeszczepione najwcześniej przez polskich transplantologów były nerki i serce. W styczniu 1966 roku przeszczepiono po raz pierwszy nerkę od zmarłego dawcy, operacji tej dokonał J. Nielubowicz. Biorcą była kobieta chora na niewydolność nerek – Danuta, uczennica szkoły pielęgniarstwa. W tym czasie dokonano zaledwie 620 tego typu transplantacji na świecie [3].

W 1968 roku we Wrocławiu W. Bross przeprowadził pierwszą transplantację nerki od dawcy spokrewnionego z biorcą. Próba przeszczepu serca odbyła się w Łodzi w

1969 roku. Przeszczep niestety nie udał się i pacjent zmarł. „Na pierwszą udaną operację polska medycyna czekała aż do 5 listopada 1985 r. Wówczas to w Zabrze prof.

Zbigniew Religa (1938–2009) przeprowadził pierwszą zakończoną sukcesem operację przeszczepienia serca w Polsce. Prof. Religa kontynuował swoje prace i wraz z zespołem 28 października 1998 r. przeszczepił serce u najmłodszego dotychczas w Polsce pacjenta – 2,5-letniego dziecka. Poza sercem i nerkami polscy chirurdzy zaczęli przeszczepiać również inne narządy, w tym głównie wątrobę” [3].

Zieliński podjął się próby przeszczepienia trzustki w 1969 roku, a w 1987 roku wątroby. Pierwszego rodzinnego przeszczepu wątroby dokonano pod kierownictwem M. Krawczyka i P. Kalicińskiego w 1999 roku. Po upływie dwóch lat wymienieni powyżej transplantolodzy przeprowadzili pierwszą w Polsce transplantację jelita cienkiego i wątroby u 11-miesięcznego niemowlęcia. Natomiast M. Zembala podjął się w 2006 roku pierwszej udanej operacji podwójnej przeszczepu serca i płuc [4].

Istotnym elementem w transplantologii było ustanowienie jej jako metody leczenia, a uregulowanie jej prawnie i etycznie umożliwiło pozyskanie narządów do przyczepów. Nadal problem w tym zakresie stanowi transplantologia związana z pobieraniem i przeszczepianiem komórek, narządów i tkanek odzwierzęcych i ich użyciem wobec ludzi lub alokacji narządów bądź zakazem ich komercjalizacji.

Rozwój transplantologii i niebagatelny wpływ na całokształt dynamiki miało określenie naukowe – śmierć mózgową. Wprowadzenie tego terminu do katalogu szczegółowych pojęć w transplantologii spowodowało możliwość pozyskiwania narządów od dawców zmarłych. Harvard Medical School w 1968 roku uznała, że śmierć mózgu jest nieodwracalna i powoduje śmierć człowieka. Dzięki temu udało się rozszerzyć możliwość przyczepiania narządów i przyjąć nowy pogląd, który stwierdzał, że śmierć mózgu następuje w chwili śmierci mózgu, a nie ustały procesy krążenia i oddychania. Dzięki ustaleniom zbadanym przez Harvard Medical School dotychczasowe regulacje prawne zostały zweryfikowane oraz stały się punktem odniesienia dla tworzenia ustawodawstwa w poszczególnych krajach świata, a także w Polsce [5].

Regulacje prawne transplantacji narządów w Polsce

Polska dołączyła do Unii Europejskiej 1 maja 2004 roku i wiąże się to między innymi z przyjęciem dorobku prawnego Wspólnoty Europejskiej wraz ze stosowaniem i wdrażaniem prawa europejskiego. Europejskie Prawo w rezultacie istotnie wpłynęło na polskie ustawodawstwo transplantacyjne, skutkiem czego jest uchwalenie w 2005 roku nowej ustawy transplantacyjnej. Unia Europejska miała na celu zagwarantować jakość i bezpieczeństwo

tkanek i komórek ludzkich, będących przedmiotem transplantacji. 31 marca 2004 roku wydała dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania oraz dystrybucji tkanek i komórek ludzkich [6]. Bezpieczeństwo narządów przeznaczonych do transplantacji jest to jedna z nielicznych dziedzin związanych z ochroną zdrowia, a Unia Europejska posiada dostateczne kompetencje do wykonywania tych zadań. Działalność Unii Europejskiej bowiem w zakresie ochrony zdrowia ogranicza się zgodnie z treścią art. 152 Traktatu z Amsterdamu (TWE) w zasadzie do:

- środków ustanawiających wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa narządów, substancji pochodzenia ludzkiego, krwi i jej pochodnych,
- środków podejmowanych w celu ochrony zdrowia publicznego w obszarach weterynarii i ochrony roślin,
- ochrony i poprawy zdrowia ludzi, wyłączając harmonizację jakichkolwiek przepisów prawa państw członkowskich.

Prawo polskie wymagało harmonizacji z prawem europejskim doprowadzając do uchwalenia nowej ustawy transplantacyjnej w Polsce. Od 31 grudnia 2006 roku obowiązuje w całości nowa ustawa regulująca problematykę transplantacji w Polsce – ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (zwana ustawą transplantacyjną) [6].

Jak czytamy w art. 1 ust.1 Ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów: „*Ustawa określa zasady:*

- *pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, w tym komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej; tkanek i narządów pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok;*
- *testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji komórek i tkanek ludzkich”*

W związku z wejściem w życie powyższej ustawy z 26 października 1995 roku o pobieraniu, przyczepianiu komórek, tkanek i narządów utraciła swoją moc. Była to pierwsza ustawa w polskim systemie prawnym regulująca problematykę przeszczepów [7]. Nowa ustawa transplantacyjna, reguluje zarówno przeszczepy ex mortuo, jak i ex vivo - podobnie jak jej poprzedniczka. Z zakresu przedmiotowego ustawy z 2005 roku wyłączono:

- *„pobieranie, przeszczepianie komórek rozrodczych, gonad tkanek zarodkowych i płodowych oraz narządów rozrodczych i ich części,*

- *pobieranie, przechowywanie i dystrybucję krwi do celów jej przetaczania, oddzielania jej składników lub przetwarzania w leki*” [8].

Problematyka pobierania i przeszczepiania komórek rozrodczych nie była i nadal nie jest uregulowana ani w ustawie transplantacyjnej, ani też w innych przepisach prawa polskiego. Termin wdrożenia przepisów dyrektywy nr 2004/23 minął w przedmiotowym zakresie. W takim przypadku Polska może odpowiedzieć przed Komisją Europejską za swoje niedopatrzenie oraz zostać pociągnięta do odpowiedzialności za brak wdrożenia dyrektywy UE. Niezbędne jest, dlatego jak najszybsze uregulowanie powyższej problematyki - najlepiej w ramach odrębnej ustawy.

Do podstawowych obowiązków nałożonych na państwa członkowskie należą:

- akredytowanie, mianowanie, autoryzowanie lub licencjonowanie banków tkanek oraz procesów przygotowywania tkanki i komórki,
- powiadamianie o poważnych negatywnych przypadkach i reakcjach,
- inspekcje i środki kontroli,
- nadzorowanie pobierania tkanek i komórek ludzkich,
- zdolność monitorowania,
- rejestry banków tkanek i obowiązki sprawozdawcze [9].

Prawa pacjenta w zakresie dawstwa narządów

Zagadnienie związane z pozyskiwaniem narządów ze zwłok jest nadal kontrowersyjne, ponieważ wymaga uzyskania świadomej zgody, dlatego najczęściej stosuje się dwa rozwiązania [10]:

- model zgody wyraźnej (*system opting in*) polega on na wykazaniu, że dana osoba już za życia wyraziła świadomą zgodę na bycie dawcą po swojej śmierci,
- model zgody domniemanej (*system opting out*) zakłada przyzwolenie na wykorzystanie swoich narządów tuż po śmierci, o ile nie ma żadnych wyraźnych dowodów na to, że osoba zmarła w trakcie życia nie wyraziła świadomego sprzeciwu wobec swoich narządów i ciała. Inaczej mówiąc, jeśli osoba żywa nie zgadza się, by być dawcą po swojej śmierci, powinien za życia wyrazić w tej sprawie sprzeciw. Może być to dokonane w takiej formie, w jakiej jest to określone przez prawo w danym państwie [11].

W Polsce zgodę domniemaną reguluje art. 5 § 1 Ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [12], w którym czytamy: „*Pobieranie komórek,*

tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia, można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu”.

Natomiast w art. 6 § 1 tego dokumentu stwierdza się, że sprzeciw wyraża się w formie:

- *„wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich,*
- *oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis,*
- *oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego”.*

Wątpliwości co do zgody domniemanej zgłaszane są również z innego powodu. Wiele ludzi dotyczy to głównie osób młodych, nie postrzega siebie w przyszłości w kategoriach potencjalnych dawców post mortem. Brak sprzeciwu w centralnym rejestrze sprzeciwów na pobranie narządów ze zwłok, który był wcześniej opisywany, nie powinien być traktowany na równi z wyrażeniem zgody na bycie dawcą [11]. W przypadkach takich należałoby raczej domniemywać, że podjęcie przez zmarłego decyzji w sprawie dawstwa nie miało miejsca.

Poza ustawą transplantacyjną przedmiotem regulacji odnoszącej się do pobierania komórek, narządów i tkanek ze zwłok zawarte są w Kodeksie Etyki Lekarskiej (KEL) (art. 33–37). Zgodnie z KEL lekarz może pobierać narządy celu ich przeszczepiania, o ile zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu. Ważną kwestią poruszaną w KEL jest również stwierdzenie, że lekarz nie może otrzymywać korzyści majątkowej lub osobistej za pobieranie lub przeszczepianie narządów. Pobranie komórek, tkanek lub narządów od żyjącego dawcy do celów transplantacji może być dokonane tylko od dorosłego za jego pisemną zgodą, w warunkach pełnej dobrowolności, po uprzednim poinformowaniu go o wszelkich możliwych następstwach związanych z tym zabiegiem. Pobranie od żyjącego dawcy narządu niezbędnego do życia jest niedopuszczalne. Regulacje zawarte w Kodeksie Etyki Lekarskiej zbliżone są do polskiego ustawodawstwa, ale nie mają one, jednakże charakteru norm powszechnie obowiązujących. Pamiętać należy jednak, że naruszenie przez lekarza zasad etyki lekarskiej stanowi przesłankę wszczęcia przez samorząd lekarski postępowania w sprawie odpowiedzialności zawodowej [13].

Centralny rejestr sprzeciwów (CRS) jest ogólnokrajowym rejestrem osób istniejącym na polskim terytorium od 1996 roku, w którym można zgłosić swój sprzeciw na użycie swoich komórek, tkanek i narządów do transplantacji po własnej śmierci. Rejestr działa na podstawie Ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. 1969. 1411) i Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie sposobu

prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze (Dz.U.06.228.11350) [14].

Przystępnych danych na temat ilości osób zarejestrowanych w CRS i ich specyfiki dostarcza Biuletyn Informacyjny Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant".

Poza Oświadczeniem o Sprzeciwie, osoba może również wypełnić Oświadczenie Woli, w którym zaznacza swoją zgodę na pośmiertne wykorzystanie komórek, tkanek i narządów. Po śmierci osoby lekarz jest zobowiązany upewnić się, że osoba nie jest zarejestrowana w CRS i upewnić się czy osoba za życia, ustnie nie wyraziła sprzeciwu (potrzeba dwóch świadków) [15].

Handel organami w Polsce

W prasie i mediach co jakiś czas pojawiają się informacje ukazujące dramaty ludzi, którzy porywają dzieci, dorosłych handlując ich organami. Znanych jest wiele spraw znikania dzieci spod supermarketów, z dużych placów zabaw, następnie dostajemy informacje o próbach wywiezienia ich nielegalnym transportem za granicę. Podobnie, co jakiś czas, można usłyszeć o pojawiających się na stronach internetowych ofertach i cenach, za którą ktoś chętnie odsprzeda swoją chorą nerkę [16].

Każdy „kto rozpowszechnia ogłoszenia o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepiania, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności lub karze pozbawienia wolności do roku” (art. 43) [17].

Odpowiedzialność karna za sfinalizowanie powyższej transakcji to kara pozbawienia wolności do lat trzech. Podobnie karany będzie ten, kto uczynił sobie źródło stałego dochodu z procederu handlu organami (prawodawca powie tu o karze pozbawienia wolności do lat pięciu). Ponadto, w świetle ustawy transplantacyjnej każdy *„Kto bez wymaganego pozwolenia, pobiera komórkę, tkankę lub narząd w celu ich przeszczepienia albo je przeszczepia, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3” (art. 46) [17].*

Karze grzywny bądź ograniczenia wolności podlega ten, kto prowadzi działalność przewidzianą przepisami ustawy dla banku komórek i tkanek, bez wymaganego pozwolenia (art. 45) [17].

Polska jest jednym z krajów w Europie, gdzie dostęp do świadczeń zdrowotnych jest nadal trudny. Listy zapisów do lekarzy specjalistów są bardzo długie, czas oczekiwania na

wizytę mierzy się w miesiącach, a nawet latach, znane wszystkim są problemy z limitami określonymi na dany rok. W koszu świadczeń zdrowotnych transplantacje są operacjami najbardziej kosztownymi, trzeba na nie czekać nawet kilka lat, figurując na Krajowej Liście Oczekujących na Przeszczepienie. Pojawienie się możliwości handlu organami staje się więc okazją do rozwiązania wielu problemów. Rozwiązanie to jest jednak nieetyczne, bo otwiera drogę do różnych nadużyć. Wielu handlarzy nie widzi tu jednak problemu. Tym bardziej, że wykrywalność tego zjawiska nie należy wcale do łatwych. W Polsce nie bierze się obecnie pod uwagę faktu, że czarny rynek handlu organami rozwija się bardzo dobrze, o czym świadczą przywołane powyżej dane o zatrzymaniach z policji. Badający problem handlu w Polsce twierdzą, że pomiędzy samymi lekarzami krążą informacje o dobrze zorganizowanym podziemnym handlu organami. Nikt jednak oficjalnie o tym nie chce mówić [18].

Handel organami na świecie

Handel organami ludzkimi, pomimo wielkiego zapotrzebowania jest zakazany i bardzo negatywnie postrzegany przez większość krajów świata. Pozwolenie na pobieranie dowolnej kwoty za oddanie tkanki lub narządu skutkuje wzrostem przestępczości w tej dziedzinie. Niektóre kraje przekonały się o tym, ponieważ prawodawcy stworzyli zapisy umożliwiające pozyskanie organów do przeszczepu w inny sposób niż w wyniku darowania ich przez najbliższą rodzinę lub na skutek pobrania od zmarłego dawcy [19].

Ludzie z biednych państw świata, takich jak Pakistan, Filipiny, Egipt, Kolumbia czy nawet z Europy: Turcji, Mołdawii i Rumunii, postanawiają poprawić swój byt poprzez oddanie narządu (najczęściej dotyczy to pozbawienie z ciała nerki bądź fragmentu wątroby) [20].

Ludzie żyjący w skrajnym ubóstwie często godzą poświęcić własne zdrowie, a niekiedy i życie. Sheila M. Rothman [21], profesor zdrowia publicznego na Uniwersytecie Columbia, a także wybitna badaczka zajmująca się problemem handlu organami na terenie Indii stwierdza, że po sprzedaży organów byt tych ludzi i ich rodzin nie polepsza wcale ich statusu materialnego. Przeciwnie zauważa ona brak zachowania odpowiedniej opieki medycznej po zabiegach, niezaopatrzenie chorych w potrzebne leki sprawiają, że ludzie tacy często po oddaniu narządu umierają [21].

W Indiach państwo zezwala jedynie na przekazanie nerki osobie, z którą dawca jest spokrewniony bądź innemu potrzebującemu, z którym dawca jest w dalszej lub bliższej „relacji”. Zapis ten otworzył dla wielu ludzi drogę do nadużyć w tej dziedzinie. W Madrasie

istnieje nawet dzielnica Kidneyvakkam- nazywana jest ona wioską nerek, w której większość zamieszkujących rodzin sprzedała organ.

Nancy Scheper-Hughes [22], mówi, że mamy tu do czynienia z „apartheidem medycznym», który uprzywilejowuje jedną klasę pacjentów, odbiorców organów, kosztem innej klasy niewidocznych i trudnych do określenia «nie-pacjentów», o których niewiele wiadomo” [22].

Od dłuższego czasu istnieją ludzie, którzy trudnią się wyszukiwaniem i przeprowadzaniem nielegalnych transakcji. Są to tzw. „porywacze organów” (*organ snatchers*), którzy wyszukują np. młodych zdrowych mężczyzn z biednych krajów, oferują im łatwy zarobek, przy czym sami zabierają większą część pieniędzy. Sumy oferowane za nerkę kilkukrotnie przekraczają cenę, którą zaoferowano dawcy. Jak donoszą organizacje zwalczające czarny handel, dawca otrzymuje tysiąc dolarów, podczas gdy nerka sprzedawana jest za cenę od 5 do 15 tys. dolarów [19].

Problem handlu organami szczególnie w ostatnim okresie nasilił się w Chinach. Dużą część organów pozyskuje się od więźniów, na których wykonano karę śmierci. Liczba zgonów objęta jest szczególną tajemnicą wojskową, jednak badacze oceniający skalę tego problemu twierdzą, że rocznie karze śmierci poddawane jest w tym kraju ponad 4 tys. osób. Wyroki wykonywane są w tak zwanych „autobusach egzekucyjnych”, stojących w pobliżu szpitali, sytuacja taka gwarantuje szybki transport organów [18].

Handel narządami w Iranie jest jeszcze łatwiejszy, ponieważ prawo dopuszcza tu oddanie własnej nerki za pieniądze. Stąd zamiast kolejek oczekujących, przy szpitalach ustawiają się kolejki dawców. Nerka wyceniona jest tam na około 15 tysięcy złotych, a dawcy do tej części kwoty dopłaca państwo. Irańczykom nie wolno jednak sprzedawać narządów obcokrajowcom [18].

W ostatnich latach coraz bardziej popularna staje się tak zwana turystyka transplantacyjna. Majętni, chorujący ludzie, którzy potrzebują transplantacji udają się na „wakacje”, podczas których zostaje wymieniony chory narządza odpowiednią cenę. Szacunki wskazują na 200–400 tys. zł za chory narząd. Takie sytuacje zaobserwowano w bogatych krajach Europy Zachodniej, USA, Japonii, Korei Południowej, RPA. Cena za narząd waha się w zależności od narodowości, z której pochodzi dawca, np. serce w Korei Południowej, w Tajwanie kosztuje 900 tys. zł, w RPA 400 tys., w Kolumbii tylko 280 tysięcy. Ceny innych narządów też są ustalone i znajdują licznych zainteresowanych [18].

Podsumowanie

Handel organami ludzkimi jest zakazany. Mimo to rozwija się, jak nigdy w dziejach. W globalnej sieci handlu ludzkimi narządami ludzie bogaci przedłużają sobie życie kosztem biednych. W Polsce istnieje całkowity zakaz handlu ludzkimi transplantami. Proceder handlu organami nie dotyczy jedynie krajów trzeciego świata, gdzie brak jest regulacji prawnych zakazujących handlu organami, jasnych i przejrzystych procedur. Otóż, zjawisko handlu organami nie jest niczym obcym również w krajach wysoko rozwiniętych. Wynika to przede wszystkim z rosnącego zapotrzebowania na narządy ludzkie, których ciągle brakuje.

Piśmiennictwo

1. Makara-Studzińska M, Kowalska A.J, Jakubowska K: Poziom wiedzy oraz opinie pielęgniarek na temat transplantacji organów. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*; 2012, 18(1), 31-36.
2. Zieliński K.W., Zalewska-Jura H.: Słownik pochodzenia nazw i określeń medycznych. Antyczne i nowożytne dzieje chorób w ich nazwach ukryte. Wydawnictwo Alfa Medica Press, Bielsko-Biała, 2004.
3. Serdyńska M.: Z dziejów transplantologii. Epicka podróż od wyobrażeń do rzeczywistości, Wyd. Asteria, Gdańsk, 2013.
4. Duda J.: Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej, Wolters Kluwer Polska – LEX, Warszawa, 2011, 20-21.
5. Aboudna G.M.: Ethical issues in organ transplantation. *Medical Principles and Practice*, 2003, 12: 54-69
6. Paszkowska M.: Kompetencje UE w ochronie zdrowia, Wspólnoty Europejskie, 2007, 4
7. Dz. U. Nr 169, poz.1411.
8. Art. 1 ust. 2 ustawy z 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.
9. Kodeks Etyki Lekarskiej. Por. art. 6–11 dyrektywy nr 2004/23.
10. Breczko A.: Podmiotowość prawna człowieka w warunkach postępu biotechnologicznego, Wyd. temida, Białystok, 2011.
11. Nowacka M.: Etyka transplantacji [w:] *Bioetyka*, Różyńska J., Chańska W. [red.], yd. PWN, Warszawa, 2013.
12. Hołub G.: *Osoba w labiryncie decyzji moralnych. Bioetyka w perspektywie personalistycznej*, Wyd. Znak, Kraków, 2014.

13. Dz. U. Nr 138, poz. 973.
14. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze
15. Malanowski P.: Centralny Rejestr Sprzeciwów [w:] Biuletyn Informacyjny Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant", Warszawa, 2014, 41-44
16. Jasińska A.: Łódzkie: porwania dla narządów. To nie legenda, Dziennik Łódzki, 11 czerwca 2011
17. Buczyński S.M., Snopek P.: Aspekty kryminologiczne nielegalnego obrotu narządami, tkankami oraz komórkami ludzkimi, Hygeia Public Health, 2013, 49, 229–234.
18. Stec T.: Handel organami ludzkimi – problem nadal aktualny. Tarnowskie Studia Teologiczne 2017, 1(36), 83-97.
19. Hołub G.: O dwóch sposobach pozyskiwania organów do transplantacji. Studia Gdańskie, 2009, 25, 129–146.
20. Panjabi R.: The Sum of A Human's Parts: Global Organ Trafficking in the Twenty-First Century, Pace Environmental Law Review, 2010, 1(28), 75.
21. Słupska-Kartaczowska M.: Wybrane problemy pielęgnacyjne chorego z guzem mózgu. Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Legnicy, 2015, 15(2), 63-77.
22. Scheper-Hughes N.: Rotten Trade: Millennial Capitalism, Human Values and Global Justice in Organ Trafficking, Journal of Human Rights, 2003, 2(2), 197–226.

Nieustające dążenie do doskonałości jako epidemia XXI w. - wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne

Długosz Paulina¹, Turniak Michał¹, Dorna Krzysztof³, Hauzer Aneta¹, Kałka Dariusz¹, Żłobicka Kinga¹, Ferenc Stanisław², Gnus Jan^{1,2}

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

Nie istnieje coś takiego jak doskonałość.

Świat nie jest doskonały.

I dlatego jest piękny.

~ Hiromu Arakawa [3]

Wstęp

Mamy XXI wiek. Rozejrzyjmy się wokół siebie. To, co nas otacza, to świat stworzony przez człowieka dla człowieka. Wspaniale rozwinięta cywilizacja, w której przyszło nam żyć nie jest bynajmniej dziełem naszego pokolenia. To świat, który stworzony został na podwalinach osiągnięć naszych przodków, a my jedynie ulepszamy to, co otrzymaliśmy od nich w spadku. Jak widać nieodłącznym elementem cywilizacji jest postęp, a motorem, który go napędza jest wewnętrzne pragnienie rozwoju, które drzemie w każdym człowieku. Chcemy ciągle ulepszać zarówno otaczający nas świat (stąd wynalazki, architektura, technologia), ale jednocześnie skupiamy się na rozwoju osobistym (intelektualnym i fizycznym).

Każda epoka charakteryzuje się wynalazkiem bądź zdobyczą cywilizacyjną, która rewolucjonizuje i popycha świat w rozwoju. Takie innowacje często stają się symbolem danej ery – stworzenie maszyny parowej zapoczątkowało tzw. rewolucję przemysłową w XVIII w., a opatentowanie żarówki przez Thomasa Edisona charakteryzuje erę elektryczności. Odkrycie, które ukształtowało nasze czasy – nazywane przez wielu erą

informacyjną – jest odkrycie Internetu. Poza oczywistymi korzyściami, rozwój Internetu, mediów i globalizacji przyniosły pewne zagrożenia, z którymi coraz częściej borykają się współcześni ludzie. Świat realny koegzystuje z cyberswiatem, który stał się równoległą przestrzenią do budowania społeczeństwa. Światy te wzajemnie korelują, a to, co widzimy, czytamy i tworzymy „w sieci” ma ogromny wpływ na życie w rzeczywistym społeczeństwie. Współczesne pokolenia zyskały tym samym jeszcze jedną przestrzeń, gdzie mogą się rozwijać, gdzie chcą pokazać się z jak najlepszej strony, ale tym samym gdzie poddawani są presji. Relacje między Internetem a światem realnym są tym większe, im większy odsetek społeczeństwa kreuje się w Internecie. Stąd też szczególnie zagrożeni są ludzie młodzi, którzy podporządkowują się otaczającym trendom, gdyż nie chcą odstawać od innych i pragną akceptacji ze strony otoczenia [2]. Wywołana z zewnątrz presja może wywołać zaburzenia psychiczne, jak i fizyczne wśród danej grupy osób.

Cel

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na temat rosnącego zagrożenia związanego z brakiem samoakceptacji, wywołanej przez często nienaturalne i niezdrowe wzorce powielane w mediach informacyjnych. Autorzy stawiają sobie za cel wskazanie niebezpieczeństw powiązanych z tzw. „kultem ciała” oraz chorobliwym zwiększaniem wymagań wobec siebie. Dodatkowo zostanie przeprowadzona dyskusja na temat pomocy osobom, którym pod wpływem naporu zewnętrznych trendów, pogorszył się dobrostan psychiczny bądź fizyczny.

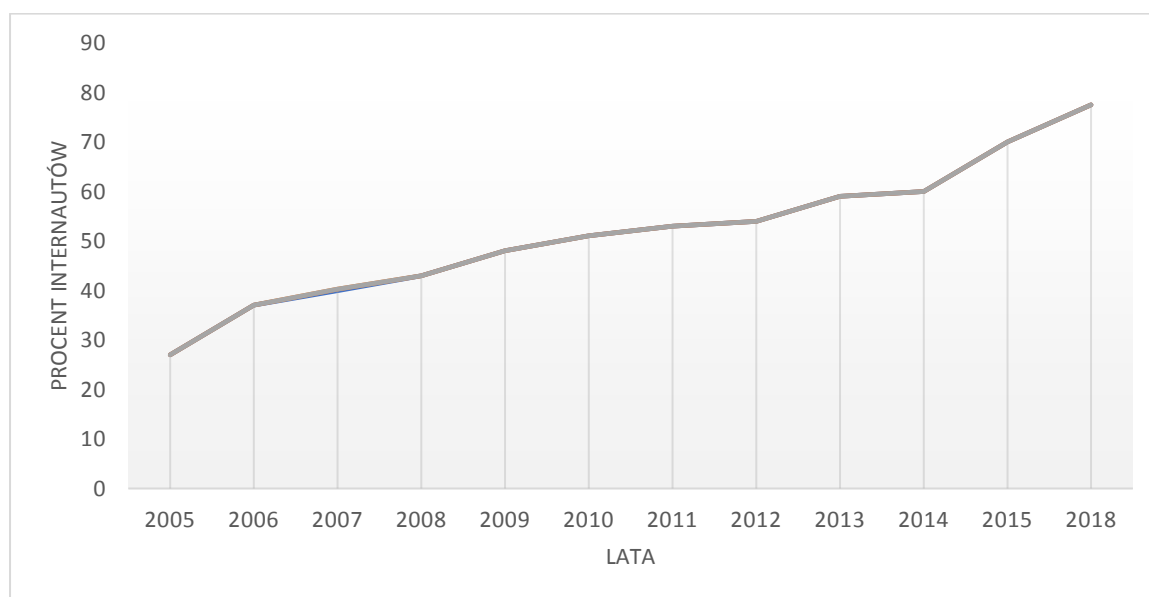
Rozwinięcie

Trend definiowany jest jako tendencja rozwojowa związana z długookresowym przebiegiem zmian w sferze psychologicznej, ekonomicznej, socjologicznej. Może mieć charakter długo- i krótkookresowy oraz zasięg lokalny lub globalny [4].

Idealne „JA” w cyberswiecie

Internet doprowadził nie tylko do rozwoju cywilizacji jako całości, ale przede wszystkim poprzez łatwość dostępu do wiedzy i szybkiej komunikacji pozwolił rozwijać się każdemu człowiekowi na skalę dotychczas nieznaną. Jego powszechność doprowadziła do zwiększenia procesu globalizacji i powstania trendów, które rozprzestrzeniają się na całym świecie w zawrotnym tempie. Prąd, który zdominował i zrewolucjonizował XXI wiek jest

wirtualizacją życia społecznego. Od 2005r. w Polsce notowany jest prawie trzykrotny wzrost liczby internautów [7].



Ryc. 1. Wzrost liczby internautów w Polsce od 2005r. do 2018r.

Poza źródłem wiedzy i informacji Internet stał się płaszczyzną do utrzymania kontaktu z innymi ludźmi. Jego zaletą jest niewątpliwie szeroki dostęp oraz brak ograniczeń ze względu na odległość dzielącą korespondujących. Dodatkową korzyścią jest maksymalizacja zasięgu przekazu – można komunikować się z wieloma osobami w jednym czasie. Cechy tego typu kontaktu bardzo przypadają do gustu osobom w wieku 15-35 lat, którzy za główny priorytet w życiu uznali przyjaźń i pragnienie bycia lubianym [8]. Korzystanie z mediów społecznościowych stało się istotnym elementem życia w grupie rówieśniczej i wyznacznikiem przynależności do niej, a niechęć do ich używania może stać się przyczyną wyobcowania. Badacze Nadkarni i Hoffman uważają, że to obawa przed nim wpłynęła na powstanie „wewnętrznego napędu” do kreowania swojej osoby oraz relacji międzyludzkich w Internecie [10]. Doprowadziło to do ekspansji mediów społecznościowych, takich jak Facebook, Instagram oraz Messenger. Gromadzą one odpowiednio 44,1%, 17,3% i 33,8% całej populacji Polski [9]. Użytkownicy tych portali mogą chwalić się innymi swoimi zdjęciami, filmami lub przemyśleniami. Ponadto zamieszczane są tam informacje o wydarzeniach, konkursach, a nawet wynikach egzaminów, co powoduje, że nieposiadanie profilu na Facebooku czy Messengerze może doprowadzić do wspomnianego wcześniej wyobcowania.

Portale społecznościowe dają możliwość wykreowania swojego wizerunku w sposób, w jaki chcielibyśmy być postrzegani przez innych. Obserwując tego typu media można odnieść nieodparte wręcz wrażenie wszechobecnej doskonałości – idealny wygląd, ciekawe życie. Niebezpieczne jest zjawisko porównywania swojego życia do tego, co zaobserwujemy w sieci. Skutkuje to presją do pokazywania także siebie z jak najlepszej strony, czym wpływamy na kolejne osoby – koło doskonałości się zamyka.

Ciekawym zjawiskiem, które możemy ostatnio obserwować, jest używanie specjalnych programów i filtrów do zdjęć, które mają na celu polepszyć ich atrakcyjność. Zniekształcając w ten sposób rzeczywistość - nie dość, że poniekąd wprowadzamy w błąd innych ludzi, to także „oszukujemy” siebie samych. Stosowanie takich zabiegów może zasłaniać części naszego ciała, które wywołują u nas kompleksy. Skutkuje to tym, że zdecydowanie chętniej patrzymy na swoje zmodyfikowane w ten sposób zdjęcia niż w lustro. Media społecznościowe wpłynęły na występowanie zjawiska zwanego dysmorfofobią [11]. Dysmorfofobię rozpoznajemy wówczas, gdy stwierdzamy nadmierne zaabsorbowanie wyimaginowanym lub realnie istniejącym, niewielkim defektem w swoim wyglądzie powodującym cierpienie lub istotne zaburzenia funkcjonowania społecznego na wszystkich polach [12].

Kolejnym skutkiem tworzenia swojego wyidealizowanego wizerunku na portalach społecznościowych jest egocentryzm. Skupiając się na tym, żeby wypaść jak najlepiej w oczach innych ludzi, sami zaczynamy przesadnie skupiać się na sobie. Mamy do czynienia ze zjawiskiem narcyzmu. Osoby narcystyczne wyróżniają się nadmiernym poczuciem własnej wartości, często oczekują, że zostaną uznane za najlepsze bez posiadania wybitnych osiągnięć. Tacy ludzie domagają się przesadnego podziwu, chcą być traktowane w sposób wyróżniony, oczekując, że inni podporządkują się ich oczekiwaniom. Co ciekawe, nie jest to marginalny procent społeczeństwa, gdyż według badań przeprowadzonych w USA około 5% populacji ma cechy osób narcystycznych [20]. Takie zaburzenia mogą doprowadzić do poczucia niesprawiedliwego traktowania i depresji w przyszłości.

Doskonale ciało – obsesja czy działanie prozdrowotne

XXI wiek, oprócz rozwoju Internetu i sieci informacyjnych, przyniósł również postęp w zakresie medycyny, który doprowadził do zwiększenia średniej długości życia na świecie. Zgodnie z danymi ONZ od 1950 roku średnia oczekiwana długość życia wydłużyła się o 25 lat i na 2015r. wynosi 71 lat. Prognozy wskazują też, że liczba osób starszych na świecie wzrośnie z 600 milionów w 2000r. do prawie 2 miliardów w 2050 roku [5,6]. W

perspektywie dłuższego życia wykreował się trend o nazwie „healthism”, który funkcjonuje w Stanach Zjednoczonych od lat 80. XX w., a do Polski przywędrował pod koniec minionego wieku i znany jest jako „kult zdrowia” [1]. Jego celem jest utrzymanie dobrej kondycji człowieka przez jak najdłuższy czas, aby na starość być osobą aktywną i sprawną fizycznie. Działania takie, jak zmniejszenie masy ciała mogą znacząco poprawić rokowania w przebiegu choroby wieńcowej, a aktywność fizyczna pozytywnie wpływa na nasz układ lokomocyjny i oddechowy [19]. Media społecznościowe pozwalają na promowanie takich prozdrowotnych nawyków. Dopóki rzeczywiście poprawiamy swoją kondycję zdrowotną, dopóty media odkrywają pozytywną rolę. Natomiast niebezpieczny może się okazać moment, kiedy przekroczymy granicę między działaniem prozdrowotnym a już destrukcyjnym. Mowa tu o nadmiernym odchudzaniu albo nadmiernym budowaniu tkanki mięśniowej.

Zmiany społeczno-kulturalne oraz rozpowszechnienie mediów zdają się mieć kluczowy wpływ na zjawisko coraz powszechniejszego występowania zachorowań na zaburzenia odżywiania. Hipotezę tę potwierdza wiele badań. Według jednego z nich, przeprowadzonego w 2008 roku na populacji 250 osób – problemy takie stwierdzono u większości, bo aż u 62% badanych. Badacze zwrócili także uwagę na czynniki, które według ankietowanych leżały u podstaw braku samoakceptacji. Respondowani zwracali uwagę przede wszystkim na reklamy produktów żywnościowych w mediach, preferowane style odżywiania w czasopiśmie oraz na panującą modę na dietę, co potwierdza ogromny wpływ mediów na postrzeganie samego siebie. Najczęstszymi postaciami zaburzeń odżywiania, bez względu na grupę wiekową, są ortoreksja, bulimia i anoreksja [13]. Warto zwrócić uwagę na skutki zdrowotne, jakie niosą za sobą te choroby.

Ortoreksja to nowo poznawane zaburzenie odżywiania, które cechuje patologiczna obsesja na punkcie spożywania zdrowej żywności. Pozornie korzystna chęć zwracania uwagi na jakość spożywanych pokarmów z czasem staje się obsesją. To, co początkowo miało w pozytywny sposób wpłynąć na styl życia, może ostatecznie stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia. Osoby chore same na siebie narzucają rygor jedzenia tylko tego, co uważają za zdrowe (czasami może być to bardzo znikoma ilość produktów), poświęcają mnóstwo czasu na myślenie o jedzeniu i szukanie produktów o odpowiedniej według nich jakości. Tym samym często unikają spotkań ze znajomymi i rodziną, chcąc uniknąć okazji do jedzenia „nieekologicznej” żywności – prowadzi to do wyobcowania, samotności, zaburzeń nastroju i depresji. Oprócz wpływu na zdrowie psychiczne ucierpieć może przecież zdrowie fizyczne. Niewystarczająca podaż składników odżywczych, będących efektem niewłaściwego sposobu odżywiania skutkuje często bólami i zawrotami głowy, problemami z koncentracją,

osłabieniem, nudnościami, bólami brzucha, a w skrajnych przypadkach także niedokrwistością, spadkiem odporności, zaburzeniami nastroju, a w przypadku kobiet zatrzymaniem miesiączek [14].

Zaburzeniami związanymi z chęcią redukcji masy ciała są bulimia i anoreksja. Bulimia jest to żarłoczność psychiczna, inaczej byczy głód – zaburzenie odżywiania, które cechuje się napadami objadania, po których następują zachowania kompensacyjne (prowokowanie wymiotów, głodówki, stosowanie środków przeczyszczających, moczopędnych, intensywne ćwiczenia fizyczne). Anoreksja zaś to inaczej jadłowstręt psychiczny. Osoby cierpiące na to zaburzenie w sposób świadomy i celowy dążą do utraty masy ciała. Występuje zaburzone postrzeganie obrazu własnego ciała, które według chorych jest nieatrakcyjne i otyłe. W celu poprawy wyglądu ograniczają przyjmowanie pokarmów, które nie wynika z braku apetytu oraz wprowadzają w życie wzmożoną aktywność fizyczną, jak również stosują środki umożliwiające redukcję wagi. Oczywistym jest destrukcyjny wpływ na kondycję fizyczną i psychiczną chorych. Wysuszone i nieelastyczne skóra, kruche i łamliwe paznokcie oraz włosy, zaburzenia perystaltyki jelit, bóle brzucha, zaparcia, wymioty, zwolnienie akcji serca, arytmia serca, niedokrwistość, osteoporoza, zaburzenia biochemiczne oraz hormonalne, niepłodność – to tylko niektóre z konsekwencji skrajnego niedożywienia – nie zapominając też o konfliktach z bliskimi, pojawieniem się myśli, a nawet prób samobójczych [14].

Zdecydowaną większość, bo aż 72% spośród dotkniętych zaburzeniami odżywiania, stanowią kobiety. Dotyczy je przede wszystkim ortoreksja [13], co nawiązuje do wspomnianego wcześniej, panującego trendu „healthismu”. W ostatnich latach natomiast, coraz częściej obserwuje się jego gałąź związaną z budowaniem umięśnionej, wysportowanej sylwetki, co w dużej mierze dotyczy mężczyzn. W odróżnieniu od kobiet, mężczyźni pragną posiadać dużą masę mięśniową oraz „wyrzeźbione” ciało. Wynika to z zakorzenionych historycznie ideałów mężczyzny oraz wymagań stawianych przez kobiety w trakcie wybierania partnera. W badaniach przeprowadzonych w latach 70. XX w. potwierdzono tezę, iż dla kobiet bardziej atrakcyjne są osoby umięśnione, niż te z niską muskularnością [15]. W pogoni za idealną sylwetką mężczyźni mogą wpaść w bigoreksję – chorobę objawiającą się fałszywym obrazem swojego ciała. Takim ludziom wydaje się, że mają za dużo tkanki tłuszczowej lub mają zbyt mało rozbudowane mięśnie. Z tego powodu wstydzą się swojego ciała, są zdesperowani i nieszczęśliwi. W konsekwencji sięgają po restrykcyjne diety, odżywki polepszające wydolność, hormony anaboliczne oraz oleje do domięśniowej aplikacji, które zwiększają objętość mięśni, ale mogą poważnie wpłynąć na ich zdrowie.

Wysokobiałkowe diety i wyżej wspomniane odżyvky mogą mieć działanie hepato- i nefrotoksyczne. Hormony anaboliczne, takie jak glikokortykosteroidy lub insulina są szczególnym problemem wśród młodych osób – w badaniach z 2006r. do ich stosowania przyznało się aż 3,3% badanych wyłącznie w grupie 14-18 lat [16]. Ich działania niepożądane to m.in. ginekomastia, uszkodzenie wątroby, impotencja, bezpłodność, przerost prostaty i osłabienie odporności [17].

Podsumowanie i dyskusja

Za każdym z wyżej wymienionych problemów stoi dążenie do nieuchwytej, niezdefiniowanej, wiecznie odległej doskonałości. Raz jeszcze należy podkreślić wagę czynników społeczno-kulturalnych leżących u podstaw tychże obsesyjnych zachowań. Wskazują one na charakterystyczną cechę współczesnego świata dotyczącego kultu dbania o ciało, zachowania szczupłej sylwetki poprzez stosowanie modnych diet, wykonywaniu ćwiczeń. Ukazywane są przez środki masowego przekazu, jako symbolu szczęścia i sukcesu czy są postrzegane jako element konieczny do wykonywania niektórych profesji (m. in. tancerki, modelki, kulturysty), czy też wymagany przez środowisko rówieśnicze.

Zjawisko coraz powszechniejszego występowania problemów związanych z brakiem samoakceptacji, koreluje z osiągnięciami, które przyniósł nam XXI w., co potwierdzają wymienione przez nas badania. Skoro niepodważalne jest ich istnienie, należy podjąć próbę przeciwdziałania ich przyczynom i zwalczania skutków.

Zauważywszy, iż to media odgrywają istotną rolę w budowaniu społecznej świadomości, że to przede wszystkim media odpowiedzialne są za kreowanie niekoniecznie zgodnych z rzeczywistością przeświadczeń – być może to jest właśnie przestrzeń, od której powinniśmy rozpocząć zmiany. Przykładem takiego działania może być zmiana w polityce działalności portalów społecznościowych, tzn. wprowadzenie większej kontroli co do publikowanych treści, czy zaprzestanie oferowania używania filtrów upiększających przy publikacji zdjęcia. Takie próby zostały podjęte już we Francji, gdzie wstawienie retuszowanego zdjęcia reklamowego jest karane grzywną w wysokości 37,5 tys. euro [18]. Bardzo ważne jest, żeby osoby, które mają duży zasięg w mediach społecznościowych postarały się wpłynąć na kreowanie pewnych „zdrowych poglądów”. Pozytywnym zjawiskiem jest fakt, iż ostatnio coraz częściej celebryci otwarcie mówią o tym, że sami borykają się z wieloma wspomnianymi przez nas problemami, a publikowane przez nich treści są ulepszone i niezgodne z rzeczywistością. Pokazywanie zdjęć „bez filtrów”, bez

makijażu, czy ukazujących naturalne krągłości może stać się nowym, korzystnym trendem. Należy mówić o tym, że piękna nie można zdefiniować w jeden konkretny sposób, a budowanie samoakceptacji to ważne zadanie szkolnictwa i rodziców już na etapie wczesnego dzieciństwa.

Ważne jest również działanie lokalne. Istotne jest zauważenie pierwszych objawów opisanych przez nas chorób – izolacji, apatii, czy w przypadku anoreksji widocznego zmniejszenia masy ciała lub niechęci do jedzenia. Takie zachowania powinny być wyłapywane przez nauczycieli, trenerów i rówieśników, a następnie omawiane z rodzicami i psychologiem, aby zapobiec rozwojowi choroby. Ważne są też prelekcje oraz uświadamianie w szkołach, że zaburzenia związane z postrzeganiem siebie są coraz bardziej powszechne i wymagają stanowczego i szybkiego działania.

Wskazane przez nas zabiegi mogą stanowić klucz do zwalczania niebezpieczeństw, jakie zagrażają osobom ze strony społeczeństwa w XXI w. Wynalazki, takie jak Internet dają możliwość rozwoju i mogą dać impuls do zmiany stylu życia, ale należy uważać, aby podjęte przez nas ruchy nie były fałszywym krokiem prowadzącym w stronę obsesji i choroby.

Piśmiennictwo

1. Crawford R.: Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 1980, 365-388.
2. Cwalina W.: Generacja Y - ponury mit czy obiecująca rzeczywistość [w:] Internet - fenomen społeczeństwa informacyjnego. Zasepa T. (red). Edycja Świętego Pawła, Częstochowa, 2001, 29-33.
3. Arakawa H.: *Fullmetal Alchemist*, przeł. Paweł Dybała. Wyd. J.P. Fantastica, Olecko, 2002, Tom 2.
4. Vejlggaard H.: *Anatomy of trend*. McGraw-Hill, New York, 2008.
5. *World Population Ageing: 1950-2050*. United Nations, New York, 2002.
6. CIA – *The World Factbook*, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html> (30.03.2019).
7. Główny Urząd Statystyczny, *Spółeczeństwo informacyjne w Polsce w 2018 r.* Warszawa, 2018.
8. Kuczamer-Kłopotowska S.: Rola mediów społecznościowych w komunikacji pokolenia Y. *Handel Wewnętrzny* 2016, 3(362), 216-227.
9. [https://napoleoncat.com/pl/blog/polscy-uzytownicy-social-media-na-koniec-2018-messenger-i-instagram-rosna-szybciej-niz-facebook/\(01.04.2019\)](https://napoleoncat.com/pl/blog/polscy-uzytownicy-social-media-na-koniec-2018-messenger-i-instagram-rosna-szybciej-niz-facebook/(01.04.2019)).

10. Gülnar B., Balci S., Çakir V.: Motivations of Facebook, YouTube and Similar Web Sites. *Users Bilig*, 2010, 54, 161-184.
11. Rajanala S., Maymone M., Vashi N.: Selfies—Living in the Era of Filtered Photographs. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 2018, 20(6), 443-444.
12. Urban M., Rabe - Jabłońska J.: Urojenia zmiany płci i dysmorfofobia w obrazie klinicznym schizofrenii paranoidalnej – opisy przypadków. *Psychiatria Polska*, 2010, 44(5), 723-733.
13. Kędra E., Pietras J.: Zaburzenia odżywiania – znak naszych czasów. *Problematyka Higieny Epidemiologicznej*, 2011, 92(3), 530-534.
14. Rzońca E., Bień A., Iwanowicz-Palus G.: Zaburzenia odżywiania – problem wciąż aktualny. *Journal of Education, Health and Sport*, 2016, 6(12), 267-273.
15. Gilbert L., Deutsch C., Strahan R.: Feminine and Masculine Dimensions of the Typical, Desirable, and Ideal Woman and Man. *Sex Roles*, 1978, 4(5), 767-778.
16. Lister S., McGrory D.: Quest for the body beautiful that can cause serious harm. *The Times*. 2005, <https://www.thetimes.co.uk/article/quest-for-the-body-beautiful-that-can-cause-serious-harm-32629nlzh3c> (30.04.2019).
17. Hartgens F.: Effects of Androgenic-Anabolic Steroids in Athletes. *Sports Medicine*, 2004, 34(8), 513-544.
18. <https://fotoblogia.pl/11256,francja-zakazuje-uzywania-photoshopa-w-zdjeciach-reklamowych-kobiet-jak-patrze-na-to-fotografowie> (04.04.2019)
19. Levitan E., Yang A., Wolk A.: Adiposity and incidence of heart failure hospitalization and mortality: a population-based prospective study. *Circulation: Heart Failure*, 2009, 2, 202–208.
20. Szpunar M.: Od narcyzmu jednostki do kultury narcyzmu. *Kultura – Media – Teologia*, 2004, 18, 106-116.

Dylematy etyczne, społeczne i prawne dotyczące macierzyństwa zastępczego

Szmuc Katarzyna, Cuprian Dominika, Porycka Urszula

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wprowadzenie

Rodzicielstwo zastępcze jest szansą na posiadanie dziecka dla kobiet, które ze względów zdrowotnych nie będą nigdy mogły zająć w ciążę i urodzić dziecka, mężczyźni w związkach homoseksualnych czy osób samotnych [1]. Do wskazań medycznych dla tej procedury należy przede wszystkim nieobecność macicy (wrodzona np. w zespole Mayera-Rokitansky'ego- Küstera-Hausera czy z powodu histerektomii), ale także nawykowe poronienia (> 3 z rzędu), wielokrotne nieudane zapłodnienia in vitro, czy poważne choroby ogólnoustrojowe (np. nerek, serca czy autoimmunologiczne). Wprowadzenie nowoczesnych metod wspomaganego rozrodu (obejmujących sztuczne zapłodnienie: zarówno wewnątrz- czyjkowe, jak i wewnątrzmaciczne) daje możliwość stworzenia embrionu z komórki jajowej oraz plemnika pary starającej się o dziecko. Dzięki temu może ona posiadać dziecko z własnym materiałem genetycznym, mimo przeszkody natury biologicznej lub innej [2,3,4]. Na przestrzeni ostatnich lat odnotowuje się wzrost tego rodzaju procedur na całym świecie [5]. Osoby, które pragną zostać rodzicami decydują się na zapłodnienie komórki jajowej pochodzącej od przyszłej genetycznej matki lub pozyskanej z banku komórek jajowych (od dawczyń). Ze względu na obostrzenia prawne występujące w wielu krajach na świecie obserwuje się rozwój międzynarodowej turystyki związanej ściśle z macierzyństwem zastępczym [1]. Pojęcia „matka zastępcza” i „surogatka” odnoszą się do kobiet, które noszą i rodzą dziecko z zamiarem zrzeczenia się go na rzecz rodziców genetycznych po porodzie. Za idealną kandydatkę do tej roli uważana jest zdrowa kobieta w dobrej kondycji fizycznej, pomiędzy 25.-35. r.ż., posiadająca co najmniej jedno dziecko w wieku co najmniej 3 lat (jeżeli posiada więcej dzieci – z odstępem między kolejnymi ciążami nie krótszym niż 2 lata), najlepiej nie planująca już powiększenia własnej rodziny. Dodatkowo powinna znajdować się w stabilnym związku, a mąż lub partner powinien być świadomy i możliwie najbardziej zaangażowany w proces macierzyństwa zastępczego. Zarówno kandydatka na surogatkę, jak i jej życiowy partner przed zabiegiem poddawani są badaniom w kierunku nosicielstwa wirusów

HBV, HCV oraz HIV. Implantacja zarodka powstałego w warunkach *in vitro* może zostać przeprowadzona w odpowiedniej fazie naturalnego cyklu menstruacyjnego matki zastępczej lub w warunkach stymulacji hormonalnej [1,3]. Kobieta, która ma zostać dawczynią komórki jajowej również musi zostać kompleksowo przebadana przed tą procedurą. Sprawdzana jest kondycja jajników poprzez badanie poziomu FSH, LH oraz estradiolu w surowicy. Na tej podstawie ocenie poddaje się ich odpowiedź na stymulację hormonalną. Dodatkowym badaniem powinno być USG, które oprócz oceny aktywności jajników, może dać informację o ich położeniu w miednicy mniejszej. Zarówno kobieta, jak i mężczyzna, którzy mają być genetycznymi rodzicami dziecka, są też badani w kierunku nosicielstwa wirusów HBV, HCV oraz HIV. Dodatkowe badania są przeprowadzane na podstawie indywidualnych wskazań. Przygotowanie do zapłodnienia, czyli stymulacja hormonalna matki genetycznej i pobieranie komórki jajowej, nie różni się od przebiegu standardowej procedury zapłodnienia *in vitro*. Rozbieżność pojawia się dopiero na etapie wszczepienia embrionu (maksymalnie dwóch) – zabiegowi temu poddawana jest surogatka, a nie dawczyni komórki jajowej [3]. Liczba ciąż i żywych urodzeń uzyskanych metodą rodzicielstwa zastępczego jest porównywalna, a w niektórych przypadkach nawet wyższa niż w przypadku standardowego zapłodnienia *in vitro*. Koreluje to bezpośrednio ze stanem zdrowia dawczyń komórek jajowych, które są najczęściej młodymi, zdrowymi kobietami nieposiadającymi macicy oraz kandydatek na matki zastępcze, które pod kątem stanu zdrowia są precyzyjnie selekcionowane [3]. Ze względu na pokrewieństwo między surogatką a dzieckiem wyróżniamy proste macierzyństwo zastępcze (nazywane też częściowym) oraz ciążowe macierzyństwo zastępcze (inaczej całościowe). Pierwszy przypadek dotyczy sytuacji, w której surogatka oprócz noszenia ciąży, jest także dawczynią komórki jajowej – staje się więc jednocześnie matką genetyczną dziecka. Drugi wariant odnosi się do okoliczności, kiedy pomiędzy surogatką a dzieckiem nie ma pokrewieństwa genetycznego (oocyt i nasienie użyte do zapłodnienia *in vitro* pochodzi od pary starającej się o dziecko). Kobieta decydująca się zostać surogatką może należeć do rodziny potencjalnych rodziców, być bliską przyjaciółką albo zostać wybrana z grupy wsparcia dla osób starających się o dziecko z działającej komercyjnie (np. w Stanach Zjednoczonych) lub jako non-profit organizacji (np. w Wielkiej Brytanii). Występuje też podział ze względu na korzyści finansowe jakie matka zastępcza otrzymuje z tytułu pełnionej funkcji. Wyróżnia się rodzicielstwo zastępcze komercyjne, kiedy kobieta otrzymuje finansowe wynagrodzenie za ciążę oraz altruistyczne, jeżeli poza pokryciem kosztów związanych z opieką medyczną nie uzyskuje żadnych korzyści materialnych [1,3].

Turystyka sztucznego zapłodnienia

Turystyka reprodukcyjna (ang. *reproductive tourism*), określana też jako transgraniczna opieka reprodukcyjna (ang. *CBRC – cross-border reproductive care*), jest zjawiskiem polegającym na podróży do innego kraju w celu uzyskania dostępu do technik wspomaganego rozrodu (ang. *ART - assisted reproductive technologies*) [6]. Jedną z popularniejszych form CBRC są usługi surogackie, pożądane m.in. przez osoby będące singlami, pary homoseksualne, osoby transpłciowe, a nawet pary w starszym wieku, ale przede wszystkim w największym stopniu przez bezpłodne pary starające się bezskutecznie o potomstwo [7]. Przyczyny skłaniające wyżej wymienione osoby do poszukiwania surogatek poza granicami swojego państwa to m.in. niższe koszty procedur sztucznego zapłodnienia, brak dostępności usług ART lub restrykcyjne przepisy prawne dotyczące surogacji w ojczystym kraju, pozbawienie dostępu do takich usług, np. osób samotnych, par homoseksualnych czy osób, które przekroczyły daną granicę wiekową, zbyt długi czas oczekiwania na znalezienie dawcy nasienia/komórki jajowej bądź matki zastępczej w związku z wydłużaniem się listy osób zainteresowanych tym rodzajem usług, chęć skorzystania z wysokiej jakości opieki reprodukcyjnej, a także czynniki społeczno-kulturalne (np. pragnienie zachowania prywatności lub podobieństwa kulturowego i poglądów religijnych z kobietą, która ma zostać surogatką) [7,8]. Ze względu na różne przeszkody napotymane w swoich ojczystych krajach przez osoby pragnące posiadać dziecko i jednocześnie borykające się z problemem niepłodności, ich wyjazdy zagraniczne w celu znalezienia odpowiedniego rozwiązania i pomocy, zyskały również miano „reprodukcyjnego wygnania” (ang. *reproductive exile*), a oni sami opisują siebie jako zmuszonych do opuszczenia swojego państwa w celu uzyskania dostępu do bezpiecznych, efektywnych i legalnych metod ART w cenie, którą są w stanie pokryć [9]. Łączy ich zatem dobrowolna decyzja o chęci posiadania potomstwa, ale podróż zagraniczna w tym celu jest raczej wymuszona. Istnieją dwa rodzaje surogacji: tradycyjna (ang. *traditional surrogacy*) oraz ciążowa (ang. *gestational surrogacy*). W przypadku pierwszej z nich dochodzi do sztucznego zapłodnienia komórki jajowej surogatki, co oznacza, że jest ona matką genetyczną dziecka. Znacznie bardziej popularna obecnie surogacja ciążowa oznacza natomiast zapłodnienie pozaustrojowe (*in vitro*), do którego nie są wykorzystywane komórki jajowe surogatki. Tak powstały embrion podlega następnie transferowi do macicy matki zastępczej, która nie jest spokrewniona genetycznie z dzieckiem [6]. Zjawisko transgranicznej surogacji zyskiwało na popularności w ostatnich latach ze względu na sprzeczności regulacji prawnych różnych krajów i rosnący stopień zaawansowania technologii, czyniący surogację ciążową łatwiejszą procedurą [10]. To sprawiło, że wartość

globalnego rynku surogacji komercyjnej jest oceniana szacunkowo na 6 miliardów dolarów rocznie [11]. W samych tylko Indiach, gdy były one liderem w zapewnianiu płatnych metod ART, wartość tych usług szacowano na 400 milionów dolarów generowanych przez 3 000 specjalistycznych klinik [12]. W przypadku innego kraju cieszącego się także popularnością surogacji – USA – Stowarzyszenie Technologii Wspomaganego Rozrodu uważa, że rodzi się tutaj ponad 1000 dzieci rocznie w wyniku surogacji ciąży [13]. Natomiast w Europie ok. 5% przypadków starania się o potomstwo wiąże się z podróżami transgranicznymi w tym celu [14]. Prognozuje się, że zapotrzebowanie na usługi surogackie będzie nadal rosło, co ma związek między innymi ze spadkiem płodności w Europie (w Polsce problem niepłodności dotyka już co piątą parę) [15]. Pionierem procedury ciąży zastępczych zostały w latach 80. XX w. Stany Zjednoczone i nadal są one jednym z nielicznych obecnie państw, gdzie odpłatna surogacja jest legalna w większości stanów, choć należy pamiętać o różnicach w regulacjach prawnych poszczególnych stanów. W USA najwięcej porodów przez matki zastępcze odnotowuje się m.in. w Kalifornii i New Jersey [13]. W przypadku turystyki reprodukcyjnej zaobserwować można trend podróży osób poszukujących ART i pochodzących zwykle z zamożnych, rozwiniętych państw do krajów o niższym statusie ekonomicznym, w którym zjawisko płatnej surogacji jest uregulowane prawnie. Stąd celem takich podróży są m.in. Ukraina, Gruzja, Rosja, a jeszcze do niedawna, przed wprowadzeniem prawa pozbawiającego obcokrajowców dostępu do usług surogackich, do państw tych zaliczały się także Indie i Tajlandia. Wyjątkiem wydają się być natomiast Stany Zjednoczone, gdzie rynek usług surogackich jest najdroższy – w poszukiwaniu usług matek zastępczych udają się tam osoby zamożne, mające na uwadze głównie wysoką jakość świadczonych usług. Do takich podróży, wybierających USA za cel swej podróży, zaliczali się kiedyś m.in. zamożni Chińczycy, którzy byli skłonni wydać duże sumy pieniędzy, aby ominąć restrykcyjne przepisy w swoim kraju, które zezwalały na posiadanie tylko jednego dziecka. Ponadto miało to zapewnić im także spokojną przyszłość, gdyż dzieci urodzone na terenie USA otrzymują tamtejsze obywatelstwo, a po ukończeniu 21 lat mogą sprowadzić członków swojej rodziny do USA [15]. Mieszkańcy Stanów Zjednoczonych wykazywali natomiast tendencję do poszukiwania tańszych form surogacji poza granicami kraju – np. w Indiach lub Meksyku. Problemami wynikającymi z surogacji i turystyki reprodukcyjnej są zwykle różne utrudnienia prawne napotymane przez osoby zaangażowane w ten proceder. Przykładem mogą być trudności związane z uzyskaniem praw rodzicielskich przez pary korzystające z usług surogatek. Wiele państw postrzega bowiem kobietę rodzącą dziecko jako jego matkę, nie uwzględniając pokrewieństwa genetycznego. Przełomowy wydaje się tutaj być 1990r., kiedy amerykański sąd

po raz pierwszy wydał decyzję, w której uznano za matkę tę kobietę, która miała intencję poczęcia i wychowania dziecka, nie zaś tę, która je urodziła. Problematyczne są także sytuacje, gdy ojczyzna pary starającej się o dziecko przy pomocy matki zastępczej, zabrania surogacji – wówczas decyzja o przyznaniu dziecku obywatelstwa i tym samym wydaniu odpowiednich dokumentów, np. paszportu, zostaje wstrzymana, co może uniemożliwić powrót rodziców z nowo narodzonym potomkiem do swojego kraju oraz stawia dziecko w sytuacji bycia bezpaństwowcem. Kłopoty potencjalnym rodzicom może sprawić także brak precyzyjnych ustaleń, kto może sprawować opiekę nad dzieckiem, co niekiedy doprowadzało, np. w niektórych stanach USA do ubiegania się o prawa opiekuńcze wobec dziecka surogatek, które po porodzie zmieniły swoją decyzję i postanowiły zatrzymać przy sobie dziecko. Inne wyzwania turystyki reprodukcyjnej są dobrze ilustrowane przez konkretne przykłady. W 2008 r. miał miejsce słynny przypadek nazwany „dziecko Manjhi”, w którym para z Japonii postanowiła skorzystać z usług surogatki ciążowej, jednak rozwiodła się jeszcze zanim ich dziecko narodziło się. Po rozwodzie Japonka (nie będąca genetycznie spokrewniona z dzieckiem), w przeciwieństwie do swego męża, zrezygnowała z chęci uzyskania praw rodzicielskich nad dzieckiem. Stworzyło to problematyczną sytuację, gdyż japońskie prawo nie uznawało surogacji, natomiast indyjskie zabraniało samotnemu mężczyźnie zaadoptować dziecko. Kolejną kłopotliwą sytuację stwarza fakt urodzenia się dziecka z ciąży surogackiej z ciężką, nieuleczalną chorobą, jak miało to miejsce w przypadku „dziecka Gammy” w 2015r. Australijska para wynajęła wówczas surogatkę w Tajlandii, która urodziła bliźnięta. Niestety jedno z nich, Gammy, urodziło się z zespołem Downa, co skutkowało porzuceniem dziecka przez potencjalnych rodziców i powrotem do domu z tylko jednym, zdrowym bliźniakiem. Ponieważ choroba genetyczna została zdiagnozowana u dziecka już prenatalnie, para próbowała nakłonić matkę zastępczą do dokonania aborcji chorego płodu, jednakże ta odmówiła, powołując się na swoje przekonania religijne. Część osób zwraca też uwagę na problem wykorzystania niektórych kobiet (szczególnie z uboższych krajów) ze względu na odmienne wynagrodzenia matek zastępczych w różnych państwach: dane mówią, że surogatka indyjska za urodzenie cudzego dziecka mogła otrzymać wynagrodzenie w wysokości ok. 6 tysięcy dolarów, podczas gdy surogatka z USA otrzymałaby za to ok. 20 tysięcy dolarów.

Aspekty prawne

Transgraniczne wyjazdy spowodowane chęcią posiadania dziecka odbywają się na tle szybko ulegających zmianom ustaleń prawnych w poszczególnych krajach.

Jeszcze jakiś czas temu, Indie i Tajlandia były jednymi z nielicznych państw, gdzie

surogacja była dość powszechnym zjawiskiem, a jednocześnie przepisy prawne czyniły ją legalną. Jednakże sytuacja ta uległa zmianie na początku 2015r., w wyniku opisanego wcześniej problematycznego przypadku znanego jako „dziecko Gammy” – od tego czasu w Tajlandii zakazano obcokrajowcom korzystania z płatnej surogacji [16]. Indie, od 2002r., gdy komercyjne usługi surogatek stały się tam całkowicie legalne [6], zaczęły zyskiwać miano jednego z największych biznesów cięż zastępczych na świecie. Przyczyniły się do tego ceny nawet trzykrotnie niższe niż w Europie czy USA, a także korzystne umowy zawierane z matką zastępczą – kobieta udostępniała swoje ciało i jednocześnie zrzekała się praw rodzicielskich, dziecko nie nabywało jej narodowości ani obywatelstwa, jej nazwisko nie figurowało w akcie urodzenia. Dodatkowo, władze Indii nie wymagały zgody sądu na wywiezienie dziecka z kraju. Pierwsze restrykcje dotyczące surogacji w Indiach pojawiły się w 2013r., gdy stwierdzono, że z usług tych mogą korzystać wyłącznie heteroseksualne pary małżeńskie [17]. Ostatecznie, w grudniu 2018r. weszła w życie ustawa, której projekt został przygotowany już 2 lata wcześniej – tzw. „*the Surrogacy (Regulation) Bill, 2016*”. Regulacja ta powstała w odpowiedzi na wykorzystywanie kobiet w Indiach przez niesprawiedliwy biznes surogacki [18]. Ustawa zezwala na akceptację w Indiach jedynie surogacji altruistycznej, a korzystać z niej mogą wyłącznie obywatele Indii pozostający w związku małżeńskim, pozbawieni możliwości posiadania dzieci przy użyciu tradycyjnych metod. Ponadto, matka zastępcza musi być bliską krewną potencjalnych rodziców dziecka, a pary, które posiadają już co najmniej jedno dziecko, nie będą uprawnione do skorzystania z usług surogatek. Surogacja komercyjna oraz korzystanie z jakichkolwiek usług matek zastępczych przez obcokrajowców na terenie Indii zostały zdecydowanie zabronione [19]. Podobna sytuacja miała miejsce także w Nepalu i Meksyku, który były postrzegane jako alternatywne, niedrogie cele turystyki reprodukcyjnej, jednak tylko do czasu wprowadzenia zakazu dostępu obcokrajowcom do surogacji – w Nepalu nastąpiło to w 2015r., natomiast w Meksyku w 2016r. W 2001r. zakazano surogacji w Chinach, jednak mimo to istnieją doniesienia o funkcjonowaniu tam czarnego rynku usług surogatek [20]. Japonia także formalnie nie akceptuje tej metody reprodukcyjnej. W przypadku USA kwestia legalności surogacji uzależniona jest od systemów prawnych poszczególnych stanów, z których najbardziej otwartymi w tym zakresie są m.in.: Kalifornia, Floryda, Teksas [21]. Przeciwnie, stanem, który zabrania jakiegokolwiek formy surogacji i surowo ją karze, jest Michigan. Znaczne ograniczenia tego proceduru obowiązują także na terenie stanów: Louisiana i Nowy Jork. Poza tym, w większości stanów USA surogacja jest dozwolona prawnie. Inne państwa, które dopuszczają zarówno altruistyczne, jak i komercyjne macierzyństwo, to: Rosja, Ukraina, Gruzja, Armenia, Kazachstan oraz Izrael (kraj, który jako pierwszy wprowadził surogację

kontrolowaną przez państwo, jednakże jest ona dość restrykcyjna – każdy kontrakt wklajający macierzyństwo zastępcze musi zostać zaakceptowany przez rząd, a surogatką może być tylko kobieta samotna, rozwiedziona lub wdowa). Do krajów dopuszczających jedynie altruistyczne macierzyństwo zastępcze zaliczamy: Australię, Belgię, Brazylię, Kanadę (za wyjątkiem prowincji Quebec, gdzie jest ona zupełnie zabroniona), Danię, Grecję, Indie, Holandię, Nową Zelandię, Portugalię, RPA, Tajlandię, Wielką Brytanię. Kraje, które zabraniają jakichkolwiek form macierzyństwa zastępczego to natomiast: Austria, Niemcy, Hiszpania, Francja, Szwajcaria, Norwegia, Finlandia, Estonia, Włochy, Serbia, Turcja, Arabia Saudyjska, Pakistan. W większości państw na świecie surogacja nie jest jeszcze jednak uregulowana w żaden sposób – szczególnie w takich przypadkach na status macierzyństwa zastępczego wpływ ma praktyka sądowa w danym kraju. Warto zauważyć, że niekiedy ustalenia legislacyjne nie nadążają za ulegającymi szybkim zmianom medycyną czy etyką. W Polsce, w myśl treści art.61 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, matką dziecka jest kobieta, która je urodziła – w związku z tym o ustaleniu macierzyństwa przesądza fakt urodzenia dziecka, a nie pokrewieństwo genetyczne. W przypadku ciąży zastępczej, za matkę uznana będzie więc kobieta, która urodziła dziecko (matka zastępcza), natomiast kobieta, od której pochodzi jedynie materiał genetyczny nie zostanie uznana jako matka dziecka. Warto zwrócić uwagę na fakt, że zasada ta nie może być zniesiona na podstawie umowy stanowiącej inaczej – np. zawartej między surogatką a parą starającą się o uzyskanie sprawowania praw rodzicielskich nad dzieckiem. Umowy te - o zrzeczeniu się przez surogatkę praw do dziecka - uznawane są za nieważne ze względu na sprzeczność z zasadami współżycia społecznego (art.58 k.c.). Ponadto, Europejska Konwencja Bioetyczna wskazuje, że ciało ludzkie ani jego części nie mogą stanowić źródła korzyści finansowych. Natomiast w rozumieniu artykułu 189a kodeksu karnego zawarcie odpłatnej umowy między surogatką a potencjalnymi rodzicami, które zobowiązuje surogatkę do donoszenia ciąży, a następnie oddania rodzicom dziecka za ustaloną opłatą, może być uznane nawet za handel ludźmi.

Surogatki w kontekście socjopsychologicznym

Macierzyństwo zastępcze stwarza wyjątkową możliwość posiadania dzieci przez niepłodne pary. Nie można jednak pominąć pewnych obaw psychospołecznych, jakie niesie ze sobą wykorzystywanie do urodzenia dziecka matki zastępczej - surogatki. Obawy te można wyrazić m.in. w pytaniach [25]: Jakie są psychospołeczne skutki macierzyństwa zastępczego? Jakie są długoterminowe skutki dla surogatki i dla potomstwa? Czy surogatki różnią się cechami psychologicznymi lub pozycją społeczną ?

Dotychczasowe badania wykazały, że główną motywacją do zaangażowania się w macierzyństwo zastępcze jest altruizm. W rzeczywistości jest to główny rodzaj motywacji zgłaszany przez surogatki ciążowe nie tylko w krajach, w których altruistyczne macierzyństwo zastępcze jest legalne, takich jak Wielka Brytania, ale także w krajach, w których przyzwala się na rekompensatę zastępczej matce, jak dzieje się to w USA [23]. Zalecenia Amerykańskiego Towarzystwa Medycyny Reprodukcyjnej (ASRM) sugerują, że wiek surogatek powinien być między 21. a 45. rokiem życia oraz powinny one przejść jedną donoszoną ciążę bez komplikacji, ale przyszła matka zastępcza nie powinna być po więcej niż 5 naturalnych porodach lub 3 cięciach cesarskich [24]. Status socjoekonomiczny docelowych rodziców znacznie różni się od statusu surogatek. Surogatki są starsze, mają znaczącą historię położniczą i są słabiej wykształcone. Na szczęście nie odnotowano żadnych negatywnych skutków nierówności społeczno – ekonomicznych [25]. Zaobserwowano jednak, że brak wykształcenia wpływał na większe zaangażowanie emocjonalne matki zastępczej w stosunku do nienarodzonego dziecka niż w przypadku surogatek mających chociaż wykształcenie podstawowe. Sugerowano, iż surogatki rozwijające silne więzi z dzieckiem, które nosiły w łonie, mogą cierpieć na depresję w czasie ciąży i po porodzie, jednak założenie to nie zostało potwierdzone [28]. Surogatki ogólnie deklarują, że cieszą się ciążą i porodem, a ciąża generuje pozytywne uczucia w ich życiu, takie jak wzrost poczucia własnej wartości i pewności siebie. Narodziny dziecka mogą być istotnym czynnikiem wywołującym stres zarówno dla przyszłych rodziców, jak i dla surogatki ciążowej. Niemniej jednak różne badania wykazały pozytywne i negatywne aspekty tego wydarzenia. Narodziny wydają się być szczęśliwym momentem, w którym zastępcza matka odczuwa ulgę oraz sukces z zakończenia ciąży, ale także smutek z powodu zbliżającego się końca procesu bycia surogatką i przekonania, że może stracić kontakt z rodzicami narodzonego dziecka oraz z nim samym [23]. Udostępnianie symbolicznych prezentów, pamiątek i zdjęć po narodzinach dziecka może być pomocne w zminimalizowaniu ewentualnych uczuć wyzysku lub pustki ze strony surogatki i może pomóc docelowym rodzicom czuć się bezpiecznie w procesie przeniesienia opieki nad dzieckiem na nich [24]. Istnieją obawy, że noszenie, rodzenie, a następnie rezygnacja z dziecka może mieć negatywny długoterminowy wpływ psychologiczny na kobiety będące surogatkami [26]. Jednak niewielki zbiór badań przeprowadzonych na doświadczeniach surogatek i ich dobrostanie psychicznym nie potwierdza tych przypuszczeń. Zamiast tego wydaje się, że większość kobiet nie żałuje bycia surogatkami i nie ma trudności z porzuceniem dziecka. Dowody na to, że macierzyństwo zastępcze może być bardzo pozytywnym i satysfakcjonującym doświadczeniem obejmują fakt, że niektóre kobiety decydują się być surogatkami więcej niż raz [24]. Stwierdzono, że surogatki

nie przywiązując się do płodu radzą sobie z dzieckiem po porodzie i w ten sposób minimalizują potencjalne uczucie utraty [26]. W badaniach autorstwa Olgi B.A. van den Akker [25] przeprowadzonych na terenie Indii przedstawione są agencje, których celem jest wsparcie surogatek w radzeniu sobie z własnymi myślami i uczuciami macierzyńskimi. Teoretycznie wiadomo, że kobiety rozwijają różne stopnie przywiązania do swojego płodu w czasie ciąży i jest to przenoszone na dziecko po urodzeniu. Badania przeprowadzone w latach 80. i 90. wykazały, że na przywiązanie prenatalne wpływa wiele czynników, takich jak wiek matki i stosunek do ciąży [25]. Sugeruje się, że postrzeganie macierzyństwa zastępczego jako płatnego zatrudnienia oraz brak intencji bycia rodzicem i przewidywana separacja po urodzeniu mogą pomóc surogatkom zachować emocjonalny dystans wobec płodu [28]. Istotnym zagadnieniem są relacje występujące w triadzie: matka zastępcza, matka (lub para) docelowa oraz potomstwo. W badaniu autorstwa Susan Imrie, Vasanti Jadv [29] w większości przypadków macierzyństwa zastępczego surogatki pozostawały w kontakcie z rodzinami zastępczymi i postrzegały większość związków powstałych w wyniku macierzyństwa zastępczego jako pozytywne, przy czym częstotliwość kontaktów była bardzo zróżnicowana. Jednak w badaniu „*The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates*” [28] zidentyfikowano problem niepewności surogatek co do tego, czy spotkają się z dzieckiem i potencjalnymi rodzicami, co mogło być powodem ich cierpienia. Ponadto surogatka będąca bliskim krewnym rodziny może czuć się zmuszona do utrzymywania relacji z nią. W badaniu zwrócono uwagę na fakt, że surogatka nie może wybrać poziomu zaangażowania, jaki ma w stosunku do przyszłych rodziców i dziecka. Wykazano, że brak wsparcia w czasie ciąży, ukrywanie macierzyństwa zastępczego przed rodziną i przyjaciółmi oraz krytykowanie przez rodzinę lub sąsiadów za to, że kobieta została surogatką to czynniki ryzyka depresji. Na podstawie badań wiemy, że dzieci urodzone przez macierzyństwo zastępcze wykazują ogólny dobry stan zdrowia psychicznego. Rodziny utworzone przy pomocy wspomaganiej reprodukcji (w tym macierzyństwo zastępcze) wykazują wyższy poziom ciepła i wzmożonych interakcji między rodzicami a dziećmi, niż w przypadku potomstwa urodzonego bez wspomaganiej reprodukcji. Te pozytywne relacje są utrzymywane przez okres dojrzewania [24]. Naukowcy przypisali te wyniki temu, że rodzice mieli silne pragnienie dziecka i wykazali wysoki stopień motywacji do rodzicielstwa, a zatem byli bardzo zaangażowani w opiekę i silnie przywiązani do dziecka [23]. Badania udowodniły [25], że należy informować dziecko o macierzyństwie zastępczym, ponieważ konsekwencje braku takiego przekazu mogą być dramatyczne. Przedstawiono jednak przypadki matek mających trudności, kiedy powiedzieć o tym swojemu dziecku. Wytyczne amerykańskie zachęcają do informowania dzieci o ich pochodzeniu, ale nie

określają, w jaki sposób i kiedy jest optymalny czas na poinformowanie dziecka. Docelowe matki korzystające z ciążowego macierzyństwa zastępczego (własnego oocytu) znacznie częściej, w porównaniu do innych form wspomaganego reprodukcji, informują dziecko, że zostało poczęte przy zaangażowaniu osób trzecich [25]. W pierwszym badaniu w Stanach Zjednoczonych poświęconemu dobrostanowi psychologicznemu własnych dzieci surogatek, 75% z nich stwierdziło pozytywny wpływ bycia matką zastępczą na swoje dzieci, natomiast 38% tych dzieci zgłosiło przeżywanie negatywnych emocji w odniesieniu do zastępczej ciąży ich matki. Jedną z wymienianych przyczyn było oczekiwanie na rodzeństwo. Istnieje hipoteza, że te dzieci mogą odczuwać niepokój z powodu zrzeczenia się dziecka noszonego przez matkę. Zauważono, że dzieci młodsze częściej reagowały niepokojem. 23% matek surogatek wyrażało obawy o własne dzieci [22]. Większość surogatek w przeprowadzonych badaniach spodziewała się kontynuowania kontaktu po urodzeniu dziecka, co argumentowano możliwością lepszego zrozumienia procesu przez własne dzieci matki zastępczej. Sugerowana jest obawa docelowych rodziców o ingerencję matki zastępczej ich dziecka w proces jego wychowania [25]. Jeśli matka zastępcza ma partnera, ważna jest ocena stabilności związku i upewnienie się, że ma z jego strony wsparcie, aby móc stworzyć macierzyństwo zastępcze [24].

Problemy etyczne

Instynkt macierzyństwa jest najpotężniejszym pragnieniem, które istnieje we wszystkich żywych istotach. Rozmnażanie jest nadrzędnym celem każdego gatunku. Wraz z ogromnym postępem w dziedzinie medycyny, niepłodność znana w Indiach jako piętno społeczne może być teraz leczona przy użyciu nowych technologii medycznych, zwanych technologią wspomaganego rozrodu (ART - *assisted reproductive technologies*- technika wspomaganego rozrodu), takich jak zapłodnienie in vitro (IVF - *in vitro fertilisation*) lub iniekcja spermy wewnątrzmacicznej (ICSI - *intracytoplasmic sperm injection*) itp. Narodziny Louise Brown 25 lipca 1978 r., pierwszego dziecka na świecie poczętego dzięki technice zapłodnienia in vitro, były przełomowym krokiem w kontrolowaniu niepłodności i są uważane za jedno z najważniejszych osiągnięć medycznych ostatniego stulecia [30]. Od czasu pojawienia się IVF, rozwinęły się różne rozwiązania w zakresie rozrodu. Wraz z postępem zaawansowanych technologii medycznych, możliwości wyboru reprodukcyjnego i globalizacji, rynek międzynarodowego macierzyństwa zastępczego znacznie się rozwinął. Pojawiły się jednocześnie liczne obawy natury zdrowotnej, społecznej i etycznej związane z dobrostanem matek zastępczych i dzieci. Obejmują one zagadnienia naruszenia autonomii i wolnego wyboru oraz zagrożenia dla godności ludzkiej [33]. Obawy budzi również potencjalne niewłaściwe

stosowanie macierzyństwa zastępczego z przyczyn niemedycznych - na przykład "dla wygody" [35]. Powstała nowa rzeczywistość, w której docelowe matki uważają się za prawdziwą matkę, a matki zastępcze mimo łączących je z dzieckiem aspektów prawnych, biologicznych (ciążowych) i genetycznych nie są określane tym mianem. Ta nowa rzeczywistość jest sprzeczna z definicją macierzyństwa podawaną przez Słownik Oksfordzki. Zgodnie z nią, prawdziwym zastępcą jest ten, który działa w miejsce innego, a taka sytuacja nie ma miejsca w macierzyństwie zastępczym [35]. Podejście do macierzyństwa zastępczego oparte na etyce opieki pozwoliłoby na stworzenie szerszej pojętej definicji, która skupiałaby się na rozwijaniu relacji opiekuńczych [31]. W przypadku, kiedy rodzice chcą mieć dzieci, ale nie są w stanie wytworzyć własnych gamet, w procedurze wspomaganego rozrodu pochodzą one od dawców, co daje możliwość, aby stać się rodzicami społecznymi. Efektem poczęcia z gamet dawców jest to, że dzieciom brak będzie powiązań genetycznych z jednym lub obojgiem rodziców. Aby zrekompensować ten brak pokrewieństwa genetycznego, niektóre kliniki płodności angażują się w praktykę dopasowywania dawców gamet do rodziców w odniesieniu do pochodzenia etnicznego. Celem jest zwiększenie prawdopodobieństwa, że powstałe dziecko będzie miało cechy fenotypowe rodzica biorcy, pomimo braku bezpośredniego powiązania genetycznego. Jak zauważył Fogg Davis, dopasowanie etniczne w darowiźnie gamet zakłada rasizm sugerując, że "gamety danej osoby są przekaźnikami znaczeń rasowych, które mogą i powinny być selektywnie przekazywane dziecku za pomocą technologii reprodukcyjnych". To, w jakim stopniu ważne jest podobieństwo dzieci do rodziców, ma uwarunkowanie kulturowe. Zauważono, że rodziny w społeczności afroamerykańskiej nie przykładają wartości do podobieństwa, ponieważ uznają różnorodność środowisk genetycznych w obrębie swojej społeczności. Polityka dopasowania etnicznego może przyczynić się do pojawienia się pewnych cech, które są uważane za "lepsze" ze względu na ich związek z uprzywilejowaną społecznie większością etniczną [32]. Świadome podjęcie roli matki zastępczej może być podstawą, na której należy zbudować nowe ramy etyczne dla turystyki reprodukcyjnej. Obecny model zakłada, że jeśli surogatka jest świadoma swojego ryzyka i jeśli lekarz, klient i państwo podejmą rozsądny wysiłek, aby w pełni przekazać informacje o tym ryzyku, bez wywierania przymusu oraz pod warunkiem, że będą przekonani, że są zrozumiani przez matkę zastępczą – wówczas procedura, jakkolwiek ryzykowna, jest wystarczająco etyczna. Powstaje problem granic opieki nad matką zastępczą. Jej zdrowie jest ważne dla docelowych rodziców w czasie ciąży. Biorąc pod uwagę prawdopodobieństwo urazu poporodowego (lub depresji) nasuwa się pytanie, kto jest ostatecznie odpowiedzialny za zapewnienie surogatce wystarczającej opieki. Następną kwestią etyczną jest możliwość selektywnej redukcji zarodków, dokonywanej z kilku

medycznie uzasadnionych powodów. Taka selektywna redukcja nie jest rzadkością występującą w ART. W miarę rozwoju światowego przemysłu turystyki reprodukcyjnej obowiązkiem wszystkich stron, w tym rządu i społeczeństwa obywatelskiego, jest poszukiwanie rozwiązań wielu problemów natury etycznej, z którymi wiąże się to zjawisko [34].

Podsumowanie

Macierzyństwo zastępcze to praktyka polegająca na tym, że kobieta pozostaje w ciąży dla innej kobiety z zamiarem przekazania jej dziecka po porodzie [36]. Stanowi ono szansę na posiadanie potomstwa przez pary niepełne, mężczyzn w związkach homoseksualnych lub też osób samotnych. Istnieją dwa rodzaje surogacji: tradycyjna (ang. *traditional surrogacy*) oraz ciążowa (ang. *gestational surrogacy*). Pierwsza ma miejsce w przypadku, gdy matka zastępcza jest dawczynią komórki jajowej, natomiast w surogacji ciążowej nie ma związku genetycznego surogatki z potomstwem. Ze względu na motywacje możemy podzielić surogatki na altruistyczne i komercyjne. Z powodu spadku płodności w Europie sugeruje się wzrost zapotrzebowania na matki zastępcze. W latach 80. XX w. Stany Zjednoczone przodowały w przeprowadzaniu procesu macierzyństwa zastępczego. Obecnie w dobie turystyki reprodukcyjnej (ang. *reproductive tourism*), określanej też jako transgraniczna opieka reprodukcyjna (ang. *CBRC – cross-border reproductive care*) na popularności zyskały kraje, takie jak Indie i Tajlandia ze względu na brak lub łagodniejsze obostrzenia prawne tej procedury oraz mniejsze koszty. Obecnie dostępne są nieliczne badania na temat psychosocjologicznych konsekwencji surogacji. Fakt ponownej decyzji zostania surogatką może sugerować, że macierzyństwo zastępcze może pozytywnie wpływać na kobiety. Niewątpliwie sytuacja wiąże się z wieloma stresami i rzutuje na relacje z własnymi dziećmi, ale również można analizować ją w kontekście społecznym. Mimo że sama ciąża wydaje się skutkować podniesieniem samopoczucia, okres po porodzie i oddaniu dziecka może być przyczyną depresji dla surogatki.

Przyszli docelowi rodzice nie są pozbawieni problemów - oprócz tych związanych z prawnymi regulacjami - muszą zmierzyć się również z tymi, które dotyczą relacji z dzieckiem, w tym kwestii przekazania informacji o pochodzeniu. Na podstawie badań wiemy, że dzieci urodzone przez matki zastępcze wykazują ogólny dobry stan zdrowia psychicznego. Mimo możliwości płynących z macierzyństwa zastępczego trzeba zastanowić się nad jego etycznymi aspektami i potencjalnymi zagrożeniami. Surogacja komercyjna może być traktowana jako środek do osiągnięcia własnych celów, co budzi moralne zastrzeżenia w kontekście

wykorzystywania ciała ludzkiego dla dochodów finansowych. Istnieje również jako opozycja do wskazań Europejskiej Konwencji Bioetycznej. Niepokój powoduje polityka dopasowania etnicznego, która może stanowić pole do nadużyć. Po roku 1990, w którym w Ameryce decyzją sądu matką została kobieta, która nie urodziła dziecka, ale miała intencję poczęcia i jego wychowania, nasuwa się pytanie o definicję słowa „matka”. W Polsce - według treści art.61 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego - o tym, kto jest matką decyduje fakt urodzenia, a nie pokrewieństwo genetyczne. Z pewnością macierzyństwo zastępcze, oprócz unikalnej możliwości spełnienia naturalnego pragnienia posiadania potomstwa, powinno być wnikliwie rozważone pod względem etycznym, ponieważ zagadnienie to dotyczy godności ludzkiej, prokreacji, jak również wiąże się z wieloma aspektami natury prawnej, psychologicznej i społecznej [36].

Piśmiennictwo

1. Patel N., Jadeja Y., Bhadarka H., et al.: Insight into different aspects of surrogacy practices. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 2018, 11, 212-218.
2. Beski S., Gorgy A., Venkat G., et al.: Gestational surrogacy: a feasible option for patients with Rokitansky syndrome. *Human Reproduction*, 2000, 15(11), 2326-2328.
3. Brinsden P.: Gestational surrogacy. *Human Reproduction Update*, 2003, 9(5), 483- 491.
4. Guerrier D., Mouchel T., Pasquier L., Pellerin I.: The Mayer-Rokitansky-Küster- Hauser syndrome (congenital absence of uterus and vagina) – phenotypic manifestations and genetic approaches. *Journal of Negative Results in BioMedicine*, 2006, 5(1), 1-8.
5. Goli M., Farajzadegan Z., Heidari Z., Kohan S.: Reproductive and sexual Health of surrogate mothers, developing a care program: a protocol for mixed methods study. *Reproductive Health*, 2019, 16(1), 1-6.
6. Deonandan R.: Recent trend in reproductive tourism and international surrogacy: ethical considerations and challenges for policy. *Risk Management and Healthcare Policy*, 2015, 8, 111-119.
7. Salama M., Isachenko V., Isachenko E., et al: Cross border reproductive care (CBRC): a growing global phenomenon with multidimensional implications (a systematic and critical review). *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 2018, 35, 1277-1288.

8. Blyth E., Auffrey M.: International policy on cross border reproduction services. <https://www.ifsw.org/cross-border-reproductive-services/> (23.04.2019).
9. Inhorn M.C., Patrizio P.: Rethinking reproductive „tourism” as reproductive „exile”. *Fertility and Sterility*, 2009, 92, 904-906.
10. Mohapatra S.: Achieving Reproductive Justice in the International Surrogacy Market. <https://lawecommons.luc.edu/annals/vol21/iss1/18/> (24.04.2019).
11. Smerdon UR: Crossing bodies, crossing borders: international surrogacy between the United States and India. *Cumberland Law Review*, 2008, 39, 15-85.
12. Bhalla N., Thapliyal M.: Foreigners are flocking to India to rent wombs and grow surrogate babies. <https://www.businessinsider.com/india-surrogate-mother-industry-2013-9?IR=T> (23.04.2019)
13. Gugucheva M.: Surrogacy in America. <http://www.councilforresponsiblegenetics.org/pagedocuments/kaevj0a1m.pdf> (25.04.2019)
14. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine: Cross-border reproductive care: an Ethics Committee Opinion. *Fertility and Sterility*, 2016, 106, 1627 – 1633.
15. Wilk P.: Surogatki. Jak działa system matek zastępczych. <https://www.polityka.pl/tygodnik-polityka/swiat/1591517,1,surogatki-jak-dziala-system-matek-zastepczych.read> (24.04.2019).
16. The Guardian: Thailand bans commercial surrogacy. <https://www.theguardian.com/world/2015/feb/20/thailand-bans-commercial-surrogacy> (26.04.2019).
17. Jackson E., Millbank J., Karpin I., Stuhmcke A.: Learning from Cross-Border Reproduction. *Medical Law Review*, 2017, 25, 23-46.
18. Timms O.: Ending commercial surrogacy in India: significance of the Surrogacy (Regulation) Bill, 2016. *Indian Journal of Medical Ethics*, 2018, 3, 99-102.
19. Tiwari V.: Surrogacy Regulation Bill Passed In Lok Sabha: 10 Points. <https://www.ndtv.com/india-news/surrogacy-regulation-bill-passed-in-lok-sabha-10-points-1965215> (26.04.2019).
20. Pandey A.K., Inder D., Sharma N.: Surrogacy and women’s right to health in India: issues and perspectives. *Indian Journal of Public Health*, 2013, 57, 65-70.
21. Lebensztejn M.E: Macierzyństwo zastępcze – problemy etyczne i prawne. *Miscellanea Historico-Iuridica*, 2014, 13, 299-315.
22. Mary P. Riddle, An investigation into the psychological wellbeing of the biological children of surrogates. *Cogent Psychology* 2017.

23. Ruiz- Robledillo N., Moya- Albiol L.: Gestational surrogacy: Psychosocial aspects, *Psychosocial Intervention*, 2016, 25, 3, 187- 193.
24. Koert E., Daniluk J.C.: Psychological and Interpersonal Factors in Gestational Surrogacy, *Handbook of Gestational Surrogacy*, Chapter 10, ed. E. Scott Sills. Published by Cambridge University Press. © Cambridge University Press 2016.
25. van den Akker O.B.A.: Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Human Reproduction Update*, 2007, 13, 1, 53–62.
26. van den Akker O.B.A.: Psychological trait and state characteristics, social support and attitudes to the surrogate pregnancy and baby. *Human Reproduction*, 2007, 22, 8 2287–2295.
27. Jadvá V., Imrie S., Golombok S.: Surrogate mothers 10-year son: a longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child. *Human Reproduction*, 2015, 30, 2, 373–379.
28. Lamba N., Jadvá V., Kadam K., Golombok S.: The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates. *Human Reproduction*, 2018, 33(4), 646-653.
29. Imrie S., Jadvá V.: The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reproductive BioMedicine Online* 2014, 29(4), 424–435.
30. Sharma R. S.: Social, ethical, medical & legal aspects of surrogacy: an Indian scenario. *Indian J Med Res*, 2014, 140 (Supplement), 13-16.
31. Cameron J.: An Ethics of Care Approach to Regulating Surrogacy. *J Law Med*, 2018, 26(2), 374-388.
32. Maung HH.: Ethical problems with ethnic matching in gamete donation,. *J Med Ethics*, 2019, 45(2), 112-116.
33. Knoche J.W.: Health concerns and ethical considerations regarding international surrogacy,. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2014, 126, 2, 183-186.
34. Deonandan R., Green S., van Beinum A.: Ethical concerns for maternal surrogacy and reproductive tourism. *Journal of Medical Ethics*, 2012, 38, 742-745.
35. van den Akker O.B.A.L.: Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Human Reproduction Update*, 2007, 13, 1, 53–62.
36. Silva-Ruiz P.F.: Macierzyństwo zastępcze- przegląd prawnoporównawczy. *Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny*, 1991, zeszyt 4, 123-132.

Wypadek śmiertelny za granicą – procedura sprowadzania ciała

Kimszal Ewelina¹, Kurowska Klaudia², Łukaszuk Cecylia R.³, Krajewska-Kułak Elżbieta³

1. student studiów doktoranckich, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. student studiów doktoranckich, Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Zagadnienie śmierci człowieka rozważa się na różne sposoby. Wszystkie z nich można umieścić w zakresie dociekań określanych pojęciem *tanatologia* (gr. *thanatos* – śmierć; *logos* – słowo). Można także próbować wyróżnić dwa podstawowe bieguny tanatologii: pierwszy empiryczny (biologia i medycyna), opisujący i definiujący zjawisko śmierci oraz drugi egzystencjalno-ideowy (filozofia i religia), który prowadzi krytyczny namysł nad dokonaniem tego pierwszego oraz stara się znaleźć odpowiedzi na głębsze pytania, te dotyczące sensu śmierci [1]. Lekarz i filozof Robert Roczeń [2] wskazuje bowiem, że to, co rozumie się pod pojęciem śmierci, da się przedstawić jako znaczenie zespołu trzech pojęć: 1. *umieranie* – to proces zmierzający do stanu bycia umarłym, 2. *śmierć* – będąca zjawiskiem stania się umarłym, 3. *bycie umarłym* – jest to stan pozbawiony objawów życia [2]. Aby jeszcze lepiej oddać związek owych pojęć, można go również zobrazować za pomocą używanej nieraz „metafory przejścia” (przejścia śmierci przez próg końca życia człowieka), w której: *umieranie* jest rozumiane jako „śmierć nadchodząca”, *śmierć* jako „śmierć przychodząca, *bycie umarłym* jako „śmierć odchodząca” [3]. Metafora ta pomaga zatem zauważyć swoistą ciągłość zjawiska śmierci. Każde bowiem z tych trzech pojęć zdaje się oznaczać coś innego (czy też skupia się na innej fazie śmierci), zaś wszystkie razem tworzą to, przez co rozumie się całą rzeczywistość obecną na progu ludzkiego życia. A zatem obraz nakreślony za pomocą rozkładu pojęcia śmierci zdaje się pouczać, że rozumienie zjawiska śmierci powinno zmierzać raczej do postrzegania śmierci w kategoriach pewnego *procesu* przebiegającego w czasie, składającego się z określonych faz, które bardzo płynnie następują po sobie. Śmierć taka nie powinna jawić

się jako punkt na osi czasu. A to oznacza, że domniemana granica życia i śmierci zdaje się rozmywać, przez co coraz trudniej jest określić, kiedy rzeczywiście następuje zgon. Obraz ten okazuje się więc pewnym wstępem dla medycznego spojrzenia na zjawisko śmierci, które zmierza do podobnych wniosków.

Śmierć za granicą

Z pełnym przekonaniem należy stwierdzić, że wzrost popularności międzynarodowego ruchu turystów przyczynił się do tego, iż instytucja międzypaństwowego sprowadzania ciała osoby zmarłej wykazuje tendencję wzrostową, gdyż liczba zgonów obywateli poza granicami własnego państwa jest coraz większa. W większości dużych polskich miast funkcjonują firmy zajmujące się międzynarodowym transportem zwłok lub szczątków, oferujących usługi transportowe z wielu państw świata (który to transport obwarowany jest pewnymi warunkami, o czym w dalszej części artykułu). Niestety, koszty takiego transportu oscylują w granicach, których niejednokrotnie nie pokrywa zasiłek pogrzebowy. Rodzina zmarłego obciążona już kosztami musi ponieść dodatkowe, które równocześnie pogłębiają istniejący już być może dług spadkowy. Zagadnienie to jest nierozdzielnie związane z kwestią międzynarodowego transportu zwłok. Idąc dalej, zasygnalizowania wymaga, iż w momencie działu spadku istotne znaczenie ma nie tylko pogrzeb, ale także międzynarodowy transport zwłok (w przypadku zgonu za granicą). W kontekście powyższego rodzi się pytanie o regulacje prawne międzynarodowego transportu zwłok. Należy podkreślić, że raz podjęta decyzja dotycząca transportu zwłok jest nieodwracalna, gdyż w momencie odmowy lub braku zainteresowania transportem zwłok lub szczątków do kraju zmarłego, pochówek zwłok następuje zgodnie z przepisami kraju miejsca zgonu, gdzie szczątki niejednokrotnie trafiają do mogiły zbiorowej, przez co ekshumacja oraz późniejszy transport są niemożliwe [4].

Transport międzynarodowy

W przypadku konieczności sprowadzenia ciała bądź prochów z zagranicy, pamiętaj, że taki transport może odbyć się zarówno drogą lądową, morską, jak i powietrzną. W międzynarodowym obrocie osobowym, a zwłaszcza w ruchu turystycznym, zdarzają się nieszczęśliwe wypadki losowe w postaci zgonu za granicą własnego państwa. W konsekwencji pojawia się zagadnienie transportu zwłok zmarłej osoby do państwa pochodzenia. Zgodnie z ogólną regułą, wyrażoną w art. 37 konwencji wiedeńskiej o stosunkach konsularnych [5] w razie zgonu obywatela jednego państwa (tzw. państwo wysyłające) na terytorium drugiego

państwa (tzw. państwo przyjmujące) władze państwa przyjmującego powinny niezwłocznie zawiadomić o tym urząd konsularny państwa wysyłającego, w którego okręgu nastąpił zgon. Jeśli rzecz dotyczy polskiego obywatela, konsul RP, za pośrednictwem Urzędu Wojewódzkiego właściwego dla miejsca zamieszkania zmarłego, powiadamia rodzinę w kraju. Konsul podejmuje często również działania w celu wyjaśnienia okoliczności śmierci, udziela także rodzinie zmarłego koniecznej pomocy w zabezpieczeniu rzeczy należących do zmarłego i uzyskaniu świadczenia z tytułu ubezpieczenia. Jeśli zgon był skutkiem przestępstwa lub nastąpił w niewyjaśnionych okolicznościach, konsul współpracuje z organami państwa przyjmującego, prowadzącymi postępowanie w sprawie i udziela rodzinie zmarłego informacji o wynikach postępowania. Pomaga także w uzyskaniu dokumentów, które umożliwiają przewóz zwłok do państwa wysyłającego.

Zagadnienie transportu zwłok, a zwłaszcza ich przewozu do Polski z zagranicy, regulują w prawie polskim trzy podstawowe akty prawne

- 1) Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych [6],
- 2) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi [7],
- 3) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 grudnia 2007 r. w sprawie pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich [8].

Wspomnieć należy również o Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 11 lipca 2008r. w sprawie przewozu lotniczego materiałów wymagających szczególnego traktowania [9]. Do tego rodzaju materiałów rozporządzenie to zalicza m.in. zwłoki ludzkie. W zakresie zakazów i ograniczeń oraz warunków przewozu lotniczego zwłok ludzkich odsyła ono do ww. aktów prawnych.

Sprowadzenie do Polski zwłok lub prochów

W celu sprowadzenia z zagranicy zwłok lub prochów wymagane jest pozwolenie, które wydaje starosta lub prezydent miasta właściwy ze względu na planowane miejsce pochówku zwłok lub prochów oraz zaświadczenie na sprowadzenie zwłok lub prochów (szczątków) do kraju wydane przez konsula. Zaświadczenie na sprowadzenie zwłok lub prochów (szczątków) do Polski wydawane jest przez konsula na podstawie pozwolenia starosty lub prezydenta miasta. Z wnioskiem o wydanie takiego pozwolenia może zwrócić się do starosty lub prezydenta miasta rodzina zmarłego lub upoważniony do tego zakład pogrzebowy.

W celu sprowadzenia do Polski zwłok niezbędne jest skorzystanie z usług firmy specjalizującej się w międzynarodowym transporcie zwłok. Międzynarodowa firma pogrzebowa pomoże również w transporcie prochów. Co do zasady, urna z prochami może być przewieziona dowolnym środkiem transportu, w warunkach zapewniających poszanowanie szczątków, np. samochodem prywatnym oraz w formie bagażu podręcznego – szczegółowe zapisy regulują regulaminy linii lotniczych [10].

Wymagane dokumenty do transportu ciała z zagranicy

Oprócz pozwolenia starosty lub prezydenta miasta należy przedłożyć oryginały następujących dokumentów:

- Przetłumaczony na język polski akt zgonu z podaną przyczyną zgonu. Jeśli w akcie zgonu nie określono przyczyny zgonu, należy dostarczyć inny dokument urzędowy stwierdzający wykluczenie choroby zakaźnej jako przyczyny zgonu
- Zezwolenie na przewóz zwłok. Oryginał pełnomocnictwa w przypadku, gdy z wnioskiem występuje osoba inna niż uprawniona do pochowania zwłok
- Zaświadczenie zakładu pogrzebowego zajmującego się transportem, że zwłoki zostały włożone do metalowej trumny, zawierającej na dnie warstwę substancji chłonnej o grubości co najmniej 5 cm, a trumna metalowa została dokładnie zalutowana i włożona do drewnianej skrzyni w taki sposób, aby nie mogła się w niej poruszać
- Zgodę na pochówek
- Oryginał medycznego poświadczenia zgonu
- Polski paszport osoby zmarłej (jeżeli posiadała).

Opłat, jakich należy dokonać to pozwolenie na sprowadzenie zwłok lub szczątków ludzkich z zagranicy i są one wolne od opłaty skarbowej, a w przypadku działania przez pełnomocnika – opłata wynosi 17,00zł od pełnomocnictwa. Pełnomocnictwo udzielone wstępnemu, zstępnemu lub rodzeństwu są zwolnione z opłaty skarbowej [11]. Zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych, wnioskodawcą może być: małżonek(ka), krewni zstępnego, krewni wstępnego, krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej do 1 stopnia [10].

Do przewozu prochów należy skompletować poniższe dokumenty

Oprócz pozwolenia starosty lub prezydenta miasta należy przedłożyć oryginały następujących dokumentów: akt zgonu, zaświadczenie o kremacji zwłok, oryginał medycznego

poświadczenia zgonu, zaświadczenie zakładu pogrzebowego, że prochy zostały umieszczone w szczelnym, odpornym na uszkodzenia pojemniku, zaświadczenie zakładu pogrzebowego, że urna jest z metalu i zawiera wyłącznie prochy osoby zmarłej, olski paszport osoby zmarłej (jeżeli posiadała) [10,11].

W przypadku podjęcia przez rodzinę zmarłego decyzji o niesprowadzaniu zwłok do Polski, konsul występuje do władz miejscowych z prośbą o pochowanie zwłok zgodnie z prawem miejscowym (na koszt władz lokalnych na cmentarzach publicznych). Konsulat nie pokrywa zobowiązań finansowych, nie udziela porad ani nie podejmuje w imieniu rodziny zmarłego żadnych decyzji związanych z wyborem sposobu oraz miejsca pochówku. Ambasada wymaga decyzji wydanej przez starostę (bądź prezydenta miasta). Zaświadczenie wydane przez księdza bądź parafię nie będzie akceptowane [10].

Środek transportu drogowego przeznaczony do przewozu zwłok i szczątków ludzkich powinien spełniać następujące wymagania techniczne i sanitarne:

- być trwale oznakowany w sposób wskazujący na jego przeznaczenie,
- posiadać kabinę kierowcy odizolowaną od części przeznaczonej na umieszczenie zwłok albo szczątków ludzkich,
- posiadać zabezpieczenie przed przesuwaniem się trumny lub pojemnika na zwłoki albo szczątki ludzkie podczas przewozu,
- posiadać podłogę w części przeznaczonej na umieszczenie trumny lub pojemnika na zwłoki albo szczątki ludzkie wykonywaną z materiałów łatwo zmywalnych i odpornych na działanie środków dezynfekujących,
- posiadać wydzielone miejsce na przechowywanie środków dezynfekcyjnych, sprzętu myjąco-czyszczącego oraz jednorazowych rękawic ochronnych [12].

Ponadto odnośnie środka transportu drogowego przeznaczonego do przewozu zwłok i szczątków ludzkich:

1. Nie dopuszcza się montażu miejsc siedzących w części przeznaczonej na umieszczenie zwłok albo szczątków ludzkich.
2. Po każdorazowym przewiezieniu zwłok albo szczątków ludzkich przeprowadza się dezynfekcję środka transportu w części przeznaczonej na ich umieszczenie.
3. Do dezynfekcji stosuje się preparaty o działaniu bakteriobójczym, wirusobójczym i grzybobójczym.

4. Zabrania się zewnętrznego mycia środka transportu drogowego przeznaczonego do przewozu zwłok i szczątków ludzkich w miejscach przypadkowych i prowizorycznie zorganizowanych myjniach.
5. Środek transportu drogowego powinien być zarejestrowany jako pojazd specjalny zgodnie z przepisami o ruchu drogowym [12].

Powyższych przepisów nie stosuje się do przewozu zwłok albo szczątków ludzkich środkami transportu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej. Przepisy rozporządzenia dotyczące wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich stosuje się odpowiednio do wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz szczątków powstałych ze spopielenia zwłok. Przewóz szczątków powstałych ze spopielenia zwłok, umieszczonych w szczelnym, odpornym na uszkodzenia pojemniku może odbywać się dowolnym środkiem transportu, w sposób zapewniający ich poszanowanie [12].

Koszty sprowadzenia ciała

Koszty sprowadzenia zwłok ponosi ubezpieczyciel, a w razie braku ubezpieczenia ciężar one na rodzinie zmarłego. Zagadnienie sprowadzania zwłok z zagranicy dotyczy ok. 3 tys. przypadków zgonów rocznie, przy czym liczba ta wykazuje tendencję wzrostową. Przykładowo, w 2007 r. polskie urzędy konsularne odnotowały 3160 przypadków zgonów obywateli polskich za granicą (najwięcej w Niemczech –1083, Wielkiej Brytanii –369, USA–330 i we Włoszech –219). Konsulowie udzielili pomocy w zakresie transportu zwłok lub szczątków do Polski aż w 2617 przypadkach [13]. Należy zauważyć, że w sytuacji wywozu zwłok lub szczątków z terytorium Polski albo ich tranzytu przez nasz kraj również wymagane jest pozwolenie lub zaświadczenia. W pierwszym przypadku Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny wydaje pozwolenie po uprzednim przedłożeniu wymaganych dokumentów właściwej władzy państwa, na którego terytorium zwłoki lub szczątki mają być pochowane, a także państw, przez których terytorium mają być przewożone, stwierdzających brak przeszkód do pochowania lub wwiezienia zwłok lub szczątków na terytorium danego państwa. W drugim przypadku przewóz zwłok i szczątków przez terytorium RP może nastąpić dopiero po uzyskaniu zaświadczenia - wydanego przez polskiego konsula w państwie, z którego przewóz ten ma nastąpić stwierdzając brak przeszkód do wwiezienia zwłok i szczątków na terytorium innego państwa. Koszt sprowadzenia zwłok lub prochów osoby zmarłej z zagranicy uzależniony jest od kosztów transportu, czyli odległości pomiędzy miejscowościami z której i do której transportujemy zwłoki i od dodatkowych opłat konsularnych, administracyjnych kosztów firmy pogrzebowej w kraju, w którym nastąpiła śmierć.

Przykładowy koszt sprowadzenia zwłok z zagranicy ze strony [<http://www.exitium.pl/transport-zwlok>]: transport zwłok z Anglii do Polski i z Polski do Anglii od 6900 PLN; transport zwłok z Belgii do Polski i z Polski do Belgii od 5700 PLN; transport zwłok z Holandii do Polski i z Polski do Holandii od 5900 PLN; transport zwłok z Niemiec do Polski i z Polski do Niemiec od 3900 PLN; transport zwłok z Norwegii do Polski i z Polski do Norwegii od 6900 PLN; transport zwłok z Szwecji do Polski i z Polski do Szwecji od 6600 PLN; transport zwłok z Włoch do Polski i z Polski do Włoch od 7900 PLN.

Podane ceny zawierają: koszt uzyskania zezwoleń w urzędach polskich, zdobycie dokumentów w urzędach zagranicznych, tłumaczenie aktu zgonu i pozostałych dokumentów, odprawę celną i sanitarną, odprawą konsularną w polskiej placówce dyplomatycznej, transport wyspecjalizowanym karawanem, trumnę z wkładem metalowym, przygotowanie i zabezpieczenie zwłok przed transportem. Podane ceny nie zawierają: opłat administracyjnych w kraju, w którym nastąpiła śmierć (jeżeli takie występują), opłat tranzytowych, opłat w zagranicznej firmie pogrzebowej, wszelkiego rodzaju opłat za pobyt zmarłego w szpitalu lub innej placówce, jeżeli zmarły nie był ubezpieczony i takie koszty wystąpią, dodatkowych czynności i akcesoriów pogrzebowych zleconych przez rodzinę [14].

Pochówek osoby zmarłej na chorobę zakaźną

Prawo przewiduje obowiązek pochowania ciała osoby zmarłej na chorobę zakaźną w ciągu 24 godzin. Prawo nie przewiduje specjalnego grobu dla osoby zmarłej na chorobę zakaźną. Obowiązki związane z postępowaniem w przypadku podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej lub zakażenia oraz w przypadku stwierdzenia zgonu z powodu choroby zakaźnej nakłada na lekarza ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 z późn. zm.; dalej jako: u.z.z.) [15].

Ministerstwo Zdrowia w dniu 6 grudnia 2001 wykazało spis chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby (Dz. U. Nr 152, poz. 1742). Są to cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne [16].

Kwestię zabezpieczenia przed szkodliwym wpływem zwłok na otoczenie reguluje art. 9 ust. 5 u.c.c.z., zgodnie z którym od chwili zgonu aż do pochowania zwłoki powinny być przechowywane w taki sposób, aby nie mogły powodować szkodliwego wpływu na otoczenie. W przypadku osób zmarłych na choroby zakaźne sposób postępowania ze zwłokami zawiera

rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. Nr 153, poz. 1783 z późn. zm.; dalej jako: r.p.z.s.). Zwłoki osób zmarłych na wymienione wyżej choroby zakaźne niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu zawija się w płótno nasycone płynem dezynfekcyjnym, składa w trumnie, a trumnę szczelnie się zamyka i obmywa z zewnątrz płynem dezynfekcyjnym. Następnie na trumnę zakłada się worek foliowy z nieprzepuszczalnego tworzywa sztucznego, odpornego na uszkodzenia mechaniczne. Zwłoki zawozi się bezpośrednio z miejsca zgonu na cmentarz i dokonuje pochowania w ciągu 24 godzin od chwili zgonu. Po dostarczeniu trumny na cmentarz worek zdejmuje się i spala (§ 4 ust. 1 r.p.z.s.). Wg § 4 ust. 2 w pomieszczeniu, w którym leżą zwłoki, nie mogą zbierać się ludzie, zakazane jest dotykanie zwłok (z wyjątkiem czynności wymienionych w ust. 1), na dnie trumny umieszcza się warstwę substancji płynochłonnej o grubości 5 cm, a pomieszczenie, w którym osoba zmarła przebywała oraz wszystkie przedmioty, z którymi była w styczności, jak też środek transportu, którym zwłoki były przewożone, poddaje się odkażaniu [17].

Podsumowanie

Marginalne zainteresowanie praktyków międzynarodowym transportem zwłok dowodzi, że problem ten wymaga zgłębienia. Zważywszy zarówno potrzebę dodatkowych uregulowań prawnych w zakresie omawianej tematyki, jak i to, że problem ten wykracza poza ramy dyskursu naukowego, z pewną dozą przekonania należy uznać, iż może stanowić załączek do dalszych rozważań naukowych. Międzynarodowy transport zwłok/szczątków ludzkich wymaga przestrzegania określonych zasad sanitarnych i bezpieczeństwa, których należy bezwzględnie przestrzegać. W przypadku podjęcia decyzji o skorzystaniu z usług polskiej firmy pogrzebowej poleca się upewnienie się, że firma ta zna i rozumie zasady rządzące międzynarodowym transportem zwłok, posiada odpowiednie doświadczenie w tej dziedzinie, a pracownicy firmy komunikują się w języku angielskim.

Piśmiennictwo

1. Bortkiewicz P.: Tanatologia [w:] Encyklopedia bioetyki, Muszala A. (red.), wyd. 2, Radom, 2009, 602–606.
2. Roczeń R.: Na pograniczu życia. Warszawa, 2007, 18-22.
3. Morończyk D.: „Do not resuscitate”. Czyli kiedy można odstąpić od reanimacji? Wydawnictwo Świętego Stanisława BM, Kraków, 2011.

4. Bachera E., Chmielewska H., Smółka B.: Międzynarodowy transport zwłok – postulatory de lege lata i de lege ferenda. http://www.repozytorium.uni.wroc.pl/Content/77820/04_E_Bachera_H_Chmielewska_B_Smolka_Miedzynarodowy_transport_zwlok.pdf (30.04.2019).
5. Konwencja wiedeńska o stosunkach konsularnych, sporządzona w Wiedniu dnia 24 kwietnia 1963 r. (DzU 1982, nr 13, poz. 98).
6. Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (DzU 2000, nr 23, poz. 295).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (DzU 2001, nr 153, poz. 1783).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich (DzU 2007, nr 249, poz. 1866).
9. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 11 lipca 2008 r. w sprawie przewozu lotniczego materiałów wymagających szczególnego traktowania (DzU 2008, nr 126, poz. 814).
10. Ambasada Rzeczypospolitej Polskiej w Ottawie. Sprowadzenie do Polski zwłok lub prochów https://ottawa.msz.gov.pl/pl/informacje_konsularne/sprawy_prawne/zwloki_prochy/ (30.04.2019).
11. Procedury dotyczące wydawania zezwoleń na sprowadzenie zwłok i szczątków z zagranicy https://www.powiat.turek.pl/media/att/Procedury_dot._wydawania_zezwole%C5%84_na_srowadzenie_zw%C5%82ok_i_szcz%C4%85tk%C3%B3w_z_zagranicy.pdf (30.04.2019).
12. Transport zwłok zarówno na terenie kraju, jak i sprowadzenie ich z zagranicy. Główny Inspektorat Sanitarny - 19.04.2018
13. Raport o pracy polskiej służby konsularnej w 2007 r., Departament Konsularny i Polonii MSZ, Warszawa, maj 2008 r.
14. <http://www.exitium.pl/transport-zwlok> (30.04.2019).
15. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. 2001 nr 126 poz. 1384)
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby (Dz.U. 2001 nr 152 poz. 1742)
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz.U. 2001 nr 153 poz. 1783)

PROBLEMY OPIEKI
PALIATYWNEJ/
HOSPICYJNEJ
I PERINATALNEJ



Dziecko z chorobą nowotworową. Opieka psychologiczna w procesie leczenia na przykładzie Kliniki „Przyłodek Nadziei”

Rygiel Klaudia¹, Wijata Klaudia¹, Dorna Krzysztof³, Hauzer Aneta¹, Sobieszcańska Małgorzata¹, Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Ferenc Stanisław², Gnus Jan^{1,2}

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

Wstęp

Według Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej: „*nowotwór to nieprawidłowa tkanka charakteryzująca się nadmiernym rozrostem niepodporządkowanym prawidłowym funkcjom organizmu*” [1]. Choroba nowotworowa dotyka głównie osoby starsze, dojrzałe, u których mechanizmy obronne i naprawcze organizmu mogły ulec osłabieniu. Wśród dzieci stosunkowo rzadko notuje się występowanie chorób z tego kręgu. Tylko 1% zachorowań na nowotwory dotyczy pacjentów poniżej 18. roku życia. W Polsce w tej grupie wiekowej występuje ok. 1100 – 1200 nowych zachorowań rocznie, a według danych z 2011 roku na przestrzeni kilku lat współczynnik zachorowalności utrzymywał się na przybliżonym poziomie 140 – 145 nowych zachorowań na 1 mln dzieci i młodzieży. Najczęstszą grupą chorób są białaczki – ok. 26%, następnie nowotwory ośrodkowego układu nerwowego – ok. 22%, chłoniaki – ok. 16% i pozostałe, m.in.: guzy obwodowego układu nerwowego, mięsaki tkanek miękkich, guzy nerek, kości, nowotwory zarodkowe [2].

Dla dorosłego pacjenta postawienie diagnozy choroby nowotworowej jest ogromnym wstrząsem psychicznym. Zarówno dla niego samego, jak i dla jego bliskich jest to sytuacja nagła, niespodziewana i w żaden sposób niezaplanowana. Dodatkowo stresogennie działa powszechne społeczne postrzeganie nowotworu jako choroby nieuleczalnej. Często do wysunięcia podejrzenia choroby dochodzi – jak określają pacjenci – „przez przypadek” podczas badań przesiewowych czy okresowych badań, na które kierują pracodawcy [3]. U dzieci niepokojące objawy mogą zostać zauważone dzięki bacznej obserwacji i czujności rodziców lub na rutynowym bilansie przez lekarza rodzinnego czy pediatrę. Postawienie

takiej diagnozy u dziecka jest bardzo trudne do zaakceptowania przez pacjenta – jeśli wiek pozwala mu na zrozumienie sytuacji – jak i przez całe jego najbliższe otoczenie.

Problemy psychosocjalne

Pojawienie się choroby nowotworowej dziecka w rodzinie stanowi stresową sytuację kryzysową, która spada na członków rodziny nagle. Stanowi to obciążenie dla całej podstawowej komórki społeczeństwa jako całości, jak i dla każdego z jej członków z osobna. W obliczu nowej sytuacji można wyodrębnić trzy style funkcjonowania rodziny [4]:

- Pierwszy styl oparty na szukaniu przez rodziców optymalnych rozwiązań i potraktowaniu choroby dziecka jako wyzwania, któremu należy sprostać możliwie jak najlepiej. Rodzice korzystają z pomocy bliskich, różnych organizacji społecznych, religijnych, środowiska szkolnego, czy zawodowego. W systemie tym panuje dobra komunikacja, jasne określanie uczuć potrzeb i zadań, wzajemna troska i wsparcie.
- Drugi styl oparty na negatywnych emocjach, poczuciu winy, bezradności, lęku przed śmiercią, kryzysach wartości i szukaniu odpowiedzi na pytanie kto jest winny? Rodzina koncentruje się na znalezieniu przyczyny, zamiast na konkretnych działaniach. Wyzwolone poczucie winy sprawia, że rodzice troszczą się o chore dziecko bez stawiania mu jakichkolwiek granic, dając mu tym samym możliwość do manipulowania otoczeniem. Odbija się to negatywnie na zdrowym rodzeństwie i odbiera wszystkim siły do korzystania z pomocy otoczenia i dostępnych grup wsparcia [4,5].
- Trzeci styl charakteryzuje się próbą stereotypowego dopasowania ról członkom rodziny. Jeden z partnerów w całości oddaje się opiece nad chorym dzieckiem, drugi natomiast nie zmienia nic w swoim funkcjonowaniu, koncentruje się na zapewnieniu komfortu finansowego rodzinie. Taki model zachowań prowadzi do poczucia osamotnienia, braku woli empatii i braku zrozumienia wzajemnej sytuacji, wzajemnego obwiniania się i wyrzutów. W konsekwencji do ciężkiej sytuacji mogą dołączyć się nałogi, uzależnienia i całkowity rozpad relacji [4].

Niewątpliwie najlepszym stylem biorąc pod uwagę dobro chorego dziecka, trwałość relacji partnerskiej i zachowanie struktury rodziny jest styl przedstawiony jako pierwszy. Z punktu widzenia teoretyka postawy rodziców prezentowane w pierwszym stylu wydają się być oczywiste. Takie zdeterminowane i zorientowane na cele zachowanie rodziców jest jednak w praktyce bardzo trudne do wypracowania. W przebiegu procesu diagnostycznego,

szeregu badań specjalistycznych i skomplikowanych procedur medycznych rodzicom towarzyszy poczucie lęku, niepewność i strach o przyszłość. W momencie postawienia ostatecznej diagnozy pojawia się reakcja szokowa, odrętwienie i poczucie bezsilności. W głowie rodzica pojawia się gąstawa myśli i stawia on sobie wiele pytań, na które nie jest w stanie realnie odpowiedzieć. Następuje zakwestionowanie funkcji rodzicielskiej, poprzez poczucie niemocy i poczucie braku możliwości zapewnienia dziecku odpowiedniej ochrony [4,5]. Rodzice muszą na nowo zdefiniować swoją rolę, przeorganizować całkowicie dotychczasowe życie, pogodzić opiekę nad chorym dzieckiem z poświęcaniem czasu zdrowemu rodzeństwu i pracą zawodową w celu zapewnienia finansowego komfortu rodzinie. Czują na sobie ogromną wewnętrzną presję i odpowiedzialność, dodatkowo muszą szybko zaadaptować się do nowej sytuacji, poznać potrzebną nomenklaturę i procedury medyczne, co pomoże im w podejmowaniu świadomych decyzji dotyczących procesu leczenia ich dziecka. Decyzje terapeutyczne muszą być podejmowane bardzo szybko, niemalże zaraz po postawieniu diagnozy, żeby uzyskać możliwie jak największe szanse na wyleczenie pacjenta [5]. W tym wszystkim nie można zapomnieć, że rodzice muszą bardzo mocno wspierać swoje chore dziecko w cierpieniu psychicznym i fizycznym.

Postawa rodziców może w znacznym stopniu zniwelować występowanie negatywnych emocji u dziecka. Niepomyślna diagnoza nie zawsze musi mieć destrukcyjny wpływ na rodzinę, wręcz przeciwnie – może zostać potraktowana jako trudne wyzwanie, z którym należy za wszelką cenę sobie poradzić, wyzwolić energię do działania. Trzeba pamiętać, że postawy rodziców będą w znacznym stopniu zależeć od płci i ich wcześniejszych doświadczeń, a także będą zależne od samego podejścia do rodzicielstwa. U matek często występuje poczucie bezradności, lęku i strachu – a nadmierna koncentracja na emocjach skutkuje przyjęciem postawy nadmiernie ochraniającej, nadopiekuńczej. Przytłoczenie nadmiarem obowiązków i zmartwień skutkuje poczuciem osamotnienia i obwinianiem partnera o ucieczkę od obowiązków rodzicielskich [6]. Pewien odsetek ojców natomiast rzadziej podejmuje opiekę nad chorym dzieckiem, niechętnie uczestniczy w procedurach medycznych przeprowadzanych w przebiegu procesu leczenia, zaprzecza niepomyślnej diagnozie i nie pogłębia kontaktów z dzieckiem. Oddanie się pracy zawodowej często jest dla nich sposobem radzenia sobie z chorobą. Zdarza się, że ojcowie mają problem z zaakceptowaniem diagnozy, mają problem z okazywaniem emocji, unikają pomocy. Często ojcowie nie wierzą w swoje umiejętności rodzicielskie. Jest jednak grono mężczyzn, którzy na równi z matkami uczestniczą w opiece i leczeniu dziecka [6].

Kontrola emocji w kryzysowej sytuacji jest często kluczem do sukcesu. Doświadczenie choroby nowotworowej u dziecka często poprawia umiejętność takiej kontroli u rodziców, co pozytywnie wpływa na ich funkcjonowanie społeczne i pomaga w racjonalny sposób wspierać dziecko. Żeby jednak pomóc rodzicom w radzeniu sobie z negatywnymi emocjami i zminimalizować traumę, jaką wywołuje diagnoza choroby nowotworowej, konieczne jest zapewnienie im profesjonalnej specjalistycznej opieki [7].

Na onkologicznych oddziałach pediatrycznych leczeni są mali pacjenci w przedziale wiekowym 0 – 18 lat. Dla każdego z nich diagnoza choroby nowotworowej jest nagłą sytuacją kryzysową, nieznaną wcześniej wywołującą strach i poczucie lęku, jednak w zależności od wieku, a co za tym idzie stopnia dojrzałości i umiejętności pojmowania diagnoza wywołuje różne reakcje. Dla dzieci **do 2. roku życia** najważniejsze jest poczucie bliskości i bezpieczeństwa, które daje mu najczęściej obecność mamy. Maluch chłonie emocje od rodziców i otoczenia, a każde odstępstwo od codziennych rytuałów może wywołać u niego rozdrażnienie i niepokój, dlatego kluczowa u dzieci w tym przedziale wiekowym jest postawa i kondycja psychiczna rodziców [4,8].

Między 2. a 6. rokiem życia dzieci rozumieją już znacznie więcej i umieją dokładniej komunikować swoje potrzeby, lęki czy oczekiwania. Coraz silniej wyrażają potrzebę samodzielności, ale obecność rodziców jest dla nich nadal bardzo ważna. Pacjenci w tym przedziale wiekowym wyrażają swoje emocje w sposób niepojęty, dlatego często są to emocje skrajne – wybuchy złości, płacz lub całkiem odwrotnie - apatia i bierność. Dziecko widząc fizyczne objawy choroby jest w stanie lepiej ją zrozumieć. Podstawowym lękiem jest lęk przed bólem fizycznym. Ból jest dla dziecka czymś niezrozumiałym, bezsensownym, nie niosącym za sobą żadnych informacji. Dziecko czuje się bezradne wobec bólu, nie znajduje żadnej możliwości przejęcia nad nim kontroli. Jako formę walki z ich największym lękiem można wykorzystać „namacalność” środków, które pomagają przezwyciężyć ból, np. podawanie zimnych okładów do samodzielnego aplikowania. Zwiększa to poczucie kontroli u dziecka, a dodatkowo przekierowuje jego uwagę na coś innego niż niezwykle traumatyczny dla niego ból [4,5].

Między 7. a 12. rokiem życia dziecko stara się dokładnie zrozumieć istotę i obraz swojej choroby. Na takim etapie warto przedstawiać dziecku za pomocą prostych schematycznych rysunków co się dzieje w jego organizmie, jak zadziała leczenie farmakologiczne i radioterapia, czy wyjaśnić istotę operacji chirurgicznej. W tym wieku wyobraźnia jest już dobrze wykształcona i wszelkie niejasności, niedopowiedzenia mogą spowodować u dziecko błędny odbiór swojego stanu zdrowia – np. „zachorowałem, bo byłem

niegrzeczny dla siostry” – co wymagać będzie korekty. Dobrze jest wykorzystać rozbudowaną wyobraźnię małego pacjenta do celów terapeutycznych. Czytanie czy opowiadanie bajek terapeutycznych, wykorzystanie „magicznych” mocy do walki z chorobą – podaż kapsulek-żołnierzy mobilizujących układ odpornościowy, czy smok obrońca, który pomaga przezwyciężyć nudności podczas podawania chemioterapii. Ważne jest, by dokładnie słuchać dziecka podczas takich zabaw i dostosowywać sposoby terapeutyczne indywidualnie, bo dla każdego z pacjentów inne „magiczne” sztuczki będą miały większe znaczenie. Podstawowe zadanie rozwojowe tego wieku to nabycie umiejętności społecznych, dlatego należy zapewnić dziecku kontakt z grupą rówieśniczą – w granicach, na jakie pozwala aktualna kondycja zdrowotna. Kolejnym wyzwaniem jest poradzenie sobie z bólem, który na ogół u dzieci z chorobą nowotworową jest przewlekły, nierzadko bardzo silny, niereagujący na wiele przeznaczonych dla dzieci farmakoterapeutyków. Trudno jest wytłumaczyć pochodzenie czy uchwytą przyczynę bólu – dlatego często wykorzystuje się tutaj techniki poznawczo-behawioralne [4,8].

Wiek 12-15 lat, który jest jednocześnie okresem dojrzewania charakteryzuje się chęcią usamodzielnienia i bycia odpowiedzialnym za siebie. Pragnienie niezależności od rodziców powoduje, że nastolatek chce być w pełni informowany o swoim stanie zdrowia, jednak nie jest jeszcze w stanie sam sobie z tym poradzić, choć nierzadko odrzuca oferowane przez najbliższych wsparcie. Konieczność leczenia i hospitalizacji jest postrzegana przez niego w kategoriach porażki – sytuacji, która uniemożliwia wszystkie najważniejsze w tym okresie aktywności. Blokują bardzo wówczas ważne relacje rówieśnicze. Następuje faza silnego buntu, rozpacz, agresji, negowania wszystkich zaproponowanych rozwiązań, czy też apatia i reakcje depresyjne. Całą swoją agresję i negatywne emocje nastolatki zazwyczaj przelewają na osoby im najbliższe. Bardzo ważne jest, żeby rodzice nie poddawali się, przetrwali tę ciężką próbę i nie zrywali relacji, gdyż jest to dla nastolatka próba miłości. Pacjent w prezentowanym przedziale wiekowym doskonale rozumie, z czym wiąże się niepodjęcie lub przerwanie leczenia, jednak konieczność porzucenia grupy rówieśniczej i rewolucja w życiu wywołują frustrację i poczucie rozgoryczenia. Częstym problemem jest pojawiająca się w czasie choroby nadopiekuńczość ze strony rodziców. Dla dziecka, które niedawno osiągnęło swego rodzaju niezależność jest to niezwykle nieznośne i uciążliwe, dlatego bardzo ważna jest jasna komunikacja między rodzicem a dzieckiem. Określanie i rozmowa o emocjach może ułatwić obydwu stronom zrozumienie swoich potrzeb i wytworzyć jeszcze silniejsze relacje [4,5].

Młodzi dorośli **do 18. roku życia** są już w pełni świadomi obrazu choroby i wszystkich jej następstw, łącznie z potencjalną śmiertelnością. Chcą być traktowani jako partnerzy, a od bliskich oczekują bardziej wsparcia niż wyręczania. Postawienie rozpoznania choroby nowotworowej weryfikuje i zmienia wszystkie dotychczasowe plany, aktywności i relacje rówieśnicze, jednak z zastosowaniem technik poznawczych i behawioralnych jest szansa na przezwycięzenie lub chociaż zmniejszenie lęku i strachu przed całkowitym porzuceniem planów i marzeń człowieka u progu dorosłości [4].

W ujęciu medycznym choroba jest zaburzeniem pewnych procesów w zdrowym organizmie, z perspektywy psychologicznej natomiast choroba w młodym wieku to „zdarzenie w procesie rozwoju dziecka” [9]. Wszystkie koncepcje psychologiczne pokazują, że choroba prowadzi do całkowitego zachwiania równowagi nerwowej dziecka, traumatyzacji pacjenta i całego systemu rodziny. Blokuje podstawowe potrzeby, obniża możliwości poznawcze dziecka, zaburza procesy socjalizacyjne, opóźnia rozwój psychiczny i fizyczny dziecka [10]. Choroba nowotworowa jako choroba przewlekła może trwać nawet kilka lat. Czas trwania, przebieg choroby i przewlekający się proces leczenia przekraczają próg odporności emocjonalnej i są realnym zagrożeniem w procesie kształtowania się osobowości dziecka. Ból, skutki uboczne inwazyjnego leczenia wywołują strach, cierpienie fizyczne i duchowe. Izolacja od naturalnego środowiska, reorganizacja dotychczasowego życia, wyrwanie ze świata rówieśników zaburzą społeczne potrzeby dziecka [8,10].

Należy sobie uświadomić, że w chorobie nowotworowej pacjent przeżywa tzw. „cierpienie totalne”.

CIERPIENIE TOTALNE:
<ul style="list-style-type: none"> • Ból fizyczny • Cierpienie emocjonalne • Cierpienie socjalne • Cierpienie duchowe

Na podstawie: Dręgowska J.: Dziecko z chorobą nowotworową w rodzinie. Diagnoza. Wsparcie. WSNHiD, Poznań, 2010.

Wielowymiarowe doświadczenie o charakterze fizycznym, psychicznym i duchowym ogarniające całego człowieka, oddziałujące na każdą sferę życia chorego. Jedną ze składowych cierpienia totalnego jest ból fizyczny, który u dzieci wywołuje silny lęk i jest

szczególnie traumatyzujący. Może być związany z samą chorobą, jak również z procesem leczenia przeciwnowotworowego i jego skutkami ubocznymi. Kolejną komponentą jest cierpienie emocjonalne związane z zaburzeniem dotychczasowego porządku świata dziecka i lękiem przed utratą miłości, odrzuceniem, rozstaniem, utratą atrakcyjności, utratą pozycji społecznej i towarzyskiej. Inny element to cierpienie socjalne wynikające z poczucia utraty znaczenia w rodzinie, długotrwałej hospitalizacji, a tym samym izolacji od rodzeństwa i bliskich. W przewlekającym się procesie leczenia dołącza się cierpienie duchowe – lęk przed śmiercią i stawianie sobie pytań co do istoty śmierci [10].

Powyższe rozważania pokazują, że wsparcie i specjalistyczna opieka wykwalifikowanego personelu jest niezbędna i absolutnie konieczna w procesie leczenia onkologicznego dzieci. Pomocą należy objąć samych pacjentów oraz rodziców i rodzeństwo.

Klinika „Przyłodek Nadziei”

Wrocławska Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej „Przyłodek Nadziei” przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu każdego roku leczy ok. 2 tysiące dzieci chorych na nowotwór z całego kraju. Jest to obecnie także największy Ośrodek przeprowadzający transplantacje szpiku u dzieci. Budowa placówki rozpoczęła się w 2013 roku i kosztowała ponad 100 milionów złotych [11]. Inicjatorem budowy była Fundacja „Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową”, która to zebrała pierwsze środki na rozpoczęcie budowy oraz koordynowała cały proces inwestycyjny. Już w listopadzie 2015 roku Klinika zaczęła przyjmować pierwszych małych pacjentów [12]. W placówce mieści się wysokiej klasy laboratorium i nowoczesne pracownie inżynierii przeszczepu. Pacjenci mają dostęp do całej infrastruktury medycznej USK dzięki podziemnemu korytarzowi łączącemu obydwie Szpitale. Ponadto powstało kilka świetlic i sal zabaw dla hospitalizowanych dzieci i oddzielne sale lekcyjne [11,12].

W Klinice, oprócz specjalistycznej pomocy medycznej, mali pacjenci i ich rodziny otrzymują opiekę psychologiczną, która jest nieodłączną komponentą procesu leczenia onkologicznego. W Placówce działa Klinika Mentalna, która również powstała z inicjatywy Fundacji „Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową”. Jest to projekt unikatowy w skali kraju. Klinika Mentalna prowadzi szeroki zakres działań. Tworzona jest przez szereg wykwalifikowanych specjalistów, m.in.: 4 psychologów, neuropsychologa, psychiatrę, terapeutę pedagogicznego, muzykoterapeutę, neurologopedię oraz bardzo wielu wolontariuszy i zewnętrznych konsultantów z różnych pożądaných dziedzin [13].

Pomoc opiera się na niemieckim modelu kompleksowej opieki psychosocjalnej, mającej na celu działania na wielu różnych płaszczyznach. Holistyczne podejście do pacjenta i jego problemów - pomoc w sferze psychicznej, w sferze relacji interpersonalnych czy w sferze stosunków rodzinnych. Od początków leczenia małego pacjenta wypracowywany zostaje model relacyjny opieki psychologicznej. Oznacza to budowanie relacji między pacjentem i rodzicami a personelem, budowanie zaufania, co daje większe poczucie bezpieczeństwa, niweluje nieufność, przez co zapobiega powstawaniu dodatkowych negatywnych emocji [4]. Personel medyczny jest odpowiednio edukowany przez personel psychologiczny Kliniki, co ułatwia lekarzom i pielęgniarkom rozmowy z pacjentami i ich rodzinami. Ponadto sami także mają możliwość korzystania z pomocy w razie potrzeby. Na lekarzu spoczywa obowiązek przekazywania wszelkich informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta, informowanie o wynikach badań i diagnozach. W każdej sytuacji medycy mogą liczyć na merytoryczne rady, czy obecność psychologa przy rozmowie z pacjentem. Model relacyjny opieki polega na towarzyszeniu dziecku i rodzinie zarówno w tych dobrych, jak i złych chwilach.

Przekazywanie niepomysłnych informacji jest wyzwaniem dla lekarza i należy zdać sobie sprawę, że odgrywa ogromną rolę. To, w jaki sposób pacjent zostanie poinformowany o diagnozie realnie wpływa na postrzeganie przez niego choroby oraz nastawienie do przyszłego leczenia [14]. Ponadto nieprawidłowa relacja na linii lekarz – pacjent – rodzina jest źródłem niepotrzebnego stresu jatrogennego, który może negatywnie oddziaływać na dalsze procesy terapeutyczne [10]. Z pomocą przychodzi stosowany na całym świecie protokół SPIKES. Pozwala on budować odpowiednią relację już od chwili przekazywania informacji. Jest to sześcioliterowy akronim określający kolejne kroki w procesie przekazywania niepomysłnych informacji w praktyce klinicznej. Głównymi założeniami jest zapewnienie odpowiedniego otoczenia, poznanie stanu wiedzy pacjenta lub rodziny dotyczącego chorego, zaproszenie do rozmowy, przekazanie niepomysłnej informacji i upewnienie się, czy została prawidłowo zrozumiana. Przy tym wszystkim należy wykazać się empatią i w odpowiedni sposób zareagować na reakcje emocjonalne osoby, z którą rozmawiamy, na koniec podsumować rozmowę i przedstawić dalszy plan postępowania. Protokół jest przydatnym, praktycznym łatwym do opanowania narzędziem, pomocnym w praktyce klinicznej. Daje lekarzowi kontrolę nad przebiegiem rozmowy i uwrażliwia na emocje rozmówcy. Pozwala w uporządkowany sposób zbudować atmosferę zaufania i przekazać niepomysłną informację [15].

Proces wsparcia pacjentów i ich rodzin przez Klinikę Mentalną można podzielić na dwa etapy. Pierwszym etapem jest **proces adaptacyjny** mający na celu wsparcie rodziny w sytuacji lęku i strachu, towarzyszenie w pierwszych dniach diagnostyki, postawienia rozpoznania. Pomoc w poradzeniu sobie z szokiem i uświadomieniu konieczności przeorganizowania dotychczasowego życia [2]. Pacjenci i ich opiekunowie na początku hospitalizacji są oprowadzani po szpitalu, poznają infrastrukturę, dostępne sale, świetlice, zaznajamiani są z wachlarzem prowadzonych zajęć grupowych i indywidualnych. Pomaga to poczuć się choć trochę swobodniej w nowym miejscu w niezwykle trudnej dla nich sytuacji.

Kolejnym etapem jest **proces motywacyjny**, kiedy podejmowane są działania mające na celu pokonanie choroby. Nierzadko leczenie jest uciążliwe ze względu na skutki uboczne chemioterapii czy kilkumiesięczny, przedłużający się okres hospitalizacji. W celu ułatwienia przejścia przez ten okres choroby i utrzymania pacjenta w możliwie jak najlepszej kondycji emocjonalnej wykorzystywane są rozmaite metody psychoonkologiczne. W Klinice stosowana jest terapia Simontona, wprowadzona przez amerykańskiego onkologa-radioterapeutę, pioniera psychoonkologii dr Carla Simontona. Jest to model poznawczo-behawioralny psychoterapii, wykorzystujący wyobraźnię jako narzędzie motywacyjne. Głównymi założeniami jest poprawa jakości życia w chorobie nowotworowej przez lepsze funkcjonowanie emocjonalne pacjenta i osób bliskich, wspierających go, wzrost zaangażowania chorego w proces leczenia i poprawę komunikacji z otoczeniem oraz pozbycie się poczucia beznadziei. Wykorzystywana jest praca z własnymi emocjami i przekonaniem, ćwiczenia relaksacyjne, wizualizacje czy treningi uważności [16].

Praca z dziećmi wymaga technik dostosowanych do poziomu ich rozwoju i postrzegania świata. Mali pacjenci w Klinice uczestniczą w zapoczątkowanym w Stanach Zjednoczonych programie *Beads of Courage* – koraliki odwagi. Dziecko na początku dostaje sznurek do nawlekania koralików i koraliki z literami swojego imienia. Pierwszym etapem jest ułożenie na sznureczku swojego imienia, a następnie w przebiegu procesu leczenia dokładanie kolejnych paciorków według określonego przewodnika koloru koralików. Przyjęta chemioterapia to koralik biały, leczenie sterydami natomiast niebieski. Punkcja lędźwiowa oznaczona jest symbolem muszelki, utrata włosów kolorem brązowym, pobyt w izolatce limonkowym, leczenie chirurgiczne symbolizuje szklana gwiazdka, a radioterapię koralik świecący w ciemności [17]. Każdy sznurek koralików to wyjątkowa, spersonalizowana historia małego pacjenta. Jest to dobra metoda nie tylko ze względu na to, że dzieci mogą wykorzystać sznurki z koralikami, aby opowiedzieć o swoich doświadczeniach, ale także

pomaga zmniejszyć stres związany z nowotworem i przedstawia przebieg choroby jako zbiór kolorowych symboli, co pozytywnie wpływa na wyobraźnię i postrzeganie jej przez dziecko. Długotrwała hospitalizacja pozbawia dzieci możliwości uczestniczenia w zajęciach szkolnych i spotykaniu się z rówieśnikami. Zgodnie z rekomendacjami Międzynarodowego Komitetu Psychospołecznego równoległe z leczeniem prowadzi się działalność pedagogiczną dostosowaną do wieku chorego, umożliwiającą realizowanie obowiązku szkolnego [18]. Zajęcia pedagogiczne w Klinice prowadzone są indywidualnie lub grupowo. Dla dzieci i nauczycieli dostępne są osobne sale, gdzie można przeprowadzać lekcje w naukowej atmosferze skupienia. Ponadto Klinika Mentalna organizuje dla pacjentów szereg zajęć grupowych, integrujących i wspomagających rozwój psychofizyczny i kontakty interpersonalne w swoich grupach rówieśniczych. Prowadzone są także terapie za pomocą muzyki - muzykoterapia i arteterapia, czyli terapia za pomocą twórczości artystycznej, czy zajęcia relaksacyjne. Specjaliści i wolontariusze pomagają przezwyciężyć strach przed procedurami medycznymi poprzez zabawę z dziećmi w „zamianę ról” i opowiadanie terapeutycznych bajek. Powstała także książka „Żywionko”, gdzie zamieszczone zostały przepisy wspomagające rodziców w mądrym i zdrowym gotowaniu na każdym etapie choroby. Ponadto pacjenci i ich rodziny mogą również otrzymać wsparcie od specjalistów z Kliniki Mentalnej nawet już po zakończonej hospitalizacji [19].

Bardzo ważnym aspektem działania Kliniki Mentalnej jest dbanie nie tylko o dzieci, ale i o ich opiekunów. Zadbany i spokojny opiekun daje dziecku poczucie bezpieczeństwa, dlatego organizowane są m.in. różne akcje okolicznościowe, żeby dostarczyć zatroskanym rodzicom odskocznię od zmartwień. Rodzice, tak jak dzieci objęci są pomocą specjalistyczną w zakresie psychologii, uczestniczą w zajęciach grupowych i warsztatach, pomagających kontrolować i minimalizować negatywne emocje [19].

Podsumowanie

W procesie leczenia i rehabilitacji dzieci chorych onkologicznie powinno się zakładać holistyczne i wielodyscyplinarne podejście do pacjenta. Aspekt psychologiczny, społeczny i emocjonalny jest równie ważny co medyczny. Stan emocjonalny, postrzeganie choroby i nastawienie do procesu terapeutycznego są ważnymi elementami leczenia. Wsparcie ze strony rodziców jest jednym z najważniejszych czynników warunkujących dobre samopoczucie dziecka – dlatego dbanie o emocje i stan psychospołeczny rodziców jest nieodłączną i zdecydowanie konieczną składową terapii przeciwnowotworowej. Należy towarzyszyć

rodzinie w przeżywanym kryzysie, uświadamiać ich zasoby i rozwinąć zdolności samopomocy. Trzeba uwrażliwiać rodzinę na konieczność rozmowy i budowania jeszcze silniejszych relacji między jej członkami. Uświadamiać, że okazywanie przeżywanego emocji nie może być wstydlive – wręcz przeciwnie, pomaga w redukcji negatywnego napięcia wewnętrznego. Starać się pomóc przekuć stres związany z kryzysową sytuacją w siłę do działania i napęd do trudnej walki o życie i zdrowie dziecka. Taka kompleksowa i wielopłaszczyznowa pomoc może być zapewniona tylko dzięki zintegrowanej współpracy specjalistów z różnych dziedzin psychologicznych i medycznych. Każdy mały pacjent onkologiczny powinien być otoczony troskliwą opieką empatycznych, wykwalifikowanych osób, żeby szanse na jego wyleczenie były możliwie jak największe.

Piśmiennictwo

1. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. Informacje Ogólne. https://ptok.pl/dla_pacjentow/wazne_informacje/informacje_ogolne (20.03.2019).
2. Kowalczyk J.R.: Wprowadzenie do onkologii i hematologii dziecięcej. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 2011.
3. Jastrzębski. T., Zegarski W.: Diagnoza: rak i co dalej? http://www.onkonet.pl/dp_diagnoza_rak.php (21.03.2019).
4. Rogiewicz M.: Praktyczny podręcznik psychoonkologii dzieci i nastolatków. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2015.
5. Hesselbarth B., Graubner U.: Psychoonkologia w pediatrii [w:] Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne. Dortmuller M., Dietzfelbinger H., Sęk H. (red. wydania I polskiego), Elsevier Urban&Partner, Wrocław, 2011, 269-279.
6. Bennett Murphy LM., Flowers S., McNamara KA., Young-Saleme T.: Fathers of children with cancer: involvement, coping, and adjustment. *Journal of Pediatric Health Care*, 2008, 22, 182-189.
7. Cepuch G., Wojnar-Gruszka K., Gdańska K.: Kontrola emocji a lęk, agresja i zaburzenia o charakterze depresyjnym u rodziców dzieci chorych onkologicznie. *Psychoonkologia*, 2014, 1, 35 - 41.
8. Antoszevska B.: Dziecko z chorobą nowotworową – problemy psychopedagogiczne. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 2008.
9. Obuchowska I.: Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. WSiP, Warszawa, 1999.
10. Dręowska J.: Dziecko z chorobą nowotworową w rodzinie. Diagnoza. Wsparcie. WSNHiD, Poznań, 2010.

11. Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu.: Przyładek Nadziei – nowoczesne centrum onkologii dla dzieci już otwarty. http://usk.wroc.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=752:przyldek-nadziei&catid=158:dla-mediow&Itemid=176 (31.03.2019).
12. Ponadregionalne Centrum Onkologii Dziecięcej „Przyładek Nadziei”. https://pl.wikipedia.org/wiki/Ponadregionalne_Centrum_Onkologii_Dzieci%C4%99cej_%E2%80%9EPrzyl%C4%85dek_Nadziei%E2%80%9D (31.03.2019).
13. Fundacja Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową. O Fundacji. <https://naratunek.org/> (31.03.2019).
14. Dzieniszewicz M.: Protokół SPIKES – czyli jak przekazywać niepomysłne informacje. <http://psychoonkolog.eu/protokol-spikes-czyli-jak-przekazywac-niepomyslne-informacje/> (31.03.2019).
15. Banaszak B.: S-P-I-K-E-S praktyczna pomoc w trakcie przekazywania niepomysłnych informacji. <http://fundacjaprometeusz.pl/wsparcie-psychologiczne/s-p-i-k-e-s-praktyczna-pomoc-w-trakcie-przekazywania-niepomyslnych-informacji/> (31.03.2019).
16. Paleczna M.: Terapia Simontona – program dla pacjentów onkologicznych. <https://www.zwrotnikraka.pl/terapia-simontona-program/> (01.04.2019).
17. The Beads of Courage Program. <http://www.beadsofcourage.org/pages/beadsofcourage.html> (01.04.2019).
18. Deręgowska J.: Edukacja dzieci i młodzieży z chorobą nowotworową jako czynnik wsparcia. https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/4293/1/studia_eduk_21_s_27_9-298.pdf (01.04.2019).
19. Klinika Mentalna. Pomoc psychologiczna w Przyładku Nadziei. <https://naratunek.org/przyladek-nadziei/klinika-mentalna/> (01.04.2019).

Funkcjonowanie perinatalnej opieki paliatywnej na przykładzie wrocławskiego programu "RAZEM"

Królicka Anna, Biały Michał

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

Wykaz skrótów

NFZ - Narodowy Fundusz Zdrowia

WRWZAC - wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe

PATH - Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals

Wstęp

W XXI wieku, w dobie rozwiniętej diagnostyki prenatalnej, znacznie częściej niż przed laty medycyna jest w stanie rozpoznawać wady wrodzone, czyli wewnętrzne lub zewnętrzne nieprawidłowości morfologiczne powstające w okresie życia wewnątrzmacicznego i obecne przy urodzeniu, niezależnie od jej etiologii, patogenezy i momentu rozpoznania [1].

W przypadku, gdy jest to ciężkie i nieodwracalne upośledzenie płodu lub nieuleczalna choroba zagrażająca życiu, prawo polskie przewiduje możliwość przerwania ciąży [2].

Alternatywą dla rodziców jest podjęcie decyzji o urodzeniu dziecka, w oparciu o konsultacje specjalistów odnośnie leczenia wad; część rodziców decyduje się na kontynuowanie ciąży także w przypadku, gdy jest to wada letalna [3].

Wówczas swą rolę spełnia hospicjum perinatalne. Wedle definicji: „to nie placówka (np. hospicjum lub poradnia), ale model medycyny perinatalnej oparty na szacunku dla życia i godności nieuleczalnie chorego dziecka (płodu i noworodka). Zapewnia wszechstronną opiekę kobiecie ciężarnej po prenatalnym rozpoznaniu wady letalnej płodu, które zostało zweryfikowane w ośrodku referencyjnym. Przed porodem obejmuje całościową opiekę nad kobietą ciężarną: medyczną, psychologiczną i duchową, jak również wsparcie w żałobie niezależnie od okresu straty dziecka. Po porodzie obejmuje paliatywną opiekę neonatologiczną,

domową opiekę paliatywną oraz opiekę długoterminową. Stanowi alternatywę wobec eugenicznej aborcji oraz uporczywej terapii" [4].

Od roku 2017 perinatalna opieka paliatywna została ujęta na liście świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej [5].

Cel pracy

Celem pracy jest prezentacja działania modelu perinatalnej opieki paliatywnej w Polsce na przykładzie wrocławskiego Programu "RAZEM".

Material i metody

Material zebrany został poprzez analizę dostępnej literatury, a także za pomocą wywiadu ustnego nieskategoryzowanego, w którym respondentami byli członkowie personelu medycznego zaangażowani w działalność Programu "RAZEM".

Wybór metody podyktowany został specyfiką tematu, wymagającą zebrania danych możliwie dokładnych jakościowo, co pozwoliło na zgłębienie tematu powszechnie rzadko poruszanego [6].

Wyniki i dyskusja

Perinatalna opieka paliatywna swe początki ma w USA, gdzie opiera się na modelu wewnątrzszpitalnym. Polski model działania hospicjum perinatalnego, wprowadzony po raz pierwszy w Warszawskim Hospicjum dla Dzieci odbiega od amerykańskiego pierwowzoru - jest zbudowany na współpracy między diagnostyką prenatalną a hospicjum domowym dla dzieci [7].

Lekarze konsultujący ciężarne kobiety często nie wiedzą o istnieniu alternatywy dla przerwania ciąży, co sprawia, że pacjentki nie są informowane o istnieniu hospicjum perinatalnego [8].

Co więcej, Polska jest krajem, w którym odsetek ciąż zakończonych aborcją jest jednym z niższych w Europie. Z tego powodu odsetek wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych (WRWZAC) wśród noworodków jest wysoki. Zgodnie z literaturą, w 2006 roku sieć hospicjów domowych dla dzieci w Polsce obejmowała aż 91%

populacji kraju. Wykazano, że 20% dzieci leczonych w hospicjach cierpiało na WRWZAC [3].

Wciąż jednak nie ma oficjalnych wytycznych, które określałyby sposób funkcjonowania takich hospicjów. Każdy taki ośrodek niesie pomoc według innego, swoistego modelu.

Hospicjum funkcjonuje od marca 2014 roku w ramach Programu "RAZEM", utworzonego przez następujące podmioty:

- Poradnię Genetyczną Fundacji Uniwersytetu Medycznego
- Klinikę Ginekologii i Położnictwa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
- Klinikę Neonatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
- Hospicjum Perinatalne przy Fundacji "Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci"
- Fundację Evangelium Vitae.

Program nie został nigdy oficjalnie zatwierdzony przez wszystkie strony, a więc funkcjonuje w ramach porozumienia nieformalnego.

Program ten opisuje szereg czynności, procedur, które wykonane mają zostać, aby pomóc ciężarnym, u których wyniki badań prenatalnych (ultrasonograficznych lub genetycznych) wskazują na ciężkie zaburzenie rozwojowe płodu lub wadę letalną.

Program ma na celu objęcie opieką te pacjentki i rodziców, którzy świadomie zdecydowali się na kontynuację ciąży i poród dziecka z rozpoznaną ww. wadą.

Schemat pracy w ramach Programu obejmuje cykl spotkań, porad i badań. Wszystkie konsultacje medyczne udzielane są zgodnie z zasadą niedyrektywności.

W przypadku prenatalnego rozpoznania ciężkiej wady rozwojowej u płodu lub wady letalnej płodu przeprowadzana jest z rodzicami rozmowa dotycząca ocen stanu aktualnego, dalszego rokowania co do przeżycia płodu (dziecka) oraz istniejących możliwości dalszego postępowania. Pacjentka kierowana jest do poradni genetycznej celem konsultacji; w przypadku gdy pacjentka hospitalizowana jest w Klinice Ginekologii i Położnictwa, zwoływane jest interdyscyplinarne konsylium (i.e. genetyk, chirurg dziecięcy, kardiolog). W obu powyższych przypadkach sposób postępowania, tj. kontynuacja lub zakończenie ciąży jest ustalany zgodnie z wolą pacjentki i "Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży" [2].

W sytuacji, gdy pacjentka decyduje się na kontynuowanie ciąży, zgodnie z życzeniem, zostaje objęta Programem "RAZEM", uzyskując również informacje o możliwości opieki położniczej w ramach NFZ w wyznaczonych ośrodkach.

Pacjentki w ramach pomocy świadczonej przez Hospicjum Perinatalne (przy fundacji "Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci") mogą przygotowywać się do opieki nad dzieckiem po jego urodzeniu (jeśli sytuacja zdrowotna dziecka pozwoli na wypis do domu). Hospicjum to zapewnia pomoc psychologiczną i duchową zgodnie z potrzebami rodziny.

Istnieje także możliwość korzystania z pomocy socjalnej w ramach działalności Fundacji działającej przy ww. hospicjum.

W ramach działań w Klinice Ginekologii i Położnictwa pacjentce umożliwione zostają konsultacje z odpowiednimi specjalistami. Podczas spotkania szczegółowo omówione zostaje postępowanie okołoporodowe.

Pacjentce (rodzicom) umożliwiona zostaje konsultacja z kierownikiem Kliniki Neonatologii lub wyznaczonym lekarzem neonatologiem - celem wstępnego omówienia postępowania neonatologicznego zgodnie z wolą pacjentki (rodziców).

Fundacja Evangelium Vitae zapewnia możliwość skorzystania z opieki psychologa, psychoterapeuty i (lub) osoby duchownej.

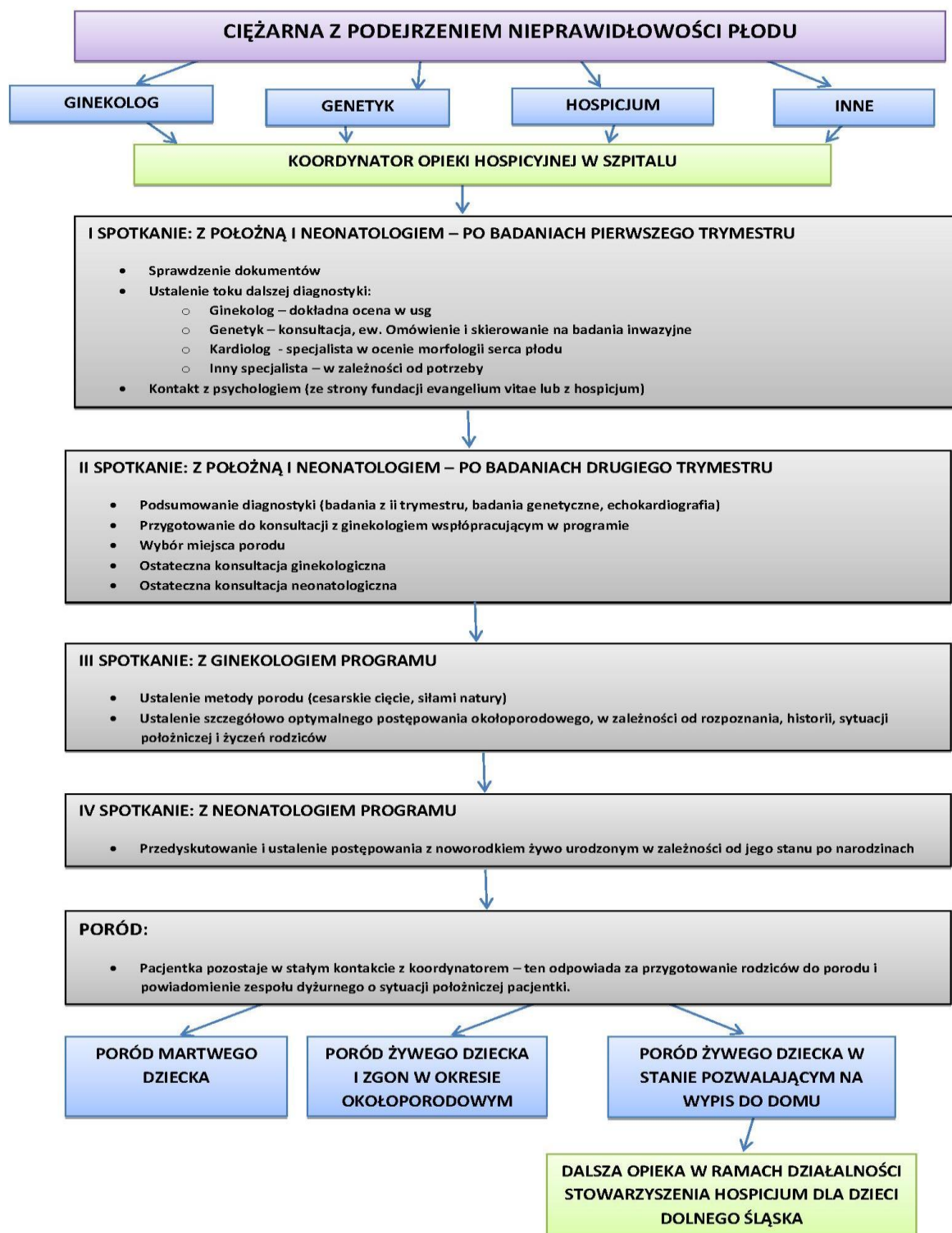
Do 2017 roku Narodowy Fundusz Zdrowia w ogóle nie rejestrował istnienia takiej instytucji jak hospicjum perinatalne, a wszelkie działania wykonywane w jego ramach musiały być substytucyjnie realizowane jako inne procedury lub ze środków statutowych hospicjów. Zmiana nastąpiła dopiero w roku 2017, z wejściem w życie "Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej" [9,10].

Raport Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji [5] szacuje świadczenie udzielane w hospicjum jako ryczałtową kwotę wynoszącą sumarycznie 1450,99 zł. Składa się na nią - w założeniu - 1 godzina pracy lekarza w poradni, 20 godzin pracy psychologa w poradni, odpowiednio podzielony koszt wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych [5].

Agencja ocenia na podstawie historycznych danych finansowych, iż ryczałt ten pozwoli ośrodkom zbilansować się. Wspomina jednocześnie, że przyjęta metoda ma ograniczenia wynikające z wielu czynników zmiennych, m.in. różnej ilości decyzji o przerwaniu lub kontynuacji ciąży, odmiennego zapotrzebowania na wsparcie dla poszczególnych członków rodziny [5].

Od rozpoczęcia pracy w ramach Programu, czyli od marca 2014 roku, skorzystały z niego 72 pacjentki. Jedynie w przypadku 5 z nich stan dziecka pozwolił na jego przeżycie i wypis do domu, a co za tym idzie - przekazanie pod opiekę Hospicjum Dla Dzieci Dolnego Śląska.

Jak widać na załączonym schemacie (Ryc. 1), pacjentka wielokrotnie konsultowana jest przez różnych lekarzy-specjalistów (ginekologa, genetyka, neonatologa, kardiologa i innych), zależnie od potrzeb.



Ryc. 1 - Schemat działań wykonywanych w Programie "RAZEM"

Finansowanie zaproponowane przez NFZ obejmuje jedną godzinę konsultacji z lekarzem specjalistą przez cały okres, gdy pacjentka jest pod opieką hospicjum perinatalnego. We wrocławskim hospicjum perinatalnym minimalna liczba konsultacji wynosi 7. Często trwają one dłużej niż godzinę, ponieważ wady, które są diagnozowane u płodów wymagają wnikliwej analizy oraz dokładnego omówienia. Dlatego też lekarze współpracujący z hospicjum wykonują swoje zadania ponad podstawowy poziom finansowania, tj. pracują na zasadzie wolontariatu. Ponadto, niektóre, nieuwzględnione w finansowaniu przez NFZ, badania genetyczne wykonywane są w ramach projektów badawczych lub ich koszty pokrywane są przez Hospicjum dla Dzieci Dolnego Śląska, co odciąża finansowo pacjentki.

W założeniach NFZ nie istnieje formalnie funkcja koordynatora pracy całego hospicjum perinatalnego. Postać taka jest nieocenionym elementem w systemie działania projektu; umożliwia sprawne połączenie pracy poszczególnych podmiotów (i pracowników) tworzących ten system opieki perinatalnej. w przypadku Programu "RAZEM" pracę tę wykonuje - w ramach wolontariatu - wykwalifikowana położna.

W związku z tym, że wskaźnik umieralności okołoporodowej wpływa na ocenę jakości świadczenia usług medycznych (na przykład w modelu PATH wg WHO), pacjentki nierzadko spotykają się z negatywnym nastawieniem placówek szpitalnych dla współpracy z hospicjum perinatalnym, a co za tym idzie - z możliwością komfortowego (na tyle, na ile sytuacja na to pozwala) urodzenia dziecka, przy odpowiednim wsparciu ze strony personelu medycznego.

Ponadto, według literatury [11] kobiety decydujące się na urodzenie dziecka z ciężką wadą letalną często spotykają się z niedelikatnym podejściem personelu szpitalnego, niezwiązanego z hospicjum.

Wnioski

Hospicjum perinatalne w ramach Programu "RAZEM" funkcjonuje od 2014 roku, jeszcze zanim NFZ wprowadził takie hospicjum do świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej. Jednak to rozporządzenie nie dokonało zmian w działaniu tej instytucji – zaproponowana wycena jest nieadekwatna z rzeczywistymi kosztami hospicjum. To sprawia, że pracownicy hospicjum nie otrzymują wynagrodzenia za wykonywaną pracę, czyli pracują na zasadzie wolontariatu.

Wrocławski Program „RAZEM” nie jest instytucją w jakikolwiek sposób zarejestrowaną oraz nie posiada formalnego koordynatora.

Finansowanie zaproponowane przez NFZ jest nieadekwatne względem modelu przyjętego, m.in. przez hospicjum perinatalne programu "RAZEM". Podczas gdy rozporządzenie NFZ zakłada jedną wizytę u lekarza specjalisty, w hospicjum śląskim wizyta u lekarza ginekologa odbywa się najczęściej do 32. tygodnia co trzy, a później co dwa tygodnie.

Dodatkowo NFZ nie finansuje w całości badań genetycznych płodu, na przykład tych z wykorzystaniem mikromacierzy, których koszt wynosi ok. 1700 zł. Według tego rozporządzenia opieka perinatalna obejmuje pierwsze 28 dni, a potem rodzina przekierowywana jest do hospicjum domowego dziecięcego.

Jako że jakość opieki szpitalnej jest oceniana w zależności od wskaźnika umieralności w danym szpitalu, większość jednostek niechętnie współpracuje z perinatalną opieką paliatywną. Jest to również związane z tym, że nie ma jakichkolwiek komisji, które decydowałyby o "oczyszczeniu" statystyk o śmierci wynikające z istnienia letalnych wad wrodzonych.

Piśmiennictwo

1. Latos-Bieleńska A., Materna-Kiryłuk A.: Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2005-2006, Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2010.
2. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19930170078> (26.04.2019).
3. Dangel T.: Wady letalne u noworodków, opieka paliatywna jako alternatywa wobec aborcji i uporczywej terapii https://perinatalne.pl/pliki/Artykul/1022_wadyletalneuplodowinoworodkow.pdf (26.04.2019).
4. Dangel T., Szymkiewicz-Dangel J.: Propozycja programu ochrony życia w przypadku rozpoznania wady letalnej w badaniach prenatalnych https://perinatalne.pl/pliki/Artykul/1034_propozycja-programu-ochrony-zycia-13-10-2016.pdf (26.04.2019).
5. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji: Świadczenie gwarantowane obejmujące perinatalną opiekę paliatywną realizowaną w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej http://www.aotm.gov.pl/www/wp-content/uploads/taryfikacja/2017/projekty_taryf/raporty/011/WT.541.4.2017_perinatalna_opieka_paliatywna_raport.pdf (26.04.2019).
6. Sztumski J.: Wstęp do metod i technik badań społecznych. Śląsk, Katowice, 2004, 159-162.

7. Dangel T., Szymkiewicz-Dangel J.: Hospicjum perinatalne - polski model https://perinatalne.pl/pliki/Artykul/1040_hospicjum-perinatalne-polski-model.pdf (26. 04.2019).
8. Szymkiewicz-Dangel J.: Perinatalna opieka paliatywna - czy możliwa jest współpraca położników i neonatologów z hospicjami domowymi dla dzieci? https://perinatalne.pl/pliki/Artykul/1018_perinatalnaopiekapaliatywna-czymozliwajestwspolpracapoloznikowineonatologowzhospicjamiidomowimidladzieci2007.pdf (26.04.2019).
9. Szymkiewicz-Dangel J.: Hospicjum perinatalne, czyli kiedy rodzicom wali się świat https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/143897,hospicjum-perinatalne-czyli-kiedy-rodzicom-wali-sie-swiat (26.04.2019).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170000236> (26.04.2019r.)
11. O'Connell O., Meaney S., O'Donoghue K.: Anencephaly; The Maternal Experience of Continuing with the Pregnancy. *Incompatible with Life but not with Love. Midwifery*, 2018, 71, 12-18.

Rola opieki paliatywnej nad pacjentami pediatrycznymi z chorobami nowotworowymi

Litera Maja¹, Klimasz Maria¹, Rogoziński Tomasz¹, Dorna Krzysztof³, Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Karaszewski Michał¹, Ferenc Stanisław², Gnus Jan^{1,2}

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

Wstęp

Choroby nowotworowe są jedną z tych grup schorzeń, w których opieka paliatywna odgrywa niezmiernie ważną rolę. W Polsce w 2017 roku zmarło 2893 dzieci w wieku od 0 do 19 lat. W tej grupie wiekowej choroby nowotworowe stanowiły przyczynę 6,64% zgonów (192), jednocześnie powodując zgon niemalże 15% osób (180) w wieku od 1. do 19. roku życia (z powodu wszystkich przyczyn w tym przedziale wiekowym zmarło 1289) [1].

Poprawa jakości życia chorych oraz wspieranie osób z ich najbliższego otoczenia realizowane są właśnie w ramach opieki paliatywnej. Obejmuje ona zarówno osoby aktualnie leczone onkologicznie, jak i te, u których leczenie okazało się nieskuteczne, ale też pacjentów do niego niezakwalifikowanych lub tych nie wyrażających na nie zgody.

Celem nie jest wydłużenie życia pacjenta, co często wiąże się ze stosowaniem uporczywej terapii, powodując dodatkowe, niepotrzebne jego cierpienie. Jest nim natomiast uśmierzanie bólu, złagodzenie innych dolegliwości i zapewnienie godnej śmierci.

Czym jest opieka paliatywna

Terminem opieki paliatywnej Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opisuje „*dążenie do poprawy jakości życia zarówno chorych na nieuleczalne, prowadzące do śmierci choroby, jak*

i ich rodzin. Medycyna paliatywna obejmuje zapobieganie i zwalczanie cierpień, wczesne stawianie rozpoznań, staranne badanie i leczenie bólu oraz rozwiązywanie innych problemów – fizycznych, psychosocjalnych i duchowych” [2].

Za istotną kwestię opieki paliatywnej uważa się nie tylko skupienie na jakości życia, lecz jednocześnie postrzeganie śmierci jako naturalnego procesu. Według definicji WHO „*medycyna paliatywna afirmuje życie, choć szanuje nieuchronność śmierci oraz nie dąży do przyspieszenia ani do odwleczenia śmierci*” [2]. Może być to rozumiane jako przeciwstawienie się uporczywej terapii, kiedy to odwlekając moment odejścia, można narazić chorego na dodatkowy, bezcelowy ból i cierpienie, które mogą nie przynieść żadnych korzyści. Oprócz poprawy jakości życia opieka hospicyjna ma również za zadanie aktywizację chorego do możliwie pełnego życia, pomimo postępu choroby. Kolejnym z zadań jest uczynienie ostatniego okresu życia pacjenta godnym oraz wspomaganie jego rodziny w czasie trwania choroby i w okresie żałoby.

WHO opisuje opiekę paliatywną dzieci jako osobną, ale podobną do opieki nad dorosłymi. Również odnosi się do wszechstronnych działań obejmujących leczenie ciała, umysłu i ducha dziecka oraz jego rodziny. Zaczyna się ona wraz z rozpoznaniem choroby i jest kontynuowana niezależnie od tego, czy dziecko otrzyma leczenie skierowane przeciwko danej jednostce chorobowej [2].

Świadczenia opieki paliatywnej

Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowane są w warunkach stacjonarnych, domowych lub ambulatoryjnych. Świadczenia stacjonarne przeprowadzane są w hospicjum lub w oddziale medycyny paliatywnej. Przeznaczone są głównie dla chorych z ciężkimi, trudnymi do kontrolowania objawami, bez nadziei na wyleczenie, w schyłkowym okresie życia [3]. Obejmują opiekę lekarską oraz pielęgnarską, leczenie farmakologiczne, leczenie bólu według drabiny analgetycznej oraz leczenie innych objawów somatycznych, rehabilitację, wykonanie zleconych badań, opiekę psychologiczną nad pacjentem i jego rodziną, zapobieganie powikłaniom oraz zaopatrzenie w wyroby medyczne [4]. Mogą być tam również umieszczeni chorzy, którzy wymagają ustalenia właściwego leczenia objawowego, gdy w warunkach ambulatoryjnych nie jest to możliwe. Istnieje także pojęcie opieki wyręczającej, czyli umieszczenia chorego w hospicjum na czas maksymalnie 10 dni w

celu odciążenia rodziny [5]. Jest to ważny aspekt opieki paliatywnej, a w szczególności wspierania bliskich pacjenta, ponieważ ułatwia osobom w otoczeniu na radzenie sobie z nagłymi sytuacjami lub zdarzeniami, kiedy nie są w stanie zająć się chorym. W placówkach tych zapewniona jest całodobowa opieka pielęgniarska oraz wizyty lekarza, fizjoterapeuty, psychologa i pracownika socjalnego. Szczególną uwagę przykładają się do odpowiednich warunków bytowych oraz właściwej komunikacji z chorym i jego rodziną. Jedną z przewodnich idei hospicjów jest zasada akceptacji nieuchronności śmierci oraz niewydłużania ani nieskracania życia chorego. W tych ośrodkach nie ma respiratorów, nieprzeprowadzana jest reanimacja, diagnostyka ani ocena progresji choroby. Nacisk kładzie się na leczenie typowo objawowe, na stworzenie warunków godnej śmierci, łagodząc cierpienie fizyczne i psychiczne. Dużą częścią pracy zespołu medycznego w hospicjum jest omówienie z chorym i jego rodziną stopnia zaawansowania choroby, możliwych działań terapeutycznych i przedstawienie planu działania na najbliższy czas. Pozwala to na zniwelowanie stresu psychicznego wynikającego z niedoinformowania oraz przygotowanie na nadchodzące wydarzenia. Jedną z podstawowych zasad opieki stacjonarnej jest także stworzenie chorym i odwiedzającym przyjaznej, w miarę możliwości domowej atmosfery oraz udzielenie porad psychologicznych rodzinie również po śmierci chorego. Wszystko to ma na celu poprawienie jakości życia i pozytywnie wpływa na samopoczucie osoby objętej opieką oraz jego bliskich [5].

Opieką w hospicjum domowym objęci są pacjenci z zaawansowanymi, niepoddającymi się leczeniu, postępującymi, postaciami choroby. Natomiast w poradni medycyny paliatywnej sprawowana jest opieka nad chorymi, których stan ogólny jest stabilny i którzy mogą przybyć do placówki [3].

Świadczenia realizowane w warunkach domowych oraz w poradni obejmują takie same świadczenia jak stacjonarne, lecz zmodyfikowane są o czynności niemożliwe do przeprowadzenia w domu [4].

Hospicjum domowe dla dzieci działa na obszarze o promieniu 100 km. Otacza opieką dzieci w schyłkowym stadium życia, u których nie prowadzi się terapii przedłużającej życie, takich jak chemioterapia czy intensywnej terapii. Opieka świadczona jest 24 godziny na dobę. Liczba wizyt dostosowana jest do potrzeb chorego i rodziny — wizyt lekarskich nie powinno być mniej niż 2 w miesiącu. Pielęgniarka odwiedza chorego nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu lub częściej, gdy zachodzi taka potrzeba. Ważne jest, aby poinformować chorego, że jest to

opieka objawowa, która ma na celu zwalczanie pojawiających się dolegliwości, a nie prowadząca do wyleczenia chorego lub poprawienia jego stanu ogólnego. Opieka ta pozwala na zredukowanie niepokoju chorego oraz jego bliskich związanego z niepewnością o przyszłość [5]. Leczenie hospicyjne w warunkach domowych umożliwia choremu pobyt w otoczeniu rodziny i korzystanie z dobrodziejstw ogniska domowego, własnej niezależności i wygód, bardzo często nieosiągalnych w warunkach szpitalnych.

W Polsce funkcjonują również liczne poradnie związane z opieką paliatywno-hospicyjną, m.in.: poradnia leczenia bólu, obrzęku limfatycznego, ran oraz żywienia dojelitowego. W przypadkach prenatalnej diagnozy ciężkiego, nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu istnieje również rodzaj opieki paliatywnej rozpoczynającej się już przed urodzeniem dziecka i nosi nazwę hospicjum perinatalnego [6].

Znana jest jeszcze jedna forma opieki paliatywnej – ośrodek opieki dziennej. Chory jest przywożony do takiego ośrodka i może spędzić w nim praktycznie cały dzień, po czym jest odbierany i odwożony do swojego domu. Ta forma pomocy jest korzystna w przypadku chorych samotnych lub w przypadku, gdy chory musi zostać w domu sam, ponieważ pozostali członkowie rodziny udają się do pracy. W takich placówkach oferowane są zabiegi pielęgnacyjne, medyczne, kosmetyczne, fryzjerskie, rehabilitacyjne i inne [7].

Opieka paliatywno-hospicyjna w Polsce jest dla pacjenta bezpłatna. Kwalifikują się do niej chorzy, których stan zdrowia ulega stałemu pogorszeniu i wymagają większego nadzoru lekarskiego oraz intensywnego leczenia objawowego ze względu na dynamikę narastających objawów [5].

Dolegliwości związane z chorobami nowotworowymi

Opieka paliatywna w chorobach nowotworowych ma szczególne znaczenie i spotyka na swojej drodze wiele zadań i trudności. Jednym z głównych problemów jest leczenie bólu, który jest jednym z najczęściej stwierdzanych objawów na różnych etapach choroby nowotworowej. Bóle nowotworowe dotyczą 50-75% chorych, a w przypadku wystąpienia przerzutów do kości nawet blisko 100% chorych. Dostępne metody leczenia umożliwiają satysfakcjonujące zniesienie bólu u blisko 90% chorych [8].

Ból towarzyszący nowotworom może być jednak różnorodny, podobnie jak mechanizmy jego powstawania. W zależności od czynnika etiologicznego wyróżnia się bóle spowodowane procesem nowotworowym, leczeniem przeciwnowotworowym, wyniszczeniem i bóle niezwiązane z nowotworem, które określane są jako współistniejące. Podstawową metodą leczenia bólu u chorych na nowotwór jest farmakoterapia według schematu wprowadzonego przez WHO - drabiny analgetycznej, którego zastosowanie jest skuteczne u 85–90% leczonych [9]. Istota tego schematu opiera się na kilku prostych zasadach. Między innymi określenie natężenia bólu i bezpośrednią przyczynę dolegliwości, mechanizm powstawania bólu (ból receptorowy czy neuropatyczny), czynniki nasilające lub łagodzące ból oraz objawy towarzyszące [8].

Na odczuwanie bólu może wpływać wiele czynników poza faktycznym bodźcem bólowym. Nie jest więc proste określenie oraz zakwalifikowanie danego odczucia jako wyłącznie fizyczny bądź wyłącznie psychogeny. Ból, który jest przewlekły, może zmieniać chorego emocjonalnie, a problemy natury psychicznej mogą zaostrzać ból fizyczny [10]. Należy więc rozpatrywać wieloczynnikowe podłoże bólu, co funkcjonuje w medycynie paliatywnej jako ból wszechogarniający, który wymaga diagnozy multidyscyplinarnej, leczenia oraz kontroli skuteczności podjętych działań [11].

Trzeba również pamiętać o innych metodach radzenia sobie z bólem, takich jak: radioterapia, fizykoterapia, techniki psychologiczne, terapia stymulacyjna oraz ziołarstwo i homeopatia. Choroby nowotworowe wiążą się również z innymi objawami, których leczenie wchodzi w skład opieki paliatywnej. Chorym często doskwiera kaszel, duszności, nudności, wymioty, zaparcia, lęk, depresja oraz utrata masy ciała. Rozpoznanie depresji, nawet u pacjenta z zaawansowaną chorobą, jest bardzo istotne, ale też trudne. Czasami już samo właściwe leczenie dolegliwości fizycznych doprowadza do ustępowania stanów lękowych, jednak w części przypadków okazuje się konieczne równoległe leczenie depresji metodami farmakologicznymi i psychoterapeutycznymi [10].

Postępująca utrata masy ciała jest jednym z typowych objawów zaawansowanej choroby nowotworowej. *“W okresie bezpośrednio poprzedzającym śmierć, niezależnie od rodzaju nowotworu, wyniszczenie jest rozpoznawane u ok. 80% chorych, a u 20% stanowi bezpośrednią przyczynę zgonu”* [8]. Dlatego tak istotne jest wczesne zauważenie, zapobieganie i leczenie wyniszczenia nowotworowego. Odpowiednie reagowanie na problemy chorego, właściwie

ustawione leczenie i skuteczne uśmierzanie dolegliwości wraz ze wsparciem psychicznym bardzo często umożliwiają również kontynuowanie terapii onkologicznych przedłużających życie. Wszystkie podjęte działania, holistyczne podejście do chorego w oparciu w szczególności o monitorowaną nowoczesną farmakoterapię przynoszą ogromne korzyści. Nie tylko zapewniając ulgę w cierpieniu choremu, ale również pozwalając na lepsze funkcjonowanie w rodzinie, co stanowi integralną część opieki nad pacjentem pediatrycznym. Mogą one również umożliwić realizację planów życiowych i znacząco wpływają na poprawę jakości życia chorego i wspierających ją osób bliskich [12].

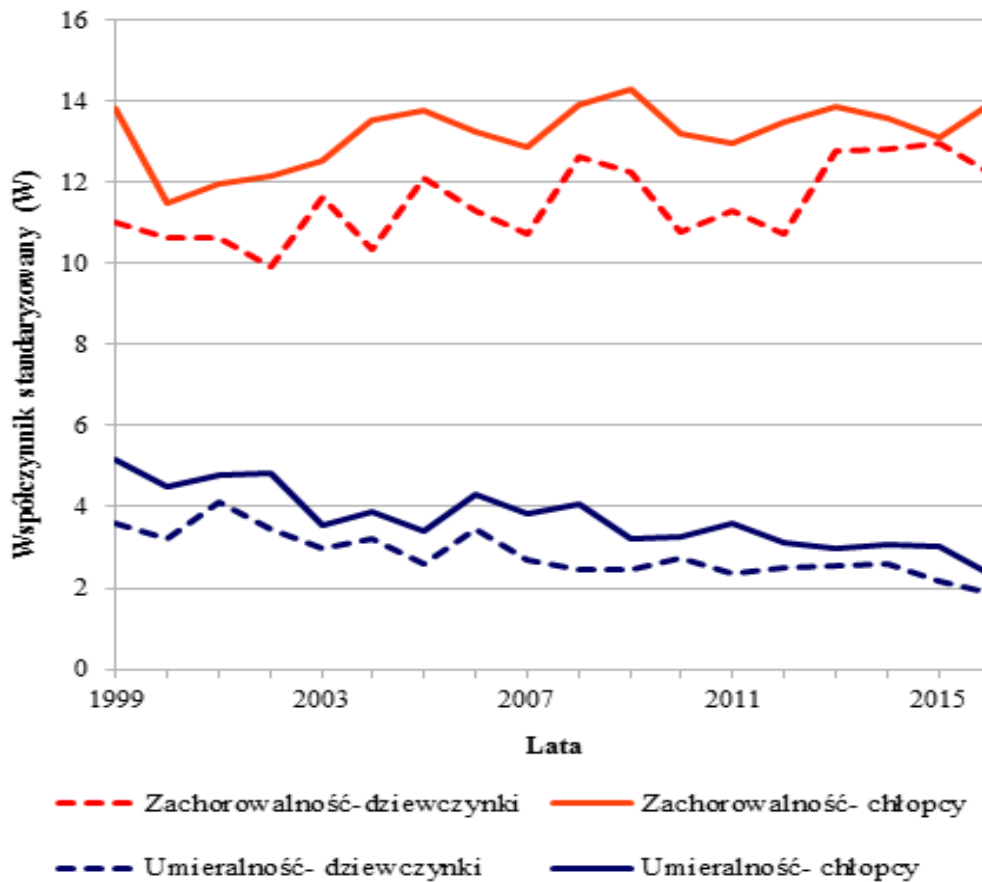
Choroby nowotworowe w populacji dziecięcej

Mimo iż choroby nowotworowe w populacji dziecięcej (0-19 lat) nie występują z dużą częstością, stanowią one poważny problem zdrowotny oraz częściej niż inne jednostki chorobowe prowadzą do śmierci. W 2016 roku stanowiły one przyczynę 5,4% zgonów wśród chłopców oraz 6,4% wśród dziewcząt [13]. Umieralność ta od 40 lat stopniowo maleje, co w dużej mierze zawdzięczamy znacznym postępem w farmakologii onkologicznej (Ryc. 1).

Natomiast pomimo tego, wciąż choroby nowotworowe w Polsce są drugą co do częstości przyczyną zgonów dzieci i młodzieży od 1. do 19. roku życia, zaraz za przyczynami zewnętrznymi, do których zaliczane są urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych. Stanowią więc pierwszą chorobową przyczynę śmierci u dzieci [14]. Niepokojąca jest również stale rosnąca, u obu płci, zachorowalność na nowotwory (Ryc. 1) [13].

Z najnowszych danych zebranych przez Krajowy Rejestr Nowotworów (KRN) przypadających na 2016 rok wynika, że białaczki są najczęstszymi rejestrowanymi w tej grupie wiekowej nowotworami i stanowią ponad ¼ wszystkich zachorowań (25,9%). Najwięcej zachorowań dotyczy białaczki limfatycznej (20,86%), a następnie białaczki szpikowej (4,41%). Kolejne miejsca zajmują nowotwory mózgu (14,7%) oraz chłoniaki (14,1%), w tym chłoniak Hodgkina (8%) (Tab. I) [15].

Rozkład częstości występowania danych typów nowotworów u dzieci zdecydowanie różni się od tego występującego w populacji dorosłych, u których wśród mężczyzn najczęstszym jest nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, a u kobiet nowotwór złośliwy piersi. Drugie miejsce zajmuje nowotwór płuca.



Ryc. 1 Zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe dzieci w wieku 0–19 lat w Polsce w latach 1999-2016. Współczynnik standaryzowany względem populacji świata. Źródło danych: 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 22/03/2019.

W Polsce w 2016 r. Krajowy Rejestr Nowotworów zarejestrował łącznie 997 zachorowań nowotworowych u dzieci, co stanowiło 0,6% ogółu zachorowań na chorobę nowotworową. Zgonów natomiast zarejestrowano 164, a najczęstszą ich przyczyną okazały się nowotwory mózgu. Stanowiły one ponad 1/3 wszystkich zgonów z powodu choroby nowotworowej [15].

Mimo iż obecnie wyleczalność nowotworów dziecięcych osiąga 70-80%, wciąż dużym problemem jest znaczny odsetek (70-75%) pacjentów pediatrycznych, którzy trafiają do placówek onkologicznych z chorobą w zaawansowanym stadium [16]. Główną przyczyną jest

późne jej wykrycie. U ponad 70% chorobę rozpoznajemy w III i IV stadium, co następnie wiąże się z niewielką szansą na wyleczenie, osiągalne jedynie u 20-30% chorych [17].

Każdego roku ponad 2 tys. dzieci poddawanych jest terapiom przeciwnowotworowym, natomiast u około 10 tys. stan zdrowia powinien być kontrolowany [18].

Tab. I. Zachorowania na najczęstsze nowotwory oraz zgony z ich powodu u dzieci w wieku 0-19 lat w Polsce w roku 2016

ICD-10	Typ nowotworu	Liczba zachorowań	Liczba zgonów
C91-C95	Białaczki	258	38
C71	Nowotwór złośliwy mózgu	147	64
C81-C85, C96	Chłoniaki	141	12
C-81	Chłoniak Hodgkina	80	2
C64	Nowotwór złośliwy nerki za wyjątkiem miedniczki nerkowej	57	2
C62	Nowotwór złośliwy jądra	32	3
C40-C41	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej	34	8

Źródło danych: *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 22/03/2019.

Opieka paliatywna nad dziećmi z chorobami nowotworowymi

Z powodu dużego odsetka dzieci, u których choroba nowotworowa rozpoznawana jest w zaawansowanym stadium z niewielką szansą na wyleczenie, rola opieki paliatywnej jest szczególnie ważna. W przypadku, gdy nie jest możliwe całkowite wyleczenie z choroby, stawiając na pierwszym miejscu dobro dziecka, wdrożenie opieki paliatywnej jest niezbędne. Najistotniejszym jest, aby poprawić jakość życia chorego oraz wspierać zaangażowaną rodzinę. W pierwszym kroku należy ustalić potrzeby pacjenta, a następnie opracować planu działania. W kolejnym etapie dążymy do jego wdrażania w życie. W skład zespołu opiekującym się chorym wchodzi lekarz, pielęgniarka, psycholog, kapelan, pracownik socjalny, rehabilitant oraz wolontariusze. Warszawskie Hospicjum dla Dzieci proponuje, aby to pielęgniarka bezpośrednio zajmowała się chorym, mając jednak ciągły kontakt z zespołem [19]. Dzieci z chorobą

nowotworową stanowią trzecią, co do wielkości, grupę dzieci leczonych w hospicjach domowych. Najliczniejszą grupą są dzieci z wadami rozwojowymi wrodzonymi, zniekształceniami i aberracjami chromosomowymi, a kolejną pacjenci z chorobami układu nerwowego. Natomiast w przypadku liczby zgonów dzieci leczonych przez hospicja domowe to właśnie nowotwory są wiodącą przyczyną [20].

Badanie przeprowadzone przez Fundację Warszawskie Hospicjum dla dzieci w 2013 r. obrazuje, że większość dzieci z nieuleczalnymi chorobami umiera w szpitalu (80%), a zaledwie niewielki procent w warunkach domowych (17%). Natomiast stopniowo ulega to zmianie. Liczba dzieci umierających w domu sukcesywnie wzrasta. Rośnie również liczba dzieci leczonych w hospicjach domowych, co może być związane z poprawą jakości tego rodzaju opieki oraz większą świadomością pediatrów onkologów [18,20].

Z powodu dużych różnic w opiece między poszczególnymi ośrodkami onkologii dziecięcej w 2008 r. Zarząd SIOP Europe postanowił dołączyć do inicjatywy Fundacji Jolanty Kwaśniewskiej „Porozumienie bez barier”, w celu przygotowania propozycji standardów opieki nad dziećmi z chorobą nowotworową w Europie. Miało to na celu poprawę pracy ośrodków oraz zapewnienie pacjentom dostępu do odpowiedniej opieki w każdym z nich. Pierwszym krokiem było przeprowadzenie badania odnośnie kondycji oraz jakości pracy ośrodków onkologii dziecięcej w Europie. W rezultacie, w porozumieniu z przedstawicielami większości krajów europejskich, w 2009 r. opracowano dokument mówiący o Europejskich Standardach Opieki nad Dziećmi z Chorobą Nowotworową [21]. Ma on pomóc w ulepszaniu jakości świadczonych pacjentom usług, co w ostateczności pozwoli na osiągnięcie wysokiego poziomu rehabilitacji chorego oraz znacznej poprawie jakości jego życia.

Należność i możliwość uzyskania świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce jest określona przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia. Wymienia ono konkretne jednostki chorobowe kwalifikujące się do leczenia, określane jako „nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe”. Lista ta dla pacjentów do ukończenia 18. roku życia jest bardzo obszerna. Poza chorobami nowotworowymi obejmuje ona wiele innych schorzeń, tj. wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe, zaburzenia metaboliczne i inne. W tabeli poniżej zostały wymienione jedynie te z zakresu onkologii (Tab. II) [4].

Tab. II. Choroby nowotworowe u dzieci do ukończenia 18. roku życia kwalifikowane do uzyskania świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Lp.	Kod ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia z zakresu onkologii
1	C00-C14	Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła
2	C15-C26	Nowotwory złośliwe narządów układu pokarmowego
3	C30-C39	Nowotwory złośliwe układu oddechowego i narządów klatki piersiowej
4	C40-C41	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowe
5	C43-C44	Czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry
6	C45-C49	Nowotwory złośliwe mezotelium i tkanek miękkich
7	C50	Nowotwór złośliwy piersi
8	C51-C58	Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych
9	C60-C63	Nowotwory złośliwe męskich narządów płciowych
10	C64-C68	Nowotwory złośliwe układu moczowego
11	C69-C72	Nowotwory złośliwe oka, mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego
12	C73-C75	Nowotwory złośliwe tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego
13	C76-C80	Nowotwory złośliwe niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu
14	C81-C96	Nowotwory złośliwe, o potwierdzonym lub przypuszczalnym pierwotnym charakterze, tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych
15	C97	Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu
16	D00-D09	Nowotwory in situ
17	D32	Nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych
18	D33	Nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego
19	D37-D48	Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze

Źródło danych: Załączniki do rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r.

Decyzję do podjęcia opieki paliatywnej podejmuje lekarz pracujący w jednostce opieki paliatywnej. Wśród pacjentów onkologicznych wyodrębniane są trzy grupy, które tej opieki wymagają. Pierwszą z nich stanowią chorzy podczas terapii przeciwnowotworowych, dla których najważniejsze jest leczenie objawowe uporczywego bólu. Do kolejnej należą pacjenci, u których terapia okazała się nieskuteczna, a więc wymagają oni kompleksowej opieki paliatywnej. Ci natomiast, którzy nie kwalifikują się lub nie wyrazili zgody na leczenie, tworzą trzecią grupę chorych [18].

Podsumowanie

Poprawa jakości życia cierpiącej osoby wchodzi w skład praw człowieka. Prawidłowo świadczona opieka paliatywna może w dużym stopniu zmniejszyć cierpienie oraz zdecydowanie poprawić stan pacjenta. Ma ona również wpływ na najbliższe jego otoczenie, którym w większości sytuacji jest rodzina chorego. W Polsce zachorowalność na nowotwory wśród populacji od 0 do 19 lat stale rośnie. Wiąże się to bezpośrednio z większym zapotrzebowaniem na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej. Powinna być ona zapewniana wszystkim kwalifikującym się do niej pacjentom. Kolejnym problemem jest duży odsetek dzieci zgłaszających się z nowotworem w zaawansowanym stadium, co zdecydowanie zmniejsza szanse na wyleczenie, a więc większe prawdopodobieństwo, że będą one wymagać stałej opieki paliatywnej.

W Polsce funkcjonowanie opieki paliatywnej stale ulega poprawie. Dowodem na to jest rosnąca liczba dzieci leczonych w hospicjach domowych oraz stopniowa zmiana proporcji dzieci umierających w szpitalach do tych umierających w domach. Z danych z 2013 roku wynika, że w tym czasie aż 80 % dzieci zmarło w szpitalu, natomiast zaledwie 17% w warunkach domowych.

Piśmiennictwo

1. Dane Głównego Urzędu Statystycznego - opracowanie własne
2. World Health Organization: National cancer control programs: policies and managerial guidelines. 2nd ed., Geneva, 2002
3. Narodowy Fundusz Zdrowia: Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych Vademecum, Warszawa, 2012
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa, dnia 17 kwietnia 2018 r.
5. Buss T., Lichodziejewska-Niemierko M.: Opieka paliatywna w Polsce - od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego). Forum Medycyny Rodzinnej, 2008, 2(4), 277-285.
6. Kozera K., Murawska M., Marciniak W., Dangel T.: Pediatria domowa opieka paliatywna w Polsce (2012) Raport XIV. Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, Warszawa, 2013.

7. Koral J.: Istota opieki paliatywnej, *Seminare. Poszukiwania naukowe*, 2003, 19, 261-270
8. Jarosz J.: Opieka paliatywna we współczesnej onkologii. *Postępy Nauk Medycznych*, 2011, 24(2), 156-162.
9. Dobrogowski J., Krajnik M., Jassem J., Wordliczek J.: Stanowisko dotyczące postępowania przeciwbólowego u chorych z nowotworem. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 2009, 5, 55–68.
10. Walker B., Colledge N., Boon N.: Opieka paliatywna i leczenie bólu. [w:] Davidson *Choroby wewnętrzne*. Hyla-Klekot L., Kokot F. (red.). Urban&Partner, Wrocław, 2004, 115-125.
11. Kowalczyk M.: Opieka Paliatywna jako jedna z form opieki nad pacjentem terminalnie chorym. *Państwo i Społeczeństwo*, 2012, 12(2), 74-82.
12. Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A.: Opieka Paliatywna/Hospicyjna/Medycyna paliatywna. *Nowiny Lekarskie*, 2011, 80(1), 3–15.
13. Wojciechowska U., Czaderny K., Ciuba A., Olasek P., Didkowska J.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2016 roku. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa 2018. Krajowy rejestr nowotworów.
14. Mazur J., Malinowska-Cieślik M., Oblacińska A.: Przyczyny zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1-19 lat w Polsce w świetle międzynarodowych statystyk od 2000 roku. *Developmental Period Medicine*, 2017, 21(2), 111-123.
15. 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/> (22.03.2019).
16. PAP/Rynek Zdrowia, Wielkopolskie: wzrasta zachorowalność na nowotwory u dzieci, <http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Onkologia/Wielkopolskie-wzrasta-zachorowalnosc-na-nowotwory-u-dzieci,163409,1013.html> (23.03.2019).
17. Kowalczyk J.R.: Alarmujące objawy onkologiczne u dziecka. *Pediatra po Dyplomie*, 2013, 17(wyd. spec.), 19-21.
18. Szymborski J., Wojciechowska U., Didkowska J.: Nowotwory Złośliwe u Dzieci i Młodzieży w Polsce [w:] *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa, 2014, 117-136.
19. Dangel T.: Opieka paliatywna w onkologii dziecięcej. *Opieka paliatywna nad dziećmi*,

- Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, Warszawa, 2006.
20. Kozera K., Wojciechowska U., Marciniak W., Tokarska E., Dangel T.: Pediatryczna domowa opieka paliatywna w Polsce (2013) Raport XV. Warszawa, 2015.
21. Kowalczyk J.R., Pritchard-Jones K., Samardakiewicz M., Kowalewska-Bajor M. i in.: Europejskie Standardy Opieki nad Dziećmi z Chorobą Nowotworową. Warszawa, 14 października 2009.

Radioterapia u pacjentów paliatywnych

Kurowska Klaudia¹, Kimszal Ewelina²

1. student studiów doktoranckich, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok
2. student studiów doktoranckich, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

Wstęp

Radioterapia jest leczeniem stosowanym w terapii chorób nowotworowych, a także (choć znacznie rzadziej) chorób tarczycy, zaburzeń dotyczących krwi i wzrostów klasyfikowanych jako nienowotworowe.

Leczenie radioterapeutyczne ma ściśle ukierunkowany, silny wpływ na guzy (które są zazwyczaj ograniczone do określonego obszaru).

Promieniowanie wykorzystywane w terapii może stanowić jeden z kilku wariantów postępowania leczniczego (docelowo wymierzone jest w wyleczenie zmian nowotworowych w organizmie) lub paliatywnego (mającego na celu zniesienie cierpienia pacjentów w fazie terminalnej).

Chociaż radioterapia jest czasami stosowana w przypadku choroby niezłośliwej, m.in. w leczeniu łagodnych guzów i stanów zapalnych to niniejszy manuskrypt skupia się głównie na jej zastosowaniu medycznym w leczeniu nowotworów złośliwych [1,2].

Podstawowe fakty na temat radioterapii

Radioterapia polega na dostarczaniu do obszaru objętego chorobą fal elektromagnetycznych o bardzo dużej energii w celu zakłócenia zdolności komórek rakowych do wzrostu oraz podziału. Fale zabijają komórki nowotworowe poprzez znaczne spowolnienie ich wzrostu i powodują zmniejszenie powierzchni guza, co z kolei umożliwia zastosowanie leczenia operacyjnego z finalnie lepszym skutkiem w porównaniu do zabiegu operacyjnego

bez uprzedniego udziału terapii falami elektromagnetycznymi (w przypadku guzów trudno dostępnych, rozległych itp.) [3].

W przypadku stosowania radioterapii należy pamiętać o występujących często skutkach ubocznych. Oddziaływanie wysokoenergetycznych fal dotyczy zarówno zdrowej tkanki w bliskim otoczeniu guza, jak również tkanki nowotworowej. Większość skutków ubocznych skumulowana jest w bliskim otoczeniu leczonego obszaru i są to zazwyczaj krótkotrwałe, przemijające epizody. Niektóre niekorzystne efekty (takie, jak np. zmęczenie) mogą wystąpić w obrębie całego ciała oraz znacząco wpływać na komfort psychiczny i stan fizyczny leczonego pacjenta.

W celu zapewnienia dokładnego i skutecznego przebiegu radioterapii stosuje się tzw. symulację podczas planowania leczenia (przed poddaniem pacjenta rzeczywistemu napromieniowaniu), która polega między innymi na wyznaczeniu dokładnych pól napromieniania przy pomocy najnowszych technik obrazowych, czy też na wyliczeniu mocy i dawki promieniowania [4].

Czym jest radioterapia?

Radioterapia wykorzystuje fale promieniowania elektromagnetycznego o wysokiej mocy do leczenia nowotworów złośliwych i zmian łagodnych. Ciągły, prężny rozwój radioterapii pozwala na zastosowanie promieniowania w leczeniu także wielu innych chorób. Podsumowując - promieniowanie oznacza fale energii (takie, jak światło lub ciepło). Forma promieniowania stosowana w terapii przeciwnowotworowej jest typem wysokoenergetycznym, znanym jako promieniowanie jonizujące [5].

Wykorzystanie promieniowania jonizującego, które działa jako środek leczniczy w przypadku nowotworów złośliwych jest procesem złożonym i nadal badanym. Na najprostszym poziomie rozbija ono DNA komórek nowotworowych w określony sposób, który zakłóca ich wzrost i podział, a nawet może doprowadzić do ich obumarcia [5].

Terapia radiacyjna może być stosowana jako samodzielna metoda terapeutyczna, a w niektórych przypadkach będzie stosowana wraz z innymi terapiami przeciwnowotworowymi, takimi jak chemioterapia (jeśli specjalista onkolog stwierdzi, iż połączenie obu metod zwiększy efekt leczniczy i przyniesie wymierne korzyści dla chorego). Około 60% osób leczonych na raka w Stanach Zjednoczonych otrzymuje leczenie radiacyjne [5].

Skutki uboczne radioterapii

Skutki uboczne terapii radiacyjnej obserwowane są, gdy zastosowane leczenie ma wpływ na zdrowe komórki nienowotworowe. Radioterapia oddziałuje w ten sam sposób na komórki rakowe i komórki nienowotworowe. Należy jednak pamiętać, że komórki nowotworowe są bardziej podatne na leczenie radioterapeutyczne, ponieważ mają większą zdolność do podziałów komórkowych i wolniejszy czas naprawy uszkodzonych elementów w porównaniu do tkanek nieobjętych procesem chorobowym. Nierzadko wpływ wysokoenergetycznego promieniowania jonizującego na zdrowe obszary ciała niesie za sobą poważne skutki uboczne, które różnią się od siebie w zależności od lokalizacji guza na danym obszarze ciała, ogólnego stanu zdrowia osoby otrzymującej radioterapię oraz rodzaju i dawki stosowanego promieniowania.

Krótkoterminowe skutki uboczne

Krótkoterminowe skutki leczenia radiacyjnego mogą obejmować [6]:

- zmęczenie lub letarg;
- podrażnienie skóry, w tym: obrzęk, pęcherze i efekt opalonego wyglądu specyficzny dla obszaru poddanego leczeniu, wypadanie włosów;
- nudności, wymioty i biegunka;
- zapalenie tkanek, zapalenie przełyku, zapalenie płuc i wątroby;
- rzadko- spadek liczby białych krwinek lub płytek krwi.

Długotrwałe skutki uboczne

Skutki długoterminowe również zależą od miejsca leczenia i mogą obejmować [7]:

- sztywność i ograniczony ruch (np. w przypadku zastosowania radioterapii szyi można zaobserwować zeszywnienia w obrębie twarzy, żuchwy oraz szczęki - schorzenie następuje w wyniku bliznowacenia tkanki);
- efekty skórne: obejmują opóźnione gojenie ran i „pajęczy” czerwony lub fioletowy wygląd skóry spowodowany rozszerzonymi naczyniami krwionośnymi naczyń włosowatych;

- biegunka i krwawienie z przewodu pokarmowego - mogą wystąpić w wyniku uszkodzenia jelit, gdy radioterapia stosowana jest w obrębie jamy brzusznej.
- problemy hormonalne: mogą obejmować niedoczynność przysadki lub niedoczynność tarczycy, suchość w ustach, utratę pamięci i bezpłodność;
- drugi nowotwór spowodowany ekspozycją na promieniowanie: mięsak tkanek miękkich (rzadko występujący) - będący skutkiem zastosowania wysokich dawek promieniowania [7].

Ryzyko nawrotu leczonego nowotworu jest wyższe, niż ryzyko pojawienia się nowego nowotworu będącego efektem zastosowania radioterapii. Nie wszystkie powyższe przykłady efektów ubocznych są prawdopodobne lub nawet możliwe do zaobserwowania w przypadku wszystkich rodzajów radioterapii. Prawdopodobieństwo wystąpienia któregośkolwiek z długoterminowych skutków ubocznych zależy w dużej mierze od chorej osoby, rodzaju nowotworu, rodzaju zastosowanej radioterapii oraz indywidualnych predyspozycji. Osoby decydujące się na terapię radiacyjną w przebiegu chorób spowodowanych nowotworem złośliwym powinny zatem otrzymać wyczerpującą informację od zespołu opieki zdrowotnej na temat równowagi pomiędzy ryzykiem i korzyściami wynikającymi z zastosowania powyższej terapii [8].

Radioterapia i chemioterapia

Promieniowanie stosowane w medycynie jest niebezpieczne tylko wtedy, gdy nie zostaną podjęte środki ostrożności – np. jeśli pracownicy służby zdrowia nie chronią się przed powtarzalnym narażeniem bądź nie są zastosowane środki ochrony radiacyjnej zarówno wobec personelu, jak i pacjenta poddanego terapii.

Radioterapia i chemioterapia to dwie różne metody leczenia raka. Mogą być używane razem bądź lekarz może wybrać jedną z nich w zależności od wymaganego leczenia dostosowanego do konkretnego przypadku.

Chemioterapia polega na podaniu dożylnym (za pomocą kroplówek) lub doustnym (odpowiednio dobrane tabletki) substancji chemicznych niszczących nowotwory w całym organizmie. Chemioterapia nie jest obojętna dla ustroju pacjenta i wywołuje szereg działań niepożądanych. Terapia radiacyjna jest ukierunkowana na określony obszar lub guz i oddziałuje tylko w granicach zmienionych chorobowo tkanek, i niewielkiego marginesu pola nie objętego chorobą .

Niekiedy stosowana przed radioterapią chemioterapia może stanowić pomoc w redukcji rozmiaru guza, dzięki czemu celowana terapia radioterapeutyczna będzie znacznie skuteczniejsza.

Zastosowanie chemioterapii po leczeniu radioterapeutycznym pomaga w zapobieganiu nawrotom guzów, które zostały usunięte. Chemioterapia niszczy również ewentualne mikroprzerzuty - osiąga to poprzez degradację DNA komórek nowotworowych, które oddzieliły się od pierwotnego guza.

Kiedy specjalista onkolog lub specjalista radioterapii nowotworowej przepisuje jednocześnie radioterapię i chemioterapię, to takie leczenie skojarzone nazywane jest chemioradioterapią, która zwiększa terapeutyczny wpływ radioterapii na zmianę nowotworową.

W przeciwieństwie do chemioterapii, promieniowanie jonizujące nie jest skuteczne w przypadku nowotworów, które rozprzestrzeniły się na inne części ciała. Jest jednak terapią o większej sile działania z uwagi na zastosowane wysokoenergetyczne promieniowanie i ma większy wpływ na proces zmniejszania guzów niż chemioterapia [9,10,11].

Typy radioterapii

Istnieją dwie formy radioterapii [12]:

- radioterapia wiązką zewnętrzną, w której wiązka promieniowania jest skierowana na obszar leczenia przez źródło promieniowania znajdujące się poza ciałem pacjenta;
- wewnętrzna radioterapia (brachyterapia) w której substancja radioaktywna jest umieszczana w tkance rakowej lub w jej pobliżu (źródło promieniowania umieszczone wewnątrz ciała pacjenta).

Różne rodzaje radioterapii wiązką zewnętrzną dobierane indywidualnie do pacjenta mają specyficzne efekty, które dotyczą konkretnego guza [13].

Wysokoenergetyczne promieniowanie rentgenowskie może dotrzeć do głębiej położonych nowotworów złośliwych. Postępy lecznicze w radioterapii są stale osiąganym w taki sposób, że promienie zewnętrzne „zwężają się” w celu osiągnięcia najlepszego efektu i najniższego poziomu ryzyka leczenia [13].

Radioterapia wiązką zewnętrzną jest najczęściej stosowaną formą radioterapii. Wewnętrzna radioterapia może być stosowana przy próbie ograniczenia narażenia na promieniowanie w przypadku niezajętej procesem chorobowym tkanki wokół nowotworu [13].

Procedura

Przed przystąpieniem do leczenia onkolog podejmuje decyzję o dawce, która będzie zastosowana w przypadku danego pacjenta i o rodzaju promieniowania. Zwykle planowanie leczenia odbywa się w trakcie szeregu sesji, które są rozłożone na kilka tygodni. Standardowo chora osoba przechodzi pięć zabiegów tygodniowo - jest to jednak parametr zmienny (w zależności od stadium i rodzaju raka).

Pacjent przed napromienianiem poddawany jest również badaniu tomografii komputerowej w celu określenia dokładnej lokalizacji i rozmiaru nowotworu. Na skórze po skanowaniu TK wykonany jest trwały, ale niewielki tzw. tatuaż (podskórny znak z atramentu), który informuje personel wykonujący badanie w którym miejscu ma dokładnie przebiegać wiązka wysokoenergetycznego promieniowania.

W radioterapii zewnętrznej maszyna zwana akceleratorem liniowym jest używana do emitowania promieni rentgenowskich w określonym zakresie energii. Dostępne są również inne rodzaje sprzętu, który wykorzystuje odmienne formy energii, w tym elektrony, protony, promienie gamma lub ich kombinacje.

Pacjent leczony przy pomocy radioterapii leży na specjalnym stole w odpowiedniej pozycji wraz z zastosowaniem baz ułatwiających skuteczne napromienianie, a technik oddzielony od pokoju badań otworzoną ścianą i specjalną szybą obsługuje zdalnie maszynę. W pokojach badań zainstalowany jest specjalny interkom, aby pacjent i technik mogli się komunikować oraz kamery rejestrujące obraz w czasie rzeczywistym do monitorowania pacjenta oraz akceleratora.

Procedura napromieniania obszarów nowotworowych jest zwykle bardzo krótka i bezbolesna, a dana osoba może wrócić do domu i codziennych zajęć wkrótce po zakończeniu sesji.

W radioterapii istnieją różne warianty procedury, takie jak: radioterapia pod kontrolą obrazu (IGRT), w której skany są wykonywane między sesjami celem utrzymania precyzji leczenia lub chirurgia stereotaktyczna (SRS), która wykorzystuje kilka małych wiązek promieniowania w celu zwiększenia siły oddziaływania dawki.

Wewnętrzna radioterapia, czyli brachyterapia obejmuje wszczepienie metalowych rurek, drutów, płytek, które można umieścić w ciele bez konieczności wykonywania skomplikowanych operacji (w niektórych przypadkach jest ona jednak konieczna, aby zlokalizować implant bliżej zmiany nowotworowej niż byłoby to możliwe w przypadku standardowych metod dostępu).

Implant pozostaje w ciele pacjenta przez dowolny, określony przez specjalistę czas (od kilku minut, a niekiedy do końca życia). Najczęściej osoba z założonym implantem będzie musiała pozostać w szpitalu (ponieważ implanty stwarzają ryzyko promieniowania dla innych ludzi). Stałe implanty uwalniają znacznie mniejsze dawki promieniowania i są uważane za bezpieczne dla osób z najbliższego otoczenia pacjenta poddawanego procedurze brachyterapii [14].

Radioterapia paliatywna

Oprócz głównej roli radioterapii, którą jest zahamowanie rozwoju nowotworu lub jego całkowite zniszczenie, terapia ta może być również stosowana do leczenia niekorzystnych objawów towarzyszących przerzutom rakowym, które rozprzestrzeniły się w niekontrolowany i bardzo szybki sposób na wiele tkanek w ciele w sposób taki, iż nie można ich całkowicie wyleczyć, co klasyfikuje pacjenta jako chorego nieuleczalnie.

Leczenie to jest znane jako radioterapia paliatywna, która może pomóc w zmniejszeniu rozmiaru guza i pomaga znacznie ograniczyć ogromny ból nieodzownie towarzyszący rozprzestrzeniającym się procesom nowotworowym.

Radioterapia paliatywna oferuje szybki, niedrogi i skuteczny sposób na zmniejszenie wielu objawów ogniskowych zaawansowanego, nieuleczalnego raka - niezależnie od tego, czy pochodzą one z pierwotnego guza, czy z przerzutów. Może poprawić jakość życia, a jednocześnie wiąże się z ograniczonym obciążeniem leczniczym zarówno pod względem obecności w szpitalu, jak i skutków ubocznych.

Radioterapia znacznie poprawia jakość życia pacjenta, np. w przypadku rozwinięcia się raka kości wtórnego do innej formy nowotworu, która to forma rozprzestrzeniła się z pierwotnego miejsca, takiego jak jelita (rak jelita), piersi (rak piersi) lub prostaty (rak prostaty). Nowotwór nie zostanie wyleczony poprzez zastosowanie radioterapii, ale wdrożenie tego rodzaju terapii pomaga w powstrzymaniu powstawania dalszych bolesnych przerzutów nowotworów kości i zmniejsza ból poprzez wzmocnienie osłabionej struktury. Radioterapia nie zawsze nadaje się do stosowania paliatywnego. W przypadku podjęcia decyzji o jej zastosowaniu często skojarzona jest z innymi formami leczenia nowotworów i opieki paliatywnej.

Inne przykłady zastosowania radioterapii paliatywnej obejmują:

- łagodzenie nacisku lub blokady przez zmniejszenie wielkości guza;
- leczenie objawów raka mózgu, takich jak bóle głowy, nudności i zawroty głowy;

- zmniejszenie objawów raka płuc, takich jak ból w klatce piersiowej i duszność;
- kontrolowanie wrzodziejących guzów, krwawień i infekcji;
- likwidację specyficzną niedrożności spowodowanej przez guz znanej jako niedrożność żyły głównej górnej (SVCO), w której guzy głowy i szyi powodują blokadę, wpływając na krążenie krwi w krwiobiegu.

Paliatywne napromienianie pierwotnego guza lub miejsca choroby przerzutowej jest szeroko stosowanym sposobem leczenia bezobjawowego zaawansowanego raka. Radioterapia paliatywna jest ogólnie skuteczna w zwalczaniu bólu, w przypadku neurologicznych i obstrukcyjnych objawów nowotworów. Odstęp czasu pomiędzy cyklami paliatywnej radioterapii (w celu optymalnej kontroli objawów) wynosi zazwyczaj kilka tygodni.

Pacjenci muszą być w stanie wyrazić świadomą zgodę na terapię radiacyjną. W sytuacjach awaryjnych (takich, jak ucisk rdzenia kręgowego) decyzja może być podjęta w najlepszym interesie pacjenta, jeśli osoba chora nie ma zdolności do wyrażenia zgody i nie ma dostępnego przedstawiciela ustawowego. Pacjenci muszą być w stanie przestrzegać słownych poleceń radiologów spoza sali zabiegowej; brak kontaktu może utrudniać lub nawet uniemożliwiać leczenie. W radioterapii paliatywnej nie stosuje się rutynowo sedacji i znieczulenia [12,15,16,17].

Przygotowanie do radioterapii

Dawki promieniowania mierzone są w kategoriach ilości energii pochłoniętej na kilogram masy ciała wystawionej na owo promieniowanie - 1 dżul energii zdeponowanej w 1 kilogramie masy odpowiada 1 międzynarodowej jednostce pochłoniętej energii znanej jako 1 Grej (Gy). Napromienienie człowieka jednorazową dawką rzędu 5 Gy powoduje jego śmierć w ciągu 14 dni.

Lekarze oraz elektroradiolodzy prowadzący radioterapię chorej osoby każdorazowo rejestrują ilość podawanego promieniowania. Zarówno dawki indywidualne, jak i skumulowane wpływają na ryzyko wystąpienia długoterminowych skutków ubocznych, a różne nowotwory i obszary ciała reagują w różny sposób na otrzymaną dawkę promieniowania.

Pracownicy służby zdrowia obsługujący aparat wytwarzający wysokoenergetyczne promieniowanie lub pracujący w bliskim otoczeniu bezpośredniego źródła są zobowiązani do podjęcia kroków ochronnych, w celu utrzymania ich ekspozycji na minimalnym poziomie oraz mają obowiązek pomiaru i monitorowania otrzymanej przez nich dawki.

Podobnie jak w przypadku każdego sposobu leczenia osoba chora decyduje się na zalecenia i procedury związane z zastosowaniem terapii radiacyjnej jedynie po ustaleniu, że potencjalne korzyści zdrowotne przewyższają możliwe ryzyko wynikające z zastosowania wysokoenergetycznych wiązek promieniowania.

Planowanie leczenia radiacyjnego ma na celu maksymalizację korzyści i ograniczenie potencjalnych zagrożeń do minimum. Obejmuje to opracowanie dokładnego miejsca napromieniania, kąta promieniowania i optymalnej dawki, które dostosowywane są indywidualnie.

Planowanie napromieniania jest bardzo szczegółowym procesem związanym z udziałem wielu pracowników służby zdrowia, w tym onkologów i specjalistów radiologów, pielęgniarek, elektroradiologów i innych pracowników.

Podobnie jak efekty uboczne także i rodzaj radioterapii oraz wymagane planowanie zależą od okoliczności dotyczących danej osoby.

Planowanie obejmuje:

- ustalenie rodzaju, pozycji i rozmiaru nowotworu oraz tego, czy guz jest zbliżony do tkanek lub narządów wrażliwych na promieniowanie;
- określenie wymaganej głębokości potrzebnej do osiągnięcia celu i wzięcie pod uwagę ogólnego stanu zdrowia i historii medycznej danego pacjenta;
- wykonanie tomografii komputerowej (czasami wykonuje się mniej zaawansowane skany RTG, MRI lub PET);
- użycie środków kontrastowych lub innych markerów, które pomagają zdefiniować guzy (konieczne jest zastosowanie atramentów, specjalnych tatuaży lub masek, które pomagają precyzyjnie określić dokładną okolicę napromieniania).

Współczesne planowanie promieniowania jest zwykle wspomagane komputerowo i wystarczająco zaawansowane, aby można było w jego trakcie tworzyć obrazy 3D guzów [4,18,19].

Zastosowanie

Lekarz zleca terapię radiacyjną, aby wyleczyć dobrze zdefiniowane i ograniczone nowotwory. Nowotwory, które są ograniczone do określonego obszaru wykazują najlepsze rokowania jeśli chodzi o zastosowanie radioterapii. Pozwala to na skierowane wiązki promieniowania na cały obszar tkanki nowotworowej. Niektóre formy raka, takie jak

białaczką lub chłoniak można leczyć za pomocą całkowitego napromieniowania organizmu. Terapia radiacyjna może być stosowana samodzielnie w leczeniu raka prostaty lub guza krtani. Obok leczenia chirurgicznego - terapię radiacyjną można przeprowadzić w trakcie operacji nowotworowej w celu zmniejszenia guza lub po operacji w celu zminimalizowania ryzyka dotyczącego mikrokomórek nowotworowych, których nie udało się usunąć podczas zabiegu. Radioterapia z chemioterapią to leczenie skojarzone, które może zastąpić zabieg operacyjny lub znacznie go odroczyć. Mięśniaki, guzy piersi, przełyku, płuc lub odbytnicy mogą być leczone wszystkimi trzema sposobami łącznie lub w określonych planach [20].

Podsumowanie

Radioterapia paliatywna jest nowoczesnym sposobem na zwiększenie jakości życia pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej - skutecznie znosi ból i pomaga zahamować procesy związane z chorobą, które mogą znacznie uniemożliwiać funkcjonowanie osobie chorej.

Piśmiennictwo

1. Seidlitz A., Combs S.E., Debus J., Baumann M.: Practice points for radiation oncology. Oxford Textbook of Oncology, Oxford, 2016, 173-185.
2. Khan F.M., Gibbons J.P.: Khan's the physics of radiation therapy. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 2014.
3. Deja A.: Efekt abskopalny – mechanizm i znaczenie we współczesnej radioterapii. Letters in Oncology Science, 2018, 15, 1-5.
4. Osewski W., Hawrylewicz L., Garbaciok S., Ślosarek K.: Wirtualna symulacja: nowy element procesu planowania radioterapii. Inżynier i Fizyk Medyczny, 2014, 3, 169-174.
5. MacGill M.: What to know about radiation therapy?. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/158513.php> (data pobrania: 22.04.2019)
6. Michalewska J.: Odczyny popromienne w radioterapii oraz popromienne zapalenie skóry. Letters in Oncology Science, 2017, 14, 104-109.
7. Yock T.I., Yeap B., Ebb D.H., et al.: Long-term toxic effects of proton radiotherapy for paediatric medulloblastoma: a phase 2 single-arm study. The Lancet Oncology, 2016, 17, 287-298.
8. Bentzen, S.M.: Preventing or reducing late side effects of radiation therapy: radiobiology meets molecular pathology. Nature Reviews Cancer, 2006, 6, 702.

9. Lefevre J.H., Mineur L., Kotti S., Rullier E., Rouanet P.: Effect of interval (7 or 11 weeks) between neoadjuvant radiochemotherapy and surgery on complete pathologic response in rectal cancer: a multicenter, randomized, controlled trial (GRECCAR-6). *Journal of Clinical Oncology*, 2016, 34, 3773-3780.
10. Kawecki A.: Radiochemioterapia i leczenie ukierunkowane molekularnie-możliwości i perspektywy leczenia chorych na płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi. *Onkologia w praktyce klinicznej*, 2007, 3, 169-176.
11. Madej G.: Chemioterapia onkologiczna dorosłych i dzieci. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, 1992.
12. Bujko K.: Podstawy radioterapii. *Gastroenterologia Kliniczna. Postępy i Standardy*, 2010, 2, 121-126.
13. Bernshaw D., Van Dyk S., Narayan K.: Obrazowa brachyterapia ginekologiczna: technika zintegrowana. *Nowotwory. Journal of Oncology*, 2008, 58, 499-499.
14. Ding G.X., Coffey C.W.: Radiation dose from kilovoltage cone beam computed tomography in an image-guided radiotherapy procedure. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.*, 2009, 73, 610-617.
15. Leppert W., Nowakowska E.: Rola radioterapii w leczeniu objawów zaawansowanej choroby nowotworowej. *Palliative Medicine in Practice*, 2008, 2, 33-47.
16. Jones J.A., Lutz S.T., Chow E., Johnstone P.A.: Palliative radiotherapy at the end of life: a critical review. *CA Cancer J Clin*, 2014, 64, 295-310.
17. Lutz S.T., Jones J., Chow E.: Role of radiation therapy in palliative care of the patient with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 2014, 32, 2913.
18. Hawrylewicz L., Dolla Ł., Garbaciok S., Osewski W., Ślosarek K.: Zastosowanie tomografu komputerowego w planowaniu rozkładu dawki w radioterapii. *Inżynier i Fizyk Medyczny*, 2014, 3, 123-128.
19. Ślosarek K., Grządziel A., Kopczyńska J., Bekman B., Osewski W.: Techniki napromieniania w radioterapii: radiochirurgia. *Inżynier i Fizyk Medyczny*, 2015, 4, 229-236.
20. Gładczak J.: Radioterapia - charakterystyka, wskazania, rodzaje, przebieg, skutki uboczne. <https://portal.abczdrowie.pl/radioterapia> (25.04.2019).

Problem utraty włosów u pacjentów leczonych onkologicznie. Metody zapobiegania i ich efektywność

Jakubiak Agata¹, Kirsch Joanna¹, Sebzda Tadeusz¹, Borowicz Wojciech¹, Reichert Paweł¹, Karaszewski Michał¹, Ferenc Stanisław², Gnus Jan^{1,2}.

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

Wstęp

Łysienie jest przemijającym i zwykle odwracalnym skutkiem ubocznym chemioterapii, który może być bardzo obciążający psychicznie dla pacjentów. Powoduje zagrożenie poczucia własnej wartości, poczucie bycia innym, jest widoczne dla świata zewnętrznego. Ma także skutki fizyczne, takie jak uczucie irytacji, napięcia i niepokoju związanego z utratą włosów. W konsekwencji może skłonić niektórych chorych do odmowy poddania się leczeniu. Dotyczy to przede wszystkim kobiet, które z powodu wypadania włosów tracą poczucie kobiecości i pewność siebie [1,2].

Badania pokazują, że 47% pacjentek uważa, że utrata włosów jest najbardziej traumatycznym aspektem chemioterapii, a aż 8% chorych odmówiłoby podania chemioterapeutyków z powodu lęku przed utratą włosów [2].

Dla lekarzy i pielęgniarek, którzy na co dzień mają kontakt z łysymi pacjentami jest to cena, jaką warto zapłacić za leczenie choroby nowotworowej. Niektórzy pacjenci także się z tym zgadzają i potrafią zaadaptować się do sytuacji. Jednak u części pacjentów, podczas oceny ich psychologicznej formy ujawnia się trauma z powodu nagłej i dramatycznej utraty włosów [3].

“Nagle, jednego dnia.

Wchodzisz pod prysznic i zaczynasz myć swoje włosy.

Następnie wychodzisz i nie masz już włosów

Włosy są dosłownie wszędzie, nawet na ścianach,

w rękach, na ciele, nie zniesiesz tego.

To było najbardziej traumatyczne przeżycie na całym świecie” [3,4]

Bardzo ważne jest, aby przygotować pacjenta na skutki leczenia onkologicznego, zapewnić mu wsparcie i opiekę psychologiczną, a także zastanowić się nad dostępnymi metodami zapobiegania działaniom niepożądanym.

Cel

Celem pracy była analiza przyczyn wypadania włosów w trakcie chemioterapii, wpływu tego powikłania na pacjentów oraz przedstawienie metod zapobiegania łysieniu u pacjentów leczonych chemioterapią i ich skuteczności.

Materialy i metody

Praca powstała dzięki analizie wybranych treści piśmiennictwa dotyczącego: skutków ubocznych leczenia choroby nowotworowej, metod zapobiegania wypadaniu włosów w trakcie leczenia, ich skuteczności, przeciwwskazań i działań niepożądanych.

Przyczyny wypadania włosów podczas chemioterapii

Mieszki włosowe przechodzą przez trzy fazy rozwoju: anagen (okres wzrostu), katagen (okres involucji) i telogen (odpoczynek). W normalnych warunkach na owłosionej skórze głowy aż 80-85% włosów znajduje się w fazie anagenu, komórki macierzy włosa znajdującego się w tej fazie intensywnie się dzielą, faza ta trwa 3-6 lat. Katagen jest okresem przejściowym, opuszka włosa zanika i rogowacieje, a włos zostaje wypchnięty w kierunku powierzchni skóry. 0,5-1% włosów znajduje się w tej fazie, trwa ona od kilku dni do 2 tygodni. Faza telogenu jest fazą wypadania - korzeń włosa jest zrogowaciały i znajduje się jeszcze bliżej powierzchni skóry głowy, i wkrótce samoistnie wypada. W tej fazie znajduje się 10-20% włosów, trwa ona 2-4 miesiące [5,6].

Chemioterapeutyki działają na szybko dzielące się komórki zarówno złośliwe, jak i zdrowe. Cytostatyki wywołują apoptozę proliferujących komórek macierzy włosa. Bez stałego napływu skeratynizowanych komórek włosy stają się cienkie i wypadają z mieszków spontanicznie lub podczas czesania lub mycia. Jest to łysienie anagenowe.

Jeśli na macierz działa czynnik na tyle silny, aby zahamować aktywność mitotyczną większości komórek odpowiedzialnych za wzrost włosów, należy spodziewać się ich wypadania po określonym czasie od zadziałania tego czynnika. W przypadku chemioterapii dzieje się to w ciągu 2-4 tygodni od przyjęcia leku, często jest poprzedzone swędzeniem owłosionej skóry głowy [7].

Ilość utraconych włosów zależy od rodzaju leków, kombinacji leków, ich dawki, a także indywidualnej reakcji chorego. Wypadanie włosów może dotyczyć nie tylko skóry głowy, ale również innych okolic ciała - brwi, rzęs, zarostu na twarzy, owłosienia kończyn, pach, owłosienia łonowego [8]. Przy nieuszkodzonej brodawce włosa, jeśli komórki macierzy zachowają zdolność do podziałów, będzie miał miejsce odrost włosów. Zwykle następuje on po około 3-6 miesiącach, jednak pełen odrost pojawia się dopiero po 6-12 miesiącach od zakończenia leczenia. Zwykle po odrośnięciu włosy mają inną barwę i strukturę niż przed leczeniem - są ciemniejsze, grubsze, kręcone [7,8]. Według jednego z badań, u 4% pacjentów nawet po 2 latach od zakończenia chemioterapii odrost włosów był poniżej 30% i nie było poprawy przez kolejne 3 lata. Aż 47% pacjentów nosi peruki nawet po roku od zakończenia chemioterapii [9].

Leki wywołujące utratę włosów

Ryzyko utraty włosów zależy od rodzaju leku, drogi podania, dawki i częstości stosowania.

- Wysokodawkowe, przerywane, dożylne schematy leczenia są związane z dużą częstością występowania całkowitego łysienia.
- Niskie dawki i doustne podawanie leków rzadziej powodują łysienie.
- Stosowanie kombinacji leków częściej skutkuje łysieniem niż podawanie pojedynczych leków.

Wypadanie włosów jest najczęściej związane ze stosowaniem cyklofosfamid, doksorubicyny, epirubicyny, paklitakselu, docetakselu, etopozyny [6].

Sposoby zapobiegania wypadaniu włosów

Sposoby zapobiegania łysieniu badane były od 1960 roku. Używano do tego mechanicznych sposobów, takich jak opaski uciskowe oraz metod fizycznych - chłodzenia skóry głowy, środków farmakologicznych. Obecnie największą uwagę poświęca

się chłodzeniu. Dostępne są też metody farmakologiczne, ale nie są one stosowane rutynowo. W fazie eksperymentalnej jest kilka nowych leków, badanych na zwierzętach. Należy pamiętać, że ważną rolę pełni również kosmetologia – w przeciwdziałaniu łysieniu istotna jest odpowiednia pielęgnacja włosów i skóry głowy. Kosmetologia ma również znaczenie w poprawie wyglądu w przypadku wypadania brwi i rzęs.

Pielęgnacja włosów

Pacjenci w trakcie chemioterapii otrzymują rady, jak mogą złagodzić efekt wypadania włosów. Należy:

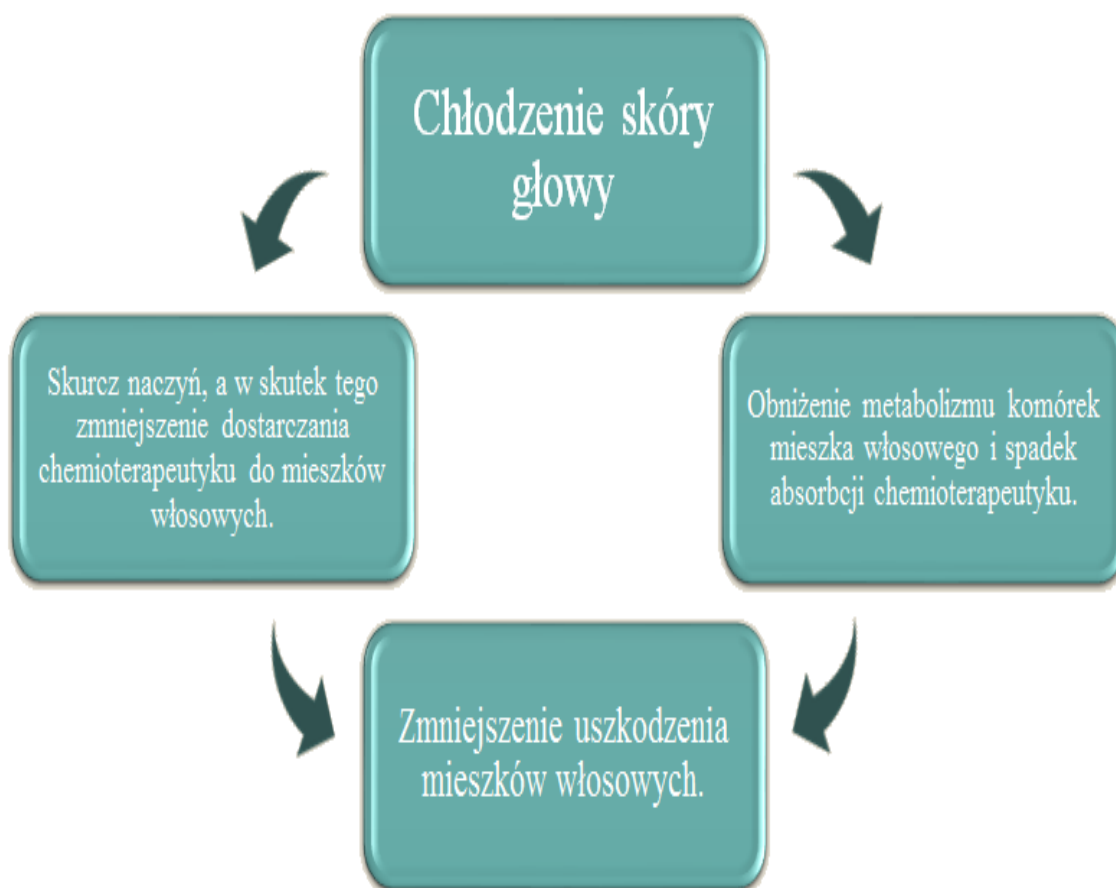
- używać łagodnych szamponów, bez parabenów i silikonu, o obojętnym pH (5,5)
- myć włosy nie częściej niż dwa, trzy razy w tygodniu, w letniej wodzie
- czesać włosy miękką szczotką lub szerokim grzebieniem, nie ciągnąć włosów przy czesaniu
- wiązać włosy delikatną frotką lub w ogóle nie związywać
- unikać urządzeń, które działają na włosy wysokimi temperaturami (suszarka do włosów, prostownica)
- unikać silnego tarcia włosów i skóry głowy ręcznikiem, można włosy delikatnie wytrzeć ręcznikiem bawełnianym lub papierowym
- zrezygnować z korzystania z lokówki oraz nawijania włosów na wałki, papiloty itd.
- zrezygnować z farbowania włosów oraz robienia trwałej ondulacji
- można używać jedwabnych siatek zakładanych na włosy na noc, chronią one przed splątaniem i niszczeniem włosów
- stosować nakrycia głowy również w dzień, najlepiej bawełniane czapki, niedrażniące.

Można również obciąć włosy na krótko. Będzie to dawało korzystny optycznie efekt - włosy wydają się grubsze i gęstsze. W sytuacji, gdy zaczną wypadać, nie będzie to aż tak traumatyczne [8,10].

Jeśli włosy już wypadły, pacjenci powinni osłaniać głowę przed słońcem lub używać kremów z filtrem UV. Pacjenci mają również możliwość zakupienia peruki, NFZ refunduje jednak jedynie peruki syntetyczne. Natomiast peruki z włosów naturalnych kosztują po kilka tysięcy złotych. Niektóre fundacje zajmują się produkcją peruk dla osób po chemioterapii. Można w ten sposób otrzymać za darmo perukę z włosów naturalnych, jednak dostęp do tego rozwiązania jest ograniczony.

Chłodzenie skóry głowy

Chłodzenie skóry głowy powoduje skurcz naczyń skóry głowy, skutkuje to zmniejszonym dostarczaniem chemioterapeutyku do mieszków włosowych. Ponadto, zimna temperatura obniża metabolizm komórek mieszka włosowego i zmniejsza absorpcję chemioterapeutyku przez te komórki oraz zmniejsza ich wrażliwość na uszkodzenia związane z chemioterapią (Ryc. 1) [3,6].



Ryc. 1. Wpływ chłodzenia skóry głowy na zmniejszenie uszkodzenia mieszków włosowych.

Na początku stosowano do tego celu turbany z lodem, później zastąpiono je czepkami cryogel, kaskami, np. Kask Fridge Cap. Teraz dostępne są również systemy stosujące:

- płynne chłodziwo krążące w czepku, np. Paxman (PCS-1 and 2, Orbis), Dignitana (DigniCap™)
- chłodne powietrze wdmuchiwane na skórę głowy, np. Amit Technology (SCSII™)

Istnieje badanie sugerujące większą efektywność systemu stosującego chłodne powietrze niż czepków cryogel, ze względu na możliwość dłuższego utrzymania przez nie niskiej temperatury [11].

Poniżej przedstawiamy zasady działania kasku chłodzącego oraz systemu chłodzącego i prezentujemy wyniki badań z ich użyciem.

Kask Fridge Cap

Przed założeniem kasku należy zmoczyć włosy i włożyć na głowę czepki. Kask przed każdym użyciem jest zamrażany do temperatury -25°C , przez minimum 48 godzin. Kask jest utrzymywany na głowie od 15 minut przed podaniem leku, przez cały okres podawania chemioterapeutyku i przez 45 minut od momentu zakończenia podawania leku. Po upływie 45 minut temperatura kasku jest sprawdzana, w sytuacji gdy kask uległ nagrzananiu, powinien zostać wymieniony [1].

System chłodzący Paxman

System ten składa się z aparatu monitorującego z pompą oraz czepka z częścią silikonową (spiralna rurka ukształtowana do głowy pacjenta) i neoprenową (zewnętrzna warstwa izolacyjna) [6,3,10].

Przed założeniem czepka pielęgniarka powinna zwilżyć włosy pacjenta, nałożyć na nie niewielką ilość odżywki i zaczesać do tyłu, aby dokładnie uwidocznic ich linię [6,3,10].

Następnie zakłada się bawełnianą opaskę na czoło i uszy oraz czepki chłodzący. Działa on przy użyciu systemu chłodzącego o dużej mocy, który w szybkim tempie obniża temperaturę chłodziwa do ustawionej fabrycznie temperatury -5°C . Sensor elektroniczny kontroluje i monitoruje utrzymanie chłodziwa w temperaturze od -5 do -4°C . Chłodziwo jest pompowane małym ciśnieniem z aparatu do czepki. Płyn przepływa przez tunele, odzyskując ciepło ze skóry głowy pacjenta i utrzymując optymalną temperaturę głowy w trakcie terapii. Pożądana temperatura skóry głowy to poniżej 22°C , według niektórych źródeł poniżej 15°C . Chłodzenie głowy powinno rozpocząć się około 30 minut przed rozpoczęciem podawania leku, trwać przez cały okres podania oraz około 90-120 minut po podaniu chemioterapii [6,3,10].

Do oceny stopnia utraty włosów stosowano wytyczne WHO, przedstawiamy je w tabeli poniżej.

Tabela I. Stopnie utraty włosów według WHO [3]

Stopień 0	nieznaczna utrata włosów
Stopień 1	niewielka utrata, niewymagane użycie peruki
Stopień 2	umiarkowana utrata, niewymagane użycie peruki
Stopień 3	dotkliwa utrata, wymagane użycie peruki
Stopień 4	całkowite wyłysienie

Skuteczność metody chłodzenia jest potwierdzona przez wiele badań naukowych, poniżej omawiamy 4 z nich.

Na początek omówimy badanie z użyciem kasku Fridge Cap na 105 przypadkach pacjentek [1]. Pacjentki te otrzymywały cyklofosfamid i mitoxantron, w czterech cyklach. Mitoxantron powoduje wypadanie jedynie włosów siwych, co prowadzi do umiarkowanego łysienia. Natomiast cyklofosfamid powoduje poważne łysienie. Grupa badana to 77 pacjentek (n=77) akceptujących metodę chłodzenia skóry głowy, była ona porównywana do grupy, która odmówiła chłodzenia (n=28). U pacjentek z grupy badanej, zastosowanym system chłodzenia był kask Fridge Cap. Stopień utraty włosów był oceniany według kryteriów podanych przez WHO. Skuteczność systemu chłodzenia była oceniana przez pielęgniarki. W 1 i 3 cyklu chemioterapii różnice utraty włosów pomiędzy tymi dwiema grupami pacjentów były istotne statystycznie. Po 1 cyklu chemioterapii łysienie (stopnia 1-4 wg WHO) zaobserwowano u 32,1% pacjentów bez systemu chłodzenia (n=28) i u 13% pacjentów z systemem chłodzenia (n=77). Po 3 cyklu łysienie wystąpiło u 64,3% pacjentów bez systemu chłodzenia i u 41,2% pacjentów z systemem chłodzenia [1].

Przeprowadzono badanie z użyciem systemów chłodzących Paxman. Badano kobiety leczone adiuwantowo lub paliatywnie w 8 centrach w Wielkiej Brytanii na przełomie 1997 i 2000r. Były to 94 pacjentki w przedziale wiekowym 28-64 lata. Dostawały one różne leki, m.in. 5-fluorouracyl, epirubicynę, cyklofosfamid, doksorubicynę. Czepek zakładany był około 15-20 minut przed podaniem leku, podczas infuzji oraz przez rekomendowany czas po infuzji. U 89% badanych pacjentek utrata włosów oceniona została na 0, 1 lub 2, u 5% na 3, u 1% na 4, a 5% osób zrezygnowało z leczenia metodą chłodzenia przed ukończeniem wszystkich cykli [3].

W kolejnym badaniu porównano skuteczność systemu Paxman w grupie pacjentek leczonych taksanami i/lub antracyklinami. U 160 z nich stosowano chłodzenie głowy, u 86 nie. Badanie wykazało, że zastosowanie systemu chłodzenia zredukowało częstość użycia peruk o 40%, a pacjentki po chłodzeniu skóry głowy nosiły je krócej niż 6 miesięcy [12].

Następne badanie zostało przeprowadzone na grupie 131 pacjentek, które były leczone antracyklinami i taksanami, a część jedynie taksanami. Stosowano system chłodzenia skóry głowy Paxman. Metodę tę uznano za skuteczną w przypadku, gdy pacjentka utraciła mniej niż 50% włosów. Efekt taki został uzyskany u 93 pacjentek, a więc system Paxman był skuteczny u 71% pacjentek [13].

Skutki uboczne chłodzenia skóry głowy

Skutki uboczne występujące w przypadku chłodzenia skóry głowy są zwykle łagodne. Należą do nich:

- bóle głowy
- bóle karku
- trudności psychologiczne związane z założonym kaskiem
- dyskomfort z powodu uczucia zimna
- uczucie nacisku czepka
- zawroty głowy
- suchość skóry
- świąd
- wysypka
- nudności
- termiczne uszkodzenia skóry [3,6,14].

Pojawiają się także obawy związane ze zwiększeniem niebezpieczeństwa wystąpienia przerzutów nowotworu do skóry głowy, ale w badaniach naukowych nie ma na to dowodów [6,10].

Skutki uboczne pojawiają się jedynie u części pacjentów, w jednym z omówionych przez nas badań zdecydowana większość pacjentów czuła się w trakcie stosowanie systemu wygodnie (85%) [3].

Inną niedogodnością związaną ze stosowanymi systemami chłodzenia jest problem wydłużenia czasu pobytu w ambulatorium onkologicznym.

Wskazania do zastosowania metod chłodzenia skóry głowy

Stosowanie metod chłodzenia rekomendowane jest u pacjentów przyjmujących chemioterapię, która może powodować skutki uboczne w postaci całkowitej utraty włosów (m.in. w przypadku raków piersi, jajnika, prostaty) [6].

Przeciwwskazania do zastosowania metod chłodzenia skóry głowy

Metody chłodzenia skóry głowy są przeciwwskazane u:

- pacjentów chorych na białaczkę, chłoniaki
- pacjentów z guzami litymi otrzymujących wlew ciągły chemioterapeutyków ponad 1 dobę
- pacjentów przechodzących napromienianie czaszki
- pacjentów z nadwrażliwością na zimno
- pacjentów, u których występują migreny indukowane zimnem
- pacjentów z chorobą zimnych aglutynin
- pacjentów z krioglobulinemią
- pacjentów mających przerzuty na skórę głowy
- pacjentów po przeszczepie szpiku kostnego.

Powinny być stosowane z ostrożnością u pacjentów z dysfunkcją wątroby [6,10].

Stosowanie systemów chłodzenia w Polsce

Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje terapię z wykorzystaniem systemu Paxman. Na świecie metoda chłodzenia skóry głowy stosowana jest od ponad 25 lat, nieliczne ośrodki onkologiczne w Polsce posiadają urządzenie Paxman, ale z roku na rok jest ich coraz więcej [10]. Zwykle posiadają one jedno takie urządzenie.

Według danych dystrybutora systemów chłodzących Paxman są to m.in. następujące ośrodki:

- Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Opolskie Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu
- DCO - Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu (centrum chorób piersi)
- Szpitale Pomorskie Sp. z o.o.
- Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SPZOZ, Warszawa
- Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach, Klinika Radioterapii i Chemioterapii
- Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu - Oddział Onkologii Klinicznej
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu - Oddział Chemioterapii z Pododdziałem Chemioterapii Diennej
- Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny Zespół Opieki

Zdrowotnej w Zgorzelcu

- Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Rola kosmetologii

Nie tylko utrata włosów skóry głowy jest problemem dla pacjentów, podczas chemioterapii wypadają również między innymi brwi i rzęsy. Z tym skutkiem ubocznym świetnie radzi sobie kosmetologia. Łuk brwiowy można rekonstruować henną, jest to metoda nietrwała. Można również zastosować makijaż permanentny, efekt takiego zabiegu utrzymuje się od 1 roku do 5 lat. Makijaż permanentny można wykorzystać również do rekonstrukcji linii rzęs [15].

Metody farmakologiczne

Metodami farmakologicznymi testowanymi na ludziach, lecz nie stosowanymi rutynowo są miejscowo używane: bimatoprost, minoksydil oraz kalcytriol [6].

Bimatoprost

Bimatoprost - w stężeniu 0,03%, analog prostaglandyny, stosowany miejscowo jako odżywka. Efekty w postaci wydłużenia i pogrubienia rzęs są widoczne po kilku tygodniach. Lek ten jest skuteczny w przypadku utraty rzęs, również z powodu chemioterapii. Wykazano to w badaniu na grupie 130 pacjentów z utratą rzęs po chemioterapii oraz 238 z idiopatyczną utratą rzęs [16]. Nie ma jednak danych zalecających prewencyjne stosowanie bimatoprostu [6].

Minoksydil

Minoksydil - stosowany jest w leczeniu łysienia androgenowego i plackowatego. Lek ten wydłuża fazę anagenu oraz działa stymulująco na mieszki włosowe. Badanie wykazało, że lek ten nie był skuteczny w przypadku pacjentek otrzymujących dokсорubicynę, stosujących 2% minoksydil miejscowo, 2 razy dziennie [17]. W randomizowanym badaniu na grupie 22 pacjentek otrzymujących chemioterapię po operacji raka piersi i stosujących miejscowo 2% minoksydil również nie zapobiegł wyłysieniu. Jednak zauważono, że lek wpłynął na wydłużenie czasu do maksymalnej utraty włosów oraz skrócenie czasu do ich maksymalnego odrostu [18].

Kalcytriol

Kalcytriol - badania na zwierzętach wykazały jego skuteczność, ale nie wykazano tego w badaniach na ludziach [6].

Metody eksperymentalne

- Przeprowadzone zostało badanie na myszach z zastosowaniem leku M30 [5-(N-methyl-N-propargylaminomethyl)-8-hydroxyquinoline] - który jest chelatorem żelaza (antyoksydantem). M30 ma zapobiegać łysieniu spowodowanym leczeniem cyklofosfamidem. Mysiom podano cyklofosfamid w dawce 120 mg/kg. Dwa tygodnie od podania cyklofosfamidu u myszy zaobserwowano pojawienie się siwych włosów, a myszy którym nie został podany cyklofosfamid miały normalne czarne włosy. Części myszy podano lek M30, okazało się, że zapobiegł on pojawianiu się siwych włosów u myszy leczonych cyklofosfamidem. Przeanalizowano również przekroje skóry myszy. Wykazano, że M30 spowodował wzrost mieszków włosowych, stały się one większe i głębsze oraz zapobiegł zmianom dystroficznym mieszków. To badanie pokazuje, że lek M30 jest obiecującą terapią zapobiegającą łysieniu u pacjentów leczonych cyklofosfamidem [19].
- Inhibitory kinazy cyklozależnej CDK2, regulatora cyklu komórkowego, mogą zmniejszyć wrażliwość mieszków na czynniki cytotoksyczne. W badaniach eksperymentalnych na szczurach, miejscowa aplikacja inhibitorów CDK2 zmniejszyła utratę włosów o 33-50% [20].
- Inhibitory białka p53 - wykazano, że myszy pozbawione genu kodującego to białko nie tracą włosów podczas chemioterapii. Ta obserwacja sugeruje, że miejscowe zahamowanie tego genu może być przydatne w zapobieganiu łysienia, jednak nie wykazano tego jeszcze w badaniach.
- Naskórkowy czynnik wzrostu (EGF), czynnik wzrostu fibroblastów (FGF), czynnik wzrostu keratynocytów - wykazano skuteczność w badaniach na zwierzętach.
- Miejscowe stosowanie cyklosporyny - wykazano skuteczność w badaniach na zwierzętach.
- Interleukina 1 (IL1) - wykazano skuteczność na zwierzętach [6].

Wnioski

Utrata włosów w czasie chemioterapii jest dla pacjentów stresującym i przygnębiającym skutkiem ubocznym leczenia onkologicznego.

Obecnie najlepszą metodą zapobiegania łysieniu jest stosowanie systemów chłodzących skórę głowy, ponieważ w zależności od badań skuteczność tej metody waha się między 50 a 90% i zależy m.in. od rodzaju stosowanych leków. Metoda ta zapobiega wypadaniu włosów, zmniejsza częstość użycia peruk i skraca czas ich noszenia. Ma ona niewielkie działania niepożądane, takie jak ból głowy, uczucie zimna i wydłuża czas pobytu pacjenta w ambulatorium, jednak mimo to, pacjenci są usatysfakcjonowani.

W Polsce system chłodzący znajduje się jednak w niewielu ośrodkach. Metoda ta jako skuteczna w walce z wypadaniem włosów w czasie chemioterapii powinna być, jak w innych krajach europejskich, ogólnie dostępna dla pacjentów. Znajduje się jednak w niewielu ośrodkach i zwykle jest to tylko jedno urządzenie, co może powodować, że nie wszyscy potrzebujący pacjenci będą mieli do niego dostęp.

Pacjenci powinni być również informowani o potrzebie specjalnej pielęgnacji włosów w trakcie leczenia.

W przypadku wypadania brwi i rzęs mogą skorzystać z porady kosmologa oraz stosować odpowiednie odżywki.

Trwają badania naukowe nad zastosowaniem leków, które w przyszłości także mogą okazać się skuteczne w zapobieganiu utracie włosów.

Piśmiennictwo

1. Protière C., Evans K., Camerio J., et al: Efficacy and tolerance of a scalp-cooling system for prevention of hair loss and the experience of breast cancer patients treated by adjuvant chemotherapy. *Support Care Cancer*, 2002, 10, 529–537.
2. Trüeb R.M.: Chemotherapy-induced alopecia. *Seminars in cutaneous medicine and surgery*, 2009, 28(1),11-14.
3. Massey C.S.: A multicentre study to determine the efficacy and patient acceptability of the Paxman Scalp Cooler to prevent hair loss in patients receiving chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 2004, 8, 121-130.
4. Williams J., Wood, C., Cunningham-Warburton, P.: A narrative study of chemotherapy-induced alopecia. *Oncology Nursing Forum*, 1999, 26(9), 1463–1468.

5. Jabłońska S., Majewski S.: Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. PZWL Warszawa, 2014.
6. Rugo H., Lacouture M., Payne A.: Chemotherapy-induced alopecia. UpToDate, <https://www.uptodate.com/contents/chemotherapy-induced-alopecia> (30.04.2019).
7. Gawkowska-Suwińska M., Syguła D., Suwiński R., Zajusz A. : Epilacja owłosionej skóry głowy po profilaktycznym napromienianiu mózgowia. Nowotwory Journal of Oncology, 2008, 58, 326-330.
8. Wronkowski Z., Brużewicz S.: Chemioterapia i radioterapia. PZWL, Warszawa, 2007.
9. Watanabe T., Yagata H., Saito M., et al.: A multicenter survey of temporal changes in chemotherapy-induced hair loss in breast cancer patients. PLoS ONE, 2019, 14(1), e0208118.
10. Lewicka H., Górska M.: Paxman - system chłodzenia skóry głowy. Chemioterapia. W cieniu czepka. Biuletyn informacyjny Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, 2018, 7, 321, 20-23.
11. Hillen H.F., Breed W.P., Botman C.J.: Scalp cooling by cold air for the prevention of chemotherapy-induced alopecia. The Netherlands Journal of Medicine, 1990, 37, 231-235.
12. van den Hurk C.J., van den Akker-van Marle M.E., Breed W.P., et al: Impact of scalp cooling on chemotherapy-induced alopecia, wig use and hair growth of patients with cancer. European Journal of Oncology Nursing, 2013, 17(5), 536-540.
13. Vasconcelos I., Wiesske A., Schoenegg W.: Scalp cooling successfully prevents alopecia in breast cancer patients undergoing anthracycline/taxane-based chemotherapy. Breast, 2018, 40, 1-3.
14. Chan A., Bauwens A., Pontre S., et al: Efficacy of scalp cooling in reducing alopecia in early breast cancer patients receiving contemporary chemotherapy regimens. Breast, 2018, 41, 127-132.
15. Matuła A., Załęska I., Lizak A. i wsp.: Rola kosmetologa w diagnostyce oraz terapii nowotworowej. Kosmetologia Estetyczna, 2018, 7(4), 445.
16. Glaser D.A., Hossain P., Perkins W., et al: Long-term safety and efficacy of bimatoprost solution 0.03% application to the eyelid margin for the treatment of idiopathic and chemotherapy-induced eyelash hypotrichosis: a randomized controlled trial. The British Journal of Dermatology, 2015, 172(5), 1384-1394.
17. Rodriguez R., Machiavelli M., Leone B., et al.: Minoxidil (Mx) as a prophylaxis of doxorubicin – induced alopecia. Annals of Oncology, 1994, 5(8), 769–770.

18. Duvic M., Lemak N.A., Valero V., et al. A randomized trial of minoxidil in chemotherapy-induced alopecia. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1996, 35(1), 74-78.
19. Lim Y.C., Kim H., Lim S.M., Kim J.S.: Genetic analysis of a novel antioxidant multi-target iron chelator, M30 protecting against chemotherapy-induced alopecia in mice. *BMC Cancer*, 2019, 19,149.
20. Davis S.T., Benson B.G., Bramson H.N., et al.: Prevention of Chemotherapy-Induced Alopecia in Rats by CDK Inhibitors. *Science*, 2001, 5, 291(5501), 134-137.

Problematyka zespołu metabolicznego i cukrzycy u kresu życia

Zendran Iga¹, Żelaśkiewicz Krzysztof¹, Augustynek Paweł¹, Sobieszcańska Małgorzata¹, Ferenc Stanisław², Borowicz Wojciech¹, Laszki-Szczańchor Krystyna¹, Gnus Jan^{1,2}

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

Wykaz skrótów

ACEI – angiotensin-converting-enzyme inhibitor – inhibitor konwertazy angiotensyny

AHA – *American Heart Association*

ARB – *Angiotensin II receptor blocker* – bloker receptora angiotensyny II (sartan)

CVD – *cardiovascular disease* – choroba sercowo-naczyniowa

DASH – *Dietary Approaches to Stop Hypertension*

DPP – *Diabetes Prevention Program*

DPP-4 – *Dipeptidyl peptidase-4* – dipeptydylowa peptydaza 4

DXA – *Dual-energy X-ray absorptiometry*

eGFR – *Estimated Glomerular Filtration Rate* – Współczynnik filtracji kłębuszkowej

GLP-1 – *Glucagon-like peptide-1* – glukagonopodobny czynnik 1

HbA1C – Hemoglobina glikowana

HDL – *High-density lipoprotein* – lipoproteina wysokiej gęstości

HNLBI – *National Heart, Lung, and Blood Institute*

IAS – *International AIDS Society*

IASO – *International Association for the Study of Obesity*

IDF – *International Diabetes Federation* – Światowa Federacja Cukrzycy

IGT – *Impaired Glucose Tolerance* – upośledzona tolerancja glukozy

IL-6 – interleukina 6

LDL – *Low-density lipoprotein* – lipoproteina niskiej gęstości
MORGAM – *MONica Risk, Genetics, Archiving and Monograph Project*
NAFLD – *nonalcoholic fatty liver disease* – niealkoholowa choroba stłuszczeniowa wątroby
NCEP-ATP III – *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III*
NHANES – *National Health and Nutrition Examination Survey*
NT – nadciśnienie tętnicze
OGTT – *Oral Glucose Tolerance Test* – Test doustnego obciążenia glukozą
OSA – *obstructive sleep apnea* – zespół bezdechu śródsewnego
PCOS – *Polycystic ovary syndrome* – zespół policystycznych jajników
PTD – Polskie Towarzystwo Diabetologiczne
RBP-4 – *Retinol binding protein 4* – białko wiążące retinol 4
TNF- α – *tumor necrosis factor alpha* – czynnik martwicy nowotworów alfa
WHF – *World Heart Federation*
WHO – *World Health Organization* – Światowa Organizacja Zdrowia
WOBASZ – Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności

Wstęp

Rozwój cywilizacji, a co za tym idzie także metod diagnozowania oraz leczenia przeróżnych chorób, wpłynął na znaczne wydłużenie średniej długości życia człowieka. Wydłużenie to dotyczy oczywiście przede wszystkim okresu starości. Ponieważ tendencja ta zauważalna jest najbardziej na przestrzeni kilkudziesięciu lat, starość oraz związane z nią dolegliwości wciąż nie jest dostatecznie poznanym zjawiskiem. W wielu przypadkach brak jest dokładnych definicji chorób oraz zaleceń dotyczących leczenia u osób starszych. Z racji występowania u nich wielu jednostek chorobowych jednocześnie oraz przyjmowania w związku z tym licznych leków, wytyczne te powinny być dobrze przemyślane i wyważone, aby uniknąć częstej w tym wieku polipragmazji. Jako że zespół metaboliczny oraz cukrzyca u pacjentów geriatrycznych stanowią wciąż duże wyzwanie dla lekarzy, w naszej pracy zajmiemy się omówieniem przyczyn, diagnostyki oraz leczenia tych dwóch, coraz częściej występujących w populacji osób starszych, schorzeń.

Zespół metaboliczny

Zespół metaboliczny stanowi jeden z coraz częstszych problemów zarówno klinicznych, jak i dotyczących zdrowia publicznego w XXI wieku [1].

Pierwsze opisy pacjentów skarżących się na wiele współistniejących zaburzeń metabolicznych pojawiły się już w 1923 roku, ale dopiero ponad pięć dekad później amerykański endokrynolog Gerald Reaven w 1988 roku nadał im wspólny termin ‘zespół X’ [1].

Zespół metaboliczny jest zbiorem czynników ryzyka cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych, prowadzących do przedwczesnej śmierci pacjentów. Nie jest klasyfikowany jako odrębna jednostka chorobowa, nie uwzględnia się go w międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10. Należą do niego następujące nieprawidłowości ustrojowe [2]:

- insulinooporność,
- hiperinsulinemia,
- nietoleracja glukozy,
- hipertriglicerydemia,
- spadek poziomu HDL w surowicy oraz nadciśnienie tętnicze.

Porównując częstość występowania zespołu w Europie pomiędzy grupami wiekowymi 19-39 a 60-78 lat, zgodnie z wynikami badania MORGAM, stwierdza się pięciokrotny wzrost występowania u kobiet - z 7,6% do 37,6%, natomiast u mężczyzn dwukrotny - z 11,5% do 21,8% (według kryteriów NCEP-ATP III [*National Cholesterol Education Program (NCEP) Adult Treatment Panel-III (ATP-III)*]) [3].

W Polsce w 2005 roku według badania WOBASZ kryteria spełniało 23% mężczyzn i 20% kobiet, dotyczyło to zaledwie 4% kobiet i 10% mężczyzn w wieku 20-39, natomiast w wieku 60-74 lat wzrosło u kobiet do 46% (12-krotny wzrost) i 35% u mężczyzn (3,5-krotny wzrost) [4].

W ciągu ostatnich dwóch dekad, wraz z narastającym problemem otyłości i insulinooporności w społeczeństwie, towarzystwa naukowe wprowadzały wiele definicji wraz z kryteriami rozpoznania zespołu metabolicznego.

Pierwsza w historii, niestosowana obecnie powszechnie, została zaproponowana przez WHO (*World Health Organization*) w 1999 roku, ale okazała się zbyt techniczna i nieprzydatna

w praktyce. Obecnie w klinicznym użyciu są dwie definicje zespołu metabolicznego, kryteria IDF (*International Diabetes Federation*) oraz NCEP-ATP III.

Kryteria zaproponowane przez IDF w 2006 roku przyjmują za centralny parametr obwód brzucha ≥ 94 cm u mężczyzn lub ≥ 80 cm u kobiet w populacji pochodzenia europejskiego oraz 2 z poniższych cech [5]:

- stężenie trójglicerydów na czczo ≥ 150 mg/dl lub wdrożone leczenie hipertriglicerydemii
- stężenie cholesterolu frakcji HDL (High-density lipoprotein) na czczo ≤ 40 mg/dl u mężczyzn i ≤ 50 mg/dl u kobiet lub leczenie tego zaburzenia lipidowego
- ciśnienie tętnicze $\geq 130/85$ lub wdrożone leczenie nadciśnienia tętniczego rozpoznanego wcześniej
- stężenie glukozy w surowicy na czczo ≥ 100 mg/dl lub wdrożone leczenie cukrzycy typu II.

Według wspólnego stanowiska IDF, HNLBI (*National Heart, Lung, and Blood Institute*), AHA (*American Heart Association*), WHF (*World Heart Federation*), IAS (*International AIDS Society*) i IASO (*International Association for the Study of Obesity*) (kryteria NCEP-ATP III) ustalonego w 2009 roku, do rozpoznania zespołu metabolicznego muszą być spełnione dowolne 3 z 5 poniższych kryteriów [6]:

- obwód talii u Europejczyków rasy białej ≥ 80 cm u kobiet i ≥ 94 cm u mężczyzn
- stężenie trójglicerydów na czczo ≥ 150 mg/dl lub wdrożone leczenie hipertriglicerydemii
- stężenie cholesterolu frakcji HDL na czczo ≤ 40 mg/dl u mężczyzn i ≤ 50 mg/dl u kobiet lub leczenie tego zaburzenia lipidowego
- ciśnienie tętnicze $\geq 130/85$ lub wdrożone leczenie nadciśnienia tętniczego rozpoznanego wcześniej
- stężenie glukozy w surowicy na czczo ≥ 100 mg/dl lub wdrożone leczenie cukrzycy typu II

Patofizjologia

Zespół metaboliczny wynika głównie z insulinooporności. Starzenie się, czynniki genetycznie i środowiskowe, takie jak wysoka podaż kalorii w diecie i siedzący tryb życia, przyczyniają się do rozwoju insulinooporności. Z tym zjawiskiem związany jest także centralny typ akumulacji tkanki tłuszczowej, nadwaga i otyłość. Otyłość jest efektem długoterminowego

pozytywnego bilansu energetycznego ustroju, ale nie wynika jedynie z czynników genetycznych. Bardzo duży wpływ na obserwowany ostatnimi czasy wzrost populacji ludzi żyjących z otyłością mają także czynniki środowiskowe, co potwierdzają wyniki badania Framingham Heart Study. Wykazało ono, że szansa na rozwój otyłości u osoby badanej jest znacząco większa, gdy małżonek, rodzeństwo czy przyjaciele również są otyli [7].

Otyłość zwiększa ryzyko rozwoju wielu powikłań, które szczególnie dotkliwie mogą odczuwać pacjenci w podeszłym wieku, ze względu na spadek jakości codziennego funkcjonowania. Patofizjologia rozwoju zespołu metabolicznego związana jest z interakcją różnych czynników hormonalnych i cytokin prozapalnych wydzielanych przez tkankę tłuszczową, wpływających na szlak sygnałowy insuliny. Głównym czynnikiem chroniącym przed insulinoopornością jest adiponektyna [8], a wolne kwasy tłuszczowe, leptyna, rezystyna, i cytokiny prozapalne promują rozwój insulinooporności [9].

Leptyna, produkowana przez komórki stromalne tkanki tłuszczowej, jest czynnikiem odpowiedzialnym za regulację podaży pokarmów i wydatkowanie energii, metabolizm wolnych kwasów tłuszczowych w mięśniach i glukoneogenezę w wątrobie. Ze względu na podobieństwo do prozapalnej IL-6 zaburza działanie insuliny.

Drugą adipocytokiną ważną w opisywanym procesie jest TNF- α , która - zmniejszając transkrypcję adiponektyny - konsekwentnie przyczynia się do zmniejszenia wrażliwości tkanek na insulinę. W ostatnich latach zidentyfikowano znacznie więcej adipocytokin (wisfatyna, RBP-4, waspina, omentyna) mających związek z insulinoopornością, co tylko podkreśla, jak wiele mechanizmów patofizjologicznych pozostało do odkrycia.

W rozwoju zespołu metabolicznego głównym patomechanizmem, poza adipocytokinami, jest nadmierna ucieczka wolnych kwasów tłuszczowych z tkanki tłuszczowej z powodu niedostatecznej reakcji tkanki tłuszczowej na insulinę. Wiąże się to również ze zwiększeniem poziomu trójglicerydów w surowicy. Oba te czynniki zaburzają hamujący efekt insuliny na glukoneogenezę wątrobową oraz lipogenezę w tkance tłuszczowej [10]. W konsekwencji dochodzi do odkładania się lipidów w miejscach ektopowych, takich jak mięśnie szkieletowe, wątroba, wyspy Langerhansa, co prowadzi do osłabienia ich funkcji z powodu lipotoksyczności, co szczególnie jest istotne w przypadku osób starszych, u których powoli wygasają naturalne mechanizmy autoregulacji i naprawy [11].

Starzenie się adipocytów, których zdolności do magazynowania tłuszczów słabną, jest również jednym z powodów epidemii zespołu metabolicznego wśród populacji osób powyżej 65. r.ż. W tej grupie dochodzi do zwiększenia masy tkanki tłuszczowej przy jednoczesnym zmniejszeniu masy tkanki mięśniowej, głównie z powodu redukcji poziomu hormonu wzrostu i testosteronu oraz osłabionej odpowiedzi na hormony tarczycy i leptynę. Na poziomie komórkowym również dochodzi do zmniejszenia produkcji energii wewnątrz mitochondriów (zmniejszenie efektywności fosforylacji oksydacyjnej) [12].

Konsekwencje kliniczne

- Choroby sercowo-naczyniowe (CVD). W badaniach Framingham Heart Study otyli ludzie bez zespołu metabolicznego nie przejawiali większego ryzyka rozwoju cukrzycy lub CVD. U pacjentów otyłych z zespołem metabolicznym, ryzyko rozwoju cukrzycy wzrosło dziesięciokrotnie, a zdarzeń sercowo-naczyniowych dwukrotnie w porównaniu z populacją zdrową [13].
- Cukrzyca typu II. Względne ryzyko rozwoju tego schorzenia w populacji osób z zespołem metabolicznym wynosi 3.5-5.2 w porównaniu ze zdrowymi osobami w zależności od przyjętej definicji zespołu metabolicznego i badanej populacji [14].
- NAFLD (niealkoholowa choroba stłuszczeniowa wątroby) [15].
- Rak wątrobowokomórkowy i rak wewnątrzwątrobowych dróg żółciowych [16].
- Przewlekła choroba nerek (definiowana jako $GFR < 60\text{ml/min/1.73m}^2$) oraz mikroalbuminuria. W badaniu NHANES III zespół metaboliczny zwiększał ryzyko wystąpienia tych zaburzeń średnio dwukrotnie - im więcej elementów zespołu występowało tym ryzyko rosło [17].
- PCOS (zespół policystycznych jajników) – zespół metaboliczny może być manifestacją kliniczną PCOS [18].
- OSA (zespół bezdechu sennego) [19].
- Hiperurykemia i dna moczanowa [20].
- Niektóre elementy zespołu metabolicznego, w tym hiperlipidemia, nadciśnienie i cukrzyca (promujące stan subklinicznego stanu zapalnego) przyczyniają się także, zwłaszcza u

pacjentów geriatrycznych, do osłabienia funkcji poznawczych i rozwoju demencji.

Diagnostyka

Aby rozpoznać zespół metaboliczny u osoby starszej, należy przeprowadzić badania w celu rozpoznania składowych zespołu metabolicznego, czyli:

- pomiar obwodu talii, będący pośrednim wykładnikiem depozycji tkanki tłuszczowej trzewnej, ze względu na koszty i narażenie na dodatkowe ryzyko nie stosuje się powszechnie dokładniejszych badań obrazowych (TK, MR, DXA [Dual-energy X-ray absorptiometry])
- oznaczyć stężenie glukozy, trójglicerydów i cholesterolu HDL w surowicy
- wykonać pomiar ciśnienia tętniczego, przy czym najlepszą metodą u pacjentów starszych jest ABPM (automatyczne monitorowanie ciśnienia tętniczego), ponieważ pozwala na rejestrację dobowego profilu ciśnienia podczas codziennego funkcjonowania pacjenta - pozwala zobrazować epizody hipotensji, brak obniżenia ciśnienia tętniczego w nocy czy nadciśnienie białego fartucha

Leczenie

Zespół metaboliczny nie jest jednostką chorobową samą w sobie, zatem leczenie polega na terapii zaburzeń będących jego składowymi, adekwatnie do stopnia ich nasilenia [21].

Podstawą leczenia przyczynowego jest leczenie otyłości i zwiększenie aktywności fizycznej, które mogą stanowić problem u osób w starszym wieku [21].

Celem terapii jest trwale zmniejszenie masy ciała o $\geq 10\%$, co spowoduje poprawę parametrów metabolicznych. Rekomenduje się dietę śródziemnomorską (bogatą w owoce, warzywa, pieczywo pełnoziarniste i oliwę z oliwek), przy stosowaniu której osiąga się lepszy profil lipidowy, mniejszą insulinoporność, mniejsze ciśnienie tętnicze i większą utratę masy ciała w porównaniu z dietą niskotłuszczową [21].

Należy rozważyć także zastosowanie diety DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), w której spożycie sodu zredukowane jest do 2400 mg na dobę [22]. Ważne jest także stosowanie produktów o niskim indeksie glikemicznym, które poprawiają glikemię i

dyslipidemię, czyli wymiana zboża rafinowanego na pełnoziarniste, zwiększenie spożycia owoców i warzyw, wyeliminowanie z diety napojów słodzonych [23].

Podkreśla się także znaczenie w diecie dużej zawartości błonnika (≥ 30 g/dobę), który jako samodzielny czynnik pozwala na podobną redukcję masy ciała i ciśnienia tętniczego w porównaniu do bardziej złożonej diety rekomendowanej przez AHA (American Heart Association) – owoce, warzywa, pieczywo pełnoziarniste, chude mięso, redukcja spożycia napojów słodzonych, redukcja lub eliminacja alkoholu [24].

Zaleca się zwiększenie aktywności fizycznej w miarę możliwości fizycznych pacjenta, dążąc do minimum 30 minut średnio intensywnego wysiłku [25] (przykładowo szybkie chodzenie), pamiętając jednak o możliwości wystąpienia upadków i w konsekwencji urazów u osób starszych, których powinniśmy unikać. Ćwiczenia nie tylko pozwalają na redukcję masy ciała, ale także bardziej selektywnie zmniejszają zawartość trzewnej tkanki tłuszczowej, zwłaszcza u kobiet [26].

Usunięcie tkanki tłuszczowej trzewnej za pomocą liposukcji nie poprawia insulinooporności, czy ryzyka sercowo-naczyniowego, co sugeruje, że kluczowe jest osiągnięcie negatywnego bilansu energetycznego, zatem nie zaleca stosowania się tych zabiegów w codziennej praktyce. Farmakoterapia zespołu metabolicznego skupiona jest na prewencji rozwoju cukrzycy typu II [27].

Spśród preparatów podawanych doustnie metformina i tiazolidynodiony (pioglitazon) zwiększają tolerancję glukozy poprzez zwiększenie insulino-wrażliwości. Metformina u pacjentów starszych może zapobiec lub znacząco spowolnić rozwój cukrzycy u osób z nieprawidłową tolerancją glukozy (IGT). W badaniu DPP (*Diabetes Prevention Program*) jej stosowanie wraz z dietą i aktywnością fizyczną zmniejszyło szansę na rozwój cukrzycy o 30% [27].

Pioglitazon z kolei promuje redystrybucję lipidów z mięśni do tkanki tłuszczowej zwiększając wrażliwość na insulinę - należy jednak zachować ostrożność w ich zastosowaniu u pacjentów geriatrycznych z uwagi na zwiększone ryzyko niewydolności serca oraz złamań kości [28].

Dużą nadzieję na terapię zespołu metabolicznego wiąże się z lekami działającymi na układ inkretynowy, czyli analogów GLP-1 i inhibitorów DPP-4. GLP-1 stymuluje wydzielanie insuliny w wyspach trzustkowych, zmniejsza produkcję glukagonu, wydłuża opróżnianie żołądka

i poprawia odczuwanie sytości przez centralny układ nerwowy. Poprzez redukcję apetytu, a tym samym obniżenie masy ciała, analog GLP-1 może poprawiać także insulinowrażliwość [29].

Poprawę ryzyka sercowo-naczyniowego u starszych pacjentów możemy uzyskać stosując statyny wpływające na obniżenie cholesterolu LDL, ATP III rekomenduje docelowy poziom ≤ 100 mg/dl u pacjentów z cukrzycą typu II. Badania na pacjentach z chorobą niedokrwioną serca i zespołem metabolicznym wykazały znaczną poprawę ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych u pacjentów stosujących 80 mg/dobę w porównaniu do stosowania 10 mg/dobę, z 13% do 9.5% [30].

Kolejnym problemem u osób po 65. r.ż., dotyczącym nawet 50% tej populacji, jest nadciśnienie tętnicze. Rekomenduje się utrzymanie ciśnienia $< 130/80$ mmHg. Skuteczna terapia przeciwnadciśnieniowa zmniejsza ryzyko udaru mózgu, zawału serca i jego niewydolności [31].

Rekomendacje nie wskazują jednak na to, czy ACEI (inhibitory konwertazy angiotensyny) lub ARB (sartany) stosowane w leczeniu NT przy cukrzycy typu II pozwalają zmniejszyć insulinoporność.

Cukrzyca

Jak wyżej wspomniano, jedną ze składowych zespołu metabolicznego jest insulinoporność, która z czasem może przekształcić się w cukrzycę typu drugiego. Cukrzyca to jeden z największych problemów zdrowotnych naszych czasów, a co za tym idzie - jedna z najczęściej spotykanych chorób przewlekłych w praktyce lekarza rodzinnego. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podaje, że na świecie chorują na nią 422 miliony osób [32]. Według szacunków Światowej Federacji Cukrzycy (IDF) liczba ta do 2045 roku może wzrosnąć o 48%, do 629 milionów. Wzrost ten dotyczyć ma głównie pacjentów najstarszych, po ukończeniu 80. roku życia. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, że w 2010 roku IDF oceniło liczbę osób chorujących na cukrzycę na 285 milionów, a szacowaną liczbę chorych na rok 2030 na 438 milionów [33]. Pułap ten został prawie osiągnięty ponad dekadę wcześniej, w 2017 roku [32]. Tempo szerzenia się cukrzycy jest zastraszające i o wiele szybsze, niż moglibyśmy się spodziewać. Zwiększenie liczby chorych na cukrzycę wynika z wielu czynników - między innymi z coraz szybszego starzenia się społeczeństw, wydłużenia średniego czasu życia,

większej wykrywalności chorych, a także coraz częściej występującego siedzącego trybu życia czy niewłaściwej diety [34].

Epidemiologia

W naszym kraju liczba chorych na cukrzycę wynosi ponad 3 miliony, z czego około milion pacjentów nie jest świadomych swojego schorzenia [35]. Częstość występowania cukrzycy wyraźnie zwiększa się wraz z wiekiem - podaje się, że w grupie wiekowej powyżej 65. roku życia wynosi ona 25-30% [36]. Wiąże się to z faktem, że szczyt zachorowań na cukrzycę typu 2 występuje około 60. roku życia. Rośnie także liczba ludzi starszych chorych na cukrzycę typu 1 - dzięki ciągłemu doskonaleniu metod jej leczenia coraz większa liczba cierpiących na nią osób dożywa do późnego wieku. Przedstawiając dane bardziej obrazowo - co trzeci lub co czwarty pacjent geriatryczny, trafiający do gabinetu Podstawowej Opieki Zdrowotnej, może chorować na cukrzycę. W związku z powyższym, bez wątpienia można uznać ją za istotny problem kliniczny wieku podeszłego. Biorąc pod uwagę fakt, że 29% populacji polskiej przekroczyła 55. rok życia, a niski lub ujemny przyrost naturalny będzie skutkował znacznym zwiększeniem grupy pacjentów w podeszłym wieku, skala problemu jest ogromna [35].

Niestety, diagnostyka oraz leczenie cukrzycy u pacjentów geriatrycznych stanowi wciąż spore wyzwanie dla współczesnej medycyny. W ostatnich latach przeprowadzono wiele badań mających na celu usystematyzowanie wiedzy oraz poprawę jakości opieki diabetologicznej. Dalej brakuje jednak jasnych wytycznych co do postępowania z chorymi na cukrzycę w starszym wieku. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest z pewnością ogromne zróżnicowanie wśród pacjentów powyżej 65. roku życia. „Pacjentem geriatrycznym” może być zarówno 66-letni, zdrowy wcześniej mężczyzna z niedawno zdiagnozowaną cukrzycą z współistniejącą niewielką hiperlipidemią, jak i 89-letnia kobieta z kilkunastoletnim wywiadem cukrzycy oraz licznymi chorobami towarzyszącymi - nadciśnieniem tętniczym, chorobą zwyrodnieniową stawów, niewydolnością serca, upośledzeniem słuchu. Różnią się oni też znacznie poziomem sprawności fizycznej oraz intelektualnej, a także stopniem samodzielności. Jakie jest więc właściwe postępowanie terapeutyczne w przypadku występowania cukrzycy w podeszłym wieku? Bardzo istotnym jest, by zdawać sobie sprawę z głównych, związanych z wiekiem, zmian

fizjologicznych i społecznych, które mogą mieć wpływ nie tylko na rozwój cukrzycy, ale także na proces jej leczenia.

Patofizjologia

Zaburzenia gospodarki węglowodanowej postępuje wraz z wiekiem. Już od 3. dekady życia, średnia glikemia na czczo zwiększa się o około 1 mg/dl na dekadę, a wynik testu doustnego obciążenia glukozą w drugiej godzinie - o około 5,3 mg/dl [37]. Częstość występowania cukrzycy typu 2 u osób w podeszłym wieku wzrasta więc nie bez powodu. W jej patogenezie biorą udział dwa główne mechanizmy: upośledzenie wydzielania insuliny przez komórki beta trzustki oraz zmniejszenie wrażliwości tkanek na działanie tego hormonu, czyli tak zwana insulinooporność [38]. W początkowej fazie insulinooporności występuje mechanizm kompensacyjny, polegający na zwiększonym wyrzucie hormonu przez trzustkę. Niestety, u osób starszych proces ten jest zaburzony wskutek związanego z wiekiem defektu wydzielania insuliny. Na taki stan rzeczy ma wpływ bardzo wiele czynników. Nasilenie insulinooporności wynika ze zwiększonej masy tkanki tłuszczowej (zwłaszcza w okolicy trzewi) i zmniejszonej masy mięśniowej, małej aktywności fizycznej, nieprawidłowych nawyków żywieniowych, przyjmowania leków oraz licznych chorób towarzyszących, między innymi schorzeń określanych wspólnym mianem zespołu metabolicznego [39].

Wykazano, że u starszych osób zmniejszenie wrażliwości na działanie insuliny występuje głównie w komórkach mięśni szkieletowych, a w mniejszym stopniu dotyczy nadprodukcji glukozy w wątrobie [40]. Nie sposób też pominąć bardzo istotnej roli, jaką odgrywa silny stres, związany na przykład z chorobą, osamotnieniem czy śmiercią współmałżonka [41].

Występujący przewlekle, prowadzi do zwiększonego wyrzutu kortyzolu - tak zwanego „hormonu stresu”, który nasila insulinooporność. Upośledzone wydzielanie insuliny jest natomiast spowodowane zmniejszeniem na skutek „starzenia” masy komórek beta trzustki oraz zmniejszeniem ich wrażliwości na działanie glukozy i produkowanych w jelicie hormonów inkretynowych [42-43].

Warto zauważyć też, że obraz kliniczny cukrzycy u pacjentów geriatrycznych często różni się od tego, który obserwujemy u osób młodych. Hiperglikemia u starszych osób może przebiegać zupełnie bezobjawowo lub mogą ją maskować objawy innych chorób

towarzyszących, czy też działanie licznych stosowanych leków. Typowy dla cukrzycy wielomocz, wynikający z diurezy osmotycznej, może występować pod postacią nietrzymania moczu, częstych infekcji układu moczowego, nykturii, a w konsekwencji także zaburzeń snu [34,44].

Występujące u osób w podeszłym wieku zmniejszone uczucie pragnienia może z kolei prowadzić do odwodnienia, osłabienia, przewlekłego zmęczenia, zaburzeń nastroju i osobowości, pogorszenia pamięci i funkcji poznawczych. Objawy ze strony narządu wzroku, czyli pogorszenie widzenia związane z zaburzeniami refrakcji, mogą skutkować zmniejszeniem i tak już niewielkiej aktywności ruchowej seniorów, a także zwiększać ryzyko upadków. Uwagę powinny zwrócić również opóźnione gojenie ran, częste zakażenia (w tym grzybicze), chromanie przestankowe. Przebyty udar niedokrwienny mózgu czy ostry zespół wieńcowy także mogą być powikłaniami (i często pierwszymi objawami) nierozpoznanej cukrzycy [45].

Diagnostyka

Wiele wymienionych wyżej objawów należy do obrazu szeroko rozumianego procesu starzenia, dlatego niezbędna jest wzmożona czujność. Nieodzownym staje się prowadzenie u osób w podeszłym wieku badań przesiewowych w kierunku cukrzycy. Zgodnie z zaleceniami PTD (Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego) poziom stężenia glukozy na czczo należy oznaczyć minimum raz na 3 lata u osób już po ukończeniu 45. roku życia [36]. Osoby, u których stwierdza się występowanie czynników ryzyka cukrzycy badane należy przeprowadzać co rok, niezależnie od wieku. Do czynników ryzyka należą między innymi: nadwaga lub otyłość, nadciśnienie tętnicze, niski poziom aktywności fizycznej, dyslipidemia, choroby lub incydenty sercowo-naczyniowe, występowanie cukrzycy w rodzinie, a także stan upośledzonej tolerancji glukozy stwierdzony w poprzednich badaniach [13]. Nietrudno zauważyć, że wśród pacjentów w podeszłym wieku rzadko zdarzają się osoby, u których nie występuje chociażby jeden z wyżej wymienionych czynników.

Diagnostyka cukrzycy oraz zaburzeń gospodarki węglowodanowej u osób starszych nie różni się od powszechnie stosowanych kryteriów. Zgodnie z zaleceniami PTD istnieją trzy sposoby rozpoznawania cukrzycy [36]:

- glikemia przygodna (czyli niezależna od pory spożycia ostatniego posiłku) powyżej 200 mg/dl (11,1 mmol/l) ze współwystępującymi typowymi objawami cukrzycy (wzmoczone pragnienie, osłabienie, wielomocz);
- dwukrotnie oznaczona glikemia na czczo (minimum 8 godzin od ostatniego posiłku) na poziomie 126 mg/dl (7,0 mmol/l) lub wyższa;
- test doustnego obciążenia glukozą (OGTT) - glikemia powyżej 200 mg/dl (11,1 mmol/l) po 2 godzinach od doustnego podania 75 glukozy.

W pierwszej kolejności zaleca się wykonanie badania oznaczenia glikemii na czczo. Warto jednak pamiętać, że w przypadku pacjentów geriatrycznych wartości na czczo są często w normie, a hiperglikemię można stwierdzić po spożyciu posiłków [46].

W związku z tym przy podejrzeniu cukrzycy i występujących prawidłowych wartościach badania glikemii na czczo, wskazane jest przeprowadzenie testu doustnego obciążenia glukozą (OGTT).

Leczenie

Jak wcześniej wspomniano, grupa pacjentów geriatrycznych jest bardzo zróżnicowana i charakteryzuje się między innymi odmiennym czasem trwania i powikłaniami choroby, stopniem sprawności fizycznej i umysłowej oraz występowaniem chorób towarzyszących. Podkreśla się więc ogromną wagę holistycznego podejścia do każdego pacjenta oraz indywidualizacji terapii, tak aby zapewnić choremu najlepszą możliwą jakość życia - nadrzędnym celem leczenia jest jej poprawa lub przynajmniej utrzymanie na dotychczasowym poziomie [47].

Występowanie ciężkich niedocukrzeń jest największym zagrożeniem związanym z leczeniem cukrzycy u pacjentów w podeszłym wieku - znacznie zwiększa ono prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń świadomości, upadków, incydentów sercowo-naczyniowych, udarów mózgu, zaburzeń rytmu serca [48,49]. Co za tym idzie, zwiększone jest również ryzyko zgonu. Zgodnie z zaleceniami PTD kluczowe znaczenie ma zapobieganie wystąpieniu hipoglikemii. Jednocześnie należy zadbać także o minimalizację objawów hiperglikemii [36].

W ustalaniu celów terapii istotny jest również przewidywany czas przeżycia chorego - wykazano bowiem, że intensywna kontrola glikemii jest przydatna w zapobieganiu ciężkim powikłaniom jedynie przy odpowiednio długim czasie stosowania [50].

Pacjenci w bardzo zaawansowanym wieku mogą nie zdążyć odnieść wymiernych korzyści intensywnej kontroli. Dlatego w ich przypadku zamiast na zapobieganiu odległym powikłaniom choroby, należy skupić się na utrzymaniu optymalnej jakości życia. U pacjentów powyżej 65. roku życia, z przewidywanym przeżyciem dłuższym niż 10 lat, zaleca się realizację ogólnych celów leczenia cukrzycy, czyli jej stopniowego wyrównywania, z docelową wartością hemoglobiny glikowanej (HbA1C) na poziomie $\leq 7\%$. W przypadku chorych z wieloletnim przebiegiem cukrzycy oraz powikłaniami naczyniowymi, takimi jak zawał serca czy udar mózgu, za pożądaną wartość hemoglobiny glikowanej uznaje się $\leq 8\%$ [36]. Konieczne jest także prowadzenie badań diagnostycznych pod kątem występowania powikłań choroby oraz zapobieganie ich progresji. U pacjentów geriatrycznych bardzo istotne jest także leczenie chorób towarzyszących, mogących mieć wpływ na przebieg cukrzycy oraz na ogólną jakość życia [34].

Wytyczne co do leczenia opierają się na podobnych schematach, co u osób młodych. Warto jednak pamiętać o kilku istotnych różnicach, na które należy zwrócić uwagę w planowaniu terapii.

Pierwszy etap leczenia obejmuje zmianę trybu życia oraz stosowanie metforminy, na kolejnych etapach dodawane są inne leki, w tym insulina [36]. Zalecenia dietetyczne są takie same jak w przypadku pozostałych pacjentów. Niestety, u osób starszych leczenie dietą ma niewielką skuteczność z racji utrwalonych nawyków żywieniowych, trudności w samodzielnym przygotowywaniu posiłków, a także często mniejszych zasobów materialnych.

Kolejną ważną kwestią są występujące niejednokrotnie u seniorów ubytki uzębienia, pogorszenie zmysłów smaku i węchu oraz liczne schorzenia układu pokarmowego, również stanowiące przeszkodę w skutecznym leczeniu dietetycznym [51]. W miarę możliwości należy jednak kłaść nacisk na regularność posiłków, ich wysoką gęstość odżywczą oraz trzymanie się stałej, określonej ilości spożywanych węglowodanów. Konieczne natomiast jest przypominanie seniorom o przyjmowaniu odpowiedniej ilości płynów, aby uniknąć odwodnienia [52].

Wysiłek fizyczny jest zalecany, należy go jednak dostosować do możliwości pacjenta i unikać nadmiernie obciążających ćwiczeń, grożących wystąpieniem urazu lub niemego niedokrwienia mięśnia sercowego. Optymalna, codzienna 30-minutowa aktywność fizyczna,

najlepiej pod postacią długiego spaceru, wpływa korzystnie na kontrolę poziomu cukru we krwi, funkcjonowanie układu sercowo-naczyniowego, a także poprawia nastrój i ogólną jakość życia [53].

Przed rozpoczęciem farmakoterapii należy pamiętać o odpowiednim dopasowaniu rodzaju oraz dawki leku do stanu czynności nerek, oraz wątroby pacjenta, a także uwzględnić jego choroby towarzyszące oraz inne przyjmowane leki. Należy także pamiętać, że starsi ludzie są bardziej wrażliwi na hipoglikemizujące działanie leków [54].

Lek pierwszego rzutu, czyli metformina, uwrażliwia tkanki na działanie insuliny oraz zmniejsza produkcję glukozy w wątrobie [55]. Niezaprzeczalną zaletą stosowania jej u osób starszych jest niskie ryzyko wywołania hipoglikemii. Należy jednak zachować czujność u pacjentów z zaburzeniami funkcji nerek - przed rozpoczęciem leczenia oraz miesiąc później zalecane jest oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy. Takie badanie należy później wykonywać raz-dwa razy do roku. Zgodnie z wytycznymi PTD metformina powinna być bardzo ostrożnie stosowana u pacjentów z upośledzoną funkcją nerek (przy wartości eGFR <60 ml/min/1,73 m²) [36]. Kolejną przyczyną jej ograniczonej przydatności jest częstsze niż u osób młodych występowanie pogarszających jakość życia powikłań pod postacią zaburzeń żołądkowo-jelitowych (u ok. 30% pacjentów) [56].

Innymi lekami pierwszego rzutu mogą być pochodne sulfonilomocznika [36]. Ich stosowanie wiąże się jednak z dość istotnym ryzykiem występowania epizodów hipoglikemii, dlatego zaleca się rozpoczynanie terapii od małych dawek, a także unikanie preparatów długodziałających [57].

Co do pozostałych leków doustnych brak jest specyficznych przeciwwskazań u osób w starszym wieku. Obiecująca wydaje się być terapia z użyciem leków działających na układ inkretynowy - ich działanie wiąże się z bardzo małym ryzykiem występowania niedocukrzeń [58]. Brak jest również konkretnych wskazań lub przeciwwskazań jeśli chodzi o rozpoczynanie insulinoaterapii u pacjentów geriatrycznych. Jeżeli jest ona konieczna - nie należy zwlekać z jej wdrożeniem [36].

Konieczne jest jednak odpowiednie edukowanie pacjentów w zakresie dostosowywania dawek insuliny oraz regularności spożywanych posiłków. Każda forma leczenia u osób powyżej 65. roku życia powinna być starannie przemyślana oraz dopasowana do możliwości umysłowych, fizycznych oraz finansowych pacjenta.

Podsumowanie

Mimo częstego występowania u osób w podeszłym wieku zarówno zespół metaboliczny, jak i cukrzyca stanowią wciąż ogromne wyzwanie dla klinicystów. Wieloczynnikowa natura zespołu metabolicznego oraz brak popartych dowodami wytycznych postępowania w cukrzycy sprawiają dużą trudność w planowaniu leczenia u starszych pacjentów. Populacja pacjentów geriatrycznych jest bardzo zróżnicowana, dlatego cele leczenia w obu schorzeniach powinny być ustalane indywidualnie dla każdego chorego, po uwzględnieniu jego sytuacji socjalno-bytowej, chorób towarzyszących, stosowanych leków oraz sprawności fizycznej, oraz umysłowej. Nadrzędnym celem leczenia w cukrzycy powinno być unikanie epizodów hipoglikemii oraz utrzymanie optymalnej jakości życia, co wymaga holistycznego podejścia do pacjenta. Konieczne jest opracowanie w przyszłości bardziej konkretnych zaleceń dotyczących leczenia cukrzycy u osób po 65. roku życia oraz położenie większego nacisku na edukację diabetologiczną zarówno samych pacjentów, jak i ich rodzin czy opiekunów. Niezbędne są także dalsze badania w kierunku optymalizacji farmakoterapii zespołu metabolicznego u pacjentów geriatrycznych, w celu ustalenia odpowiednich dawek leków w zależności od konstelacji zaburzeń metabolicznych, fizycznych i psychicznych. Najwłaściwsza wydaje się także poprawa edukacji zdrowotnej wszystkich grup wiekowych w temacie rozwoju otyłości i związanych z nią zaburzeń, aby móc uniknąć jak najwięcej opisanych wyżej problemów i pozwolić starzeć się społeczeństwu w dobrym zdrowiu.

Piśmiennictwo

1. Reaven GM.: Banting Lecture 1988. The role of insulin resistance in human disease. *Diabetes*, 1988, 37,1595–1607.
2. Grundy SM.: Metabolic syndrome pandemic. *Arteriosclerosis Thrombosis and Vascular Biology*, 2008, 28, 629-632.
3. Vishram J.K., Borglykke A., Andreasen A.H., et al.: MORGAM Project. Impact of age and gender on the prevalence and prognostic importance of the metabolic syndrome and its components in Europeans. The MORGAM Prospective Cohort Project. *PloS one*, 2014, 9(9), e107294. doi:10.1371/journal.pone.0107294

4. Drygas W., Kwaśniewska M., Szcześniewska D. i wsp.: Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska*, 2005, 63(6), (supl. 4), 636-640.
5. International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome, 2006. http://www.idf.org/webdata/docs/MetS_def_update2006.pdf (30.04.2019).
6. Grundy S.M., Cleeman J.I., Daniels S.R., et al.: Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation*, 2005, 112, 2735.
7. Christakis N.A., Fowler J.M.: The spread of obesity in a large social network over 32 years. *The New England Journal of Medicine*, 2007, 357, 370–374.
8. Matsuzawa Y., Funahashi T., Kimura S., Shimomura I.: Adiponectin and metabolic syndrome. *Arteriosclerosis Thrombosis and Vascular Biology*, 2004, 24, 29–33.
9. Ridker P.M.: Inflammatory biomarkers and risk for myocardial infarction, stroke, diabetes and total mortality: implications for longevity. *Nutrition Reviews*, 2007, 65, S253–S259.
10. Boden R., Shulman G.I.: Free fatty acids in obesity and type 2 diabetes: defining their role in the development of insulin-resistance and β -cell dysfunction. *European Journal of Clinical Investigation*, 2002, 32(suppl 3), 14–23.
11. Friedman J.: Fat in all the wrong places. *Nature*, 2002, 415, 268–269.
12. Petersen K., Befroy D., Dufour S. et al.: Mitochondrial dysfunction in the elderly: possible role in insulin resistance. *Science*, 2003, 300, 1140–1142.
13. Meigs J.B., Wilson P.W., Fox C.S., et al.: Body mass index, metabolic syndrome, and risk of type 2 diabetes or cardiovascular disease. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2006, 91, 2906.
14. Ford E.S., Li C., Sattar N.: Metabolic syndrome and incident diabetes: current state of the evidence. *Diabetes Care*, 2008, 31, 1898.
15. Marceau P., Biron S., Hould FS., et al.: Liver pathology and the metabolic syndrome X in severe obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1999, 84, 1513.
16. Welzel T.M., Graubard B.I., Zeuzem S., et al. Metabolic syndrome increases the risk of primary liver cancer in the United States: a study in the SEER-Medicare database. *Hepatology*, 2011, 54, 463.

17. Chen J., Muntner P., Hamm L.L., et al.: The metabolic syndrome and chronic kidney disease in U.S. adults. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140, 167.
18. Pasquali R., Gambineri A., Anconetani B., et al.: The natural history of the metabolic syndrome in young women with the polycystic ovary syndrome and the effect of long-term oestrogen-progestagen treatment. *Clinical Endocrinology (Oxf)*, 1999, 50, 517.
19. Vgontzas A.N., Papanicolaou D.A., Bixler E.O., et al.: Sleep apnea and daytime sleepiness and fatigue: relation to visceral obesity, insulin resistance, and hypercytokinemia. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2000, 85, 1151.
20. Choi H.K., Ford E.S.: Prevalence of the metabolic syndrome in individuals with hyperuricemia. *The American Journal of Medicine*, 2007, 120, 442.
21. Esposito K., Marfella R., Ciotola M., et al: Effect of a mediterranean-style diet on endothelial dysfunction and markers of vascular inflammation in the metabolic syndrome: a randomized trial. *JAMA*, 2004, 292, 1440.
22. Azadbakht L., Mirmiran P., Esmailzadeh A., et al.: Beneficial effects of a Dietary Approaches to Stop Hypertension eating plan on features of the metabolic syndrome. *Diabetes Care*, 2005, 28, 2823.
23. Brand-Miller J., Hayne S., Petocz P., Colagiuri S.: Low-glycemic index diets in the management of diabetes: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Care*, 2003, 26, 2261.
24. Ma Y., Olenzki B.C., Wang J., et al.: Single-component versus multicomponent dietary goals for the metabolic syndrome: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 2015, 162, 248.
25. Thompson P.D., Buchner D., Pina IL., et al.: Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: a statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation*, 2003, 107, 3109.
26. Després J.P., Pouliot M.C., Moorjani S., et al.: Loss of abdominal fat and metabolic response to exercise training in obese women. *The American Physiological Society*, 1991, 261, E159.

27. Knowler W.C., Barrett-Connor E., Fowler SE., et al.: Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England Journal of Medicine*, 2002, 346, 393.
28. Eguchi K., Tomizawa H., Ishikawa J., et al.: Comparison of the effects of pioglitazone and metformin on insulin resistance and hormonal markers in patients with impaired glucose tolerance and early diabetes. *Hypertension Research*, 2007, 30, 23–30.
29. Riddle M.C., Drucker D.J.: Emerging therapies mimicking the effects of amylin and glucagon-like peptide-1. *Diabetes Care*, 2006, 29, 435–439.
30. Deedwania P., Barter P., Carmena R., et al.: Reduction of low-density lipoprotein cholesterol in patients with coronary heart disease and metabolic syndrome: analysis of the Treating to New Targets study. *Lancet*, 2006, 368, 919.
31. Ferdinand K.C.: Management of cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes mellitus as a component of the cardiometabolic syndrome. *Journal of the CardioMetabolic Syndrome*, 2006, 1, 133–140.
32. World Health Organization. Global report on diabetes. World Health Organization, 2016. <http://www.who.int/iris/handle/10665/204871> (data pobrania 30.04.2019).
33. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8th edn. International Diabetes Federation, 2017. <http://www.diabetesatlas.org> (data pobrania 30.04.2019).
34. Kirkman MS., Briscoe V.J., Clark N., et al.: Diabetes in older adults. *Diabetes Care*, 2012, 35, 2650–2664.
35. Raport. Cukrzyca, ukryta pandemia. NovoNordisk, 2014.
36. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2018. *Diabetologia kliniczna*, 2018, 4, Supplement A, 1-102.
37. Elahi D., Muller D.C.: Carbohydrate metabolism In the elderly. *The European Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 54 (suppl 3), 112-120.
38. Stumvoll M., Goldstein B.J., van Haeften T.W.: Type 2 diabetes: principles of pathogenesis and therapy. *Lancet*, 2005, 365, 1333–1346.
39. Zhu S., St-Onge M.P., Heshka S., Heymsfield S.B.: Lifestyle behaviors associated with lower risk of having the metabolic syndrome. *Metabolism*, 2004, 53, 1503–1511.
40. Scheen A.J.: Diabetes mellitus in the elderly: insulin resistance and/or impaired insulin secretion? *Diabetes & Metabolism*, 2005, 31, 5S27–5S34.

41. Laugero K.D., Falcon L.M., Tucker K.L.: Relationship between perceived stress and dietary and activity patterns in older adults participating in the Boston Puerto Rican Health Study. *Appetite*, 2010, 56(1), 194-204.
42. Chang A.M., Halter J.B.: Aging and insulin secretion. *The American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, 2003, 284, E7-12.
43. Gama R., Medina-Layachi N., Ranganath L. et al.: Hyperproinsulinaemia in elderly subjects: evidence for age-related pancreatic beta-cell dysfunction. *Annals of Clinical Biochemistry*, 2000, 37, 367-371.
44. Grzeszczak W.: Cukrzyca u osób w podeszłym wieku [w:] *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*, Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.). Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2007, 391–399.
45. Matter J.B., Musi N., McFarland Horne F. et al.: Diabetes and cardiovascular diseases in older adults. Current status and future directions. *Diabetes*, 2014, 63, 2578–2589.
46. Rodriguez A., Muller D.C., Engelhardt M. et al.: Contribution of impaired glucose tolerance in subjects with the metabolic syndrome: Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Metabolism*, 2005, 54, 542-547.
47. Brodałko B., Rumińska E., Dzida G.: Ocena holistycznego leczenia chorych na cukrzycę w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska*, 2006, 14, 31-35.
48. Alagiakrishnan K., Mereu L.: Approach to managing hypoglycemia in elderly patients with diabetes. *The Postgraduate Medical Journal*, 2010, 122, 129-137.
49. Bremer J.P., Jauch-Chara K., Hallschmid M. et al.: Hypoglycemia unawareness in older compared with middle-aged patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 2009, 32, 1513-1517.
50. Lipska K., Ross JS., Miao Y. et al.: Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycemic control. *JAMA*, 2015, 175, 356–362.
51. Roberts SB., Rosenberg J.: Nutrition and aging: changes in the regulation of energy metabolism with aging. *Physiological Reviews*, 2006, 86, 651-667.
52. International Diabetes Federation Working Group: *Managing older people with type 2 diabetes; global guideline*. Bruksela, International Diabetes Federation, 2013.
53. Elsayw B., Higgins K.E.: Physical activity guidelines for older adults. *American Family Physician*, 2010, 81, 55-59.

54. Neumiller J.J., Setter S.M.: Pharmacologic management of the older patient with type 2 diabetes mellitus. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2009, 7, 324–342.
55. Małecki M.: Metformina i tiazolidynodiony – rola leków poprawiających insulinowrażliwość w leczeniu cukrzycy typu 2. *Terapia*, 2007, 5, 41-45.
56. Josephkuty S., Potter J.M.: Comparison of tolbutamide and metformin in elderly diabetic patients. *Diabetic Medicine*, 1990, 7, 510-514.
57. Doucet J.: Use of antidiabetic drugs in elderly patients. *Diabetes & Metabolism*, 2005, 31, 5S98-5S104.
58. Knop F.K., Vilsbøll T., Holst J.J.: Incretin-based therapy of type 2 diabetes mellitus. *Current Protein & Peptide Science*, 2009, 10, 46-55.

Rak piersi w okresie połogu

Szewczyk Alina^{1,2}, Rogoziński Tomasz¹, Żłobicka Kinga², Reichert Paweł¹, Kurzelewska-Sobczak Anna², Szymanek-Pędzik Małgorzata¹, Ferenc Stanisław², Gnus Jan^{1,2}.

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

Wstęp

Rak piersi należy do najczęstszych nowotworów złośliwych kobiet. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów, w 2013 roku liczba zachorowań na ten typ nowotworu wynosiła ponad 17000 i w ciągu ostatnich trzech dekad wzrosła więcej niż 2-krotnie [1]. Najwięcej zachorowań wciąż diagnozuje się między 50.-69. rokiem życia, a ryzyko zapadalności wzrasta z wiekiem [1]. W ostatnich latach obserwuje się coraz częstszą tendencję do pojawienia się choroby u młodszych pacjentek [2]. Znane są przypadki rozpoznania choroby w okresie ciąży i połogu, które nie należą do kazuistyki. Wiadomość o rozpoznaniu choroby rozrostowej uznawana jest za jedną z trudniejszych informacji przekazywanych przez lekarza, a zmaganie się z nią stanowi wyzwanie fizyczne i psychiczne dla pacjentki i jej rodziny [3].

Cel pracy

Ciąża i połóg stanowią szczególnie czas dla kobiety. Okres przygotowywania się do nowej roli, poczucie podjęcia się wielkiej odpowiedzialności zapoczątkowuje szereg zmian w psychice przyszłej matki. „Burza hormonalna”, z którą ma do czynienia w pewnych momentach każda kobieta, w ciąży w sposób gwałtowny przybiera na sile. Przeważa pogląd, że ze względu na zmiany, jakie wywołują hormony, kobieta promienieje, a okres ciąży jest najpiękniejszym i jednym z szczęśliwszych okresów w życiu. Wiadomość o chorobie nowotworowej w momencie ciąży lub połogu jest informacją szczególnie tragiczną, niszczącą

ten szczególny czas. Kobieta, która do niedawna planowała przyszłość swoją i dziecka, w nagły sposób musi uporać się z myślami o konieczności walki z chorobą oraz o swojej prawdopodobnej śmierci i jej skutkach dla całej rodziny. Pacjentka z taką chorobą musi poddać się chemioterapii, która uniemożliwia karmienie piersią. Przyczynia się to do poczucia bycia „niepełnowartościową matką”. Obecnie wciąż można spotkać się z pojedynczymi opiniami, twierdzącymi, że rozpoznanie nowotworu sutka w połogu jest niemożliwe, a sam ten okres jest okresem ochronnym. Celem pracy jest obalenie mitu, sugerującego rozpoznanie raka piersi u kobiety ciężarnej i będącej w okresie połogu za niemożliwe. W sposób szczególny chcielibyśmy poruszyć temat zdrowia psychicznego przyszłych matek i matek karmiących chorujących na nowotwór.

Etiopatogeneza

W zdecydowanej większości przypadków etiologia raka piersi pozostaje nierozpoznana [4]. Jako czynniki zwiększające ryzyko zachorowania uznaje się m.in. mutacje genów BRCA1 i BRCA2, rodzinne występowania raka piersi, starszy wiek, czy ekspozycję na działanie promieniowania jonizującego [4]. Udowodniono, że silny efekt pobudzający rozwój choroby wywołuje żeński hormon płciowy – estrogen. Stąd też uznaje się, że kobiety o wczesnym wieku pierwszej miesiączki i późnej menopauzie należą do grupy ryzyka poprzez wydłużoną ekspozycję na endogenne estrogeny [4]. Indywidualne ryzyko zachorowania na nowotwór sutka można ocenić używając skali opracowanej przez National Cancer Institute, która oprócz wyżej wymienionych danych uwzględnia również wiek urodzenia pierwszego dziecka [5].

Liczne wyniki badań wskazują, że karmienie piersią ma pozytywny wpływ na zdrowie kobiety i zmniejsza ryzyko zachorowania na raka piersi [6]. Wysokie stężenia prolaktyny u kobiety karmiącej działają na oś podwzgórze-przysadka-jajnik, czego skutkiem jest hamowanie dojrzewania komórki jajowej oraz owulacji [7]. Dochodzi do tzw. laktacyjnego braku miesiączki. Dłuższy czas karmienia powoduje utrzymywanie się wysokiego poziomu prolaktyny we krwi. Pełna laktacja opóźnia czas powrotu miesiączki, a cały ten okres uważany jest za ochronę, ponieważ skraca ekspozycję na estrogeny, które są powiązane z występowaniem raka piersi. Hipoteza, że laktacja zmniejsza ryzyko raka sutka została oceniona w wielu badaniach kontrolnych i ograniczonej liczbie dużych badań kohortowych. Wyniki podsumowano ukazując, że tak naprawdę ochrona związana z laktacją w populacji ogólnej jest marginalna i ograniczona do długiego okresu karmienia piersią [8,9]. Należy

również pamiętać, że ochronny wpływ nawet wieloletniego karmienia, nie niweluje do zera ryzyka zachorowania na ten typ nowotworu.

Przypadek medyczny

W styczniu 2019 do Poradni Onkologicznej zgłosiła się 35-letnia pacjentka. Z wywiadu wynika, że kobieta wyczuła guzek w piersi prawej w sierpniu 2018 będąc w okresie połogu. Z dolegliwością zgłosiła się początkowo do ginekologa, następnie sprawę konsultowała z innym specjalistą ginekologii i położnictwa. Dwukrotnie zmiany zostały uznane za łagodne, a pacjentkę uspokojono twierdząc, że guzek może być wynikiem zmian hormonalnych. Ostatecznie w styczniu 2019 kobieta postanowiła zasięgnąć rady chirurga onkologa, który klinicznie wyczuł zgrubienie w piersi prawej na godzinie 10 o średnicy ok. 2 cm, dodatkowo w dole pachowym tej strony wyczuwano węzeł chłonny o średnicy ok 1,5 cm. Pacjentkę skierowano na szereg badań, które potwierdziły rozpoznanie. Stopień choroby określono na cT3N1M0. Wynik histopatologiczny uzyskany drogą biopsji guza wykazał raka inwazyjnego bez specjalnego typu G1. Na podstawie immunohistochemicznych surogatów określono podtyp raka naciekającego jako luminal B. Pacjentka została przedstawiona na konsylium składającym się ze specjalistów chemioterapii, chirurgii onkologicznej oraz radioterapii, gdzie zakwalifikowano ją do przedoperacyjnego podania cytostatyków, planując leczenie radykalne. Chora rozpoczęła leczenie na Oddziale Chemioterapii Diennej, niestety z niewiadomych przyczyn nie zgłosiła się na podanie kolejnego kursu terapii. Obecnie wiadomo, że pacjentka żyje, natomiast nie ma informacji na temat tego, czy wybrała inny ośrodek, czy być może zrezygnowała z proponowanego leczenia.

Dyskusja

Opisany przypadek obrazuje w pewien sposób problemy, z jakimi zmagają się pacjenci z chorobą nowotworową. Jednym z pierwszych elementów jest „opóźnienie wizyty u lekarza”. Pojawiające się objawy, które nie ustępują, u większości chorych nie przekładają się na wizytę u specjalisty. Najwięcej obaw budzi choroba nowotworowa i związane z nią leczenie, często zakończone zgonem [10]. Lęk przed chorobą nowotworową przyczynia się do pojawienia się zachowań obronnych, takich jak zaprzeczenie, wypieranie, bagatelizowanie [10]. W przypadku naszej pacjentki trudno ocenić, czy towarzyszyły jej te uczucia. Jako karmiąca matka, która niedawno przejęła na siebie odpowiedzialność za ludzkie życie,

pacjentka ma świadomość tego, jak ważne jest w tym momencie jej życie i zdrowie. Z niepokojącymi objawami zgłosiła się dwukrotnie do specjalistów, którzy uspiłi jej czujność. Z wywiadu wynika, że żaden z nich nie zaproponował badania USG piersi. U ciężarnych lub karmiących piersią rozpoznanie może być trudne [11]. Zmiany proliferacyjne występujące podczas ciąży powodują przebudowę gruczołu piersiowego. Ciężarne, u których stwierdzono guzek sutka, powinny być skierowane do zespołu specjalistów i poddane badaniom obrazowym [11]. W związku z danymi epidemiologicznymi i dostępnością badań USG eksperti Polskich Towarzystw Chirurgii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników zalecają, aby u kobiet powyżej 35. roku życia wykonać badanie USG piersi, a u kobiet poniżej 35. roku życia rozważyć to badanie, szczególnie w momencie wykrycia zmian w obrębie piersi [14]. Ani ciąża, ani karmienie piersią nie chronią przed nowotworem, dlatego czujność onkologiczna jest w tym czasie wskazana [14].

Wiadomość o chorobie nowotworowej zazwyczaj jest rodzajem „zawalenia się świata” dla chorego, nawet jeśli takiej diagnozy się spodziewał. Znanych jest kilka typowych reakcji, do których zalicza się m.in. szok, niepokój, dezorganizację, lęk, poczucie bezradności, czy nawet optymizm i chęć uczestnictwa w leczeniu [10]. Pacjent zaczyna postrzegać przyszłość jako niepewną, a życie zaczyna dzielić na okres przed chorobą i po zachorowaniu [10]. Zagrożona jest podstawowa i najważniejsza wartość, jaką jest życie. W przypadku młodej matki, całe życie zmienia całkowicie swój bieg, a niedawne plany na przyszłość swoją i swoich dzieci, stają się niepewne. Może to prowadzić do poczucia braku realizacji się w roli rodzica. Pojawiają się myśli o śmierci. Badania uzasadniają konieczność silnego wsparcia psychologicznego u pacjentów z procesem rozrostowym, ze względu na duże ryzyko wystąpienia obniżonego nastroju i depresji [12]. Młode matki, z powracającą do normy równowagą hormonalną, szczególnie wymagają takiej pomocy, po to by poczucie bezsilności i bezradności przekuć w chęć walki z chorobą, walki o własne życie i przyszłość swoją i dziecka. Kobietom z rakiem piersi często towarzyszą niepokoje dotyczące płodności, dlatego potrzebne są dobrze prowadzone rozmowy na temat płodności, ciąży i laktacji po przebytych nowotworze [11].

Lekarze onkolodzy spotykają się z sytuacją rezygnacji z proponowanego leczenia. Nie brakuje rozpowszechnianych nieprawdziwych informacji na temat „cudownych leków”, które niestety nie mają udowodnionego działania leczniczego. Znane są liczne powikłania leczenia chemioterapeutycznego [13]. Pacjentka poddawana chemioterapii musi zrezygnować z karmienia piersią. W opisywanym przypadku nie znamy przyczyn niezgłoszenia się pacjentki

w wyznaczonym terminie. Można rozważyć kilka scenariuszy. Jak wspomniano wyżej, sama choroba nowotworowa przyczynia się do rozwoju myśli depresyjnych oraz myśli o zbliżającej się śmierci. Takie nastawienie może doprowadzić do poczucia odręcenia i odstąpienia od chęci podjęcia terapii. W powyższym przypadku, pacjentka ponad pół roku diagnozowała zmianę, która ją niepokoiła. Bagatelizowanie symptomów przez lekarzy specjalistów mogło przyczynić się do utraty wiary w umiejętności wykwalifikowanej kadry medycznej i próbę wdrożenia leczenia metodami niepotwierdzonymi naukowo. Pozostają jeszcze optymistyczne scenariusze, które mówią o tym, że pacjentka podjęła leczenie w innym ośrodku, albo zgłosi się na zaplanowane cykle chemii w późniejszym terminie.

Rak piersi występuje mniej więcej w jednej na 3000 ciąż [5]. Obecnie kobiety decydują się później na macierzyństwo, dlatego musimy pamiętać, że liczba przypadków raka piersi występującego w ciąży i w połogu będzie wzrastać [5]. Obszerne piśmiennictwo dotyczące raka piersi stoi w przeciwieństwie do dowodów na temat ciąży i raka piersi [11]. Wciąż konieczne są dalsze badania na temat nowotworów, które występują w okresie ciąży i połogu. Badanie piersi zarówno samodzielnie, jak i przez lekarza specjalistę, zawsze powinno być integralną częścią okresu ciąży i połogu.

Wnioski

Liczba kobiet chorująca na raka piersi w okresie ciąży lub połogu wzrasta. Ze względu na te dane, zainteresowanie tematem wśród lekarzy zajmujących się chorobą wzrasta. Stworzono wytyczne, które pozwalają specjalistom na postępowanie zgodne z danymi naukowymi [11].

Konieczne są dalsze badania, które będą potwierdzać zgodność działania, czego widocznym skutkiem będzie wzrost przeżyć wolnych od choroby.

Analiza powyższego przypadku potwierdza konieczność samobadania piersi oraz badania palpacyjnego przez lekarza. Opowiada się również za zaleceniami ekspertów dotyczącymi wykonywania badania USG piersi w trakcie ciąży.

Późno wykryta choroba nowotworowa zmniejsza szanse na radykalność leczenia.

Zdiagnozowanie raka w zaawansowanym stadium u młodej kobiety może mieć poważne konsekwencje, doprowadzając do zaburzeń psychicznych i przedwczesnej śmierci.

Piśmiennictwo

1. Krajowy Rejestr Nowotworów, Nowotwory piersi u kobiet C50, 2013, <http://onkologia.org.pl/nowotwory-piersi-kobiet/#q> (30.04.2019).
2. Anastasiadi Z., Lianos GD., Ignatiadou E., et al.: Breast cancer in young women: an overview. *Updates in Surgery*, 2017, 69(3), 313-317.
3. Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W.: Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
4. Krzakowski M., Potemski P., Warzocha K., Wysocki P.: *Onkologia Kliniczna Tom II*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2015.
5. National Cancer Institute, Breast Cancer During Pregnancy, <http://www.cancer.gov> (data pobrania 30.04.2019).
6. Anstey EH., Shoemaker ML., Barrera CM. et al: Implications for Black Mothers, *The American Journal of Preventive Medicine*, 2017, 53(3 Suppl 1), S40–S46.
7. Męczekalski B.: *Endokrynologia ciąży*,. PZWL, Warszawa, 2012.
8. Radiozet ZDROWIE <https://zdrowie.radiozet.pl/Ciaza-i-dziecko/Ciaza-i-porod/Karmienie-piersia-zmniejsza-ryzyko-zachorowania-na-raka-piersi-i-jajnika> (30.04. 2019).
9. Faupel-Badger J.M., Arcaro K.F., Balkam J.J., et al: Postpartum Remodeling, Lactation, and Breast Cancer Risk: Summary of a National Cancer Institute–Sponsored Workshop. *The Journal of the National Cancer Institute*, 2013, 6, 105(3), 166–174.
10. Rogiewicz M.: *Praktyczny podręcznik psychoonkologii dorosłych*. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2015/
11. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Ciąża a rak piersi, Green-Top Guideline, Wytyczne - Ustalenie standardów postępowania w celu poprawy zdrowia kobiet. *Ginekologia po Dyplomie*, 2011, 7, 98-107.
12. Adler N.E., Page A.E.K.: *Cancer Care for the Whole Patient. Meeting Psychosocial Health Needs*, National Academies Press (US), Washington, 2008.
13. Gajewski P.: *Interna Szczeklika 2017/2018, Opracowanie zbiorowe*. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2017.
14. Raknroll, Badanie USG piersi w ciąży – nowe zalecenia ekspertów, <https://www.raknroll.pl/badanie-usg-piersi-w-ciazy-nowe-zalecenia-ekspertow/> (30.04.2019).

Rola wsparcia psychicznego u pacjentek z rakiem piersi

Boryczka Katarzyna¹, Bardowska Klaudia¹, Dorna Krzysztof³, Sebzda Tadeusz¹, Kurzelewska-Sobczak Anna², Tomaszewska-Laszczyk Mirosława², Ferenc Stanisław², Gnus Jan^{1,2,3}

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

Wstęp

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem występującym u kobiet i stanowi drugą, co do częstości, przyczynę zgonów z powodów nowotworowych. Najczęściej chorują kobiety po 50. roku życia. Nowotwór ten jest szczególnie ciężką do przyjęcia diagnozą dla kobiety. Utrata piersi będącej symbolem kobiecości i sam fakt zachorowania niesie szereg zmian dotyczących sfery psychicznej. W procesie leczenia pacjentów powinno dążyć się nie tylko do ich dobrostanu fizycznego, lecz również zadbać o komfort i zdrowie psychiczne [1].

Cel pracy

W naszej pracy postanowiliśmy skupić się na roli wsparcia psychicznego u kobiet z rakiem piersi, określić lęki towarzyszące tej chorobie oraz samopoczucie kobiet w trakcie i po leczeniu. W tym celu przygotowaliśmy autorski kwestionariusz ankietowy, który przeprowadziliśmy we wrocławskim Klubie Amazonek Femina-Fenix dzięki uprzejmości Pani Elżbiety-Magdaleny Salamon.

Material i metody

W ankiecie wzięło udział 30 kobiet w wieku od 48 do 81 lat. Średnia wieku wynosiła 67 lat \pm 8,09. Respondentki w większości miały wykształcenie średnie – 63,3%, 33,3% z nich miało wykształcenie wyższe, a 3,4% podstawowe. 67,6% kobiet badanych pochodziła

z miasta powyżej 200 tysięcy mieszkańców, 25,7% z miasta poniżej 50 tysięcy mieszkańców, a 6,7% ze wsi. 43,3% ankietowanych stanowiły mężatki, 40,1% wdowy, a 16,6% to panny. Średnia wieku, w której została postawiona diagnoza nowotworu wynosiła 57 lat \pm 9,16.

Wyniki i dyskusja

Wsparcie personelu medycznego

Osobą, od której chora dowiaduje się o rozpoznaniu, postępach leczenia i dalszych planach terapeutycznych jest lekarz. Co ważne pacjentka oczekuje nie tylko informacji, ale przekazania jej w odpowiedniej formie, z uwzględnieniem jej odczuć i powagi sytuacji. Tu najłatwiej o błędy. Aby ich uniknąć, punktem wyjścia rozmowy powinna być empatia. Lekarz jest zobowiązany do tego, aby umiejętnie, tzn. rzeczowo i „nietraumatycznie”, przekazywać informacje na temat rozpoznania i wynikających z niego konsekwencji. Niestety jak wynika z naszych badań aż 17% pacjentek uznaje, że lekarz nie przekazał im diagnozy z należytą troską. Z czego większość podaje, iż informacje przekazane przez lekarza na temat dalszego postępowania w chorobie były dla nich niezrozumiałe.

Efektywna komunikacja między chorymi a personelem medycznym wpływa m.in. na lepsze radzenie sobie z bólem, częstsze przestrzeganie zaleceń medycznych i lepsze znoszenie procedur, a także na wyższą jakość życia. Z kolei nieefektywna komunikacja zwiększa poziom lęku, niepewności, niezadowolenia z opieki, a u personelu medycznego przekłada się na wyższy poziom odczuwanego stresu. Aż 30% ankietowanych kobiet podaje, że nie otrzymała wsparcia ze strony personelu medycznego podczas pobytu w szpitalu. Przez wsparcie pacjentki rozumiały: uśmiech, szczerą rozmowę czy uprzejmość.

Należy jednak zauważyć, że przekazywanie takich informacji w trakcie rutynowej wizyty lekarskiej może być trudne. Lekarze przyjmują wielu pacjentów w szybkim tempie, nie ma zwykle czasu na spokojne omówienie tematu. Onkolog ma kilka, może kilkanaście minut dla każdego pacjenta, więc może się zdarzyć, że niejako „przemycą” tę informację między innymi załatwianymi w pośpiechu sprawami. Pacjent może tę formę komunikacji odczytać jako wyraz braku empatii, czy delikatności lekarza.

Wsparcie rodziny

18 spośród 30 ankietowanych kobiet określiło rodzinę jako najważniejszą formę wsparcia psychicznego. Rodzina stanowiła zatem najbliższe otoczenie chorej. Badane zwracały uwagę na codzienną pomoc, uśmiech, zainteresowanie, bliskość, empatię i troskę.

Ponadto ważne było dla nich normalne traktowanie przez bliskich. Warto nadmienić, że choroba nowotworowa jest chorobą całej rodziny. Wpływa ona na jej członków, a towarzyszące im emocje są dostrzegane i odczuwane przez chorą. Stąd wynika zapewne potrzeba normalnego zachowania i empatii ze strony rodziny, która nie daje odczuć kobiecie, że jest chora, a pomaga jej w codziennych obowiązkach [1,2].

Wsparcie partnera

Wśród ankietowanych 16 pacjentek, które posiadało partnera w trakcie choroby mogło liczyć na ich wsparcie. Jedna ankietowana nie otrzymała wsparcia od swojego partnera. Pozostałe pacjentki owdowiały przed zachorowaniem lub nie żyły w związku.

Wyniki ankiety wskazują, że osobą, na której kobieta może polegać w czasie choroby jest jej partner. Odnosi się to zarówno do kwestii wsparcia psychicznego, jak i również pomocy w codziennym funkcjonowaniu - wyręczaniu w zakupach, dzieleniu obowiązków domowych czy też pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, jak jedzenie czy ubieranie się. W większości zatem choroba partnerki działała mobilizująco. Niekiedy zdarza się jednak, że ciężar emocjonalny choroby jest zbyt duży dla partnera, co powoduje nieporozumienie, nieznaną własnych potrzeb, oddalenie się od siebie, a w konsekwencji nawet rozstanie [3].

Relacje intymne

Pięć pacjentek określiło, że ich relacje intymne uległy pogorszeniu w czasie trwania choroby. Spadek satysfakcji seksualnej w czasie choroby stanowi dla kobiet ważny problem, jednak jest on często ignorowany. Może on wynikać zarówno z działań niepożądanych chemio- i radioterapii, jak i ze zmiany wyglądu ciała, i spadkiem akceptacji siebie po zabiegu operacyjnym. Do najdotkliwszych skutków procesu leczniczego należy przede wszystkim częściowa lub całkowita utrata piersi (syndrom połowy kobiety), utrata włosów spowodowana leczeniem, zmiana masy ciała [1,2]. Również układ, w którym partner przyjmuje rolę opiekuna kobiety zmienia ich sposób postrzegania siebie nawzajem [3]. Leczenie onkologiczne może prowadzić do przedwczesnej menopauzy i towarzyszących jej objawów, co również nasila dyskomfort seksualny [3,4].

Kobiecość, postrzeganie siebie i rekonstrukcja

Po zabiegu kobietom często towarzyszy lęk przed “zdemaskowaniem” przez otoczenie faktu braku piersi. Obniża to poczucie własnej wartości. Zabieg operacyjny często

skutkuje spadkiem sprawności, co zmusza kobiety do rezygnacji z dawnych aktywności. Do tego dochodzi brak akceptacji własnego ciała i obawa lub pogorszenie relacji intymnej z partnerem.

Wśród naszych ankietowanych 8 kobiet odczuło zmianę w postrzeganiu siebie i swojej kobiecości po postawieniu diagnozy oraz w trakcie leczenia. Aż 6 kobiet czuło się z tego powodu mniej atrakcyjnie.

Obniżenie samooceny spowodowane jest zmianami fizycznymi ciała wskutek leczenia - mastektomia, utrata włosów, przybranie na wadze, obrzęki. Utrata piersi jest odbierana przez niektóre pacjentki jako utrata symbolu kobiecego piękna, macierzyństwa i atrakcyjności. Dodatkowo poczucie straty spotęgowane jest przez współczesny kult idealnego kobiecego ciała w kulturze. Utrata piersi może być jeszcze trudniejsza dla młodych kobiet, które nie urodziły jeszcze dzieci lub planowały powiększenie rodziny [1,2].

Szansą na poprawę jakości życia i podniesienie komfortu psychicznego dotkniętych nowotworem piersi kobiet jest zabieg rekonstrukcji usuniętego gruczołu. Zabieg ten ma na celu odtworzenie budowy kobiecej klatki piersiowej. Można go wykonać już w trakcie zabiegu amputacyjnego piersi lub po upływie minimum 6 miesięcy od mastektomii i wykluczeniu czynnego procesu nowotworowego [5]. Strategia rekonstrukcji polegająca na jednoczesnej amputacji i odtworzeniu gruczołu piersiowego jest korzystna dla kobiet chcących uniknąć ponownego znieczulenia i zabiegu chirurgicznego, pozwala na lepsze zaakceptowanie stanu tuż po resekcji i gwarantuje mniejszą liczbę blizn. Ponadto wiąże się z szybszym powrotem do zdrowia i równowagi psychicznej [6] oraz z wyższą deklarowaną jakością życia [7,8,9]. Zgoda badaczy dotyczy głównie pozytywnego wpływu jednoczesnej mastektomii i rekonstrukcji na psychikę kobiety [6,10].

Jak wynika z dotychczasowych badań główną motywacją kobiet do poddania się zabiegowi odtwórczemu jest chęć odzyskania poczucia kobiecości i jednocześnie uniknięcia poczucia deformacji ciała. Wśród naszych ankietowych na rekonstrukcję zdecydowało się 13%. Jako powodu podjęcia takiej decyzji podają: chęć odzyskania poczucia własnej atrakcyjności, swobodnego doboru odzieży, skorzystanie z możliwości, jakie daje medycyna, poprawa jakości życia i wygoda, czy po prostu przystanie na propozycję zabiegu przez lekarza podczas konsultacji. Przy czym wszystkie respondentki zgodnie odpowiadają, że ich komfort psychiczny po zabiegu znacznie się polepszył.

Tak niewielka liczba kobiet poddających się zabiegowi rekonstrukcji świadczy o występowaniu wielu obaw z nią związanych. W świetle doniesień z badań dotyczą one głównie: lęku przed ponowną ingerencją chirurgiczną (niekoniczną z punktu widzenia

medycznego), komplikacjami operacyjnymi i hospitalizacją, lęku przed nawrotem choroby oraz względami natury ekonomicznej (kosztami zabiegu). Wśród powodów rezygnacji wymienić można przede wszystkim brak rzetelnej informacji, tzn. niedoinformowanie pacjentek o przebiegu procesu rekonstrukcji i konsekwencjach zabiegu. Niektóre kobiety nie podejmują decyzji o rekonstrukcji, tłumacząc to zaawansowanym wiekiem oraz tym, że może być ona uważana za przejaw próżności [11].

Niektórzy autorzy podkreślają, że rekonstrukcja piersi może być ważna także z punktu widzenia otoczenia kobiety: chroni bowiem przed konfrontacją ze śmiertelnością człowieka oraz zabezpiecza przed uczuciem zakłopotania z powodu ujawnienia braku piersi [11].

Kobiety, które nie decydują się lub nie mogą zostać poddane zabiegowi rekonstrukcji piersi mogą otrzymać protezę. Czasem powoduje ona dyskomfort, prowadzi do rozwoju stanu zapalnego. Proteza może wyłączać kobiety z uprawiania niektórych sportów, na przykład chodzenia na basen. Istnieje wtedy ryzyko, że będzie ona widoczna dla innych, co może krępować kobietę. Część pań jest bardziej uważna w doborze stroju. Starają się one nie nosić dekoltów, zbyt dopasowanych czy prześwitujących ubrań, które mogłyby uwidoczniać protezę czy też dysproporcję [1,12].

Ponadto znaczne utrudnienie powoduje ograniczona sprawność, zwłaszcza dla pacjentek, które przed zachorowaniem były bardzo aktywne. Zmniejszona ruchomość stawu ramiennego czy obrzęki mogą nasilać niezadowolenie z odbioru samej siebie [1].

Wysiłek fizyczny i rehabilitacja

Podjęcie aktywności fizycznej sprzyja powrotowi do dobrego samopoczucia osobom po mastektomii. Istnieje wiele form aktywności fizycznej, a jej optymalny poziom powinien być dostosowany indywidualnie do możliwości pacjenta. W tym celu przed rozpoczęciem regularnej aktywności, zwłaszcza w okresie pooperacyjnym, zaleca się wizytę u lekarza specjalisty, fizjoterapeuty bądź trenera.

Operacyjne leczenie nowotworu piersi nie jest obojętne dla zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Powoduje szereg zmian, do których zaliczamy: zmniejszenie siły mięśniowej oraz zakresu ruchomości kończyny górnej po stronie operowanej, obrzęk limfatyczny tej kończyny, zaburzenia chodu i równowagi, a także wady postawy. Dysfunkcje w strefie psychicznej prowadzą do zmniejszenia samodzielności, obniżenia poczucia własnej wartości, spadku aktywności życiowej, unikania kontaktów społecznych, a nawet depresji. Ograniczenie aktywności fizycznej w okresie pooperacyjnym po mastektomii prowadzi do

negatywnych efektów, m.in. do nasilenia objawów zmęczenia, ograniczenia aktywności życiowej oraz zmniejszenia zdolności wysiłkowej.

Systematyczne ćwiczenia fizyczne poprawiają u osób po mastektomii sprawność i wydolność organizmu, zapobiegają nadwadze, wspierają pracę układów wewnętrznych, hartują i wzmacniają odporność organizmu oraz opóźniają procesy starzenia się. Pozytywnie oddziałują na stan psychofizyczny organizmu, a także wpływają na poprawę jakości życia i lepsze funkcjonowanie w życiu codziennym. Ćwiczenia są również okazją do spotkań z innymi i jako takie mogą stanowić formę wsparcia. Od pierwszych dni po operacji należy rozpocząć stopniowe usprawnianie. W pierwszej fazie zaleca się podstawowe ruchy ramion oraz sąsiednich stawów w zakresach bezbolesnych. Po dwóch tygodniach od operacji zaleca się wykonywanie kilkunastu ćwiczeń przez 20-30 minut, 1-2 razy dziennie z zachowaniem wszelkich zasad ostrożności. Ćwiczenia należy uzupełniać innymi formami aktywności fizycznej, do których można zaliczyć *nordic-walking*, marszobiegi, basen, jazdę na rowerze itp.

Grupy wsparcia

Rozpoznanie choroby nowotworowej najczęściej wywołuje poczucie zagrożenia życia i może być przyczyną zaburzeń adaptacyjnych i lękowych, a nawet depresji. Jest to moment, w którym potrzeba wsparcia. Niestety rodzina osoby chorej najczęściej pierwszy raz styka się z chorobą i z tego względu posiada znikomą wiedzę na temat jej przebiegu, diagnostyki i leczenia. Wiedzę taką chore mogą otrzymać w ramach specjalnie działających w tym celu stowarzyszeniach.

Część naszych ankietowanych wymieniła przynależność do Klubu Amazonek jako główną formę wsparcia. Stowarzyszenie Amazonek zrzesza kobiety po przebytej chorobie nowotworowej piersi. Jego celem jest wszechstronne działanie, polegające zarówno na duchowym, jak i praktycznym wsparciu. W Klubie Amazonek we Wrocławiu kobiety mają możliwość skorzystania z zajęć indywidualnych i grupowych z psychologiem, warsztatów rehabilitacyjnych w wodzie, gimnastyki, konsultacji przeciwobrzękowych, warsztatów malarskich, indywidualnych konsultacji z onkologiem czy reumatologiem. Organizowane są również szkolenia dla pacjentek i ich rodzin, które mają na celu ich edukację. Prezentowane są informacje na temat ich choroby, możliwości leczenia, działań niepożądanych terapii i sposobów walki z nimi, rehabilitacji. Uczestnicy mogą nauczyć się radzenia sobie ze stresem, dowiedzieć się, w jaki sposób należy pielęgnować rany po zabiegu. Poruszany jest

również temat seksualności w trakcie i po zakończeniu leczenia. Fundacja “Piękniejsze życie” organizuje warsztaty z pielęgnacji i makijażu dla kobiet dotkniętych chorobą.

Ważne jest, aby chore otrzymały szansę rozmowy z osobami, które przechodzą przez to samo i miały możliwość dzielenia z nimi swoich obaw i lęków. Istotne wydaje się to szczególnie na początku terapii, kiedy w głowach pacjentek pojawia się najczęściej strachu i wątpliwości. Właśnie w tym celu powstał projekt “Onkoprzyjaciel”, który działa w Dolnośląskim Centrum Onkologii. Onkoprzyjaciele to pacjenci-wolontariusze, którzy przeszli już chorobę i dzielą się z chorymi swoją wiedzą, doświadczeniem i radą. Można się z nimi kontaktować w każdej chwili, co ma zapewnić komfort psychiczny pacjentkom, które potrzebują pomocy.

Pomoc psychologa i psychiatry

Jedenaście respondentek korzystało z pomocy psychologa i/lub psychiatry. Kobiety miały możliwość skorzystania z porad psychologa w trakcie leczenia, jak również w Klubie Amazonek. W trakcie ich spotkań psycholog przedstawia prezentacje dotyczące choroby i sposobów radzenia sobie z nią. Badania wskazują, że wsparcie psychologa wywiera pozytywny wpływ na osoby korzystające z jego pomocy. Wpływa to na spadek odczuwanego lęku, większą świadomość i lepsze wyobrażenie na temat własnej choroby, pozytywniejsze postrzeganie własnego ciała, wyższy poziom satysfakcji seksualnej. Powoduje również lepszą współpracę z lekarzem i stosowanie się do jego zaleceń [13].

Najtrudniejsze aspekty choroby

Poniższa tabela prezentuje co było dla pacjentek najtrudniejsze do zaakceptowania w związku z chorobą. Warto mieć świadomość problemów, z jakimi borykają się kobiety przez cały proces diagnostyczno-terapeutyczny, gdyż większe zrozumienie może przynieść lepsze wyniki leczenia.

Co było najtrudniejsze w związku z chorobą?
Brak piersi
Obawa, że brak piersi będzie zauważalny/dostrzegalny na ulicy
Dyskomfort noszenia protezy
Stwierdzenie choroby
Operacja

Leczenie: chemio- i radioterapia
Niepełnosprawność
Myśl o przerzutach
Blizny
Lęk przed śmiercią
„Walka z własną psychiką”
Oslabienie
Inna choroba wyindukowana przez chemioterapię

Przyczyny lęku

W przeprowadzonej przez nas ankiecie zapytałyśmy kobiety, co budziło największy lęk w związku z zachorowaniem. Uzyskane wyniki ilustruje poniższy wykres kołowy.



Najwięcej obaw budziła wśród pacjentek sama diagnoza - 27%. Respondentki w dużym stopniu odczuwały lęk związany z leczeniem i jego wynikami - odpowiednio 17% i 13%. Pokazuje to, że wsparcie kobiet w tym trudnym okresie jest dla nich niezbędne. Odpowiednie poradnictwo - propozycja konsultacji psychologicznej, edukacja bliskich

i samej pacjentki oraz empatia ze strony lekarza mogą znacząco polepszyć przejście chorej przez ten trudny dla niej czas.

Wnioski

Mimo że zdecydowana większość kobiet była zadowolona z wizyty lekarskiej uważamy, że należy położyć większy nacisk na szkolenia przygotowujące lekarzy do przekazywania trudnych wiadomości. “Znieczulica” i rutyna lekarska mogą być powodem zwiększonego lęku i obaw związanych z leczeniem pacjenta, czego skutkiem jest niestety pogorszenie jakości życia.

Zabieg rekonstrukcji piersi ma korzystny wpływ na poprawę jakości życia pacjentek. Niewielka liczba naszych ankietowanych, która się na niego zdecydowała nie jest zadowolająca. Może to świadczyć o niepoinformowaniu pacjentek o takiej możliwości lub niewystarczającym objaśnieniu korzyści pooperacyjnych.

Bardzo ważne dla właściwego funkcjonowania kobiety w okresie choroby jest wsparcie jej bliskich, partnera. Warto również rozważyć pomoc psychologiczną. Kobiecie w okresie walki z chorobą towarzyszą liczne lęki, zмага się ona również z działaniami niepożądanymi przyjmowanych leków, zmianie ulega jej ciało. Powoduje to inne postrzeganie siebie i zmianę życiowych priorytetów. Rozmowa, empatia, bliskość i wsparcie mogą złagodzić dyskomfort i pomóc kobiecie odnaleźć się w trudnej sytuacji.

Szansą zdobycia wsparcia i zrozumienia są także stowarzyszenia Amazoнок. Niestety nie wszystkie kobiety chcą lub mogą z tej szansy skorzystać. Powodem może być mieszkanie w mniejszej miejscowości lub na wsi, gdzie kluby nie prowadzą swojej działalności.

Aktywność fizyczna stanowi ważny czynnik powrotu do zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Niestety wiele kobiet unika ćwiczeń z obawy przed ich negatywnym wpływem na obrzęk limfatyczny czy wznowę choroby nowotworowej. Natomiast wykonywanie ich w odpowiedni sposób i z właściwym obciążeniem zmniejsza ryzyko nawrotu choroby nowotworowej oraz zapobiega powstaniu obrzęku limfatycznego.

Piśmiennictwo

1. Wiśniewska L. A., Karolska M.: Doświadczenia choroby nowotworowej w relacjach kobiet po mastektomii. *Psychoonkologia*, 2017, 21(3), 75-85.

2. Stadnicka G., Pawłowska-Muc A., Bańkowska B., Sadkowska M.: Jakość życia kobiet po amputacji piersi. *European Journal of Medical Technologies*, 2014, 4(5), 8-14.
3. Stępień R., Wiraszka G.: Znaczenie rodziny w adaptacji funkcjonalnej kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011, 19(3), 372-377.
4. Mroczek B., Kurpas D., Grochans E. i wsp.: Funkcjonowanie psychoseksualne u kobiet po leczeniu raka sutka. *Psychiatria Polska*, 2012, 1, 51-61.
5. Nowicki A., Nikiel M.: Operacje odtwórcze piersi, ocena satysfakcji pacjentek. *Współczesna Onkologia*, 2006, 2, 45-50.
6. Atisha D., Alderman A., Lowery J., et al.: Prospective analysis of long term psychosocial outcomes in breast reconstruction: two year postoperative results from the Michigan Breast Reconstruction Outcomes Study. *Annals of Surgery*, 2008, 247(6), 1019- 1028.
7. Pockaj B., Degnim A., Boughey J. et al.: Quality of life after breast cancer: what have we learned and where we should go next? *Journal of Surgical Oncology*, 2009, 99, 447-455.
8. Szadowska- Szlachetka Z., Stanisławek A., Charzyńska- Gula M. i wsp.: Różnice w jakości życia kobiet przed rekonstrukcją i po rekonstrukcji piersi mierzone skalą EORTC QLQ-C 30 i QLQ-BR 23. *Przegląd Menopauzalny*, 2013, 3, 254-259.
9. Jankau J., Trus-Urbańska M., Renkielska A.: Zmiana jakości życia po zabiegu rekonstrukcji piersi. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2011, 5, 414-419.
10. Ominy J., Nowodom M.: Psychological impact of mastectomy and breast reconstruction. *International Journal of Scientific Research*, 2014, 3, 554-556.
11. Mazurek E.: Obraz siebie kobiet po rekonstrukcji. *Nowiny Lekarskie*, 2012, 81, 281-287.
12. Brandt A., Przybyła Basista H.: Decyzja o rekonstrukcji piersi u kobiet po mastektomii- motywy, obawy, percepcja efektów. *Psychoonkologia* 2016, 20 (1), 17–26.
13. Izdebski P., Tuajkowski J.: Psychologiczne metody pomocy chorym na raka piersi. *Journal of Oncology*, 2006, 56(6), 685-692.

Leczenie żywieniowe w nowotworach trzustki

Milewska Martyna¹, Zujko Kinga², Terlikowska Katarzyna³

1. Studentka V roku, kierunek Dietetyka, Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Biotechnologii Żywności, Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok
2. Studentka IV roku, kierunek lekarski, Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Biotechnologii Żywności, Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok
3. dr n. med., mgr diet., Zakład Biotechnologii Żywności, Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok

Wprowadzenie

Trzustka – charakterystyka

Trzustka jest niewielkim narządem, mierzącym 12-20 cm umiejscowionym w jamie brzusznej tuż za żołądkiem.

Można rozróżnić w niej następujące części:

- głowę trzustki - otacza ją dwunastnica (w jej skład wchodzi też wyrostek haczykowaty);
- trzon trzustki - leży poprzecznie, najczęściej na wysokości pierwszego kręgu lędźwiowego;
- ogon trzustki - część wydłużona, sięga do śledziony.

Na jej budowę składają się pęcherzyki wydzielnicze oraz przewody wyprowadzające sok trzustkowy - łączą się one tworząc główny przewód trzustkowy (Wirsunga). Przewód ten dochodzi do dwunastnicy, do tak zwanej brodawki Vatera, gdzie ujście ma także główny przewód żółciowy odprowadzający żółć z wątroby.

W większości trzustkę stanowią gruczoły pełniące funkcję zewnątrzwydzielniczą. Produkują one substancje do trawienia tłuszczu, białek, węglowodanów. Dużo mniejszą powierzchnię stanowi część wewnątrzwydzielnicza, czyli komórki tworzące struktury zwane wyspami Langerhansa, wydzielają one do krwi hormony, które regulują poziom glukozy w organizmie, są to: insulina i glukagon [1].

Nowotwory trzustki

W 95% za nowotwory trzustki odpowiadają komórki części zewnątrzwydzielniczej, przede wszystkim komórki wyściełające przewody trzustkowe. Pozostałe nowotwory mają swoje źródło w komórkach części wewnątrzwydzielniczej trzustki, są to guzy neuroendokrynne trzustki. Wśród guzów neuroendokrynych wyróżniamy tzw. guzy czynne (wydzielają do krwi hormony dające określone objawy kliniczne) oraz tzw. guzy nieczynne (nieprodukujące hormonów), które stanowią większość przypadków zachorowań.

Najczęstszymi nowotworami trzustki są guzy lite, rzadziej jest to postać zmian torbielowatych, w których występują przestrzenie płynowe. Znaczna część nowotworów trzustki jest złośliwa, rozrasta się, daje przerzuty. Łagodne są zazwyczaj nowotwory neuroendokrynne oraz nowotwory torbielowate, mogą one jednak z czasem ulec zezłośliwieniu.

Gruzołakorak przewodowy to przyczyna około 95% zewnątrzwydzielniczych złośliwych nowotworów trzustki. Średnio 2/3 guzów rozwija się w głowie trzustki [1].

Rak trzustki

Epidemiologia

W populacji Polskiej obserwuje się ciągły wzrost zachorowalności na choroby nowotworowe. W skali całego świata, rocznie, raka trzustki diagnozuje się wśród około 200 tys. osób. Pomimo wysokiej dostępności metod obrazowania oraz wprowadzania nowych technik diagnostycznych, rak trzustki nieustannie jest rozpoznawany zbyt późno. Do szpitala trafiają osoby z zaawansowaną chorobą nowotworową.

W Polsce główną przyczyną zgonów są choroby układu krążenia, zaś na drugim miejscu znajdują się właśnie nowotwory złośliwe. Odsetek zgonów z powodu raka w roku 2011 wynosił 26% wśród mężczyzn oraz 23% wśród kobiet. Z danych statystycznych wynika, iż w Polsce w 2011 roku wśród 154 tys. osób zdiagnozowano nowotwór złośliwy, zaś z rozpoznaniem rakiem w ciągu poprzednich 5 lat żyło 320 tys. chorych. W populacji polskiej nowotwór złośliwy jest również jedną z głównych przyczyn umieralności przed 65. rokiem życia.

Biorąc pod uwagę wszystkie nowotwory, rak trzustki odpowiada za 3% zgonów wśród mężczyzn oraz 5,4% zgonów wśród kobiet - z czego najliczniejszą grupę stanowią pacjenci, u których rak jest zaawansowany. Diagnozuje się wtedy przerzuty odległe, a przeżywalność prezentuje się następująco: w ciągu 5 lat nie przekracza 5%, w ciągu 2 lat wynosi około 8%,

zaś od rozpoznania choroby średni czas przeżycia wynosi 6 miesięcy. Rak trzustki jest wciąż źle rokującym nowotworem, trudnym do leczenia zarówno pod względem chirurgicznym, jak i farmakologicznym. Gdy istnieje możliwość resekcji guza, 5-letnie przeżycie może wynosić nawet 20%, lecz tylko 10-20% chorych znajduje się w takiej sytuacji [2].

Patogeneza

W porównaniu do innych narządów mała jest wiedza o przyczynach zmian genetycznych rozpoczynających procesy nowotworowe w obrębie trzustki. W przypadku raka trzustki niezwykle często obserwuje się mutacje onkogenu *KRAS*, który jest zaangażowany w regulację podziałów komórkowych. Mutację można rozpoznać poprzez analizę materiału genetycznego komórek trzustki pobranych ze stolca lub pobranych w trakcie badań endoskopowych [2].

Etiologia i czynniki ryzyka

Etiologia raka trzustki nie została do końca poznana. Znane są za to czynniki ryzyka, które predysponują do jego rozwoju. Są to: wiek, palenie tytoniu, choroby nienowotworowe, dieta, czynniki zawodowe, przebyta cholecystektomia, czynniki genetyczne.

- wiek - wraz z wiekiem wzrasta ryzyko zachorowania na raka trzustki, ryzyko rośnie wśród osób około 65. roku życia, zaś 80% chorych diagnozowanych jest w VII i VIII dekadzie życia;
- palenie tytoniu - głównym czynnikiem jest ekspozycja komórek na nitrozoaminy występujące w dymie, związki te wywołują mutacje protoonkogenów (*KRAS*) oraz genów supresorowych (*P53*). U palaczy ryzyko wystąpienia raka trzustki wzrasta 2,7 razy w porównaniu do osób niepalących;
- choroby nienowotworowe - jak cukrzyca, czy przewlekłe zapalenie trzustki, przy ostatnim obraz kliniczny, jak i badania obrazowe są bardzo podobne - wraz z czasem trwania choroby wzrasta ryzyko zachorowalności, a wynosi ono około 2% po 10 latach i 4% po 20 latach objawienia się choroby. Również w następstwie chirurgicznego leczenia wrzodów żołądka i dwunastnicy, prowadzącego do niedokwaśności soku żołądkowego istnieje możliwość rozwoju raka trzustki. Wrodzone zapalenie trzustki to aż 40% ryzyka wystąpienia tej choroby [3];
 - ✓ cukrzyca - świeżo zdiagnozowana cukrzyca typu 2 to możliwy wczesny objaw raka trzustki. Wśród chorych na raka gruczołowego trzustki 25-50% miało zdiagnozowaną cukrzycę 1-3 lata przed rozpoznaniem raka. Wraz

z upływem czasu od wykrycia cukrzycy, ryzyko zachorowania na raka zmniejsza się. Nowo wykryta cukrzyca, mająca podłoże nowotworowe cofa się po resekcji raka trzustki. Stosowanie metforminy obniża poziom insuliny i zmniejsza ryzyko powstania raka trzustki [2];

- dieta - za negatywny czynnik uważa się nadmiar tłuszczu zwierzęcego w diecie. W Japonii i Włoszech średnie spożycie tłuszczu wynosi 40-80 g/dobę, zaś w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie powyżej 120 g/dobę. W dwóch ostatnich krajach obserwuje się dwukrotnie wyższy współczynnik zapadalności na raka trzustki, niż we wcześniej wymienionych;
- czynniki zawodowe - osobami szczególnie narażonymi są pracownicy przemysłu chemicznego, mający kontakt z pestycydami, chlorkami metylenu, dwuchlorkiem etylu, chlorhydryny, etylenu, propylenu i benzydyną oraz wielopierścieniowymi węglowodorami aromatycznymi [3];
- cholecystektomia - może mieć wpływ poprzez podwyższenie poziomu cholecystokininy, co aktywuje wzrost komórek trzustki, nasilając przy tym syntezę II-rzędowych kwasów żółciowych i cały ten proces może być czynnikiem kancerogennym [4];
- czynniki genetyczne - wiąże się to z obecnością genetycznie uwarunkowanych zespołów, takich jak: zespół dziedzicznego przewlekłego zapalenia trzustki, dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC – *ang.* Hereditary Non-Polypous Colorectal Cancer), mutacja w genach BRCA1 lub BRCA2 (Zespół HBOC - *ang.* hereditary breast-ovarian cancer), zespół Peutza i Jeghersa, rodzinny zespół znamion atypowych oraz ataxia-teleangiectasia. Osoby, u których w rodzinie w pierwszej linii wystąpił rak trzustki, są 18-krotnie bardziej narażone w porównaniu do pozostałej części populacji [4];
- alkohol - co ciekawe nie stwierdzono bezpośredniego wpływu napojów zawierających alkohol na raka trzustki, jednak przyczynia się on do przewlekłego zapalenia trzustki, co może prowadzić do wytworzenia się zmian nowotworowych. Etanol oraz aldehyd octowy mają działanie kancerogenne [3];

Objawy

Jednym z głównych objawów raka trzustki są zgłaszane przez pacjentów dolegliwości bólowe ze strony jamy brzusznej. Jest to jednak inny ból niż w przypadku ostrego zapalenia

trzustki czy zapalenia dróg żółciowych. W przeciwieństwie do tych schorzeń, w przypadku raka trzustki, ból jest słaby, lecz stały, promieniujący do kręgosłupa, „piekący” lub „gniotący”, nie jest „kłujący”. W przypadku silnego bólu może to wskazywać na wysoki stopień zaawansowania i nieresekcyjność guza. Rak rozwija się w większości bezobjawowo, dlatego bardzo często zdarza się, że jest wykrywany przypadkowo przy badaniu ultrasonograficznym zleconym z innego powodu.

W przypadku raka głowy trzustki, jednym z głównych objawów jest żółtaczka. Żółtaczka jest konsekwencją powiększonych węzłów chłonnych we wnęce wątroby lub świadczy o przerzutach zlokalizowanych w wątrobie. W badaniu palpacyjnym wyczuwalny jest powiększony, niebolesny pęcherzyk żółciowy - objaw Courvoisiera. Może wystąpić również świąd skóry o zmiennym nasileniu.

Jak w przypadku większości nowotworów, objawem towarzyszącym jest spadek masy ciała, w tym przypadku powyżej 10%. Na początku choroby jest on spowodowany brakiem apetytu, przyjmowaniem mniejszej ilości jedzenia, zaburzeniami trawienia wynikającymi z obniżonego wydzielania enzymów trzustkowych (szczególnie w guzach głowy trzustki). Innym objawem jest opóźnione opróżnianie żołądka. Jest to problem dotyczący 60% pacjentów.

Kolejnym powszechnym objawem, dotyczącym ponad 60% chorych jest występowanie cukrzycy lub upośledzonej tolerancji glukozy, zaś u 7-13% nowo wykryta cukrzyca jest pierwszym objawem raka trzustki. Średnio 2 lata przed zdiagnozowaniem raka, zostaje wykryta cukrzyca. Szczególnie narażone są tu osoby powyżej 60. roku życia, u których w rodzinie cukrzyca nie występowała. Nie stwierdzono dotychczas jednoznacznie zależności między cukrzycą a występowaniem raka trzustki. Istnieją dwie hipotezy. Jedna mówi o tym, że cukrzyca jest jednym z czynników ryzyka raka, zaś druga zakłada, iż cukrzyca jest konsekwencją nowotworu.

Początkowym objawem, choć rzadszym (5-10% zachorowań), jest ostre zapalenie tego narządu. Ryzyko wiążące się z tym objawem wzrasta wraz z wiekiem, dlatego w przypadku osób starszych bez potwierdzonej etiologii występowania kamieni żółciowych lub choroby alkoholowej należy zachować ostrożność i wykluczyć raka trzustki.

Niedrożność dwunastnicy dotyczy 10% pacjentów w zaawansowanym stopniu choroby. Innym powikłaniem mogą być krwawienia żyłaków żołądka powstałych na skutek zakrzepicy żyły śledzionowej, depresja czy wędrujące zapalenie żył powierzchownych (zespół Trousseau) [5].

Diagnostyka

Tabela I. Stopień zaawansowania raka trzustki według wytycznych UICC (*fr.* Union Internationale Contre le Cancer); z roku 2010 TNM (tumor/nodules/metastases – guz/węzły chłonne/metastaza), modyfikacja własna wg [6].

Cecha	Definicja
T	Guz pierwotny
TX	Nie można ocenić guza
T0	Guz nieobecny
Tis	Rak przedinwazyjny
T1	Guz ograniczony do trzustki o średnicy poniżej 2 cm
T2	Guz ograniczony do trzustki o średnicy powyżej 2 cm
T3	Guz przekraczający granice trzustki, ale bez naciekania pnia trzewnego i tętnicy kręzkowej górnej
T4	Guz naciekający pień trzewny lub tętnicę krękową górną
N	Przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych
NX	Nie można ocenić regionalnych węzłów chłonnych
NO	Nieobecność przerzutów do węzłów chłonnych
N1	Obecność przerzutów do węzłów chłonnych
M	Przerzuty odległe narządów
M0	Nieobecność przerzutów odległych
M1	Obecność przerzutów odległych

Wstępna diagnostyka ma na celu potwierdzenie rozpoznania nowotworu, ocenę stopnia zaawansowania, resekcyjność guza oraz stan pacjenta.

TK (tomografia komputerowa) to standard diagnostyki obrazowej. Badanie to wykonuje się według protokołu trzustkowego. Pozwala ona określić stopień zaawansowania i ustalić resekcyjność guza. W przypadkach współistniejącej żółtaczkę diagnozę stawia się po wykonaniu endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej.

Innym rozwiązaniem jest przeprowadzenie endoskopowej ultrasonografii (*pl.* EUS). Badanie to umożliwia wykonanie biopsji.

Alternatywą dla TK jest badanie MR (rezonans magnetyczny) według odpowiedniego protokołu z podaniem dożylnym kontrastu w sekwencji dynamicznej, którego elementem jest

cholangiopankreatografia magnetycznego rezonansu (*ang.* MRCP). Zwiększa to widoczność zmian torbielowatych. Weryfikację śródoperacyjną stosuje się w przypadku zmian wykrytych w badaniach obrazowych, zaś nowotwory nieoperacyjne, zaawansowane weryfikuje się cytologicznie z użyciem biopsji cienkoigłowej monitorowanej ultrasonograficznie. Niestety średnio w 20% przypadków rak trzustki to nowotwór o bardzo wysokim stopniu złośliwości, utrudnia to diagnozę na podstawie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (możliwość rozsiania komórek nowotworowych).

Inne badania diagnostyczne to: zdjęcie rentgenowskie żołądka i dwunastnicy, ultrasonografia (czułość 80-90%), ultrasonografia przez przewód trzustkowy [3].

Leczenie

Jedynie około 10% pacjentów z rakiem trzustki podlega leczeniu przyczynowemu. Najczęstszym sposobem leczenia jest leczenie chirurgiczne opierające się na resekcjach wielonarządowych, np. pankreatoduodenektomia sposobem Whipple'a.

- Leczenie chirurgiczne

Dzieli się na operacje radykalne (leczące) oraz paliatywne (łagodzące). Leczenie paliatywne u większości chorych polega na wyrównaniu niedoborów żywieniowych oraz skutecznym leczeniu przeciwbólowym.

Radykalne zabiegi operacyjne

- Opierają się na wycięciu głowy trzustki z dwunastnicą (pancreatoduodenektomia). Wykonuje się ją najczęściej w sposób klasyczny według techniki Whipple'a (usuwanie głowy trzustki z dwunastnicą i fragmentem żołądka z odźwiernikiem) bądź w sposób zmodyfikowany bez usuwania odźwiernika (według metody Traverso-Longmire'a).
- Całkowite wycięcie trzustki (pancreatectomia totalis). Po tym zabiegu spotyka się najwięcej powikłań wśród pacjentów, gdyż poza trzustką i dwunastnicą usuwa się okoliczne węzły chłonne.
- Częściowe obwodowe wycięcie trzustki (pancreatectomia subtotalis) wykonywane jest w guzach obecnych w trzonie lub ogonie trzustki.

Paliatywne zabiegi chirurgiczne

- Jedynie 20% chorych kwalifikuje się na operację leczącą, reszta pacjentów ze względu na zaawansowanie choroby ma wykonywane operacje, które umożliwiają utrzymanie pasaży żółciowego lub pokarmowego. Zaliczamy do nich:

- ✓ Zespolenie żółciowo-jelitowe – zapewniające odpływ żółci i zahamowanie żółtaczk mechanicznej.
- ✓ Zespolenie żołądkowo-jelitowe – umożliwiające pasaż pokarmowy z ominięciem dwunastnicy zwężonej z powodu nacieku czy ucisku.
- Leczenie uzupełniające
Poza leczeniem chirurgicznym stosuje się inne formy leczenia, tj. śródoperacyjna radioterapia, chemioterapia oraz leczenie skojarzone.
- Leczenie przeciwbólowe
Ból to najbardziej uciążliwy objaw raka trzustki, skarży się na niego około 70-80% chorych. Z racji na niewystarczającą skuteczność opioidów pomocne okazują się blokady nerwów trzewnych lub neurolizy (niszczenie komórek nerwowych) splotu trzewnego [3].

Leczenie żywieniowe w raku trzustki

Definicja żywienia klinicznego

Leczenie żywieniowe to postępowanie, którego celem jest ocena: stanu odżywienia pacjenta, zapotrzebowania na energię, inne składniki pokarmowe oraz dostarczenie odpowiedniej ilości białka, witamin, elektrolitów, wody, pierwiastków śladowych. Składniki te mogą być dostarczane do organizmu za pomocą zwykłych produktów pokarmowych, płynnych diet, diet przemysłowych drogą dojelitową lub pozajelitowo. Leczenie żywieniowe jest nieodłącznym elementem terapii, której zadaniem jest poprawa lub utrzymanie prawidłowego stanu odżywienia pacjenta, poprawa rokowania lub przyspieszenie rekonwalescencji chorego ewentualne leczenie paliatywne w przypadku złego rokowania.

Dostarczenie wszystkich niezbędnych substancji odżywczych do organizmu drogą przewodu pokarmowego można osiągnąć za pomocą:

1. Wzbogacania posiłków.
2. Doustnych diet przemysłowych - uzupełnienie codziennej diety.
3. Podawania pokarmów przez przetokę odżywczą lub sondę.

Żywienie drogą pozajelitową polega na wlewie dożylnym do żyły centralnej lub obwodowej wszystkich substancji niezbędnych do życia. Żywienie pozajelitowe należy stosować wyłącznie, gdy żywienie drogą przewodu pokarmowego jest niemożliwe [7].

Cele leczenia żywieniowego

Leczenie żywieniowe jest nieodłączną częścią terapii mającą na celu utrzymanie lub poprawienie stanu odżywienia chorego, polepszenie rokowań, szybsze wyleczenie lub odżywienie pacjenta w celu dalszego leczenia [7].

Cele leczenia żywieniowego w przebiegu chorób nowotworowych:

- profilaktyka oraz leczenie niedożywienia prowadzącego do wyniszczenia nowotworowego
- zwiększenie efektywności terapii przeciwnowotworowej
- zmniejszenie występowania działań niepożądanych leczenia
- polepszenie jakości życia pacjentów

Stan odżywienia pacjenta ocenia się za pomocą:

- wywiadu żywieniowego
- badań antropometrycznych
- obliczenia wskaźnika BMI (body mass index)
- badań biochemicznych

Niedożywienie należy do najczęstszych zaburzeń odżywiania u pacjentów onkologicznych. Szacuje się, że występuje ono u około 80% chorych na nowotwory.

Głównymi przyczynami niedożywienia są:

1. Niedostateczna podaż energii i składników odżywczych spowodowana brakiem apetytu, anoreksją, niedrożnością przewodu pokarmowego;
2. Utrata substancji odżywczych na skutek zaburzeń wchłaniania, trawienia, powstania przetok w przewodzie pokarmowym;

Większe zapotrzebowanie energetyczne związane ze zwiększonym metabolizmem guza lub wystąpieniem zakażenia [7];

Hospitalizacja pacjenta – immunomodulacja

Podczas planowanego pobytu w szpitalu wśród pacjentów z rakiem trzustki szczególne znaczenie ma żywienie immunomodulujące. Ma ono na celu poprawienie odporności chorego, by osiągnąć bardziej zadowalające efekty w ciągu dalszego leczenia. Substancjami wpływającymi na poprawę układu odpornościowego są nukleotydy, arginina, glutamina, nienasycone kwasy tłuszczowe omega-3, witaminy, takie jak B12, C i E oraz pierwiastki śladowe, do których zaliczamy cynk i selen, a także tauryna oraz ornityna.

Glutamina jest znakomitym czynnikiem immunomodulującym. Glutamina jest potrzebna do syntezy nukleotydów, funkcjonuje jako substrat glukoneogenezy wątrobowej, przez co jest źródłem energii dla limfocytów. Podczas stresu katabolicznego występują jej niedobory, mimo nadmiernego uwalniania z mięśni szkieletowych, co doprowadza do złej czynności przewodu pokarmowego, nerek i wątroby. Bezpieczna ilość glutaminy to 0,57 g/kg masy ciała/dobę. Glutamina dodatkowo działa osłaniająco na błony śluzowe przewodu pokarmowego, poprawia gojenie się ran.

Arginina jest ważnym czynnikiem w przemianach azotowych, przez co odgrywa istotną rolę w syntezie białek, komórkowych przemianach energetycznych oraz syntezie poliamin i azotu. Objawem jej niedoboru jest hiperammonemia, dłuższe gojenie się ran i upośledzenie syntezy białek. W stanie hiperkatabolizmu jest ona niezbędnym aminokwasem. W standardowej diecie arginina występuje w ilości około 5,5 g, podobnie jest w dietach dojelitowych. W celu polepszenia sprawności układu odpornościowego ilość argininy należy zwiększyć 3-4-krotnie. Bezpieczna dawka wynosi do 30 g na dobę nie należy podawać większych ilości, gdyż nadmiar może pogorszyć wyniki leczenia.

Tłuszcze są nośnikami witamin A, D, E, K, prekursorem prostaglandyn oraz leukotrienów, biorą udział w syntezie lipoksyn, protektyn, rezolwin. Kwasy omega-3 hamują syntezę trójglicerydów oraz apolipoprotein w wątrobie, zmieniają przepuszczalność oraz płynność błon, zmniejszają produkcję mediatorów prozapalnych, wpływają na poprawę fagocytozy monocytów oraz na stabilizację błon komórkowych.

Nukleotydy są obecnie w niemal wszystkich procesach biochemicznych, ponieważ są prekursorami DNA i RNA, regulują przemianę materii, są źródłem energii dla komórek, a także pośredniczą w dużej ilości szlaków metabolicznych. Ilość nukleotydów znacznie zmniejsza się podczas ciężkich zabiegów operacyjnych, zespołu septycznego oraz wszelkiego rodzaju urazów. Dodatek nukleotydów do diety zmniejsza ilość powikłań, zwiększa odpowiedź limfocytów T i B na mitogeny oraz skraca czas hospitalizacji i rekonwalescencji [8].

Standardy leczenia żywieniowego

Plan leczenia żywieniowego

Plan leczenia żywieniowego nadzorowany jest przez lekarza prowadzącego. W skład zespołu leczenia żywieniowego wchodzi ponadto pielęgniarka oraz dietetyk. Lekarz powinien

współpracować z zespołem oraz osobami opiekującymi się chorym, a także rodziną chorego lub samym chorym (jeżeli jest świadomy).

Składowymi planu leczenia żywieniowego są:

- Ocena stanu odżywienia pacjenta.
- Określenie metody żywienia oraz drogi podania diety:
 - jeżeli jest taka możliwość - wprowadzić żywienie drogą przewodu pokarmowego;
 - w przypadku pacjentów, których zapotrzebowanie na składniki odżywcze nie jest w pełni pokrywane przez zastosowanie diety drogą przewodu pokarmowego stosuje się dodatkowo żywienie pozajelitowe;
 - żywienie pozajelitowe powinno być ostatecznością, gdy występuje niewydolność przewodu pokarmowego lub jest uniemożliwiony dostęp do niego;
- Określenie czasu oraz metody oceniającej leczenie żywieniowe pod względem adekwatności i skuteczności, np. badania laboratoryjne, antropometryczne.
- Wybranie odpowiedniego składu mieszaniny odżywczej, składu diety biorąc pod uwagę:
 - ogólną objętość wszystkich podawanych płynów, w tym leków
 - drogę, którą pokarm będzie podawany
 - stan wydolności narządów i układów
 - koszt leczenia
- Sprecyzowanie celu oraz długości trwania leczenia, w sytuacji, gdy chory może być leczony w domu, należy określić datę wypisu ze szpitala i dalszy plan leczenia. Pomaga to w przewidywaniu efektu leczenia. Szkolenie pacjenta i rodziny.

Zaplanowanie leczenia żywieniowego jest nieodłącznym elementem dokumentacji pacjenta [9].

Wskazania do leczenia żywieniowego

Wskazania do leczenia żywieniowego są standardami, które stosuje się w przypadku, gdy:

- niemożliwe jest pokrycie ponad 60% zapotrzebowania energetycznego pacjenta w czasie dłuższym niż 10 dni;
- zdiagnozowano na początku leczenia niedożywienie lub prognozuje się jego wystąpienie objawiające się utratą masy ciała powyżej 10% w czasie 3-6 miesięcy,

stopień C w SGA (*ang.* Subjective Global Assessment), albuminy w surowicy krwi poniżej 3,0 g/l lub współczynnik BMI (*ang.* Body Mass Index) poniżej 18,5;

- uniemożliwione jest podanie pokarmu drogą doustną dłużej niż 7 dni [10];
- pacjent onkologiczny przygotowuje się do zabiegu chirurgicznego jamy brzusznej lub szyi i głowy – leczenie żywieniowe włącza się 5-7 dni przed zabiegiem;

Jest to niezwykle ważny aspekt w całym procesie leczenia ze względu na znane skutki niedożywienia. Powodują one zmniejszoną odpowiedź organizmu na leczenie przeciwnowotworowe, częstsze występowanie skutków niepożądanych oraz powikłań. Mogą doprowadzić do śmierci chorego [11], pogorszenia jakości jego życia [12], niezakwalifikowania do leczenia chirurgicznego, radioterapii i chemioterapii [13].

Wybór drogi podawania pokarmu

W celu włączenia leczenia żywieniowego należy przeanalizować:

- w jakim stanie klinicznym znajduje się pacjent;
- jakiego stopnia oraz rodzaju występuje niedożywienie;
- jaki jest czas przewidywanego żywienia;
- w jakim okresie choroby chcemy włączyć żywienie;

Najbardziej pożądane jest, by chorego żywić drogą przewodu pokarmowego, gdyż ten rodzaj żywienia jest lepiej dostosowany do procesów fizjologicznych organizmu.

Żywienie drogą przewodu pokarmowego, nazywane inaczej żywieniem dojelitowym lub enteralnym, obejmuje różne drogi aplikowania pokarmu:

- Droga doustna – pełnowartościowa dieta kuchenna pod nadzorem specjalisty.
- Przemysłowe płynne diety doustne.
- Żywienie do żołądka – przez zgłębnik lub przetokę.
- Do jelita cienkiego – przez zgłębnik lub przetokę.

Żywienie enteralne jest najbardziej pożądanym wyborem, jednak tylko wtedy, gdy nie ma przeciwwskazań w formie: mechanicznej lub porażennej niedrożności przewodu pokarmowego, blokady w jelitach np. w formie guza, ciężkiego wstrząsu, nieustępujących biegunek i wymiotów, niedokrwienia jelit, dużej niesprawności wchłaniania w przypadku stosowania omawianego żywienia.

W przypadku niemożności pokrycia minimum 60% dziennego zapotrzebowania energetycznego żywieniem dojelitowym, wskazane jest powiązanie żywienia dojelitowego z żywieniem pozajelitowym [14].

Przy braku widocznej poprawy podjętego sposobu żywienia należy włączyć żywienie drogą pozajelitową.

Przesiewowa ocena stanu odżywienia

Szybko rozwijające się niedożywienie obserwowane jest szczególnie u chorych onkologicznych z nowotworem zlokalizowanym w górnym odcinku przewodu pokarmowego. Wśród chorych na nowotwór trzustki odsetek pacjentów niedożywionych sięga 83-87%. Dlatego tak ważna jest ocena stanu odżywienia już na początku choroby [14].

Celem badań przesiewowych jest identyfikacja pacjentów, u których występuje niedożywienie oraz szczególne zwrócenie uwagi na chorych z dużym ryzykiem pojawienia się niedożywienia.

W Polsce istnieje obowiązek przeprowadzenia przesiewowej oceny ryzyka niedożywienia wśród nowych pacjentów przyjmowanych na oddział. Ocenia się to za pomocą ankiety SGA oraz formularza NRS 2002 i przeprowadza się je co 14 dni.

Formularz NRS 2002 pomaga w ocenie ryzyka żywieniowego i określeniu wskazań do leczenia żywieniowego. Można uzyskać maksymalnie 7 punktów, przy czym otrzymanie powyżej 3 punktów nakazuje włączenie leczenia żywieniowego. Pierwsze cztery pytania sprawdzają, jaki stopień niedożywienia wystąpił przed przyjęciem chorego do szpitala, zaś kolejne cztery określają, jakie będzie ryzyko wystąpienia niedożywienia w trakcie zaplanowanego leczenia. Osobom starszym, po 70. Roku, życia dodaje się 1 punkt do ankiety.

Ankieta SGA pozwala na przyporządkowanie chorego do odpowiedniej grupy, oceniającej stan odżywienia.

Kolejnym sposobem oceny stanu odżywienia jest ankieta MUST (*ang.* Malnutrition Universal Screening Tool) zalecana i stosowana przed BAPEN (*ang.* British Association for Parenteral and Enteral Nutrition), względem ludzi dorosłych. Starsze osoby mogą być oceniane według MNA (*ang.* Mini Nutritional Assessment), by lepiej ocenić ich stan odżywienia.

W celu jak najlepszego zbadania pacjenta i popełnienia jak najmniejszego błędu przy ocenie stanu odżywienia zaleca się stosowanie kilku różnych ankiet.

Jednak stosowanie formularza jest tylko jednym z elementów oceniających stan chorego. Innymi ważnymi czynnikami są: wywiad z pacjentem, badania laboratoryjne oraz badania antropometryczne.

Dobrze przeprowadzony wywiad może bardzo pomóc w ocenie stanu chorego, określeniu przyczyn niedożywienia, podjęciu decyzji dotyczących włączenia leczenia w celu zmniejszenia objawów towarzyszących choremu w trakcie choroby oraz daje pełniejszy obraz dotyczący choroby, jej czasu trwania oraz występowania współistniejących zaburzeń.

Objawy i przyczyny niedożywienia

- zmiany zwyczajów żywieniowych
- dysfagia, zaburzenia łaknienia
- zaburzenia snu
- stosowanie leków
- bóle mięśniowe i kostne
- biegunka
- osłabienie
- obniżenie funkcji emocjonalnych [15].

Przyczyny niedożywienia w chorobie nowotworowej:

- umiejscowienie guza nowotworowego uniemożliwiające przyjmowanie i przemieszczanie się pokarmu
- następstwo anoreksji
- nieprawidłowe procesy trawienia oraz wchłaniania
- nieprawidłowe procesy przemian metabolicznych
- większe zapotrzebowanie energetyczne przy niedostatecznej podaży pożywienia
- większa produkcja cytokin prozapalnych
- wytwarzanie przez nowotwór czynników indukujących proteolizę - metaloproteiny
- brak przyjmowania pokarmów w okresie okołoperacyjnym
- po operacji – zespół złego wchłaniania
- skutki radioterapii i chemioterapii w postaci nudności, wymiotów [15].

Badanie przedmiotowe polega na określeniu zewnętrznych objawów wskazujących na niedożywienie. Najczęstszymi objawami, które można dostrzec przy pierwszym kontakcie jest ogólne wychudzenie, mała ilość tkanki tłuszczowej podskórnej, obecność stanów zapalnych rozwijających się w dziąsłach, czy całej jamie ustnej. W przypadku pacjenta, u którego niedożywienie rozwijało się długo i jest zaawansowane, obserwuje się również wodobrzusze, zanik mięśni oraz bóle mięśniowe, a także możliwa jest obecność wysięków w jamach opłucnowych. Niestety, choroba może doprowadzić także do skrajnego

niedożywienia. Wyróżniamy trzy mechanizmy powstania niedożywienia: marasmus, kwashiorkor oraz mieszany [16].

Marasmus - niedożywienie białkowo-energetyczne powstające na skutek długiego głodzenia. Objawy towarzyszące to: obniżenie masy ciała, szczególnie masy mięśni, spadek odporności i ogólne osłabienie, niedokrwistość, nieprawidłowe funkcjonowanie układu krążenia, zaburzenia wchłaniania pokarmu.

Kwashiorkor - niedożywienie jakościowo-ilościowe z towarzyszącym nasilonym katabolizmem. Objawy to: wodobrzusze, nieprawidłowa gospodarka wodno-elektrolitowa, utrata tkanki tłuszczowej oraz mięśniowej, osłabienie mięśni.

Mieszane - występujące u chorych z przewlekłym, nierozpoznanym i nieleczonym prawidłowo niedożywieniem. Objawy: obniżenie masy ciała, spadek całkowitej ilości białka w organizmie, nieprawidłowa gospodarka wodno-elektrolitowa oraz zaburzona odporność komórkowa [17].

Podstawowym parametrem mówiącym wiele o stanie odżywienia jest masa ciała chorego, powiązane z nią BMI ma również istotne znaczenie w całym leczeniu. Kolejnym badaniem antropometrycznym jest grubość fałdu skórniego mierzonego nad mięśniem trójgłowym kończyny, która nie jest dominująca. Wynik odczytuje się z tabel, w których uwzględniono płeć i wiek. Badaniu podlega obwód ramienia oraz z jaką siłą chory potrafi ścisnąć dłoń. Metodą, która pozawala na szersze spojrzenie w organizm chorego jest metoda bioimpedancji elektrycznej polegająca na przepuszczaniu przez organizm prądu o niskim natężeniu. Na podstawie różnej gęstości i oporze stawianym przez tkanki, metoda ta określa tłuszczową i beztłuszczową masę ciała [15].

Badania biochemiczne pozwalają na monitorowanie poszczególnych parametrów wpływających na stan odżywienia chorego. Ich największą zaletą jest fakt, iż są one obiektywne oraz powtarzalne. Obserwowanymi parametrami są:

Albumina - nie zawsze niskie stężenie albuminy wynika z niedożywienia, świadczy o tym fakt, iż w niedożywieniu typu marasmus wartość albuminy utrzymuje się przez długi czas na prawidłowym poziomie. Należy zbadać przyczynę hipoalbuminemii oraz podjąć prawidłowe działania w celu wyeliminowania tego stanu, gdyż znacznie pogarsza on rokowania pacjenta. Albumina nie jest najlepszym wskaźnikiem monitorującym stan odżywienia ze względu na jej dłuższy okres półtrwania, który wynosi 21 dni.

Transferyna - związana jest z transportem żelaza w układzie krwionośnym. Jej zaletą jest krótki okres półtrwania wynoszący 8 dni oraz mała pula w ustroju, jednak nie jest to

dobry wskaźnik monitorujący ze względu na podatność na inne czynniki niezwiązane ze złym stanem odżywienia.

Prealbumina - jest to białko, które wiąże tyroksynę. Mimo swojego bardzo krótkiego okresu półtrwania (2 dni) w praktyce nie jest ona wykorzystywana.

Całkowita liczba limfocytów - w trakcie choroby nowotworowej chorzy mają obniżoną odporność, przez co są podatni na wszelkiego rodzaju infekcje i zakażenia, co może być niebezpieczne. Szybki spadek odporności widzi się w niedożywieniu typu kwashiorkor oraz typu mieszanego.

Bilans azotowy - różnica między azotem dostarczonym a wydalonym. Badanie to wykonuje się wyłącznie u chorych żywionych pozajelitowo lub dojelitowo, ponieważ znana jest tu dokładna ilość dostarczonego azotu. Katabolizm stwierdza się na podstawie ujemnego bilansu azotowego spowodowanego niewystarczającym dostarczeniem białka z dietą, niedostateczną podażą energii, występowaniem zakażeń, ostrej niewydolności nerek, stanów zapalnych oraz unieruchomieniem. O anabolizmie mówi się w przypadku dodatniego bilansu azotowego.

Inne badania mające znaczenie w wykrywaniu niedożywienia to morfologia krwi oraz stężenie białka C-reaktywnego [18].

Drogi podaży pokarmu

Żywnienie drogą doustną

Podstawową zasadą stosowania każdej diety, szczególnie w chorobie nowotworowej, jest pokrycie zapotrzebowania na wszystkie składniki odżywcze, witaminy oraz minerały, by nie doprowadzić do niedoborów pogarszających stan pacjenta. Szczególną uwagę w tej jednostce chorobowej należy skupić na podaży białka, aby nie było go za mało w diecie. Wykluczone są jakiegokolwiek diety eliminacyjne dotyczące głównych składników odżywczych. Dietę doustną można oprzeć na produktach ogólnie dostępnych na rynku spożywczym lub na diecie fortyfikowanej produktami pochodzenia naturalnego, czy doustnymi suplementami pokarmowymi.

Celem fortyfikacji, czyli inaczej wzmocnienia diety, jest zwiększenie wartości odżywczej potrawy. Można tego dokonać za pomocą dodania do posiłku naturalnego produktu spożywczego o dużej gęstości energetycznej, są nimi: śmietanka, masło, żółtko jaja, mięso, gęste kasze, miód, mleko zagęszczone, w proszku, zmielone orzechy. Innym sposobem na zwiększenie wartości odżywczej jest dodanie preparatu przemysłowego

jednoskładnikowego lub wieloskładnikowego, w którego skład wchodzi białka, tłuszcze, węglowodany w różnej kombinacji z dodatkowymi witaminami lub składnikami mineralnymi. W trakcie choroby należy wziąć pod uwagę występujące dolegliwości i dokonać zmiany konsystencji posiłków, objętości oraz częstości posiłków.

Diety przemysłowe, których pełna i oficjalna nazwa brzmi: dietetyczne środki spożywcze specjalnego przeznaczenia medycznego (*pl.* DPS) stosowane są doustnie lub przez stomię odżywcza/zgłębnik. Podstawą do wprowadzenia takiej diety jest nadzór wykwalifikowanego personelu medycznego, w Polsce są to jedynie lekarze. Doustne suplementy pokarmowe mogą również odzwierciedlać podstawowy skład diety w przypadku, gdy zawierają takie proporcje składników odżywczych jak standardowa dieta. Analogicznie, dostępne są diety zawierające wybrane składniki odżywcze dostosowane do danej jednostki chorobowej występującej u chorego, są to między innymi cukrzyca lub niewydolność nerek. Wyróżniamy różne formy doustnych diet przemysłowych, takie jak koktajle, batony, ciastka, tabletki, zupy, które można stosować jako uzupełnienie diety lub całkowite jej zastąpienie. Diety przemysłowe charakteryzuje szereg zalet: są wygodne w stosowaniu, łatwe w przyrządzaniu, posiadają dużą wartość odżywczą w małej objętości, istnieje możliwość wybrania preparatu z dodatkiem lub bez konkretnego składnika odżywczego, brak w ich składzie laktozy, glutenu, puryn, cholesterolu (mogą być szkodliwe dla pacjenta), sterylność produktu. Stosowanie tych diet jest możliwe pod warunkiem, że nie występują: niedrożność przewodu pokarmowego, przetoki, ciężkie zapalenie lub niewydolność jelit, nieopanowane wymioty. Diety te można podzielić ze względu na kaloryczność: hipokaloryczne (0,5-0,9 kcal/ml), izokaloryczne (1-1,2 kcal/ml), hiperkaloryczne (1,3-2,4 kcal/ml).

Rzadko stosuje się dietę hipokaloryczną, zazwyczaj używa się jej do przygotowania pacjenta do zabiegu chirurgicznego. Dieta izokaloryczna ma zastosowanie w wyniszczeniu, długim głodzeniu, w zapobieganiu zespołowi ponownego odżywienia. Dieta ta jest dobrze tolerowana po usunięciu trzustki. Diety hiperkaloryczne są pomocne w przypadku chorych z osłabionym apetytem, u których codzienne zapotrzebowanie energetyczne nie jest pokrywane i pogłębia to niedożywienie pacjenta. Skutkami ubocznymi hiperosmolarnych preparatów są biegunki, nudności, wzdęcia [18].

Żywnienie dojelitowe

Wskazaniem do żywienia dojelitowego jest niemożność podania pokarmu drogą doustną, naturalną. Zgłębnik stosuje się, gdy nowotwór zlokalizowany jest w części przewodu pokarmowego uniemożliwiającego połykanie oraz w przypadku wystąpienia nasilonego stanu

zapalnego dotyczącego błon śluzowych w przewodzie pokarmowym. W żywieniu przez zgłębnik zastosowanie mają diety podzielone w zależności od wielkości cząsteczek peptydowych: diety monomeryczne, oligomeryczne, polimeryczne. Diety specjalne podaje się w różnych przypadkach, takich jak: okres okołoperacyjny, w rozległych zabiegach chirurgicznych górnego odcinka przewodu pokarmowego, takich jak pankreatoduodenektomia w raku trzustki - stosowana jest dieta immunomodulująca. W przypadku nowotworów trzustki, wśród których wcześniej wystąpiła cukrzyca, insulinooporność czy były trudności w kontrolowaniu glikemii, zaleca się dietę cukrzycową, która zawiera jednonienasycone kwasy tłuszczowe. Wybór drogi dostępu zależy od miejsca dostępu oraz czasu używania zgłębnika. Miejscem dostępu może być żołądek oraz pierwsza lub druga pętla jelita cienkiego. Jeżeli planowany czas żywienia dojelitowego jest krótszy niż 2-3 tygodnie oraz możliwy jest dostęp do żołądka, stosuje się zgłębnik nosowo-żołądkowy, zaś w przypadku żywienia przekraczającego czas 2-3 tygodni stosuje się gastrostomię endoskopową, laparoskopową lub chirurgiczną. Metodą z wyboru jest przezskórna endoskopowa gastrostomia (*pl.* PEG). Natomiast w przypadku braku możliwości dostępu do żołądka oraz planowanym czasie żywienia poniżej 2-3 tygodni, choremu zakłada się zgłębnik nosowo-jelitowy lub jejunostomię endoskopową, laparoskopową lub chirurgiczną. Metodą z wyboru jest mikrojejunostomia. Niezalecane jest żywienie za pomocą klasycznych diet ze względu na brak refundacji oraz większe ryzyko powikłań. Wskazane jest stosowanie diet przemysłowych. W żywieniu dożołądkowym sposób podaży pokarmu jest prowadzony różnymi metodami, takimi jak:

- bolusy - 5-6 porcji w ciągu dnia o objętości 200-300 ml, przy czym musi być prowadzona kontrola zalegania żołądkowego przy użyciu strzykawki. Jeżeli zawartość żołądka wynosi ponad 200 ml, nie należy podawać kolejnego bolusa.
- mikrobolusy - podobna do metody bolusów różniącą się objętością, która w przypadku mikrobolusów wynosi 50-100 ml i tak jak wcześniej podlega kontroli zalegania żołądkowego.
- wlew ciągły - prowadzony z użyciem pompy żywieniowej lub grawitacyjnie, prędkość wlewu to zazwyczaj 30-50 ml/godzinę [13].

Należy pamiętać o stosowaniu kilku zasad w żywieniu przez sondę lub stomię:

- Nie podawać pokarmu w pozycji leżącej.
- Wśród pacjentów leżących przestrzegać określonych godzin podawania posiłku.

- Zalecenie by 15-30 minut przed posiłkiem pacjent pożył gumę, cukierka, skórkę od chleba w celu wydzielenia enzymów trawiennych.
- Sprawdzanie zalegania żołądkowego.
- Optymalna temperatura posiłku to 35-37 stopni Celsjusza.
- Odpowiednia konsystencja posiłku, by nie doszło do zatkania zgłębnika.
- W przypadku diet kuchennych niewskazana jest woda gazowana w celu przygotowania posiłku, a także wszelkiego rodzaju produkty wzdymające i ciężkostrawne.
- Dbłość o higienę jamy ustnej pomimo żywienia enteralnego [19].

W przypadku żywienia dojelitowego stosuje się metodę wlewu ciągłego [13].

Żywienie pozajelitowe

W żywieniu pozajelitowym wszystkie składniki odżywcze wprowadza się prosto do układu krążenia. Żywienie pozajelitowe nie wpływa na poprawę stanu zdrowia osób z zaawansowanym zespołem kacheksji. Żywienie tą drogą wybiera się w przypadku, gdy nie można chorego żywić drogą przewodu pokarmowego lub to żywienie nie pokrywa odpowiedniego zapotrzebowania energetycznego. Innymi wskazaniami w okresie okołoperacyjnym lub w przypadku wystąpienia: niedrożności przewodu pokarmowego, zapalenia otrzewnej, biegunek, uporczywych wymiotów, zaburzonej czynności jelit lub przetoki przewodu pokarmowego. Chorzy, którzy będą długotrwało żywieni pozajelitowo mogą kontynuować to żywienie w domu.

Najczęściej stosowanymi metodami podania pokarmu są: wkłucie centralne lub obwodowe. Wkłucie centralne to cewnik założony do żyły centralnej, często w miejscu gdzie łączy się żyła główna górna i prawy przedsionek. Wkłucie obwodowe polega na założeniu kaniuli do żyły obwodowej, zazwyczaj jest to żyła przedramienia. Innymi narzędziami umożliwiającymi podanie żywienia pozajelitowego są: port naczyniowy umieszczony pod skórą klatki piersiowej oraz rzadko stosowana przetoka tętniczo-żylna, która jest częściej wykorzystywana w hemodializie. Żywienie obwodowe jest wdrażane, gdy przewidywany czas żywienia pacjenta jest krótki 7-10 dni oraz gdy niemożliwe jest podanie składników odżywczych żyłą centralną lub występuje posocznica odcewnikowa. Należy pamiętać, że żywienie pozajelitowe żyłami obwodowymi trwające powyżej 7 dni zwiększa ryzyko powikłań zakrzepowych oraz może być źle tolerowane przez pacjenta. Niebywałą korzyścią żywienia przez żyłę centralną jest możliwość wykorzystania preparatów o wyższej

osmolarności, co pozawala na uzyskanie lepszych efektów w odżywieniu chorego. W tego typu żywieniu stosuje się zasadę „ang. all in one” to jest wszystkie składniki odżywcze znajdują się w jednym worku. Dzięki temu żywienie jest ekonomiczne, lepiej tolerowane, a odsetek zakażeń jest niewielki. Żywienie pozajelitowe może być częściowe lub całkowite. O niecałkowitym żywieniu pozajelitowym mówimy wówczas, gdy jest ono stosowane dodatkowo w żywieniu dojelitowym lub diecie doustnej. Natomiast, w momencie 100% pokrycia kalorycznego i odżywczego tą drogą mówimy, że jest to całkowite żywienie pozajelitowe.

Mieszanka „all in one” składa się z:

- roztworu aminokwasów o stężeniu 5-15%, 13-20 aminokwasów w tym aminokwasy niezbędne. Podaje się również zmodyfikowane roztwory w zależności od potrzeb chorego, przykładem są preparaty immunomodulujące;
- roztworu glukozy o stężeniu 10-70%, główne źródło energii;
- wody, elektrolitów, pierwiastków śladowych, witamin;
- roztworów zawierających emulsje tłuszczowe – długołańcuchowe i średniołańcuchowe trójglicerydy, nie są jednak zalecane wśród chorych z hipertriglicydemią;

Jednym z poważniejszych powikłań żywienia pozajelitowego jest zagrażający życiu tzw „ang. refeeding syndrome”, czyli zespół ponownego odżywienia. Narażone są szczególnie osoby chorujące na nowotwór, u których stwierdzono znaczne niedożywienie. Zespół ten objawia się hipofosfatemią, dyselektrolitami związaną z niedoborem potasu i magnezu. *Refeeding syndrome* powstaje w wyniku nadmiernego napływu jonu fosforanowego do komórek oraz wzmożonego anabolizmu komórkowego [20]. Ważnym aspektem jest rozplanowanie podaży składników tak, by 100% osiągnąć nie wcześniej niż w 3-4 dobie. Początkowo, energetyczność wynosi 10 kcal/kg/dobę i stopniowo wzrasta do 15 kcal/kg/dobę, węglowodany stanowią 50-60% zapotrzebowania energetycznego, a tłuszcze i białka 15-20%. Kontrola podlega poziom elektrolitów we krwi, uzupełnia się ewentualny niedobór oraz przeprowadza się obserwacje pod kątem dobowej diurezy i stanu nawodnienia. Jeżeli żywienie jest tolerowane, w 4-6 dobie osiąga się 90-100% zaplanowanej energetyczności [21].

W celu uniknięcia powikłań wskazane jest wyrównanie niedoborów elektrolitowych przed przystąpieniem do leczenia żywieniowego, uzupełnienie krwi krążącej oraz podanie 50 - 250 mg tiaminy, szczególnie przy stosowaniu wlewów glukozy. Prowadzenie żywienia

pozajelitowego może odbywać się w sposób ciągły, kiedy wlewy substancji odżywczych są podawane 22-24 godziny na dobę. Taki sposób żywienia zalecany jest w czasie przebywania w szpitalu chorych niestabilnych. Innym sposobem są cykliczne wlewy, najczęściej wykorzystuje się je u chorych żywionych w domu. Wlewy te trwają około 12-18 godzin.

Prowadzenie żywienia pozajelitowego trwa do momentu aż chory wyraża na to zgodę lub do momentu rozpoczęcia początkowej fazy umierania. Jest to ważne i trudne zagadnienie etyczne, dlatego ESPEN dało jasne wytyczne związane z tą kwestią uwzględniające fakt, iż pod koniec życia chory potrzebuje minimalnej ilości jedzenia oraz płynów [20].

Dieta klasyczna

W sytuacji, gdy nowotwór trzustki wykryty jest w początkowym stadium i przewidziana jest operacja, stosuje się dietę oszczędzającą trzustkę o obniżonej zawartości tłuszczu. Podczas wdrażania diety należy pamiętać o niedoborach składników mineralnych i witamin występujących na skutek procesu chorobowego [22].

Dieta powinna być wysokobiałkowa, wysokokaloryczna, ubogobłonnikowa, potrawy powinny być lekkostrawne, nie należy potraw smażyć. Z jadłospisu należy wykluczyć alkohol, produkty bogate w tłuszcz, produkty pełnoziarniste, warzywa wzdymające. Dieta zawierająca duże ilości błonnika może doprowadzić do biegunek. Zapotrzebowanie energetyczne mieści się w granicach 2500-3000 kcal, wskazane jest uwzględnić indywidualne potrzeby/preferencje pacjenta [22].

Posiłki powinny być częste 5-6 w ciągu doby oraz o małej objętości. Dzielne zapotrzebowanie energetyczne pochodzące z białek powinno kształtować się na poziomie około 30% (60-120 g). [22].

Tłuszcze nie powinny przekraczać 20% dziennego zapotrzebowania, to jest 60-80 g na dobę, węglowodany pokrywają resztę zapotrzebowania energetycznego, około 50% (300-400g). Szczególnie polecane są kwasy tłuszczowe średniołańcuchowe z powodu ich łatwiejszego trawienia oraz wchłaniania. Podaż enzymów trzustkowych jest jednym z ważniejszych farmakologicznych aspektów związanych z dietą [22].

Opieka paliatywna

Opieka paliatywna wprowadzana jest w przypadku braku możliwości przeprowadzenia operacji nowotworu, braku możliwości dalszego stosowania radioterapii i

chemioterapii [23]. Celem jest zapewnienie jak najlepszej jakości życia chorego, a także zmniejszenie nasilenia objawów [24].

Zaburzenia odżywiania to efekt nie tylko głodzenia, ale również depresji, braku samodzielności oraz działania leków. W przypadku opieki paliatywnej pierwszym wyborem jest żywienie drogą przewodu pokarmowego, które powinno być prowadzone do momentu rozpoczęcia fazy umierania lub do momentu odmowy dalszego leczenia przez chorego. Korzystny efekt uzyskuje się przez stosowanie preparatów będących suplementami diety. Chory w trakcie opieki paliatywnej cierpi na brak łaknienia, dlatego istotną rolę odgrywa stosowanie kortykosteroidów oraz progestagenów powodujących zwiększenie apetytu, a także nasilenie przemian metabolicznych. W ostatnim stadium choroby, gdy bliska jest śmierć pacjenta, przyjmuje on minimalne ilości płynów i pokarmów. Najważniejszym aspektem zostaje wówczas prawidłowe nawodnienie [23].

Opieka paliatywna polega na leczeniu objawowym chorych, u których zostały już wykorzystane wszystkie znane metody leczenia przeciwnowotworowego w hospicjach lub w warunkach domowych. Leczenie żywieniowe jest również elementem takiego leczenia. Zaburzenia stanu odżywiania mogą pojawić się na skutek depresji, bólu, działania innych leków, niechęci do życia. Drogą żywienia pierwszego wyboru jest przewód pokarmowy. Żywienie pozajelitowe należy stosować, gdy:

- żywienie dojelitowe jest niewystarczające lub niemożliwe;
- proces nowotworowy nie zajmuje ważnych życiowo narządów lub zajmuje je w niewielkim stopniu;
- może ono wpłynąć na poprawę sprawności chorego i jakości jego życia;
- przewidywany czas przeżycia wynosi więcej niż 2-3 miesiące, chory jest zdolny do samodzielnego dbania o siebie oraz nie spędza ponad 50% czasu w łóżku;
- pacjent wyraża chęć żywienia pozajelitowego, zgadza się na utrudnienia związane ze sztuczną drogą podaży pokarmów.

W skali globalnej najczęstszym wskazaniem do leczenia żywieniowego w warunkach domowych kontraktowanym/finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia są choroby nowotworowe - 39%. W Polsce chorzy na nowotwór w stadium nieuleczalnym rzadko kwalifikują się do żywienia domowego finansowanego z NFZ [25,26]. Żywienie pozajelitowe w warunkach domowych stosuje się u pacjentów z niedrożnością przewodu pokarmowego, chorobie zrostowej, zespołem krótkiego jelita, krańcowym wyniszczeniem, zespołem jejunostomii końcowej [26].

Leczenie żywieniowe w warunkach domowych

Leczenie żywieniowe w domu jest zazwyczaj kontynuacją sposobu leczenia zastosowanego w szpitalu. Każdy sposób żywienia może być stosowany zaczynając od diet doustnych wzbogacanych preparatami przemysłowymi, przez diety podawane przez zgłębnik lub przetokę, po żywienie pozajelitowe oraz centralne [27]. Aby leczenie to było skuteczne, należy zadbać o dostęp do przewodu pokarmowego, ustalić plan leczenia żywieniowego uwzględniający potrzeby chorego. Jednym z ważniejszych aspektów jest przeszkolenie chorego oraz osoby sprawującej nad nią nadzór. Ustaleniu podlega zasada dostawy mieszanin odżywczych oraz sprzętu do domu, sposób monitorowania parametrów klinicznych oraz metabolicznych oraz schemat postępowania w razie wystąpienia powikłań [28]. W przypadku wyrównania metabolicznego pacjenta możliwe jest rozpoczęcie leczenia żywieniowego przygotowanymi w warunkach domowych zmiksowanymi dietami. Dużym ułatwieniem są gotowe diety przemysłowe dopasowane do potrzeb chorego. Ich zaletą jest znana energetyczność i skład posiłku. Pacjent powinien być ważony codziennie, kontrolowana powinna być ilość oddawanego moczu w ciągu doby oraz wypróżnień, natomiast badania biochemiczne powinny być wykonywane doraźnie, a w momencie ustabilizowania co 2-3 miesiące [28]. Należy pamiętać o różnych komplikacjach związanych z tym sposobem żywienia, uprzedzić o nich pacjenta oraz osobę opiekującą się nim oraz powiedzieć, jakie trzeba podjąć działania w danej sytuacji. Mogą wystąpić problemy typu technicznego związane z zatkaniem zgłębnika czy drenu, co grozi uszkodzeniem go, w konsekwencji może doprowadzić to do zachłyśnięć, a nawet zapalenia płuc [29]. Niewykluczone są problemy pokarmowe objawiające się dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego, takimi jak biegunki, zaparcia, wymioty, nudności, bóle brzucha, refluks [30]. Innym rodzajem są powikłania metaboliczne doprowadzające do odwodnienia, hiperglikemii, hipomagnezemii, zaburzeń elektrolitowych, hipofosfatemii. Ostatnią grupą są powikłania septyczne, które są powodowane kolonizacją bakterii w jelicie cienkim, dostarczeniem bakterii z dietą w wyniku nieprzestrzegania zasad higieny, powikłania bakteryjne w obrębie pozostałych narządów. W razie wystąpienia jakiegokolwiek z powyższych powikłań chory ma możliwość kontaktu telefonicznego z zespołem medycznym, który poinstruuje go w dalszym postępowaniu bądź przyjedzie osobiście w razie potrzeby [31]. Celem żywienia w warunkach domowych jest to, by pacjent mógł prawidłowo funkcjonować w życiu codziennym, wykonywać codzienne czynności, czuł się jak najmniej ograniczony z powodu konkretnego rodzaju żywienia, mógł prowadzić nieskrępowany tryb życia [32,33]. Leczenie przeciwnowotworowe wiąże się z

uszkodzeniem nie tylko komórek nowotworowych, ale również zdrowych komórek. Podczas radio- i chemioterapii często pojawiają się dolegliwości ze strony układu pokarmowego, takie jak utrata apetytu, nudności, wymioty, biegunki. Powikłania te przyczyniają się do pogorszenia stanu odżywienia pacjenta. W trakcie chemio- lub radioterapii należy prowadzić intensywne poradnictwo dietetyczne. Wskazania do żywienia enteralnego lub parenteralnego są takie same, jak podczas leczenia operacyjnego [16]. Jeśli u pacjenta występują nudności, zaleca się częste spożywanie mało-objętościowych posiłków, raczej chłodnych o słabym zapachu, lekkostrawnych. Istotne jest podawanie płynów z elektrolitami. Wskazane pokarmy to: zupy, zupy krem, rozcieńczone soki owocowe, budynie i galaretki, sorbety, omlety, twarożki, koktajle owocowo-mleczne, drobne kasze. Przy biegunce zalecana jest dieta BRAT (ang. acronym stands for bananas, rice, apple and toast) składająca się z bananów, ryżu białego, jabłek pieczonych lub gotowanych, tostów pszennych (spowalniają pasaż jelitowy). Inne wskazane produkty zapierające: czarna herbata, gotowane warzywa korzeniowe, chude mięsa, sok z marchwi, owoce i napar z czarnych jagód, jaja na twardo. W zaparciach ważne jest określenie przyczyny i czas trwania zaparcia. Zaparcia mogą być skutkiem ubocznym podawanych chemioterapeutyków. Zaparcia po opioidach wymagają pomocy dietetycznej oraz leczenia farmakologicznego. Z kolei zaparcia w leczeniu inhibitorami receptora serotoninowego 5HT-3 mijają po 2-3 dniach, w takich przypadkach nie jest konieczna interwencja dietetyczna [34].

Wnioski

W chwili obecnej nie ma szczegółowych międzynarodowych, czy też krajowych standardów postępowania dietetycznego oraz leczenia żywieniowego dopasowanych do konkretnych raków. Rak trzustki jest wciąż wykrywany za późno, w zaawansowanym stadium trwania choroby oraz charakteryzuje się wysoką umieralnością. Ponad 80% chorujących na raka trzustki jest niedożywionych. Z powodu późnych objawów oraz braku testów przesiewowych prowadzonych w kierunku wczesnego wykrycia raka trzustki, chorzy ze zdiagnozowanym nowotworem trafiają do szpitala z takimi objawami niedożywienia, jak: stężenie albumin poniżej 2,5 mg/dl oraz utratą masy ciała powyżej 10%. Należy wtedy przed przystąpieniem do operacji niezwłocznie włączyć suplementację żywieniową. Zastosowanie suplementacji żywieniowej w postaci żywienia immunomodulującego przed zabiegiem zmniejsza śmiertelność, prognozuje efektywniejsze leczenie oraz skraca czas pobytu chorego w szpitalu.

Czynnikami immunomodulującymi są kwasy tłuszczowe omega-3, glutamina, arginina, nukleotydy. Należy pamiętać o występowaniu wśród chorych na raka trzustki niedoborów witaminy B12 oraz cynku. Przy wyborze drogi podania pokarmu, należy kierować się zasadą, że najbardziej pożądane jest żywienie drogą przewodu pokarmowego.

We wczesnym stadium trwania raka, gdy przewidziana jest częściowa resekcja, wystarczy wdrożenie diety ubogotłuszczowej, oszczędzającej trzustkę. Żywienie dojelitowe powinno być wybierane w pierwszej kolejności zamiast żywienia pozajelitowego. Żywienie dojelitowe stosuje się po zabiegu operacyjnym oraz w razie wystąpienia przeciwwskazań do żywienia dojelitowego. Leczenie żywieniowe włącza się od początku wykrycia nowotworu i jest kontynuowane w trakcie hospitalizacji, aż do żywienia w trakcie opieki paliatywnej. Z powodu szerokiego problemu niedożywienia w raku trzustki, leczenie żywieniowe odgrywa szczególną rolę. Opiera się na zapobieganiu występowania niedożywienia, zmniejszeniu efektów ubocznych terapii nowotworowej, poprawie rokowań pacjenta, lepszej odpowiedzi na leczenie przeciwnowotworowe oraz ogólnemu polepszeniu stanu chorego.

Piśmiennictwo

1. Krajowy Rejestr Nowotworów, Trzustka: <http://onkologia.org.pl/nowotwory-trzustki/> [18.02.2017].
2. Lampe P., Grabarczyk A., Kuśnierz K.: Teoria a realia diagnostyki raka trzustki. *Postępy Nauk Medycznych*, 2015, 25(8B), 4-10.
3. Jeziorski A.: Rak Trzustki [w:] *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*, Kordek R. (red.). Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2013, 197-201.
4. Nej-Wołosiak K., Lubiński J.: Genetyka kliniczna raka trzustki. *Postępy Nauk Medycznych*, 2008, 8, 529-533.
5. Talar-Wojnarowska R., Małecka-Panas E.: Objawy, diagnostyka i leczenie raka trzustki. *Przewodnik lekarza*, 2007, 1, 87-83.
6. Łacko A., Polkowski W., Reguła J., Paułucki J.: Rak trzustki i brodawki Vater. *Zalecenia Postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych*, 2013, 2, 140-152.
7. Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego, Planowanie Interwencji Żywieniowej (1): [http://www.polspen.pl/kursy/materialy_szkoleniowe/katowice-4-x-2012/planowanie-interwencji-zywieniowej-\(1\)-2.pdf](http://www.polspen.pl/kursy/materialy_szkoleniowe/katowice-4-x-2012/planowanie-interwencji-zywieniowej-(1)-2.pdf) [19.04.2017].
8. Kłęk S.: Immunomodulating enteral nutrition: state of the art in 2013. *Advances in Clinical Nutrition*, 2013, 9, 27-32.

9. Pertkiewicz M., Korta T., Książek J. i wsp.: Plan Leczenia Żywieniowego [w:] Standardy Żywienia Pozajelitowego i Żywienia Dojelitowego, pod red. Pertkiewicz M., Korta T. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005, 50.
10. Kłęk S., Mańkowska-Wierzbicka D., Klimber-Dziwisz L. i wsp.: Sesja Złotego Sponsora XV Jubileuszowego Zjazdu PTŻPDIM: Rozwiązywanie problemów żywienia dojelitowego. *Postępy Żywienia Klinicznego*, 2013, 9, 12-16.
11. Howard JP., Chorz R.: Żywienie drogą przewodu pokarmowego [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*. Krakowskie Wydawnictwo Scientifica, Kraków, 2013, 325-328.
12. Bachmann J., Heiligensetzer M., Krakowski-Roosen H., et al: Cachexia worsens prognosis in patients with resectable pancreatic cancer. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2008, 12(7), 193-201.
13. Pacelli F., Bossola M., Rosa F., et al: Is malnutrition still a risk factor of postoperative complications in gastric cancer surgery? *Clinical Nutrition*, 2008, 27(3), 398-407.
14. Kłęk S., Jarosz J., Kapała A. i wsp.: Polskie zalecenia na temat żywienia w onkologii – część II: żywienie drogą przewodu pokarmowego (żywienie dojelitowe). *Postępy Żywienia Klinicznego*, 2014, 10, 12-15.
15. Shike M.: Nutrition therapy for cancer patient. *Hematology/Oncology Clinics of North America* 1996, 10, 221–234.
16. Kłęk S., Jankowski M., Kruszewski W. i wsp.: Standardy leczenia żywieniowego w onkologii – część I. *Postępy Żywienia Klinicznego*, 2016, 12, 34-37.
17. Stasik Z., Skotnicki P., Jakubowicz J., et al: Biochemical indices of malnutrition in cancer patients. *Journal of Laboratory Diagnostics*, 2009, 1, 91-95.
18. Szmidt J., Kuźdzał J., Gruca Z. i wsp.: Leczenie żywieniowe [w:] *Podstawy chirurgii*, pod red. Szmidt J. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2010, 35-40.
19. Kłęk S., Jankowski M., Kruszewski W. i wsp.: Standardy leczenia żywieniowego w onkologii. *Postępy Żywienia Klinicznego*, 2016, 12, 38-64.
20. Kłęk S., Szczygieł B.: Leczenie żywieniowe. 62-letni chory na raka przełyku w stadium nieoperacyjnym, mający trudności z przyjmowaniem pokarmów. *Medycyna Praktyczna*, 2005, 5, 161-164.
21. Karczmarek-Borowska B., Hoczela I.: Leczenie żywieniowe w chorobach nowotworowych. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, Rzeszów 2010, 2, 221-226.
22. Kłęk S., Olewiński M.: Effective nutritional therapy: the problem of covering demand and the start of the intervention. *Advances in Clinical Nutrition*, 2013, 9, 33-35.

23. Włochal M., Kanikowska A., Grzymisławski M.: Niedobory energii i składników odżywczych u pacjentów z chorobami zapalnymi trzustki. *Nowiny Lekarskie*, 2012, 6, 669-676.
24. Kłęk S.: Leczenie żywieniowe w onkologii. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 2011, 7, 269-273.
25. Jarosz J., Kapała A., Kłęk S. i wsp.: Konferencja Uzgodnieniowa. Problemy żywieniowe w polskiej onkologii. *PŻK*, 2012, 1, 29–38.
26. Kłęk S., Misiak M., Kapała A., Jarosz J.: Żywnienie w chorobie nowotworowej-zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w 2013 roku. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 2013, 9(1), 1-9.
27. Dzieniszewski J.: Leczenie żywieniowe w warunkach domowych [w:] *Zasady prawidłowego żywienia w szpitalach*, pod red. Jarosz M. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa, 2011, 176-185.
28. Barnadas P.C.: Navigating Home Care: Enteral Nutrition. *Practical Gastroenterology*, 2003, 27, 13-35.
29. Kunecki M., Pertkiewicz M., Karwowska K.: Żywnienie dojelitowe w warunkach domowych chorych z zaawansowanym, nieuleczalnym nowotworem złośliwym. *Postępy Żywienia Klinicznego*, 2006, 1, 34-39.
30. Crosby J., Duerksen D.: A retrospective survey of tube-related complications in patients receiving long-term home enteral nutrition. *Digestive Diseases Sciences*, 2005, 50, 1712-1717.
31. Łukasik J., Pertkiewicz M.: Aktywność dnia codziennego chorych żywionych pozajelitowo w warunkach domowych. *Postępy Żywienia Klinicznego*, 2007, 2, 10-14.
32. Stanga Z., Giger U., Marx A., DeLegge M.H.: Effect of jejunal long-term feeding in chronic pancreatitis. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 2005, 29, 12-20.
33. Pertkiewicz M.: Żywnienie dojelitowe w warunkach domowych. *Postępy Żywienia Klinicznego*, 2006, 1, 5-14.
34. Kłęk S., Jankowski M., Kruszewski W. J., et al.: Clinical nutrition in oncology: Polish recommendations. *Oncology in Clinical Practice*, 2015, 11(4), 172-178.

Poczucie własnej wartości osób chorujących przewlekle

Grzechnik Magdalena¹, Janiszewska Mariola², Ozdoba Patrycja¹, Drop Bartłomiej², Hajduk Marika¹, Barańska Agnieszka²

1. Koło Naukowe przy Zakładzie Informatyki i Statystyki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Zakład Informatyki i Statystyki Medycznej z Pracownią Zdalnego Nauczania, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

Samoocena jest ogólnym podejściem do samego siebie, które wpływa na nastrój i wywiera pewien wpływ na określone zachowanie osobiste i społeczne [1]. Samoocena opiera się na samopoznaniu, zespole osądów i opinii, do których odnosi się dana osoba. Opinie te odnoszą się do cech fizycznych, psychologicznych i społecznych. Samoakceptację określa się jako postawę nacechowaną wiarą, zaufaniem i zdrowym podejściem do siebie samego [2]. Ludzie, którzy akceptują siebie, pozytywnie oceniają siebie i swoje dobre samopoczucie.

Samoocena jest złożonym problemem, przy czym niezwykle istotnym. Poczucie własnej wartości jest uważane za jeden z najważniejszych regulatorów behawioralnych i pragnieniem jego zwiększenia - jako jeden z podstawowych motywów kierujących ludzką działalnością [3,4].

Osoby z wysoką samooceną siebie są zazwyczaj pewne siebie, asertywne, ekstrawertyczne, często fantazyjne, z tendencją do dominacji, ambitne i pragnące uznania od innych. Osoby o wysokim, ale niestabilnym poczuciu własnej wartości są podatne na gniew i agresję. Czują, że są traktowane niesprawiedliwie w różnych sytuacjach. Wysoka i stabilna samoocena zmniejsza skłonność do agresji słownej lub taktyk obronnych ego. *„Człowiek o wysokiej samoocenie poszukuje celów do realizacji, dąży do urzeczywistniania marzeń, zaś posiadający niską samoocenę szuka przede wszystkim bezpieczeństwa”* [5].

Niska samoocena może mieć różne przyczyny rozwoju. Obejmują one negatywne doświadczenia z przeszłości, kiedy nasze zachowania zostały skrytykowane lub doznano przemocy fizycznej, lub psychicznej przez rodzinę, środowisko lub współpracowników.

Autorzy wyróżniają pewne obszary samooceny. Według Kozienickiego wiedza o samym sobie jest to „zbiór sądów i wydarzeń na temat własnego wyglądu zewnętrznego, intelektu, charakteru, dojrzałości emocjonalnej, stosunków z innymi ludźmi, czy aspiracji życiowych [...], człowiek zdobywa ją w procesie zamierzonego lub niezamierzonego poznania, a następnie w trakcie refleksji, formułuje sądy o sobie”[6].

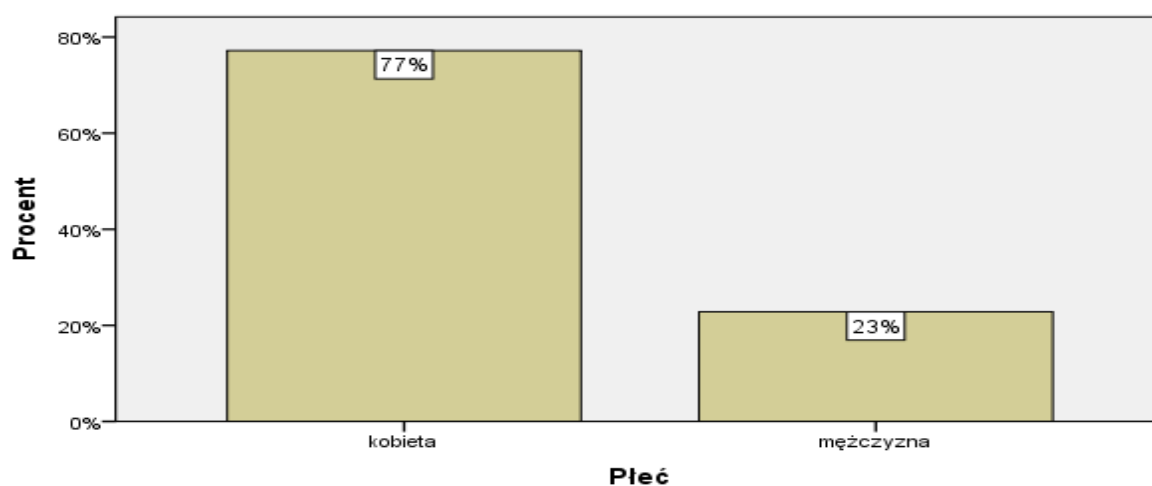
Samoocena siebie jest ważnym aspektem naszego życia. Ludzie dotknięci problemem zbyt zawyżonej lub zaniżonej samooceny przeważnie, mają problem z nawiązywaniem kontaktów, wycofują się z życia społecznego [7]. Takie zachowania mogą prowadzić nawet do stanów depresyjnych. Istotne, zwłaszcza w chorobie przewlekłej, są: dobra samoocena i akceptacja siebie bez względu na stan choroby, czy sytuacji życiowej [8].

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie poczucia własnej wartości osób chorujących przewlekle.

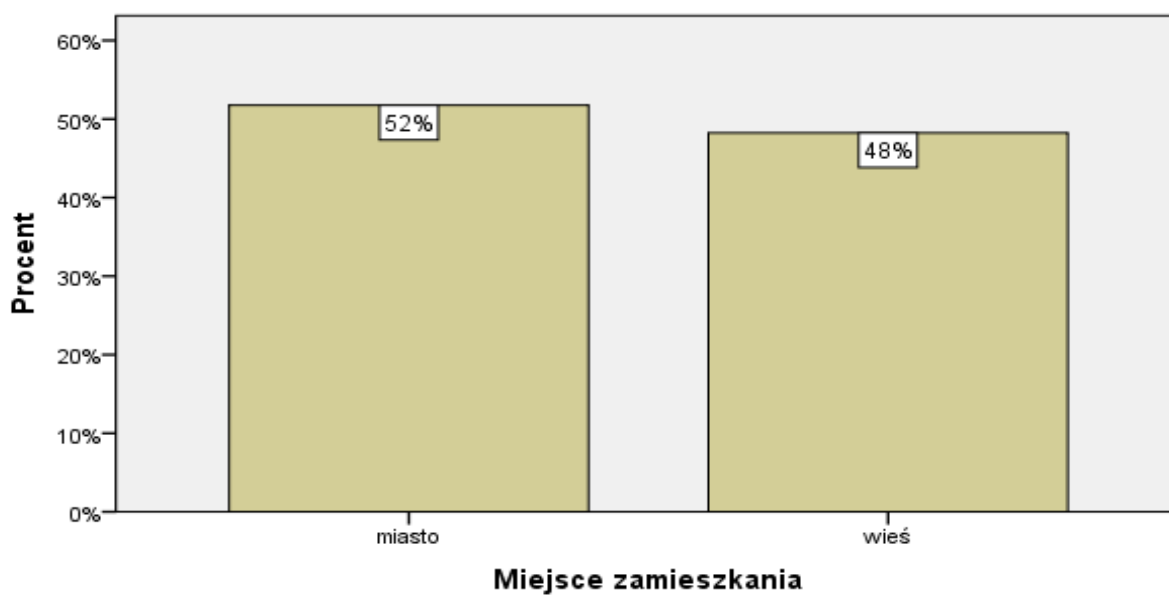
Material i metody

Przeprowadzono badania na 114 ankietowanych obu płci. Grupę badanych stanowiły osoby w wieku od 24 do 66 lat. Ankietę przeprowadzono w okresie od listopada do grudnia 2018 roku. Ankiety zostały rozdane w firmach: Vet- Agro, Akko oraz Villa Rosa. Analizę zebrano dzięki kwestionariuszowi, który wykorzystano w pracy. Analiza oraz konieczne wyliczenia zostały wykonane w programie IBM SPSS Statistic.



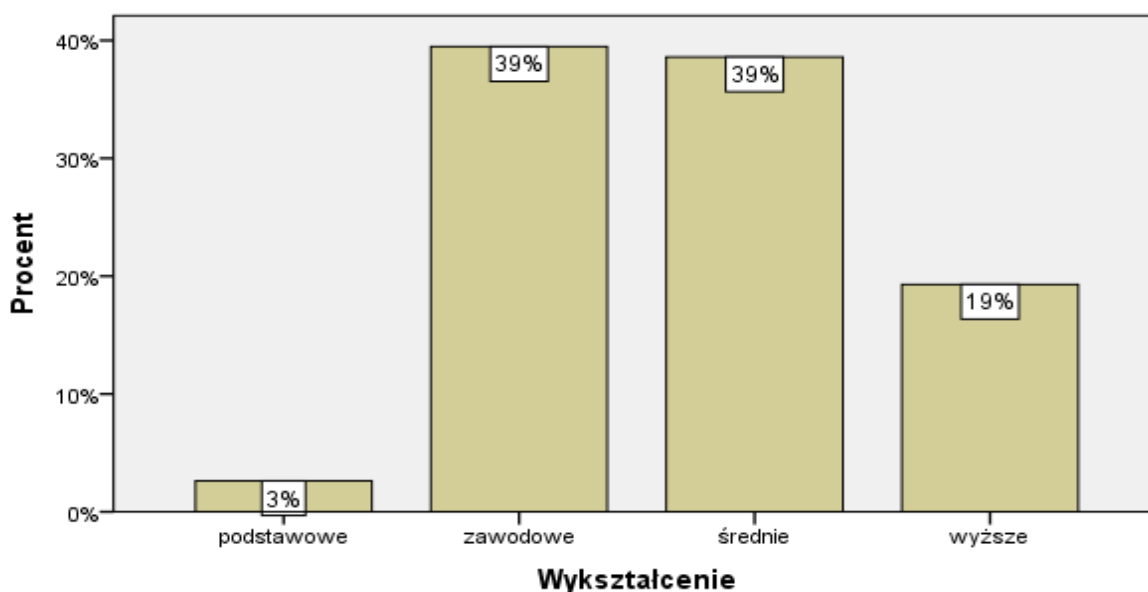
Ryc. 1. Płeć badanych osób

W badanej grupie dominują kobiety (77%). Mężczyźni stanowią natomiast pozostałe 23% respondentów (Ryc. 1).



Ryc. 2. Miejsce zamieszkania badanych osób

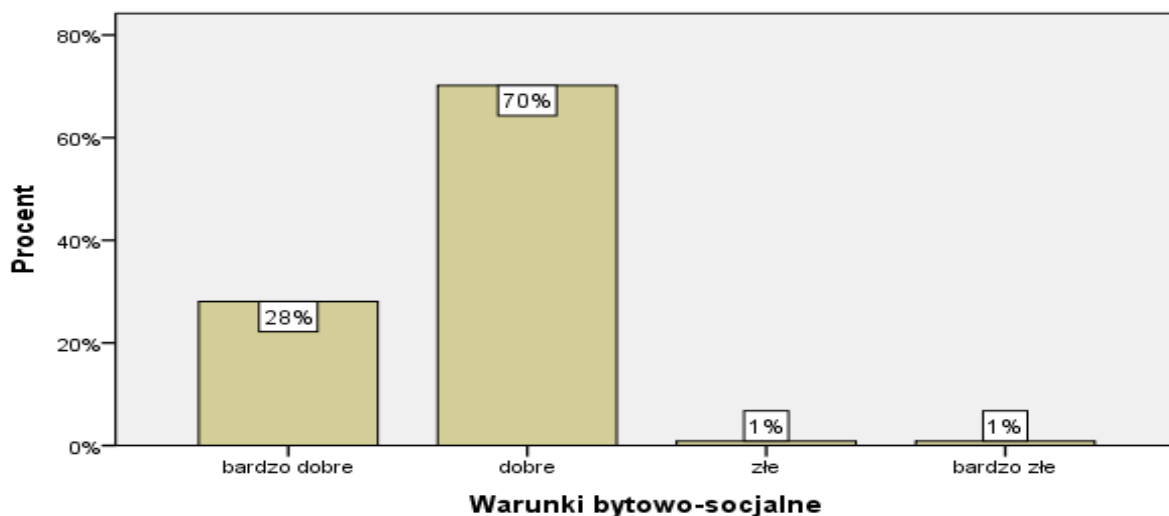
Niemal tyle samo badanych mieszka w miastach (52%) i na wsi (48%) (Ryc. 2).



Ryc. 3. Wykształcenie badanych osób

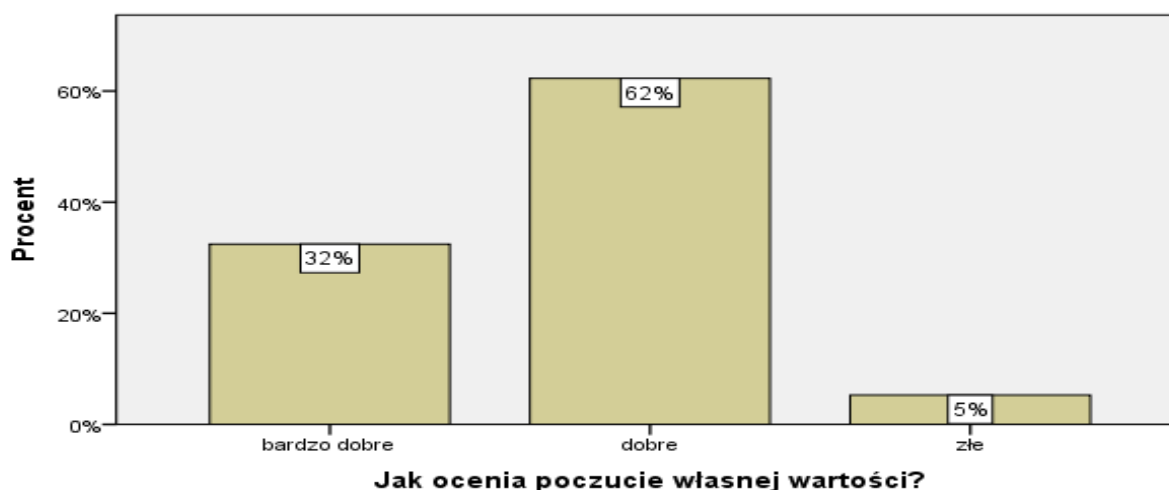
W badanej grupie przeważają osoby z wykształceniem zawodowym (39%) oraz średnim (39%). Co piąty badany ma wykształcenie wyższe (19%), a pozostałe 3% posiada

wykształcenie podstawowe (Ryc. 3). Analizując związek między wykształceniem a samooceną pominięto osoby z wykształceniem podstawowym, ponieważ było ich zbyt mało, aby traktować je jako odrębną grupę.



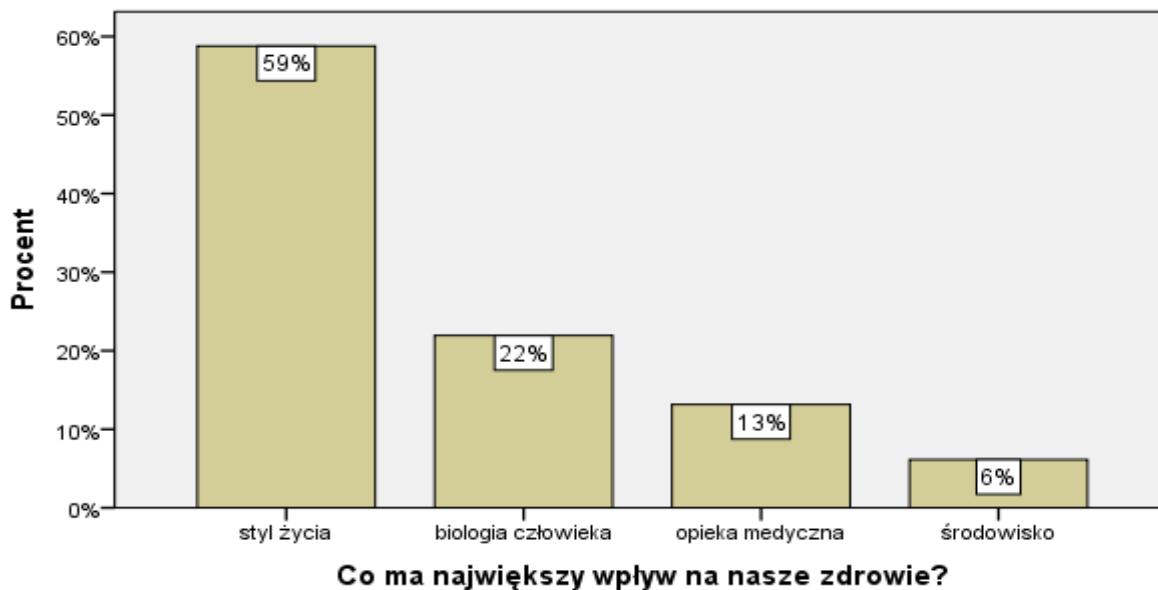
Ryc. 4. Warunki bytowo-socjalne badanych osób

W badanej grupie zdecydowanie dominują osoby o dobrych warunkach socjalno-bytowych (70%). Mniej respondentów ma bardzo dobre warunki socjalno-bytowe (28%). Jedna badana osoba ocenia swoje warunki socjalno-bytowe jako złe i również jedna jako bardzo złe (Ryc. 4). Analizując związek między warunkami socjalno-bytowymi a samooceną pominięto osoby o złych i bardzo złych warunkach socjalno-bytowych, ponieważ było ich zbyt mało, aby traktować je jako odrębną grupę.



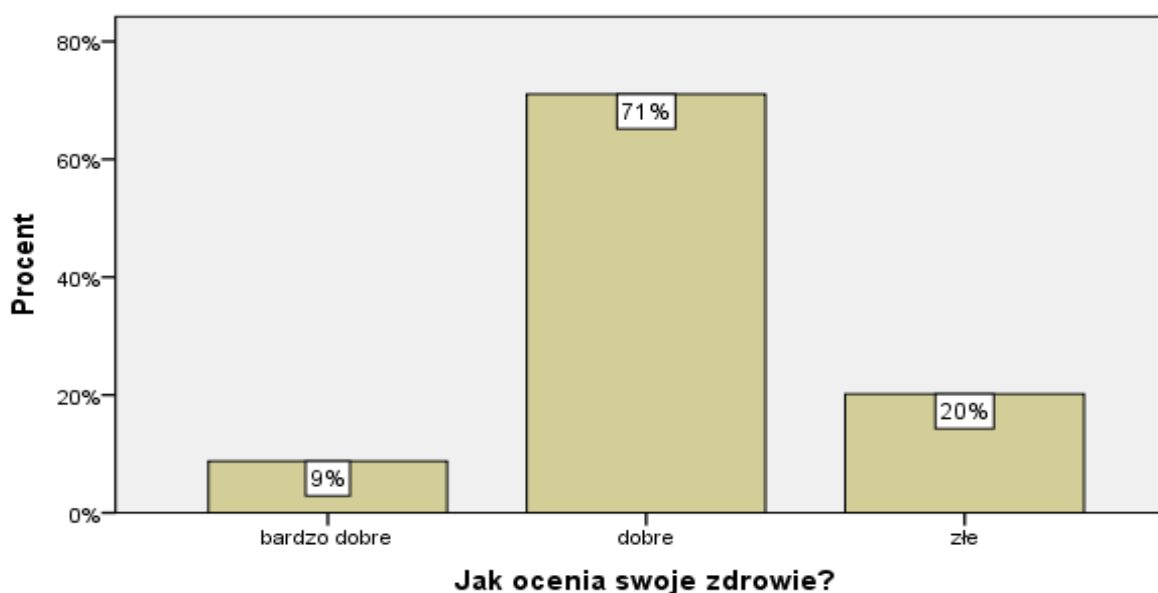
Ryc.4. Poczucie własnej wartości

Ponad połowa badanych dobrze ocenia poczucie własnej wartości (62%). Mniej liczne są osoby o bardzo dobrym poczuciu własnej wartości (32%), z kolei tylko 5% źle ocenia poczucie własnej wartości. Nikt nie ocenił poczucia własnej wartości bardzo źle (Ryc. 5).



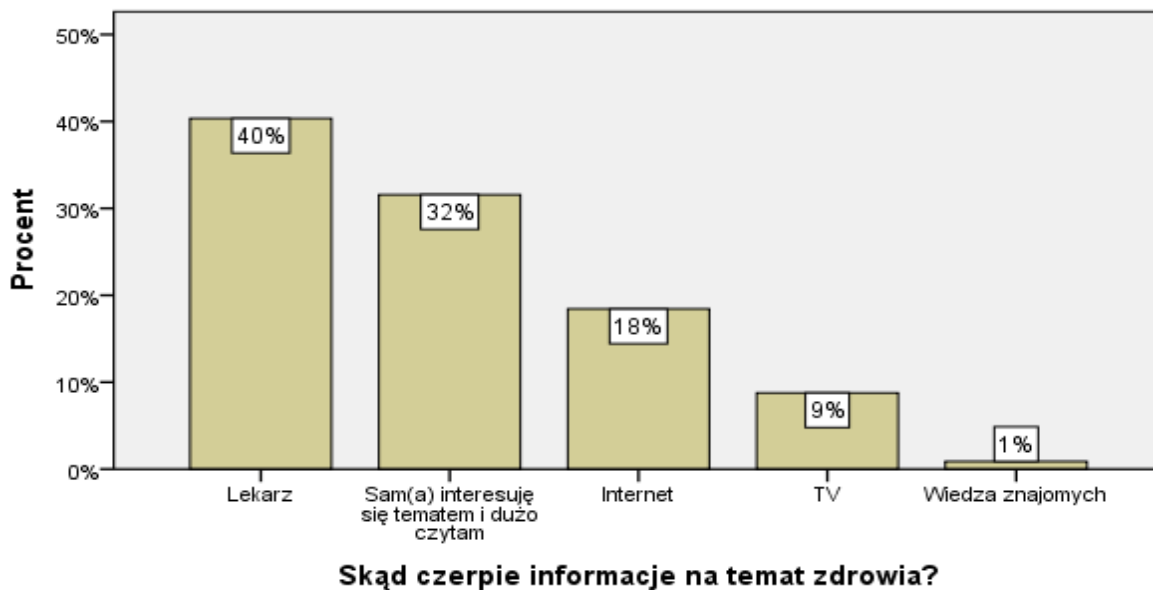
Ryc. 5. Czynniki w opinii badanych wpływające na zdrowie

Niemal 3 na 5 badanych (59%) uważa, że to styl życia ma największy wpływ na nasze zdrowie. Z kolei 22% wskazało na biologię człowieka, a 13% na opiekę medyczną. W opinii 6% największy wpływ na zdrowie ma środowisko (Ryc. 6).



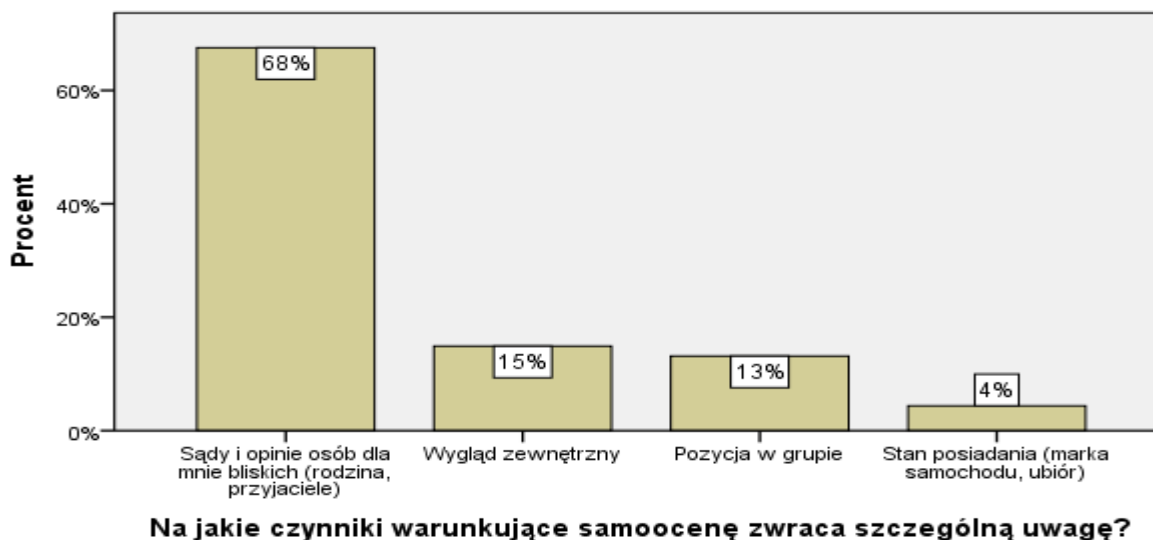
Ryc. 6. Samoocena zdrowia

Zdecydowana większość respondentów (71%) dobrze ocenia swoje zdrowie. Z kolei co piąty badany (20%) jest zdania, że jego zdrowie jest złe, a 9% uważa je za bardzo dobre. Nikt nie ocenił swojego zdrowia bardzo źle (Ryc. 7).



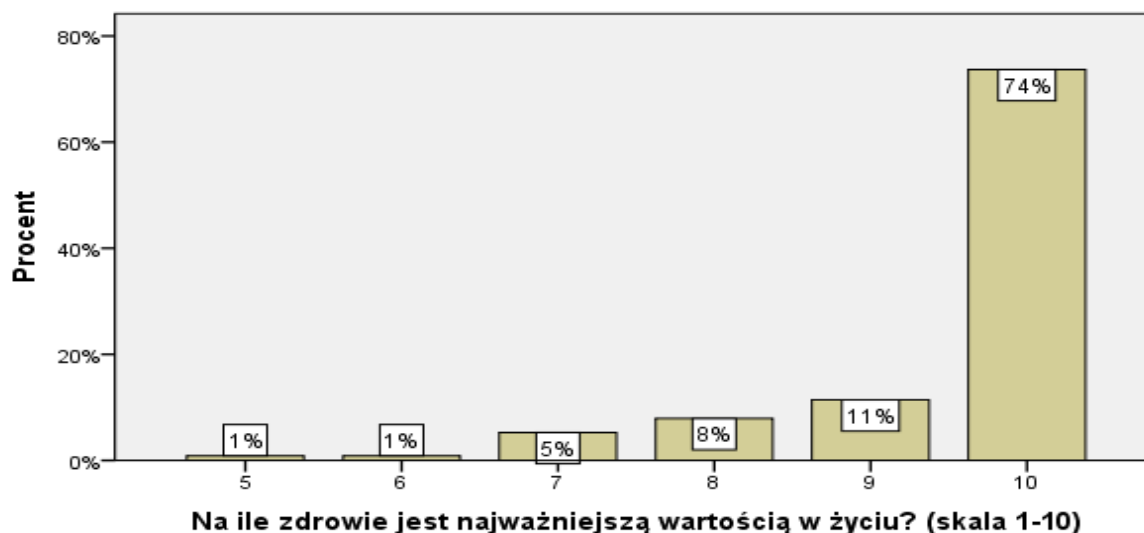
Ryc. 7. Źródła informacji na temat zdrowia

Badani pytani o źródła, z których czerpią informacje na temat zdrowia najczęściej (40%) wskazywali na lekarzy. Co trzecia osoba (32%) sama interesuje się zdrowiem i dużo czyta na ten temat. Mniej liczne osoby czerpią wiedzę głównie z Internetu (18%) lub z TV (9%). Na znajomych wskazała jedna badana osoba (Ryc. 8).



Ryc. 8. Czynniki warunkujące samoocenę badanych osób

W opinii większości badanych (68%) czynnikiem, który w największym stopniu warunkuje ich samoocenę są sądy i opinie osób dla nich bliskich. Z kolei dla 15% czynnikiem takim jest wygląd zewnętrzny, a dla 13% pozycja w grupie. Najmniej (4%) respondentów wskazało na stan posiadania (Ryc. 9).



Ryc. 9. Znaczenie zdrowia jako wartości w życiu

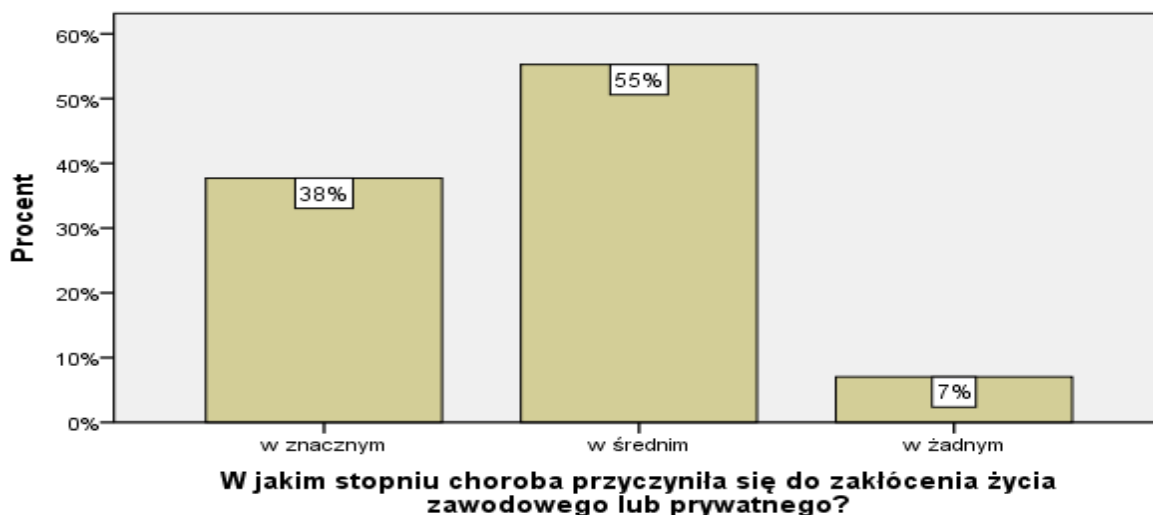
Tabela I. Znaczenie zdrowia jako wartości w życiu

	Min	Maks	M	Me	SD
Na ile zdrowie jest najważniejszą wartością w życiu? (skala 1-10)	5	10	9,49	10,0	1,01

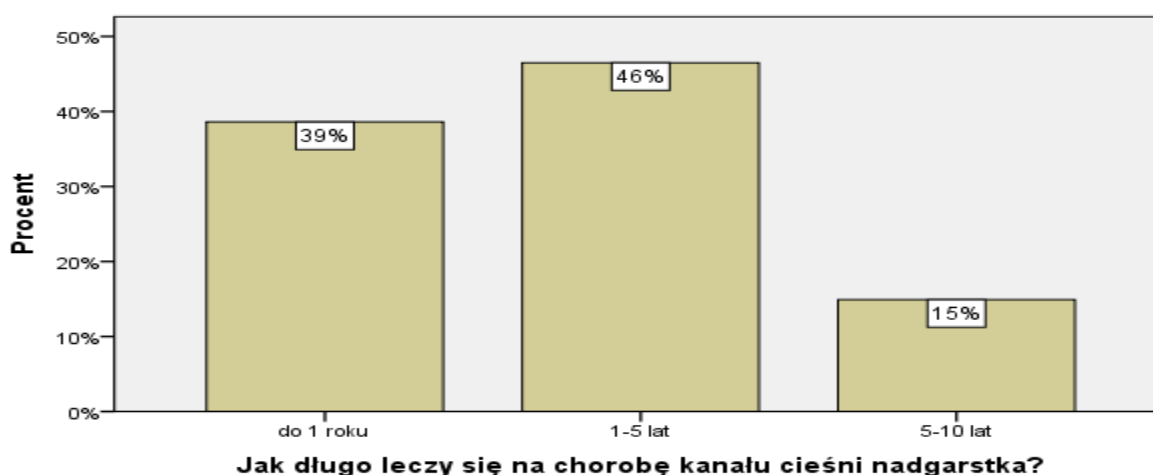
Respondentów proszono o ocenę znaczenia zdrowia jako wartości w życiu w skali 1 - 10. W badanej grupie pojawiły się oceny w zakresie od 5 do 10. Zdecydowanie najwięcej badanych wskazało na ocenę 10 (74%) (Ryc. 10). Średnia ocena znaczenia zdrowia, to aż 9,49 w skali 1-10. Odchylenie standardowe świadczy o niewielkim zróżnicowaniu znaczenia zdrowia jako wartości w życiu (Tab. I).

Nieco ponad połowa badanych (55%) uważa, że choroba w średnim stopniu przyczyniła się do zakłócenia ich życia zawodowego lub prywatnego. Z kolei 38% uważa, że stało się to w stopniu znacznym. Tylko 7% uważa, że choroba nie przyczyniła się do zakłócenia ich życia zawodowego lub prywatnego (Ryc. 11).

Blisko połowa respondentów (46%) leczy się na chorobę kanału cieśni nadgarstka od 1 do 5 lat. Z kolei 39% robi to krócej niż rok, a 15% od 5 do 10 lat (Ryc. 12).



Ryc. 10. Stopień zakłócenia przez chorobę życia zawodowego lub prywatnego

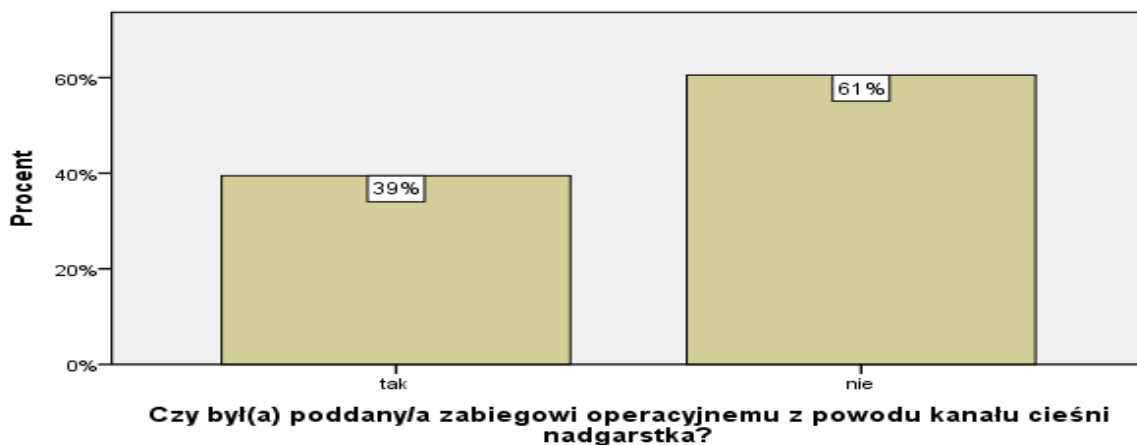


Ryc. 11. Czas leczenia na chorobę kanału cieśni nadgarstka

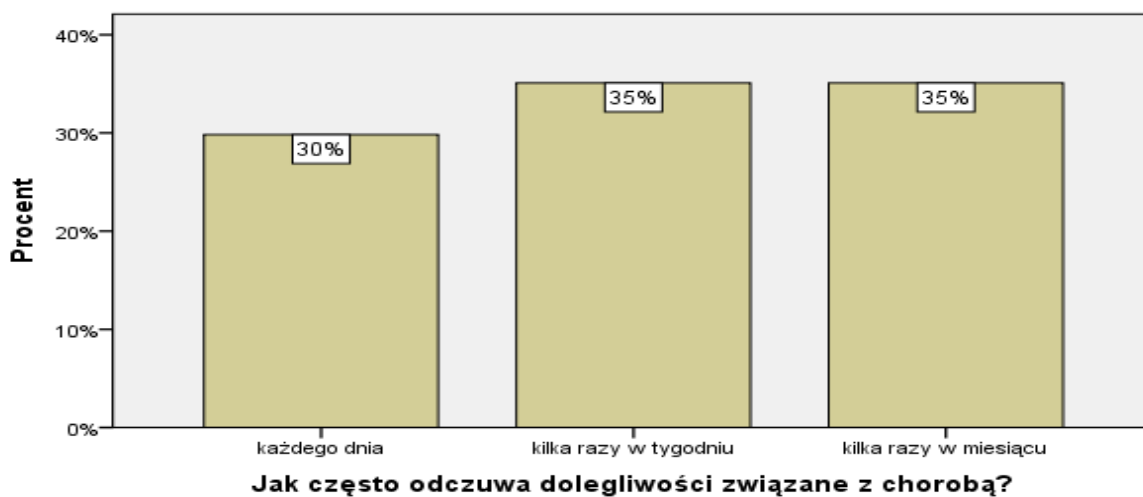
Mniej niż połowa respondentów (39%) przeszło zabieg operacyjnych z powodu choroby kanału cieśni nadgarstka. Pozostałe 61% badanych nie przechodziło takiego zabiegu (Ryc. 13).

Po 35% badanych kilka razy w tygodniu lub kilka razy w miesiącu odczuwa dolegliwości związane z chorobą. Z kolei 30% badanych odczuwa je każdego dnia (Ryc. 14).

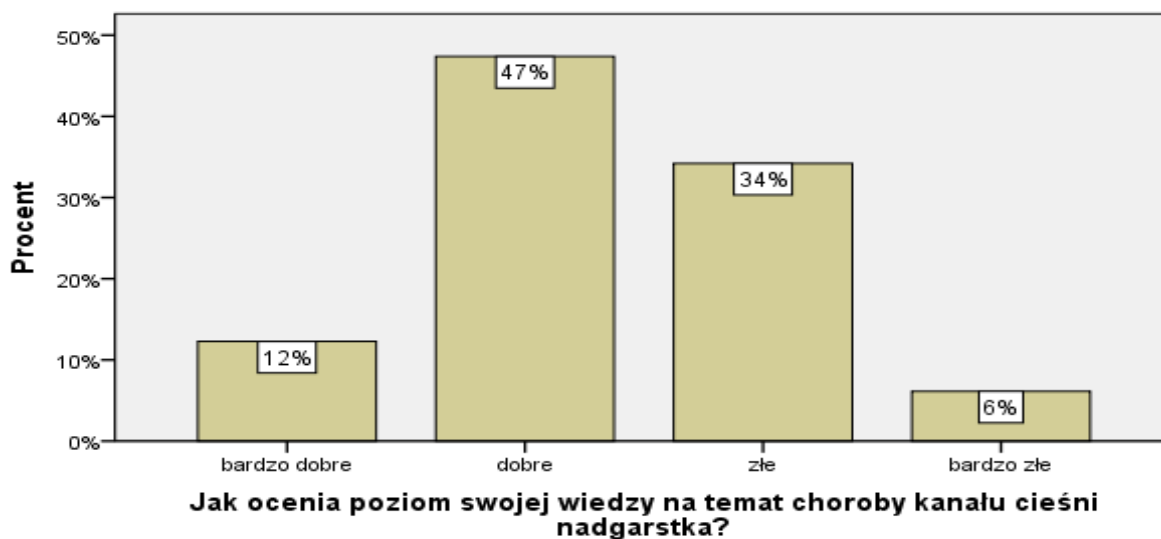
Niemal połowa respondentów (47%) dobrze ocenia poziom swojej wiedzy na temat choroby kanału cieśni nadgarstka. Z kolei co trzeci badany (34%) uważa, że poziom jego wiedzy na ten temat jest niski (źle ocenia wiedzę). Zdaniem 12% ich wiedza na ten temat jest bardzo dobra, z zdaniem 6% bardzo zła (Ryc. 15).



Ryc.13. Przebiecie zabiegu operacyjnego z powodu choroby kanału cieśni nadgarstka

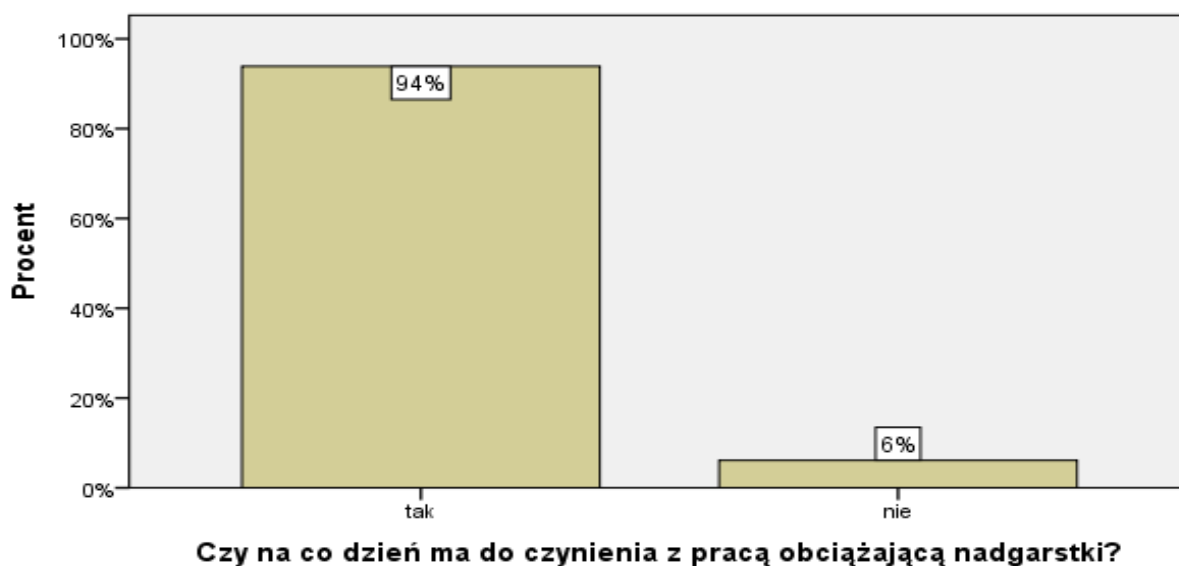


Ryc. 12. Częstość dolegliwości związanych z chorobą



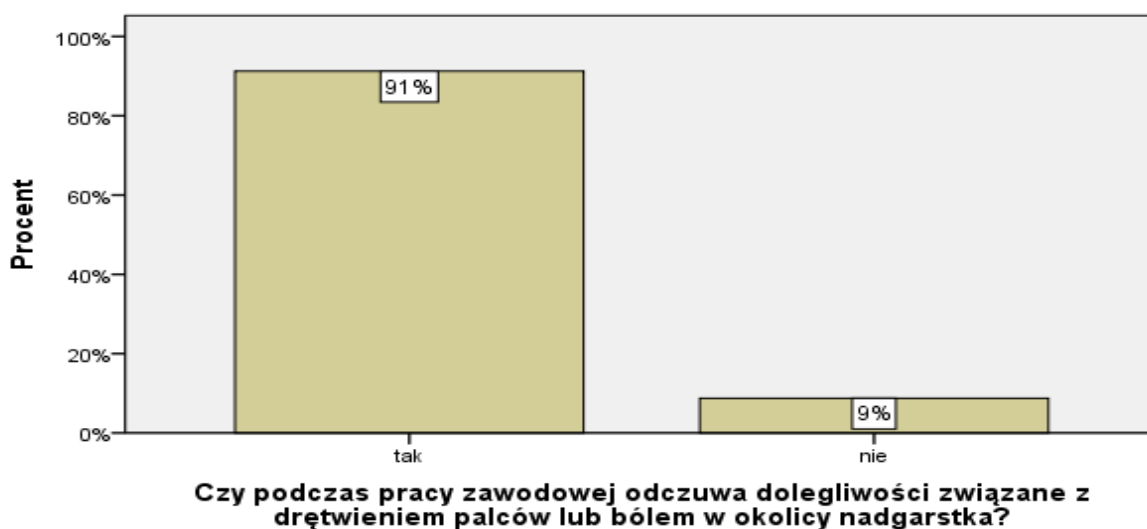
Ryc. 13. Samoocena poziomu wiedzy na temat choroby kanału cieśni nadgarstka

Aż 94% badanych wykonuje na co dzień pracę obciążającą nadgarstki. Tylko pozostałe 6% badanych nie wykonuje takiej pracy (Ryc. 16).



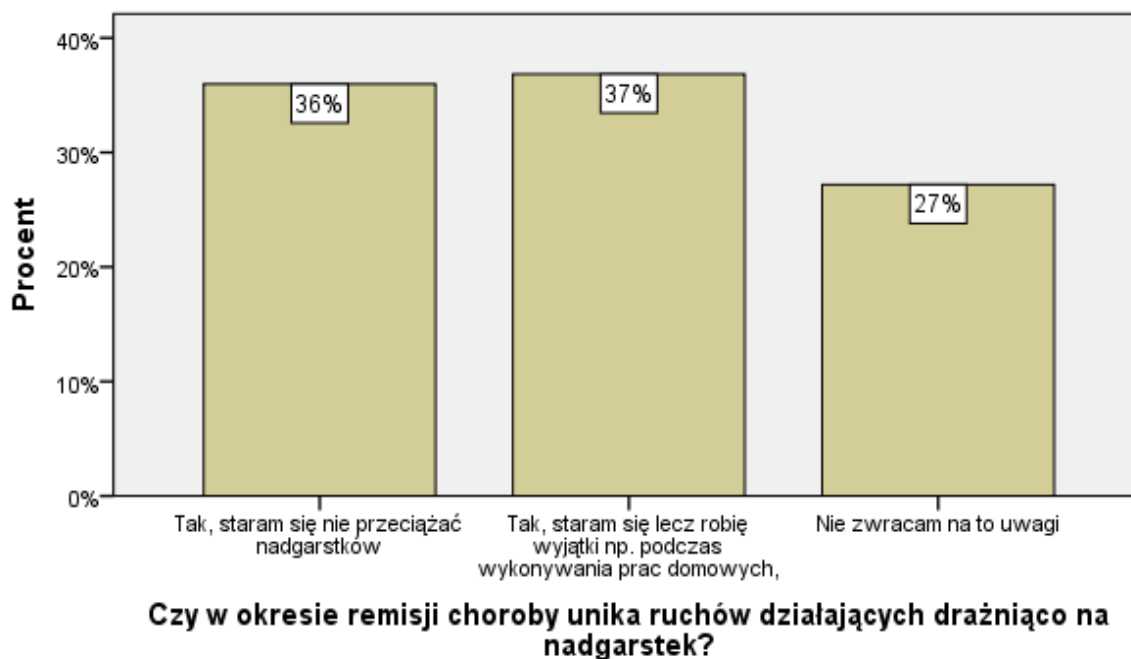
Ryc. 14. Wykonywanie na co dzień pracy obciążającej nadgarstki

Aż 91% badanych podczas pracy zawodowej odczuwa dolegliwości związane z drętwieniem palców lub bólem w okolicy nadgarstka. Nie odczuwa ich tylko pozostałe 9% respondentów (Ryc. 17).



Ryc. 15. Odczuwanie podczas pracy zawodowej dolegliwości związanych z drętwieniem palców lub bólem w okolicy nadgarstka

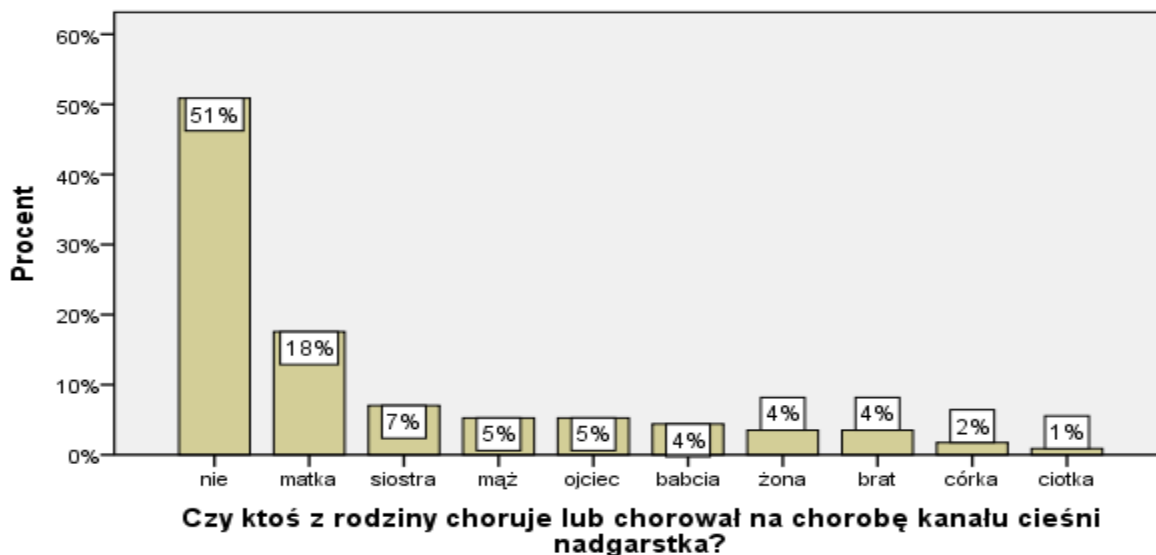
Tylko 27% badanych nie zwraca uwagi na unikanie ruchów działających drażniąco na nadgarstek w okresie remisji choroby. Z kolei 36% stara się wówczas nie przeciążać nadgarstków, a 37% stara się nie przeciążać nadgarstków, ale robi wyjątki (Ryc. 18).



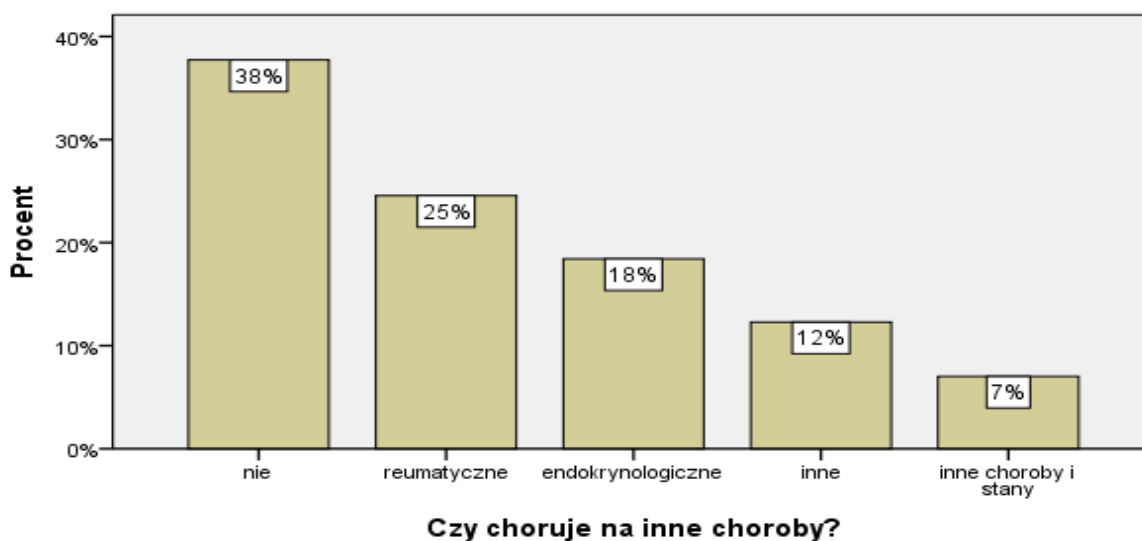
Ryc. 16. Unikanie ruchów działających drażniąco na nadgarstek w okresie remisji choroby

Choroba cieśni nadgarstka pojawiła się w rodzinach niemal połowy badanych (49%). Najczęściej występowała u matek (18%). Co ciekawe choroba ta pojawiała się wyraźnie częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Tylko 5% u ojców, aż 7% u siostry i tylko 4% u braci. Dodatkowo nieliczne osoby wskazywały na córkę, babcię, czy ciocię, a nikt nie wskazał na: syna, dziadka czy wujka (Ryc. 19).

U większości badanych (62%) występują również choroby towarzyszące. Co czwarty respondent (25%) cierpi na choroby reumatyczne, 18% na endokrynologiczne, a łącznie 19% na inne choroby i inne stany patologiczne (Ryc. 20). Analizując związek między chorobami towarzyszącymi a samoocena połączono w jedną grupę kategorie: inne oraz inne choroby i stany. Porównywano więc ostatecznie 4 grupy osób: bez chorób dodatkowych, z chorobami reumatycznymi, z chorobami endokrynologicznymi i z innymi chorobami.



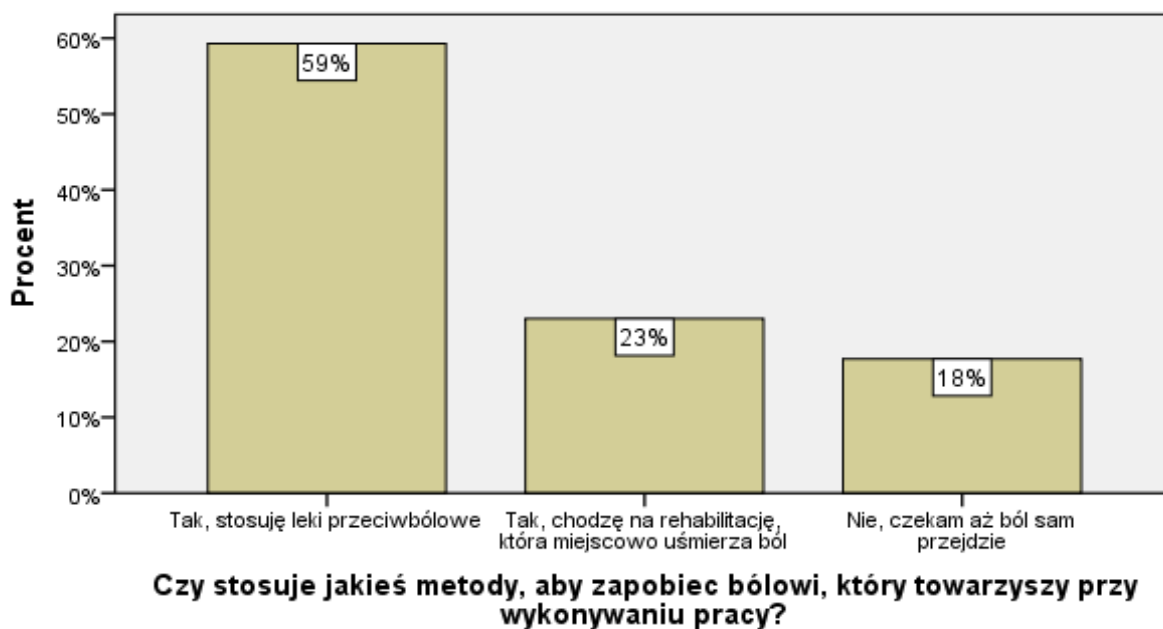
Ryc. 17. Choroba kanału cieśni nadgarstka w rodzinie



Ryc. 18. Inne choroby, na które cierpią badane osoby

Ponad połowa respondentów (59%) stosuje leki przeciwbólowe, a 23% chodzi na rehabilitację, która miejscowo uśmierza ból. Tylko pozostałe 18% nie robi nic, aby złagodzić ból i po prostu czeka aż ból minie (Ryc. 21).

Badani wypełniali również kwestionariusz samooceny SES. Można w nim uzyskać od 10 do 40 punktów. Im więcej, tym wyższa samoocena. Średni poziom samooceny w badanej grupie to 31,11. Połowa badanych odnotowała wyniki wyższe, a połowa niższe, niż 30. Odchylenie standardowe świadczy o niewielkim zróżnicowaniu badanej grupy pod względem samooceny (Tab. II).



Ryc. 19. Stosowanie metod zapobiegania bólowi, który towarzyszy wykonywaniu pracy

Tabela II. Poziom samooceny badanych mierzony skalą SES

	Min	Maks	M	Me	SD
Poziom samooceny	25	40	31,11	30,0	3,54



Ryc. 20. Kategorie poziomu samooceny badanych mierzony skalą SES

Wyniki uzyskane w skali SES przeliczono na normy stenowe, a następnie na kategorie zgodnie ze schematem: steny 1-4 - niska samoocena, steny 5-6 - przeciętna, steny 7-10 –

wysoka. Jak się okazało u ponad połowa badanych (55%) wykazano przeciętną samoocenę. Samoocena wysoka (31%) występuje jednak wyraźnie częściej, niż samoocena niska (14%) (Ryc. 22).

Analiza zależności i korelacji

Poniżej sprawdzono, czy różnego rodzaju cechy badanych są związane z poziomem ich samooceny. Związki istotne statystycznie ilustrowano dodatkowo wykresami.

Tabela III. Porównanie kobiet i mężczyzn pod względem poziomu samooceny

		M	Me	SD
Płeć	kobieta	31,03	30	3,60
	mężczyzna	31,38	31	3,38

Test t-studenta dla grup niezależnych ($t=-0,442$, $p=0,659$) nie wykazał istotnej statystycznie różnicy pomiędzy kobietami i mężczyznami pod względem poziomu samooceny.

Tabela IV. Porównanie osób z miast i wsi pod względem poziomu samooceny

		M	Me	SD
Miejsce zamieszkania	Miasto	31,25	31	3,72
	Wieś	30,96	30	3,37

Test t-studenta dla grup niezależnych ($t=-0,436$, $p=0,664$) nie wykazał istotnej statystycznie różnicy pomiędzy osobami z miast i osobami ze wsi pod względem poziomu samooceny.

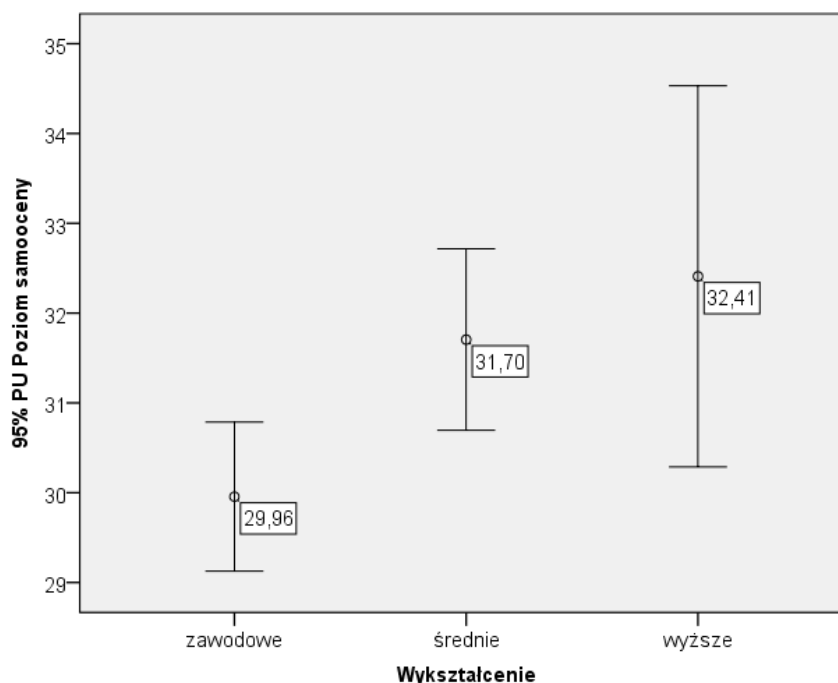
Tabela V. Porównanie osób leczących się na chorobę kanału cieśni nadgarstka przez różny czas pod względem poziomu samooceny

		M	Me	SD
Jak długo leczy się na chorobę kanału cieśni nadgarstka?	do 1 roku	31,30	30	3,48
	1-5 lat	31,34	31	3,83
	5-10 lat	29,94	29	2,59

Analiza wariancji ($F=1,099$, $p=0,337$) nie wykazała istotnej statystycznie różnicy pomiędzy osobami leczącymi się do 1 roku, osobami leczącymi się od 1 do 5 lat i osobami leczącymi się od 5 do 10 lat pod względem poziomu samooceny.

Tabela VI. Porównanie osób o różnym wykształceniu pod względem poziomu samooceny

		M	Me	SD
Wykształcenie	zawodowe	29,96	30	2,76
	średnie	31,70	31	3,32
	wyższe	32,41	31	4,79



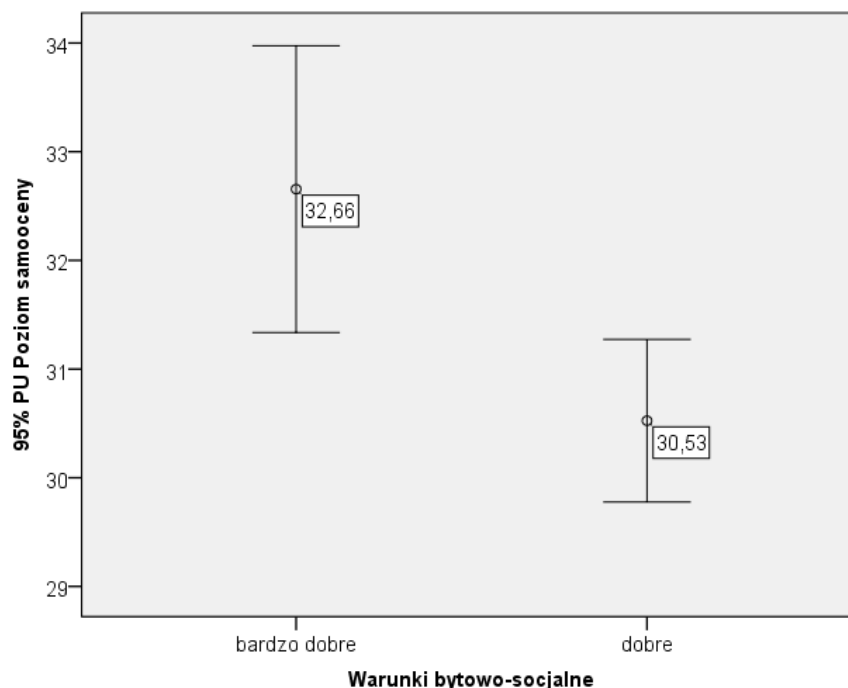
Ryc. 21. Porównanie osób o różnym wykształceniu pod względem poziomu samooceny

Jak wykazała analiza wariancji ($F=4,704$, $p=0,011^*$) występują istotne statystycznie różnice pomiędzy osobami o różnym poziomie wykształcenia pod względem samooceny. Zgodnie z wynikami testu Tukeya, badani z wykształceniem zawodowym charakteryzują się istotnie niższym poziomem samooceny od badanych z wykształceniem średnim oraz od badanych z wykształceniem wyższym (Ryc. 23).

Tabela VII. Porównanie osób o bardzo dobrych i o dobrych warunkach socjalno-bytowych pod względem poziomu samooceny

		M	Me	SD
Warunki bytowo-socjalne	bardzo dobre	32,66	32	3,66
	dobre	30,53	30	3,36

Jak wykazał test t-studenta dla grup niezależnych ($t=-2,954$, $p=0,002^*$) osoby o bardzo dobrych warunkach socjalno-bytowych charakteryzują się istotnie wyższym poziomem samooceny od osób o dobrych warunkach socjalno-bytowych (Ryc. 24).



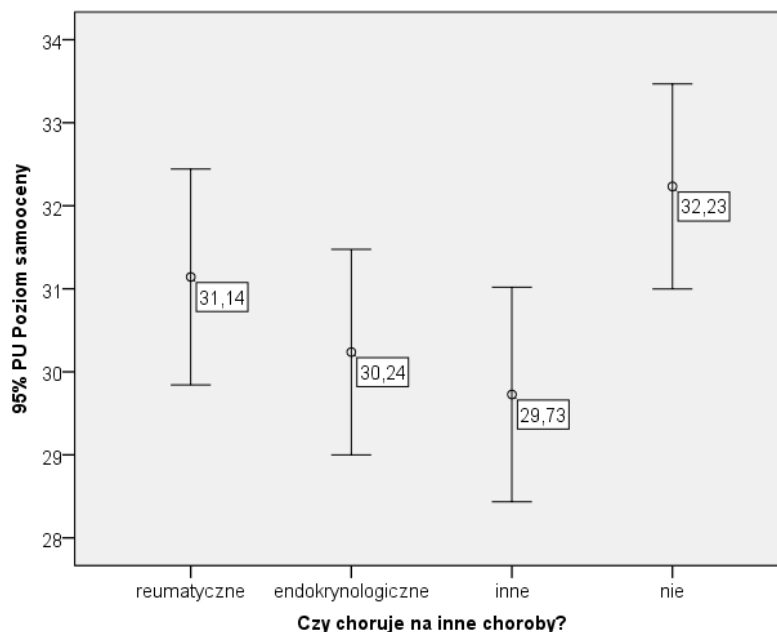
Ryc.22. Porównanie osób o bardzo dobrych i o dobrych warunkach socjalno-bytowych pod względem poziomu samooceny

Tabela VIII. Porównanie osób chorujących na dodatkowe choroby i niechorujących na dodatkowe choroby pod względem poziomu samooceny

		M	Me	SD
Czy choruje na inne choroby?	reumatyczne	31,14	30,5	3,35
	endokrynologiczne	30,24	30,0	2,72
	Inne	29,73	28,5	2,91
	Nie	32,23	31,0	4,01

Jak wykazała analiza wariancji ($F=3,153$, $p=0,028^*$) występują istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami wyróżnionymi z uwagi na występowanie chorób dodatkowych pod względem samooceny.

Zgodnie z wynikami testu Tukeya, badani bez chorób dodatkowych charakteryzują się istotnie wyższym poziomem samooceny od badanych cierpiących na inne choroby niż reumatyczne i endokrynologiczne (Ryc. 25).

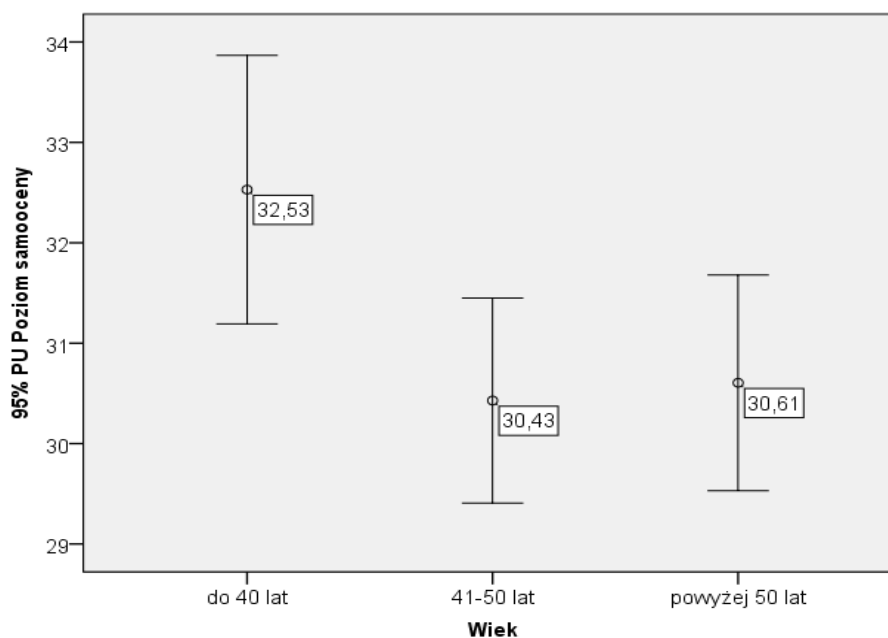


Ryc. 23. Porównanie osób chorujących na dodatkowe choroby i niechorujących na dodatkowe choroby pod względem poziomu samooceny

Jak wykazała analiza wariancji ($F=4,108$, $p=0,019^*$) występują istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami osób w różnym wieku pod względem samooceny. Zgodnie z wynikami testu Tukeya badani do 40. roku życia charakteryzują się istotnie wyższym poziomem samooceny od badanych mających od 41 do 50 lat i od badanych mających powyżej 50 lat (Ryc. 26).

Tabela IX. Porównanie osób w różnym wieku pod względem poziomu samooceny

		M	Me	SD
Wiek	do 40 lat	32,53	32,5	3,83
	41-50 lat	30,43	30,0	3,28
	powyżej 50 lat	30,61	30,0	3,27



Ryc. 24. Porównanie osób w różnym wieku pod względem poziomu samooceny

Podsumowanie

Celem niniejszej pracy przygotowanej w oparciu o przegląd literatury oraz przeprowadzone badania było określenie samooceny siebie oraz poczucia własnej wartości osób chorujących na zespół cieśni kanału nadgarstka.

Zespół cieśni kanału nadgarstka dotyczy zarówno ciała, jak i sfery psychologicznej człowieka. Na samoocenę zdrowia, jak również postrzeganie obrazu siebie znaczący wpływ mają różne czynniki, np. takie jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie czy warunki bytowo-socjalne. Rezultat badań własnych nie wykazał istotnej statystycznie różnicy pomiędzy kobietami i mężczyznami pod względem poziomu samooceny.

Ankietowani uważają, iż to styl życia w głównej mierze odpowiada za ich stan zdrowia. Najczęstszym źródłem informacji na temat zdrowia, z którego korzystają ankietowani jest lekarz. W opinii większości badanych (68%) czynnikiem, który w największym stopniu warunkuje ich samoocenę są sądy i opinie osób dla nich bliskich. Z kolei dla 15% czynnikiem takim jest wygląd zewnętrzny, a dla 13% pozycja w grupie. Najmniej (4%) respondentów wskazało na stan posiadania.

Przeprowadzone badania sygnalizują, iż osoby pracujące fizycznie są narażone na pojawienie się schorzeń w obrębie nadgarstka.

Wnioski

1. Ponad połowa badanych charakteryzuje się przeciętną samooceną siebie. Czynnikiem, który w największym stopniu warunkuje samoocenę respondentów były są sądy i opinie osób dla nich bliskich.
2. Mimo towarzyszącej chorobie osoby z zespołem cieśni kanału nadgarstka charakteryzują się dobrą oceną swojego zdrowia.
3. Zdecydowana większość badanych wskazała zdrowie jako najwyższą wartość w życiu i ocenia je dość dobrze. Najważniejszym źródłem informacji o zdrowiu dla badanych okazał się lekarz.
4. Badani z wykształceniem średnim i wyższym, posiadający bardzo dobre warunki bytowo- socjalne, cechują się wyższą samooceną siebie w odróżnieniu do osób o złych warunkach socjalnych i badanych z wykształceniem zawodowym.
5. Często choroba przewlekła zmniejsza poczucie własnej wartości, powodując złą samoocenę. Osoby chorujące przewlekłe potrzebują dużo wsparcia oraz zrozumienia od najbliższych. Osoby chorujące przewlekłe często mają zaniżone poczucie własnej wartości we własnych opiniach o samym sobie. Bardzo ważnym elementem wsparcia jest rodzina oraz przyjaciele, którzy pomogą choremu w jego problemach, które napotyka na swojej drodze z powodu choroby.

Piśmiennictwo

1. Leary M.: Wywieranie wrażenia na innych. Wyd. GWP, Gdańsk, 2003.
2. Reykowski J.: Procesy emocjonalne, motywacja, osobowość, Wyd. PWN, Warszawa, 1992.
3. Chmiel N.: Psychologia pracy i organizacji. Wyd. GWP, Gdańsk 2003.
4. Maciejewska J., Durda M.: Samoocena pracy nauczyciela, czy warto podejmować diagnozy. Nowe w szkole, 2002, 4, 8-11.
5. Dybowska J.: Rola samooceny w życiu. Praktyka codzienna. www.neoidee.com/pl/rola_samooceny_w_zyciu_praktyka_codzienna dztz (data dostępu 26.04.2019).
6. Kozienicki J.: Psychologiczna teoria samowiedzy. Wyd. PWN, Warszawa, 1986.
7. Branden N.: 6 filarów poczucia własnej wartości – czyli wezwanie do walki przełożone na język psychologii. Wyd. Naukowe Ravi, Łódź, 1998.

8. Ziarko M.: Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej. Wyd. Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań, 2014.

Poziom wiedzy o chorobie oraz zachowania zdrowotne mężczyzn w profilaktyce wczesnego wykrywania raka prostaty

Janiszewska Mariola¹, Ozdoba Patrycja², Barańska Agnieszka¹, Drop Bartłomiej¹, Tuzimski Mateusz², Firlej Ewelina³

1. Zakład Informatyki i Statystyki Medycznej z Pracownią Zdalnego Nauczania, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Koło Naukowe przy Zakładzie Informatyki i Statystyki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Pracownia Kosmetologii i Medycyny Estetycznej, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

Nowotwory rozpoznaje się u coraz większej liczby osób. Stanowi to poważny problem wielu krajów rozwijających się, gdzie po chorobach układu krążenia nowotwory są najczęstszą przyczyną zgonów [1].

W Polsce rak stercza zajmuje drugą pozycję w strukturze zachorowalności, częściej obserwuje się jedynie przypadki raka płuca [2].

Dynamiczna zmiana struktury wiekowej populacji, przejawiająca się regularnym wzrostem liczby osób w wieku powyżej 60 lat, jest ściśle związana z częstszym rozpoznawaniem raka prostaty. Prognozy na najbliższe lata nie wskazują, że sytuacja ta ulegnie poprawie [3].

Dlatego tak uzasadnione jest wdrażanie zarówno pierwotnych, jak i wtórnych działań profilaktycznych. Daje to między innymi możliwość wczesnego wykrywania zmian chorobowych i skutecznej terapii. W Polsce istnieją programy mające na celu diagnozowanie raka stercza, ale często nie są to działania o zasięgu ogólnopolskim. Istnieje duża dysproporcja pomiędzy dostępnością badań przesiewowych na obszarach wiejskich i w dużych miastach. Oczekuje się, że sytuacja ta ulegnie poprawie dzięki działaniom profilaktycznym na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym [4].

Cel pracy

Celem głównym pracy było zbadanie poziomu wiedzy oraz zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego w grupie mężczyzn.

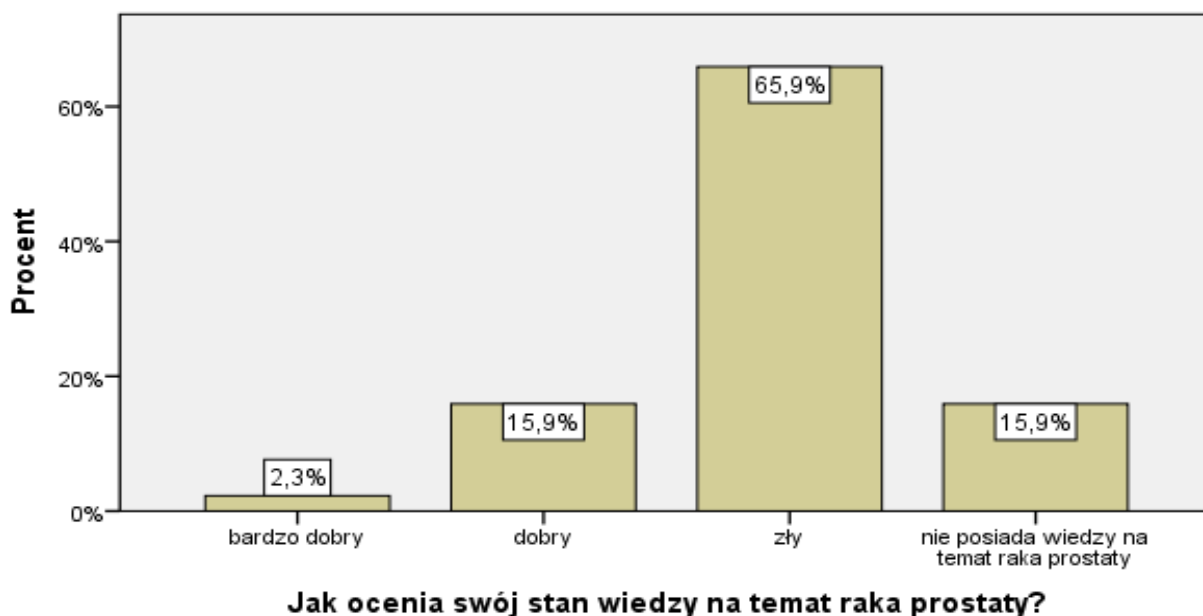
Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do kwietnia 2017 roku w grupie mężczyzn z województwa lubelskiego, w wieku powyżej 40 lat. W badaniu wzięło udział 145 mężczyzn, spośród których wyodrębniono 132 prawidłowo wypełnione ankiety własnego autorstwa. Badanie zostało przeprowadzone w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Świdniku. W celu zebrania materiału badawczego wykorzystano ankietę własnego autorstwa w wersji papierowej dostarczonej pacjentom szpitala w Świdniku oraz za pomocą ankiety internetowej. Analizę statystyczną wyników badania wykonano w programie IBM SPSS Statistics.

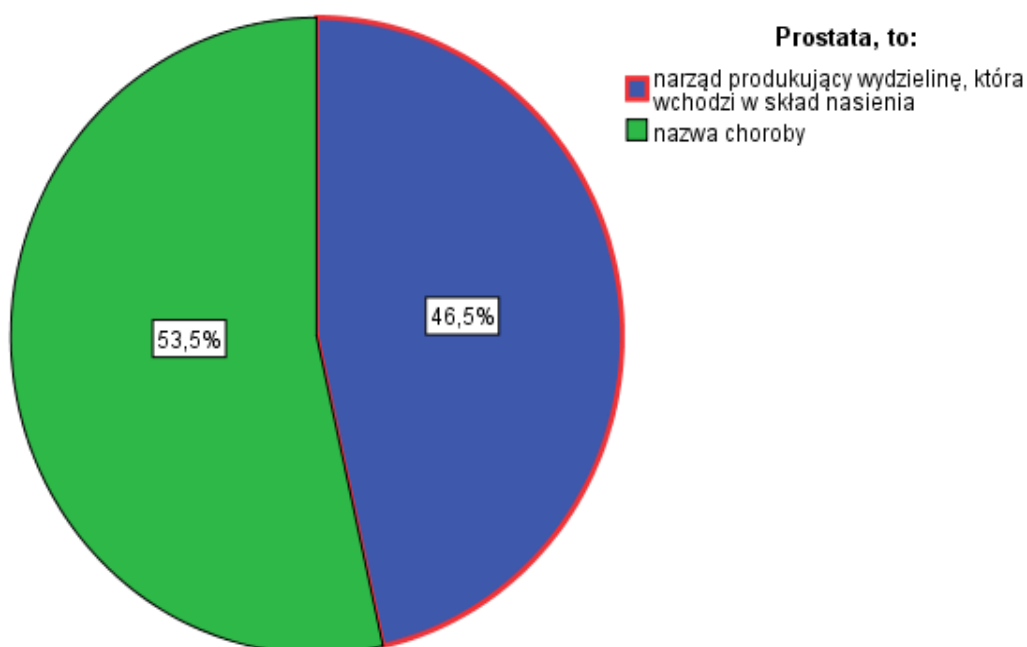
Wyniki

W badaniu udział wzięło 132 mężczyzn. Najmłodszy respondent miał 44 lata, zaś najstarszy 68 lat. Większość respondentów to mieszkańcy miast (65,9%). Pozostałe 34,1% osób mieszka na wsi. Biorąc pod uwagę stan cywilny respondentów to większość stanowiły osoby żonate (84,1%). 4,5% przebadanych osób było stanu wolnego. Ponad połowa respondentów (56,8%) posiada wykształcenie średnie, natomiast 22,7% wykształcenie zawodowe, a 20,5% wyższe. Najwięcej respondentów (86,4%) zadeklarowało, że ich warunki socjalne są dobre, a pozostała część (13,6%) uznała je za bardzo dobre. Głównym źródłem utrzymania badanych mężczyzn jest praca zawodowa (93,2%), a reszta ankietowanych (6,8%) utrzymuje się z emerytury bądź renty.

Zdecydowana większość badanych (65,9%) źle ocenia swój stan wiedzy na temat raka prostaty. Dobrze ocenia się jedynie 15,9% respondentów, a bardzo dobrze zaledwie 2,3%. Natomiast 15,9% w ogóle nie posiada wiedzy na ten temat (Ryc. 1).

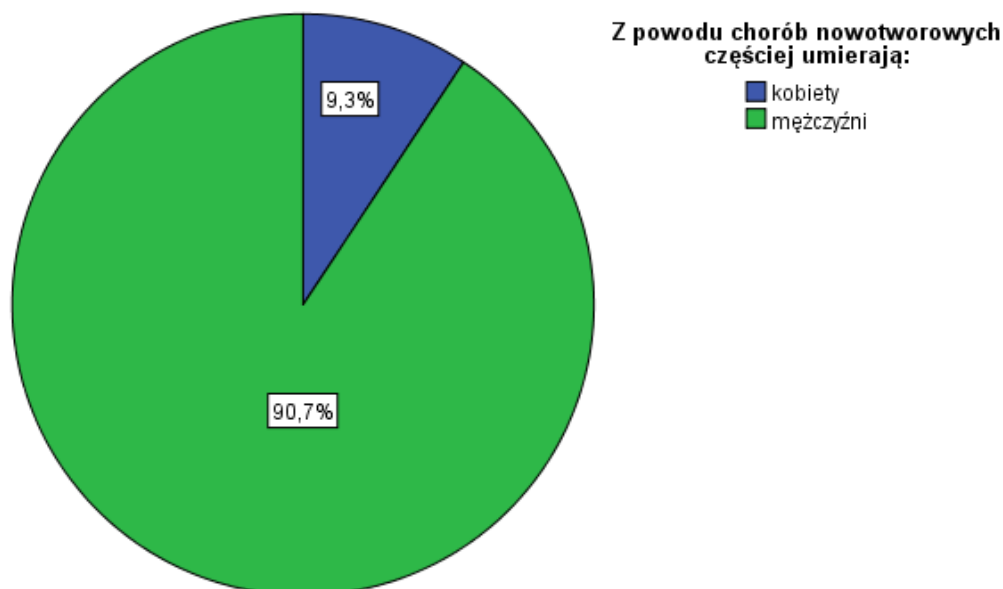


Ryc.1. Samoocena stanu wiedzy na temat raka prostaty



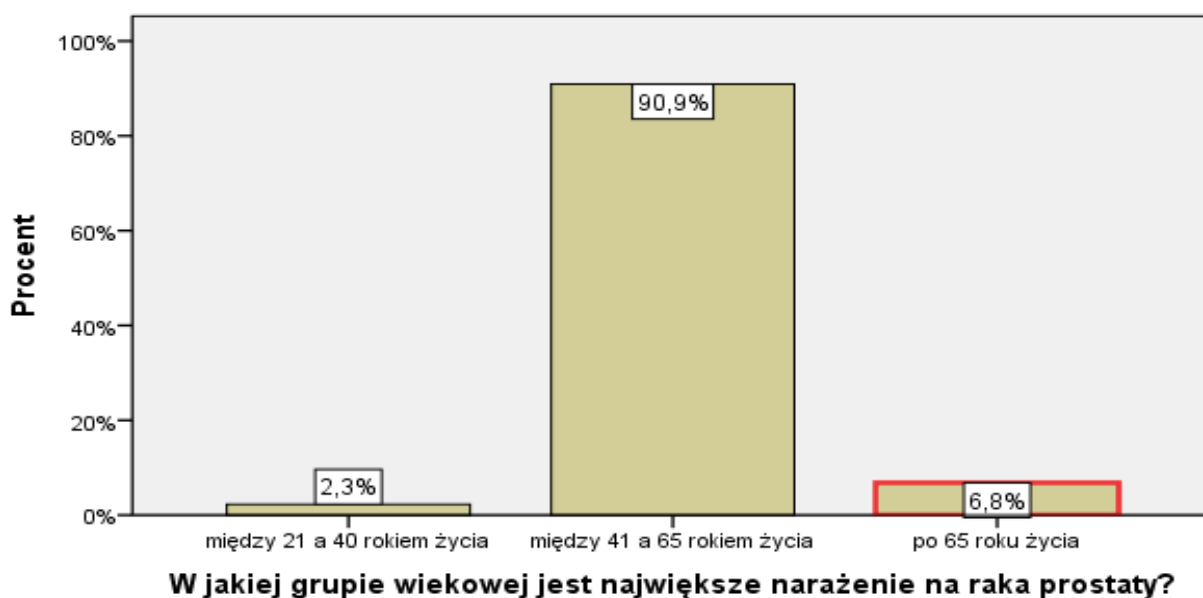
Ryc. 2. Faktyczna wiedza na temat tego, czym jest prostata

Mniejsza część badanych (46,5%) trafnie uważa, że prostata, to narząd produkujący wydzielinę, która jest jednym ze składników nasienia. Reszta respondentów 53,5% twierdzi, że jest to nazwa choroby (Ryc. 2).



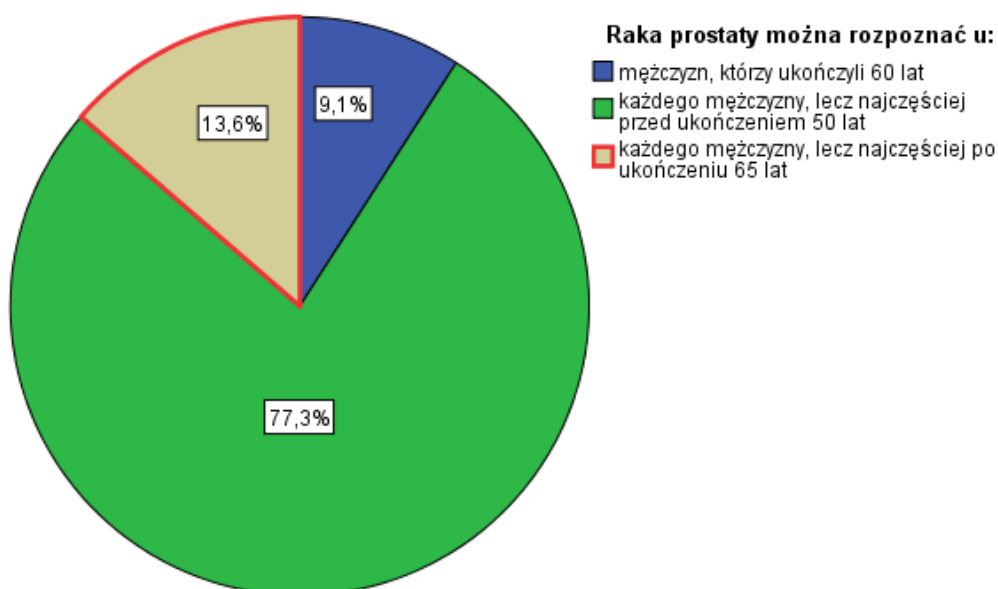
Ryc. 3. Opinia na temat tego kto częściej umiera na choroby nowotworowe - kobiety/mężczyźni

Według zdecydowanej większości respondentów (90,7%), mężczyźni częściej umierają na raka niż kobiety. Tylko pozostałe 9,3% respondentów uważa, że kobiety umierają częściej na raka niż mężczyźni (Ryc. 3).



Ryc. 4. Faktyczna wiedza na temat tego, w jakiej grupie wiekowej narażenie na raka prostaty jest największe

Tylko 6,8% respondentów wie, że największe ryzyko zachorowania na raka gruczołu krokowego występuje u osób powyżej 65. roku życia. Zdecydowana większość (90,9%) błędnie wskazała przedział wiekowy od 41 do 65 lat, a 2,3% na przedział wiekowy od 21 do 40 lat (Ryc. 4).

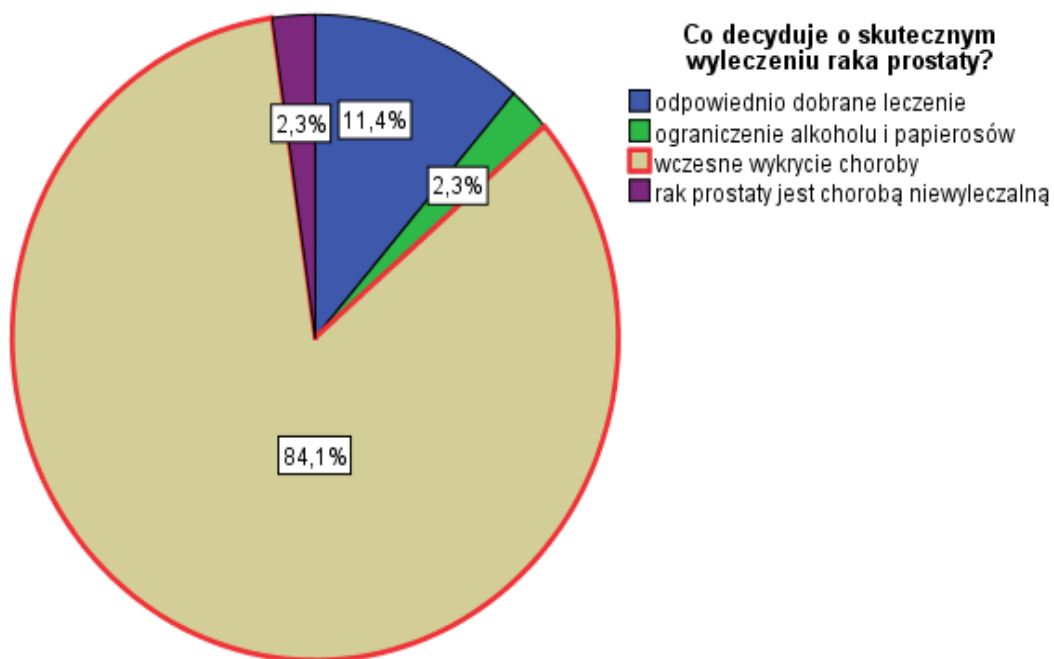


Ryc. 5. Faktyczna wiedza na temat tego, u kogo można rozpoznać raka prostaty

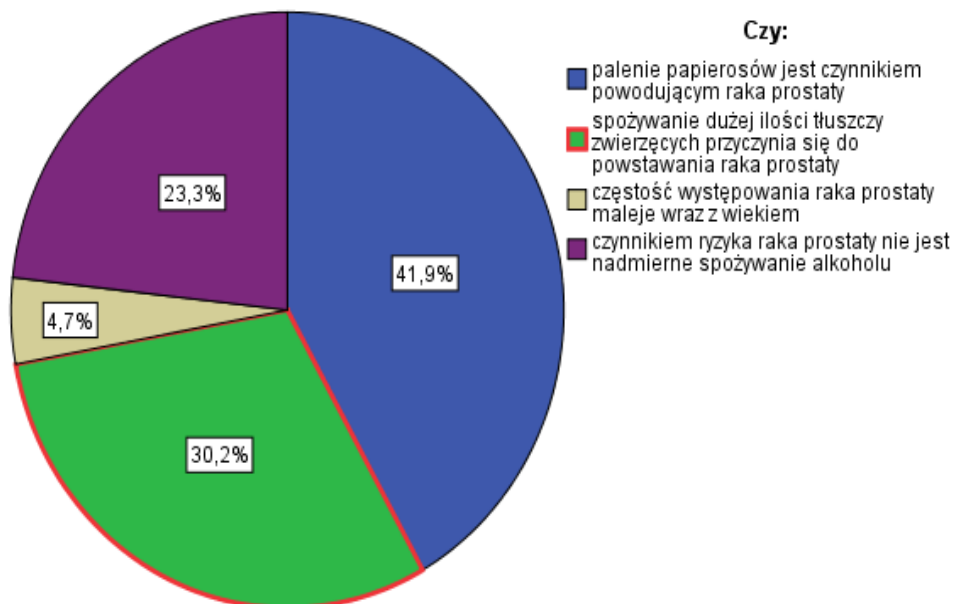
Tylko 13,6% respondentów wie, że raka gruczołu krokowego można rozpoznać u każdego mężczyzny, ale zazwyczaj po ukończeniu 65. roku życia. 77,3% badanych uważa, że u każdego mężczyzny, ale zazwyczaj przed ukończeniem 50. roku życia. Jedynie 9,1% respondentów wskazało na możliwość diagnozy wśród mężczyzn po 60. roku życia (Ryc. 5).

Zdecydowana większość respondentów (84,1%) wie, że skuteczne wykrycie raka gruczołu krokowego wynika głównie z jego wczesnego wykrycia. Z drugiej strony, 11,4% wskazało na dobrze dobraną terapię, a po 2,3% redukcję spożycia alkoholu lub papierosów oraz niezdolność do wyleczenia (Ryc. 6).

Zaledwie 30,2% respondentów wie, że spożywanie dużych ilości tłuszczów zwierzęcych przyczynia się do powstawania raka gruczołu krokowego. Wiele więcej osób (41,9%) błędnie uważa, że palenie jest przyczyną raka gruczołu krokowego, a aż 23,3% sądzi, że nadmierne spożycie alkoholu nie jest czynnikiem ryzyka. W opinii 4,7% respondentów zachorowalność na raka gruczołu krokowego zmniejsza się wraz z wiekiem (Ryc. 7).



Ryc. 6. Faktyczna wiedza na temat tego, co decyduje o skutecznym wyleczeniu raka prostaty



Ryc. 7. Faktyczna wiedza na temat czynników ryzyka raka prostaty

Tabela I. Wiedza na temat czynników istotnie zwiększających ryzyko występowania raka prostaty

Czy poniższe czynniki istotnie zwiększają ryzyko występowania raka prostaty?	Odpowiedzi		% obserwacji
	N	%	
uwarunkowania genetyczne	120	14,8%	90,9%
pleć	108	13,3%	81,8%
wiek	105	13,0%	79,5%
palenie papierosów	84	10,4%	63,6%
spożywanie alkoholu	72	8,9%	54,5%
siedzący tryb życia	66	8,1%	50,0%
spożywanie dużej ilości tłustego mięsa	57	7,0%	43,2%
przewlekły stres	51	6,3%	38,6%
otyłość	51	6,3%	38,6%
spożywanie tłuszczów nasyconych	45	5,6%	34,1%
wstrzemięźliwość płciowa	18	2,2%	13,6%
spożywanie czerwonego mięsa	18	2,2%	13,6%
choroby przenoszone drogą płciową	12	1,5%	9,1%
spożywanie warzyw i owoców	3	0,4%	2,3%
Ogółem	810	100,0%	613,6%

Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź

Respondenci pytani o czynniki ryzyka, które znacząco zwiększają ryzyko wystąpienia raka gruczołu krokowego, najczęściej wskazywali czynniki genetyczne (90,9%).

Z kolei czterech na pięciu badanych uważa, że są to pleć (81,8%) i wiek (79,5%).

Ponad połowa wybrała również palenie tytoniu (63,6%) i spożywanie alkoholu (54,5%), połowa wskazała siedzący tryb życia (50%).

Natomiast blisko połowa wskazała na: spożycie dużych ilości tłustego mięsa (43,2%), chroniczny stres (38,6%), otyłość (38,6%) i dieta bogata w tłuszcze nasycone (34,1%).

Pozostałe czynniki ryzyka przywoływane były znacznie rzadziej (Tab. I).

Tabela II. Ocena wpływu czynników genetycznych na wystąpienie raka prostaty w skali 0-10

N	Min	Maks	M	Me	SD
132	0	10	7,57	8	2,31

Oceniając wpływ czynników genetycznych na występowanie raka gruczołu krokowego w skali 0-10, badani wskazali pełny zakres od 0 do 10. Średnia ocena wyniosła 7,57. Połowa respondentów wskazała niższą ocenę, a druga połowa wyższą niż 8 (Tab. II).

Tabela III. Znajomość portali zajmujących się profilaktyką raka prostaty

Czy słyszał lub zna portale zajmujące się profilaktyką raka prostaty?	Odpowiedzi		% obserwacji
	N	%	
nie słyszałem i nie znam	90	67,2%	68,2%
eUrologia	27	20,1%	20,5%
zwrotnik raka	9	6,7%	6,8%
zdrowe geny	5	3,7%	3,8%
Inne	3	2,2%	2,3%
Ogółem	134	100,0%	101,5%

Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź

Aż 68,2% badanych nie zna i nie słyszało o portalu poświęconym profilaktyce raka gruczołu krokowego. Największą popularnością wśród respondentów cieszy się portal eUrologiczny (20,5%). Natomiast, nieliczne osoby znają: zwrotnik raka (6,8%), zdrowe geny (3,8%) lub inny portal o tematyce zapobiegania raku prostaty (2,3%) (Tab. III).

Tabela IV. Wiedza na temat objawów mogących świadczyć o raku gruczołu krokowego

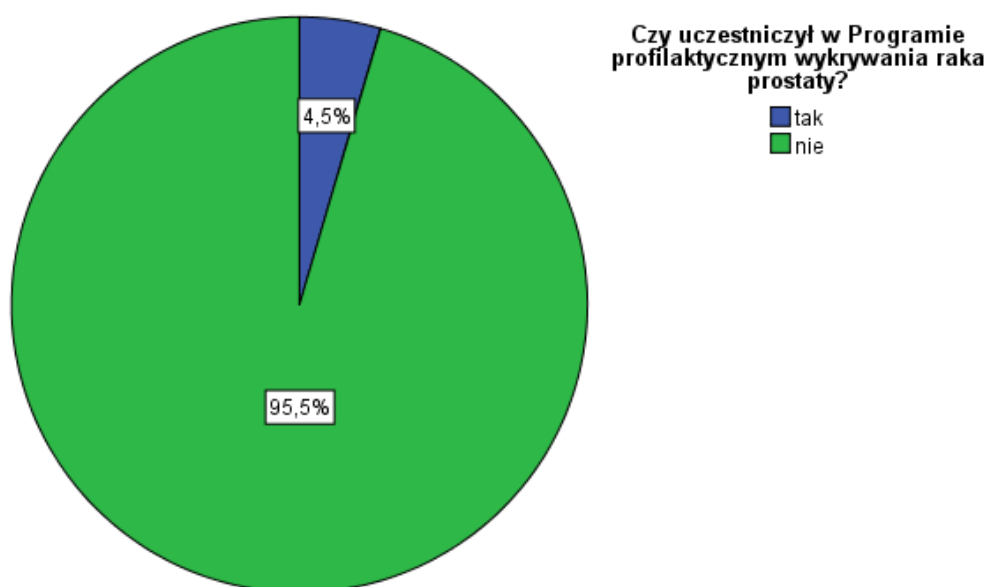
Które z objawów mogą świadczyć o raku gruczołu krokowego?	Odpowiedzi		% obserwacji
	N	%	
problemy z rozpoczęciem oddawania moczu	111	11,4%	86,0%
osłabienie strumienia moczu	108	11,1%	83,7%
całkowite zatrzymanie moczu	105	10,8%	81,4%
bóle okolicy lędźwiowej oraz krocza	102	10,5%	79,1%
zaburzenia wzwodu	99	10,2%	76,7%
częstomocz	99	10,2%	76,7%
uczucie pieczenia przy oddawaniu moczu	90	9,3%	69,8%
krwiomocz	86	8,9%	66,7%
zakażenia dróg moczowych	63	6,5%	48,8%
bóle oraz krwawienie z odbytu	60	6,2%	46,5%
bóle głowy	33	3,4%	25,6%
brak apetytu	15	1,5%	11,6%
Ogółem	971	100,0%	752,7%

Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź

Badani zapytani o objawy, które mogą wskazywać na raka gruczołu krokowego, zazwyczaj wskazywali na: problemy z oddawaniem moczu (86%), zmniejszony strumień moczu (83,7%), zatrzymanie oddawania moczu (81,4%), bóle w okolicy lędźwi i krocza (79,1%), zaburzenia erekcji (76,7%) oraz częste oddawanie moczu (76,7%). Ponad połowa z nich odczuwała również pieczenie podczas oddawania moczu (69,8%) i krwiomocz (66,7%),

a prawie połowa wskazała na zakażenia dróg moczowych (48,8%) oraz ból i krwawienia z odbytu (46,5%). Pozostałe objawy wymieniano znacznie rzadziej (Tab. IV).

Tylko 4,5% respondentów uczestniczyło w Programie profilaktycznym na rzecz wykrywania raka gruczołu krokowego (Ryc. 8).

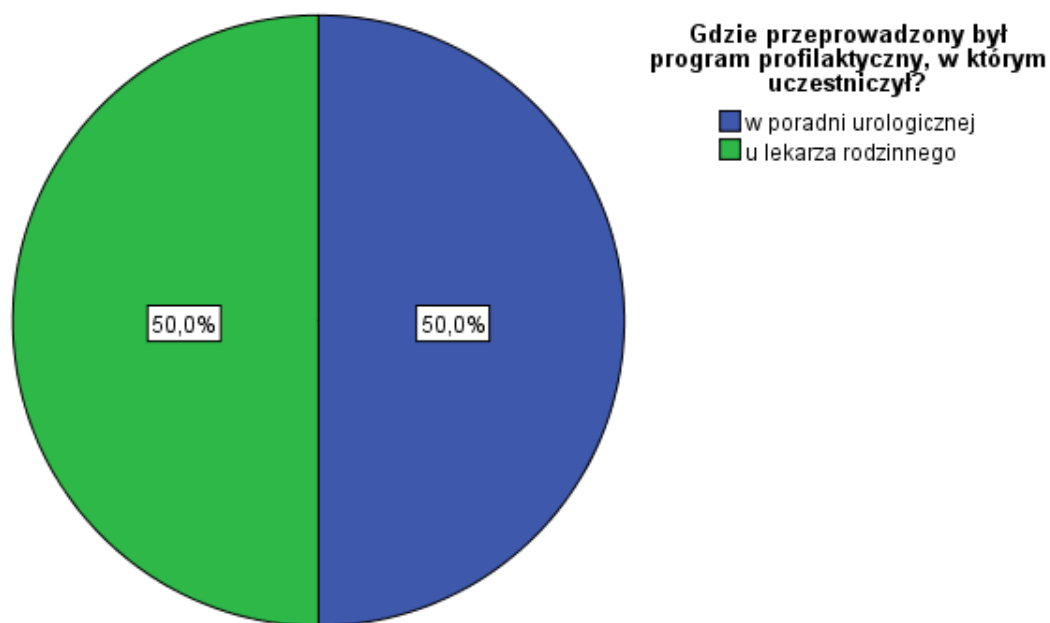


Ryc. 8. Uczestnictwo w Programie profilaktycznym wykrywania raka prostaty

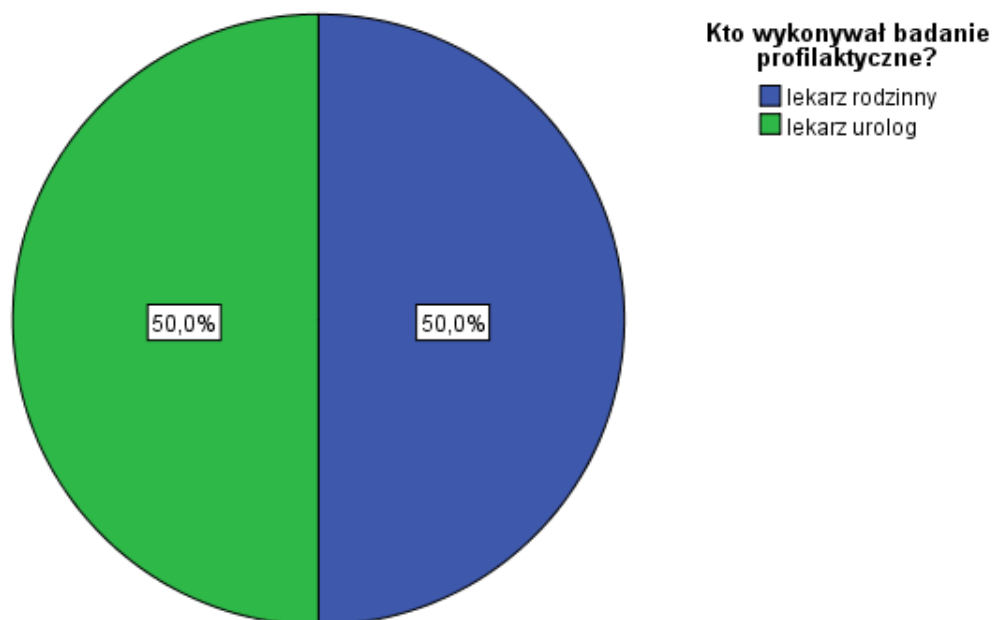
Połowa z 6 osób uczestniczących w Programie profilaktycznym wykrywania raka gruczołu krokowego wzięła udział w klinice urologicznej, a druga połowa u lekarza rodzinnego (Ryc. 9).

Połowa spośród 6 osób, które wzięły udział w Programie profilaktycznym wykrywania raka gruczołu krokowego, została zbadana przez lekarza ogólnego, a druga połowa przez urologa (Ryc. 10).

U wszystkich sześciu osób, które uczestniczyły w Programie profilaktycznym wykrywania raka stercza, wykonano badania na obecność markerów PSA. U połowy pacjentów wykonano badanie odbytnicze (*per rectum*), a u drugiej połowy wykonano badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej (Tab. V).



Ryc. 1. Miejsce prowadzenia programów profilaktycznych



Ryc. 10. Lekarz wykonujący badanie profilaktyczne

Tabela V. Badania wykonywane w celu wykrycia raka prostaty

Jakie badania były wykonywane w celu wykrycia raka prostaty?	Odpowiedzi		% obserwacji
	N	%	
badanie poziomu markerów PSA	6	50,0%	100,0%
badanie per rectum	3	25,0%	50,0%

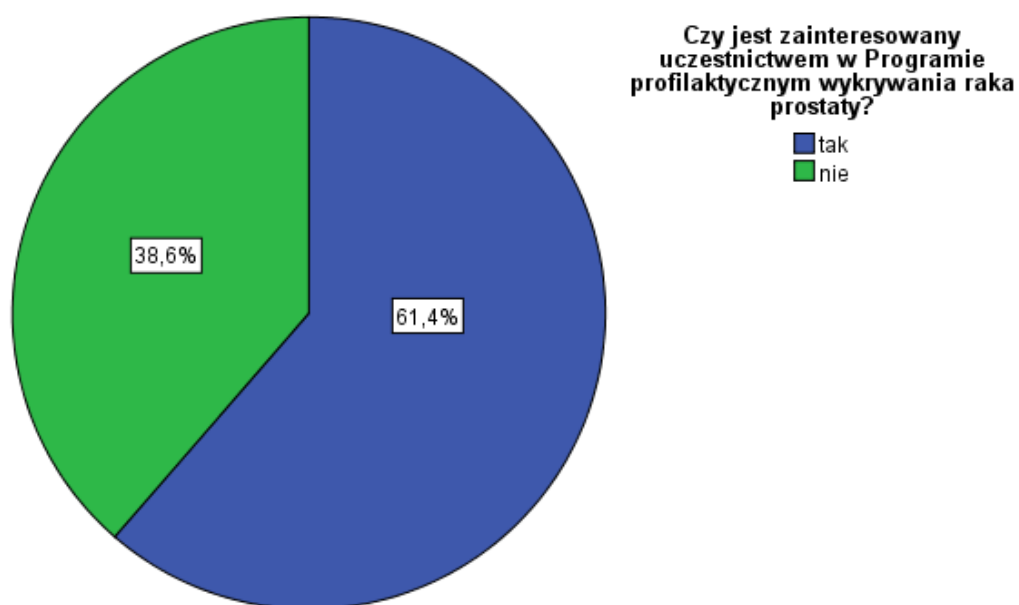
badanie USG jamy brzusznej	3	25,0%	50,0%
Ogółem	12	100,0%	200,0%

Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź

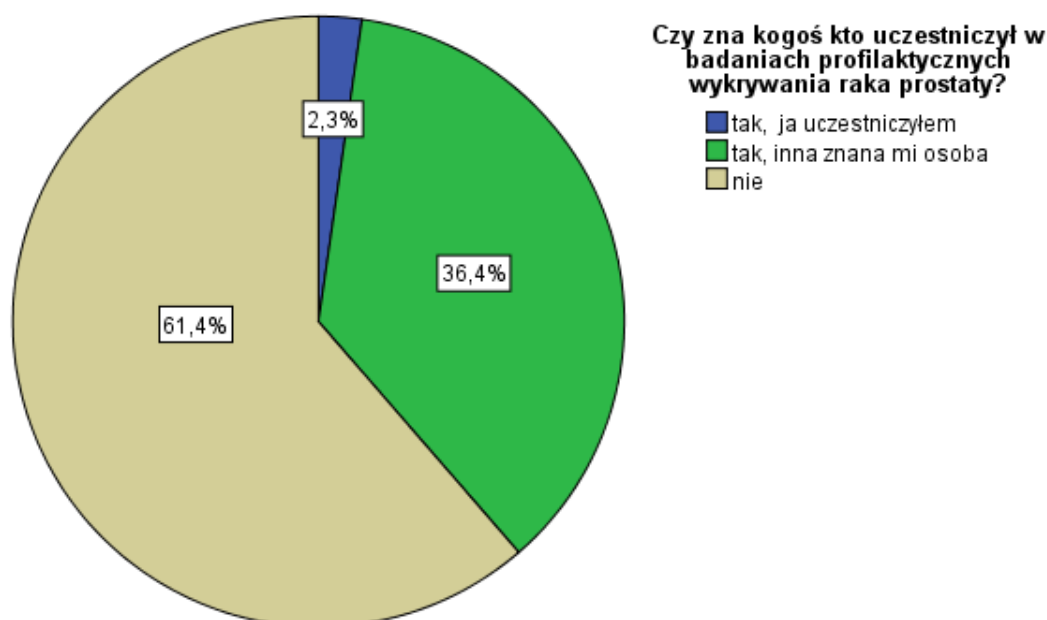
Tabela VI. Poziom poczucia zadowolenia z formy przeprowadzonego badania profilaktycznego raka prostaty w skali 1-10

N	Min	Maks	M	Me	SD
6	7	10	8,50	8,5	1,64

Respondenci uczestniczący w programie profilaktycznego wykrywania raka gruczołu krokowego ocenili swoje zadowolenie z formy badania średnio na 8,5 w skali 1-10. Tyle samo wyniosła mediana, natomiast ocena wahała się od 7 do 10 (Tab. VI).



Ryc. 11. Zainteresowanie uczestnictwem w programie profilaktycznym wykrywania raka prostaty



Ryc. 2. Znajomość osób, które uczestniczyły w badaniach profilaktycznych wykrywania raka prostaty

Większość badanych (61,4%) jest zainteresowana wzięciem udziału w programie profilaktycznym wykrywania raka stercza (Ryc. 11).

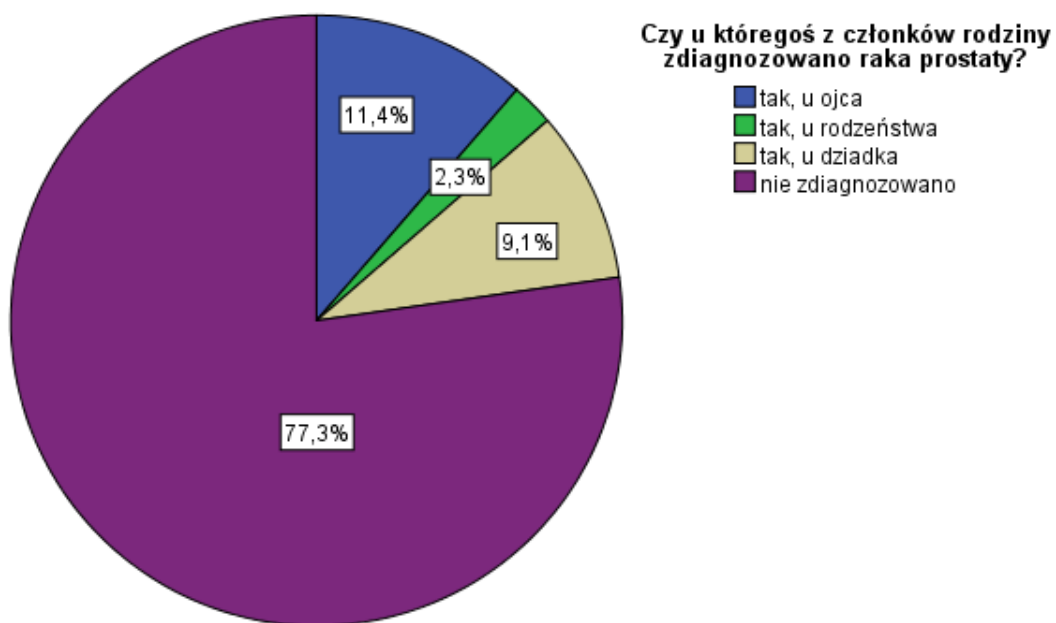
Oprócz tych, którzy uczestniczyli w badaniach profilaktycznych w kierunku wykrycia raka gruczołu krokowego, tylko 36,3% zna kogoś, kto również w nich uczestniczył. Aż 61,4% z nich nie wzięło udziału w testach i nie znało nikogo takiego (Ryc. 12).

Tabela VII. Osoby w rodzinie, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową

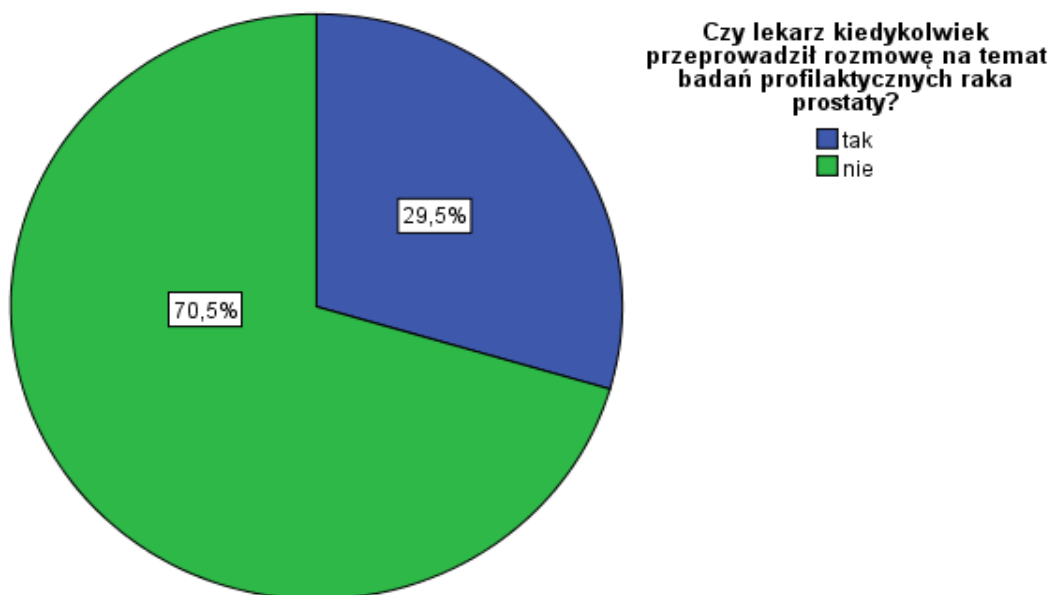
Czy u któregoś z członków rodziny zdiagnozowano chorobę nowotworową?	Odpowiedzi		% obserwacji
	N	%	
Nie	54	39,1%	40,9%
tak, u ojca	39	28,3%	29,5%
tak, u dalszej rodziny	36	26,1%	27,3%
tak, u rodzeństwa	6	4,3%	4,5%
tak, u matki	3	2,2%	2,3%
Ogółem	138	100,0%	104,5%

Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź

W rodzinach 40,9% badanych u żadnego członka rodziny nie została zdiagnozowana choroba nowotworowa. 29,5% wskazało na ojca, a 27,3% na dalszego krewnego. U rodzeństwa rozpoznano raka u 4,5% respondentów i u matki u 2,3% (Tab. VII).



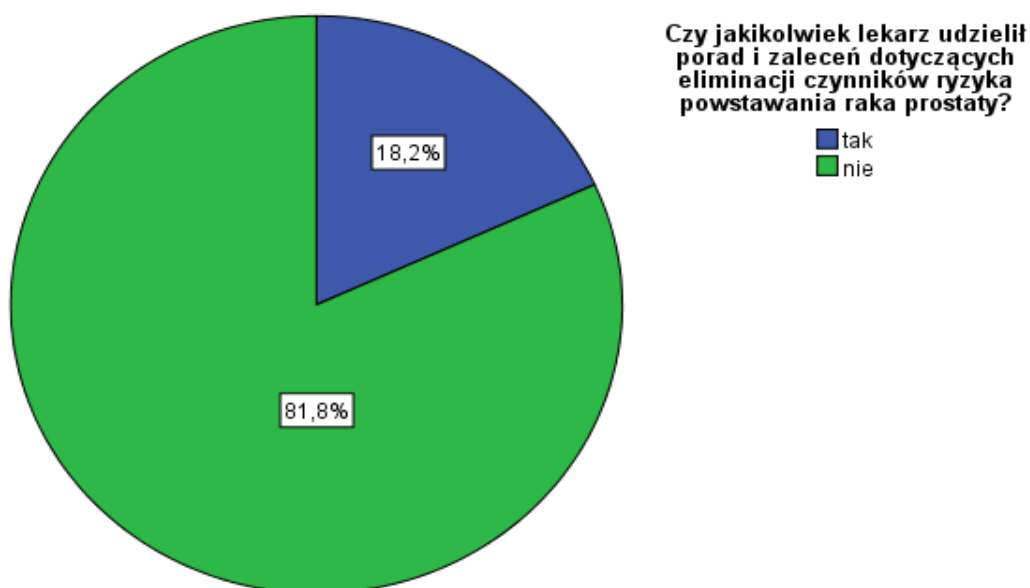
Ryc. 3. Osoby w rodzinie, u których zdiagnozowano raka prostaty



Ryc. 4. Przeprowadzenie przez lekarza rozmowy na temat badań profilaktycznych raka prostaty

U 77,3% respondentów nie zdiagnozowano raka gruczołu krokowego u żadnego członka z rodziny. 11,4% badanych wskazało swojego ojca, a 9,1% dziadka. Rak prostaty u rodzeństwa zdiagnozowano u 2,3% respondentów (Ryc. 13).

Jedynie 29,5% respondentów deklaruje, że lekarz kiedykolwiek przeprowadził z nimi rozmowę na temat badań przesiewowych w kierunku wykrycia raka prostaty (Ryc. 14).



Ryc. 5. Udzielenie przez lekarza porad i zaleceń dotyczących eliminacji czynników ryzyka powstawania raka prostaty

Zaledwie 18,2% respondentów deklaruje, że kiedykolwiek otrzymało od lekarza porady i zalecenia dotyczące eliminacji czynników ryzyka wystąpienia raka gruczołu krokowego (Ryc. 15).

Respondenci zostali poproszeni o ocenę znaczenia barier uczestnictwa w badaniu profilaktycznym raka gruczołu krokowego. Każde utrudnienie oceniano w skali 0 (brak wpływu) - 5 (największy wpływ). Na tej podstawie zostały obliczone statystyki i przedstawiono je w powyższej Tabeli VIII - im wyższa jest średnia i mediana, tym ważniejsza jest przeszkoda.

Według respondentów główne utrudnienia, to: brak informacji na temat skutków choroby i brak świadomości o programach profilaktycznych, obawa przed wykryciem choroby i brak wzmianki w mediach na temat nowotworu prostaty, a także długie kolejki do lekarzy.

Tabela VIII. Ocena znaczenia przeszkód we wzięciu udziału w badaniu profilaktycznym raka prostaty

Co może stanowić przeszkodę we wzięciu udziału w badaniu profilaktycznym raka prostaty?	N	Min	Maks	M	Me	SD
Brak wiedzy na temat skutków choroby	132	0	5	3,52	4	1,68
Brak informacji na temat programów profilaktycznych	132	0	5	3,41	4	1,55
Strach przed wykryciem choroby	132	0	5	3,16	4	1,87
Brak informacji w mediach na temat choroby	132	0	5	2,93	3	1,69
Długie kolejki do lekarzy	132	0	5	2,68	2	1,89

Respondenci zostali poproszeni o ocenę, w jakim stopniu poszczególne źródła wpływają na wiedzę o chorobie i jej profilaktyce. Każde ze źródeł oceniono w skali 0 (brak wpływu) - 5 (największy wpływ). Na tej podstawie obliczono statystyki prezentowane w poniższej Tabeli IX - im wyższa jest średnia i mediana, tym ważniejsze jest źródło.

Tabela IX. Ocena stopnia w jakim poszczególne źródła wpływają na wiedzę o chorobie i jej zapobieganiu

W jakim stopniu poszczególne źródła wpływają na wiedzę o chorobie i jej zapobieganiu?	N	Min	Maks	M	Me	SD
Internet	132	0	5	2,95	3	1,80
Lekarz	132	0	5	2,93	3	1,73
Kampanie medialne TV	132	0	5	2,52	3	1,71
Znajomi	132	0	5	2,00	2	1,63
Prasa	132	0	5	1,73	2	1,46

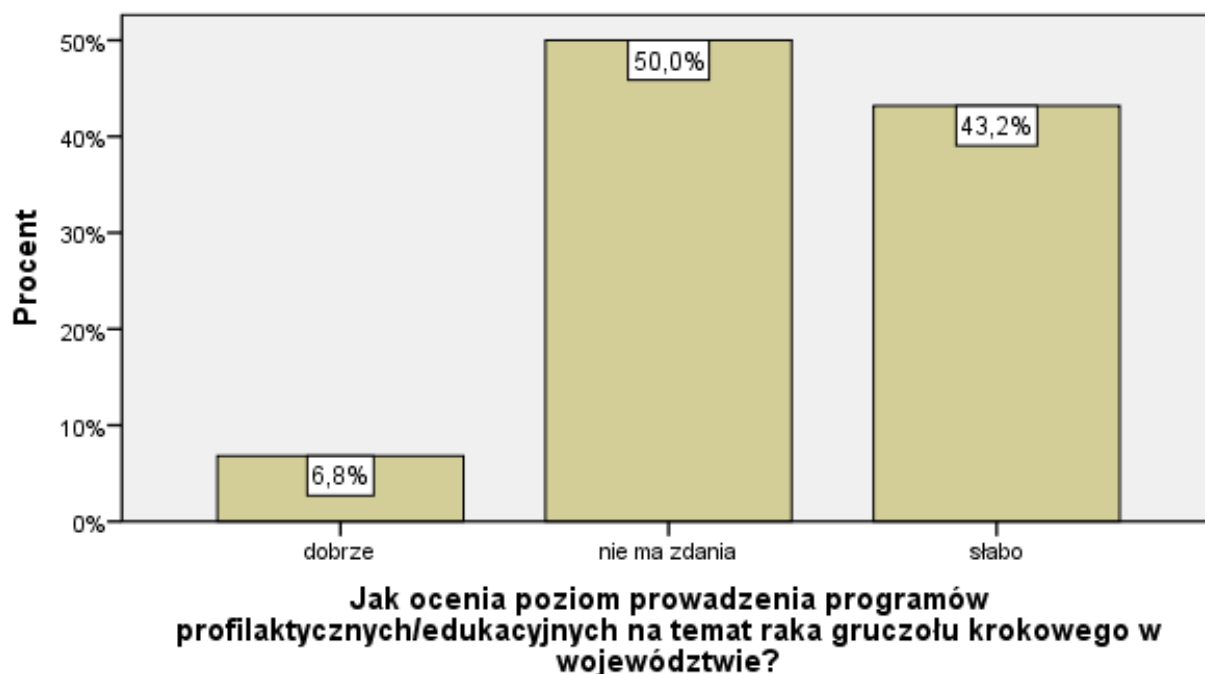
Tabela X. Źródła wiedzy na temat raka prostaty

Skąd czerpie wiedzę na temat raka prostaty?	Odpowiedzi		% obserwacji
	N	%	
z Internetu	39	30,2%	31,0%
z mediów (TV, radio, prasa)	36	27,9%	28,6%
od znajomych	33	25,6%	26,2%
od lekarza	21	16,3%	16,7%
Ogółem	129	100,0%	102,4%

Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź

Według respondentów najważniejszymi źródłami okazały się: Internet i lekarz, mniej ważne są kampanie medialne w telewizji, jeszcze mniej znajomi i prasa.

Respondenci, zapytani o to, skąd czerpią informacje na temat raka gruczołu krokowego, podobnie często wymieniali: Internet (31%), media (28,6%) i znajomych (26,2%). Jedynie 16,7% respondentów uzyskało wiedzę na ten temat od lekarza (Tab. X).

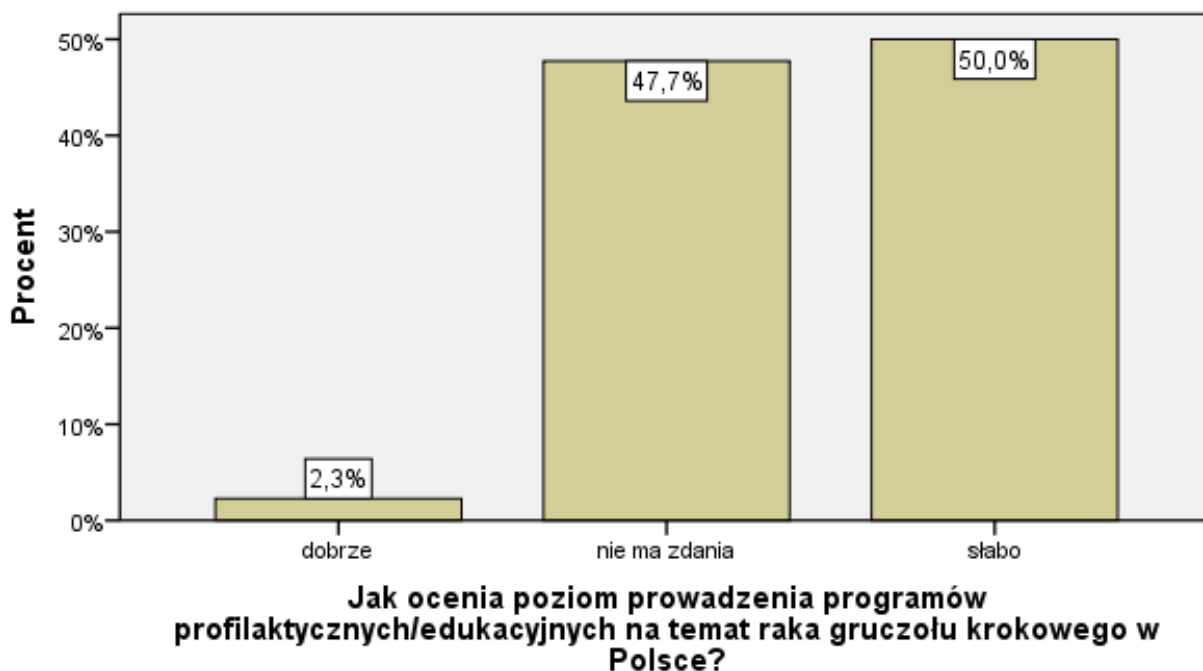


Ryc. 16. Ocena poziomu prowadzenia programów profilaktycznych/edukacyjnych na temat raka gruczołu krokowego w województwie

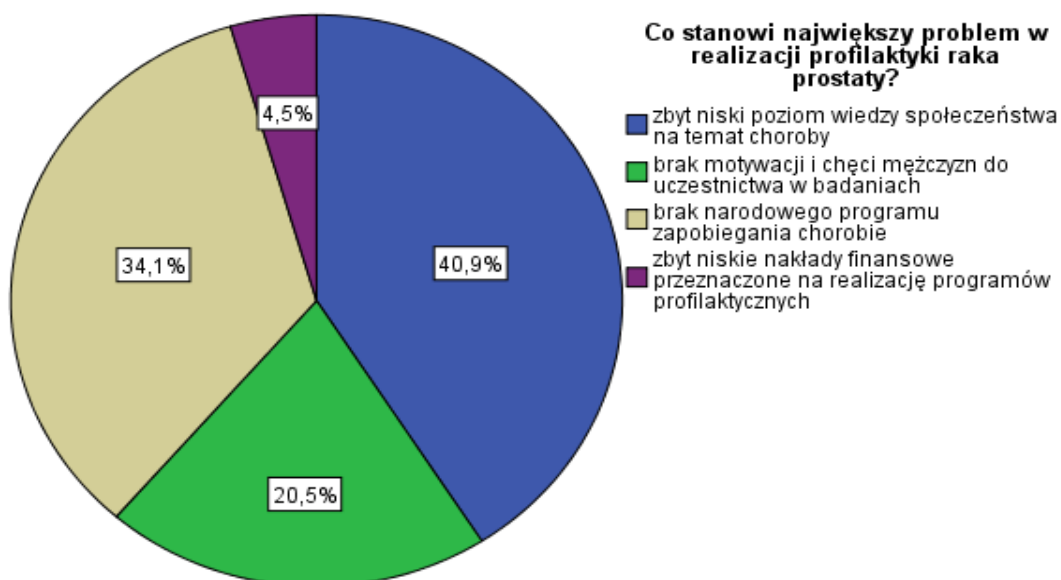
Połowa respondentów (50%) nie ma zdania na temat poziomu pilotowania programów profilaktyczno-edukacyjnych dotyczących raka gruczołu krokowego w województwie. Tylko 6,8% ocenia go dobrze, natomiast aż 43,2% słabo (Ryc. 16).

Prawie połowa respondentów (47,7%) nie ma zdania na temat poziomu pilotowania programów profilaktyczno-edukacyjnych dotyczących raka prostaty w Polsce. Tylko 2,3% ocenia go dobrze, z kolei 50% uważa, że jest słaby (Ryc. 17).

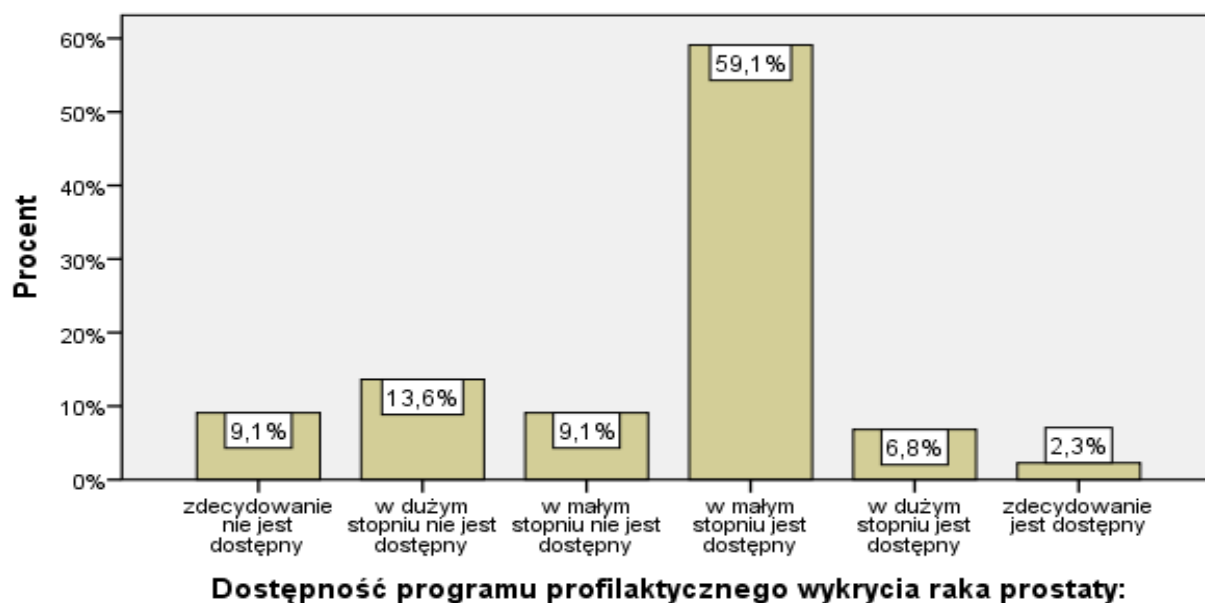
Zapytani o główne problemy związane z wdrażaniem profilaktyki raka gruczołu krokowego, respondenci wskazują na zbyt niską wiedzę społeczeństwa na temat choroby (40,9%), a następnie brak krajowego programu profilaktyki choroby (34,1%) i brak motywacji oraz chęci ze strony mężczyzn do udziału w badaniu (20,5%). Jedynie 4,5% respondentów wskazało, że głównym problemem jest niedofinansowanie realizacji programów prewencyjnych (Ryc. 18).



Ryc. 17. Ocena poziomu prowadzenia programów profilaktycznych / edukacyjnych na temat raka gruczołu krokowego w Polsce

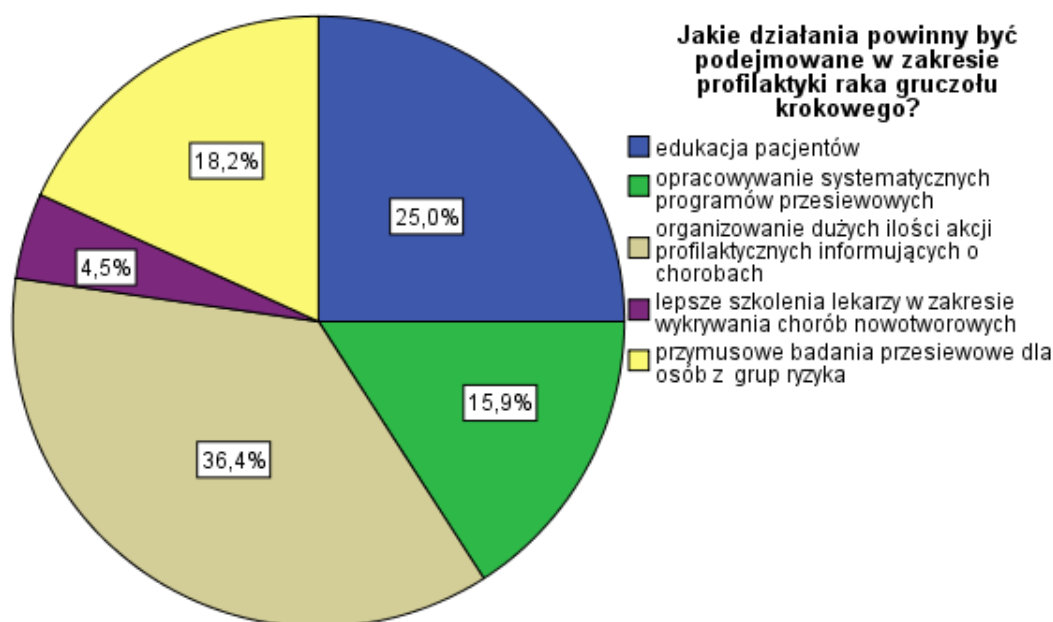


Ryc.6. Największe problemy w realizacji profilaktyki raka prostaty



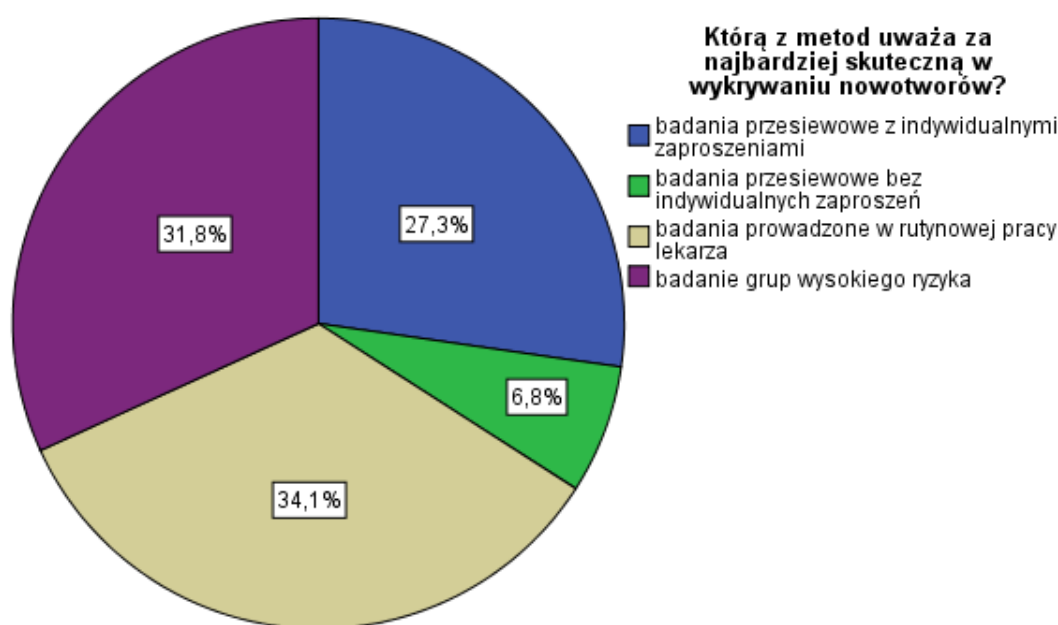
Ryc. 19. Ocena dostępności programu profilaktycznego wykrycia raka prostaty

Aż trzech na pięciu respondentów (59,1%) uważa, że program profilaktyki raka gruczołu krokowego jest dostępny tylko w ograniczonym zakresie. Na większy, niż mały stopień dostępności wskazało 9,1% respondentów, a za mniejszy niż mały aż 21,8% (Ryc. 19).



Ryc.7. Działania jakie powinny być podejmowane w zakresie profilaktyki raka gruczołu krokowego

Według 36,4% badanych należy zorganizować dużą ilość akcji promujących profilaktykę w zakresie raka gruczołu krokowego. Jeden na czterech respondentów (25%) odniósł się do edukacji pacjentów, a 18,2% badanych wskazało na obowiązkowe badania przesiewowe osób obarczonych ryzykiem. Z kolei 15,9% respondentów zwraca uwagę na opracowanie programów systematycznych badań przesiewowych. Tylko 4,5% respondentów uważa, że konieczne jest lepsze szkolenie lekarzy w zakresie badań przesiewowych w kierunku wykrywania nowotworów (Ryc. 20).



Ryc. 8. Ocena, która z metod wykrywania nowotworów jest najbardziej skuteczna

Tabela 1. Ocena stopnia wpływu programów profilaktycznych na poszczególne aspekty

W jakim stopniu programy profilaktyczne mogą wpłynąć na	N	Min	Maks	M	Me	SD
wczesne wykrycie choroby	132	0	5	4,34	5	1,17
skuteczność wyleczenia choroby	132	0	5	4,09	4	1,32
dobranie odpowiedniej terapii leczenia	132	0	5	4,07	5	1,26
wydłużenie życia	132	0	5	3,82	4	1,55

Zapytani o najskuteczniejsze metody wykrywania nowotworów, respondenci często wskazywali również: badanie w rutynowej pracy lekarza (34,1%), badania w grupach wysokiego ryzyka (31,8%) oraz badania screeningowe z indywidualnymi zaproszeniami.

Zaledwie 6,8% respondentów wskazało na badanie przesiewowe bez osobistych zaproszeń (Ryc. 21).

Respondenci zostali poproszeni o ocenę stopnia, w jakim programy prewencyjne mogą wpływać na poszczególne aspekty. Każdy z tych aspektów oceniono w skali 0 (brak wpływu) - 5 (największy wpływ). Okazało się, że im wyższa jest średnia i mediana, tym większy jest wpływ na dany aspekt.

Według respondentów, programy profilaktyczne okazały się mieć największy wpływ na wczesne wykrycie choroby, a nieco mniejszy (choć wciąż dość duży) wpływ na chorobę ma: skuteczność leczenia choroby, wybór właściwego leczenia i wydłużenie życia (Tab. XI).

Poniżej przedstawiono analizy odnoszące się do różnego rodzaju zależności pomiędzy zmiennymi.

Tabela 2. Samoocena stanu wiedzy na temat raka prostaty a uczestnictwo w Programie profilaktycznym wykrywania raka prostaty

Czy uczestniczył w Programie profilaktycznym wykrywania raka prostaty?	Samoocena stanu wiedzy na temat raka prostaty						Ogółem	
	(bardzo) dobry		zły		żaden			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak	3	12,5%	3	3,4%	0	0,0%	6	4,5%
Nie	21	87,5%	84	96,6%	21	100,0%	126	95,5%
Ogółem	24	100,0%	87	100,0%	21	100,0%	132	100,0%
Test Chi-2: Chi-2=4,741, p=0,093								

W Programie profilaktycznym dotyczącym wykrywania raka gruczołu krokowego uczestniczyło 12,5% osób, które oceniły swoją wiedzę na temat raka prostaty jako (bardzo) dobrą, tylko 3,4% osób, które oceniły ją jako złą i nikt, kto ocenił ją jako żadną. Test Chi-2 wykazał bliski istotności statystycznej związek między samooceną znajomości informacji na temat raka gruczołu krokowego a udziałem w Programie profilaktycznym wykrywania raka stercza (Tab. XII).

6,7% badanych z obszarów wiejskich i 3,4% z miasta uczestniczyło w Programie profilaktycznym na rzecz wykrywania raka gruczołu krokowego. Test Chi-2 nie wykazał istotnej korelacji pomiędzy miejscem zamieszkania a udziałem w Programie profilaktycznym wykrywania raka prostaty (Tab. XIII).

Tabela XIII. Miejsce zamieszkania a uczestnictwo w Programie profilaktycznym wykrywania raka prostaty

Czy uczestniczył w Programie profilaktycznym wykrywania raka prostaty?	Miejsce zamieszkania				Ogółem	
	wieś		Miasto			
	N	%	N	%	N	%
Tak	3	6,7%	3	3,4%	6	4,5%
Nie	42	93,3%	84	96,6%	126	95,5%
Ogółem	45	100,0%	87	100,0%	132	100,0%
Test Chi-2: Chi-2=0,708, p=0,400						

Tabela XIV. Wykształcenie a uczestnictwo w Programie profilaktycznym wykrywania raka prostaty

Czy uczestniczył w Programie profilaktycznym wykrywania raka prostaty?	Wykształcenie						Ogółem	
	zawodowe		średnie		Wyższe			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak	0	0,0%	6	8,0%	0	0,0%	6	4,5%
Nie	30	100,0%	69	92,0%	27	100,0%	126	95,5%
Ogółem	30	100,0%	75	100,0%	27	100,0%	132	100,0%
Test Chi-2: Chi-2=4,777, p=0,092								

W Programie profilaktycznym wykrywania raka gruczołu krokowego wzięło udział 8% respondentów z wykształceniem średnim, a nikt z zawodowym oraz wyższym. Test Chi-2 wykazał bliski istotności statystycznej związek między wykształceniem a partycypacją w Programie profilaktycznym wykrywania raka prostaty (Tab. XIV).

Tabela XV. Warunki socjalne a uczestnictwo w Programie profilaktycznym wykrywania raka prostaty

Czy uczestniczył w Programie Profilaktycznym wykrywania raka prostaty?	Warunki socjalne				Ogółem	
	bardzo dobre		Dobre			
	N	%	N	%	N	%
Tak	3	16,7%	3	2,6%	6	4,5%
Nie	15	83,3%	111	97,4%	126	95,5%
Ogółem	18	100,0%	114	100,0%	132	100,0%
Test Chi-2: Chi-2=7,058, p=0,008**						

W Programie profilaktycznym wykrywania raka stercza uczestniczyło 16,7% respondentów o bardzo dobrych warunkach socjalnych oraz tylko 2,6% o dobrych warunkach socjalnych. Test Chi-2 wykazał wysoce istotną korelację pomiędzy warunkami socjalnymi, a partycypacją w Programie profilaktycznym wykrywania raka prostaty (Tab. XV).

Tabela 3. Stan cywilny a uczestnictwo w Programie profilaktycznym wykrywania raka prostaty

Czy uczestniczył w Programie Profilaktycznym wykrywania raka prostaty?	Stan cywilny				Ogółem	
	żonaty		Inny			
	N	%	N	%	N	%
Tak	6	5,4%	0	0,0%	6	4,5%
Nie	105	94,6%	21	100,0%	126	95,5%
Ogółem	111	100,0%	21	100,0%	132	100,0%
Test Chi-2: Chi-2=1,189, p=0,275						

5,4% żonatych mężczyzn uczestniczyło w profilaktycznym programie wykrywania raka gruczołu krokowego, a nikt o innym stanie cywilnym. Chi-2 nie wykazał istotnej korelacji między stanem cywilnym a partycypacją w profilaktycznym programie wykrywania raka prostaty (Tab. XVI).

Tabela XVII. Miejsce zamieszkania a zainteresowanie uczestnictwem w Programie profilaktycznym wykrywania raka prostaty

Czy jest zainteresowany uczestnictwem w Programie profilaktycznym wykrywania raka prostaty?	Miejsce zamieszkania				Ogółem	
	wieś		Miasto			
	N	%	N	%	N	%
Tak	30	66,7%	51	58,6%	81	61,4%
Nie	15	33,3%	36	41,4%	51	38,6%
Ogółem	45	100,0%	87	100,0%	132	100,0%
Test Chi-2: Chi-2=0,810, p=0,368						

66,7% respondentów z obszarów wiejskich i 58,6% z obszarów miejskich chciałoby uczestniczyć w Programie profilaktycznym na rzecz wykrywania raka gruczołu krokowego. Test Chi-2 nie wykazał istotnej zależności między miejscem zamieszkania a chęcią uczestnictwa w programie profilaktycznym (Tab. XVII).

Tabela 4. Wykształcenie a zainteresowanie uczestnictwem w Programie profilaktycznym wykrywania raka prostaty

Czy jest zainteresowany uczestnictwem w Programie profilaktycznych wykrywania raka prostaty?	Wykształcenie						Ogółem	
	zawodowe		średnie		Wyższe			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak	18	60,0%	39	52,0%	24	88,9%	81	61,4%
Nie	12	40,0%	36	48,0%	3	11,1%	51	38,6%
Ogółem	30	100,0%	75	100,0%	27	100,0%	132	100,0%
Test Chi-2: Chi-2=11,425, p=0,003**								

W Programie profilaktycznym na rzecz wykrywania raka gruczołu krokowego chcieliby uczestniczyć 88,9% respondentów z wykształceniem wyższym, a w znacznie mniejszym stopniu z wykształceniem zawodowym (60%) oraz z średnim (52%). Test Chi-2 wykazał wysoce istotną statystycznie korelację między rodzajem wykształcenia a chęcią uczestnictwa w programie profilaktycznym (Tab. XVIII).

Tabela XIX. Warunki socjalne a zainteresowanie uczestnictwem w Programie profilaktycznym wykrywania raka prostaty

Czy jest zainteresowany uczestnictwem w Programie profilaktycznych wykrywania raka prostaty?	Warunki socjalne				Ogółem	
	bardzo dobre		dobre			
	N	%	N	%	N	%
Tak	9	50,0%	72	63,2%	81	61,4%
Nie	9	50,0%	42	36,8%	51	38,6%
Ogółem	18	100,0%	114	100,0%	132	100,0%
Test Chi-2: Chi-2=1,135, p=0,287						

W profilaktycznym programie wykrywania raka gruczołu krokowego chcieliby uczestniczyć 63,2% respondentów z dobrymi i 50% respondentów z bardzo dobrymi warunkami socjalnymi. Test Chi-2 nie wykazał istotnej zależności między warunkami społecznymi a chęcią uczestnictwa w Programie profilaktycznym (Tab. XIX).

Tabela 5. Stan cywilny a zainteresowanie uczestnictwem w Programie profilaktycznym wykrywania raka prostaty

	Stan cywilny	Ogółem
--	--------------	--------

Czy jest zainteresowany uczestnictwem w Programie profilaktycznych wykrywania raka prostaty?	żonaty		Inny			
	N	%	N	%	N	%
Tak	75	67,6%	6	28,6%	81	61,4%
Nie	36	32,4%	15	71,4%	51	38,6%
Ogółem	111	100,0%	21	100,0%	132	100,0%
Test Chi-2: Chi-2=11,327, p=0,001**						

67,6% żonatych mężczyzn i znacznie mniej (28,6%) o innym stanie cywilnym wyraża chęć wzięcia udziału w Programie profilaktycznym na rzecz wykrywania raka gruczołu krokowego. Test Chi-2 wykazał bardzo istotną statystycznie korelację pomiędzy stanem cywilnym a chęcią uczestnictwa w programie profilaktycznym (Tab. XX).

Na podstawie odpowiedzi na pytania 2, 4, 5, 6, 7 i 11 obliczono ogólny poziom wiedzy na temat raka gruczołu krokowego. Za poprawne odpowiedzi na pytania jednokrotnego wyboru (2, 4, 5, 6, 7), przyznano respondentom po 1 punkcie, a za każdą z 12 poprawnych odpowiedzi w pytaniu 11 przyznano badanym 0,1 punktu. Łącznie każda z badanych osób mogła uzyskać od 0 do 6,2 punktu. Im więcej, tym wyższy poziom wiedzy. Na tej podstawie obliczono średnie, mediany, odchylenia standardowe oraz wartości minimalne i maksymalne (Tab. XXI).

Tabela XXI6. Ogólny poziom wiedzy na temat raka prostaty

N	Min	Maks	M	Me	SD
132	0,7	5,0	2,54	2,2	0,99

Respondenci osiągnęli wyniki kształtujące się w zakresie 0,7-5,0 punktu. Średnia liczba uzyskanych punktów wynosi 2,54 w skali 0-6,2. Połowa respondentów uzyskała wyższe wyniki, a połowa uzyskała wyniki niższe niż 2,2 punktu, co wyraźnie wskazuje na stosunkowo niski poziom wiedzy badanej grupy.

Średni poziom wiedzy na temat raka gruczołu krokowego u żonatych mężczyzn (2,62) jest znacznie wyższy niż u mężczyzn o innym stanie cywilnym (2,09). Różnica między nimi jest bliska istotności statystycznej (Tab. XXII).

Średnia wiedza na temat raka gruczołu krokowego u mężczyzn na obszarach wiejskich (2,56) i w miastach (2,52) jest prawie taka sama. Nie ma zatem statystycznie istotnej różnicy między nimi (Tab. XXIII).

Tabela XXII. Stan cywilny a ogólny poziom wiedzy na temat raka prostaty

Stan cywilny						Test u Manna-Whitneya	
żonaty			Inny			Z	P
M	Me	SD	M	Me	SD		
2,62	2,30	1,04	2,09	2,10	0,52	-1,648	0,099

Tabela 7. Miejsce zamieszkania a ogólny poziom wiedzy na temat raka prostaty

Miejsce zamieszkania						Test u Manna-Whitneya	
wieś			miasto			Z	P
M	Me	SD	M	Me	SD		
2,56	2,10	0,92	2,52	2,20	1,04	-0,051	0,960

Tabela 8. Wykształcenie a ogólny poziom wiedzy na temat raka prostaty

Wykształcenie									Test Kruskala-Wallisa	
zawodowe			Średnie			wyższe			H	P
M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD		
2,54	2,35	0,69	2,36	2,10	0,86	3,02	2,60	1,42	1,009	0,315

Średni poziom wiedzy na temat raka gruczołu krokowego wśród mężczyzn z wykształceniem wyższym jest znacznie wyższy (3,02) niż wśród mężczyzn z wykształceniem zawodowym (2,54) i średnim (2,36). Nie ma jednak statystycznie istotnej różnicy między nimi (Tab. XXIV).

Tabela XXV. Warunki socjalne a ogólny poziom wiedzy na temat raka prostaty

Warunki socjalne						Test u Manna-Whitneya	
bardzo dobre			Dobre			Z	P
M	Me	SD	M	Me	SD		
2,62	2,40	1,06	2,52	2,20	0,99	-0,327	0,742

Średnia wiedza na temat raka gruczołu krokowego u mężczyzn z bardzo dobrymi warunkami socjalnymi (2,62) i dobrymi warunkami socjalnymi (2,52) jest prawie taka sama. Nie ma zatem statystycznie istotnej różnicy między nimi (Tab. XXV).

Dyskusja

Rak gruczołu krokowego jest coraz częściej rozpoznawanym nowotworem w populacji mężczyzn na całym świecie. W statystykach epidemiologicznych zajmuje drugie miejsce w Polsce, zaraz po raku płuc, natomiast pierwsze w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej. W Stanach Zjednoczonych ten rodzaj nowotworu jest dwukrotnie częstszy niż rak płuc [5]. Dlatego tak ważne jest podjęcie działań edukacyjnych i zapobiegawczych, które umożliwią wykrycie wczesnych stadiów choroby.

Programy profilaktyczne w kierunku rozpoznawania raka gruczołu krokowego prowadzone w Polsce skierowane są do mężczyzn powyżej 45. roku życia. Dlatego też badanie zostało przeprowadzone na podstawie kwestionariusza w tej grupie wiekowej. Niepokojący jest fakt, że aż dwóch na trzech respondentów (65,9%) źle ocenia stan swojej wiedzy na temat raka gruczołu krokowego. Aż 53,5% sądzi, że prostata jest nazwą choroby, a nie organem wytwarzającym wydzielinę, która jest jednym ze składników nasienia.

Występują czynniki, które sprzyjają zwiększeniu ryzyka zachorowania na raka gruczołu krokowego, np. wiek. Najczęstsze przypadki raka gruczołu krokowego rozpoznawane są u mężczyzn powyżej 65. roku życia [6]. Większość respondentów (79,7%) wiedziała, że wiek jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka, podczas gdy tylko 6,8% z nich wskazało właściwą kategorię wiekową. Innym czynnikiem rakotwórczym jest obciążenie genetyczne [7]. Zadowolający jest fakt, że prawie wszyscy respondenci (90,9%) byli tego świadomi. W rodzinie u co piątego z nich zdiagnozowano raka gruczołu krokowego. Wystąpiło to u ojca (11,4%), dziadka (9,1%) lub braci (2,3%). Jeśli porównamy dane z badaniem Aliny Delugi i wsp. przeprowadzone na grupie mężczyzn w 2014 r., możemy zauważyć analogię, ponieważ 91,3% respondentów wskazało również wiek jako główny czynnik ryzyka wystąpienia raka gruczołu krokowego, a 82,7% wskazało na obciążenie genetyczne [2].

Badania Dennisa L. oraz Dawsona D. potwierdzają korelację pomiędzy chorobami przenoszonymi drogą płciową a rakiem gruczołu krokowego [8]. Analiza własnych badań wykazała, że zaledwie 9,1% mężczyzn jest tego świadomych. Sytuacja ta jest lepsza w grupie badanej Aliny Delugi i wsp. - niemalże połowa (42,7%) badanych wskazała, że czynnik ten zwiększa ryzyko zachorowania na raka gruczołu krokowego.

Badania Alexandra D., Mink P. i wsp. odrzuciły hipotezę, że istnieje związek pomiędzy spożywaniem czerwonego i przetworzonego mięsa a rozwojem raka gruczołu krokowego [9].

Jedynie 13,6% respondentów błędnie wskazało to jako czynnik rakotwórczy raka gruczołu krokowego.

Spożycie żywności bogatej w tłuszcze zwierzęce jako czynnik zwiększający prawdopodobieństwo zachorowania na raka gruczołu krokowego zostało prawidłowo wskazane przez 34,1% respondentów. Analiza wyników uzyskanych w badaniu „Wiedza mężczyzn na temat czynników ryzyka raka gruczołu krokowego” A. Delugi i wsp. wskazuje, że ci mężczyźni mają dwukrotnie większą świadomość o spożyciu tłuszczów nasyconych (68%) niż grupa uczestnicząca w badaniu [2].

Metaanaliza przeprowadzona przez Renehana A., Tysona M. i wsp. wykazała związek pomiędzy otyłością a ryzykiem wystąpienia raka gruczołu krokowego, który wygląda następująco: wzrost prawdopodobieństwa wystąpienia nowotworu stercza o pięć procent na każde 5 kg/m² BMI [10]. Świadomość tego związku wykazało 38,6% respondentów. Bardzo podobne wyniki (32,1%) otrzymała Kamińska i wsp. w badaniu zrealizowanym na grupie 1201 mężczyzn [11].

Stosownie do badań Humphreya z 2014 r. nie można jednoznacznie wykazać związku między spożywaniem alkoholu i paleniem tytoniu a wystąpieniem raka gruczołu krokowego [12]. Badania przeprowadzone przez Huncharka i wsp. potwierdzają jednak, że palenie tytoniu zwiększa ryzyko zachorowania na raka gruczołu krokowego [13]. Wskazało na to 63,6% respondentów. Dla porównania, 80% badanych Delugi i innych wsp. [2]. Podobne wartości uzyskała również Kaminska i wsp. - 80,9% [11]. Związek pomiędzy spożywaniem alkoholu a rakiem gruczołu krokowego udowodnił Middleton i wsp. [14]. Tak samo uważa 54,5% respondentów.

Raport IARC zawiera i podsumowuje wyniki około dwudziestu badań dotyczących związku między aktywnością fizyczną a rozwojem raka gruczołu krokowego. Większość z nich potwierdziła tę zależność [15]. Podobne wnioski wyciągnęli Johansen i wsp. badania [16]. Zebrany materiał badawczy dostarcza informacji, że połowa respondentów poprawnie wskazała, że siedzący tryb życia predysponuje do wystąpienia raka gruczołu krokowego.

Niski poziom wiedzy respondentów wskazuje na niewystarczające działania w zakresie edukacji pacjentów. Wprawdzie jako główne źródło informacji na temat raka gruczołu krokowego wybrali oni lekarza i Internet, to tylko 29,5% respondentów twierdzi, że lekarz kiedykolwiek rozmawiał z nimi na temat profilaktyki raka stercza, a 18,2% deklaruje, że lekarz kiedykolwiek udzielał im porad i zaleceń, jak wyeliminować czynniki ryzyka powstawania raka gruczołu krokowego. Jeszcze niższe wyniki uzyskała Kamińska

i wsp. – zaledwie 14,2% respondentów stwierdziło, że lekarz przeprowadził z nimi taki wywiad [11]. Jest to niezwykle niepokojące, gdyż 34,1% respondentów uważa, że najskuteczniejszą metodą wykrywania nowotworów są badania przeprowadzane w ramach rutynowej pracy lekarza. Dlatego też uzasadnione jest uświadomienie personelowi medycznemu istotnej roli, jaką odgrywa on w profilaktyce raka gruczołu krokowego, którego doświadczają pacjenci. Stwierdzono dużą rozbieżność między uzyskanym materiałem badawczym a danymi z innych badań dotyczących źródła informacji na temat raka gruczołu krokowego. Dla porównania, respondenci biorący udział w badaniu Aliny Delugi wskazują głównie na media (62,7%), zaś na lekarza tylko 42% [2], podczas gdy wartości te w autorskiej grupie badawczej wynoszą odpowiednio 28,6% i zaledwie 16,7% dla sektora ochrony zdrowia.

Pomimo, że Internet jest często wymieniany jako źródło wiedzy na temat raka gruczołu krokowego zarówno w autorskich badaniach (31%), jak i w badaniach Kamińskiej i in. (40,3%) [11], to strony internetowe dotyczące tematyki raka stercza i jego profilaktyki wydają się być mało popularne. Niemal 7 na 10 respondentów nie znało żadnego portalu związanego z powyższą tematyką. Co piąty (20,5%) znał serwis eUrologia.pl, a 6,8% respondentów znało stronę "zwrotnik raka".

Na podstawie danych uzyskanych przez Alinę Delugę i wsp. w 2014r. i porównując je z materiałem badawczym uzyskanym podczas autorskiego badania z 2017r. można stwierdzić, że poziom wiedzy mężczyzn z województwa lubelskiego na temat czynników ryzyka wystąpienia raka gruczołu krokowego uległ pogorszeniu. Niezadowolający poziom wiedzy wśród pacjentów dostrzegają również R. Sierżantowicz, M. Dreger, K. Łagoda oraz G. Jurkowska, które oceniły stan wiedzy mężczyzn na temat łagodnego rozrostu prostaty, który może rozwinąć się w raka gruczołu krokowego [17].

Brak wiedzy na temat choroby i istniejących programów profilaktycznych jest najczęściej wymieniany jako przeszkoda w zapobieganiu rakowi gruczołu krokowego. Niestety, odbija się to w postaci niskiej frekwencji. Wśród respondentów wyniosła ona jedynie 4,5%. Programy były realizowane zarówno w poradni urologicznej, jak i w praktyce lekarza rodzinnego. Z przeglądu literatury wynika, że w diagnostyce raka gruczołu krokowego wykorzystuje się oznaczanie poziomu PSA we krwi, badanie per rectum i USG. Wyniki badań własnych zdają się potwierdzać założenia procedur diagnostycznych dotyczących raka gruczołu krokowego, ponieważ wszyscy mężczyźni uczestniczący w programie profilaktycznym mieli oznaczony poziom PSA we krwi, połowie z nich wykonano USG jamy brzusznej i połowa została przebadana za pomocą badania per rectum.

Osoby te oceniły powyższe działania średnio na 8,5 w skali satysfakcji od 1 do 10. Optymizmem napawa fakt, że 61,4% respondentów wyraziło zgodę na udział w badaniach przesiewowych. Zainteresowanie jest dość duże, dlatego należy podjąć odpowiednie środki, aby umożliwić mężczyznom szersze korzystanie z programów profilaktycznych. Korzyści płynące z powszechnie prowadzonych kampanii skierowanych do kobiet, takich jak badania mammograficzne czy cytologiczne, mogą poprawić wykrywanie i skuteczne leczenie raka gruczołu krokowego wśród mężczyzn z województwa lubelskiego oraz w całym kraju poprzez programy profilaktyczne. Tym bardziej, że mężczyźni są świadomi, że wczesne wykrycie choroby jest kluczowe dla skutecznego wyleczenia. W badaniu aż 84,1% respondentów wskazało na ten fakt. Równie wysoki wynik uzyskano u Kamińskiej i wsp. w jej badaniach - 87,8% [11].

Na podstawie zebranych własnych materiałów badawczych można stwierdzić, że dostępność programów prewencyjnych jest taka sama dla mężczyzn na obszarach wiejskich, jak i miejskich. Jednak prawie 60% respondentów uważa, że są one dostępne w małym stopniu.

Badania Kamińskiej i wsp. przeprowadzone na grupie 1201 mężczyzn z całego kraju są bardziej optymistyczne. Aczkolwiek wskazują one, że 53,3% respondentów nie brało udziału w żadnym badaniu przesiewowym, ale u co czwartego wykonano badanie ultrasonograficzne, a podobny odsetek (23,9%) poddano badaniu PSA. W gorszej sytuacji znajdują się mężczyźni obciążeni ryzykiem zawodowym. Wśród nich 71,3% nie brało udziału w badaniach profilaktycznych, USG wykonano w 8,5% przypadków, a badanie oznaczenia PSA we krwi wykonano u 9,8% mężczyzn. Uzyskane dane trudno odnieść do stosowania programów profilaktycznych przez mężczyzn z województwa lubelskiego, gdyż tylko 6,3% respondentów z tego regionu pochodzi z Polski [11]. Jednak niepokojąco niska frekwencja, potwierdzona przez badanie własne oraz badania Kamińskiej i in. wydaje się być mocnym argumentem przemawiającym za wprowadzeniem odpowiednich działań propagujących i informacyjnych w zakresie programów profilaktyki raka gruczołu krokowego. Wszyscy mężczyźni powinni być świadomi, że rak gruczołu krokowego jest chorobą, która początkowo jest bezobjawowa, dlatego wskazane jest przeprowadzenie badań przesiewowych zwiększających szanse na wykrycie raka gruczołu krokowego we wczesnym stadium. Brak danych na temat częstotliwości udziału mężczyzn w badaniach przesiewowych uniemożliwia ocenę skuteczności programów profilaktycznych. Porównanie liczby osób zagrożonych rakiem gruczołu krokowego z liczbą osób, które przeszły badania przesiewowe,

może doprowadzić do wdrożenia programów profilaktycznych na poziomie krajowym, wojewódzkim, a nawet powiatowym.

Wnioski

1. W oparciu o kwestionariusz własnego autorstwa można stwierdzić, że poziom wiedzy badanych na temat raka gruczołu krokowego jest niski. Ponadto respondenci wskazywali, że czynnik ten jest największą przeszkodą w realizacji programu prewencyjnego. Dlatego też należy podjąć skuteczne środki w celu zwiększenia wiedzy na temat choroby, objawów, diagnostyki, leczenia, a przede wszystkim jej zapobiegania.
2. Należy podjąć środki w celu podniesienia świadomości pracowników ochrony zdrowia na temat istotnej roli, jaką odgrywają oni w informowaniu pacjentów o poważnej i coraz częściej diagnozowanej chorobie - nowotworze gruczołu krokowego. Badani wskazywali lekarza jako jedno z głównych źródeł informacji na temat choroby. Tylko w co trzecim przypadku lekarz informował o badaniach profilaktycznych dotyczących raka stercza, a co piąty udzielił porad i zaleceń, jak należy wyeliminować czynniki ryzyka. Badanie wykazało również, że w chwili obecnej najważniejszą funkcję informacyjną w tym obszarze pełni Internet.
3. Znajomość czynników ryzyka zachorowania na raka gruczołu krokowego jest na średnim poziomie. Uzasadnione jest zatem kontynuowanie działań edukacyjnych, które w przyszłości mogą doprowadzić do zwiększenia świadomości wśród dużej części mężczyzn w naszym kraju. Środki, które można podjąć w oparciu o nią, to np. wizyta u urologa w celu przeprowadzenia odpowiednich badań przesiewowych. Zwiększyłyby one liczbę rozpoznanych wczesnych stadiów choroby prostaty, co z kolei daje duże szanse na wyleczenie. Skorzystałoby z tego działania również państwo - leczenie wczesnego stadium raka niesie ze sobą niższe koszty w porównaniu z zaawansowaną postacią raka gruczołu krokowego.
4. Pomimo krajowych i regionalnych programów profilaktyki raka gruczołu krokowego, bardzo niewielu respondentów lub ich znajomych wzięło w nich udział. Jest to niezwykle niepokojące, biorąc pod uwagę korzyści płynące z tych działań. Dla porównania, programy skierowane do kobiet są bardzo dobrze rozpowszechnione, co przekłada się na dużą frekwencję oraz świadomość płci żeńskiej na temat danej choroby. Należy zatem podjąć odpowiednie środki w celu zapewnienia, że profilaktyka raka układu moczowo-płciowego u mężczyzn jest równie łatwo dostępna i rozpowszechniana wśród grupy docelowej.

Szczególnie, że rak gruczołu krokowego jest drugą najczęstszą formą raka, a mężczyźni niechętnie chodzą do lekarza bez wyraźnej przyczyny.

5. Programy profilaktyczne dotyczące raka gruczołu krokowego powinny być prowadzone w taki sposób, aby były one dostępne dla wszystkich mężczyzn. Wysoki wskaźnik średnich 5-letnich przeżywalności nie powinien wykluczać tych działań ani obniżać ich znaczenia. Mężczyźni ze wszystkich województw powinni mieć zapewniony dostęp do regularnego korzystania z programów prewencyjnych, a osoby z grup podwyższonego ryzyka nawet co roku. Przyczyniłoby się to do skuteczności i zadowolenia z przeprowadzonych działań zapobiegawczych.
6. Zdaniem respondentów badania przesiewowe są najskuteczniejszą metodą zapobiegania raka gruczołu krokowego. Wprowadzenie indywidualnych zaproszeń dla osób spełniających określone kryteria mogłoby zwiększyć liczbę uczestników w programach profilaktycznych, co potwierdzają statystyki wskazujące, że chęć udziału w takich badaniach deklaruje 61,4% respondentów.
7. Wiedza na temat raka gruczołu krokowego deklarowana przez respondentów nie ma decydującego znaczenia dla udziału w badaniach przesiewowych w kierunku tej choroby. Dlatego należy podjąć działania, aby uświadomić mężczyznom, że wczesne wykrycie choroby daje im bardzo duże szanse na całkowite wyleczenie.
8. Działania edukacyjne skutkowały uzyskaniem porównywalnego poziomu wiedzy na temat raka gruczołu krokowego u mężczyzn zarówno na obszarach miejskich, jak i wiejskich. Nie wpłynęła na to również sytuacja socjalna respondentów. Osoby z wyższym wykształceniem posiadały wyższy poziom wiedzy na temat raka gruczołu krokowego niż osoby z wykształceniem średnim lub zawodowym. Podobną tendencję wykazywały również osoby pozostające w związkach małżeńskich. Tylko 4,5% wszystkich respondentów wzięło udział w programie profilaktycznym, co niestety nie pozwala na konstruktywne wnioski dotyczące wpływu niezależnych zmiennych na udział w badaniach przesiewowych. Wskazuje jednak na zakres problemu, że programy prewencyjne nie są wykorzystywane. Ponad połowa respondentów wyraziła chęć uczestniczenia w takim przedsięwzięciu, dlatego konieczne jest podjęcie działań, które im to umożliwią.

Piśmiennictwo

1. Krzakowski M., Potemski P., Warzocha K., Wysocki P.: Onkologia kliniczna. Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2015.

2. Deluga A., Ślusarska B., Belmas E., Charzyńska-Gula M.: Wiedza mężczyzn na temat czynników ryzyka raka gruczołu krokowego. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2015, 96, 757-762.
3. Prognoza ludności na lata 2014-2050, *Studia i analizy statystyczne*, GUS, 2014
4. Niedbała A.: Program profilaktyki raka gruczołu krokowego w Powiecie Bełchatowskim realizowany w latach 2015-2017, <http://www2.dolsat.pl/og%C3%B3lny/program-profilaktyki-raka-gruczo%C5%82u-krokowego-w-powiecie-be%C5%82chatowskim-w-latach-2015-2017> (30.04.2019).
5. Bączek I.: Medycyna kontra rak prostaty: bilans zysków i strat <http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Onkologia/Medycyna-kontra-rak-prostaty-bilans-zyskow-i-strat,131456,1013.html> (24.05.2017).
6. Guzik A., Sawicka E., Długosz A.: Rola estrogenów i czynników środowiskowych w raku prostaty. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*, 2014, 47(1), 57-63.
7. Mould R.: Cancer statistics overview with special reference to prostate, colon and rectum, lung, breast and cervix uteri. *Journal of Oncology*, 2008, 3, 213-220.
8. Dennis L.K., Dawson D.V.: Meta-analysis of measures of sexual activity and prostate cancer. *Epidemiology*, 2002, 13(1), 72-79.
9. Alexander D.D., Mink P.J., Cushing C.A., Scourman B.: A review and meta-analysis of prospective studies of red and processed meat intake and prostate cancer. *Nutrition Journal*, 2010, 9, 50-66.
10. Renehan A.G., Tyson M., Egger M., Heller R.F., Zwahlen M.: Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet*, 2008, 371(9612), 569-578.
11. Kamińska A., Mieszalska J., Bandury M. i wsp.: Program projektu 45+. Centrum Onkologii – IMSC, Warszawa, 2011.
12. Humphrey P.: Cancer of the male reproductive organs [in]: *World Cancer Report 2014*. Stewart B., Wild C. (eds). International Agency for Research on Cancer, WHO 2014, 658-677.
13. Huncharek M., Sue Paddock K., Rodney R., i wsp.: Smoking as a risk factor for prostate cancer: a meta analysis of 24 prospective cohort studies. *The American Journal of Public Health*, 2010, 100(4), 693-701.
14. Middleton Fillmore K., Chikritzhs T., Stockwell T., et al.: Alcohol use and prostate cancer: a meta-analysis. *Molecular Nutrition & Food Research*, 2009, 53(2), 240-255.

15. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization,: IARC Handbooks of Cancer Prevention vol. 6. Weight control and physical activity, IARC Press, Lyon, 2002.
16. Johnsen N.F., Tjønneland A., Thomsen B.L., et al: Physical activity and risk of prostate cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohort. International Journal of Cancer, 2009, 125, 902-908.
17. Sierżantowicz R., Dreger M., Łagoda K., Jurkowska G.: Ocena wiedzy pacjentów na temat łagodnego rozrostu gruczołu krokowego. Problemy Pielęgniarstwa, 2009, 17(3), 223-227.

Ocena własna pielęgniarek programu kształcenia w zakresie opieki nad pacjentem umierającym

Inglot Anna

Studentka studiów III stopnia na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński-Collegium Medicum, Kraków

Wykaz skrótów

EoLC – *End-of-Life Care* (opieka u kresu życia)

ESMO – *European Society for Medical Oncology Palliative Care Working Group* (Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej)

p – poziom istotności

POZ – Podstawowa opieka zdrowotna

WHO - *World Health Organisation* (Światowa Organizacja Zdrowia)

WNZ UJ-CM – Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego-Collegium Medicum

Wstęp

Umieranie jest etapem życia każdego człowieka, dlatego też zapewnienie doskonałej, humanitarnej opieki pacjentom u schyłku życia stanowi istotną część opieki pielęgniarskiej [1].

Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej ESMO (*European Society for Medical Oncology Palliative Care Working Group*), podkreśla wyjątkowość i odmienność opieki u schyłku życia (*end – of – life care*) od pozostałych form postępowania z pacjentami. Zaznacza również, że w tym okresie pojawiają się zupełnie nowe, specyficzne dolegliwości i problemy fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe, które wymagają wdrożenia specjalnych standardów postępowania i procedur [2].

Według Cicely Saunders, możliwość towarzyszenia pacjentowi w tym wyjątkowym okresie jest niezwykłym wyróżnieniem i unikalnym zadaniem pielęgniarek, jednak nie każda osoba wykonująca ten zawód jest gotowa i powołana do uczestniczenia w odchodzeniu pacjentów. Zapewnianie opieki pacjentowi odchodzącemu wymaga nie tylko wiedzy i umiejętności, ale także wewnętrznego poświęcenia i oddania, których poziom zależy od cech

osobowościowych, indywidualnego nastawienia wobec opieki u kresu życia oraz postaw wobec zjawiska śmierci. Istotę opieki u kresu życia Cicely Saunders zawarła w słowach: *Licysz się, ponieważ jesteś tym kim jesteś. Liczysz się do ostatniej chwili swojego życia. Zrobimy wszystko co w naszej mocy, nie tylko pomagając ci spokojnie umrzeć, ale także żyć aż do śmierci* [3]. Słowa te nakładają na personel sprawujący opiekę nad pacjentem umierającym ogromny obowiązek i odpowiedzialność, oparty na odpowiednim przygotowaniu zawodowym do pełnienia tej ważnej roli, co wymaga właściwego przygotowania. Podobnego zdania jest Shuler, pisząc: *Jeśli my, pielęgniarki nie będziemy potrafiły w sposób profesjonalny zachować się w obliczu śmierci, to jak będziemy mogły pomóc naszym pacjentom? Jeśli będzie to stanowiło problem w naszym życiu i jeśli śmierć będzie dla nas przerażającym tabu, nigdy nie będziemy w stanie zachować się spokojnie i z opanowaniem wobec pacjenta, który umiera* [4].

Tematy związane z opieką nad pacjentem umierającym zostały wprowadzone po raz pierwszy do programów kształcenia pielęgniarek w USA w 1975 r., gdzie w 7 szkołach medycznych wprowadzono kursy dotyczące szeroko pojętego obszaru śmierci i umierania [5]. W Polsce zagadnienia związane z opieką nad chorym u kresu życia w ujęciu holistycznym, wprowadzone zostały do programów kształcenia dopiero w drugiej połowie lat 90. XX wieku [6]. Obecnie zagadnienia te omawiane są na I i II stopniu studiów na kierunkach pielęgniarstwo zarówno na uniwersytetach, akademiach, jak i wyższych szkołach zawodowych, kształcących pielęgniarki. W Polsce kształcenie pielęgniarek regulowane jest m.in. przez Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa. Zawarte w nim efekty kształcenia oraz przedmioty przewidziane w programach stanowią standardy kształcenia na kierunku pielęgniarstwo i muszą być zrealizowane przez uczelnie kształcące w tej dziedzinie [7]. W Rozporządzeniu w programie studiów pielęgniarstwa I stopnia uwzględniono przedmiot Opieka paliatywna, a efektami kształcenia na studiach licencjackich, które mogą znaleźć zastosowanie podczas opieki nad pacjentem umierającym są: *wymienia objawy zagrożenia życia u pacjentów w różnym wieku, zna standardy i procedury postępowania w stanach nagłych i zabiegach ratujących życie, tworzy pacjentowi warunki do godnego umierania, zna procedurę postępowania z ciałem zmarłego* [7].

Na studiach II stopnia Rozporządzenie nie przewiduje przedmiotu, bezpośrednio związanego z opieką nad pacjentem umierającym, a w zakresie tej dziedziny wyróżniono efekty kształcenia, takie jak: *definiuje nagłe stany zagrożenia życia* [7] oraz *zna najczęściej stosowane zabiegi resuscytacyjne* [7].

Kształcenie w zakresie opieki nad pacjentem umierającym zostało wprowadzone do programu studiów pielęgniarskich zarówno na poziomie licencjackim, jak i magisterskim, w Instytucie Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego–Collegium Medicum w Krakowie. Szczegółowe zakresy tematyczne zajęć, realizowane są w trakcie trzyletnich studiów licencjackich oraz dwuletnich studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo, mające na celu przygotowanie studentów do pracy z pacjentami umierającymi oraz do radzenia sobie ze stresem związanym z jej wykonywaniem (Tabela I i Tabela II) [8,9].

Tabela I. Tematy realizowane w trakcie studiów na kierunku pielęgniarstwo I stopnia WNZ UJ-CM, przygotowujące studentki pielęgniarstwa do pracy z pacjentami umierającymi oraz do radzenia sobie ze stresem związanym z jej wykonywaniem, *opracowanie własne, na podstawie [8]*.

PRZEDMIOT	TEMAT
Filozofia i etyka zawodu pielęgniarki	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wprowadzenie do zagadnień etyki zawodu pielęgniarki. 2. Podstawowe teorie etyczne i uniwersalne zasady moralne we współczesnej opiece nad zdrowiem. 3. Współczesne koncepcje etyczne w praktyce pielęgniarskiej. 4. Odpowiedzialność moralna pielęgniarki. 5. Kodeks etyki zawodowej MRP i pielęgniarek RP. 6. Bioetyka a etyka pielęgniarska. 7. Etyka w badaniach naukowych. 8. Dylematy moralne w pracy pielęgniarki i ich rozwiązywanie.
Podstawy pielęgniarstwa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ocena stanu, rozpoznanie potrzeb/problemów pielęgnacyjnych u pacjentów.
Psychologia	<ol style="list-style-type: none"> 2. Sytuacje trudne i stres psychologiczny – koncepcje stresu psychologicznego, stres psychologiczny a biologiczny, stres a choroby cywilizacyjne, style i strategie radzenia sobie ze stresem, przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu. 3. Stres (znaczenie stresu w funkcjonowaniu człowieka, sposoby radzenia sobie i zapobiegania reakcjom stresowym, skuteczne i nieskuteczne techniki radzenia sobie ze stresem). 4. Rola komunikacji interpersonalnej w pielęgnowaniu (interakcyjny model komunikowania się, bariery komunikacyjne, znaczenie dialogu i aktywnego słuchania dla przewycięzania barier komunikacyjnych i budowania podmiotowych relacji z pacjentem, istota i znaczenie asertywności, pielęgnowanie a komunikacja terapeutyczna i jatrogenna).

Socjologia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proces umierania, postawy społeczne wobec śmierci. 2. Relacja pielęgniarki z pacjentem w procesie leczenia. Proces komunikacji i interakcji. Zachowania instrumentalne i psychospołeczne w relacji z pacjentem. Relacja pielęgniarka-pacjent nieuleczalnie chory, umierający. 3. Pielęgniarka w instytucji medycznej. Mechanizmy społeczne warunkujące satysfakcję z roli zawodowej pielęgniarki. Stres zawodowy i wypalenie zawodowe.
Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne	Zasady resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
Anestezjologia i pielęgniarstwo w zagrożeniu życia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stany zagrożenia życia - rozpoznanie i postępowanie. 2. Zabiegi reanimacyjne wykonywane ramach BLS. 3. Opieka nad chorym w stanie zagrożenia życia-chory nieprzytomny, z ostrą niewydolnością krążenia i układu oddechowego, chory we wstrząsie.
Opieka paliatywna	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opieka paliatywna i hospicyjna – definicja, filozofia i zasady. 2. Rola pielęgniarki w wielodyscyplinarnym zespole opieki paliatywnej. Procedury i standardy w opiece paliatywnej. 3. Priorytety i dylematy etyczne u kresu życia człowieka. 4. Wymiar wsparcia w opiece paliatywnej. 5. Problem wypalenia zawodowego w opiece paliatywnej. 6. Zapobieganie wypaleniu zawodowemu. 7. Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej (aspekty psychologiczne umierania i żałoby, problemy komunikacyjne, emocje towarzyszące chorobie nowotworowej, wymiar wsparcia w opiece paliatywnej) oraz problemy duchowe osób nieuleczalnie chorych. 8. Planowanie, organizowanie i sprawowanie opieki nad chorym w terminalnym okresie choroby i nad jego opiekunami.

Tabela II. Tematy realizowane w trakcie studiów na kierunku pielęgniarstwo II stopnia WNZ UJ-CM, przygotowujące studentki pielęgniarstwa do pracy z pacjentami umierającymi oraz do radzenia sobie ze stresem związanym z jej wykonywaniem, (opracowanie własne) [9]

PRZEDMIOT	TEMAT
Podstawy psychoterapii	1. Relacja terapeutyczna w pracy pielęgniarki – jej znaczenie, cechy, granice, przeniesienie i przeciwprzeniesienie.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Warunki konieczne do powstania relacji terapeutycznej i główne przeszkody w jej budowaniu (sprzyjające i niesprzyjające postawy terapeuty, trudne zachowania pacjenta). 3. Psychologiczne narzędzia potrzebne w budowaniu relacji terapeutycznej (empatia - aktywne słuchanie, asertywność – techniki zachowań asertywnych). 4. Zasoby osobiste stymulowane podczas terapeutycznej komunikacji z pacjentem (poczucie własnej wartości, poczucie wsparcia, poczucie rozumienia, nadzieja, poczucie sensu, humor, motywacja do wyleczenia, zdolność do uzewnętrzniania uczuć). 5. Uwrażliwienie na emocjonalne zjawiska pojawiające się w kontakcie interpersonalnym i pozytywna autoprezentacja (oczekiwania wobec zajęć, zasady udzielania konstruktywnych informacji zwrotnych, indywidualne wzorce emocjonalnego reagowania w kontakcie, mocne strony uczestników w kontaktach zawodowych). 6. Empatia jako istotny element relacji terapeutycznej, techniki aktywnego słuchania i ćwiczenie zaawansowanych form terapeutycznego ich wykorzystania, grupowy Trening Balintowski. 7. Trudne sytuacje kontaktu pielęgniarka – pacjent i pielęgniarka - lekarz (np. sytuacje konfliktowe i stresujące, kontakt ze śmiercią, chorymi źle rokującymi, chorymi terminalnie itp.), grupowy Trening Balintowski.
<p>Psychologia stosowana</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wpływ sytuacji społecznych na zachowanie człowieka. Jednostka a grupa społeczna w sytuacjach stresu i kryzysu. 2. Znaczenie wsparcia społecznego, koncepcje niedostatku wsparcia. 3. Koncepcja kryzysu, następstwa wydarzeń kryzysowych (w tym: następstwa zdrowotne), kryzysy związane z chorobą. 4. Skutki psychologiczne wydarzeń traumatycznych, charakterystyka stresu potraumatycznego na przykładzie chorób terminalnych, pomoc psychologiczna w sytuacji zdarzenia traumatycznego. 5. Psychologiczna problematyka śmierci i umierania, pierwsza pomoc psychologiczna. 6. Zasady pierwszej pomocy psychologicznej i psychologicznej interwencji w sytuacjach kryzysowych. 7. Skutki psychologiczne wydarzeń traumatycznych, charakterystyka stresu potraumatycznego na przykładzie chorób terminalnych, pomoc psychologiczna w sytuacji zdarzenia traumatycznego.

	8. Pierwsza pomoc psychologiczna w sytuacjach śmierci i umierania.
Śmierć i umieranie w różnych kulturach (przedmiot fakultatywny na 2 roku studiów II stopnia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umieranie, cierpienie i śmierć w perspektywie biologicznej i kulturowej. 2. Filozoficzne interpretacje genezy i istoty pojęcia cierpienia i śmierci. 3. Zachodnioeuropejskie wzorce myślenia o cierpieniu i śmierci: w filozofii starożytnej, w Starym i Nowym Testamencie. 4. Stosunek do cierpienia i śmierci w innych kulturach: buddyzm, konfucjanizm, judaizm, islam. 5. Doświadczenie śmierci: jego granice i rzeczywistość (moja śmierć, śmierć Innego, co odsłania śmierć innego, zasięg "doświadczenia" śmierci). 6. Kulturowe uzasadnienia istnienia cierpienia. 7. Postawy ludzkie wobec śmierci a osobowość (aspekt poznawczy postawy wobec śmierci; uwarunkowanie lęku przed śmiercią; konceptualizacja śmierci, osvajanie śmierci). 8. Współczesność wobec śmierci i cierpienia - śmierć "odwrócona" (odrzucenie śmierci, wstyd cierpienia i umierania, śmierć "nieczysta", umieranie szpitalne, uroczystości pogrzebowe). 9. Cierpienie dziecka – pacjenta. 10. Spotkanie personelu medycznego z pacjentem cierpiącym. 11. Spotkanie personelu medycznego z pacjentem umierającym.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była ocena własna pielęgniarek programu kształcenia w zakresie przygotowania ich do sprawowania opieki nad pacjentem umierającym.

Material i metody

W badaniu przeprowadzonym w okresie od lipca do października 2017 roku uczestniczyło 215 pielęgniarek, absolwentów i studentów studiów II stopnia na kierunku pielęgniarstwo WNZ UJ-CM oraz absolwentów studiów pomostowych na kierunku pielęgniarstwo. Badani zostali podzieleni na cztery grupy:

- grupa A – 51 badanych, to aktualne studentki kierunku pielęgniarstwo II stopnia WNZ UJ-CM,

- grupa B – 53 badanych to pielęgniarki środowiskowo-rodzinne, pracujące w różnych placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) na terenie Miasta Krakowa
- grupa C – 62 badanych to pielęgniarki opieki paliatywnej, uczestniczki kursu specjalizacyjnego z dziedziny Pielęgniarstwo Opieki Paliatywnej
- grupa D – 49 badanych to pielęgniarki pracujące w oddziale geriatrycznym jednym z Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych na terenie Miasta Krakowa. Przed przystąpieniem o badania uczestniczki zostały poinformowane o celu badań, anonimowości oraz dobrowolności udziału w badaniu.

Za kryteria włączające do badań przyjęto:

- posiadanie dyplomu pielęgniarskiego,
- uczestniczenie w cyklu kształcenia pielęgniarskiego WNZ UJ-CM,
- wyrażenie zgody na udział w badaniu,
- poprawne wypełnienie kwestionariusza ankiety.

Za kryteria wyłączające z badań przyjęto:

- niewyrażenie zgody na badanie oraz cofnięcie jej na każdym etapie badania,
- błędne lub niekompletne wypełnienie kwestionariusza ankiety.

W przeprowadzonym badaniu zastosowano dwie metody badawcze – analizę literatury przedmiotu oraz sondaż diagnostyczny z użyciem kwestionariusza ankiety jako narzędzia badawczego.

Kwestionariusz ankiety został opracowany przez autora niniejszej pracy pod kątem specyfiki przeprowadzanych badań dotyczących zjawisk śmierci i umierania oraz opieki pielęgniarskiej nad pacjentem umierającym. Kwestionariusz ankiety składał się z trzech części dotyczących:

- danych socjodemograficznych,
- podstawowych pojęć związanych ze śmiercią i umieraniem,
- postaw badanych wobec śmierci i umierania.

Kwestionariusz zawierał 28 pytań o zróżnicowanym charakterze: pytania jedno- i wielokrotnego wyboru; pytania otwarte, zamknięte i półzamknięte, mieszane oraz pytania warunkowe.

Zebrane dane poddano analizie statystycznej wykonanej za pomocą programu Excel.

W celu określenia ewentualnych zależności wyznaczony został współczynnik korelacji R, przy założonym poziomie istotności $p < 0,05$.

Charakterystyka grupy badanej

W badaniach wzięły udział wyłącznie kobiety.

Najliczniejszą grupę wiekową, 96 (44,7%) badanych stanowiły badane w wieku od 41 do 50 lat. Blisko jedna trzecia – 69 (32,1%) badanych – było w wieku od 20 do 30 lat, natomiast grupy wiekowe 31-40 oraz 51-60 były prawie identyczne, odpowiednio: 27 (12,6%) badanych i 26 (12,1%) badanych.

Większość – 105 (48,8%) badanych – było mieszkankami Krakowa, natomiast 34 (15,8%) badane mieszkankami miasta innego niż Kraków, a 76 (35,3%) badanych mieszkało na wsi.

Licencjat pielęgniarstwa ukończyły 123 (57,2%) badane, magisterium 52 (24,2%) badanych, a 40 (18,6%) badanych ukończyło studia pomostowe na kierunku pielęgniarstwo na WNZ UJ-CM. Specjalizację posiadało 21 (9,8%) badanych, z czego – 9 (4,2%) badanych z leczenia zachowawczego, 5 (2,3%) badanych z anestezjologii, po 3 (1,4%) badane z chirurgii oraz z opieki długoterminowej oraz po 1 (0,5%) z onkologii, psychiatrii i pediatrii. 1 (0,5%) badana posiadała ponadto tytuł magistra pedagogiki oraz również 1 (0,5%) badana tytuł magistra socjologii.

Spośród 215 badanych pielęgniarek, 14 (6,5%) to studentki II stopnia na kierunku pielęgniarstwo WNZ UJ-CM, niewykonujące zawodu pielęgniarki, a pozostałe 201 (93,5%) badanych były aktywne zawodowo.

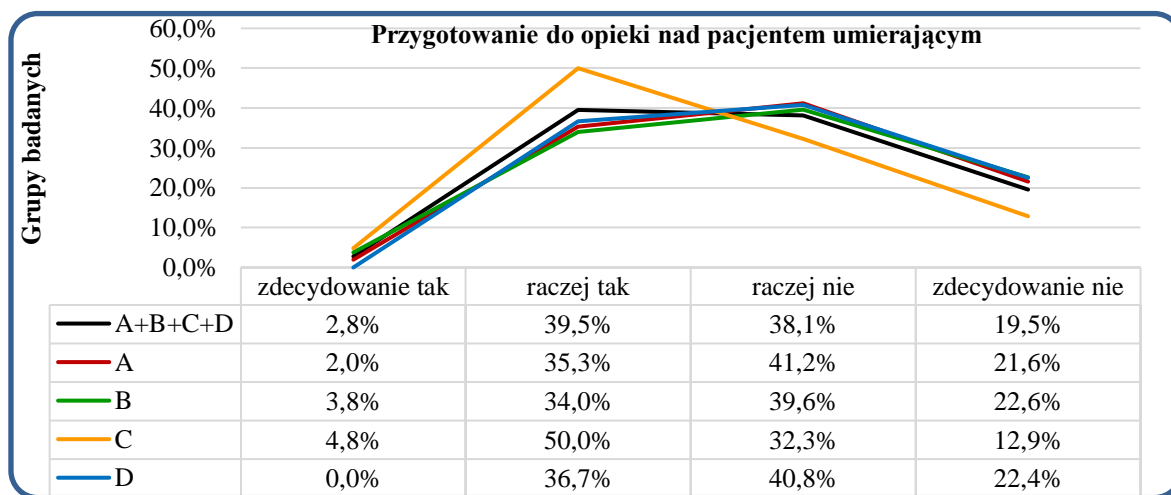
Staż pracy badanych wahał się od 1 miesiąca do 39 lat.

Wyniki

Zapytano badanych, czy program kształcenia na kierunku pielęgniarstwo WNZ UJ-CM przygotowuje do opieki nad pacjentem umierającym. Według 6 (2,8%) respondentów studia na kierunku pielęgniarstwo WNZ UJ-CM *zdecydowanie* przygotowały do opieki nad pacjentem umierającym. Odpowiedź *raczej tak* określiło 85 (39,5%) badanych, *zdecydowanie nie* – 42 (19,5%) badanych, a *raczej nie* – 82 (38,1%) respondentki.

Uwzględniając podział badanych na grupy zawodowe, w trzech spośród czterech grup, najczęstszą udzielaną odpowiedzią była odpowiedź: *raczej nie*, którą wybrało 21 (41,2%) studentek pielęgniarstwa, 21 (39,6%) pielęgniarek środowiskowych i 20 (40,8%) pielęgniarek geriatrycznych. Należy jednak zwrócić uwagę, że w odróżnieniu od pozostałych grup zawodowych, w grupie pielęgniarek opieki paliatywnej najwięcej, bo 31 (50,0%) badanych

udzieliło odpowiedzi, że program studiów raczej przygotowuje do opieki nad pacjentem umierającym. Uzyskane wyniki przedstawiono na Ryc. 1.

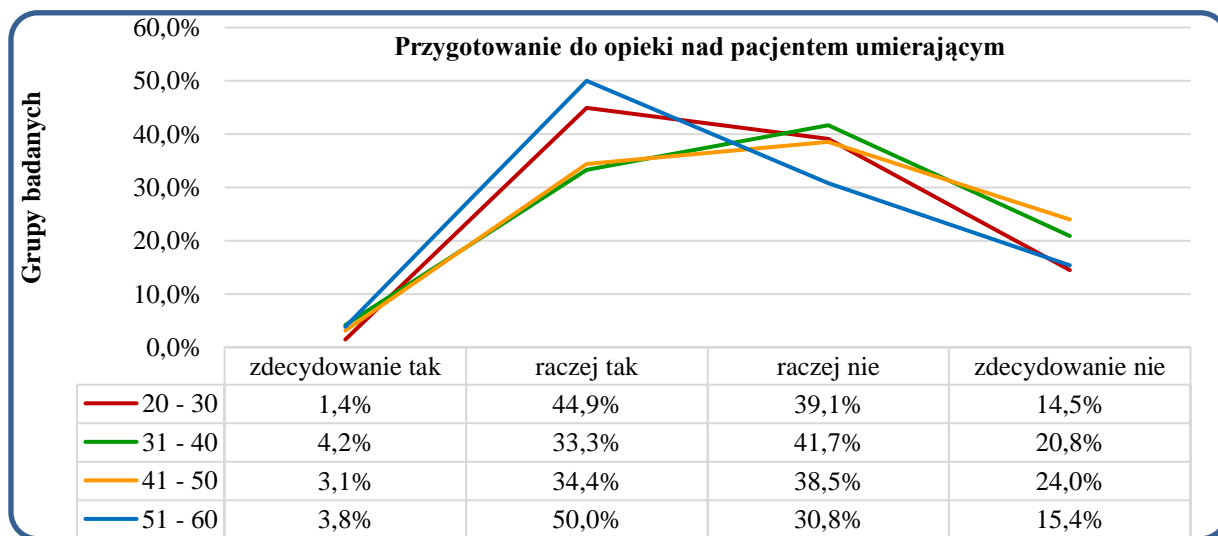


Ryc. 1. Przygotowanie zawodowe do opieki nad pacjentem umierającym (grupy A-B-C-D)

Uwzględniając wiek badanych, w odpowiedzi na pytanie czy program kształcenia przygotował do opieki nad pacjentem umierającym, 31 (44,9%) pielęgniarek w wieku od 20 do 30 lat było zdania, że studia *raczej* przygotowały ich do opieki nad pacjentem umierającym, podobnie jak – 13 (50,0%) badanych w wieku 51-60 lat. Badane w wieku od 31 do 50 lat były zdania, że studia *raczej nie* przygotowały ich do tego zadania. Odpowiedź *zdecydowanie tak* określiło najmniej badanych: 1 (1,4%) badana w wieku 20-30 lat, 1 (4,2%) badana w wieku 31-40 lat, 3 (3,1%) badane w wieku 41-50 lat oraz 1 (3,8%) badana w wieku od 51 do 60 lat. O tym, że tok nauczania w zdecydowany sposób nie przygotował badanych do opieki nad pacjentem umierającym było przekonanych: 10 (14,5%) badanych w wieku 20-30 lat, 5 (20,8%) badanych w wieku 31-40 lat, 23 (24,0%) badanych w grupie wiekowej 41-50 lat oraz 4 (15,4%) badane w wieku od 50 do 60 lat. Uzyskane dane przedstawiono szczegółowo na Ryc. 2.

Następnie poproszono badane o zaproponowanie zmian w dotychczasowym programie kształcenia pielęgniarek na WNZ UJ-CM, w zakresie przygotowania do opieki nad pacjentem umierającym. Jakość kształcenia w zakresie opieki nad pacjentem umierającym wzrosłaby według 7 (3,3%) badanych poprzez wprowadzenie zajęć z tanatologii, według 42 (19,5%) respondentek poprzez zwiększenie liczby godzin z zakresu etyki i psychologii, według 30 (14,0%) osób poprzez zwiększenie ilości godzin z przedmiotu Opieka paliatywna, według 27 (12,6%) badanych poprzez ograniczenie liczby zajęć teoretycznych na rzecz zajęć

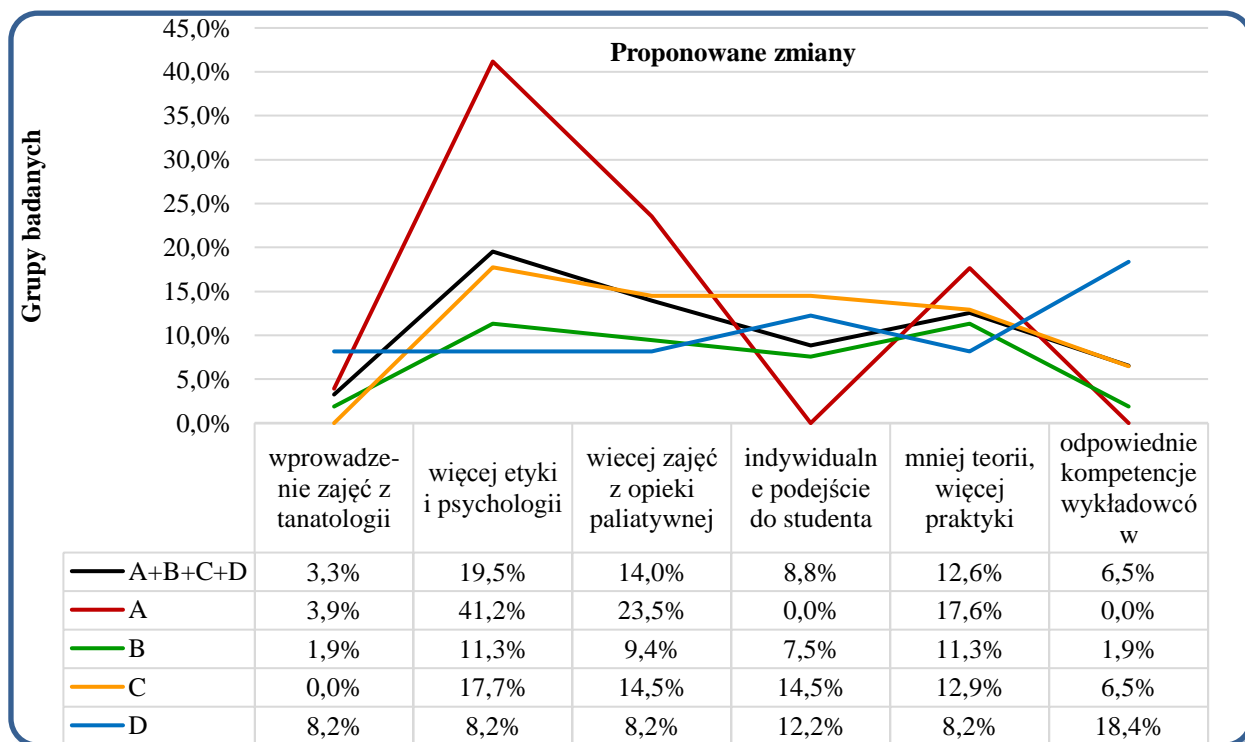
praktycznych, a według 19 (8,8%) ankietowanych poprzez bardziej indywidualne podejście do studenta. 14 (6,5%) badanych uważa, że odpowiednie kompetencje wykładowców poprawiłyby poziom przygotowania w zakresie opieki nad pacjentem umierającym.



Ryc. 2. Przygotowanie zawodowe do opieki nad pacjentem umierającym (grupy wiekowe)

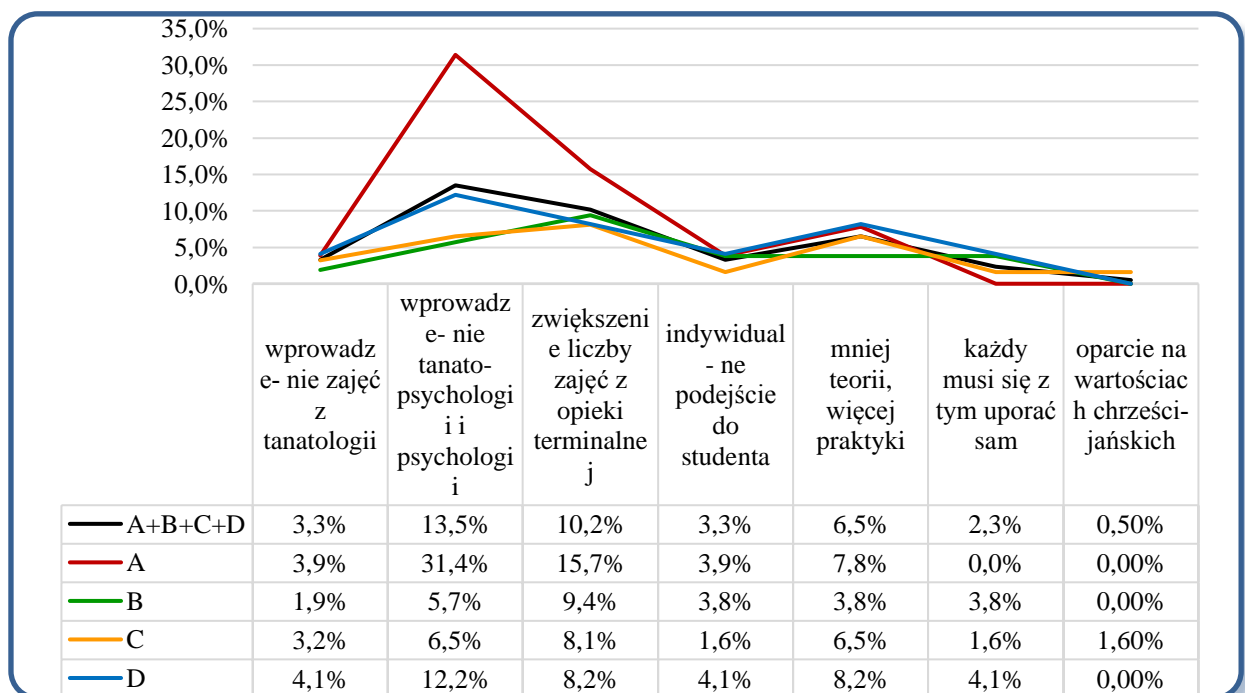
Uwzględniając podział badanych na grupy zawodowe, wprowadzeniem większej ilości zajęć z etyki i psychologii zainteresowanych było 21 (41,2% A) studentek pielęgniarstwa, które na drugim miejscu wnioskowały o zwiększenie liczby zajęć z opieki paliatywnej – 12 (23,5% A). Pielęgniarki środowiskowo-rodzinne w równym stopniu zainteresowane były zajęciami z etyki i psychologii oraz zwiększeniem zajęć praktycznych – po 6 (11,3% B) badanych. Podobne podejście reprezentowały pielęgniarki opieki paliatywnej, z których 11 (17,7% C) wskazywało na zwiększenie zajęć dotyczących etyki, a po 9 (14,5% C) badanych wnioskowało o zwiększenie zajęć z opieki paliatywnej i bardziej indywidualne podejście do studenta. Pielęgniarki geriatryczne największą wagę przykładają do odpowiednich kompetencji wykładowcy – 9 (18,4% D), indywidualnego podejścia do studenta – 6 (12,2% D) badanych, oraz po równo – 4 (8,2% D) badanych do zwiększenia zajęć z tanatologii, etyki, psychologii, opieki paliatywnej oraz zajęć praktycznych. Uzyskane wyniki przedstawiono szczegółowo na Ryc. 3.

Poproszono badanych o zaproponowanie zmian w treściach kształcenia, które mogłyby w przyszłości pomóc studentom w ukształtowaniu efektywnych sposobów radzenia sobie z doświadczeniem śmierci i umierania. Badani udzielili odpowiedzi, które przypisano do siedmiu kategorii (Ryc. 4).



Ryc. 3. Propozycje zmian w kształceniu przygotowującym do sprawowania opieki nad pacjentem umierającym (grupy A-B-C-D).

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



Ryc. 4. Proponowane zmiany pozwalające ukształtować efektywne sposoby radzenia sobie z doświadczeniem śmierci i umierania (grupy A-B-C-D)

Za wprowadzeniem do toku nauczania tanatopsychologii i psychologii opowiedziało się 29 (13,5%) badanych, z czego 16 (31,4%) badanych to studentki pielęgniarstwa, 3 (5,7%) pielęgniarki środowiskowo-rodzinne, 4 (6,5%) pielęgniarki opieki paliatywnej i 6 (12,2%) pielęgniarki geriatryczne. Na drugim miejscu 22 (10,2%) badane wymieniły zwiększenie liczby zajęć z opieki terminalnej, odpowiednio: 8 (15,7%) studentek pielęgniarstwa, 5 (9,4%) pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych, 5 (8,1%) pielęgniarek opieki paliatywnej oraz 4 (8,2%) pielęgniarki geriatryczne. O tym, że *każdy musi uporać się z tym sam* było przekonanych 5 (2,3%) badanych, natomiast tylko 1 (0,5%) ankietowana stwierdziła, że w tym przypadku opiera się na wartościach chrześcijańskich. Szczegółowe zestawienie uzyskanych wyników przedstawiono na Ryc. 4.

Podsumowanie

Wiele wyników badań potwierdza znaczenie edukacji w zmieniającym się podejściu do opieki nad pacjentami umierającymi i choć pielęgniarki odgrywają kluczową rolę w opiece paliatywnej oraz w opiece u kresu życia, nie otrzymują one wystarczających informacji w programach nauczania związanych z opieką nad pacjentami umierającymi [10]. Rosnące zapotrzebowanie społeczne na sprawowanie opieki nad osobami umierającymi stawia przed placówkami kształcącymi pielęgniarki wysokie wymagania efektywnego kształcenia w tej dziedzinie. Instytucje kształcące pielęgniarki dostrzegły konieczność wprowadzenia i rozszerzenia treści kształcenia związanych z opieką nad pacjentem umierającym [11]. Zrozumienie istotności kształcenia pielęgniarek w zakresie opieki nad pacjentem umierającym służy poprawie jakości życia w okresie umierania [12]. Według Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization WHO*) brak kształcenia pielęgniarek w zakresie opieki paliatywnej stanowi barierę w zapewnianiu optymalnej i bezpiecznej opieki nad pacjentem [13]. Dodatkowo, brak przygotowania teoretycznego powoduje znaczny stres dla pielęgniarek sprawujących opiekę nad pacjentem umierającym. Pielęgniarki wyedukowane w zakresie opieki paliatywnej świadczą wysokiej jakości opiekę wobec pacjentów umierających oraz ich rodzin [14].

Wnioski

1. Według większości badanych obowiązujący program kształcenia pielęgniarek nie przygotowuje ich w sposób efektywny do opieki nad pacjentem umierającym.

2. Badane pielęgniarki sugerują konieczność wprowadzenia zmian w programie kształcenia w zakresie opieki nad pacjentem umierającym.
3. Najczęściej proponowanymi zmianami w programie studiów pielęgniarskich były: wprowadzenie większych ilości zajęć z etyki, psychologii i opieki paliatywnej, wprowadzenie zajęć z tanatopsychologii oraz zwiększenie ilości zajęć praktycznych na oddziałach o największej umieralności.
4. Proponuje się przeprowadzenie podobnych badań w innych placówkach kształcących pielęgniarki i uwzględnienie uzyskanych wyników do opracowania nowego programu kształcenia w zakresie opieki nad pacjentem umierającym.

Piśmiennictwo

1. Glińska J., Szczepaniak M., Lewandowska M. i wsp.: Postawy personelu medycznego wobec człowieka umierającego i śmierci. Postawy wobec śmierci. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 2012, 3, 16-25.
2. Jarosz J.: Opieka paliatywna w onkologii. *Polska Medycyna Paliatywna*, 2005, 1(2), 137–143.
3. Dangel T.: Cicely Saunders (1918-2005). https://www.hospicjum.waw.pl/pliki/Artykul/1142_cicelysaunders.pdf (27.04.2019)
4. Łabuzek M., Kołpa M., Moździerz K., Lipińska M.: Przygotowanie pielęgniarek do opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową w stanie terminalnym. [w:] *W drodze do brzegu życia*. Tom II. Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Lewko J., Łukaszuk C. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok, 2007, 353-360.
5. Dickinson G. E., Field D.: Teaching end-of-life issues: Current status in United Kingdom and United States medical schools. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 2002, 19(3), 181-186.
6. Bogusz H., Pękacka-Falkowska K., Magowska A.: Under the British Roof: The British contribution to the Development of Hospice and Palliative Care in Poland. *Journal of Palliative Care*, 2018, 33(2), 115-119.
7. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa http://www.sdka.cm.uj.edu.pl/cm/uploads/2017/09/Rozporzadzenie_MNiSW_z_9maja2012r.pdf (27.04.2019).

8. Pielęgniarstwo, stacjonarne pierwszego stopnia. Informacje o programie studiów. https://www.usosweb.uj.edu.pl/kontroler.php?_action=katalog2/programy/pokazProgram&prg_kod=WOZ-065-0-ZD-6 (27.04.2019r.).
9. Pielęgniarstwo stacjonarne drugiego stopnia. Informacje o programie studiów. https://www.usosweb.uj.edu.pl/kontroler.php?_action=katalog2/programy/pokazProgram&prg_kod=WOZ-065-0-UD-4 (27.04.2019r.).
10. Khaled K. A., Jarrah S. S., Alasad J.: Influence of nurses' characteristics and education on their attitudes towards death and dying: A review of literature. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 2010, 2(1), 1-9.
11. De Vlieger M., Gorchs N., Larkin P. J., Porchet F.: European Association for Palliative Care. A Guide for the Development of Palliative Nurse Education In Europe. European Association for Palliative Care A Guide for the Development of Palliative Nurse Education In Europe Palliative Nurse Education: Report of the EAPC Task Force <https://www.apcp.com.pt/uploads/NursingEducationRecommendations.pdf> (27.04.2019).
12. Mutto E.M., Errázquin A., Rabhansal M.M., Villar M.J.: Nursing Education: The Experience, Attitudes, and Impact of Caring for Dying Patients by Undergraduate Argentinian Nursing Students. *Journal of Palliative Medicine*, 2010, 13(12), 1445-1145.
13. World Health Assembly. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-en.pdf (27.04.2019).
14. Balicas M. R.: The Effect of Palliative Care Nursing Education to Improve Knowledge in Palliative Care of Hospital Based Nurses Caring for Patients with Chronic, Serious Illness. The George Washington University, Waszyngton, 2018.

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



Program redukcji szkód jako element walki pracowników ochrony zdrowia z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych

Gworys Martyna¹, Kolasa Wojciech¹, Kurzelewska-Sobczak Anna², Szymanek-Pędzik Małgorzata¹, Sobieszcańska Małgorzata¹, Szcząchor Klara¹, Dorna Krzysztof³, Gnus Jan^{1,2,3}

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

Wykaz skrótów

DCRs - pokoje do zażywania narkotyków

IDPC - Międzynarodowe Konsorcjum Polityki Narkotykowej

IDUs - osoby zażywające narkotyki drogą dożylną

NSPs – programy wymiany igieł i strzykawek

OST - program substytucji opioidów

SEPs – programy wymiany igieł

Problem uzależnienia od substancji psychoaktywnych jest powszechny na całym świecie. Według badań statystycznych z 2017r., osoby zażywające narkotyki drogą dożylną (IDUs, *injecting drug users*) występują w 179 krajach z 206 na całym świecie i jest ich około 15,6 miliona. Najczęściej wstrzykiwaną substancją jest heroina, a także amfetamina, buprenorfina, benzodiazepina, barbiturany, kokaina, metamfetamina [1].

Rozpowszechnienie zakażenia HIV (ludzki wirus niedoboru odporności) i HCV (wirus zapalenia wątroby typu C) wśród IDUs szacuje się odpowiednio na 17,8% i 52,3% [2]. W Polsce liczba ludzi przyjmujących narkotyki drogą dożylną wynosi 14 670, a wśród nich 3% jest zakażonych HIV, natomiast HCV – 58,7% [3].

„Redukcja szkód obejmuje politykę, programy i czynności skierowane na zminimalizo-

wanie negatywnych skutków zdrowotnych, społecznych i prawnych związanych z zażywaniem narkotyków, polityką oraz przepisami prawnymi dotyczącymi narkotyków.”

Jej głównymi zasadami są: sprawiedliwość, poszanowanie praw osób używających narkotyki, wybór metod praktycznych, skutecznych, bezpiecznych i opłacalnych według solidnych materiałów dowodowych, walka z dyskryminacją oraz uniemożliwianiem dostępu do świadczeń zdrowotnych i socjalnych, np. z powodu używania narkotyków, unikanie stygmatyzacji. Główne cele programu zostały wymienione poniżej [4].

- Zachowanie ludzi przy życiu oraz zachęcanie ich do pozytywnych zmian w życiu
- Zredukowanie szkód wynikających z przepisów i polityki antynarkotykowej
- oferowanie alternatywnych podejść, które pomagają w zapobieganiu lub zaprzestaniu używania narkotyków

Wszystkie czynności w ramach programu redukcji szkód powinny być podejmowane bez osądzania, przymusu, dyskryminacji oraz wymogu zaprzestania używania narkotyków jako warunku wstępnego wsparcia [4]. Program redukcji szkód powinien być dostępny dla wszystkich ludzi, także więźniów, zgodnie z prawami człowieka [3].

Cel pracy

Celem naszej pracy jest przedstawienie możliwości, jakie daje program redukcji szkód w pomocy ludziom uzależnionym od substancji psychoaktywnych, szczególnie podawanych drogą dożylną oraz wykazanie różnic w działaniach podejmowanych w ramach tego programu w różnych krajach na terenie Europy.

Metody programu redukcji szkód

Kraje lub terytoria mają różne podejście do redukcji szkód w polityce i praktyce. W Polsce do działań objętych programem należą: wyraźne wsparcie odnoszące się do redukcji szkód w dokumentach polityki narodowej, program wymiany igieł i strzykawek oraz program substytucji opioidów. W niektórych krajach dostępne są również pomieszczenia do bezpiecznych iniekcji narkotyków oraz system wzajemnej dystrybucji naloksonu [3].

Programy wymiany igieł i strzykawek (ang. *Needle and syringe programmes*, NSPs)

oraz programy wymiany igieł (ang. *Syringe exchange programs*, SEPs) zwiększają dostęp do sterylnego sprzętu do iniekcji dla osób zażywających narkotyki drogą dożylną, którzy nie mogą lub nie chcą zrezygnować z nałogu [5]. Sprzęt wydawany jest za darmo. Głównym celem programu jest zmniejszenie ryzyka zakażenia chorobami przenoszonymi drogą krwionośną, takimi jak wirusowe zapalenia wątroby, czy zakażenie HIV. Dodatkowo programy tego typu umożliwiają kontakt osób uzależnionych z terapeutą, pracownikami ochrony zdrowia, jak i socjalnymi [6]. Do NSPs oraz SEPs zaliczamy zarówno stałe miejsca oferujące pomoc, a także automaty i pojazdy udostępniające sprzęt do iniekcji [3]. W ramach programu zatrudnieni są również pracownicy uliczni, do zadań których należy np. zbieranie zużytego sprzętu iniekcyjnego do specjalnych pojemników [6]. W wielu badaniach klinicznych udowodniono, że opisany program jest tanim i efektywnym sposobem profilaktyki zakażeń HIV wśród IDUs. Oszacowano, że oszczędności wynikające ze zmniejszonej liczby zakażeń HIV, dzięki NSPs, przewyższają czterokrotnie koszty ponoszone na zakup igieł i strzykawek [7]. Program wymiany igieł i strzykawek aktualnie funkcjonuje w 86 krajach na świecie [3]. W Polsce operują 23 wyspecjalizowane placówki NSP, które dysponują trzynastoma pracownikami zewnętrznymi. Na terenie kraju brakuje natomiast automatów ze sprzętem do iniekcji, placówek na terenie więzień, czy przy aptekach [8].

Program substytucji opioidów (ang. *Opioid substitution therapy*, OST) polega na zastąpieniu opioidu, np. heroiny, przez opioid działający dłużej i nie powodujący tak znacznej euforii – najczęściej metadon lub buprenorfina [9]. Aktualnie jako leczenie pierwszego i drugiego wyboru rekomendowana jest buprenorfina z naloksonem, a gdy odpowiedź będzie słaba lub niezadowolająca, zalecana jest zmiana leku na metadon. Leczenie za pomocą buprenorfiny z naloksonem lub metadonu okazało się pod wieloma względami lepsze w porównaniu ze stosowaniem wyłącznie agonistów α_2 -adrenergicznych lub leczenia psychospołecznego. Pozytywnymi aspektami stosowania agonistów opioidów okazały się np. lepsze wyniki pod względem rezygnacji z leczenia, utrzymującej się abstynencji od nielegalnego stosowania opioidów oraz zmniejszonego ryzyka zachorowalności i śmierci [10]. OST zdecydowanie zmniejsza ryzyko zgonu związanego z zażywaniem narkotyków drogą dożylną, w tym z przedawkowania [11]. Dodatkowym atutem terapii substytucyjnej jest spadek częstości zakażeń wirusem HIV wśród IDUs [12]. OST z użyciem metadonu lub buprenorfiny są bardziej opłacalne i dają lepsze rezultaty niż terapia antagonistami [9]. W Polsce od 1992 r. dostępna jest terapia metadonem, natomiast od 2008 r. – buprenorfiną/naloksonem. Należy zaznaczyć, że program substytucji opioidów jest także dostępny dla osadzonych od 2006r., jednak tylko w celu detoksykacji [3].

Pokoje do zażywania narkotyków (ang. *Drug consumption rooms*, DCRs) są to prawnie uregulowane ośrodki, w których osoby uzależnione mogą bezpiecznie, pod nadzorem wykwalifikowanego personelu, zażyć narkotyki. Obejmuje to środki zarówno dożylnie, jak i inhalacyjne. Miejsca te zostały stworzone w celu zmniejszenia częstości zakażeń, związanych z niehigienicznymi iniekcjami oraz by chronić osoby uzależnione przed przedawkowaniem. Podczas pobytu w takim pokoju, osoby uzależnione otrzymują jałowy sprzęt oraz opiekę, kontrolującą bezpieczeństwo iniekcji. DCRs zapewniają również możliwość rozpoczęcia terapii odwykowej oraz innego rodzaju porady zarówno zdrowotne, jak i socjalne. Dzięki takim ośrodkom osoby uzależnione rzadziej zażywają narkotyki w miejscach publicznych, zmniejsza się również częstość wyrzucania zużytych igieł w niepożądanych miejscach [13]. Każdy DCR ma własne warunki dotyczące przyjmowanych osób, np. dotyczące wieku pacjenta, czy uczestnictwa w programie substytucji opioidów. Według pracy opublikowanej w 2012r. przez IDPC (ang. *International Drug Policy Consortium*), DCRs mogą znacząco przyczynić się do ograniczenia ilości śmierci z przedawkowania wśród osób uzależnionych od narkotyków oraz liczby nowych zakażeń HIV [14].

W raporcie Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii z 2004 roku zauważono, iż brak jest dowodów na to, aby dostępność miejsc do samodzielnej iniekcji spowodowała wzrost ilości oraz częstości zażywania narkotyków, a także pojawianie się nowych uzależnionych osób. Po konsultacjach z lokalnymi władzami oraz policją nie stwierdzono również problemów z utrzymywaniem porządku, jak również wzrostu liczby osób uzależnionych spoza regionu, który obejmuje dany ośrodek [15]. Obecnie na świecie funkcjonuje 117 ośrodków na terenie 11 krajów, do których w 2019 roku mają dołączyć kolejne 3 [3]. W 2015 r. Warszawa dołączyła do Kampanii „Room for change”, której celem jest edukacja społeczeństwa i promowanie innowacyjnych rozwiązań walki z uzależnieniem, w tym pokojów do iniekcji [16]. Program wzajemnej dystrybucji naloksonu polega na rozprowadzaniu tego leku, edukacji na temat jego stosowania i rozpoznawania objawów przedawkowania. Jest skierowany do osób uzależnionych od opioidów, a także ludzi z ich bezpośredniego otoczenia – przyjaciół, członków rodziny, innych uzależnionych, jak również policjantów, aby w sytuacjach zagrożenia życia można było szybko odwrócić działanie narkotyku [17]. Nalokson jest czystym antagonistą receptorów opioidowych, który odwraca i znosi działanie opioidów, np. depresyjny wpływ na układ nerwowy i oddechowy. Działa już po 0,5- 2 min. od podania dożylnego. Leczenie zatruc i przedawkowania substancji opioidowych są głównymi wskazaniami do jego stosowania. Nalokson można stosować

dożylnie, domięśniowo oraz podskórnice [18], a także w postaci *sprayu* do nosa [3]. Wprowadzenie donosowej postaci tego leku znacznie ułatwiło jego administrację i użycie zarówno przez ratowników medycznych, jak i osoby niezwiązane z medycyną, na przykład policjantów czy samych narkomanów. Badania opisane w 2005 roku wykazały, że nalokson w postaci donosowej jest wystarczająco efektywny w leczeniu ostrego zatrucia opiatami, aby można było go stosować w postępowaniu przedszpitalnym [19].

Głównym celem programu wzajemnej dystrybucji naloksonu jest ograniczenie śmiertelności spowodowanej przedawkowaniem opioidów. Według danych Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, jak i organizacji Harm Reduction International znacząco wzrosła ona na przestrzeni ostatnich lat [3,8]. Program dystrybucji naloksonu jest pozytywnie postrzegany przez osoby uzależnione. Badania przeprowadzone w Australii w 2008 roku pokazują, że 92% spośród zapytanych narkomanów chętnie wzięłaby udział w szkoleniu dotyczącym stosowania naloksonu oraz zastosowałyby go widząc osobę, która przedawkowała [20]. Opisany powyżej program jest dostępny tylko w 12 krajach na całym świecie, w tym np. w Estonii, na Ukrainie, we Włoszech, czy też w USA [3]. Na terenie tych krajów funkcjonują liczne organizacje promujące program dystrybucji naloksonu, np. Prevention Point Pittsburgh działająca w Stanach Zjednoczonych [21].

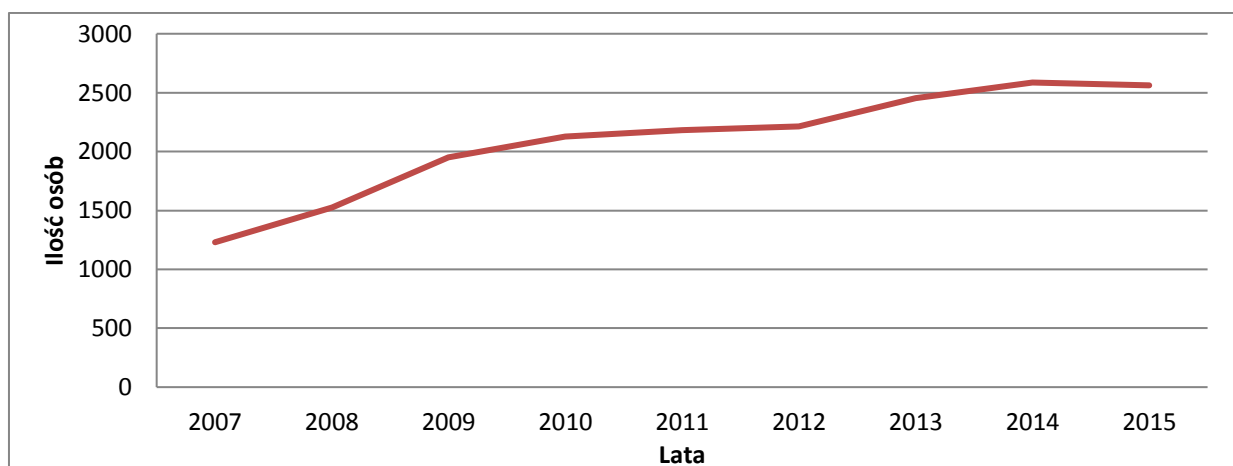
Sytuacja w Polsce

W Polsce pierwsza próba pomocy osobom zażywającym narkotyki miała miejsce w 1989r., kiedy na terenie kraju zaczął funkcjonować program wymiany igieł i strzykawek. W 1992r. miała początek OST z użyciem metadonu, a dopiero w 2008 r. po raz pierwszy w terapii użyto kombinacji buprenorfiny z naloksonem.

W terapii metadonowej na terenie Polski w 2015 r. uczestniczyło 2410 osób, natomiast z użyciem buprenorfiny i naloksonu zaledwie 26 osób. Na przestrzeni lat leczenie substytucyjne zyskuje na popularności (ryc.1) [8].

Wszystkie działania programu redukcji szkód przyczyniają się do zmniejszenia częstości nowych zakażeń wśród IDUs, głównie HCV i HIV (tabela I, ryc. 2).

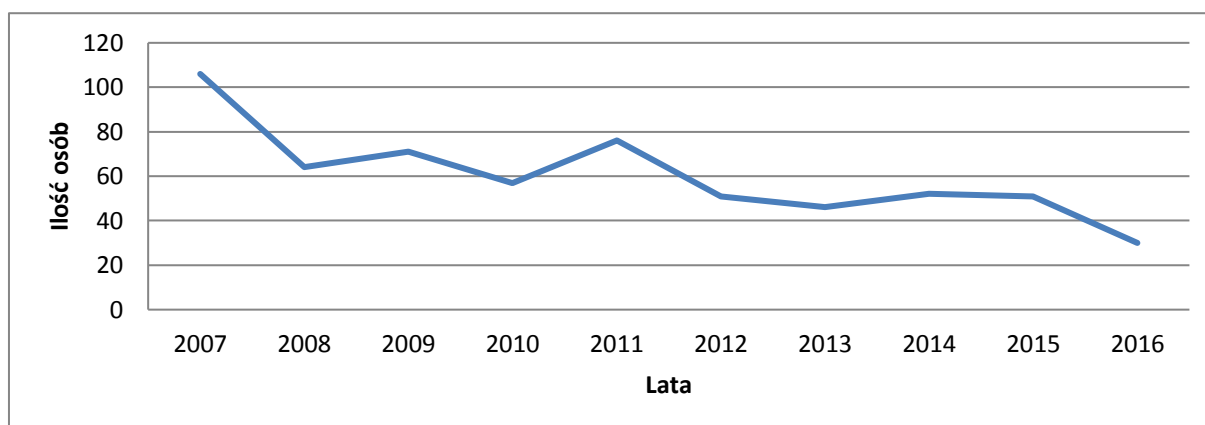
Aktualnie na terenie Polski OST funkcjonuje tylko w 14 województwach. Pacjenci nie mają dostępu do terapii w województwach podkarpackim i podlaskim, natomiast w pozostałych sytuacja wciąż nie jest idealna i potrzebne są kolejne placówki oferujące pomoc, szczególnie w województwie śląskim, w którym dostęp do OST jest szczególnie trudny [23]. Niestety wciąż aktualny jest także problem śmierci z przedawkowania.



Ryc. 1. Liczba osób uczestniczących w OST w Polsce [6]

Tabela I. Porównanie rozpowszechnienia zakażenia HIV i HCV wśród IDUs [2, 22]

Rok	Ludzie, którzy zażywają narkotyki drogą dożylną	Rozpowszechnienie zakażenia HIV wśród IDUs	Rozpowszechnienie zakażenia HCV wśród IDUs
2008	96 514	8,9-16%	55-68%
2018	14 670	3%	58,7%



Ryc. 2. Liczba zakażeń HIV związana z dożylnym zażywaniem narkotyków w Polsce [6]

Co roku z tego powodu umiera ok. 200-300 osób. Są to najczęściej ludzie w 4. dekadzie życia. Należy się zastanowić, czy przynajmniej część z nich można by było uratować, gdyby w naszym kraju został uruchomiony program dystrybucji naloksonu. Wprowadzenie pokojów do bezpiecznych iniekcji w Polsce mogłoby pomóc zwalczać stygmatyzację osób zażywających narkotyki, jak i ograniczyć częstość zakażeń HIV i HCV wśród IDUs. Dodatkowo, takie placówki zwiększają bezpieczeństwo ludzi niezażywających

narkotyków, ale napotykających zużyte igły i strzykawki w miejscach publicznych, które stanowią dla nich potencjalne źródło zakażenia.

Podsumowanie

Każda osoba, w szczególności związana zawodowo z ochroną zdrowia, powinna potrafić pomóc osobie uzależnionej od substancji psychoaktywnych. Pomoc może polegać na zaproponowaniu jednej z form działalności, która wchodzi w skład programu redukcji szkód lub wskazaniu najbliższego ośrodka. Główne cechy przemawiające za słuszością działania tego programu oraz potrzeby rozpowszechniania informacji na jego temat to możliwość ograniczenia liczby zakażeń oraz zgonów z przedawkowania, a także pomoc osobom uzależnionym w wyjściu z nałogu. Działania te nie tylko są skuteczne, ale także korzystne ekonomicznie.

Piśmiennictwo

1. Baciewicz G.: Injecting Drug Use. <https://emedicine.medscape.com/article/286976-overview> (16.03.2019).
2. Larney S., Peacock A., Leung J., et al.: Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet Glob Health*, 2017, 5(12), e1208-e1220.
3. Stone K., Shirley-Beavan S.: The Global State of Harm Reduction 2018. <https://www.hri.global/files/2019/02/05/global-state-harm-reduction-2018.pdf> (16.03.2019).
4. <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction> (16.03.2019).
5. Islam M.: Needle Syringe Program-Based Primary Health Care Centers: Advantages and Disadvantages. *Journal of Primary Care and Community Health*, 2010, 1, 1(2), 100-103.
6. <http://www.redukcjaszkod.pl/index.php/o-fundacji/nasze-dzialania/program-wymiany-igi-el-i-strzykawek> (17.03.2019).
7. Wodak A., Cooney A.: Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. https://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf (17.03.2019 r.)
8. Statistical Bulletin 2018. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2018_en (17.03.2019).
9. Mattick R., Digiusto E., Doran C., et al.: National Evaluation of Pharmacotherapies for Opioid Dependence (NEPOD) Report of Results and Recommendations. <https://www.re>

- searchgate.net/publication/265694808_National_Evaluation_of_Pharmacotherapies_for_Opioid_Dependence_NEPOD_Report_of_Results_and_Recommendations (17.03.2019).
10. Bruneau J., Ahamad K., Goyer M., et al.: Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5837873/> (17.03.2019).
 11. Sordo L., Barrio G., Bravo M., Indave B., Degenhardt L., Wiessing L., Ferri M., Pastor-Barriuso R.: Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. <https://www.bmj.com/content/357/bmj.j1550> (18.03.2019).
 12. MacArthur G., Minozzi S., Martin N., et al.: Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012; 345. e5945,doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e5945>.
 13. http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms_en (18.03.2019)
 14. Schatz E., Nougier M.: Drug consumption rooms Evidence and practice. International Drug Policy Consortium, London, 2012, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2184810 (18.03.2019),
 15. Hedrich. D.: European report on drug consumption rooms. <https://core.ac.uk/download/pdf/34710918.pdf> (19.03.2019)
 16. <http://www.room-for-change.org> (19.03.2019)
 17. <http://naloxoneinfo.org> (19.03.2019)
 18. Karta charakterystyki produktu leczniczego *Naloxonum Hydrochloricum* WZF, 400 mikrogramów/ml. <https://pub.rejestrymedyczne.csioz.gov.pl/Pobieranie.ashx?type=4550-c> (19.03.2019)
 19. Kelly A., Kerr D., Koutsogiannis Z., et al.: Randomised trial of intranasal versus intramuscular naloxone in prehospital treatment for suspected opioid overdose. *The Medical Journal of Australia*, 2005, 3, 182(1), 24-27.
 20. Kerr D., Dietze P., Kelly A., Jolley D.: Attitudes of Australian Heroin Users to Peer Distribution of Naloxone for Heroin Overdose: Perspectives on Intranasal Administration. *The Journal of Urban Health*, 2008, 85(3), 352-360.
 21. <https://www.pppgh.org> (20.03.2019).
 22. Cook C., Kanaef N.: The Global State of Harm Reduction 2008. <https://www.hri.global/files/2014/10/20/GSHR-Report-2008.pdf> (20.03.2019).
 23. www.kbpn.gov.pl (20.03.2019).

Uzależnienie od heroiny oraz terapia substytucyjna, w kontrze do ogólnie panujących stereotypów

Iwanicka Klaudia¹, Ferenc Stanisław², Barnaś Paweł¹, Sebzda Tadeusz¹, Żłobicka Kinga², Reichert Paweł¹, Hauzer Aneta¹, Gnus Jan^{1,2}

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

Uzależnienie od heroiny oraz terapia substytucyjna, w kontrze do ogólnie panujących stereotypów

W społeczeństwie utarło się przekonanie, że uzależnienie od środków psychoaktywnych jest wynikiem braku silnej woli oraz potrzeby zmiany.

Czy faktycznie narkoman ponosi pełną odpowiedzialność za stan, w którym się znajduje?

Czy trudność w odstawieniu substancji psychoaktywnej to tylko obrona i obawa narkomana przed zmianą stylu życia, czy może już choroba?

W społeczeństwie nadal funkcjonuje krzywdzący stereotyp, według którego osoba uzależniona przyjmuje narkotyki z chęci przeżycia jakiegoś doświadczenia, dla lepszej zabawy, luzu, czy chociażby po to, aby być śmielszym, odważniejszym lub aktywniejszym, a nie dlatego, że odczuwa obezwładniającą potrzebę zażycia danej substancji. Funkcjonują również niesprawiedliwe stereotypy dotyczące terapii substytucyjnej, bagatelizujące jej rolę oraz stawiające ją w złym świetle, nazywając ją jedynie kolejnym uzależnieniem.

Poziom świadomości społeczeństwa na temat tego zjawiska wydaje się być niezadowolający i pozostawia wiele do życzenia.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie uzależnienia od heroiny jako choroby w kontrze do ogólnie przyjętych stereotypów oraz udowodnienie, że terapia substytucyjna jest formą leczenia, a nie zamianą jednego uzależnienia na inne.

Definicja uzależnienia

Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Uzależnień charakteryzuje uzależnienie jako pierwotną przewlekłą chorobę związaną z ośrodkami nagrody, motywacji, pamięci. Może prowadzić do nawrotów, postępującego rozwoju oraz potencjalnie nawet do śmierci, jeżeli nie zostanie poddana leczeniu. Badania nad rozwojem mózgu dowiodły uzależniający potencjał takich czynności, jak jedzenie, seks, zakupy czy hazard, co zostało ujęte w szerszej definicji uzależnień przedstawionej przez Amerykańskie Stowarzyszenie Leczenia Uzależnień w 2011 roku [1].

Zespół uzależnienia został scharakteryzowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 i obejmuje następujące objawy [2]:

- poczucie przymusu przyjmowania substancji
- brak kontroli nad samym aktem przyjmowania substancji
- pojawienie się tolerancji objawiającej się obniżonym, w stosunku do wyjściowego, efektem działania, który jest niezadowolający dla uzależnionego, co powoduje konieczność zwiększania dawki substancji, aby utrzymać pożądane efekty
- zaniedbywanie spraw, dotychczas ważnych, jak zainteresowania czy pasje spowodowane przyjmowaniem substancji lub dążeniem do zdobycia kolejnej dawki przez uzależnionego
- nieprzerwane przyjmowanie substancji pomimo całkowitej znajomości konsekwencji oraz negatywnych skutków przyjmowania substancji
- występowanie objawów abstynencji po przerwaniu lub zmniejszeniu dawki przewlekle stosowanej substancji.

Mechanizm powstawania uzależnienia

Heroina jest substancją silnie uzależniającą. Szacowana częstość występowania uzależnienia wśród użytkowników w wieku od 15 do 55 lat wynosi 23%, dla porównania dla alkoholu jest to 15% oraz dla kokainy 17%, co czyni heroinę przodownikiem w tej kategorii [3].

Kompletny mechanizm uzależnienia do dziś nie jest w pełni poznany. W toku badań nad tym zjawiskiem powstało wiele hipotez, przeprowadzono szereg eksperymentów oraz dokonano wielu odkryć dotyczących funkcjonowania układu nerwowego, jak i samego

uzależnienia. W niniejszej pracy zamierzam się skupić na neurobiologicznych aspektach uzależnienia, oczywiście nie wykluczając ani bagatelizując roli czynników psychologicznych, czy społecznych. Aby jak najlepiej zrozumieć chorobę uzależnieniową i aby skutecznie ją leczyć należy poświęcić uwagę każdemu z wyżej wymienionych aspektów, tak aby holistycznie spojrzeć na cały problem oraz na pacjenta [4,5].

Układ nagrody składa się z wielu ośrodków nerwowych oraz z dróg je łączących, gdzie szczególnie istotna jest dopaminergiczna droga prowadząca z pola brzusznej nakrywki do jądra półleżącego, nazwana szlakiem mezolimbicznym. Neurony te fizjologicznie odpowiadają za efekty wywierane przez bodźce korzystne, czyli czynności zwiększające szanse na przeżycie i przekazanie genów. Do wspomnianych czynności należą: przyjmowanie pokarmu, przyjmowanie płynów, czy odbywanie aktów seksualnych. Gdy do nich dojdzie osiągamy poczucie satysfakcji oraz przyjemności. Dzieje się tak, ponieważ te fizjologiczne czynności powodują krótkotrwałe uwolnienie dopaminy przez neurony szlaku mezolimbicznego do synapsy łączącej je z jądrem półleżącym. Szlak ten bierze też udział w wywieraniu efektu substancji opioidowych. Jednak zasadnicza różnica polega na tym, że w wyniku działania substancji psychoaktywnej uwalnia się znacznie więcej dopaminy niż po zadziałaniu bodźca naturalnego.

Aby wyjaśnić zjawisko wielokrotnie większego wydzielania dopaminy w szlaku mezolimbicznym przez substancje opioidowe należy najpierw poznać ich naturę. W mózgu, jak i w rdzeniu kręgowym, czy też tkankach obwodowych występują receptory, takie μ , δ oraz κ . . Agonistów tych receptorów można podzielić na dwie grupy:

- pierwszą są endogenne peptydy opioidowe występujące fizjologicznie, pochodzące z trzech prohormonów: proopiomelanokortyny, proenkefaliny i prodynorfiny
- drugą są egzogenne peptydy opioidowe, jak sama nazwa wskazuje, są one substancjami nie występującymi naturalnie w organizmie, a dostarczonymi z zewnątrz. Do tej grupy należą np. morfina, oksykodon, czy heroina.

Poszczególne typy receptorów różnią się między sobą rozmieszczeniem tkankowym oraz powinowactwem do egzogennych oraz endogennych peptydów opioidowych.

W polu brzusznej nakrywki neurony dopaminergiczne są tonicznie hamowane przez neurony GABA-ergiczne. Neurony GABA-ergiczne posiadają receptory opioidowe typu μ , których pobudzenie hamuje wytwarzanie kwasu gamma-aminomasłowego, co prowadzi do skutecznego odhamowania neuronów dopaminergicznych oraz uwolnienia wielokrotnie większej ilości dopaminy w porównaniu z fizjologicznymi procesami. Opisany proces

powoduje odczuwanie euforii oraz silnej satysfakcji po przyjęciu substancji należących do opioidów.

Na podstawie stwierdzenia u osób uzależnionych zmniejszonej sekrecji endogennych agonistów receptora μ można mniemać, że uzależnienie wywiera niekorzystny wpływ na układ nagrody i prowadzi do jego upośledzenia [6,7,8].

W wyniku powtarzającego się przyjmowania substancji psychoaktywnych, powodujących zwiększoną sekrecję dopaminy oraz występowanie wysokiego jej poziomu, utrzymującego się w czasie, dochodzi, za sprawą pobudzenia receptorów D1, do aktywacji cyklicznej adenylanowej. Zwiększa się poziom c-AMP, co prowadzi do aktywacji oraz fosforylacji białka CREB (*c-AMP response binding protein*). Białko CREB jest czynnikiem transkrypcyjnym aktywującym gen kodujący dynorfina, która produkowana jest przez komórki ziarniste zakrętu zębatego hipokampa. Dynorfina pobudza receptor κ znajdujący się na aksonach neuronów szlaku limbicznego, hamując uwalnianie dopaminy. Mechanizm ten powoduje zmniejszanie ilości uwalnianej dopaminy u osób przewlekłe przyjmujących opioidy, co powoduje osłabienie działania narkotyku i zmusza do przyjmowania zwiększających się dawek [9].

Wiele wskazuje na to, że przewlekłe stosowanie substancji opioidowych powoduje wiele zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. Zmiany te dotyczą szlaków biochemicznych, jak i ekspresji genów. Uzależnienie może też mieć wpływ na procesy przekształcania sieci neuronalnych, za czym przemawia fakt, iż opioidy wywierają wpływ na komórki astrogleju i mikrogleju, za pośrednictwem posiadanych przez nie receptorów opioidowych. Wpływ manifestuje się zmianami w sekrecji niektórych chemokin i cytokin. Wszystkie te procesy mogą tłumaczyć powstawanie uzależnienia oraz to, że jest ono przewlekłą i nawracającą chorobą [6]. Warto też wspomnieć o roli genetyki w poszukiwaniu wyjaśnienia omawianej choroby. Przeprowadzono badanie nad wpływem polimorfizmu genu ABCB1. Jego wyniki nie potwierdziły, aby był on czynnikiem ryzyka rozwoju uzależnienia od heroiny, jednak sugerują, że wpływa on na stopień i przebieg uzależnienia [10].

Zespół abstynencyjny

Zespół abstynencyjny pojawia się po nagłym odstawieniu lub zmniejszeniu dawki substancji przewlekłe przyjmowanej. Charakteryzuje się występowaniem różnych kombinacji objawów, których nasilenie zależy od typu oraz ilości substancji psychoaktywnej

przyjmowanej przed zaprzestaniem lub zredukowaniem dawki. Aby stwierdzić zespół abstynencyjny powinny zostać spełnione następujące kryteria:

- udowodnione zaprzestanie lub zmniejszenie przyjmowanej przewlekle substancji
- objawy pokrywają się z opisanymi cechami zespołu abstynencyjnego dla danej substancji
- objawów nie można wyjaśnić innymi zaburzeniami somatycznymi ani psychicznymi

W przypadku heroiny zespół abstynencyjny pojawia się w ciągu 6-12 godzin od przyjęcia ostatniej dawki, a zaczyna ustępować przed końcem 7-10 dnia. Okres występowania zespołu abstynencyjnego można podzielić na dwie fazy. Pierwszy jest okres objawów zwiastujących, podczas którego chory skarży się na lęk i niepokój. Podczas drugiej fazy uzależniony odczuwa: ból mięśni i stawów, bezsenność, dysfориę, pobudzenie psychomotoryczne, łzawienie oczu, rozszerzenie źrenic, zwiększoną potliwość, biegunkę, dreszcze, uczucie zmęczenia [1,3,4].

Leczenie uzależnienia

Leczenie uzależnienia składa się z dwóch etapów, takich jak detoksykacja i leczenie odwykowe. Na każdym z etapów należy pacjentowi zapewnić opiekę medyczną z możliwością użycia farmakoterapii, psychologiczną oraz socjalną.

Do pojęcia detoksykacji należy postępowanie lecznicze, które ma za zadanie eliminację substancji lub zredukowanie jej stężenia w organizmie, usunięcie skutków metabolicznego działania oraz przywrócenie homeostazy psychologicznej, jak i somatycznej. Proces może się odbywać z użyciem farmakoterapii lub bez niej. Do używanych leków należą: neuroleptyki, antagoniści receptorów opioidowych (nalokson), substancje działające na inne receptory niż opioidowe (np. klonidyna), substytuty (buprenorfina lub metadon). Substytucją nazywamy kontrolowane, restrykcyjne względem dawki podanie leku w celu wyeliminowania objawów choroby uzależnieniowej [11].

Właściwości metadonu

Metadon jest syntetycznym opioidem będącym lipofilną zasadą. Dostępność biologiczna po podaniu doustnym mieści się w zakresie 40%-99%, co daje nam wygodną i bezpieczną drogę podania, bez konieczności podawania drogą iniekcyjną. Metadon ma długi okres półtrwania, który wynosi 20-60 godzin. Jest metabolizowany w wątrobie do

nieaktywnych metabolitów. Przez nerki eliminowane jest 20% metadonu, potrzeba redukcji dawki zachodzi w ciężkiej niewydolności nerek, kiedy stężenie kreatyniny $> 700 \mu\text{mol/l}$. Metadon jest selektywnym agonistą receptora opioidowego μ , wykazującym względem niego duże powinowactwo. Jest również niekompetycyjnym antagonistą receptora NMDA, co może tłumaczyć wolne powstawanie tolerancji [12,13].

Przebieg terapii

Metadon wprowadza się stopniowo, zaczynając od ilości rzędu 5-10 mg na dobę. Dawkę zwiększa się stopniowo, o 10 mg, aż do osiągnięcia optymalnej wielkości, która zazwyczaj mieści się w zakresie 60-120 mg. Pożądane stężenie w surowicy wynosi 160-600 ng/ml. Metadon podaje się raz dziennie. Ilość podawanego substytutu może utrzymywać się na stałym poziomie lub z czasem być zredukowana do dawek minimalnych, lub całkowitego odstawienia. Jednak należy mieć na uwadze, że wszelkie podejmowane kroki, jak i czas trwania terapii, powinny być konsultowane z pacjentem i dopasowane do jego indywidualnych potrzeb.

Aby nie dopuścić do nielegalnego handlowania metadonem i uniemożliwić wstrzykiwanie dożylnie, jest on dopuszczony w Polsce jedynie pod postacią doustnie stosowanego syropu o stężeniu 0,1%. Wyroby te posiadają w swoim składzie substancje skutecznie utrudniające podanie dożylnie [11].

Różnice między przyjmowaniem heroiny a terapią substytucyjną metadonem

Mimo że i metadon, i heroina należą wspólnie do grupy substancji opioidowych to różnica między terapią substytucyjną a chorobą uzależnieniową jest diametralna. Podawanie choremu substytutu ma za zadanie zapobieganie objawom abstynencyjnym oraz łagodzenie głodu opioidowego. Metadon nie likwiduje przyczyny choroby, ale ją stabilizuje. W przeciwieństwie do heroiny działa wolniej i ma zdecydowanie mniej euforyzujące działanie. Pacjent podczas leczenia ma szansę osiągnąć równowagę psychiczną i społeczną. Stwarza ono również możliwość do zaoferowania pacjentowi pomocy socjalnej oraz terapii psychologicznej. Wyniki przeprowadzonych badań pokazały, że pacjenci po 6. miesiącach terapii odczuwali znaczną różnicę w jakości swojego życia. Uważali je za bardziej uporządkowane i wartościowe. Jest to zjawisko bardzo korzystne, ponieważ motywuje pacjenta do dalszego leczenia.

Duży procent narkomanów przyjmuje heroinę drogą iniekcji, często używając wspólnych igieł, co niesie za sobą ryzyko zakażenia się wirusami HBV, HCV oraz HIV. Metadon, z racji swoich właściwości farmakokinetycznych, podawany jest drogą doustną. Nie

ma też możliwości wystąpienia zanieczyszczeń substancji, co tak częste jest przy zażywaniu heroiny, która pochodzi z nielegalnych i niesprawdzonych źródeł. Zaobserwowano również, że im lepiej rozpowszechniony jest program metadonowy i im większy procent narkomanów przyjmujących heroinę drogą dożylną z niego zaczyna korzystać, tym mniejsza jest ilość nowych zakażeń wirusami HIV czy HCV, spowodowanych przyjmowaniem narkotyku tą właśnie drogą. Terapia obniża ryzyko zakażenia HIV sześciokrotnie.

Leczenie metadonem redukuje aż czterokrotnie liczbę śmiertelnych ofiar przyjmowania heroiny.

Właściwości metadonu powodują, że tworząca się tolerancja na te substancje jest minimalna oraz wielokrotnie mniejsza niż w przypadku heroiny [11,14,15].

Podsumowanie

Uzależnienie od heroiny jest bez wątpienia ciężką, przewlekłą chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Mimo wieloletnich badań nad tym zjawiskiem i mimo poznania wielu składowych, to niestety nadal kompletny mechanizm uzależnienia nie jest znany. Pewne jest to, że substancje psychoaktywne nie tylko wpływają na sferę psychiczną, ale i wywołują istotne zmiany w szlakach biochemicznych mózgu. Jak każda choroba, uzależnienie niesie za sobą szereg objawów, które są uciążliwe dla pacjenta oraz uniemożliwiają mu normalne życie. Wbrew często powielanemu stereotypowi uzależnienie nie wynika z lenistwa czy braku dobrej woli chorego. Często mimo chęci odstawienia substancji, następujący później zespół abstynencyjny unicestwia starania. Uzależnienie nie powinno być stygmatyzowane, a chorzy marginalizowani. Potrzebne jest nowe spojrzenie na tę trudną jednostkę chorobową, aby osoby z problemem uzależnienia nie odczuwały ostracyzmu społecznego tak, aby mogły już podczas leczenia integrować się ze społeczeństwem. Należy też szerzej spojrzeć na terapię substytucyjną, na to w jak znaczący sposób redukuje szkody i spustoszenie wywołane zażywaniem heroiny. Sam fakt zminimalizowania prawdopodobieństwa zakażeniem się wirusami HIV czy HCV, przyjmowania substancji ze sprawdzonego i bezpiecznego źródła oraz w kontrolowanej dawce to duże osiągnięcia w długim i pracochłonnym procesie walki z uzależnieniem.

Piśmiennictwo

1. Smith D.E.: The Process Addictions and the New ASAM Definition of Addiction. Journal of Psychoactive Drugs, 2012, 44, 1-4.

2. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja, Tom I, 2008.
3. Jarema M.: Psychiatria. Wyd. Naukowe PZWL, Warszawa, 2016
4. Gałęcki P., Szulc A.: Psychiatria. Wyd. Naukowe Edra Urban & Partner, Wrocław, 2018.
5. Wojnar M., Brower K. J.: Neurobiologiczne mechanizmy uzależnienia [w:] Uzależnienie od narkotyków, Jabłoński P., Bukowska B., Czabała J. (red.). Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2012, 105-125.
6. Przewłocki R.: Mechanizmy uzależnienia od analgetyków opioidowych. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2017, 11, 55-60.
7. Krajnik M., Żylicz Z.: Mechanizmy działania przeciwbólowego opioidów. Polska Medycyna Paliatywna, 2003, 2, 111–118.
8. Przewłocka B.: Podstawowe mechanizmy działania przeciwbólowego opioidów. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2017, 11, 48–54.
9. Szukalski B.: Neurobiologiczne podstawy uzależnienia od narkotyków. Farmacja Polska, 2009, 65, 655-664.
10. Gąsiorowski J., Łapiński Ł., Knysz B. i wsp.: Genotyp ABCB1 a ryzyko i przebieg uzależnienia od heroiny. Alkoholizm i Narkomania, 2009, 22, 255-269.
11. Chrostek-Maj J., Wodowski G.: Szczypta naszej nadziei, Leczenie substytucyjne uzależnionych od opiatów w Krakowie, 2000-2007. Stowarzyszenie Życzliwa Dłoń, Kraków, 2008.
12. Krajnik M., Żylicz Z.: Metadon w leczeniu bólu nowotworowego. Polska Medycyna Paliatywna, 2002, 1, 15-22.
13. Mutschler E.: Mutschler. Farmakologia i toksykologia. Wyd. Naukowe MedPharm, Wrocław, 2016.
14. Malinowska-Sempruch K., Dąbkowska M.: Nowe zakażenia HIV wśród osób używających narkotyków drogą iniekcji. Czy możemy spać spokojnie? Alkoholizm i Narkomania, 2013, 26, 187–198.
15. Nalaskowska M., Cierpiałkowska L.: Social and psychological functioning of opiate dependent patients in methadone maintenance treatment – longitudinal research report. Alcoholism and Drug Addiction, 2014, 27, 237–254.

Rola wsparcia psychicznego u osób zakażonych HIV

Gut Gabriela¹, Szymczak Paulina¹, Biały Michał¹, Boryczka Katarzyna¹, Inglot Małgorzata^{2,3}

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wybrzeże L. Pasteura 1, 50-367 Wrocław
2. Ośrodek Profilaktyczno-Lecznicy Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień, ul. Wszystkich Świętych 2, 50-136 Wrocław
3. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław

Wykaz skrótów

PKD - Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny

MSM - *Males who have Sex with Males* (mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami)

IDU- *Injection Drug User* (osoba zażywająca narkotyki drogą wstrzykiwań)

PTSD - *PostTraumatic Stress Disorder* (zespół stresu pourazowego)

Wstęp

Holistyczne spojrzenie na człowieka sięga najdawniejszych czasów. Niestety, postęp naukowy spowodował oddalenie tej perspektywy widzenia pacjenta. Ograniczono leczenie do chorego narządu, lekceważąc złożoność uwarunkowań biologicznych, społecznych i psychologicznych choroby. Ostatnie stulecie okazało się przełomowym i jasno udowodniło jak ważną rolę odgrywa wsparcie psychiczne w przebiegu schorzeń somatycznych. Na szczególną uwagę zasługują zaburzenia depresyjne, które uległy znacznemu rozpowszechnieniu w ostatnich latach [1].

Wiele badań wskazuje na częstsze występowanie depresji lub pojedynczych objawów depresyjnych u osób cierpiących na choroby somatyczne w porównaniu z populacją ogólną [2-4]. Również w przypadku zakażenia HIV zachodzi ta zależność.

Cel pracy

W naszej pracy postanowiliśmy skupić się na roli wsparcia psychicznego u osób zakażonych HIV, ze szczególnym uwzględnieniem najbliższego otoczenia - partnera, rodziny, lekarzy i psychologów; a także na zwróceniu uwagi na znaczne ryzyko samobójstw w tej grupie badanej.

W tym celu przygotowaliśmy autorski kwestionariusz ankietowy, który przeprowadziliśmy w Ośrodku Profilaktyczno - Lecznym Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień we Wrocławiu.

Material i metody

W ankiecie wzięło udział 30 osób w wieku od 18. do 55. roku życia. Badanie przeprowadzono metodą ankiety środowiskowej. Wybór metody podyktowany został chęcią zapewnienia anonimowości wypowiedzi respondentów [5], ponieważ poruszane przez nas tematy dotyczyły spraw wstydlivych - problemów natury psychicznej, które to spotykają się z istotnym piętnem społecznym. W przypadku kilku respondentów, skorych do rozmowy, anonimową ankietę poszerzono także o wywiad bezpośredni nieskategoryzowany.

W badaniu wzięło udział 30 osób w wieku od 18 do 55 lat, przy czym mediana wieku wynosiła 38 lat. 25 z nich stanowili mężczyźni, zaś 5 kobiety. Wśród badanych kobiet - 4 deklarują orientację heteroseksualną, jedna nie zadeklarowała żadnej orientacji seksualnej. Wśród mężczyzn: 5 identyfikuje się jako heteroseksualni, 14 jako homoseksualni, 5 jako biseksualni.

14 spośród badanych to osoby pozostające w stałym związku z partnerem lub partnerką. 15 nie pozostaje w związku. Jedna osoba nie określiła swojego statusu związku.

Wyniki i dyskusja

Wsparcie rodziny i partnera

9 osób jasno deklaruje, że najważniejszą formą wsparcia jest dla nich rodzina. 5 (z 14) osób będących w stałym związku, podaje partnera jako osobę najbardziej wspierającą.

Zaskoczeniem może być zatem fakt, iż jedynie co trzeci ankietowany poinformował swoją rodzinę o diagnozie od razu po jej usłyszeniu. Reszta nie zrobiła tego wcale lub czekała z tym nawet 2 lata. Jako powód podają oni wstyd i obawę przed odrzuceniem. Spośród osób,

które przekazały diagnozę bliskim, tylko 2 osoby doświadczyły pogorszenia relacji - przy czym jedna z nich twierdzi, że było ono odczuwalne jedynie na początku.

Warto również zwrócić uwagę na kwestię, że 2 osoby za najważniejszą formę wsparcia uznały “normalne traktowanie”. Wskazuje to na potrzebę akceptującego zachowania i empatii ze strony najbliższych. Dzięki temu osoba zakażona nie czuje się stygmatyzowana z powodu swojej choroby.

Wsparcie lekarza i personelu medycznego

Zakażenie HIV, mimo upływu lat wciąż jest problemem zbyt mało społecznie znanym, obarczonym stygmatyzacją i szeregiem błędnych skojarzeń [6].

Powszechnie dostępna wiedza, czerpana z mediów, często daje błędny obraz problemu, dlatego zakażony, który dowiaduje się o diagnozie, nie powinien pozostawać z nią sam.

Pierwszą osobą, której zadaniem jest przekazanie diagnozy, informacji, udzielenia wsparcia i skierowania pacjenta do opieki specjalistycznej jest lekarz, nie zawsze specjalista chorób zakaźnych.

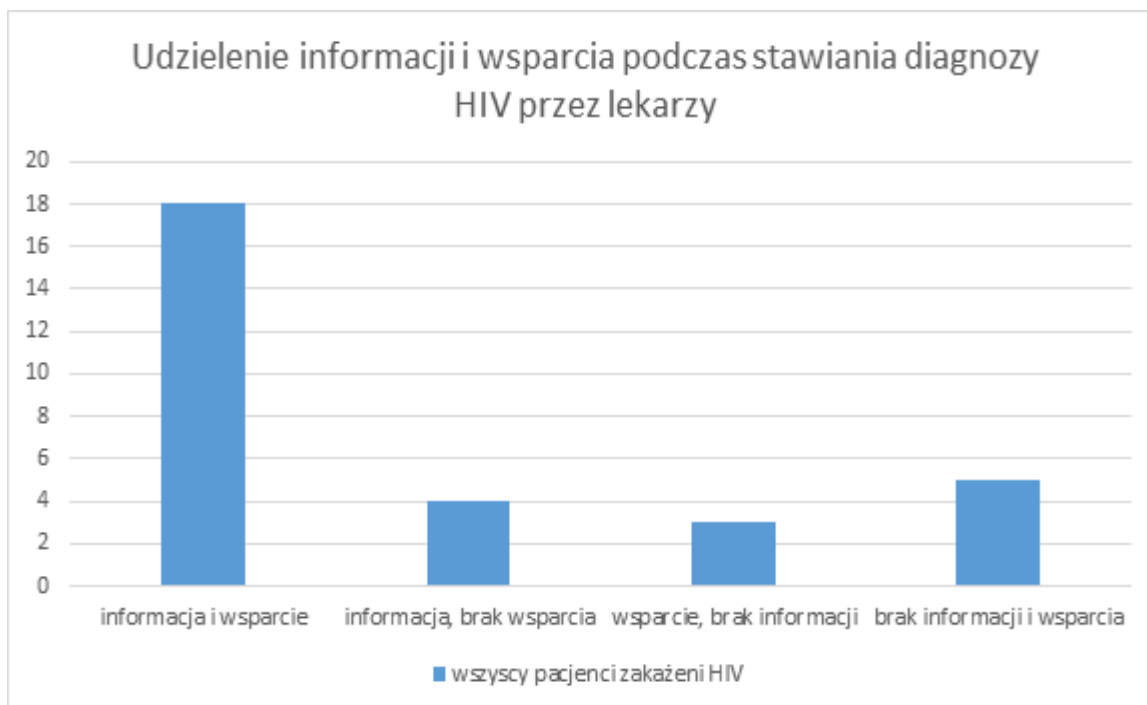
W celu poprawy niekorzystnej w Polsce sytuacji epidemiologicznej związanej ze stałym wzrostem liczby nowych zakażeń HIV, od wielu lat funkcjonuje w naszym kraju sieć Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych, gdzie można anonimowo i bezpłatnie wykonać badanie w kierunku zakażenia HIV [7].

Diagnoza często jednak jest stawiana w innych placówkach, takich jak: zakład karny, szpital, przychodnia niespecjalistyczna, gdzie personel medyczny może nie być przygotowany do przekazywania pełnej informacji o chorobie i procesie leczenia, a także do udzielania potrzebnego wsparcia.

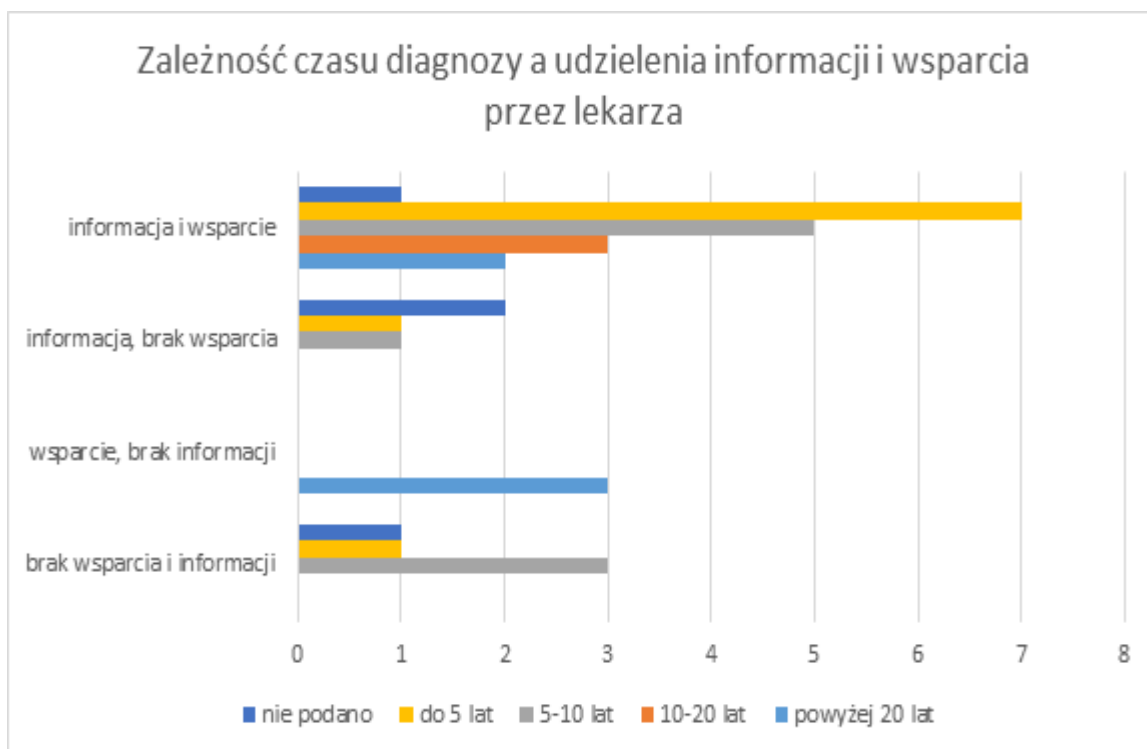
Ankietowani określali, gdzie i w jakich latach postawiona została diagnoza, czy otrzymali zrozumiałą informację na temat zakażenia, choroby, leczenia oraz czy odczuwali wsparcie ze strony lekarza podczas rozmowy.

18 pacjentów otrzymało wiedzę i wsparcie ze strony lekarza, a 5 nie uzyskało żadnego z nich (Ryc. 1).

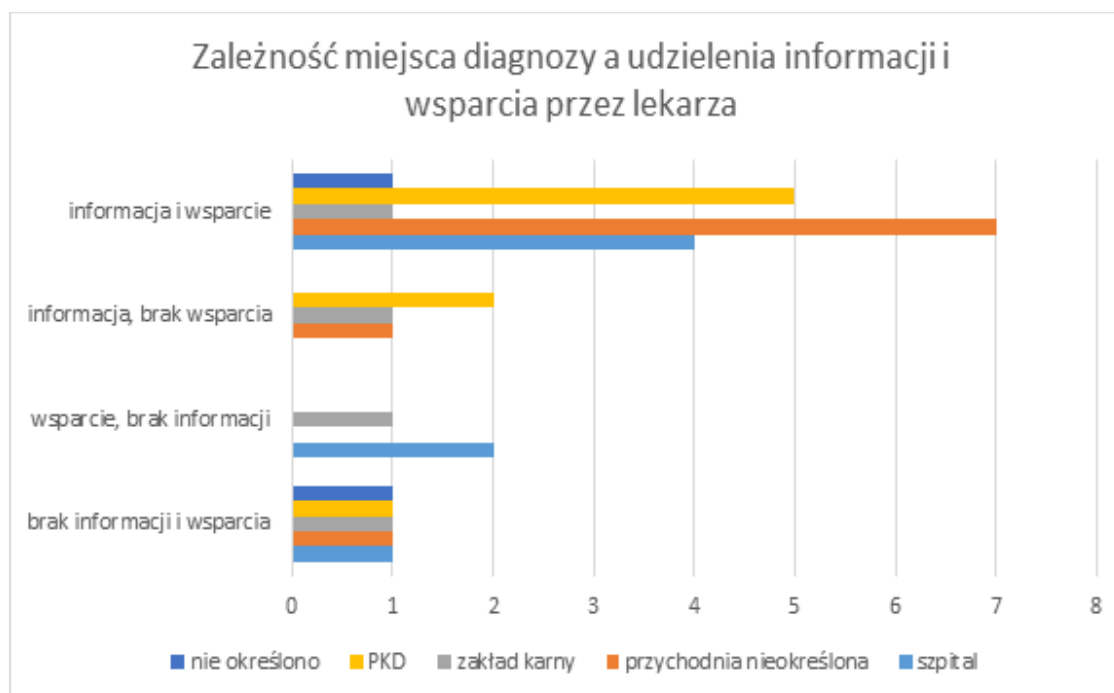
Analizując wyniki zależności czasu, w których doszło do rozpoznania zakażenia HIV, pacjenci w grupie poinformowanej i obdarzonej wsparciem w trakcie, byli diagnozowani najczęściej na przełomie ostatnich 5 oraz 5-10 lat. Jednak te same lata pojawiły się również w grupie badanych nie objętych wsparciem i niedoinformowanych dostatecznie (Ryc. 2).



Ryc. 1. Ocena otrzymania informacji i wsparcia wśród pacjentów podczas diagnozy HIV przez lekarzy



Ryc. 2. Zależność czasu diagnozy a udzielenia informacji i wsparcia przez lekarza



Ryc. 3 Zależność miejsca diagnozy a udzielenia informacji i wsparcia przez lekarza

Analizując wyniki w zależności od ośrodka, gdzie przekazana została diagnoza zakażenia HIV - brak pełnej informacji i wsparcia miał miejsce w każdym wymienianym przez pacjentów ośrodku, jednak były to przypadki pojedyncze. Najwięcej ankietowanych zadowolonych z poziomu otrzymanej wiedzy i wsparcia otrzymało rozpoznanie w przychodni i PKD (Ryc. 3).

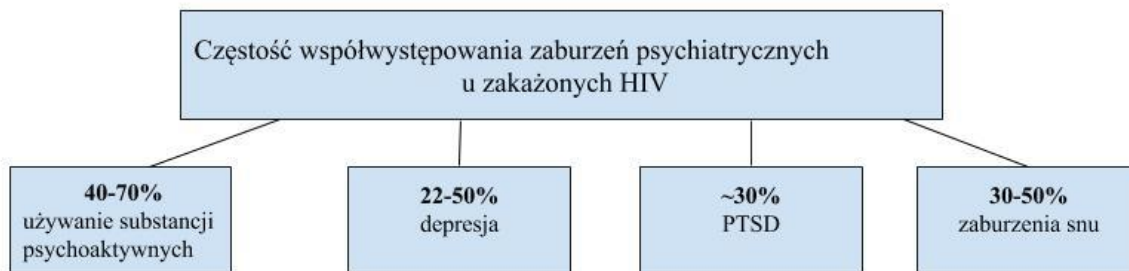
Ze względu na to, że pytania były otwarte, przychodnia nie została opisana jako specjalistyczna w kierunku chorób zakaźnych, stąd nie można wnioskować na tej podstawie o przygotowaniu lekarzy innych specjalizacji do przekazywania informacji o zakażeniu HIV.

Rola psychologa i psychiatry

Skuteczniejsza terapia antyretrowirusowa wpłynęła na wydłużenie się życia pacjentów zakażonych HIV. Wraz ze wzrostem długości życia uwydatnił się aspekt psychospołeczny choroby. Wielu pacjentów zmagających się z depresją oraz lękiem, które negatywnie wpływają na ich społeczne funkcjonowanie.

Aktualna problematyka współistnienia zaburzeń psychiatrycznych i zakażenia HIV staje się wyzwaniem dla lecznictwa zakaźnego, a w tym także dla psychiatrów czy psychologów. Holistyczne podejście do chorego umożliwia indywidualizację leczenia [8].

Odpowiedzią na ten problem jest adekwatne wsparcie i terapia, które pozwalają stawić czoła zakażeniu i zminimalizować szczególne trudności, jak liczne nałogi czy skłonność do ryzykownych zachowań [8,9].



Ryc. 4. Częstość współwystępowania zaburzeń psychiatrycznych u zakażonych HIV [9]

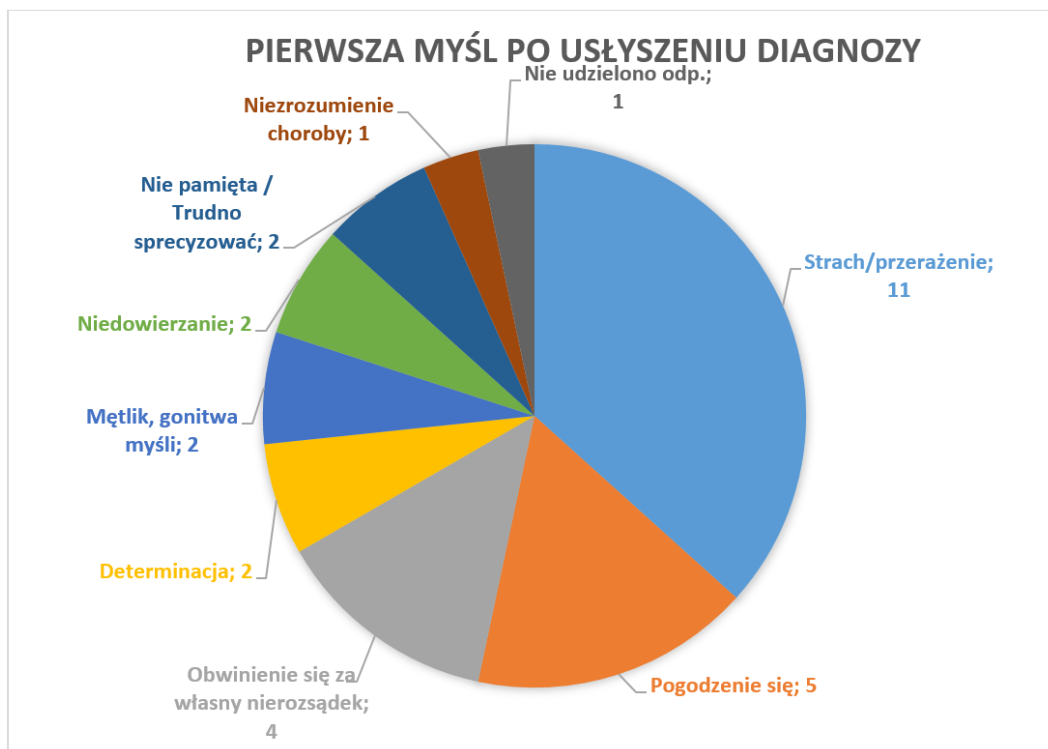
W przeprowadzonym badaniu 21 (spośród 30) ankietowanych otrzymało od lekarza propozycje wsparcia psychologa; tylko 8 z nich zdecydowało się na podjęcie długoterminowej terapii. Rezygnacja z psychoterapii może być podyktowana obawą przed obciążeniem swoimi problemami drugiej osoby, stygmatyzacją bądź odrzuceniem.

Ujawnienie konfliktów wewnątrzpersonalnych, skonfrontowanie ich podczas terapii poprawia jakość funkcjonowania pacjentów w społeczeństwie oraz prowadzi do akceptacji choroby. Psychoterapia u seropozytywnych pacjentów nie odbiega od tej prowadzonej u osób seronegatywnych. Każda z prowadzonych terapii powinna być dostosowana do potrzeb i możliwości pacjenta [10].

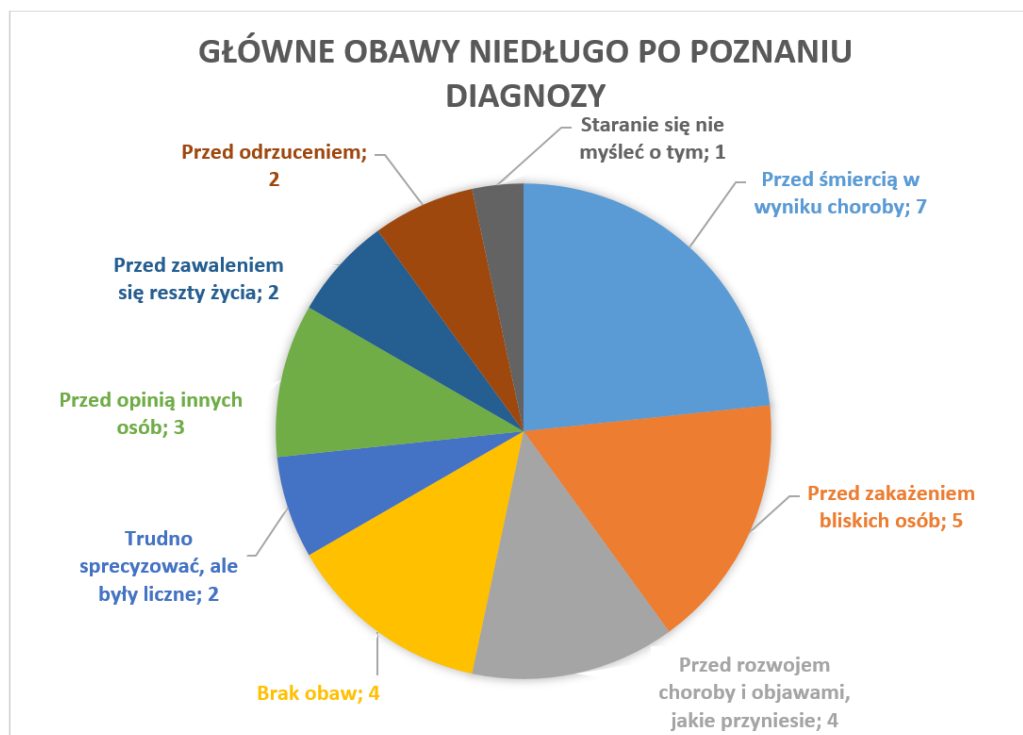
Obawy związane z zakażeniem (najtrudniejsze aspekty choroby)

Zapytaliśmy naszych respondentów o pierwsze myśli w chwili usłyszenia diagnozy zakażenia HIV oraz główne obawy, jakie towarzyszyły im w okresie bezpośrednio po tym fakcie.

Pierwszą myślą (Ryc. 5) po usłyszeniu diagnozy najczęściej był strach lub nawet przerażenie. Jest to skorelowane również z obawami (Ryc. 6) towarzyszącymi w okresie bezpośrednio po poznaniu diagnozy. Te dotyczyły się głównie śmierci, zakażenia bliskich osób oraz rozwoju choroby i objawów, które ta ze sobą niesie.



Ryc. 5. Pierwsza myśl po usłyszeniu diagnozy



Ryc. 6. Główne objawy niedługo po poznaniu diagnozy

Zauważyć można, że niemała część, tj. 5 ankietowanych, pogodziło się z diagnozą i nie miało specjalnych obaw po usłyszeniu diagnozy (4 osoby). Wiąże się to z raczej spodziewaną

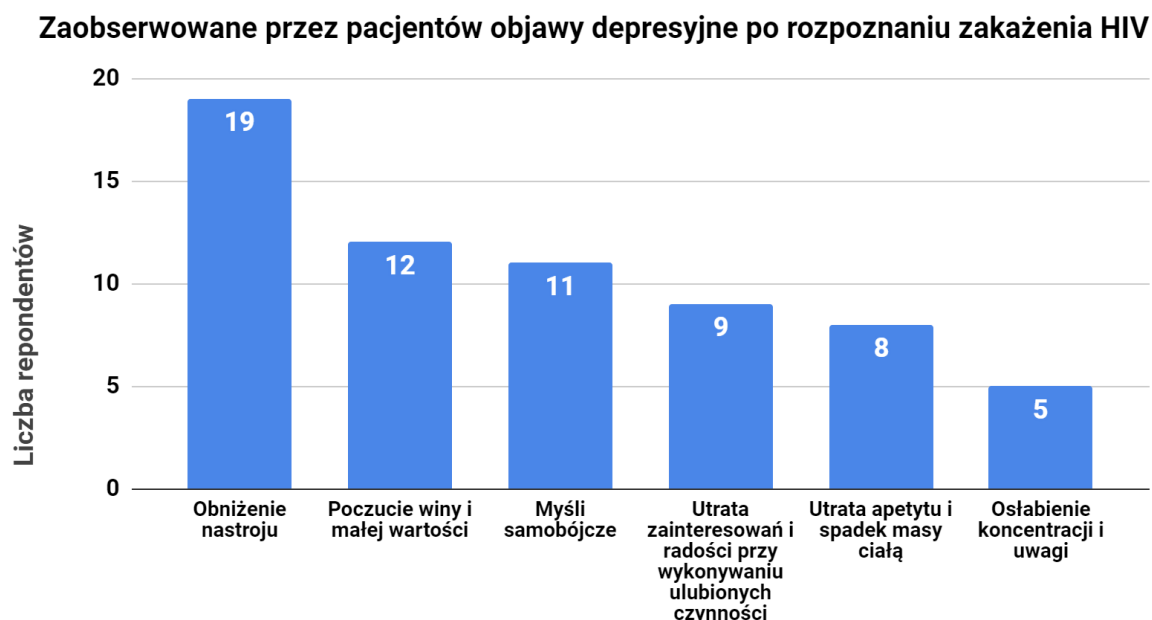
diagnozą zakażenia – które pacjent wiązał z konkretnym ryzykownym zachowaniem, które respondent podejmował.

Nie zawsze jednak pacjent, który pierwotnie liczył się z możliwością zakażenia HIV, w momencie usłyszenia diagnozy godzi się z nią – w przypadku 4 osób reakcją bezpośrednią było obwinianie się za własne nierozsądne zachowania, konkluzja, że konsekwencje, w które (według swojego głębszego przekonania) nie wierzyli, jednak nastąpiły.

Zauważalne są także częste obawy przed nieuniknionymi (w wyobrażeniu społecznym) objawami związanymi z zakażeniem HIV oraz rychłą śmiercią – ten obraz pokutuje w głowach osób zakażonych zarówno przed dekadami, jak i w ostatnich latach.

Objawy depresji

Depresja jest zaburzeniem nastroju, na które cierpi ponad 350 mln ludzi na świecie. Powoduje ona negatywne postrzeganie własnej osoby w sferze poznawczej i emocjonalnej.



Ryc. 7. Zaobserwowane przez pacjentów objawy depresyjne po rozpoznaniu zakażenia HIV

Szczególnie narażone na wystąpienie depresji są osoby zmagające się z chorobami przewlekłymi [11]. Objawy depresyjne mogą się pojawić jako reakcja na informację o rozpoznanym schorzeniu somatycznym bądź stanowić konsekwencje tego schorzenia [8].

U 12 % pacjentów z rozpoznaniem zakażeniem HIV obserwuje się objawy dużej depresji [1]. Współwystępowanie zakażenia HIV i depresji powoduje wzrost śmiertelności - jedną z jej przyczyn są zachowania suicydalne [12].

W ankiecie respondenci określili, które z objawów depresji zaobserwowali u siebie po rozpoznaniu zakażenia HIV.

Następstwem usłyszenia wiadomości o zakażeniu najczęściej było obniżenie nastroju (19 osób), poczucie winy i małej wartości (12 osób) oraz myśli samobójcze (11 osób) (Ryc.7).

Pozostałe objawy depresyjne zauważone były przez mniejszą liczbę respondentów. Zaburzenia koncentracji, utrata apetytu czy spadek masy ciała mogą być nie tylko objawem depresji, ale także efektem rozwoju zakażenia HIV [12].

Depresja u zakażonych HIV jest także ogólnym problemem społecznym, który zwiększa ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa. Wzrost ryzykownych zachowań seksualnych, korzystanie z tej samej igły u IDU są determinowane przez obecność zaburzeń depresyjnych [12].

Według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, zalecane jest przy każdorazowej wizycie określenie zaburzeń depresyjnych przez postawienie pytań dotyczących obniżonego samopoczucia, smutku i utraty dotychczasowych zainteresowań i przyjemności. W przypadku uzyskania pozytywnych odpowiedzi, niezwłoczne wdrożenie terapii psychologicznej i farmakologicznej wpływa na poprawę stanu psychicznego, adherencję terapii antyretrowirusowej i zmniejszenie śmiertelności [12,13].

Problem samobójstw

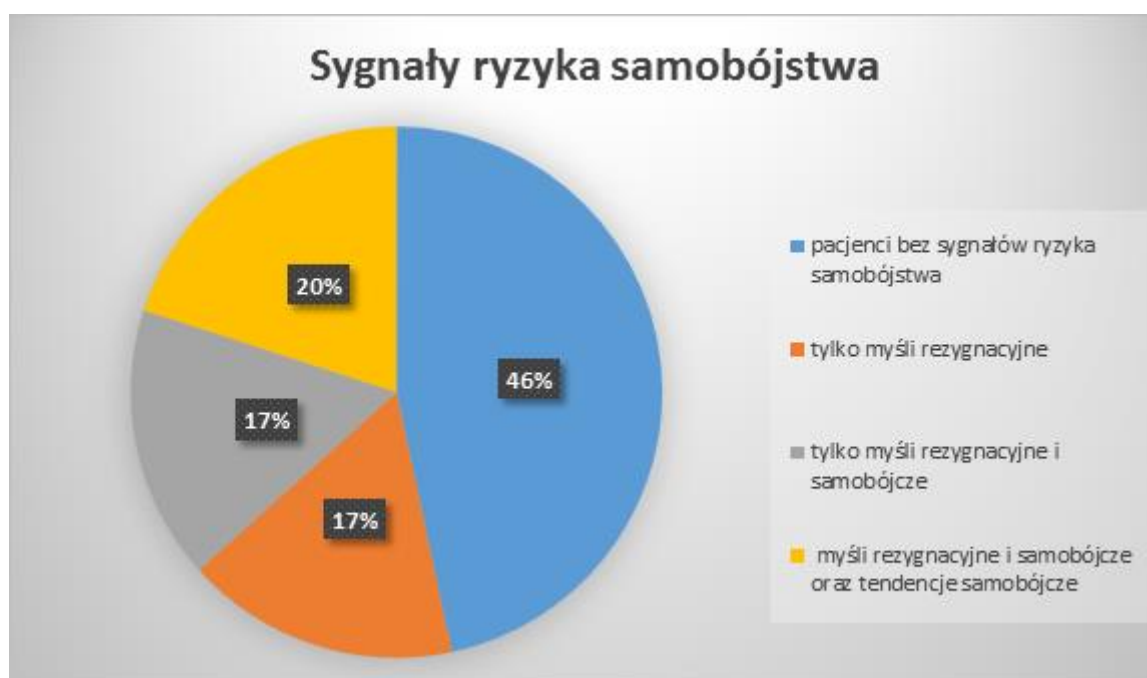
Samobójstwo definiujemy jako przemyślane, zamierzone działanie zagrażające życiu (jednostki), podjęte samodzielnie, którego następstwem jest śmierć [14]. Biorąc pod uwagę wszystkie grupy wiekowe, znajduje się ono wśród 10 najczęstszych przyczyn śmierci na świecie [15].

W Polsce liczba samobójstw z roku na rok wzrasta, a w latach 2000-2013 wynosiła średnio 4524 rocznie (11,8 na 100 tys. mieszkańców) [14,15]. Jednym z czynników samobójstw są choroby somatyczne, takie jak nowotwory, AIDS, stwardnienie rozsiane, cukrzyca itp. Szacowany jest znaczny wzrost popełnianych samobójstw w grupie osób zakażonych HIV [16,17].

Na podstawie ankiety badana jest zależność pomiędzy zakażeniem HIV a kondycją psychiczną pacjentów. Pacjenci oznaczali obecność u siebie **myśli rezygnacyjnych, myśli**

samobójczych, tendencji samobójczych i podejmowanych **prób samobójczych** w czasie przed i po diagnozie zakażenia HIV, dodatkowo opisując ich powody.

Wśród 30 ankietowanych pacjentów: 16 miało przynajmniej same myśli rezygnacyjne, u 11 z nich pojawiły się myśli samobójcze. 5 badanych chociaż jeden raz podjęło próbę targnięcia się na własne życie. Na podstawie wyników ankiet można stwierdzić również, że próby samobójcze były zawsze poprzedzone myślami rezygnacyjnymi/samobójczymi lub tendencjami samobójczymi.



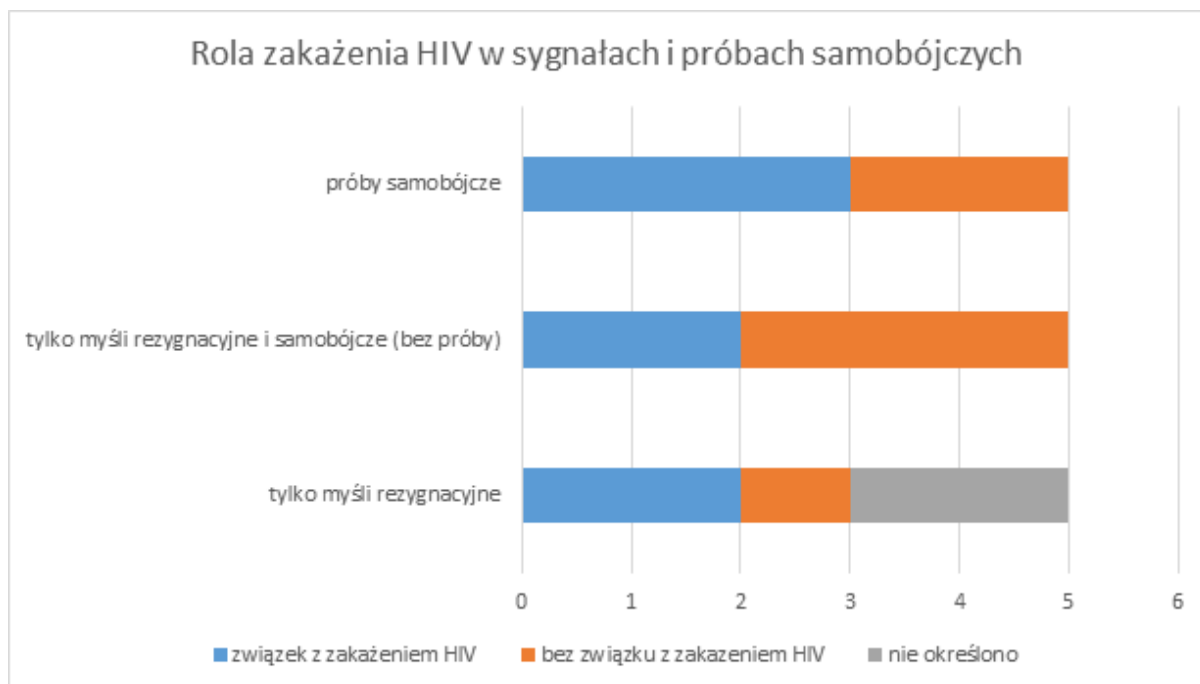
Ryc. 8. Częstość występowania określonych sygnałów ryzyka samobójstwa wśród wszystkich badanych zakażonych HIV

Z opisu powodów kolejno myśli, tendencji i prób samobójczych można wnioskować, że większość badanych przez nas pacjentów w swoim życiu zmagala się także z różnymi problemami niezwiązanymi z zakażeniem - m.in. z uzależnieniem od narkotyków, alkoholu, rozpadem małżeństwa rodziców, napiętnowaniem i odrzuceniem przez społeczeństwo z powodu orientacji seksualnej, czy innymi problemami rodzinnymi, osobistymi, finansowymi.

W wielu odpowiedziach nie pojawiła się jedna konkretna przyczyna, ale liczne, nakładające się. Oto przykłady:

- „Wszystko było powodem.”
- „Choroba, bezradność.. obecne problemy rodzinne..”

- „Narastająca depresja, problemy rodzinne i osobiste.. brak możliwości ucieczki przed mentalnym piekłem.”
- „Rzeczy, na które miałem bezpośredni wpływ,... zakażenie.”



Ryc. 9. Analiza związku zakażenia HIV z obniżeniem kondycji psychicznej pacjentów na podstawie pytań otwartych

Z analizy wynika, że diagnoza zakażenia HIV miała wpływ na stan psychiczny co najmniej 7 z 30 ankietowanych. Wśród powodów swojego stanu podawali oni:

- „Choroba mnie złamała”
- „Miałem dość leczenia”
- „Bezradność”
- „Uciemienie, które już zawsze będzie towarzyszyło”
- Powtarzającą się wśród ankietowanych przyczyną był również „brak wiedzy na temat leczenia i życia z wirusem”

Innym, pośrednio związanym z zakażeniem powodem jest problem odrzucenia przez społeczeństwo. Ostracyzm opisywany najczęściej jako odtrącenie, widoczne napiętnowanie, nieprzyjemne komentarze, publiczne osądy.

- „Odczuwałam odrzucenie”
- „...wskazywali mnie palcami”

- „...ludzie myślą, że zakażą się ode mnie jak grypą”
- „Bałam się wracać do swojej miejscowości, to był dla mnie koniec”
- „Problem ze świadomością obywateli”

O próbie samobójczej mówimy wtedy, gdy działanie z intencją samobójstwa, bez udziału osób innych i tragicznego zakończenia mogące spowodować uszkodzenie ciała lub zatrucie [14].

Spośród badanych pacjentów, 3 przyznało się do prób samobójczych związanych z zakażeniem. Negowali występowanie chorób psychiatrycznych w rodzinie, tak samo podejmowanie wcześniejszych prób targnięcia na własne życie.

Tab. I. Przypadki prób samobójczych - zestawienie

Przypadki prób	Płeć	Droga zakażenia	Powód podjęcia próby	Czas podjęcia próby (po diagnozie)	Występowanie sygnałów samobójczych	Wiek podczas próby	Sposób
Próba - przypadek 1	K	Dożylnie, narkotyki-heroina	Odrzucenie przez społeczeństwo -Bezradność w chorobie	W niedługim czasie po diagnozie	Tak, wszystkie	20 lat	Spożycie dużej ilości leków
Próba - przypadek 2	M	Nie podaje	Choroba i dożywotne, „męczące” leczenie	W trakcie leczenia, 5 lat po diagnozie	Tak, wszystkie	50 lat	Podcinanie żył
Próba - przypadek 3	M	Nie podaje (w wywiadzie narkomania)	Choroba	Nie pamięta	Tak, myśli rezygnacyjne i samobójcze	Nie podaje	Nie podaje

Zakażenie HIV oraz towarzyszące mu objawy, dożywotnie leczenie i jego niepożądane skutki, a także czynniki, takie jak związany ze statusem chorego ostracyzm społeczny - mogą stać się przyczyną obniżenia kondycji psychicznej i podjęcia prób targnięcia na własne życie.

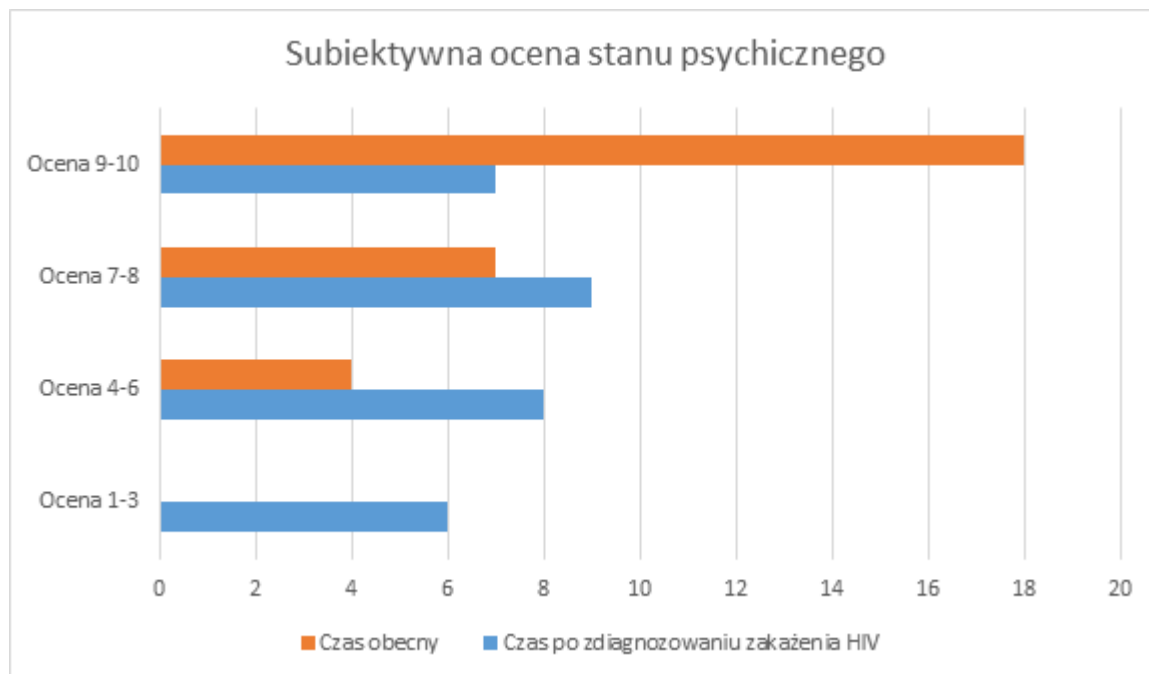
Samobójstwo jest aktem ostatecznym, dokonywanym najczęściej w emocjach [14], jednak na czyn ten składają się liczne czynniki [18] powodujące przewlekłą, trudną sytuację psychiczną, dla której sytuacja taka jak diagnoza zakażenia HIV, może stać się bezpośrednią przyczyną działań z intencją samobójstwa.

Pacjenci nieposiadający opartej na faktach wiedzy na temat przebiegu i leczenia zakażenia HIV często odbierają wiedzę z mediów, przez co traktują diagnozę równoznacznie ze śmiercią. To wywołuje myśli i tendencje samobójcze.

W zakończeniu i podsumowaniu ankiety pacjenci subiektywnie oceniali własną kondycję psychiczną w czasie po zdiagnozowaniu zakażenia HIV i w czasie obecnym, w skali 1-10.

Tab. II. Ocena swojego stanu psychicznego przez pacjentów z próbami samobójczymi w historii

Próba samobójcza	Ocena stanu psychicznego w czasie po diagnozie	Ocena obecnego stanu psychicznego
przypadek 1	5	6/7
przypadek 2	1	9
przypadek 3	1	10



Ryc. 10. Subiektywna ocena stanu psychicznego pacjentów w skali 1-10 w zależności od czasu od diagnozy

Wielu respondentów oceniło swoją kondycję psychiczną tuż po diagnozie jako bardzo słabą. Wówczas właśnie reakcja osób z najbliższego otoczenia, lekarzy jest kluczowa. Gdy jest to potrzebne, sztandarowym krokiem jest otoczenie wykwalifikowaną opieką psychologiczną.

Ponadto, próby samobójcze wśród ankietowanych były zawsze poprzedzone zmianami, które mogły być zidentyfikowane przez lekarza lub rodzinę, co skłania do poszerzenia obserwacji tej grupy pacjentów.

Kobiety z HIV

Badania przeprowadzone we Francji wykazują, że ryzyko samobójstwa jest największe wśród kobiet i MSM. Jego głównymi przyczynami są: nasilenie dyskryminacji ze względu na różne przesłanki, bezdomność i poczucie osamotnienia [19].

Kobiety są szczególną grupą badaną ze względu na związek zakażenia HIV ze zdrowiem seksualnym i prokreacyjnym. Z tego względu gorzej radzą sobie z przyjęciem diagnozy.

Aż trzy spośród pięciu naszych respondentek miały myśli rezygnacyjne i samobójcze po usłyszeniu diagnozy. Myślom tym towarzyszyły liczne objawy depresyjne, m.in. obniżenie nastroju, poczucie winy i małej wartości, utrata apetytu i spadek masy ciała.

Jako przyczyny podają one: bezsilność oraz bezradność wobec choroby. Jako największe swoje obawy podawały: opinie ludzi, odrzucenie, reakcja rodziny, strach przed zakażeniem innych osób oraz śmierć. Skutkiem tego - dwie z respondentek dokonały próby samobójczej.

Uczestniczki innych badań wskazywały stygmatyzację jako źródło obaw przed ujawnieniem zakażeniem, a przez to czynnik potęgujący poczucie izolacji i wzmagający depresję. Powodowała ona także ograniczenia praw kobiet.

Uczestniczki badań podawały, że były zniechęcane przez lekarzy do posiadania potomstwa, a nawet przymuszane do sterylizacji i wyboru bezdzietności [20].

Wydaje się być zatem zasadne, aby kobiety dowiadujące się o zakażeniu HIV niezwłocznie zostały objęte opieką psychologa bądź psychiatry. Niestety tylko 1 z naszych ankietowanych została poinformowana o takiej możliwości i faktycznie z niej skorzystała.

Inną formą wsparcia psychicznego, która pomogłaby zakażonym uporać się z diagnozą mogłaby być możliwość nawiązania kontaktów z innymi kobietami żyjącymi z HIV. Jeden z naszych ankietowanych uznał tę formę pomocy za najważniejszą formę wsparcia.

Wnioski

Akceptujące (chorego) zachowanie i empatyczne traktowanie ze strony najbliższych odgrywa istotną rolę w tym, aby zakażony HIV nie czuł się stygmatyzowany z powodu swojej choroby.

Wyniki naszej ankiety jasno wykazują, że obawy respondentów przed wyjawieniem prawdy o zakażeniu własnej rodzinie są nieuzasadnione. Zarówno rodzina, jak i partner, stanowią kluczową formę wsparcia dla osoby zakażonej HIV.

Większość lekarzy potrafi właściwie uświadomić pacjenta i przygotować go do kolejnych etapów choroby i leczenia

Osoby, które słyszą diagnozę o zakażeniu HIV mają często obawy i towarzyszy im strach przed nieuchronnym rozwojem objawów choroby, które prowadzą do śmierci. W dobie dzisiejszych możliwości farmakoterapii jest to nieuzasadnione.

W problemie osłabienia kondycji psychicznej i rodzących się tendencji samobójczych u osób zakażonych HIV bardzo ważne jest, aby już od pierwszej, kluczowej sytuacji przekazywania diagnozy udzielić pacjentowi koniecznych informacji i wsparcia, a także skierować pod właściwą opiekę.

Sygnaly ryzyka samobójstwa, do których zaliczyć możemy myśli rezygnacyjne, myśli samobójcze oraz tendencje samobójcze często licznie poprzedzają próby samobójcze, dlatego istotne, by wyspecjalizowany lekarz opiekował się takimi pacjentami.

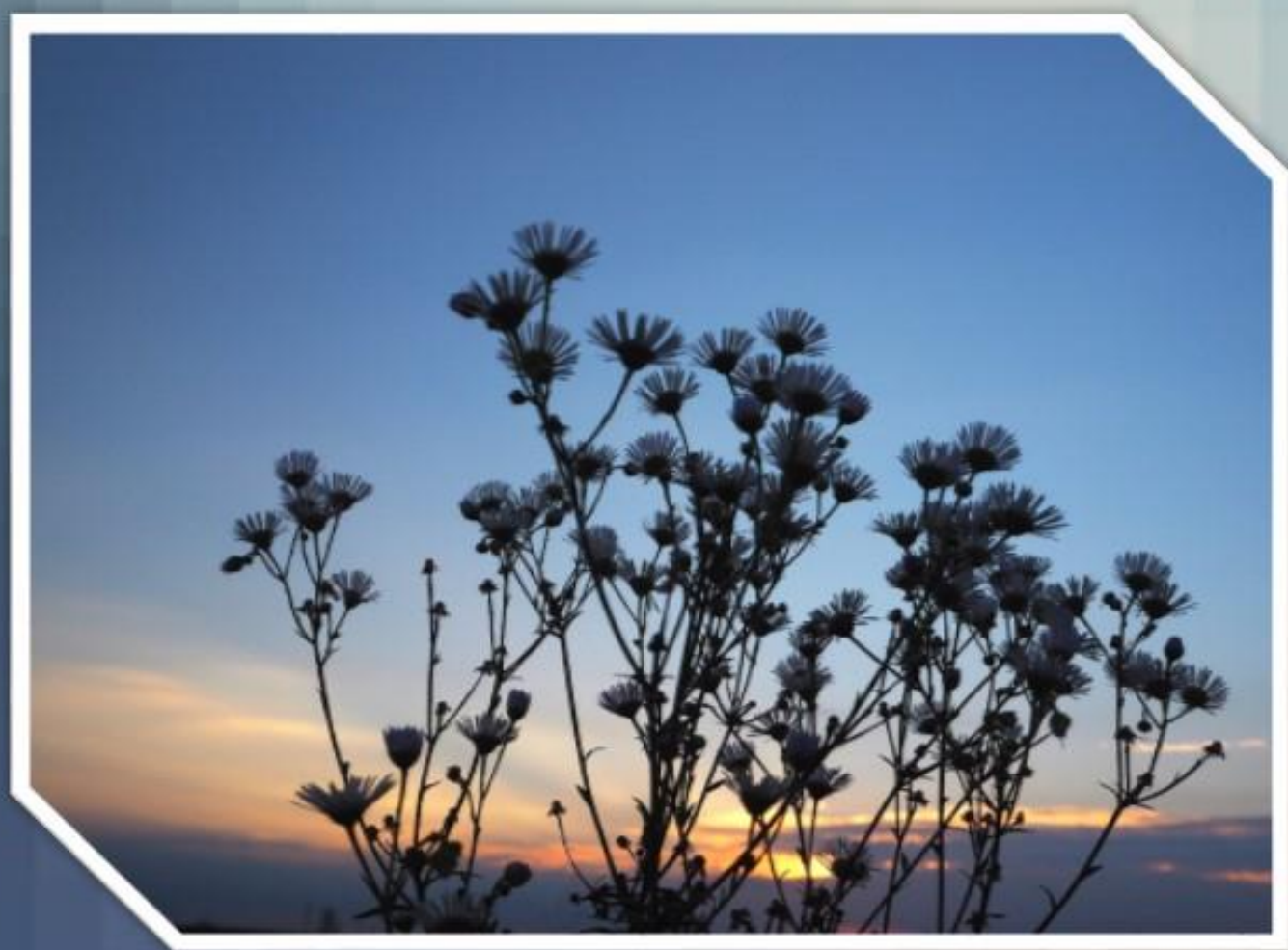
Piśmiennictwo

1. Dudek D., Siwek M.: Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria*, 2007, 4, 1, 17-24.
2. Crum R.M., Cooper-Patrick L., Ford D.E.: Depressive symptoms among general medical patients: prevalence and one-year outcome. *Psychosomatic Medicine*, 1994, 56, 109-117.
3. Patten S.B.: Long-term medical conditions and major depression in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1999, 44, 151-157.
4. Wells K.B., Golding J.M., Burnam M.A.: Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *American Journal of Psychiatry*, 1988, 145, 976-981.
5. Sztumski J.: Wstęp do metod i technik badań społecznych, Wyd. Śląsk, Katowice, 2004.
6. Lemańska M., Jankowska M., Smiatacz T.: Problemy diagnostyczne HIV w praktyce lekarza rodzinnego. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2008, 2(4), 286-291.

7. Gładysz A., Knysz B.: Zakażenia HIV i AIDS- poradnik dla lekarzy, Krajowe Centrum do spraw AIDS. Wyd. Continuo, Wrocław, 2014.
8. Murali R.: Depresja u osób cierpiących na choroby somatyczne. *Psychiatria po dyplomie*, 2009, 6(1), 37-45.
9. Nedelcovych M.T., Manning A.A., Semenova S., et al.: The Psychiatric Impact of HIV. *ACS Chemical Neuroscience*, 2017, 8(7), 1432–1434.
10. Citron K., Brouillette M.J.: *HIV & psychiatry: a training and resource manual*. Cambridge University Press, London, 2006.
11. Gałęcki P., Szulc A.: *Psychiatria*. Wyd. Edra Urban & Partner, Wrocław, 2018.
12. Bhatia R., Hartman C., Kallen M.A., et. al: Persons newly diagnosed with HIV infection are at high risk for depression and poor linkage to care: results from the Steps Study. *AIDS and Behavior*, 2012, 15(6), 1161–1170.
13. Suchacz M., Suchacz M.M., Firląg-Burkacka E., Wiercińska-Drapała A.: Postępowanie w najczęstszych zaburzeniach psychicznych u osób zakażonych HIV [w:] *Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego PTN AIDS*. Warszawa -Szczecin, 2018, 415-418.
14. Jarema M.: *Psychiatria- Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydanie II uaktualnione i rozszerzone. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011.
15. Putowski M., Piróg M., Podgórnjak M., Zawisłak J., Picewicz-Szczęśna H.: Analiza epidemiologiczna występowania samobójstw w Polsce w latach 2000-2013. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2015, 96(1), 264-268.
16. Heckman TG., Miller J., Kochman A., et al.: Thoughts of suicide among HIV-infected rural persons enrolled in a telephone-delivered mental health intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, 2002, 24(2), 141-148.
17. Kalichman SC., Heckman T., Kochman A., et al.: Depression and thoughts of suicide among middle-aged and older persons living with HIV-AIDS. *Psychiatric Services*, 2000, 51(7), 903–907.
18. Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, *Zapobieganie Samobójstwom, Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły, przekład z jęz. ang.* Mroziak B., Genewa-Warszawa 2003, Wydano za zgodą Światowej Organizacji Zdrowia: TR/02/114–118 z dnia 3 lipca 2002 r, 5-7 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66801/WHO_MNH_MBD_00.3_pol.pdf;jsessionid=CD1EFAD739A71D1ADC38E40D8F4489FD?sequence=4 (30.04.2019).

19. Carrieri M.P., Marcellin F., Fressard L., et al: ANRS-VESPA2 Study Group. Suicide risk in a representative sample of people receiving HIV care: Time to target most-at-risk populations (ANRS VESPA2 French national survey). PLoS One. 2017; 12(2): e0171645, doi: 10.1371/journal.pone.0171645, indexed in Pubmed: 28192455.
20. Orza L., Bewley S., Logie C.H., et al.: How does living with HIV impact on women's mental health? Voices from a global survey. The Journal of the International AIDS Society, 2015,18 (Suppl 5), 20289, indexed in Pubmed: 26643460.

ŚMIERĆ SPOŁECZNA



Ochrona małoletnich przed szkodliwymi treściami w mediach elektronicznych

Żurawski Jacek A.

TVP S.A.

Społeczna Akademia Nauk

Pojęcie osoby małoletniej w przepisach prawa

Ustawa o radiofonii i telewizji [1] posługuje się w art. 18 ust. 4 i 5 pojęciem osób małoletnich, jako podlegających szczególnej ochronie przed treściami, które mogą zagrażać ich rozwojowi psychicznemu, fizycznemu i moralnemu. Można przyjąć, że pojęcie osoby małoletniej w ustawie o radiofonii oznacza osoby, które nie ukończyły 18. roku życia. Jest to zgodne z regulacją zawartą w Kodeksie cywilnym [2], zgodnie z którą osoba, która ukończyła 18. rok życia jest osobą pełnoletnią, czyli posiada pełną zdolność do czynności prawnych [3]. Kodeks cywilny rozróżnia jeszcze dwie kategorie osób, takich które nie posiadają zdolności do czynności prawnych (poniżej 13. roku życia) oraz posiadają ograniczoną zdolność do czynności prawnych (osoby, które ukończyły 13 lat). Kodeks cywilny posługuje się też pojęciem dziecko (art. 26 § 1 k.c., który mówi o miejscu zamieszkania dziecka). Pojęcie *osoba pełnoletnia* w świetle orzeczeń sądowych jest tożsame z pojęciem *osoba dorosła* [4]. Przez osobę dorosłą rozumie się osobę dojrzałą, która jest zdolna do samodzielnego kształtowania praw i obowiązków oraz która działa z pełnym rozeznaniem także w zakresie następstw czynności faktycznych o skutkach prawnych [5].

Prawo karne posługuje się także pojęciem nieletni i młodociany. Osoba nieletnia to osoba, która w chwili popełnienia czynu zabronionego ukończyła 13 lat, a nie ukończyła 17. roku życia [6], zaś osoba młodociana, to osoba, która w chwili popełnienia przestępstwa nie ukończyła 21 lat, a w chwili orzekania w sądzie pierwszej instancji – 24. roku życia [7]. Z kolei prawo pracy uznaje za osobę młodocianą osobę, która ukończyła 15 lat, a nie jest osobą pełnoletnią [8].

Jak widać z powyższego pojęcie osoby małoletniej jest rozumiane w różny sposób, w zależności od kontekstu i okoliczności, w których jest ono rozpatrywane. W prawie medialnym przyjmuje się, jak wskazano wyżej definicję stworzoną w prawie cywilnym.

Ewolucja przepisów regulujących ochronę małoletnich w mediach elektronicznych

Już w połowie lat pięćdziesiątych, amerykański socjolog Ernest van den Haag, zwracał uwagę na wpływ, jaki mogą nieść dla dzieci i młodzieży media elektroniczne, a zwłaszcza telewizja, która stała się dla rodziców tym, czym wcześniej była kołyska. Przy czym telewizja oprócz uspokojenia dziecka, daje mu namiastkę zadowolenia, poprzez tworzenie akcji, pozwalając tym samym zaspokoić nieziszczone pragnienie przeżycia samemu przygód pokazywanych na ekranie. Niesie jednak ze sobą zagrożenia, którym jest nie sama brutalność pokazywana w telewizji, ale jej charakter, który nie ma nic wspólnego ze sztuką. Brutalność pokazywana w mediach nie ma większego znaczenia, jest czymś normalnym, podnieca widzów, ale nie przekazuje im żadnych głębszych treści [9].

Konwencja o prawach dziecka [10], przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 roku, zagwarantowała dzieciom prawo do korzystania z wolności słowa. Zgodnie z art. 13 Konwencji Dziecko będzie miało prawo do swobodnej wypowiedzi; prawo to ma zawierać swobodę poszukiwania, otrzymywania i przekazywania informacji oraz idei wszelkiego rodzaju, bez względu na granice, w formie ustnej, pisemnej bądź za pomocą druku, w formie artystycznej lub z wykorzystaniem każdego innego środka przekazu według wyboru dziecka. Wykonywanie tego prawa może podlegać pewnym ograniczeniom, lecz tylko takim, które są przewidziane przez prawo i które są konieczne: dla poszanowania praw lub reputacji innych osób albo do ochrony bezpieczeństwa narodowego lub porządku publicznego bądź zdrowia albo moralności społecznej. Uwzględniając ważną rolę spełnianą przez środki masowego przekazu zobowiązano państwa, które ratyfikowały Konwencję do *ochrony dzieci przed informacjami i materiałami szkodliwymi z punktu widzenia ich dobra*.

Europejska Konwencja o Telewizji Ponadgranicznej [11] nakazywała, aby programy radiowe i telewizyjne w swym sposobie prezentacji oraz treści szanowały podstawowe prawa oraz godność człowieka. W szczególności nie powinny zawierać treści nieprzyzwoitych, a zwłaszcza pornografii oraz nadmiernie eksponować scen brutalnych. Audycje i inne przekazy, które stwarzają niebezpieczeństwo zaburzenia fizycznego, umysłowego lub moralnego rozwoju dzieci i młodzieży, nie powinny być umieszczane w programie w czasie, w którym istnieje niebezpieczeństwo, że mogą być oglądane przez dzieci i młodzież.

Również Dyrektywa UE o telewizji ponadgranicznej zobowiązywała [12] państwa członkowskie do podjęcia środków mających na celu zagwarantowanie, by transmisje nadawców telewizyjnych podlegających ich jurysdykcji nie zawierały jakichkolwiek

programów mogących poważnie zaszkodzić rozwojowi fizycznemu, umysłowemu lub moralnemu małoletnich, w szczególności programów zawierających pornografię lub nieuzasadnioną przemoc. Nakaz ten dotyczył również innych programów, które mogą zaszkodzić rozwojowi, chyba że zapewnia się, poprzez wybór godzin emisji lub za pomocą jakichkolwiek środków technicznych, że małoletni znajdujący się w zasięgu transmisji nie mogą w normalny sposób oglądać ani słuchać tych programów. Zobowiązano również państwa członkowskie do poprzedzania sygnałem akustycznym lub odpowiednim oznaczeniem wizualnym programów emitowanych w sposób niekodowany, zawierających treści szkodliwe dla rozwoju osób małoletnich. Dyrektywa była kilkakrotnie zmieniana i w kształcie obecnie obowiązującym [12], wskazuje w motywach 59 – 62 na konieczność ochrony małoletnich podkreślając, że dostępność szkodliwych treści w audiowizualnych usługach medialnych stanowi źródło niepokoju dla rodziców. Przepisy służące ochronie fizycznego, umysłowego i moralnego rozwoju małoletnich oraz ochronie godności ludzkiej we wszystkich audiowizualnych usługach medialnych, w tym także w handlowych przekazach audiowizualnych, są zatem niezbędne. Podkreślono, że konieczne jest zachowanie należytej równowagi między środkami podejmowanymi w celu ochrony fizycznego, umysłowego i moralnego rozwoju małoletnich i ochrony godności ludzkiej a podstawowym prawem do wolności słowa.

W orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wielokrotnie podkreślano, że swoboda wypowiedzi stanowi jeden z filarów społeczeństwa demokratycznego, który jest warunkiem jego rozwoju i możliwości samorealizacji jednostki. Swoboda wypowiedzi nie może ograniczać się do informacji i poglądów, które są odbierane przychylnie albo postrzegane jako nieszkodliwe lub obojętne, lecz odnosi się w równym stopniu do takich, które obrażają lub wprowadzają niepokój. Takie są wymagania pluralizmu i tolerancji, bez których nie ma demokratycznego społeczeństwa [14]. Ochrona wynikająca z art. 10 Konwencji [15] rozciąga się na wszystkie rodzaje wypowiedzi wyrażające opinie, idee lub informacje niezależnie od ich treści oraz sposobu komunikowania się, w szczególności o charakterze politycznym lub dotyczące spraw publicznej troski. Obejmuje również wypowiedzi artystyczne, informacje o charakterze handlowym, muzykę rozrywkową i reklamy nadawane za pomocą sieci kablowej, a także treści publikowane i archiwizowane w Internecie, jako medium odgrywającym ważną rolę w rozszerzaniu dostępu społeczeństwa do nowych wiadomości, jak również generalnie w ułatwianiu rozpowszechniania informacji. Ochroną objęte są również symbole umieszczone na ubraniach, a także wypowiedzi przybierające postać konkretnego zachowania. Artykuł 10 chroni nie tylko treść idei i

informacji, ale również formę, w jakiej są przekazywane, zwłaszcza, ale nie tylko, gdy dotyczy to prasy [16].

Również Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji stwierdziła, że (...) *oceniając zasadność skarg musi uwzględniać z jednej strony prawo do swobody wypowiedzi, które jest jedną z fundamentalnych zasad społeczeństwa demokratycznego, z drugiej zaś – obowiązki nadawców wynikające z odpowiedzialności za słowo i za emitowane treści* [17].

Żaden z przepisów dyrektywy dotyczących ochrony fizycznego, umysłowego i moralnego rozwoju małoletnich nie oznacza jednak zgody na kontrolę programu przez organy publiczne ex ante, a jedynie może być kontrola następcza. Dyrektywa (motyw 47) odniosła się także do Zalecenia Parlamentu Europejskiego z dnia 20 grudnia 2006 roku w sprawie ochrony małoletnich [18]. W zaleceniu tym zwrócono uwagę na konieczność przyjęcia na poziomie Unii Europejskiej przepisów dotyczących fizycznego, umysłowego i moralnego rozwoju małoletnich w odniesieniu do treści wszystkich usług audiowizualnych i informacyjnych oraz ochrony małoletnich przed dostępem do nieodpowiednich programów lub usług przeznaczonych dla dorosłych. Podkreślono, że z uwagi na ciągły rozwój nowych technologii informacyjnych i komunikacyjnych Wspólnota powinna w trybie pilnym zapewnić pełną i odpowiednią ochronę interesów obywateli w tej dziedzinie, która z jednej strony zagwarantuje swobodę dostarczania i świadczenia usług informacyjnych, a z drugiej zapewni, by przekazywane treści nie szkodziły ogólnemu rozwojowi małoletnich [18].

Polskie przepisy o ochronie małoletnich zostały wprowadzone w ustawie z dnia 29 grudnia 1992 roku o radiofonii i telewizji [19]. W pierwotnej wersji przepisy o ochronie dzieci przed szkodliwymi treściami w mediach stwierdzały, że *audycje, które mogą zagrażać psychicznemu, uczuciowemu lub fizycznemu rozwojowi dzieci i młodzieży, nie mogą być rozpowszechniane między godziną 6 rano a godziną 23*. Wydane na podstawie delegacji ustawowej rozporządzenie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji [20] wskazywało, że nadawcy powinni ograniczać emisję programów, które mogą zagrażać psychicznemu, uczuciowemu lub fizycznemu rozwojowi dzieci i młodzieży, a zwłaszcza ukazujących brutalność i przemoc, a zwłaszcza zawierających sceny znęcania się, dręczenia lub inne sceny okrutne, zachowania naruszające normy obyczajowe, zwroty, słowa i gesty wulgarne, drastycznie naruszających obyczajowość poprzez pornografię, prowadzących do jedynie przedmiotowego traktowania człowieka, pozbawiających wrażliwości ludzkiej i uwłaczających jego godności oraz upowszechniających metody i instruktaż działań przestępczych. Jednocześnie, ówczesne rozwiązania zezwalały na emisję audycji zawierających sceny i pokazujące zachowania opisane wyżej, o ile było to uzasadnione ich

wysoką wartością artystyczną, dokumentalną, informacyjną lub wagą historyczną i nie naruszało przepisów kodeksu karnego. Komentując ten przepis prof. Stanisław Piątek [21] zwrócił uwagę na trudności, jakie mogą powstać przy ocenie konkretnych audycji w kontekście przytoczonej wyżej regulacji prawnej. Zawsze w takiej sytuacji będą zderzały się różne racje – samodzielność nadawców w kształtowaniu programu, ochrona małoletnich oraz – co się podnosi coraz częściej – kwestie związane z wolnością słowa. Problem jest tym większy, że zarówno ochrona dzieci, jak i wolność słowa są wartościami chronionymi przez Konstytucję RP, takimi jak wolność słowa, czy twórczości artystycznej.

Należy pamiętać, że ochrona małoletnich jest w Polsce wartością konstytucyjną. Art. 72 ustawy zasadniczej stanowi, że *Rzeczpospolita Polska zapewnia ochronę praw dziecka. Każdy ma prawo żądać od organów władzy publicznej ochrony dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem i demoralizacją* [22].

Trybunał Konstytucyjny podkreślił, że *nakaz ochrony dobra dziecka stanowi podstawową, nadrzędną zasadę polskiego systemu prawa rodzinnego (...). Pojęcie „praw dziecka” w przepisach Konstytucji należy rozumieć jako nakaz zapewnienia ochrony interesów małoletniego, który w praktyce sam może jej dochodzić w bardzo ograniczonym zakresie. Dobro dziecka jest również tą wartością, która determinuje kształt innych rozwiązań instytucjonalnych (...)* [23].

Podobne stanowiska możemy znaleźć w doktrynie prawa konstytucyjnego, która wskazuje, że *ochrona dzieci przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem i demoralizacją może uzasadniać wprowadzanie ograniczeń wolności wyrażania poglądów (zwłaszcza w środkach masowego przekazu) (...). Pogląd taki należy podzielić i będzie się on przede wszystkim odnosił do demoralizacji dziecka (w kontekście ograniczeń wolności wyrażania poglądów) (...). Przykładowo, ochrona dziecka przed demoralizacją oznaczać będzie zakaz udostępniania mu w środkach przekazu treści odnoszących się do pornografii czy drastycznej przemocy. Rodzice w tym zakresie mogą żądać od państwa wprowadzenia regulacji ustawowych zakazujących upowszechnianie określonych treści w mediach (w tym w Internecie)* [24].

Jednak od początku swego istnienia Krajowa Rada spotykała się z zarzutami wprowadzania cenzury na rynku mediów. W pierwszym sprawozdaniu złożonym przez KRRiT podkreśliła, że spełnia rolę arbitra pomiędzy skarżącymi się na program widzami a nadawcami. W pierwszym roku sprawozdawczym KRRiT podjęła kilkanaście interwencji w stosunku do nadawców prywatnych i publicznych. Odpowiadając na zarzut działań cenzorskich podkreślono, że *Rada reaguje na, stwierdzone i dowiedzione w toku*

postępowania interwencyjnego, wykroczenia przeciw prawu WYŁĄCZNIE po emisji kwestionowanego programu, wobec tego pojawiający się czasem zarzut "cenzury" jest całkowicie bezpodstawny i niesprawiedliwy [25,26].

Obecnie obowiązujące przepisy zostały wprowadzone w 2000 roku, kiedy to nadano nowe brzmienie m.in. art. 18 urt. [27]. Wówczas już zwracano uwagę na nieostrość zawartych w przepisach sformułowań, do których zaliczono „propagować”, czy „zagrozić”. Prof. Jacek Sobczak zastanawiał się nawet, czy pokazanie *Hamleta*, z uwagi na liczne zabójstwa w sztuce tej ukazane, nie zagraża psychicznemu i uczuciowemu rozwojowi dzieci i młodzieży oraz czy w związku z tym nie powinien być audycją rozpowszechnianą po godzinie 23 [28,29]. W tym wypadku obawy te pozostały płonne.

Wprowadzone w roku 2000 zmiany dotyczyły brzmienia przepisu art. 18 urt. W zakresie ochrony małoletnich zabroniono rozpowszechniania audycji lub innych przekazów zagrażających fizycznemu, psychicznemu lub moralnemu rozwojowi małoletnich, w szczególności zawierających treści pornograficzne lub w sposób nieuzasadniony eksponujących przemoc. Jeżeli audycja zawiera sceny lub treści mogące mieć negatywny wpływ na prawidłowy fizyczny, psychiczny lub moralny rozwój małoletnich, inne niż pornograficzne lub w sposób nieuzasadniony eksponujących przemoc, mogą być rozpowszechniane wyłącznie w godzinach od 23⁰⁰ do 6⁰⁰. Ponadto zobowiązano nadawców do zamieszczania informacji przez cały czas trwania audycji odpowiednim symbolem graficznym, uwzględniając stopień szkodliwości danej audycji lub przekazu dla małoletnich w poszczególnych kategoriach wiekowych (obowiązkowi temu nie podlegają serwisy informacyjne, reklamy, telesprzedaż, transmisje sportowe i przekazy tekstowe).

W wydanym w 2005 roku rozporządzeniu Krajowa Rada szczegółowo opisała, jakie audycje nie powinny być emitowane w określonych kategoriach wiekowych. Zgodnie z załącznikiem 3 do tego rozporządzenia, małoletni poniżej lat 18 nie powinni oglądać audycji lub innych przekazów zawierających sceny lub treści:

- pokazujące jednostronnie przywileje życia dorosłych przy równoczesnym pomijaniu obowiązków, pracy, zobowiązań, i ważnych życiowo decyzji przy pomijaniu ich konsekwencji, zawierające społeczne usprawiedliwianie agresji, wulgarności, uprzedzeń i negatywnych stereotypów społecznych, pokazywanie seksu, agresji i łamania norm moralnych jako źródła sukcesu życiowego;
- prezentujące wadliwy obraz natury ludzkiej, polegający na szukaniu tylko egoistycznych przyjemności, dążeniu do sukcesu za wszelką cenę z

wykorzystywaniem innych osób dla własnych celów, usprawiedliwiające przemoc, traktujące seks jako źródło dominacji;

- prezentujące obrazy naturalistycznego seksu zwłaszcza połączonego z przemocą i przymusem, patologicznych form życia seksualnego, a także obrazy agresji, zwłaszcza przedstawionej w sposób naturalistyczny i brutalny;
- prezentujące postacie atrakcyjne (np. pod względem urody, bogactwa, sukcesu), a postępujące w sposób moralnie naganny, agresywny, nieuczciwy i wulgarny, bez żadnej oceny niewłaściwości takiego zachowania oraz nagradzanie przejawów społecznej patologii.

Po godzinie 20⁰⁰ można emitować audycje zakwalifikowane dla widzów od lat 16.

Zgodnie z przyjętymi rozwiązaniami dzieci poniżej lat 16 nie powinny oglądać audycji:

- pokazujących wypaczone formy współżycia społecznego (albo koegzystencji ludzi) i sprowadzających wizję świata do przemocy i erotyki, a zwłaszcza prezentujących je w sposób prymitywny i brutalny oraz ukazujący obrazy aktywności seksualnej w oderwaniu od uczuć wyższych;
- dających uproszczoną wizję dorosłości eksponującą nadmiernie: siłę fizyczną, używanie przemocy zwłaszcza demonstrowanej w rolach społecznych (nauczyciel, rodzice itp.), pokazujących moralnie naganne zachowania i postawy bez ocen etycznych oraz moralne obwinianie ofiary za to, że została skrzywdzona, a także przedstawiających nadmierną koncentrację na posiadaniu pieniędzy i dóbr materialnych;
- dostarczających silnych wrażeń i emocji związanych z przemocą i seksem, a zwłaszcza przedstawiających obrazy agresji i okrucieństwa;
- mogących skłaniać do zachowań moralnie nagannych, przez prezentowanie postaci atrakcyjnych, a jednocześnie będących wzorcem zachowań negatywnych, np. picia alkoholu, używania wulgarnych wyrażen i gestów, brutalności, zażywania narkotyków, przemocy itp.

W Rozporządzeniu zwrócono uwagę, że dzieci w wieku dorastania *charakteryzują się nadal dużą pobudliwością emocjonalną, skłonnością skrajnych ocen i pochopnych uogólnień, do impulsywnych zachowań i do podejmowania ryzykownych działań. Starają się demonstrować swoją dorosłość, bez głębszego zrozumienia, na czym ona polega. Są krytyczne w stosunku do rodziców i nauczycieli, a jednocześnie poszukują atrakcyjnych idoli, których*

bezkrytycznie naśladową. Są konformistyczne, dlatego bardziej liczą się z normami grup rówieśniczych, niż z normami ogólnospołecznymi [30].

Ochrona małoletnich w dokumentach Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji

Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji potrzebowała aż pięciu lat na wydanie rozporządzenia dotyczącego ochrony małoletnich przed treściami szkodliwymi w mediach (nowelizacja urt. zaczęła obowiązywać w końcu kwietnia 2000 roku, rozporządzenie KRRiT zostało wydane 23 czerwca 2005 roku). Wynikało to z trudności, jakie napotkała Krajowa Rada pracując nad tym rozporządzeniem, w tym niekonsekwencję w samej ustawie utrudniającą redakcję rozporządzenia oraz konieczność powołania zespołu specjalistów w zakresie psychologii wychowawczej dla opracowania załącznika zawierającego podział małoletnich na kategorie wiekowe i ich charakterystykę. Było to przedsięwzięcie nowatorskie w polskim prawie medialnym i wymagało dużej ostrożności w formułowaniu przepisów [31].

Przed wydaniem rozporządzenia w specjalnym oświadczeniu KRRiT zwróciła uwagę, że w następstwie działań kontrolnych przestrzegania przez nadawców przepisów dotyczących ochrony małoletnich, Rada ogranicza się do zwrócenia uwagi na popełniane błędy w prawidłowej klasyfikacji wiekowej i wzywa do zaniechania działań sprzecznych z prawem. Jak podkreślono w oświadczeniu, takie działania skutkowały zobowiązaniem nadawców do starannego doboru audycji, które mogą być emitowane przed godziną 23.00. Jednak jak stwierdzono w oświadczeniu *Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji nie wyraża zgody na samowolną liberalizację w praktycznym stosowaniu przepisów ustawowych dotyczących obowiązku ochrony nieletnich odbiorców programów, a w szczególności zasady czasu objętego ochroną. (...) Krajowa Rada podkreśla, że stosowanie oznakowania „tylko dla dorosłych” nie zwalnia nadawcy z obowiązku umieszczania audycji w odpowiednim paśmie czasowym [32].*

W przytoczonym dokumencie, jako przykłady naruszenia przepisów, wskazano seriale *Fala zbrodni* (Telewizja Polsat), *Glina* (TVP S.A.), talk – show *Rozmowy w toku* odcinki *Mój pierwszy gejowski raz* oraz *Ona mi płaci*. W dokumencie zwrócono także uwagę na dwa rodzaje przekazów emitowanych w mediach elektronicznych – serwisy informacyjne oraz reklamy. W tych pierwszych zwrócono uwagę na zjawisko brutalizacji przekazu, epatowaniem widzów drastycznymi obrazami z miejsc konfliktów zbrojnych, wypadków i katastrof, *które nic nie wnoszą w warstwie informacyjnej, zaś ich jedynym zadaniem jest fałszywie rozumiane „urozmaicenie” relacji [32].* Problem pokazywania scen drastycznych

w mediach elektronicznych był podnoszony już wcześniej przez KRRiT. Przykładem może być program „Na żywo” (emisja 5 września 2002 roku, Telewizja Polska S.A., godz. 18.10). Tematem wyemitowanego reportażu była śmierć z wycieńczenia dwóch osób we wsi Potok. W materiale pokazano bardzo drastyczne zdjęcia, prawdopodobnie z materiałów operacyjnych organów ścigania. Przewodniczący KRRiT wskazał, że był to przykład nadmiernego epatowania drastycznością, zwłaszcza że cała tragedia została dokładnie opisana przez uczestników audycji. Już wówczas Przewodniczący KRRiT zwrócił się do nadawcy o wnikliwą analizę i rozważny, odpowiedzialny dobór materiałów filmowych szczególnie w pasmach chronionych [33].

Zwrócono także uwagę na sposób umieszczania reklam w pasmach sąsiadujących bezpośrednio z audycjami dla dzieci i młodzieży, gdyż nadawcy często nie biorą tego aspektu pod uwagę, a reklamy również mogą mieć negatywny wpływ na rozwój dzieci i młodzieży.

Oceniając funkcjonowanie Rozporządzenia, KRRiT przeprowadziła monitoring największych stacji telewizyjnych (TVP S.A. – program 1 i 2, Telewizji Polsat oraz Telewizji TVN). W wyniku monitoringu, stwierdzono w wielu wypadkach zaniżanie przez nadawców kategorii wiekowych, aby zapewnić lepszą porę emisji. Jak napisano w oświadczeniu *nasuwa to podejrzenie o świadomą manipulację systemem klasyfikacyjnym dokonywaną kosztem zdrowia psychicznego i moralnego małoletnich widzów. (...) Zaniepokojenie KRRiT budzi zwłaszcza błędne i zagrażające dzieciom kwalifikowanie przez nadawców do kategorii „od lat 12” wielu audycji – w tym rozmaitych sensacyjnych paradokumentów – zawierających jednostronny obraz świata pełnego kłamstw, przemocy, występków i zbrodni, których odbiór wymaga większej dojrzałości psychicznej i intelektualnej, niż dysponują przeciętnie dzieci w tym wieku i które poprzez to stanowią istotne zagrożenie dla zdrowia psychicznego i moralnego małoletnich widzów* [34].

KRRiT zwróciła także uwagę na błędną praktykę nadawania stałej kwalifikacji serialom i audycjom cyklicznym głównie typu talk show, nie uwzględniając zawartości poszczególnych odcinków, które często różnią się od siebie i wymagają różnych kwalifikacji wiekowych [35,36]. Rada wskazała również na manipulację zwiastunami audycji, polegającą na *promowaniu audycji zwiastunami w ogóle nie oznakowanymi lub oznakowanymi niższą kategorią wiekową niż kwalifikacja nadana samej audycji* [34].

W 2018 roku Krajowa Rada wydała Komunikat, w którym oceniono działanie przepisów dotyczących ochrony małoletnich. Doświadczenia zebrane przez ponad dwadzieścia lat (pierwsza kara za naruszenie przepisów art. 18 urt. miała miejsce 10 lipca 1997 roku) pozwoliły KRRiT na postawienie tezy, mimo wielu lat funkcjonowania zasad

dotyczących ochrony dzieci i młodzieży przed szkodliwymi treściami w mediach, *system kwalifikowania audycji do odpowiedniej kategorii wiekowej oraz oznaczania jej stosownym piktogramem nie jest poparty właściwą, dogłębną i merytoryczną analizą programową, uwzględniającą wskazania dotyczące dopuszczalności emisji ze względu na cechy rozwojowe dzieci i młodzieży charakterystyczne dla danego okresu ich życia oraz potencjalnego wpływu tych treści na prawidłowy rozwój (...) małoletnich* [34].

W dokumencie tym kolejny raz zwrócono uwagę na kwalifikowanie „od lat 12” formy tzw. docudramy, *pokazujących świat pełen kłamstwa, agresji, okrucieństwa, a nawet zbrodni, gdzie przemoc (fizyczna, emocjonalna i werbalna) często ma wymiar pozytywny i jest jedynym sposobem rozwiązywania problemów* [37].

Co należy podkreślić, w dokumencie zwrócono również uwagę na programy kwalifikowane „od lat 18” i emitowane po godz. 23.00. Sama kwalifikacja i pora emisji nie zwalniają nadawców od odpowiedzialności za ewentualne naruszenie przepisów ustawy art. 18 ust. 4 urt., gdyż zgodnie z przywołanym przepisem audycje zawierające sceny pornograficzne lub w sposób nieuzasadniony pokazujące przemoc nie powinny być w ogóle emitowane w telewizji ogólnodostępnej [38,39,40]. W komunikacie zwrócono uwagę na coraz bardziej brutalne i szokujące środki wyrazu obecne we współczesnym kinie, a nawet powstanie nowych gatunków filmowych charakteryzujących się *dużą liczbą scen zawierających naturalistycznie ukazaną przemoc, drobiazgowym eksponowaniem bestialstwa, cierpienia, niekiedy tortur czy treści łączących seksualność z przemocą i agresją* [41]. W podsumowaniu dokumentu KRRiT zapowiedziała podjęcie zdecydowanych działań w celu wyegzekwowania przestrzegania przez nadawców przepisów dotyczących ochrony małoletnich.

Naruszenie przepisów ustawy o radiofonii i telewizji w świetle skarg widzów

Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji od początku swego istnienia otrzymuje skargi od widzów na wyemitowany program. Liczba wpływających pism systematycznie rośnie od 740 wystąpień w okresie od 1 maja 1993 do 10 marca 1994 roku, przez 1250 w okresie 1 marzec 1994 – 1 marzec 1995, po 4180 w okresie 1 marzec 1995 – 1 marzec 1996 [42]. *Można stwierdzić, że Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji utrwaliła się w świadomości społecznej jako nie tylko funkcjonujący organ władzy, lecz również jako arbiter. Widać to w pismach nie tylko osób prywatnych, lecz także stowarzyszeń społecznych i partii politycznych* [41] - oceniła ten wzrost Krajowa Rada w rocznym sprawozdaniu. Dla porównania można wskazać,

że w okresie od 1 kwietnia 2017 do 1 marca 2018 roku łącznie w sprawach skarg i wniosków wpłynęło 2110 listów. Była największa liczba wystąpień indywidualnych dotyczących programu (w porównaniu z rokiem 2016 procentowy udział wystąpień w sprawach programowych w ogólnej liczbie skarg i wniosków wzrósł o 11%), w ogólnej liczbie listów skierowanych do KRRiT [43].

Pierwsze skargi dotyczyły nadmiaru *drastyczności, scen brutalnych i pornograficznych, zwłaszcza w programach dla młodzieży i nawet dla dzieci* [44], jednak w dokumentach sprawozdawczych nie zawarto informacji, w czym to się miało zdaniem skarżących przejawiać. W 1995 roku do KRRiT wpłynęły skargi dotyczące demoralizacji młodzieży przez media, zwłaszcza emitowanego w Telewizji Polskiej S.A. programu „LUZ”. Autorka programu „LUZ” A. Mentlewicz w ten sposób wspominała skargi na program: *Traktowałam młodych ludzi jak partnerów do rozmowy na różne tematy i przez takie podejście miałam wiele problemów, przypisywano mi poglądy, od których byłam bardzo daleko. Wielokrotnie program był zagrożony, a ja czytałam o sobie i swojej rodzinie różne głupstwa w gazetach. Uspokoilo się, kiedy prezesem został Janusz Zaorski, który poprosił o trzy odcinki "Luzu". Obejrzał je i poprosił, żeby moi szefowie mi przekazali, że tak długo, jak będę robić tak rzetelne programy, mam się o nic nie martwić. Pan prezes Zaorski stworzył Festiwal Twórczości Telewizyjnej i "Luz" wygrał nagrodę publiczności, będąc w jednej kategorii z Wielką Orkiestrą Świątecznej Pomocy. To było wyróżnienie za cykl "Dekalog", w którym inspirowani filmem Krzysztofem Kieślowskiego dyskutowaliśmy o przykazaniach. Zrealizowałam 10 odcinków poza studiem telewizyjnym, w różnych miejscach w Polsce* [45].

W podobnym tonie były utrzymane: protest Rady Pedagogicznej ze szkoły w Wierzawicach k/Łańcuta przeciwko treściom demoralizującym w telewizyjnych programach dla dzieci i młodzieży oraz wystąpienie Rady ds. Rodziny przy Wojewodzie Gdańskim i Marszałku Sejmiku Samorządowego, wyrażające zaniepokojenie upowszechnianiem w mediach treści okrutnych, pornograficznych, wulgarnych, a także treści stanowiących instruktaż działań przestępczych [46]. Protestowano m.in. przeciwko rozmowie Mariusza Szczygła z modelkami erotycznymi oraz aktorkami zatytułowanej „Panny rozbieralskie”, a wyemitowanej w ramach cyklu talk – show „Na każdy temat”. Z negatywną oceną widzów spotkał się także program satyryczny Marcina Wolskiego „Poradnia pozamałżeńska”, który został zdjęty z anteny [47]. W następnych latach widzowie protestowali przeciwko *przyzwalaniu na propagowanie w środkach przekazu pornografii, narkomanii, rozwiązłości, zaśmiecaniu języka polskiego wulgaryzmami, zwłaszcza w piosenkach i teledyskach oraz*

młodzieżowych konkursach, promowaniu wszelkich przejawów zła pod postacią filmów, teledysków, reklam prowadzących do zabijania wrażliwości u dzieci i młodzieży, promowaniu złych wzorców nawet w bajkach i kreskówkach dla dzieci, wypaczaniu psychiki dzieci poprzez nadawanie reklam brutalnych filmów nawet w trakcie emisji filmów dla dzieci [48]. W 1997 roku została też wydana pierwsza decyzja o ukaraniu nadawcy za emisję filmu „Ostry poker w Małym Tokio” (emisja 12 marca 1997 roku, Telewizja Polsat, godz. 20.00). Decyzja była następstwem skargi nauczyciela z Brzegu, który w wystąpieniu do Przewodniczącego KRRiT podkreślił (...) *w moim odczuciu nadanie filmu „Ostry poker w Małym Tokio” w porze największej oglądalności, kiedy to sporą część widowni stanowią dzieci i młodzież jest poważnym naruszeniem przepisów ustawy o radiofonii i telewizji. Proszę potraktować mój list jako oficjalne zgłoszenie naruszenia jej przez telewizję Polsat...* [48]. Część skarg dotyczyła także emisji przez Telewizję Polską S.A. filmu dokumentalnego szwajcarskiego „Heidi w Pornolandzie” (emisja 15 lutego 1997 roku, Telewizja Polska S.A., godz. 23.00), który został uznany przez członka KRRiT Jana Szafranca za *nachalną promocję pornografii, urąganie normom dobrego obyczaju i misji telewizji publicznej* oraz celowe łamanie prawa i lekceważenie opinii publicznej [49]. Przeciwko jego emisji protesty zbiorowe, podpisane przez 2050 osób, złożyły: Stowarzyszenie Katolickiej Młodzieży Akademickiej, Stowarzyszenie Ochrony Radiosłuchacza i Telewidza oraz osoby prywatne [50].

Szkodliwy wpływ na małoletnich – wg oceny KRRiT – zawierały także teledyski, m.in. 18 teledysków wyemitowanych w programie iTV, takich jak *Zrób to ze mn, Hej dziewczynki, Moje ciało oszalało, Ogień ciał*. W teledyskach aktywność seksualną zarówno w warstwie wizualnej, jak i słownej przedstawiano w sposób jednostronny i prymitywny oraz w oderwaniu od uczuć wyższych. W związku z tym oznaczenie ich symbolem od „lat 12” naruszało obowiązujące przepisy [51].

Krajowa Radiofonii i Telewizji otrzymuje też skargi przeciwko przemocy i agresji pokazywanej w programach telewizyjnych. Widzowie zwracali uwagę na szkodliwość niektórych przekazów autopromocyjnych nadawanych np. w trakcie kreskówek dla dzieci, wskazując, że zabijają one wrażliwość u najmłodszych odbiorców [52].

Przykładem może być zwiastun filmu „American Pie” wyemitowany w trakcie przerwy reklamowej filmu „Madeleine”, przeznaczonego dla młodej widowni. Krajowa Rada zwróciła się do nadawcy wskazując, że takie postępowanie narusza obowiązujące regulacje prawne [53].

Duże emocje wśród odbiorców, ale także wśród członków KRRiT wzbudziła emisja filmu w reżyserii Łukasza Wylężałka „Balanga” (emisja Telewizja Polska S.A. godz. 21.40).

W skardze podpisanej przez członków Stowarzyszenia Samorządu Mieszkańców z Poznania, nazwano film *kloacnym, niesłychanie gorszącym, promującym świat antywartości*. Nadawca, w przekazanych wyjaśnieniach, przypomniał, że Ł. Wylężałek otrzymał Nagrodę na Festiwalu Polskich Filmów Fabularnych w Gdyni w 1993 roku, a sam film (...) *w artystycznej formie przedstawia (...) zachowania, obyczaje i język charakterystyczne dla pewnych środowisk i grup społecznych balansujących na granicy patologii. Nie znaczy to wcale, że twórca i jego film normy te pochwala czy akceptuje. Przeciwnie, w swoim dziele poddaje je krytyce. Na tym samym stanowisku stoi też Dyrekcja II Programu TVP S.A., decydując się na wyemitowanie tego filmu. Padające z ekranu obsceniczne wyrażenia nie służą epatowaniu widza wulgarnością, lecz stanowią zapis pewnej rzeczywistości, która obiektywnie istnieje, niezależnie od tego, czy nam się to podoba, czy nie*. Wniosek Przewodniczącego KRRiT o nałożenie kary na nadawcę, za emisję filmu w czasie chronionym, nie uzyskał poparcia członków Krajowej Rady, który uznali, że nadawca poprzez emisję tego filmu nie tylko nie naruszył obowiązujących przepisów, a tematyka filmu o społecznym zaangażowaniu pozwalała na emisję w czasie chronionym [54].

W 2001 roku (po zmianie treści przepisu art. 18 urt.) KRRiT przeprowadziła trzydniowy monitoring programów naziemnych nadawców telewizyjnych: oba ogólnokrajowe programy TVP S.A., POLSAT, TVN, TV4 oraz program Telewizji Niepokalanów Puls. Obserwowano równoległe (nadane w tym samym czasie) propozycje programowe tych nadawców wyemitowane w ciągu trzech weekendowych dni (7 – 9 grudnia 2001 roku). Do monitoringu celowo wybrano weekend, gdyż wtedy zarówno dzieci i młodzież, jak i dorośli poświęcają więcej czasu na oglądanie telewizji. Kontrola poddano obecność scen i obrazów przemocy. Zwracano także uwagę na obecność w programie w czasie objętym ochroną innych zagrażających dzieciom i młodzieży scen, tematów i treści – np. ostrej erotyki, scen grozy (thrillery, horrory) lub tematów trudnych, drastycznych (np. eutanazja, prostytutka wśród dzieci), zwłaszcza ujętych sensacyjnie. W wyniku monitoringu stwierdzono, że w badanym okresie w tzw. czasie chronionym wyemitowano ponad 10 godzin filmów zawierających mniej lub bardziej liczne sceny przemocy, czyli takie, które mogą zagrażać fizycznemu, psychicznemu lub moralnemu rozwojowi dzieci i młodzieży. Licznie występujące w programach niemal wszystkich nadawców sceny przemocy doprowadzają do tego, że widz, naciskając kolejny przycisk pilota, napotyka w większości takie sceny. W godzinach wieczornych widz, jak pokazał monitoring, nie ma już żadnego wyboru, bowiem poszczególne stacje prześcigają się w epatowaniu widzów brutalnymi

filmami i drastyczną tematyką. Krajowa Rada podkreśliła, że *emisja scen przemocy w czasie chronionym prowadzi do oswojenia z nią widza i do jej banalizacji* [55].

Powodem skarg kierowanych do KRRiT był wybór pory emisji audycji, niekiedy spowodowany zwykłym niedopatrzeniem. Tak było w przypadku powtórki programu „Biuro Ogłoszeń” w Telewizji Polskiej S.A. Jeden z odcinków „Paulina full prywatnie” dotyczył świadczenia usług seksualnych. Pierwsza emisja miała miejsce w czasie chronionym (emisja 11 lipca 2002 roku, Telewizja Polska S.A. godz. 12.00). Cały cykl powtórzono w okresie wakacyjnym w godzinach południowych, nie zwracając uwagi na zawartość odcinków. Nadawca po otrzymaniu skargi wyciągnął konsekwencje służbowe wobec osób odpowiedzialnych za zaistniałą sytuację [56]. Do naruszenia przepisów dotyczących ochrony małoletnich może też dojść poprzez pokazanie witryny internetowej lub podanie jej adresu. W czerwcu 2002 roku w „Teleranku” zaproszony gość promował ideę prowadzenia blogów. W trakcie programu pokazano na ekranie adres strony zawierającej treści homoseksualne. W tej sprawie wystąpił do prokuratury Przewodniczący KRRiT Juliusz Braun [56] oraz Rzecznik Praw Dziecka Paweł Jaros. Sprawa odbiła się szerokim echem w mediach. *O „Teleranku” napisał w środę „Super Express”. Według gazety, „w ostatnim wydaniu niedzielnego programu dla dzieci wystąpił pan Maciej ps. Ebo, który zachęcał dzieci do założenia własnego pamiętnika w internecie. Na podstawie swojego pamiętnika pokazywał, jak wpisywać notatki oraz jak mogą je komentować inni internauci. Adres jego strony był widoczny na ekranie telewizyjnym dostatecznie długo, by nawet małe dziecko go zapamiętało”. Według gazety, strona „Ebo” zawiera obsceniczne treści homoseksualne. (...) „Perfidna promocja pornografii i pedofilii” - tak nadany w ostatnią niedzielę przez TVP „Teleranek” oceniła Rady Etyki Mediów* [57,58]. Prokuratura umorzyła w styczniu 2003 roku postępowanie nie dopatrując się w wyemitowanym programie oraz postępowaniu zaproszonego gościa znamion czynu zabronionego [59].

Poważnym problemem w tym kontekście jest pokazywanie kina artystycznego, które często zawiera treści mogące budzić wątpliwości z punktu widzenia ochrony małoletnich. Np. Telewizja Canal+ (emisja 25 listopada 2002 roku, Canal+, godz. 13.20) została upomniana przez Krajową Radę Radiofonii i Telewizji za emisję w czasie chronionym filmu „Wojacek”. Przewodniczący KRRiT dzieląc opinie skarżących *o kontrowersyjnym charakterze filmu, ale jednocześnie podkreślił jego walory. Nadawca poinformował, że film nadano z ostrzeżeniem „za zgodą rodziców”, przeprosił wszystkich dotkniętych treścią filmu oraz złożył zapewnienie, że w przyszłości każda emisja filmu będzie poprzedzona dogłębną, szczegółową analizą* [60].

Pisząc o skargach kierowanych do KRRiT należy pamiętać, że oprócz enigmatycznych sformułowań art. 18 ustawy o radiofonii i telewizji dotyczących zakazu nadmiernego ekspozowania przemocy, także zasady etyki dziennikarskiej zakazują epatowania widzów scenami śmierci i cierpienia, a przy przedstawianiu konfliktów zbrojnych, katastrof, klęsk żywiołowych należy zachować równowagę pomiędzy rzetelnością relacji a wrażliwością odbiorców. W jednym z dokumentów sprawozdawczych Krajowa Rada zwróciła uwagę, że *wojna w Iraku, zamachy terrorystyczne, m.in. tragedia dzieci w Biesłanie, kataklizm w Azji Południowo – Wschodniej, związany z zabójczą falą tsunami, dominowały w skargach na audycje informacyjne, publicystyczne, bezpośrednie relacje reporterskie z miejsc zdarzeń. Nadmierna ekspozycja obrazów zmasakrowanych zwłok, ukazywanych bez szacunku dla godności ludzkiej, widok grobów masowych, pokazy egzekucji, budzą sprzeciw odbiorców. Telewidzowie protestowali przeciwko brutalizacji przekazów telewizyjnych nadawanych głównie w telewizji publicznej i Telewizji TVN.* Teza ta została zilustrowana konkretnymi przykładami treści zawartych w programach informacyjnych, będącymi przedmiotem skarg [61].

Pisząc o skargach kierowanych do KRRiT należy zwrócić uwagę, że dotyczą one nie tylko programu, ale także tekstów zamieszczanych w formie telegazety. Zgodnie z art. 19 ust. 2 ustawy o radiofonii i telewizji *do przekazów tekstowych stosuje się odpowiednio przepisy o tworzeniu i rozpowszechnianiu programów radiowych i telewizyjnych.* W skargach kierowanych do KRRiT podnoszona była m.in. kwestia emitowania w czasie chronionym, na stronach telegazet nadawców telewizyjnych (TVN, Polsat i TV 4), anonsów o charakterze erotycznym. W wystąpieniach dotyczących tego problemu skierowanych do Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji, zwracano uwagę na nieograniczony dostęp telewidzów, w tym dzieci i młodzieży, do treści ogłoszeń o charakterze erotycznym, które w sposób niezależny od woli widza pojawiają się na ekranie w czasie przeglądania zawartości stron tekstowych nadawców telewizyjnych. KRRiT zwróciła uwagę nadawców, że w obowiązującym stanie prawnym może, poprzez zamieszczenie takich anonsów, dojść do naruszenia przepisów o ochronie małoletnich [62].

Nadmierna brutalność, jako przesłanka nakładania kar na nadawców w związku z ochroną małoletnich

Ustawa o radiofonii i telewizji wyposażała Krajową Radę Radiofonii i Telewizji w uprawnienia kontroli nadawców oraz nakładania kar finansowych, m.in. za naruszenie

przepisów o ochronie małoletnich. Analizując decyzje o ukaraniu nadawców można znaleźć kilka wspólnych elementów, które powtarzają się w uzasadnieniach faktycznych. Należy podkreślić, że KRRiT przez kilka pierwszych lat ograniczała się do zwracania uwagi nadawcom o możliwym naruszeniu przepisów ustawy o radiofonii. Pierwsza decyzja [63] została wydana dopiero w 1997 roku i była następstwem dwóch skarg przesłanych do KRRiT na film „Ostry poker w Małym Tokio” (emisja 12 marca 1997, Telewizja Polsat, godz. 20.00). W uzasadnieniu decyzji zwrócono uwagę, że film zawierał nagromadzenie scen brutalnych, takich jak odcinanie części ciała, torturowanie, gwałty, kilkadziesiąt zabójstw. Nadawca w przedstawionym stanowisku podkreślił, że film jest przekazem umownym, tak więc i sceny opisane w skargach powinny być traktowane w sposób umowny, ze względu na konwencję filmu „strasznej bajki”. Film był wyemitowany z oznaczeniem „R”, czyli był przeznaczony dla młodzieży od lat 17 i powinien być oglądany w towarzystwie rodziców lub opiekunów (kara została nałożona przed nowelizacją przepisów o ochronie małoletnich, kiedy nie obowiązywały jeszcze obecne kategorie wiekowe) [63]. Podobne zarzuty zostały podniesione m.in. w stosunku do filmów „Crash” (emisja 21 kwietnia 1998 roku, Canal+, godz. 20.00) [64], „Dog Day” (emisja 25 listopada 2000 roku Telewizja Polska S.A., godz. 19.00) [65], „Tropikalna gorączka” [66] (emisja 19 stycznia 2000 roku TV4 godz. 20.00 oraz pt. „Malaria” [67] 10 stycznia 2001 Canal+ godz. 20.00), „Psychopata” [68] (emisja 29 czerwca 2001 roku, TVN, godz. 21.40), odcinka serialu „Malanowski i partnerzy” pt. „Rzeźnik” [69], czy filmu „Żyła sobie baba” [70] (emisja 15 czerwca 2013 roku, Canal+, godz. 14.45). W przypadku wszystkich tych filmów podnoszono zarzuty nieuzasadnionego pokazywania przemocy, przy czym nie zawsze musiały być to sceny pokazywane bezpośrednio, ale także jak w przypadku filmu „Psychopata”, zwrócono uwagę na pokazywane zdjęcia ofiar tytułowego zabójcy. Filmy, które były przedmiotem wydanych decyzji, co należy podkreślić, to nie tylko tzw. „kino klasy B”, ale także filmy nagradzane na międzynarodowych festiwalach filmowych takich reżyserów, jak Spike Lee, czy David Cronenberg. Uzasadniając nałożenie kary za zbyt wczesną emisję filmów wyżej wymienionych twórców zwrócono uwagę na elementy, które mogą mieć wpływ na negatywny rozwój dzieci i młodzieży, takie jak sceny przemocy, sceny erotyczne, czy wulgarny język, czy sceny, w których pokazywano ciała ofiar wypadków samochodowych.

Krajowa Rada uznała też za zbyt niską klasyfikację wiekową rosyjskiego filmu „Żyła sobie baba”. Film został wyemitowany z oznaczeniem „od 12 lat”. Film będący epickim obrazem historii Rosji, w którym *spotykamy się w nim z niespotykaną bezwzględnością i bestialstwem rewolucjonistów używających sobie na „babie”*. *Gwałt nie zna granic, nie ma*

granic cierpienie. Ubrany w tajemnicę film ukazuje klatka po klatce pasmo krwawych przeżyć. Zło w filmie nie ma końca, skacze bohaterom do gardła nie pozostawiając żadnych złudzeń. Lata 1909–1921 - rosyjska wioska przeżywa ciężkie chwile: wojnę światową, rewolucję, wojnę ojczyźnianą. Film opowiada historię „Baby”, zupełnie przeciętnej, wiejskiej dziewczyny. Przez pryzmat jej życia i miłości zostają ukazane losy państwa i krwawe karty historii [71].

Nadawca w wyjaśnieniach przekazanych do KRRiT podkreślił, że w przypadku filmów obrazujących prawdę historyczną oraz realia minionych epok dopuszczenie pewnych scen przemocy czy nadużyć – w tym nadużycia władzy w kontekście seksualnym (...) powinno być dopuszczalne i niesankcjonowane. Sceny te mają bowiem na celu zobrazowanie realiów historycznych. Przywołano przykłady filmów „Chłopi”, czy „Pan Wołodyjowski” również emitowanych z oznaczeniem „od lat 12” [72].

Sąd Okręgowy w Warszawie oddalając w całości zaskarżenie decyzji wniesione przez nadawcę zwrócił uwagę na nagromadzenie scen gwałtu i przemocy (w sumie 13 scen egzekucji, gwałtów pokazywanych w sposób wyjątkowo naturalistyczny), co zagraża prawidłowemu rozwojowi małoletnich. Wbrew twierdzeniom nadawcy *bez znaczenia dla tej okoliczności pozostają walory artystyczne filmu i fakt wykorzystania przez reżysera przemocy jako formy narzędzia w ramach kina obyczajowo – historycznego. Kwestie te są niezależne i winny być oceniane w oderwaniu od badania przesłanek od badania przesłanek od których zależy dopuszczenie filmu do emisji w ramach określonej grupy wiekowej. Nadawca zobowiązany jest do umieszczania znaków graficznych audycji, które mają dla rodziców charakter informacyjny. Rodzice z kolei na ich podstawie pozwalają oglądać dzieciom telewizję, a zatem niewłaściwe oznaczenie audycji naraża małoletnich na kontakt ze szkodliwymi treściami (...). Na marginesie należy również zaznaczyć, że, wbrew twierdzeniom ITI, przedmiotowy film nie może być porównywany do „Chłopów”, czy „Pana Wołodyjowskiego”, które zawierają pojedyncze brutalne sceny, skalą, częstotliwością i naturalizmem nieporównywalne do obrazu „Żyła sobie baba” [73].* Ponownie rozpatrując sprawę Sąd Okręgowy w Warszawie uchylił decyzję Przewodniczącego KRRiT uznając, że seks nie był nadmiernie wyeksponowany. Sąd wydając wyrok, dokonał interpretacji zarówno filmu jako dzieła artystycznego, a także przepisów Rozporządzenia KRRiT uznając, że dzieciom w wieku lat 12 można pokazywać sceny zawierające przemoc i erotykę, jeżeli tylko spełniają wymogi określone w Załączniku Nr 3 do Rozporządzenia [74]. Przypominam, że Załącznik Nr 3 (co zostało przytoczone w omawianym Wyroku) zakazuje w kategorii wiekowej „od lat 12” pokazywania scen zawierających nagromadzenie negatywnych faktów i

zdarzeń, takich jak przemoc czy wulgarne zachowanie, tworzących wizję świata wrogiego i zagrażającego, a kontakty międzyludzkie przedstawiających jako walkę i rywalizację, a także pokazywania scen przemocy i seksu, które w filmie obrazują jakąś ideę, której dziecko nie jest w stanie zrozumieć, gdyż spostrzega nie ogólne przesłanie, ale poszczególne sceny agresji, seksu i wulgarności. Sąd wydając wyrok, nie tylko nie uwzględnił tego aspektu, ale idąc dalej uznał za dopuszczalne pokazywanie następujących scen (również przytoczonych w Wyroku):

- 00:11:30 próba gwałtu na bohaterce;
- 00:23:00 bicie bohaterki biczem, pokazanie jej zakrwawionej twarzy;
- 00:24:59 próba powieszenia się przez bohaterkę;
- 00:36:42 próba gwałtu na bohaterce połączona ze śmiercią napastnika;
- 00:37:59 bicie leżącej bohaterki, kopanie;
- 00:45:58 gwałt na bohaterce przez obcych mężczyzn, krępowanie i knebłowanie jej;
- 00:46:59 bicie bohaterki i gwałt na niej;
- 01:25:25 bicie i kopanie bohaterki;
- 01:29:39 otwarcie ognia do tłumu zgromadzonego na placu;
- 01:37:50 rozstrzelanie cywilnego mężczyzny bez sądu;
- 01:38:13 bicie mężczyzny;
- 02:09:14 rozstrzelanie grupy osób;
- 02:18:48 rozstrzelanie grupy osób [74,75].

Omawiany wyrok pokazuje, że sądy mają niekiedy problem ze zrozumieniem *ratio legis* przepisów o ochronie małoletnich zawartych zarówno w ustawie o radiofonii i telewizji, jak i w aktach wykonawczych. Wyrok ten wydaje się tym bardziej kontrowersyjny, że przez lata ukształtowana została linia orzecznicza, wskazująca jak należy te przepisy interpretować. Sąd Najwyższy stwierdził, że *zakaz rozpowszechniania audycji lub innych przekazów, które mogą zagrażać rozwojowi niepełnoletnich określony w art. 18 ust. 5 ustawy z dnia 29.12.1992 r. o radiofonii i telewizji (jednolity tekst: Dz.U. z 2001 r. Nr 101, poz. 1114 ze zm.) dotyczy sytuacji, w których zagrożenie to jest prawdopodobne* [76-79].

Zarówno w orzecznictwie, jak i w literaturze tematu podkreśla się, że nawet jednokrotne silne wpłynięcie na psychikę dziecka przez przekaz wizualno-werbalny stwarza prawdopodobieństwo, może *skutkować reakcjami bezpośrednimi lub odroczonymi w czasie takimi jak lęk, niepokój, odwrócenie wartości, zmiana postaw, zaburzenia snu, drażliwość,*

wyzwalanie reakcji agresywnych bądź też „zamknięcie się w sobie”, unikanie, nieufność [80,81].

Za naruszenie przepisów o ochronie małoletnich Sąd Okręgowy w Warszawie uznał film, którego treści pokazywały zniekształcony, jednostronny obraz relacji międzyludzkich i więzi społecznych, w których dominuje przemoc – prezentowana w sposób brutalny i prymitywny i erotyka pozbawiona uczuć wyższych, sprowadzona do form aktywności seksualnej. Prezentowały zachowania oparte na eksponowaniu siły fizycznej, zachowania moralnie naganne z niedostateczną ich oceną etyczną. Dostarczały silnych, niekiedy traumatycznych wrażeń i emocji dotyczących przemocy z dużą dozą okrucieństwa. (...) Dostarczały silnych emocji i wrażeń związanych z przemocą. Przedstawiały sceny okrucieństwa i agresji [82].

Na konieczność wzmocnienia ochrony małoletnich przed treściami szkodliwymi w mediach zwracano uwagę w Uchwałach Sejmu RP i Senatu RP w sprawie przyjęcia Sprawozdania Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji. Już w 1999 roku Sejm RP wezwał KRRiT do skutecznego egzekwowania od nadawców przestrzegania ustawy o radiofonii i telewizji w zakresie ochrony najmłodszych przed demoralizacją [83], a także do podjęcia skutecznych działań chroniących (...) dzieci i młodzież przed przemocą, okrucieństwem i demoralizacją w mediach [84] oraz do ścisłego i skutecznego wypełniania wynikających z ustawy oraz Konstytucji obowiązków ochrony dzieci i młodzieży przed demoralizacją, okrucieństwem i przemocą [85]. Senat RP, przyjmując w 2006 roku Sprawozdanie KRRiT, zwrócił uwagę (...) na problemy, które (...) nie znalazły skutecznego rozwiązania w działalności tego organu w roku 2005, polegające na (...) braku należytej pieczy nad ochroną dzieci i młodzieży przed przemocą, okrucieństwem i demoralizacją (...) [86].

Wnioski

Problem ochrony małoletnich przed treściami szkodliwymi będzie narastał wraz z rozwojem nowych mediów, kiedy dostęp do treści zawierających przemoc, okrucieństwo, erotykę, czy pornografię staje się coraz łatwiejszy. Na wstępie pokazałem, jak trudne w prawie jest zdefiniowanie samego pojęcia osoby małoletniej.

Przyjęcie dla potrzeb prawa medialnego definicji cywilistycznej może powodować problemy z oceną przez Krajową Radę Radiofonii i Telewizji niektórych filmów, które były rozpowszechniane w kinach z klasyfikacją wiekową „21 lat”, a nie są filmami spełniającymi

przesłanki treści pornograficznych. Czy można będzie postawić zarzut naruszenia przepisów prawa poprzez złe oznakowanie audycji?

Przepisy zawarte w ustawie o radiofonii i telewizji zawierają sformułowania nieostre, co może powodować trudności interpretacyjne. Jest to często podnoszone przez nadawców w odwołaniach od decyzji Przewodniczącego KRRiT do sądów powszechnych.

Kontrola nadawców nie ma na celu ograniczania zasady swobody działalności nadawców w kształtowaniu programu, jednak podlega ta zasada ograniczeniom, wynikającym m.in. z konieczności ochrony małoletnich. Krajowa Rada w jednej z decyzji zwróciła uwagę, że *prawo dopuszcza prezentowanie w programie wartościowych filmów, dzieł uznanych reżyserów, pozycji o walorach poznawczych, czy artystycznych, które zawierają treści mogące mieć negatywny wpływ na rozwój małoletnich widzów. Ustawa o radiofonii i telewizji przewiduje jednak dla tych pozycji programowych określone ograniczenia w postaci odpowiedniej kwalifikacji wiekowej i dostosowanej do niej pory emisji* [87].

Na koniec jeszcze jedna uwaga. Rozporządzenie KRRiT w sprawie kwalifikowania audycji lub innych przekazów mogących mieć negatywny wpływ na prawidłowy fizyczny, psychiczny lub moralny rozwój małoletnich zostało wydane w 2005 roku. Od tego czasu zmieniła się nie tylko forma, jaką posługuje się sztuka filmowa, ale także wrażliwość widzów. Być może warto rozważyć przyjrzenie się na nowo zawartym tam sformułowaniu i sprawdzić, na ile są aktualne po 14 latach funkcjonowania tego aktu prawnego.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 29 grudnia 1992 roku o radiofonii i telewizji, t. j. Dz. U. z 2019 roku poz. 361
2. Art. 10 § 1 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny, t. j. Dz. U. z 2018 roku poz. 1025 ze zm.
3. Z zastrzeżeniem art. 10 § 2 k.c. w związku z art. 10 § 2 w związku z art. 10 §1 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, który stwierdza, że przez zawarcie małżeństwa małoletni uzyskuje pełnoletność. Dotyczy to kobiet, które ukończyły 16 lat, i za zgodą sądu rodzinnego mogą zawrzeć związek małżeński.
4. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 3 grudnia 1993 r. SA/Po 1931/93 oraz Postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 9 września 2010 r. II OSK 1697/10.
5. Postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 9 września 2010 r. II OSK 1697/10

6. Art. 1 § 1 ust. 1 pkt 2) Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich t. j. Dz. U. z 2018 roku poz. 969
7. Art. 10 § 1 i 2 oraz art. 115 § 10 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny, t. j. Dz. U. z 2019 roku poz. 1600 ze zm.
8. Art. 190 § 1 Ustawy z dnia 26 czerwca Kodeks pracy, t. j. Dz. U. z 2018 roku poz. 917 ze zm.
9. Van den Haag E.: Szczęścia i nieszczęścia nie umiemy mierzyć [w:] Kultura masowa, C. Miłosz (opr.). Paryż, 1959, 91-92.
10. Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 roku, Dz. U. nr 120 poz. 526 z 1991 roku.
11. Europejska Konwencja o Telewizji Ponadgranicznej sporządzona w Strasburgu dnia 5 maja 1989 roku, Dz. U. nr 32 poz. 160 z 1995 roku.
12. Dyrektywa Rady 89/552/EWG z dnia 3 października 1989 r. w sprawie koordynacji niektórych przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, dotyczących wykonywania telewizyjnej działalności transmisyjnej, Dz.U. L 298 z 17.10.1989 roku
13. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/13/UE z dnia 10 marca 2010 r. w sprawie koordynacji niektórych przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących świadczenia audiowizualnych usług medialnych (dyrektywa o audiowizualnych usługach medialnych) Dz.Urz.UE.L 2010 Nr 95
14. Wyrok z 7 grudnia 1976 roku w sprawie Handyside v. Wielka Brytania (skarga nr 5493/72), podobnie orzeczenia z dnia 8 lipca 1986 roku w sprawie Lingens v. Austria (skarga nr 8815/82), z dnia 23 kwietnia 1992 roku w sprawie Castells v. Hiszpania (skarga nr 11798/85), z dnia 1 lipca 1997 roku w sprawie Oberschlick v. Austria (skarga nr 20834/92), czy z dnia 25 listopada 1999 roku w sprawie Nilsen i Johnsen v. Norwegia (skarga nr 23118/93).
15. Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, Dz. U. Nr 61 poz. 284 z 1993 roku
16. Nowicki M.A.: Komentarz do art. 10 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, LEX 2010 i przywołane tam orzecznictwo Trybunału w Strasburgu
17. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z działalności w 2010 roku, Warszawa marzec 2011, str. 27

18. Zalecenie Parlamentu Europejskiego z dnia 20 grudnia 2006 roku w sprawie ochrony małoletnich, godności ludzkiej oraz prawa do odpowiedzi w odniesieniu do konkurencyjności europejskiego przemysłu audiowizualnego oraz internetowych usług informacyjnych 2006/952/WE.
19. Ustawa z dnia 29 grudnia 1992 roku o radiofonii i telewizji, Dz. U. Nr 7 poz. 34 z 1993 roku (obecnie t.j. Dz. U. z 2019 roku poz. 361)
20. Rozporządzenie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z dnia 21 listopada 1994 roku w sprawie szczegółowych zasad rozpowszechniania przez radio i telewizję audycji, które mogą zagrażać psychicznemu, uczuciowemu lub fizycznemu rozwojowi dzieci i młodzieży, Dz. U. Nr 20 poz. 108 z 1995 roku
21. Piątek S.: Ustawa o radiofonii i telewizji. Komentarz, Warszawa, 1993, 52 – 54.
22. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 roku, Dz. U. z 1997 roku Nr 78 poz. 483 ze zm.
23. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 kwietnia 2003 roku, K 18/02
24. Safjan M., Bosek L. (red.): Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86, Legalis 2016
25. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z rocznego okresu działalności wraz z informacją o podstawowych problemach radiofonii i telewizji, Warszawa marzec 1994, 34,
26. Żurawski J.A.: Uprawnienia Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji w zakresie nadzoru nad nadawcami – konieczny nadzór czy ograniczanie wolności słowa? [w:] Cenzuro wróć? Mechanizmy ograniczania wolności słowa w Polsce po 1990 roku, Romek Z., Kamińska – Chełmiński K. (red.). Warszawa – Pułtusk, 2018, 47 - 70
27. Ustawa z dnia 30 marca 2000 roku o zmianie ustawy o radiofonii i telewizji, Dz. U. z 2000 Nr 29 po. 358
28. Sobczak J.: Radiofonia i telewizja. Komentarz do ustawy, Kraków, 2001, 249
29. Żurawski J.A.: Kontrola nadawców przez Krajową Radę Radiofonii i Telewizji [w:] Wielowymiarowość współczesnej medycyny, Krajewska – Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Kułak W. (red.), Białystok 2012.
30. Rozporządzenie KRRiT z dnia 23 czerwca 2005 roku w sprawie kwalifikowania audycji lub innych przekazów mogących mieć negatywny wpływ na prawidłowy fizyczny, psychiczny lub moralny rozwój małoletnich oraz audycji lub innych przekazów przeznaczonych dla danej kategorii wiekowej małoletnich, stosowania wzorów symboli graficznych i formuł zapowiedzi (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 311).

31. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z działalności w 2005 roku, Warszawa 2006, str. 122 – 124, tam też zostały szczegółowo opisane prace nad projektem rozporządzenia.
32. Oświadczenie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z dnia 15 marca 2005 roku.
33. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z rocznego okresu działalności, Warszawa marzec 2003, str. 143
34. Stanowisko KRRiT z dnia 12 września 2006 roku w sprawie ochrony małoletnich widzów programów telewizyjnych.
35. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 1/2011 z 11 marca 2011 roku nakładająca karę na telewizję TVN za emisję 4 października 2010 roku, o godz. 15.55 audycji z cyklu Rozmowy w toku,
36. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 4/2014 z 13 maja 2014 roku nakładająca karę na telewizję Polsat za rozpowszechnienie 21 maja 2013 roku o godz. 16:30 serialu Malanowscy i partnerzy (odcinek zatytułowany Rzeźnik).
37. Komunikat Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z 17 lipca 2018 roku Ochrona dzieci i młodzieży – priorytetem i zadaniem strategicznym Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji.
38. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 189/1998 z 20 listopada 1998 roku nakładająca karę nadawcę programu Canal+ Polska za emisję 18 września 1998 roku o godz. 00.45 filmu Zazel,
39. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 1/2014 z 11 marca 2014 roku nakładająca karę nadawcę programu TVN Style w związku z emisją filmu pt. Siła pożądania w dniu 26 sierpnia 2013 roku o godz. 23:15.
40. Żurawski J.A.: Zakaz rozpowszechniania treści pornograficznych jako przesłanka nakładania kar na nadawców przez Krajową Radę Radiofonii i Telewizji [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska – Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Kułak W. (red.). Białystok, 2018, Tom XVI, 85 – 102.
41. Komunikat Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z 17 lipca 2018 roku op. cit.
42. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z rocznego okresu działalności wraz z informacją o podstawowych problemach radiofonii i telewizji, Warszawa marzec 1996, str. 58
43. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji w 2017 roku, Warszawa marzec 2018

44. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z rocznego okresu działalności wraz z informacją o podstawowych problemach radiofonii i telewizji, Warszawa marzec 1994, str. 32
45. Krajewski W., Mantlewicz A.: codziennie czuję olbrzymią satysfakcję. <https://kobieta.onet.pl/anna-mentlewicz-codziennie-czuje-ogromna-satysfakcje/wqq0d4> (data pobrania 1.05.2019).
46. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z rocznego okresu działalności wraz z informacją o podstawowych problemach radiofonii i telewizji, Warszawa marzec 1995, 60 – 61.
47. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z rocznego okresu działalności wraz z informacją o podstawowych problemach radiofonii i telewizji, Warszawa marzec 1996, 63.
48. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z rocznego okresu działalności, Warszawa 1998.
49. LZ „Promocja pornografii” w TVP. Rzeczpospolita 27.02.1997 roku.
50. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z rocznego okresu działalności, Warszawa marzec 1998, 114 – 115.
51. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z działalności w 2012 roku, Warszawa 2013, 45.
52. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z rocznego okresu działalności. Warszawa marzec 1998, 114 – 115.
53. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z działalności w 2005 roku. Warszawa 2006, 202.
54. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z rocznego okresu działalności, Warszawa marzec 2000, 154.
55. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z rocznego okresu działalności. Warszawa marzec 2002, 90 – 91.
56. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z rocznego okresu działalności. Warszawa marzec 2003, 142
57. Teleranek homoseksualistów <https://www.wprost.pl/kraj/26825/Teleranek-homoseksualistow-aktl.html>, (data pobrania 2.05.2019).
58. Perfidna promocja pedofilii <https://wiadomosci.wp.pl/perfidna-promocja-pornografii-i-pedofilii-6108991282721409a> (data pobrania 2.05.2019).

59. Teleranek oczyszczony <https://www.wprost.pl/38069/Teleranek-oczyszczony.html> (data pobrania 2.05.2019).
60. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z rocznego okresu działalności. Warszawa marzec 2003, 145.
61. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z rocznego okresu działalności. Warszawa marzec 2005, 227.
62. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z działalności w 2010 roku, Warszawa marzec 2011, 29 – 30.
63. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 139/97 z 10 lipca 1997 roku.
64. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 130/98 z 17 lipca 1998 roku.
65. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 2/2001 z 28 lutego 2001 roku, film znany także pod polskim tytułem *W matni*.
66. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 156/2000 z 28 czerwca 2000 roku .
67. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 3/2001 z 28 lutego 2001 roku.
68. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 9/2001 z 9 lipca 2001 roku.
69. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 4/2014 z 13 maja 2014 roku.
70. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 6/2014 z 12 czerwca 2014 roku.
71. <https://www.filmweb.pl/film/Żyła+sobie+baba-2011-634905> (data pobrania 3 maja 2019 roku).
72. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 6/2014 z 12 czerwca 2014 roku.
73. Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie XX Wydział Gospodarczy z 7 września 2015 roku, XX GC 51/15.
74. Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie XX Wydział Gospodarczy z 6 lutego 2017 roku, XX GC 303/17.
75. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 6/2014 z 12 czerwca 2014 roku.
76. Wyrok Sądu Najwyższego z 9 marca 2004 roku, III SK 11/04.
77. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 10 czerwca 2008, VI Aca 1555/07.
78. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 10 września 2013, VI Aca 418/13.
79. Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie Wydział XX Gospodarczy z 21 grudnia 2016 roku, XX GC 131/14.
80. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 10 czerwca 2008, VI Aca 1555/07.
81. Piątek S. Dziomdziora W., K. Wojciechowski K.: *Ustawa o radiofonii i telewizji. Komentarz*, Warszawa 2014, 226.

82. Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie Wydział XX Gospodarczy z 5 czerwca 2017 roku, XX GC 1037/16.
83. Uchwała Sejmu RP z 24 czerwca 1999 roku.
84. Uchwała Sejmu RP z 6 czerwca 2002 roku.
85. Uchwała Sejmu RP z 12 czerwca 2003 roku.
86. Uchwała Senatu RP z 24 maja 2006 roku.
87. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 6/2014 z 12 czerwca 2014 roku.

Za kotarą. O obrazowaniu problemów osób z niepełnosprawnością w telewizyjnych magazynach informacyjnych

Zdrowicka-Wawrzyniak Magdalena, Kubiak Leszek

Zakład Studiów Polonistycznych i Komunikacji Medialnej, Wydział Pedagogiczno-Artystyczny UAM

Wprowadzenie

Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2011 roku liczba osób niepełnosprawnych wynosiła na koniec marca tego roku niemal 4,7 mln. Tym samym liczba osób niepełnosprawnych w Polsce stanowiła 12,2% ludności kraju [1]. Są to jednak dane niedoszacowane, gdyż 1,5 mln respondentów skorzystało z prawa dobrowolności odpowiadania na pytania i nie udzieliło odpowiedzi [2]. Można zatem przyjąć że co ósmy, możliwe nawet że i co siódmy mieszkaniec Polski zalicza się do grona osób niepełnosprawnych, a za te uważa się według nowych uregulowań prawnych, jak pisze Katarzyna Lachewicz w artykule *Wybrane aspekty poczucia jakości życia rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym*, osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza, bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności dotyczy to zdolności wykonywania pracy zawodowej w zwykłych warunkach [3]. Niepełnosprawność zatem, jak ocenia Krzysztof Gerc w tekście *Niepełnosprawność powodem wykluczenia*, niejako na naszych oczach, staje się zjawiskiem naturalnym, co pośrednio pozwala osobom niepełnosprawnym coraz częściej opuszczać swoje domy, podejmować naukę, tworzyć sztukę, uprawiać sporty, wkraczać na rynek pracy i uczestniczyć w życiu publicznym [4].

Niepełnosprawność jednak nieprzerwanie jest stygmatyzowana. Zdaniem Piotra Świtaja, który w swych badaniach skupia się nad problematyką piętna społecznego, stygmatyzacja nie odnosi się do właściwości doświadczeń jednostki, która dotknięta jest niepełnosprawnością, lecz do percepcji ułomności kompleksowo [5]. Jak wyjaśnia Monika Skura w swej pracy *Ja – inny*, niepełnosprawność jest zjawiskiem złożonym, niezrozumiałym, trudnym do zaakceptowania, odrzucanym społecznie, zatem większość osób pełnosprawnych, nastawiona na typowość i standardy, ‘w ramach mniejszego wysiłku’

stereotypowo postrzega wszystkich naznaczonych odmiennością. Według badaczki uproszona metoda radzenia sobie z *innym* polega na dążeniu do potwierdzania ‘wzorca osobowego’ człowieka niepełnosprawnego tzn. wizerunku i zachowania zgodnego z oczekiwaniami społecznymi. M Skura dodaje, że przecenianie tego, co wyróżnia *innego* od większości społecznej, powoduje, że postrzeganie osób niepełnosprawnych jest porównywane w literaturze do sytuacji interakcji społecznych z grupami mniejszościowymi” [6].

Różne badania dowodzą, że literatura i środki społecznego przekazu powielają powyższy model, przedstawiają tym samym stereotypowy obraz człowieka z niepełnosprawnością. Jak wynika z obserwacji, głównie amerykańskich naukowców, na co zwracają uwagę Colin Barnes, profesor studiów nad niepełnosprawnością i Geod Mercer, st. wykładowca w Centrum Studiów nad Niepełnosprawnością Wydziału Socjologii i Polityki Społecznej Uniwersytetu w Leeds, najwięcej uwagi poświęca się obecnie wizerunkom upośledzenia i niepełnosprawności w telewizji. „Życie osób upośledzonych jest jednowymiarowe – są one niesamodzielne, bezproduktywne i potrzebują opieki. Koncentrują się one na współdziałaniu z opieką zdrowotną czy specjalistami z opieki społecznej” [7]. Zdaniem przywołanego przez wyżej wymienionych Harlana Hahna, tak zwane dobre strony zwyczajnego życia – miłość, uczucia, seks, są w życiu osób niepełnosprawnych w dużym stopniu nieobecne lub nie przywiązują się do nich wagi [7]. Badania brytyjskich badaczy potwierdzają powyższe spostrzeżenia, prowadzą także do wniosków, że w programach telewizyjnych konsekwentnie trzyma się ujęcia ‘tragedii osobistej’, obrazuje się albo leczenie, albo dokonanie niezwykłego osiągnięcia. Rzeczony sposób prezentacji prowadzi do wzbudzania takich emocji, jak litość lub lęk albo podziw.

Autorzy niniejszego artykułu, zgodni z rozważaniami badaczy na temat kulturowych wizerunków niepełnosprawności, zdecydowali się poddać obserwacji przedstawianie osób z niepełnosprawnością w wyjątkowym okresie, jakim był protest opiekunów osób niepełnosprawnych i ich podopiecznych w Sejmie RP, który trwał od 18 kwietnia do 27 maja 2018 roku. Wybór padł na newsy Faktów TVN ze względu na najwyższą oglądalność głównego magazynu informacyjnego stacji pośród innych w Polsce. Fakty gromadziły wówczas widownię na poziomie średnio 2,63 milionów widzów [8].

Obraz I

19 kwietnia 2018 roku w głównym wydaniu Faktów TVN ukazuje się materiał Macieja Knapika [9]. Jest to drugi dzień protestu, w którym opiekunowie osób niepełnosprawnych zgłosili postulaty zrównania renty socjalnej z minimalną rentą z tytułu

niezdolności do pracy oraz wprowadzenia dodatku "na życie" dla osób niepełnosprawnych niezdolnych do samodzielnej egzystencji po ukończeniu 18. roku życia wysokości 500 złotych miesięcznie.

O spotkanie z Jarosławem Kaczyńskim proszą opiekunki dorosłych niepełnosprawnych dzieci. Nie mogą uwierzyć, że Marszałek Sejmu nie widzi potrzeby zwołania dodatkowego posiedzenia, a Premier każe im czekać do połowy maja. I nie tyle na pieniądze, co na mapę drogową, która ma nas doprowadzić do nowego podatku i zmian w Konstytucji.

Dzień po wizycie Prezydenta i Premiera u protestujących. Efekt: rozczarowanie, zwłaszcza Premierem.

100% Aneta Rzepka, Komitet Protestacyjny Rodziców Osób Niepełnosprawnych (okazał się człowiekiem pozbawionym jakiegokolwiek empatii, niezorientowanym w sprawach niepełnosprawnych, po prostu brak człowieka w człowieku).

I propozycjami. Mapy drogowej w maju i opodatkowania najbogatszych na rzecz niepełnosprawnych.

100% Jakub Hartwich, niepełnosprawny (bajki opowiada o jakiejś mapie drogowej, gdzie nawet konkrety do tego nie były podane... Powiedz, że sobie w Google znajdziesz mapę drogową – włącza się matka

Ten pomysł z podatkami się pani nie podoba?

100% Anna Glinka, KPRON (nie podoba mi się, dlaczego? Z jakiej racji mają komuś zabierać, żeby nam dać, jeżeli cały czas twierdza, że państwo ma pieniądze)

Chcą ustawy, natychmiast, która zapewni pieniądze dla ich dorosłych dzieci z niepełnosprawnościami. Ale chociaż śpią na podłodze i liczą każdą godzinę, Marszałek ma inne ważne sprawy.

100% Marek Kuchciński, Marszałek Sejmu PiS (mamy tak: w przyszłym tygodniu są różne wizyty zagraniczne, których już nie możemy odwołać, w następnym tygodniu jest ten długi... trzy dni świąt)

Jeśli nie zostanie przyspieszone posiedzenie Sejmu, które ma być 8 maja, Dobra Zmiana przetrzyma protestujących dłużej niż Rząd Donalda Tuska, wtedy było to 17 dni.

100% Agnieszka Ścigaj, Kukiz'15 (zdarzały się takie posiedzenia, które były przedłużane wcześniejszego uprzedzenia, były zwoływane wcześniej, więc nie widzę większego problemu)

100% Andrzej Halicki, Platforma Obywatelska (nowelizacja budżetu, jeżeli o to chodzi, może być przeprowadzona w ciągu kilku godzin)

Minister Rafalska mówi, że potrzebny jest czas.

100% Elżbieta Rafalska, minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (ustawy nie powstają na kolanie...)

Wtóruje jej Beta Szydło (wypowiedź z programu Gość Krzysztofa Ziemca w RMF FM):
zaufajcie nam, potrzebujemy troszeczkę czasu...

Ale akurat obie panie o postulatach wiedzą przynajmniej od września zeszłego roku. Wtedy była pikietą przez kancelarię Premier Beaty Szydło, a petycja z postulatami została przekazana także minister Rafalskiej.

100% Jarosław Selin, PiS (do połowy maja to to jest tempo błyskawiczne...)

... mówią dzisiaj politycy PIS-u o terminie majowym, ale wtedy pani premier się nie spotkała.

100% Iwona Hartwich, KPRON (pani Beata Szydło nie była zainteresowana naszymi postulatami i problemami naszych chorych dzieci od urodzenia)

Tym razem też Beata Szydło nie ma, nie pojawił się Jarosław Kaczyński, choć tu na niego czekają i pamiętają, że gdy był w opozycji, chętnie się spotykał.

100% Iwona Hartwich, KPRON (Panie Prezesie, prosimy pana o kameralne spotkanie, bez obecności kamer)

Iwona Hartwich, walkę o prawo syna do godnego życia prowadzi od lat. To zdjęcia, gdy Kuba kończył szkołę podstawową dziesięć lat temu.

100% Iwona Hartwich, archiwum (to jest sytuacja tragiczno-komiczna...) [mówi płacząc]

A to już pięć lat temu, gdy protestowali w Sejmie i przed Sejmem.

100% Iwona Hartwich, archiwum (to jest nasz czternasty protest...)

Ogromna determinacja matki i syna z Torunia. Dzisiaj chory na porażenie mózgowie Kuba ma 23 lata i sam zadaje politykom najtrudniejsze pytania.

100% Jakub Hartwich (czemu inne ustawy robicie w 24 godziny w nocy? A tej nie chcecie?)
[pytanie do Premiera]

W 2014 roku, okupując Sejm...

100% Jakub Hartwich, archiwum (dajemy radę...)

...wywalczyli podwyżkę świadczenia pielęgnacyjnego.

100% Iwona Hartwich (wtedy pomogliśmy 117 tysiącom rodzin)

I walczą dalej, razem z innymi, kolejny rok.

Reporter w newsie nakreśla sytuację, w której znaleźli się protestujący. Czyni to głównie poprzez zbudowanie materiału na wypowiedziach zarówno strajkujących, jak i tych, w których bunt jest wymierzony, oraz otoczenia – w tym wypadku przedstawicieli opozycji rządzących. News przyjmuje formę dialogu, lecz nim faktycznie nie jest, ponieważ „dialog jest sposobem komunikowania się pozwalającym ludziom na pozostanie przy własnym stanowisku i zarazem otwarcie się na perspektywy innych [10]. W tej ‘rozmowie’ stron, bo tak ułożone są wypowiedzi, by przypominały dyskusję, nie widać szans na porozumienie. Linia sporu zostaje ostro zarysowana także poprzez przypomnienie, że nie jest to pierwszy protest opiekunów osób niepełnosprawnych i zapowiedź przez nich dalszej walki.

W warstwie wizualnej dominują plany pełne, przekazujące widzowi ogólną informację o miejscu, w którym rozgrywać się będzie akcja [11] i półpełne, ukazujące związek pomiędzy człowiekiem lub grupą a miejscem, w którym się oni znajdują [11], oraz amerykański, który jest planem pośrednim, w którym ważny staje się człowiek, ale w którym widoczne jest jeszcze miejsce akcji [11]. Taki dobór planów wydaje się oczywisty z racji wprowadzania widzów w temat protestu. Operator z pewną nieśmiałością jeszcze przedstawia bohaterów strajku – niepełnosprawni znajdują się niejako w tle. Jak zwraca uwagę Kazimierz Żórawski, autor skryptu dla dziennikarzy programów informacyjnych *Długi stół*, dobór planów nie jest więc tylko wyborem o charakterze estetycznym, skoro od ich wielkości zależy w dużym stopniu zawartość informacyjna [11].

Wymowne są w materiale dwa momenty, gdy p. Iwona Hartwich zwraca się z apelem o spotkanie do J. Kaczyńskiego – wypowiedź zrealizowana jest w planie bliskim – portrecie, zaliczanym do planów psychologicznych, których elementem dominującym jest człowiek [11]. Temperatura tego przekazu jest niezwykle wysoka dzięki ustawieniu się wypowiadającej wprost do kamery, jest to ‘kompletnie subiektywne ujęcie’ [12]. W drugim matka niepełnosprawnego Jakuba zwraca się z pytaniem do Premiera, a ten nie nawiązując kontaktu wzrokowego kołysze głową, dając wyraz całkowitego braku zrozumienia tego, co się do niego mówi, łamie tym samym podstawowe zasady negocjacji, które powinny opierać się – jak radzą w największym uproszczeniu Patrick Fanning, Martha Davis i Matthew McKay - na empatii, aktywnym słuchaniu i szczerym wyrażaniu siebie [13].

Obraz II

3 maja 2018 roku w Faktach ukazuje się materiał Magdy Łucyan ‘list do Prezydentowej’ [14], ilustrujący już szesnasty dzień protestu. Ponieważ temat zdążył

spowszednieć, jak i jest to dzień święta państwowego, news ulokowany jest dopiero w czternastej minucie serwisu.

Na Prezesa, Premiera, ministrów i Prezydenta już raczej liczyć nie mogą. To może Prezydentowa? Protestujące w Sejmie kobiety z niepełnosprawnymi dziećmi piszą list do Agaty Kornhauser-Dudy, proszą o wsparcie i pomoc w spełnieniu jednego, najważniejszego dla nich postulatu.

100% protestująca matka (czuję takie poniżenie, brak szacunku, brak godności...)

Choć pojawiają się już łzy, nikt tu nie planuje się poddać.

100% Katarzyna Milewicz, KPRON (...jak ja widzę, jak tu chodzą dzieci, zwiedzają Sejm, a moje muszą leżeć [płacze] na podłodze i walczyć o godne życie dla siebie, dla innych niepełnosprawnych, to mnie serce boli. Nie poddam się, będę walczyła do końca)

Szesnasty dzień protestu właśnie dobiega końca. Niepełnosprawni i ich rodzice pomocy szukali już wszędzie. Był u nich Prezydent Duda, Premier Morawiecki, kilkakrotnie minister Rafalska i politycy partii rządzącej. I nic to nie dało.

100% Iwona Hartwich (po prosu wszędzie szukamy pomocy...)

Teraz protestujący apelują do Agaty Dudy, zapraszają ją na rozmowę bez obecności kamer.

100% Iwona Hartwich (chcemy, żeby Pani Prezydentowa wysłuchała tych problemów, takiego dnia życia codziennego tych osób niepełnosprawnych. Matki serce może skruszy... Może jakoś się uda skruszyć ten mur strony rządowej)

List protestujących Prezydentowej przekazał wczoraj ksiądz Tadeusz Sakowicz-Zaleski. Agata Duda na razie nie odpowiedziała.

100% Henryk Wujec (to powinna zrobić oczywiście, to jest rzecz, która powinna z serca wyjść od razu...)

Do Sejmu udało się wejść Henrykowi Wujcowi, którego kilka dni temu nie wpuszczono.

100% Henryk Wujec, działacz opozycji w PRL (to nie są jakieś wygórowane postulaty, to są skromne bardzo rzeczy, no bo ostatecznie nawet gdyby dostali te 500 złotych, a oni nie chcą od razu tych 500 złotych, tylko 300, 400, ale nawet gdyby dostali, to oni będą mieli około 1500 złotych takiego zasiłku, co to jest? To są te mecyje? 1500 złotych?)

Głównym i najważniejszym postulatem już nie tylko protestujących w Sejmie...

Z off: popieramy protest w Sejmie, popieramy... [skandowanie]

... jest dodatkowe 500 złotych zasiłku.

100% protestujący na ulicy (dodatek opiekuńczy wysokości 153 złote to jest hańba, ci ludzie chcą żyć, ale nie chcą żyć tylko marzeniami, my chcemy żyć godnie i tego żądamy._Tak jak od poprzednich rządów, tak i od tych)

100% protestujący na ulicy (żebyśmy nie musieli o to prosić, tylko żebyśmy dostali rozwiązanie systemowe, to jest najważniejsze, żebyśmy mogli się czuć członkami społeczeństwa)

Tu w Poznaniu przyszli wszyscy ci, którzy nie mogą protestować w Sejmie, ale są w takiej samej sytuacji.

Rządzący jeszcze kilka dni temu przekonywali, że tym razem protest nie będzie trwał tyle, co za czasów koalicji PO-PSL.

100% Arkadiusz Mularczyk, PiS wypowiedź z 19 kwietnia (na pewno ten protest nie będzie trwał siedemnastu dni w polskim Sejmie i polski rząd pochyli się z troską nad losem osób niepełnosprawnych i ich rodzin, bo te sytuacje życiowe są naprawdę tragiczne)

Ale ten siedemnasty dzień protestu już jutro.

Materiał stanowi swego rodzaju podsumowanie akcji protestacyjnej, wydaje się, że powinna się ona niebawem zakończyć, podczas poprzedniego strajku niepełnosprawni okupowali Sejm siedemnaście dni. News znów budują wypowiedzi, tym razem to dialog matek osób niepełnosprawnych, działacza opozycji z czasów PRL i wspierających sejmowy protest na ulicach Poznania. Dialogowość osiąga się tu poprzez zestawienie setek, czyli wykorzystanie obrazu i dźwięku jednocześnie (w zapisie 100%) [11], które są głównym punktem kwestii, najmocniejszą opinią lub reakcją [15], i wypowiedzi w konwencji offu, który w teorii jest głosem dochodzącym spoza kadru, głosem osoby w chwili wygłaszania tekstu niewidocznej [11], tu dźwiękiem nie idealnym, nagrany często z większej odległości, niejako przy okazji – na tyle, na ile pozwalają warunki. Uwieńczeniem materiału jest wypowiedź archiwalna posła, który w poprzednim proteście był osobą niezwykle zaangażowaną w sprawę, obecnie wierzy(ł) w szybkie rozstrzygnięcie problemu.

W sferze obrazu można wyodrębnić tu liczne ujęcia w planie amerykańskim, które jak napisano wcześniej mają ukazać człowieka, ale osadzają go w konkretnym miejscu. Teraz są to już leżące na materacach niepełnosprawne dzieci, ich opiekunowie, którzy starają się zachować pozory normalności w tych nietypowych warunkach, kolejni ludzie przemierzający korytarze Sejmu w pobliżu protestujących, jakby nic wyjątkowego się tu nie rozgrywało. Obrazy są niezwykle sugestywne, zapadają w pamięci niczym najmocniejsze fotografie prasowe. Niepełnosprawne dzieci koczujące na korytarzu Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

W planach bliższych – średnim, który służy do ukazywania reakcji człowieka, między innymi przez pokazywanie jego gestykulacji i mimiki [11], czy wspomnianym wcześniej portrecie, realizowane są rozmowy z matkami niepełnosprawnych, jak również z niepełnosprawnymi protestującymi w geście solidarności na ulicach Poznania. Taka właśnie jest wypowiedź p. Katarzyny Milewicz, która łamiącym się głosem, ze łzami w oczach mówi o walce o szacunek, godne traktowanie siebie i dzieci. Trzymana przez nią na kolanach córka wydaje nieartykułowane dźwięki. Podobne w wyrazie są wypowiedzi niepełnosprawnych protestujących na ulicy, którzy żądają godnego życia, chcą się czuć pełnoprawnymi członkami społeczeństwa. Warto w tym miejscu przypomnieć 1§ Karty Praw Osób Niepełnosprawnych, Uchwały Sejmu RP z 1 sierpnia 1997 roku, która brzmi następująco: Sejm RP uznaje, że osoby niepełnosprawne (...) zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi, mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji [16]. W świetle protestów zapisy te wydają się martwe, a trzeba pamiętać, że „mechanizmy izolacji społecznej: akceptacja dyskryminacji, różnego rodzaju bariery i ograniczenia dostępu do dóbr, instytucji, wartości, uniemożliwianie pełnienia określonych ról społecznych, wymuszanie postępowania zgodnego ze stereotypami, brak realizacji podstawowych praw socjalnych, ogólna deprywacja mogą doprowadzić do ‘wyrzucenia poza’, ‘symbolicznej śmierci’, odcięcia, utraty więzi w relacjach z osobami naznaczonymi, czyli do marginalizacji lub jej końcowego etapu – wykluczenia społecznego” [17].

Rzeczywistość pokazuje, że niepełnosprawni mają mniej możliwości wyboru a więcej ograniczeń, niższą pozycję ekonomiczną, mniejsze możliwości edukacyjne, zawodowe i wypoczynku. Jak określa Ryszard Szarfenberg, przyglądający się problemowi wykluczenia społecznego, osoby niepełnosprawne są społecznie naznaczone (napiętnowane), stosuje się wobec nich praktyki dyskryminacyjne [18]. Stąd tytułowy apel do Prezydentowej, by zechciała poznać sytuację protestujących. Przyjęcie przez I Damę listu z zaproszeniem do odwiedzenia Sejmu pokazane jest w planie ogólnym. Ku zaskoczeniu w obrazie tym para prezydencka ma ucięte nogi.

Obraz III

24 maja 2018 roku w Faktach ukazuje się materiał Macieja Knapika, oddający napiętą atmosferę trzydziestego siódmego już dnia protestu opiekunów osób niepełnosprawnych i ich podopiecznych [19].

W Sejmie napięcie do granic. Matki niepełnosprawnych dzieci chcą wywiesić transparent, Straż Marszałkowska wkracza do akcji. Tłumaczy, że musi dmuchać na zimne, ale robi się gorąco. Jest ogromne zmęczenie, stres i łzy. Protestujący chcą kompromisu, Rząd jest twardy, choć pewno żaden z polityków nie chciałby siedzieć na wózku i żebrać o pięćset złotych.

Z offu (niech pan przestanie, no...)

To próba wywiedzenia z okna plakatu z informacją po angielsku o proteście.

Z offu (... krzywdę mi pan robi, co mi pan robi? Nie mnie pan nie dotyka, niech mnie pan nie dotyka...) [krzyk]

Interwencja Straży Marszałkowskiej była uzasadniona – słyszymy.

100% Andrzej Grzegorzówka, Centrum Informacyjne Sejmu (czasami stanowcze rozwiązania są lepsze, bardziej wskazane niż to, żeby doszło do czegoś bardziej niepokojącego)

Bo ktoś mógłby wypaść albo skoczyć z otwartego okna. I odpowiedź na ten argument:

100% Katarzyna Milewicz, KPRON (dobrze wiecie, że nie wyskoczmy, bo mamy tu dzieci, no jak możemy wyskoczyć, ośmieszacie się)

Ogromne zdenerwowanie.

100% Adrian Glinka, protestujący (...zostaniecie pociągnięci do odpowiedzialności...)

100% Jakub Hartwich, protestujący (... nie mają serca ci strażnicy...)

I próby interwencji ze strony posłów opozycji... Nikt z PiS- się tu nie pojawił.

100% Joanna Scheuring-Wielgus, posłanka niezrzeszona (Prawo i Sprawiedliwości chodzi o jedno: ukryć przed światem to, że na 68 metrach protestują tu osoby, które walczą o swoją godność)

100% Grzegorz Schetyna, Platforma Obywatelska (rząd odwraca się tyłem i udaje, że nie słyszy tych protestujących, ta sytuacja nie powinna, nie może eskalować)

Dokładnie w chwili, gdy tu trwał kryzys, doszło do rękoczynów i potrzebne były negocjacje i dialog...

Z offu (... co pan robi? Co pan wyrabia z moją własnością?) [krzyki podczas szarpaniny przy oknie]

... minister Rafalska w Centrum Dialogu Społecznego w innej części miasta...

Z offu reporter do operatora: chodź, chodź, może chociaż sfotografujemy to... - wskazuje na tabliczkę drzwiach.

... starannie odseparowana od mediów prowadziła dialog z niepełnosprawnymi, ale nie tymi.

Z offu [krzyki z szarpaniny przy oknie]

Z tymi nikt nie chce rozmawiać.

Z offu Iwona Hartwich krzyczy do posła stojącego nieopodal (zapraszamy pana Piętę...)

To wcześniejsza próba zwrócenia uwagi posła Pięty, a to wypowiedzi polityków rządowych:

Reporterka: Panie ministrze, co dalej z protestem niepełnosprawnych?

100% Joachim Brudziński, minister Spraw Wewnętrznych i Administracji (co miałem do powiedzenia, to powiedziałem, do widzenia!)

100% Jarosław Gowin, wicepremier, minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego (po prostu nie ma z czego zrealizować obecnych postulatów protestujących)

100% Jakub Hartwich (daliście przedstawienie swoich umiejętności...)

Opozycja wytyka rządowi, że tu mówi o braku pieniędzy, a ostatnio Premier zapowiadał budowę 22 mostów.

100% Agnieszka Ścigaj, Kukiz'15 (dlaczego nie rozmawiać poważnie z osobami niepełnosprawnymi, którym zagwarantuje się dojsię i świadczenia na życie do minimum socjalnego)

Wcześniej protestujący zaproponowali kolejny kompromis – 500 złotych dodatku, ale od przyszedłego roku.

100% Iwona Hartwich (zapraszamy serdecznie stronę rządową do rozmów, jesteśmy otwarci, zapraszamy jeszcze raz)

Strona rządowa podkreśla, że spotkania już się odbyły.

100% Krzysztof Michalkiewicz, pełnomocnik rządu ds. osób niepełnosprawnych (był Prezydent, był Premier, była kilkakrotnie minister Rafalska, byłem kilkakrotnie ja i inni ministrowie)

Minister Rafalska mówi, że nie może składać żadnych deklaracji.

Janina Ochojska po raz kolejny prosiła o możliwość wejścia do Sejmu do protestujących.

100% Janina Ochojska, PAH (strona protestująca, jak i ja, chcemy ze sobą porozmawiać)

Kancelaria chce ją wpuścić tylko do Centrum Medialnego, z dala od protestu. Na spotkanie tam nie chcą się zgodzić niepełnosprawni i ich rodzice.

W Sejmie trwają ostatnie przygotowania do Szczytu NATO.

100% Andrzej Grzegorzówka, Centrum Informacyjne Sejmu (zdradzenie wszystkich informacji z bezpieczeństwem jest oczywiście wykluczone)

Nieoficjalnie wiadomo, że delegacje będą wpuszczane do Sejmu bocznymi wejściami, tak by w miarę możliwości omijały hol główny, gdzie na antresoli trwa protest.

100% Jakub Hartwich (będziemy trwać) [z uśmiechem]

W warstwie słowa dialogowość przeobraża się w potyczki słowne. Setki są dynamiczne, wyrażające wzburzenie, poruszające odbiorcę. Zgodnie z zamysłem ożywienia narracji, o którym wspomina Jerzy Uszyński w *Telewizyjnym pejzażu genologicznym*, za sprawą krzyżowego korzystania ze źródeł [20]. W znakomitej części zrealizowane są w portretach, poprzez co widz niemal staje się naocznym świadkiem zdarzeń. Trudno sobie wyobrazić, co czują niepełnosprawne dzieci, które są uczestnikami tego zamieszania. Jest ono przedstawiane w planach bliskich, które potęgują przekaz, a warto wspomnieć, że warstwa filmowa w większym stopniu niż komentarz słowny jest nośnikiem wrażeń [20].

Materiał otwiera ciekawa kompozycja. Operator sfilmował okno, w którym matki próbowały wywiesić transparent w języku angielskim. To swego rodzaju ‘kadr w kadrze’, którego celem według Blaina Browna, autor *Sztuki operatorskiej*, jest zbudowanie dodatkowej ramy, skierowanie uwagi na wybrany element [12]. Można tu także dopatrywać się metafory wizualnej, za pomocą obrazu dokładane są dodatkowe znaczenia do tego, co stanowi oczywistą naturę przedstawianego tematu. To wizualne ‘czytanie między wierszami’ [12]. Jak w przypadku wypowiedzi Jakuba *daliście przedstawienie swoich umiejętności...* Czuje się słabość niepełnosprawnego w obliczu zaistniałej sytuacji, Jakub chciałby wstać i bronić matki, niestety nie może.

Dla zilustrowania sytuacji niepełnosprawnych i ich opiekunów w trzydziestym siódmym dniu protestu, gdy ze strony administracji rządowej próżno czekać na pozytywne dla strajkujących rozwiązanie kwestii, zastosowano kontrast w wykorzystywanych planach. Jeżeli mowa o walce niepełnosprawnych, to są one zwykle bliskie, stosuje się tu najazdy na poszczególne postacie, czyli zawężenie pola obserwacji [11], zbliżenia, które przedstawiają głowę człowieka od jej czubka po podbródek [11], ich wyobcowanie, choć są wśród innych ludzi, pokazuje się w planach ogólnych. Wymowny w materiale jest moment, gdy p. Iwona Hartwich zaprasza posła Pięte, by podszedł do protestujących, jak również obraz grupy posłów odwróconych plecami do strajkujących. Obrazek, w planie pełnym, odzwierciedla całkowity brak zrozumienia dla spraw, o które walczą protestujący, co wpisuje się w katalog zachowań negatywnych wobec osób z niepełnosprawnością. Zdaniem badaczy charakteryzują się one: okazywaniem obojętności, niechęci, wrogości, lekceważeniem, brakiem pomocy oraz ignorancją, izolacją, a nawet odrazą [17].

Obraz IV

O kolejnym, niezwykle wyrazistym zachowaniu negatywnym wobec niepełnosprawnych traktuje news Macieja Knapika z 25 maja 2018 roku [18].

Zgromadzenie parlamentarne NATO w polskim Sejmie, jest kilkuset gości, w planach dyskusja o Rosji. Jest także plan, by gości odciąć od protestujących niepełnosprawnych. Przy Sali Kolumnowej wyrasta kotara maskująca. Ale protest zamaskować trudno, Europejskie Forum Niepełnosprawnych pisze do delegatów NATO list.

Grube kotary oddzielające protestujących od reszty Sejmu, a szczególnie od zagranicznych delegatów i dziennikarzy.

100% Iwona Hartwich (rozdaliśmy posłom opozycyjnym ulotki, które informują o tym, że jest protest w polskim Parlamencie.

W oknach postulaty tak, by były widziane, ale o tych okien raczej nie wolno teraz podchodzić.

Z offu strażnik (nie ma tutaj podchodzenia i kręcenia...)

Za to można było przynajmniej na chwile okna otworzyć. Straż nie interweniowała. W środku protestujący odcięci, w zupełnie pustym holu.

100% Andrzej Grzegorzówka, Centrum Informacyjne Sejmu (zdecydowaliśmy się na pewne zmiany organizacyjne tak, żeby pogodzić protest, który trwa i który będzie trwał, w który nie będziemy ingerować i bardzo ważne wydarzenie międzynarodowe.

Przed Sejmem znowu ustawiono dobrze tutaj znane barierki.

100% Marcin Kierwiński, Platforma Obywatelska (Sejm wygląda nie jak Zgromadzenie Parlamentarne NATO, a jak Zgromadzenie Parlamentarne Państw Układu Warszawskiego) Europejskie Forum Osób Niepełnosprawnych w liście do polskich władz i do delegatów z państw NATO pisze, że niepełnosprawni zmuszeni są protestować w skandalicznych warunkach. Polski Rząd i Parlament wzywany jest do zakończenia tego niehumanitarnego traktowania i dialogu w celu zapewnienia godziwych standardów życia niepełnosprawnym w Polsce.

100% Stanisław Pięta, PiS (jestem zajęty i proszę mi nie przeszkadzać)

100% Bernadeta Krynicka, PiS (panie powinny się spakować i stamtąd wyjść, do widzenia!)

Posłowie PiS-u niechętnie rozmawiają o protestujących, mówiąc, że odbyły się już rozmowy i dokonano zmian w prawie.

100% Marek Opiola, PiS (zostawmy w tym momencie i postawmy kropkę)

A to odpowiedź przewodniczącego Zgromadzenia NATO:

100% Alli Paolo (to jest sprawa wewnętrzna polityki waszego kraju, jestem przekonany, że polski Rząd i parlament znajdą najlepsze rozwiązanie tego problemu)

Opozycja zaprezentowała Pakt Solidarnościowy, czyli cztery deklaracje na po wyborach – wśród nich między innymi dodatek rehabilitacyjny, 500 złotych, czyli realizację głównego postulatu, ale też mowa jest o realnym dostępie do obiektów użyteczności publicznej czy reformie orzecznictwa.

100% Władysław Kosiniak-Kamysz, PSL (my zapraszaliśmy wszystkich, przyszli ci, co chcieli, podpisali)

Wśród sygnatariuszy zabrakło Platformy Obywatelskiej, oprócz posła Szczerby.

100% Michał Szczerba, Platforma Obywatelska (spontanicznie przyszedłem podpisać ten pakt)

Politycy PO mówią, że wspierają protestujących, ale ogłaszanie deklaracji teraz – jak słyszymy nieoficjalnie – to branie części odpowiedzialności za kryzys na siebie i w efekcie wspieranie PiS-u, co od razu zostało wykorzystane.

100% Krzysztof Michalkiewicz, pełnomocnik rządu ds. osób niepełnosprawnych (cieszymy się bardzo, że opozycja zgadza się z nami)

100% Joanna Kopcińska, rzecznik prasowy rządu (siądźmy razem i pracujmy, bo przed nami teraz tylko praca, praca, praca)

100% matki komentują powyższe wypowiedzi (wykorzystują to porozumienie po prostu, wykorzystują to porozumienie podpisane przez opozycję, nie mogą przeżyć...)

To też podtrzymywanie fikcji – mówią protestujący.

100% Marzena Staniewicz, KPRON (nikt z nami nie rozmawiał, nikt się nie pojawił., czekamy)

Z offu W. Kosiniak Kamysz i M. Szczerba do matek (wszyscy i z Parlamentu i poza Parlamentem... wszyscy podpisali, to jest zobowiązanie na przyszłość), matki (i my się z tego bardzo cieszymy, my jesteśmy takimi rodzicami, którzy będą to po prostu egzekwować)

Wypowiedzi w materiale są niezwykle wyraziste, mimo spolaryzowania opinii, nie dochodzi do najmniejszego nawet zniekształcenia faktów, czego w takiej sytuacji obawia się Andrew Boyd [15]. Fakty są niezaprzeczalne. Niepełnosprawnych oddzielono od zagranicznych gości Sejmu grubą kotarą. Reporter, którego wielokrotnie widać w materiale stara się pokazać, jak przeorganizowano sejmowe korytarze, by strajkujący nie mieli szans na kontakt z delegatami Zgromadzenie parlamentarnego NATO, news otwiera wymowna panorama obrazująca miejsce akcji protestacyjnej aż po słynną kotarę, która odgradza osoby niepełnosprawne od reszty świata.



Za kotarą... Fotografia pochodzi z Twittera posła Michała Szczerby, fotografię wykorzystano za zgodą autora

Obraz V

W czterdziestym dniu protestu, 27 maja, niepełnosprawni i ich opiekunowie postanawiają zawiesić akcję. Opuszczają Sejm. Ich najważniejszy postulat dotyczący

ustanowienia 500 zł dodatku w gotówce nie został spełniony, otrzymują podwyżkę renty socjalnej w wysokości 130 zł i pakiet rozwiązań prawnych, które mają istotnie zmienić ich warunki życiowe.

28 maja 2018 roku Fakty TVN prezentują materiał Macieja Knapika 'dzień z życia' [16], 29 maja natomiast news Renaty Kijowskiej 'mam marzenie' [17].

Samo życie po życiu w Sejmie. Adrian z mamą wrócili już do Olsztyna, z protestu na razie rezygnują, ale nie rezygnują z walki. Dla nich każdy dzień to walka, a każdy kolejny rok to strach. Adrian nigdy się nie poddaje, ale kiedyś zostanie sam, a wtedy do życia nie wystarczy tylko wewnętrzna siła.

Na ramieniu wytatuował sobie 'co mnie nie zabije, to mnie wzmocni'. Zmienia koszulkę i gra w kosza, ale do kosza trudno trafić. Stąd tak duża determinacja, gdy krzyczał do polityków.

100% Adrian Glinka (w Sejmie: oczekujemy pomocy natychmiastowej...), (do reportera: ...mówią *Carpe diem*, czyli żyj chwilą...)

Mówi dzisiaj. Ale jego *Carpe diem* to żmudna nauka życia samodzielnego. W zeszycie napisał: wiem kim jestem, znam moje słabe i mocne strony. Ale na komputerze pisać mu trudno, choć bardzo się stara.

100% Adrian Glinka (nie będzie mi obce wyszukać sobie w Internecie samemu, nie będzie mi obce znaleźć jakieś informacje)

Nauka w szkole przysposabiającej do pracy, w skrócie SPD trwa cztery lata, Adrian będzie tu jeszcze do czerwca.

100% Elżbieta Sobótka, wicedyrektor Szkoły Specjalnej Przeposabiającej do Pracy nr 2 w Olsztynie (nasza szkoła polega po prostu na tym, by nauczyć ich tego, żeby dawali sobie radę wtedy, gdy zabraknie kogoś bliskiego)

Jedni sobie poradzą, inni na zawsze skazani będą na pomoc bliskich lub państwa. Wszyscy potrzebują wsparcia, stąd właśnie taka determinacja.

100% Adrian Glinka (... jestem w stanie naprawdę dużo wytrzymać...)

Nauczyciele doskonale rozumieją Adriana.

100% Małgorzata Domagalska, nauczycielka Adriana, SPD w Olsztynie (finanse pomagają tym uczniom w rehabilitacji, ale również jakieś placówki)

Adrian mieszka bardzo bardzo skromnie, małe mieszkanie, ciasny pokój, na ścianach zdjęcia braci i rodziny. Dzisiaj wrócił ze szkoły, wczoraj z mamą z czterdziestodniowego protestu w Sejmie.

Z offu Adrian (... cieszę się, że mogłem przyjechać godnie) [przez płacz, ojczym go uspokaja]

Z offu ojczym (kibicowaliśmy Wam, jesteście wielki!)

W domu czekał ojczym Adriana i pies... [pies liże chłopca po twarzy]

Z offu ojczym (pies... o właśnie tak... wita się z Adrianem)

100% Kazimierz Leleniewski, ojczym Adriana (zaczniemy znowu na mecze chodzić, Indykpolu...)

Po powrocie do domu puściły nerwy.

100% Adrian Glinka (to była, powiedzmy, walka, jakby Dawida z Goliatem, tak naprawdę tak walka została wygrana, jestem szczęśliwy, że mama wytrzymała ze mną...) [koniec wypowiedzi trudny do zrozumienia]

100% Anna Glinka, matka Adriana (te pięćset to jest dla niego, żeby on przynajmniej chociaż trochę godnie żył)

Ale teraz na nowo *Carpe diem* dwudziestotrzyletniego mężczyzny. Chce być samodzielny, ale czy znajdzie pracę? Trudno powiedzieć.

100% Anna Glinka, matka Adriana (ja nie widzę perspektyw dla niego w Olsztynie, na pracę) On wie, co chciałby robić.

100% Adrian Glinka (... dalej podnosić świadomość osób niepełnosprawnych)

I znacznie łatwiej jest wykrzyczeć politykom swoje żądania...

100% Adrian Glinka w Sejmie (...chcę spróbować samodzielnego życia...) [z drżeniem całego ciała]

... niż codziennie walczyć o swoje samodzielne życie. Ale Adrian wie, że gdy się człowiek bardzo postara, to się udaje.

i...

Marzę o tym, by mieć rodzinę, o tym, żeby mnie ktoś kochał. Niepełnosprawny Kuba w Sejmie pokazał, jak niezwykle ma siłę, nam opowiada, jak niezwykle ma marzenia. Dla takich, jak on, każdy dzień to tor przeszkód, ale kiedy marzą, nie widzą przeszkód.

Jakub Hartwich wraca do siebie, do swoich, nie globalnych problemów i marzeń.

100% Jakub Hartwich (o czym marzę? Właśnie o tej rodzinie, chciałbym kiedyś żyć również dla kogoś)

Pana Mariusza wcale to nie dziwi. Jak każdy, i on walczący z zanikiem mięśni, marzy o tym samym.

100% Mariusz Stępień (...podjąć pracę, założyć rodzinę, moim marzeniem jest to, żeby zrobić w życiu coś wielkiego, większego, coś, co pozostawi po mnie jakiś ślad)

Na przykład wynalazki pozwalające na samodzielne komunikowanie się z otoczeniem, bo pana Mariusza, choć skończył studia prawnicze, zawsze pasjonowała technika. Marzy więc o doktoracie.

100% Jolanta Stępień, matka p. Mariusza (myślimy, że chory, to potrzebuje sprzętu, rehabilitacji i właściwie to jest wszystko, czego powinien się spodziewać, tak? Ale przecież to są ludzie młodzi, wykształceni. Moim marzeniem jest, że mimo żyjemy razem, choć przez chwilę żebyśmy mogli być osobno, żeby każde z nas poczuło smak tego życia)

Czemu nie smak randki? Pan Jakub mówi, że ma wiele znajomych, ale wciąż szuka.

100% Jakub Hartwich (jeszcze nie mam tej jednej jedynej)

100% Janina Ochojska, PAH (ktoś patrzy na niego, facet na wózku, trochę ma nieskoordynowane ruchy, tak, trochę niewyraźnie mówi, ale w środku siedzi bardzo inteligentny, fajny, dowcipny człowiek)

100% mężczyzna na wózku (to jest ograniczenie fizyczne, ale ludzie w jakiś sposób dorabiają do tego ograniczenie psychiczne...)

... niemożność odczuwania wyższych pragnień. Pana Jędrzeja, pilota to i dziwi, i śmieszy. Latał nad Andami, zamierza działać więcej, bo w górze nie potrzebuje nóg, tylko skrzydeł. Życie prywatne też pełne wzlotów.

100% Jędrzej Jaxa-Rożen (ona mi pomaga wyjąć wózek z samochodu, a ja jej pomagam – nie wiem – zachować równowagę psychiczną w oglądzie świata. Każdy daje z siebie to, co może dać)

Schodząc na ziemię, mama pana Mariusza wie, że marzeń o podróży do Los Angeles, ba, o wyjściu do kina, szybko nie spełni.

100% Jolanta Stępień, matka p. Mariusza (wyjście do dentysty to jest wycieczka, jakbyśmy wyprowadzali się z domu... moim marzeniem jest przespać choć jedną noc całą, bo od dwudziestu lat żadnej nie przespałam)

Może trzeba pomóc. Jakubowi nikt żony nie znajdzie, ale można stworzyć warunki.

100% Janina Ochojska, PAH (żeby Kuba mógł mieć rodzinę, trzeba mu pozwolić być samodzielnym, on nie potrzebuje do tego pieluch, on potrzebuje pracy, powinien móc wychodzić, żeby móc kogoś poznać)

100% Jakub Hartwich (chciałbym kogoś, kto by mnie kochał...)

Reporterzy w powyższych newsach zdecydowanie zrywają z prezentacją niepełnosprawnych jako protestujących, przedstawiają ich w ich własnym otoczeniu. Już materiały z okupacji Sejmu łamały stereotypy, że są to „osoby izolujące się społecznie, obciążające najbliższych i uzależnione od nich, lękliwe, nieszczęśliwe, zgorzkniałe, z niskim poczuciem własnej wartości, ogólnie słabsze i niesprawne we wszystkich aspektach funkcjonowania, a nawet wrogie i agresywne” [17], teraz przekonują, że są to zwyczajni ludzie. „Odmienność uwarunkowana niepełnosprawnością nie musi oznaczać znaczącego zubożenia sfery doznań, emocji doświadczeń egzystencjalnych i intelektualnych oraz różnych przejawów uczestniczenia w pełni życia” [4]. Są zatem marzenia, nieśmiałe plany na przyszłość, ale przede wszystkim jest codzienny trud, by zbliżyć się do tego, co na wyciągnięcie ręki mają pełnosprawni. I widać to w licznych zbliżeniach, najazdach, co do zasady planach bliższych w pierwszym z omawianych newsów. Ogólniejsze plany obrazują, jak trudną drogę do pokonania mają niepełnosprawni. W Sejmie każdego dnia walczyli, by pokazać, że nie są anonimowymi jednostkami z szerokiej grupy, ale indywidualnościami, że nie należy się koncentrować na ich słabościach i ograniczeniach – przyznawać wszystkim pieluchy, ale wsłuchiwać w ich oczekiwania, bo jak zauważa Żaneta Stelter w artykule *Cierpienie a utrata sprawności*, osoba niepełnosprawna poza bólem fizycznym wywołanym defektami, rehabilitacją i innymi schorzeniami, cierpi także psychicznie, w wyniku utraty czy też ograniczenia ról życiowych i społecznych, niekorzystnego wyglądu oraz bezradności wobec własnych ograniczeń” [21]. Najlepszym tego dowodem jest Adrian, który pani minister Rafalskiej oświadcza, że chce spróbować samodzielnego życia, jednocześnie ciało siedzącego w wózku młodego człowieka wpada w drgawki.

Warte uwagi w realizacji tego newsa jest także współuczestnictwo reportera w codzienności niepełnosprawnego Adriana. Reporter nie przygląda się jedynie z boku, nie jest niewidzialny, wedle założeń dla dziennikarskich gatunków informacyjnych ‘przezroczysty’ [22], on towarzyszy, śledzi codzienne zmagania chłopaka, by przekazać pełen obraz, by widzowie mieli szansę zanurzyć się w codzienności rodziny, w której występuje niepełnosprawność. Zdaniem Katarzyny Lachewicz, poza sferą materialną rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym nie różnią się na niekorzyść od rodzin nieobarczonych niepełnosprawnością, a wyniki w wymiarze radzenia sobie z konfliktami i więzi rodzinnymi sytuują je wyżej od rodzin z dzieckiem sprawnym. Mimo tak optymistycznych wyników rodziny dotknięte niepełnosprawnością skarżą się na deprywację społeczną, niski prestiż społeczny swoich rodzin, brak perspektyw życiowych [23].

O tym także traktuje drugi news. Renata Kijowska przedstawia widzom pana Mariusza i pana Jędrzeja. Ich historie, zaprezentowane zdecydowanie w planach bliskich - jak pod szkłem powiększającym, mogą dawać nadzieję Jakubowi, który z mamą nieprzerwanie walczy o godne traktowanie niepełnosprawnych. Warte zauważenia w materiale są wypowiedzi matki pana Mariusza, która zwierza się między innymi, że marzy o przespaniu całej jednej nocy, pana Jędrzeja o tym, co on daje swojej pełnosprawnej żonie, i konstatacja Janiny Ochojskiej, że Jakubowi do spełnienia jego marzeń potrzebny jest zwyczajnie kontakt z innymi ludźmi, praca w której, będzie się realizować. I nie bez powodu mówi Ochojska, także niepełnosprawna, o pracy, bo jak opiniuje Witold Ratajczyk, analizujący bariery dostępu do pracy niepełnosprawnych, praca zawodowa niepełnosprawnych jest tak naprawdę ukoronowaniem procesu, na który składają się działania na innych obszarach rehabilitacji, mianowicie rehabilitacji medycznej i społecznej [24]. W materiale Kijowskiej nie czuć lęku przed mówieniem i pokazywaniem ułomności, reporterka nawiązała porozumienie ze swoimi rozmówcami, na tyle dobrze, że Jakub zwierza jej się, że *chciałby kogoś, kto by go kochał*.

Wnioski

Obraz VI

News Arlety Zalewskiej wyemitowany został w Faktach 27 maja 2018 roku, czyli w dniu zawieszenia protestu, jako drugi materiał w serwisie na temat sytuacji niepełnosprawnych [25]. Stanowi on swoisty background, innymi słowy tło, które uzupełnia informację faktami, bez których znajomości mogłaby ona nie zostać w pełni zrozumiana [11]. News jest też doskonałym zwieńczeniem artykułu.

Pięciuset złotych dodatku nie wywalczyli, ale nie wychodzą z niczym, bo mają potężny kapitał. Solidarności, zrozumienia i wsparcia. Ich świat przestał być tabu. I to, jak sumują, w bilansie zysków i strat największy plus.

Z offu (... no to chodźcie...) [mówi niewidomy do ekipy tv]

To... bez protestu w Sejmie nigdy by się nie udało...

Z offu (jesteśmy pod wrażeniem, jesteś bohaterką...) [mężczyźni zwracają się po angielsku do niepełnosprawnej dziewczyny]

Niepełnosprawność w Polsce zyskała konkretną twarz. Ludzi uśmiechniętych, ambitnych, walczących o nic więcej jak tylko szanse na normalność.

100% Wojciech Makowski, srebrny medalista Letnich Igrzysk Paraolimpijskich w Pływaniu (dało nam to takie poczucie, że niepełnosprawność to nie jest żaden wstyd, czy żaden obciach, ponieważ mnóstwo ludzi utożsało się z nami)

100% Karolina Hamer, paraolimpijka, medalistka Mistrzostw Europy i Świata w pływaniu (jest to moment epokowy, bo tak naprawdę nikt tak wiele nie zrobił do tej pory dla widoczności, dla wrażliwości ludzkiej, jeżeli chodzi o osoby z niepełnosprawnością)

100% Bartosz Andryszczak, fizjoterapeuta (nie jesteśmy szarą masą, tak to nazwę, jesteśmy członkami społeczeństwa, ludzie w sklepach zaczynają się uśmiechać, przepuszczają nas, łatwiej nam funkcjonować i za to chcę podziękować)

Osobiście mogła to zrobić Karolina Hamer, która przed Sejmem przyjechała ze Śląska. Z koszulką reprezentacji Polski z Igrzysk Paraolimpijskich dla Kuby. Ze wsparciem, wdzięcznością i zadaniem dla wszystkich.

100% Karolina Hamer (jesteście bohaterami, dzięki Wam mogliśmy dać lekcję solidarności, obiecuję tak, jak tu siedzę, że to nie jest finał, to dopiero się zaczyna)

Przez czterdzieści dni to był ich dom. Na korytarzach sejmowych mogliśmy zobaczyć, jak wygląda codzienność niepełnosprawnego Kuby, Adriana, Wiktorii i Magdy, i ich rodziców. To oni pokazali, z czym muszą mierzyć się każdego dnia rodzice i niepełnosprawni w całym kraju.

100 % Anna Błada, matka niepełnosprawnego Oliviera (my nie siedzimy w domu ot tak, my przy tych dzieciach pracujemy dwadzieścia cztery godziny na dobę)

100% s. Małgorzata Chmielewska, Katolicka Wspólnota „Chleb życia” (spotkanie z drugim człowiekiem, zwłaszcza człowiekiem słabym, pokazuje nam kim jesteśmy, i niestety – myślę – że my jako społeczeństwo może nie do końca z całym spokojem możemy patrzeć w lustro)

100% Tobiasz Carewicz (tak naprawdę to nie chodzi o te pieniądze, wie pani, chodzi o szacunek, o godność)

Protest w Sejmie i manifestacje poparcia na ulicach pokazały, jak różne są potrzeby osób niepełnosprawnych. Dla jednych przełomem może być praca, dla innych nowy wózek, dla wszystkich normalne traktowanie.

100% Wojciech Makowski (wydaje mu się, że ja nie wiem, w którą stronę mam skręcić, gdzie ja mam iść, że jestem zupełnie jakoś odrealniony, to nie jest prawdą, bo ja jestem człowiekiem, który twardo stąpa po ziemi, to że nie widzę, nie powoduje, że ja nie jestem świadomym człowiekiem)

Wojtek jest srebrnym medalistą Igrzysk Paraolimpijskich w Rio, właśnie przygotowuje się do kolejnych zawodów. On określenia ‘nie-pełnosprawni’ osobiście nie lubi.

100% Wojciech Makowski (skoro jest sport paraolimpijski, to my chyba możemy być parasprawni, chyba brzmi dużo lepiej)

I chętnie rozpocząłby dyskusję, by je zmienić.

100% Wojciech Makowski (to by mogło pociągnąć zmianę całkowitego postrzegania nas, właśnie osób niepełnosprawnych, które nie są na nie, którzy są bardzo na tak, jeżeli chodzi o rzeczywistość, świat, który nas otacza.

Reporterka podsumowuje czterdzieści dni protestu: *Niepełnosprawność w Polsce zyskała konkretną twarz. Ludzi uśmiechniętych, ambitnych, walczących o nic więcej jak tylko szanse na normalność*. Nie można się z nią nie zgodzić. Niepełnosprawni i ich opiekunowie wchodzili 18 kwietnia do Sejmu, wiedząc zapewne, że ich oczekiwania nie znajdą pełnego zrozumienia i czując, że „jeżeli staje się przed oponentem, który ma pełnię władzy, trzeba być realistą, prawdopodobieństwo, że się przegra jest bardzo duże, stąd przed rozpoczęciem negocjacji należy ustalić alternatywne wyjście z sytuacji” [13]. Podejmując protest, nie sądzili też prawdopodobnie, że mogą spędzić w Sejmie więcej niż siedemnaście dni. Jednak rzeczywistość okazała się inna. Gdy opuszczali Sejm 27 maja, nie wychodzili z niego jako przegrani, ale jako zwycięscy tej batalii. W sferze materialnej nie uzyskali tego, co poprawiłoby ich sytuację życiową, ale nie pozwolili, by traktować ich jak swoistych outsiderów, którym pomoc warto nawet zaoferować, jak wyjaśnia Krzysztof Gerc, ale praw równorzędnego partnera w życiu społecznym się już nie przyznaje, a raczej ogranicza do tolerowania w określonym ekosystemie społecznym [4].

W warstwie słowa pośród innych ważnych głosów w newsie istotne wydaje się zwrócenie uwagi na wypowiedź Wojciecha Makowskiego, paraolimpijczyka o przeformułowaniu myślenia o niepełnosprawnych od rozpoczęcia nazywania tej grupy ludzi parasprawnymi. Słowa siostry Chmielewskiej pozwalają natomiast na zastanowienie, jak wiele jest do zrobienia w kwestii wsparcia osób z ułomnościami. Odnosi się ona do teorii Emmanuela Levinasa, wedle której człowiek „staje się” dopiero w kontakcie z drugim człowiekiem [6].

Warstwa obrazu przekonuje, że parasprawni, jeżeli tylko stworzyć im dogodne warunki, potrafią, mogą i z powodzeniem działają. Należy zacząć pracować nad odejściem od Kultury Dopasowania Mniejszości, która jak ocenia w artykule o sytuacji głuchych w naszym kraju Rafał Dziurla, charakteryzuje polską rzeczywistość [26]. Zwraca on uwagę na słowa zapisane w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych – niepełnosprawnym przysługują wszelkie prace obywatelskie, jednak podkreśla się, że nie mogą podlegać dyskryminacji.

Piśmiennictwo

1. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, <http://www.niepelnosprowni.gov.pl/p,78,dane-demograficzne> (4.03.2019).
2. Rędzia B., GUS: Są wstępne wyniki spisu powszechnego, <http://www.niepelnosprowni.pl/ledge/x/116886>, (4.03.2019).
3. Lachewicz K.: Wybrane aspekty poczucia jakości życia rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym, [w:] Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychopedagogiczne, Palak Z., Lewick A., Bujnowska A., Lublin 2006, 126.
4. Gerc K.: Niepełnosprawność powodem wykluczenia [w:] Przeciw wykluczeniu społecznemu, Duda M., Bożeny Gulla A. (red.), Kraków, 2008, 124.
5. Świtaj P. : Piętno społeczne związane z chorobą i niepełnosprawnością – typy, wymiary, geneza, funkcje [w:] Choroba, niepełnosprawność, cierpienie oraz postawy wobec nich – w teorii i praktyce, Zasępa E. (red.), Warszawa, 2010, 335.
6. Skura M.J.: Relacje społeczne osób z niepełnosprawnością, Warszawa, 2016.
7. Barnes C., Mercer G.: Niepełnosprawność, Warszawa, 2008.
8. Kurdupski M.: „Fakty” liderem programów informacyjnych w 2018 roku, <https://www.wirtualnemedial.pl/artykul/ogladalnosc-dziennikow-2018-rok-fakty-liderem>, (4.03.2019).
9. News Faktów TVN w 2. dniu protestu, dostęp możliwy dzięki systemowi do badania zawartości mediów CAST, stworzonemu na Wydziale Nauk Politycznych i Dziennikarstwa UAM, (4.03.2019).
10. Sherwyn P. Morreale, Braian H. Spitzberg, Barge J. K.: Komunikacja między ludźmi. Motywacja, wiedza i umiejętności, Warszawa, 2007.
11. Żórawski K.: Długi stół, Warszawa, 2004.
12. Brown B., Cinematography. Sztuka operatorska, Warszawa, 2016.
13. McKay M., Davis M., Fanning P.: Sztuka skutecznego porozumiewania się, Gdańsk 2006.
14. News Faktów TVN w 16. dniu protestu, CAST, data pobrania 9.03.2019
15. Boyd A.: Dziennikarstwo radiowo-telewizyjne. Techniki tworzenia programów informacyjnych, Kraków, 2006.
16. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP19970500475>, (4.03.2019).
17. Skura M., Ja-inny. Relacje społeczne osób z niepełnosprawnością, Warszawa, 2016.

18. Szarfenberg R., Pojęcie wykluczenia społecznego [w:] Przeciw wykluczeniu społecznemu, Dudy M., Gulli B. (red.), Kraków, 2008, 17.
19. News Faktów TVN w 37. dniu protestu, CAST, (4.03.2019).
20. Uszyński J.: Telewizyjny pejzaż genologiczny, Warszawa, 2004.
21. News Faktów TVN w 38. dniu protestu, CAST, (4.03.2019).
22. News Faktów TVN z 1. dnia po zakończeniu protestu, CAST, data pobrania 9.03.2019
23. News Faktów TVN z 2. dnia po zakończeniu protestu, CAST, data pobrania 9.03.2019
24. Stelter Ż.: Cierpienie a utrata sprawności [w:] Choroba, niepełnosprawność, cierpienie oraz postawy wobec nich, Zasepa E. (red.), Warszawa, 2010, 50.
25. Bauer Zb.: Gatunki dziennikarskie [w:] Dziennikarstwo i świat mediów, Bauera Zb., Chudziński E., Kraków, 2000,158.
26. Lachewicz K.: Wybrane aspekty poczucia jakości życia rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym [w:] Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychopedagogiczne, Palak Z., Lewicka A., Bujnowska A., Lublin, 2006,131.
27. Ratajczyk W.: Osoby niepełnosprawne a wykluczenie społeczne – bariery dostępu do pracy [w:] Zapobieganie wykluczeniu społecznemu: praca zbiorowa, Frąckiewicz L. (red.), Katowice, 2005, 229.
28. News Faktów TVN w 40. dniu protestu, CAST, (4.03.2019).
29. Dziurla R.: Kultura dopasowania większości – kierunek niemożliwy? [w:] Kulturowe i społeczne aspekty niepełnosprawności, Tomaszewski P., Bargiel-Matusiewicz K., Pisula E. (red.), Warszawa, 2015, 51-52.

Media społecznościowe jako nowy, psychospołeczny czynnik ryzyka zachowań suicydalnych

Czakiert Martyna¹, Kurek Katarzyna¹, Kołcz Anna¹, Szymanek-Pędzik Małgorzata¹, Kałka Dariusz¹, Borowicz Wojciech¹, Dorna Krzysztof³, Ferenc Stanisław², Gnus Jan^{1,2,3}

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

Wprowadzenie

Suicydologia to nauka zajmująca się badaniem zachowań samobójczych, ich przyczyn oraz sposobów zapobiegania [1]. Przez pojęcie “samobójstwo” rozumiemy akt celowego spowodowania własnej śmierci [2]. Zachowania samobójcze, które nie powodują śmierci są nazywane samookaleczeniem z pragnieniem zakończenia życia [3].

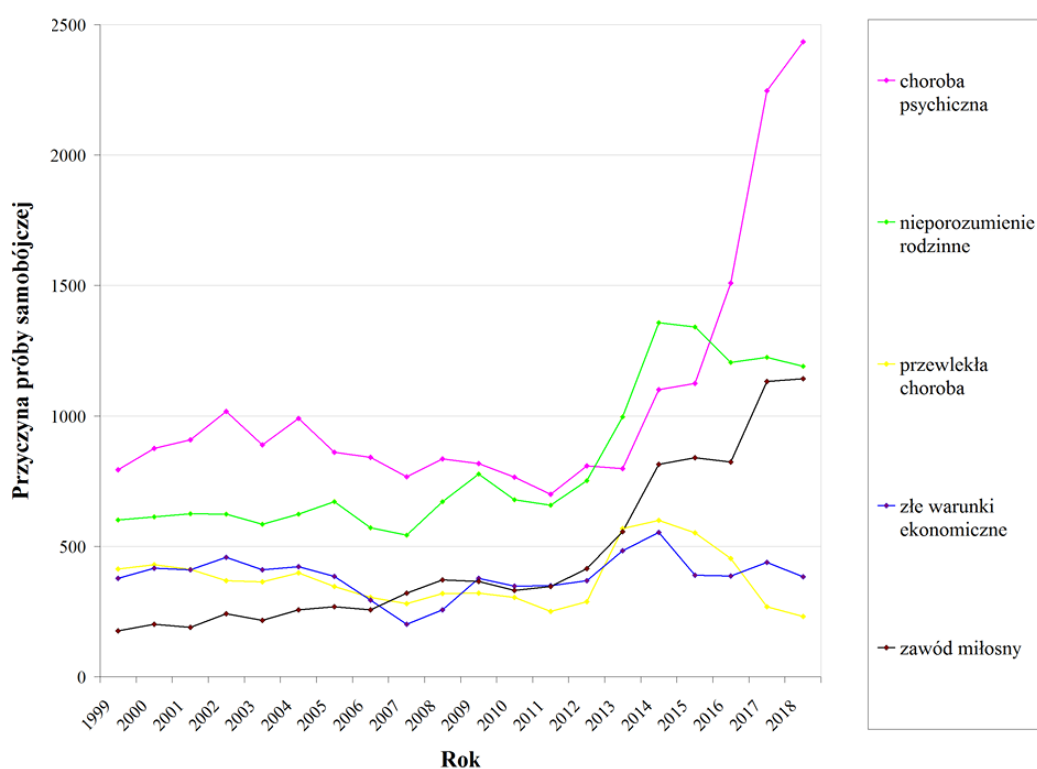
Na podstawie dostępnych statystyk Policji, dotyczących zachowań suicydalnych wśród społeczeństwa polskiego, możemy wysunąć pewne wnioski. W przeciągu ostatnich dwóch dekad liczba prób samobójczych w Polsce wzrosła dwukrotnie - z 5128 w 1999r. do 11 167 w 2018r., przy czym największy wzrost miał miejsce w latach 2012-2014 [4].

Analizując dane przedstawiające liczbę prób samobójczych w zależności od potwierdzonej ich przyczyny zauważamy, że na pierwszym miejscu od 1999r. plasuje się choroba psychiczna. W latach 2013-2015 zaobserwowano kilkuprocentową przewagę nieporozumień rodzinnych. Od roku 2016 odsetek chorób i zaburzeń psychicznych jako głównej przyczyny, wzrósł z 1124 do 1509 przypadków w stosunku do roku 2015. Trend ten utrzymuje się także w 2018r., gdzie obserwujemy kolejny wzrost o 10 punktów procentowych w porównaniu z rokiem 2016 [4].

Próby samobójcze dotyczą coraz młodszych osób. Od 1999 roku najwięcej takich zachowań obserwowano wśród osób w 5. i 6. dekadzie życia, jednak na przestrzeni lat wiek ten stopniowo się obniżał i w 2014 roku największy procentowy udział miał przedział

wiekowy 19-24. Od tego czasu niezmiennie przeważała liczba osób w 3. dekadzie życia i trend ten utrzymuje się do dnia dzisiejszego. W roku 2014 w stosunku do roku 2012 liczba samobójców w wieku 19-24 lata podwoiła się, przy czym ilość samobójców w 6. dekadzie życia zmalała niemal dwukrotnie, przy jednoczesnym, dwukrotnym wzroście całkowitej liczby samobójstw [5].

Wynika z tego fakt, że nie tylko coraz więcej Polaków podejmuje próby samobójcze, ale również obserwuje się takie tendencje w coraz młodszym wieku. Od lat niezmiennie, jako główną przyczynę takich zachowań uznaje się choroby i zaburzenia psychiczne, takie jak: depresja, choroba afektywna dwubiegunowa, schizofrenia czy zaburzenia osobowości [6,7].



Ryc.1. Liczba prób samobójczych na przestrzeni lat

Po przeanalizowaniu powyższych danych, pojawia się pytanie o przyczynę wysuniętych przez nas wniosków. Biorąc pod uwagę, że coraz młodsze pokolenie ujawnia skłonności suicydalne, możemy dopatrywać się podłoża tego problemu w czynnikach, które pojawiły się stosunkowo niedawno. Jednym z nich może okazać się Internet i jego powszechna dostępność. Umożliwia nam on wirtualny byt oraz komunikację, która staje się substytutem realnego życia. Wykorzystywanym do tego narzędziem są media społecznościowe, za których pośrednictwem odbieramy ogrom niedostrzegalnych na pierwszy rzut oka bodźców, których długofalowy wpływ na ludzką psychikę nie został

dotychczas zbadany. W naszej pracy chcemy przedstawić sposób działania wybranych stymulantów oraz ich możliwe skutki, które mogą wpływać na zwiększenie skłonności samobójczych [8].



Ryc. 2: Liczba prób samobójczych z podziałem na przyczynę na przestrzeni lat

Aby lepiej rozpatrzeć problem badawczy przedstawiony w pracy, warto przybliżyć samą definicję mediów społecznościowych. W 2019 r. Merriam-Webster zdefiniował to pojęcie jako „formy komunikacji elektronicznej”, dzięki którym użytkownicy tworzą społeczności online w celu wymiany informacji, pomysłów, wiadomości osobistych i innych treści [9]. Obejmują one 13 kategorii: blogi, sieci biznesowe, projekty współpracy, sieci społecznościowe dla przedsiębiorstw, fora, mikroblogi, udostępnianie zdjęć, przegląd produktów/usług, zakładki społecznościowe, gry społecznościowe, sieci społecznościowe, udostępnianie wideo i światy wirtualne [10].

Materialy i metody

Nasze rozważania chcielibyśmy zacząć od ustalenia zależności między powstałą niedawno modą na przenoszenie różnych aspektów życia do przestrzeni wirtualnej a ludzką psychiką. Następnie, analizując wyniki badań opublikowanych w „British Medical Journal”, zademonstrujemy dostępność treści o tematyce suicydalnej w Internecie.

W dalszej części naszych rozważań, obserwując zachowanie społeczeństwa po samobójczej śmierci znanego amerykańskiego aktora Robina Williamsa, dostrzegamy, jak kluczową rolę odgrywa sposób przekazywania wieści na temat takich wydarzeń.

Kolejny etap naszej pracy poświęcony został niepokojącemu zjawisku, gdy dwie osoby, trafiające na siebie w przestrzeni wirtualnej, postanawiają razem odebrać sobie życie. Skrajną formą korzystania z portali internetowych staje się samobójstwo w trakcie wideotransmisji na żywo.

Media społecznościowe niosą za sobą wiele korzyści i znacznie ułatwiają życie, jednak warto mieć świadomość całego szeregu zagrożeń z nich płynących, które postaramy się przybliżyć w poniższym tekście.

XXI wiek to czas rozkwitu mody na korzystanie z Internetu, a co za tym idzie, pojawienia się nowych form komunikacji i dzielenia się z innymi każdym aspektem swojego życia poprzez media społecznościowe. Wciąż nie mamy potwierdzonych danych, jak takie zachowanie wpływa na zdrowie psychiczne.

Media społecznościowe a depresja

W 2014 roku na University of Pittsburgh Schools of the Health Sciences przeprowadzono badanie 1787 dorosłych osób w wieku 19-32 lata w celu określenia związku między używaniem komunikatorów internetowych a wzrostem ryzyka depresji. Za pomocą kwestionariusza ustalono, że uczestnicy korzystali z wybranych platform średnio przez 61 minut dziennie i logowali się na portalach społecznościowych 30 razy w tygodniu. Za pomocą testów psychologicznych wykazano, że osoby spędzające najwięcej czasu w sieci miały aż 2,7 razy większe ryzyko depresji, w stosunku do badanych, którzy poświęcili na to najmniej czasu [11]. Zdaniem profesor Lin, autorki badania, zauważalny wzrost ryzyka depresji u osób korzystających z mediów społecznościowych może być spowodowany uczuciem zazdrości i zniekształconym przekonaniem, że ich rówieśnicy, relacjonujący wydarzenia ze swojego wyidealizowanego świata, są szczęśliwsi i mają bardziej udane życie. Innym powodem takiego stanu jest poczucie “marnowania czasu” przez angażowanie się w mało znaczące działania oraz postępujące uzależnienie od Internetu [11].

Prosamobójcze strony internetowe

W 2008r. w Wielkiej Brytanii prowadzono badania mające wykazać, jak duży odsetek stron internetowych związany jest z tematyką samobójstw. Lucy Biddle oraz jej współpracownicy przeprowadzili analizę najpopularniejszych wyszukiwarek internetowych,

do każdej z nich wpisując po 12 haseł związanych z badaną tematyką. Przebadano w ten sposób 240 witryn, a wyniki opublikowano w "British Medical Journal". 90 z nich było poświęconych samobójstwom, w tym połowa zachęcała do tego czynu. 43 strony zawierały opowieści na temat zastosowanych metod, ich plusów i minusów, lecz bez bezpośredniego zachęcania. Kolejne 62 wyniki mówiły o zapobieganiu samobójstwu, 59 zniechęcało i zakazywało odbieraniu sobie życia. Były one natomiast wyświetlane w dalszej kolejności, znacznie niżej niż strony prosamobójcze [12].

Przemoc w Internecie

Media są doskonałym środkiem przekazującym różnorodne bodźce. W Stanach Zjednoczonych poddano badaniu dzieci w wieku od 8 do 18 lat i wykazano, że spędzają one średnio 7,5 godziny dziennie, korzystając z mediów rozrywkowych. Tym samym są narażone na różne treści, w tym propagujące przemoc oraz uczące brutalnego zachowania. Media znieczulają widzów na agresję, promują obawę, że każdy może stać się jej ofiarą. Przemoc staje się czymś powszechnym, a dzieci nie dostrzegają w niej zagrożenia, więc nie szukają metod na jej zwalczanie [13].

W Polsce od pewnego czasu coraz więcej mówi się o nowym, niosącym duże zagrożenie dla młodzieży, zjawisku. Są to tak zwane "Patostreamy", czyli wielogodzinne transmisje na żywo, prowadzone w mediach społecznościowych, ukazujące zachowania uznawane powszechnie za dewiacje społeczne, takie jak libacje alkoholowe, poniżanie innych czy przemoc domowa [14].

Widzowie, wpłacając niewielką sumę pieniędzy na rzecz twórcy, mogą oczekiwać od niego określonych działań. Według kulturoznawcy, dr Karola Jachymka, oglądanie tego typu relacji wzmacnia w ludziach poczucie wyższości i podnosi ich samoocenę [15]. Jest to jednocześnie narażenie na zmniejszenie wrażliwości społeczeństwa na przemoc oraz wzmacnianie chęci powielania tego typu zachowań, szczególnie wśród młodszych odbiorców.

W przeszłości, gdy Internet nie był jeszcze powszechnym środkiem komunikacji, używanie przemocy wymagało przebywania sprawcy i ofiary w bezpośrednim kontakcie. Po jego rozpowszechnieniu tak zwani "stalkerzy" wykorzystują media społecznościowe do nękania swoich ofiar poprzez wyśmiewanie, zastraszanie czy prześladowanie. Zachowania te wzmacnane są często przez poczucie anonimowości, a co za tym idzie także bezkarności sprawcy [16].

Według analizy przeprowadzonej w roku 2012 wśród 2143 uczniów klas trzecich

gimnazjum, w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie 19,6% z nich było sprawcami cyberbullyingu, 6,6% jego ofiarami, a 5,9% pełniło obydwie role [17].

Cyberprzemoc zwykle występuje w formie rozsyłania kompromitujących materiałów, danych czy prywatnych wiadomości, wykluczenia i ataków na reputację. W rezultacie ofiary mogą mieć problemy ze zdrowiem psychicznym, a w skrajnych przypadkach doprowadza to do zachowań samobójczych [18].

“Efekt Wertera”

Skłonności do odbierania sobie życia propagowane są również przez inne media. Mamy tu na myśli na przykład programy telewizyjne, przekazujące informacje na temat śmierci samobójczej znanych osób. Należy zauważyć, że odpowiedzialność, w przypadku relacjonowania tych wydarzeń i propagowania ich, często ponoszą dziennikarze. Niezmiernie istotny jest sposób ich rozpowszechniania. Gloryfikacja samobójstw w mediach okazała się związana ze wzrostem ich liczby. Gdy przekaz medialny zawiera szczegółowy opis konkretnych środków, częstość ich stosowania może wzrosnąć w całej populacji [19].

W sierpniu 2014 roku media doniosły o samobójczej śmierci znanego amerykańskiego aktora Robina Williamsa. Analiza danych pochodzących z Amerykańskiego Centrum Zwalczania i Prewencji Chorób (CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*) wykazała, że przewidywany statystyczny model wskaźnika samobójstw w USA został po tym wydarzeniu zaburzony. Zauważono dziesięcioprocentowy wzrost liczby samobójstw, głównie wśród mężczyzn, a także wzrost odsetka śmierci dokonanych przez powieszenie, a więc w ten sam sposób, w jaki zginął aktor [19]. Opisany przypadek to jeden z przykładów “efektu Wertera” sformułowanego w 1974 roku przez socjologa Davida Phillipsa. Określa on związek między nagłym wzrostem liczby śmierci samobójczych a nagłośnieniem w mediach samobójstwa znanej osoby. Pod wpływem takiej informacji ludzie, dostrzegający podobieństwo między sobą a daną gwiazdą lub się z nią utożsamiający, są skłonni do dokonania tego samego czynu. Zjawisko to obserwujemy głównie w małych społecznościach. Często są to szkoły, gdzie śmierć samobójczą ponosi popularny kolega, idol młodszych uczniów lub nawet rodziny, w których samobójstwo popełnione przez jedną osobę powielają kolejni jej członkowie [19].

Nazwa “efekt Wertera” pochodzi od książki Johanna Wolfganga Goethego pt. “Cierpienia młodego Wertera”, po publikacji której narodziła się moda na naśladowanie postępowania głównego bohatera powieści. Młodzi romantycy zaczęli od ubierania się w podobne do niego stroje (niebieski frak z żółtą kamizelką), a skończyli na masowych

samobójstwach. Za kolejny przypadek uznać można publikację powieści Dereka Humphreya pt. "Wyjście ostateczne", w której czytamy między innymi o metodach popełniania samobójstwa [20].

Pakty samobójcze

Powodem, przez który wiele osób odbiera sobie życie, jest samotność. Skrajnym przykładem "walki" z tym uczuciem są tak zwane pakty samobójcze. Opierają się one na dobrowolnej decyzji najczęściej dwóch, czasem większej liczby osób, które szukają ucieczki od wspólnego problemu i decydują się zrobić to razem. W klasycznym pakcie osoby te znają się wcześniej, umawiają się w konkretnym miejscu i dokonują samobójstwa tą samą metodą w tym samym czasie. Najczęściej łączy to ludzi w jakiś sposób ze sobą związanych, na przykład przyjaciół, małżonków, rodzeństwo. W Japonii popularne są pakty samobójcze zakochanych, natomiast w Wielkiej Brytanii - małżeństw [21]. Jednak niewielki odsetek, bo tylko 0,6% do 4% samobójstw odbywa się w ten właśnie sposób, a dotyczy to szczególnie małżeństw osób starszych [22].

Z prawnego punktu widzenia konstrukcja paktu samobójczego staje się problematyczna, gdy chcemy pociągnąć do odpowiedzialności osobę w nim uczestniczącą, która przeżyła tę próbę. W sytuacji śmierci tylko jednego członka, trudne jest ustalenie, czy celem prowokatora paktu było skłonienie ofiary do targnięcia się na własne życie, jednocześnie samemu nie mając takiej intencji, czy był to przypadek. Rozważamy takie scenariusze, ponieważ w polskim prawie zgodnie z artykułem 151 Kodeksu Karnego namowa innej osoby do popełnienia przez nią samobójstwa, jak i pomoc w tym czynnie zagrożona jest karą od 3 miesięcy do 5 lat pozbawienia wolności [23].

Nową, najbardziej niepokojącą i ściśle związaną z rozwojem mediów społecznościowych formą zachowań suicydalnych jest zawiązywanie paktów samobójczych przez osoby, które wcale się nie znają. Odnajdują się na portalach i forach internetowych, gdzie odkrywają, że łączą ich podobne problemy, a przede wszystkim ten sam cel - śmierć samobójcza. Nie jest nawet konieczne spotkanie się w jednym miejscu i czasie. Samobójcy mogą obserwować się na żywo za pomocą kamer internetowych. Pierwsze takie internetowe pakty odnotowano już w 2000 roku w Korei Południowej [24].

Zjawiska, takie jak nawiązywanie znajomości za pośrednictwem portali społecznościowych, przy dzisiejszym rozwoju technologii nie należą do rzadkości. Dzieci i młodzież nieakceptowani przez rówieśników, czy też mający problemy w domu, chętnie przenoszą się do świata wirtualnego, gdzie znajdują zrozumienie, uznanie i pozbywają się

kompleksów. Potrafią całymi dniami korzystać z komputera, gdzie od luźnej wymiany spostrzeżeń na publicznych forach internetowych przechodzą do prywatnych konwersacji. W skrajnych przypadkach droga ta prowadzi do zawarcia przez parę nieszczęśliwych, nierozumianych przez rodzinę i otoczenie osób paktu samobójczego.

Tego, iż media społecznościowe niosą za sobą wiele niebezpieczeństw, dowodzi fakt spotykania w sieci również ludzi, deklarujących chęć wstąpienia w pakt, których prawdziwym, lecz ukrytym celem jest nakłonienie jak największej liczby osób do odebrania sobie życia. Jednym z tragicznych przykładów tego typu zachowania była "Cami D", młoda pielęgniarka cierpiąca na depresję, a właściwie występujący pod tym pseudonimem 54-letni Amerykanin, William Melchert-Dinkel, który odnajdywał na forach internetowych młodych ludzi ze skłonnościami samobójczymi i proponował im wejście w pakt samobójcze [25]. Przez cztery lata mężczyzna kontaktował się z kilkudziesięcioma osobami, z czego aż pięć faktycznie popełniło samobójstwo [26]. Za te czyny dwukrotnie został skazany, lecz obecnie nie przebywa w zakładzie karnym [27]. Jego przypadek dowodzi tego, jak dużym zagrożeniem dla dzieci i młodzieży jest korzystanie z mediów społecznościowych, szczególnie bez nadzoru osób dorosłych.

Samobójstwo "live"

Inne, ściśle związane z mediami społecznościowymi sytuacje, które mają miejsce coraz częściej, to samobójstwa "na żywo" [28]. Przykładem niech będzie 19-letni mieszkaniec Stanów Zjednoczonych, Abraham K. Biggs. 19 listopada 2008 roku napisał w Internecie, że wieczorem zamierza popełnić samobójstwo za pośrednictwem platformy Justin.tv. Mężczyzna przyjął dużą dawkę leków i po kilku minutach zmarł. Obserwatorzy transmisji, przekonani, że mają do czynienia z żartem, zachęcali go i ośmieszali. Dopiero po kilku godzinach doszło do nich, co się naprawdę stało. Wezwany na miejsce lekarz potwierdził zgon [29,30].

Kolejny przypadek to 24-letni Japończyk przebywający na zwolnieniu lekarskim, który w Internecie narzekał na swoją pracę i planował odebranie sobie życia. Funkcjonariusze policji, poinformowani przez internautów, znaleźli ciało mężczyzny na balkonie jego mieszkania. Również na skutek ich interwencji po kilku godzinach portal przerwał transmisję. Zanim jednak do tego doszło, pod filmem pojawiały się komentarze popychające samobójcę do tego czynu [31]. Motywem działań internautów była prawdopodobnie anonimowość w tym środowisku, gdyż łatwiej obrażać i szykanować innych, gdy występuje się pod pseudonimem, a nie własnym nazwiskiem.

Dyskusja

Media społecznościowe to relatywnie młody twór, którego wpływ na życie społeczne nie został jeszcze całkowicie poznany, jednak już teraz możemy zaobserwować niektóre negatywne jego skutki. Zjawiska te są szczególnie niebezpieczne dla dzieci i młodzieży, najbardziej narażonych na ich oddziaływanie, gdyż spędzają oni w sieci największą ilość czasu. Dostrzeżenie i nagłośnienie problemu to tylko początek procesu. Warto zastanowić się, w jaki sposób możemy tym zjawiskom zapobiegać oraz co można zrobić, aby zahamować ich rozwój.

Zauważalny wzrost przypadków wystąpienia depresji u młodzieży nadużywającej Internetu powinien skłaniać do ograniczenia dostępu zarówno jeżeli chodzi o czas jego użytkowania, jak i przeglądane treści. Już od najmłodszych lat rodzice powinni wprowadzać swoim pociechom restrykcje dotyczące korzystania z urządzeń elektronicznych z dostępem do Internetu. Zarówno w szkołach, jak i w środowisku domowym dorośli winni uświadamiać dzieci o zagrożeniach oraz konsekwencjach ich poczynań w sieci. Niosą one nie tylko negatywne skutki dla zdrowia fizycznego, takie jak wady postawy, czy zaburzenia wzroku, ale również psychicznego, prowadząc do zaburzeń, w tym głównie depresji.

W 1999r. WHO (*World Health Organization*) w ramach programu "SUPRE" opublikowało serię sześciu poradników na temat zapobiegania samobójstwom, kierowanych do różnych grup zawodowych. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne rozpowszechniło ich przetłumaczoną i przystosowaną do polskich standardów wersję [32]. W poradniku dla nauczycieli i pracowników oświaty możemy przeczytać, iż zasadnicze znaczenie ma rozpoznanie uczniów ze skłonnościami samobójczymi. Powinno się im zaproponować pomoc psychologiczną oraz nawiązać kontakt w celu zrozumienia ich i udzielenia im pomocy [33].

Nie ulega wątpliwości, że w sieci można znaleźć wiele witryn o tematyce samobójczej, których treść skłania do targnięcia się na własne życie. Czy możemy ograniczyć do nich dostęp lub zahamować ich szkodliwą działalność? Zadanie to spełnia organizacja "dyzurnet.pl", przyjmująca zgłoszenia o niezgodnych z prawem przekazach dostępnych w Internecie. "*Choć ich treść bulwersuje, niewiele możemy z nimi zrobić. Żebyśmy mogli taki wpis zgłosić policji, rada musi być napisana przez konkretną osobę do innej osoby (...)*" - wyjaśnia Marek Dudek [34]. Po raz kolejny udowadniamy, że anonimowość w sieci niesie za sobą nieuchwytność przestępców i poczucie bezkarności. Pomimo występowania w polskim Kodeksie karnym zapisu o konsekwencjach tego typu czynów (art. 151), wielu sprawców unika sankcji. "*Nakłanianie i udzielanie pomocy do targnięcia się na życie jest*

karalne (...), jednak każda taka sprawa musi zostać oceniona indywidualnie. Zwłaszcza że, aby można było pociągnąć kogoś do odpowiedzialności, niestety musimy mieć do czynienia ze skutkiem, czyli w tym przypadku doprowadzeniem człowieka do targnięcia się na życie” - stwierdza Lidia Sieradzka, rzecznik opolskiej prokuratury [34]. Wykazanie wpływu konkretnej osoby na spowodowanie czyjegoś samobójstwa jest trudne, dlatego sprawy te nie znajdują finału w sądzie. To upewnia winowajców o ich bezkarności i popycha do kolejnych niegodziwych czynów.

Występowanie tak zwanego „efektu Wertera” uświadamia nas, że nie tylko rodzice czy nauczyciele mają wpływ na propagowanie lub zniechęcanie do zachowań suicydalnych. Mają go również dziennikarze, którzy w zależności od sposobu przekazywania informacji, mogą przyczynić się do występowania tego efektu lub zmniejszyć jego ryzyko. W broszurze dla pracowników mediów czytamy, że należy przedstawiać fakty bezpośrednio na temat, unikając szczegółowych opisów metod popełnienia samobójstwa, a także publikowania fotografii czy listów pożegnalnych. Powinno się podkreślać inne możliwe wyjścia - zamiast samobójstwa, nie gloryfikować go, ani nie robić z niego sensacji. Wskazane jest zamieszczanie informacji o telefonach zaufania oraz innych źródeł pomocy w społecznościach lokalnych [35].

Podsumowując nasze dotychczasowe rozważania, możemy bezsprzecznie stwierdzić, że media społecznościowe istotnie wpływają na wzrost ryzyka zachowań suicydalnych. Ważne jest nie tylko dostrzeżenie tego zjawiska, ale również zapobieganie mu oraz przeciwdziałanie. W pracy przedstawiliśmy podstawowe problemy i propozycje ich zwalczania. Wiedza, wrażliwość oraz oddanie drugiemu człowiekowi, a także przekonanie, że życie warto jest tego, by je chronić, to główne przesłanki, którymi powinniśmy się kierować w przeciwdziałaniu wszelkim okolicznościom prowadzącym do samobójstw.

Wnioski

Z pierwszego rozważanego przez nas badania wynika, iż wraz ze wzrostem czasu poświęconego na korzystanie z Internetu wzrasta ryzyko zachorowania na depresję wśród przebadanych osób w wieku 19-32 lata. Jest to potwierdzenie analizowanych wcześniej statystyk policyjnych, ukazujących większe ryzyko skłonności suicydalnych u osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, w tym depresję.

W Internecie możemy odnaleźć strony zarówno zachęcające, jak i zniechęcające do samobójstwa, jednakże te o negatywnym wydźwięku są promowane poprzez wyświetlanie przez wyszukiwarki na pierwszych miejscach. Zatem istnieje większa dostępność stron prosamobójczych w stosunku do antysuicydalnych.

Przeoglądając wybrane witryny, trudno nie dostrzec ich niepokojącej zawartości, która może mieć realny wpływ na destrukcyjne zachowania użytkowników, szczególnie dzieci i młodzieży, których większa podatność na określone bodźce skutkuje ich powielaniem. Młodzi ludzie przesiąknięci przemocą sami prześladują i upokarzają rówieśników. Narażenie na otrzymywane z mediów społecznościowych negatywne wzorce, takie jak przemoc czy dewiacje społeczne, znacząco wpływają na postawę ich odbiorców. Prowadzi to do rozpowszechnienia cyberbullingu, który oddziałuje na zdrowie psychiczne jego ofiar, a co za tym idzie może doprowadzać do zachowań samobójczych.

Przedstawianie samobójczej śmierci znanej osoby w mediach w sposób propagujący, może skutkować tak zwanym "efektem Wertera". Osoby utożsamiające się ze swoim idolem, przekonane o istnieniu w ich życiu podobnego problemu, skłonne są do odwzorowania tego czynu. W przybliżonym wyżej przypadku, po ujawnieniu informacji o śmierci znanego aktora, Robina Williamsa, odnotowano aż 10-procentowy wzrost liczby samobójstw. Dotyczyło to głównie mężczyzn, którzy odebrali sobie życie przez powieszenie.

Rozwój Internetu zaowocował przeniesieniem paktów samobójczych do świata wirtualnego, co umożliwiło ich znaczne rozpowszechnienie. Anonimowość oraz zwiększenie zasięgu znalezienia potencjalnego partnera sprzyja temu zjawisku. Brak konieczności nawiązania kontaktu bezpośredniego potęguje ryzyko natknięcia się na oszusta, który wykorzystując swą bezimiennność w sieci, może posuwać się do przestępstwa. Miało to miejsce w przypadku Williama Melhert-Dinkel'a, który deklarując chęć wejścia w pakt samobójczy, przyczynił się do śmierci 5 osób.

Piśmiennictwo

1. Berman M., Silverman R., Mortan A.: *Comprehensive Textbook of Suicidology*. The Guilford Press, New York, 2000.
2. Lippincott W.: *Stedman's Medical Dictionary*. Williams & Wilkins, Philadelphia, 2006.
3. Krug E.: *World Report on Violence and Health*. World Health Organization, Geneva 2002.

4. Zamachy samobójcze - sposób popełnienia, powód popełnienia - 1999-2012, 2013-2016, 2017-2018. <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> (21.03.2019).
5. Zamachy samobójcze - grupa wiekowa, dzień tygodnia 1999-2012, 2013-2016, 2017-2018. <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> (21.03.2019).
6. Suicide Fact sheet N°398. WHO, April 2016.
7. Hawton K., van Heeringen K.: Suicide. *Lancet*, 2009, 373(9672), 1372–1381.
8. Social media. https://en.wikipedia.org/wiki/Social_media#cite_note-IJMR_Article-15 (21.03.2019).
9. Social media. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/social%20media> (data pobrania 21.03.2019).
10. Aichner, T., Jacob, F.: Measuring the Degree of Corporate Social Media Use, *International Journal of Market Research*, 2015, 57(2), 257–275.
11. University of Pittsburgh Schools of the Health Sciences: “Social media use associated with depression among US young adults”. *ScienceDaily*. ScienceDaily, 22 March 2016. www.sciencedaily.com/releases/2016/03/160322100401.htm (21.03.2019).
12. Biddle L., Donovan J., Hawton K., Kapur N., Gunnell D.: Suicide and the Internet. *British Medical Journal*, 2008, 336(7648), 800-802.
13. Effects of Mass Media on Suicide. <https://www.clinicalkey.com#!/content/3-s2.0-B9780323295079000937> (21.03.2019)
14. Patostream. <https://pl.wikipedia.org/wiki/Patostream> (21.03.2019).
15. Dlaczego oglądamy patostreamy? <https://youtu.be/0gj8906XBNE> (21.03.2019).
16. Mason K. L.: Cyberbullying: A preliminary assessment for school persone. *Psychology in the Schools*, 2008, 45(4), 323-348.
17. Pyżalski J.: Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży. Wyd. Impuls, Kraków 2009.
18. Luxton D.D., June J.D., Fairall J.M.: Social media and suicide: a public health perspective. *American Journal of Public Health*, 2009, 102(S2), S195-S200.
19. Piorun M.: Efekt Robina Williamsa: fala samobójstw wśród mężczyzn.” <https://zdrowie.radiozet.pl/Psychologia/Depresja/Efekt-Robina-Williamsa-fala-samobojstw-wsrod-mezczyzn> (21.03.2019).

20. Fink DS., Santaella-Tenorio J., Keyes KM.: Increase in suicides the months after the death of Robin Williams in the US. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0191405> (21.03.2019).
21. Fishbain D. A., Aldrich T. E.: Suicide pacts: international comparisons. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1985, 46(1), 11-15.
22. Hocaoglu C.: Double suicide attempt. *Singapore Medical Journal*, 2009, 50(2), 81-84.
23. Wróbel W., Zoll A.: *Polskie prawo karne. Część ogólna. Wyd. I.* Znak, Kraków, 2010.
24. Ozawa-de Silva Ch.: Too Lonely to Die Alone: Internet Suicide Pacts and Existential Suffering in Japan. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2008, 32, 516-551.
25. William Francis Melchert-Dinkel. Victims. https://en.m.wikipedia.org/wiki/William_Francis_Melchert-Dinkel (21.03.2019)
26. Online Talk, Suicides i Thorny Court Case. <https://www.nytimes.com/2010/05/14/us/14suicide.html> (data pobrania 21.03.2019)
27. William Francis Melchert-Dinkel. Charges. https://en.m.wikipedia.org/wiki/William_Francis_Melchert-Dinkel (21.03.2019)
28. Internet suicide. http://en.wikipedia.org/wiki/Internet_suicide (21.03. 2019).
29. Gannes L.: 19-year-old Commits Suicide on Justin.tv”. <http://gigaom.com/video/19-year-old-commits-suicide-on-justintv/> (21.03.2019).
30. Gontarczyk P.: Wstrząsający film na żywo w sieci nie był żartem. Nastolatek popełnił samobójstwo. <http://pclab.pl/news34462.html> (21.03.2019).
31. Popełnił samobójstwo - na żywo w Internecie. <https://www.tvp.info/3284839/ludzie/popelnil-samobojstwo-na-zywo-w-internecie/> (21.03.2019).
32. Publikacje Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego w latach 2003 – 2018. <http://suicydologia.org/publikacje> (21.03.2019).
33. Mroziak B. (tłum.): Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły. WHO-PTS, Genewa-Warszawa, 2003.
34. Coraz więcej stron internetowych radzi, jak popełnić samobójstwo. <https://nto.pl/coraz-wiecej-stron-internetowych-radzi-jak-popelnic-samobojstwo/ar/4115401#magazyn> (21.03.2019).
35. Mroziak B. (tłum.): Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla pracowników mediów. WHO-PTS, Genewa-Warszawa, 2003.

Problematyka suicydologii i ocena ryzyka śmierci w zaburzeniach odżywiania

Rogoziński Tomasz¹, Szewczyk Alina^{1,2}, Barnaś Barbara¹, Dorna Krzysztof³, Hauzer Willy², Żłobicka Kinga², Ferenc Stanisław², Gnus Jan^{1,2,3}

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

Wstęp

Zaburzenia odżywiania należą niewątpliwie do grupy chorób cywilizacyjnych. Nie są one nowym zjawiskiem, ale dopiero druga połowa XX wieku przyniosła w znaczący sposób ich “wysyp” i zainteresowała współczesną naukę, a z początkiem XXI wieku przeniosła poprzez środki masowego przekazu do popkultury. Specyficzne wzorce urody, w których promowana jest szczupła sylwetka jako wyznacznik zdrowia, atrakcyjności i w związku z tym sukcesu reprodukcyjnego doprowadziły do wzrostu w ostatnim czasie zapadalności oraz śmiertelności z powodu zaburzeń odżywiania. Największe ryzyko zapadalności dotyczy kobiet w wieku od 15. do 30. roku życia. Pomimo, iż te zaburzenia szufladkowane są jako przypadłość kobieca, to jeden z pierwszych opisanych w literaturze przypadków z 1689r. dotyczył nastoletniego mężczyzny. Przygotowywana klasyfikacja ICD-11 wyróżnia następujące jednostki nozologiczne w tej grupie zaburzeń:

- jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*)
- żarłoczność psychiczna (bulimia)
- zaburzenie z napadami objadania się
- zaburzenia odżywiania polegające na unikaniu lub ograniczaniu przyjmowania pokarmów, picia
- zaburzenia ulewania i przeżuwania pokarmów
- zespół wymiotów cyklicznych.

Dalsze rozważania będą odnosiły się głównie do dwóch pierwszych jednostek.

Cel pracy

Wskazanie kierunków podejścia do ryzyka śmierci w zaburzeniach odżywiania.

Material i metody

Jadłowstręt psychiczny (JP) F50.0 charakteryzuje się celową utratą masy ciała, wywołaną i podtrzymywaną przez pacjenta. W przypadku nastolatków (adolescentów) rozpowszechnienie anoreksji wynosi 0,5-1%, a wśród osób dorosłych 0,4-0,8%. Około 10-20 razy częściej występuje u płci żeńskiej. Anoreksja jest obarczona największym ryzykiem śmierci spośród wszystkich zaburzeń psychicznych [1].

Problem dotyczy przede wszystkim młodzieży szkolnej i to wobec tej grupy należy jak najszybciej wdrażać działania profilaktyczne i naprawcze. Dla właściwego postępowania w tym zakresie konieczna jest wiedza nie tylko na temat samych zaburzeń, ale również czynników sprzyjających. Do czynników ryzyka, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia anoreksji oraz innych zaburzeń odżywiania należą, m.in.: czynniki kulturowe i społeczne, czynniki indywidualne związane z cechami osobowościowymi danej osoby oraz czynniki rodzinne. Interdyscyplinarne podejście do zaburzeń odżywiania i holistyczne ujęcie działań profilaktycznych na wielu poziomach jest podstawowym gwarantem ich sukcesu [2].

Rodzice nie potrafią otwarcie ze sobą rozmawiać i unikają ujawniania wszelkich konfliktów. Stopniowo w konflikt zostaje wciągnięte dziecko, które może sprzymierzać się z jednym z rodziców lub odgrywać rolę mediatora. Inną znaczącą postacią, która zajmowała się badaniami rodzin anorektycznych była M. Selvini Palazzoli. Według Palazzoli „anorektyczny symptom pojawia się wtedy, gdy występuje znacząca liczba czynników” [3].

Pierwsza grupa tych czynników związana jest z modelem kultury zachodniej (żądanie szczupłości przy dostępnej ogromnej ilości jedzenia), druga związana jest ze sposobem, w jaki dana rodzina rozwiązuje problemy. W rodzinie takiej każdy ma tendencję do usprawiedliwiania swoich zachowań jako zgodnych z wymaganiami innych lub ogólnymi zasadami. Charakterystyczne jest odmawianie brania na siebie odpowiedzialności i obarczanie nią innych. Prace Webera i Stierlina zwróciły uwagę na jeszcze inne elementy występujące w rodzinach z jadłowstrętem [4]. Uważają oni, że cechą charakterystyczną tych rodzin jest silna chęć bycia dobrymi rodzicami, przedkładana nad bliskość i więź małżeńską. Czynnikiem spajającym parę jest przede wszystkim troska o dzieci i ich wychowanie. Małżonkowie kierują się głównie utrzymaniem harmonii w rodzinie, kontrolowaniem swoich

uczucie i rezygnacją z tego, co indywidualne. Utrudnia to konfrontację z problemami, które pozostają nierozwiązane. Na występowanie pewnych charakterystycznych postaw rodzicielskich dla rodzin pacjentek z jadłowstrętem zwracają uwagę A. i G. Kozak [5]. W postawach obojga rodziców podkreślają postawę odrzucającą, co może prowadzić do zaniżonej samooceny u dzieci. Rodzice odrzucający często pozostawiają dziecko w domu, ale jednocześnie nie pozwalają koleżankom i kolegom na odwiedziny. Ojcowie zajmują się dzieckiem tylko wtedy, gdy nie są zajęci czymś innym. Matki poświęcają im mało czasu, rzadko pomagają w rozwiązywaniu ważnych spraw, udzielają mniej pochwał, okazują mniej czułości w postaci przytulania i pieszczot. Są przeciwne niezależności dorastającej córki.

W rodzinach wielodzietnych anorektyczne siostry doświadczają więcej uczuć zazdrości, a nawet są wrogo nastawione do swoich sióstr. Dodatkowo anorektyczki mają mniejszą liczbę przyjaciół i mniejszą liczbę bliskich relacji z chłopcami [6]. Na wpływ ojca w kształtowaniu się osobowości anorektycznej, cechującej się perfekcjonizmem i silną potrzebą osiągnięć, wskazuje Apfeldorfer [7]. Rola ojca jest znacząca przy przechodzeniu córki z dzieciństwa do wieku kobiecości, kiedy córka potrzebuje jego aprobaty. Należy też zwrócić uwagę na rolę seksualności w relacjach ojciec – córka, między innymi na lęk ojca spowodowany seksualną atrakcyjnością dojrzewającej córki. Postawa odrzucenia może się nasilać w tym okresie z powodu nieakceptowania dorastania córki i dojrzewania do roli kobiety. W piśmiennictwie znaleźć można także poglądy o wpływie przekonań, stereotypów i wartości, które obowiązują w rodzinie anorektycznej w wyniku rodzinnych przekazów lub tradycji [8,9]. Dotyczą one m. in. postawy rezygnacji, poświęcania się, kontroli, wymagań osiągnięć oraz poczucia sprawiedliwości, które skierowane są przede wszystkim do kobiet. Do takich przekonań można zaliczyć: „rezygnuje ten, kto jest wartościowym człowiekiem”, „ustępuje się z własnych wymagań na rzecz innych,” „należy się opanować, nie wolno pozwalać sobie na przyjemności” itd. Stwierdzenia te, podzielane przez członków rodziny sprawiają, że rodziny anorektyczne dopasowują się do wymagań oraz norm otoczenia i reagują uczuciem wstydu i winy wówczas, gdy normy te nie są przestrzegane. Takie dopasowywanie się do panujących konwencji wiąże się z wymaganiami osiągnięć i stawianiem sobie wysokich wymagań. Rodziny anorektyczne określane są jako „sumienne”, a ich członkowie jako „porządni obywatele”. Jednak w konsekwencji prowadzi to do wyrzekania się indywidualności i autonomii u członków tych rodzin. Wśród czynników rodzinnych usposabiających do zaburzeń odżywiania, badacze wymieniają również starszy wiek rodziców w momencie narodzin przyszłej anorektyczki, brak któregoś z rodziców wskutek rozvodu lub śmierci oraz choroby afektywne i otyłość.

Anoreksja jest przyczyną poważnych powikłań somatycznych. Zaburzenia kardiologiczne wśród chorych na jadłowstręt psychiczny są częste i mogą wystąpić nawet u 4 na 5 chorych. Do najczęściej opisywanych należą bradykardia, hipotensja oraz arytmie. Mają one tendencję do wycofywania się wraz z normalizacją masy ciała i ustępują przy osiągnięciu 80% docelowej wagi, czyli po około 3 tygodniach rehabilitacji pokarmowej. W zakresie zaburzeń strukturalnych powszechnie występujące są: zmniejszenie grubości przegrody międzykomorowej, lewej komory i przedsionka, a także spadek ich masy. Kwestia długości odstępu QT w tej grupie pozostaje kontrowersyjna. U pacjentów chorych na AN zaburzenia elektrolitowe występują dosyć często i objawiają się zmianami w EKG oraz arytmiami. Zespół ponownego odżywienia, występujący najczęściej w pierwszym tygodniu leczenia realimentacyjnego, wynika z niedoboru fosforu. Hipofosfatemia zaburza czynność skurczową kardiomiocytów i zwiększa ryzyko powikłań sercowych podczas rehabilitacji pokarmowej. W związku z powyższym u pacjentów chorych na anoreksję niezbędna jest kontrola parametrów sercowych, a także regularny pomiar stężenia elektrolitów w osoczu [10].

Przegląd wyników badań – opublikowanych w bazach medycznych (Medline/PubMed, PsycINFO i Embase oraz ScienceDirect, Ingenta Select, Ovidiusz, Wiley-BlackwellInterscience) w latach 1966–2010, analizujących śmiertelność w populacji osób z zaburzeniami odżywiania się – potwierdził najwyższy wskaźnik śmiertelności wśród pacjentów z JP. Standardowy wskaźnik umieralności dla AP wyniósł 5,86, dla bulimii – 1,9. SMR u pacjentów z BMI > 11,5 wyniósł 7, a dla osób z BMI < 11,5 – 30 [11].

Czynnikami zwiększającymi umieralność są: postać AP z nasilonymi objawami, leczenie szpitalne (10-krotny wzrost ryzyka zgonu), starszy wiek, duże nasilenie objawów w chwili przyjęcia na oddział, dłuższy czas trwania zaburzenia, obecność prób samobójczych w anamnezie [12]. Natomiast predyktorami aktywności suicydalnej są: typ przeczyszczający JP, lęk, objawy zespołu depresyjnego, współwystępowanie alkoholizmu [13]. Główną przyczyną zgonów chorych na JP są samobójstwa (jedna na pięć osób ginie śmiercią samobójczą) oraz powikłania somatyczne.

Na rozwój JP coraz większe znaczenie, także w Polsce, wywiera wirtualna społeczność pro-ana (łącząca osoby, które stosują restrykcyjną dietę i traktują ją jako sposób na życie). Społeczność pro-ana stanowi bezpieczną enklawę dla osób cierpiących z powodu AP, które nie podejmują leczenia. W niektórych krajach proponowane i podejmowane są próby prawnych uregulowań zapobiegania promowaniu JP w środkach masowego przekazu. Na przykład francuskie Zgromadzenie Narodowe w 2008 roku przyjęło ustawę nakładającą karę

w wysokości 35 tys. euro i dwóch lat więzienia za zachęcanie kobiet do restrykcyjnej diety oraz 45 tys. euro i trzech lat więzienia, jeśli skutkiem anoreksji jest śmierć.

W Polsce anoreksji psychicznej nie uważa się za chorobę psychiczną, choć zdania badaczy i klinicystów są podzielone. Definicja choroby psychicznej zawarta w „Wielkim słowniku medycznym” podaje, że choroba psychiczna (psychoza) obejmuje wszelkie zaburzenia typu psychotycznego, w których występują objawy psychotyczne (omamy, urojenia, ciężkie zaburzenia nastroju, emocji) [14]. Jest to zaburzenie psychiczne w znacznym stopniu ograniczające wgląd (poczucie choroby), zdolność radzenia sobie z wymaganiami życia lub utrzymania właściwego kontaktu z rzeczywistością, w którym występują jakościowe zmiany myślenia, intelektu, świadomości, postrzegania, uczuć, napędu psychoruchowego, prowadzące do znacznych zaburzeń zachowania w środowisku społecznym. W obowiązującej od 1994 roku Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (UoZP) za osobę z zaburzeniami psychicznymi uważa się osobę chorą psychicznie (wykazującą zaburzenia psychotyczne), upośledzoną umysłowo lub wykazującą inne zakłócenia czynności psychicznych (które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych). Ustawodawca przyjął założenie, że wyżej wymienione pojęcia wyznaczone są przez aktualny stan wiedzy medycznej (dlatego ich znaczenie i zakres nie powinny być ustalane w akcie normatywnym), a zaliczanie danej osoby do określonej kategorii jest czynnością lekarską (diagnozą).

W obu klasyfikacjach – międzynarodowej ICD-10 i amerykańskiej DSM-IV – termin „choroba psychiczna” zastąpiono określeniem „zaburzenie”. Podobnie w publikacjach naukowych. Termin „zaburzenie” (ang. disorder) pełni nadrzędną rolę w odniesieniu do ogółu stanów chorobowych, którymi zajmuje się psychiatria. Definicja zaburzenia psychicznego sformułowana w największych klasyfikacjach (ICD-10 i DSM-IV) jest podobna, od dawna stabilna i prawdopodobnie nie ulegnie zmianie w ICD-11. Zgodnie z nią o zaburzeniu psychicznym mówimy w przypadku wystąpienia zespołu czterech powiązanych ze sobą zjawisk: objawów psychopatologicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń funkcjonowania i wewnętrznego stresu patologicznego [15].

Postawienie diagnozy choroby psychicznej wiąże się z określonymi zasadami postępowania medycznego, społecznego czy prawnego. W Polsce osoby chore psychicznie w porównaniu z tymi z zaburzeniami psychicznymi mają większy dostęp do nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych i wyłącznie wobec nich możliwe jest postępowanie lecznicze bez ich zgody (art. 23 i 29 UoZP). Brak definicji choroby psychicznej oraz osoby chorej psychicznie w UoZP może być przyczyną nadużyć czy nietrafnych decyzji mających określone skutki dla osób przejawiających zaburzenia psychiczne. Również w innych polskich regulacjach

prawnych, takich jak kodeksy: karny (kk), cywilny (kc), rodzinny czy opiekuńczy (krio), brak definicji powyższych terminów. Ich następstwa mogą okazać się poważniejsze i trwalsze w skutkach niż sytuacje, których dotyczy UoZP [16].

Wnioski

Samobójstwa i powikłania kardiologiczne są najczęstszymi przyczynami śmierci osób zmagających się z anoreksją i bulimią. Według najnowszych norm prawnych przy BMI <15 lub przy wyższym, ale z obecnymi myślami samobójczymi lekarz jest ma obowiązek przyjmując osobę chorą na oddział wbrew jej woli, a następnie podjąć terapię. Winien jest także wykluczyć towarzyszące chorobie podstawowej zaburzenia natury psychicznej oraz somatycznej i rozważyć leczenie na oddziałach interny/pediiatrii/intensywnej terapii. Z racji ciężkiej kondycji finansowej psychiatrii w Polsce zarówno ogólnej, a szczególnie dziecięcej leczenie anoreksji często prowadzone jest w warunkach do tego nieoptymalnych, a osoby koordynujące owe leczenie napotykać szereg trudności administracyjnych i lokalowych. Wobec tego prawidłowe zakwalifikowanie do odpowiedniego leczenia i duża uważność co do zmieniającego się dynamicznie stanu osoby dotkniętej anoreksją jest jednym z najważniejszych czynników sukcesu terapeutycznego i tzw. wygrania z chorobą.

Piśmiennictwo

1. Gałęcki P., Szulc A.: Psychiatria. Wyd. Edra Urban & Partner, Wrocław, 2018.
2. Joško J, Kamecka-Krupa J.: Czynniki ryzyka anoreksji. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2007, 88(3), 254-258.
3. Palazzoli SM.: *Familygames*. KarnacBooks, London1989
4. Weber G., Stierlin H.: *In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verstandnis und zur Behandlung der Magersuchtfamilie*. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg, Hamburg, 1991
5. Kozak K., Kozak G.: Cechy osobowości i obraz siebie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym. *Roczniki Psychologiczne*, 2003, 6, 115-129.
6. Ulańska R., Józefik B.: Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się [w:] *Anoreksja i bulimia psychiczna*, Jakubik B. (red.). Wyd UJ, Kraków, 1999.
7. Apfeldorfer G.: *Anoreksja, bulimia, otyłość*. Wyd. Książnica, Wrocław, 1999.
8. Józefik B.: Modele rodzinne a anoreksja psychiczna. *Psychiatria Polska*, 1999, 33(6), 861-875.

9. Slade PD.: Towards a functional analysis of anorexia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 1982, 21, 167-179.
10. Kimak A.: Jadłowstręt psychiczny: powikłania sercowo-naczyniowe. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2017, 7(2), 153–157.
11. Rosling A., Sparén P., Norring C., von Knorring A.: Mortality of eating disorders: a follow-up study of treatment in a specialist unit 1974-2000. *International Journal of Eating Disorders*, 2011, 44(4), 304–310.
12. Huas C., Caille N., Godart N., et al.: Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. *The Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2011, 123, 62–70.
13. Suzuki K., Takeda A., Yoshino A.: Mortality 6 years after inpatient treatment of female Japanese patients with eating disorders associated with alcoholism. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 2011, 65(4), 326–331.
14. Wielki słownik medyczny. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 1996.
15. Łoza B., Heitzman J., Kosmowski W.: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych – koncepcyjne założenia, ICD-11. *Psychiatria Polska*, 2011, 45, 942–950.
16. Pużyński S.: Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych. *Psychiatria Polska*, 2007, 41(3), 299–300.

Ocena moralna samobójstwa w starożytnej Grecji i Rzymie (z wyłączeniem chrześcijaństwa)

Biegalska Aleksandra

Instytut Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Pedagogicznego

Tematem tekstu będzie ocena moralna samobójstwa wśród filozofów starożytnej Grecji i Rzymu z wyłączeniem chrześcijaństwa. Autorka jest bowiem przekonana, że ocenę moralną samobójstwa przez autorów chrześcijańskich należy potraktować jako osobne zagadnienie. Zostanie również skrótowo przedstawiony stosunek do samobójstwa w systemach prawnych Grecji i Rzymu.

W systemach prawnych greckich *polis* istniały dla samobójców symboliczne kary. W Tebach był to brak prawa do pogrzebu, a w Atenach odcięcie ręki, którą ktoś targnął się na życie i grzebanie jej osobno. Badacze twierdzą jednak, że normy te nie były rygorystycznie przestrzegane [1]. Prawodawstwo starożytnego Rzymu natomiast nie formułowało ogólnego zakazu samobójstwa, regulując tę kwestię w wyjątkowych, szczególnie uzasadnionych przypadkach, np. w przypadku żołnierzy, których samobójcza śmierć była uważana za dezercję [1]. Warto również wspomnieć, że starożytni Grecy używali sformułowania „dobra śmierć” (*euthanasia*) na określenie śmierci pozbawionej cierpienia, łagodnej, szybkiej, a także przeżywanej spokojnie i bez lęku. Określenie to mogło akcydentalnie dotyczyć śmierci samobójczej ze względu na jej dobrowolny charakter [1].

Negatywna ocena samobójstwa ma miejsce u Homera [2]. Jeśli zaś chodzi o poglądy filozofów, to zdecydowanymi przeciwnikami samobójstwa byli religijnie nastawieni pitagorejczycy głoszący, że tylko Bóg ma prawo decydować o zakończeniu życia człowieka [2,3]. Podobnego argumentu używał Sokrates, wg relacji Platona, mówiąc o tym, że nie powinniśmy opuszczać „posterunku”, w którym bogowie umieścili nas za karę [4] oraz że jesteśmy prywatną własnością bogów, przy czym czynił wyjątek dla swojej własnej śmierci, uważając ją za przypadek konieczności zesłanej przez bóstwa [cyt. za 5]. Myśl Sokratesa w tym zakresie rozwinął Platon, postrzegając samobójstwo Sokratesa, będące egzekucją wyroku wydanego na niego przez władze Aten, jako wyjątkowe. Platon co do zasady uważał samobójstwo za akt tchórzostwa lub lenistwa [4], dopuszczał kilka wyjątków [2]:

- „jakieś ogromne i nie dające się odwrócić nieszczęście”,

- „hańbę, z której nie ma wyjścia i która żyć nie pozwala”
- „moralne zepsucie duszy, z którego nie da się jej ocalić”
- kiedy „na mocy prawnego wyroku żąda tego państwo” (przypadek Sokratesa).

Arystoteles natomiast rozważał problem samobójstwa przy okazji pytania, czy można skrzywdzić siebie samego. Odpowiedział na to pytanie przecząco, jednak samobójstwo uznał za niedozwolone z innych powodów. Po pierwsze jest ono wyrządzeniem szkody państwu, choć Filozof nie precyzuje, na czym konkretnie miałyby ona polegać [2,3,4]. Po drugie, jeśli samobójstwo jest popełniane dla uniknięcia bólu, cierpienia, czy nieszczęścia, jest ono przejawem tchórzostwa [2,6].

Zmiana w ocenie moralnej samobójstwa nastąpiła wraz z nadejściem filozofii hellenistycznej. Cynicy głosili pogardę dla dóbr tego świata oraz znikomość ludzkiej egzystencji, uważali zatem samobójstwo za jedną z form przewyciężenia nieprzyjaznego losu [2]. Jeszcze dalej poszedł Hegesias, zwolennik filozofii cyrenejskiej, noszący przydomek „namawiającego do śmierci” (*Pestithanatos*). Wśród jego uczniów zaczęły szerzyć się przypadki samobójstwa, w związku z czym władze państwowe zakazały mu wykładania [2]. Jeśli chodzi o Epikura, z jednej strony, podobnie jak Arystoteles, uważał on samobójstwo za dowód „*klęski lub przynajmniej małej sprawności ducha*”, z drugiej jednak uważał, że „*gdy już znikną wszystkie powaby życia, można usunąć się cierpieniom*”, a myśl o tym „*jest właśnie rozkoszą, która w najgorszym położeniu czyni życie szczęśliwym*” [2]. Pewną rolę w ukształtowaniu się permissywnego stanowiska Epikura miał zapewne jego pogląd, że bogowie nie interesują się sprawami człowieka [1]. Stoicy również zrezygnowali z koncepcji osobowych bóstw zainteresowanych ludzkimi losami [7], z czym można wiązać ich pozytywny stosunek do samobójstwa. Na ich poglądy mogło mieć wpływ również permissywne ustawodawstwo rzymskie [7]. Zdaniem stoików w pewnych okolicznościach śmierć samobójcza może być wyrazem tchórzostwa, ale, wbrew pogładowi Arystotelesa, wcale nie musi. Istnieją bowiem takie okoliczności, w których popełnienie samobójstwa jest czynem adekwatnym [4]. Seneka odnosi się wprost do interesującego nas szczególnie przypadku popełnienia samobójstwa w obliczu choroby i starości: „*nie odstąpię od starości, jeśli całego mnie zachowa dla mnie, całego, gdy chodzi o ową część lepszą; lecz gdy zacznie osłabiać mój umysł, odbierać mi go po części, jeśli nie pozostawi mi życia, a tylko możliwość oddychania, to wyskoczę ze zgnitego i walącego się domu. Choroby nie będę unikał przez śmierć; oczywiście choroby uleczalnej i nieszkodliwej dla umysłu. Także ze względu na boleść nie zadam sobie gwałtu: umrzeć w ten sposób znaczy tyle, co dać się zwyciężyć.*”

Gdybym wiedział wszelako, że będę musiał znosić boleść stale, odejdę – nie dla samego bólu, lecz dlatego, że będzie mi przeszkadzał we wszystkim, co jest celem życia” [3]. Stoicy jako pierwsi kładą w temacie samobójstwa nacisk na to, że jednostka może i powinna podejmować decyzje w kwestii swojej śmierci [6]. Ma być to jednak decyzja podjęta w oparciu o obiektywne kryteria wskazane przez rozum, takie jak na przykład wspomniane w powyższym cytacie. Wyklucza się względy czysto hedoniczne, wskazując na ideę życia „pięknego”, „spokojnego” i konieczność uniknięcia życia złego [6]. Cynceron mówi o pewnych naturalnych czynnikach, takich jak pewien poziom zdrowia, które umożliwiają nam dobre, godne pożądania życie. Jeśli przeważają i/lub będą przeważać uwarunkowania przeciwnie, należy wybrać śmierć [4]. Podobną koncepcję podstawowych dóbr, które sprawiają, że życie jest warte przeżycia, przedstawia Philippa Foot [8].

Ocena moralna samobójstwa w starożytności była zatem zróżnicowana i nie jest prawdą, co starają się czasem sugerować autorzy katoliccy, iż współczesna aprobata dla samobójstwa eutanatycznego jest wymysłem współczesnej „kultury śmierci” [9].

Piśmiennictwo

1. Jarosz M.: Samobójstwa. Wyd. PWN, Warszawa, 1997.
2. Malczewski J.: Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem. Wyd. Wolters Kluwer Polska, 2012.
3. Ślipko T.: Etyczny problem samobójstwa. Wyd. Petrus, Kraków, 2008.
4. Szeroczyńska M.: Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie: studium prawno porównawcze. Wyd. Universitas, Kraków, 2004.
5. Cholby M.: Suicide [w:] Zalta E.N. (red.), The Stanford Encyclopedia of Philosophy, lato 2016, <https://plato.stanford.edu/cgi-bin/encyclopedia/archinfo.cgi?entry=suicide> (5.03.2017).
6. Sahaj T. (red.): Samobójstwo. Antologia tekstów filozoficznych. Wyd. Adam Marszałek, Toruń – Poznań, 2008.
7. Galewicz W.: Decyzje o zakończeniu życia [w:] Wokół śmierci i umierania, Galewicz W. (red.). Wyd. Universitas, Kraków, 2009, 48-49.
8. Foot P.: Euthanasia, Philosophy and Public Affairs, zima, 1977, 6(2), 85-112.
9. Jan Paweł II: Evangelium Vitae, nr 4, https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/encykliki/evangelium_1.html (28.04.2019).

Ocena moralna samobójstwa w starożytnym i średniowiecznym chrześcijaństwie

Biegalska Aleksandra

Instytut Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Pedagogicznego

Tematem tekstu jest ocena moralna samobójstwa u autorów chrześcijańskiej starożytności oraz łacińskiego średniowiecza. Nie będę zatem analizowała chrześcijaństwa wschodniego z okresu średniowiecza.

W początkowym okresie chrześcijaństwa moralna ocena samobójstwa była kwestią otwartą w związku z tym, że Pismo Święte nie wypowiada się na ten temat wprost [1]. Wyższą wartość, niż życiu doczesnemu, przypisywano wartościom duchowym i wieczności. Dla niektórych chrześcijan śmierć mogła być zatem środkiem do uniknięcia pokus lub gwałtu [2,3]. W związku z tym, że panował ideał śmierci męczeńskiej, donatyści, członkowie jednego z odłamów chrześcijaństwa, profanowali pogańskie świątynie, prowokując karę śmierci lub też po prostu rzucali się w przepaść, by „*skały czerwieniały od ich krwi*” [2,4]. Zachowania takie pojawiały się również w opowieściach o czczonych świętych [3]. Maria Jarosz zwraca uwagę, że stanowcze potępienie zachowań samobójczych przez kształtujące się Magisterium Kościoła było zapewne reakcją na „*fanatyczne nieumiarkowanie*” niektórych chrześcijan [2]. Przeciwno samobójstwu wypowiadał się w II wieku św. Klemens Aleksandryjski [5], na przełomie III i IV wieku Laktancjusz [4], a w III wieku św. Ambroży, św. Hieronim i św. Augustyn [3,4]. Istnieje także oficjalne orzeczenie biskupa antiocheńskiego datowane na IV wiek, które stanowi, że można „*modlić się za samobójcę tylko wtedy, kiedy wiadomo, że działał w stanie niepoczytalnym*” [4]. Należy to rozumieć w taki sposób, że samobójstwo jako takie jest grzechem ciężkim, a dodatkowo uniemożliwiającym osiągnięcie zbawienia, co wynika z faktu, że samobójca nie ma już okazji się nawrócić. Argumentacja w obronie takiego poglądu nawiązuje do Pitagorejczyków i Platona – wg Laktancjusza i Augustyna Bóg jest jedynym władcą życia i śmierci, nie możemy więc samowolnie opuścić mieszkania, jakim jest nasze ciało [5]. Cierpienie związane z chorobą jest karą za grzech pierworodny, zatem nie należy przed nim uciekać. Augustyn dodawał, że jest ono w związku z tym oczyszczającą drogą ku zbawieniu, tym bardziej zejście z niej zagrożone jest piekłem [5]. Bezwyjątkowy zakaz samobójstwa u św. Augustyna, a także Laktancjusza, wiązał się też z tym, że uważali ono tę

formę zakończenia życia za zabójstwo, a zatem czyn zabroniony V przykazaniem [1,4]. Małgorzata Szeroczyńska zwraca jednak uwagę, że w kontekście medycznym bezwzględny zakaz samobójstwa dopuszczał przerwanie lub niepodejmowanie leczenia w określonych przypadkach [5].

Łacińskie średniowiecze zasadniczo podtrzymało ogólny zakaz samobójstwa. Stanowisko takie głosili Tomasz z Akwinu, Aleksander z Halles czy Roger Bacon [5]. Co ciekawe, w dyskusjach scholastyków znalazło się miejsce dla poglądu, który dopuszczał samobójstwo dla nieuleczalnie chorych i cierpiących – wyznawał je św. Bonawentura [5].

Na największą uwagę zasługuje stanowisko św. Tomasza z Akwinu ze względu na duży oddźwięk w późniejszej historii problemu i rolę, jaką odegrał ten filozof w kształtowaniu się nauczania Kościoła Katolickiego. Tomasz formułuje trzy argumenty przeciwko samobójstwu. Pierwszy z nich jest następujący: *„każdy byt kocha siebie samego, i dlatego z natury dąży do zachowania swojego istnienia, opierając się w miarę możliwości tym czynnikom, które mogłyby go zniszczyć; kiedy więc ktoś zabija siebie samego, postępuje wbrew skłonności natury oraz wbrew miłości, jaką każdy powinien mieć do siebie samego. Dlatego samobójstwo jest zawsze grzechem śmiertelnym jako sprzeczne z prawem natury oraz z miłością”* [6]. Następnie Tomasz powtarza klasyczny argument religijny: *„Dlatego też grzeszy wobec Boga ten, kto sam się zabija, jak ten, kto zabija cudzego sługę, grzeszy wobec pana tego sługi, albo jak ten, kto rozporządza rzeczą, która nie została mu dana, gdyż tylko Bóg podejmuje decyzje o życiu i o śmierci”* [6]. Trzecim argumentem Tomasza jest sformułowany przez Arystotelesa argument społeczny, mówiący, że samobójca krzywdzi wspólnotę, do której *„należy tym wszystkim, czym jest”* [6].

Jeśli chodzi o status prawny samobójstwa w średniowieczu, to częstą karą była odmowa katolickiego pochówku, zbezczeszczenie ciała oraz konfiskata własności (kara uderzająca de facto w rodzinę, która nie mogła jej odziedziczyć) [1].

Widać zatem, w jakich okolicznościach ukształtowała się dominująca obecnie w zachodnim chrześcijaństwie negatywna ocena moralna samobójstwa. Dzięki pokazaniu tych okoliczności możemy lepiej zrozumieć współczesne stanowisko zachodnich kościołów chrześcijańskich.

Piśmiennictwo

1. Cholby M.: Suicide [w:] The Stanford Encyclopedia of Philosophy, Zalta E.N. (red.) lato 2016, <https://plato.stanford.edu/cgi-bin/encyclopedia/archinfo.cgi?entry=suicide> (5.03.2017).

2. Jarosz M.: Samobójstwa. Wyd. PWN, Warszawa, 1997.
3. Reroń T.: Samobójstwo [w:] Wielka Encyklopedia Nauczania Jana Pawła II, Polskie Jezyna K. i wsp. (red.), Wyd. Encyklopedyczne, Radom 2014, <http://www.centrumjp2.pl/wikijp2/index.php?title=Samob%C3%B3jstwo> (7.03.2017).
4. Ślipko T.: Etyczny problem samobójstwa. Wyd. Petrus, Kraków, 2008.
5. Szeroczyńska M.: Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie: studium prawnoporównawcze. Wyd. Universitas, Kraków, 2004.
6. Tomasz z Akwinu, Suma teologiczna, II-II, q. 64, art.5, http://www.katedra.uksw.edu.pl/suma/suma_indeks.htm (6.07.2016).

Argument polityczny przeciwko dopuszczalności moralnej samobójstwa eutanatycznego

Biegalska Aleksandra

Instytut Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Pedagogicznego

W debacie na temat dopuszczalności moralnej samobójstwa używa się czasem argumentu, iż samobójca krzywdzi wspólnotę polityczną, do której należy. Proponuję więc nazwać ten argument argumentem politycznym. Tematem niniejszego artykułu będzie pytanie, czy argument ten może dowodzić niedopuszczalności moralnej samobójstwa eutanatycznego, przy czym samobójstwem eutanatycznym nazywam samobójstwo dokonane przez osobę ciężko chorą, zazwyczaj w fazie terminalnej, dla uniknięcia negatywnych skutków związanych z chorobą.

Argument polityczny pojawia się u Arystotelesa [1,2], u św. Tomasza [3], w Wielkiej Encyklopedii Francuskiej [4], czy w nauczaniu Kościoła Katolickiego [5]. Podstawowa forma tego argumentu zakłada, że kondycja społeczności zależy od ekonomicznej i społecznej produktywności jej członków, zatem mają oni obowiązek przyczyniać się do wspólnego dobra. Samobójca pozbawia społeczeństwo swojej pracy, a w przypadku jednostek wybitnych - korzyści, które mogłyby wynikać z ich talentów [6].

Na tak postawiony argument odpowiada David Hume, zwracając uwagę, że usunięcie się z życia nie jest wyrządzeniem społeczeństwu zła, lecz pozbawieniem go dobra, „*co jeżeli w ogóle stanowi jakąś szkodę, to jest to szkoda najniższego rzędu*” [7]. Co więcej, od razu widać, że argument ten nie będzie działał w przypadku większości osób zastanawiających się nad samobójstwem eutanatycznym, czyli będących w terminalnej fazie choroby. Osoba taka zazwyczaj nie jest w stanie już świadczyć społeczeństwu żadnej pracy. Co więcej, będzie raczej dla niego ciężarem [7,8]. Mogą oczywiście istnieć pewne wyjątki, takie jak przypadek Sigmunta Freuda, który, umierając na raka, był w stanie pracować intelektualnie. Było to jednak okupione rezygnacją ze środków przeciwbólowych, które zmąciłyby mu czystość umysłu [9]. Jednak właśnie na przykładzie Freuda widać, że argument ten tak czy tak jest nietrafiony. Czy naprawdę bylibyśmy skłonni twierdzić, że Freud miał obowiązek cierpieć, aby społeczeństwo mogło przeczytać jego ukończone dzieło? Nawet jeśli działanie na rzecz społeczeństwa może stanowić pewną rację moralną działania, na przeciwnej szali można położyć cierpienie, jakiego

jednostka doznaje i to cierpienie prawdopodobnie przeważy [6,7]. Poza tym ludzie bardzo często nie dają społeczeństwu maksimum tego, co mogliby dać i zazwyczaj nie winimy ich o to moralnie, dlaczego zatem miałyby być inaczej w przypadku samobójców? [6].

Argumentu tego można bronić również twierdząc, że osoba umierająca może wyświadczyć społeczeństwu pewne szczególne dobro, jakim jest, cytując autorów Wielkiej Encyklopedii Francuskiej, dawanie „przykładu odwagi, cierpliwości, itd.” [cyt. za 10]. Jacek Malczewski twierdzi, że ponieważ dawanie takiego przykładu nie ma sensu, jeśli odbywa się pod przymusem, nie może istnieć obowiązek moralny takiego zachowania [10]. Wydaje się jednak, że istnienie obowiązku moralnego nie implikuje przymusu - można dawać przykład cierpliwego znoszenia cierpienia jako wypełniania moralnego obowiązku. Jednak do tej wersji argumentu również stosuje się argumentacja z poprzedniego akapitu. Racje moralne są tutaj za słabe, aby mogły nałożyć na jednostkę *obowiązek* działania w taki właśnie sposób [6].

Wydaje się, że rację ma Michael Cholby twierdząc, że z przedstawionej wyżej argumentacji można wyprowadzić co najwyżej wniosek, że na mocy rachunku użyteczności samobójstwo może być moralnie niedopuszczalne wtedy, kiedy korzyść odniesiona przez samobójcę będzie mniejsza niż korzyść, którą społeczeństwo miałoby z kontynuowania jego życia [6]. Co więcej, z tej samej argumentacji można wyprowadzić obowiązek popełnienia samobójstwa, kiedy utrzymanie chorej osoby przy życiu będzie dla społeczeństwa zbyt dużym kosztem [10].

Istnieje jeszcze druga wersja tego argumentu, którą nazwę kontraktualną. Odwołuje się ona do tego, że jednostka ma zawarty ze społeczeństwem pewien kontrakt, który opierać się ma na zasadzie wzajemności. W zamian za korzyści, jakie obywatel otrzymał od społeczeństwa, ma on obowiązek świadczyć mu dobro, a warunkiem tego jest pozostawanie przy życiu [6].

Pierwszym kontrargumentem wysuwany przeciwko takiej tezie było twierdzenie, że popełniając samobójstwo nie gwałcę umowy wiążącej mnie ze społeczeństwem, ale ją wypowiadam. Argumentację taką można znaleźć u Hume'a [7] i u Henryka Elzenberga [cyt. za 10]. Paul Henri de Holdbach, filozof z kręgu francuskich encyklopedystów, uzupełnia ją stwierdzeniem, że właśnie z zasady wzajemności wynika moralna dopuszczalność samobójstwa w sytuacji, kiedy nie doznaję już ze strony społeczeństwa satysfakcjonujących mnie korzyści [cyt. za 10]. Na to można jednak odpowiedzieć, że jest możliwa sytuacja, gdy osoba zastanawiająca się nad samobójstwem nie odwzajemniła jeszcze społeczeństwu otrzymanych korzyści, na przykład darmowej edukacji. Henryk Elzenberg twierdzi, że takie sytuacje zdarzają się rzadko – „na ogół i normalnie jest tak, że wszystko, co jednostka

od społeczeństwa otrzymała, jest zapłacone” [cyt. za 10]. Literalnie rzecz biorąc, Elzenberg nie ma racji, nierzadko zdarzają się samobójstwa ludzi młodych, będących dopiero w trakcie edukacji lub krótko po niej. Jednak jeśli chodzi o interesujące nas szczególnie przypadki samobójstwa eutanatycznego, ludzie zastanawiający się nad jego popełnieniem i tak zwykle nie są już w stanie społeczeństwu nic dać, poza ewentualnym przykładem moralnym. Wydaje się jednak, że w kontrakcie ze społeczeństwem chodzi bardziej o wymianę dóbr materialnych, poza tym ewentualny przykład mogą dać osobom, które znają mnie osobiście, a nie społeczeństwu jako całości. Słusznie zatem zauważa Hume, że jeśli osobie starszej wolno przejść na emeryturę i poświęcać cały swój czas na walkę ze swoimi dolegliwościami fizycznymi, to nie stosuje się do niej argument odwołujący się do zobowiązań wobec społeczeństwa [7].

Wydaje się, że również kontraktualną wersję argumentu politycznego dla się odwrócić, tzn. wyprowadzić z niej wniosek, że kiedy podtrzymywanie przy życiu nieproduktywnej chorej osoby stanowi dla społeczeństwa niespłacony przez tę osobę koszt, osoba ta powinna popełnić samobójstwo. Być może sytuacje takie będą rzadkie w krajach, gdzie funkcjonuje powszechne ubezpieczenie zdrowotne, gdyż można je rozumieć jako specyficzny kontrakt, na mocy którego społeczeństwo ma zapewnić jednostce kosztowne podtrzymywanie przy życiu w sytuacji nieproduktywności.

Podsumowując należy zatem stwierdzić, że argument społeczny w wersji odwołującej się do obowiązku wobec współobywateli nie jest w stanie usprawiedliwić ogólnej normy zakazującej samobójstwa. Dowodzi on ewentualnie niemoralności samobójstwa w pewnych ściśle określonych okolicznościach. Na gruncie utilitaryzmu można za niemoralne uznać samobójstwo wtedy, kiedy korzyść odniesiona przez samobójcę będzie mniejsza, niż strata odniesiona przez społeczeństwo. Natomiast na gruncie założenia o kontraktualnym charakterze relacji łączącej jednostkę ze społeczeństwem samobójstwo może być niemoralne w sytuacji, kiedy bilans wymiany między jednostką a społeczeństwem wskazuje na niespłacony dług jednostki zaciągnięty na przykład podczas państwowej edukacji, a kondycja zdrowotna potencjalnego samobójcy wskazuje na to, że byłby on w stanie ten dług spłacić. Jednak w typowych sytuacjach eutanatycznych, kiedy pacjent jest w stanie terminalnym, nie jest on i tak w stanie społeczeństwu nic dać. Inaczej może przedstawiać się sytuacja w odniesieniu do przypadków mniej typowych, kiedy chory jest choć trochę produktywny. Argumentu politycznego można też użyć na przykład przeciwko samobójstwu osób młodych cierpiących na uleczalną depresję. Najpoważniejszym jednak zarzutem przeciwko argumentowi politycznemu w omówionej wyżej wersji jest możliwość jego odwrócenia i wyprowadzenia obowiązku zakończenia życia w określonych sytuacjach, gdy jego podtrzymywanie będzie dla

społeczeństwa zbyt dużym ciężarem. Albo więc zgodzimy się na taką konsekwencję, albo musimy odrzucić argument polityczny. Natomiast w żadnym razie argument ten nie może służyć uzasadnieniu całkowitego zakazu moralnego samobójstwa, szczególnie w sytuacjach eutanatycznych.

Piśmiennictwo

1. Ślipko T.: Etyczny problem samobójstwa. Wyd. Petrus, Kraków, 2008.
2. Galewicz W.: Decyzje o zakończeniu życia [w:] Wokół śmierci i umierania, Galewicz W. (red.). Wyd. Universitas, Kraków, 2009, 9-82.
3. Tomasz z Akwinu, Suma teologiczna, http://www.katedra.uksw.edu.pl/suma/suma_indeks.htm (07.2016).
4. Szeroczyńska M.: Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie: studium prawnoporównawcze. Wyd. Universitas, Kraków, 2004.
5. Katechizm Kościoła Katolickiego, <http://www.katechizm.opoka.org.pl/> (10.03.2017).
6. Cholby M.: Suicide [w:] The Stanford Encyclopedia of Philosophy, Zalta E.N. (red.), lato 2016, <https://plato.stanford.edu/cgi-bin/encyclopedia/archinfo.cgi?entry=suicide> (5.03.2017)
7. Hume D.: O samobójstwie [w:] Dialogi o religii naturalnej i Naturalna historia religii wraz z dodatkami, Hume D. (red.). Wyd. PWN, Warszawa, 1962, 223-230.
8. Hardwig J.: Czy mamy obowiązek umrzeć? [w:] Wokół śmierci i umierania, Galewicz W. (red.). Wyd. Universitas, Kraków, 2009, 281-301
9. Roiphe K.: Great writers in the end. The Dial Press, Nowy Jork, 2016.
10. Malczewski J.: Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem. Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa, 2012.

Żałoba po stracie psa- niedoceniony problem społeczny

Bociarska Renata, Urbaniak Kamila

Podhalański Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu

Wprowadzenie

Zjawisko żałoby jest jednym z najbardziej bolesnych i traumatycznych doświadczeń ludzkiego życia, ponieważ ludzie jako istoty społeczne od urodzenia związani są silnymi więzami z innymi istotami. Proces przeżywanego straty obejmuje wiele różnych reakcji i postaci w bardzo indywidualnej formie. Strata kogoś bliskiego niesie za sobą ryzyko zaburzonego funkcjonowania, częstszych zachorowań, a nawet większej umieralności [1].

Problematyka przeżywanego straty, określanej mianem żałoby staje się coraz częściej tematem zainteresowań naukowych. Dyscypliny t.j. psychiatria, psychologia kliniczna, neurobiologia, a coraz częściej medycyna praktyczna podejmują liczne badania potwierdzające wpływ doświadczanej żałoby na holistyczne funkcjonowanie człowieka [1].

Żałoba jest procesem trwającym w czasie i zmieniającym się dynamicznie, nie jest zjawiskiem jednostajnym. Uwarunkowania społeczno- kulturowe, religijne i inne czynniki nie pozwalają niekiedy w pełni przepracować straty.

Żałobę, jako reakcję na zerwaną więź, należy rozpatrywać w kontekście teorii przywiązania. Kluczowym aspektem procesu przywiązania jest emocjonalny charakter więzi posiadającej ogromne znaczenie rozwojowe. Więzy ta w przypadku relacji człowiek -pies jest często znacznie silniejsza niż relacja interpersonalna. Dlatego ból po stracie psa może być bardzo bolesny i trudne może być również doświadczenie żałoby [2,3]. Jakość więzi przekłada się na sposób przeżywania żałoby. Zaburzeń tego procesu należy oczekiwać wszędzie tam, gdzie więź psychiczna nie jest bezpieczna, oznacza to ryzyko pojawienia się żałoby chronicznej, odroczonej w czasie, przepełnionej nastrojami depresyjnymi.

Psy komunikują się z ludźmi jak żadne inne zwierzęta. Mają umiejętność rozumienia wypowiedzianych słów i używania własnych. Coraz częściej włączane są do rodzin jako ich członkowie. Mimo to relacje ze zwierzętami są często postrzegane przez społeczeństwo jako mniej wartościowe w porównaniu do relacji międzyludzkich. Psy

dostarczają człowiekowi tak bezwarunkowych, bezkrytycznych i pozytywnych emocji i przeżyć, na jakich często człowieka nie stać. Udowodniono, że ludzie, którym towarzyszą w życiu psy, są szczęśliwsi od tych, którzy ich nie mają [4,5].

Powszechnym społecznie, ale problematycznym tematem jest doświadczenie żałoby i przeżywanego żalu przez osoby dotknięte stratą zwierzęcia, które spotykają się z brakiem zrozumienia ze strony innych [3].

Współczesna wiedza o złożoności doświadczania żałoby w różnych grupach społecznych i odmiennych kontekstach poniesionej straty, skłania do odpowiedniej modyfikacji tradycyjnych założeń na temat żałoby [1].

Sposób przeżywania straty określany jest przez kulturę w bardzo wysokim stopniu, gdyż społeczeństwo definiuje m.in. obrzędy pogrzebowe, długość trwania żałoby czy sposób zachowania żałobników. Badaczy coraz bardziej zaczął więc interesować społeczny kontekst straty [5].

Szczególne miejsce zajmuje żałoba pozbawiona praw, a więc żałoba wywołana przez straty niechętnie uznawane przez społeczeństwo. Zalicza się do nich np. rozwód, zwolnienie z pracy, niepłodność, kres przyjaźni, czy często doświadczana śmierć pupila [6].

Ludzie, którzy nigdy nie mieli psa, nie doświadczyli mocnych więzi i przywiązania, zapewne nie do końca rozumieją opłakiwaną przez właścicieli stratę zwierzęcia. Prawdopodobnie myślą, że to trochę przesadna reakcja. W końcu to "tylko pies".

W społeczeństwie pojawia się coraz częściej zrozumienie wynikające z własnego posiadania zwierzęcia i doświadczenia relacji z nim. Jeśli pies traktowany jest jak członek rodziny, żałoba po jego stracie ma identyczne etapy, jak żałoba po stracie bliskiego człowieka [7]. Ważne jest, aby przejść przez każdy z nich.

Pierwszym pojawiającym się po śmierci czworonoga stanem jest „negacja, wypieranie” - wrażenie, że to niemożliwe, że pies nie żyje. Odczucie może być spotęgowane, gdy śmierć pupila była nagła i niespodziewana. Właśnie na tym etapie pojawia się chęć zatrzymania akcesoriów psa: obroży, smyczy, kępki sierści, jego prochów, stawianie nagrobka itp. [7].

Coraz liczniejsze miejsca jak cmentarze i krematoria dla zwierząt umożliwiają rytualizację lub przeżywanie żałoby. Kolejny etap żałoby to tzw. faza głębokiego smutku, trwająca od kilku dni do kilku tygodni, a nawet dłużej. Im silniejsze było emocjonalne związanie z psem, tym intensywniej przeżywana będzie jego strata. Ostateczną fazą prawidłowo przeżytej żałoby jest reorganizacja, akceptacja straty czworonoga, bez wypierania go z pamięci. Wówczas ból i poczucie straty nie są już tak intensywne [7].

Symptomy żalu po stracie obejmują spektrum doznań fizycznych, behawioralnych, poznawczych, emocjonalnych i duchowych [2,8]. Żałoba może manifestować się dokuczliwymi objawami somatycznymi, których intensywność ulega z czasem zmniejszeniu, nabierając też jednostajnego charakteru.

Smutek po śmierci zwierzęcia jest normalną reakcją. Mimo że dostępne są już pewne zasoby wsparcia, w tym doradcy, telefony zaufania i fora internetowe, społeczeństwo w Polsce dalekie jest jeszcze w zrozumieniu żalu właścicieli zwierząt domowych [9].

Większość pogrążonych w żałobie właścicieli może przystosować się do życia bez towarzysza zwierzęcia, wielu cierpi niepotrzebnie w tym procesie w kontekście niezrozumienia, a nawet stygmatyzacji. Wielu wstydy się publicznie okazywać bólu po śmierci psa i doświadcza tego, jak niszczycielska może być strata [9].

Interwencja terapeutyczna, jeśli jest wskazana, winna zmierzać do tego, ażeby osierocony odczuł ulgę i zaczął lepsze funkcjonowanie społeczne. Doświadczenie żalu po stracie powinno być mu ukazane jako zjawisko głęboko uzasadnione, obecne ze względu na zerwaną więź [9,10].

Proces dobrze przepracowanej straty może przybrać charakter konstruktywnej przemiany. Wskazane jest, by pomoc i wsparcie w tym okresie miały bardzo praktyczny wymiar. Czasem nie terapeuta, lecz dobry lekarz, który z troską i empatią zadba o stan fizyczny osieroconego, może uczynić bardzo wiele dla swego pacjenta w żałobie. Terapeuta natomiast, pozwala odsłonić znaczenie zerwanej więzi, eksplorując emocje, zachęcając do opowiedzenia swej historii i jej znaczenia [9].

Do zasobów ułatwiających radzenie sobie z kryzysem opisywanych w literaturze można zaliczyć:

- odporność psychiczną,
- dyspozycyjny optymizm,
- wysoki poziom nadziei,
- wysokie poczucie własnej wartości, skuteczności, koherencji,
- przekonanie o sprawowaniu kontroli,
- stabilność emocjonalną,
- niski poziom afektu negatywnego, a wysoki pozytywnego.

Dla skutecznego radzenia sobie z kryzysem niezbędne jest także wsparcie społeczne [11]. Jest ono szczególnie istotne podczas trwania całego procesu radzenia sobie z żałobą. W początkowym etapie bywa, że żałobnicy unikają ludzi – często jednak pozostaje przy ich

boku ktoś zaufany i bliski, który towarzyszy, słucha, znosi, milczy lub pociesza. z czasem osoba borykająca się ze stratą zaczyna otwierać się na innych i potrzebować szerszego grona znajomych czy przyjaciół.

Cel pracy

Realizując cel pracy szukano odpowiedzi na pytanie, które sformułowano w postaci problemu głównego:

Czy przeżywana przez człowieka żałoba po stracie psa jest problemem współczesnego społeczeństwa?

W pracy określono również następujące problemy szczegółowe:

1. Czy śmierć psa i związany z tym proces żałoby spotykają się z aprobatą i zrozumieniem ze strony społeczeństwa?
2. Czy doświadczenie nieprzepracowanej żałoby jest problemem o charakterze klinicznym, wymagającym interwencji medycznych?
3. Czy osoby, które przeżywają traumę po stracie swojego pupila otrzymują potrzebne im wsparcie społeczne i wykwalifikowaną pomoc?
4. Czy istnieje potrzeba zwiększenia świadomości społeczeństwa na temat roli psa w życiu człowieka i konieczność uświadamiania innych o możliwości przeżywanej żałoby po stracie czworonoga?
5. Jakie czynniki mają wpływ na sposób przeżywanej straty

Material i metoda

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym była ankieta własnego autorstwa (zawierająca 16 pytań) wypełniania przez pacjentów oddziału internistycznego.

Pierwsza jej część miała na celu uzyskanie informacji na temat grupy badanej (wiek, płeć, status społeczny, czas przeżywania żałoby po stracie psa).

W drugiej części ankietowani oceniali sposób przeżywanej żałoby na podstawie częstości odczuwanych objawów psychosomatycznych oraz odczuwanego bólu wg skali 1-10. Pytania dotyczyły również faz przeżywania żałoby i obecnego stanu, w jakim się znajdują. Końcowe pytania odnosiły się do różnych form pomocy, wsparcia i reakcji ze strony społeczeństwa.

Materiał badawczy poddano analizie i opracowano przy pomocy podstawowej statystyki opisowej z użyciem programu MS Excel. Zebrane wyniki przedstawiono w postaci tabel i rycin.

Badania przeprowadzono w okresie 3 miesięcy od grudnia 2018 do lutego 2019. Etapem wstępnym był przeprowadzony pilotaż mający na celu identyfikację pacjentów pod kątem podjętego tematu.

Motywy do przeprowadzenia badań w oddziale szpitalnym były częste interwencje medyczne u osób po stracie zwierzęcia.

Charakterystyka badanej grupy

Dobór grupy był celowy. Respondentami byli zarówno pacjenci z przewlekłymi schorzeniami internistycznymi, jak i te osoby, u których po raz pierwszy zaistniał incydent chorobowy.

Przeprowadzenie badania w oddziale szpitalnym miało znaczenie badawcze pod kątem wyeksponowania tematu jako unikalnego społecznie, który ma konsekwencje również kliniczne. Obecnie temat bólu po stracie zwierzęcia jest częsty, a niekiedy stygmatyzowany przez społeczeństwo.

Ranga problemu jest o tyle ważna, że może wymagać nawet specjalistycznej interwencji.

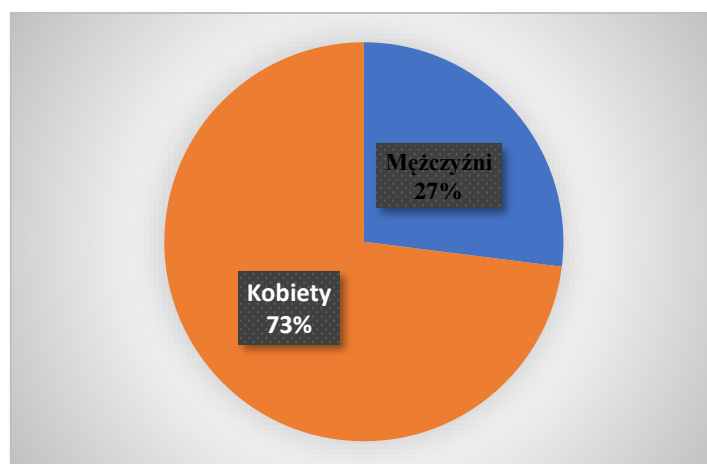
W badaniu dokonano selekcji pacjentów. Spośród tych, którym temat żaloby po zwierzaku okazał się bliski, wybrano osoby, które straciły wyłącznie psa oraz te, które subiektywnie przeżywały stratę.

Ankieta była anonimowa i dobrowolna. Pacjenci samodzielnie odpowiadali na pytania zawarte w kwestionariuszu.

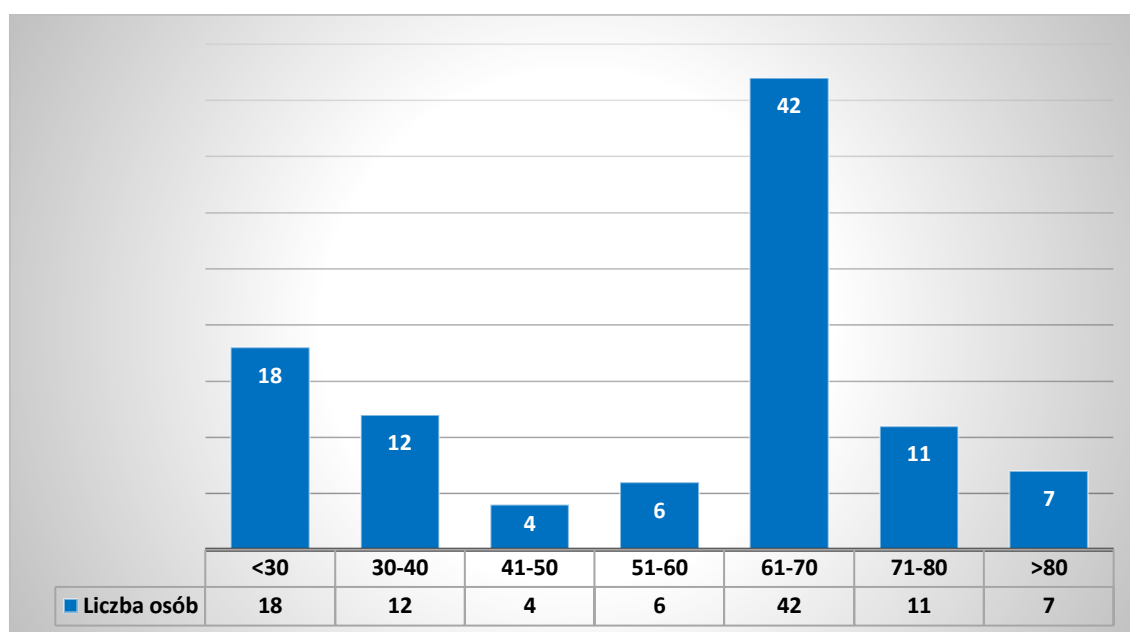
Badanie przeprowadzono we współpracy i pod opinią psychologa klinicznego. Dokonano charakterystyki badanej grupy pod względem płci, wieku oraz zamieszkania.

W badaniu uczestniczyło 100 osób: 73 kobiety i 27 mężczyzn (ryc.1). Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 61-70 lat (ryc.2).

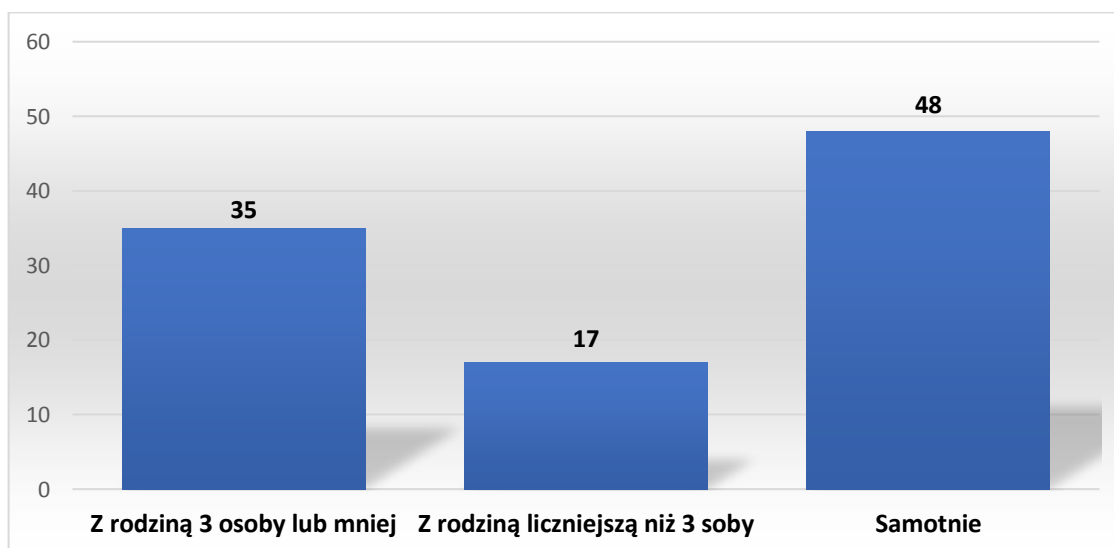
Przeanalizowano status rodzinny pacjentów pod kątem zamieszkania. Największą liczbę - 48% stanowili pacjenci mieszkający samotnie, 35% to osoby zamieszkujące w rodzinie poniżej 3 osób, 17% stanowiły osoby mieszkające w rodzinie liczniejszej powyżej 3 osób (ryc.3).



Rycina 1. Płeć



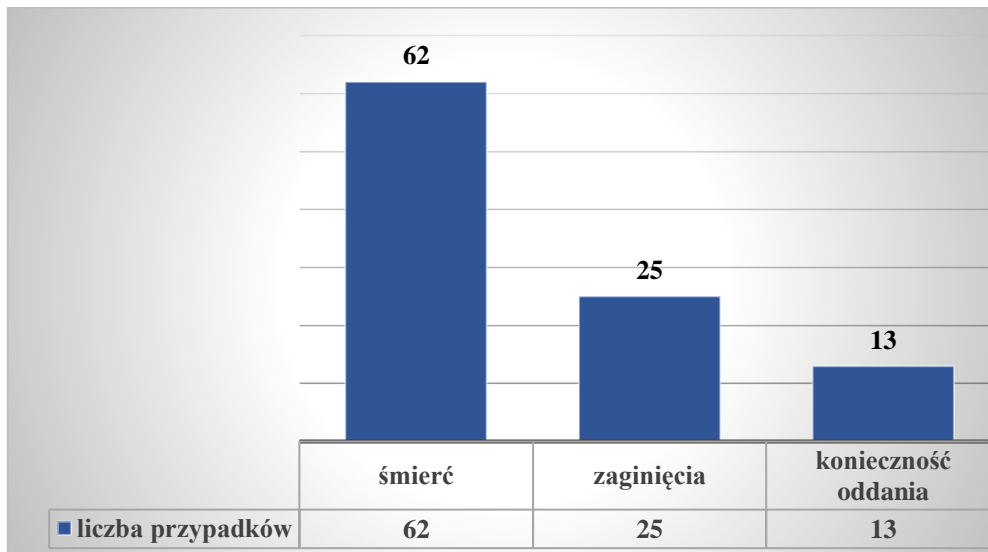
Ryc.2. Wiek ankietowanych



Ryc. 3. Zamieszkanie

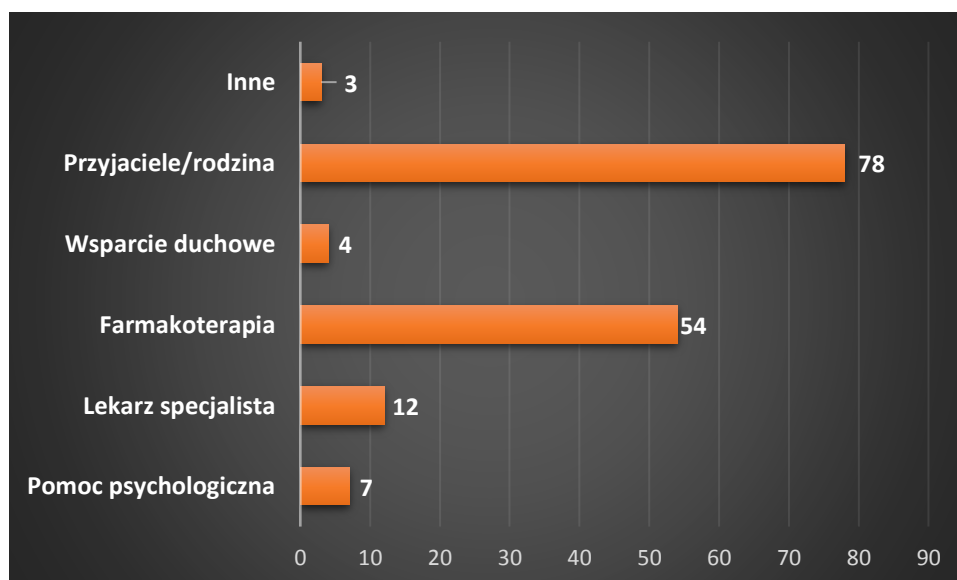
Wyniki

Najczęściej badani tracili psa w wyniku jego śmierci (62 osoby). Inne wyniki obrazuje Ryc. 4.



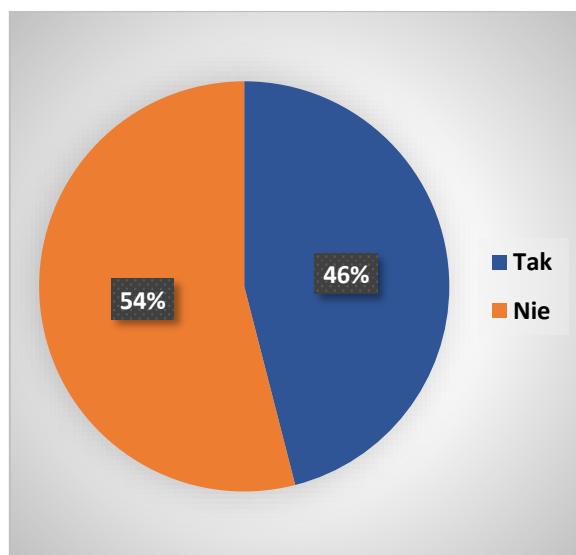
Rycina 4. W jakich okolicznościach straciła Pani / Pan psa?

Ryc.5 przedstawia wyniki różnych form/ możliwości pomocy po stracie psa. Okazuje się, że aż 78% badanych poszukiwała wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół. Ponad połowa -54% korzystała z leczenia farmakologicznego, 12% ankietowanych zgłosiło się o pomoc do lekarza specjalisty, 7% korzystało z psychoterapii, a tylko 4% podjęło się korzystania z pomocy osób duchownych. Inne pomoce, stanowiące 3% przypadków, okazały się niestety ucieczką w nałogi, co wynikło z przeprowadzonego wywiadu, a nie zostało uiszczone kwestionariuszu.

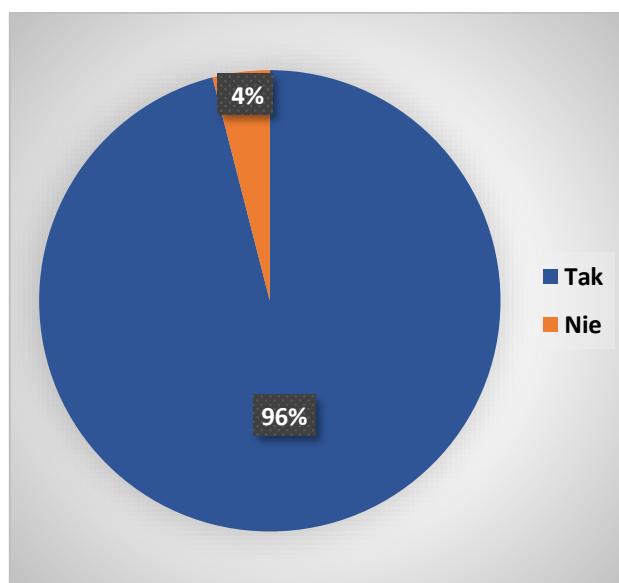


Rycina 5. Czy szukał/a Pan/i pomocy po stracie psa?

Wyniki zawarte na poniższych rycinach 6 i 7 pozwalają zweryfikować postawioną hipotezę o związku między przeżywaną żałobą a zrozumieniem ze strony innych. Analizując wyniki można zauważyć, że aż 96% badanych traktowało swojego psa jak członka rodziny, ale tylko 46% spotkało się ze zrozumieniem straty.



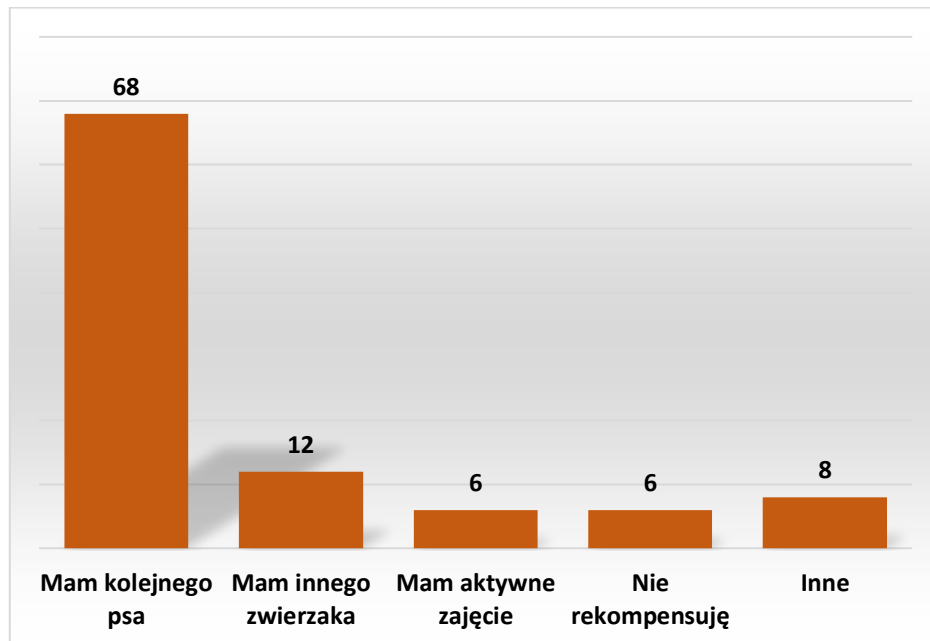
Rycina 6. Czy spotkał/a się Pan/i ze zrozumieniem żałoby?



Rycina 7. Czy traktował/a Pan/i psa jako członka rodziny?

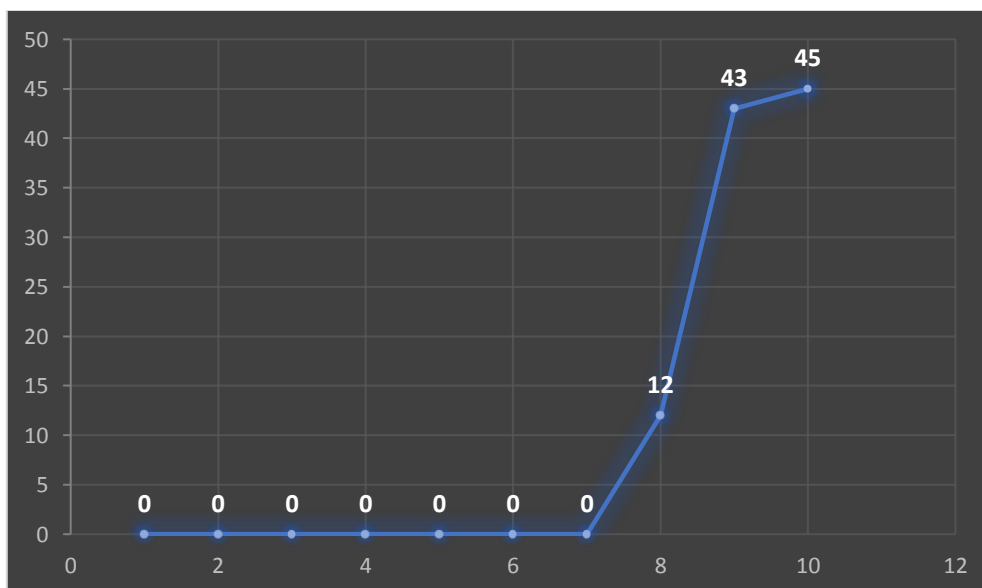
Na pytanie o to, w jaki sposób ankietowani rekompensują swoją stratę, można odpowiedzieć analizując poniższy wykres. Wyniki wskazują, że 68% posiada kolejnego psa,

12% ma innego zwierzaka, a tylko 6% nie podjęło się próby samopomocy w formie rekompensaty.



Rycina 8. W jaki sposób Pan/i rekompensuje sobie stratę psa?

Na Ryc. 9 zostały przedstawione wskaźniki doświadczenia subiektywnego bólu wg skali 1-10. Wyniki wyraźnie pokazują tendencję rosnącą. Wszyscy badani określili bardzo wysoki poziom bólowy, 45% - 10 wg skali, 43% - 9 wg skali, 12% - 8 wg skali.

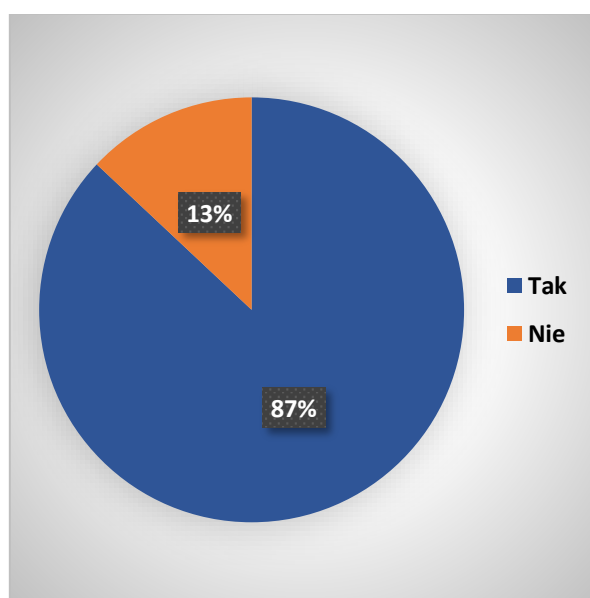


Ryc.9 Jak określa Pan/i ból po stracie psa (wg skali 1-10)?

Wyniki zawarte w Tab. I wskazują, jaki procent osób z badanej grupy eksponowany był na dane zdarzenie traumatyczne. Patrząc na częstość występowania objawów, większość charakteryzowała się podłożem somatycznym. Podczas oceniania wyników i wyciągania z nich wniosków należy uwzględnić fakt, że respondenci znajdowali się w sytuacji choroby i hospitalizacji, dlatego samopoczucie fizyczne może być w tym przypadku decyzyjne.

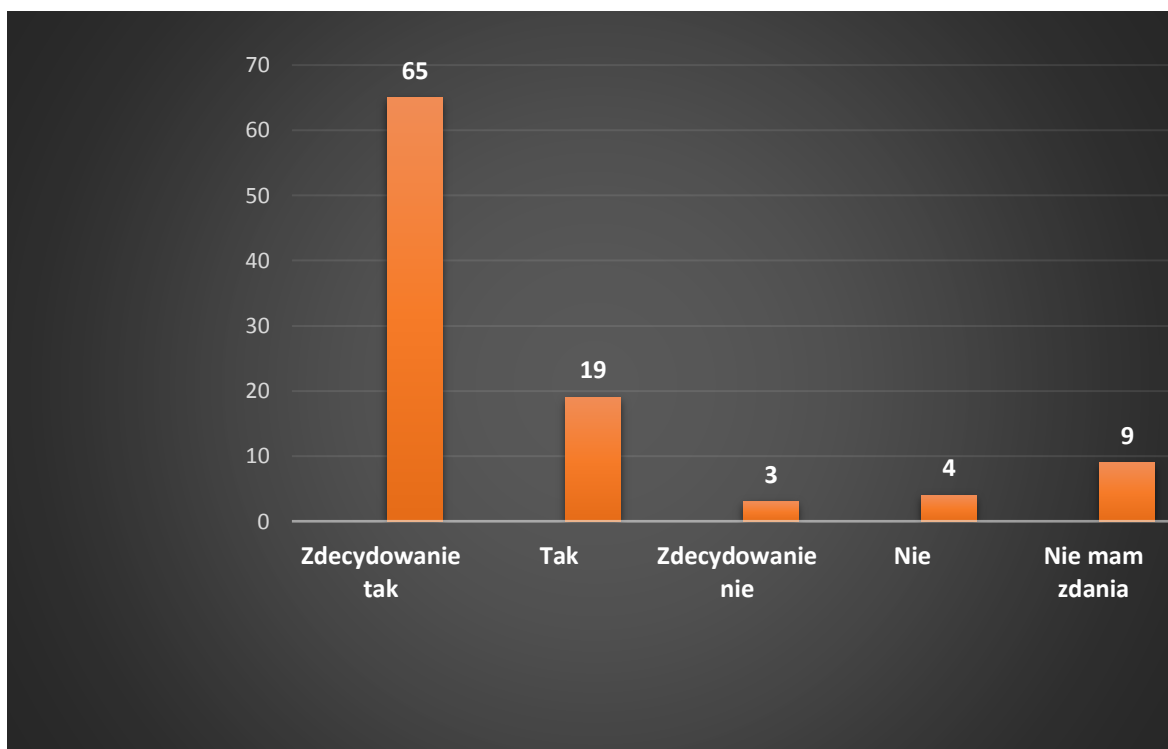
Tabela I. dolegliwości towarzyszące po stracie psa

	Bardzo często	Często	Czasami	Nie
Bóle, zawroty głowy	34	46	15	5
Ucisk w klatce piersiowej	32	34	4	30
Duszność	12	18	25	45
Bóle brzucha	52	37	8	3
Ogólne pogorszenie kondycji fizycznej	76	18	4	2
Brak apetytu, skurcze żołądka	63	32	5	0
Zmęczenie	24	27	32	17
Skłonność do irytacji	77	16	7	0
Zaburzenia uwagi, koncentracji	33	15	15	37
Niechęć do życia, brak motywacji	81	12	7	0
Bezsenna	90	10	0	0
Izolacja społeczna	47	23	23	7



Rycina 9. Czy ma Pan/i potrzebę dzielenia się

Pacjenci w odpowiedziach na pytania ankietowe (Ryc. 9 i 10) wyrażali zdecydowaną potrzebę (65%) zwiększenia świadomości społeczeństwa na temat problemu jakim jest żałoba po stracie psa. Zdecydowana większość stanowiąca 87% badanych wyraziła potrzebę dzielenia się swoim smutkiem po stracie psa. Tylko 13% nie odczuwa potrzeby eksponowania swojego żalu.



Rycina 10. Czy należy podnieść poziom świadomości społeczeństwa swoim smutkiem po stracie psa? na temat odczuwanej żałoby po stracie zwierząt?

Dyskusja

W ostatnich latach coraz częściej w społeczeństwie zadaje się pytanie: jak poradzić sobie z własnymi emocjami, które pojawiają się, kiedy zwierzę ciężko choruje i jak radzić sobie z żałobą po jego śmierci? Stanowi to częsty problem całej populacji. Tendencje wzrostowe stanowią dylemat, który spotyka się z ogromnym niezrozumieniem społeczeństwa i niesie poważne konsekwencje zarówno odnoszące się do zdrowia fizycznego, psychiki oraz jakości funkcjonowania społecznego.

W Polsce jest jeszcze zbyt mała świadomość społeczeństwa na temat powagi i istoty przeżywanej straty psa. Powstają liczne fundacje i stowarzyszenia zajmujące się ochroną i prawem zwierząt. Niewątpliwie idą za tym rozwijające się grupy behawioralne i organizacje wspierające właścicieli zwierząt. Jednak profesjonalnych punktów pomocy osobom po stracie psa jest zdecydowanie mało, w stosunku do rangi problemu. Na licznych forach internetowych o tematyce prozwierzęcej można spotkać komentarze i pytania dotyczące sposobu radzenia sobie z żałobą. Przedstawia to zarazem ogrom bólu i cierpienia właścicieli, którzy doświadczają straty. Istnieje pole, na którym opiekunowie zwierząt praktycznie nie otrzymują profesjonalnego wsparcia: chodzi o radzenie sobie z trudnymi emocjami w okresie choroby i po śmierci ukochanych zwierząt. To zadanie dla psychologów i certyfikowanych psychoterapeutów, by wypełnić tę lukę – nie tylko umieć pomóc w takiej sytuacji, ale przede wszystkim dostrzec, że taki problem istnieje, że warto i należy o nim rozmawiać. Dla wielu osób zwierzęta domowe są członkami rodziny, obdarzonymi silnymi pozytywnymi uczuciami. Ich odejście może być źródłem kryzysu emocjonalnego. Niezwykle ważną wówczas rolę jest wsparcie społeczne w życiu.

Piśmiennictwo z zakresu przeżywanej żałoby po stracie psa, definiowanej jako problem społeczny jest skąpe, a dostępne publikacje mają charakter raczej osobistych doświadczeń i obserwacji. Brak jest także jednolitych kryteriów oceniających stan żałoby. Szereg badań i doświadczeń pokazuje, że społeczeństwo nie zawsze uznaje znaczenie żałoby dla zwierząt domowych [11,12].

Badania własne dowodzą, że strata psa i wynikający z tego proces przeżywanej żałoby dotyka coraz więcej grupy społecznej w różnym wieku, co stanowi o narastającym problemie współczesnego społeczeństwa. Analiza wyników wykazała, że 54% respondentów spotyka się ze zrozumieniem społecznym żałoby, 46% społeczeństwa nie traktuje straty psa jako problemu. Znaczna część badanych – 87% widzi potrzebę dzielenia się swoim smutkiem po stracie psa. Według 65% badanej grupy należy zdecydowanie zwiększyć świadomość społeczeństwa na temat zaistniałej żałoby po stracie zwierząt.

Ken Doka zwrócił uwagę na te sytuacje unikatowej straty, w których czynniki społeczne odgrywają główną rolę. Wprowadził pojęcie tzw. *żałoby pozbawionej praw (disenfranchised grief)* po stratach, które nie są usankcjonowane/akceptowane przez społeczeństwo, żeby je oplakiwać [12]. „*Żałoba to cena jaką płacimy za miłość (...) Wszystko co kochamy - osobę, zwierzę, nawet obiekt jest zjawiskiem powszechnym, ponieważ doświadczenie straty jest powszechne*”. O ile normatywnie postrzegane reakcje na stratę mogą

być bolesne, o tyle brak akceptacji i uznania ze strony innych jest doświadczeniem mocno traumatyzującym.

Żałoba pozbawiona praw w sytuacjach, gdy:

- Relacje między osobami nie są zgodne z przyjętymi normami danej kultury (np. relacje homoseksualne), relacje nie są uważane za wystarczająco bliskie (np. osoba nie jest członkiem rodziny zmarłego) lub nie uznaje się, żeby osoba zmarła była na tyle znacząca, żeby po jej śmierci przeżywać żal (np. żałoba po śmierci byłego współmałżonka, tu można zaliczyć również stratę zwierzaka).
- Śmierć nie jest rozpoznawana jako znacząca strata (np. śmierć płodu w pierwszym trymestrze ciąży).
- Osoba zostaje pozbawiona prawa do przeżywania straty, kiedy uznaje się ją za niezdolną do doświadczania żałoby (np. małe dziecko, osoba z trudnościami intelektualnymi, osoba chora psychicznie).
- Okoliczności śmierci, które hamują proszenie o pomoc ze strony żałobników i jednocześnie są źródłem trudności w oferowaniu wsparcia ze strony otoczenia (np. żałoba po śmierci samobójczej).
- Dodatkowo sposoby wyrażania żałoby mogą być nieakceptowane przez innych i w rezultacie pozbawiają osobę prawa do przeżywania straty (np. kiedy żałobnik nie pokazuje silnej uczuciowej odpowiedzi na stratę) [9,10].

Wsparcie społeczne jest szczególnie istotne podczas trwania całego procesu radzenia sobie z żałobą. W początkowym etapie bywa, że żałobnicy unikają ludzi – często jednak pozostaje przy ich boku ktoś zaufany i bliski, który towarzyszy, słucha, znosi, milczy lub pociesza. z czasem osoba borykająca się ze stratą zaczyna otwierać się na innych i potrzebować szerszego grona znajomych czy przyjaciół. W USA niektóre szpitale weterynaryjne organizują grupy wsparcia dla dorosłych, zwłaszcza dla osób starszych, aby pomóc im zaakceptować stratę, a infolinie są dostępne przez całą dobę dla tych, którzy nie są w stanie poradzić sobie ze swoimi uczuciami [9,10].

Badania własne wykazały, że najczęstszymi interwencjami podejmowanymi przez pacjentów w czasie trwania żałoby było wsparcie rodziny i przyjaciół - 78%, farmakoterapia- 54%, pomoc lekarza specjalisty - 12%, terapia psychologiczna - 7% i wsparcie duchowe - 4%. Z przedstawionych analiz badań własnych wynika, że pacjenci często odczuwają dolegliwości, które mogą mieć podłoże psychosomatyczne związane z przeżywaną żałobą. Wpływają na to różne czynniki i predyspozycje. Najistotniejszymi czynnikami wynikającymi

z badań okazały się warunki mieszkaniowe i wiek pacjentów. Osoby mieszkające samotnie – 48% i mieszkające w rodzinie liczącej mniej niż 3 osoby-35% bardziej dotkliwie odczuwały stratę swojego pupila. Podobnie osoby w wieku 61-70 lat (42%), które przestały być czynne zawodowo i osoby poniżej 30. roku życia - 18%, najmocniej odczuwały traumę.

Proces przeżywania utraty czworonożnego towarzysza może „zablokować się”. Dotyczy to często osób starszych i samotnych, których pies był jedynym towarzyszem codzienności, nawiązują oni więc z nim ścisły związek emocjonalny. Człowiek może doznawać zaburzeń depresyjnych i lękowych, nie chce zobaczyć ciała psa, (więc nie przechodzi prawidłowo fazy negacji), rozpoczyna nawet poszukiwanie identycznego czworonoga. W takim przypadku niezbędna może okazać się pomoc psychoterapeuty. Osoby te doświadczają jakby niekończącego się poczucia straty.

Symptomy, które istotnie pacjenci odczuwali dotyczyły zarówno sfery fizycznej, psychicznej, jak i społecznej. Spośród najczęściej występujących dolegliwości związanych z żałobą pacjenci wymieniali: bezsenność – 90%, niechęć do życia, brak motywacji - 81%, skłonność do irytacji, zdenerwowanie - 77%, ogólne pogorszenie kondycji fizycznej i samopoczucia – 76%, brak apetytu i skurcze żołądka - 63%, bóle brzucha - 52%, izolację społeczną - 47%, bóle i zawroty głowy - 34%, ucisk w klatce piersiowej i uczucie duszności- 32%. Objawy te są szczególnie znaczące dla klinicystów w podejmowaniu działań diagnostycznych i leczniczych. Wyniki przedstawiają powagę problemu i konieczność podejmowanych odpowiednich działań.

Jednym z kluczowych badań prowadzonych już w 1985 r. (Holcomb, Williams, i Richards) odnoszących się do konsekwencji żałoby miało na celu wyjaśnienie zwykłego przebiegu objawów, różnic płci w doświadczeniu i roli przywiązania do zwierzęcia. Próbką obejmowała 174 osoby dorosłe, które straciły psa lub kota na śmierć. Uczestnicy otrzymali zmodyfikowaną ankietę załączoną do ankiety CENSHARE oraz ankietę dotyczącą zaobserwowanych objawów. Wyniki wskazują, że początkowo 85,7% właścicieli doświadczyło co najmniej jednego objawu smutku, ale wystąpienie zmniejszyło się do 35,1% po sześciu miesiącach i do 22,4% po roku. Mężczyźni i kobiety zgłaszali znacząco różne wskaźniki w sześciu z 12 badanych symptomów. Nasilenie i długość objawów są istotnie skorelowane ze stopniem przywiązania do zmarłego zwierzęcia. Wyniki te wskazują, że utrata zwierząt może być potencjalnym obszarem o znaczeniu klinicznym, szczególnie jeśli przywiązanie danej osoby do zwierzęcia jest silne [9].

Ból po stracie psa, jest zawsze bardzo silny, gdy bardzo silna jest nawiązana więź. Tak jak każdą stratę, tak i tą trzeba przeżyć, dając sobie czas. Nigdy jednak nie należy starać

się za wszelką cenę utrzymać psa przy życiu, kosztem jego bólu i cierpienia, bojąc się zmierzyć się ze śmiercią czworonoga.

Trudno jest przejść przez żałobę w społeczeństwie, w publicznej sferze życia, kiedy nie ma na to norm, ścieżek, form, rytuałów, a czasami zwyczajnej akceptacji. *„Nie noszę czarnych ubrań, ale jestem w żałobie. Wciąż ją przeżywam. Próbuję się z nią oswoić. Każdego dnia przetykam tęsknotę jak gorzką pigułkę. Rozumiem, że to może budzić zmieszanie. Nie chcę, aby ktokolwiek czuł się zakłopotany z powodu mojego smutku. Jednak też chcę, aby bardziej rozumiał ogrom straty i aby nasze społeczeństwo było bardziej na ową stratę ukochanego zwierzęcia wrażliwe.”* To tylko niektóre ze stwierdzeń osób pogrążonych w żałobie [11].

Śmierć członka rodziny, którym jest często pies, należy do najbardziej stresujących wydarzeń w naszym życiu. Rozpacz jest wszechogarniająca, bo tracimy z jego odejściem tak niezmiernie dużo. Psycholog Julie Axelrod wylicza ogrom strat [10,11].

Psycholog Frank McAndrew odkrył w badaniach własnych, jak trudna była utrata własnego psa. Zgodnie z jego badaniem, wielu poszkodowanych właścicieli zwierząt domowych błędnie interpretuje niejednoznaczne widoki i dźwięki, takie jak ruchy, spodnie i skomlenie zmarłego zwierzęcia [12]. Najprawdopodobniej ma to miejsce wkrótce po śmierci zwierzęcia, szczególnie wśród właścicieli, którzy mieli bardzo wysoki poziom przywiązania do swoich zwierząt. Trwają nadal badania nad złożonością smutku po stracie zwierząt, ale nadal brakuje nam dowodów na najskuteczniejsze podejście do wspierania pogrążonych w żałobie ich właścicieli.

Większa świadomość społeczeństwa na temat tak silnej i intensywnej więzi między człowiekiem a jego pupilem, pozwoliłaby zaakceptować ten ból znacznie lepiej. To z kolei pomogłoby właścicielom psów zaakceptować jego śmierć i przezwyciężyć ją.

Wnioski

Przedstawione w tej pracy wyniki badań pozwoliły na zapoznanie się z niewątpliwie narastającym problemem dotyczącym społecznego kontekstu żałoby po stracie psa.

Odpowiadając na zagadnienie ujęte w postaci problemu głównego należy przyjąć następujące wnioski:

1. Pies odgrywa znaczącą rolę w życiu człowieka, staje się niekiedy jedyną istotą dającą wsparcie i poczucie bezpieczeństwa, dlatego sama jego obecność poprawia jakość funkcjonowania człowieka.

2. Żałoba po stracie psa może być równie traumatycznym doświadczeniem, jak po stracie bliskiej osoby. Coraz częściej pies traktowany jest jako członek rodziny.
3. Strata zwierzaka (najczęściej psa) jest na tyle trudnym doświadczeniem, że może zaburzać funkcjonowanie człowieka i oddziaływać destrukcyjnie na poszczególne sfery odnoszące się do zdrowia. To narastający współcześnie problem kliniczny, wymagający odniesienia w diagnostyce i leczeniu.
4. Istnieje konieczność zwiększenia świadomości społeczeństwa na temat przeżywanej żałoby po stracie zwierząt i potrzeba wsparcia społecznego osobom, które wymagają profesjonalnej pomocy w procesie żałoby.
5. Pacjenci biorący udział w badaniu wykazują potrzebę rekompensaty swojej straty. Kolejny pies lub inne zwierzę jest najlepszym lekarstwem na istniejący ból po stracie i najlepszą formą terapii w procesie leczenia.

Piśmiennictwo

1. Bielecka U.: Mity na temat zdrowej i patologicznej żałoby. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2012, 12(1), 62-66.
2. Stelcer B.: Żal po stracie – dynamika adaptacji do nieuniknionych zmian. *Sztuka Leczenia*, 2015, 3-4, 47-56.
3. Reisbig A., Adryanna A., Drake S., Girard D., Breunig Z.: Companion Animal Death: A Qualitative Analysis of Relationship Quality, loss and Coping, 2017, 75(2), 124-150.
4. Felcyn M., Ogińska-Bulik N.: Poczucie Sensu Życia osób w żałobie. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2009, 14(1), 63-77.
5. Doughty E.A.: Investigating adaptive grieving styles: a Delphi 20. study. *Death Studies*, 2009, 33, 462-480.
6. Gosse G.H., Barnes M.J.: Ludzki smutek wynikający ze śmierci zwierzaka. *Anthrozoös*. 1994, 7, 103-112.
7. Archer J.A., Winchester G.: Żałoba po śmierci zwierzaka. *British Journal of Psychology*. 1994, 85, 259-271.
8. Alnot-Perronin, Arpaillange, Pageat, *Encyklopedia Pies* wyd. DELTA, 196-199.
9. Keddie K.M.D.: Pathological Mourning after the Death of a Domestic Pet. *British Journal of Psychiatry*, 1977, 131, 21-25.
10. Kuo J., Shih-Ku Lin.: Grief-related Major Depression Associated with the Death of Pet. *Taiwanese Journal of Psychiatry (Taipei)*, 2011, 25(2), 110-114.

11. McCutcheon K.A., Fleming S.J.: Smutek wynikający z eutanazji i naturalnej śmierci zwierząt domowych. OMEGA, 2001-2002, 44, 169-188.
12. Doka K.J.: Żałoba jest podróżą. Jak zmagać się ze stratą? Wydawnictwo Charaktery, Kielce, 2017.

Śmierć za życia, czyli o umieraniu zwierząt. Konsekwencje ekspansji człowieka

Wiśniewska Paulina

Wyższa Szkoła Pedagogiki i Administracji, Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM

Wstęp

Życie powinno oznaczać życie, a śmierć – jej ostatni etap. Czy jednak można nazwać życiem egzystencję zwierząt stłoczonych w ciasnych klatkach, traktowanych przedmiotowo, niemających najmniejszej szansy na faktycznie przeżycie swojego indywidualnego życia, rozumianego jako realizację dążeń, możliwość dokonywania wyboru, spełnienie właściwych dla danego gatunku celów we właściwym dla określonego gatunku środowisku? Życie rozumiane jako poznawanie świata, kontaktu z innymi przedstawicielami danego oraz innych gatunków, spełnianie możliwości przynależnych określonemu gatunkowi. A to za sprawą człowieka. Miliardów ludzi.

Cel pracy. Materiał i metody

Poniższy tekst uświadamia, jak bardzo człowiek odebrał życie wielu gatunkom zwierząt, jak wykorzystując je do własnych celów, spowodował okrutne cierpienie, którym naznaczona jest cała egzystencja milionów, miliardów istot zwierzęcych.

Celem tekstu jest wykazanie, że egzystencja zwierząt bardziej przypomina całożyciowe umieranie, konanie w męczarniach aniżeli życie, prawdziwe życie w jego pełni. Przyjęto tezę, wyrażoną słowami Marka Edelmana, że człowiek jest najokrutniejszym gatunkiem na Ziemi. Problemem pozostaje nie pojedynczy, indywidualny człowiek, ale jego ilość (niepoliczalna), podawana w miliardach w przybliżeniu. Miliardy ludzi poddaje niewyobrażalnym cierpieniom biliony zwierząt.

Otwarte pozostaje pytanie, jakim prawem człowiek doprowadził do takiej sytuacji? Jakim prawem człowiek sobie świat przyrody podporządkował, a nie obdarzył należyty szacunkiem, starając się przeżyć swoje życie tak, by zarazem dać żyć innym istotom ich własnym życiem? Dlaczego egzystencja istot rodzaju ludzkiego musi oznaczać eksploatację

bezgraniczne i bez opamiętania zasobów tej planety, ze szczególnym uwzględnieniem zwierząt /jako równorzędnych mieszkańców Ziemi/, która z nadmiarem ludzi radzi sobie coraz gorzej? Analizie poddany został dostępny materiał medialny w postaci relacji, artykułów oraz wpisów na portalach społecznościowych, a także literatura źródłowa. Zasadnicze rodzaje metod badawczych zastosowanych w pracy, to metody jakościowe: metoda badań dokumentów, metoda badań dokumentów osobistych /w postaci blogów i wpisów na portalach społecznościowych/, analiza treści, pomocniczo także obserwacja.

Ekspansja gatunku ludzkiego

W dawnych czasach zwierzęta pomagały człowiekowi przetrwać, ich skóra i mięso zapewniały ochronę przed zimmem oraz pożywienie. Gospodarka oparta na zbieractwie, łowieniu i polowaniu z biegiem czasu zmieniła się w gospodarkę opartą na uprawie roślin oraz hodowli zwierząt. Udomowienie zwierząt, a tym samym uzależnienie ich od człowieka uznać można za koniec życia tych udomowionych zwierząt w najbardziej naturalnym i przynależnym poszczególnym gatunkom wydaniu. Dynamiczny wzrost ludności świata uwarunkowany postępowaniem cywilizacyjnym, lepszym dostępem do leków, higienicznymi warunkami życia, eliminacją chorób spowodował zarazem ekspansję terytorialną człowieka, a wydzieranie kolejnych obszarów spod panowania fauny i flory i zagospodarowywanie ich na potrzeby ludzkie, doprowadziły do wymierania naturalnych środowiska życia zwierząt, takich jak puszcze, lasy, łąki, rozlewiska, wszelkiego rodzaju nieużytki, a w konsekwencji wymieranie coraz liczniejszych gatunków roślin i zwierząt. Ekspansja człowieka wydaje się być nieograniczona, podobnie jak możliwości rozrodcze gatunku ludzkiego. Badacze dociekają, ilu nas teraz jest, a podanie dokładnej liczby ludzi zamieszkujących Ziemię wydaje się niemożliwe. Prowadzone są wprawdzie takie próby, jednak trudno uznać je za w pełni wiarygodne, tym bardziej, że wskaźniki liczbowe opatrywane są zawsze zastrzeżeniem, iż to dane szacunkowe. Jedną z instytucji, która podaje liczbę ludzi na świecie jest ONZ, bazując na spisach powszechnych. Nie każde państwo jednak takie spisy realizuje, ich aktualność też nie stanowi tu atutu. Polska przeprowadziła ostatni spis powszechny w 2011 roku, od tego czasu liczebność ludności naszego kraju zmieniła się w stopniu znacznym. W Internecie funkcjonują liczniki, podające na bieżąco liczbę mieszkańców Ziemi [1]. Tempo przyrostu ludności jest coraz większe, jeszcze w roku 1500 szacowana liczba ludności świata wynosiła 500 mln, w roku 1930 było nas jeszcze tylko 2 miliardy, by w latach 70. XX wieku osiągnąć pułap 4 miliardów [2]. Tempo przyrostu ludności świata charakteryzuje się niebywałą dynamiką, co dla wielu staje się

źródłem obaw ze względu na zwiększone zapotrzebowanie na przestrzeń życiową, energię i wyżywienie [3]. Zjadanie zwierząt nie stanowiło problemu w czasach, gdy ludzkość nie była jeszcze tak ekspansywna demograficznie. Teraz już tak. Miliardy ludzi zjadają biliony zwierząt, wcześniej hodując je w warunkach, których żaden mięsożerca nie przyjmuje do wiadomości, by nie stresować się w czasie konsumpcji zwierzęcych zwłok w postaci smażonej, duszonej oraz grillowanej.

Licznik ludzi na świecie



Ryc. 1. Przykład internetowego licznika ludzi na świecie, Źródło: [4]

Człowiek zjada zwierzęta

Mięso i produkty pochodzenia zwierzęcego stanowią główny składnik ludzkiego menu. Nadużywanie mięsa, np. w postaci popularnych na świecie hamburgerów, nie jest ani ekologiczne, ani zdrowe. W serwisie The Lancet wykorzystano dane Instytutu Global Burden of Diseases, gdzie porównano statystyki dotyczące czynników ryzyka zebranych w latach 1990-2015. Najzdrowszymi krajami okazały się: Islandia, Singapur, Szwecja, Andora i Wielka Brytania, Polska uplasowała się na 39. pozycji [5]. Powodem jest niezdrowa dieta, oparta na mięsie. Instytut Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej – PIB policzył, że przeciętny Polak w 2017 roku zjadł 78,5 kg mięsa, najwięcej wieprzowiny (40,5 kg), następnie drobiu (30 kg) oraz wołowiny (2,2 kg) [6]. Wielokrotnie podejmowano próby podliczenia, ile zwierząt zjada człowiek w ciągu swojego życia, np. uczyniła to organizacja Vegetarian Calendar. Jeden człowiek spożywa ok. 7 tys. zwierząt, w tym [7]:

- 11 krów
- 27 świń
- 30 owiec

- 80 indyków
- 2 400 kurczaków
- 4 500 ryb [7].

Wedle pisma „The Guardian”, wskaźniki spożycia mięsa są wyższe, przeciętny mieszkaniec Wielkiej Brytanii zjada 11 tys. zwierząt przez całe życie. Rocznie mieszkańcy Ziemi zjadają ok. 230 mln ton – dwukrotnie więcej niż jeszcze trzy-cztery dekady temu [7].

Z danych Instytutu Gallupa wynika, że mięsa nie je ok. 5-6 proc. ogółu ziemskiej ludności [7].

Zdrowe okazują się potrawy najmniej przetworzone /owoce, warzywa/, kiszonki, najmniej zdrowe – właśnie mięso, zwłaszcza w postaci najbardziej przetworzonej, np. wędlin. Co nie znaczy, że spożywanie przez ludzi warzyw czy owoców służy tej planecie, czego dramatycznym przykładem mógłby być banan. W latach 60. masowo karczowano lasy deszczowe od Gwatemali po Kolumbię, by zakładać tam pierwsze, ogromne plantacje bananów [8], niszcząc bioróżnorodność oraz doprowadzając do wyginięcia naturalnych siedlisk wielu gatunków zwierząt. Bo problemem największym jest właśnie matematyka wielkich liczb, czyli te niepoliczalne precyzyjnie miliardy ludzi na naszej planecie.

Zwierzęta hodowlane. Życie gorsze niż śmierć

Człowiek odebrał zwierzętom ich naturalne środowisko, odbierając zarazem możliwość życia zgodnego z prawami natury. To życie gorsze niż śmierć, opatrzone cierpieniem w każdej godzinie, minucie, sekundzie egzystencji. Jak szacuje CIWF, ok. 70 miliardów zwierząt hodowanych jest na świecie na potrzeby wyżywienia ludzi rocznie [9]. Jak wygląda życie zwierząt hodowlanych, nazywanych „produkcją żywca”, by poprzez język pozbawić te istoty podmiotowości?

Spożycie jajek na świecie rośnie systematycznie, wraz ze wzrostem liczebności ludzi. Szacuje się, że na świecie hoduje się ponad 50 mln kur. Jedna kura znosi ok. 300 jajek rocznie, potem trafia do rzeźni. Całe życie spędzają w klatkach, „w klatce na jedną kurę przypadła powierzchnia mniejsza niż kartka papieru A4. Klatki te pozbawione też jakiegokolwiek wyposażenia, które umożliwiłoby realizowanie naturalnych zachowań, a ptakom trudno było nawet rozprostować skrzydła. (...) Aby uniknąć obrażeń będących skutkami agresji, pisklątom, krótko po urodzeniu, rozpalonym ostrzem przycina się dzioby. Zabieg ten przeprowadza się bez znieczulenia i prawdopodobnie ból odczuwany jest przez długi czas, gdyż, jak wykazały badania jest to silnie unerwiona część ciała” [10]. Kury zmusza się do znoszenia wielokrotnie więcej

jajek niż to przebiega w warunkach naturalnych, na chore czy martwe ptaki nikt nie zwraca uwagi w stłoczonych klatkach.

Zwierzęciem zamykanym w klatkach na terenie Unii Europejskiej w największej ilości są króliki, to ponad 330 mln zwierząt [11]. Naturalna potrzeba poruszania się, skakania nie może być nigdy realizowana, zwierzęta te całe życie od urodzenia spędzają w klatkach, by potem trafić do rzeźni. *„Klatki, w których się je trzyma są jednymi z najgorszych – zrobione z metalowej siatki, bez żadnych dodatkowych elementów. Króliki nie mogą w nich skakać, poruszać się swobodnie, kopać albo schować się w ustronnym miejscu”* [11].

Wieprzowina często gości na naszych stołach, ale skąd się bierze? Młode prosięta odbierane są matkom w wieku 3-4 tygodni, dokonuje się na nich zabiegi ułatwiające hodowlę: przycinanie ogonków, kastracja oraz przycinanie zębów, zwykle bez znieczulenia, podobnie jak zabieg obcinania jąder samcom świń [9]. *„Zgodnie z przepisami unijnymi u prosiąt do 7 dnia życia można przeprowadzać ten zabieg bez podawania środków przeciwbólowych. (...) W Polsce większość świń poddawana jest kastracji bez znieczulenia”* [9]. *„Badania i obserwacje świń w naturalnych warunkach pokazują, że są one bardzo aktywnymi zwierzętami, które 75% swojego czasu spędzają na poszukiwaniach i ryciu w ziemi. Niestety w hodowli przemysłowej jest to niemożliwe. Brak słomy i innych materiałów w znacznym stopniu ogranicza wyrażanie naturalnych dla tego gatunku zachowań. Nuda i frustracja sprawiają, że świnię zaczynają szukać czegokolwiek, co zajęłoby ich uwagę. W jałowych warunkach takimi elementami stają się ogony innych osobników. Aby zapobiegać żuciu i gryzieniu ogonów, hodowcy zamiast polepszyć warunki w chlewni po prostu zapobiegawczo obcinają ogonki, kiedy zwierzęta są jeszcze młode. Choć rutynowe obcinanie ogonów jest w UE nielegalne, raport Europejskiej Agencji ds. Bezpieczeństwa Żywności z 2007 roku pokazuje, że cały czas proceder ten ma miejsce i dotyczy 90% świń”* [9]. *Maciory traktuje się jak „producentki” prosiaków, przedmiotowo, nie podmiotowo, całkowicie lekceważąc ich naturalne potrzeby. Zapładnia dwa razy w roku. „Przez całą ciążę, która trwa 16 i pół tygodnia, zamyka się w kojcach indywidualnych, co wiąże się z serią problemów dla dobrostanu i zdrowia świń: betonowa podłoga powoduje zranienia, kulawiznę i ogólny dyskomfort oraz uniemożliwia świniom rycie nie zapewniają odpowiedniej ilości miejsca, żeby się obrócić, trudno nawet ułożyć się wygodnie na podłodze zamknięcie w małej przestrzeni powoduje bardzo duży stres dla tych towarzyskich zwierząt. Nuda i głód prowadzą do zachowań stereotypowych, takich jak gryzienie metalowych prętów klatki. Ciężarnym świniom ogranicza się także ilość pożywienia, jakie otrzymują”* [12].

Spżycie mleka na Ziemi wzrasta, mało kto zastanawia się, skąd się bierze mleko. Krowa cielna, tak jak każda matka /ssaki/, wytwarza mleko w celu nakarmienia swoich dzieci.

Krowy są zatem sztucznie zapładniane. Cielęta odbiera się matkom zaraz po narodzinach, cierpią, płaczą, wołają swoje odebrane dzieci, a bezbronne, pozbawione matki cielęta trafiają wprost na fermę cieląt [13] lub są „utylizowane”, czyli zabijane, np. żywcem wrzucane do dołów i zasypywane.

Cierpienie zwierząt hodowlanych zostaje demaskowane przez organizacje walczące o prawa zwierząt. *„Przemoc wobec zwierząt odbywa się z reguły w ukryciu, schowana za grubymi murami i drutem pod napięciem. Niekiedy w mediach pojawiały się obrazy z miejsc, w których to się dzieje: ferm przemysłowych, rzeźni, laboratoriów, cyrków, ogrodów zoologicznych czy hodowli. Za każdym razem ludzie wrażliwi reagowali złością, smutkiem i poczuciem bezradności. Stowarzyszenie Otwarte Klatki powstało po to, żeby te uczucia zamienić w wolę działania. Chcemy uczynić mury ferm i rzeźni przezroczystymi -- żeby nikt nie mógł powiedzieć, że nie wiedział, nie zdawał sobie sprawy, został oszukany. Chcemy, by te obrazy zagościły na stałe w społecznej świadomości, tak by decyzje podejmowane przez ludzi były rzeczywiście świadome. Naszym celem jest przeciwdziałanie okrucieństwu wobec zwierząt i budowa społeczeństwa, w którym zwierzęta są traktowane z należyтым współczuciem i szacunkiem”* – można obejrzeć film o tym, jak traktowane są cielęta na fermie mlecznej [14].

Rzeźnia to miejsce uboju zwierząt. Fragmenty z reportażu o rzeźni: *„Zwierzęta uciekają. Teraz już słycać chórally, niemal ogłuszający kwik strachu i wściekłości. Ta zabawa w berka nie może trwać długo. W końcu jedno ze zwierząt udaje się zapędzić na ring - pomieszczenie 2 na 3 metry, wyłożone kafelkami. Drzwi się zamykają. (...) Do akcji wkracza drugi mężczyzna. W dłoni ni to nóż, ni szpikulec. Szybkim ruchem wbija narzędzie w gardło zwierzęcia. Z rany tryska ciemnoczerwona fontanna krwi. Dosłownie tryska, bo strumień posoki wzbija się w górę na metr. (...) - Widziałem kiedyś, jak krowie prowadzonej na ring lzy leciały z oczu - przypomina sobie pan Wojtek. - Szła spokojnie. Nie trzeba było się z nią szarpać i tylko te lzy w wielkich oczach...”* [15].

W mediach częstokroć pojawiają się reportaże o bezwzględny okrucieństwie wobec zwierząt zarówno podczas transportu zwierząt, jak w samej ubojni. To ukazuje, do czego zdolny jest człowiek, a ukazana prawda, to tylko drobny wycinek rzeczywistości, na co dzień niedostępnej dla postronnych obserwatorów. *„Eksperci i weterynarze stwierdzili, że zwierzęta na każdym etapie tej "podróży bez powrotu" doświadczają ogromnego cierpienia. Konie w transporcie do włoskiej rzeźni spędzają aż 32 godziny. Na miejscu są już wyczerpane, poranione i przerażone. - Taki transport jest przyczyną ogromnego cierpienia. A to dopiero początek gehenny tych zwierząt, zabijanych później w obecności swoich towarzyszy. Cofają się*

wystraszone, świadome tego, co je za chwilę czeka - członkowie Essere Animali opisują to, co zobaczyli w rzeźni dla koni” [16].

Sytuacje podobne zdarzają się w rzeźniach na całym świecie. Tylko czasami udaje się ujawnić okrucieństwo. „Opublikowano brutalne obrazy z rzeźni w niemieckim landzie Dolna Saksonia. Pracownikom prokuratura zarzuciła okrucieństwo wobec zwierząt i nielegalne uboje. Rzeźnia została zamknięta. Filmy pokazują brutalne sceny. W gospodarstwach chore krowy są ciągnięte za pomocą wciągarek linowych na ciężarówki. Bezradne zwierzęta są kopane i przebijane widłami. Następnie są maltretowane i zabijane w rzeźni” [17].

Podobne przypadki ujawniono też w Polsce. „Bicie po głowie młotkiem, rażenie prądem we wrażliwe miejsca czy przepędzanie zwierząt z poważnymi urazami nóg... To tylko niektóre z obrazów znęcania się nad zwierzętami, zarejestrowanych na nagraniach wykonanych przez aktywistów BASTY i Vivy w jednej z zachodniopomorskich ubojni. (...) Co ważne, brutalne traktowanie zwierząt nie było incydentalne, a wręcz powtarzało się podczas każdego dnia prowadzonej przez aktywistów obserwacji. W rzeźni zarejestrowano m.in. kopanie i bicie zwierząt we wrażliwe części ciała np. głowę, ciągnięcie za uszy, uderzanie zwierząt młotkiem, pałą i tatuownicą kolcową; używanie w niedozwolony sposób poganiacza elektrycznego; wprowadzanie do rzeźni zwierząt rannych i z poważnymi kontuzjami nóg, dopuszczenie do tratowania osłabionych, leżących świń przez inne zwierzęta...” [18].

Warto dodać, że materiał realizowany był w czasie kilku miesięcy, a udokumentowane postępowanie pracowników wobec zwierząt stanowiło normę, nie wyjątek. „Makabrycznie nagrania z rzeźni w Bejrucie, niewyobrażalne okrucieństwo - trzeba podpisywać petycję w tej sprawie! Do tej ubojni trafiają zwierzęta również z Europy...” film opublikowała Fundacja Międzynarodowy Ruch Na Rzecz Zwierząt Viva! Na portalu społecznościowym FB [19].

Takie traktowanie zwierząt to światowa norma.

Zwierzęta domowe. Przekleństwo modnych ras

„Mówimy, że przyjaźnimy się ze zwierzętami, a przecież to nie przyjaźń, tylko niewolnictwo. Mówimy o „dobrostanie”, a przecież to obłudne określenie, usprawiedliwienie naszego okrucieństwa” to słowa autorstwa Doroty Sumińskiej [20]. Dotyczą nie tylko zwierząt hodowlanych, ale także tych trzymanyh dla ludzkiej rozrywki w cyrkach czy ogrodach zoologicznych. „Jestem przeciwko zamykaniu kogoś za kratami dlatego tylko, że jest piękny – odparła Dorota Sumińska. – Ludzie tłumaczą, że chcą zwierzęta badać. Ale co warte badanie w tych warunkach gatunków, które na swobodzie żyją na dużej, otwartej przestrzeni? Ludzie

mówią też, że chcą zachować pulę genową wymierających gatunków. Ale po co, skoro nie ma dla nich miejsca na Ziemi...” [20].

Ludzie oswoili sobie zwierzęta i to było najgorsze, co mogli im zrobić. Ludzie decydują, które zwierzę jest „piękne”, a które nie. Stworzyli rasy psów czy kotów, są gotowi na wydanie kilku tysięcy złotych, by mieć przedstawiciela akurat „modnej” rasy.

Moda to kwestia statusu społecznego, w tym przypadku kształtowanego kosztem zwierząt. Kiedyś modne były pekińczyki czy pudle, teraz yorki, buldożki francuskie, maltańczyki.

Nabywcy szczeniaków z hodowli nie chcą przejmować do wiadomości, że decyzja o kupnie rasowego psa, to zarazem decyzja o przyczynieniu się do cierpienia zwierząt. Właściciel yorka czy buldożka oburzyłby się zapewne, słysząc zarzut okrucieństwa pod swoim adresem. Nie chce znać prawdy o hodowli modnych ras. Nabywca rasowego szczeniaka woli myśleć o sobie samym w kategoriach dobra aniżeli zła, które faktycznie wyrządza. Suki zarodowe trzymane są w klatkach, służą wyłącznie celom reprodukcyjnym. Dla hodowców, zbyt licznych, priorytetem jest zysk, nie dobro zwierząt.

Sąsiadka autorki tekstu współpracuje z fundacją wspierającą buldogi. Jako wolontariuszka prowadząca dom tymczasowy otrzymała od swojej fundacji suczkę, która całe swoje życie spędziła w klatce, nie potrafiła chodzić ani biegać, także siedzieć, tkwiła w przykurczu, tak jak w swojej klatce. Mozolnie rehabilitowana odzyskiwała radość życia. Hodowca sukę zarodową oddał wyłącznie dlatego, że okazała się już nieprzydatna do dalszego rozrodu.

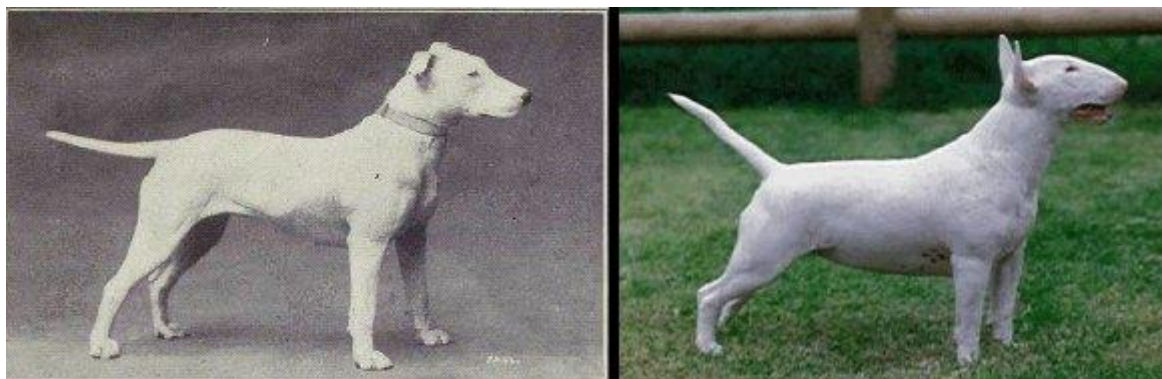
Autorka tekstu, sama też współpracująca z fundacjami ratującymi zwierzęta, wielokrotnie słyszała relacje o hodowcach, którzy „od frontu” prowadzili certyfikowane hodowle, a w piwnicy, poza zasięgiem cudzego wzroku, trzymali klatki z sukami zarodowymi. Gdy sprzedawany jest szczeniak, zwykle przyprowadzana jest suczka młoda i zdrowa w charakterze „matki”. Nabywcy zdaje się nie przeszkadzać fakt, iż rzekoma matka całkowicie nie przejawia zainteresowania „swoim” dzieckiem, a w tym czasie prawdziwa matka zamknięta tkwi w klatce w jakiejś przybudówce za domem albo w piwnicy. Ważne jest to, że to szczeniak modnej rasy, że to york, buldożek czy maltańczyk, by przywołać przykładowe rasy akurat modne w Polsce w roku 2019. Hodowcy, by sprzedać szczeniaki, by interes się kręcił, sięgają też po metody bardziej wysmakowane psychologicznie - po psychomanipulację, np. ogłaszając w Internecie, że dany szczeniak jest do uspienia, bo ma jakieś wady w wyglądzie i nie uzyska certyfikatu „rasowości”. Tak nabrała się jedna ze znajomych autorki tekstu, kupując dwa szczeniaki yorka za cenę kilku tysięcy. Nie przyszło jej do głowy, że gdyby hodowca chciał

faktycznie „uratować” życie szczeniaka, to wydałby go za darmo. Ogłoszenie podobnej treści to metoda na rozmiękczenie ludzkich serc i portfeli. Człowiek lepiej się czuje, zyskując świadomość „pomagania”, a przy okazji nadrabiając własny brak „rasowości”, brak czegoś w rodzaju arystokratycznego certyfikatu jakości, poprzez nabycie rasowego zwierzęcia. Tak jakby rasowy czworonóg czynił nas samych bardziej „rasowym”, jakkolwiek można interpretować to określenie.

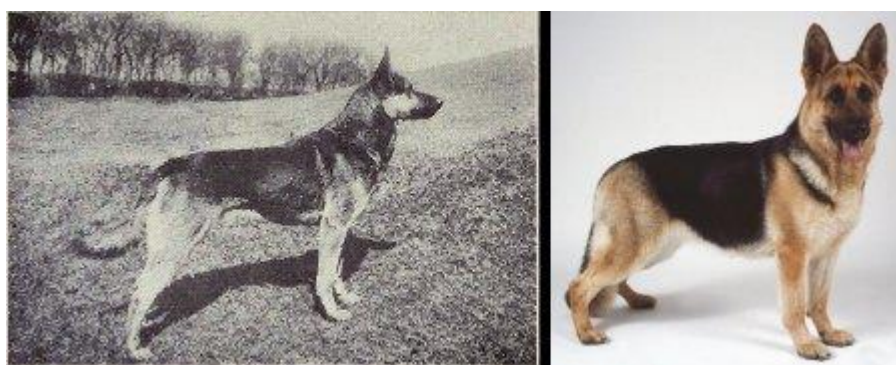
A zarazem schroniska pękają w szwach, trzymane tam psy „niemodne”, bo nierasowe, „no logo”, cierpią z powodu bezdomności. A jeżeli trafia tam pies rasowy, to zwykle kilkuletni, który znudził się swoim właścicielom. To kolejny dowód na to, jak ludzie odmawiają przyznania zwierzętom praw podmiotowych, jak odmawiają im prawa do godnego przeżywania życia, to prawo anektując na własny, ludzki, użytek. Tak jakby tylko gatunek ludzki był obdarzony możliwością przeżywania emocji, odczuwania strachu, bólu, cierpienia czy szczęścia.

Zarazem działania człowieka związane z określonym kształtowaniem wyglądu danej rasy nie służył zwierzęciu poddawanemu takim doświadczeniom, lecz jedynie ucieście ludzkiej i dążeniu do zaspokojenia człowieczych gustów estetycznych. *„Ostatnie sto lat, gdy hodowla psów stała się niezwykle intratnym biznesem, doprowadziło do tak daleko idących zmian w budowie popularnych ras, że psy do nich należące w wielu przypadkach stały się niepełnosprawne”* – dowodzi autor tekstu na blogu popularnonaukowym [21], opierając się na blogu Science and Dogs [21,22]. I podaje przykłady: bulterier w wyniku działań zniekształcających czaszkę, wykształcił nadmiarowe zęby, często choruje na głuchotę i atopowe zapalenie skóry. Lata pracy człowieka nad zniekształceniem tej rasy doprowadziły do wyhodowania obecnego kształtu bulteriera z dawnego, dobrze ukształtowanego i zdrowego psa [21].

Podobnie człowiek postąpił z bassetem, a w wyniku selekcji hodowców, psy tej rasy mają zniekształcone łapy, nadmiar skóry, kłopoty ze zbyt długim kręgosłupem, ogromnymi uszami, które ocierają się o oczy, powodując zapalenie spojówki oraz skaleczenia i zakażenia uszu [21]. Krótkie łapy jamników i wydłużony kręgosłup prowadzi do zwyrodnień, a w efekcie – paraliżu. Kolejny przykład okrucieństwa czynionego przez człowieka poprzez określone prowadzenia danej rasy, to owczarki. *„W 1915 roku owczarki opisywane były jako średnie psy o masie około 25 kg. Dziś wzorzec rasy wskazuje zakres 30-40 kg dla psów, ale wysokie oceny na wystawach zdobywają psy o masie znajdującej się w górnej strefie normy. Dzisiejsze owczarki niemieckie mają zbyt kątowanie, beczkowatą klatkę piersiową, cierpią na alergie, dysplazję stawów biodrowych i łokciowych, zapalenie kości i nowotwory”* [21].



Ryc. 2 Porównanie bulteriera dawniej i obecnie, Źródło:[22]



Ryc. 3 Owczarek dawniej i dziś – w wersji tzw. kątowanej Źródło: [23]

Skrócenie kufy, czyli przedniej części pyska prowadzi do wielu chorób, czego przykładem mogą być bokserzy, u których pojawiła się podatność na zapalenie górnych dróg oddechowych, podobnie jak u buldogów angielskich, u których selektywna hodowla wykształciła cechy wręcz zagrażające życiu i zdrowiu przedstawicieli tej rasy. *„Badanie przeprowadzone na próbie 180 psów w 2004 roku pokazało, że średni czas ich życia wynosi 6,25 roku. Buldogi cierpią m.in. na problemy ze skórą, ze względu na budowę ciała nie są w stanie same zadbać o higienę okolic odbytu i genitaliów. Skrócona kufa, podobnie jak u boksera, prowadzi do poważnych kłopotów z termoregulacją – buldogi mogą się nawet niebezpiecznie dla życia przegrzać podczas intensywnej zabawy. W części przypadków budowa ciała uniemożliwia samodzielne rozmnażanie i przy kryciu potrzebna jest pomoc weterynarza”* [24].

Podobnie jest w przypadku tak modnych obecnie buldogów francuskich czy mopsów. A skutek takiej działalności człowieka? *„Stale problemy z oddychaniem i wypadaniem galek ocznych, które wystają ze zbyt płytkich oczodołów. Mopsy łatwo się przegrzewają, mają problemy z użębieniem i zbyt słabym utlenowaniem krwi. Pożądanym we wzorcu rasy podwójnie*

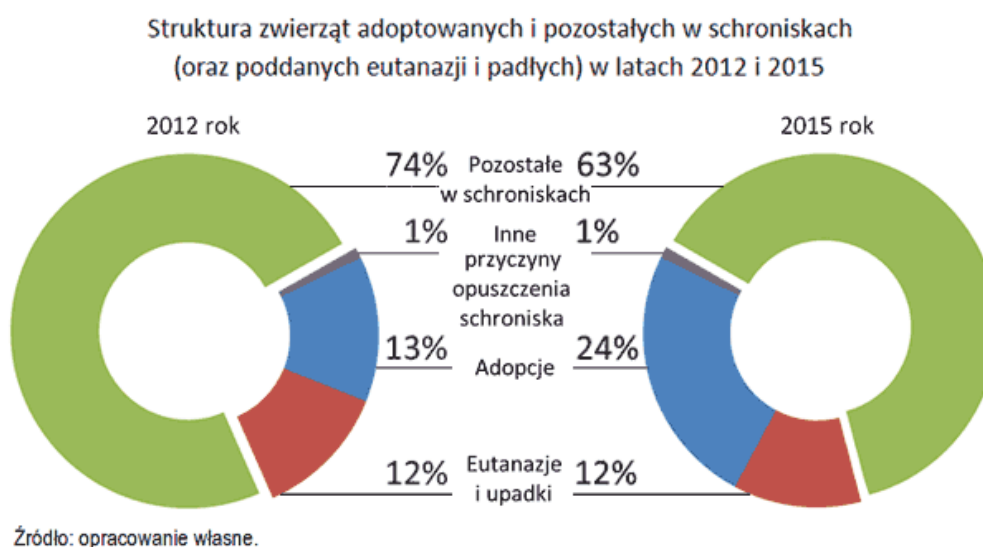
skręcony ogon to wada genetyczna, która może w niektórych formach prowadzić do paraliżu” [24].

Nie ma to jednak znaczenia dla nabywców, którzy gotowi są wydać kilka tysięcy, by stać się posiadaczem zniekształconego chorobliwie psa tylko dlatego, że akurat jest modny. Snobizm na rasowe psy – to jeden z najokrutniejszych snobizmów, przysparzających zwierzętom określonych ras cierpienia, wielu chorób, a także wzmacniający bezdomność zwierząt nierasowych, bez logo, tych, od których schroniska pękają w szwach.

Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła w roku 2016 kontrolę schronisk dla zwierząt. W Polsce pod koniec 2014 r. działały 184 schroniska dla zwierząt, tj. o 34 więcej niż w 2011 roku. W stosunku do 2011 roku wzrosła liczba zarówno przebywających w schroniskach psów (do ok. 106 tys.), jak i kotów (do ok. 24 tys.) [25].

NIK skontrolował jedynie 11 gmin w całej Polsce na 2477 gmin ogółem. NIK stwierdził w wyniku kontroli, że co czwarty pies nie przeżywa pobyt w schronisku, a bezdomności zwierząt nie zmniejszyły działania na rzecz adopcji [25].

I tu nasuwa się pytanie: Ponad sto tysięcy bezdomnych psów, a jednak ludzie i tak wolą kupić psa od hodowcy niż obdarzyć domem jednego z setek tysięcy bezdomnych zwierząt, jak to możliwe?



Ryc. 4 Zwierzęta w schroniskach, Źródło: [26]

NIK stwierdził w wyniku kontroli, że zwierzęta często nie mają w ogóle bud i żadnej możliwości ukrycia się przed warunkami atmosferycznymi, takimi jak mróz czy upał, leżą w klatkach wprost na ziemi czy betonie, są niedożywione, w ich boksach rzadko jest sprzątane,

leżą więc apatycznie w błocie, brudzie, własnych odchodach, nierzadko pozbawione są opieki weterynaryjnej.

Zwierzę jako niewolnik

Człowiek uczynił sobie świat poddanym, w tym zwierzęta. Trzyma je w klatkach, na łańcuchach, eksploatuje, nie bacząc na ich ból i cierpienie, traktując przedmiotowo jak gdyby istoty te nie odczuwały bólu, cierpienia, przerażenia...

Zwierzęta domowe traktowane są przez właścicieli jak przedmioty, oblewane kwasem, podpalane, głoszone, ciągnięte przez samochody, rozjeżdżane, wylupywane są im oczy, obcinane uszy czy ogony, związywane kończyny, topione, wyrzucane przez okno.

Tego typu przykładów nie brakuje, a każdy dzień przynosi wiadomości o nowej, nieznanej dotąd formie okrucieństwa wobec zwierzęcia. Sądy, jeżeli w ogóle sprawy tam trafiają, wydają łagodne wyroki, zwykle sprawy umarzają, to zdarza się jeszcze na etapie dochodzenia prokuratorskiego i sprawa w ogóle do sądów nie trafia.

Przykładem tego może być umorzenie sprawy o zagłodzenie suczki Diany na poznańskich działkach. Sprawa była badana w Prokuraturze Rejonowej Poznań - Wilda w Poznaniu, jest zarejestrowane pod sygn. PR 2 Ds 485.2016, a postępowanie dotyczące psa o imieniu Diana, nadzorowane było przez prok. Ninę Tybinkowską-Siepsiak, która wydała decyzję o umorzeniu, mimo przesłanek do wszczęcia postępowania.

„Według świadków głodzenie, znęcanie i skrajne zaniedbanie trwało miesiącami (...). 100 kleszczy, tony pcheł, robaki wychodzące z odbytu, anemia, tragiczne wyniki krwi, wyjalowiony organizm, odparzenia, skamielina w jelitach, która zbierała się tygodniami. Nic z tych rzeczy dla prokuratora nie jest podstawą do postawienia zarzutów - choćby o zaniedbanie - informuje Fundacja Animal Security” [27].

Przykładów, jak ten powyższy, nie brakuje. Okrutne traktowanie zwierząt domowych to codzienność. Ale to nie zamyka listy ludzkich działań przeciwko zwierzętom i ich podmiotowym prawom do wolnego bytu.

Ogrody zoologiczne, w których zwierzęta trzymane są, by sprawić radość swoim wyglądem nieczułym na ich cierpienie ludziom, cyrki, w których zwierzęta pełnią funkcję „rozśmieszacza”, a ich popisy poprzedza bolesna tresura, realizowana na siłę, całkowicie wbrew zwierzęcej naturze.



Ryc. 5 Zagłodzona suczka Diana, nie przeżyła, ale prokurator Nina Tybinkowska-Siepsiak odmówiła wszczęcia postępowania i sprawę umorzyła Źródło: [28]

Miliony ptaków w klatkach, istot, których żywiołem jest przestrzeń, nieograniczona prętami. Setki tysiące zwierząt laboratoryjnych, w praktyce niemal pozbawionych praw, doznających najbardziej niewyobrażalnych okrutnych cierpień. Zarażane są wirusami, poddawane manipulacjom genetycznym, a uzyskane w ten sposób płody poddawane są testom po uprzednim zabiciu ciężarnej matki. Naukowcy głodzą zwierzęta, by poznać ich granice wytrzymałości i opisać w uczonych elaboratach. Badacze aplikują na skórę, oczy i inne części ciała substancje chemiczne, zmuszają do wdychania trujących wyziewów, łamią kręgosłupy, by wywołać paraliż, poddają promieniowaniu czy wysokiej temperaturze, by przeprowadzić kolejne bolesne eksperymenty [29].

Korzyści z tych doświadczeń ma odnieść gatunek ludzki w nieokreślonej przyszłości, na daną chwilę korzyści odnoszą dobrze opłacani naukowcy, zatrudnieni w licznych laboratoriach na całym świecie. I znowu pojawia się pytanie - jakim prawem? Jakim prawem człowiek może kosztem cudzego cierpienia polepszać jakość bytu przedstawicielom swojego gatunku?

Podsumowanie, wnioski

Kosztem ekspansji gatunku ludzkiego jest zajmowanie siedzib zwierząt, odbieranie im przestrzeni życiowej, wymieranie gatunków zwierząt. „Nasza dominacja na skalę planety niesie także też konsekwencje dla życia zwierząt i roślin oraz różnorodności biologicznej. Pochodzący z 2005 roku raport Millennium Ecosystem Assessment Report ang. (raport o stanie środowiska

zbliżony skalą do raportów IPCC), kreśli ponurą wizję - 60% światowych ekosystemów jest obecnie zdegradowanych, a tempo wymierania gatunków jest od 100 do 1000 razy szybsze od typowego dla ostatnich milionów lat. Wzrost tempa znikania gatunków nastąpił około 10 tysięcy lat temu, wraz ze ekspansją populacji ludzkiej” [30]. *„Uczni ostrożnie wyliczają, że w ciągu ostatnich 100 lat z powierzchni naszej planety zniknęło 200 gatunków kręgowców. To średnio po dwa gatunki na rok”* [31].

Niszczenie ekosystemu i bioróżnorodności będzie miało i już ma, swoje konsekwencje, bolesne dla sprawców, czyli ludzi. Może stanie się tak, jak wieszczą niektórzy, że *„Ludzkość jest w połowie drogi do zniszczenia planety”?* [32].

Zdaniem dra Andrzeja Guzowskiego, które ujawnił w prywatnej rozmowie z autorką tekstu, Ziemia rozpoczęła swój byt bez człowieka i tak go też zakończy. I koniec gatunku ludzkiego wydaje się być jedyną szansą na ponowne odrodzenie tej planety, a tym samym na poprawę losu zwierząt, które dopiero wtedy mogą odzyskać szansę na swój podmiotowy byt. O ile Ziemia przetrwa działalność i ekspansję człowieka...

Piśmiennictwo

1. Żebruń K.: Czy my w ogóle wiemy ile nas jest - czy można zgubić ludzi w cyfrowym świecie?, 31.03.2019, <http://www.benchmark.pl/aktualnosc/ile-ludzi-dokladnie-jest-na-swiecie-czy-mozna-uniknac-zliczenia.html> (2.05.2019).
2. https://pl.wikipedia.org/wiki/Ludno%C5%9B%C4%87_%C5%9Bwiata (2.05.2019).
3. Głód działań na rzecz klimatu? https://www.nato.int/docu/review/2011/Climate-Action/Population_growth_challenge/PL/ (2.05.2019).
4. <http://www.benchmark.pl/aktualnosc/ile-ludzi-dokladnie-jest-na-swiecie-czy-mozna-uniknac-zliczenia.html> (2.05.2019).
5. Hancock E.: Tak jedzą ludzie w 5 najzdrowszych krajach na świecie, BusinessInsider.com, 19.04.2017, <https://businessinsider.com.pl/lifestyle/co-jedza-ludzie-na-swiecie/09r6yw2> (3.05.2019).
6. Badowski M.: *Na naszych stołach króluje mięso. W 2017 roku przeciętny Polak zjadł 78,5 kg*, strefabiznesu.pl, 05.02.2018, <https://strefabiznesu.pl/na-naszyc-stolach-kroluje-mieso-w-2017-roku-przecietny-polak-zjidl-785-kg/ar/12907976> (3.05.2019).
7. Ile zwierząt zjada człowiek w ciągu całego swojego życia, polityka.pl, 15.03.2015, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/nauka/1612473,1,ile-zwierzat-zjada-czlowiek-w-ciagu-calego-swojego-zycia.read> (3.05.2019).

8. Schwarzenberg-Czerny U.: Wszystko, czego nie chcielibyście wiedzieć o bananach, 3.11.2015, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/ludzieistyle/1638929,1,wszystko-czego-nie-chcielibyście-wiedzieć-o-bananach.read>, (3.05.2019).
9. Zwierzęta w chowie przemysłowym, <https://www.ciwf.pl/zwierzeta/> (3.05.2019).
10. Intensywny chów świń, <https://www.ciwf.pl/zwierzeta/swinie/intesywny-chow-swin/> (3.05.2019).
11. Króliki, <https://www.ciwf.pl/zwierzeta/kroliki/> (3.05.2019).
12. Maciory, <https://www.ciwf.pl/zwierzeta/swinie/maciory/> (3.05.2019).
13. Chów intensywny, <https://www.ciwf.pl/zwierzeta/krowy/chow-intensywny/> (3.05.2019).
14. Dziecko bez matki - cielęta na fermie mlecznej, Stowarzyszenie Otwarte Klatki, <https://www.youtube.com/watch?v=eBUYEBRsTgg> (3.05.2019).
15. Płes A.: *Porażenie prądem, strzał między oczy... Tu się zabija!*, nowiny24.pl, 22.12.2009, <https://nowiny24.pl/porazenie-pradem-strzal-miedzy-oczy-tu-sie-zabija/ar/6067037> (3.05.2019).
16. Niekończące się transporty i śmierć w rzeźniach. Dramat tysięcy polskich koni (drastyczne wideo), gazetalubuska.pl, 2.10.2014, <https://gazetalubuska.pl/niekonczace-sie-transporty-i-smierc-w-rzezniach-dramat-tysiecy-polskich-koni-drastyczne-wideo/ar/7465069> (3.05.2019).
17. Niemcy: Okrucieństwo i chore zwierzęta w rzeźni, farmer.pl, 16.04.2019, <http://www.farmer.pl/produkcja-zwierzeca/bydlo-i-mleko/niemcy-okrucienstwo-i-chore-zwierzeta-w-rzezni,85232.html> (3.05.2019).
18. Szczecinecki T.: Zwierzęta idą na rzeź. Nagrano niesłychane okrucieństwo i przemoc, 4.10.2016, <https://szczecinek.com/arttykul/zwierzeta-ida-na-rzez/202290> (3.05.2019).
19. <https://pl-pl.facebook.com/fundacjaviva/posts/makabrycznie-nagrania-z-rze%C5%BAniw-beirucie-niewyobra%C5%BCalne-okrucie%C5%84stwo-trzeba-pod/733602043336166/> 7.12.2013 (3.05.2019).
20. Ulanowski K.: Martwi mnisi medytują, Sucholeski Magazyn Mieszkańców Gminy, <http://sucholeski.eu/nr-76-maj-2018/martwi-mnisi-medytuja/> (3.05.2019).
21. Stanisławski P.: Jak 100 lat hodowli zniekształciło rasy psów, <https://www.crazynauka.pl/jak-100-lat-hodowli-zniekształciło-rasy-psow/> (5.05.2019).
22. <https://www.crazynauka.pl/jak-100-lat-hodowli-zniekształciło-rasy-psow/> (5.05.2019).
23. <https://www.crazynauka.pl/jak-100-lat-hodowli-zniekształciło-rasy-psow/> (5.05.2019).
24. <https://dogbehaviorscience.wordpress.com/> (5.05.2019).

25. NIK o zapobieganiu bezdomności zwierząt, 4.06.2016, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-zapobieganiu-bezdomnosci-zwierzat.html> (5.05.2019).
26. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-zapobieganiu-bezdomnosci-zwierzat.html> (5.05.2019).
27. Poznań: umorzono sprawę skrajnie wygłodzonego psa, 23.11.2015, https://epoznan.pl/news-news-62789-Poznan_umorzono_sprawe_skrajnie_wygłodzonego_psa (5.05.2019).
28. Fundacja Animal Security, [z:] *Poznań: umorzono sprawę skrajnie wygłodzonego psa*, 23.11.2015, https://epoznan.pl/news-news-62789-Poznan_umorzono_sprawe_skrajnie_wygłodzonego_psa (5.05.2019).
29. Testy na zwierzętach, <https://www.otwarteklatki.pl/testy-na-zwierzetach/> (5.05.2019).
30. Wymieranie gatunków, <https://ziemianarozdrozu.pl/encyklopedia/96/masowe-wymieranie-gatunkow> (5.05.2019).
31. Ulanowski T.: Szóste wielkie wymieranie: Coraz mniej gatunków na coraz mniejszej Ziemi, wyborcza.pl, 12.07.2017, <http://wyborcza.pl/7,75400,22085610,szoste-wielkie-wymieranie-coraz-mniej-gatunkow-na-coraz-mniejszej.html> (5.05.2019).
32. Ludzkość jest w połowie drogi do zniszczenia planety, 29.01.2015, <https://zmiany.naziemi.pl/wideo/ludzosc-jest-w-polowie-drogi-zniszczenia-planety> (5.05.2019).

Zdrowie psychiczne człowieka a sztuka. Część pierwsza. Malarstwo

Marcinkowski Jerzy T.^{1,2,3}, Konopielko Zofia⁴, Rosińska Paulina^{2,5}, Tomczak Magdalena⁶, Wieleba Małgorzata⁷, Klimberg Aneta¹

1. Katedra Higieny i Epidemiologii, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski
2. Uczelnia Łazarskiego w Warszawie, Wydział Medyczny
3. Zakład Zdrowia Publicznego, Katedra Medycyny Społecznej, Wydział Lekarski I, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
4. Poradnia Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego, Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie
5. Katedra Psychologii Rehabilitacji i Rewalidacji, Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
6. Centrum Terapii Manualnej w Sierosławiu k/Poznania
7. Abteilung für Gynäkologie, Städtisches Krankenhaus in Spremberg, Brandenburg, Deutschland

Wstęp

Malowidła skalne sprzed 25.000 lat (Jaskinia Lascaux we Francji), Muzy w Orszaku Apollona w mitologii greckiej, 7 Cudów Świata (starożytnego) i inne wspaniałe budowle, malarstwo, literatura, muzyka, zdobna sztuka użytkowa, a nawet makijaż, fryzura – to tylko niektóre dowody na obecność sztuki w życiu człowieka od zarania dziejów.

Emocje twórcy i odbiorcy wzajemnie się przenikają, dając nie tylko upust „złej energii”, uspokojenie, ale też zachwyty. Według Platona (427-347 r. p. n.e.) „Sztuka to Piękno i Dobro”.

Oczywiście ludzie tworząc obrazy odeszli od idei Platona - ale i tak efekt tworzenia i oglądania dzieł sztuki jest zgodny z pięknymi słowami Pablo Picassa (1881-1973), który ujął to oryginalnie i obrazowo - „Sztuka wypłukuje z duszy kurz życia codziennego”.

Cele pracy

Ukazanie - na podstawie przykładów wybranych arcydzieł malarskich z różnych okresów - iż sztuka i obcowanie ze sztuką, co towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów, daje korzyści przejawiające się zainteresowaniem światem i podnoszące dobrostan psychiczny.

Material i metody

Dokonano przeglądu dzieł sztuki z różnych okresów twórczości malarskiej – wybierając (po długiej i trudnej dyskusji pomiędzy autorami) te, które (w subiektywnym odbiorze autorów) ilustrują szczególnie wyraźnie wpływ sztuki malarskiej na zdrowie psychiczne człowieka.

Zaproponowano wspólne obejrzenie pojedynczych dzieł, które wywołały, czy wywołują w nas specjalne emocje poprzez oderwanie od rzeczywistości, nowe poznanie, a może tylko radosne przypomnienie - że już kiedyś widzieliśmy i nic to, że zapomniane - ale zostało dane by obejrzeć raz jeszcze, odkrycie czegoś nowego w kiedyś już widzianym, zadziwienie, zadowolenie, ukojenie, a może zachwyt i zapisanie w oczach. Czyż nie są to elementy utrzymywania zdrowia psychicznego? Spośród niepoliczalnej liczby obrazów wybraliśmy zaledwie kilkanaście. I refleksje przy okazji są tylko nasze, subiektywne, nie krytyków sztuki, nie recenzentów a zwykłych ludzi wykonujących różne zawody medyczne. Nasz ogląd może komuś się nie spodobać, że naiwny lub obrazoburczy wręcz. Ale tzw. głos ludu też się liczy, czasem nawet bardziej niż głos znawców wysokiej klasy. Wybraliśmy więc dzieła następujących malarzy:

→ **Hieronim Bosch** (1450-1516) [1-9], który reprezentuje młodsze pokolenie prymitywistów niderlandzkich – stąd jego dzieła są postrzegane przez pryzmat sztuki późnego średniowiecza, ale też w kontekście nowożytności – wielu krytyków uważa, że malarstwo Boscha stało się inspiracją dla XX-wiecznych surrealistów. Jego twórczość charakteryzuje złożona symbolika wielokrotnie tycząca grzeszności, ale też niedoskonałości człowieka. Niektórzy jego „dziwaczność” wiążą z ogromną traumą przeżytą w 13. roku życia, jakim był potężny pożar. Bosch zaskakuje zawilnością rzuconej myśli, bywa, że niejasną dla odbiorców jego sztuki, choć fascynującą, gdy się samodzielnie dokona interpretacji – może czasem niezgodnej z opinią krytyków. Rozkoszą jest całkowite oderwanie się od swojego życia i problemów, a zagłębienie w baczne wypatrywanie szczegółów, z których każdy ma jakieś ukryte znaczenia. Biografia oraz dane dotyczące wielkiej liczby jego prac z różnych okresów życia są dostępne w Wikipedii lub w wielu publikacjach. Wszyscy znamy „Ogród rozkoszy ziemskich”, czy „Sąd Ostateczny” lub „Siedem grzechów głównych” i „Cztery rzeczy ostateczne” lub „Stół Mądrości”. Obrazy te

zadziwiają, pobudzają do rozmyślań nad naturą malarza, nad jego wyobraźnią i kunsztem, ale też przedstawionymi problemami. Szczególnie w czasach współczesnych, gdy Kościół Katolicki oficjalnie uznaje istnienie demonów i wielokrotnie zaleca egzorcyzmy wykonywane przez oraz bardziej liczną grupę kapłanów. Myśląc o tym zda się cofamy do wieku, kiedy żył Bosch i jesteśmy jakoś blisko niego - odnajdujemy swoje miejsce w wielkim świecie - może uzyskujemy spokój, czy choćby odprężenie. Przedstawione w prezentacji obrazy jak *Sąd Ostateczny* - nasuwają wyżej wspomniane skojarzenie – inne zadziwiają - jak namalowany przez Boscha przypuszczalnie w 1489 r., stosunkowo niewielki, bo 49 × 40,5 cm obraz pt. *Św. Jan Chrzciciel na pustyni* - umieszczony aktualnie w Muzeum Lazaro Galdiano w Madrycie, gdzie obok 12 600 obrazów Boscha, Goi, El Greco, Velazqueza i wielu innych znajduje się ok. 20 000 woluminów – zbiory te zostały zgromadzone przez finansistę Jose Lazaro i przekazane państwu. Św. Jan Chrzciciel (**obraz 1**) przedstawiony w pozie zamysłonego jeszcze, zanim ochrzczi Jezusa i będzie to czynił innym ludziom (bo ponoć przedtem przebywał na pustyni), czy przewidującego już, że sakrament ten może nic nie dać, że i tak człowiek będzie żył po swojemu nie zawsze spełniając wolę Boga – jak to dzieje się od zawsze, a szczególnie w naszym świecie – zwalczą się myślących inaczej, postponuje i wprowadza w życie czyny niegodne. Patrząc nie tylko na ten XVI-wieczny świat, kiedy to Bosch miał swoje wizje, ale tym bardziej na nasz dzisiejszy św. Jan Chrzciciel medytujący na pustyni po prostu pewnie boi się o ludzkość. Zadziwia też *Wędrowiec* - obraz Boscha namalowany pomiędzy latami 1487 a 1516, o wymiarach 71 × 70,6 cm (podaję dla wyobrażenia sobie skali), umieszczony w jednym z największych muzeów w Holandii - Museum Boijmans Van Beuningen - położonym na terenie Museum Park – wielkiej przestrzeni muzealnej w centrum Rotterdamu. *Wędrowiec* (**obraz 2**) wygląda raczej jak uciekinier – może uchodźca – jakież to współczesne, gdy stajemy w obliczu wędrówki ludów i jakże „dzielnie” się bronimy przed tzw. innymi. Tak, nasze zadziwienie tymi obrazami - takie ważne - jak zauważyliśmy wcześniej – ważne dla naszego zdrowia psychicznego – przeżywać zadziwienie – to jakby powrót do dzieciństwa. Oglądając te obrazy powstałe 5 wieków temu jesteśmy zadziwieni, jak bardzo się nie różnimy od poprzednich pokoleń, jak wiele tam odniesień do współczesnych nam czasów – jak ponadczasowe są myśli Boscha. I po tym zadziwieniu przychodzi też nadzieja, że pomimo upływu wieków, problemów podobnych do naszych - ludzkość przetrwała. Z tą nadzieją wychodzimy z tych dwóch muzeów – silniejsi na duchu, jakoś pokrzepieni. Ale wkrótce przychodzi kolejne dziecięce zadziwienie, bo zawędrowaliśmy bowiem do Muzeum Albertina w Wiedniu. Tam kolekcja grafik największa na świecie - jakże kochamy grafiki ☺. I nagle widzimy dość niepozorny, bo piórkiem malowany i bistrem, czyli brunatnym pigmentem ze smolistej sadzy spalonego

drewna bukowego - obrazek zatytułowany *Człowiek - drzewo*. Czytamy, że Boscha (**obraz 3**) – i że został namalowany w roku bliżej nieznanym, ale na pewno pomiędzy 1455-1516. Wymiary zaledwie 27,7 × 21,1 cm. Jesteśmy porażeni, dalej się nie da iść. Trzeba tu stać, stać, stać i patrzeć. Prawda? Człowiek zanurzony w przyrodzie, tworzący przyrodę, tyle detali do wpatrywania się – i nadzieja, że Bosch, ktoś tak nam odległy w czasie myśli podobnie – bo właśnie tak i my myślimy – zespolenie z przyrodą – jedność tego świata – niezaburzona jest siłą. I nawet zapominamy o polskim wycinaniu lasów, co tak bardzo nas przeraża – przeraża to małe słowo – i wierzymy, że człowiek zintegrowany z przyrodą na zawsze - zwycięży.



Obraz 1. Hieronim Bosch (1450-1516). Św. Jan Chrzciciel. Źródło: [A]



Obraz 2. Hieronim Bosch (1450-1516). Wędrowiec. Źródło: [B]

Wkrótce opuszczamy Madryt i Holandię, i w dalszej naszej wędrówce (jakże to wędrowanie jest prozdrowotne ☺) - w poszukiwaniu obrazów, które najbardziej do nas przemówią docieramy do Watykanu. Choć obecnie to miejsce jest jakby mniej patetyczne, bo nasz Kościół, także państwo Watykan, boryka się z licznymi problemami, z którymi nie bardzo wiadomo czy sobie poradzi i wierni przestaną wpadać w ekstazę w czasie mszy, ba nawet do

kościół nie zają – co już się dzieje w wielu krajach, także naszym. Zapominamy jednak o tym – o licznych aferach ludzi kościoła – bo idziemy na spotkanie z Michałem Aniołem.



Obraz 3. Hieronim Bosch (1450-1516). Człowiek- drzewo. Źródło: [C]

→ **Michał Aniol** (1475-1564) [10] – włoski malarz, rzeźbiarza, poeta i architekt epoki Odrodzenia – autor odwiedzonej przed chwilą Piety, czy oglądanej kopuły bazyliki św. Piotra. Odnajdujemy go oczywiście w Kaplicy Sykstyńskiej, gdzie czeka na nas najbardziej rozpoznawalny jego fresk - *Stworzenie Adama* (**obraz 4**).



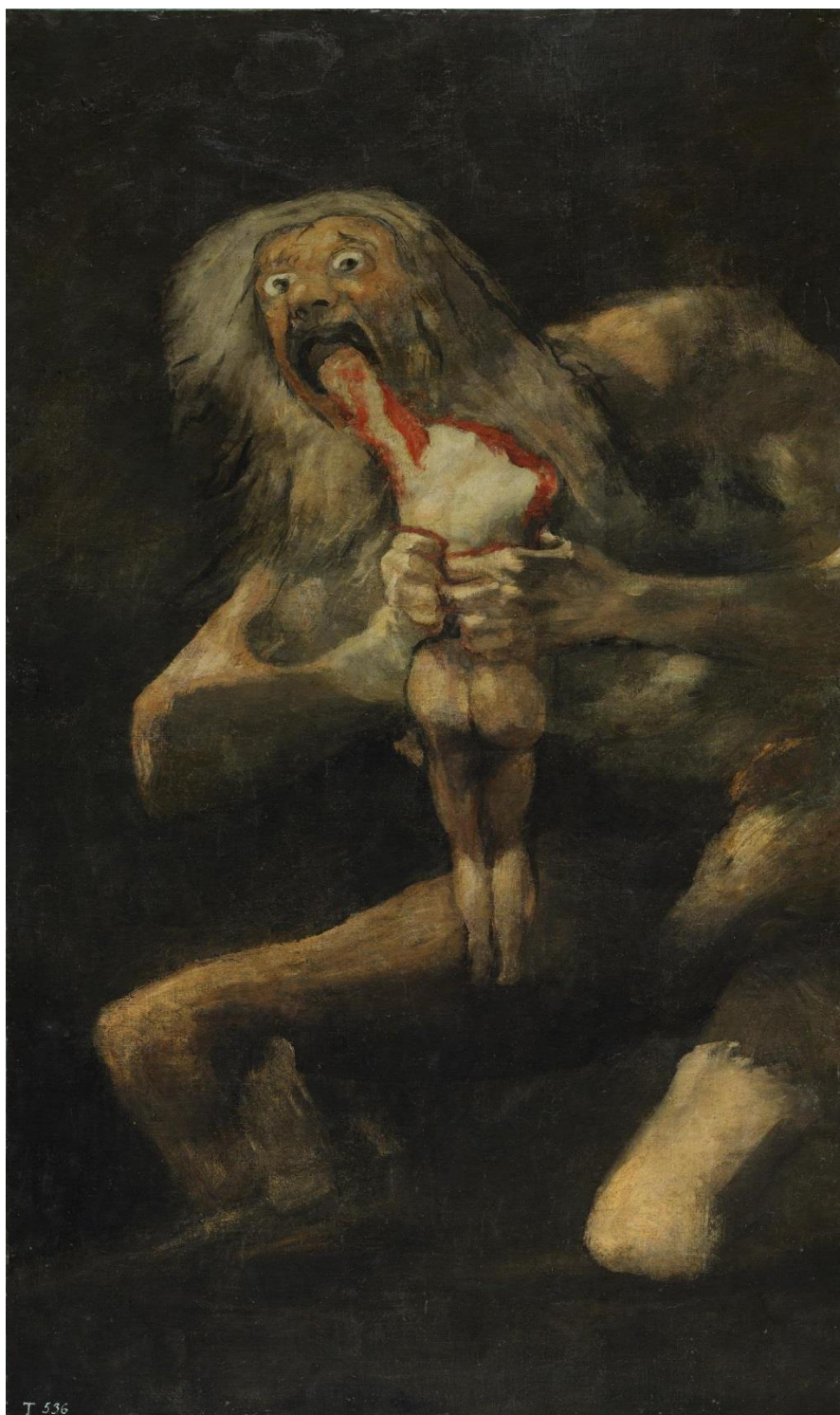
Obraz 4. Michał Aniol (1475-1564). Stworzenie Adama. Źródło: [D]

Powstał ok 1511 roku, zajmuje powierzchnię $480 \times 230,1$ cm. I zadzieramy głowę i tkwimy w zachwycie przed wielkością malarza, czy tego, co chciał nam opowiedzieć? Czy dostajemy od Stwórcy tylko iskrę życia, czy poprzez wskazanie palcem i połączenie z palcem Adama Bóg pokazuje nam jak żyć – czy przekazuje też swą siłę mówiąc „nie lękajcie się, jam jest”? Wychodzimy uskrzydleni i z tą Siłą otrzymaną, Nadzieją i jakąś Radością wracamy do swojego życia...

A teraz ciąg dalszy podróży – podróże to trzymanie nas w pionie, to planowanie, oczekiwanie i wreszcie spełnienie. Samo zdrowie ☺ Jesteśmy w Muzeum Prado, by spotkać

Jego Wysokość → **Francisco Jose de Goya y Lucientes** (1746-1828) [11]. Wiemy, ale doczytujemy, że to hiszpański malarz, grafik i rysownik okresu romantyzmu, portrecista i malarz scen rodzajowych, nadworny malarz Karola III Burbona, Karola IV Burbona i Ferdynanda VII Burbona; że stale pracował nad własnym, niepowtarzalnym stylem - przechodząc od baroku i rokoka poprzez neoklasycyzm do preromantyzmu i preimpresjonizmu. Już wiemy co będzie dla nas (dla drugiej autorki na pewno) najważniejsze. To seria czarnych obrazów. Może niedawno przeczytała fascynującą książkę znakomitego polskiego pisarza Jacka Dehnela pt. *Saturn*, może już gdzieś kiedyś widziała, może był zamieszczony w jakiejś biografii Goi, albumie lub słyszała o filmie Milosa Formana *Duchy Goi*, który powstał w 2006 roku, a który jakoś przeoczyła. Może i dobrze, bo czasem filmy nie oddają wyobrażeń tworzonych na podstawie literatury. Jest to nawet częste w przypadku drugiej autorki pracy. Jak piszą w Wikipedii - efektem wyzwolenia od klasycznych zasad i fazą szczytową artystycznego wyrazu Goi jest seria czarnych obrazów - pomysł powstał po przebyciu ciężkiej choroby artysty (1792), w wyniku której stracił słuch; przestał malować na zamówienie i przy nawrocie choroby (1819) na ścianach swojej rezydencji nazwanej *Domem Głuchego* rozpoczął malowanie obrazów ciemnymi barwami farby olejnej, bezpośrednio na tynku, bez koniecznego dla fresku przygotowania ścian; w okresie 1821-1823 powstało 14 takich jego dzieł przedstawiających wizję upadku dawnego świata, obrazy nędzy i rozpadu tradycyjnych wartości, zniszczenia i samozagłady. Dzieła zostały uratowane, bo za sprawą kolejnego właściciela domu – niemieckiego bankiera, Émile d'Erlanger – zostały przeniesione na płótno i przekazane Muzeum Prado (1881). Bardzo boimy się spotkania bezpośrednio oko w oko z „Saturnem” Goi – szukamy obrazu z drzeniem serca – o jakże budujące jest to uczucie – poszukiwanie, oczekiwanie – jak bardzo odrywa od codzienności, umysł skoncentrowany na czymś innym zapomina o bólu fizycznym, a także duchowym. Działanie prozdrowotne - uśmiecha się nasz profesor higieny – pierwszy autor. Oczywiście dobrze wiemy, że w mitologii rzymskiej bóg Saturn – pożerał pierwszego syna, a potem kolejne swoje dzieci, by nie odebrały mu władzy nad światem... (**obraz 5**).

I może ten obraz straszliwych oczu Saturna jest potrzebny, może człowiekowi potrzebna jest dawka horroru, bo ponoć oglądanie grozy w sztuce uwalnia od agresji. Nie wiem, ponoć. Tylko dlaczego nasze myśli nawiązują do naszego obecnego świata – do polityków, którzy „zjadają” konstytucję, prawa obywateli, depczą niepełnosprawnych i słabych – dla władzy? dla pieniędzy? – te rozmyślenia tak boją, że z trudem, ale wracamy do mitologicznych rozważań i pólszalonego 72-letniego bardzo już chorego i głuchego Goi, i patrzymy w oczy Saturna. I wychodzimy oczyszczeni, na jasne światło dnia. Jest dobrze, jest dobrze tak jak jest...



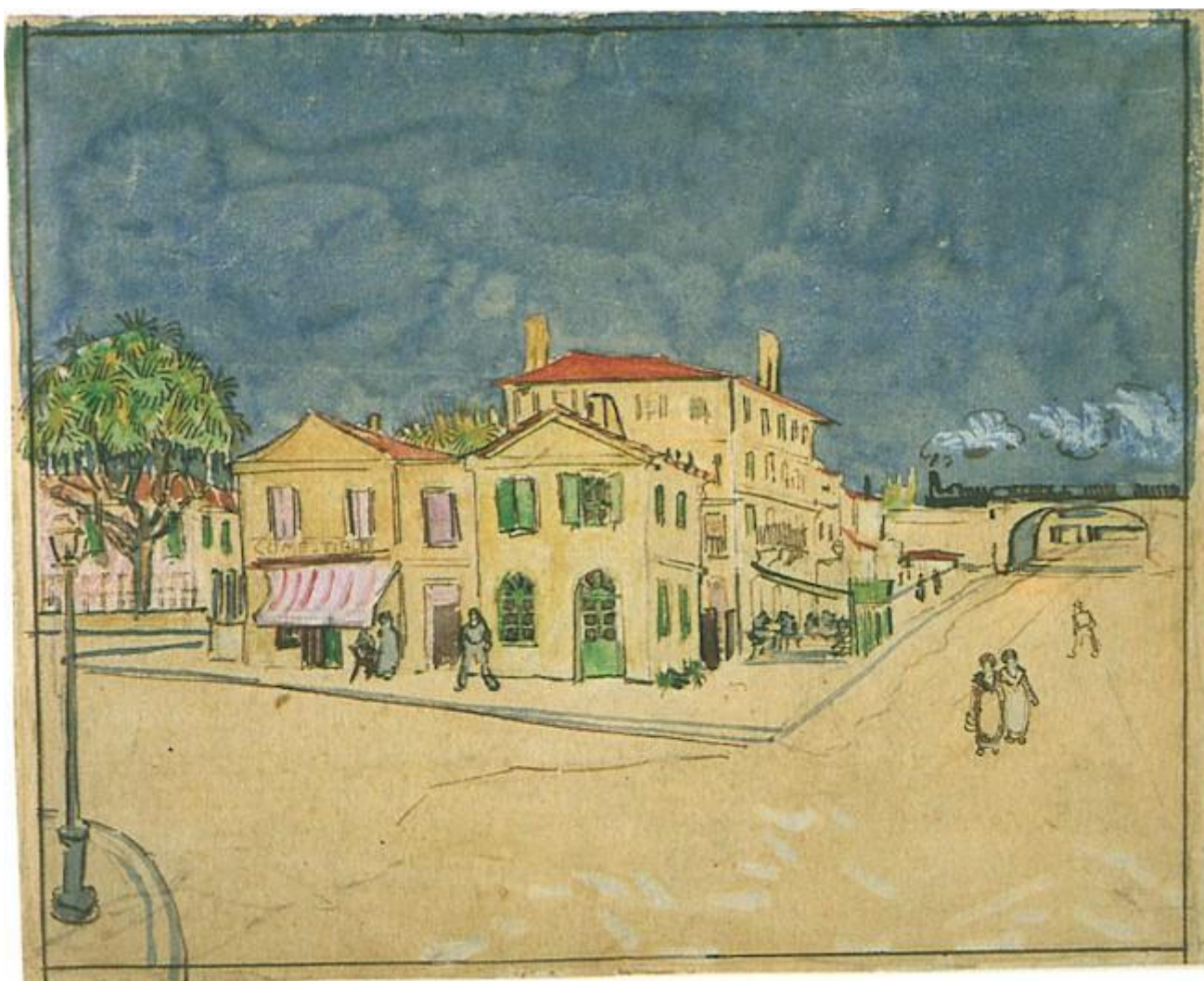
Obraz 5. Francisco Jose de Goya y Lucientes (1746-1828). Saturn pożerający własne dzieci. Źródło: [E]

Kontynuujemy swoją wędrówkę po świecie sztuki. A może tym razem w ramach podróży kształcących – bo to lubimy, bo to nasza siła napędowa, bo tym urozmaicamy codzienność – takim jasnym podróżniczym przerywnikiem – jak mawiają niektórzy słynni

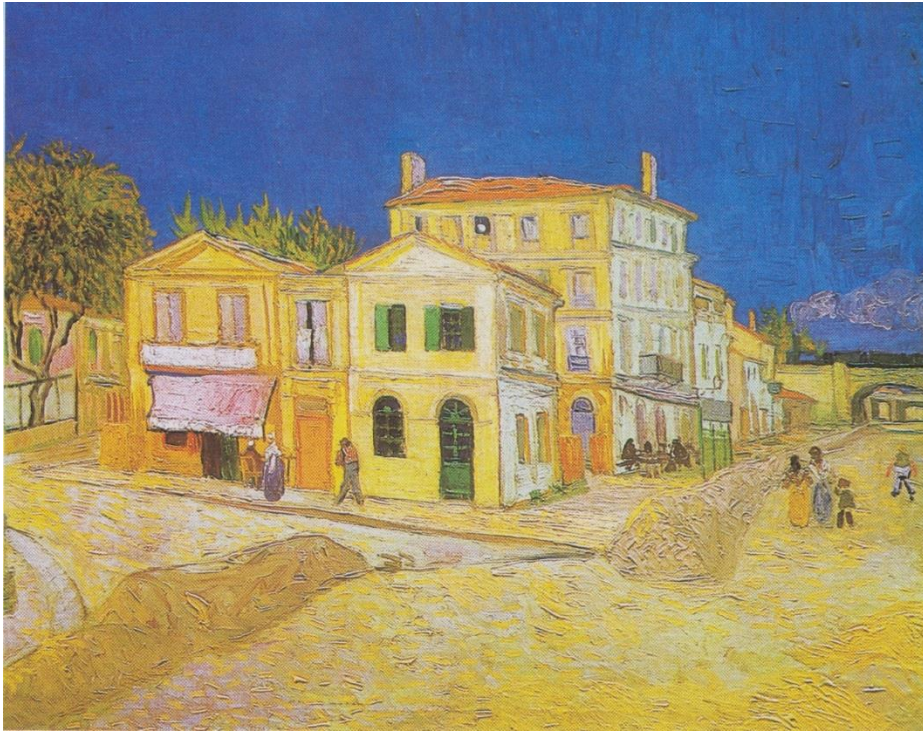
higieniści, jak choćby nasz pierwszy autor – podróże i zwiedzanie to istotne działanie prozdrowotne. Tak więc tym razem wybieramy Monachium. A jeśli Monachium to i Muzeum Nowa Pinakoteka. Ogromne zbiory - trzeba spędzać tam wiele tygodni, a może miesięcy, czy lat, by zwiedzić, by wracać, poznawać na nowo. Ale my tylko po *Słoneczniki*, które namalował → **Vincent van Gogh** [11,12,13,14]. Czy tylko? Aż tylko. Są!!! W którejś z sal jaśnieją z daleka – rozpoznawalne – obraz ten to balsam dla oczu – zawarty tylko na płótnie o wymiarach 91 × 28,3 cm. Dlaczego wybieram dzieła namalowane w Arles w latach 1888-1889? Bo tam był tak bardzo krótki okres w życiu van Gogha – pięknie jasny, świetlisty, nasycony Nadzieją. Gdy tam przybył, prawdzie nie podobały mu się portowe okolice, ale odkryte okoliczne pola – szerokie, kwitły lawendą i zanurzone w słońcu zachwyliły. I postanowił stworzyć tu na wzór XVII-wiecznego bractwa holenderskiego kolonię artystów. Jakoś bliskie mu było barwne, tahitańskie szczególnie, malarstwo Gauguina (nic dziwnego ☺) i to on miał być pierwszym gościem specjalnie zbudowanego przez gospodarza domu – który nazwał *Żółtym Domem*. Gauguin – zaproszony – wyraził chęć przybycia i zamieszkania. Niestety ten układ dwóch malarzy istniał tylko w marzeniach van Gogha – bo rzeczywistość od chwilowego zachwyty założyła ponure barwy. Obrazy van Gogha z tego szczęśliwego okresu w życiu, to wyraz jego bezbrzeżnej radości i zachwyty. O, tak znamy biografię tego malarza. Ale chcemy pamiętać te jego piękne chwile i to cudne malarstwo tego okresu. A może i my chcemy uciekać od zła tego świata – od narodowców, rozrastającego się nazizmu na świecie – choć na chwilę – chcemy przytulić się do ciebie – biedny, nieszczęśliwy malarzu, któryś jednak miał swoją słoneczną chwilę i nam ją zostawił... I wyjeżdżamy z Prowansji wrześniowej – lawendowej z obrazami z tamtego okresu, które zachowujemy pod powiekami na złe dni, na niepogody ducha i zaglądamy do Amsterdamu, do Muzeum van Gogha, by raz jeszcze nasycić oczy klimatami Prowansji – tam mieszka teraz wspomniany obraz *Żółty Dom*. Namalowany w szczęśliwym 1888 roku, by sobie lepiej wyobrazić warto znać wymiary tego płótna – to 72 × 91,5 cm. Vincent van Gogh (1853-1890) – holenderski malarz postimpresjonistyczny, którego twórczość dzięki żywej kolorystyce i emocjonalnemu oddziaływaniu wywarła ogromny wpływ na sztukę XX wieku. W pamiętnym wrześniu 1888 roku został namalowany obraz *Żółty Dom* (**obraz 6 i 7**); dnia 8 września 1888 roku van Gogh za radą przyjaciela – pracownika miejscowego urzędu pocztowego Josepha Roulina, zakupił dwa łóżka, które wstawił do tego *Domu* i po 9 dniach tam zamieszkał...

We wrześniu tegoż 1888 roku van Gogh namalował podczas nocy serię pogodnych obrazów, do których wracamy: *Taras kawiarni w nocy*, *Nocna kawiarnia*, *Portret Eugène'a Bocha* i *Gwiazdzista noc nad Rodanem*. Jak piszą znawcy - w obrazie *Taras kawiarni w nocy*

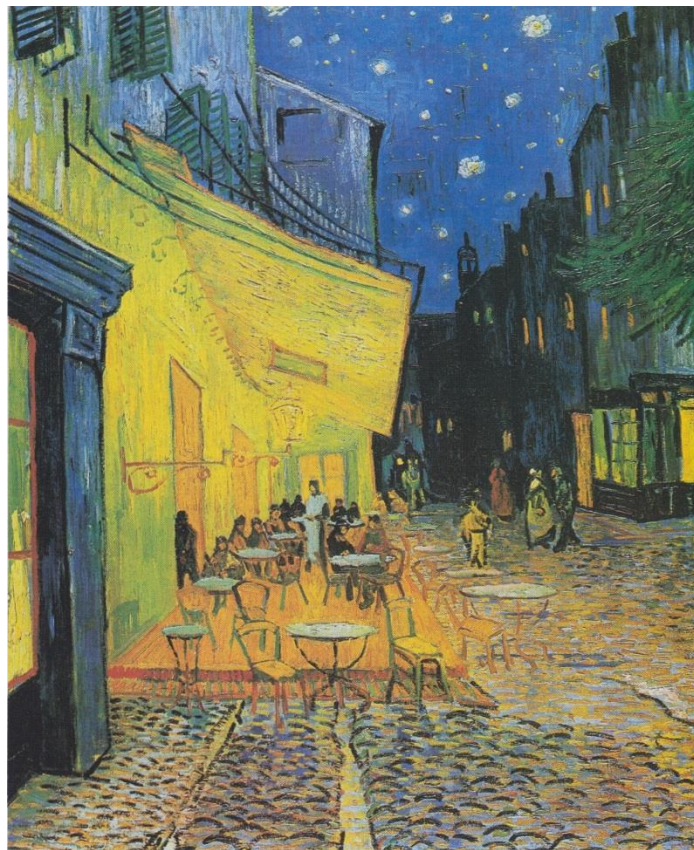
(obraz 8) artysta osiągnął niespotykaną wcześniej witalność barw żółtych i niebieskich, których miejsce zostało zdeterminowane nie tyle zasadą kontrastu, ile faktem ucieleśnienia walorów światła. Krzykliwy kolor żółty i przytłumiony niebieski reprezentują tu obszary uderzającej jasności i delikatnego półmroku. Jedyne źródłem światła na obrazie są lampy gazowe oświetlające taras. W ich jasnym blasku zanurzone są postacie ludzi siedzących na tarasie. Oświetlenie gazowe, będące sztucznym źródłem światła reprezentuje nowoczesność i jako takie zostało przeciwstawione oświetleniu naturalnemu – migoczącym na nocnym niebie gwiazdom oraz świeczkom płonącym w oknach, dodającym obrazowi nastroju romantyzmu i tajemniczości.



Obraz 6. Vincent van Gogh (1853-1890). Żółty dom 1. Źródło: [F]



Obraz 7. Vincent van Gogh (1853-1890). Żółty dom 1. Źródło: [G]



Obraz 8. Vincent van Gogh (1853-1890). Taras kawiarni w nocy. Źródło: [H]

I oto któregoś dnia wybieramy się do Wiednia. Już dawno mieliśmy taki zamiar, ale jakoś się nie układało. Teraz jedziemy. Wiemy, że jedziemy na spotkanie z → **Gustawem Klimtem** [15]. Za dużo obejrzelśmy jego pełnych tajemnicy i swoistego napięcia zbudowanego pomiędzy obrazem a oglądającym kobiecych portretów. Ale zanim przekroczymy progi Galerii Austriackiej Górnego Belwederu, Muzeum Leopoldów i wiedeńskiej Albertiny by się spotkać tym malarzem, oglądamy miasto, bo tam zostały ślady jego działalności. Otóż znalazł się on w kręgu artystów, którzy uczestniczyli w kształtowaniu wyglądu właśnie wybudowanych budowli na Ringstraße. Wspólnie ze swoim bratem Ernstem i Franzem Matschem założył „Towarzystwo Artystyczne”, które przez dziesięć lat uczestniczyło w wykańczaniu wnętrz pałaców, willi, teatrów i muzeów w Wiedniu i w całej monarchii naddunajskiej. Po śmierci Ernsta wspólnota artystyczna zaczęła się rozpadać. Jednak Klimt, już samotnie idzie dalej szukając ujścia swoich czasem sennych marzeń, czy wyobrażeń o pięknie w malarstwie. W tym czasie- na przełomie wieków, w Wiedniu publikuje swoje dzieła Zygmunta Freuda i sztuka też szuka nowych dróg. Wtedy Klimt pod wpływem symbolizmu przedstawia krajobrazy duszy z mrocznymi uczuciami i pełnymi nadziei sennymi marzeniami. W 1897 roku jest prezesem Stowarzyszenia Artystów Austriackich i główną postacią tzw. secesjonistów dążących do odnowy w sztuce. Pawilon Secesji na wiedeńskim Placu Karola staje się budynkiem wystawowym nowego ruchu. Jest to okres największych jak do tej pory skandali artystycznych, których punkt szczytowy nastąpił w 1900 r., kiedy Klimt ukończył obrazy przedstawiające alegorie wydziałów Uniwersytetu Wiedeńskiego. Obraz będący dziełem Gustava Klimta - *Fryz Beethovena* – powstał z okazji XIV wystawy Secesji w 1902 r., rozpoczyna się nowy etap w jego działalności artystycznej. W jego dziełach coraz bardziej dominuje ornamentyka i intensywne posługiwanie się złotem, co zapowiada ten okres jego twórczości, którego ukoronowaniem jest powstały w latach 1907/1908 obraz *Pocałunek* (**obraz 9**). Po trzech dekadach intensywnej pracy (**obraz 10, 11 i 12**), licznych triumfach i konfliktach, Klimt doznaje udaru mózgu, w wyniku którego umiera dnia 6 lutego 1918, w wieku niespełna 56 lat. Został pochowany na cmentarzu w dzielnicy Hietzing. W Wikipedii znajdujemy taki zapis → Gustaw Klimt (1862-1918) – jeden z najwybitniejszych przedstawicieli secesji, przywódca wiedeńskiego modernizmu. Zaliczany do największych malarzy erotycznych w historii sztuki. Dlaczego kochamy Klimta i lubimy patrzeć na jego obrazy? Za to, że w ogóle secesję pokochaliśmy? Czy za odwieczny motyw kobiet tego nieśmiałego na co dzień artysty, który - pytany w wywiadach - jedynie wskazywał na swoje dzieła, a faworyzowany przez dwór cesarski jako mieszczanin był ignorowany przez arystokrację, co z pewnością było dla niego jakąś ujmą, kobiety traktował z szacunkiem lecz dystansem, choć posiadał 14 dzieci, nigdy się

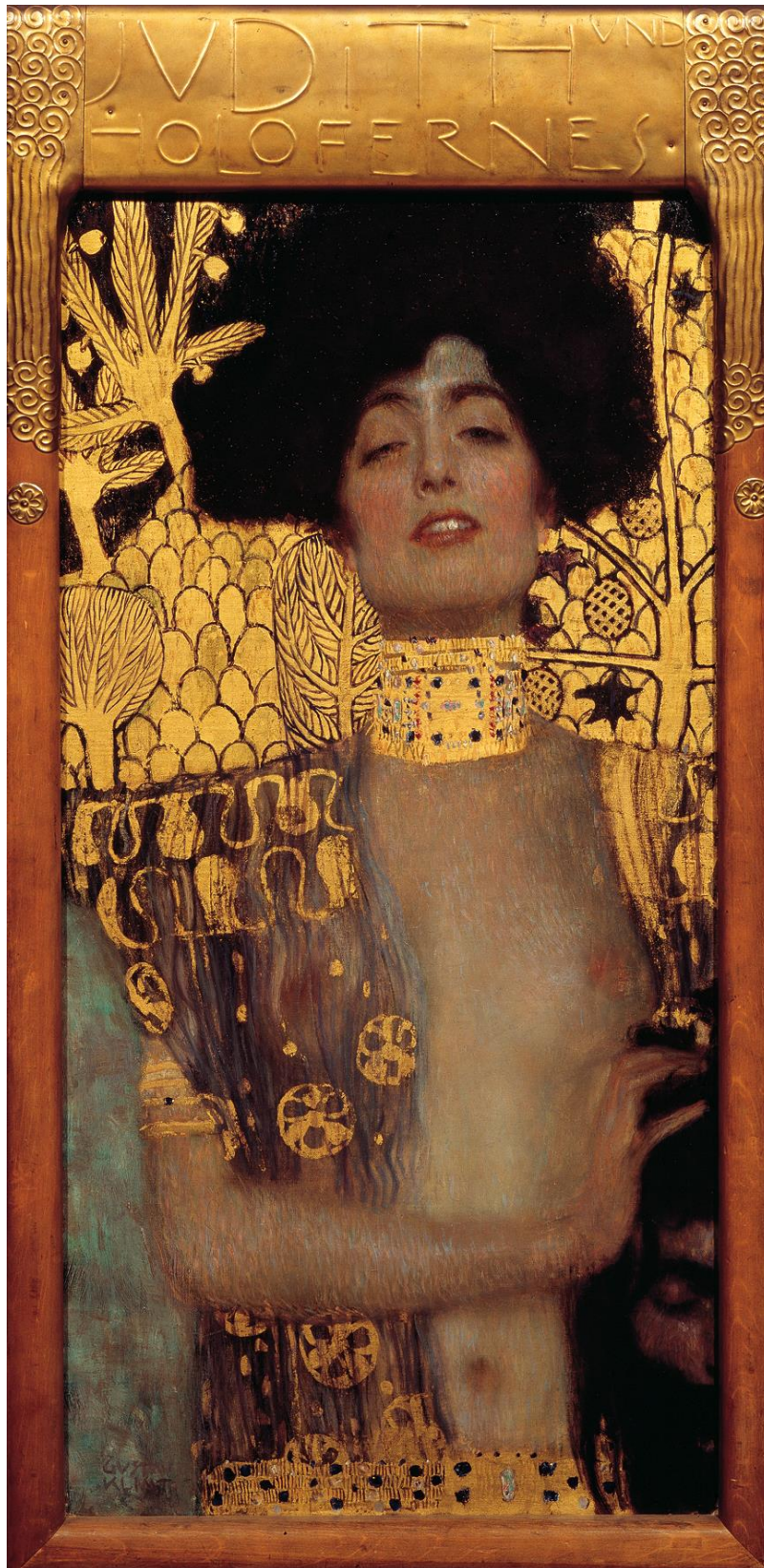
nie ożenił, a mieszkał z matką. Pytany dlaczego jest sam mówił: „...bo boję się prawdziwej miłości i czuję przed nią respekt”.



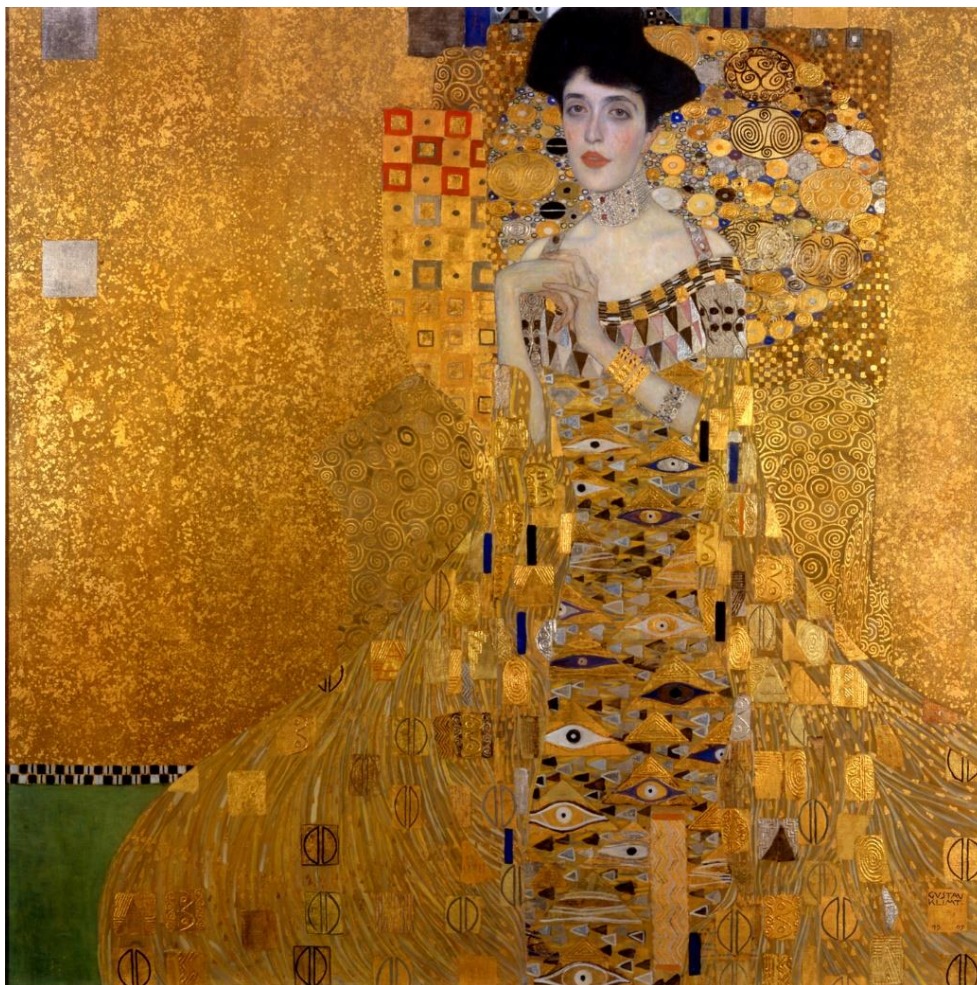
Obraz 9. Gustaw Klimt (1862-1918). Pocałunek, 1907-1908. Źródło: [I]

A więc dlaczego kochamy Klimta i lubimy patrzeć na jego obrazy? Kochamy go za kobiety tak malowane - pełne tajemnicy, czasem wyzywające, prowokujące, ale – stawiające czoło różnym stanom fizjologicznym, jak ciąża, wiek i utrata cielesnej urody. Malował kobiety pewne siebie, odważne i piękne, a u szczytu jego twórczości zdobne w ornamente pięknie

podkreślające ich twarze i dłonie – co dawało efekt pewnego oddalenia i niedostępności dla oglądającego.



Obraz 10. Gustaw Klimt (1862-1918). Judyta z głową Holofernesa. Źródło: [J]



Obraz 11. Gustaw Klimt (1862-1918). Adele Bloch – Bauer, 1907. Źródło: [K]

Później funkcję jakiegoś dystansu od oglądającego przejmie intensywnie używany kolor, który nadaje obrazowi jakby własne życie, a utrzymanie bogatej ornamentyki niejako podkreśla dwuwymiarowość. Według krytyków - mimo tego dążenia do tworzenia wspomnianego dystansu w jakiś trudny do określenia sposób - Klimtowi udaje się wytworzyć atmosferę cienkiej niewidzialnej nici łączącej oglądającego z namalowaną kobietą, rodzaj silnego emocjonalnego napięcia związku tego, co jest powodem, że portrety Klimta fascynują jak żadne inne. Przy nich my, kobiety, czujemy się silniejsze i niemal tak samo piękne, ale też się zastanawiamy, czy w życiu codziennym nie za bardzo się odsłaniamy, nie zachowując pewnej otoczki tajemnicy. A może próbujemy przy pomocy ozdób, czy makijażu też stworzyć napięcie pomiędzy mężczyzną a kobietą? Kto wie? Pewnie i panowie przy oglądaniu takich obrazów wciągają brzuchy i snują swoje marzenia. Klimt znacznie wyprzedził następującego po nim, zresztą cenionego przez niego Eгона Schiele.



Obraz 12. Gustaw Klimt (1862-1918). Nadzieja II, 1907- 1908. Źródło: [L]

Autorzy zaplanowali znacznie obszerniejszą analizę dzieł wymienionych w streszczeniu i poniżej w zarysie lecz ta bardzo subiektywna ocena z próbą zestawienia wpływu na zdrowie psychiczne człowieka nie daje im śmiałości dla jej kontynuowania. Jeśli byłaby potrzeba dalszych analiz, to autorzy są skłonni podjąć dalszą swoją pracę, bo stale się rodzą nowe myśli, które może warto byłoby zaprezentować. Oto malarze podani w streszczeniu, których choćby pojedyncze dzieła nie zostały w tej pracy zaprezentowane:

- Józef Chełmoński (1849-1914) - reprezentant realizmu.
- Jan Matejko (1838-1893) – jeden z najwybitniejszych malarzy w historii, twórca obrazów historycznych i batalistycznych (ponad 300) oraz kilkuset rysunków i szkiców.

- Stanisław Wyspiański (1869-1907) – dramaturg, poeta - zwany czwartym wieszczem Polski, malarz (rysunki, szkicowniki, obrazy olejne, pastele), grafika, architekt, projektanta witraży, mebli i wnętrz.
- Stanisław Ignacy Witkiewicz – Witkacy (1885-1939) - wizjoner wyprzedzający epokę, a zarazem dotkliwie rzeczowy prześmiewca; przenikliwość jego sądów i katastroficznych przepowiedni pozwala potomnym odkrywać go wciąż na nowo; jest jednym z niewielu polskich twórców, których znaczenie w historii sztuki światowej wciąż trwa i nie słabnie.
- Eduard Manet (1832-1883) - prekursor impresjonizmu.
- Pablo Picasso (1881-1973) - uznawany za jednego z najwybitniejszych malarzy XX w., twórcę kubizmu.
- Salvador Dali, właśc. Salvador Domènec Felip Jacint Dalí i Domènech, marquès de Dalí de Púb (1904-1989) - kataloński malarz, jeden z najbardziej znanych surrealistów i rozpoznawalnych malarzy XX w.; postrzegany był jako skrajny ekscentryk – wymyślił własną metodę surrealistyczną zwaną „paranoiczno-krytyczną”; jego obraz „Trwałość pamięci” zwany także „Miękkie zegary” stał się symbolem surrealizmu; jak sam opowiadał – obraz ten powstał, gdy po zakończonej kolacji i wyjściu gości siedział i myślał o miękkości sera camembert, który leżał na talerzu; w jego pracowni znajdował się niedokończony obraz przedstawiający hiszpańskie skały, morze i uschłe drzewo; Dalí wiedział, że ten obraz wymaga dokończenia, że atmosfera obrazu będzie dobrym tłem dla czegoś; w pewnym momencie zobaczył dwa miękkie zegarki wiszące na gałęziach drzewa; dokończył obraz i w ten sposób powstało jedno z najbardziej znanych dzieł na świecie.
- Frida Kahlo (1907-1954) – meksykańska malarka, nawiązująca do kultury indiańskiej – często jej sztukę nazywa się naiwną czy surrealistyczną - pokazującej własne, przewlekłe cierpienie.
- Jerzy Duda-Gracz (1941-2004) - jeden z najbardziej rozpoznawalnych - portrecista początkowo chłoszczący małości małomiasteczkowe i wiejskiego ‘szaraka’, w późniejszym etapie malujący lirycznie pejzaże, a w końcu uprawiający malarstwo wręcz symboliczne.
- Zdzisław Beksiński (1929- 2005) – malujący niesamowite światy i kompozycje figuralne, surrealistyczne i zdeformowane, przesiąknięte śmiercią i życiem.
- nieco zapomniana Teresa Pągowska (1926-2007) – jej płótna rozpoznaje się natychmiast – figuratywne, często operują płamą surowego płótna, bardzo wyrafinowane kompozycyjnie z krótkimi informacjami na ich temat oraz własnymi przemyśleniami o ich oddziaływaniu na współczesnego człowieka.

Wyniki

Wyniki własnych, subiektywnych analiz wskazują na to, że od czasów prehistorycznych człowiek tworzy dzieła sztuki oddziałujące na sferę psychiczną jej odbiorców, nawet bardzo intensywnie. Sztuka jest formą uzewnętrzniania swoich uczuć i istotnego wpływania tą drogą na uczucia (sferę psychiczną) jej odbiorców. Arteterapia (leczenie przez sztukę) nazwana tak przez Adriana Hilla w 1942 r., znana była od wieków; stosowana była celowo przez dwóch francuskich psychiatrów A. A. Tardieu i M. Simon w XIX w. W malarstwie terminem tym określa się twórczość własną pacjentów, zwykle nieposiadających talentu, ale siła ekspresji ich obrazów i osiągnięcie celu poprawy stanu zdrowia jest ogromne. W maju 2019 r. w Muzeum Narodowym w Poznaniu nastąpiło otwarcie wystawy obrazów malowanych w ramach arteterapii przez chorych psychicznie.

Wnioski

Współczesny człowiek - zapętlony w obojętnym tłumie, szumie informacji medialnych, nieustannym przebywaniu on-line w mediach społecznościowych, zgrzytach, piskach, metalicznych melodyjkach telefonów komórkowych, w „płaskich”, krótkich rozmowach właściwie tylko informacyjnych, mnóstwie głupich filmików krążących w Internecie – gubi się, gdyż nie ma czasu na dostrzeżenie własnych uczuć, analizę siebie i swojego postępowania, nie mówiąc o zrozumieniu tego, co czuje inna osoba, jakie są jej faktyczne potrzeby i jak toczy się realny dookolny świat. I dlatego ratunkiem dla tak zagubionego człowieka jest zatrzymanie się w pędzie życia, zauważenie, że istnieje inny świat – świat obrazów - obecny w muzeach, albumach, czy portalach internetowych o tej tematyce. By wejść do tego świata sztuki trzeba jednak pewnego wysiłku (za wyjątkiem sztuki ulicznej) i już samo pokonanie tego progu może dawać radość, a dalsze nasycanie zmysłów oglądaniem – zwykle przynosi odprężenie lub podniesienie nastroju - nawet gdy obrazy są - nazwijmy to - niespokojne. W efekcie sami sobie dajemy szansę na pobudzenie pozytywnego myślenia i docieranie do platońskiego PIĘKNA i DOBRA – jakim jest ars (sztuka). Oczywiście odbiór dzieł sztuki zależy od osobowości, czy nastroju chwili danego człowieka, może wiązać się z rozważaniami nad wyobraźnią malarza, jego stanem ducha, czy wreszcie nad tym, co chciał i czy chciał nam coś przekazać. Nowatorskim będzie lekarz (np. szczególnie pożądanym jest tutaj lekarz rodzinny), który wraz z receptą będzie wręczał pacjentom bilety do teatru, muzeum, na koncert, albo będzie zalecał

aktywność fizyczną połączoną z wyprawą w piękny plener na spotkanie ze sztuką, którą pokazuje nam wielki artysta, jakim jest PRZYRODA.

Piśmiennictwo

1. Boczkowska A.: Hieronim Bosch. Wyd. Arkady, Warszawa, 1974.
2. Boczkowska A.: Hieronymus Bosch. Astrologiczna symbolika jego dzieł. Ossolineum, Wrocław, 1977.
3. Bosing W.: Hieronim Bosch. Między niebem a piekłem. Taschen/Edipresse Polska S. A., Köln 2005.
4. Devitini Dufour A.: Bosch. Klasycy Sztuki; 7. Rzeczpospolita: HPS, cop. Warszawa, 2006.
5. Fraenger W.: Hieronim Bosch. Wyd. Arkady, Warszawa, 1989.
6. de Poli F.: Bosch. Krajowa Agencja Wydawnicza, Warszawa, 1987.
7. Bosing W.: Hieronim Bosch. Między niebem a piekłem. Edipresse Polska, Warszawa 2005, 25.
8. Bastek G.: Malarstwo Hieronima Boscha, czyli rozkosz i rozpacz. [https://www.newsweek.pl/wiedza/historia/malarstwo-hieronima-boscha-czyli-rozkosz-i-rozpacz/4vyv2l2_\(30.04.2019\)](https://www.newsweek.pl/wiedza/historia/malarstwo-hieronima-boscha-czyli-rozkosz-i-rozpacz/4vyv2l2_(30.04.2019)
9. Mistrzowie Malarstwa. <https://mistrzowie-malarstwa.blogspot.com/> (30.04.2019)
10. Stworzenie Adama – Michał Anioł. Encyklopedia malarstwa – MagazynSztuki.pl, 24-09-2012 (30.04.2019)
11. Wright P. Świadczenia sztuki: Goya. Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław, 1993
12. Dehnel J.: Saturn. <https://culture.pl/pl/dzielo/jacek-dehnel-saturn> (data pobrania 30.04.2019)
13. Juszczak W.: Postimpresjoniści. Wyd. Artystyczne i Filmowe, Warszawa, 1985.
14. White Smith G., Naifeh S.: Van Gogh. Życie. Świat Książki, 2017.
15. Partsch S.: Klimt: życie i twórczość (tł. A. Kozak). Arkady, Warszawa, 2000.

Odnosińniki do obrazów

- A. https://pl.wikipedia.org/wiki/Hieronim_Bosch#/media/File:StJohnWildernessBosch.jpg (30.04.2019)
- B. https://pl.wikipedia.org/wiki/Hieronim_Bosch#/media/File:Boschverloren.png (30.04.2019)

- C. https://pl.wikipedia.org/wiki/Hieronim_Bosch#/media/File:Hieronimus_Bosch_-_The_Tree-Man,_c._1505_-_Google_Art_Project.jpg (30.04.2019)
- D. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Creaci%C3%B3n_de_Ad%C3%A1n.jpg (30.04.2019)
- E. [https://pl.wikipedia.org/wiki/Saturn_po%C5%BCeraj%C4%85cy_w%C5%82asne_dzieci#/media/File:Francisco_de_Goya,_Saturno_devorando_a_su_hijo_\(1819-1823\).jpg](https://pl.wikipedia.org/wiki/Saturn_po%C5%BCeraj%C4%85cy_w%C5%82asne_dzieci#/media/File:Francisco_de_Goya,_Saturno_devorando_a_su_hijo_(1819-1823).jpg) (30.04.2019)
- F. [https://pl.wikipedia.org/wiki/Dom_Vincenta_w_Arles_\(%C5%BB%C3%B3%C5%82ty_Dom\)#/media/File:Vincent%27s_House_in_Arles_\(The_Yellow_House\).jpg](https://pl.wikipedia.org/wiki/Dom_Vincenta_w_Arles_(%C5%BB%C3%B3%C5%82ty_Dom)#/media/File:Vincent%27s_House_in_Arles_(The_Yellow_House).jpg) (30.04.2019)
- G. [https://pl.wikipedia.org/wiki/Dom_Vincenta_w_Arles_\(%C5%BB%C3%B3%C5%82ty_Dom\)#/media/File:Van_Gogh_-_Das_gelbe_Haus_\(Vincent's_Haus\)2.jpeg](https://pl.wikipedia.org/wiki/Dom_Vincenta_w_Arles_(%C5%BB%C3%B3%C5%82ty_Dom)#/media/File:Van_Gogh_-_Das_gelbe_Haus_(Vincent's_Haus)2.jpeg) (30.04.2019)
- H. https://pl.wikipedia.org/wiki/Taras_kawiarni_w_nocy#/media/File:Van_Gogh_-_Terrasse_des_Caf%C3%A9s_an_der_Place_du_Forum_in_Arles_am_Abend1.jpeg (30.04.2019)
- I. https://pl.wikipedia.org/wiki/Poca%C5%82unek_%28obraz_Gustava_Klimta%29#/media/File:The_Kiss_-_Gustav_Klimt_-_Google_Cultural_Institute.jpg (30.04.2019)
- J. https://pl.wikipedia.org/wiki/Gustav_Klimt#/media/File:Gustav_Klimt_039.jpg (30.04.2019)
- K. https://pl.wikipedia.org/wiki/Gustav_Klimt#/media/File:Gustav_Klimt_046.jpg (30.04.2019)
- L. https://pl.wikipedia.org/wiki/Gustav_Klimt#/media/File:Gustav_Klimt_-_Hope,_II_-_Google_Art_Project.jpg (30.04.2019)

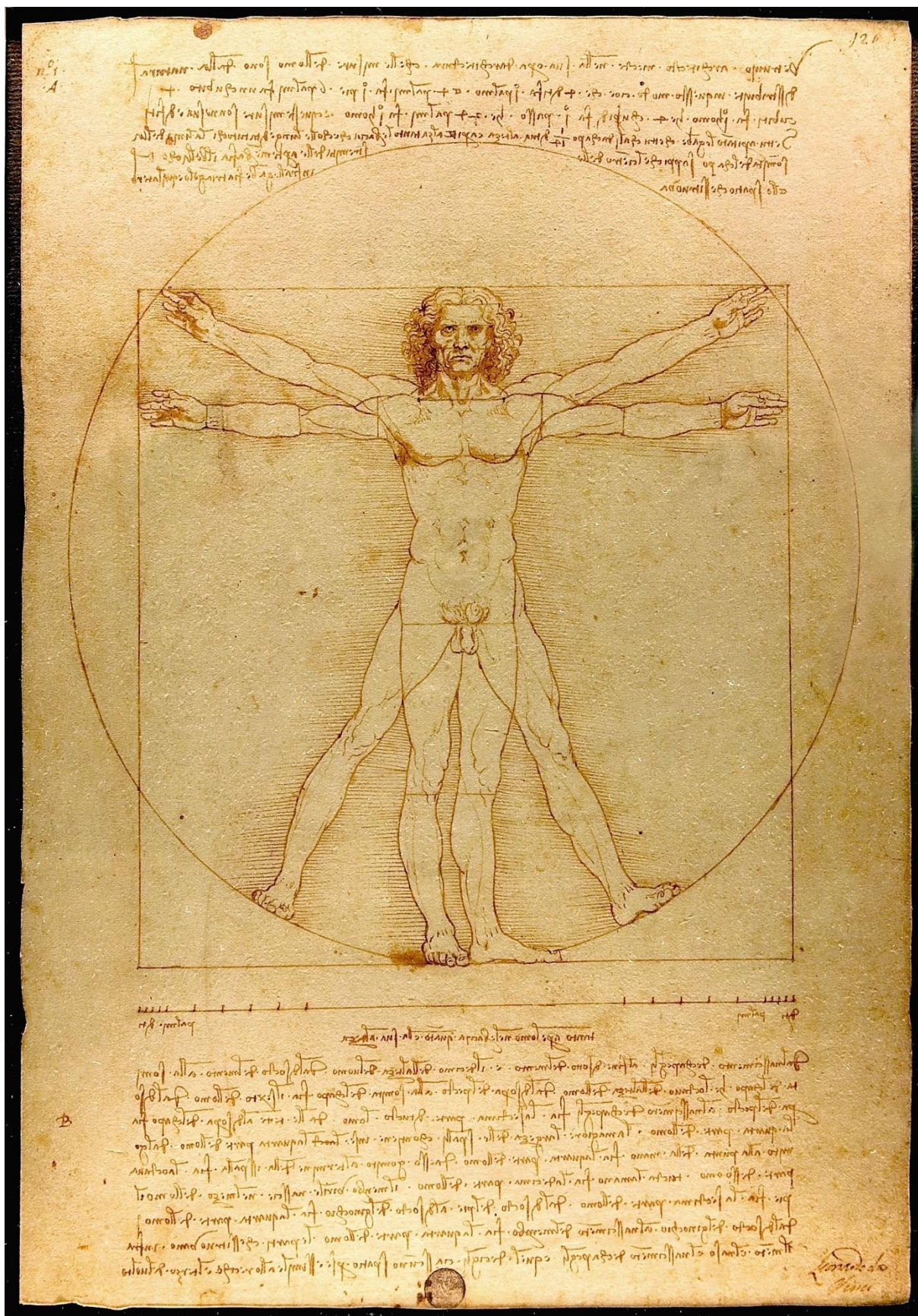
Zdrowie psychiczne a sztuka. Część 2. Architektura

Marcinkowski Jerzy T.^{1,2,3}, Konopielko Zofia⁴, Rosińska Paulina^{2,5}, Tomczak Magdalena⁶, Wieleba Małgorzata⁷, Klimberg Aneta¹

1. Katedra Higieny i Epidemiologii, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski
2. Uczelnia Łazarskiego w Warszawie, Wydział Medyczny
3. Zakład Zdrowia Publicznego, Katedra Medycyny Społecznej, Wydział Lekarski I, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
4. Poradnia Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego, Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie
5. Katedra Psychologii Rehabilitacji i Rewalidacji, Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
6. Centrum Terapii Manualnej w Sierosławiu k/Poznania
7. Abteilung für Gynäkologie, Städtisches Krankenhaus in Spremberg, Brandenburg, Deutschland

Wstęp

Marcus Vitruvius Pollio - rzymski architekt żyjący w I w. p.n.e., twórca człowieka witruwiańskiego – wizerunku nagiego mężczyzny wpisanego w okrąg i kwadrat – symbolizującego ruch [1] – utrwalonego później przez Leonardo da Vinci (1452-1519) (**obraz 1**). Jak pisze Albrecht Dürer (1471–1528) – Vitruvius mawiał: ktokolwiek chce budować, powinien zyskać wiedzę o doskonałości człowieka, gdyż w niej znajduje się ukryta tajemnica proporcji. I dlatego zanim powiem o budynkach, chcę opowiedzieć, jaki powinien być dobrze ukształtowany człowiek, potem postać kobiety, dziecko i koń. W taki sposób możesz wymierzyć każdą rzecz (Dürer A: „Traktat o proporcjach”, 1528, tłum. Jan Białostocki). Słynne i powtarzane słowa Witruwiusza zawarte w jego dziele „O architekturze ksiąg dziesięć” to: „Architektura polega na zachowaniu trzech zasad: trwałości, użyteczności i piękna.”



Obraz 1. Leonardo da Vinci (1452-1519). Człowiek witruwiański, Źródło: [A]

Współczesna polska filozof, prawnik, profesor nauk humanistycznych - Maria Szyszkowska (1937-) mówi tak: *„Obcujemy z konieczności, na co dzień, ze sztuką. Mam na myśli sztukę architektoniczną. Chodzimy po ulicach naszych miast, jak również wsi i nie zawsze zdajemy sobie sprawę z wpływu architektury na nasze samopoczucie, na nasz nastrój. Wąskie uliczki starszych części miasta przynoszą poczucie bezpieczeństwa, podobnie jak na przykład bramy starych kamienic. Nawet materiał budowlany, dawny sposób wypalania cegieł, przynosi odmienny efekt i oddziałuje na nas, nawet gdy nie uświadamiamy sobie tego. Podobnie wiejskie chaty, zwłaszcza drewniane, są wkomponowane w krajobraz i przynoszą odczucie piękna – w przeciwieństwie do wysokich, często dwupiętrowych domów, które dziwnie wyrastają w wiejskim krajobrazie, burząc jego harmonię. Nie tylko to, co uświadomione oddziałuje na naszą psychikę (...)*” [2].

Nieco innym problemem wydaje się architektura budowli sakralnych. Rozrzucone po całym nieomal świecie – zwykle potężne, wznoszące się ku niebu, często bogato zdobione i w jakiś sposób przytłaczające człowieka, zawsze nasuwają myślenie jak dalece mają manipulować ludźmi – by uwierzyli w potęgę Stwórcy, lękali się jego gniewu za grzechy, ale też ulegali urodzie miejsca – sycąc wzrok i wszystkie nieomal zmysły (wonie, dźwięki, wspólne śpiewy etc.) – by uwierzyli, że stanowią jedność nie tylko wiernych, ale i tych w niebie, a myśląc o bogu mieszkającym w tak niezwykłym miejscu zanosili mu modły z nadzieją pomocy, bo jest Wielki i Wszechmocny.

Opuszczając takie miejsca człowiek zwykle uzyskuje wyciszenie, spokój, radość i ufność, że nie jest sam... (własne przemyślenia).

Najtrudniejsze dla określenia wpływu architektury na zdrowie psychiczne człowieka są budowle współczesne.

Ingerując w przestrzeń publiczną czasem bardzo intensywnie mogą powodować rozdrażnienie i niepokój, choć czasem oderwanie wzroku od pędzących tłumów i środków komunikacji daje poczucie relaksu i zadumy nad dziwami tego świata i pomysłami architektów.

Cele pracy

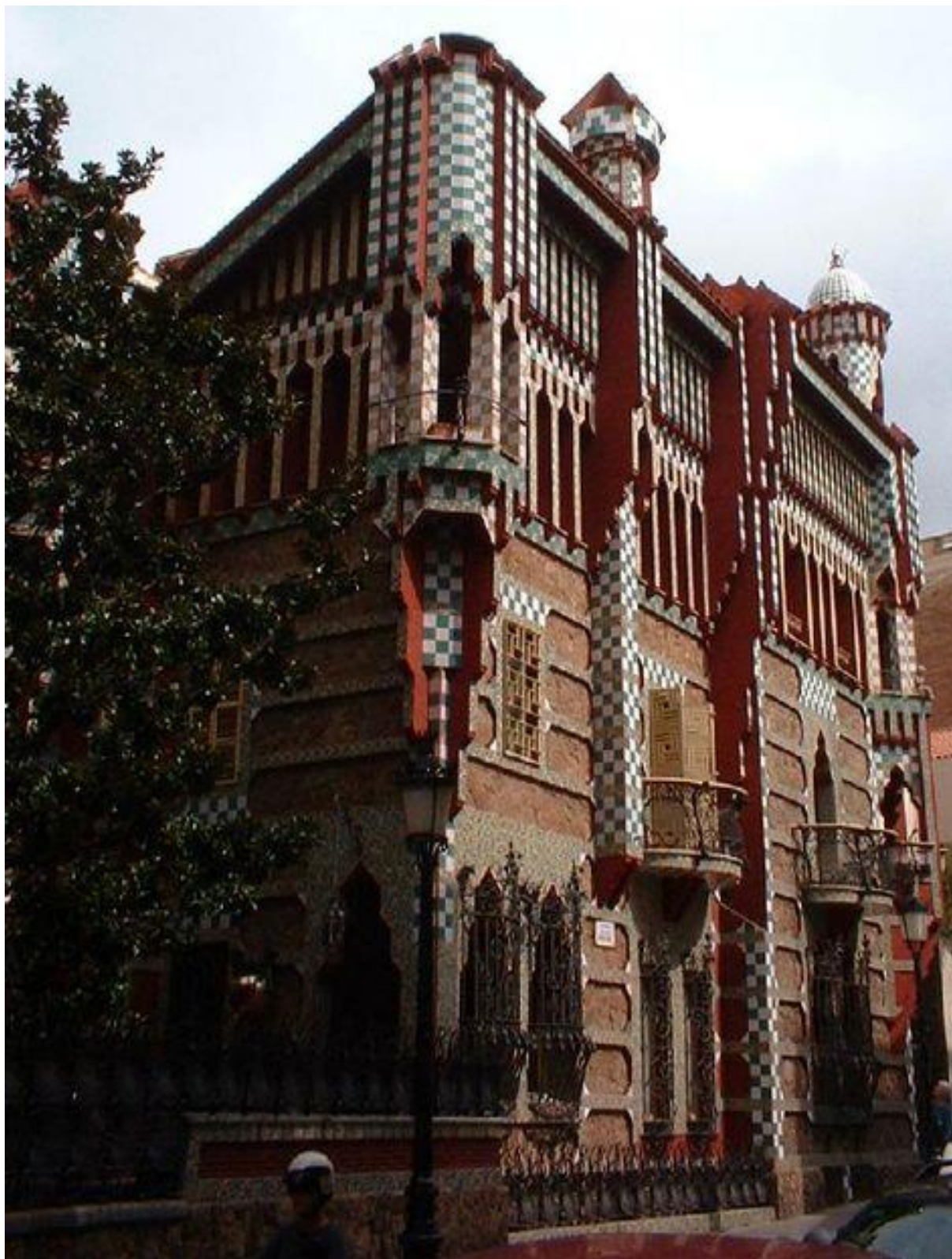
1. Zilustrowanie wpływu architektury na zdrowie psychiczne czy poprawę nastroju oglądających - wybranymi budowlami o uznanej renomie artystycznej.
2. Zachęcenie – w celach terapeutycznych – do oglądania i przeżywania świata architektury.

Material i metody

Wybrano – kierując się subiektywnymi doznaniem autorów – kilka budowli sakralnych, m.in. *Sagrada Familia* – secesyjny kościół w Barcelonie uważany za główne osiągnięcie projektowe katalońskiego zakonnika → **Antoni Gaudí** (1852- 1926) – architekta i inżyniera secesyjnego, dziś uważanego za prekursora architektury biomorficznej (wykorzystywał motywy kształtów podpatrywanych w przyrodzie). W pierwszych swych dziełach (**obraz 2**) czerpał z neogotyku projektując budynki o cechach gotycko-mauretańskich (w Hiszpanii częste jest łączenie tych stylów). Za manifest Gaudí uznaje się Casa Vicens w Barcelonie (**obraz 3**). Z narastaniem doświadczenia Gaudí zaczął mocniej eksperymentować w projektach. Wykorzystywał regułę równowagi krzywej łańcuchowej, tworząc model przestrzenny budynku i badając na nim siły grawitacji. Testował przy tym wytrzymałość różnych materiałów (bazalt, granit). Eksperymentował także z różnymi rodzajami oświetlenia. Dla osiągnięcia ciekawszego efektu używał do projektowania lusterek, fotografii.



Obraz 2. Antonio Gaudi. Casa Mila, Źródło: [B]



Obraz 3. Antonio Gaudí. Casa Vicens - 1883-1888, Źródło : [C]

Odwoływał się także do geometrii innej niż Euklidesa. Do zdobienia powierzchni wykorzystywał kataloński styl mozaiki trencadis. Z tego okresu pochodzą dzieła uważane za

najdojrzałe, np. Colonia Güell, Casa Milà czy Sagrada Família. Gaudí miał wielu krytyków wśród społeczeństwa i prasy. Obok sztuki, jaką uprawiał, nie sposób było przejść obojętnie. Jeden z ówczesnych filozofów, Francesc Pujols, określił to następująco: *„W pracach Gaudiego zdumiewało to, że choć nikogo nie zachwycaly, jednak nikt nie ośmielił się powiedzieć tego wprost, ponieważ jego styl sam się broni”* [3,4].

Dokonano też zawstydzająco niewielkiego wyboru charakterystycznych budowli zaprojektowanych przez architektów współczesnych:

W 1887 roku narodził się człowiek, który stał się ojcem współczesnej architektury i niejako zrewolucjonizował myślenie innych, dość intensywnie zaburzając dotychczasowe wyobrażenie i oczekiwania ludzi, by budowle były w jakimś sensie ze sobą kompatybilne, by tworzyły klasyczne miasta z określonym ładem. Tym rewolucjonistą był → **Charles-Edouard Jeanneret-Gris**, znany pod pseudonimem **Le Corbusier** (1887-1965) – architekt o ogromnej liczbie zrealizowanych projektów, twórca Modulatora, tj. oryginalnej koncepcji proporcji dla architektury. *„Był prekursorem modernizmu układając postulaty nowoczesnej architektury mieszkaniowej, m.in.: konstrukcja słupowa (Pilotis), poziome okna, płaskie dachy i tarasy na dachach. Za model został przyjęty człowiek szczególnie wysoki (za modelowy przyjął ówczesny średni wzrost amerykańskiego policjanta, wynoszący 183 cm). Wyciągnięta do góry ręka postaci ludzkiej wyznacza podstawową wysokość kondygnacji netto, 226 cm. Większość charakterystycznych wysokości odnoszących się do ciała ludzkiego i przedmiotów użytkowych jest wpisana przez Le Corbusiera w dwa ciągi: ciąg wymiarów, wyznaczone w oparciu o wspomniany wzrost i wysokość kondygnacji oraz złoty podział”*.

Pod koniec wojny Le Corbusier założył *Assemblée de Constructeurs pour Rénovation architecturale* (ASCORAL), organizację opracowującą plany odbudowy Francji po wojnie, zaś w 1943 r. opublikował *Kartę Ateńską*.

Po wojnie Le Corbusierowi jako jednemu z najstynniejszych architektów powierzano najbardziej prestiżowe realizacje, nie tylko w Europie (**obraz 4, 5 i 7**), ale i w Indiach (miasto Chandigarh) (**obraz 6**), czy Brazylii [5,6].

W roku 1947 został członkiem komitetu złożonego z architektów, który miał przygotować plany budowy siedziby ONZ w Nowym Jorku; ostatecznie realizację przyznano Amerykaninowi Wallace'owi Harrisonowi, lecz opierała się ona w dużym stopniu na koncepcji Le Corbusiera. Zmarł 27 sierpnia 1965 r. w Cap Martin podczas kąpieli w Morzy Śródziemnym [5,6].



Obraz 4. Le Corbusier. Dom bliźniaczy Stuttgart, 1927, przykład słynnych 5 punktów architektury wytyczonych przez Corbusiera, Źródło:[D]



Obraz 5. Le Corbusier. Willa Savoy, Francja, 1931 r, Źródło: [E]



Obraz 6. Le Corbusier. Pałac Chandigarh - sekretariat, 1953, przykład rzeźbiarskiego wykorzystania betonu, Źródło: [F]



Obraz 7. Le Corbusier. Muzeum Heidi Weber w Zurichu (1967). Muzeum sztuki współczesnej to ostatni budynek wielkiego architekta, a zarazem nowatorski, lekki obiekt wykonany ze stali i szkła. Do montażu wykorzystano 20 tysięcy śrub, Źródło:[G]

→ **Walter Adolf Georg Gropius** (1883-1969) [7] - amerykański architekt modernistyczny, jego nazwisko wymienia się obok Le Corbusiera jako twórcę architektury nowoczesnej. Jeden z czterech założycieli szkoły Bauhaus (**obraz 8**). Był jednym z głównych przedstawicieli stylu międzynarodowego, spopularyzował duże użycie szkła w budynkach. W Polsce jest budynek jego autorstwa - Spichlerz w Jankowie (**obraz 9**).



Obraz 8. Walter Adolf Georg Gropius (1883-1969). Budynek Bauhausu w Dessau – Rosslau.

Źródło:[H]



Obraz 9. Walter Adolf Georg Gropius (1883-1969). Spichlerz w Jankowie, Źródło:[I]

→ Frank Lloyd Wright (1867-1959) [8] – amerykański architekt modernistyczny, jeden z najważniejszych projektantów XX w.; czerpał natchnienie z natury, a do swych prac wykorzystywał naturalne materiały budowlane - uważany za prekursora architektury organicznej, czyli wkomponowanej i zespolonej z naturą. Jego budowle to prostota bryły i ornamentyka. Pośród ponad 1100 obiektów najsłynniejszy to Muzeum sztuki nowoczesnej Guggenheima w Nowym Jorku (obraz 10) i „Dom nad wodospadem” (obraz 11).



Obraz 11. Muzeum Guggenheima Nowy Jork F. Lloyd Wright. Najbardziej znana budowla tego architekta w kształcie białej spirali powstawała przez 17 lat (1942-1959). Wznosi się przy Piątej Alei. Niezwykła geometria scentralizowanego wnętrza umożliwia zwiedzającym przemieszczanie się po łagodnie opadającej spiralnej rampie podczas oglądania wystaw czasowych, Źródło: [J]



Obraz 10. Frank Lloyd Wright (1867-1959). Dom nad wodospadem. Źródło:[K]

→ **Philip Johnson** (1906-2005) [9] – amerykański architekt i historyk sztuki, długoletni nestor amerykańskiej architektury, w 1979 jako pierwszy architekt uhonorowany Nagrodą Pritzkera, nazywaną architektonicznym Noblem.



Obraz 12. Philip Johnson (1906-2005). Szklany dom., Źródło:[L]

Zaprojektował jeden z najbardziej symbolicznych budynków modernizmu – szklany dom (Glass House). W jego projektach charakterystyczne było wykorzystywanie łuków i symetryczna, statyczna kompozycja.

→ **Ieoh Ming Pei** (1917-) [10] - urodzony w Chinach amerykański architekt, postrzegany jako jeden z największych projektantów współczesnej architektury modernistycznej i postmodernistycznej - łączący formy geometryczne i wpływy sztuki chińskiej. Efekty 80 lat pracy w zawodzie można zobaczyć na całym świecie – są to m.in. Piramida na dziedzińcu Luwru (**obraz 13**), Ratusz w Dallas, Bank of China, Tower w Hongkongu, Tour EDF w La Defense w Paryżu, Torre Espacio w Madrycie; jest laureatem nagrody Pritzkera.



Obraz 13. Ieoh Ming Pei (1917-). Luwr i piramida. Źródło:[M]

→ **Norman Foster** (1935-) – brytyjski architekt, jego zdaniem forma budynku wynika z funkcji, spośród licznych zrealizowanych projektów w wielu krajach świata jest drugi pod względem wielkości budynek na świecie – Terminal 3 w Pekinie, do niedawna najwyższy wieżowiec Europy – siedziba Commerzbanku we Frankfurcie nad Menem, przebudowa Reichstagu w Berlinie, przebudowa Muzeum Brytyjskiego, ratusz w Londynie, centrum biurowo-handlowe Metropolitan w Warszawie.

→ **Renzo Piano** (1937-) [11] – Włoch, laureat Nagrody Pritzkera. Autor najwyższego wieżowca w Europie The Shard w Londynie (aktualnie budowany jest o 1 m wyższy budynek w Warszawie), z Richardem Rogersem zaprojektował najsłynniejszy budynek w stylu hi-tech (czyli istotny jest sam obiekt, a nie funkcjonalne zagospodarowanie przestrzeni), paryskie Centrum Pompidou.



Obraz 14. Renzo Piano we współpracy Cooper Robertson - Nowy budynek Muzeum Amerykańskiej Sztuki Nowoczesnej. Źródło: [N]

→ **Daniel Libeskind** (1946-), urodzony w Łodzi, polsko-żydowskiego pochodzenia amerykański architekt, przedstawiciel modernizmu i postmodernizmu, teoretyk architektury, scenograf. Projekty Libeskinda zaliczane są do dekonstruktywizmu. Poza licznymi projektami zrealizowanymi w wielu krajach znajduje się Imperial War Museum North w Manchesterze, Muzeum Żydowskie w Berlinie (**obraz 15**), Nowe Centrum Łodzi - Brama Miasta, apartamentowiec Złota 44 w Warszawie. Warszawa długo oczekiwała na jego realizację – była dumna, że tej sławy architekt projektuje jeden z pierwszych tej wysokości wieżowców zlokalizowanych nieopodal PKiN. Po kilku latach powstał i jest. Od początku wygląd elewacji budził kontrowersje nie tylko mieszkańców. Kształt jest interesujący – widoczny na przedstawionym zdjęciu. Ale już został niejako obudowany innymi znacznie wyższymi drapaczami chmur i ten budynek, i jego uroda zniknęły pomiędzy. Niestety jest to efektem braku zagospodarowania tego terenu i jednej myśli architektonicznej. Człowiek czuje się w takim mieście zagubiony, ale czas jest najlepszym lekarstwem – co widać po Sagrada Familia Gaudiego, która budziła tak wiele złych emocji u współczesnych, a teraz zachwyca. Wieżowiec Libeskinda zasługuje na sentymentalne spojrzenie, bo już stał się historią tego miasta. Choć jak sądzę jego losy są niepewne, bo cena gruntów w centrum Warszawy powoduje, że budynki

wspinają się ku niebu. Jednym z korzystnych elementów, które można zaobserwować to planowanie w sąsiedztwie wieżowców placów przyjaznych człowiekowi i umieszczanie zieleni na wysokich kondygnacjach. Być może, że w dalszej perspektywie jest to kierunek rozwoju naszych miast. Zieleni wspinająca się na ściany, czy nawet całe ogrody, np. z ziołami, jakie już widzimy od lat w Szwecji.



Obraz 15. Daniel Libeskind (1946-). Muzeum Żydowskie w Berlinie. Źródło: [O]



Obraz 16. Daniel Libeskind. Złota 44, Warszawa, obecnie zupełnie zmieniony ogład z powodu nowych otaczających, znacznie wyższych wieżowców. Źródło: [P]

Kolejne, to projekt zagospodarowania *Ground Zero* po World Trade Center w Nowym Jorku (**obraz 17**), w tym m.in. początkowy projekt Wieży Wolności, finalny jest autorstwa Davida Childsa.



Obraz 17. Daniel Libeskind. World Trade Center, Nowy Jork. Źródło: [Q]

→ **Santiago Calatrava Valls** (1951-) nazywany hiszpańskim poetą szkła i stali. Pierwszy wieżowiec, który zaprojektował w Malmö jest oparty na linii wygięcia ludzkiego kręgosłupa, piękny i kontrowersyjny projekt World Trade Center Transport Hub, kosztował prawie 4 miliardy dolarów, a budowa trwała 10 lat, zaprojektował też m.in.: kompleks biurowy w Toronto, budynki dworców kolejowych w Berlinie, Lizbonie, w okolicach Lyonu, terminal w Bilbao.

→ **Zaha Hadid** (1950 -2016) - brytyjska architekt pochodząca z Iraku, określana jako wizjonerka, przedstawicielka dekonstruktywizmu. Ciekawe, że nigdy nie używała komputera, projektując na desce kreślarskiej. W swoich projektach wykorzystywała szkło i beton. Najsłynniejsze budowle to: Narodowe Muzeum XXI wieku MAXXI w Rzymie, Muzeum Sztuki Współczesnej w Cincinnati, Budynek Centralny BMW w Lipsku, skocznia narciarska Bergisel w Innsbrucku, Aquatics Centre w Londynie. W Polsce projektowała dom zakopiański dla Tomasza Gudzwatego oraz biuro dla Jana Kulczyka. Jako pierwsza kobieta zdobyła nagrodę Pritzкера.

→ **Rem Koolhaas** (1944-) – holenderski architekt i publicysta. Zaliczany do przedstawicieli dekonstruktywizmu. Jest jednym z najbardziej wpływowych urbanistów na świecie. Jego budynki posiadają rygorystyczne, ale bardzo daleki od banału schemat funkcjonalny - na przykład poszczególne funkcje piętrzone są wieżowo. Jest autorem m.in. projektu wieżowca - siedziby chińskiej telewizji CCTV w Pekinie, Sali koncertowej Casa da Musica (Dom Muzyki w Porto). Laureat nagrody Pritzкера.

Wyniki

Mnogość niezwykle, uznanych za arcydzieła, obiektów architektonicznych ograniczyła ramy tej pracy. Ogląd ich także w realu - początkowo budził kontrowersje – zwłaszcza, gdy dotyczyło to budowli współczesnych podobnych na całym świecie. Dodatkowym problemem odbioru była chaotyczna zabudowa miast, bez zwyczajowego harmonijnego układu ulic i domów jakby dopasowanych do wysokości człowieka. Te niebotyczne, często mocno przeszklone drapacze chmur sięgające nieba mogą przytłaczać pieszego podążającego takimi ulicami. Wielkim problemem architektonicznym stale jest Warszawa – ale to temat na odrębną opowieść, którą jednak zamieściłam przy okazji omawiania warszawskiego projektu Złota 44 - Libeskinda.

Dokładny ogląd obiektów współczesnej architektury, zapoznanie się z sylwetkami jej twórców, spokojna akceptacja i przyzwyczajanie się z czasem, ale też szukanie miejsc zielonych, ustronnych, których jest coraz więcej w dużych miastach - gdzie mała architektura jest tak bliska naturze człowieka - to warunki tego, by człowiek czuł się dobrze w takich warunkach. Nasza praca nad tą prezentacją, choć bardzo fragmentaryczną spowodowała pozytywne odczucia autorów, co być może z pewnością przełoży się na podobnie korzystne efekty u osób pędzących ulicami dużych miast – może ktoś się zatrzyma, obejrzy rosnące w Polsce, jak przysłowiowe grzyby po deszczu, nowe wieżowce – uchwyci myśl architekta, zrozumie i może nawet zachwyci – ale na pewno choć na chwilę oderwie wzrok od codzienności. I spełnią się piękne słowa Pablo Picassa (1881-1973) - „*Sztuka wypłukuje z duszy kurz życia codziennego*”.

Wniosek

Skoro autorzy uzyskali radość z oglądania dzieł architektury, to zapewne tego rodzaju prezentacja lub bytowanie z architekturą wpłynie korzystnie na zdrowie psychiczne także innych osób, co dowodzi potrzeby działań tego rodzaju, także w ramach edukacji prozdrowotnej [12,13].

Piśmiennictwo

1. Wirtuwisz. <https://pl.wikipedia.org/wiki/Witruwusz> (30.04.2019)
2. Szyszkowska M. Architektura a sztuka. <http://www.4wymiar.pl/filozofia-codziennosci/583-architektura-a-psychika.html> (30.04.2019)
3. Gaudi A https://pl.wikipedia.org/wiki/Antoni_Gaud%C3%AD (30.04.2019)
4. Van Hensbergen G. Gaudi. Wyd. Zysk i S-ka, 2003.
5. Le Corbusier. https://pl.wikipedia.org/wiki/Le_Corbusier (30.04.2019)
6. Le Corbusier. <https://www.britannica.com/biography/Le-Corbusier> (30.04.2019)
7. Gropius W.. https://pl.wikipedia.org/wiki/Walter_Gropius (30.04.2019)
8. Frank Lloyd Wright. https://pl.wikipedia.org/wiki/Frank_Lloyd_Wright (30.04.2019)
9. Philip Johnson. https://pl.wikipedia.org/wiki/Philip_Johnson (30.04.2019)
10. Ieoh Ming Pei. https://pl.wikipedia.org/wiki/Ieoh_Ming_Pei (30.04.2019)
11. Renzo Piano. https://pl.wikipedia.org/wiki/Renzo_Piano (30.04.2019)
12. Broniewski T.: Architektura ostatnich dwóch stuleci. Wrocław, Warszawa, Kraków 1967.
13. Łysiak W.: Frank Lloyd Wright. Chicago-Warszawa 1999.

Odnosińniki do obrazów

- A. https://pl.wikipedia.org/wiki/Witruwiusz#/media/File:Da_Vinci_Vitruve_Luc_Viatour.jpg (30.04.2019)
- B. https://pl.wikipedia.org/wiki/Antoni_Gaud%C3%AD#/media/File:Barcelona_casa_mila_gaud%C3%AC.jpg (30.04.2019)
- C. https://pl.wikipedia.org/wiki/Casa_Vicens#/media/File:Casavicens.jpg (30.04.2019)
- D. https://pl.wikipedia.org/wiki/Le_Corbusier#/media/File:Weissenhof_Corbusier_03.jpg (30.04.2019)
- E. https://pl.wikipedia.org/wiki/Le_Corbusier#/media/File:Villa_Savoye_2015.jpg (30.04.2019)
- F. https://pl.wikipedia.org/wiki/Le_Corbusier#/media/File:Palace_of_Assembly_Chandigarh_2007.jpg 30.04.2019)
- G. https://pl.wikipedia.org/wiki/Le_Corbusier#/media/File:Z%C3%BCrich_-_Seefeld_-_Corbusier_-_Heidi_Weber_Museum_IMG_1552.JPG (30.04.2019)
- H. https://pl.wikipedia.org/wiki/Walter_Gropius#/media/File:Bauhaus.JPG (30.04.2019)
- I. https://pl.wikipedia.org/wiki/Walter_Gropius#/media/File:Jankowo_spichlerz_6.jpg (30.04.2019)
- J. https://pl.wikipedia.org/wiki/Frank_Lloyd_Wright#/media/File:Guggenheim_museum_exterior.jpg (30.04.2019)
- K. https://pl.wikipedia.org/wiki/Frank_Lloyd_Wright#/media/File:FallingwaterWright.jpg (30.04.2019)
- L. [https://pl.wikipedia.org/wiki/Glass_House_\(data pobrania](https://pl.wikipedia.org/wiki/Glass_House_(data pobrania) 30.04.2019)
- M. https://pl.wikipedia.org/wiki/Luwr#/media/File:Louvre_2007_02_24_c.jpg (30.04.2019)
- N. https://pl.wikipedia.org/wiki/Whitney_Museum_of_American_Art#/media/File:The_Whitney_Museum,_New_York_City_in_2015.JPG (30.04.2019)
- O. https://pl.wikipedia.org/wiki/Muzeum_%C5%BBydowskie_w_Berlinie#/media/File:JewishMuseumBerlinAerial.jpg (30.04.2019)
- P. <https://libeskind.com/work/zlota44/> (30.04.2019)
- Q. https://pl.wikipedia.org/wiki/Daniel_Libeskind#/media/File:One_WTC_from_behind_Brookfield_Pl_May_2013.jpg (30.04.2019)

Niedożywienie cichym zabójcą. Nietostrzegany problem wśród pacjentów geriatrycznych

Kurek Joanna¹, Krzyżanowski Filip¹, Markiewicz Natalia¹, Ferenc Stanisław², Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Tomaszewska-Laszczyk Mirosława², Sebzda Tadeusz¹, Gnus Jan^{1,2}

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

Wykaz skrótów

BIA- *Bioelectrical Impedance Analysis* - bioimpedancja elektryczna

BMI- *body mass index* - wskaźnik masy ciała

CC- *calf circumference* - obwód łydki

ESPEN- *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* - Europejskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego i Metabolizmu

FFMI- *Fat-Free Mass Index* - indeks beztłuszczowej masy ciała

ICD-10 – *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* - Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10

MAC- *mid-arm circumference* - obwód ramienia w połowie długości

MNA- *Mini Nutritional Assessment* - Minimalna Ocena Stanu Odżywienia

NRI- *Nutritional Risk Index* - wskaźniki ryzyka niedożywienia

NRS 2002- *Nutritional Risk Score 2002* - Ocena ryzyka związanego ze stanem odżywienia

PINI- *Prognostic Inflammatory and Nutritional Index* - prognostyczny wskaźnik odżywienia i stanu zapalnego

SGA- *Subjective Global Assessment* - Subiektywna Globalna Ocena Stanu Odżywienia

WHO- *World Health Organization* - Światowa Organizacja Zdrowia

Wstęp

Codziennie spotykamy wiele osób, które z łatwością określimy jako „starsze”. Nie trudno dostrzec, że takie osoby stanowią bardzo dużą część naszego społeczeństwa. Starość

można określić na wiele sposobów za pomocą wskaźników socjologicznych, czy demograficznych. Gerontologia oraz WHO dzieli starość na trzy fazy: fazę wczesną (60-74 lat), fazę późną (75-90 lat) oraz długowieczność (powyżej 90 lat) [1,2]. Ze względu na postęp medycyny i wydłużenie średniego czasu życia, jako granicę starości przyjmuje się wiek 65 lat [3]. W Polsce, jak i w całej Europie można zaobserwować zjawisko starzenia się społeczeństwa. Prognozuje się, że w roku 2060 ludzie powyżej 65. roku życia będą stanowili około 30% społeczeństwa [1]. Ważnym czynnikiem, który wpływa na stan zdrowia, a także, jakość i długość życia pacjentów geriatrycznych jest stan odżywienia. [4]. Zaburzenia odżywiania są częstym problemem u ludzi w podeszłym wieku. Badania prowadzone w Polsce na reprezentacyjnej grupie osób powyżej 65. roku ukazują, że prawidłowy stan odżywienia występuje tylko u ¼ badanych osób [5]. Dominującym typem zaburzenia odżywiania w krajach rozwiniętych są nadwaga i otyłość. Wszyscy doskonale znają skutki otyłości, która występuje wśród pacjentów. Jednak niewiele osób jest świadoma problemu, którym jest niedożywienie pojawiające się u pacjentów geriatrycznych, dlatego ten artykuł ma na celu przybliżyć tematykę niedożywienia wśród osób w podeszłym wieku.

Czym jest niedożywienie?

Aby utrzymać optymalny stan zdrowia każdy człowiek musi dostarczać swojemu organizmowi wszystkich niezbędnych składników odżywczych, a także odpowiednią ilość energii. Wartości kaloryczne są bardzo zróżnicowane i zależą od wielu czynników, a więc nie ma jednoznacznej odpowiedzi na to, ile pokarmu każdy z nas powinien spożywać. Zarówno nadmiar, jak i niedobór energii prowadzą do zaburzeń odżywiania, które można podzielić w oparciu o BMI [4]. Według tej skali wyróżnia się stany przeżywienia, takie jak: nadwaga czy otyłość I, II i III stopnia spowodowane najczęściej zbyt dużą podażą pokarmów oraz brakiem aktywności fizycznej. Wyróżnia się także stany niedożywienia I, II i III stopnia [4]. Niedożywienie można definiować na wiele sposobów. W tym artykule chcemy przytoczyć definicję zaproponowaną przez ESPEN, która określa niedożywienie, jako: „*Stan wynikający z braku wchłaniania lub braku spożywania substancji żywieniowych, prowadzący do zmiany składu ciała, upośledzenia fizycznej i mentalnej funkcji organizmu oraz wpływający niekorzystnie na wynik leczenia choroby podstawowej*” [5]. Być może niewiele osób zdaje sobie z tego sprawę, ale niedożywienie jest jednostką chorobową, która jest obecna w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 [6]. Także rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2011 nakazuje ocenę stanu odżywienia chorych leczonych w szpitalu oraz

następnie leczenie ewentualnego niedożywienia [7]. Piśmiennictwo rozróżnia cztery etapy niedożywienia. W pierwszym etapie do organizmu dostarczana jest niewystarczająca ilość składników odżywczych. Jest to spowodowane zaburzeniami metabolicznymi lub zbyt małą podażą tych składników. Podczas etapu drugiego następuje wyczerpanie zapasów ustrojowych. W fazie trzeciej następuje zaburzenie procesów fizjologicznych i biochemicznych. Podczas ostatniego, czwartego etapu, pojawiają się objawy niedożywienia i zmiany narządowe [8].

Możemy wyróżnić trzy główne przyczyny niedożywienia [4]:

- 1) Niedostateczna podaż składników odżywczych poprzez np. głodzenie
- 2) Utrata nadmiernej ilości substancji odżywczych poprzez np. biegunki
- 3) Nadmierne zapotrzebowanie organizmu na energię i białko, niemożliwego do pokrycia w podaży składników odżywczych, np. w przypadku choroby.

Niedożywienie w przypadku chorób przewlekłych jest najmniej oczywistą i przez to także często bagatelizowaną przyczyną niedoborów składników odżywczych, które są konieczne do utrzymania funkcji fizjologicznych organizmu. Statystyki medyczne wykazują, że na świecie częstość występowania niedożywienia i ryzyka niedożywienia u chorych hospitalizowanych wynosi 30-50% [4]. W przebiegu wielu chorób mogą występować u pacjentów objawy, które prowadzą do zaburzenia odżywiania, takie jak: dysfagia, wymioty czy zaburzenia smaku. Niedożywienie może być pogłębiane poprzez zaburzenia trawienia i wchłaniania, takie jak: niedokwaśność, niedobór enzymów trawiennych czy brak żółci. Pacjenci, u których podstawą żywienia jest źle kontrolowana dieta ubogoenergetyczna lub diety eliminacyjne są w grupie ryzyka niedożywienia. Na stan odżywienia chorych, oprócz choroby wpływają także przyjmowane leki, które mogą powodować szereg objawów niepożądanych, takich jak: nudności, wymioty, zaburzenia smaku czy perystaltyki [4].

Wyróżnia się trzy postacie niedożywienia: marasmus, kwashiorkor i typ mieszany [8]. Niedożywienie typu marasmus jest konsekwencją długotrwałego głodzenia się, czyli przyjmowania zbyt niskiej ilości białka i energii, co skutkuje zmniejszeniem masy mięśniowej i tłuszczowej organizmu [9]. Niedożywienie tego typu występuje najczęściej u pacjentów przewlekle cierpiących na choroby przewodu pokarmowego i u pacjentów onkologicznych [8]. Niedożywienie typu kwashiorkor występuje u osób dobrze odżywionych jako następstwo dużego zabiegu lub urazu, czy też zakażenia. W przeciwieństwie do niedożywienia typu marasmus dochodzi do szybkiego spadku stężenia białka w surowicy [9]. Ten typ niedożywienia jest szczególnie trudny do diagnostyki, gdyż wśród personelu medycznego występuje fałszywe przekonanie, że pacjent otyły jest dobrze odżywiony. Tymczasem pacjent

z tym typem niedożywienia zużywa głównie białko zawarte w tkance mięśniowej, której może mieć relatywnie mało w stosunku do osób o prawidłowym BMI [8]. Kwashiorkor jest stanem zagrożenia życia, a rokowanie w tym typie niedożywienia jest złe. Typ mieszany niedożywienia występuje u osób przewlekle chorych poddanych dużym zabiegom operacyjnym lub po urazach [9]. Obserwujemy w tym przypadku spadek masy ciała i zmniejszone stężenie białka w surowicy, a także upośledzenie odporności i zaburzenia wodno-elektrolitowe. Ten typ niedożywienia występuje często u osób cierpiących na ostre zapalenie trzustki lub chorobę Leśniowskiego-Crohna.

Epidemiologia niedożywienia

Średnia długość życia w Polsce ulega wydłużeniu na przestrzeni ostatnich lat. W 2017 roku w naszym kraju mężczyźni żyli przeciętnie 74,0 lat, natomiast kobiety 81,8 lat [10]. Ze względu na postęp medycyny i wydłużenie średniego czasu życia, jako granice starości przyjmuje się wiek 65 lat [3].

Odsetek ludzi w wieku powyżej 65 lat w Polsce w 2010 roku wynosił 14%. W Polsce, jak i w Europie obserwujemy zjawisko starzenie się społeczeństwa. Prognozuje się, że udział ludzi w wieku 65 lat i więcej wyniesie 20% w 2040 roku, a w 2060 roku już 30% [1].

Takie zmiany demograficzne niosą za sobą szereg konsekwencji zarówno społecznych jak i medycznych. Wśród ludzi starszych niedożywienie jest bardzo istotnym problemem. Szacuje się, iż 5-10% populacji ludzi starszych jest niedożywione. Procent ten zwiększa się znacząco, gdy weźmiemy pod uwagę pacjentów opieki długoterminowej lub domów pomocy społecznej. Ryzyko niedożywienia w tej grupie społecznej szacuje się w granicach 30-60% [9].

Według badań przeprowadzonych w różnych krajach w 2006 roku wynika, że niedożywienie występowało u 23% pacjentów hospitalizowanych [4]. Częstość występowania niedożywienia wśród pacjentów hospitalizowanych jest zmienna w zależności od oddziału szpitalnego. Wśród pacjentów oddziałów zabiegowych, takich jak oddziały chirurgiczne czy ortopedyczne częstość niedożywienia wynosi odpowiednio 27% i 39%. W grupie pacjentów hospitalizowanych na oddziałach geriatrycznych częstość niedożywienia wynosi 43%, a na oddziałach chorób wewnętrznych około 15% [11]. Zwiększone ryzyko niedożywienia występujące u osób starszych wynika ze zmian funkcji fizjologicznych zachodzących w procesie starzenia, ale także warunków socjoekonomicznych oraz chorób towarzyszących [11].

Zaburzenia stanu odżywienia u osób starszych

Wraz z wiekiem dochodzi do wielu zmian w organizmie. Zmiany te mogą być fizjologiczne, jak i patologiczne. W wieku podeszłym następuje spadek beztłuszczowej masy ciała, zwiększa się natomiast zawartość tłuszczu w organizmie [12]. W wyniku utraty masy mięśniowej obserwuje się zmniejszenie podstawowej przemiany materii i spadek zapotrzebowania energetycznego. U osób starszych występują także upośledzenie funkcji ważnych dla życia i zdrowia narządów, takich jak nerki i płuca [12]. Wraz z wiekiem postępuje utrata masy wątroby, co wiąże się z zaburzeniem jej funkcji. Obniżona zostaje synteza białek oraz biotransformacja leków [13]. Wraz ze starzeniem się organizmu dochodzi do wielu niekorzystnych zmian także w przewodzie pokarmowym. U osób w podeszłym wieku dochodzi do zaniku kubków smakowych, co powoduje zaburzenie odczuwania smaku i zapachu potraw, mogące prowadzić do stopniowej utraty apetytu [12]. Choroby zębów i jamy ustnej powodujące braki w uzębieniu prowadzą do ograniczenia żucia i rozdrabniania pokarmów. Atrofia gruczołów wydzielniczych w żołądku prowadzi do zmniejszenia wydzielania kwasu solnego i pepsyny, co upośledza trawienie pokarmów [12].

Zaburzenia stanu odżywiania u ludzi starszych występują nie tylko z powodów zmian w organizmie w przebiegu procesu starzenia, ale także z niewiedzy na temat odpowiedniego żywienia. Osoby starsze często spożywają nieurozmaicone posiłki, w których brakuje produktów mlecznych, czy roślin strączkowych [14]. Obserwuje się także zbyt małe spożycie warzyw i produktów zawierających błonnik [12]. W diecie osób starszych dominują za to produkty mięsne o dużej zawartości tłuszczu, a także cukier i słodczyce [14]. Na stan odżywienia pacjenta wpływa także samotność spowodowana przemianami społecznymi, odejściem od modelu rodziny wielodzietnej mieszkającej pod jednym dachem. Osamotnienie często wiąże się także z brakiem środków finansowych, które można by przeznaczyć na jedzenie [12].

Osoby w podeszłym wieku często spożywają dużą ilość leków, nie tylko tych przepisanych przez lekarza, ale także tych łagodzących częste dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Przyjmowane leki mogą wywoływać wiele działań niepożądanych, szczególnie ze strony przewodu pokarmowego, takich jak dyspepsja czy nudności. Obserwuje się także podrażnienia i ubytki w błonie śluzowej żołądka, które mogą powodować niebezpieczne krwotoki. Terapia wielolekowa może zaburzać wchłanianie i dystrybucję składników pokarmowych i przez to prowadzić do ich niedoboru [4]. U pacjentów

geriatrycznych szczególnie ważna jest konsultacja z lekarzem lub farmaceutą na temat przyjmowanych leków i ograniczenie ich liczby do tych niezbędnych [12].

Diagnostyka

Diagnostykę niedożywienia można przeprowadzić na wiele sposobów i nie ma jednej uniwersalnej metody. Tylko połączenie różnych metod pośrednich, takich jak badania antropometryczne, laboratoryjne i subiektywna ocena ogólna może prowadzić do prawidłowego zdiagnozowania niedożywienia [15].

Najpopularniejszym i zarazem bardzo prostym w użyciu badaniem antropometrycznym jest skala BMI, o której jest mowa na początku artykułu. Inne przykłady badań antropometrycznych to obwód ramienia w połowie długości (MAC), obwód łydki (CC), a także pomiar masy ciała [16].

Spośród badań laboratoryjnych najbardziej przydatne jest oznaczanie stężenia albumin w surowicy krwi. Pod wpływem niedożywienia synteza protein jest zaburzona, co wpływa na zmniejszenie stężenia albumin. Oznaczenie stężenia transferyny w surowicy krwi jest również używane w diagnostyce niedożywienia. Te dwa wyżej wymienione badania laboratoryjne nie są idealnymi wskaźnikami niedożywienia, gdyż wpływają na nie inne procesy chorobowe, takie jak: stany zapalne, choroby przewlekłe, choroby wątroby, czy anemia [15].

Badaniem, które w dość dokładny sposób określa masę mięśniową jest klirens kreatyniny. Wymaga on jednak 24-godzinnego zbierania próbek moczu, co u pacjentów geriatrycznych jest trudne z różnych względów [15].

W ostatnim czasie coraz częściej do oceny stanu odżywienia u pacjentów stosuje się badanie składu ciała za pomocą bioimpedancji elektrycznej (BIA). Badanie to pozwala ustalić zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie, a także określić zawartość beztłuszczowej masy ciała, wody wewnątrzkomórkowej oraz wody zewnątrzkomórkowej [16].

Szczególnie ważny jest parametr zawartości beztłuszczowej masy ciała, gdyż pozwala ona na wyznaczenie indeksu beztłuszczowej masy ciała (FFMI), który jest dobrym wskaźnikiem do przywydywania wystąpienia sarkopenii. Sarkopenia charakteryzuje się utratą masy, siły i wydajności mięśni [16]. Problem ten występuje u 5-13% populacji ludzi starszych. Podczas hospitalizacji u starszych osób można zastosować wskaźniki ryzyka niedożywienia (NRI) oraz PINI [16].

Skale oceny niedożywienia

Istnieją liczne kwestionariusze oceniające stan odżywienia osoby w podeszłym wieku. Są to m.in.: Minimalna Ocena Stanu Odżywienia (MNA), skala NRS 2002 czy SGA [16]. Najczęściej wykorzystywanym kwestionariuszem jest test MNA. Test ten pierwotnie był wykorzystywany do oceny stanu odżywienia u osób w podeszłym wieku przebywających w szpitalach, placówkach opiekuńczych i domach opieki, jednak MNA stało się niezwykle przydatne do określania ryzyka wystąpienia niedożywienia u seniorów, których inne parametry, takie jak stężenie albumin czy wskaźnik BMI, są jeszcze w normie. Dodatkową zaletą tego testu jest uwzględnienie stanu psychicznego badanej osoby. Zadaniem omawianego kwestionariusza jest wykrycie ryzyka lub stwierdzenie stanu niedożywienia. Ankieta składa się z dwóch części. Pierwszy etap stanowi badanie przedmiotowe. Część ta zawiera sześć pytań, które dotyczą: BMI, mobilności pacjenta, spadku liczby przyjmowanych posiłków w ostatnich trzech miesiącach, utraty masy ciała i obecności stresu psychologicznego lub ciężkiej choroby w tym czasie, a także zadane jest pytanie odnośnie występowania ciężkiego otępienia u pacjenta bądź depresji. Druga część ankiety składa się z dwunastu bardziej szczegółowych pytań. W zależności od liczby zgromadzonych punktów, pacjent może być prawidłowo odżywiony, zagrożony niedożywieniem lub niedożywiony. Za pomocą skali NRS 2002 lub SGA każdy lekarz ma w obowiązku ocenić stan odżywienia każdego pacjenta przyjętego do szpitala zgodnie z Rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia wydanym dnia 15 września 2011 roku [7].

Skala NRS 2002 składa się z dwóch części. W pierwszej zadane są cztery pytania odnośnie wskaźnika BMI, utraty masy ciała w przeciągu ostatnich trzech miesięcy, zmniejszenia liczby przyjmowanych posiłków, a także czy pacjent jest ciężko chory. Jeśli odpowiedź jest twierdząca w przynajmniej jednym pytaniu - należy przejść do drugiej części testu.

Drugi element kwestionariusza jest obligatoryjnie wypełniany przez lekarza i uwzględnia pogorszenie stanu odżywienia pacjenta, a także nasilenie choroby podstawowej. Postępowanie z pacjentem jest uzależnione od wyniku testu NRS 2002. Otrzymanie całkowitego wyniku w przedziale punktowym 0-2 nakazuje powtórzenie badania po upływie siedmiu dni, wynik powyżej 3 punktów zaleca rozpoczęcie leczenia żywieniowego.

Drugim rekomendowanym narzędziem przez Ministerstwo Zdrowia jest subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA). Nie powinna być stosowana jako test pierwszego rzutu, lecz jako kontynuacja testu u pacjentów, którzy w skali NRS 2002 uzyskali wynik

przynajmniej 3 punktów. Kwestionariusz składa się wywiadu, badania fizykalnego i dokonanej subiektywnej oceny lekarza.

W części dotyczącej badania fizykalnego ocenia się stopień zaawansowania: utraty tkanki tłuszczowej nad mięśniem trójgłowym i na klatce piersiowej, obrzęk kostek, obrzęk nad kością krzyżową, a także zanik mięśni, wodobrzusze.

Na podstawie wywiadu, a także badania fizykalnego lekarz dokonuje subiektywnej ogólnej oceny stanu odżywienia pacjenta. Może stwierdzić [17]:

- prawidłowy stan odżywienia
- podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia, wyniszczenie lub duże ryzyko niedożywienia.

Konsekwencje niedożywienia

Skutki stanu niedożywienia mogą być bardzo dotkliwe dla seniorów i niestety są bardzo liczne. Najbardziej oczywistym skutkiem niedożywienia jest zmniejszenie masy ciała, które powoduje ostatecznie osłabienie mięśni i zredukowanie sprawności psychoruchowej. U niedożywionych może dojść do zmian w badaniach krwi. Może pojawić się niedokrwistość na tle niedoborowym, zaburzenia krzepnięcia, czy też zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej. U chorych cierpiących na niedożywienie występują nieprawidłowości w pracy układu odpornościowego.

U osób niedożywionych będących w starszym wieku może dojść do zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego, w tym do zaniku kosmków, osłabienia perystaltyki jelit, a więc do zaburzeń wchłaniania i trawienia pokarmów. Co więcej - może dojść do kolonizacji bakteriami jelita cienkiego. W przypadku niedożywienia typu kwashiorkor może dojść do niedoboru β -lipoprotein, w wyniku czego będzie upośledzony transport trójglicerydów z wątroby do surowicy. Skutkiem tego procesu może być stłuszczenie wątroby [18]. W wyniku stłuszczenia wątroby może dojść do upośledzenia syntezy białek, a w konsekwencji pojawić się może hipoalbuminemia. Ponadto niedożywienie może prowadzić do zmniejszenia masy trzustki. Natomiast ten stan będzie powodować zmniejszenie wydzielania enzymów trawiennych. Organizm nie będzie trawił i wchłaniał odpowiednich substancji odżywczych.

W związku z osłabieniem siły mięśniowej jedną z konsekwencji będzie również osłabienie siły skurczu mięśnia sercowego i bradykardia. W układzie oddechowym może dojść do osłabienia mięśni oddechowych, co będzie prowadzić do ich zaniku. Sprawność

wentylacyjna pacjenta zostanie osłabiona, będzie to nieuchronnie prowadzić do niedotlenienia, a w konsekwencji do niedodmy i zapalenia płuc. Niedożywienie wpływa również na zmniejszenie gęstości mineralnej kości. U pacjentów geriatrycznych jest to o tyle niebezpieczne, gdyż konsekwencją upadków, które zdarzają się częściej w podeszłym wieku, mogą być złamania.

Utrata masy ciała spowodowana głównie ubytkiem mięśni jest najważniejszym i niezależnym czynnikiem ryzyka powikłań u chorych na nowotwory, przewlekłą niewydolność serca, niewydolność nerek czy przewlekłą obturacyjną chorobę płuc [19,20].

Wtórne konsekwencje niedożywienia

Zmniejszenie stężenia białek w surowicy będzie powodować upośledzenie gojenia się ran, a także większe będzie ryzyko powstania odleżyn. W związku z niedoborem białek dojdzie u pacjenta do upośledzenia odpowiedzi humoralnej i komórkowej, co będzie skutkować zwiększoną podatnością na infekcje. Tak więc u osób niedożywionych dochodzi do wzrostu chorobowości i śmiertelności. Pacjenci niedożywieni odznaczają się gorszą odpowiedzią na leczenie. U tych osób dochodzi również do zwiększenia powikłań okołoperacyjnych. Konsekwencją wspomnianych czynników jest dłuższy pobyt chorego w szpitalu i wzrost kosztów leczenia [19].

Przeciwdziałanie niedożywieniu u pacjentów geriatrycznych

U osób w podeszłym wieku dochodzi do utraty apetytu. Dlatego przy przyrządzaniu posiłków dla osoby niedożywionej powinno się zwracać uwagę na smak potraw, tak aby były jak najbardziej smaczne i pożywne, pełne białek, witamin i minerałów. Posiłki powinny być dostosowane pod chorego również pod względem konsystencji. Atrakcyjność pokarmów, a także towarzystwo przy posiłkach sprzyjają zjadaniu większych porcji przez osobę niedożywioną. Ponadto choremu można podawać ulubione przekąski. Trzeba zachęcać chorego do zwiększenia aktywności fizycznej, która przyczynia się do poprawy łaknienia. Należy również skłaniać pacjenta do przyjmowania częstszych posiłków. Ważne jest dopilnowanie, aby chory przyjmował odpowiednią ilość płynów. Średnie zapotrzebowanie dla osób w podeszłym wieku wynosi około 30ml/kg masy ciała na dobę. Między głównymi posiłkami można podawać suplementy białkowo-kaloryczne, a także preparaty wielowitaminowe [21].

Leczenie żywieniowe

Skuteczną formą przeciwdziałania niedożywieniu jest leczenie żywieniowe. Na to pojęcie składają się: podawanie żywienia dojelitowo, jak i pozajelitowo. Terapia żywieniowa powinna być niezbędną składową w ogólnym planie leczenia i rehabilitacji chorego. Podstawą terapii jest leczenie jednostki podstawowej, która przyczynia się do powstania niedożywienia. Innym działaniem może być odstawienie leków, które hamują łaknienie, czy zaburzają metabolizm. Należy również skorygować zaburzenia wodno-elektrolitowe lub metaboliczne, jeśli występują.

Następnym istotnym krokiem jest zwiększenie wartości energetycznej przyjmowanych pokarmów, a także zwiększenie podaży białka. Jaki sposób żywienia zastosujemy zależy od stopnia i typu niedożywienia pacjenta.

Preferowaną metodą podaży składników odżywczych jest żywienie drogą przewodu pokarmowego (doustnie lub przez zgłębnik), z użyciem płynnych zbilansowanych diet przemysłowych [22]. Jeśli niedożywienie jest łagodne, czyli gdy spadek masy ciała nie przekracza 15% wartości wyjściowej masy ciała, albuminy są w zakresie 25-30 g/l, bezwzględna liczba limfocytów wynosi 800-1200/ μ l, a stężenie transferyny znajduje się w przedziale 1,5-2,0 g/l. W takim przypadku postępowaniem z wyboru jest zwiększenie racji żywnościowej drogą doustną. Podobnie ma miejsce, gdy mamy do czynienia z niedożywieniem typu marasmus. Wystarczającą formą leczenia jest podawanie żywienia drogą doustną bądź przez zgłębnik. Natomiast w typie kwashiorkor czy mieszanym nieraz niezbędne jest całkowite żywienie pozajelitowe.

Jednocześnie nie należy zapominać o ciągłym leczeniu przyczynowym. W przypadku niedożywienia większego stopnia należy wdrożyć leczenie dojelitowe lub pozajelitowe. Pojęcie „żywienie dojelitowe” oznacza żywienie płynną dietą wytworzoną przemysłowo przez zgłębnik lub stomię. Kryterium stosowania odżywiania drogą przewodu pokarmowego jest drożność funkcjonalna i anatomiczna przewodu pokarmowego w części dalszej od miejsca podania płynnego żywienia. Niezwykłą zaletą dojelitowej drogi podawania substancji odżywczych jest fakt, że nawet śladowe ilości pożywienia podawane tą drogą stymulują wydzielanie żółci, enzymów trawiennych, a także perystaltykę jelit. Dzięki temu komórki błony śluzowej jelita są odżywiane bezpośrednio od strony ich światła, co skutkuje utrzymaniem bariery jelitowej. Wskazaniem do leczenia dojelitowego jest brak możliwości przyjmowania przez pacjenta pokarmów drogą doustną lub dostarczane składniki są niedostatecznie trawione, wchłaniane i przyswajane. Niestety czasem istnieją

przeciwwskazania do leczenia drogą dojelitową. Jest to np. niestabilizowany stan ogólny chorego, niedrożność mechaniczna i porażenna jelita cienkiego, a także brak zgody chorego na tę formę żywienia.

Kolejną możliwością żywienia jest żywienie pozajelitowe. Mieszaninę aminokwasów, węglowodanów, tłuszczu, witamin i minerałów z odpowiednią ilością wody podaje się pacjentowi drogą dożylną. Najczęściej wklucie następuje do żył centralnych. Forma leczenia jest stosowana u wszystkich chorych, u których wystąpiły przeciwwskazania do żywienia dojelitowego. Należy pamiętać, że wymienione formy leczenia można równolegle stosować, o ile nie są przeciwwskazane. Podawanie diet przemysłowych drogą doustną nazwano karmieniem doustnym [23].

U chorych ze wskazaniami do leczenia żywieniowego, u których drogą dojelitową nie można podać odpowiedniej liczby kalorii (minimum 60% dziennego zapotrzebowania), należy rozważyć połączone żywienie pozajelitowe i dojelitowe [20].

Ogólne zasady żywienia osób w podeszłym wieku

Ogromnym problemem jest opracowanie ogólnych zasad prawidłowego odżywiania się omawianej grupy. Wynika to z heterogenności jednostek. Osoby będące w tej grupie cierpią na różnorodne choroby, co sprawia, że pojawia się problem, aby dobrać optymalny model odżywiania. Zaleca się m.in. spożywać codziennie urozmaicone produkty spożywcze, które są bogate w nienasycone kwasy tłuszczowe, błonnik pokarmowy i skrobię. Należy unikać produktów zawierających cukry proste, tłuszcze, cholesterol. Powinno się również ograniczyć spożycie soli i alkoholu, natomiast zaleca się zwiększenie codziennej aktywności fizycznej. Ponadto każda osoba będąca w podeszłym wieku powinna regularnie kontrolować swoją wagę. Należy spożywać codziennie niewielkich 4-5 posiłków w regularnych odstępach czasu, z unikaniem potraw ciężkostrawnych, smażonych długo na tłuszczu. Codziennie należy spożywać owoce i warzywa, najlepiej w surowej formie, a także powinno się zwiększyć ilość spożywanej wody.

Zaleca się, aby codzienna dieta składała się w 55-60% zapotrzebowania energetycznego z węglowodanów, 25-30% z tłuszczu, a 12-15% z białka. Natomiast całodzienna pula energetyczna powinna stanowić dla osób po 65. roku życia, które cechują się niewielką aktywnością fizyczną w ciągu dnia odpowiednio: 1750- 1950 kcal dla mężczyzn i 1500-1700 kcal dla kobiet. Zapotrzebowanie na niektóre witaminy ulega zmianie. Należy zwiększyć podaż witaminy D₃, jednakże powinno się zwracać uwagę na przyjmowaną dawkę,

gdyż przedawkowanie może grozić hiperkalcemią. Dawka dla ludzi w podeszłym wieku szacowana jest na 400 jednostek miary. U osób w omawianej grupie wiekowej często dochodzi do niedoboru witamin z grupy B. Podłożem niedoboru jest zaburzenie wchłaniania, które wynika najczęściej z przyjmowanych leków.

Z tego samego powodu należy suplementować wapń, gdyż mimo, że podobne jest zapotrzebowanie na ten składnik mineralny, jak w innych grupach wiekowych, niedobór witaminy D₃, jak i estrogenów sprawia, iż wchłanianie wapnia maleje.

W sytuacji niezadawalającego pokrycia zapotrzebowania białkowo- kalorycznego u osób w podeszłym wieku należy rozważyć żywienie z użyciem diet przemysłowych [14,21,24].

Podsumowanie

Niedożywienie jest często spotykanym problemem wśród pacjentów geriatrycznych. Niestety jest to problem, który jest często niezauważany przez lekarzy, czy też najbliższych.

Przy odpowiednim stopniu odżywienia organizm pacjenta szybciej ulega regeneracji, pooperacyjne rany prędko się goją, a czas hospitalizacji pacjenta ulega skróceniu. Pacjent geriatryczny odzyskuje samodzielność, a jakość jego życia ulega poprawie.

Niezwykle ważnym aspektem jest wczesne wykrywanie niedożywienia, a także zwalczanie jego przyczyn, gdyż można w początkowym stadium niedożywienia skutecznie przeciwdziałać, a tym samym zapobiec konsekwencjom niedożywienia.

Należy mieć świadomość, że dobry stan odżywienia pacjenta zapobiega pojawieniu się różnych dolegliwości, które często wynikają z omawianego zaburzenia odżywiania. Osoba w podeszłym wieku będąca dobrze odżywiona może żyć komfortowo i cieszyć się pełnią życia.

Należy dbać o osoby w podeszłym wieku i w miarę możliwości dobrze jest towarzyszyć geriatrycznym pacjentom przy posiłkach, aby mogły czerpać dodatkową radość ze spożywania pokarmów.

Znając możliwe konsekwencje niedożywienia, należy mieć na uwadze poziom odżywienia osoby w starszym wieku i skutecznie przeciwdziałać, aby pacjenci geriatryczni mogli spędzić jesień swojego życia w jak najlepszej formie fizycznej i psychicznej.

Pamiętajmy, że w początkowych fazach omawianego problemu niewiele potrzeba, aby zapobiec przykrym konsekwencjom niedożywienia.

Piśmiennictwo

1. Szymańczak J.: Starzenie się polskiego społeczeństwa. *Studia BAS*, 2012, 2(30), 9-28.
2. Kijak R., Szarota Z.: *Starość między diagnozą a działaniem*. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa, 2013.
3. Błędowski P.: Starzenie się jako problem społeczy [w:] *Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035*. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P (red.). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne, starzenia się ludzi w Polsce*. Termedia, Poznań, 2012, 11-27.
4. Biernat J., Wyka J.: Stan odżywienia w aspekcie stanu zdrowia. *Nowiny Lekarskie*, 2011, 80, 3, 209-212..
5. Olszanecka-Glinianowicz M., Chudek J., Kołłajtis-Dołowy A.: Stan odżywienia i uzebienia u osób w wieku podeszłym w Polsce. [w:] *Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035*. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P (red.). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne, starzenia się ludzi w Polsce*. Termedia, Poznań, 2012, 335-339.
6. Cederholm T., Bosaeus I., Barazzoni R, et al.: Diagnostic criteria for malnutrition – An ESPEN Consensus Statemen. *Clinical Nutrition*, 2015, 34(3), 335-340.
7. Dziennik Ustaw nr 202 poz. 1191. Warszawa, 2011.
8. Szczgieł B., Ukleja A.: *Jak rozpoznawać i leczyć niedożywienie związane z chorobą*, Wyd. PZWL, Warszawa, 2017.
9. Mirczak A.: Czynniki determinujące ryzyko niedożywienia osób starszych ze środowiska wiejskiego. *Medycyna Środowiskowa - Environmental Medicine*. 2014, 17(4), 68-75.
10. Szałtys D.: *Trwanie życia w 2017 r.*, Główny Urząd Statystyczny. *Analizy statystyczne*, Warszawa GUS, 2018.
11. Wojszel B.: Niedożywienie i dylematy leczenia żywieniowego w geriatric. *Postępy Nauk Medycznych*. 2011, 24, 8, 649-657.
12. Grycewicz J., Loba J.: *Żywnienie osób w wieku podeszłym [W:] Neurogeriatria. Praktyczne problemy neurologii w wieku podeszłym*, Prusiński A. (red.), Wyd. Czelej, Lublin, 2004, 28-32.
13. Gabrowska E., Spodaryk M.: *Zasady żywienia osób w starszym wieku*. *Gerontologia Polska*. 2006, 14(2), 57-62.
14. Tańska M.: *Zasady żywienia osób starszych w ogólnej profilaktyce chorób dietozależnych [w:] Żywnienie a Środowisko*. Podgórska M. (red.). Wyd. Wyższej Szkoły Zarządzania, Gdańsk, 2016, 51-59.

15. Babiarczyk B.: Monitorowanie stanu odżywienia osób starszych hospitalizowanych na oddziałach oraz w zakładach opieki krótko i długoterminowej. *Gerontologia Polska*, 2008, 16(1), 18-24.
16. Ożga E., Małgorzewicz S.: Ocena stanu odżywienia osób starszych. *Geriatrics*, 2013, 7, 1-6.
17. Mziray M., Żuralska R., Książek J.: Niedożywienie u osób w wieku podeszłym, metody jego oceny, profilaktyka i leczenie. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, 2016, 46, 95-105.
18. Bukol-Krawczyk K.: Niealkoholowe stłuszczenie wątroby- leczyć czy nie leczyć? *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 2010, 1(1), 66-72.
19. Wojszel Z.: Niedożywienie. *Geriatrics i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wyd. PZWL, Warszawa, 2017.
20. Kłęk S.: Niedożywienie – rozpoznanie i postępowanie w ramach praktyki lekarza rodzinnego. <https://www.mp.pl/medycynarodzinnapraktyka-kliniczna/120760,niedozywnie-rozpoznanie-i-postepowanie-w-ramach-praktyki-lekarza-rodzinnego> (data pobrania 30.04.2019).
21. Grzymisławski M.: Wybrane aspekty żywienia osób starszych. *Geriatrics i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wyd. PZWL, Warszawa, 2017.
22. Szczygieł B.: Wybór drogi żywienia. *Niedożywienie związane z chorobą*. Wyd. PZWL, Warszawa, 2012.
23. Pawłowski W.: Żywienie dojelitowe. *Niedożywienie związane z chorobą*. Wyd. PZWL, Warszawa, 2012.
24. Jak ocenić stan odżywienia pacjentów w szpitalu. brak miejsca : <https://polspen.pl/nasza-dzialalnosc/jak-ocenic-stan-odzywienia-pacjentow-w-szpitalu> (19.03. 2019)

Postrzeganie osób niepełnosprawnych w środowisku społecznym według opinii młodzieży

Egeman-Nowacka Magdalena¹, Nowak-Kapusta Zofia¹, Młynarska Agnieszka²

- 1 Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- 2 Zakład Pielęgniarstwa Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp

Na świecie żyje ponad 7,5 miliarda ludzi znacząco różnych od siebie. Każdy człowiek jest odrębną, wyjątkową jednostką co sprawia, że nasz świat jest wyjątkowy. Jedni ludzie przez swoją inność są akceptowani przez społeczeństwo, a inni nie mają tyle szczęścia i są przez nich odrzucani. Osoby niepełnosprawne to w dzisiejszych czasach grupa ludzi, która często spotyka się na co dzień z brakiem akceptacji i odrzuceniem.

Definicja i objaśnienie pojęcia niepełnosprawność jest zmienne i nie daje się skonkretyzować. Każdy człowiek w swoim życiu doświadcza wiele różnych sytuacji i momentów, w których czuje się mniej lub bardziej komfortowo czy sprawnie fizycznie. To, co w tym momencie jest dla nas łatwe i ogólnodostępne, za chwilę może stać się nieosiągalne i może być barierą nie do pokonania.

Można powiedzieć o niepełnosprawności, że jest to brak przystosowania określonego organizmu do warunków, w których się znajduje. Inaczej możemy powiedzieć, że jest to upośledzenie funkcji psychicznej i fizycznej na skutek różnych urazów czy chorób, które towarzyszą człowiekowi od zawsze. Stanowisko społeczne wobec osób niepełnosprawnych w różnych kulturach czy religiach było odmienne i zmieniało się latami [1].

W roku 1980 Światowa Organizacja Zdrowia, kładąc szczególny nacisk na stan zdrowia człowieka, ustanawia następujące pojęcia niepełnosprawności:

- *„niesprawność (impariment) - każda utrata sprawności lub nieprawidłowości w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym;*

- *niepełnosprawność (disability) – każde ograniczenie bądź niemożność (wynikające z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia w sposób lub zakresie uznawanym za typowe dla człowieka;*
- *ograniczenia wypełnieniu ról społecznych (handicap) – ułomność określonej osoby wynikająca z niesprawności lub niepełnosprawności, ograniczająca lub uniemożliwiająca pełną realizację roli społecznej odpowiadającej wiekowi, płci oraz zgodnej ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami” [2].*

W roku 2007 Światowa Organizacja Zdrowia ze względu na swoje szczególne znaczenie w tworzeniu definicji niepełnosprawności, dołączyła do definicji aspekt społeczny „niepełnosprawność to wielowymiarowe zjawisko wynikające ze wzajemnych oddziaływań między ludźmi, a ich fizycznym i społecznym otoczeniem, efekt barier napotykanym w toczeniu fizycznym i społecznym” [3].

Rehabilitacja wszystkich osób niepełnosprawnych jest wielowymiarowym, wieloetapowym i złożonym procesem, który dąży do maksymalnego usprawnienia wszystkich niepełnosprawnych. Profesjonalne usprawnienie odbywa się na podstawie wszelakich działań: leczniczych, społecznych, zawodowych, pedagogicznych przy współuczestnictwie samych niepełnosprawnych. Głównym celem rehabilitacji jest zdobycie możliwie najwyższego poziomu niezależności i samodzielności osoby niepełnosprawnej. Osoby niepełnosprawne z pozycji biorcy przechodzą na pozycję dawcy, czyli osoby tworzącej cenne wartości społeczne, osoby produktywne, które w pełni uczestniczą w życiu społecznym [4].

Bardzo ważną rolę w życiu społecznym każdego człowieka odgrywają postawy. Warunkują w znacznym stopniu reakcje na różne bodźce społeczne, emocje, uczucia, poglądy, myśli i traktowanie innych osób, czy grup społecznych. Od postaw, które przyjmuje człowiek uzależnione jest jego skutecznianie umiejętności komunikowania się z otoczeniem, rozwijanie swojej osobowości oraz odpowiednie funkcjonowanie w społeczeństwie. Przyjmowanie pewnych określonych postaw przez indywidualne jednostki, czy grupy społeczne może dotyczyć wielu aspektów, które budują stosunek do tych jednostek, a równocześnie wyznaczają więź człowiek – człowiek. Ze względu na wieloznaczność pojęcia postawy i wiele stanowisk istnieje wiele definicji, podziałów i kategorii tego pojęcia. Postawa składa się z trzech komponentów, które przyjmują różne wartości i ze względu na te wartości możemy wyróżnić cztery kategorie postaw:

- postawy asocjacje, afektywne, które składają się wyłącznie ze stosunku emocjonalno-oceniającego;

- postawy poznawcze, które składają się z komponentu poznawczego i afektywnego, nie zawierają komponentu behawioralnego;
- postawy behawioralne;
- postawy pełne - które, zawierają wszystkie trzy komponenty [5].

Rozpatrując postawy wobec osób niesprawnych na przestrzeni dziejów, należy zwrócić uwagę na fakt, iż wraz z rozwojem społeczeństw nastąpiły niewątpliwie korzystne zmiany. Postawy dzisiejszego społeczeństwa wobec niepełnosprawnych charakteryzują się akceptacją, wyrozumiałością i postawą pozytywną, która umożliwia proces rehabilitacji. Niemniej jednak problemy i trudności życiowe, jakie napotykają osoby niepełnosprawne zazwyczaj związane z nastawieniem społecznym są nadal aktualne.

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych zatwierdzona przez Polskę w 2003 roku *„zobowiązuje państwa do podjęcia działań w celu podniesienia świadomości społeczeństwa w zakresie spraw dotyczących osób niepełnosprawnych, wzmocnienia poszanowania ich godności i praw, zwalczania stereotypów i uprzedzeń oraz promowania wiedzy o zdolnościach osób niepełnosprawnych”*. Do tych działań zaliczać będziemy: nakłanianie i zachęcanie mediów do przedstawiania niepełnosprawnych zgodnie z Konwencją, czyli pełnym poparciem, ochroną oraz zapewnieniem pełnego dostępu do wszystkich praw człowieka [6,7].

W 2003 roku Rada Etyki Mediów również postulowała o zmianę wizerunku niepełnosprawnych w mass mediach. Rada stwierdziła, iż *„media powinny stawać w roli rzecznika osób niepełnosprawnych wobec samorządów i władz, także władzy ustawodawczej”*. Rada postulowała również o to, by niepełnosprawni byli pokazywani w mass mediach w normalnych sytuacjach życiowych i społecznych [6,8]. Tymczasem środki masowego przekazu pokazują niepełnosprawnych na dwa zupełnie różne od siebie sposoby. Pokazują ich albo jako osoby zupełnie nie dające sobie rady w życiu, nieudolne i ciągle zależne od osób trzecich, albo jako osoby odnoszące sukces [6].

Cel pracy

Podstawowym celem pracy było przede wszystkim zbadanie postaw i zachowań młodzieży licealnej wobec osób niepełnosprawnych. Sformułowano następujące problemy badawcze:

- jaki jest stan wiedzy młodzieży licealnej na temat osób niepełnosprawnych?

- jaką postawę wobec osób niepełnosprawnych prezentuje młodzież licealna?
- jakie jest podejście współczesnej młodzieży licealnej pod względem emocjonalnym do osób niepełnosprawnych?
- czy nastawienie do osób niepełnosprawnych związane jest z płcią?

Material i metody

Badanie przeprowadzono w Liceum Ogólnokształcącym w Częstochowie. Badaniami objęto 100 uczniów, w tym 71 dziewcząt i 29 chłopców. Badanie zostało przeprowadzone na przełomie listopada i grudnia 2017 roku.

Do realizacji założonego celu wykorzystano metodę badawczą sondażu diagnostycznego. Technika badań była ankieta, natomiast narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Ankieta zawierała 38 pytań. Pytań zamkniętych było 29, natomiast otwartych – 9.

Wyniki

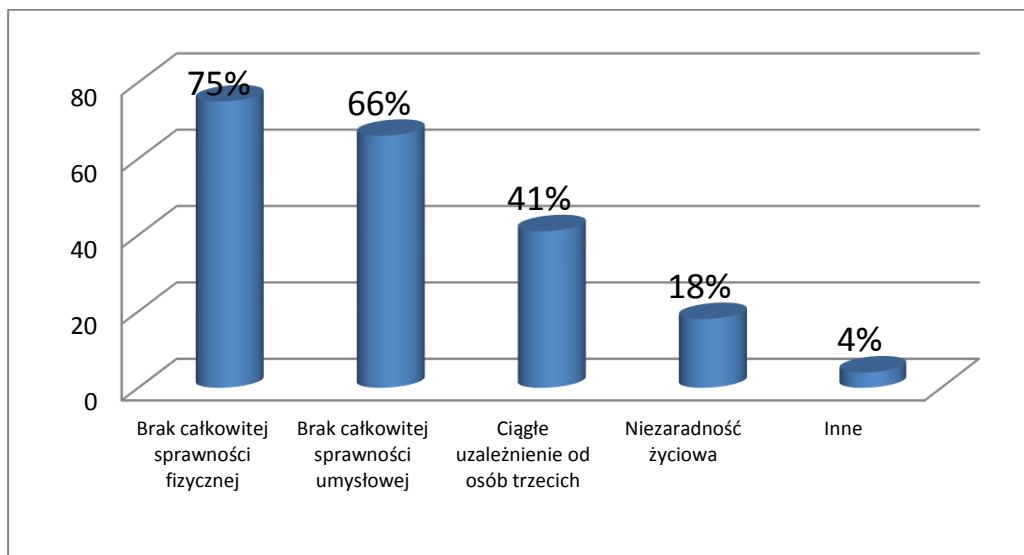
Ankietowani w podobnym stosunku zamieszkiwali miasta 52%, jak i wieś 48%. Najwięcej ankietowanych było z klasy I, bo aż 60%, następnie z drugiej 14% i III - 26 %. Dla 75% ankietowanych osób, niepełnosprawność oznacza brak całkowitej sprawności fizycznej, dla ponad 60% ankietowanych oznacza również brak całkowitej sprawności umysłowej. Badani w 41% zaznaczali także, że niepełnosprawność to dla nich ciągle uzależnienie od osób trzecich (pytanie było wielokrotnego wyboru) (ryc.1).

Według 86% badanych osób, niepełnosprawność występuje najczęściej w wyniku chorób genetycznych, dla 77% badanych występuje również w wyniku utraty sprawności funkcjonowania organizmu oraz dla 62% ankietowanych występuje także w wyniku choroby nieuleczalnej (pytanie wielokrotnego wyboru) (ryc.2).

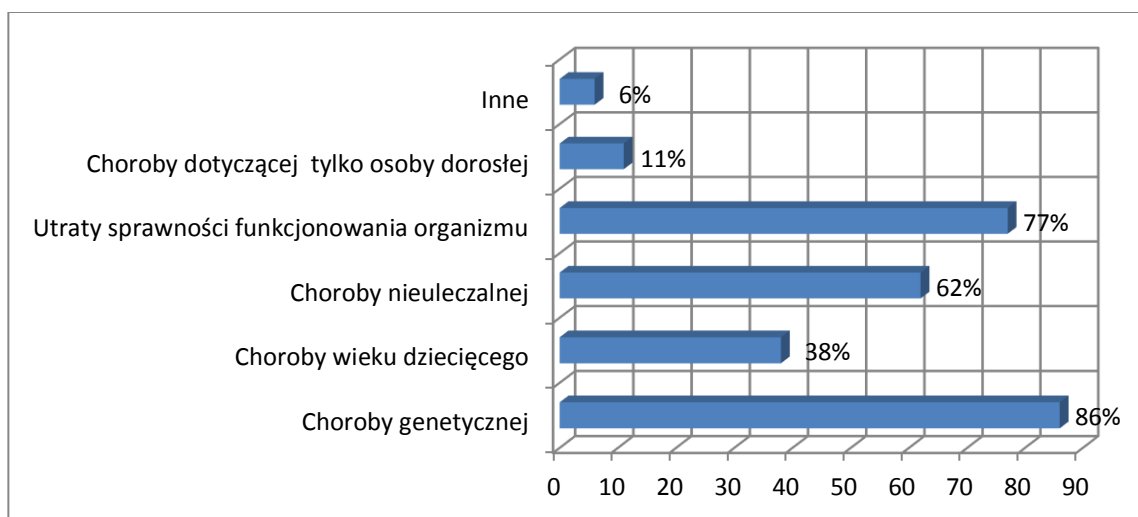
Wśród ankietowanych 44% osób odpowiedziało, że najsilniejszym uczuciem, jakie wzbudza w nich osoba niepełnosprawna to współczucie, natomiast najslabszym uczuciem według 38% ankietowanych jest wyrozumiałość.

Badani w 27% uważali, że niepełnosprawność to w dzisiejszych czasach wciąż temat „TABU”, dla 42% nie stanowi już takiego problemu, a 31% nie miała na ten temat zdania.

Ponad połowa badanych 66% uznała, że osoby niepełnosprawne są dyskryminowane przez społeczeństwo. Następnie 15% uznało, że osoby niepełnosprawne nie są dyskryminowane, a 19% badanych nie miało zdania.



Rycina 1. Niepełnosprawność to...

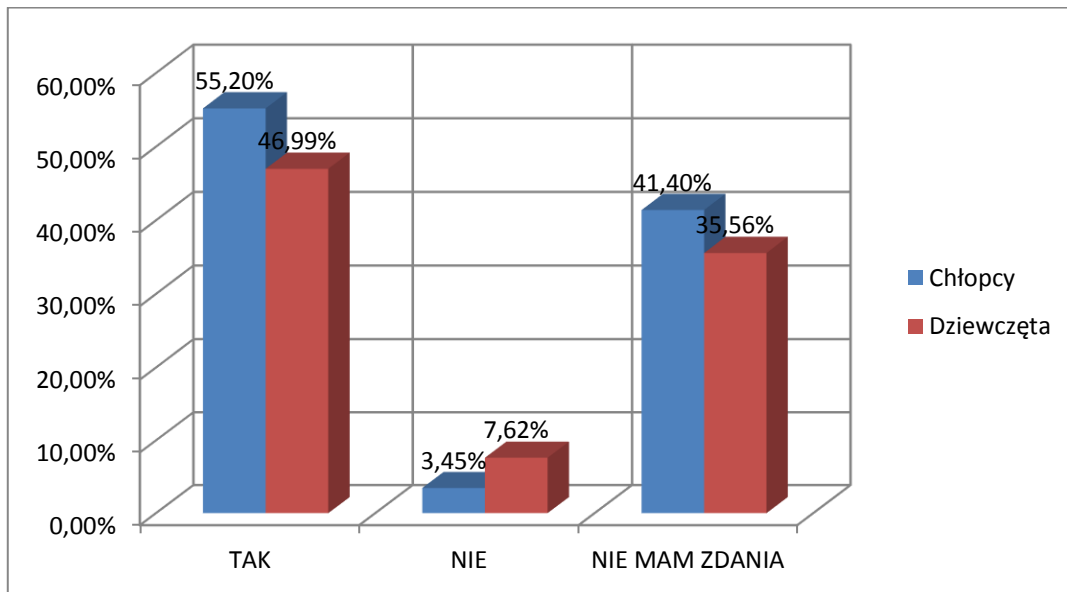


Rycina 2. Przyczyny niepełnosprawność według ankietowanych

Badani w 85% uznali, że niepełnosprawni mogą żyć normalnie, a dla 15% jest to zdecydowanie niemożliwe.

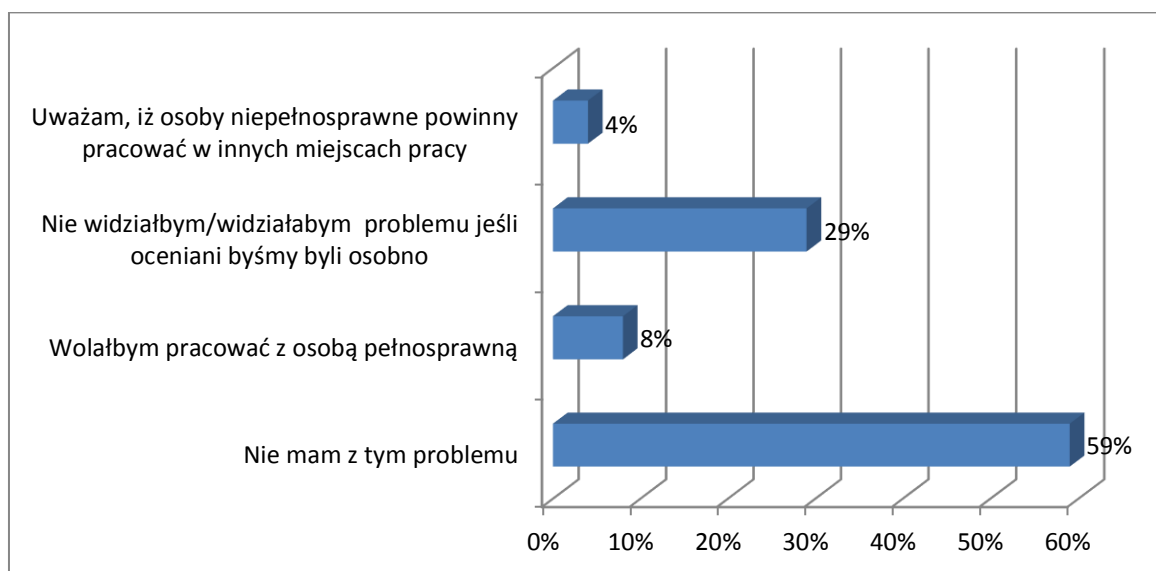
Badani w 50% uważali, że osoby niepełnosprawne powinny mieć szansę chodzenia do szkoły publicznej. W 19% badani uznali, że takie osoby nie powinny chodzić do szkoły publicznej, a 31% nie miało zdania.

Około 55% ankietowanych chłopców uznało, że osoby niepełnosprawne powinny pracować. Dziewczęta w około 47% podzielały zdanie chłopców (ryc.3)



Rycina 3. Czy uważasz, że osoby niepełnosprawne powinny pracować?

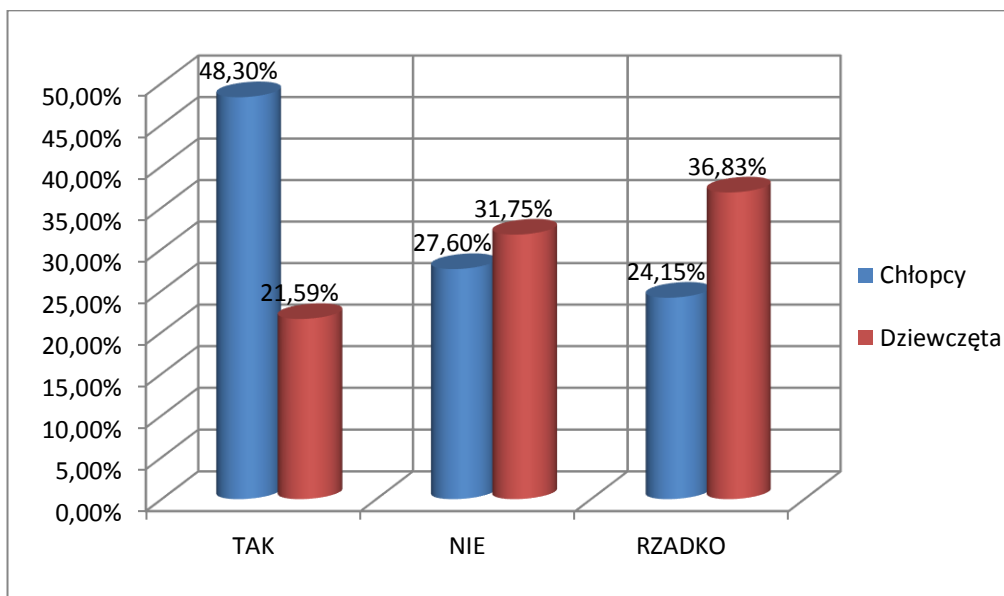
Ponad połowa badanych, bo 59% wyrażała chęć pracy z osobą niepełnosprawną i nie widziała w tym problemu. W 29% badani również nie widzieli problemu pracy z osobą niepełnosprawną, ale tylko wtedy, kiedy oceniani będą osobno. Tylko 8% badanych wolałoby pracować z osobą pełnosprawną, a 4% badanych uważa, że niepełnosprawni powinni pracować w innych miejscach pracy (ryc.4).



Rycina 4 Opinie na temat pracy osób niepełnosprawnych

Zdecydowana większość badanych - 92% była zdania, że osoby niepełnosprawne powinny mieć szansę zawierać związki partnerskie/małżeńskie, a 8% nie miała na ten temat jednoznacznego zdania.

Wyrażeń obraźliwych i niestosownych, takich jak „kaleka” czy „ułom” używało około 48% badanych chłopców i co piąta ankietowana dziewczyna (22%). Tych sformułowań nie używało około 32% badanych dziewcząt i 27% badanych chłopców (ryc.5).



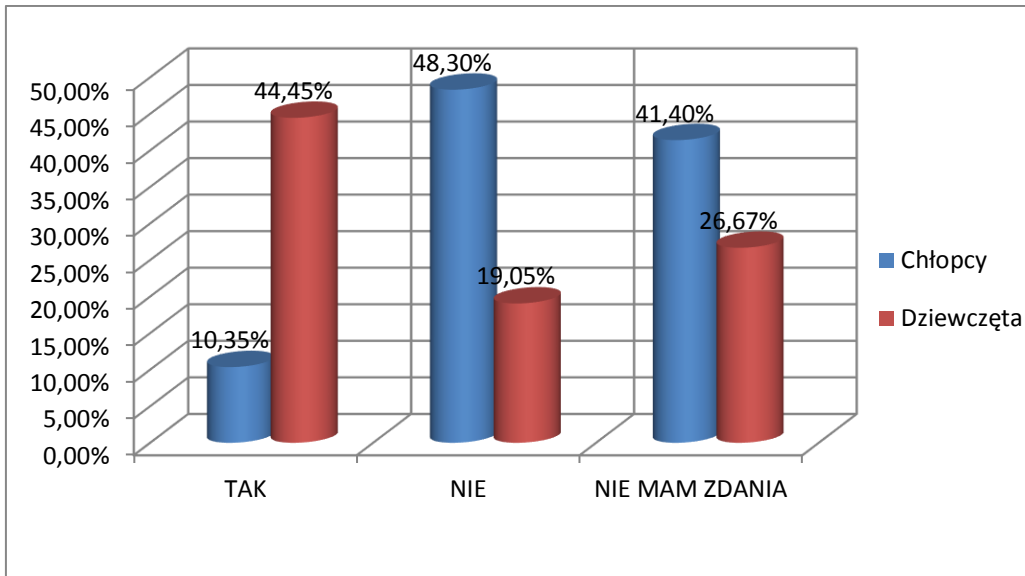
Rycina 5. Czy używasz lub kiedykolwiek używałeś/łaś w swoich wypowiedziach wyrażeń: „kaleka”, „ułom”, „nienormalny”?

Większość badanych osób, bo aż 90% zetknęła się z osobą niepełnosprawną w swoim środowisku, czy to w rodzinie, czy wśród przyjaciół. Zaledwie 10% ankietowanych nie miało styczności z osobą niepełnosprawną.

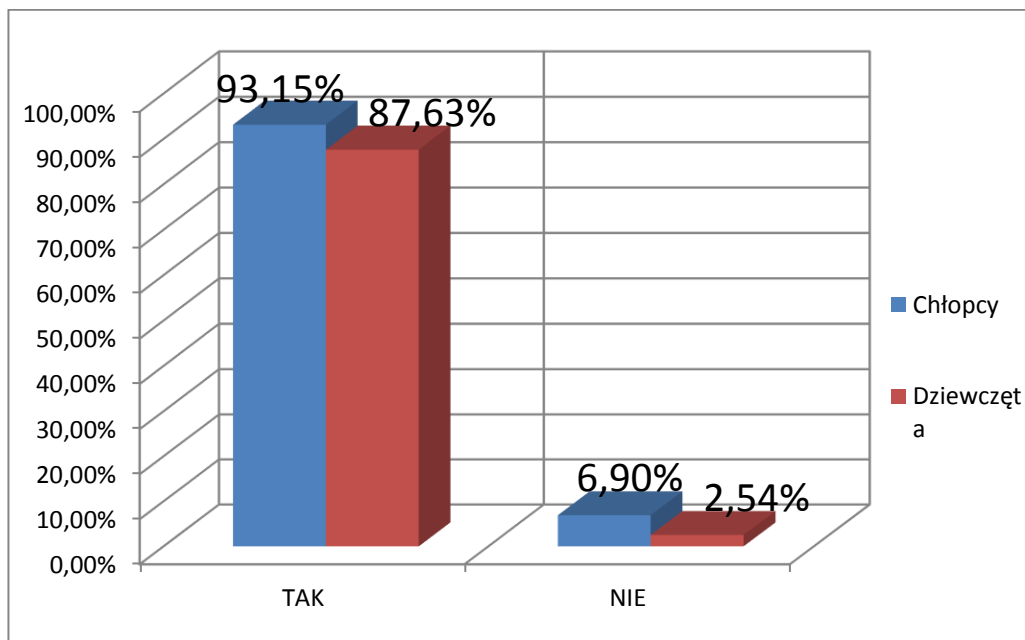
Zdecydowanie więcej dziewcząt (44%), niż chłopców (10%) wykazuje chęć bycia wolontariuszem pomagającym osobom niepełnosprawnym. Większość ankietowanych chłopców – 48% nie chciałoby się podjąć tego zadania (ryc.6).

Zdecydowana większość badanych chłopców i dziewcząt, bo około 90% jest pozytywnie nastawiona do osób niepełnosprawnych (ryc.7).

Badani w 53% uznali, że osoby niepełnosprawne są zaradne i potrafią sobie radzić bez pomocy otoczenia, tylko 16% uznało, że sobie nie poradzą, a 31% nie miała na ten temat zdania.



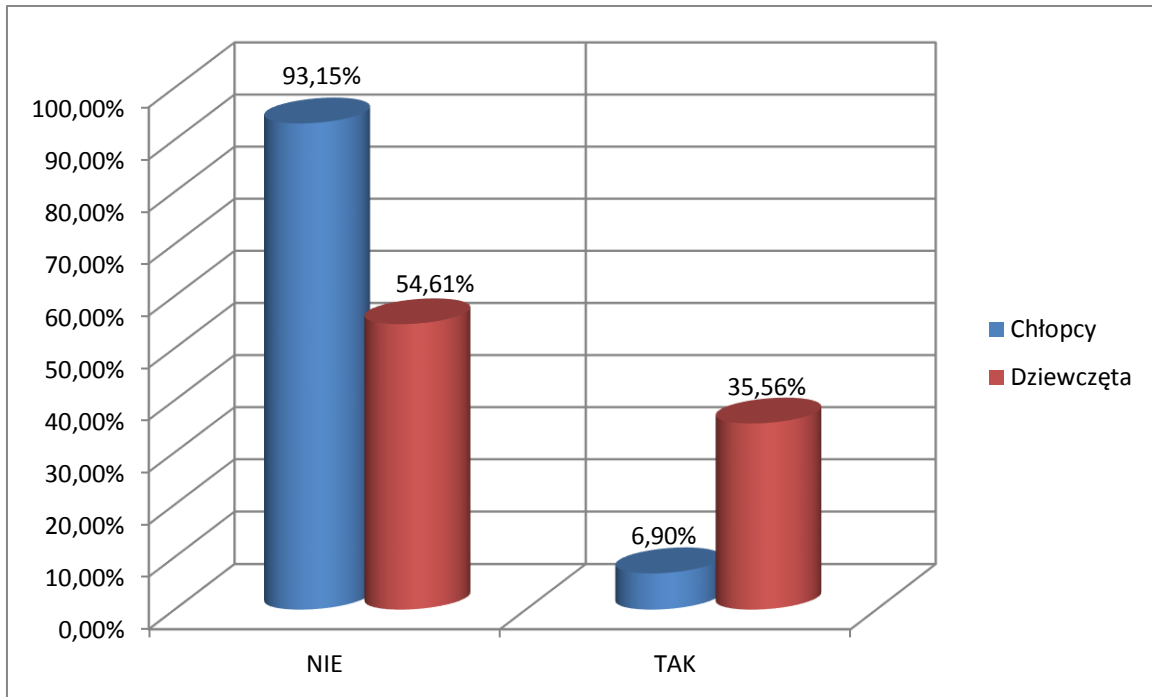
Rycina 6. Czy chciałabyś/chciałbyś zostać wolontariuszem, opiekować się, spędzać czas, pomóc osobie niepełnosprawnej?



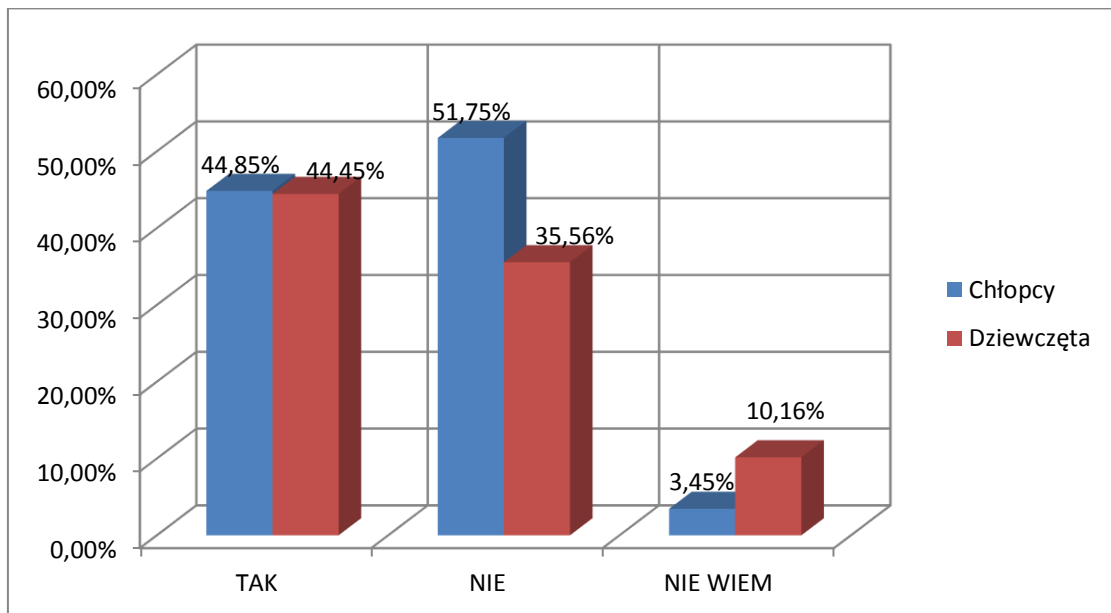
Rycina 7. Czy Ty jesteś nastawiony pozytywnie do osób niepełnosprawnych?

Zdecydowana większość badanych chłopców, bo aż 93% nie brała udziału w przedsięwzięciach na rzecz osób niepełnosprawnych. W grupie dziewcząt co trzecia (35%) ankietowana uczestniczyła w takiej akcji (ryc.8).

Taka sama liczba badanych chłopców i dziewcząt (44%) wyrażała chęć pójścia na randkę z osobą niepełnosprawną (ryc.9).

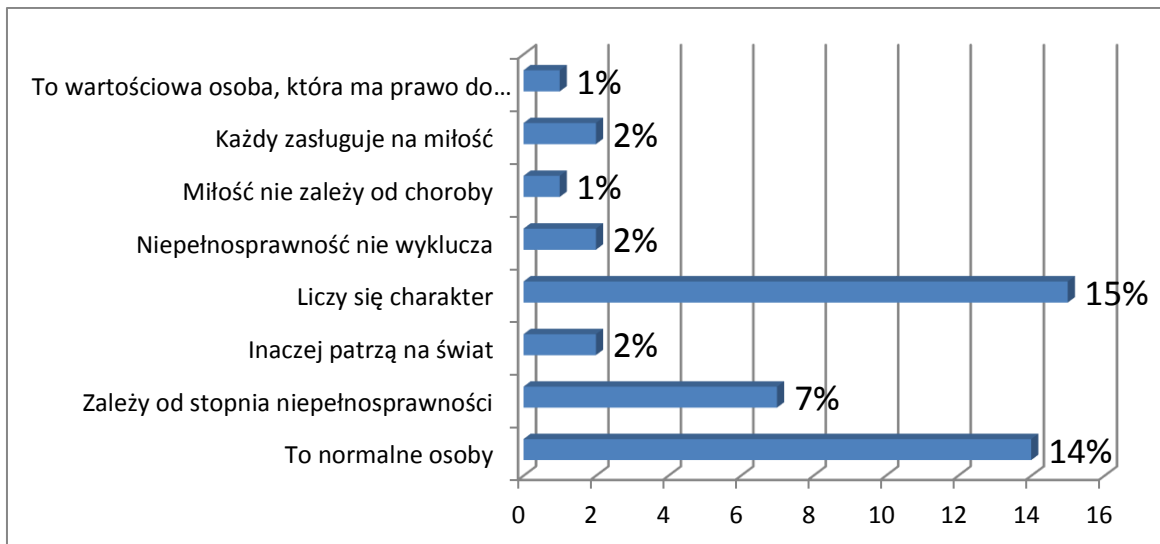


Rycina 8. Czy kiedykolwiek brałeś udział w przedsięwzięciu na rzecz osób niepełnosprawnych?



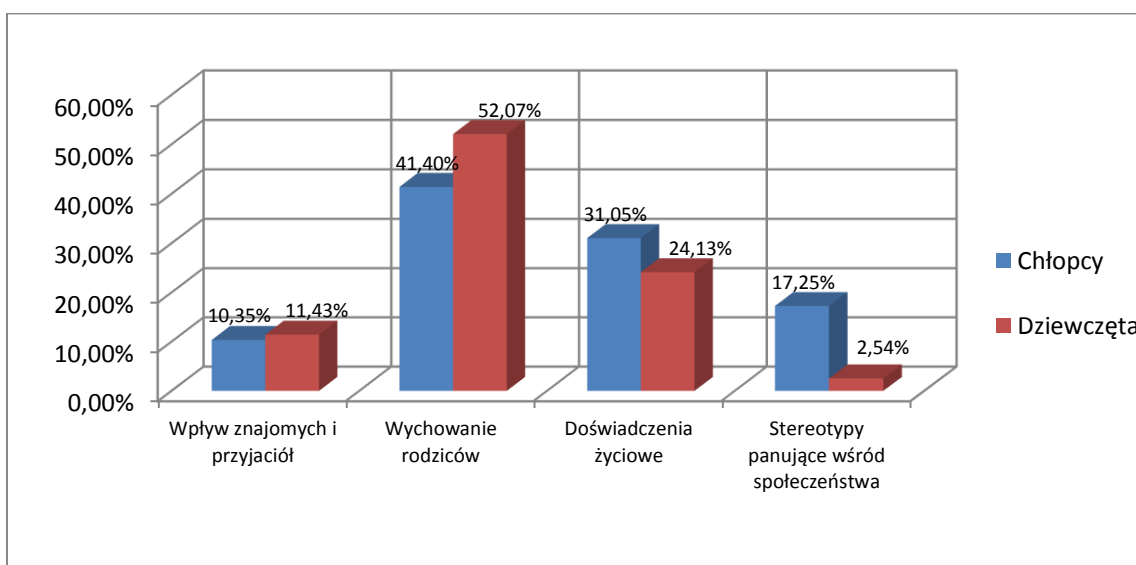
Rycina 9. Czy umówiłabyś/umówiłbyś się z osobą niepełnosprawną na randkę?

Pytając badanych o najczęstsze powody umówienia się na randkę z osobą niepełnosprawną wymieniali oni: charakter, to normalne osoby, zależy od stopnia niepełnosprawności (ryc.10).



Rycina 10. Najczęstsze powody dla których ankietowani umówiliby się na randkę z osobą niepełnosprawną

Dla badanych dziewcząt największy wpływ na ich postawę w stosunku do osób niepełnosprawnych najbardziej wpłynęło wychowanie rodziców – 52%, później doświadczenia życiowe 24%, oraz w 11% wpływ znajomych i przyjaciół. Ankietowani chłopcy odpowiedzieli bardzo podobnie, gdyż na pierwszym miejscu również postawili wychowanie rodziców 41%, później doświadczenia życiowe 31% i w 17% stereotypy panujące wśród społeczeństwa (ryc.11).



Rycina 11. Jak myślisz co ukształtowało Twoją postawę wobec osób niepełnosprawnych?

Badani w 33% odpowiedzieli, że aby ułatwić życie niepełnosprawnym w społeczeństwie należałoby zwiększyć świadomość społeczną, dla 20% badanych należałoby dostosować infrastrukturę miejską/wiejską, a dla 16% ankietowanych należałoby utworzyć nowe miejsca pracy i walczyć z dyskryminacją osób niepełnosprawnych.

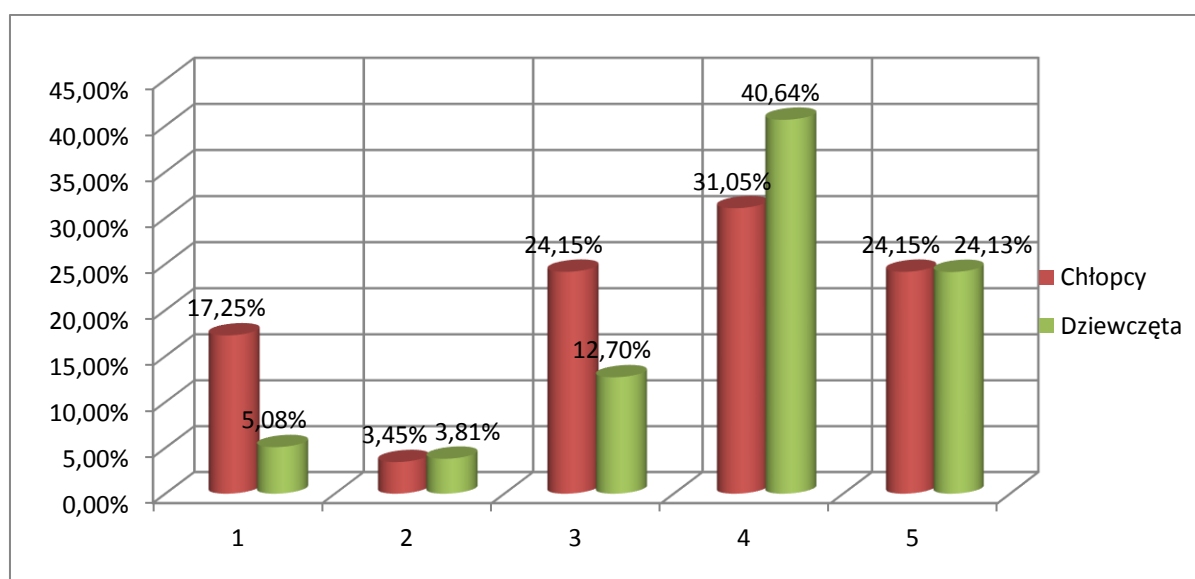
Ankietowani nie znają zbyt dużo osób niepełnosprawnych ze swojego otoczenia, 69 z nich odpowiedziało, że zna 2 lub 3 takie osoby, 7 osób odpowiedziało, że zna 5 takich osób, a 19 osób odpowiedziało, że nie znają takich osób w ogóle.

Ankietowani chłopcy i dziewczęta w 24% wykazują duże zadowolenie z życia. Zadowolenie z życia wykazuje 40% ankietowanych dziewcząt i 30% ankietowanych chłopców. Natomiast 17% ankietowanych chłopców i 5% ankietowanych dziewcząt była niezadowolona ze swojego życia (ryc.12).

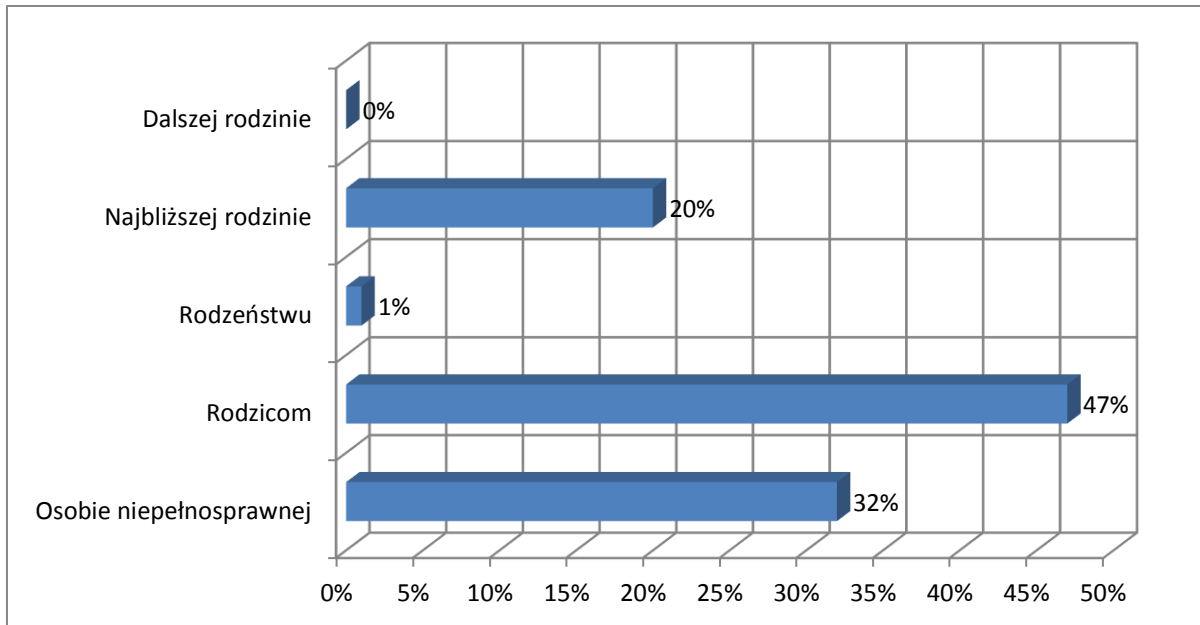
Pytając ankietowanych o to, co jest dla nich najważniejsze w życiu odpowiadali, że w 29% rodzina, 23% zdrowie i w 16% przyjaciele. Najmniej ważne, bo tylko po 1% ankietowanych: kariera, wiara, marzenia i ambicje.

Ankietowani zostali zapytani, komu w rodzinie jest najtrudniej w sytuacji niepełnosprawności jednego członka? Odpowiedzi były następujące: rodzicom - 47%, osobie niepełnosprawnej - 32%, najbliższej rodzinie – 20% (ryc.13).

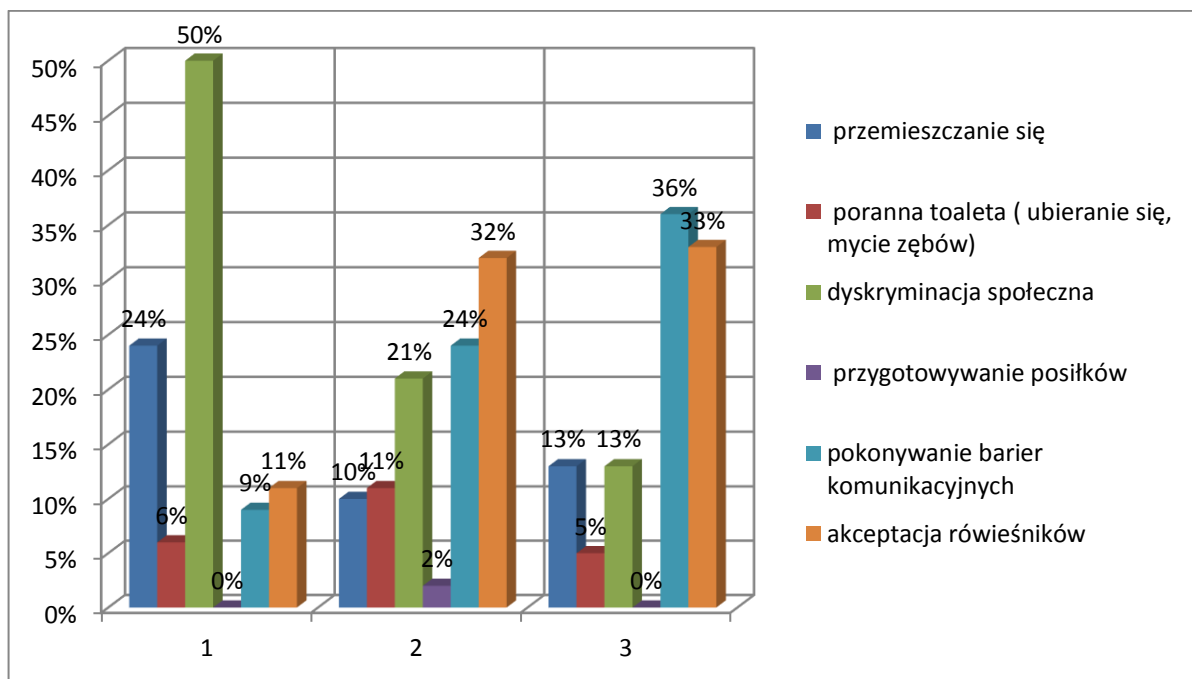
Według ankietowanych najtrudniejszą sytuacją w dniu codziennym dla osoby niepełnosprawnej jest konfrontowanie się z dyskryminacją społeczną (ryc.14).



Rycina 12. W jakim stopniu jesteś zadowolony ze swojego życia? (podaj liczbę od 0 bardzo niezadowolony-5 bardzo zadowolony)



Rycina 13. Jak myślisz komu w rodzinie jest najtrudniej?



Rycina 14. Jak uważasz co jest najtrudniejsze w dniu codziennym dla osoby niepełnosprawnej? (wybierz od 1 do 3)

Dyskusja

Postawy młodzieży wobec osób niepełnosprawnych, według literatury, na przestrzeni wieków ulegały znacznym zmianom. Zazwyczaj naprzemiennie występowały postawy

negatywne, jak i pozytywne. Młodzież deklaruje w większości postawy pozytywne wobec niepełnosprawnych. Niestety stosunek ten dość szybko się zmienia i ma związek z rodzajem niepełnosprawności dotkniętej osoby. A. Sękowski pisał: *„najbardziej negatywne postawy dotyczą osób, u których niepełnosprawność i deformacje fizyczne są szczególnie widoczne już w pierwszym kontakcie, jak w przypadku osób upośledzonych umysłowo, osób z niepełnosprawnością sprzężoną, deformacjami tułowia i innych części ciała oraz z zniekształceniami twarzy”* [9].

W badaniach własnych młodzież licealna była pozytywnie nastawiona do osób niepełnosprawnych (dziewczęta - 87% i chłopcy - 93%). Z badań na temat postaw młodzieży wobec niepełnosprawnych przeprowadzonych przez Zielińska M. na grupie 121 uczniów Liceum oraz Centrum Kształcenia Ustawicznego w Zielonej Górze wynika, iż ankietowani na podobnie zadane pytanie odpowiadają tak samo. Zielonogórska młodzież, dziewczęta (71,4%) i chłopcy (64%) wykazują pozytywne postawy wobec osób niepełnosprawnych. Można również zwrócić uwagę na fakt, iż w badaniach Zielińskiej M. postawy pozytywne częściej wykazywali uczniowie Centrum Kształcenia Ustawicznego (72,6%), gdzie byli niepełnosprawni niż uczniowie Liceum (57%), gdzie osób niepełnosprawnych nie było [10]. Analizując powyższe wyniki można zauważyć, że kontakt bezpośredni z osobą niepełnosprawną może mieć duże znaczenie w budowaniu postaw.

Znaczna większość ankietowanych - 87% na pytanie, czy mogliby przyjaźnić się z osobą niepełnosprawną odpowiedziała twierdząco, a 12% ankietowanych nie miało zdania na ten temat. Natomiast w badaniach M. Zielińskiej ankietowana młodzież, która w 70% deklaruje postawy pozytywne wobec niepełnosprawnych zapytana, o to czy chciałaby, aby w gronie przyjaciół znalazła się osoba niepełnosprawna odpowiedziała, że jest jej to obojętne [10]. Widzimy tutaj pewną rozbieżność pomiędzy deklarowanymi uczuciami i postawami a dyspozycjami do ich okazywania.

Połowa ankietowanych osób (50%) zapytana o to, czy niepełnosprawni powinni chodzić do szkół publicznych odpowiedziała twierdząco, a 19% ankietowanej młodzieży była temu przeciwna. W badaniach M. Zielińskiej respondenci na takie samo zadane pytanie odpowiedzieli w 56%, że niepełnosprawni powinni chodzić do szkoły publicznej, w 15%, że niepełnosprawni powinni uczęszczać do szkół specjalnych, a w 28%, że niepełnosprawni powinni uczęszczać do szkół przystosowanych architektonicznie [10]. Zielonogórska młodzież wykazuje się pewną znajomością możliwości fizycznych i edukacyjnych osób niepełnosprawnych, ponieważ prawie 90% z nich uważa, że osoby niepełnosprawne mogą osiągnąć wyższe wykształcenie [10].

Pytając ankietowanych o to, czy osoby niepełnosprawne powinny pracować, to 55% chłopców odpowiedziało, że zdecydowanie tak. Dziewczęta w 46% podzielały zdania ankietowanych chłopców. Niewiele ankietowanych chłopców (4%) i dziewcząt (8%) było za tym, aby niepełnosprawni nie pracowali. Większość badanych osób 59% wyrażała chęci pracy z osobą niepełnosprawną na tym samym stanowisku, natomiast 41% ankietowanych widziała w tym pewne problemy.

Pozytywną postawą, jaką byłoby podjęcie wolontariatu, czyli dobrowolnej pomocy osobie niepełnosprawnej, objęła zdecydowana większość ankietowanych dziewcząt 44% i zaledwie 10% ankietowanych chłopców. Tego zadania nie podjęłoby się aż 48% ankietowanych chłopców i zaledwie 19% ankietowanych dziewcząt. Widzimy tutaj pewną rozbieżność między chęcią udzielania pomocy przez dziewczęta i chłopców.

Natomiast w badaniach M. Zielińskiej zielonogórska młodzież zapytana o to, czy ich pomoc wobec niepełnosprawnych wynika z własnej inicjatywy, czy też z nadanego obowiązku w zdecydowanej większości odpowiedziała: chłopcy 86% i dziewczęta 90,4%, że pomoc wynikała z własnej inicjatywy [10]. Widzimy, iż zielonogórska młodzież częściej wykazuje pozytywne odczucia i chęć pomocy osobom niepełnosprawnym oraz różnica w chęci niesienia pomocy przez chłopcy i dziewczęta jest prawie niezauważalna.

Pytając badanych o to, czy niepełnosprawni powinni zawierać związki małżeńskie/partnerskie w zdecydowanej większości, bo aż 92% osób odpowiedziało twierdząco. W wyniku badań przeprowadzonych na zielonogórskiej młodzieży, odnośnie pytania co do wspólnego zamieszkania z osobą niepełnosprawną w związku nieformalnym bądź małżeńskim, za związkiem nieformalnym opowiedziało się 56% młodzieży, natomiast za małżeńskim 42% [10]. Wnioskować można, że postawy licealistów wobec niepełnosprawnych są jak najbardziej pozytywne, akceptujące i ciepłe.

Na kontakt bezpośredni oraz zaprezentowanie się w towarzystwie osoby niepełnosprawnej zdecydowałyby się 44% chłopców oraz 44% dziewcząt, lecz 51% chłopców i 35% dziewcząt nie wyraziło takiej chęci. Porównując badania M. Zielińskiej odnośnie podobnego pytania co do tego, czy ankietowani chętnie wybraliby się do kina bądź teatru z osobą niepełnosprawną na wózku, czy chętniej z osobą poruszającą się samodzielnie, wynika, że częściej deklarowane jest wspólne wyjście do kina, teatru z niepełnosprawnym poruszającym się samodzielnie 76,5% niż na wózku 67,3% [10]. Z powyższych badań wynika, iż większość ankietowanych chłopców unika kontaktu bezpośredniego i towarzyskiego osób niepełnosprawnych. Widzimy również, że stopień i rodzaj niepełnosprawności ma znaczenie w kontaktach towarzyskich ze sprawnymi rówieśnikami.

Pytając młodzież o to, czy kiedykolwiek zetknęli się z osobą niepełnosprawną w swoim środowisku - 90% ankietowanych odpowiedziało, że tak, a tylko 10% ankietowanych nie zna takiej osoby.

Według badania przeprowadzonego przez Centrum Badania Opinii Społecznej w roku 2007 wynika, iż co piąty badany (21%) nie miał nigdy styczności z takimi osobami, jednak większość badanych (66%) zna takie osoby nie osobiście, ale dostrzega ich obecność. Dwie piąte ankietowanych (39%) ma takich znajomych lub przyjaciół, a ponad jedna czwarta ankietowanych (29%) ma osoby niepełnosprawne w rodzinie [11].

Analizując wyniki różnych badań możemy dostrzec, iż postawy wobec niepełnosprawnych są w większości pozytywne i akceptujące, lecz nie do końca spójne, ponieważ młodzież nie dąży do zbyt bezpośredniego kontaktu z osobą niepełnosprawną.

Nasuwa się potrzeba zwiększenia wszechstronnej wiedzy na temat niepełnosprawnych, jak i pewnych wzorców zachowań przekazywanych i kreowanych przez rodziców, środki masowego przekazu czy nauczycieli. Proces integracji musi być kształtowany ciągle i we wszystkich aspektach życia społecznego, a nie tylko jednorazowo.

Wyniki badań wskazują, że postawom pozytywnym sprzyja kontakt z osobą niepełnosprawną. Z badań wynika również fakt, iż chłopcy wykazują większy dystans i więcej postaw negatywnych wobec niepełnosprawnych, dlatego ta grupa osób powinna być szczególnie objęta edukacją i pracą wychowawczą nad postawami wobec niepełnosprawnych.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonego badania oraz otrzymanych wyników można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Wiedza badanych licealistów na temat osób niepełnosprawnych jest ogólna.
2. Badani widzą potrzebę pełnego uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym osób niepełnosprawnych.
3. Badani, którzy mieli bezpośredni kontakt z osobą niepełnosprawną w rodzinie lub wśród przyjaciół wykazują więcej sympatii, zrozumienia wobec nich niż osoby, które miały ten kontakt ograniczony.
4. Zdecydowana większość dziewcząt niż chłopców wykazuje chęć pomocy osobom niepełnosprawnym.

Piśmiennictwo

1. Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D.: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. *Niepełnosprawność - zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2013, 2(7), 5-20.
2. Niepełnosprawność. www.unic.un.org.pl/niepelnosprawnosc (18.01. 2018).
3. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) oraz jej zastosowanie. Materiały robocze. Warszawa, 2007.
4. Kawwa J., Wilmowska- Pietruszyńska A.: Znaczenie rehabilitacji w zapobieganiu niepełnosprawności. *Niepełnosprawność - zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2016, 2(19), 75-89.
5. Nowak S.: *Teorie postaw*. Wydawnictwo PWN, Warszawa, 1973.
6. Struck-Peregończyk M.: Wizerunek osób niepełnosprawnych w środkach masowego przekazu - zarys zjawiska. *Komunikacja społeczna*. 2013, 4(8), 22-31.
7. Popławska M., Marczevska K.: Człowiek Niepełnosprawny w Mediach w opinii dziennikarzy i fizjoterapeutów. *Zamojskie studia i materiały*, 2012, 1(35), 11-118.
8. Hulek A.: *Pedagogika rewalidacyjna*. PWN, Warszawa, 1980.
9. Sękowski A., Niziołek M.: Uwarunkowania postaw wobec osób niepełnosprawnych o różnych rodzajach niepełnosprawności. *Przegląd Psychologiczny*, 2011, 54, 343-361.
10. Zielińska M.: *Postawy młodzieży licealnej wobec niepełnosprawnych rówieśników*. Zielona Góra 2000. <http://nowa.elzbietanki.pl/wp-content/uploads/2015/07/s.-Irminda-magisterka-POSTAWY-LICEALIST%C3%93W.pdf> (23.02.2018).
11. *Postawy wobec osób niepełnosprawnych*. Komunikat z badań. Centrum Badań Opinii Społecznej. Warszawa, 2007, 1-11.

ISBN - 978-83-948644-8-4