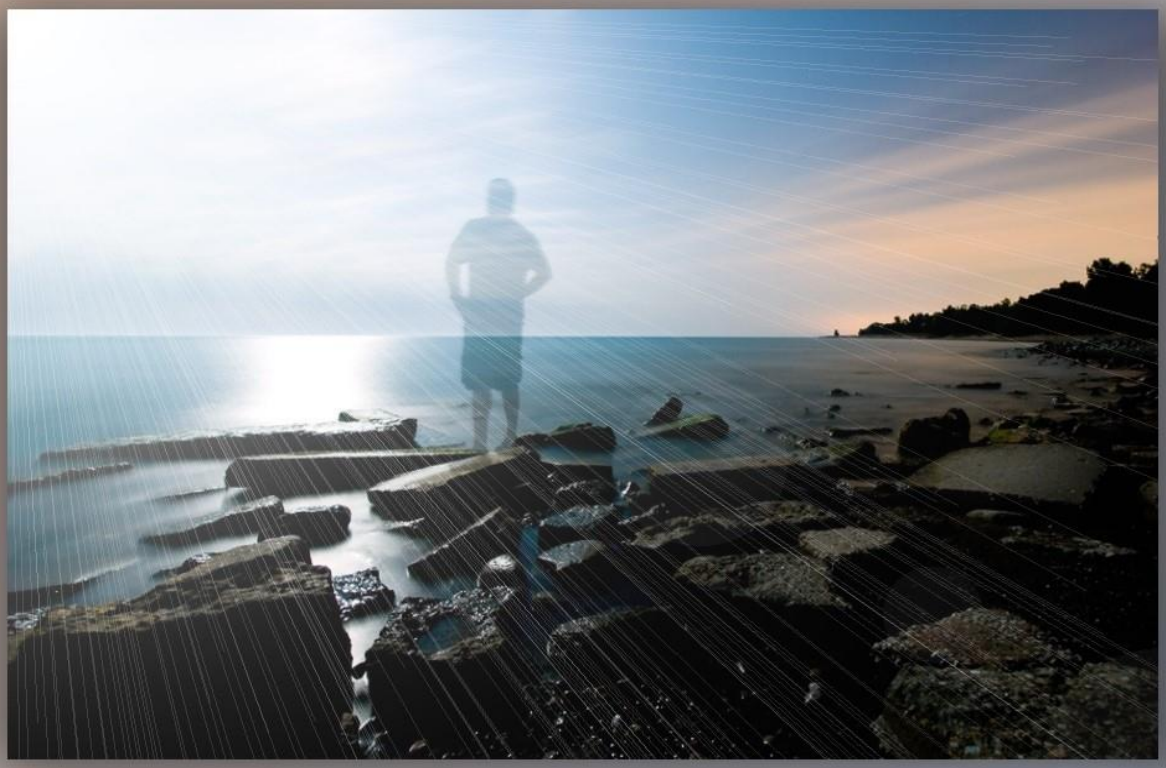
W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

Elżbiety Krajewskiej-Kułak
Cecylii Reginy Łukaszuk
Jolanty Lewko
Wojciecha Kułak

Tom XX

W drodze do brzegu życia

Tom XX

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

W drodze do brzegu życia

Tom XX

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

Białystok 2021

Recenzenci monografii

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

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

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

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

ISBN - 978-83-959846-7-9
Wydanie I
Białystok 2021

Opracowanie graficzne okładki: Agnieszka Kułak-Bejda
Pozostała grafika ze strony FreePik

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

Materiały zawarte w mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.

Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk monografii sfinasowany przez Stowarzyszenie Pro Salute

Druk:
RobotA Piotr Duchowski ul. Baranowicka 115/202; 15-501 Białystok

Śmierć nie jest kresem naszego istnienia,
żyjemy w naszych dzieciach i następnych pokoleniach.
Albowiem to dalej my a nasze ciała to tylko zwiędłe liście na drzewie życia
Albert Einstein

Szanowni Państwo

Oddajemy w Państwa ręce już XX tom monografii „W drodze do brzegu zycia", w którym tradycyjnie poruszamy trudne tematy związane z interdyscyplinarnymi wyzwaniami opieki paliatywnej i tanatoedukacji, ze śmiercią i umieraniem. Stwarzamy okazję do wymiany poglądów na temat rozlicznych dylematów etycznych, prawnych i społecznych pracowników ochrony zdrowia, będących przedmiotem gorących sporów nie tylko w środowisku medycznym, ale w całym społeczeństwie.

Życie ludzkie to niczym puzle skomplikowanej układanki, której złożoność i znaczenie poszczególnych elementów dostrzega się w chorobie lub po starcie bliskiej osoby. Rodzimy się i umieramy….. Jak pisał John Lewis-Stempel w „Prywatnym Życiu łąki" – *„Wszyscy jesteśmy tu przelotem*".

Szacuje się, że szansa na to abyśmy się urodzili to 1 do 400 bilionów, a jak wskazuje najnowsza prognoza Eurostatu (EuroPop2013), po 2024 roku udział osób w wieku 65. lat i więcej w strukturze ludności Polski ogółem przekroczy 20%, zaś po roku 2060– 33%. W 2020 roku, w porównaniu z rokiem 2019, odnotowano 67 tys. zgonów więcej. Prognozy demograficzne Eurostatu sugerują, że nadwyżka względem prognozowanej liczby zgonów na 2020 rok wyniosła ok. 62. tys. zgonów. Liczba zgonów zwiększyła się przede wszystkim u osób powyżej 60. roku życia – stanowią one aż 94% nadwyżki liczby zgonów względem roku 2019. Spośród przyrostu liczby zgonów w 2020 roku względem roku ubiegłego 43% stanowią zgony zaraportowane przez Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne z przyczyną zgonu SARS-CoV-2. Co więcej, 27% nadwyżki to zgony u pozostałych osób, u których w przeszłości zdiagnozowano zakażenie SARS-CoV-2.

Niestety, jak pisała Santa Montefiore w „Sonacie o niezapominajce" – *„(...) żadnej chwili nie da się zatrzymać, wszystko mija... Wszystko jest ulotne, jak tęcza czy zachód słońca... „*

Mamy nadzieję, że prace zawarte w rozdziałach „Etyka, Humanizm, Medycyna, Prawo", „Zadania pracowników ochrony zdrowia w opiece nad chorymi" oraz „Problemy opieki paliatywnej/hospicyjnej i perinatalnej" pozwolą czytelnikom sprawić, za Henry Ford, że życie ich pacjentów będzie *„(..) ciągiem doświadczeń, z których każde czyni nas silniejszymi, mimo że czasem trudno nam to sobie uświadomić"*.

Redaktorzy podręcznika
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak,
Dr hab. n. o zdrowiu Cecylia R. Łukaszuk,
Dr hab n.o zdrowiu Jolanta Lewko,
Prof. dr hab. n. med. Wojciech Kułak

SPIS TREŚCI

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCYNA, PRAWO

Jacek Breczko: Epoki życzliwości i epoki wrogości (szkic metafizyczny) **Str. 11**

Zygmunt Pucko: O konieczności pogrzebania na cmentarzysku idei martwego mitu opiewającego nadludzkie przymioty polskiej pielęgniarki-kobiety z czasu I wojny światowej ze względu na jego reperkusje społeczno-kulturowe **Str. 25**

Patrycja Bolla, Natalia Marcjasz, Agnieszka Wróblewska, Willy Hauzer, Stanisław Ferenc, Krzysztof Dorna, Maria Węgrzyn, Tadeusz Sebzda, Jan Gnus: Pogrzeb - czas smutku i rozwoju w różnych kulturach **Str. 34**

Mirosław Twardowski: Klonowanie w świetle bioetyki żydowskiej **Str. 43**

Mirosław Twardowski: Klonowanie w świetle bioetyki muzułmańskiej **Str. 53**

Joanna Niewiadomska, Kamila Przepiórka, Justyna Korus, Stanisław Ferenc, Karolina Pawlak, Katarzyna Gontarz, Tadeusz Sebzda, Maria Węgrzyn, Krzysztof Dorna, Jan Gnus: Eutanazja: prawo do samostanowienia a prawna ochrona życia **Str. 61**

Aleksandra Biegalska: Ocena moralna samobójstwa w historii myśli europejskiej w okresie od renesansu do I połowy XX wieku **Str. 77**

Cezary Roman: Stojąc na (chwiejnych) ramionach gigantów – czyli cierpienia największych mistrzów jazzu **Str. 82**

Robert Chłud, Grzegorz Bejda: Śmierć mózgowa – wybrane aspekty **Str. 91**

Beata Kowalewska, Zuzanna Nowosada: Postawy pracowników ochrony zdrowia wobec śmierci pacjenta **Str. 101**

Robert Chłud, Grzegorz Bejda: Opinie personelu pielęgniarskiego o śmierci mózgowej **Str. 112**

Beata Kowalewska, Zuzanna Nowosada: Wpływ śmierci pacjenta na personel medyczny **Str. 138**

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ I PERINATALNEJ

Monika Weronika Wojtkowska, Grzegorz Bejda: Białaczka wieku dziecięcego **Str. 161**

Monika Weronika Wojtkowska, Grzegorz Bejda: Ocena poziomu wiedzy rodziców na temat białaczki wieku dziecięcego **Str. 174**

Dominika Reducha, Elżbieta Krajewska-Kułak, Beata Janina Olejnik: Czerniak – niebezpieczny nowotwór **Str. 199**

Kaja Bator, Paulina Pabisz, Kinga Tyczyńska, Aneta Hill-Bator, Justyna Głowacka-Ślusarek, Agnieszka Kowal-Lange, Karolina Pawlak, Tadeusz Sebzda, Jan Gnus: Czerniak gałki ocznej – aktualny stan wiedzy **Str. 217**

Paulina Kwiatkowska, Elżbieta Krajewska-Kułak, Jolanta Lewko: Rak jelita grubego – niedoceniany zabójca **Str. 229**

Emilia Nowak, Dominika Psiuk, Magdalena Ostojska, Piotr Stępień, Urszula Łopuszańska: Psychodeliki w zmniejszaniu objawów lęku i depresji towarzyszących chorobie terminalnej **Str. 248**

Bartłomiej Sporniak, Kinga Bańkowska, Magdalena Pachla: Opieka paliatywna u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym **Str. 262**

Katarzyna Pawłowicz, Anna Zalewska: Psychofarmakoterapia – czy jest dla niej miejsce w opiece paliatywnej **Str. 280**

Joanna Girzelska, Katarzyna Wiśniewska, Magdalena Głowacka, Karolina Kiszka: Stan kliniczny i emocjonalny oraz zaspokojenie potrzeb pacjenta umierającego w opinii personelu medycznego **Str. 291**

Beata Kowalewska, Karolina Gliniecka: Wpływ leczenia na funkcjonowanie pacjentów poddawanych chemioterapii **Str. 318**

WYBRANE PROBLEMY W OPIECE NAD CHORYMI

Sylwia Bryszewska, Elżbieta Krajewska-Kułak, Jolanta Lewko: Choroba przewlekła a problem samotności przewlekle chorych **Str. 338**

Sylwia Bryszewska, Elżbieta Krajewska-Kułak, Jolanta Lewko: Samotność, satysfakcja z życia i akceptacja choroby u pacjentów oddziału chirurgii onkologicznej **Str. 360**

Monika Nowak, Aleksandra Snopkowska, Magdalena Mroziak, Marta Grelowska, Dawid Falkowski: Postrzeganie osób z zaburzeniami mowy przez respondentów z Polski na przykładzie pacjentki z dysartrią móżdżkową **Str. 392**

Daria Matyja, Hanna Ćwirko, Karina Lissak, Karolina Mikołajczak: Choroba Alzheimera - współczesne metody leczenia **Str. 402**

Aleksandra Milena Kalinowska, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kułak-Bejda: Depresja kalectwo duszy **Str. 408**

Aleksandra Milena Kalinowska, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kułak-Bejda: Depresja w chorobie somatycznej **Str. 443**

Aleksandra Milena Kalinowska, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kułak-Bejda: Współistnienie chorób somatycznych a depresja i stany lękowe **Str. 457**

Karolina Stefańska, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kułak-Bejda - Schizofrenia – co to za choroba **Str. 488**

Karina Lissak, Hanna Ćwirko, Daria Matyja, Karolina Mikołajczak: Dalsze losy pacjentów z SM ze szczególnym uwzględnieniem problemu stygmatyzacji i przewlekłego zmęczenia **Str. 506**

Renata Bociarska, Mateusz Rabiański, Alicja Diak, Andrzej Guzowski, Elżbieta Krajewska-Kułak: Rola terapeutyczna psa w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej **Str. 515**

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCYNA, PRAWO

Epoki życzliwości i epoki wrogości (szkic metafizyczny)

Jacek Breczko

Studium Filozofii i Psychologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kraina pusta, biała i otwarta
Jak zgotowana do pisania karta.
Czyż na niej pisać będzie palec Boski,
I ludzi dobrych używszy za głoski,
Czyliż tu skryśli prawdę świętej wiary,
Że miłość rządzi plemieniem człowieczem,
Że trofeami świata są: ofiary?
Czyli też Boga nieprzyjaciel stary
Przyjdzie i w księdze tej wyryje mieczem,
Że ród człowieczy ma być w więzy kuty,
Że trofeami ludzkości są: knuty?
Adam Mickiewicz, „Droga do Rosji”

Można obecnie – patrząc na rzeczywistość przez nieco przyciemnione okulary – zdiagnozować (po wielokroć opisywanym kryzysie kultury Zachodu) wieloaspektowy kryzys globalny. Nasuwa się przy tym pytanie: „Skoro jest tak dobrze, to dlaczego jest tak źle?”. Skoro jest tak wielki postęp w nauce i technice, czyli postęp cywilizacyjny (co prawda nierównomiernie rozłożony), to dlaczego w sferze ekonomicznej, a nade wszystko duchowej – religijnej, ideowej, politycznej – narasta jakaś wielka, groźna fala. Uprzejmość polityczną zastępuje polityczna brutalność; dialog zamienia się w monolog; debaty zamieniają się w połajanki; sztuka skłócania jest wyżej ceniona niż sztuka godzenia; szukanie i demaskowanie wroga zastępuje szukanie przyjaciół; ekumenizm jest piętnowany jako przejaw słabości i zdrada prawdy; liberalizm i indywidualizm jest wypierany przez radykalizm i kolektywizm, realną wolność wyprzedaje się za bezpieczeństwo (zwykle iluzoryczne). Krótko mówiąc, na miejsce międzyludzkiej (ale też międzynarodowej i międzykulturowej) życzliwości, sympatii i pokoju wkracza wrogość, podejrzliwość, agresja. Duch otwartości zostaje zastąpiony duchem

zamkniętości; znoszenie granic zostaje zastąpione budowaniem murów na granicach, filantropia i tolerancja zostaje zastąpiona nacjonalizmem i ksenofobią (przeróżne zresztą fobie wydają się mnożyć). A wszystko to w skali globalnej; w skali kurczącej się – poprzez coraz szybsze tempo przemieszczania się ludzi, towarów i informacji – Ziemi. I oto nagle ludzkość – przez kilka dekad jako tako zrównoważona – zamienia się „w ludzkość w obłędzie" („Tak zwana ludzkość w obłędzie" to tytuł ostatniej, zaginionej, sztuki S. I. Witkiewicza). „Nadpełzł – można powtórzyć za poetą – gorszy czas, przygasłej barwy wiek, wściekłość wojny, żądza posiadania" [1]. Historia została „spuszczona z łańcucha" („Historia spuszczona z łańcucha" to z kolei *bon mot* Jerzego Stempowskiego).

*

Dlaczego tak się dzieje? Podchodząc do sprawy analitycznie i empirycznie (ograniczając się do poziomu zjawisk), można doszukiwać się różnych „przyczyn naturalnych".

Wymieńmy kilka.

Po pierwsze, występuje pewien naturalny „rytm historii"; po epokach burzliwych następują epoki spokojniejsze; po epokach wiary, entuzjazmu, następują epoki bardziej zrównoważone, racjonalne, sceptyczne, ironiczne. W nich jednak – kiedy równowaga wydaje się oczywista, a przeto niewiele warta – narasta głód przygody, zmiany, rewolucji, „dziania się", czynu, doznań silnych i skrajnych; letnie duchowe temperatury przestają wystarczać i pojawia się popyt na temperatury skrajne. Kiedy ów popyt osiąga poziom maksymalny, wystarczy najdrobniejszy pretekst (niczym niedopałek rzucony na suche igliwie) i następuje wybuch, przeskok do epoki burzliwej. I tak, po potwornej epoce wojen religijnych nastąpiła zrównoważona epoka oświecenia, która z kolei kończy się rewolucją francuską, która prowadzi do epoki europejskiego zamętu: wojen napoleońskich i egzaltowanego romantyzmu. Po owej krwawej epoce – której końcem i zwieńczeniem była „Wiosna Ludów" – nastaje okres względnego spokoju i stabilizacji; rodzi się dziewiętnastowieczna Europa zarazem pozytywistyczna, liberalna i zjednoczona, w której zwycięskie trendy demokratyczne współgrają z kosmopolityzmem elit; po której można podróżować wzdłuż i wszerz nie zważając na granice (paszport był potrzebny tylko przy przekraczaniu granic Rosji i Turcji). Epokę tę kończy Wielka Wojna, którą tłumy w stolicach Europy – rządne przygody i opanowane nacjonalistyczną gorączką – witają z entuzjazmem lemingów pędzących do katastrofy.

Idźmy dalej. Na zgliszczach Wielkiej Wojny (jak nazywano pierwszą wojnę światową)

i zarazem na ruinach liberalnej Europy wyrastają – jak muchomory po deszczu – państwa autorytarne, totalistyczne, zamknięte i „umundurowane", ożywiane radykalnymi, quasi-religijnymi, ideologiami. W efekcie – jako apogeum tej epoki zamętu – wybucha jeszcze większa wojna, zwana drugą wojną światową (Norman Davies okres od początku pierwszej wojny do końca drugiej nazywa „Europą podczas zaćmienia") [2]. Z kolei – osiem lat po jej zakończeniu – śmierć Józefa Stalina, „wodza postępowej ludzkości", rozpoczyna globalną odwilż polityczną i zarazem zamrożenie wojny. W marcu 1953 roku ideologiczne i religijne demony powoli zasypiają, zaczyna się budzić rozum. Stygnie żarliwość wiary w komunizm, wolny rynek wygrywa z centralnym planowaniem, demokracja i „prawa człowieka" wygrywają z „walką klas". Z dekady na dekadę ugruntowuje się epoka względnej geopolitycznej stabilności, religijnego ekumenizmu (od Soboru Watykańskiego II) oraz „mody" na międzykulturową życzliwość i tolerancję. Apogeum tej epoki były piękne lata 90-te ubiegłego wieku, kiedy to wydawało się – po upadku komunizmu – że burzliwa historia ludzkości dobiega końca i od tej pory ludzkość będzie żyła w świecie demokracji, wzrastającej zamożności i coraz bardziej sprawiedliwego i racjonalnego globalnego rozkładu bogactwa; pomocy najbiedniejszym, którą zapewniałyby – z jednej strony – państwa opiekuńcze, z drugiej strony „opiekuńcze" instytucje międzynarodowe, czuwające nad ładem planetarnym.

Trudno jednak pogodzić racjonalny i sprawiedliwy rozdział bogactwa z wolnym rynkiem i spontaniczną (jak się zdaje) tendencją kapitału do koncentracji, do kumulowania się w pewnych punktach. W ten sposób, po zakończeniu konfliktu Wschód-Zachód, niejako pod powierzchnią, tlił się konflikt Północ-Południe; czyli konflikt między krajami zamożnymi a krajami biednymi. Widowiskową (i tragiczną) erupcją tego konfliktu było uderzenie pasażerskich samolotów, z setkami pasażerów na pokładzie, kierowanymi przez swoistych kamikadze, w wieże *Word Trade Center*.

Tak oto – zarazem symbolicznie i empirycznie – zaczyna się kolejna epoka zamętu, zwana hasłowo „wojną z terroryzmem" (Należy jednak wystrzegać się uproszenia, to znaczy traktowania terroryzmu islamskiego tylko jako – zideologizowanego – przejawu realnego konfliktu ekonomicznego: konfliktu Północ-Południe. Terroryzm islamski jest zasilany przez różne źródła. Odgrywa tu pewną rolę – tak zwana – „mentalność postkolonialna", brak perspektyw i „gettoizacja" drugiego i trzeciego pokolenia emigrantów muzułmańskich w krajach Europy, a nade wszystko zderzenie żarliwej religijności ze światem zlaicyzowanym, czyli – w tej perspektywie – bezbożnym i bluźnierczym).

Inną przyczyną – poza naturalnym rytmem historii – wkroczenia w epokę wrogości

i zamętu była konkretna decyzja prezydenta Stanów Zjednoczonych, George'a Busha, o rozpoczęciu drugiej wojny przeciwko Irakowi i ostatecznym rozprawieniu się z prezydentem Saddamem Husajnem, krwawym dyktatorem, podejrzewanym (niesłusznie) o produkowanie broni atomowej. Wojna ta uruchomiła „efekt domina" i doprowadziła do destabilizacji w całym regionie, czyli w obszarze Afryki Północnej i Bliskiego Wschodu (ten wielki obszar został, przypomnijmy, opanowany w VII wieku przez muzułmanów i mimo prób „odbicia" – związanych z krucjatami, czy z kolonizacją – pozostał muzułmański). Kolejni dyktatorzy byli obalani przez – mniej lub bardziej spontaniczne – powstania ludowe. Owa „arabska wiosna ludów" – witana na demokratycznym Zachodzie z radością i nadzieją – ujawniła wszakże coś, co bywa określane jako „paradoks demokracji" (który zresztą ujawnił się już wcześniej, po ludowej rewolucji obalającej szacha Iranu i przejęciu władzy przez Chomeiniego). Paradoks ten – w wielkim skrócie – polega na tym, że demokracja nie zawsze wynosi do władzy siły umiarkowane, szanujące prawa mniejszości i podział władz, ale – szczególnie w krajach o wątłej kulturze politycznej – siły radykalne, nieprzejednane, fanatyczne. W ten sposób świeccy dyktatorzy (często okrutni, ale podatni na racjonalne argumenty, szczególnie na zagrażający im „argument siły") zastąpieni zostają przez – mających mandat demokratyczny – tyranów (jak w słynnym schemacie „ewolucji ustrojów" Platona). Tyranów odwołujących się do religii i tworzących ludową, radykalną teokrację. Inny zaś wariant to stan zawieszenia, czyli wojny domowej między siłami umiarkowanymi a radykalnymi, która zaczyna przypominać Hobbesowski „stan natury", czyli walkę wszystkich ze wszystkimi (umiarkowani islamiście walczą z radykalnymi, szyici z sunnitami, muzułmanie z chrześcijanami, Arabowie z Persami, Żydzi z Arabami). Sytuacja w takich krajach zaczyna przypominać jakiś krwawy i potwornie splątany węzeł gordyjski.

Owa wielka destabilizacja w regionie leżącym na południe od Europy – niczym kiedyś uderzenie dzikich Hunów na inne plemiona koczownicze – spowodowała nową wędrówkę ludów. Cel tej wędrówki jest ten sam: jest nim zamożne i stabilne Imperium Rzymskie, tym razem zwane Unią Europejską. To z kolei rodzi odruchy obronne i wrogość wobec „obcych" w – do niedawna – stabilnej i „gościnnej" Europie.

Strumień uchodźców również nie jest jednolity; przeciwnie, występują w nim skrajne postawy; dla jednych, uciekających od wojny i nędzy, Europa jawi się jako „ziemia obiecana", kraina dobrobytu i pokoju; dla innych – islamskich komandosów, radykałów, dżihadystów – jako ziemia przeklęta; kraina rządzona przez podwójne diabelstwo: ateizm i chrześcijaństwo.

Na to wszystko nakłada się jeszcze jedna przyczyna (wkroczenia w epokę zamętu i wrogości); przyczyna, tym razem, wewnętrzna. Coś co – naturalnie, spontanicznie – wykoślawia i barbaryzuje demokrację w kierunku prymitywnego „ludowładztwa", chlokracji". Obok zewnętrznych barbarzyńców na powierzchnie wypływają barbarzyńcy wewnętrzni (O inwazji „wewnętrznych barbarzyńców" pisał już – w *Buncie Mas* – na początku XX wieku Ortega y Gasset) [3].

Mam na myśli niewiarygodny postęp w technice medialnej, w technice przekazywania informacji, którego zwieńczeniem jest globalna sieć (Internet oraz włączone weń przeróżne tak zwane „media społecznościowe"). Stwarza to nową jakość, coś w rodzaju demokracji bezpośredniej, czy też „demokracji internetowej". Wydawałoby się, że taka internetowa demokracja powinna sprzyjać rozwojowi społeczeństwa obywatelskiego (ludzie są coraz lepiej poinformowani, bo wzrosła liczba źródeł informacji oraz mogą dodać coś od siebie, coś dopisać, co powinno zwiększać zaangażowanie). Niestety, wydaje się, że – w tym przypadku – zjawiska pozytywne i budujące są z nawiązką dopełniane przez zjawiska negatywne i destrukcyjne.

Kiedy głupiec dzieli się swoją głupotą ze swoją rodziną i znajomymi, to niewielkie nieszczęście; co innego, kiedy głupiec dzieli się swoją głupotą z całym światem, gdy natrafia na innych podobnych i powstają z tego spontanicznie – niczym toczące się śnieżne kule – lawiny głupoty. W dobie panowania tradycyjnych mediów, prasy, radia i telewizji, były pewne bariery, bezpieczniki, hamulce. Nawet dziennikarze prasy brukowej prezentowali pewien poziom i krytycyzm; byli niczym zbiorowe sito, odsiewające najbardziej niedorzeczne poglądy, plotki, domniemania i pomówienia, które – w efekcie – nie przebijały się do opinii publicznej.

Co więcej, poprzez tak zwany „zdrowy snobizm", poglądy głoszone w elitarnej prasie, radiu i telewizji, oddziaływały w skali masowej. Dziennikarze, którzy przebili się do owej dziennikarskiej elity – a przeto stawali się modni i miarodajni – musieli wcześniej wykazać się pewną wiedzą i profesjonalizmem. Ich poglądy były spontanicznie powtarzane. A zatem powstawała profesjonalna „cenzura bez cenzury". Powtórzmy, najbardziej paranoidalne, absurdalne i niedorzeczne poglądy nie przebijały się do opinii publicznej (czasem tylko – jako wyjątek, a nie reguła – upowszechniały się, przekazywane „pocztą pantoflową").

Wolno chyba zaryzykować tezę, że obecnie, w dobie „demokracji internetowej" jest odwrotnie; to właśnie poglądy skrajne i radykalne, najbardziej niedorzeczne, sprzedają się najlepiej, rozprzestrzeniają się najszybciej oraz zdobywają największy posłuch. Niesprawdzalna plotka, pomówienie, teoria spiskowa (im bardziej absurdalna, tym lepsza) są

najpewniejszym źródłem informacji.

Dlaczego tak się dzieje? W sedno trafia aforyzm (przypisywany Stanisławowi Lemowi): „Nie wiedziałem, że na świecie jest tylu idiotów, dopóki nie poznałem Internetu". Cóż to znaczy? Albo ludzie są przeważnie głupi, albo też, kiedy znikają hamulce i każdy może anonimowo zabrać głos, głupcy są najbardziej aktywni i hałaśliwi i oni kształtują opinie. Tak czy inaczej, mamy obecnie – trawestując tytuły popularnych seriali – pogodę dla populistów i czas nacjonalistów.

*

Chciałbym w tym miejscu pozwolić sobie na dygresję.

Europa to kraina o wielkiej gęstości. Ta malutka, pogmatwana geograficznie, odnoga kontynentu Azji, obfitowała w niezwykłe spiętrzenia ludzkich losów. To kraina, przez którą ...

przeszło tyle po kolei
Podań i zdarzeń, żalów i nadziei,
Że każda twarz jest pomnikiem narodu [4].

Każdy zaś naród zdaje się zawierać w sobie takie bogactwo (tak gęste „unerwienie" kulturowe, obyczajowe, techniczne, architektoniczne, kulinarne), jak – w krainach bardziej rozległych i mniej ludnych – całe cywilizacje. Słusznie chyba zatem można mówić nie tylko o kulturze angielskiej, francuskiej, hiszpańskiej, włoskiej, niemieckiej, skandynawskiej, rosyjskiej, czy polskiej, ale o cywilizacji angielskiej, francuskiej, hiszpańskiej, włoskiej, niemieckiej, skandynawskiej, rosyjskiej czy polskiej. I każda z tych cywilizacji – mimo pewnej wspólnoty, opartej nie tylko na bliskości geograficznej i wzajemnym oddziaływaniu, ale też na wspólnym fundamencie greko-chrześcijańsko-oświeceniowym – ma cechy swoiste, niepowtarzalne; posiada (niczym twarz) błyskawicznie rozpoznawalne, rysy. W przypadku Europy, powiedzenie, „co kraj, to obyczaj" można więc śmiało zamienić na: „co kraj, to cywilizacja".

Poświęcono góry papieru na opisywanie owych narodowych odrębności. Chciałbym ograniczyć się do jednego tylko rysu, a i to niezwykle grubą kreską naszkicowanego; mianowicie stosunku danych nacji do gruntownej metafizyki, czyli do – podszytej mistycyzmem – głębokiej teologii i eschatologii.

Można – patrząc pod tym kątem – dostrzec wyraźne różnice: mamy nacje mniej lub bardziej „metafizyczne". Anglicy są chronieni przed nadmiernymi głębiami i wyżynami metafizyki przez empiryzm i zdrowy rozsądek; żeglarz, który zaniedba empirycznej trzeźwości, wpada na skały. Ludzkiemu umysłowi – powiada jeden z angielskich klasyków – potrzeba raczej ołowiu (metody, systematyczności i ostrożności), a nie skrzydeł. Francuzi są również uodpornieni na mroki metafizyki przez sympatię do jasności oraz do *esprit*, do błyskotliwej dworskiej i salonowej konwersacji. Ołów nie cieszy się więc w tej krainie wielkim powodzeniem, raczej skrzydła, ale używane nie do metafizycznych wzlotów. Rozum (jasność) – niezbyt przejmujący się empirią – buduje teoretyczne modele, a następnie mnoży dygresje do dygresji oraz różne „kontr-modele", czyli różne rewizjonistyczne koncepcje (aby zabłysnąć). Co – między innymi – prowadzi do relatywizmu, do niezwykłych subtelności oraz modernizmu, postmodernizmu i post-postmodernizmu, i tak dalej.

Włosi, Hiszpanie i Polacy są z kolei – patrząc z bardzo ogólnej perspektywy – spadkobiercami Soboru Trydenckiego; trzymanie się przeto dogmatów, skodyfikowanych praw niemylnego Rzymskiego Kościoła, jest ważniejsze niż samodzielne poszukiwania, rezonerstwo i „protestantyzm". To wierni i posłuszni żołnierze *Ecclesi*. Polaków (i pewnej mierze Włochów i Hiszpanów) od gruntownej metafizyki odciąga również kulturowa towarzyskość, bukoliczność i zacność, czyli przekonanie o dobroci świata („czarne metafizyczne łąki" – jak pisał Gombrowicz – nie dla nich). Więcej metafizycznego mroku i samodzielnego namysłu można chyba znaleźć u Skandynawów.

Są wszakże dwie nacje gruntownie metafizyczne, które owe „czarne łąki" w sposób dogłębny, z niezwykłą powagą (bez cienia ironii), próbują penetrować. I nie cofają się przed niczym, również przed zastosowaniem metafizyki, czyli pewnych wizji Absolutu (do których, w związku z powagą, przykładają absolutną pewność) do życia, etyki i polityki.

W tym punkcie spotyka się cywilizacja niemiecka i rosyjska (Lekkomyślni – czyli lotni, dowcipni, ale też niefrasobliwi („jakoś to będzie") – Polacy trafili w „imadło" dwóch (żelaznych, poważnych, pryncypialnych, metafizycznych) nacji. Były też inne nacje metafizyczne, aktywne w przeszłości, których potomkami zdają się być – w tym względzie – Niemcy i Rosjanie, mianowicie Żydzi i Grecy).

*

Tytułową pulsację epok życzliwości i epok wrogości można – jak wyżej – próbować ująć w kategoriach naturalistycznych, ograniczając się do sfery zjawisk. A jednak jest w tym

coś niepokojącego, coś, co daje do myślenia: mianowicie jakieś – naprzemiennie działające – prawo serii. „Karta idzie" raz jednym, raz drugim; „los sprzyja" raz jednym, raz drugim (wspomnijmy słynną „*Hitler weather*"). Nawarstwiają się jednostronne przypadki, „szczęśliwe zbiegi okoliczności", wzmacniające jedną z tendencji i tworzące oscylację „lat moralnie chudych" i „lat moralnie tłustych". Pojawia się więc podejrzenie, że „coś się za tym kryje".

Muszę przyznać, że pierwsze, co przychodzi mi do głowy to dwie siły Empedoklesa naprzemiennie rządzące kosmosem: *neikos* (waśń) i *filia* (miłość). Pierwsza dzieli i skłóca, druga łączy i pokój czyni. Ważne jest (w tym kontekście), że nie działają one jednocześnie, ale właśnie naprzemiennie; w apogeum konfliktu *neikos* opuszcza arenę dziejów i wkracza godząca *filia*; w apogeum harmonii i pokoju arenę dziejów opuszcza filia i ponownie wkracza *neikos*.

Zainspirowany tym obrazem proponuję wykroczyć poza sferę zjawisk i na ową pulsację epok nałożyć „czapę metafizyczną". Będą to właściwie „dwie czapy", dwie, innymi słowy, „improwizacje metafizyczne", nawiązujące do – tak zwanych – teologii poetyckich lub baśniowych (teologii i eschatologii dynamicznych, z akcją). Pierwsza będzie dualistyczna, w duchu manichejska; druga monistyczna, emanacyjna. Tę pierwszą proponuję nazwać (hasłowo) „rosyjską", drugą – „niemiecką".

*

Zacznijmy od „rosyjskiej". Odwołuję się tutaj do silnej wśród Rosjan skłonności – przejętej być może od sekst wschodniego chrześcijaństwa, a szczególnie bogomiłów, i bazującej na surowości przyrody i okrucieństwie społeczeństwa – do traktowania świata jako stworzonego przez szatana, albo będącego w jego dzierżawie. Dopiero koniec tego świata ma być początkiem Królestwa Bożego, czyli czystego dobra. Rosjanie mogliby więc za św. Janem powtórzyć: „Wiemy, że jesteśmy z Boga, cały zaś świat leży w mocy złego" [4]. Skoro zaś leży w „mocy złego", należy godzić się na ponurą konieczność, modląc się o jak najszybszy koniec świata; a tymczasem postępować zgodnie z jego ponurymi prawami, a ideały moralne – niezbrukane praktyką – przechowywać w głębi duszy (Nic dziwnego, że komunizm znalazł w Rosjanach gorliwych wyznawców; komunizm miał być bowiem nowym Królestwem Bożym, w którym diabelskie prawa własności i walki zostaną zanegowane; tymczasem należało bezwzględnie, używając terroru, walczyć w zgodzie z prawami diabelskimi. Ideowi komuniści mieli przeto ręce ubabrane we krwi niewinnej, ale sumienia czyste niczym dzieci przystępujące do pierwszej komunii, albowiem byli budowniczymi Królestwa Niebieskiego, walczącymi

z diabłem diabelskimi metodami).

Musimy jednak – skoro wprowadzamy element pulsacji – dodać do tego manichejskiego scenariusza pewną modyfikację. Przyjmijmy zatem, że mamy do czynienia nie z wyłącznym panowaniem „Księcia Tego Świata", ale z naprzemiennymi rządami Boga i Szatana. Inspirację można, jak sądzę, znaleźć w Księdze Hioba.

Wyobraźmy więc sobie, że Bóg przyjmuje na audiencji arystokrację anielską, a wśród nich również Szatana, przeciwnika ludzkości, czyli anielskiego mizantropa.

I rzekł Bóg do szatana: „Skąd przychodzisz?". Szatan odrzekł Panu: „Przemierzałem ziemię i wędrowałem po niej". Mówi Pan do szatana: „A zwróciłeś uwagę na ten niezwykły gatunek, jedyny pośród stworzeń zamieszkujących ziemię, o umyśle jasnym, który czci mnie pod różnymi imionami; bogobojny, składa mi ofiary całopalne i wznosi ręce w modlitwie ku niebu".

Szatan na to do Pana: „Czyż za darmo ten ludzki ród czci Boga? Czyż Ty nie ogrodziłeś zewsząd jego samego, jego domów i całej majętności? Pracy jego rąk pobłogosławiłeś, jego dobytek na ziemi się mnoży. Wyciągnij, proszę, rękę i dotknij jego majątku! Na pewno Ci w twarz będzie złorzeczył".

Rzekł Pan do szatana: „Oto cały majątek jego w twej mocy. Tylko na niego samego nie wyciągaj ręki". I odszedł szatan sprzed oblicza Pańskiego.

Wtem powiał szalony wicher na ziemi, poruszył czterema węgłami domu ludzkości i zawalił go. I ogień Boży spadł z nieba, zapłonął wśród ludzkiej trzody i zbóż i pochłonął je.

A ludzie ocaleni z pożogi wstali, a potem upadli na kolana, oddali Bogu pokłon i rzekli: „Niech będzie imię Pańskie błogosławione!". Nie zgrzeszyli zatem i nie przypisali Bogu nieprawości.

I Bóg pomógł odbudować ich domostwa i przywrócić trzody rozliczne oraz obrodzić zbożami pola.

I jeszcze raz, gdy arystokracja anielska stawiła się przed Panem, przyszedł i szatan. I rzekł Pan do szatana: „Zwróciłeś uwagę na ród ludzki? Trwa w swej prawości, choć mnie nakłoniłeś do jego zrujnowania, na próżno". Na to szatan odpowiedział Panu: „Skóra za skórę. Wszystko, co ludzkość posiada, odda za swoje zdrowie. Wyciągnij, proszę, rękę i dotknij jej kości i ciała. Na pewno Ci w twarz będzie złorzeczyła". I rzekł Pan do szatana: „Oto ród ludzki

jest w twej mocy. Nie masz jednak prawa go zgładzić!”.

Odszedł szatan sprzed oblicza Pańskiego i obsypał ludzkość trądem złośliwym, od palca stopy aż do wierzchu głowy, dżumą, cholerą i syfilisem, oraz innymi chorobami bolesnymi i wstydliwymi. Wtedy niektóre żony szeptały do mężów: „Jeszcze trwasz mocno w swej prawości? Złorzecz Bogu i umieraj!”. Ale oni odpowiadali: „Mówisz jak kobieta szalona. Dobro przyjęliśmy z ręki Boga. Czemu zła przyjąć nie możemy?”.

I cofnął Pan morowe powietrze, powściągnął zarazy i oczyścił trędowatych.

I niejeden jeszcze raz przychodził Szatan do Pana i podsuwał mu różne koncepty, jak sprawdzić pobożność, czy to ludzi, czy narodów, czy całego ludzkiego rodu. I Bóg zezwalał Szatanowi na – raz gwałtowne, raz przebiegłe – działania. I jeśli ludzie zachowywali wierność Bogu w cierpieniu, nie złorzeczyli Bogu, albo nie zapominali o nim, to On przejmował władanie nad ziemią i oddawał w dwójnasób, co wprzódy stracili.

Na tym kończy się ta opowieść (na Księdze Hioba oparta, choć niedokładnie). Jeśli uznać, że jest ona – w ogólnych zarysach – trafna, wolno spytać, o co w tym wszystkim chodzi? Jaki jest istotny cel Boga? On to wszak zezwalał szatanowi na akcje destrukcyjne, a następnie sam przejmował stery; był zatem *spirytus movens* całej tej historycznej pulsacji; następowania po sobie epok „chudych” i „tłustych”. Dopuszczalne są, rzecz jasna, różne interpretacje. Zacznijmy od tych najbardziej pesymistycznych (najmniej krzepiących z ludzkiego punktu widzenia).

Być może – jak pisał Kołakowski – „Bóg bawi się Hiobem” [6] i ludzkością. Dzieje to zatem „boże igrzysko”.

A może nie poszukiwanie igrzysk, zabawy i napięcia jest jego głównym celem, ale pasja badawcza i poznawcza; być może zatem wszechświat i dzieje to gigantyczne „boże laboratorium”; Bóg przeprowadza eksperymenty zarówno w skali galaktyk, jak i w skali kwantowej; najbardziej wszakże pasjonująca jest skala ludzkiej historii. Szatan staje się naukowym asystentem Boga, robiącym na ludzkości bolesne eksperymenty.

A może inaczej; dominująca jest nie pasja poznawcza, ale pasja twórcza. Bez cierpienia nie byłoby twórczości. Bóg jest meta-twórcą; twórcą posługującym się twórcami, jest dyrygentem dyrygującym dyrygentami, kompozytorem komponującym kompozytorami, poetą piszącym poetami, wynalazcą wynajdującym wynalazców i wodzem wojującym wodzami;

istnieje zatem – dialektyczna, rzec można – wzajem wzmacniająca się współpraca boskiej i ludzkiej wolności i twórczości (jak u Sołowiowa). Wszechświat i historia jawi się jako wielkie dzieło sztuki „generujące" kolejne dzieła sztuki. W tej perspektywie oddawanie – na jakiś czas – świata we władzę szatanowi jest głęboko przemyślanym zabiegiem twórczym. Albowiem twórczość, która nie natrafia na opór, zastyga w schematyzmie, poprawności i epigonizmie. Bóg celowo więc wprowadził destruktora, który stawia przeszkody przed twórczym duchem. A zatem – jak to się mówi – „co nie zabije, to wzmocni" (a zgładzenia ludzkości Bóg szatanowi zakazał); wzmocni przeto ludzkie potencje twórcze, na których Bogu-twórcy szczególnie zależy. Pulsująca historia jawi się jako wielki rozwój twórczy, przypominający ścieżkę „dezintegracji pozytywnej" Kazimierza Dąbrowskiego.

A może jednak Bóg natrafia na jakiś fundamentalny opór (praw czy też sił), nad którym nie panuje, a które zaistniały w momencie tworzenia świata i zarazem nadkosmicznej katastrofy, czyli w – tak zwanym luriańskim – „cimcum". Może więc Bóg musi godzić się na okresowe panowanie szatana. Byłoby to najbliższe klasycznemu manicheizmowi i zarazem Bogu można by w tej wersji przypisać atrybuty chrześcijańskie: miłość, litość, miłosierdzie (ale nie wszechmoc). Można by również za poetą powtórzyć: „wszechświat dla niego jak ukrzyżowanie" [7], a nawet – jak to ujął Jung – sam Bóg stał się Hiobem (w Jezusie).

Kusząca wydaje się również wersja sceptyczna. Nie możemy pojąć celów, zamiarów Boga, bo są one dla naszego umysłu niedostępne i nie ma sensu poniżać Boga, sprowadzając jego działania do zrozumiałych dla nas motywacji. Między Bogiem a człowiekiem jest przepaść większa niż między człowiekiem a psem (a może nawet muchą). Kiedy człowiek je, pies mniej więcej – na swój psi sposób – pojmuje, o co chodzi, ale kiedy człowiek czyta gazetę, jest to zdecydowanie poza psim zasięgiem. Powinniśmy zatem, na psi sposób, kochać Pana i zaufać Panu, a nie próbować dociekać jego intencji, a tym bardziej „złorzeczyć", „w twarz przeklinać" (coś chyba podobnego miał na myśli Brzozowski, kiedy pisał: „Twoją psią służbą jest pracować, czy masz ochotę czy też nie, czy widzisz cel pracy, czy bez celu. Skakanie przez kij. Skacz. Nie rezonuj!") [8].

*

Przejdźmy teraz do wersji monistycznej, czyli (hasłowo) „niemieckiej". W wersji tej – pojawiającej się w mistycznych pismach Jakuba Boehme, a następnie w filozofii Schellinga – siła irracjonalna, mrok, wola, popęd (jakieś zatem diabelstwo) tkwiło w samym fundamencie

Absolutu. Schelling odróżnia istnienie Boga (*Existenz*) oraz fundament (*Grund*) istnienia. Istnienie (na powierzchni) jest jednością i doskonałością; fundament zaś jest dynamiczny, mroczny i on to zmusza Boga do stwarzania, do emanowania z siebie rzeczy (w tym drugim zatem rozwiązaniu, w Bogu jest mroczna siła, która – jak to ujmuje Marek Siemek – „odpowiada za wychodzenie rzeczy z Boga". I to jest, wedle Siemka, nowość koncepcji Schellinga: „Absolut nosi teraz już w sobie jakieś odróżnienie od samego siebie – odróżnienie, z którego przychodzi do siebie dopiero przez stworzenie świata jako swe własne samoobjawienie") [9].

Absolut nie jest więc Jednią, ale jest – rzec można – „schizofreniczny" i owa dwoistość spowodowała zaistnienie świata i zarazem świat ma ową schizofreniczność leczyć. Bóg poprzez świat i ludzką historię walczy z owym mrokiem i rozdwojeniem w sobie.

Wystarczy teraz – chcąc dopasować ten portret Absolutu do wizji pulsującej historii – przyjąć, że owe dwie strony bóstwa oddziałują naprzemiennie. Mamy zatem siłę głębinową (nazwijmy ją dionizyjską) i siłę powierzchniową (nazwijmy ją apolińską). Kiedy działa siła głębinowa (jakaś ślepa, irracjonalna wola), w świecie ludzkim mnożą się konflikty, wojny, nienawiść. Kiedy zaś działa siła powierzchniowa, fale ludzkiego oceanu się wygładzają, pojawia się koncyliacyjność, życzliwość, tolerancja, harmonia, pokój.

Co ciekawe, w filozofii niemieckiej można odnaleźć inspirację do dwóch odmiennych wartościowań tych etapów. U Schopenhauera owa głębinowa, irracjonalna wola jest oceniana negatywnie, jako siła zła, mnożąca bezsensowne cierpienie. W podejściu nietzscheańskim – przejętym bodaj przez Carla Schmitta i jego teologię polityczną – przeciwnie; owa irracjonalna, dionizyjska, bardziej fundamentalna, wola walki, wola dominacji, jest siłą pozytywną. Idąc tym tropem, kiedy oddziałuje apolińska powierzchnia Absolutu, mamy okresy zwalniania ewolucji, zwalniania biegu historii; okresy pokoju, spokoju i zastoju. Kiedy zaś promieniuje (niejako radioaktywnie) głębinowy, mroczny *Grund* Absolutu, mamy przyśpieszenie ewolucji i akceleracje historii. Skoro Bóg kryje się za ewolucją, to teologia polityczna staje się apoteozą mutacji, poszukiwania wroga, walki, nienawiści, wojny. „Niech wygrywają najlepsi", „po trupach do ewolucyjnego postępu"; oto logika boskości, czy też – w rozpatrywanym tu wariancie – mrocznego fundamentu Absolutu. Rzec można, że *Grund* to „wieczny rewolucjonista".

W ten sposób – stosunkowo płynnie – możemy przejść do innej niemieckiej koncepcji Absolutu, mianowicie do modelu Heglowskiego. W tym modelu Absolut nie jest od razu

gotowy, ale na początku jest niejako boskim embrionem-logosem, pulsującym pojęciem czystego bytu i niebytu. W Bogu jest przeto nie mrok, a niedojrzałość i dzieje świata to środek do jego stopniowego, choć nierównomiernego, dojrzewania. Absolut w sobie, zamienia się stopniowo w Absolut dla siebie. Boski Duch, Rozum dowiaduje się – poprzez dzieje – kim jest, że mianowicie jest wolnością. Można traktować to (w duchu prawicy heglowskiej) jako proces skończony; Bóg osiąga pełną samowiedzę i mamy koniec historii i teraz wystarczy konserwować stan ostateczny. Można też traktować to (w duchu lewicy heglowskiej) jako proces nieskończony, samowiedza boska rośnie w nieskończoność; Absolut jest bowiem nieskończenie głęboki, a zatem zgłębianie tej głębi nie może mieć kresu (należy zatem burzyć, co jest, w imię przyszłej wyższej samowiedzy). Gdyby teraz nałożyć na ten model pulsację historii, otrzymujemy interesujący schemat; okresy wojen i nienawiści, to okresy wzmożonego „dziania się" i gwałtownie przyrastającej boskiej samowiedzy. Wyobraźmy sobie, że po takim etapie heglowski Absolut zapada w drzemkę i „przetrawia" ową wiedzę. Kiedy Dziejowy Rozum śpi, nie budzą się demony, a przeciwnie; ludzie dochodzą do siebie, stają się bardziej ludzcy; „chytrość rozumu" ustaje; ludzie trzeźwieją i przytomnieją; nienawistny czar pryska i następuje etap życzliwości, harmonii, pokoju i spokoju. Kiedy zaś Rozum Dziejowy – ten boski hipnotyzer – budzi się, budzą się również demony; ludzkość ulega ponownie zbiorowej hipnozie (z akcentem na szczególnie podatnych „młodych bohaterów") i nastaje czas wojenny. Bez trudu zatem można zbudować – pochwalającą wojnę – teologię polityczną również na gruncie heglowskim.

Podsumujmy. Tak jak Rosjanie (i Żydzi) gorliwie praktykowali quasi-manichejski i millenarystyczny komunizm, tak Niemcy gorliwie praktykowali (w pierwszej połowie dwudziestego wieku) teologię polityczną; czyli wcielali założenia swojej mrocznej metafizyki w życie.

*

Czas wyjawić ukrytą intencję. Napisałem ten tekst w celu terapeutycznym; aby podnieść siebie na duchu (*sursum corda*) oraz wyleczyć się z „ukąszenia metafizycznego" (czy też, jak ktoś woli, „heglowskiego"); ze swoistego zatem dziejowego fatalizmu, wedle którego „źle się dzieje", „musi źle się dziać" i nic na to nie można poradzić.

Celem tego eseju jest więc „odczarowanie" historii nie przez negację metafizyki (wiary w metafizyczne tło dziejów) i redukcjonizm naturalistyczny, ale przez wyraźne przedstawienie różnych schematów metafizycznych, przez „wyłożenie kawy na ławę".

Co w ten sposób zyskuję? Otóż przekonanie graniczące z pewnością, że to nie to, że to nie tak. Sądzę bowiem – a opieram to na intuicji, na donośnym „głosie wewnętrznym" – że cokolwiek powiemy jasno i wyraźnie o Bogu, cokolwiek powiemy jasno i wyraźnie o poziomie metafizycznym, to na pewno nie jest to. Można to nazwać „metafizykę negatywną". W tle występuje przekonanie o głębi, tajemniczości i niezmierzonym bogactwie tej sfery (to też nieudolne wyrażenia). Można ją zatem poznawać tylko negatywnie; cokolwiek pomyślimy, to od razu to falsyfikujemy. Jest więc tak, że coś się za tym kryje (za naturą, za historią), ale to coś jest niepojęte; skoro zatem coś pojęliśmy, to – powtórzmy – to na pewno nie to.

Tylko od tej negatywnej strony; mnożąc fałszywe koncepcje metafizyczne, możemy zbliżyć się do prawdy. Wszystkie zatem wymienione wyżej koncepcje boskiej transcendencji (czy boskiej immanencji) kryjącej się za pulsacją dziejów, są – poprzez samo ich sformułowanie – unieważnione, „odczarowane", fałszywe.

Nie jesteśmy zatem być może skazani na wiele „lat chudych".

Piśmiennictwo

1. Wergiliusz: Eneida., przeł. Zygmunt Kubiak, Oficyna Literacka, Kraków, 1994.
2. Norman D.: Europa, rozprawa historyka z historią, przeł. Tabakowska E. Znak, Kraków, 1998.
3. Ortega y Gasset, José: Bunt mas, przeł. Niklewicz P. MUZA SA, Warszawa, 2006.
4. Mickiewicz A.: „Droga do Rosji" (Dziady. Część. III). Wydawnictwo Literackie, Kraków, 1998.
5. Pierwszy list św. Jana Apostoła, 5,19.
6. Kołakowski L.: Udręczenie. [w:] Na brzegu rzeki, Miłosz Cz. Znak, Kraków, 1994.
7. Miłosz Cz.: Na brzegu rzeki. Znak, Kraków, 1994.
8. Brzozowski St.: Pamiętnik. Wyd. Antonina Brzozowska, Wende i S-ka, Kraków, 1913.
9. Siemek M.: Wolność, rozumność, intersubiektywność. Oficyna Naukowa, Warszawa, 2002, 135.

O konieczności pogrzebania na cmentarzysku idei martwego mitu opiewającego nadludzkie przymioty polskiej pielęgniarki-kobiety z czasu I wojny światowej ze względu na jego reperkusje społeczno-kulturowe

Zygmunt Pucko

Zakład Filozofii i Bioetyki, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Kto rządzi przeszłością, w tego rękach jest przyszłość; kto rządzi teraźniejszością, w tego rękach jest przeszłość [1].

Orwell

Wprowadzenie

Kierując się jasnością wywodu oraz chęcią uniknięcia nieporozumień interpretacyjnych trzeba od razu zaznaczyć, że zawarte w tytule określenie „polska pielęgniarka-kobieta" i usytuowane we wskazanym przedziale czasowym odnosi się do kobiet parających się pielęgniarstwem etnicznie związanych z Polską, która po zaborach aż do 1918 roku nie istniała jako byt państwowy. Wszystkie zatem pielęgniarki odpowiednio do swojej przynależności terytorialnej miały *de iure* obywatelstwo któregoś z państw zaborczych. W tym kontekście posługiwanie się nazwą „polska pielęgniarka" jest niezgodne z prawdą historyczną. Jednakże w celach roboczych zastosowano je tu rozmyślnie, aby dobitniej wyartykułować martwotę mitu oraz manipulację jego interpretacją, której wewnętrzną logikę trafnie oddaje epigraf zaczerpnięty z twórczości George Orwella.

Jego motto odzwierciedla pewną prawidłowość i brzmi jak przestroga o ponadczasowym wydźwięku. Szczególnej wiarygodności nabiera ono zwłaszcza w kontekście pisania historii. Wszak wykładnię dziejów można profilować rozmaicie [2]. Jak uczy choćby najnowsze doświadczenie zdarzenia łatwo da się zamknąć w taki model, który odpowiada przyjętym założeniom ideologicznym, panującej w danym okresie maniery przedstawiania przeszłości lub specyfiki odczytywania kolei losu. Historia zatem nie zawsze

bywa wiernym sprawozdaniem czasu minionego, lecz także pewną formą kreacji.

Rozwinięcie

Podążając tropem przesłania sentencji Orwella wypada zacząć od przypomnienia kilku historycznych danych. Nawiązanie do nich musi znaleźć się w niniejszym wywodzie, ponieważ zostały przeoczone w narracji mitu o idealnych wręcz cechach rodzimej pielęgniarki-kobiety z lat I wojny światowej. Pominiętych faktów jest całkiem sporo, lecz wymienianie wszystkich byłoby zajęciem wykraczającym poza ramy tego eseju. Dla naświetlenia jego myśli przewodniej szczególnie przydatne są zwłaszcza fakty zawierające wzorce mentalne, które przez długie dekady odciskały piętno na obliczu polskiej pielęgniarki. Wolno zaryzykować stwierdzenie, że owe matryce jeszcze dziś mają swoją kontynuację i determinują wiele istotnych spraw dla pielęgniarek oraz pielęgniarstwa.

Ten związek przyczynowo-skutkowy gwarantuje substrat różnorodnej podległości pielęgniarki-kobiety. Jednym ze źródeł ujarzmienia był mit założycielski, według którego kobieta w naszym kręgu kulturowym uchodziła za stworzenie gorszego gatunku. To czyniło z niej indywiduum mniej racjonalne od mężczyzny i słabiej rozwinięte pod względem moralnym. W rezultacie owego nastawienia wszystkie działania kobiety z definicji obarczone były deficytem racjonalności. Aksjomat o niższości kobiety stanowił kryterium zawężenia obszaru jej działania i podporządkowania mężczyźnie. Status kobiety jako bytu wybrakowanego dowodzono nawet naukowo [3]. Szczególnymi osiągnięciami na tym polu pochwalić się może zwłaszcza medycyna i pogląd filozoficzny zwany esencjalizmem.

Zawisłość kobiety od mężczyzny wzmacniał także panujący na ziemiach polskich patriarchalny model społeczeństwa. Mężczyzna pełnił w nim całkowitą kontrolę nad losem kobiety. Przyczyną zależności był również silny kult ideału Matki-Polki utwierdzający kobiety w przekonaniu, że ich obowiązkiem jest poświęcenie dla dzieci, opieka nad chorymi i troska o prywatną sferę życia. Znaczący udział w uciemiężeniu kobiet miały ponadto zabory, ponieważ głównym celem większości Polaków bez względu na płeć stała się walka o odzyskanie wolności. Domaganie się zatem przez kobiety własnych praw postrzegano wtedy w kategoriach egoizmu, który przedkłada interes jednej grupy społecznej ponad dobro wspólne.

Do nierównego traktowania pielęgniarki-kobiety przysłużyła się w dużej mierze koncepcja ideału pielęgniarki obmyślanego przez Florence Nightingale. Stanowił on dokładną kalkę relacji płci definiowanych przez pryzmat seksistowskiego społeczeństwa

wiktoriańskiego [4]. Według tej odbitki pielęgniarka miała być cicha, pobożna, zdyscyplinowana, wytrzymała. Kopia zawierała też zarys podstawowych obowiązków pielęgniarki. Jej główne zadanie polegało na pomaganiu medykowi, wypełnianiu jego poleceń, asystowaniu mu oraz ofiarne służeniu pacjentowi bez słowa skargi. Nightingale uczyniła pielęgniarkę bierną i zredukowała ją do rzeczy będącej przedłużeniem ręki lekarza. Poddańczy układ starannie wpajano uczennicom podczas procesu edukacji. Oprócz wiedzy i umiejętności duży nacisk został położony również na kształtowanie odpowiednich cech charakteru. Szkoły socjalizowały kandydatki doktryną o niepodważalnym porządku ważności szpitalnych stanowisk, w którym pielęgniarka zawsze zajmowała podrzędną rangę [5]. Po ukończeniu formacji mury szkoły opuszczała wychowanka gotowa do zaoferowania lekarzom cnotę bezwzględnego posłuszeństwa żony, a pacjentom poświęcenie matki [6].

Ta analogia w projekcie Nightingale nie jest przypadkowa, gdyż twórczyni nowoczesnego pielęgniarstwa żywiła przekonanie, że naturalne przeznaczenie kobiety wyraża się w byciu pielęgniarką, zaraz na drugim miejscu po macierzyństwie postrzeganym wówczas w kategoriach powołania[7]. Na tej podstawie Nightingale wprowadziła do pielęgniarstwa ideę powołania i uznała ją za główną przesłankę do wykonywania zawodu. Jak wiadomo, termin powołanie ma asocjacje metafizyczno-religijne przywołujące na myśl treści blisko spokrewnione z wybraniem, oddaniem, poświęceniem, bezinteresownością, pokorą, wyrzeczeniem, koniecznością większego zaangażowania, nieodzownością akceptacji trudnych warunków. Skoro powołanie zostało podniesione do rangi kryterium *sine qua non* pełnienia roli pielęgniarki, zatem domaganie się przez nią poszanowania swoich praw oraz honorowania osobistych potrzeb staje się wręcz zaprzeczeniem istoty pielęgniarstwa. Jeśli zaś ideę powołania połączy się ze sposobem tytułowania pielęgniarki mianem „siostro", wówczas jej praca przypominać będzie spełnianie powinności typowych dla więzi rodzinnych oraz uzyska odcień prywatnej relacji. Z tej pespektywy wypełnienie zawodowych czynności daje wystarczającą satysfakcję i jest już wynagradzające samo w sobie [8].

Przywołane dane upoważniają do stwierdzenia, że pielęgniarka-kobieta nie istniała w kategoriach samostanowiącej osoby w szpitalnej hierarchii. Nie było jej również w przestrzeni społeczno-kulturowej jako autonomicznej jednostki, która sama mogłaby decydować o sobie. Ów typ nieobecności ujawnia się nieomal paradygmatycznie w micie sławiącym majestat moralnych atrybutów polskiej pielęgniarki-kobiety. Analiza jego warstwy znaczeniowej od razu odkrywa dwa równoległe tory absencji. Jednym biegnie anonimowość zaangażowania na różnych odcinkach pracy, takich jak lazarety wojskowe, szpitale polowe,

kolumny sanitarne oraz stacje wypoczynkowe dla rannych i chorych żołnierzy. Po drugim toczy się pochwała bezimiennego tryumfu pielęgniarek. Niewątpliwie pielęgniarki zasłużyły sobie na słuszny podziw i nikt tego nie kwestionuje. Próba podważenia ich zasług budziłaby co najmniej zakłopotanie.

W większości opracowań intryguje natomiast coś innego. Zastanawia przede wszystkim nawyk powielania podobnego szablonu interpretacji. Na ogół epatuje on jednowymiarowym wizerunkiem, którego prototyp sporządził Wojciech Kossak. Płótno artysty opatrzone szyldem „Piekło karpackie – dolor et caritas" przedstawia scenę leżącego na noszach rannego, którego opatruje tuż przy linii frontu młoda pielęgniarka. Pomimo widoku apokaliptycznej destrukcji oraz obfitego żniwa śmierci stoi ona u wezgłowia żołnierza tyleż nieporuszona, co i czysta, eteryczna, wręcz odcieleśniona. Niczym porcelanowa figurka o twarzy nieomal jeszcze dziecka i dłoniach damy dworu zastygła w błogim nastroju opieki. Anielski spokój czerpie z uwewnętrznienia dewizy umieszczonej na specjalnym polu jak obraz namalowany w obrazie w samym centrum kompozycji dzieła. Kredo zapisane wielkimi drukowanymi literami streszcza się w zdaniach: „*RANY OBMYWAĆ, NĘDZĘ ŁAGODZIĆ, DUSZE UKRZEPIAĆ I PODNOSIĆ. WŁASNEGO SERCA KRWIĄ BLIŹNIEMU SŁUŻYĆ NIECH BĘDZIE NASZYM HASŁEM, NA CHWAŁĘ BOGU, LUDZIOM NA ULGLĘ I POŻYTEK*". Wierną egzemplifikacją tej maksymy jest fragment zaczerpnięty z pamiątkowej publikacji dedykowanej Marii Epstein wydanej w 2011 roku.

Wiedza, ofiarność, heroizm i wierność humanitarnym zasadom, a niejednokrotnie i bohaterstwo okazywane w działaniach na pograniczu życia i śmierci polskich sanitariuszek i pielęgniarek zjednywały im uznanie i podziw [9].

Nie trzeba dużej przenikliwości, aby zauważyć, że pielęgniarkę wyróżnia hart ducha oraz wielkość przekraczająca chwilami ludzki wymiar odczuć, myśli oraz zachowań. Akcent położony na gloryfikację przymiotów popada mimo woli w skrajność i trąci nienaturalnością, ponieważ usiłuje uchodzić za nieskazitelny, bardziej niż to jest możliwe dla istot ludzkich. Jego autorzy jakby połączeni węzłem wzajemnej projekcji stworzyli majestatyczną ikonę pielęgniarki czasu wojny, a następnie pomylili ją z rzeczywistą pielęgniarką i utożsamili z pełną prawdą o niej. Apoteoza szlachetnego geniuszu odrealnia pielęgniarkę oraz ociera się o propagandę. Im bardziej stara się tym schematem zagospodarować zbiorową świadomość, tym dalej odbiega on od faktycznego *curriculum vitae* pielęgniarki-kobiety.

Tytułem uprawomocnienia sformułowanego poglądu dość nadmienić, że z dominującej konwencji portretowania niczego nie można się dowiedzieć o wielorakiej roli „rodzimej

pielęgniarki" na frontach I wojny światowej. Oprócz wzmianek o powszechnej czci nie ma ani jednej informacji na temat odmiennego odbioru pielęgniarki przez żołnierzy. Sztampa milczy w sprawie metod doboru pielęgniarek do służby za linią ognia i czasu pracy w tych warunkach. Pomija aspekt przeżyć pielęgniarek oraz skutki psychiczne, które wywarła na nich wojna. Abstrahuje od specyfiki postrzegania wojny oczami pielęgniarek. Zasygnalizowane kwestie jak dotąd nie zostały zbadane ani uzupełnione. Leżą całkowitym odłogiem spowite gęstym mrokiem. Na ich temat nie powstała ani jedna naukowa monografia, nawet w postaci krótkiego artykułu. Jest to biała karta w historii polskiego pielęgniarstwa, która wciąż czeka na zaczernienie.

Pewne wyobrażenie o sprawach nieobecnych w ojczyźnianym podaniu można mieć dopiero po lekturze obcojęzycznej literatury. Jej zawartość stanowi cenny zasób wiedzy. Są w nim pamiętniki pielęgniarek różnych narodowości, listy, relacje weteranów, raporty wojskowe, prasa, rozprawy historyków, eseje publicystów. Piśmiennictwo rzuca wiązkę światła na kryteria rekrutacji pielęgniarek np. do armii brytyjskiej. W pierwszym okresie wojny zasilały ją pielęgniarki z korpusu Wojskowej Służby Medycznej. Jak pisze R. Cowen o przyjęcie do tej jednostki mogły ubiegać się tylko kobiety, które spełniały określone wymagania. Kandydatki musiały być w przedziale wiekowym między dwudziestym czwartym a trzydziestym piątym rokiem życia, mieć obywatelstwo brytyjskie, ukończoną szkołę pielęgniarską, potwierdzoną trzyletnią praktykę w szpitalu. Musiały posiadać stabilną pozycję materialną i być córkami oficerów, duchownych anglikańskich, kupców, urzędników państwowych i farmerów [10].

Wskutek przeciągającej się wojny, wzrostu liczby rannych oraz drastycznych uszkodzeń ciała pojawiła się konieczność zmodyfikowania wymogów naboru pielęgniarek. Na ich listę wciągnięte zostały kryteria, takie jak: znakomita opinia o dotychczasowym przebiegu pracy, dobra kondycja fizyczna, silna psychika, umiejętność działania w ekstremalnych okolicznościach, zapewnienie ze strony ochotniczek, że pozostaną na linii frontu przynajmniej trzy miesiące. Po upływie tego okresu pielęgniarki były odsyłane poza obszar działań wojennych na sześciomiesięczną regenerację własnych zasobów przy lżejszych czynnościach [10].

Zagraniczne materiały pozwalają zaznajomić się ze sposobem ujmowania pielęgniarki przez żołnierzy walczących na froncie we Francji. Znawcy przedmiotu zwracają uwagę, że żołnierze zgodne podnieśli pielęgniarkę do rangi kilku symboli: nieodstępującej opiekunki, matki, domu rodzinnego, seksualności. Pierwszy symbol ma asocjacje myślowe związane

z utrzymaniem kondycji zdrowotnej armii oraz jej bitewnego potencjału. Drugi ewokował matczyne współczucie, ciepło emocjonalne, uważność, bezpieczeństwo i pewność zachowania w dobrostanie [10]. Trzeci był substytutem domowej atmosfery i naturalnej więzi z nią [11]. Czwarty, reprezentuje ucieleśnienie cech kobiety, jej atrakcyjności seksualnej, upajającej rozkoszy, płodności oraz intymnej bliskości. Owe symbole podnosiły żołnierzy na duchu, spajały armię wewnętrznie, zagrzewały do walki, umożliwiały utrzymanie karności.

Horyzont poznawczy zakreślony piórem badaczy wypełniają również teksty traktujące o doznaniach pielęgniarki zarówno podczas służby w przyfrontowych palcówkach, jak i o reperkusjach wojennych przeżyć. Z materiałów wynika jasno, że w obydwu przypadkach pielęgniarki zapłaciły bardzo wysoką cenę. Wiele z nich poległo lub doznało trwałych uszkodzeń ciała. Morderczy ostrzał nieopodal miejsca pełnionych dyżurów wywoływał często szok nerwowy. Towarzyszyła mu trwoga o życie swoje oraz strach o los rannych. Pielęgniarkom notorycznie doskwierał brak odpoczynku z powodu konieczności zajęcia się rannymi napływającymi wciąż nowymi falami o różnych porach dnia i nocy. Dokuczliwie dawała im znać o sobie silna neuralgia. Nie radziły sobie psychicznie z bezradnością wobec dramatycznej wielogodzinnej agonii konających, barku środków opatrunkowych, czy znieczulających ból. Przeciążenie pielęgniarek uzewnętrzniało się zniecierpliwieniem oraz irytacją na pacjentów. Objawy histerii również nie należały do rzadkości [12]. Jej przejawy występowały zwłaszcza w konfrontacji z widokiem otwartych ran jamy brzusznej, klatki piersiowej, czaszki lub pourywanych kończyn. Bezpośrednim następstwem tego typu przeżyć było zobojętnienie i zapadanie się w swego rodzaju stan hibernacji. Wszystko w nim przestawiało się na bezkompromisową walkę o zachowanie siebie samej. Specjaliści parający się problematyką zdrowia psychicznego w sytuacji przymusowej owo wycofanie się postrzegają jako regresję do prymitywnego stadium bytu i mianują terminem prowizorycznej egzystencji [13]. Zdarzały się nawet przypadki, wcale nie pojedyncze, w których przygnębione pielęgniarki wracały do rodzinnych stron przed wygaśnięciem kontraktu.

Po zakończeniu wojny natomiast jej konsekwencje manifestowały się nieraz rezygnacją z uprawianej profesji. Spora grupa pielęgniarek już nigdy nie zdołała przystosować się w pokojowych warunkach do normalnego funkcjonowania. Inne zrzeszały się we wspólnoty frontowych koleżanek i razem dzieliły przez lata wojenną traumę. Były też takie, które wskutek doświadczenia okropności wojny utraciły zaufanie do ludzi i wybrały samotną wędrówkę przez życie [14].

Dzięki autobiograficznym zapiskom pielęgniarek można uzyskać wgląd w ich sposób

postrzegania wojny. Wobec pożogi wojennej przyjmowały one pozycję zewnętrznej obserwatorki, której bliski był pokartezjański dualizm epistemologiczny znamionujący się odrębnością myśli od jej obiektu. Okiem widza ogarniały szczegóły zdewastowanego krajobrazu, a w nim zniszczone mosty, ruiny miast, spalone wsie, zabiedzonych ludzi, martwe zwierzęta, przerażone konie, bezpańskie psy, długie kolumny wojsk, kikuty połamanych drzew, rannych leżących na zimnej posadce lub wilgotnej ziemi pod gołym niebem, skrwawioną odzież, brud, przemykające miedzy ciałami szczury [15].

Wspomnienia pielęgniarek mówią również o nastawieniu, w którym poznawcza dychotomia zanika, a jej miejsce zajmuje postawa egzystencjalnego uczestnictwa. Wyrażała się ona głębokim odczuciem obłędu wojny i zrozumieniem jak bardzo były nim dotknięte [14].

Pielęgniarkom towarzyszyła pewność, że są aktorkami obsadzonymi w jednej z głównych ról odczłowieczonej tragedii. Z tym, że oczekiwano od nich popisu zaangażowania w ograniczaniu cierpienia i zachowania istnień ludzkich przy życiu, a nie inwencji w sianiu spustoszenia.

Wojna dla pielęgniarek, identycznie jak dla kobiet, w ogóle miała *swoje własne barwy, zapachy własne, własne oświetlenie i przestrzeń uczuć. Własne słowa. Nie ma tam bohaterów i niesamowitych wyczynów, są po prostu ludzie, zajęci swoimi ludzkim-nieludzkimi sprawami. I cierpią tam nie tylko ludzie, ale także ziemia, ptaki, drzewa. Wszyscy, którzy żyją razem z nami na tym świecie* [16].

Zakończenie

Pielęgniarki innych nacji przemawiają wyraźnie osobistym głosem oraz swoim uczuciem. Potrafiły obronić autentyzm własnej historii i zapobiec jej idealizującej mitologizacji. Wojna „naszej" pielęgniarki-kobiety w interpretacji heroicznego mitu obejmującego okres pierwszej wojny światowej wciąż jest zmistyfikowana, a prawda o niej ukryta. „Niewidzialność" pielęgniarki-kobiety odzwierciedla części fotografii z tamtego okresu. Na wielu starych zdjęciach, zamieszczanych w nowych książkach lub opracowaniach albumowych, widnieje np. spora grupa stojących pielęgniarek i siedzących pośrodku lekarzy. Jednakże w opisie fotografii tylko ci ostatni są wymienieni z imienia i nazwiska. Deskrypcja zdjęcia zawiera zasługi lekarzy, ich stopień naukowy lub tytuł [17].

O pielęgniarkach nie ma żadnej informacji. Zdawać by się mogło, że służą jedynie do wypełnienia tła dla męskich postaci i stanowią niemą dekorację [18].

Hołdu prawdzie „macierzystej" pielęgniarce-kobiecie nie złożyła jeszcze polska kinematografia, jako że nie wyemitowała żadnego filmu fabularnego ani dokumentalnego Do ukazania rzeczywistości „naszych" pielęgniarek nie kwapi się też literatura. Doskwiera w niej brak powieści beletrystycznych, opowiadań, czy nowel. O prawdzie pielęgniarek zapomniał teatr, rzeźba, plakat, komiks, poezja, piosenka. Nie ma też wystaw, nazw ulic ani dnia pielęgniarki w polskim kalendarzu. Wobec takiego stanu rzeczy nieodparcie nasuwa się wniosek, że ojczyźniana nuta uderzająca we wzniosły ton brzmi fałszywie i upiornie pusto. Niedawno obchodzona setna rocznica odzyskania przez Polskę niepodległości jest dla współczesnych pielęgniarek najdogodniejszą porą do wszczęcia starań w kwestii pogrzebania obumarłych form myślenia o historii pielęgniarki-kobiety. Najwłaściwszym momentem do odprowadzenia na cmentarzysko strupieszałych sposobów opowiadania o niej. Stosowną chwilą do podjęcia walki o rzetelne zapisanie jej księgi dziejów. Najlepszym czasem do krzewienia wizerunku pielęgniarki-kobiety jako arcyludzkiej istoty mającej swoje potrzeby, prawa oraz wartości, które należy dostrzegać i szanować.

Piśmiennictwo

1. Orwell G.: Rok 1984. Wydawnictwo Da Capo, Warszawa,1993, 38.
2. Orwell G.: Historię piszą zwycięzcy. Wydawnictwo Miniatura, Kraków, 1991, 23.
3. Gromkowska A.: Kobiecość w kulturze globalnej - rekonstrukcje i reprezentacje. Wydawnictwo Wolumin, Poznań, 2002, 42.
4. Welsch M.: The Context of Feminist and Nurisng in 19th Century, Victorian England [w:] Caring and Nursing: Explorations in Feminist Perspectives. Neil R. M., Watts R. (red.). Center for Human Caring, New York, 1991, 73.
5. Bullough B.: Bariers to the Nurse Practitioner Movement: Problems of Women in Woman's Field" [w:] Organization of Health Workers and Labor Conflict. Wolfe S. (red.). Baywood Publishing Company, Framingdale, 1978.
6. Robinson V.: White Caps. The Story of Nursing. Lippincott, New York, 1946.
7. Ehrenreich B., English D.: Witches, Midwives and Nurses. A History of Women Healers, https://www.femnistes-radicales.org (22 listopada 2018).
8. Gordon S., Buchanan J., Bretherton T.: Safety in Numbers. Nurs-to-Patient Ratios and the Future of the Future of Health Care. ILR Press, London, 1998.
9. Weber B.: Wierna miłości. Służebnica boża siostra Magdalena Maria Epstein OP. Drukarnia Wydawnicza im. W.L Anczyca, Kraków, 2008, 60.

10. Cowen R. (red.): A Nurse at the front. The First World War Diaries of Sister Edith Appleton. Simon&Schuser, London 2012, 292. 33.
11. Johnstone E.: Home from Home on The Western Front, 1914-1918: Women's Contribution to Morale [w:] Women in War from Home Front to Front Line. Lee C., Strong P.E. (red.). Pen and Sword Military, South Yorkshire, 2012, 35-48.
12. Morpurgo M.: Słowo wstępne [w:] A Nurse at the front. The First World War Diaries of Sister Edith Appleton. Cowen R. (red.). Simon&Schuser, London 2012, 3.
13. Frankl V.: Higiena psychiczna w sytuacji przymusowej. Doświadczenia z zakresu psychoterapii w obozie koncentracyjnym. Przegląd Lekarski, 1965, 1, 22.
14. Powell A.: Women in the War Zone. Hospital Sevice in the First World War. The History Press, London 2003, 22.
15. Sister Violetta Thurstan. Prince Volkonsky's Flying Field Ambulance Surgery [w:] Women in the War Zone. Hospital Sevice in the First World War, The History Press, 104.
16. Aleksijewicz S.: Wojna nie ma w sobie nic z kobiety. Wydawnictwo Czarne, Wołowiec, 2015, 9.
17. Semper Fidelis. Obrona Lwowa w obrazach współczesnych, Mazanowska W. (red.). Oficyna Wydawnicza „Wolumen", Warszawa, 1990, tabela 89.
18. Lisowski W.: Polska służba zdrowia w powstaniach narodowych 1794-1944. Dom Wydawniczy Bellona, Warszawa, 2006, 57.

Pogrzeb - czas smutku i rozwoju w różnych kulturach

Patrycja Bolla[1], Natalia Marcjasz[1], Agnieszka Wróblewska[1], Willy Hauzer[2], Stanisław Ferenc[2], Krzysztof Dorna[3], Maria Węgrzyn[4], Tadeusz Sebzda[1], Jan Gnus[1,2]

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

Wstęp

Niestety, każdy z nas w ciągu swojego życia spotka się ze śmiercią. Wszyscy będziemy uczestniczyć w obrzędach pochówku lub oporządzenia zwłok właściwych dla naszej szerokości geograficznej, klimatu oraz społeczeństwa.

Każdy z nas w pewnym momencie, niektórzy wcześniej niż inni, będzie musiał poradzić sobie z poczuciem bezradności i smutkuogarniającym psychikę po stracie bliskiej osoby.

Żałoba i proces jej przeżywania mogą zostać potraktowane jako terminy medyczne. Ludzie zazwyczaj przechodzą ją w określony sposób, w podobnej do siebie kolejności, zazwyczaj trwa przybliżony do podobnych sytuacji okres czasu.

Żałoba jest zjawiskiem gruntownie zbadanym, lecz z racji swojej specyfiki - z pewnością nie jest tematem łatwym do badania. Zajmują się nią różne dziedziny nauki, od medycyny i psychologii po etykę i kryminalistykę.

Skoro jest tak powszechna - z pewnością warto przyjrzeć się jej bliżej.

Skoro umieranie i utrata bliskich osób dotyczy wszystkich ludzi żyjących na świecie - jak wygląda to w innych społeczeństwach i kulturach?

Czy wszystkie grupy uważają ostatnie pożegnanie za podobnie ważne?

Czy istnieją namacalne medyczne skutki, które można zidentyfikować u osób bliskich zmarłemu, które przeżywają żałobę?

Japonia

Począwszy od starożytności śmierć była dla Japończyków związana z największą nieczystością, co miało ogromne znaczenie dla społecznego światopoglądu opierającego się na opozycji czystości i skalania, a nie dobra i zła. Styczność ze zmarłym wywoływała nietylko strach przed rytualnym skażeniem, ale także obawę przed złymi duchami, które mogłyzostać uwolnione z ciała w chwili śmierci. Sposobem uniknięcia bądź ograniczenia skażenia wiążącego się ze śmiercią było wynoszenie konającego w odludne miejsce i pozostawienie go tam, by dokonał żywota i uległ samooczyszczeniu, w czym pomagała natura. Dopiero wówczas szczątki zabierano, by je pochować i odprawić obrzędy pogrzebowe [1].

Postrzeganie kontaktu ze zmarłym jako nieczystego zyskało pełną aprobatę dzięki mitom zawartym w tekstach kronik Nihongi i Kojiki. Tam właśnie opisano pierwszą śmierć w mitycznych dziejach Japonii, której to ofiarą padła bogini Izanami. Według kronik do tragedii tej doszło, gdy bogini rodziła Homusubiego, boga ognia, który wypalił od środka jej wnętrzności i przysporzył ogromnych cierpień. Zrozpaczony Izanagi w odwecie za śmierć żony zabija syna i ćwiartuje jego ciało. Jednak nie przywraca to życia Izanami, która dotarła już do Yomotsukuni – Krainy Ciemności i zjadła tam posiłek. Gdy Izanagi odszukał swoją ukochaną w tymże miejscu, okazało się, że przybył za późno i ujrzał ją już nie jako piękną boginię, lecz jako rozkładającego się trupa [2].

Dawne zwyczaje i wierzenia, spowodowane obawą przed tym, co niesie ze sobą śmierć, miały pomóc zmarłemu w przejściu ze świata żywych do świata zmarłych, a zarazem chronić żywych przed złymi duchami i nieczystością.

Obecnie czynnościami związanymi z przygotowaniem zmarłego do drogi w zaświaty najczęściej zajmują się zakłady pogrzebowe. Powierzanie organizacji pogrzebów wyspecjalizowanym przedsiębiorstwom deprecjonuje dawne rytuały, które akcentowały nieczystość śmierci. Ceremonie pogrzebowe kładą nacisk na upiększenie śmierci, zachowanie najlepszego wizerunku i wspomnień o zmarłym, a on sam traktowany jest jak „żywy”, aż do momentu kremacji.

Mimo to wiele zwyczajów przetrwało w nieco zmienionej postaci. Wciąż odbywa się czuwanie, podaje się zmarłemu wodę zmarłych, przygotowuje się go do ostatniej pielgrzymki. Aby zaznaczyć różnicę między zmarłymi a żywymi, pośmiertne ubranie zakładasię odwrotnie niż za życia. Zmarły zostaje zaopatrzony w monety i ryż. Monety przeznaczonesą na opłatę za przekroczenie rzeki Sanzu, a ryż służy na wypadek spotkania głodnego psa [1].

Korea Południowa

W krajach azjatyckich, w których duży odsetek społeczeństwa stanowią osoby kierujące się zasadami konfucjanizmu – takich jak na przykład wspomniana Korea Południowa - podejmowanie rozmów o śmierci nie jest powszechne, a poruszanie tego tematu z osobami w podeszłym wieku może zostać odebrane nawet jako niegrzeczne. Konfucjanizm jest to system filozoficzno-religijny zapoczątkowany w Chinach przez Konfucjusza w V wieku p.n.e. Głosi on, że zbudowanie idealnego społeczeństwa i osiągnięcie pokoju na świecie jest możliwe pod warunkiem przestrzegania obowiązków wynikających z hierarchii społecznej oraz zachowywania tradycji, czystości, ładu i porządku [3].

Dokładne określenie, czy konfucjanizm jest religią czy być może filozofią jest trudne. Według europejskich kryteriów jest to mieszanka pojęć religijnych, społecznych, ekonomicznych, etycznych i obyczajowych tworzących spójny, choć nie do końca zdefiniowany światopogląd. Duch konfucjanizmu jest w wielu krajach Dalekiego Wschodu wciąż żywy i głęboko zakodowany w świadomości wielu ludzi, spełniając podobną rolę kulturową jak „podstawowe wartości chrześcijańskie" w krajach Zachodu. Ma on istotny wpływ na wierzenia oraz rytuały tych społeczności.

Koreańczycy wierzą, że jeśli śmierć nastąpi z przyczyn naturalnych lub z powodu przewlekłej choroby poza domem, dusza takiej osoby może nie zaznać spokoju błąkając się po świecie jako duch lub przeistaczając się w *kaekkwi*. Stąd takie ważne jest, aby przy umierającym był ktoś bliski. Rodzina koreańska przeczuwająca, że w każdej chwili może przyjść śmierć po ukochaną osobę, dokłada wszelkich starań, aby zabrać ją do domu, by tam mogła odejść ze świata żywych [4].

Zasady Konfucjanizmu również w przypadku obrzędów pogrzebowych wyznaczają pewne reguły zachowań. I tak na przykład, kobiety mogą być świadkiem śmierci mężczyzny natomiast mężczyzna nie może być obecny podczas ostatnich chwil umierającej kobiety, niezależnie od łączących ich więzi [4].

Po śmierci następuje ogólny lament wśród osób będących razem z osobą umierającą. Reakcja ta ma wiele przyczyn. Jest to oczywiście wyraz bólu iżalu po stracie bliskiej osoby, ale także w pewien sposób odkupienie swojej ewentualnejwiny za to, że nie zrobiło się wszystkiego, aby taka osoba nie wpadła w ramiona śmierci [4].

Dawniej w Korei, jeszcze w dynastii Joseon, rodzina zmarłego w ramach żałoby nosiła szatyz konopi. Obecnie żałobnicy przywdziewają specjalny ubiór z tej okazji, jednak znacznie

odmienny i dużo bardziej współczesny, niż wspomniane naturalne odzienie. Współcześnie mężczyźni zakładają czarny garnitur z czarnym krawatem, natomiast kobiety tradycyjny koreański strój Hanbok w kolorze czarnym albo białym. Ponadto kobiety nie noszą żadnej biżuterii, ani innych akcesoriów ozdobniczych. Na znak rozpaczy rezygnują również z czesania swoich włosów [3].

Dawniej ręce i nogi nieboszczyka wiązało się ciasno. Jeden z krewnych wywieszał płaszcz zmarłego na dachu domu, przy okazji wykrzykując jego imię trzykrotnie. Następnie płaszcz ten przynoszono z powrotem i okrywano nim zwłoki. Rytuał ten zwany jest *ch`ohon* albo *kobok* [3].

W odróżnieniu od większości kultur na świecie, koreańskie pogrzeby, czy też ostatnie pożegnanie ze zmarłym odbywa się w specjalnych pomieszczeniach w szpitalu.

Koreańskie szpitale mają wyznaczone kapliczki, przy których czuwa rodzina zmarłego i gdzie znajomi, i rodzina może przyjść złożyć kondolencje [3].

Tybet

Niezwykłe rytuały pogrzebowe są charakterystyczne dla Tybetu - odbywają się tam tak zwane “powietrzne pogrzeby”. Ciało zmarłego wystawia się na żer drapieżnych ptaków. Z punktu widzenia Europejczyka, taki niebiański pogrzeb zdecydowanie może budzić zgorszenie, gdyż wydaje się, że ten zwyczaj pogrzebowy bezcześci ciało zmarłego.

Perspektywa Tybetańczyków i mieszkańców innych krajów kultywujących tę tradycję jest inna. Dla nich te niezwykłe obrzędy pogrzebowe są naturalnym pożegnaniem bliskich. Poza tym, skaliste tereny w Tybecie utrudniają pochówki w ziemi [5].

Ciało najpierw owija się w białe płótno, po czym na kilka dni umieszcza się w domu. Zaprasza się mnichów i lamów, którzy modlą się i przeprowadzają rytuały pogrzebowe, nie dotykając ciała. Odmawia się m.in. Tybetańską Księgę Umarłych, aby ułatwić zmarłemu przejście w stan bardo, czyli okres przejściowy między śmiercią a kolejnymi narodzinami.

Rodzina intensywnie uczestniczy we wszystkich obrzędach pogrzebowych, zaprzestając innych absorbujących codziennych czynności. Ciało obmywa się i układa w pozycji embrionalnej.

W ustalonym wcześniej dniu wynosi się je na cmentarz – na otwartej przestrzeni, najlepiej wysoko w górach i blisko klasztoru. Mnisi kontynuują modlitwy, a mistrz

ceremonii pogrzebowej przy użyciu ostrego narzędzia rozczłonkowuje ciało, aby ptaki łatwiej mogły je skonsumować. Następnie kości zostają sproszkowane i wymieszane z mąką z prażonego jęczmienia [5].

W buddyzmie ciało postrzega się jako tymczasowe miejsce przebywania intelektu. Po śmiercinie ma ono żadnego znaczenia. Buddyści nie wierzą więc ani w zmartwychwstanie, ani istnienie duszy. Stąd pochówek tybetański polega na niszczeniu zwłok. W trakcie pogrzebu powietrznego ptaki, dokonując dzieła, przenoszą zmarłego w stan bardo. Tybetańczycy wierzą, że wraz z ptakami zmarły trafi do nieba [5].

Madagaskar

Famadihana to jedna z najstarszych malgaskich tradycji. Mimo sprzeciwu kościoła i samychrdzennych mieszkańców Madagaskaru wciąż praktykowana jest w centralnej części głównej wyspy, tzn. w regionach Vakinankaratra, Imerina i Betsileo. Ten obrzęd pogrzebowy nawiązuje do zwyczaju oczyszczania. Odbywa się ok. 5-8 lat po pogrzebie. Polega na wydobyciu zwłok z grobu w celu ekshumacji, owinięciu ich jedwabnym całunem - lamba mena - i ponownym pogrzebie. Ten nietypowy rytuał pogrzebowy zwany jest „obracaniem kości". W tym dniu żywi spotykają się ze zmarłymi. Wyciągnięte z grobu szczątki radośnie obnosi się po okolicy, aby zmarły zobaczył, co się zmieniło odkąd odszedł ze świata żywych [6].

Mieszkańcy wyspy wierzą, że po śmierci dusze zmarłych opuszczają ciała i zamieszkują w kamieniach lub drzewach, a do grobu wracają tylko czasem, by odpocząć. Famadihana odbywa się w lipcu oraz sierpniu. W tym czasie na wyspie trwa „zima". Mieszkańcy Madagaskaru wierzą, że w tym czasie zmarli potrzebują nowego okrycia, które pozwoli im przetrwać niekorzystne warunki. Wszak tylko ciało odchodzi, a dusza pozostaje na ziemi [6].

Według obowiązujących tradycji konieczne jest zachowanie odpowiedniej kolejności grobów – najstarsi znajdują się przy wschodniej ścianie krypty z głową zwróconą na północ [6].

Pozostali zmarli członkowie familii układani są według pokoleń, a ich głowy są skierowane na wschód [6].

Po ponownym pochowaniu szczątków, rodzina, która przybyła oraz organizatorzy oddają się zabawie pełnej muzyki oraz tańca [6].

Indie

Hindusi uważają śmierć za coś radosnego i pozytywnego, coś czego nie należy się wcale bać. Są przekonani, że człowiek, który dobrze spędził swoje życie, zbliża się o krok do Brahmy [7].

W Indiach uroczystość pogrzebowa musi odbyć się możliwie szybko po śmierci. Najbardziej rozpowszechnioną w Indiach ceremonią pogrzebową jest palenie zwłok i wrzucanie prochówdo wody. Nie zawsze jednak ciało dokładnie się spopieli. Zależy to bowiem od ilości i rodzaju drewna, jakie zostanie użyte do pogrzebowego stosu. Im bogatsza rodzina, tym drewna jest więcej i tym więcej w nim aromatycznych gałązek, które neutralizują przykry zapach palonego ciała. Zamożni zmarli są też nacierani wonnymi olejkami, które jednocześnie przyspieszają spalanie. Nie stać na to biednych, którzy swoich zmarłych palą, np. na słomie, papierze i kilku polanach. Dlatego czasem w Gangesie pływają nadpalone szczątki ciał [7].

By wyjść naprzeciw religijnym potrzebom, ale także z przyczyn sanitarnych, indyjskie władze wybudowały wzdłuż rzek krematoria. Niestety, miejscowi w dalszym ciągu chętniej wybierają tradycyjne metody spopielenia swoich bliskich [7].

Najbardziej znanym z tego miejscem są Ghaty, schody ciągnące się wzdłuż Gangesu w mieście Waranasi. Hindusi wierzą, że spopielenie zwłok to najlepsze, co można zrobić dla odchodzącej duszy. Wierzy się bowiem, że dopóki ciało jest widzialne, dusza zmarłego pozostaje w pobliżu i to nawet przez wiele miesięcy. Wynika to ze związku duszy ze światem doczesnym, który trzeba zerwać. Kremacja jest dla duszy uwolnieniem. Jednakże nie wszystkie ciała pali się na stosie. Nie obowiązuje to w przypadku dzieci do lat 10, kobiet ciężarnych, trędowatych, samobójców, zmarłych na ospę, czy z powodu pogryzienia przez węże. Wtedy ciało tylko wrzuca się do rzeki [7].

Według hinduskiej tradycji, rodzina i bliscy zmarłego, po ceremonii muszą odbyć w domu rytualną kąpiel, po której następuje ponowna recytacja mantr i złożenie ofiary na rodzinnym ołtarzu. Uroczystości pogrzebowe trwają dziesięć dni. Tradycyjna ceremonia pogrzebowa jest bardzo kosztowna i niewielu Hindusów może sobie na nią pozwolić [7].

Medyczne aspekty żałoby

Utrata bliskiej osoby jest zazwyczaj wstrząsającym przeżyciem, wywołującym głęboki

kryzys emocjonalny, który uruchamia różne psychologiczne zjawiska, rozumiane między innymi jako procesy radzenia sobie ze stresem. Te ostatnie zwykle mają charakter adaptacyjny i pomagają dostosować się do nowej, trudnej sytuacji. Ceremonie pogrzebowe mają niesamowicie istotny wpływ na radzenie sobie ze stratą. Uroczystość żałobna jest zakończeniem ostatniego rozdziału życia ludzkiego. To chwila, kiedy bliscy chcą wyrazić szacunek, miłość i pożegnać bliską osobę.Umożliwiają przejście poprzez wszystkie 5 etapów żałoby: zaprzeczanie, gniew, targowanie, depresję, akceptację [8].

Warto odnotować, że nie każda żałoba przebiega według wspomnianego schematu. Poszczególne etapy mogą się mieszać, występować w różnej kolejności, a niektóre mogą nie wystąpić w ogóle. Jest to dosyć uproszczony opis, ale występuje on najczęściej. Jak się okazuje, wszystkie etapy żałoby mogą wystąpić również przy diagnozie choroby psychicznej [8].

Słynny model 5 etapów żałoby został opracowany przez Elisabeth Kübler-Ross, była ona szwajcarsko-amerykańską psychiatrą urodzoną w 1926 r., specjalizującą się w opiece paliatywnej i w sytuacjach bliskich śmierci. Pozytywne przejście poprzez okres po śmierci bliskiej osoby jest istotne dla zachowania zdrowia psychicznego [9].

Istnieje takie pojęcie, jak powikłana żałoba, która występuje u około 10% osób dotkniętych utratą, wynika z niepowodzenia przejścia żałoby ostrej w zintegrowaną. W efekcie ta pierwsza nadmiernie się przedłuża. Utrzymuje się cierpienie związane z tęsknotą za zmarłym,z nawracającymi falami bolesnych emocji oraz cierpienie związane z urazem z natrętnymi myślami dotyczącymi śmierci i wyraźnym unikaniem wspomnień związanych z bolesną utratą. Osoby doświadczające powikłanej żałoby nie mogą pogodzić się z utratą bliskiej osoby, a czas trwania nasilonego cierpienia z tego powodu może znacznie przekraczać 6 miesięcy. Skrajnie wydłużony okres przeżywania żałoby i jej nieodpowiednie przepracowanie może prowadzić do poważnych powikłań psychologicznych. Podobnie stan przewlekłego stresu i spadek nastroju utrzymujący się przez dłuższy okres czasu może prowadzić do choroby [8].

Powikłana żałoba niesie ryzyko hospitalizacji i potrzeby konsultacji psychiatrycznej. Stwierdzono znacznie zwiększone ryzyko pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej wśród rodziców, zwłaszcza matek, którzy stracili dziecko w wieku poniżej 18. lat. Wśród matek względne ryzyko wszystkich typów hospitalizacji było najwyzsze w pierwszym roku po okresie osierocenia, pozostawało znacznie zwiększone przez 5 lat lub wiecej po utracie i zmniejszało się ze wzrostem liczby dzieci w rodzinie [10].

W opublikowanym w1967 roku przez Holmsa i Rahe'a wykazie ważnych wydarzeń życiowych, które autorzy określili jako zewnętrzne, sytuacyjne czynniki wpływające na kondycję zdrowotną człowieka, pierwsze, najwyżej punktowanie miejsce zajęła śmierć małżonka. Psychiatra, planując przebieg interwencji terapeutycznej w przebiegu powikłanej żałoby, musi wziąć poduwagę szeroki wachlarz oddziaływań na pacjenta, poczynając od udzielenia wsparcia emocjonalnego i informacyjnego, interwencji psychoterapeutycznej, aż po leczenie farmakologiczne, skojarzone najczęściej z profesjonalnym, ustrukturowanym oddziaływaniem psychoterapeutycznym, np. poznawczo-behawioralnym [10].

Podsumowanie

Zachowania związane ze śmiercią i żałobą, jakkolwiek uniwersalne, w znacznym stopniu modyfikowane są przez miejscowe uwarunkowania społeczne - te religijne, czy światopoglądowe. Każde miejsce na świecie ma swoje unikatowe i hermetyczne zwyczaje związane z ostatnim pożegnaniem bliskich. Często są wzajemnie niemożliwe do zrozumienia przez mieszkańców różnych zakątków naszego globu, aczkolwiek ich podstawą zawsze jest smutek oraz potrzeba zajęcia się ciałem obcej osoby.

Niestety, część z tradycyjnych obrządków może skutkować potencjalnym zagrożeniem epidemiologicznym - szczególnie w krajach rozwijających się, gdzie systemy opieki zdrowotnej są znacznie ograniczone, w porównaniu do tych w krajach rozwiniętych.

Niezbędna jest edukacja społeczeństwa o możliwych niebezpieczeństwach podejmowana przez organy narodowe, jak to ma miejsce na przykład w Indiach.

Obrządki związane z pochówkiem muszą się zmienić, szczególnie w obliczu nadciągających kryzysów - od ekologicznych po gospodarcze.

Piśmiennictwo

1. Ozga A.: Kulturowe przemiany w podejściu do śmierci i obrzędów pogrzebowych w Japonii. Argumenta Historica, 2018, 5, 126-137.
2. Perkins McK.: Japanese Mythology: Izanami and Izanagi. https://www.learn religions.com/japanese-mythology-izanami-and-izanagi-4797951 (data pobrania 01/07/2021).

3. Tradycyjny rytuał pogrzebowy w Korei. https://papercogitations.wordpress.com/2010/06/13/tradycyjny-rytual-pogrzebowy-w-korei/ (data pobrania 01/07/2021).
4. Wikipedia: Konfucjanizm. https://pl.wikipedia.org/wiki/Konfucjanizm (data pobrania 01/07/2021)
5. Wikipedia: Pogrzeb powietrzny. https://pl.wikipedia.org/wiki/Pogrzeb_powietrzny (datapobrania 01/07/2021)
6. Famadihana, czyli "obracanie kości" na Madagaskarze. https://www.polskie-cmentarze. pl/Warto-poczytac/Ciekawostki/Famadihana-czyli-obracanie-kosci-na-Madagaskarze (data pobrania 01/07/2021)
7. Barańska M.: Umierać w Indiach. Zaświaty i obrzędy pogrzebowe w wedyzmie i hinduizmie. https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/177038 (data pobrania 01/07/2021)
8. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. World Psychiatry, 2009, 8(2), 67-74.
9. 5 etapów żałoby (gdy umiera członek rodziny). https://pl.sainte-anastasie.org/articles/psicologa-clnica/las-5-etapas-del-duelo-cuando-un-familiar-fallece.html (data pobrania 01/07/2021)
10. Hospitalizacja dla chorób psychicznych wśród rodziców po śmierci dziecka. http://www.psychoterapiamikolow.pl/hospitalizacja-dla-chorob-psychicznych-wsrod-rodzicow-po-smierci-dziecka-czesc-4/ (data pobrania 01/07/2021)

Klonowanie w świetle bioetyki żydowskiej

Mirosław Twardowski

Kolegium Nauk Przyrodniczych, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów

Wstęp

Termin „klonowanie" może oznaczać tworzenie identycznej kopii żywego osobnika lub tworzenie różnych tkanek z pojedynczych komórek somatycznych. Na przestrzeni ostatnich kilku dekad udało się skutecznie zastosować tę technikę w odniesieniu do różnych gatunków zwierząt. Sugerowałoby to, że klonowanie mogłoby zostać osiągnięte u ludzi. Jak dotąd dzięki tej metodzie udało się uzyskać zarodki przeznaczone do badań nad komórkami macierzystymi. Klonowanie w odniesieniu do człowieka nie wykroczyło do tej pory poza etap wczesnego embrionu. Jak z tego wynika, istnieją dwa powody, dla których prowadzone są badania nad klonowaniem ludzi: reprodukcyjne i terapeutyczne. Celem tej technologii może być albo sklonowanie kompletnej istoty ludzkiej, albo terapia. Bioetycy rozważają wiele aspektów klonowania ludzi zarówno w wersji reprodukcyjnej, jak i niereprodukcyjnej.

Temat klonowania w odniesieniu do ludzi był i jest wciąż dyskutowany w różnych środowiskach, w tym w środowisku religijnym. Judaizm, jako najstarsza religia monoteistyczna, nie stanowi w tym względzie wyjątku. Aby dowiedzieć się, jakie jest stanowisko bioetyki żydowskiej w podjętym tu temacie, należy (tak jak w innych kwestiach bioetycznych) odwołać się do prawa żydowskiego, którego fundamentem jest *Tora* (pięć pierwszych ksiąg Pisma Świętego) [1,2,3]. Innymi ważnymi źródłami tego prawa są *Talmud* (komentarz do *Tory*) i *Responsy* (pisemne odpowiedzi na pytania dotyczące wszystkich aspektów prawa żydowskiego, udzielane przez autorytety w tej dziedzinie).

W niniejszym opracowaniu przedstawiono i przedyskutowano główne wątki toczącej się w środowisku żydowskim debaty nad klonowaniem człowieka zarówno w celach reprodukcyjnych, jak i terapeutycznych. Nie ulega wątpliwości, że środowisko to w swoich zapatrywaniach na te kwestie jest bardzo podzielone (dużo bardziej niż społeczność chrześcijan czy muzułmanów). Rozbieżność opinii uwidacznia się zwłaszcza w odniesieniu do tematów związanych z klonowaniem reprodukcyjnym istot ludzkich. Przedstawione zostały

i przedyskutowane zarówno reprezentatywne stanowiska akceptujące tę technologię, jak i te wyraźnie się od niej dystansujące.

Klonowanie terapeutyczne

Kluczowy dla zrozumienia stanowiska żydowskiego w analizowanej tu kwestii klonowania człowieka jest jego pogląd na status ludzkiego embrionu i płodu [1,2,3,4,5]. Uczeni żydowscy wskazują na moment, w którym rozpoczyna się życie ludzkie, odwołując się do drugiego opisu stworzenia człowieka przez Boga z Księgi Rodzaju: „Wtedy to Pan Bóg ulepił człowieka z prochu ziemi i tchnął w jego nozdrza tchnienie życia, wskutek czego stał się człowiek istotą żywą" (Rdz 2,7). Z tego opisu ma wyraźnie wynikać, że życie człowieka rozpoczęło się, gdy Bóg tchnął w niego oddech. Oddech jest nieodłącznym atrybutem życia i kiedy ustaje, życie się kończy. Bardziej szczegółowe wnioski odnośnie do tego, kiedy zaczyna się ludzkie życie, można wyciągnąć ze stanowiska *Tory* w kwestii aborcji: „Gdyby mężczyźni bijąc się uderzyli kobietę brzemienną powodując poronienie, ale bez jakiejkolwiek szkody to winny zostanie ukarany grzywną, jaką na nich nałoży mąż tej kobiety i wypłaci ją za pośrednictwem sędziów polubownych. Jeżeli zaś ona poniesie jakąś szkodę, wówczas on odda życie za życie […]" (Wj 21, 22-23).

Zgodnie z tradycyjną żydowską interpretacją powyższego fragmentu, jeśli kobieta po poronieniu przeżyje, nie ma mowy o karze śmierci dla napastnika, lecz jest on jedynie zobowiązany do zapłacenia odszkodowania za utratę jej nienarodzonego dziecka. Jeśli jednak kobieta zostanie śmiertelnie zraniona, wówczas człowiek odpowiedzialny za jej śmierć musi zostać skazany na śmierć. Wniosek z przywołanej sytuacji jest stosunkowo jasny: zabicie nienarodzonego dziecka nie jest równoznaczne z morderstwem karanym śmiercią. Zarzut zabójstwa powinien być stosowany w przypadku śmierci człowieka, ale nie zarodka czy płodu, co oznacza, że pełne życie ludzkie nie zaczyna się w embrionalnej lub płodowej fazie rozwoju. Przedimplantacyjny preembrion, mający niewielkie szanse na osiągnięcie stadium noworodka, nie ma nawet takiego samego statusu jak embrion czy płód (jego status jest podobny do statusu ludzkiego nasienia), niemniej jednak zniszczenie go bez poważnych powodów uważane jest za poważne naruszenie prawa.

Żydowskie stanowisko w omawianej kwestii można podsumować następująco: zarodek i płód mają wielką wartość, ale pełny status ludzki zyskują dopiero po urodzeniu. Wyraźną cezurę czasową, istotną w kontekście określania, kiedy mamy do czynienia w pełni

z człowiekiem, ze wszystkimi przysługującymi mu prawami, stanowi w tym przypadku moment jego narodzin.

Jeśli zgodnie ze stanowiskiem żydowskim pełne prawo do życia przysługuje dopiero nowonarodzonemu dziecku, nie może dziwić podejście uczonych żydowskich, którzy zdecydowanie opowiadają się za prowadzeniem badań medycznych wykorzystujących embrion czy płód ludzki, mających na celu przywracanie zdrowia i ratowanie życia ludzi [1,6]. Jako że prawo żydowskie nie przyznaje embrionowi ludzkiemu pełnego statusu moralnego, badania nad klonowaniem prowadzone na wczesnym embrionie ludzkim, stanowiące remedium na choroby, są w opinii tych badaczy w pełni usprawiedliwione. Zdecydowana większość uczonych żydowskich uważa badania nad embrionalnymi komórkami macierzystymi nie tylko za dopuszczalne, ale także za naznaczone moralnym imperatywem, osadzonym na fundamentalnych wartościach uznawanych przez społeczność żydowską. Szacunek dla życia przekłada się na poszukiwanie skutecznych lekarstw na wszelkie trapiące ludzi choroby. Embriony są usprawiedliwioną ofiarą, jaką warto ponieść dla świętej sprawy medycyny. Tradycja żydowska przywiązująca wielką wagę do badań naukowych staje zatem zdecydowanie po stronie badań medycznych, które mają potencjał, by chronić i ratować ludzkie życie [7]. Jeśli badania nad technologią klonowania poszerzą możliwości leczenia istot ludzkich, powinny być one prowadzone.

Zgodnie z wykładnią zdecydowanej większości autorytetów żydowskich w dziedzinie bioetyki badania embrionalne mogą być dopuszczone również wtedy, gdy są przeprowadzane w celu umożliwienia posiadania własnego potomstwa [1]. Zastrzegają jednak przy tym, że nie można niszczyć ani wykorzystywać do badań naukowych zarodka przedimplantacyjnego, jeżeli wykazuje on zdolność do implantacji. Dozwolone staje się tworzenie przedimplantacyjnych zarodków in vitro do celów badawczych, jeśli istnieją realne szanse na posiadanie w wyniku tych badań potomstwa (jeśli tak nie jest, tworzenie zarodków do celów badawczych jest zabronione). Zamrożenie plemnika i preembrionu pozostaje w zgodzie z opinią uczonych żydowskich. Dozwolone jest jedynie wtedy, gdy podjęte zostaną wszelkie środki, aby nie doszło do utraty tożsamości ojca.

Z przedstawionego w tej części materiału jasno wynika, że zgodnie z oficjalną wykładnią żydowskiej bioetyki technika klonowania człowieka ukierunkowana na produkcję embrionalnych komórek macierzystych nie budzi większych zastrzeżeń i powinna być wykorzystywana. Zgodnie z prawem żydowskim stworzenie człowieka „na obraz Boży" nadaje każdej istocie ludzkiej nieskończoną wartość dopiero od momentu narodzin. Ludzki embrion

na wcześniejszych etapach swojego rozwoju nie posiada pełni praw przysługujących człowiekowi i dlatego w uzasadnionych przypadkach może być wykorzystany do celów medycznych.

Klonowanie reprodukcyjne

W przeciwieństwie do klonowania terapeutycznego perspektywa zastosowania technologii klonowania do reprodukcji człowieka wzbudza w środowisku żydowskim wiele kontrowersji. Ta forma klonowania człowieka nie znajduje w tym przypadku tak dużego poparcia. Można nawet zaryzykować tezę, że zdecydowana większość uczonych identyfikujących się z tym środowiskiem nie akceptuje klonowania reprodukcyjnego zastosowanego wobec człowieka. Uczeni żydowscy obawiają się, że klonowanie ludzi może zaszkodzić rodzinie poprzez zmianę ról i relacji między jej członkami, które to określają ich obowiązki wobec siebie nawzajem oraz wzorce dziedziczenia [1]. W judaizmie status religijny przekazywany jest przez matkę, a plemienny przez ojca. Dziecko potrzebuje zatem zarówno jednego, jak i drugiego rodzica. Wielu żydowskich uczonych surowo zakazuje badań nad klonowaniem ludzi, ponieważ nie jest to zgodne z celem stworzenia człowieka, może zakłócić naturalną równowagę, a także naruszyć prawa osobiste [8].

Własne argumenty przeciwko klonowaniu w celach reprodukcyjnych wysuwa Eric Cohen. Ten żydowski myśliciel stanowczo sprzeciwia się większości badań nad embrionami i tworzeniu embrionów wyłącznie do celów badawczych oraz związanego z tym ich niszczenia [6]. Jaką argumentacją posługuje się ten badacz? Cohen przekonuje, że teologicznie i moralnie nieodpowiedzialne jest rozważanie wprowadzenia do nauki badań nad komórkami macierzystymi bez wcześniejszego zapoznania się z faktami współczesnej embriologii odnośnie do tego, czym naprawdę są zarodki. Przyjmując bezkrytycznie współczesną biomedycynę z jej dorobkiem, utracona zostaje – zdaniem autora – głęboka (wręcz mistyczna) perspektywa, która pozwala postrzegać embriony jako coś więcej niż tylko mikroskopijne komórki. Opisywanie zarodków jako jedynie potencjalnych elementów życia i zrównywanie ich z innymi komórkami jest – według Cohena – celowym zabiegiem, mającym sprawić, że badania nad embrionami będą wydawać się mniej groźne niż są w rzeczywistości. Zdaniem tego uczonego nie można wybierać jednej wartości – dobro płynące z uzdrawiania – jako pryzmatu, przez który należy postrzegać dany problem bioetyczny, ponieważ inne względy –

świętość każdego życia stworzonego na obraz Boga – mogą prowadzić do zupełnie odmiennych wniosków. Rozmyślne zabijanie jest tym, co z konieczności zakładają badania nad embrionami. Autor przywołuje stanowisko (szeroko reprezentowane w środowiskach żydowskich), że zarodek ma niepełny status moralny. Ustosunkowując się do takich opinii stwierdza on, że przecież wszystkie istoty ludzkie pozbawione środowiska, którego potrzebują, aby się rozwijać, mają ograniczony potencjał życia. „Ptak uwięziony w klatce – pisze – może nigdy nie nauczyć się latać, ale nie jest mniej wartościowym ptakiem z powodu krzywdy, jaką mu wyrządziliśmy, umieszczając go tam. Dorosła kobieta pozbawiona jedzenia i wody z pewnością umrze, ale ten brak pożywienia nie sprawia, że skazana na zagładę osoba jest mniej wartościowa od innych ludzi. Jeśli już, to podważa to człowieczeństwo tych, którzy ją tam zostawili, aby umarła" [6: 8]. Cohen stoi twardo na stanowisku, że szacunek należy się każdemu człowiekowi, bez względu na przynależność narodową, wyznawany światopogląd, a także etap rozwoju embrionalnego czy płodowego, na którym się obecnie znajduje. W celu zwiększenia siły swojej argumentacji odwołuje się do bolesnych doświadczeń swojego narodu: „Jako Żydzi, dobrze wiemy, co znaczy traktować niektórych ludzi jako mniej wartościowych, czy wręcz podludzi, lub niektóre istoty ludzkie jako obiekty przeznaczone do eksperymentów. […] Niszczenie embrionów nie jest moralnym odpowiednikiem Holocaustu, ale lekcje z Holocaustu powinny dać nam mądrość, by sprzeciwić się uczynieniu z niszczenia embrionów nowego fundamentu współczesnej medycyny. To, jak mi się wydaje, jest sedno żydowskiej mądrości" [6: 8].

Żydowski myśliciel zdaje sobie sprawę, że jego pobratymcy obawiają się demograficznej śmierci swojego narodu [6]. Według szacunków z 2012 roku na świecie żyje 14 milionów Żydów, co stanowi około 0,2% ludności świata (6 milionów w Izraelu) [3]. Dodatkowo należy pamiętać, że typowe dla żyda jest myślenie, że urodzić dziecko to być na wieki zapamiętanym, zaś być bezdzietnym to być na wieki zapomnianym [6]. Niektórzy widzą w tym podstawę do obrony klonowania reprodukcyjnego w sytuacji, gdyby było ono możliwe i bezpieczne, a byłaby to równocześnie jedyna alternatywa dla małżonków. Autor, przeciwnie, dostrzega w tym pogwałcenie wartości ludzkiej prokreacji, związku między pokoleniami oraz wyjątkowości nowego życia. Opowiadanie się za klonowaniem uznaje on za głębokie niezrozumienie tego, co to znaczy uczestniczyć jako mąż i żona w tajemnicy powstania nowego życia. Klonowanie stanowi dla tego badacza wypaczenie immanentnego celu samej prokreacji, jak również tego, co ona oznacza nie tylko dla ludzkiej rodziny w ogólności, ale dla tej konkretnej. „Jako żyd – konstatuje Cohen – głęboko szanuję stanowisko katolików i drżę przed praktyką inicjowania nowego życia w laboratorium […]" [6:10].

Mimo że większość uczonych żydowskich wyraża swój wyraźny sprzeciw wobec klonowania w celach reprodukcyjnych, pojedynczy myśliciele są innego zdania [1]. Stoją oni na stanowisku, że reprodukcyjne klonowanie ludzi może być w pewnych okolicznościach uzasadnione. Podkreślają jednocześnie, że człowiek pozostaje z Bogiem w relacjach opartych na partnerstwie. Uzasadnienie dla tego poglądu znajdują w Księdze Rodzaju, która mówi, że pierwsi ludzie mieli uprawiać ogród i strzec go. Uczeni ci nie uważają, że potencjalne naruszenie godności ludzkiej stanowi wystarczający powód, by zakazać klonowania ludzi. Wręcz przeciwnie – twierdzą, że potencjalne korzyści z rozwoju technologii klonowania przewyższają możliwe ryzyko, pod warunkiem, że człowiek wypełnia swój obowiązek minimalizowania naruszania godności ludzkiej. Dla równowagi należy oddać głos jednemu ze zwolenników klonowania reprodukcyjnego człowieka i wsłuchać się w formułowane przez niego argumenty.

Jonathan R. Cohen w swym artykule z 1999 roku twierdzi, że biblijna relacja o stworzeniu świata i człowieka jest otwarta na dwie różne interpretacje: stworzenia jako aktu skończonego i stworzenia jako procesu przemiany [4]. Każda z tych wykładni niesie ze sobą całkiem odmienne implikacje moralne związane z tematem klonowania człowieka. Autor prezentuje obie, z wyraźnym zaznaczeniem za którą sam się opowiada. Zgodnie z jedną z tych interpretacji skoro Bóg przez akt stwórczy opracował strukturę świata, ludzkość nie powinna w nią w żaden sposób ingerować. Ponadto Biblia opisuje ludzi jako stworzonych „na obraz Boży", „na Boże podobieństwo", „zgodnie z Bożym planem", a jeśli tak, nadużyciem byłoby poprawianie tego podobieństwa zgodnie z „lepszym" ludzkim planem. Boska pieczęć odciśnięta na stworzeniu domaga się, aby struktura świata była pozostawiona taką, jaka wyszła z rąk Stwórcy. Zgodnie z tą biblijną interpretacją klonowanie ludzi byłoby złem, sprzeciwia się bowiem boskim ustaleniom odnośnie reprodukcji seksualnej. Autor proponuje inną interpretację Księgi Rodzaju, która pociąga za sobą odmienne implikacje dla tematu klonowania ludzi. Stworzenie może być postrzegane nie jako skończony akt ujęty w konkretną strukturę, lecz jako przemieniający proces. Zgodnie z tą interpretacją cudem stworzenia nie jest konkretny świat, który Bóg stworzył, ale Boże przeniesienie świata z chaotycznej nicości do uporządkowanego i dającego życie miejsca. Ponadto autor wskazuje na powtarzające się w Biblii podkreślenie, że Bóg jedne rzeczy, które stworzył, nazwał „dobrymi", a inne „bardzo dobrymi". Można z tego wyprowadzić wniosek, że Bóg ulepszył to, co istniało. U podstaw stworzenia leży dobry cel, a nie konkretna forma. Jeśli Bóg jest postrzegany jako Stwórca, a ludzie zostali stworzeni na obraz Boga, to czyż człowiek nie ma do odegrania roli stwórcy? –

pyta retorycznie autor. Cohen ilustruje swoje przemyślenia przykładem. Ludzie chorują w sposób naturalny, a mimo to prawo żydowskie uważa, że interwencja medyczna w celu pomocy chorym jest moralnie dopuszczalna, a nawet obowiązkowa. Jeśli stworzenie to transformujący proces ulepszania świata, w którym ludzie mają odegrać rolę, to w ocenie klonowania ludzi normatywny nacisk powinien być położony na to, czy używamy klonowania ludzi do czynienia dobra, czy zła.

Podsumowując dotychczasową linię argumentacyjną Cohena w podjętym tu temacie należy stwierdzić, że różne interpretacje Księgi Rodzaju pociągają za sobą odmienne oceny klonowania człowieka. Jeśli przyjęte zostanie, że u podstaw boskiej kreacji leży nadanie światu określonej struktury, klonowanie ludzi będzie postrzegane jako nieuprawniona ingerencja w tę strukturę i negowanie woli Stwórcy. Jeżeli natomiast założyć, że u podstaw tego stwórczego działania leży przekształcanie tego, co istnieje, w coś lepszego, wtedy ludzka ocena klonowania będzie zależała od tego, w jakim celu używana jest ta technologia: do osiągnięcia dobra, czy też zła.

W dalszej części swojego dyskursu Cohen szczegółowo odnosi się do utartego w środowisku żydowskim przekonania, że biblijny opis stworzenia przypisuje każdemu ludzkiemu życiu trzy główne wartości: bezcenność, niepowtarzalność i równość [4]. Celem autora jest wykazanie, że klonowanie nie podważa żadnej z tych wartości. Wiara w bezcenność ludzkiego życia wydaje się naturalnie wynikać z przekonania, że ludzie są stworzeni na obraz Boga, a przez to mają nieskończoną wartość. Istnieje w związku z tym obawa, że jeśli będziemy klonować ludzi, to zamiast postrzegać ich jako stworzonych na obraz i podobieństwo Boga, możemy zacząć widzieć w nich zwykłe przedmioty produkcji, zastępowalne jak każde inne. Klonowanie zwiększa potencjalną „podaż" każdego z nas, co spowoduje spadek naszej wartości. Autor nie zgadza się z taką argumentacją. „Gdyby kogoś sklonowano po tysiąckroć – pisze – być może trudno byłoby postrzegać każdego z nich jako istotę bezcenną. Ale takie zastosowanie wydaje się mało prawdopodobne. Z kolei, gdyby klonowanie służyło stworzeniu tylko jednej lub dwóch «kopii» danej osoby, utrzymanie przekonania, że każda z nich ma nieskończoną wartość, byłoby znacznie łatwiejsze. Niewielu twierdzi, że naturalne bliźnięta genetyczne mają mniejszą wartość" [4: 10]. Dla wielu niepokojąca może być już sama myśl, że ktoś mógłby zostać skopiowany, ponieważ wiązałoby się to z utratą czegoś wyjątkowego. Chcąc usunąć ten realny niepokój autor stwierdza, że dwa klony nigdy nie będą identyczne, bowiem wychowując się w różnych środowiskach, staną się całkowicie różnymi ludźmi. Nawet jeśli fizycznie byłyby identyczne, każdy z nich będzie miał inny charakter i inną osobowość.

Ostatecznie klonowanie stawia przed nami pytanie o to, jak ważna jest nasza struktura genetyczna dla naszego poczucia „ja". Im mniej nasze poczucie tożsamości oparte jest na fizycznej stronie naszego „ja", tym bardziej przyjazne będzie nasze spojrzenie na klonowanie. Według autora najważniejszym zadaniem osoby nie jest urzeczywistnienie jej unikalnych, niepowtarzalnych możliwości, lecz urzeczywistnienie jej możliwości, niezależnie od tego, czy inni również je posiadają. Trzecią wartością, często wiązaną w tradycji żydowskiej z biblijnym opisem stworzenia człowieka, przywoływaną przez Cohena jest równość. Nasze wspólne pochodzenie od Adama i Ewy implikuje naszą równość. Autor, ustosunkowując się do tego stwierdza, że istnieją znaczące różnice genetyczne między poszczególnymi osobami, a mimo to postrzegamy wszystkich ludzi jako równych. Podobnie istnieją identyczne bliźnięta, jednak postrzegane są one jako jednostki bezcenne i niepowtarzalne. Zdaniem badacza, to ludzki wybór, a nie struktura genetyczna określa wartości, jakie przypisujemy ludzkiemu życiu.

Autor przekonuje, że klonowanie człowieka może być zintegrowane z wieloma podstawowymi przekonaniami człowieka i ma możliwość zachęcenia nas do postrzegania Bożego aktu stworzenia jako procesu przemiany, transformacji, nie zaś jako skończonego jednorazowego aktu. W tym duchu formułuje odważny wniosek: „Z czasem możemy zobaczyć świat, w którym wielu ludzi będzie sklonowanych lub genetycznie zmodyfikowanych, podczas gdy inni będą stworzeni tradycyjnymi metodami. Być może obie te formy będą miłe w oczach Boga" [4: 12].

Zakończenie

Rozwój nauk biologicznych i ich zastosowania w dziedzinie medycyny rodzą nowe pytania natury etycznej i religijnej, na które nie zawsze możliwe jest udzielenie prostych i jednoznacznych odpowiedzi. Widać to wyraźnie na przykładzie bioetyki żydowskiej i jej prób mierzenia się z problematyką moralną generowaną przez klonowanie człowieka. Mimo że dla uproszczenia w niniejszym opracowaniu używano takich terminów, jak „bioetyka żydowska" czy „doktryna żydowska", autor w żaden sposób nie sugeruje, że wszyscy żydzi mają lub powinni mieć podobne przekonania na ten temat ani że judaizm posiada określony pogląd odnośnie do tego zagadnienia. Zgodnie z niemal powszechnym żydowskim stanowiskiem embrion nie ma pełnego ludzkiego statusu i przysługujących mu praw, w tym prawa do nietykalności i ochrony do czterdziestego dnia od zapłodnienia, zatem tworzenie tkanek i organów na drodze klonowania byłoby pod pewnymi warunkami dopuszczalne. Należy

jednak podkreślić, że chociaż uczeni żydowscy w przeważającej części nie zabraniają klonowania w celach terapeutycznych, zdaniem większości z nich klonowanie w celu produkcji dzieci stanowi poważny problem.

Krańcowo różne od powyższego jest stanowisko bioetyki katolickiej, które zakłada, że życie nawet w najwcześniejszych stadiach ciąży ma taką samą wartość jak życie dziecka, czy dorosłego człowieka. Opierając się na tym poglądzie, a także mając wyrobione zdanie odnośnie do koncepcji ludzkiej seksualności, myśliciele katoliccy zgodnie potępiają klonowanie zarówno reprodukcyjne, jak i terapeutyczne. Taka wykładnia pozostaje w zgodzie z prawem naturalnym. Z kolei inna wielka tradycja religijna – islam, choć odrzuca klonowanie reprodukcyjne ludzi uznając, że technologia ta oddziela akt reprodukcji od relacji małżeńskich i burzy ustanowiony przez Boga porządek społeczny, w niemal zgodnej opinii dopuszcza klonowanie w celach terapeutycznych.

Uczeni reprezentujący różne grupy religijne bez wątpienia aktywnie oddziałują na opinię publiczną w kwestiach bioetycznych związanych z tym tak wciąż gorącym tematem, jakim jest klonowanie człowieka. Wyznawcy tradycji religijnych, z którymi utożsamiają się ci badacze, czerpią z tych poglądów, kształtując w ten sposób swój punkt widzenia i światopogląd. Szkoda, że w tak fundamentalnych kwestiach jak ludzkie życie, jego godność i prawa nie można wznieść się na wyżyny i mówić jednym, wspólnym głosem. W obliczu rosnącej laicyzacji społeczeństw, zwłaszcza zachodnich, byłby to bezcenny wkład w budowanie „cywilizacji życia".

Piśmiennictwo

1. Schenker J.G.: The Beginning of Human Life: Status of Embryo. Perspectives in Halakha (Jewish Religious Law). Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 2008, 6(25), 271-276.
2. Schenker J.G.: Assisted Reproductive Technology: Perspectives in Halakha (Jewish Religious Law). Reproductive BioMedicine online, 2008, 3(17), 17-24. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1472648310603264 (data pobrania 15.05.2021).
3. Schenker J.G.: Human Reproduction: Jewish Perspectives. Gynecological Endocrinology, 2013, 11(29), 945-948.
4. Cohen J.R.: In Gods Garden: Creation and Cloning in Jewish Thought. Hastings Center Raport, 1999, VII-VIII, 7-12.

5. Oeming M.: The Jewish Perspective on Cloning. [in:] S. Vöneky, R. Wolfrum (eds): Human Dignity and Human Cloning. Martinus Nijhoff Publishers, Leiden/Boston 2004, 35-45.
6. Cohen E.: A Jewish-Catholic Bioethics? First Things, 2005, 6, 7-10.
7. Schenker J.G.: Assisted Reproductive Practice: Religious Perspectives. Reproductive BioMedicine Online, 2005, 3, 310-319 https://europepmc.org/article/med/15820035 (data pobrania 15.05.2021).
8. Guvercin C.H., Munir K.M.: A Comparative Analysis of Bioethical Issues from View Points of Religious Affairs Administration in Turkey, Roman Catholicism and Orthodox Judaism. Acta Bioethica, 2017, 2(23), 327-339.

Klonowanie w świetle bioetyki muzułmańskiej

Mirosław Twardowski

Kolegium Nauk Przyrodniczych, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów

Wstęp

Współczesnym tematem z dziedziny genetyki i medycyny, dyskutowanym żywo zarówno w środowisku naukowym, jak i poza nim oraz wzbudzającym wciąż duże emocje, jest klonowanie człowieka. W procesie klonowania jądro komórki somatycznej zostaje przeniesione do pozbawionej uprzednio jądra komórki jajowej, co w konsekwencji prowadzi do kaskady podziałów komórkowych i ostatecznie do powstania embrionu. Istnieją dwa obszary zastosowania klonowania: klonowanie w celu stworzenia nowego człowieka, który byłby genetycznym bliźniakiem osoby urodzonej wcześniej (klonowanie reprodukcyjne) oraz klonowanie w celu stworzenia ludzkich linii komórkowych lub tkanek (klonowanie terapeutyczne). Cel klonowania reprodukcyjnego stanowi zatem utworzenie kopii osobnika, z kolei klonowanie terapeutyczne zmierza do wytworzenia komórek lub tkanek za pomocą technologii komórek macierzystych, a następnie przeszczepienia ich innej osobie. Oba sposoby klonowania służą więc różnym celom, co może być przyczyną nieco odmiennej oceny moralnej każdego z nich. Już na wstępie zaznaczyć należy, że zdecydowanie więcej kontrowersji na świecie wywołuje klonowanie reprodukcyjne.

W dyskusję nad klonowaniem włączają się przedstawiciele różnych wyznań religijnych, w tym wyznawcy islamu. Muzułmanie, podejmując jakąkolwiek czynność, zadają sobie pytanie, czy jest ona dozwolona, czy też nie [1,2,3,4]. Odpowiedzi zobligowani są szukać w prawie islamskim, którego podstawowymi źródłami są *Koran* (składający się z boskich objawień) oraz sunna („ścieżka Mahometa", czyli zbiór relacji dotyczących życia proroka Mahometa oraz jego wypowiedzi). Orzeczenia dotyczące współczesnych kwestii, które nie odnoszą się konkretnie do tych dwóch fundamentalnych źródeł, mają być sformułowane na podstawie „niezależnego osądu", dokonywanego przez islamskich uczonych w oparciu o między innymi takie zasady, jak: ochrona życia, promowanie i przywracanie zdrowia, łagodzenie cierpienia ludzkiego, poszanowanie autonomii pacjenta, sprawiedliwość medyczna, mówienie prawdy i nieszkodzenie.

Kluczowe w kwestii rozważań nad wieloma fundamentalnymi zagadnieniami bioetycznymi, w tym nad dopuszczalnością technik klonowania, jest ustalenie, od kiedy tak naprawdę zaczyna się ludzkie życie. Zgodnie z doktryną islamu embrion od samego poczęcia uważany jest za godny szacunku, ale status osoby ludzkiej i pełnia praw przysługuje mu dopiero po pewnym etapie jego rozwoju. Zacytujmy wersety *Koranu* odnoszące się wprost do tego zagadnienia: (Sura XXIII) „Stworzyliśmy człowieka z ekstraktu gliny. Następnie umieściliśmy go – jako kroplę nasienia – w naczyniu solidnym. Następnie stworzyliśmy z kropli nasienia grudkę krwi zakrzepłej; potem stworzyliśmy z tej grudki krwi zakrzepłej zalążek ciała; a z tego zalążka stworzyliśmy kości; wtedy oblekaliśmy te kości ciałem; następnie uczyniliśmy go innym stworzeniem" [5] oraz (Sura XXXVIII) „Oto powiedział mój Pan do aniołów: «Ja stwarzam człowieka z gliny. Kiedy go ukształtuję harmonijnie i tchnę w niego Mojego Ducha, to padnijcie, oddając mu pokłony!»" [5]. Wczesne życie występuje zatem niejako w dwóch fazach: biologicznej (liczonej od momentu zapłodnienia) oraz ludzkiej (liczonej od momentu animacji). Tchnienie ducha Bożego w płód to moment graniczny, rozgraniczający życie biologiczne od życia ludzkiego. Opierając się na powyższych przesłankach, w niniejszym artykule zreferowano i przedyskutowano islamski punkt widzenia na kwestie dotyczące klonowania. W szczególności przedmiot rozważań stanowiły dwie wyszczególnione wyżej formy klonowania ludzi: reprodukcyjna i terapeutyczna.

Klonowanie w celach reprodukcyjnych

Technika klonowania może być stosowana z dwóch różnych powodów, a mianowicie w celach reprodukcyjnych lub terapeutycznych. W pierwszej kolejności zreferowano stanowisko islamu wobec klonowania reprodukcyjnego, wywołuje ono bowiem najwięcej kontrowersji. Zasadniczo klonowanie w celach reprodukcyjnych nie znajduje akceptacji u zdecydowanej większości uczonych muzułmańskich. Islam etykietuje klonowanie człowieka jako odejście od boskiego zamysłu stworzenia [6]. Zgodnie z doktryną muzułmańską człowiek został stworzony po to, by żyć w harmonii z naturą. Właściwym sposobem powoływania do życia potomstwa jest naturalne połączenie plemnika i komórki jajowej prawnie poślubionej pary. W takim przypadku dziecko nosi w sobie geny zarówno ojca, jak i matki.

W przypadku klonowania człowieka pojawia się pytanie o jakość życia. Uczeni muzułmańscy stoją na stanowisku, że sklonowany osobnik nie będzie „tej samej jakości", jaką reprezentują znani nam ludzie [6,7].

Podczas pierwszego trymestru rozwoju wewnątrz-macicznego, dzięki boskiej ingerencji, dusza wprowadzana jest do ciała płodu. Sklonowana istota będzie więc miała wszystkie właściwości biologiczne człowieka, ale nie duszę – zostanie pozbawiona cech duchowych. Stąd też życie sklonowanej istoty, jako pozbawionego duszy biologicznego indywiduum, będzie miało „niższą jakość".

Uczeni muzułmańscy, którzy sprzeciwiają się takim próbom klonowania człowieka, dopatrują się w tego typu eksperymentach zagrożenia dla ludzkiej godności [6,8]. Technika ta ma na celu stworzenie genetycznej repliki istoty ludzkiej. Jest to wyraźny przejaw dehumanizacji, obniżającej status człowieka. Poprzez klonowanie wartość osoby zostaje pomniejszona, ponieważ w tym przypadku istota ludzka zostaje wyprodukowana niczym bezduszna maszyna. W przypadku owcy Dolly osiągnięcie sukcesu wymagało podjęcia wcześniej ponad dwustu prób. Jeśli wyobrazić sobie – jak podkreślają ci badacze – podobny odsetek „sukcesów" w klonowaniu ludzi, klonowanie bez spowodowania śmierci wielu „potencjalnych" istot ludzkich byłoby praktycznie niemożliwe. Inny argument, jaki uczeni ci wysuwają przeciwko klonowaniu ludzi opiera się na przekonaniu, że jednostki nie są właścicielami swoich ciał, a zatem mogą korzystać ze swoich ciał jedynie w sposób dozwolony przez Boga. Tym bardziej nie mają oni żadnych praw do ciał innych istot ludzkich.

Islamscy badacze argumentują także, że klonowanie człowieka wprowadziłoby wielki zamęt w strukturze rodziny [6,9]. Dzieci urodzone w wyniku tej procedury byłyby tylko męża lub tylko żony, ale nie ich obojga. Idea klonowania uderza w fundamentalne islamskie instytucje, takie jak małżeństwo i rodzina. Klonowanie istot ludzkich zakłóca zatem oparty na tych instytucjach naturalny porządek społeczny, jako że ani mężczyźni, ani kobiety nie będą potrzebowali rodziny, aby spłodzić dziecko.

Sharmin Islam, Rusli Bin Nordin, Ab Rani Shamsuddin i Hanapi Bin Mohd Noor podkreślają, że klonowanie zakłóciłoby relacje rodzinne, nie stosując się tym samym do fundamentalnych zasad szariatu [6].

Jako że klonowanie stanowi dokładną replikację DNA dawcy, powstały w jego wyniku osobnik byłby biologicznym bliźniakiem. Jeśli dawcą jest mąż, nie może on być uznany za ojca dziecka, lecz za jego bliźniaka, w przeciwieństwie do żony, która będzie uważana za matkę, ponieważ jest dawcą komórki jajowej. W takiej sytuacji
spowodowałoby to wstrząsy w samym kształtowaniu się relacji rodzinnych. Poza tym badacze ci stoją na stanowisku (zgodnie z doktryną islamu), że świat, w którym każdy jest taki sam, stałby się bardzo nieciekawy. Piękno ludzkości leży w różnicach między tworzącymi ją jednostkami.

U Baghera Larijani i Farzaneha Zahedi klonowanie reprodukcyjne ludzi również wzbudza wiele kontrowersji [10]. Większość sklonowanych embrionów zwierzęcych została utracona przed ich narodzinami. Odsetek sklonowanych zwierząt, osiągających dorosłość w przeliczeniu na jedno manipulowane jajo, wynosi zaledwie 0,3% dla krów i mniej niż 1% dla owiec. Wszystkie dowody wskazują więc na to, że klonowanie ludzi byłoby skrajnym marnotrawstwem embrionów i płodów.

Uczeni muzułmańscy, jako powód swojej dezaprobaty wobec klonowania reprodukcyjnego wskazują także i to, że procedura ta nie jest łatwa do wykonania, a jej efekty końcowe są trudne do przewidzenia. W związku z tym, jeśli przeprowadzona zostanie u człowieka, może stać się przyczyną poważnych zaburzeń rozwojowych u powstałego dziecka. Larijani i Zahedi konstatują, że w tych okolicznościach próby klonowania ludzi należy uznać za niebezpieczne i nieodpowiedzialne.

Niektórzy myśliciele muzułmańscy dostrzegają pewną wyjątkową okoliczność, kiedy można by rozważyć ewentualną dopuszczalność klonowania w celach rozrodczych [11,12]. Chodzi o sytuację, w której klonowanie byłoby jedynym sposobem na posiadanie zdrowych dzieci przez pary z problemem bezpłodności. W szczególności mają oni na uwadze bezdzietnego, bezpłodnego mężczyznę, którego żona byłaby skłonna urodzić dziecko. W ten sposób umożliwionoby wypełnianie obowiązków religijnych i złagodzono cierpienie rodziny oraz zapobieżono ryzyku rozpadu małżeństwa. Nie doszłoby do naruszenia zasad zakazujących udziału osób trzecich. Jednakże nawet ci autorzy przyznają, że jest za wcześnie, aby zalecać odejście od dominującego w środowisku muzułmańskim zakazu klonowania reprodukcyjnego.

Poza tymi odosobnionymi głosami istnieje niemal powszechna zgoda w muzułmańskiej społeczności naukowej polegająca na braku akceptacji klonowania w celu tworzenia istot ludzkich. Stoją twardo na stanowisku, że winno być ono na zawsze w islamie zakazane, a ewentualna dyskusja może dotyczyć klonowania w odniesieniu do etapu życia embrionalnego podejmowanego w celach terapeutycznych.

Klonowanie w celach niereprodukcyjnych

Mimo że klonowanie reprodukcyjne ludzi w islamie jest zakazane, klonowanie ludzkich embrionów dla mających przynieść korzyści badań nad komórkami macierzystymi większość uczonych muzułmańskich uznała za dopuszczalne. W technice klonowania komórka somatyczna zostaje połączona z wyjądrzoną (enukleowaną) komórką jajową [1]. Połączona

komórka jest następnie pobudzana do podziału i formowania blastocysty. Z wewnętrznej masy komórkowej tego sklonowanego embrionu pobiera się komórki macierzyste. Embrionalne komórki macierzyste są pierwotnymi komórkami, z których rozwija się wiele różnych typów komórek tworzących ludzkie ciało. Komórki macierzyste mają dwie szczególne właściwości: są zdolne do podziału przez długi okres i chociaż same nie są wyspecjalizowane, można je indukować do różnicowania się w inne typy komórek [13]. Zwolennicy badań nad komórkami macierzystymi przewidują, że dzięki nim możliwe stanie się zrozumienie pochodzenia wad genetycznych w rozwoju embrionalnym i płodowym, jak również leczenie wielu nieuleczalnych dotychczas chorób [1].

Zgodnie z wykładnią *Koranu* istoty ludzkie, jako uczestnicy boskiego aktu stworzenia, mogą aktywnie przyczynić się do poprawy ludzkiego zdrowia poprzez ingerencję w dzieła natury, w tym we wczesne stadia rozwoju embrionalnego. Zdrowie w islamie uważane jest za jeden z najważniejszych darów otrzymanych przez ludzi od Boga [1]. Prorok Mahomet nakazał muzułmanom leczyć się, gdy zachorują i szukać lekarstw na wszystkie choroby. Istnieje zatem wyraźna dyrektywa, poparta autorytetem świętej księgi, aby angażować się w badania naukowe w ogólności, a szczególnie w badania medyczne. Niektórzy uczeni islamscy skłonni są nawet uważać badania ukierunkowane na nowe metody leczenia za zbiorowy obowiązek religijny.

Shahid Athar uważa, że klonowanie ludzkich komórek w celach terapeutycznych jest dopuszczalne pod warunkiem, że komórki te są traktowane z godnością i za świadomą zgodą zainteresowanych stron [2]. Jeśli dzięki tym badaniom możliwe jest sklonowanie organów, które mogą przynieść korzyść tym, którzy ich bardzo potrzebują, wtedy staje się to dozwolone, a naukowiec prowadzący w tym obszarze owocne badania otrzyma za swój trud nagrodę od Boga.

Mohammad Hossein Nasr-Esfahani, Khadijeh Ahmad-Khanbeigi i Ali Hasannia, powołując się na *Koran* przekonują, że klonowanie nie daje życia, lecz jedynie wykorzystuje życie dane przez Boga i mieści się w porządku przyczynowo-skutkowym świata [14]. Ponadto klonowanie człowieka – jak twierdzą ci badacze – jest zgodne z wolą Boga i nie sprzeciwia się doktrynie o stworzeniu. Jednakże jego prawne dopuszczenie zależy od sposobu wykorzystania klonowania oraz od tego, jakie syndromy medyczne mają być leczone za pomocą tej techniki.

Bagher Larijani i Farzaneh Zahedi podkreślają, że w islamie embrion, nawet w pierwszym dniu swojego istnienia, ma prawo do życia i nikt nie ma prawa go zabijać [10]. Należy jednak brać pod uwagę różne etapy rozwoju człowieka w okresie prenatalnym (i to rozróżnienie ma fundamentalne znaczenie oraz rzutuje na rozstrzygnięcia w temacie klonowania). Animacja, na podstawie wypowiedzi większości uczonych muzułmańskich, ma

miejsce około 120 dni po zapłodnieniu. Wykorzystanie embrionu do celów terapeutycznych może stać się dopuszczalne, jeśli ma miejsce przed momentem, w którym otrzymuje on duszę.

Wszyscy islamscy uczeni zgadzają się, że tworzenie embrionów wyłącznie w celu prowadzenia badań powinno zostać zabronione [1]. Należy ustalić ścisłe wytyczne dotyczące wykorzystywania ludzkich embrionów do ewentualnych badań. Wytyczne te powinny ograniczać ich wykorzystanie jedynie do badań, które mogą przynieść ulgę w poważnych chorobach. Powinny również istnieć procedury i prawa zapewniające przestrzeganie tych wytycznych.

Podsumowując, w opinii większości uczonych muzułmańskich klonowanie ma zarówno zalety, jak i ograniczenia. W różnych środowiskach związanych z islamem dyskutuje się nad wieloma korzyściami wynikającymi z klonowania ludzi, takimi jak na przykład: przezwyciężenie niepłodności, uniknięcie ryzyka posiadania dzieci z chorobą genetyczną, otwarcie nowych możliwości dla chorych borykających się z różnego rodzaju dolegliwościami chorobowymi, do niedawna jeszcze pozostającymi poza zasięgiem skutecznego leczenia. W przeciwieństwie do klonowania reprodukcyjnego, które w niemal zgodnej opinii uczonych w islamie jest zabronione, klonowanie w celach terapeutycznych byłoby dopuszczalne, jednak z pełną rozwagą i przy zachowaniu wszelkich możliwych środków ostrożności.

Zakończenie

Jak wynika z toku przeprowadzonych wyżej analiz, klonowanie człowieka nie ogranicza się do kwestii biologicznych, rodzi bowiem ważne pytania etyczne i religijne. Szczególnie długie i gorące dyskusje w różnych kręgach religijnych wywołują badania nad komórkami macierzystymi. Perspektywa wyleczenia wielu nieuleczalnych dotąd chorób w niektórych środowiskach przeciwstawiana jest moralnej zasadzie bezwzględnej ochrony życia ludzkiego. Taki pogląd reprezentuje bioetyka katolicka, zgodnie z którą od momentu poczęcia ludzkie embriony i płody są w pełni osobami i jako takie posiadają pełnię praw przysługujących człowiekowi, w tym prawo do ochrony zdrowia i życia. Jako że badania nad komórkami macierzystymi wymagają niszczenia ludzkich embrionów, badania takie uważane są przez myślicieli katolickich za niemoralne, niezależnie od możliwych płynących z nich korzyści.

Ludzie nie mają mocy tworzenia innych ludzi, tę moc posiada tylko Bóg. W związku z tym bioetycy ci sprzeciwiają się klonowaniu w każdej możliwej postaci. Podejście bioetyki islamskiej, z jednej strony potępiające praktykę klonowania człowieka w celach

reprodukcyjnych, zachęcające jednak do stosowania jej w celach terapeutycznych, okazuje się o wiele bardziej liberalne.

Z kolei stanowiska innych wielkich tradycji religijnych w omawianej kwestii ujawniają względem zarysowanej w niniejszym opracowaniu wizji islamskiej zarówno współmierne, jak i niewspółmierne punkty widzenia. Stosunkowo jednorodne i w dużej mierze zgodne ze stanowiskiem muzułmańskim jest na przykład żydowskie spojrzenie na klonowanie istot ludzkich [15].

Klonowanie terapeutyczne w przeciwieństwie do jego wariantu reprodukcyjnego nie wzbudza zasadniczo u żydów kontrowersji, bowiem zgodnie z ich doktryną w ciągu pierwszych 40 dni (w przypadku mężczyzny) lub 80 dni (w przypadku kobiety) embrion nie ma pełnego statusu istoty ludzkiej i nie jest w tym okresie chroniony. Z tego względu można prowadzić na nim badania i wykorzystywać go do celów przywracających zdrowie i ratujących życie. Procedura klonowania reprodukcyjnego, ze względu na wysoki stopień grożącego ryzyka deformacji i upośledzeń nie znajduje w judaizmie powszechnej akceptacji.

Debata na temat klonowania trwa i najwyraźniej nie zmierza ona do końca w najbliższy czasie. W przekonaniu autora niniejszego opracowania, korzyści powstałe w wyniku wdrożenia nawet w celach terapeutycznych tej procedury w życie są jednak zdecydowanie mniejsze niż przewidywane możliwe szkody.

Argumenty za klonowaniem w wersji terapeutycznej, wysuwane w toku przeprowadzonej wyżej dyskusji, nie wydają się wystarczająco przekonujące. Jesteśmy wezwani przede wszystkim do ochrony każdego, bez wyjątku ludzkiego życia, w każdej fazie jego rozwoju, także w tej, w której jest ono najbardziej bezbronne i najbardziej narażone na manipulacje. Mamy czynić wszystko, aby leczyć chorych i ulżyć im w cierpieniu, jednak nie może się to dokonywać za wszelką cenę. Nawet ratujące życie korzyści medyczne nie mogą zrównoważyć moralnych kosztów zniszczenia innego (bezbronnego) ludzkiego życia. Jest to fundamentalna zasada europejskiego humanizmu, wynikająca z prawa naturalnego, które staje się niepodważalne, jako odciśnięcie odwiecznej mądrości w naturze bytów rozumnych.

Mimo tej oczywistej uwagi bez wątpienia należy docenić już sam wysiłek uczonych muzułmańskich, podejmujących się rozstrzygania skomplikowanych dylematów etycznych nurtujących współczesnych ludzi.

Wiele przeprowadzonych w tych środowiskach ustaleń etycznych jest powszechnie akceptowanych, wnoszą one bowiem niezwykle cenny i inspirujący wkład w refleksję nad współczesną ludzką kondycją moralną.

Piśmiennictwo

1. Fadel H.E.: Developments in Stem Cell Research and Therapeutic Cloning: Islamic Ethical Positions, a Review. Bioethics, 2012, 3(26), 128-135.
2. Athar S.: Enhancement Technologies and the Person: An Islamic View. Journal of Law, Medicine and Ethics, 2008, 1(36), 59-64.
3. Kościelniak K.: Sunna, hadisy i tradycjoniści. Wstęp do tradycji muzułmańskiej. UNUM, Kraków, 2006.
4. Górska E.: Współczesna dynamika prawa muzułmańskiego wobec problemów bioetycznych. Studium wybranych przypadków. ZW NOMOS, Kraków, 2020.
5. Koran, tłum. J. Bielawski, PIW, Warszawa, 1986.
6. Islam S., Nordin R.B., Shamsuddin A.R., H.B.M. Noor: Ethics of Human Cloning: A Comparative Study of Western Secular and Islamic Bioethics Perspectives. Bangladesh Journal of Medical Science, 2012, 4(11), 258-266.
7. Ishak M.S., Haneef S.S.: Reproductive Technology: a Critical Analysis of Theological Responses in Christianity and Islam. Zygon, 2014, 2(49), 396-413.
8. Fadel M.: Islam and the New Genetics. St. Thomas Law Review, 2001, 13, 901-911.
9. Bouzenita A.: Change of Creation or Harnessing Nature? The Reception of Biotechnology in the Islamic World. Islamic Studies, 2009, 4(48), 499-523.
10. Larijani B., Zahedi F.: Islamic Perspective on Human Cloning and Stem Cell Research. Transplantation Proceedings, 2004, 36, 3188-3189.
11. Serour G.I., Dickens B.M.: Assisted Reproduction Developments in the Islamic World. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2001, 74, 187-193.
12. Serour G.I.: Islamic Perspectives in Human Reproduction. Reproductive BioMedicine Online, 2008, 3(17), 34-38.
13. Herzfeld N.: Technology and Religion. Remaining Human in a Co-created World. Templeton Press, West Conshohocken, 2009.
14. Nasr-Esfahani M.H., Ahmad-Khanbeigi K., Hasannia A.: Qur'anic Views on Human Cloning (I): Doctrinal and Theological Evidences. International Journal of Fertility and Sterility, 2021, 1(15), 73-79.
15. Oeming M.: The Jewish Perspective on Cloning. [in:] S. Vöneky, R. Wolfrum (eds): Human Dignity and Human Cloning. Martinus Nijhoff Publishers, Leiden/Boston, 2004, 35-45.

Eutanazja: prawo do samostanowienia a prawna ochrona życia

Joanna Niewiadomska[1], Kamila Przepiórka[1], Justyna Korus[1], Stanisław Ferenc[2], Karolina Pawlak[2], Katarzyna Gontarz[2], Tadeusz Sebzda[1], Maria Węgrzyn[3], Krzysztof Dorna[4], Jan Gnus[1,2]

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

Wstęp

Zagadnienia dotyczące początku i końca życia od zawsze znajdują się w centrum rozważań ludzkości, stanowiąc przedmiot dyskusji teologów, filozofów, polityków oraz budząc kontrowersje w kręgach społecznych. Traktowanie o naturze istot żywych, o początku i kresie bytu jest kwestią złożoną.

Problematyka związana ze śmiercią pozostaje w łączności z pojęciami odnoszącymi się do eutanazji, wspomaganego samobójstwa, czy uporczywej terapii, w których to ochrona życia ludzkiego, która powinna być nadrzędnym prawem moralnym, zderza się z prawem jednostki do samostanowienia o sobie. By lepiej zrozumieć istotę tych terminów należy sięgnąć do źródeł, czyli ich definicji. Poczynając od eutanazji, znana jest już od czasów starożytności. Rzymianie oraz Grecy zjawisko to utożsamiali z dobrym sposobem śmierci, odnosząc ją głównie do dwóch rodzajów śmierci: naturalnej bądź będącej konsekwencją dobrowolnego wyboru, czyli samobójczej lub zadanej przez inną osobę, ale zgodnie z wolą osoby pozbawianej życia. Zatem można powiedzieć, iż wówczas eutanazja miała wydźwięk pozytywny, głosząc podziw dla postawy umierającego [1,2].

Na przestrzeni kolejnych lat termin ten ewoluował, przybierając coraz bardziej pejoratywny charakter. Obecnie sedno eutanazji wyraża akt: „spowodowania lub przyspieszenia przez lekarza łagodnej, szybkiej śmierci nieuleczalnie chorego i nieznośnie cierpiącego pacjenta, ze względu na jego dobro, tj. w celu zaoszczędzenia mu dalszego bólu

i cierpienia.” [3]. Coraz częściej spotyka się także pojęcie wspomaganego samobójstwa, które nie jest tożsame z eutanazją. Konsekwencją jest także śmierć osoby zgodnie z jej wolą, ale w tym przypadku ośrodek medyczny zapewnia jedynie niezbędne środki, natomiast to sam pacjent je dobrowolnie przyjmuje, odbierającsobie tym samym życie, przy asyście lekarza [4]. Uporczywą, daremną terapią natomiast określa się sytuację, w której stosuje się nadzwyczajne procedury medyczne celem podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, skutkujące tylko nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności człowieka. Odstąpienie od procedur medycznych (innych niż podstawowe zabiegi pielęgnacyjne, łagodzenie bólu i innych objawów oraz karmienie i nawadnianie) w tym przypadku ma prowadzić do zakończenia cierpień pacjenta w momencie braku opcji terapeutycznych gwarantujących jakość życia. W tym przypadku główną cechą determinującą odmienność od eutanazji jest intencja: w odstąpieniu od uporczywej terapii dążąca do przywrócenia naturalnego procesu umierania, a w eutanazji mająca na celu pozbawienie życia [2].

W kontekście prawa do śmierci istotne jest także przybliżenie trzech głównych postaw wobec praktyk eutanatycznych: koncepcji eutanatycznej, dystanatycznej oraz ortotanatycznej. Optyka eutanatyczna za cel nadrzędny obiera jakość życia i w tym zakresie za fundament aksjologiczny obiera zasady autonomii woli i samostanowienia, tym samym prawo do śmierci stawiając na równi z prawem do eutanazji. W opozycji do powyższej stawiana jest optyka dystanatyczna. To stanowisko bioetyczne nawiązując do etyki chrześcijańskiej, postuluje ochronę życia ludzkiego w każdym jego aspekcie, głosząc tym samym jego nienaruszalność, a także godność. Trzecie stanowisko, czyli postawa ortotanatyczna (gr. orthós – słuszny i thánatos – śmierć) jest syntezą założeń dwóch pozostałych poglądów bioetycznych. Z jednej strony uznaje zasadę autonomii woli, m.in. w zakresie opcji terapeutycznych, odstąpienia od terapii, a z drugiej bezwzględną wartość dla życia per se, tym samym stanowiąc fundament współczesnej medycyny paliatywnej [5].

Niniejsza praca stanowi swoistego rodzaju podsumowanie postaw wobec prawa do śmierci na życzenie na gruncie płaszczyzny etycznej oraz sytuacji prawnej, reprezentowanej przez różne państwa.

Wymiar etyczny eutanazji

Życie ludzkie uważane jest za najcenniejszy dar. Ludzkość od zarania dziejów próbuje uniknąć bólu oraz cierpień fizycznych i psychicznych. Źródła historyczne już od czasów starożytności dostarczają licznych przykładów przedwczesnego zakończenia życia,

na które decydował się człowiek chcąc uchronić resztki swojego jestestwa przed wszechogarniającym cierpieniem związanym z chorobą. Niemniej jednak sposób odbierania tego szczególnego rodzaju „zabójstwa" zmieniał się na przestrzeni lat. Pierwsze doniesienia o eutanazji datuje się na V w. p.n.e., kiedy to grecki poeta Kratinos w jednej ze swoich komedii użył tego określenia na śmierć szybką i bezbolesną [6]. Ojciec teorii ewolucji, Karol Darwin uważał, żeochrona osób niepełnosprawnych, chorych fizycznie i/lub psychicznie jest warunkowana sympatią i współczuciem, co jest niezgodne z zasadą przetrwania gatunku [6]. Eutanazja jest w dużej mierze ukształtowana przez poglądy głoszone przez chrześcijaństwo. Według Księgi Rodzaju „Na początku Bóg stworzył niebo i ziemię […] Stworzył więc Bóg człowieka na swój obraz, na obraz Boży go stworzył: stworzył mężczyznę i niewiastę" [7].

Chrześcijanie uważają, że życie to dar dany od Boga i tylko On może decydować o jego zakończeniu. Szóste przykazanie brzmi: „nie zabijaj". Nawet w obliczu śmiertelnej choroby, czy niewyobrażalnego cierpienia, człowiek nie ma prawa samodzielnie decydować o wcześniejszym zakończeniu swojego życia.

Orędownikiem ochrony życia ludzkiego był papież Jan Paweł II, który w wydanej w 1980 r. „*Deklaracji na temat eutanazji''* napisał: „*nikt nie ma prawa pozbawiać życia niewinnego człowieka, niezależnie od tego, czy chodzi o płód, embrion, dziecko, dorosłego, czy starca, nieuleczalnie chorego, czy umierającego. Nikomu nie wolno dokonać aktu eutanatycznego wobec siebie oraz wobec osoby, za którą jestodpowiedzialny, nie wolno nawet na taki akt wyrazić zgody''*[8]. W opozycji do stanowiska kościoła stoi Joseph Fletcher, który krytykuje zasadę świętości życia, a za fundamentalny imperatyw i źródło moralności uznaje miłość (agape). Sytuacjonizm chrześcijański prezentowany przez Fletchera składa się z 3 poziomów: miłości (agape), mądrości (sophia), decyzji (kairos). Miłość jest najwyższą zasadą moralności. Drugi poziom opiera się o tradycję kościelną i zasady moralne przyjęte w danym społeczeństwie. Kairos oznacza moment decyzji, kiedy to jednostka decyduje, czy mądrość służy miłości. Jeśli człowiek uzna, że zasady moralne stoją w opozycji do miłości, to należy przeciwstawić się im oraz postąpić zgodnie z tym, co nakazuje miłość. Fletcher uważał, że każda forma eutanazji jest dobra, o ile wywodzi się z miłości (tj. powiększa dobro lub zmniejsza zło). Poglądy Fletchera świadczą o złożoności chrześcijańskiego poglądu na eutanazję. Bogusław Wolniewicz, polski filozof przełomu XX i XXI wieku, krytykował poglądy Kościoła Katolickiego w sprawie zakazu eutanazji. Wolniewicz uważał, że legalizacja eutanazji jest naturalną konsekwencją postępu

biomedycznego, jaki dokonał się w ostatnim czasie. Filozof ten twierdził, iż człowiek, którego życie jest pozbawioną sensu udręką, powinien mieć prawo do wcześniejszego jego zakończenia [9].

W dyskusji nad eutanazją należy także poruszyć kwestię świadomości pacjenta i jego autonomii. Zwolennicy legalizacji eutanazji uważają, że człowiek powinien samodzielnie podejmować decyzje dotyczące własnego życia i dobra. Człowiek ma prawo, a nie obowiązek życia, dlatego każdy może dobrowolnie z niego zrezygnować. Nałożenie przez osoby trzecie obowiązku korzystania z prawa do życia jest przejawem bezwzględnego nakazu znoszenia ogromnych cierpień. Także lekarz nie może narzucać pacjentowi woli życia, poprzez zniewolenie techniką medyczną. Sytuacja taka jest nie do zaakceptowania [10]. W świetle powyższego, o świadomej woli pacjenta można mówić tylko jeśli dysponuje on pełną informacją o swoim stanie zdrowia, m.in. o rokowaniu, możliwościach leczniczych, ryzyku oraz korzyściach, jakie może zapewnić poddanie się terapii. Ponadto nieuleczalnie chory musi zostać poinformowany o zbliżającym się kresie jego życia, co umożliwi mu pogodzenie się i oswojenie ze śmiercią. W przypadku pacjenta w stanie nieodwracalnej utraty świadomości okoliczności są bardziej złożone. Takiego chorego nie można traktować jako podmiotu zdolnego do podjęcia decyzji i w przypadku spełnienia kryteriów śmierci mózgu,humanitarnym wydawałoby się zaprzestanie sztucznego podtrzymywania życia za pomocą środków nadzwyczajnych. Odstąpienie od nich, mylnie interpretowane jako „zabijanie", przywraca choremu jego naturalne i przyrodzone prawo do śmierci, w myśl autonomii jednostki. Na kanwie etycznych rozważań można zwrócić uwagę na jeszcze jeden problem, a mianowicie, czy pacjenta przytomnego, doświadczającego nieustannego cierpienia i w związku z tym będącego w złej kondycji psychicznej, można uważać za zdolnego do podjęciaświadomej decyzji? [9].

Eutanazja jest silnie powiązana z zawodem lekarza, który nierozerwalnie związany jest ze śmiercią i szacunkiem dla życia człowieka. Medyczne normy negujące eutanazję odwołują się głównie do kodeksu etyki lekarskiej oraz słów przysięgi Hipokratesa, której pierwszymi słowami są: „primum non nocere''- po pierwsze nie szkodzić. Wynika z niej, że lekarz nie może celowo przyczynić się do odebrania życia innej istocie ludzkiej. Niewątpliwie istnieją sytuacje bardziej złożone. Niestety, niektóre choroby i stany kalectwa kwestionują sens podtrzymywania życia pacjentów będących u kresu swojego życia, odczuwających wielkie cierpienia zarówno fizyczne, jak i psychiczne. W ocenie słuszności eutanazji należy wziąć pod uwagę położenie, w którym znalazł się chory żądający

zakończenia życia. Brak zadowalających efektów leczenia, nasilający się ból i dyskomfort są czynnikami demotywującymi chorego w podejmowaniu walki o swoje życie. Jest to powód, przez który chory prosi o eutanazję. Jest to pewnego rodzaju wołanie o pomoc w godnym odejściu z tego świata. Należy skrupulatnie ocenić całościowy stan pacjenta oraz sytuację rodzinną, życiową, które wpływają na podjęcie decyzji o popełnieniu eutanazji. Dane statystyczne opublikowane w raporcie wydanym przez holenderską Komisję Rządową w 1991 r. świadczą, że w czasie kwalifikacji do eutanazji wielokrotnie dochodziło do nieprawidłowości, a zabójstwo eutanatyczne wynikało z prymitywnych pobudek. Takie informacje w istotny sposób mogą zachwiać poczuciem zaufania, jakim zwyczajowo darzy się lekarzy [11].

Sytuacja prawna w Europie

W Europie postawa wobec eutanazji, czy wspomaganego samobójstwa jest zróżnicowana, co znajduje odzwierciedlenie w rozwiązaniach legislacyjnych przyjmowanych przez poszczególne kraje. Mnogość rozwiązań zależna jest w dużym stopniu od czynników religijnych, politycznych i społecznych zakorzenionych w danej kulturze. Na legalizację procedury eutanazji zdecydowały się nieliczne państwa, do których należą: Holandia, Belgia,Luksemburg oraz Hiszpania [12]. Pozostałe penalizują eutanazję, obierając jednak różnetaktyki legislacyjne. Dominującą koncepcją jest usankcjonowanie eutanazji jako zabójstwa zwykłego zgodnie z literą prawa (np. Francja, Wielka Brytania, Szwecja, Czechy, Chorwacja,Liechtenstein, czy Cypr). Innym podejściem jest potraktowanie eutanazji jako tzw. uprzywilejowanego zabójstwa, z czym wiąże się możliwość złagodzenia wyroku za czyn zabroniony (np. Polska, Niemcy, Włochy, Dania, Szwajcaria, Norwegia, Finlandia, Austria). Granice prawne karalności wspomaganego samobójstwa są raczej bardziej rozmyte i niejasne.W porządkach prawnych krajów europejskich nie figuruje pojęcie wspomaganego samobójstwa z przypisaną mu karą, co nie oznacza dopuszczalności tego czynu. Penalizacja następuje poprzez odniesienie się do innych imperatywów, np. w oparciu o przepisy o nieudzieleniu pomocy znajdującej się w niebezpieczeństwie osobie (np. Francja, Niemcy) bądź w oparciu o podtyp przestępstwa pomocy w samobójstwie (np. Polska, Włochy, Grecja, Dania, Portugalia, Norwegia, Wielka Brytania) [13]. Poniżej zaprezentowane są bardziej szczegółowe informacje odnośnie rozwiązań legislacyjnych w państwach, które zdecydowały się na depenalizację eutanazji.

Holandia

Jest to pierwszy kraj, który dokonał legalizacji eutanazji, po latach debaty publicznej. Praktycznie już od lat 70. orzecznictwo holenderskie traktowało eutanazję czynną jako działanie w stanie wyższej konieczności. Przed wprowadzeniem prawnego usankcjonowania legalności procedury, sądy bazowały na utworzonym zbiorze precedensów dotyczącym zasad postępowania w przypadku dokonania eutanazji na życzenie pacjenta. Lista przesłanek, faktycznie gwarantujących lekarzowi bezkarność, została opublikowana w 1984 r. przez holenderskie Królewskie Stowarzyszenie Medyczne [12]. Wobec powyższego coraz częstsze praktyki eutanatyczne zaowocowały rozpoczęciem prac parlamentarnych nad ustawą regulującą w sposób kompleksowy wymogi proceduralne dotyczące eutanazji oraz określającą ramy działań eutanatycznych, których spełnienie w odniesieniu do konkretnego przypadku zwalniałoby lekarza z odpowiedzialności karnej. Ostatecznie po trwającym niespełna 30 lat procesie legislacyjnym, projekt ustawy został przyjęty 10 kwietnia 2001 r., a wszedł w życie 10 kwietnia 2002 r. [14].

Według holenderskiego prawa eutanazja stanowi zabieg zakończenia życia przez lekarza na żądanie pacjenta, celem zakończenia cierpienia przy braku poprawy medycznej. Ustawa wprowadziła przepis mówiący, iż lekarz może dokonać eutanazji tylko wówczas, jeśli zostanie spełnionych 6 warunków ostrożności zawartych w art. 2 § 1:

1. Lekarz musi być przekonany, że żądanie pacjenta jest dobrowolne i w pełni przemyślane, czy pacjent jest wolny od presji osób postronnych.
2. Lekarz ma obowiązek upewnić się, czy chory podejmując decyzję nie działa pod wpływem chwilowego załamania lub depresji.
3. Lekarz musi być przekonany, że cierpienie pacjenta jest trwałe i nie do zniesienia i nie ma perspektyw na poprawę tego stanu.
4. Nie istnieje żadna rozsądna alternatywa rozwiązania istniejącej sytuacji. Lekarz powinien poinformować pacjenta o jego rzeczywistym stanie zdrowia oraz ewentualnej dalszej możliwości leczenia.
5. Nastąpiła konsultacja z co najmniej jednym niezależnym lekarzem.
6. Zostały zachowane wymogi właściwej opieki medycznej w momencie zakończenia życia pacjenta lub pomocy w samobójstwie.
7. Lekarz ma obowiązek prowadzić szczegółową dokumentację wykonywania wszelkich powyższych czynności [15].

Do przeprowadzenia eutanazji nie jest wymagana pełnoletność osoby. Pacjent musi

mieć co najmniej 12 lat, przy czym w przypadku nieletnich mających 12-16 lat konieczna jest obopólna zgoda, małoletniego i jego opiekuna prawnego, a w przypadku nieletnich w wieku 16-18 lat nie jest wymagana zgoda opiekunów prawnych, ale należy ich o decyzji poinformować. Liberalne podejście do wieku pacjenta odzwierciedla również nowelizacja przyjęta w 2006 r., która dopuszcza, na żądanie rodziców, eutanazję noworodków urodzonychz ciężkimi wadami. Podjęcie ostatecznej decyzji wymaga także konsultacji z co najmniej jednym niezależnym lekarzem. Po przeprowadzeniu procedury lekarz zobowiązany jest do zawiadomienia patologa, łącznie z przekazaniem mu całości dokumentacji. Kontrolę nad zasadnością eutanazji sprawuje regionalna komisja, w skład której wchodzą lekarze, prawnicy i etycy, badający zgodność przeprowadzonej eutanazji z wymogami ustawy. Wykazaniejakichkolwiek uchybień może skutkować wszczęciem postępowania karnego w oparciu o domniemane zabójstwo i w konsekwencji lekarzowi może grozić kara nawet 12 lat pozbawienia wolności [15,16].

Belgia

Drugim państwem w Europie, który w swoim prawodawstwie usankcjonował legalność eutanazji była Belgia. „Ustawa o eutanazji" (Euthansiewet) została przyjęta przez belgijski parlament 28 maja 2002 r. Wcześniej belgijskie prawo karne do lat 80. XX wieku. traktowało eutanazję jako morderstwo obciążone karą dożywotniego pozbawienia wolności. Natomiast lekarzowi, który podał pacjentowi śmiertelną dawkę leków groziła kara śmierci, zamieniona w 1996 r. na dożywocie. Mimo jednak istnienia surowego zapisu w belgijskim kodeksie karnym, sądy w większości uniewinniały oskarżonych [17].

W powołanym akcie prawnym eutanazję zdefiniowano jako czyn osoby trzeciej, która działając w zamiarze bezpośrednim, na żądanie danej osoby pozbawia ją życia. W myśl przepisów ustawy, eutanazji może zostać poddany pacjent pełnoletni lub samodzielny pacjent nieletni (een ontvoogde minderjarige), świadomy w chwili składania prośby oraz spełniający określone kryteria medyczne. Sama prośba musi być wielokrotnie wyrażona na piśmie w sposób dobrowolny, świadomy i przemyślany. Dokument ten może być także sporządzony i przygotowany przez osobę wybraną przez chorego, przy czym lekarz musi być świadkiemjego sporządzenia. Przewidziana jest także możliwość „oświadczenia woli", w przypadku utraty zdolności do podejmowania decyzji. Pod względem kryterium wieku jest to najbardziej liberalna z ustaw [17].

Po nowelizacji z 13 lutego 2014 r. eutanazja możliwa jest w zasadzie bez względu na

wiek. Wprowadzone stosowne rozszerzenia przewidują, że eutanazję może popełnić osoba pełnoletnia w pełni poczytalna lub świadomy swoich wyborów małoletni lub mający możliwość podjęcia decyzji nieletni.

O zdolności małych pacjentów do podjęciadecyzji decyduje psycholog. Zgodę muszą wyrazić także rodzice dziecka. Umożliwienie eutanazji nieletnim wiązało się również z wprowadzeniem 12 podstawowych warunków zgody na eutanazję (art. 3, §1):

1. Nieletni ma pełną świadomość podejmowanej przez siebie decyzji oraz zna jej konsekwencje; nie ma znaczenia wiek dziecka.
2. Nieletni znajduje się w stanie nierokującej poprawy choroby, trwałego cierpienia fizycznego (psychiczne cierpienie nie jest brane pod uwagę, w przeciwieństwie do dorosłych).
3. Prośba musi być dobrowolna, przemyślna i wielokrotnie powtórzona, wykluczająca jakąkolwiek zewnętrzną presję.
4. Pacjent musi zostać poinformowany o swoim stanie zdrowia oraz możliwościach terapii lub paliatywnej opieki.
5. Lekarz prowadzący musi się upewnić, że cierpienie fizyczne ma trwały charakter.
6. Lekarz prowadzący powinien zasięgnąć opinii u innego niezależnego lekarza.
7. Lekarz ma zasięgnąć opinii u dziecięcego lub młodzieżowego psychiatry lub psychologa, który stwierdzi zdolność samodzielnego podjęcia decyzji u pacjenta.
8. Lekarz prowadzący omawia sytuację z prawnymi opiekunami dziecka oraz upewnia się o ich zgodzie na wykonanie zabiegu.
9. Prośba o zabieg napisana przez dziecko i zgoda jego prawnych opiekunów musi być sporządzona na piśmie.
10. Prośba musi zostać omówiona przez ekipę opiekunów dziecka, jeżeli taka ekipa istnieje.
11. Prośba powinna zostać podana do informacji osobom najbliższym dziecku, o ile dziecko je wskaże.
12. W przypadku pozytywnego rozstrzygnięcia sprawy jest udzielana pomoc psychologiczna osobom związanym z eutanazją dziecka [18].

Zabieg eutanazji może być wykonany wyłącznie przez lekarza, który zobligowany jest do zasięgnięcia opinii drugiego lekarza, który powinien wydać ocenę aprobującą potencjalny zabieg. W przeciwnym razie konieczna jest kolejna konsultacja, najlepiej lekarza będącego psychiatrą lub specjalistą od choroby, na którą cierpi pacjent [19].

Luksemburg

Ustawa legalizująca eutanazję i wspomagane samobójstwo została przyjęta przez parlament luksemburski w dniu 16 marca 2009 r. Prace nad ustawodawstwem trwały 13 lat i były nacechowane burzliwa dyskusją. W projekcie ustawy, który został złożony w 2001 r., postulowano prawo człowieka do samostanowienia, poprzez możliwość podjęcia decyzji o zakończeniu swego życia w sposób godny, co spotkało się jednak z silnym sprzeciwem zarówno ze strony społeczeństwa, przywiązanego do wartości katolickich, jak i ze strony środowiska medycznego. Pomimo krytyki, ustawa została przyjęta większością głosów (31 zaprzy 26 przeciw) w dniu 18 grudnia 2008 r., co wymagało także zmiany Konstytucji [12,20].

Założenia ustawy są w dużym stopniu zbieżne z regulacjami przyjętymi w Holandii i Belgii. Eutanazja została zdefiniowana jako akt dokonany przez lekarza, który umyślnie kładzie kres życiu osoby na jej wyraźne i dobrowolnie żądanie. Natomiast pomoc w samobójstwie to świadoma pomoc lekarza innej osobie w popełnieniu przez nią samobójstwa lub dostarczenie jej środków umożliwiających jego dokonania, na jej wyraźne i dobrowolne żądanie. W obu przypadkach procedury są możliwe tylko w relacji lekarz-pacjent i tylko w celu skrócenia niedającego się znieść cierpienia związanego z nieuleczalną chorobą [21]. Procedury są dopuszczalne tylko wobec nieuleczalnie chorych lub osób będących w stanie terminalnym. Pozostałymi przesłankami są: pełnoletność pacjenta, zdolność do podejmowania świadomej decyzji, dobrowolność oraz wielokrotne powtórzenie oświadczenia woli przyspieszonej śmierci na piśmie. Eutanazja nieletnich jest zakazana. Konieczna jest także bezstronna konsultacja drugiego lekarza specjalizującego się w danej chorobie na temat jej nieuleczalności i nieodwracalności oraz konsylium lekarzy. Ponadto każda pełnoletnia osoba może, na wypadek gdyby nie była zdolna do wyrażenia swej woli, zarejestrować postanowienia dotyczące końca życia do Krajowej Komisji ds. Kontroli i Oceny (*Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation).* W związku z tym, jeśli "testament życia" został sporządzony przez osobę, lekarz ma obowiązek zasięgnąć informacji personelu medycznego, zajmującego się pacjentem oraz jego bliskich w sprawie weryfikacji aktualności postanowień dokumentu. Ustawa pozostawia także lekarzom autonomię, nie nakładając obowiązku przeprowadzenia eutanazji lub pomocy w samobójstwie. Przy czym jednak lekarz zobowiązany jest wyjaśnić przyczyny swojej odmowy. Co godne podziwu w ustawie, obok regulacji dotyczących eutanazji i samobójstwa wspomaganego, podjęto także kwestie opieki paliatywnej, leczenia przeciwbólowego

o podwójnym skutku (sytuacja, gdy podawana pacjentowi skuteczna dawka przeciwbólowa leku zbliża się do dawki letalnej, a w związku z tym niesie ryzyko spowodowania śmierci) oraz uporczywej terapii [20,21].

Hiszpania

Decyzja o ostatecznym wejściu w życie ustawy legalizującej eutanazję została zatwierdzona przez niższą Izbę Parlamentu Hiszpańskiego stosunkowo niedawno, bo 18 marca 2021 roku. Sama ustawa była odpowiedzią na badanie opinii publicznej z 2019 roku, wktórym zdecydowana większość Hiszpanów (87% ankietowanych) opowiedziała się za jej legalizacją. Prawo do eutanazji w Hiszpanii stanowiło długą i żmudną walkę nie tylko stowarzyszeń działających na rzecz godnej śmierci, ale także, a może i przede wszystkim samych chorych, o czym może świadczyć przypadek Marii José Carrasco i jej męża Angela Hernandeza, galicyjskiego marynarza Ramona Sampedro, Madeleine Z. z Alicante i wielu innych [22,23].

Projekt ustawy zakłada możliwość poddania się eutanazji w przypadku ciężkiej inieuleczalnej choroby powodującej stałe i niedające się znieść cierpienie tylko pełnoletnich obywateli lub obcokrajowców legalnie przebywających na terenie Hiszpanii. Warunkiem legalności eutanazji jest pełna świadomość podczas podejmowania decyzji i potwierdzenie swojej woli czterokrotnie, w tym dwukrotnie na piśmie w odstępie 14 dni. Po dwóch dniach od początkowej decyzji lekarz prowadzący jest zobowiązany do przeprowadzenia z pacjentem rozmowy na temat alternatywnych rozwiązań, m.in. związanych z szeroko pojętymi możliwościami opieki paliatywnej. Jeśli po tej rozmowie pacjent nadal podtrzymuje wolę o poddaniu się eutanazji, stan jego zdrowia i ocean, czy zostały spełnione wszystkie warunki, wymaga konsultacji drugiego lekarza w ciągu 10 dni. Sama procedura eutanazji może być przeprowadzona albo przez personel medyczny, który podaje substancję wspomagającą śmierć bądź poprzez samodzielną aplikację produktu uprzednio przepisanego przez lekarza. Kontrola procedury przypada specjalnie w tym celu utworzonym komisjom, w których skład mają wchodzić zarówno lekarze, jak i prawnicy. Sam lekarz, w odniesieniu do uczestnictwa weutanazji, może wyrazić odmowę powołując się na klauzulę sumienia [24].

Sytuacja prawna w Polsce

Prawo do życia znajduje się w katalogu fundamentalnych praw każdego człowieka. W obowiązującym systemie prawnym jest umieszczone na szczycie hierarchii dóbr

chronionych. Art. 38 Konstytucji RP stanowi: „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia" [25]. Prawo do życia wynika z nadanej człowiekowi godności ludzkiej, o czym mówi art. 30 ustawy zasadniczej [25]. Art. 38 jest wymieniony w Konstytucji RP jako pierwszy spośród przysługujących wolności i praw, z czego można wnioskować o jego nadrzędności względem innych dóbr podlegających ochronie prawnej. Każdy obywatel RP ma równe prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych, co zapewnia art. 68 Konstytucji RP [25]. Zgodzić się można z wypowiedzią Krystiana Complaka, iż „godność człowieka, stanowiąc źródło wszelkich praw iwolności, przede wszystkim jest źródłem poszanowania życia każdego człowieka, bo tylko w ten sposób mogą być urzeczywistnione wszystkie inne prawa i wolności" [26]. Z tego wynika, że godność człowieka jest podstawą do jego prawa do życia, jak również do poszanowania życia i zdrowia. Interpretując art. 38 Konstytucji RP, można wyciągnąć wniosek, że artykuł ten zakazuje zabicia drugiego człowieka. Prawo penalizuje zachowania polegające na pozbawianiu życia innego człowieka. Przestępstwa te podlegają ściganiu z urzędu [27]. Art. 38 Konstytucji RP nie określa czasowych granic początku i końca ochrony życia ludzkiego, z czego wynikają problemy z interpretacją prawnej ochrony życia, w szczególności w przypadku eutanazji, aborcji i kary śmierci.

Konstytucja RP nie przyzwala na podjęcie działań mających na celu skrócenie życia. Zabroniona jest eutanazja zarówno czynna, jak i bierna [27]. Eutanazja kwalifikowana jest jako typ uprzywilejowany zabójstwa jedynie wówczas, gdy wypełnione są przesłanki wynikające z § 1. art. 150 KK, który stanowi: „Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.(…)" [27]. Pierwszą z nich jest popełnienie czynu „na żądanie" ofiary. W wyroku SA w Łodzi z 6.08.2013 r. przyjęto, że wyrażone przez ofiarę żądanie pozbawienia jej życia ma być "(…) w pełni świadomym, niewątpliwym, bezwarunkowym aktem nieprzymuszonej woli, pochodzącym od poczytalnej osoby dorosłej i jest dla sprawcy zewnętrznym bodźcem do popełnienia czynu. Nie jest zaś żądaniem chwilowa reakcja, wywołana gwałtownym bólem" [26]. Współczucie wywołane cierpieniami psychicznymi, np.: straty materialne, wieloletnie kalectwo lub zawód miłosny, nie są podstawą do uznania czynu jako zabójstwa eutanatycznego [28]. Drugim wymogiem, który musi być wypełniony, jest dokonanie eutanazji „pod wpływem współczucia" dla ofiary. Przepisy prawa nie uszczegóławiają istoty współczucia, jednakże przyjęto, że musi ono wynikać z przekonania sprawcy o ogromie „(…) cierpień przyszłej ofiary i nieodwracalności sytuacji, w jakiej się znalazła" [28].

Sprawca nie może otrzymać korzyści majątkowej z przeprowadzenia eutanazji. Jedyną motywacją musi być współczucie dla chorego. Przeprowadzenie eutanazji nie może być kwalifikowane jako typ uprzywilejowany zabójstwa w sytuacji, np. gdy motywacją sprawcy było współczucie, ale skierowane dla rodziny ofiary, w związku z obowiązkiem opieki nad chorym [28]. Prawo karne przewiduje możliwość odstąpienia nałożenia kary: „W wyjątkowych wypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia."[27]. Sytuacje te są możliwe, wyłącznie gdy równocześnie zostaną wypełnione określone warunki: ofiara jest osobą nieuleczalnie chorą, która wyraziła żądanie śmierci z powodu ogromnych cierpień; jest bliska śmierci lub rozpoczął się u niej proces umierania; osoba ta skonsultowała swoją decyzję z lekarzem. Z tego wynika, że wyjątkowość sytuacji można oprzeć o ilościowe nasilenie i intensywność ogólnych przesłanek eutanazji [29].

Ustawa o Prawach Pacjenta umożliwia współudział pacjenta w podejmowaniu decyzji o przebiegu leczenia oraz świadczy o autonomii pacjenta w sprawach dotyczących procesu leczniczego. Art. 16 Ustawy o Prawach Pacjenta (U.P.P) stanowi: „Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9" [30]. Pacjent może decydować o swoim stanie zdrowia wówczas, gdy jego decyzje są świadome i podejmowane dobrowolnie. Każdy pacjent ma prawo do wyrażenia zgody lub sprzeciwu na zaproponowaną formę leczenia [31]. Zgoda pacjenta na czynność medyczną stanowi warunek konieczny do przeprowadzenia interwencji medycznej [30]. Karalne jest udzielenie świadczenia medycznego bez zgody pacjenta, czyn ten jest zagrożony w art. 192 K.K [27]. Jednakże w sytuacji zagrożenia życia czy zdrowia nie jest konieczne uzyskanie zgody, o czym mówi art. 30 Ustawy o Zawodach Lekarza i Lekarza Dentysty [32]. U.P.P wskazuje również, że pacjent ma prawo do poszanowania jego godności, dotyczy to również prawa do umierania w spokoju (art. 20. § 2. U.P.P). Pacjent w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń o charakterze paliatywnym (zwalczanie bólu i innych cierpień) [30]. Z tego wynika, że pracownicyochrony zdrowia są zobowiązani do zapewnienia pacjentowi godnych warunków umierania. Zaordynowane leczenie nie może przedłużać procesu umierania i przynosić zbędnych cierpień, ponieważ wówczas leczenie staje się terapią uporczywą. Bezcelowe jest podejmowanie czynności, które nie poprawiają stanu zdrowia pacjenta, a przynoszą mu jedynie ból [31].

Kodeks etyki l ekarskiej (KEL) jest zbiorem zasad etycznych, którymi powinni się

kierować lekarze w pracy zawodowej oraz w relacjach z pacjentami. Dokument ten zawiera również informację jak postępować z chorym w stanie terminalnym. Lekarz powinien zrobić wszystko, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę w okresie terminalnym oraz godne warunki umierania. Pomoc lekarska w schyłkowym okresie powinna być oparta o łagodzenie cierpienia chorych oraz utrzymaniu, w miarę możliwości, jakości kończącego się życia [33]. Według art. 31 KEL, lekarz nie może stosować eutanazji oraz pomagać w popełnieniu samobójstwa. Jednakże według art. 32 KEL, w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych [33]. M. Safjan uważa, że „lekarz nie ma obowiązku podejmowania za wszelką cenę wszelkich możliwych starań, które nie przynoszą już żadnych pozytywnych efektów terapeutycznych, a jedynie wydłużanie umierania i cierpień temu towarzyszących. Takie zachowanie lekarza nie może być w konsekwencji kwalifikowane jako spowodowanie śmierci przez zaniechanie" [31]. Lekarz na podstawie oceny szans leczniczych może zadecydować o zaprzestaniu reanimacji. Andrzej Zoll uważa, że: „jeśli stojące lekarzowi do dyspozycji środki nie są w stanie uratować życia lub zdrowia ludzkiego albo chociażby zmniejszyć cierpienia pacjenta, to odpaść musi, wynikający z normy prawnej służącej ochronie tych dóbr, obowiązek lekarza świadczenia usług leczniczych. Norma prawna nie może od człowieka wymagać czegoś, co nie jest w stanie jako adresat normy wykonać" [31].

Zakończenie

Zagadnienie eutanazji to złożony problem natury etycznej. Postawy wobec zabójstwa eutanatycznego są różne, stanowiąc przedmiot dyskusji teologów, filozofów, polityków oraz budząc kontrowersje w kręgach społecznych. Lekarz odgrywa dużą rolę w końcowym okresieżycia człowieka. Czy pacjent ma zatem prawo decydować o własnym życiu w obliczu śmiertelnej choroby i cierpienia, którego nie da się znieść? Kolejnym pytaniem, jakie można sobie zadać to, czy człowiek w stanie terminalnym ma prawo wybrać, w jaki sposób i kiedy zakończy swoje życie. W ocenie zasadności eutanazji należy wziąć pod uwagę sytuację cierpiącego człowieka oraz uszanować jego zdanie. Współcześnie powinniśmy dbać o jak najlepszą jakość życia w ostatnich jego chwilach. Remigiusz Rabiega w swoim artykule *Eutanazja jako problem prawny i etyczny* uważa, że „W dobie rozwijającej się opieki paliatywnej, ciągłych postępów na polu farmacji należy się zastanowić, czy

pozbawienie życia drugiego człowieka (nawet w ramach współczucia i występującego żądania) jest faktycznie drogą najwłaściwszą? Każdy przypadek musi być oceniany indywidualnie i zgodnie z sumieniem, tyle że – póki co – sumienie to w razie decyzji o dokonaniu eutanazji będzie rozliczane przez prawo, którego jedną z głównych funkcji jest zagwarantowanie bezpieczeństwa dobrom o szczególnej wartości, a życie (jak wiadomo) jest w tej materii wartością bezwzględnie nadrzędną" [6].

Piśmiennictwo

1. Malczewski J.: Eutanazja: gdy etyka zderza się z prawem. Wolters Kluwer, Warszawa2012.
2. Orłowski T.: Granice uporczywej terapii. Studia Ełckie, 2010, 12(1), 59-72.
3. Malczewski J.: Eutanazja: z dziejów pojęcia. Diametros, 2004, 1, 35-52.
4. Bliźniewska-Kowalska K.M., Talarowska M., Szewczyk A., Gałecki P.: Wspomaganesamobójstwo—problem etyczny i prawny. Psychiatria, 2019, 16(1), 44-49.
5. Sobczak K., Janaszczyk A., Leoniuk K.: Prawo do śmierci—lekarz i chory w obliczu śmierci. Palliative Medicine in Practice, 2012, 6(2), 39-45.
6. Rabiega R.: Eutanazja jako problem prawny i etyczny. Prawo kanoniczne, 2016, 54(1), 161-178.
7. Biblia Tysiąclecia. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Wydawnictwo Pallottinum, Poznań 2019
8. Buxakowski J.: Chrześcijanin w świecie. Chrześcijańska etyka lekarska, 1976, 42(3), 19-20.
9. Ślęczek-Czakon D.: Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2004.
10. Jedlecka W.: Argumentacja oparta na zasadzie autonomii i godności człowieka w sporze o legalizację eutanazji. Wrocławskie Studia Erazmiańskie, 2013, 7, 35-55.
11. Kielanowski T.: Problem niepotrzebnego cierpienia. O niepotrzebnym cierpieniu, rodzonym przez postępy nauk medycznych. Studia filozoficzne, 1963, 2, 113-125.
12. Szeroczyńska M.: Eutanazja i samobójstwo wspomagane na świecie. Studium porównawcze. Kraków, 2004, 361-362.
13. Steering Committee on Bioethics (CDBI) - Report on laws and/or practices of member states with regard to the issues raised by Parliamentary Assembly

Recommendation 1418 (1999) on the protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying. https://publicsearch.coe.int (data pobrania: 25.04.2021)

14. Stefanowicz G.: Prawne aspekty eutanazji w Holandii. Opolskie Studia Administracyjno-Prawne, 2016, 14(3), 243-253.
15. Pietrzykowski T.: Spór o eutanazję. Etyczne problemy prawa. Sonia Draga, Katowice, 2007.
16. Pacian J., Pacian A., Skórzyńska H., Kaczoruk M.: Eutanazja–zabójstwo człowieka czy uśmierzenie bólu. Regulacje prawne wybranych państw świata. Hygeia Public Health, 2014, 49(1), 19-25.
17. Poklewski-Koziełł K.: Belgijska ustawa o eutanazji i projekt takiej ustawy w parlamencie Francji. Prokuratura i Prawo, 2002, 7-8, 67.
18. Derdziuk M.: Praktyka eutanazji w Belgii jako owoc przemian społeczno-obyczajowych. Teologia i Moralność, 2017, 12, 2 (22), 163-177.
19. Szadkowska M.: Zabójstwo eutanatyczne–tendencje liberalizacyjne w Europie na przykładzie Belgii. Studia Iuridica Toruniensia, 2013, 13, 221-240.
20. Michałek-Janiczek A.: Legalizacja eutanazji i samobójstwa wspomaganego w Luksemburgu. Problemy Współczesnego Prawa Międzynarodowego, Europejskiego i Porównawczego, 2010, 8.
21. Emanuel E.J., Onwuteaka-Philipsen B.D., Urwin J.W., Cohen J.: Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. Jama, 2016, 316(1), 79-90.
22. Lipczak A.: Hiszpania piątym krajem w Europie z prawem do godnej śmierci. 87 proc. „za”.https://oko.press/hiszpania-piatym-krajem-w-ue-z-prawem-do-godnej-smierci-87-proc-za/ (data pobrania: 25.04.2021)
23. Bielecki J.: Eutanazja w Hiszpanii: Prawo do godnego odejścia. https://www.rp.pl/Spoleczenstwo/312219917-Eutanazja-w-Hiszpanii-Prawo-do-godnego-odejscia.html (data pobrania: 25.04.2021)
24. Dziadosz W.: Hiszpania zalegalizowała eutanazję. Co zakłada nowe prawo?. https://www.euractiv.pl/section/praca-i-polityka-spoleczna/news/eutanazja-hiszpania-pedro- sanchez-legalizacja-psoe-podemos/ (data pobrania: 25.04.2021)
25. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483.

26. Complak K.: Uwagi o godności człowieka oraz jej ochrona w świetle nowej konstytucji. Przegląd Sejmowy, 1998, 5, 41 i in.
27. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553.
28. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 6 sierpnia 2013 r. Współczucie wywołane cierpieniami psychicznymi a zabójstwo eutanatyczne, II AKa 118/13.
29. Krajewski R.: Przestępstwo eutanazji w kodeksie karnym z 1997 r. Prokuratura i Prawo, 2005, 2.
30. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417.
31. Pacian J.: Obowiązek prawnej ochrony życia i zdrowia a eutanazja, kryptanazja iwspomagane samobójstwo. Przegląd Prawa Publicznego, 2016, 2, 19-30.
32. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. 1997 nr 28 poz. 152.
33. Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. wsprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Ocena moralna samobójstwa w historii myśli europejskiej w okresie od renesansu do I połowy XX wieku

Aleksandra Biegalska

Wydział Humanistyczny Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie

Wprowadzenie

Tematem niniejszego artykułu jest ocena moralna samobójstwa w historii myśli europejskiej w okresie od renesansu do I połowy XX wieku. Jest to okres, w którym dokonała się stopniowa liberalizacja poglądów na dopuszczalność moralną takiego sposobu kończenia życia po średniowiecznym zakazie. W średniowieczu bowiem samobójstwo było absolutnie zakazane, co miało związek z przekonaniem, że tylko Bóg ma prawo odebrać człowiekowi życie [1].

Renesans nie przyniósł jeszcze przełomu, mimo że Luter i Kalwin kładli raczej nacisk na możliwość usprawiedliwienia moralnego samobójców ze względu na doświadczane przez nich cierpienie oraz na możliwość wybaczenia ze strony Boga [2]. Na uwagę zasługuje potraktowanie tematu samobójstwa cierpiących chorych (względnie eutanazji dobrowolnej) przez Tomasza Morusa w jego „Utopii". W opisanym przez niego fikcyjnym państwie istnieje taka praktyka społeczna. Wiele wskazuje jednak na to, że nie stanowi to wyrazu aprobaty autora wobec takiego sposobu kończenia życia, lecz jedynie pewien eksperyment myślowy [3]. Z ogólnej tendencji do potępiania samobójstwa wyłamał się Michel de Montaigne, którego stanowisko również jest niejednoznaczne, wydaje się on jednak pozostawiać ocenę moralną tego aktu indywidualnemu sumieniu [1,2]

Prawdopodobnie pierwszą nowożytną zdecydowaną obroną samobójstwa było dzieło teologa Johna Donne'a *Biothanatos*, datowane na ok. 1607 rok, którego autor nie zamierzał publikować. Jest to pozycja o tyle ciekawa, że stanowi krytykę argumentacji Tomaszowej z pozycji wewnętrznej, z pespektywy chrześcijańskiej. Wskazuje się tam, że gdyby samobójstwo było grzechem przeciw prawnonaturalnemu obowiązkowi „dbania o siebie", byłoby nim również każde wyrzeczenie. Donne powołuje się na brak zakazu samobójstwa w Piśmie Świętym, a także wskazuje na to, że katolicki zakaz zabijania nie jest absolutny,

zezwala bowiem na karę śmierci, zabijanie w czasie wojny, a także męczeństwo [1,2].

W XVII wieku autor ten był jednak wyjątkiem. Dla przykładu kojarzony z liberalizmem John Locke (1632-1704) uważał, że wolność człowieka nie sięga tak daleko, aby wolno mu było zabić samego siebie [1].

W XVIII wieku nastąpił przełom w ocenie moralnej samobójstwa wśród filozofów. Powstał wtedy słynny traktat Hume'a *O samobójstwie*. Zawiera on obszerną krytykę zarówno klasycznego argumentu religijnego mówiącego, że samobójstwo jest negowaniem wyłącznej Boskiej władzy nad życiem i śmiercią człowieka, jak i argumentu społecznego. Odnosi się również do argumentu mówiącego, że uznanie samobójstwa za dopuszczalne skutkowałoby zwiększeniem liczby samobójców – uważa, że sytuacji takiej jest w stanie zapobiec naturalny ludzki strach przed śmiercią [4].

Inni filozofowie z czasów Oświecenia, tacy jak Monteskiusz i Voltaire, również uważali samobójstwo za moralnie dopuszczalne [2]. Jeremy Bentham dopuszczał samobójstwo nieuleczalnie chorych na mocy utylitarnego bilansu ogólnego szczęścia i cierpienia [2]. Podobnie Mill, powołując się na zasadę wolności w granicach nieszkodzenia innych [2], a ponadto uważając, że jednostka z reguły jest najlepszym sędzią swojego własnego dobra [5]. Przeciwstawiał się on w związku z tym ratowaniu samobójców. Małgorzata Szeroczyńska zwraca jednak uwagę, że ze stanowiska Milla nie wynika prawo samobójcy do uzyskania pomocy [2].

Ciekawe jest to, że wśród liberalnych myślicieli Oświecenia pojawiały się głosy potępiające samobójstwo. Encyklopedysta Denis Diderot odwoływał się do umowy społecznej – samobójstwo byłoby dopuszczalne, gdyby dana osoba była bezużyteczna społecznie, jednak praktycznie nie istnieją takie sytuacje [2].

Zdecydowanym przeciwnikiem samobójstwa był także Immanuel Kant. Jego argumentacja jest ściśle osadzona w ramach stworzonego przez niego systemu etycznego. Kant podaje dwa argumenty na rzecz swojej tezy. Pierwszy z nich jest związany z imperatywem kategorycznym (naczelną zasadą etyki Kantowskiej) w sformułowaniu „formuły powszechnego prawa". Argument ten brzmi następująco: „*Ktoś, komu życie sprzykrzyło się na skutek szeregu nieszczęść, które wzmogły się aż do beznadziejności, posiada jeszcze na tyle rozumu, że może się siebie zapytać, czy odebranie sobie życia nie sprzeciwia się obowiązkowi wobec siebie. Próbuje wtedy, czy też maksyma jego czynu może stać się ogólnym prawem przyrody. Maksyma brzmi zaś: Z miłości własnej biorę sobie za zasadę skrócić życie, jeżeli w razie dłuższego trwania bardziej grozi ono cierpieniami, niż obiecuje*

przyjemności. Zachodzi tylko jeszcze pytanie, czy ta zasada miłości własnej może stać się ogólnym prawem przyrody. Ale tutaj widzimy wnet, że przyroda, której prawem byłoby niszczenie samego życia przez samo to uczucie, którego celem jest pobudzanie do popierania życia, popadałaby sama z sobą w sprzeczność, a więc nie mogłaby istnieć jako przyroda, że zatem owa maksyma nie może być ogólnym prawem przyrody i dlatego całkowicie sprzeciwia się najwyższej zasadzie wszelkiego obowiązku" [6].

Drugi argument, jaki podaje Kant, wiąże się z innym wysłowieniem imperatywu kategorycznego, zwaną „formułą człowieczeństwa", która brzmi: „*Postępuj tak, byś człowieczeństwa tak w twej osobie, jak też w osobie każdego innego używał zawsze zarazem jako celu, nigdy tylko jako środka*" [7]. Popełnienie samobójstwa dla uniknięcia cierpienia jest użyciem swego człowieczeństwa jako jedynie środka do hedonicznego celu [7]. Rozwijając ten argument, Kant pisze: *„(...) Jednakże właśnie ta odwaga, ta siła ducha, która pozwala mu nie bać się śmierci i poznawać coś, co człowiek może cenić ponad swoje życie, powinna być dla niego tym silniejszym motywem, aby nie niszczyć istoty o tak wielkiej władzy, której podlegają najsilniejsze pobudki zmysłowe, a zatem nie pozbawiać siebie samego życia" [7]. Zabicie osoby ludzkiej, która nie tylko potrafi być moralna wbrew „najsilniejszym pobudkom zmysłowym*", ale wręcz jest, zgodnie z założeniami filozofii Kanta, źródłem i podstawą moralności [1], jest unicestwieniem samej moralności [3].

Zatem, jak pisze Jacek Malczewski, „*akceptując samobójstwo, musielibyśmy przyznać, że moralnie jest unicestwiać samą moralność*" [3]. Ponadto Kant zdawał się negować zdolność decyzyjną osób cierpiących proszących o pomoc w śmierci: „Jeżeli chory przykuty beznadziejnie do łoża woła o śmierć, nie wierzcie mu! Nie rozum, a nieznośne cierpienia dyktują mu to wołanie. W istocie jednak instynkt życia nie wygasł w nim całkowicie i może nieoczekiwanie dać znać o sobie" [2].

Jeśli chodzi o ustawodawstwo, pierwsze zmiany w kierunku jego liberalizacji nastąpiły w XVIII wieku. Samobójstwo zostało zdekryminalizowane w 1751 roku w Prusach, a w 1791 roku we Francji [8].

Romantyzm przyniósł nowy sposób postrzegania samobójstwa – w twórczości literackiej Roussaeu, Goethego, czy Flauberta przedstawiano taki sposób zakończenia życia jako adekwatną odpowiedź na społeczne niezrozumienie [1].

Z kolei nowo powstała psychiatria i socjologia wyjaśniały samobójstwo w kategoriach przyczyn medycznych lub społecznych, widząc w takiej formie zakończenia życia pewne zło, któremu należy zapobiegać, nie potępiając jednak samobójcy [8].

Dalej następowała liberalizacja ustawodawstw europejskich. W 1813 roku zniesiono kary dla samobójców w Bawarii [2].

Jeśli chodzi o filozofów, Fichte i Hegel widzieli w samobójstwie godny podziwu przejaw wolności odróżniającej człowieka od zwierząt, jednak inne aspekty ich filozofii sprawiały, że przyznali prymat tradycyjnemu argumentowi społecznemu przeciw samobójstwu [2].

Sprzeciw Schopenhauera wobec samobójstwa również opierał się na jego specyficznej metafizyce, natomiast warto odnotować, że nie uznawał on takiej formy zakończenia życia za „zbrodnię" i zauważał, że możliwość popełnienia samobójstwa daje nam poczucie, że istnieje wyjście z każdej sytuacji [9].

W latach 70. XIX wieku zapoczątkowana została współczesna debata na temat eutanazji. Jej uczestnicy formułowali pewne poglądy na temat moralności i dopuszczalności samobójstwa [3]. Przykładem jest artykuł Ody Oldberg zatytułowany „Das Recht auf den Tod". Autorka postawiła tezę, że samobójstwo co do zasady sprzeciwia się obowiązkom, jakie mamy wobec osób bliskich, ale człowiek ciężko chory jest z nich zwolniony. Argumentowała odwołując się do oszczędzenia rodzinie niepotrzebnych wydatków finansowych, a także do zwiększenia sumy powszechnego szczęścia. Dopuszczała jednak pomoc w śmierci tylko na prośbę osoby zainteresowanej [2].

Tematykę samobójstwa podejmowali również egzystencjaliści, rozważając ją w kontekście zagadnienia absurdu, czy też braku zastanego sensu ludzkiego życia, a także wolności człowieka. W ramach tych rozważań samobójstwo było widziane jako realizacja ludzkiej wolności lub też jej samounicestwienie. Stawiano też pytanie, czy taki sposób zakończenia życia jest adekwatną odpowiedzią na absurd ludzkiej egzystencji, czy też raczej rozwiązaniem pozornym, nieusuwającym problemu [1,9].

Na gruncie polskim kwestię samobójstwa podjął Tadeusz Kotarbiński. Podobnie jak autorzy powołujący się w historii filozofii na argument społeczny, dostrzegał on wagę zobowiązań wobec innych. Zobowiązania te mogą w pewnych okolicznościach uczynić samobójstwo niedopuszczalnym, jednak nie musi tak być zawsze. Kotarbiński dostrzegał też pozytywną wartość w czerpaniu z dóbr, jakich dostarcza nam życie, tak długo, jak się da. Jednak uważał, że „w tych granicach i pod tym warunkiem niechaj mu wolno będzie robić z sobą, co zechce, nawet odebrać sobie życie, jeśli będzie to dla niego złem najmniejszym z możliwych, wedle własnego rozeznania" [10]. Postulował też pomoc samobójcy ze strony medycyny [10].

Widać więc, że współczesna debata na temat dopuszczalności moralnej eutanazji nie byłaby możliwa bez stopniowej liberalizacji poglądów na dopuszczalność moralną samobójstwa, którą przedstawiłam w niniejszym artykule.

Piśmiennictwo

1. Cholby M.: Suicide [w:] The Stanford Encyclopedia of Philosophy, Zalta E.N. (red.), lato 2016, https://plato.stanford.edu/entries/suicide/ (data pobrania 15.05.2020).
2. Szeroczyńska M.: Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie: studium prawnoporównawcze. Universitas, Kraków ,2004.
3. Malczewski J.: Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem. Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa, 2012.
4. Hume D.: O samobójstwie. [w:] Dialogi o religii naturalnej i Naturalna historia religii wraz z dodatkami, Hume, D.. Wyd. PWN, Warszawa, 1962.
5. Macleod C., Mill J.S. [w:] The Stanford Encyclopedia of Philosophy, Zalta V (red.), lato 2017, https://plato.stanford.edu/cgi-bin/encyclopedia/archinfo.cgi?entry=mill (data pobrania 11.03.2017).
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, 9-82.
8. Jarosz M.: Samobójstwa. Wyd. PWN, Warszawa, 1997.
9. Ślipko T.: Etyczny problem samobójstwa. Wyd. Petrus, Kraków, 2008.
10. Kotarbiński T.: Być albo nie być? [w:] Medytacje o życiu godziwym, Kotarbiński T. Wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa, 1985m 80-85.

Stojąc na (chwiejnych) ramionach gigantów – czyli cierpienia największych mistrzów jazzu

Cezary Roman

Uniwersytet Muzyczny Fryderyka Chopina Filia w Białymstoku, Wydział Instrumentalno-Pedagogiczny, Edukacji Muzycznej i Wokalistyki, Białystok

Wstęp

Śledząc historie, dzieje cywilizacji, czy kultury zawsze napotka się na wybitne jednostki, które miały ogromny wpływ na bieg historii. Niejednokrotnie ją zmieniały. Bez względu na to, czy byli to naukowcy, odkrywcy, politycy lub artyści – mieli niesamowity wpływ na codzienne życie. Ich spuścizna do dziś ma wpływ na nasze życie. O ludziach, takich jak Albert Einsteien, Alferd Nobel, czy Michał Anioł śmiało ich osoby można określić mianem gigantów.

Role giganta i jego wpływ na ludzkość najlepiej scharakteryzował notabene gigant w dziedzinie fizyki - Isaac Newton: „Jeśli widzę dalej (niż ty i Descartes) to dzięki temu, że stoję na ramionach gigantów" (Autorstwo tej metafory przypisuje się Izaakowi Newtonowi: „*If I have seen further (than you and Descartes) it is by standing upon the shoulders of giants*". Sir Isaac Newton (1642– 1727) z listu do Roberta Hooka, Feb. 5, 1675/76. Jednakże podawani są inni autorzy, którzy znacznie wcześniej użyli tego wyrażenia: „*Pigmies placed on the shoulders of giants see more than the giants themselves*". Lucan (A.D. 39-65) z The Civil War, Ib. II, 10 (Didacus Stella): „*I say with Didacus Stella, a dwarf standing on the shoulders of a giant may see farther than a giant himself*". Robert Burton (1577–1640) z „*The Anatomy of Melancholy*" (1621–1651): „*The dwarf sees farther than the giant, when he has the giant's shoulder to mount on – Coleridge, „The Friend*", (1828). J. Bartlett, Familiar Quotations, 10th ed. 1919.) [1]. Metafora Newtona (do której nawiązuje tytuł) oznacza, że dzięki zgromadzonej wiedzy i doświadczeniu, następne pokolenia mogą odkrywać nowe koncepcje i idee w różnych dziedzinach „stojąc na ramionach gigantów".

Jednak giganci (nawet ci najwięksi) byli tylko ludźmi, którzy oprócz swych wielkich talentów, osobowości, wiedzy, czy erudycji musieli mierzyć się z problemami. Ich ramiona niekiedy pozostawały chwiejne.

W niniejszej pracy przedstawię osiągnięcia wynoszące wielkich jazzmanów (Charlie Parker, Miles Davis, Buda Powela czy Cheta Bakera) do rangi gigantów oraz ich demony i cierpienia, którym musieli stawiać czoła.

Jazz

Jazz jako muzyka powstaje na początku XX wieku. Łączy w sobie różne gatunki – bluesa, ragtime'u i muzyki europejskiej. Początki jazzu rodzą się w Nowym Orleanie, z którego to wyjdzie na świat jeden z największych trębaczów i wokalistów, a zarazem wielki propagator jazzu – Louis Armstrong. Jazz przechodzić będzie rozwój i prawie każda dekada będzie mieć swój kierunek i swoją stylistykę jazzową. Lata dwudzieste to przede wszystkim dixieland. W trzeciej dekadzie XX wieku pojawi się swing, a w czwartej bebop itd. Jazz to w dużej mierze nieskrępowana niczym improwizacja i bogata harmonia. To również muzyka barw, ale jak twierdzi Barbara Hendricks – śpiewaczka operowa i wokalistka jazzowa, w tym gatunku najważniejsze są uczucia: „*Jazz musi się przede wszystkim czuć. A jeśli potrafi się go śpiewać, będzie się w stanie podołać wielu innym artystycznym wyzwaniom. W jazzie ukryte jest to samo, co u Mozarta – na przykład bardzo prawdziwe, szczere ludzkie emocje. I absolutnie nie można mówić, że to muzyka łatwiejsza. Ellingtona traktuję równie poważnie jak na przykład Szostakowicza, obaj są wybitnymi twórcami*" [2].

Próba psychiatrycznej diagnozy muzyków jazzowych

Czy te „szczere ludzkie emocje" to tylko sztuka dla sztuki, czy może jednak wynikają one z głębi osobowości artysty. Jego wrażliwości, inteligencji, wyobraźni.

Czy są to tylko radosne emocje? A może mnóstwo jest w nich bólu, cierpienia, niepewności, straty?

Skąd się brały (szczególnie negatywne emocje), zbadał dokładnie angielski psychiatra Geoffrey Wills [3].

Na łamach „*The British Journal of Psychiatry*" Wills dokonując przeglądu materiału biograficznego czterdziestu największych muzyków jazzowych, podejmuje próbę sformułowania diagnoz za pomocą DSM-IV. Jak pokazują wyniki jego badań liczba „demonów", z którymi mierzyli się giganci jazzu jest bardzo długa. Wills wyróżnia w wynikach

swoich badań kilka obszarów, w które są wspólne dla danej grupy badanych. Najważniejsze z nich, to [3]:

- zaburzenia związane z uzależnieniem od heroiny,
- zaburzenia związane z uzależnieniem od alkoholu,
- zaburzenia związane z uzależnieniem od kokainy,
- schizofrenia.
- i inne zaburzenia psychotyczne [3].

Co ciekawe, ponad połowa (52% badanych) było uzależnionych od heroiny w pewnym momencie życia. W przypadku pięciu z nich zażywanie heroiny było powodem przedwczesnej śmierci. Natomiast uzależnienie od kokainy, w przypadku trzech muzyków było następstwem zaprzestania używania heroiny. Czternastu badanych przezwyciężyło w pewnym momencie uzależnienie od narkotyków. Skąd się wzięło aż takie zainteresowanie substancjami narkotycznymi wśród jazzmanów? Zdaniem Willisa odpowiedzi na to pytanie należy szukać w obyczajowości, jaka panowała w Stanach Zjednoczonych, w drugiej połowie lat czterdziestych: *„(...) że używanie heroiny było szeroko rozpowszechnione wśród współczesnych muzyków jazzowych w okresie po II wojnie światowej i było ku temu wiele powodów. Po wojnie nastąpił dramatyczny wzrost dostępności heroiny, ponieważ szlaki dostaw z Dalekiego Wschodu i Turcji zostały ponownie otwarte przez mafię. (...) Heroina podróżowała przez Marsylię bezpośrednio do Nowego Jorku i była łatwo dostępna. Współczesny jazz był rewolucyjną muzyką, która została odrzucona przez opinię publiczną, a heroina, podobnie jak muzyka, była zdecydowanie antyestablishmentowa. Dlatego też był przyjmowany przez zniechęconych muzyków*" [3].

Badania Willisa wykazują też, że jedenaścioro badanych (27%) nadużywało alkoholu. Taki sam procent badanych uskuteczniał mieszanie substancji psychoaktywnych (heroina, kokaina) z alkoholem. Ostatecznie z badanej grupy tylko pięć osób przezwyciężyło uzależnienie alkoholowe. Badacz zaobserwował też, że 7,5% (trzy procent badanych) miało zaburzenia psychotyczne [3].

Sylwetki gigantów

Przyjrzyjmy się niektórym z gigantów – ich talencie, muzykalności, potencjałowi i osobowości oraz temu, co wywoływało „chwiejność ich ramion".

Miles Davis

Jednym z najbardziej guru jazzu był trębacz - Miles Davis. Praktycznie każda jego płyta to arcydzieło, wnosząca coś nowego. Coś, czego wcześniej nie było. A dla tych, którzy aż tak nie są wtajemniczeni w zaklęte rewiry muzyki, Miles Davis to magia nazwiska. Według dziennikarza muzycznego Rafała Gaszyńskiego – amerykański trębacz to przede wszystkim osobowość. Jego zdaniem „Miles na zawsze pozostanie największym trębaczem historii jazzu. To też jeden z nielicznych muzyków, którzy zawłaszczyli sobie własne imię. Ileż to razy każdy z nas w rozmowie mówi… Miles to, Miles tamto, Miles zagrał, nagrał… Nikt nie ma wątpliwości, o jakim Milesie mówimy. Kto jeszcze zasłużył na takie wyróżnienie (jeśli odrzucimy liczne w jazzie przydomki?)" [4].

Według złośliwych Miles Davis w historii muzyki nie zrobił nic, tylko odmienił jej bieg kilkukrotnie. Bo jak nie nazwać sytuacji, kiedy płyta „*Birth of the cool*" otwiera się na nowy kierunek w muzyce, rozpoczynając erę cool jazzu. W ślady Milesa pójdą też inni giganci – Stan Getz, Dave Brubeck, Paul Desmond, czy Chet Baker. Jednak to on dał im początek. To tylko mały przykład „punktu zwrotnego" wykreowany prze Milesa Davisa. Najbardziej znamiennym osiągnięciem będzie płyta „*Kind of blue*", zarejestrowana w 1959 roku. Ta znakomita sesja, stanie na zawsze momentem definitywnego zamknięcia ery bebopu. Miles Davis zgromadzi wokół siebie najbardziej znamienite osobowości świata jazzu (m.in. Johna Coltrane'a, Canonballa Aderley'a, czy Billa Evansa, którzy namaszczeni przez mistrza, w przyszłości wypracują i stworzą własne style i sami staną się gigantami) i razem z nimi stworzy arcydzieło, na temat którego rozpisywać się będą najwięksi. „Na temat tej płyty światowe autorytety napisały całe grube książki – najlepsze z tych, które czytałem to „*Kind Of Blue: The Making Of The Miles Davis Masterpiece*" Ashley Kahn i Jimmy Cobba, „*The Blue Moment: Miles Davis's Kind Of Blue And The Remaking Of Modern Music*" Richarda Williamsa, a także "*The Making Of Kind Of Blue*" *Miles Davis And His Masterpiece*" Erica Nisensona. Autorzy książek nie są zbyt kreatywni w wymyślaniu ich tytułów, ale każda z nich ma grubo ponad 200 stron" [5].

Jednak obok tych wielkich i epokowych dzieł, „zachwianie ramion u giganta" powodowały przede wszystkim narkotyki. „Było dużo ćpania na scenie muzycznej, wielu muzyków to robiło, szczególnie heroinę" [6] - wspomina w swojej autobiografii. Po raz pierwszy styczność Milesa Davisa rozpocznie się w garderobie wielkiej wokalistki jazzowej (także uzależnionej o substancji psychoaktywnych, głównie od heroiny) – Billy Holiday. Trębacz doskonale wiedział, jakie skutki niesie za sobą uzależnienie od narkotyków (miał

świadomość, co się działo z Charlie Parkerem, czy Billy Holiday), a mimo to spróbował. Być może była to chęć dorównania Charliemu Parkerowi (według „miejscowych legend" zażywanie heroiny miało poprawić technikę i doprowadzić do poziomu Parkera), który był niedoścignionym mistrzem Milesa Davisa, a może ma rację Geoffrey Wills twierdząc, że sięganie po narkotyki było sposobem na poszukiwanie doznań „głównie w formie odreagowania oraz poszukiwania dreszczyku emocji i przygód, (…) co sugeruje, że ich problemy związane z substancjami były częścią szerszego spektrum ich apetytów, a nie tylko wynikiem wpływu ich środowisko pracy" [3].

Miles Davis szczęśliwie wygrywa z nałogiem narkotykowym, "tak naprawdę dzięki przykładowi Sugar Ray Robinsona. Pomyślałem, że jeśli on może być tak zdyscyplinowany, to ja też mógłbym" [6]. Sugar Ray Robinson był bokserem uzależnionym od narkotyków, który poradził sobie ze swoim nałogiem.

Chet Baker

Chociaż historia Milesa Davisa kończy się szczęśliwe, nie brakowało gigantów, którzy przegrali walkę z narkotykami. Przykładem jest inny trębacz jazzowy - Chet Baker. Jak pisze dziennikarz Piotr Jagielski na łamach portalu Jazzarium.pl „Chet nie był wielkim trębaczem. Nie był też wielkim wokalistą. Jego gra do złudzenia przypominała kopię brzmień, które w tamtym okresie można było usłyszeć w Harlemie, w klubach na 52. ulicy jak Onyx, czy Three Deuces. Baker był rozkochany w melancholijno-romantycznej grze młodego, czarnoskórego trębacza, Milesa Davisa. Przejął bardzo wiele ze specyfiki davisowskiej gry i w pewien przewrotny sposób spopularyzował ją wśród białej publiczności, nadal podejrzliwie spoglądającej w kierunku „czarnego" jazzu" [7].

Na czym więc polegał fenomen Cheta Bakera? Trębacz posiadał cechy, które przysporzyły mu setki tysięcy (jak nie więcej) miłośników swego talentu. Zachwycał urodą, swoim urokiem i czarem osobistym. Był niezwykłą osobowością, która z tkliwych melodii potrafiła wydobyć czarownym i ciepłym brzmieniem trąbki kwintesencje danego tematu. Jednak to nie koniec – trębacz wspomniane melodie nie tylko grał, ale i chętnie je śpiewał. Dzięki temu Chet Baker szybko zyskał duży majątek, nagradzany przez prasę, hołubiony przez słuchaczy. Jego płyty oraz bilety na koncerty rozchodziły się w zawrotnym tempie, niczym ciepłe bułeczki. „*Nawet jeśli Baker nie był wirtuozem ani wizjonerem to nie robiło mu to różnicy. Nie miał zamiaru, by ten drobiazg stanął mu na drodze na szczyt. Nie miał zamiaru przejść przez życie niezauważony*" [7].

Jednak poszukiwanie wrażeń „podczas drogi na szczyt" doprowadza go do sięgnięcia po heroinę. Rozpoczyna się szybki i niekontrolowany zjazd z drogi pod górę. Narkotyki wyniszczają tak bardzo muzyka, że traci swą urodę i naturalność, a na domiar złego w niejasnych okolicznościach (możliwe, że został pobity, możliwe, że sam siebie uszkodził) ucierpiało jego uzębienie oraz żuchwa. Chet Baker traci możliwość gry. Przestaje być „Jamesem Deanem jazzu". Staje się starcem ze sztuczną szczęką. Końcówka życia to ostatni akt dramatu niegdyś ikony jazzu. Chet Baker kompletnie traci popularność i gra jedynie niewielkie koncerty.

W 1988 roku trębacz i wokalista wypada przez okno. Nie są znane okoliczności jego śmierci – może wypadł sam, a może ktoś go wypchnął. Fakt faktem, do końca życia nie rozstał się ze swoim nałogiem.

Demonami gigantów jazzu były nie tylko używki. Niektórzy z nich, jak pianiści Bud Powell, czy Thelonius Monk mieli problemy natury psychologicznej.

Bud Powell

Bud Powell był pianistą jazzowym ery bebopu. Znany ze swojej niesłychanej precyzji w grze. Niektórzy mówili o nim, że jest na wyciągnięcie ręki do Charlie Parkera, jeśli chodzi o precyzję gry. Szybko zauważony, jeszcze jako nastolatek stanął u boku wielkiego Charlie Parkera, ale niedługo po tym wydarzeniu towarzyszyć będzie muzykom, takim jak Dexter Gordon, czy Kenny Clark. Chociaż świetnie zapowiadający się muzyk mógł dosięgnąć szczytów jego mistrzów, nigdy tego nie dokonał, a to za sprawą choroby psychicznej. Niestety, Geoffrey Wills w swoich badaniach ma za mało szczegółów, aby podać szczegóły choroby. Prawdopodobnie mogła być to schizofrenia paranoidalna. „*Wielu kolegów muzyków uważało, że jego choroba została wywołana po tym, jak policja pobiła go w głowę, gdy miał 21 lat*" [8].

Jak zauważa Piotr Jagielski „był listopad 1947 roku i choć Bud Powell miał przed sobą jeszcze dobre 19 lat życia, można zaryzykować tezę, że zmarł właśnie wtedy - w listopadzie 47'. Wtedy został siłą ulokowany w zakładzie psychiatrycznym w Creedmoore. Powodem było, cóż, „dziwactwo" jego sposobu bycia, nie pasujące do obowiązującej, purytańskiej normy"[9]. Nie tylko choroba, ale również nadużywanie alkoholu będzie miało ogromny wpływ na życie muzyka.

Pianista jeszcze wielokrotnie trafi do szpitali psychiatrycznych. Umrze w szpitalu w Nowym Jorku w 1966 w stanie wycieńczenia i zdewastowania alkoholem.

Thelonius Monk

Geniuszem, o którym śmiało można powiedzieć, że był muzykiem niekonwencjonalnym, jest amerykański pianista - Thelonius Monk. Obok opisywanego wyżej Buda Powella, był jednym z najważniejszych i najznamienitszych pianistów lat czterdziestych ubiegłego wieku. O ile Milesa Davisa można uznać za muzyka, który definitywnie zamknął erę bebopu, o tyle Monk był jazzmanem otwierającym ten kierunek. Pianista grę na instrumencie opanował samodzielnie, a zaczął przygodę z fortepianem w wieku sześciu lat. Monk inspirował się grą wielkiego Arta Tatuma (z którego czerpać będą również inni pianiści, chociażby Bill Evans), ale z biegiem czasu wytworzył swój własny niepowtarzalny styl. Zdaniem wielu bardzo ciężki i niedelikatny. Czasami można było odnieść wrażenie - jednak to tylko wrażenie, jakby muzyk chciał ukarać swój instrument. Dominowała zdecydowanie dynamika forte, a uderzenia w klawisze był mocne i konkretne. Niektórzy, jak chociażby Miles Davies – twierdzili, że z Monkiem nie da się grać, że jego styl jest zbyt siermiężny. Uważał, że pianista nie potrafi towarzyszyć innym na scenie, gdyż nie potrafi zagrać lekkiej partii, by wyciągnąć czyjąś solówkę na pierwszy plan. Jednak ten, kto zna doskonale twórczość Monka (chociażby kompozycję Ruby my Dear), jest w stanie zauważyć niezwykłą delikatność gry jazzmana i dostrzec, jak wielkie są w nim pokłady wrażliwości.

Thelonius Monk był niezwykle wyrazistym muzykiem. Znany był z tego, że potrafił zachowywać się w dość niespotykany sposób, jak na muzyka jazzowego. Kiedy kończył swoje solo na fortepianie i „oddawał pałeczkę" koledze z zespołu, potrafił wstać i w dosyć niezgrabny sposób, rzec by można z niedźwiedzią gracją, tańczyć do właśnie wykonywanej improwizacji. Często też ubrany „po swojemu" – w puchową czapkę, podciągnięte skarpetki (czasami włożone w spodnie) i ekscentryczną marynarkę.

Jednakże w cieniu tych wszystkich kolorowych elementów osobowości i niestandardowego zachowania Monka, na dalszy plan wysuwają się jego problemy z psychiką. W filmie dokumentalnym „*Thelonius Monk: Staright no chaser*" jego ekscentryczne zachowanie przypisuje się chorobie psychicznej. Co najciekawsze - nierozpoznanej. Jej objawy nasilały się z czasem. Niekiedy muzyk był bardzo pobudzony, następnego dnia niezwykle spokojny, by później zamknąć się w sobie. Spekulowano, czy nie jest to psychoza maniakalno-depresyjna lub schizofrenia, jednak nie zachowała się żadna dokumentacja medyczna Monka. Postępowanie choroby przypisuje się podawaniu jazzmanowi środków psychoaktywnych, które według niektórych miały spowodować trwałe uszkodzenie jego mózgu. Jednak w świetle najnowszych odkryć medycznych można domniemywać, że Thelonius Monk mógł mieć po prostu Zespół Aspergera.

Muzyk ostatnie lata swego życia spędził w odosobnieniu. Thelonius Monk w tym czasie już nie grał, chociaż fortepian stał w jego pokoju do ostatnich dni. Umiera w wyniku wylewu krwi do mózgu 17 lutego 1982 roku. Został pochowany na cmentarzu w Stanie Nowy Jork [10].

To tylko kilka wybranych przykładów „demonów", z którymi musieli walczyć giganci. Jeśli przyjrzymy się także innych, których można uznać za najwybitniejszych jazzmanów, możemy zauważyć, że w ich życiu pojawiają się podobne „demony". Czytając biografie zauważymy, że większość z nich musiała się mierzyć z takimi lub innymi problemami.

Podsumowanie

Wielki giganci muzyki jazzowej (i nie tylko) mieli swoje demony, które rujnowały im zdrowie, kariery, życie prywatne. Podatność na nałogi, czy choroby psychiczne często związana była z ich niesamowitą wrażliwością. Wrażliwością, która w połączeniu z ich doświadczeniami życiowymi pozwoliła na tworzenia arcydzieł muzyki światowej, nieustająco zachwycających od lat.

Niech podsumowaniem tych dywagacji będą słowa piosenki wyśpiewanej przez Cheta: „*Some folks were meant to live in clover, But they are such a chosen few. And clover being green is something I've never seen 'Cause I was born to be blue. When there's a yellow moon above me, They say there's moonbeams I should view But moonbeams being gold are something I can't behold 'Cause I was born to be blue. When I met you the world was bright and sunny When you left the curtain fell I'd like to laugh but nothing strikes me funny Now my world's a faded pastel, well… I guess I'm luckier than some folks, I've known the thrill of loving you. And that alone is more than I was created for 'Cause I was born to be blue. When I met you the world was bright and sunny When you left the curtain fell I'd like to laugh but nothing strikes me funny Now my world's a faded pastel, well… I guess I'm luckier than some folks, I've known the thrill of loving you. And that alone is more than I was created for 'Cause I was born to be blue. 'Cause I was born to be blue. 'Cause I was born to be blue"* [11].

„Znam tych, co żyją w polnych kwiatach Jednak wybrańców mało jest Ja zieleni ich łąk Nie znałem przenigdy, bo Do smutku zrodziłem się Księżyca tarczę mam nad głową Złote promienie widzą w niej Lecz złota w ciemną noc Nie mogę zobaczyć, bo Do smutku zrodziłem się Gdym cię spotkał Świat jasnym mi się jawił Odeszłaś i... kurtyna w dół Chciałbym się śmiać Lecz dzisiaj nic mnie nie rozbawi Jak pastel świat mój wyblakł już Cóż… Sądzę, że miałem

trochę szczęścia Poznałem dreszcz kochania cię To więcej - tylko to, Niż dostać mogłem, bo Do smutku zrodziłem się" [11].

Piśmiennictwo

1. https://www.phrases.org.uk/bulletin_board/5/messages/566.html (data pobrania: 07.07. 2021).
2. https://www.rp.pl/artykul/583391-Wizyta-legendy-swiatowego-jazzu.html (data pobrania: 07.07.2021).
3. Wills G.I.: Forty lives in the bebop business: mental health in a group of eminent jazz musicians. British Journal of Psychiatry, 2003,183, 255-259.
4. https://www.jazzpress.pl/kanon-jazzu/3025-kind-of-blue-miles-davis (data pobrania: 07.07.2021).
5. Davis M.: Kind Of Blue Deluxe 50th Anniversary Collector's Edition [3CD], 2018.
6. Davis M., Troupe Q.: Miles Davis. Autobiografia. Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław, 2014.
7. https://www.jazzarium.pl/przeczytaj/artyku%C5%82y/chet-baker-james-dean-jazzu (data pobrania: 10.07.2021).
8. Andreason, N.C.: Creativity and mental illness: prevalence rates in writers and their first-degree relatives. American Journal of Psychiatry, 1987, 144, 1288–1296.
9. https://www.jazzarium.pl/przeczytaj/artyku%C5%82y/bud-powell-dogoni%C4%87-bir da (data pobrania: 22.07.2021).
10. https://www.jazzarium.pl/tags/thelonious-monk (data pobrania: 23.07.2021).
11. https://www.tekstowo.pl/piosenka,chet_baker,born_to_be_blue.html (data pobrania: 23.07.2021).

Śmierć mózgowa – wybrane aspekty

Robert Chłud[1], Grzegorz Bejda[2]

1. Absolwent Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Zjawisko śmierci w literaturze

Śmierć towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów i jest wpisana w ludzką egzystencję. Zagadnienia związane ze śmiercią tłumaczy i wyjaśnia tanatologia, nauka o śmierci, od greckich słów *thanatos* (śmierć) oraz *logos* (nauka). Tanatologia empiryczna opisuje śmierć w aspekcie zjawiska biologicznego i medycznego, tanatologia egzystencjonalna natomiast przedstawia rozważania nad procesem umierania w aspekcie sensu filozoficznego [1,2].

Śmierć należy rozważać jako umieranie, właściwą śmierć oraz bycie umarłym. Umieranie jest traktowane jako proces, który prowadzi do śmierci, czyli bycia umarłym. Sama śmierć to moment, w którym człowiek staje się umarły, a bycie umarłym to z kolei stan pozbawiony oznak życia. Umieranie traktuje się zatem jako śmierć nadchodzącą, śmierć - jako śmierć przychodzącą, a bycie umarłym – jako śmierć odchodzącą [3]. Na tej podstawie wydaje się właściwe postrzeganie śmierci nie jako stanu, ale procesu, składającego się z następujących po sobie faz, w których rozmywa się wyraźna granica pomiędzy życiem a śmiercią [4].

Śmierć najczęściej jednak rozpatruje się w aspekcie biologicznym lub medycznym. W takim rozumieniu wyróżnia się cztery zasadnicze fazy umierania: agonię, śmierć kliniczną, osobniczą i biologiczną. Agonia to przedsionek śmierci, a zatem stan, w którym następują walka o życie, poparta zmianami behawioralnymi, od pełnej świadomości do jej utraty i majaczenia, zwidów, nielogicznego myślenia. W czasie agonii organizm jest coraz słabszy, dochodzi bowiem do zatrzymywania się poszczególnych funkcji życiowych, słabnie oddech, serce pracuje wolniej. Faza agonii nie występuje jednak w przypadku śmierci nagłych, jak śmierć w wypadku, w wyniku zatoru, zawału serca, niewydolności oddechowej itp. [3].

O śmierci klinicznej mówi się w przypadku utraty przytomności człowieka wraz ze zwiotczeniem mięśni, ustaniem krążenia i zatrzymaniem akcji serca, jak również przy braku

tętna i oddechu oraz blednięciu skóry i błon śluzowych, oraz obniżeniu temperatury ciała. Jeśli te objawy wystąpią następuje kolejna faza śmierci – śmierć osobnicza. Należy wspomnieć, że nie zawsze towarzyszy ona śmierci klinicznej, choć często jest z nią utożsamiana. Śmierć kliniczna zachodzi po wystąpieniu wymienionych objawów, ale czasami pacjenci się z niej wybudzają i dlatego też dochodzi do mylnego stwierdzenia zgonu przez lekarza na podstawie ustania funkcji życiowych, choć one tylko niebezpiecznie zwalniają, przypominając śmierć. Jeżeli objawy śmierci klinicznej wystąpią bez poprzedzającej je agonii, możliwe jest również przywrócenie funkcji życiowych za sprawą resuscytacji krążeniowo-oddechowej. W przypadku śmierci osobniczej zaś funkcje życiowe ustają ostatecznie [3].

Śmierć biologiczna przychodzi wówczas, kiedy na skutek śmierci osobniczej na ciele zmarłego pojawiają się charakterystyczne dla zmarłego znamiona, jak plamy opadowe, stężenie pośmiertne oraz wychłodzenie [5].

W medycynie wyróżnia się śmierć naturalną, z przyczyn chorobowych oraz gwałtowną. Śmierć naturalna nadchodzi w wyniku starzenia się organizmu, fizjologicznego zużywania się komórek, tkanek czy narządów. W dobie powszechnego dostępu do medycyny i wydłużania się życia człowieka śmierć naturalna to rzadkie zjawisko, które znacznie częściej wypierane jest przez śmierć z powodu choroby [6,7].

Ten rodzaj śmierci najczęściej poprzedza agonia. Śmierć gwałtowna również może być powodowana chorobą, ale najczęściej następuje w wyniku przekroczenia granic wytrzymałości organizmu, na skutek urazu mechanicznego, chemicznego, fizycznego termicznego itp. [8,9].

Śmierć jest zjawiskiem szeroko rozważanym nie tylko w medycynie, choć to z nią nieodłącznie się kojarzy. Pojęcie śmierci można rozpatrywać również w ujęciu psychologicznym - jako izolację i brak reakcji na bodźce oraz w ujęciu społecznym - kiedy człowiek dla świata umiera wcześniej, niż nastąpi jego śmierć biologiczna [8].

Śmierć należy rozpatrywać też na równi z umieraniem, czyli procesem, którego ostatecznym efektem jest śmierć. Jednakże śmierć trudno jest jednoznacznie definiować, jest to trudne w każdej z dyscyplin naukowych badających to zjawisko. Rolę definicyjną pełnią właściwie kryteria śmierci, które jeśli zostaną spełnione, można mówić o śmierci organizmu. Na podstawie kryteriów rozpoznawania śmierci oraz testów diagnostycznych sformułowano biologiczną definicję śmierci - ustanie funkcjonowania organizmu jako całości [10,11], chociaż pamiętać trzeba, że pojęcie ustania funkcji życiowych jest niejednoznaczne. Właściwe jest tu przywołanie zbioru kryteriów, których granice definiowania są narzucone przez naturę śmierci [12].

Kryteria orzekania o śmierci pacjentów

Pojęcie śmierci odnosi się zarówno do śmierci całego organizmu, jak i poszczególnych jego części. Mówi się również po prostu o śmierci osoby oraz także o śmierci organizmu, jako całości, rozumianej jako śmierć [11]:

- krążeniowo-oddechowa
- całego mózgu
- pnia mózgu
- „wyższego mózgu" – utrata świadomości.

Pod koniec ubiegłego wieku oczywiste było, że jeżeli ustanie krążenie, a człowiek przestanie oddychać, można mówić o jego śmierci. Zazwyczaj z procesem ustania krążenia i oddechu dochodzi do ustania aktywności mózgu. Postęp medycyny spowodował jednak, że czynność serca można przywrócić, a oddech wymusić, co wypaczyło dotychczasowy obraz śmierci. Śmierć mózgowa wydała się wówczas właściwym podejściem do definiowania śmierci człowieka.

W aspekcie medycznym śmierć obejmuje obecnie trzy zasadnicze etapy [12]:

- nieodwracalne ustanie krążenia krwi oznacza śmierć człowieka jako całości, niekoniecznie oznacza natychmiastową śmierć wszystkich komórek ciała (definicja klasyczna);
- nieodwracalne ustanie funkcji mózgu oznacza śmierć człowieka jako całości, niekoniecznie oznacza natychmiastową śmierć innych układów (definicja tzw. nowa);
- nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć pnia mózgu jako całości, niekoniecznie oznacza natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu (definicja tzw. nowa zmodyfikowana).

Nieodwracalność określa tu brak możliwości przywrócenia utraconych funkcji organizmu [14].

Obok nieodwracalności, ważnej z punktu widzenia wyeliminowania przedwczesnego orzekania o śmierci człowieka, kryteria śmierci obejmują też jej selektywność, a zatem wybór objawów, które z całą pewności świadczą o śmierci oraz jej całościowość, czyli uwzględnianie fizycznych i psychicznych funkcji organizmu, ale i pewności o nieodwracalnej utracie istnienia człowieka [15].

Obecnie w Polsce obowiązują osobne kryteria stwierdzania zgonu, na podstawie ustania funkcji życiowych lub śmierci pnia mózgu. Według pierwszego kryterium, uznanie człowieka

za zmarłego opiera się na analizie objawów, zachodzących w efekcie ustania krążenia i oddechu, to jest ustanie funkcji ośrodkowego układu nerwowego (brak świadomości, brak tętna, brak oddechu, brak tonów serca, rozszerzone źrenice, brak reakcji źrenic na bodziec świetlny). Należy jednak pamiętać, że występowanie tych objawów równie dobrze może mieć związek z miażdżycą, zatruciem lekami czy chorobami siatkówki. Oczywistą przesłanką do stwierdzenia zgonu są objawy pośmiertne, jak stężenie pośmiertne, plamy opadowe czy bladość powłok skórnych, ponadto istotny jest zapis na kardiomonitorze w szpitalu czy hospicjum [11].

Stwierdzanie zgonu z powodu ustania krążenia i oddechu jest łatwiejsze niż orzekanie o śmierci na podstawie drugiego dostępnego kryterium, to jest śmierci pnia mózgu. Śmierć ta wiąże się z długotrwałym procesem umierania, kiedy organizm ludzki jest sztucznie podtrzymywany przy życiu za pomocą urządzeń medycznych. Orzeczenie o śmierci mózgowej upoważnia wówczas lekarza, za zgodą rodziny do zaprzestania dalszych czynności medycznych wobec pacjenta [12,15].

Pojęcie śmierci mózgowej

Śmierć mózgowa jest związana z nieodwracalnym ustaniem czynności mózgu oraz z faktem przyznania, że człowiek nie żyje, mimo, że pozostałe jego narządy nadal funkcjonują (najczęściej są podtrzymywane sztucznie). Punktem wyjścia dla rozważań o śmierci osobniczej (mózgowej) jest art. 9 ust. 1 ustawy o przeszczepach [16], który przewiduje pobranie komórek, tkanek i narządów w celu przeprowadzenia przeszczepu po stwierdzeniu trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Śmierć mózgową określa się na podstawie wytycznych w sprawie kryteriów i sposobów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu, ustalonych przez specjalistów z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej, zawartych w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu [17].

Momentem przełomowym w definiowaniu śmierci według kryteriów ustania funkcji mózgu był Raport Harvardzki z 1968 roku, według którego śmierć mózgową można orzec, jeśli wystąpią konkretne do tego przesłanki w postaci objawów, takich jak [11]:

- brak zdolności odbierania bodźców i brak odpowiedzi na nie;
- brak ruchów i oddechu;
- brak odruchów, w tym również odruchów z poziomu rdzenia kręgowego;

– płaski EEG (elektroencefalogram).

Raport harwardzki był początkiem całego procesu przyjmowania nowej definicji śmierci, w którym podniesiono również kwestię niewystarczalności definicji opartej na kryteriach krążeniowo-oddechowych. Podjęto również dyskusję na temat tego, która część mózgu definitywnie określa człowieka. Podzielono zatem stanowiska na optujące za uznaniem śmierci całego mózgu, w tym pnia mózgu jako kryterium śmierci oraz za uznaniem śmierci kory mózgowej, odpowiedzialnej za świadomość, jako kryterium śmierci [14].

Najważniejszym etapem w ewolucji definicji śmierci opartej na kryteriach śmierci pnia mózgu była konferencja w Montrealu w 2012 roku, na której opracowano uniwersalną definicję śmierci, w brzmieniu: „*Śmierć jest to trwała utrata przytomności oraz trwała utrata wszystkich funkcji pnia mózgu. Może być spowodowana trwałym ustaniem krążenia lub krytycznym uszkodzeniem mózgu. W kontekście stwierdzania śmierci określenie „trwałe" oznacza utratę funkcji, która nie może powrócić spontanicznie i nie będzie przywrócona na drodze interwencji*." Zgodnie z tą definicją, krytyczne uszkodzenie mózgu prowadzi do rozpoznania śmierci w oparciu o kryteria neurologiczne, tradycyjnie określanej jako śmierć mózgu. W Montrealu zaproponowano całościowe podejście do zagadnienia śmierci, definiując ją jako nieodwracalne uszkodzenie mózgu, podkreślając jednocześnie, że może do niego dojść wskutek patologicznych procesów ogólnoustrojowych, wśród których dominuje zatrzymanie systemowego krążenia krwi, lub z powodu zmian chorobowych pierwotnie zlokalizowanych w jamie czaszki, prowadzących do krytycznego wzrostu ciśnienia w jej obrębie i przez to do zahamowania mózgowego przepływu krwi. Według tej definicji, kryteria neurologiczne znajdują zastosowanie w diagnostyce śmierci mózgu, a co za tym idzie śmierci człowieka jako całości niezależnie od mechanizmu, który do niej doprowadził. W większości przypadków obrzęk mózgu wynikający z jego uszkodzenia narasta od strony przestrzeni nadnamiotowej, a pień mózgu umiera jako ostatnia jego część. Trwałe uszkodzenie pnia mózgu ustala się na podstawie braku określonych odruchów nerwowych i braku spontanicznej czynności oddechowej [17].

Postępowanie takie, oparte przede wszystkim na badaniach klinicznych, w przeważającej liczbie przypadków jest możliwe, a jego wynik jest pewny. W szczególnych okolicznościach (np. w urazach twarzoczaszki) badanie odruchów pniowych nie jest jednak możliwe do przeprowadzenia, a w innych (np. zatrucia, farmakoterapia) ich interpretacja jest trudna. Co więcej, w pierwotnie podnamiotowych uszkodzeniach mózgu śmierć mózgu wymaga szczególnego postępowania diagnostycznego, bowiem kliniczne objawy trwałego

uszkodzenia pnia mózgu nie oznaczają w tym przypadku jednoczesnego nieodwracalnego uszkodzenia całego mózgu. W takich przypadkach podejrzenie śmierci mózgu musi być potwierdzone badaniami instrumentalnymi [17].

Procedura orzekania o śmierci mózgowej

Procedura orzekania o śmierci mózgowej uregulowana jest w załączniku do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu [17]. Podano w nim ogólny zarys procedury, jak i szczegółowe wytyczne dla lekarzy. Rozpoznanie śmierci mózgu jest dwuetapowe:

- W etapie pierwszym istotne jest stwierdzenie podstawowej arefleksji pniowej, określenie przyczyny określenie przyczyny, która doprowadziła do skrajnie ciężkiego uszkodzenia mózgu, i przeprowadzenie obserwacji wstępnej
- W drugim etapie następuje dwukrotna analiza stwierdzeń i wykluczeń, dwukrotne wykonanie badań potwierdzających arefleksję pniową oraz trwały bezdech, a w uzasadnionych przypadkach wykonanie dodatkowego badania instrumentalnego.

Etap I [17]

- arefleksja pniowa (zanik odruchu kaszlowego i wymiotnego, rozszerzenie źrenic, brak reakcji źrenic na światło);
- analiza przebiegu leczenia i wykonanie badania obrazowego, potwierdzającego ciężkie uszkodzenie mózgu, najczęściej jest to tomografia komputerowa;
- ustalenie, czy uszkodzenie mózgu jest spowodowane przyczyną nadnamiotową czy podnamiotową, pierwotną czy wtórną.
- ustalenie, czy uszkodzenie jest nieodwracalne i czy brak jest możliwości skutecznej interwencji terapeutycznej;
- przeprowadzenie obserwacji wstępnej, dla uszkodzenia pierwotnego min. 6 godzin, dla uszkodzenia wtórnego – min. 12 godzin.

Etap II [17]

- stwierdzenie, że pacjent jest w śpiączce, że jest sztucznie wentylowany;
- wykluczenie hipotermii, zatrucia i wpływu leków, zaburzeń metabolicznych i endokrynnych, hipotensji;

- arefleksja pniowa: brak reakcji źrenic na światło; brak odruchu rogówkowego; brak ruchów gałek ocznych spontanicznych; brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej; brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy zastosowany w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych, jak również brak reakcji ruchowej w obrębie twarzy w odpowiedzi na bodźce bólowe zastosowane w obszarze unerwienia rdzeniowego; brak odruchów wymiotnych i kaszlowych; brak odruchu oczno-mózgowego.
- trwały bezdech.

Po analizie dokumentacji i wykonaniu dwóch serii badań klinicznych zgodnie z protokołem, zawartym w Obwieszczeniu [17] oraz jeżeli zachodzi taka potrzeba, również badań obrazowych, instrumentalnych, stwierdza się śmierć mózgu. Konieczne jest orzeczenie dwóch lekarzy.

Kontrowersje wokół śmierci mózgowej jako kryterium śmierci człowieka

Nowa definicja śmierci, obejmująca kryteria mózgowe budzi wiele kontrowersji. Spór ma swoje źródła głównie w etycznych i społecznych aspektach orzekania o śmierci pnia mózgu. Mimo że przyjęte kryteria są medycznie uzasadnione, wciąż powodują szereg wątpliwości – „wskazuje się na filozoficzne tło wątpliwości, podszyte tajemnicą egzystencji.” Kontrowersje budzi również dysocjacyjne podejście do śmierci i procesu umierania. Trudna do przyjęcia jest też śmierć człowieka w zestawieniu z bijącym sercem, czy funkcjonowaniem pozostałych narządów [18].

Krytyczne podejście do orzekania o śmierci człowieka na podstawie śmierci jego mózgu wynika niewątpliwe z rozwoju medycyny czyli posiadania nowych narzędzi diagnostycznych w zakresie neurologii. Ważną rolę odgrywają też techniki i możliwości przyczepów organów. Argumenty krytyczne wskazują na dwie płaszczyzny kontrowersji, to jest kontrowersje metodologiczne, dotyczące sformułowania i określenia kryterium śmierci oraz płaszczyznę, związaną z technicznym aspektem rozpoznawania śmierci mózgowej.

W zakresie podstaw metodologicznych wskazuje się na brak ewidencji i ostrego zakresu formułowania kryterium śmierci mózgowej, co powoduje, że pacjent może umrzeć dwa razy, zgodnie z kryterium klasycznym i neurologicznym [19]. Z metodologicznego punktu widzenia śmierć oznacza to, co stwierdzono na podstawie kryteriów. Krytycy definicji neurologicznej śmierci wskazują, że definicja ta jest nieostra, podaje zaledwie znamiona umierania niż wyraźną

granicę życia i śmierci. Zdaniem krytyków, u podstaw przyjęcia kryterium neurologicznego leży więc tylko i wyłącznie czysty utylitaryzm, tak medyczny, jak i społeczny. Ze względu na brak ostrego zakresu kryterium śmierci mózgowej stosuje się dlatego, że przynosi ono więcej zysku niż strat, tak w wymiarze ekonomicznym, jak i społecznym, które współczesna medycyna stawia wyżej niż wartości etyczne [20].

Krytycy twierdzą też, że kryterium śmierci mózgowej jest zawężone jedynie do funkcjonowania mózgu, a nie obejmują pojęcia osoby jako całości. Wysuwane są zatem krytyczne argumenty wobec deprecjacji roli innych organów w funkcjonowaniu człowieka jako osoby i uznania funkcjonowania mózgu jako koniecznej i wystarczającej biologicznej podstawy świadomości za osobę, jak również uznania śmierci pnia mózgu jako warunku wystarczającego i koniecznego dla braku aktywności neurologicznej w całym obszarze mózgowym z równoczesnym uznaniem, że nie musi zachodzić konieczny warunek śmierci wszystkich komórek mózgowych. Ponadto wskazuje się na fakt, że określone procedury medyczne nie służą przewidywaniu śmierci, ale są wystarczające, by stwierdzić ją z całą pewnością [20,21].

Argumentacja dotycząca testów, czy kryteriów diagnostycznych, na podstawie których orzeka się śmierć neurologiczną wskazuje natomiast, że testy te i kryteria diagnostyczne powinny być wiarygodne i dostarczać jednoznacznych wyników. Zarzuca się tu arbitralność przyjęcia testów, dopasowanie ich do kryteriów, określanie różnego stopnia pewności co do trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji mózgu w zależności od kraju przyjęcia kryteriów oraz umowność procedur i testów [22]. Krytycy uważają zatem, że nie dostrzega się złożoności pomiędzy odruchami, regulowanymi przez szyjną część rdzenia kręgowego i rdzenia przedłużonego. Nie wszystkie odruchy pniowe mają zatem tę samą wartość diagnostyczną. Istnieją bowiem pewne funkcje pnia mózgu, które mogą przetrwać po orzeczeniu śmierci mózgowej na podstawie zleconych testów. Istnieją również nieznane funkcje pniowe, stąd zarzuty testowania tylko niektórych funkcji, uznanych za ważne, z całego zbioru tychże, dotąd jeszcze nie poznanych [23,24].

Kontrowersje w zakresie śmierci mózgu obejmują również etyczne aspekty, związane z nauką Kościoła, jak również związane z filozofią. Najwięcej zastrzeżeń budzi dysocjacyjna koncepcja śmierci, uznająca że śmierć tkanek i narządów następuje w różnym czasie, co daje podstawy by sądzić, że pacjent żyje i nie żyje jednocześnie, a do tego nie może zostać uznany za zmarłego. Z uwagi na uznaniowy charakter śmierci wskazuje się ponadto, że stan pacjenta w czasie umierania jest stabilny i od momentu wysunięcia podejrzenia o śmierci do jej

faktycznego stwierdzenia nie nastąpiły żadne zmiany w ogólnym stanie pacjenta. Jest to dla krytyków wystarczający dowód na to, że śmierć jest nie tylko faktem biologicznym, ale i społecznym. Ponadto często pacjenta uznaje się za zmarłego mimo bicia serca, co oznacza, że choć biologicznie nadal życie, to społecznie orzeczono już jego śmierć [25,26].

Piśmiennictwo

1. Muszala A. (red.): Encyklopedia bioetyki. Polwen, Radom, 2009.
2. Guzowski A., Czartoszewski A., Van Damme-Ostapowicz K., Łukaszuk C.R., Lewko J., Cybulski M., Krajewska-Ferishah K., Krajewska-Kułak E.: Problem tabuizacji [w:] Kultura Śmierci, Kultura Umierania. Tom I, Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Bejda G., (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, 2016, 13-28.
3. Ziemiński I.: Możliwość filozofii śmierci. Filo-Sofija, 2002, 1(2), 28.
4. Roczeń R.: Na pograniczu życia. SEMPER, Warszawa, 2012.
5. Pala A.: Zjawisko śmierci – zmora medycyny. Semina Scietiarium, 2014, 13, 118-129.
6. Morończyk D.: Do not resuscitate. Czyli kiedy można odstąpić od reanimacji, ABC Bioetyki. Wydawnictwo Św. Stanisława BM, Warszawa, 2011.
7. Aries P.: Rozważania o historii śmierci. Oficyna Naukowa, Warszawa, 2007.
8. Gałuszka M., Szewczyk K. (red.): Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Łódź, 1996.
9. Zamarian A., Strutyńska E.: Edukacja tanatologiczna w świetle badań opinii studentów. Studia z Teorii Wychowania: półrocznik Zespołu Teorii Wychowania Komitetu Nauk Pedagogicznych PAN, 2014, 5/1(8), 136-137.
10. Dz. U. 1961 nr 39, poz. 201 i 202.
11. Szułdrzyński K., Jankowski M.: Zgon – aspekty medyczne i prawne. Medycyna Praktyczna, 2009, 9, 178-182.
12. Żaba C., Żaba Z.: Stwierdzenie śmierci. [w:] Wybrane zagadnienia z medycyny sądowej, Żaba C. (red.). Wydawnictwo UM, Poznań, 2014.
13. Morończyk D.: Do not resuscitate. Czyli kiedy można odstąpić od reanimacji, ABC Bioetyki. Wydawnictwo Św. Stanisława BM, Warszawa, 2011.
14. Bołoz W.: Bioetyka. Jej historia i sposoby ujmowania. Studia Ecologiae et. Bioethicae, 2003, 1, 161-176.
15. Bołoz W.: Historyczne i współczesne postawy wobec śmierci. Studia Ecologiae et Bioethicae, 2005, 3, 175-177.

16. Dz. U. 2020, poz. 2134.
17. Monitor Polski. 2020 poz. 73 tom 1.
18. Sobczak K., Janaszczyk A.: Kontrowersje wokół neurologicznego kryterium śmierci mózgu. Forum Medycyny Rodzinnej, 2012, 6(4), 182–190.
19. Górecki M. (red.): Prawda umierania i tajemnica śmierć. ŻAK Wydawnictwo Akademickie, Warszawa, 2010.
20. Alichniewicz A.: Śmierć mózgowa: kontrowersje i uzgodnienia. Analiza i Egzystencja, 2018, 42, 131-134.
21. Truog, R.D.: Defining Death – Making Sense of the Case of Jahi McMath. JAMA, 2018, 18 (319), 1859–1860.
22. Nair-Collins, M.: A Biological Theory of Death: Characterization, Justification, and Implications. Diametros, 2018, 55, 27–43.
23. Łuków P. (red.): Zrozumieć śmierć człowieka. Polskie Stowarzyszenie Koordynatorów Transplantacyjnych, Warszawa, 2015.
24. Kalita T.: Śmierć mózgu jako granica prawnokarnej ochrony życia człowieka. Prokuratura i Prawo, 2016, 7-8, 39-54.
25. Türk H.J.: Śmierć mózgowa w aspekcie filozoficznym. [w:] Etyczne aspekty transplantacji narządów. Marcol A. (red.). Materiały z sympozjum w Kamieniu Śląskim w dniach 15-16.04.1996, Opole, WT UO, 1996.
26. Norkowski J.M: Wybrane elementy prawa medycznego w różnych państwach: problem śmierci mózgowej. Studia Elbląskie 2010, 11, 337-357.

Postawy pracowników ochrony zdrowia wobec śmierci pacjenta

Beata Kowalewska[1], Zuzanna Nowosada[2]

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej , Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Stacja Dializ, II Klinika Nefrologii Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Według danych udostępnionych w lutym 2021 roku przez MZ (Ministerstwo Zdrowia), w 2019 roku w Polsce odnotowano 418147 zgonów. Niezmiennie od kilkunastu lat główną przyczyną śmierci są choroby układu krążenia. Nowotwory, choroby układu oddechowego oraz cukrzyca są również bardzo częstymi przyczynami zgonów w Polsce. Wielu chorych wymaga długotrwałej hospitalizacji bądź krótszych, ale licznych pobytów w szpitalu. Mimo iż personel medyczny robi wszystko, aby pacjent wrócił do zdrowia, nie zawsze jest to możliwe. Miejsce zgonu jest ściśle powiązane z jego przyczyną. Według GUS (Główny Urząd Statystyczny) w Polsce, większość zgonów następuje w szpitalu. Zgon pacjenta w szpitalu lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej wiąże się często z tym, że umierającemu pacjentowi towarzyszy nie rodzina, a personel medyczny [1].

Śmierć może nastąpić sposób **nagły** - jest to śmierć szybka, nie poprzedzona etapem agonii. Może ona trwać kilka minut, a nawet sekund. Drugim rodzajem jest śmierć **powolna**. Dotyczy ona na przykład pacjentów nieuleczalnie chorych. W procesie powolnego umierania często można wyróżnić trzy etapy:

- **Okres preterminalny** (lub **przedterminalny**) – trwa od kilku tygodni do kilku lat. Leczenie opiera się na łagodzeniu dolegliwości i objawów choroby, a nie jest leczeniem przyczynowym.
- **Okres terminalny** – trwa od około 6 do 8 tygodni. Stan pacjenta pogarsza się, częste są wahania nastrojów, nierzadko dochodzi również do załamania psychicznego. Chory myśli głównie o śmierci i umieraniu.
- **Agonia**– trwa od kilku godzin do kilku dni. Okres ten wiąże się przeważnie z zaburzeniami świadomości i brakiem reakcji na otoczenie. Skóra chorego blednie, zmieniają się rysy

twarzy – stają się ostrzejsze, tętno jest nitkowate, a oddech przyśpieszony i charczący [2].

Rozwinięcie

Postrzeganie śmierci jest różne i zależy od wielu indywidualnych doświadczeń każdego człowieka. W ciągu swojego życia każdy samodzielnie kształtuje swoją postawę wobec tego zjawiska [3].

Postawa jest to względnie stały stosunek człowieka do jakiegoś obiektu oraz gotowość do negatywnego lub pozytywnego wartościowania go. Wpływają na nią zwykle aspekty biologiczno-medyczne, religijne, teologiczne oraz filozoficzne. Niemniej jednak śmierć wzbudza głównie negatywne emocje i kojarzy się z doświadczeniem bólu, cierpienia oraz wzbudza lęk. Towarzyszenie umierającemu człowiekowi jest niezwykle trudnym doświadczeniem. Jest to bolesne, w szczególności gdy umiera osoba, którą znamy [3,4].

Możemy wyróżnić pewne wzorce zachowań, jakie człowiek przybiera w kontakcie z umierającą osobą. Postawy te są zależne od osobowości. Pierwsza z nich to tak zwana postawa **ambiwalentna**. Jak sama nazwa mówi, jest to postawa przeciwstawna, kontrastowa. Osoba z tą postawą wobec śmierci, z jednej strony czuje wobec niej strach, niepewność, tragizm i beznadziejność, a z drugiej dostrzega jej wartość i wykazuje chęci do rozmyślania na jej temat. Następną postawą, jaką możemy wyróżnić, jest postawa **religijna**, w której śmierć własna oraz bliskich jest częstym tematem rozmyślań. Dzięki wierze, jest ona przyszłą obietnicą zjednoczenia z Bogiem. Jednocześnie, postawa ta nie jest przeszkodą w postrzeganiu życia jako coś pozytywnego. Postawa **spokojna** charakteryzuje się akceptacją śmierci, postrzeganiu jej jako tajemnicy czy też etapu oczyszczenia. Śmierć jest tu również czynnikiem motywującym do zmian. Przeciwny do spokojnego jest tak zwany wzorzec **przerażony**. Myśli o śmierci są demotywujące, a głównymi towarzyszącymi takiej osobie uczuciami, jest strach i niepewność. Piąta, a zarazem ostatnia wyróżniona postawa, nazwana została **unikową**. Taka osoba nie boi się własnej śmierci, ponieważ o niej nie myśli. Podział ten nakreśla podstawowe, ogólne postawy człowieka wobec śmierci [5].

Pracownicy ochrony zdrowia są osobami mającymi dość częsty kontakt z ludźmi umierającymi. Nierzadko, opiekujący się swoim pacjentem medycy, zwłaszcza pielęgniarki, mają czas, aby dobrze go poznać. Z tych powodów temat obcowania z człowiekiem umierającym w szczególności dotyczy tej grupy zawodowej [6].

Zdobyte doświadczenia, zachowania oraz przeżywane emocje są czynnikami wpływającymi na rodzaj postawy, jaką przybiera personel medyczny wobec umierającego pacjenta. Jest wiele podziałów tych postaw. Jednym z najbardziej popularnych jest wyróżnienie postawy **pozytywnej** i **negatywnej**. Postawa pozytywna przejawia się poszanowaniem praw pacjenta, zaspokajaniem wszystkich jego potrzeb oraz traktowaniem go jako partnera. Uprzedmiotowienie oraz ignorowanie potrzeb chorego jest zaś charakterystyczne dla postawy negatywnej [4,5].

Możemy dokonać również innego podziału, zawierającego cztery różne postawy przybierane przez pielęgniarki w kontakcie z umierającym pacjentem. Są to:

- **Postawa partnerska** – jest to najbardziej pożądany model, opierający się na wzajemnym zrozumieniu oraz współpracy z chorym. Przekonania i decyzje pacjenta są szanowane i respektowane. Zadaniem pielęgniarki jest pomoc w czynnościach, z którymi pacjent sobie sam nie radzi, a nie wyręczanie go. Jest to najbardziej korzystna postawa zarówno dla pacjenta, jak i dla personelu.
- **Postawa obojętna** – w tym modelu, personel wykonuje swoje obowiązki nie angażując się w sytuację pacjenta oraz unikając kontaktów z jego rodziną. Jest to najbardziej krzywdzący i niekorzystny model opieki, i dla umierającego pacjenta, i dla personelu.
- **Postawa religijna** – jest zależna od indywidualnych przekonań i wiary pielęgniarki.
- **Postawa filozoficzno-heterocentryczna** – relacja pomiędzy personelem a pacjentem jest nastawiona na osiągnięcie przez medyka poczucia użyteczności i spełnienia [4].

W literaturze opisywana jest również **postawa obronnej dehumanizacji**. Postawa ta polega na traktowaniu pacjenta jak przedmiotu, a nie jak podmiotu. Taka reakcja jest formą obrony pielęgniarki, ratownika medycznego czy też lekarza przed przeżywaniem przykrych emocji [7].

Innym funkcjonującym pojęciem jest **postawa zdystansowanej troski**. Określa ona idealnego pracownika medycznego, który powinien skupiać się na dobru pacjenta oraz być skoncentrowany na budowaniu z nim relacji. Jednoczenie, w sytuacji nadmiernego zaangażowania medyk musi zachować dystans w stosunku do tego pacjenta [7].

Na podstawie badań przeprowadzonych wśród ratowników medycznych wyróżniono typy postaw, jakie przyjmują w kontakcie z umierającym pacjentem. Pierwsza z nich – postawa **neutralna**, charakteryzuje się opanowaniem i zachowaniem profesjonalizmu. Pacjent jest traktowany z szacunkiem, ale ratownik utrzymuje co do niego dystans emocjonalny. Druga postawa nazwana postawą **emocjonalną**, bardzo różni się od pierwszej. Negatywne emocje

silnie wpływają na ratownika, który bardzo angażuje się i identyfikuje ze swoim pacjentem. Prowadzi to do pogorszenia jakości wykonywanej przez niego pracy, a także do powstawania konfliktów pomiędzy nim a współpracownikami. Postawa emocjonalna często wiąże się również z przeżywaniem przez medyka poczucia winy, bezradności i niesprawiedliwości. Trzeci rodzaj podejścia został nazwany **zdystansowanym**. Postawa ta często jest efektem długoletniego stażu pracy oraz częstym kontaktem z cierpiącymi i umierającymi ludźmi. Personel przybierający tą postawę wykazuje obojętność wobec pacjenta, a także wobec jego rodziny. Nie angażuje się emocjonalnie, unika bliższych relacji ze swoim pacjentem. W tym podziale postaw, typ neutralny jest najbardziej pożądanym i najbardziej profesjonalnym podejściem do pacjenta. Ratownik medyczny oraz pacjent w tej relacji czują największy komfort psychiczny [7].

Typy relacji z umierającym pacjentem

Niewątpliwie trudnym zadaniem jest poruszenie z umierającym pacjentem tematu zbliżającej się śmierci. Lekarze oraz pielęgniarki muszą podjąć decyzję, w jaki sposób poinformować chorego o jego stanie oraz niepomyślnym rokowaniu. Rozmowa taka jest zależna od stanu świadomości pacjenta, a także powinna opierać się o jego indywidualny stan psychiczny. Wyróżniono kilka typów interakcji, jakie są stosowane przez personel medyczny, a także pacjenta i jego rodzinę. Są to cztery modele:

- **Zamkniętej świadomości** – pacjent nie wie, że umiera. W tym modelu personel medyczny opiekujący się pacjentem, a także jego rodzina, ukrywają faktyczny stan zdrowia pacjenta. Całe otoczenie podtrzymuje chorego w przekonaniu, że zdrowieje, że jego stan się poprawia, a bliscy tworzą z nim wspólne plany na przyszłość. Pod wpływem nieprzewidzianych zdarzeń bądź znacznego pogarszania się stanu zdrowia pacjenta model ten może przerodzić się w model podejrzewania lub otwartej świadomości.
- **Podejrzewania** – pacjent podejrzewa, że jest nieuleczalnie chory i próbuje dowiedzieć się prawdy. Rodzina i personel medyczny zachowują faktyczny stan zdrowia chorego w tajemnicy, przekonując go, że leczenie daje zadowalające efekty. Z tego powodu pacjent zaczyna zwracać większą uwagę na zachowania bliskich, stara się podejrzeć swoją dokumentację medyczną lub podsłuchiwać rozmowy na swój temat. Temu modelowi interakcji towarzyszy podejrzliwość, nieufność, a także znaczny niepokój. Model

podejrzewania może przerodzić się w model zamkniętej świadomości – jeśli pacjent uwierzy w zapewnienia otaczających go osób lub w model wzajemnego udawania bądź otwartej świadomości – jeśli potwierdzi swoje podejrzenia.

- **Wzajemnego udawania** – pacjent jest świadomy, że umiera, ale ani on, ani jego otoczenie nie porusza tego tematu. Chory nie pyta o rokowanie i biernie poddaje się leczeniu. Wzajemne udawanie zmusza jednak do samotnego radzenia sobie w tym przykrym czasie, co jest trudne zarówno dla chorego, jak i jego bliskich. Ten model interakcji z czasem może przekształcić się w model otwartej świadomości.
- **Otwartej świadomości** – pacjent oraz jego otoczenie wiedzą o zbliżającej się śmierci, nie ukrywają tego i otwarcie rozmawiają na jej temat. Chory nie jest w tej sytuacji osamotniony, może podzielić się swoimi obawami z rodziną lub personelem, a także pozamykać swoje sprawy. Istnieje tu jednak ryzyko, że pacjent nie pogodzi się z losem i wystąpi u niego psychiczny kryzys [8].

Konsekwencje psychologiczne śmierci pacjenta

Praca z umierającym pacjentem, towarzyszenie mu oraz opieka są dużym obciążeniem psychicznym dla personelu medycznego. Pielęgniarki i pielęgniarze spędzają najwięcej czasu z pacjentami, wspierają ich i pomagają przejść przez trudny dla nich czas. Bywa, że nawiązana relacja skutkuje przeżywaniem pewnego rodzaju żałoby po zmarłym pacjencie. Wydarzenia i emocje przeżywane w pracy często przenoszone są do życia osobistego i wpływają na nie. Żal, poczucie winy, stres czy gniew mogą się odbijać w życiu prywatnym medyków [9].

Stres

Stres jest to *„stan napięcia psychicznego, przekraczający normalny (zwyczajowy) poziom funkcjonowania lub bodziec czy sytuacja wywołująca taki stan, zwane stresorami. Potocznie – wszelkim wymaganiom (fizyczne, psychiczne i społeczne), które wywołują w organizmie człowieka mobilizację w celu sprostania im, na ogół towarzyszą im negatywne emocje”* [10]. Śmierć pacjenta jest wydarzeniem stresującym. Wzmożony niepokój i stres wpływa negatywnie na psychikę pracowników ochrony zdrowia. Praca w takich warunkach często wymaga umiejętności tłumienia emocji, co również jest wyczerpujące. Konsekwencją długiego narażenia na te czynniki oraz niewystarczającej ilości wypoczynku psychicznego

i fizycznego, może być zmęczenie chroniczne, zaburzenia działania układu pokarmowego, choroby skóry, powikłania sercowo-naczyniowe, zaburzenia nerwicowe, a także wypalenie zawodowe [10].

Eliminacja stresu związanego ze śmiercią pacjenta jest niemożliwa, dlatego istotne jest obranie odpowiedniego sposobu radzenia sobie z nim. Wyróżniono zatem style radzenia sobie ze stresem [11,12].

Style te są stałymi i powtarzalnymi wzorcami postępowania, charakterystycznymi dla danej osoby. Styl zadaniowy polega na podejmowaniu działania i wkładania wysiłku w rozwiązanie problemu, który powoduje stres. Strategia emocjonalna charakteryzuje się skupianiem się na sobie i własnych, przykrych emocjach. Trzeci styl – unikowy, polega na zamierzonym unikaniu myśli o problemie, poprzez angażowanie się w inne zajęcia bądź przez szukanie kontaktów towarzyskich. Według badań, najlepszą strategią w pracy pielęgniarki jest styl koncentrujący się na zadaniu. Najmniej pożądany jest styl emocjonalny, ponieważ wpływa na rozwój wyczerpania emocjonalnego i może powodować wypalenie zawodowe [12].

Wypalenie zawodowe

Wypalenie zawodowe można zdefiniować jako stan fizycznego i emocjonalnego wyczerpania, depersonalizacji oraz spadku satysfakcji z wykonywanej pracy, wiążący się z życiem zawodowym. Wyczerpanie emocjonalne jest to poczucie nadmiernego obciążenia emocjonalnego, które objawia się zmęczeniem, osłabieniem i brakiem energii w pracy. Depersonalizacja oznacza negatywne lub obojętne reagowanie na pacjentów. Przejawia się brakiem wrażliwości, zainteresowania, bezosobowym traktowaniem, uprzedmiotawianiem lub nawet bezdusznością wobec pacjentów. Pojęcie wypalenia zawodowego odnosi się do osób, które zaczynały swoją pracę z dużym zaangażowaniem i oczekiwaniami, była ona sensem ich życia, a z czasem rozczarowania, niepowodzenia i trudności doprowadziły do utraty wiary w początkowe idee [13].

Wypalenie zawodowe jest procesem stopniowym, rozwijającym się w miarę upływu czasu. Można je rozpoznać na podstawie objawów charakterystycznych dla różnych stadiów tego problemu. Wyróżniono pięć etapów wypalenia zawodowego, są to:

1. Etap fizjologiczny – ciągłe zmęczenie, bezsenność, brak apetytu, bóle głowy lub kręgosłupa.
2. Etap społeczny – drażliwość, dystansowanie się, uczucie żalu i pretensje wobec pacjentów i współpracowników.

3. Etap intelektualny – trudności z koncentracją i przekazywaniem informacji, nielogiczne myślenie i zachowania.
4. Etap psychoemocjonalny – brak zaangażowania i poczucia odpowiedzialności, lekceważenie obowiązków, nadużywanie leków, alkoholu, tytoniu, zażywanie narkotyków.
5. Etap duchowy – brak zainteresowania otoczeniem i innymi ludźmi, uczucie wewnętrznej pustki [14].

Personel medyczny, a w szczególności personel pielęgniarski, to grupa zawodowa, którą często dotyka problem wypalenia zawodowego. Jest to związane z częstym stresem i napięciem, dużą odpowiedzialnością, koniecznością szybkiego działania, napotykaną niewdzięcznością ze strony pacjentów, ich rodzin, ale także przełożonych oraz ciągłym kontaktem i pracą z ludźmi, obcowaniem z ich śmiercią i towarzyszeniem umierającym. Skutki wypalenia zawodowego są widoczne nie tylko w pracy, ale również poza nią.

Podsumowanie

Postrzeganie śmierci zależy od uwarunkowań kulturowych, środowiskowych oraz indywidualnych doświadczeń każdego człowieka czy też wyznawanej wiary. Niezależnie od wspomnianych czynników śmierć wzbudza intensywne emocje, często również lęk, a towarzyszenie umierającemu człowiekowi jest niezwykle trudnym doświadczeniem. Współcześnie najczęstszym miejscem zgonów są placówki opieki zdrowotnej, a praca z pacjentem u schyłku życia jest źródłem obciążeń i stresu dla personelu medycznego z uwagi na relacje, jakie nawiązuje personel z pacjentem. W przypadku braku umiejętności radzenia sobie z emocjami po stracie pacjenta, nagromadzony stres wpływa na funkcjonowanie psycho-społeczne w życiu prywatnym oraz pracę zawodową powodując z czasem niechęć do jej wykonywania oraz wypalenie zawodowe

Większość pacjentów chciałaby odchodzić w bezpiecznym otoczeniu, jakie zapewnia środowisko domowe oraz zgromadzona rodzina. Wraz ze zmianami społecznymi przestały funkcjonować wspólnie zamieszkujące rodziny wielopokoleniowe (na rzecz rodzin 1-2 pokoleniowych) oraz wraz z rozwojem medycyny oferującej coraz szersze spektrum metod diagnostycznych, leczniczych i terapeutycznych oraz opiekę specjalistyczną dla osób przewlekle i terminalnie chorych, ludzie znacznie częściej umierają w placówkach opieki

zdrowotnej. Warunki takie, pomimo że spełniające standardy są odbierane przez osoby umierające jako środowisko nieprzyjazne z racji odizolowania od rodziny, liczby osób podlegających opiece ograniczonej liczby personelu na dyżurze, otoczenia nieznanym wydającym niemiłe dźwięki sprzętem, wykonywania przy nich skomplikowanych, często nieprzyjemnych procedur [15,16].

W badaniu Gołębiak i wsp. [17] 48,7% pielęgniarek i pielęgniarzy z województwa mazowieckiego przyznało, że ma często, a 41,7% , że bardzo często do czynienia ze śmiercią pacjenta. Dla 61,7% ankietowanych medyków z powyższego badania, wiek pacjenta jest czynnikiem mającym wpływ na odczucia, a dla 12,2% takim czynnikiem jest rodzaj śmierci, jakiej doświadcza pacjent. Jak podają Kluczek i Krupniewicz [7], wśród pielęgniarek i położnych objętych ich badaniem, 100% uważało, że śmierć dziecka bądź osoby młodej jest najtrudniejsza do zaakceptowania. Zaś u Makowicza i wsp. [2] najistotniejszymi czynnikami wpływającymi na postawę personelu medycznego w obliczu śmierci pacjenta w opinii respondentów są wiek osoby umierającej (82,3%) oraz fakt, czy zgon nastąpił w sposób nagły (76,9%). Ponadto, 34,3% ankietowanych pielęgniarek/pielęgniarzy uważało, że do śmierci pacjenta nie można przywyknąć, a 23% respondentów uważa, że przyzwyczajenie się do śmierci pacjenta jest oznaką wypalenia zawodowego. Również w badaniu Januszewskiej i wsp. [18], 68,4%, pielęgniarek/pielęgniarzy oraz lekarzy uznało, że do śmierci pacjenta nie można się przyzwyczaić.

Sleziona i Krzyżanowski [19] dodatkowo zwrócili uwagę, że zdaniem 63,3% osób objętych ich badaniem podkreślało, że śmierć pacjenta zawsze jest źródłem silnych przeżyć emocjonalnych, 55% respondentów jej dostrzega wpływ na własne życie osobiste.

U Januszewskiej i wsp. [18], emocjami najczęściej towarzyszącymi pracownikom ochrony zdrowia w obliczu śmierci pacjenta były smutek (71,1%) i bezsilność (65,8%), zaś u Niedojad i wsp. [4] były to smutek oraz współczucie (91%).

W badaniach Sleziony i Krzyżanowskiego [19], 35,8% respondentów czuje się niekomfortowo i bezradnie w sytuacji śmierci pacjenta. U Gołębiak i wsp. [17] 9,6%, a u Marcysiak i wsp. [20] 10,9% badanych, nie czuje się przygotowana do towarzyszenia osobom umierającym.

Jedną z najczęściej wymienianych przez personel medyczny przyczyn stresu w pracy jest śmierć pacjenta. Tak podało 80% ankietowanych z badania Gołębiak i wsp. [17], 84% pielęgniarek z badania Burby i wsp. [21] oraz 80% ratowniczek i 83% ratowników u Rasmusa i wsp. [22].

Według innych badań Rasmusa i wsp. [23] ponad połowa ankietowanych - 52,2%, w czasie kształcenia zawodowego nie uzyskała informacji na temat sposobów radzenia sobie ze stresem, zaś 73,9% respondentów chętnie wzięłoby udział w szkoleniu na ten temat.

Piśmiennictwo

1. Ministerstwo Zdrowia: Raport o zgonach w Polsce w 2020r https://www.gov.pl/attachment/489b7a0b-a616-4231-94c7-281c41d3aa30. Data pobrania: 06.04.2021.
2. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Bejda G. (red.): Kultura śmierci, kultura umierania. Tom II. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, 2019.
3. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (Monitor Polski 2020 poz. 73).
4. Niedojad K., Rybka M., Rezmerska L., Ślusarz R.: Śmierć i umieranie w opinii personelu pielęgniarskiego. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej, 2016, 3(2), 12-18.
5. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Sarnacka E., Cybulski M.: Współczesne postawy wobec śmierci i umierania. Medycyna Paliatywna, 2013, 5(4), 163-170.
6. Dąbrowska-Chołostiakow K.M., Kocbach T.: Kontrola emocji oraz kompetencje społeczne pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w jednostkach opieki paliatywnej - raport z badania przeprowadzonego wśród pracowników zatrudnionych na terenie województwa warmińsko-mazurskiego. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2018, 12(2), 97-105.
7. Merklinger-Soma M., Dzikowska M., Dębska G.: Postawy ratowników medycznych wobec śmierci – doniesienia wstępne. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2011, 2(35), 17-22.
8. Ostrowska A.: Przemiany postaw wobec śmierci. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2016, 10(2), 41-47.
9. Fopka-Kowalczyk M. J.: Wsparcie oczekiwane przez pracowników opieki paliatywnej w kontekście poczucia straty po śmierci pacjentów. Medycyna Paliatywna, 2015, 7(2), 122-129.
10. Dawidziuk K., Lishchynskyy Y., Wojciechowska M., Kopański Z., Marczewska S., Uracz W.: Stres jako źródło wypalenia zawodowego. Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue, 2011, 4, 226-229.

11. Skorupska-Król A., Szabla A., Bodys-Cupak I.: Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2014, 1(46), 23-26.
12. Cybulska A.M., Wieder-Huszla S., Jurczak A., Grochans E.: Wpływ cech osobowości i stanu zdrowia psychicznego personelu pielęgniarskiego na styl radzenia sobie ze stresem w kontakcie z umierającym człowiekiem. Pielęgniarstwo Polskie, 2017, 3(65), 427-436.
13. Wilczek-Rużyczka E., Zaczyk I., Obrzut K.: Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2017, 26(1), 77-83.
14. Kraczla M.: Wypalenie zawodowe jako efekt długotrwałego stresu. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie, 2013, 2, 69-81.
15. Życzkowska M.: „Dobra śmierć", a więc jaka? Oczekiwania pacjentów w ostatnich dniach życia. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2016, 10(2), 48-53.
16. Uchmanowicz E.: Potrzeby duchowe i wsparcie psychologiczne ludzi będących u kresu życia w kontekście opieki hospicyjnej. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2012, 2(1), 67-72.
17. Gołębiak I., Szczepaniak R., Łazowa A., Dykowska G.: Postawy pielęgniarek wobec śmierci pacjenta. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej, 2019, 1(4), 34-44.
18. Januszewska A., Zarzeka A., Iwanow L., Panczyk M., Gotlib J.: Próba analizy poziomu wiedzy i postaw pracowników Kliniki Intensywnej Terapii Instytutu „Pomnika – Centrum Zdrowia Dziecka" wobec prowadzenia uporczywej terapii u dzieci. Pielęgniarstwo Polskie, 2016, 3(61), 389-396.
19. Sleziona M., Krzyżanowski D.: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2011, 1(3), 217-223.
20. Marcysiak M., Szczepańska E., Ostrowska B., Marcysiak M.: Zagrożenie wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarek pracujących z terminalnie chorymi. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej, 2016, 1(4), 28-37.
21. Burba M., Gotlib J.: Ocena występowania stresu w grupie pielęgniarek zatrudnionych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie. Pielęgniarstwo Polskie, 2017, 1(63), 54-61.
22. Rasmus P., Kozłowska E., Sudra S., Machała W., Sobów T.: Czy poziom doświadczanego stresu wpływa na wystąpienie zachowań ryzykownych w grupie

pracowników zespołów ratownictwa medycznego? Anestezjologia i Ratownictwo, 2015, 9, 448-456.

23. Rasmus P., Kundera S., Lipert A., Machała W.: Wpływ traumatycznych wydarzeń na życie pracowników systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Anestezjologia i Ratownictwo, 2018, 12, 386-392.

Opinie personelu pielęgniarskiego o śmierci mózgowej

Robert Chłud[1], Grzegorz Bejda[2]

1. Absolwent Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Wprowadzenie

Śmierć człowieka jest bardzo przejmującym doświadczeniem, nie tylko dla jego rodziny, ale dla wszystkich osób, które w tej śmierci uczestniczą. Jeśli „przychodzi" poprzez ustanie czynności życiowych, jest łatwiejsza do przyjęcia, ponieważ człowiek fizycznie umiera, namacalnie- nie rusza się, nie oddycha, nie bije mu serce. Są jednak przypadki, wcale nie rzadkie jak się okazuje, „kiedy człowiek umiera, ale formalnie nadal żyje" - dochodzi do ustania czynności pnia mózgu, pacjent jest podłączony do aparatury podtrzymującej czynności życiowe, ale wciąż „żyje", czyli oddycha i bije mu serce. Dla rodziny przyjęcie do wiadomości, że ich bliski, choć nieprzytomny i podłączony do szeregu sprzętów i urządzeń medycznych, umarł, mimo że nadal słyszą bicie jego serca, jest nie zrozumiałe.

Śmierć mózgowa budzi wiele kontrowersji od samego początku, czyli od momentu kiedy dodano do kryteriów orzekania o śmierci pacjenta kryterium mózgowe. Dla wielu, w tym również dla części personelu medycznego, kryterium to pozostawia wiele wątpliwości. Tym bardziej, że istnieją doniesienia od pomyłkach w orzeczeniu i przebudzeniu się pacjenta po odłączeniu go od aparatury podtrzymującej życie. Ponadto w grę wchodzą kwestie wiary i etyki, a wielu podnosi, że odłączenie pacjenta od aparatury jest nieetyczne, a sama procedura orzekania o śmierci mózgowej posiada liczne błędy i nie można na jej podstawie wnioskować z całą pewnością o śmierci pacjenta.

Cel i założenia pracy

Celem głównym pracy była analiza opinii personelu medycznego na temat śmierci mózgowej.

Za cele szczegółowe uznano:

- wskazanie na różnice pomiędzy obowiązującymi kryteriami orzekania o śmierci człowieka
- omówienie procedury śmierci mózgowej i wskazanie na kontrowersje wokół niej
- analiza opinii personelu medycznego na temat procedury orzekania o śmierci mózgowej

Postawiono także główny problem badawczy: Jaka jest opinia personelu medycznego na temat śmierci mózgowej?

Za problemy szczegółowe uznano:

- Jakie są odczucia personelu medycznego w czasie umierania lub przy śmierci pacjenta?
- Jak często personel medyczny jest obecny podczas procedury orzekania o śmierci pacjenta, w tym śmierci mózgowej?
- Jakie są najczęstsze reakcje rodziny po orzeczeniu śmierci mózgowej zdaniem respondentów?
- Czy personel medyczny zna procedurę orzekania o śmierci mózgowej, w tym warunki jej orzekania?
- Jaka jest świadomość społeczeństwa, w tym personelu medycznego na temat śmierci pnia mózgu?
- Jakie są przekonania personelu medycznego w zakresie śmierci mózgowej, jej zasadności, sprzeczności z wiarą czy możliwości zaistnienia błędu w orzeczeniu?

Ustalono hipotezę główną

Zakłada się, że personel medyczny jest nastawiony w sposób aprobujący do śmierci mózgowej, z uwagi na posiadaną w tym zakresie wiedzę i znajomość samej procedury orzekania o śmierci mózgowej

Postawiono również hipotezy szczegółowe:

1) Personel medyczny jest przyzwyczajony do widoku śmierci i obcowania ze śmiercią.
2) Personel medyczny często jest obecny podczas umierania albo przy śmierci pacjentów, choć znacznie częściej przy śmierci z powodu ustania czynności życiowych, a bardzo rzadko przy orzekaniu o śmierci mózgowej.
3) W opinii personelu medycznego rodzina niemal nigdy nie zgadza się z orzeczeniem śmierci mózgowej, poddając w wątpliwość śmierć człowieka, którego serce „bije" nadal, ale ich zachowanie nie przekłada się na stosunek personelu medycznego do śmierci.

4) Personel medyczny zna objawy, występujące przy śmierci mózgowej, a mogące mylnie świadczyć o występowaniu czynności życiowych, jak również badania, jakie należy wykonać przy orzekaniu o śmierci mózgowej, znają też samą procedurę orzekania oraz warunki jakie muszą zostać spełnione, by śmierć mózgowa mogła zostać orzeczona.
5) W opinii personelu medycznego społeczeństwo ma niską świadomość w zakresie śmierci mózgowej, większą świadomością cechują się sami przedstawiciele personelu medycznego.
6) Personel medyczny wierzy w zasadność orzekania o śmierci mózgowej, stawiając ten rodzaj śmierci na równi z orzeczeniem śmierci na podstawie ustania funkcji życiowych i uznając za w pełni etyczny, opierając swój osąd na możliwości pobrania organów i uratowania innych istnień, choć w ich opinii rodzina rzadko się na to zgadza, ale postawa rodziny nie wpływa na postawę personelu medycznego wobec śmierci mózgowej.

Materiały i metodyka

Zastosowane metody badawcze

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, która pozwala na zbieranie danych w oparciu o badanie dużej zbiorowości, głównie opinii lub cech strukturalnych czy funkcjonalnych jakiegoś zjawiska. Wykorzystano technikę ankietową, która jest formą zbierania danych w oparciu o zestaw specjalnie dobranych pytań, stanowiących rozwinięcie problemu badawczego głównego i problemów szczegółowych [1].

Badanie ankietowe przeprowadzono internetowo.

W ramach tej techniki zastosowano narzędzie badawcze – autorski kwestionariusz ankietowy, złożony z 28 pytań, z których 6 dotyczy cech socjodemograficznych (tzw. metryczka), a pozostałe 22 pytania dotyczą bezpośrednio podjętej problematyki badawczej.

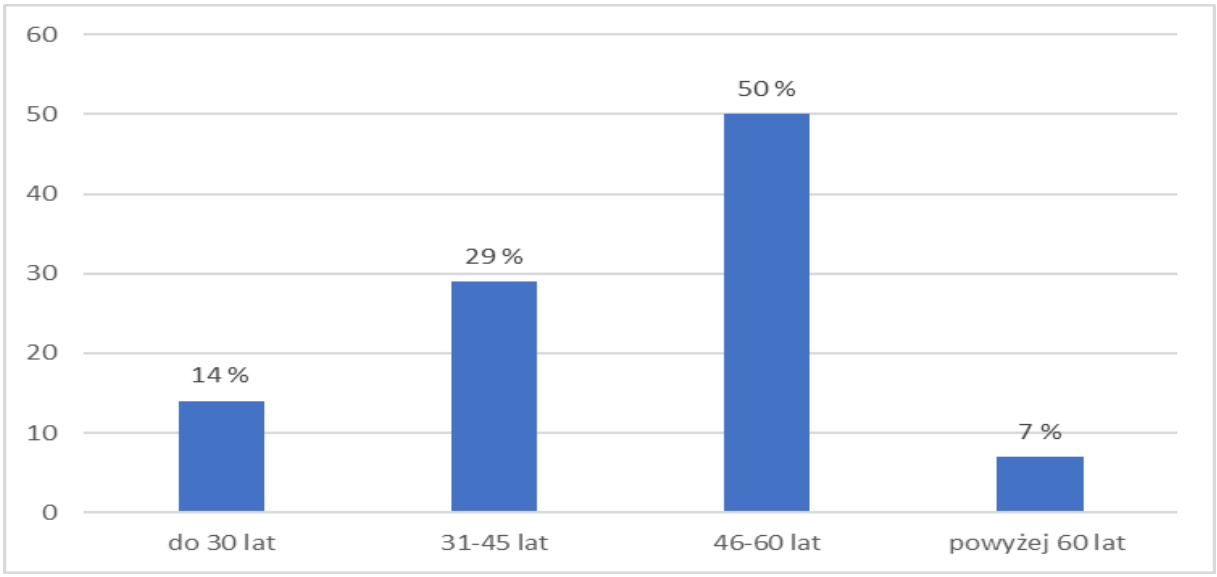
Analiza statystyczna

Zebrane w badaniu dane opracowano statystycznie z wykorzystaniem narzędzi arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel 365. Uzyskane dane przedstawiono w formie graficznej oraz opisowej, w wartościach wyrażonych procentowo.

Charakterystyka badanej grupy

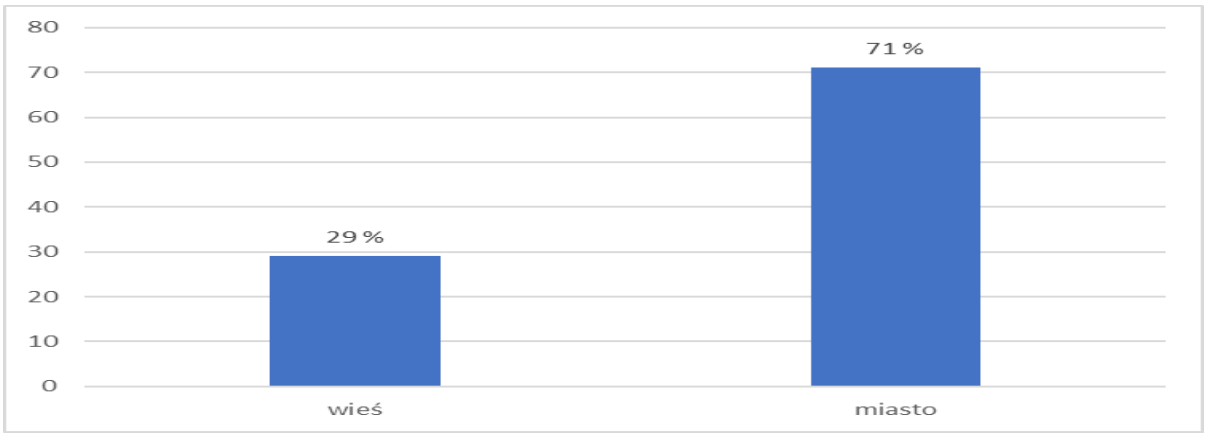
Badania przeprowadzono na grupie 112 pielęgniarek i pielęgniarzy, wykorzystano ankietę internetową oraz media społecznościowe w celu jej rozpowszechnienia. Charakterystykę badanej grupy przedstawiono poniżej.

63% respondentów stanowiły kobiety, a pozostałe 37% - mężczyźni. Respondenci byli w przedziale wiekowym 26-62 lata. Połowa z nich (50%) była w przedziale wiekowym 46-60 lat, natomiast 29% ankietowanych osób było w przedziale wiekowym 31-45 lat. Jedynie 14% osób było w wieku poniżej 30 lat, a 7% - w wieku powyżej 60 lat (rycina 1).



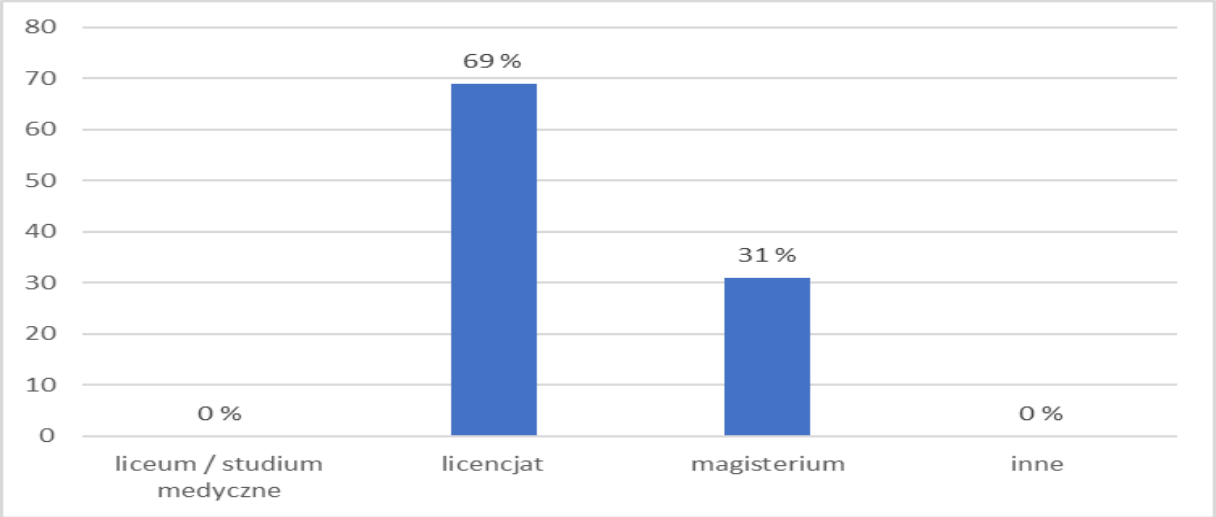
Rycina 1. Wiek respondentów, *Źródło: opracowanie własne*

71% respondentów zamieszkiwała miasta, 29% ankietowanych osób natomiast zamieszkiwała wsie (rycina 2).



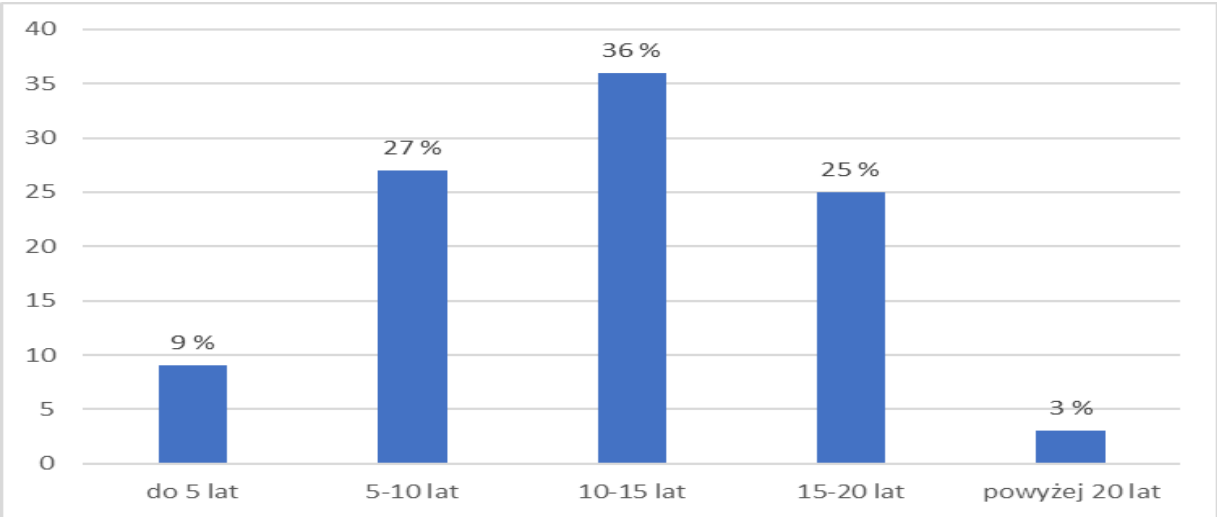
Rycina 2. Miejsce zamieszkania respondentów, *Źródło: opracowanie własne*

69% respondentów posiadało licencjat z pielęgniarstwa, natomiast 31% ankietowanych osób - tytuł magistra pielęgniarstwa. Nikt z respondentów nie ukończył jedynie liceum lub studium medycznego, nikt też nie miał stopnia naukowego lub innego rodzaju wykształcenia (rycina 3).



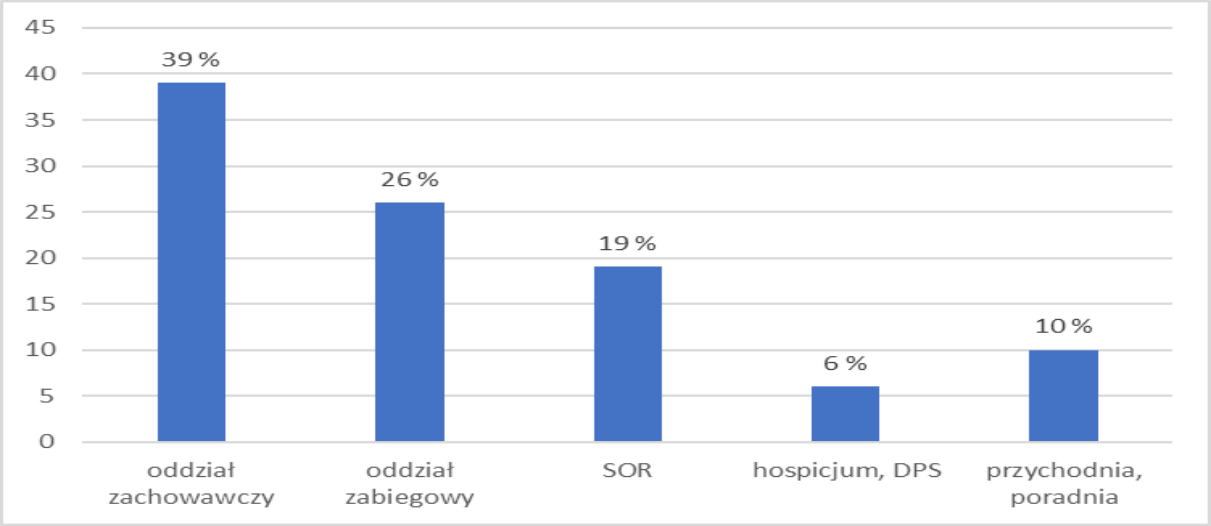
Rycina 3. Wykształcenie respondentów, *Źródło: opracowanie własne*

36% respondentów pracowało w zawodzie 10-15 lat, natomiast 27% ankietowanych osób pracowało w zawodzie 5-10 lat. Jeden na czterech respondentów (25%) miał staż pracy w przedziale 15-20 lat. Jedynie 9% respondentów pracowało w zawodzie mniej niż 5 lat, a 3% osób – więcej niż 20 lat (rycina 4).



Rycina 4.Staż pracy respondentów, *Źródło: opracowanie własne*

Największy odsetek respondentów pracował na oddziale zachowawczym (39%), natomiast 26% ankietowanych osób - na oddziale zabiegowym. Ponadto 19% respondentów pracowało na SOR, 10% - w przychodni lub poradni, a jedyne 6% - w hospicjum lub DPSie (rycina 5).



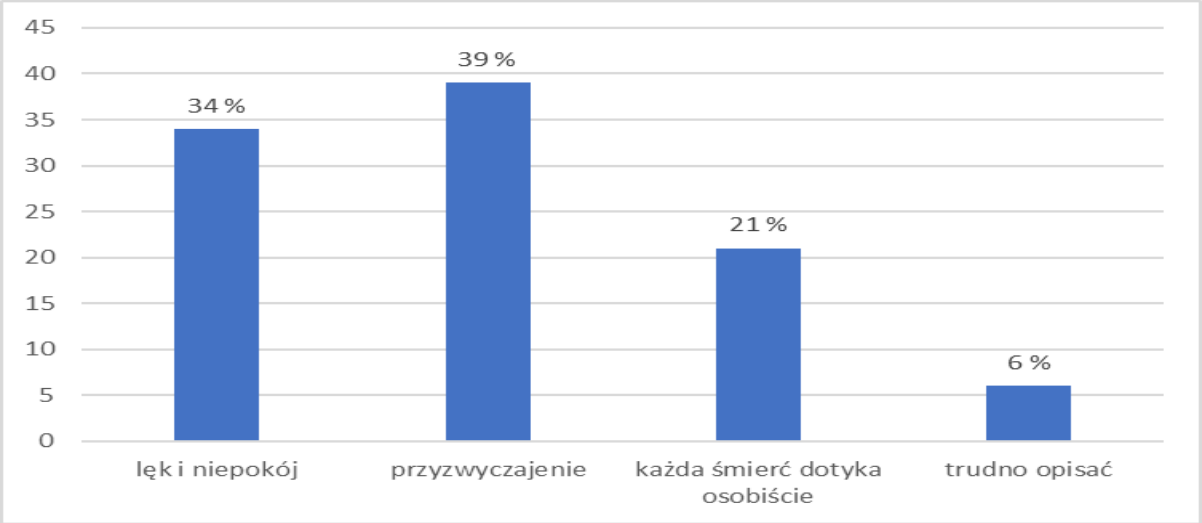
Rycina 5. Miejsce pracy respondentów, *Źródło: opracowanie własne*

Wyniki badań własnych

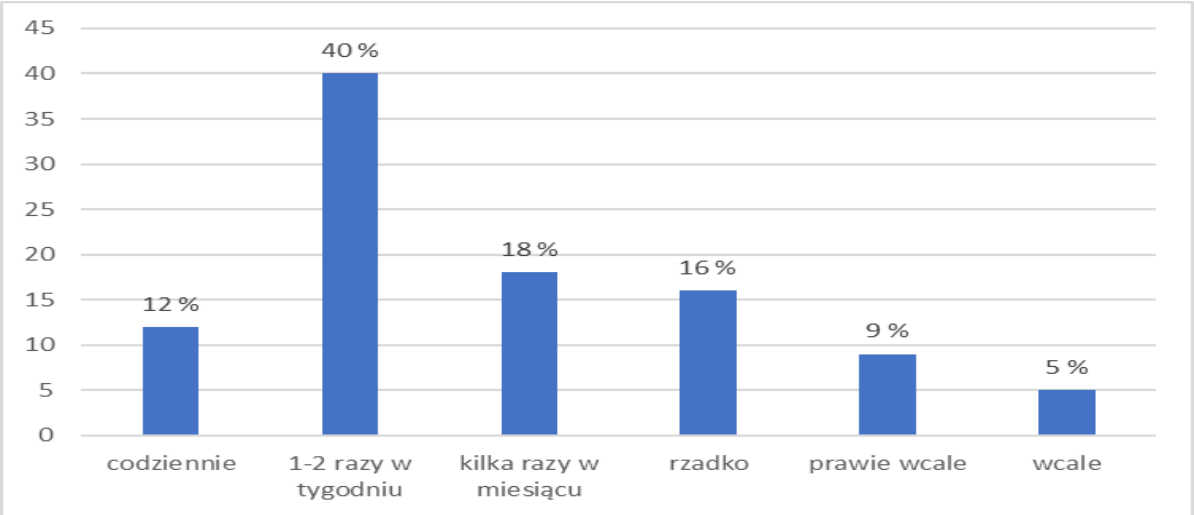
W badaniach własnych dokonano analizy opinii personelu pielęgniarskiego na temat orzekania o śmierci mózgowej pacjentów.

Największy odsetek respondentów (39%) było przyzwyczajonych do widoku i obecności śmierci w ich pracy. Jednak 34% ankietowanych osób nadal odczuwa lęk i niepokój podczas umierania pacjenta. Z kolei 21% respondentów czuła się dotknięta każdą śmiercią pacjenta osobiście, a 6% osób miało problem z jednoznacznym opisaniem swoich uczuć w tym zakresie (rycina 6).

40% respondentów wskazało, że pacjenci podczas ich dyżuru umierali średnio raz lub dwa razy w tygodniu, natomiast zdaniem 18% ankietowanych osób, taka śmierć następowała kilka razy w miesiącu. 16% respondentów oszacowało częstotliwość śmierci pacjentów na swoim dyżurze jako rzadką, a 12% osób uznało, że śmierć następowała codziennie. Zaledwie 9% respondentów wskazała, że w ich pracy prawie wcale, a 5% - że nie ma wcale przypadków śmiertelnych (rycina 7).



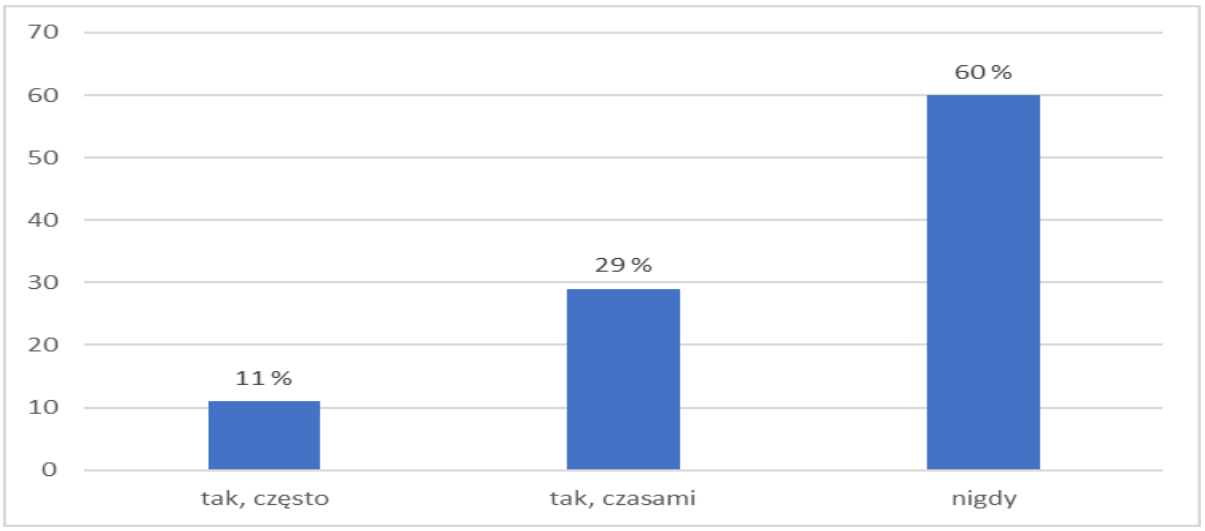
Rycina 6. Odczucia respondentów podczas procesu umierania lub śmierci pacjenta, *Źródło: opracowanie własne*



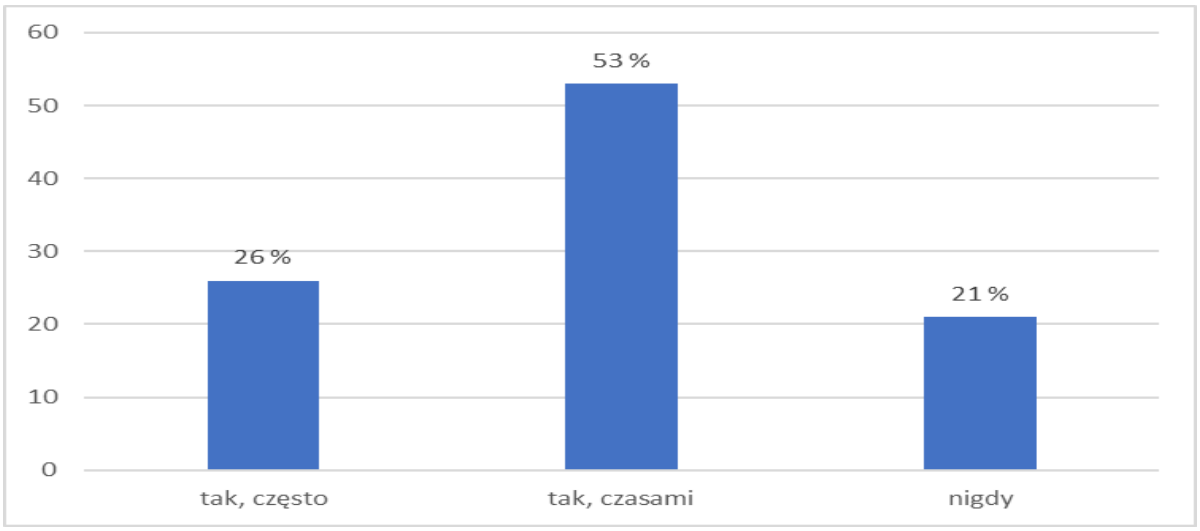
Rycina 7. Częstotliwość śmierci pacjentów w pracy respondentów, *Źródło: opracowanie własne*

60% respondentów nigdy osobiście nie uczestniczyło w procedurze orzekania o śmierci mózgowej pacjenta, 29% osób osobiście uczestniczyło w tej procedurze czasami, a jedynie 11% respondentów robiło to często (rycina 8).

W przypadku zwykłej obecności przy orzekaniu, ale nie osobistym uczestnictwie ponad połowa respondentów (53%) wskazała, że czasami byli oni obecni przy takiej procedurze, z kolei 26% osób z taką procedurą spotkało się często. Natomiast 21% respondentów nigdy nie spotkało się z przypadkiem pacjenta, wobec którego wdrożono procedurę orzekania o śmierci mózgowej (rycina 9).



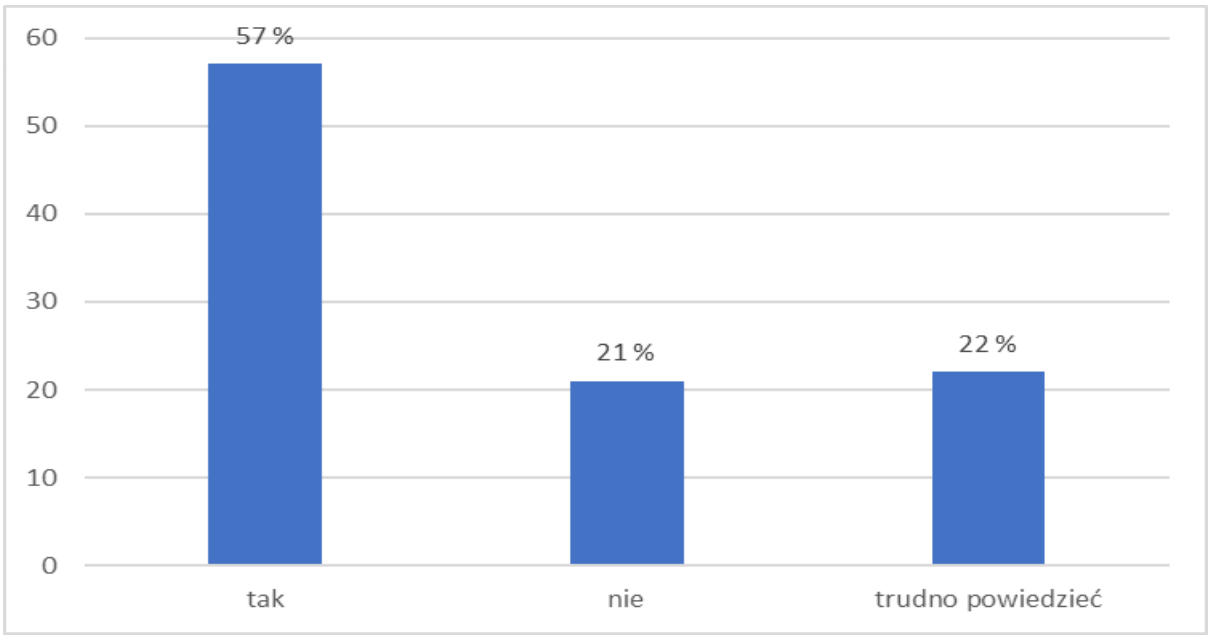
Rycina 8. Osobista obecność respondentów przy procedurze orzekania o śmierci mózgowej pacjenta, *Źródło: opracowanie własne*



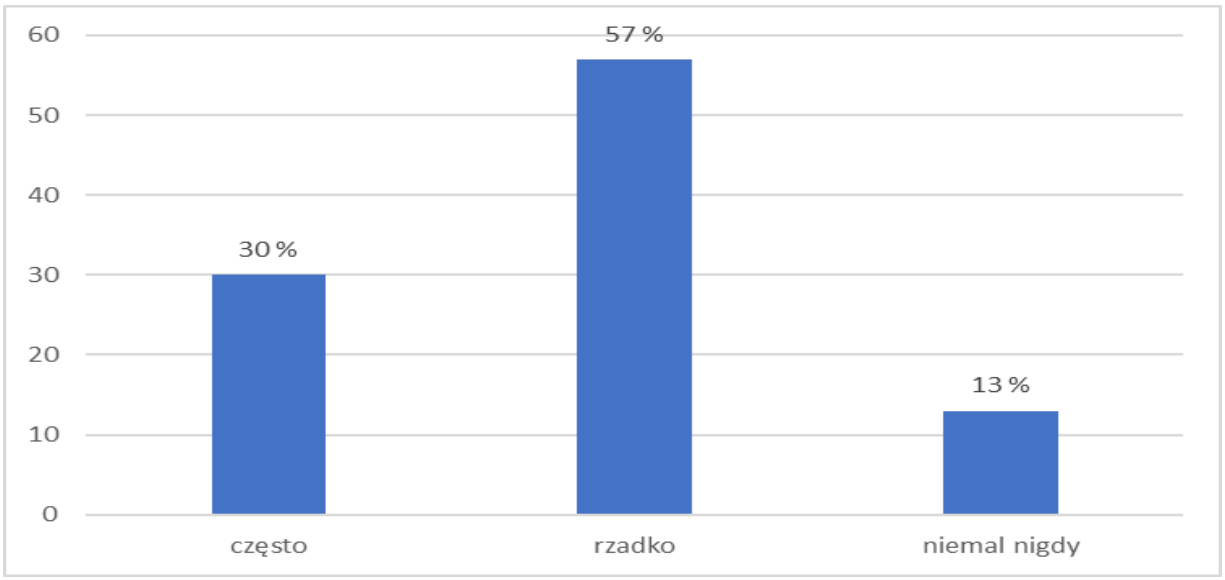
Rycina 9. Obecność respondentów przy orzekaniu o śmierci mózgowej pacjenta, *Źródło: opracowanie własne*

Niemal połowa respondentów (57%) wskazała, że uznają oni śmierć mózgową jako śmierć organizmu pacjenta. Natomiast 21% respondentów nie stawiało znaku równości pomiędzy tymi pojęciami, a 22% osób miało problem z jednoznacznym udzieleniem odpowiedzi (rycina 10).

W opinii 57% respondentów rodzina rzadko się nie zgadzała z opinią lekarza o śmierci mózgowej pacjenta, ale zdaniem 30% osób robiono to dość często. Z kolei 13% respondentów uznało, że rodzina niemal zawsze zgadza się z opinią lekarza w tej kwestii (rycina 11).

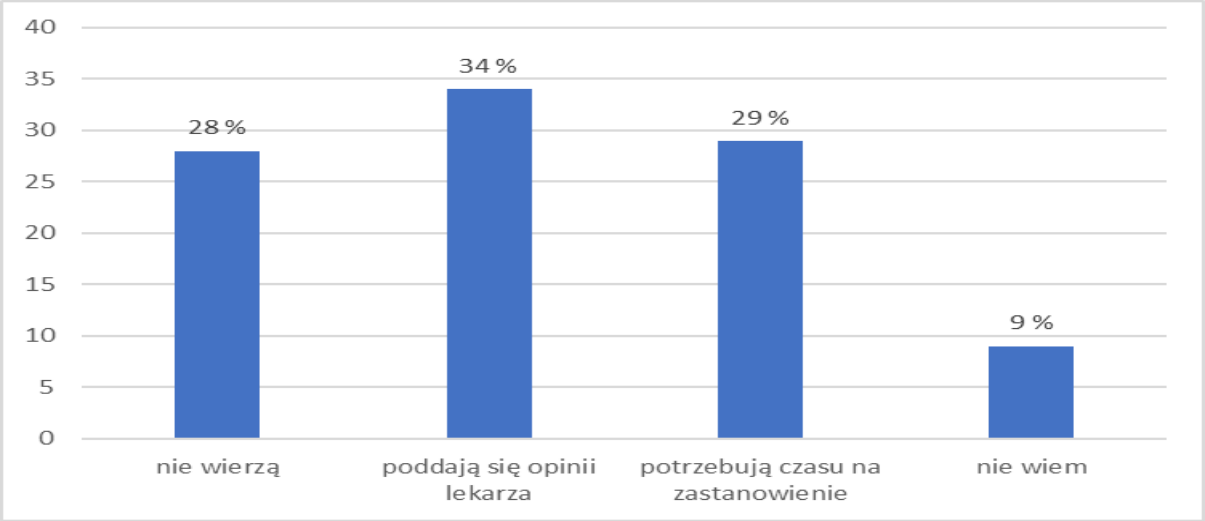


Rycina 10. Jednoznaczność śmierci mózgowej i śmierci organizmu człowieka w opinii respondentów, *Źródło: opracowanie własne*



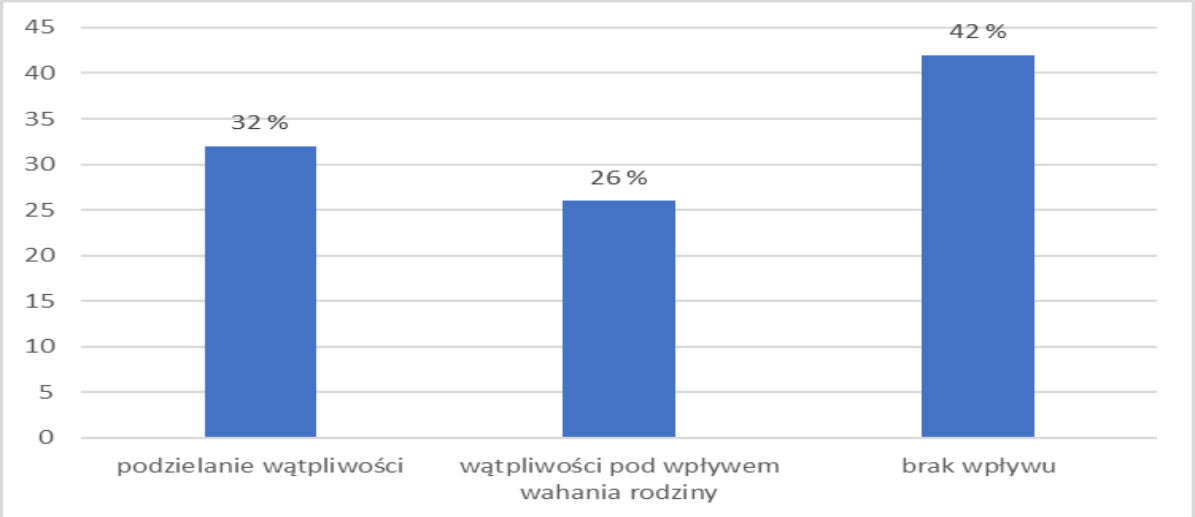
Rycina 11. Częstotliwość braku zgody rodziny pacjenta z opinią lekarza o śmierci mózgowej zdaniem respondentów, *Źródło: opracowanie własne*

W opinii 34% respondentów rodzina pacjenta z orzeczoną śmiercią mózgową najczęściej poddawała się opinii lekarza. Jednak 29% respondentów wskazało, że rodzina potrzebowała czasu na zastanowienie, 28% osób - że rodzina nie wierzyła w diagnozę, a 9% respondentów nie udzieliło jednoznacznej odpowiedzi w tej kwestii (rycina 12).



Rycina 12. Zachowanie rodziny pacjenta po orzeczeniu śmierci mózgowej w opinii respondentów, *Źródło: opracowanie własne*

W przypadku 42% respondentów zachowanie rodziny nie miało wpływu na ich osobistą opinię na temat śmierci mózgowej. Jednakże 32% respondentów podzielało wątpliwości rodziny, a 26% ankietowanych osób pod wpływem zachowania rodziny miało pewne wątpliwości w zakresie zasadności orzeczenia (rycina 13).



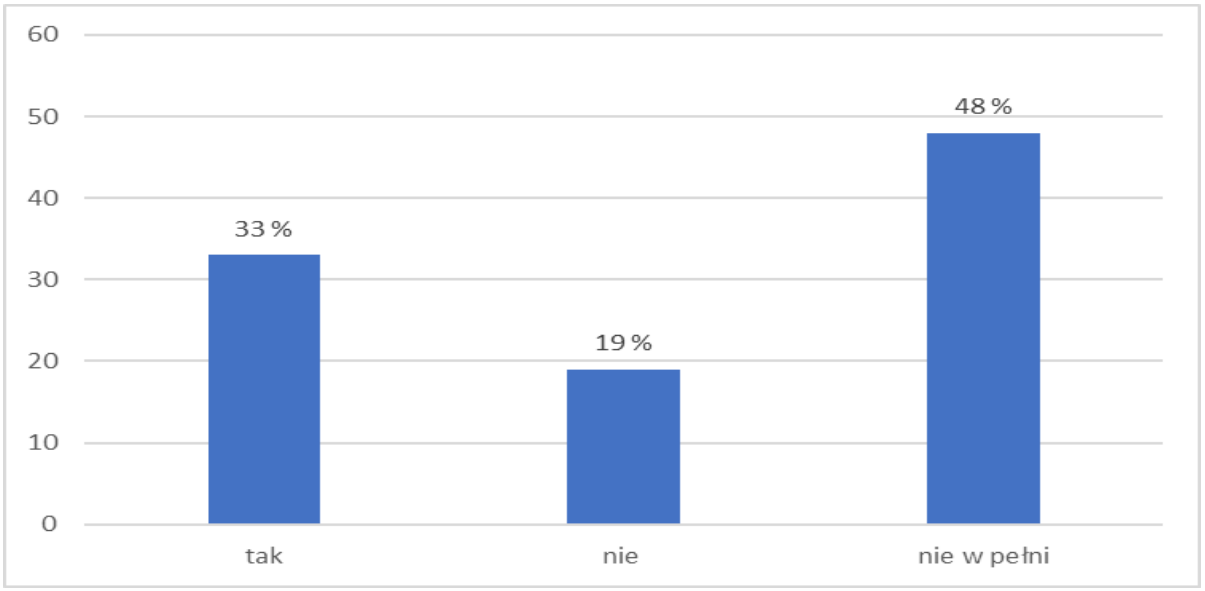
Rycina 13. Wpływ zachowania rodziny pacjenta na opinie respondentów w kwestii orzekania o śmierci mózgowej, *Źródło: opracowanie własne*

Do objawów, które nie wykluczają śmierci mózgowej pacjenta zalicza się rytmiczne i okresowe ruchy mięśni twarzy, zgięciowe ruchy palców, ruchy toniczne szyi, złożone ruchy kończyn, samodzielne zginanie kończyny dolnej czy odruch polegający na nawróceniu i wyproście kończyny górnej. Wszystkie te objawy wskazało 41% respondentów, pozostałe 36%

respondentów wskazało pojedyncze objawy, jedynie 6% osób wskazało na odpowiedź „żadne z powyższych” i 11% respondentów przyznało, że nie zna tych objawów.

Badania potwierdzające śmierć mózgową pacjentów to próba kaloryczna, sprawdzanie odruchu wymiotnego i kaszlowego, badanie odruchu oczno-mózgowego oraz oznaczenie wskaźnika kostno-ramiennego. Na wszystkie te badania wskazało 49% respondentów, na żadne z powyższych natomiast – 9% osób. Jedynie 5% respondentów nie znało badań, jakie trzeba przeprowadzić, a pozostałe 37% osób wskazywało pojedyncze badania.

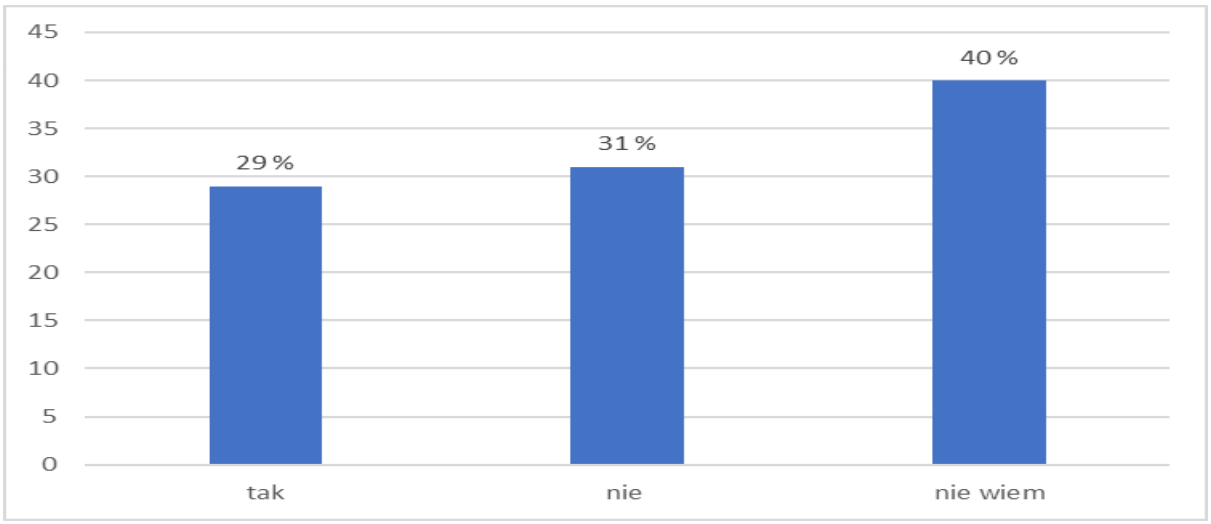
48% respondentów nie znało w pełni procedury orzekania o śmierci mózgowej. Znało ją doskonale 33% ankietowanych, a jedynie 19% respondentów zadeklarowało, że nie zna wcale procedury orzekania o śmierci mózgowej (rycina 14).



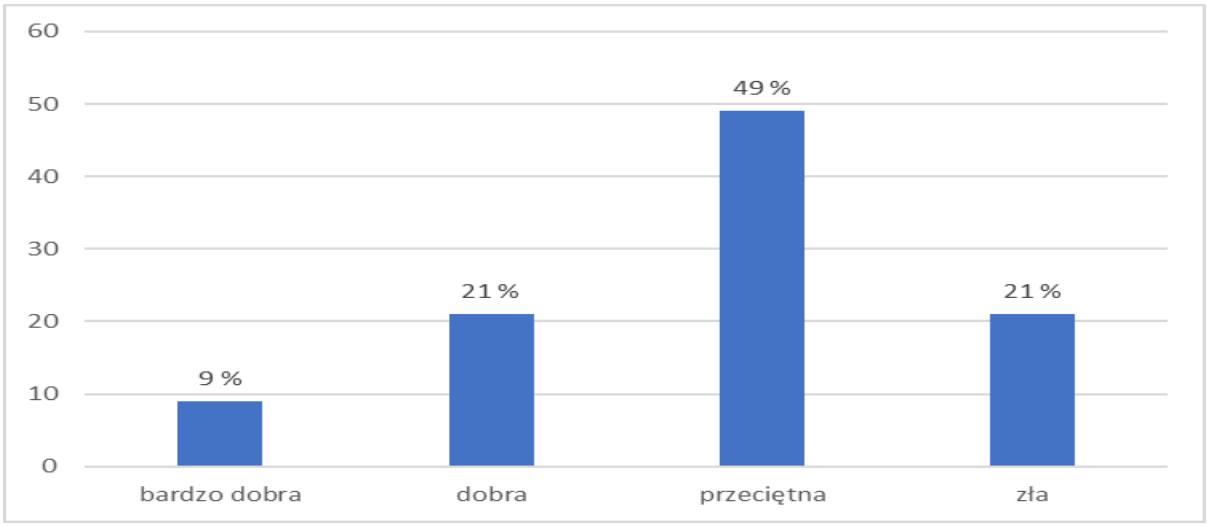
Rycina 14. Znajomość procedury orzekania o śmierci mózgowej przez respondentów, *Źródło: opracowanie własne*

29% respondentów uważało, że zgodnie z obecną wiedzą medyczną, procedura orzekania o śmierci mózgowej jest właściwa i nie dopuszcza do pomyłki, a śmierć człowieka może być orzeczona jednoznacznie. Natomiast 31% ankietowanych osób uznało, że tak nie jest, 40% osób zaś nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie (rycina 15).

Zdaniem 49% respondentów świadomość społeczna w zakresie śmierci mózgowej jest przeciętna, natomiast po 21% respondentów uznało, że jest ona zła lub dobra. Jedynie 9% respondentów wskazało na bardzo dobrą świadomość społeczeństwa w tym zakresie (rycina 16).



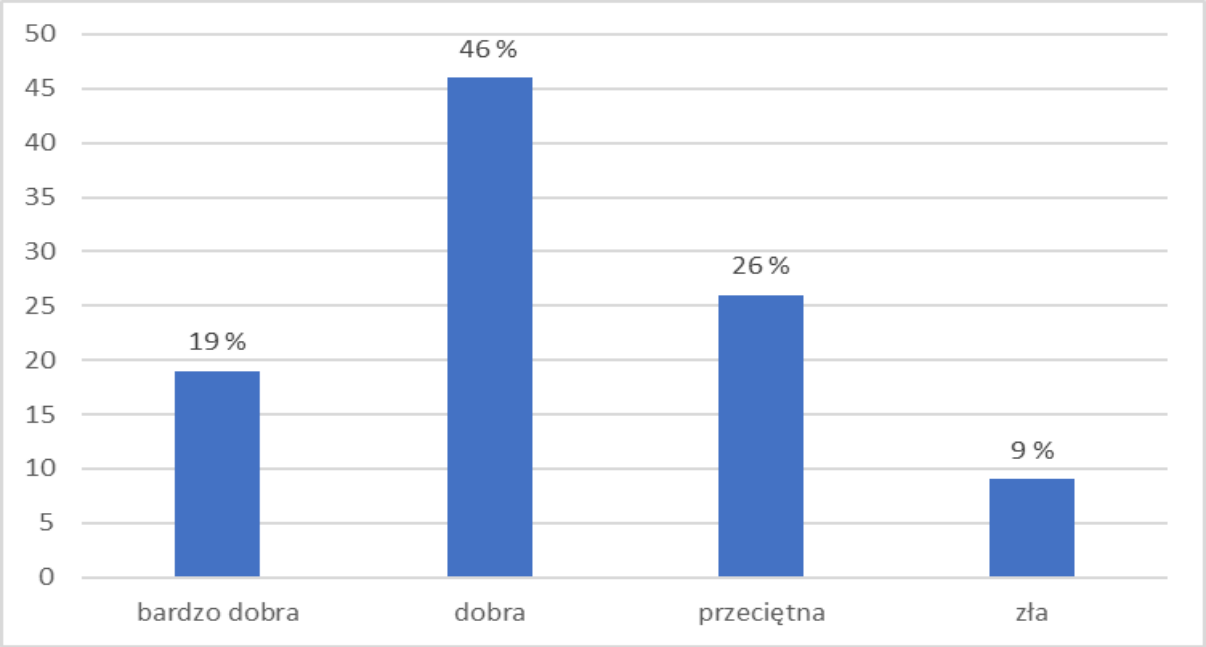
Rycina 15. Opinia respondentów na temat dostosowania warunków orzekania o śmierci mózgowej pacjenta do wyeliminowania możliwości pomyłki, *Źródło: opracowanie własne*



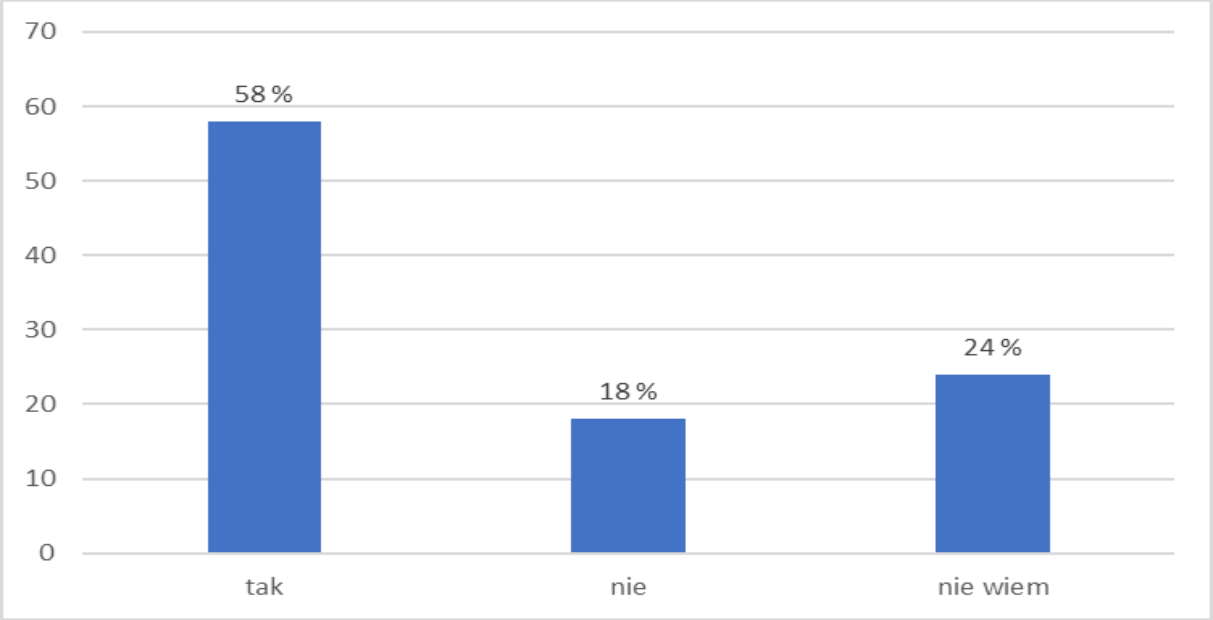
Rycina 16. Ocena świadomości społecznej na temat śmierci mózgowej zdaniem respondentów, *Źródło: opracowanie własne*

W opinii 46% respondentów świadomość personelu pielęgniarskiego w zakresie śmierci mózgowej jest dobra, a 19% osób uznało ją nawet za bardzo dobrą. Zdaniem 26% respondentów jest ona przeciętna, a jedynie 9% osób uważało, że jest ona zła (rycina 17).

Ponad połowa respondentów (58%) uznała zasadność orzekania o śmierci mózgowej pacjenta. Jedynie 18% osób nie zgadzało się z zasadnością orzekania tego rodzaju śmierci, a 24% respondentów nie potrafiło odpowiedzieć jednoznacznie na to pytanie (rycina 18).

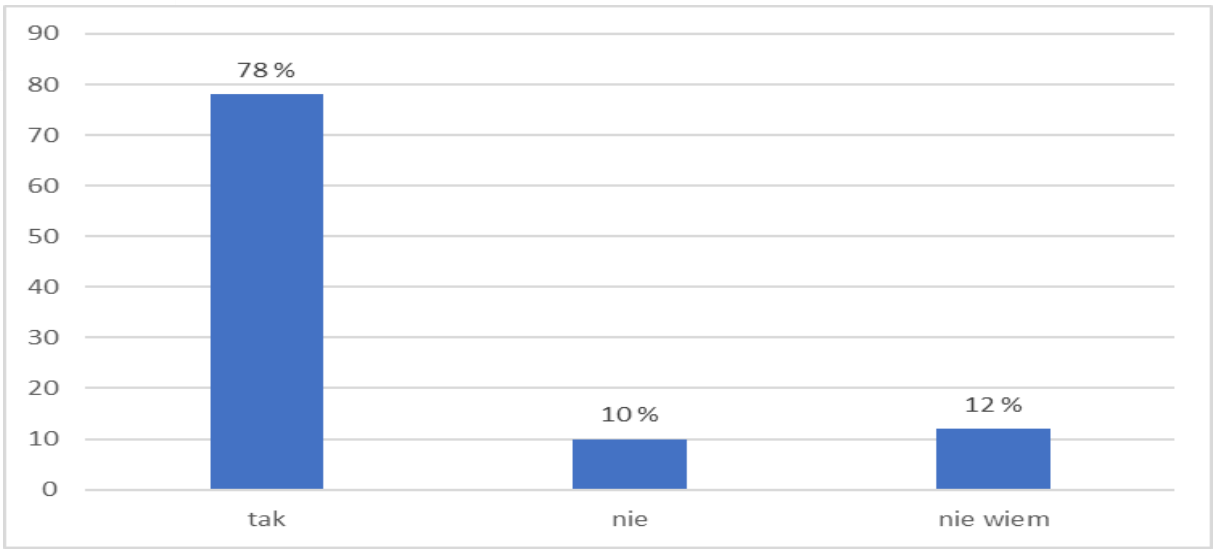


Rycina 17. Ocena świadomości personelu pielęgniarskiego w Polsce na temat śmierci mózgowej zdaniem respondentów, *Źródło: opracowanie własne*



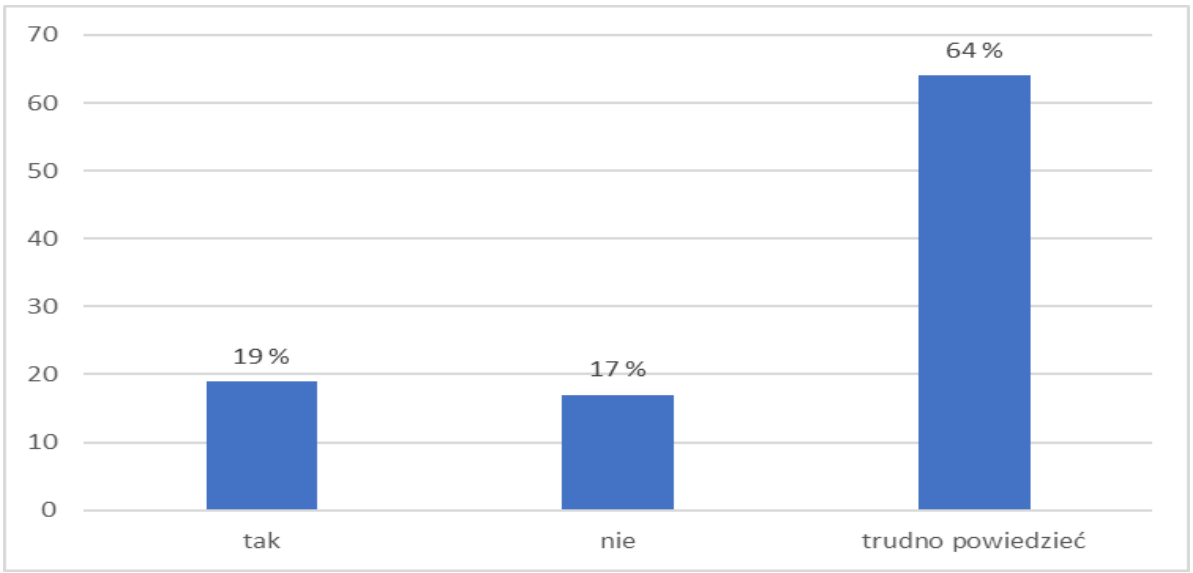
Rycina 18. Zasadność orzekania o śmierci mózgowej w opinii respondentów, *Źródło: opracowanie własne*

Aż 78% respondentów uznało jednoznaczność śmierci mózgowej i śmierci pacjenta. Jedynie 10% ankietowanych osób uważało, że nie można utożsamiać obu pojęć, a 12% respondentów nie potrafiło jednoznacznie wypowiedzieć się w tej kwestii (rycina 19).



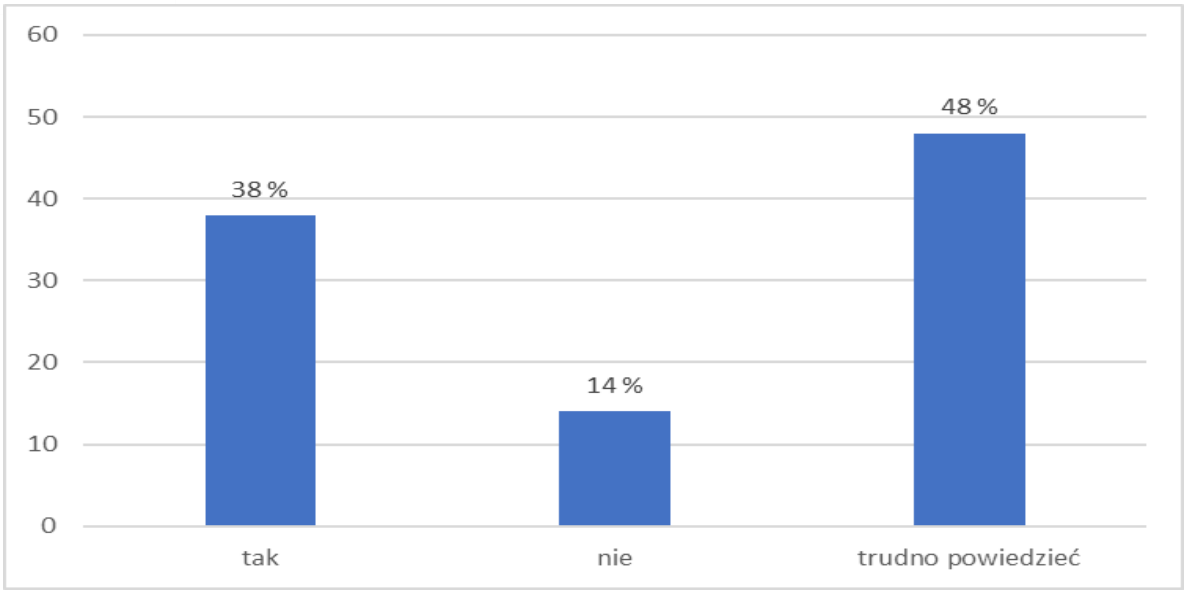
Rycina 19. Uznanie przez respondentów wyższości śmierci w wyniku zatrzymania funkcji życiowych nas śmiercią mózgową, *Źródło: opracowanie własne*

Jedynie 19% respondentów jednoznacznie opowiedziało się za koniecznością wycofania się z orzekania o śmierci mózgowej pacjenta, z kolei 17% osób uważało przeciwnie (rycina 20).



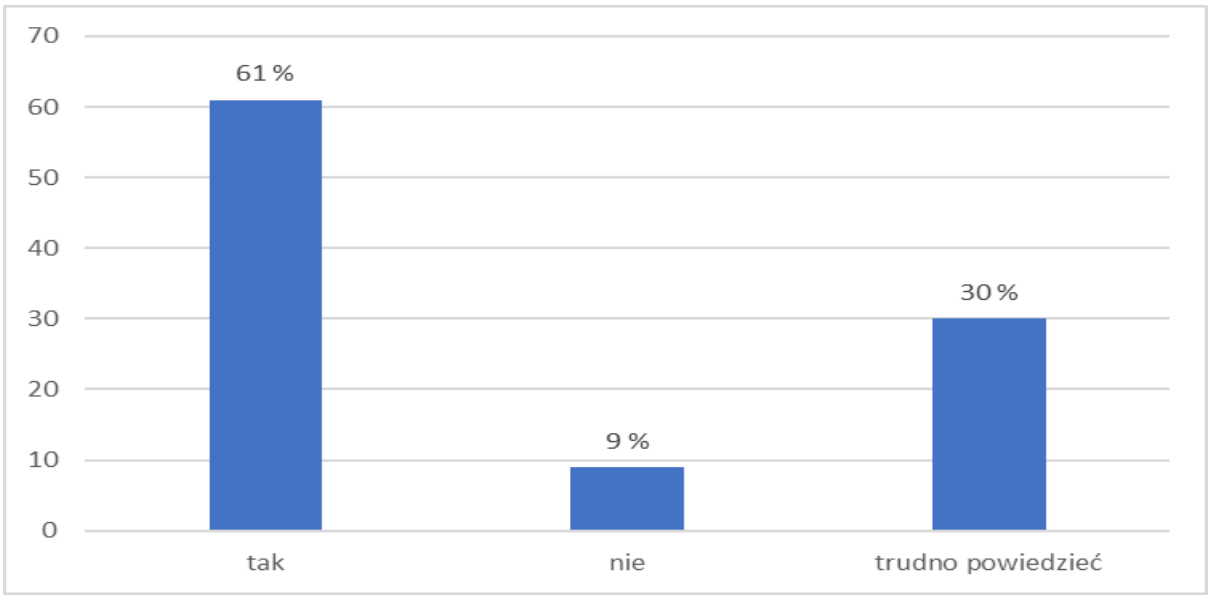
Rycina 20. Konieczność wycofania się z orzekania o śmierci mózgowej pacjenta w opinii respondentów, *Źródło: opracowanie własne*

W opinii 38% respondentów etyczne było odłączenie pacjenta od aparatury podtrzymującej życie w chwili orzeknięcia o jego śmierci mózgowej, czemu przeciwstawiło się 14% ankietowanych osób (rycina 21).



Rycina 21. Etyczność odłączenia pacjenta od aparatury podtrzymującej życie w chwili orzeknięcia śmierci mózgowej zdaniem respondentów, *Źródło: opracowanie własne*

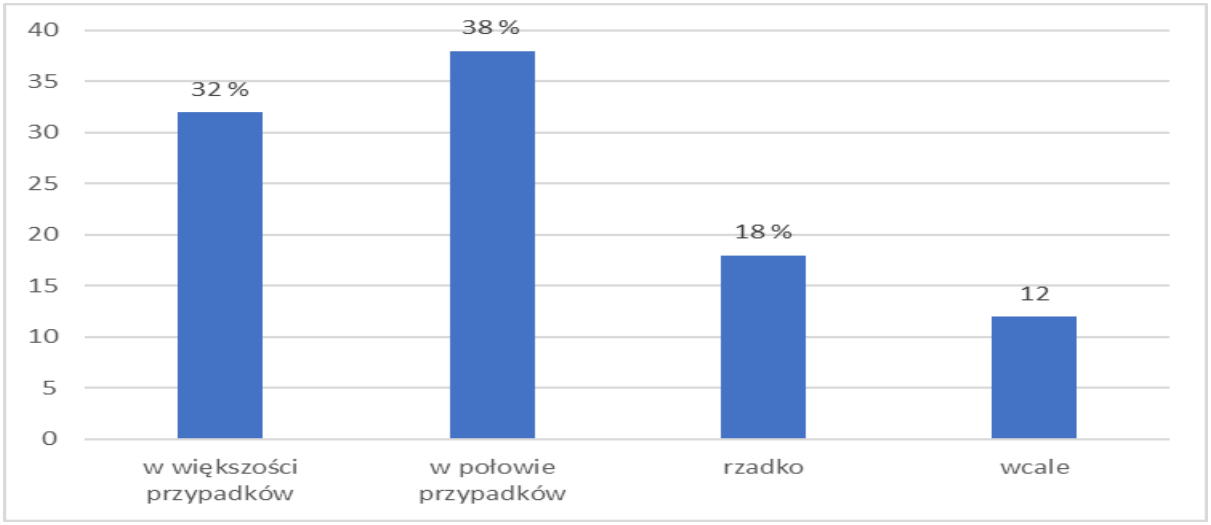
Aż 61% respondentów twierdziło, że za zasadnością orzekania o śmierci mózgowej pacjentów przemawiał argument możliwości pobrania organów do transplantacji. Taki argument nie zmienił zdania 9% respondentów o śmierci mózgowej, natomiast 30% osób miało trudności z jednoznaczną odpowiedzią na to pytanie (rycina 22).



Rycina 22. Wpływ argumentu transplantacji narządów po orzeknięciu śmierci mózgowej pacjenta na opinie respondentów na temat tego rodzaju śmierci, *Źródło: opracowanie własne*

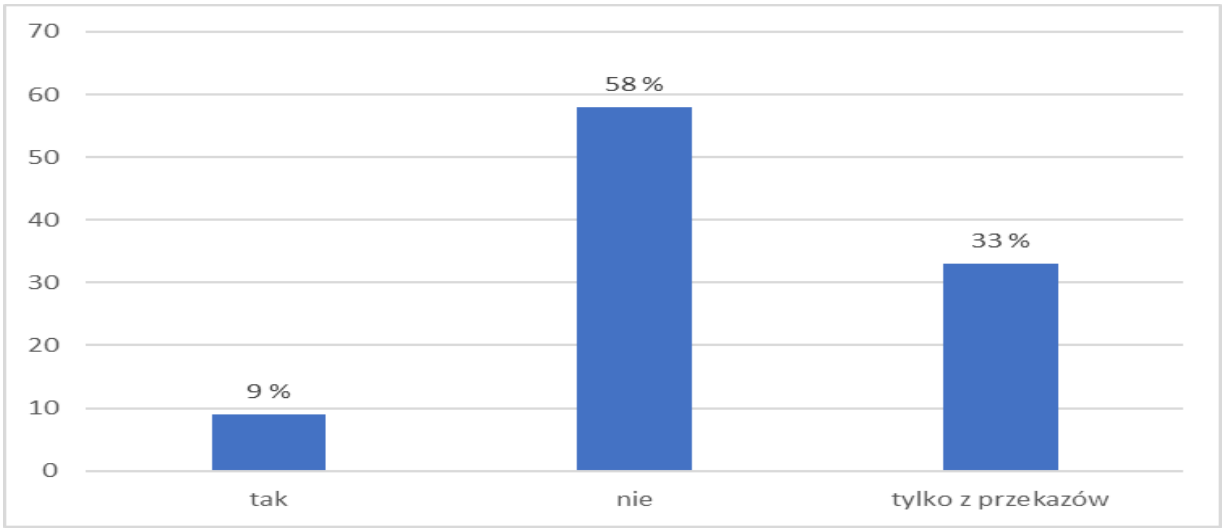
Opinie personelu pielęgniarskiego o śmierci mózgowej

W opinii 38% respondentów w połowie przypadków śmierci mózgowej pacjentów rodzina zgadzała się na pobranie organów, zdaniem 32% osób zgodę tę uzyskano w większości przypadków (rycina 23).



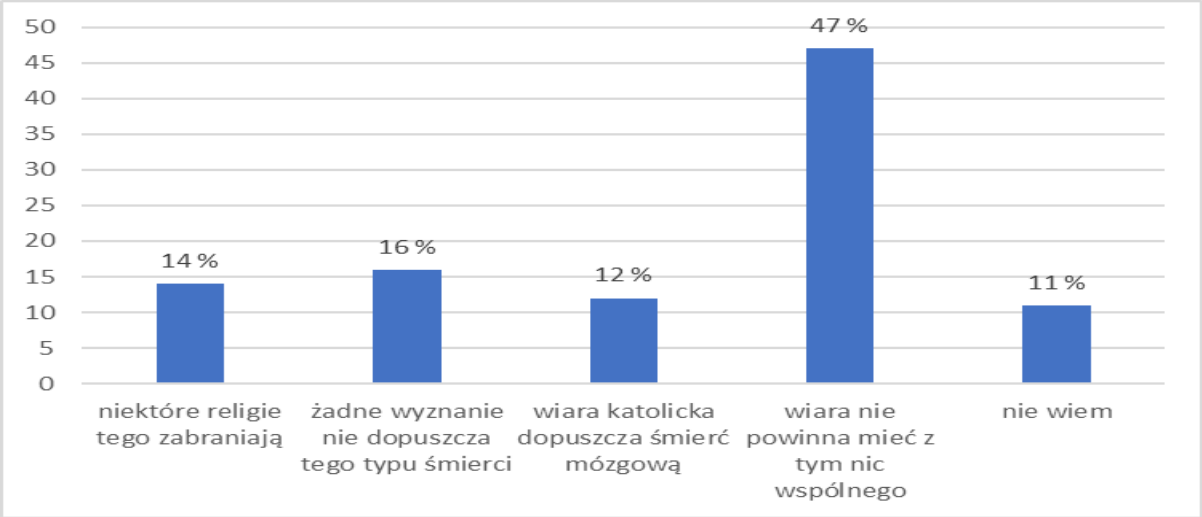
Rycina 23. Częstotliwość zgody rodziny na pobranie narządów po orzeknięciu śmierci mózgowej pacjenta w opinii respondentów, *Źródło: opracowanie własne*

58% respondentów wskazało, że nie znają osobiście żadnego przypadku pacjenta, który po odłączeniu od aparatury podtrzymującej życie w wyniku orzeknięcia o jego śmierci mózgowej odzyskał przytomność (rycina 24).



Rycina 24. Znajomość przez respondentów przypadku odzyskania przez pacjenta świadomości po odłączeniu go od aparatury podtrzymującej życie po stwierdzeniu śmierci mózgowej, *Źródło: opracowanie własne*

Zdaniem 47% respondentów wiara nie powinna mieć wpływu na podejście do aspektu śmierci mózgowej człowieka. Jednak 16% ankietowanych osób uważało, że żadne wyznanie religijne nie dopuszcza zasadności orzekania śmierci mózgowej (rycina 25).



Rycina 25. Wpływ wiary rodzin pacjentów na zgodę na odłączenie pacjenta od aparatury podtrzymującej życie w opinii respondentów, *Źródło: opracowanie własne*

Podsumowanie wyników – weryfikacja hipotez

Mimo deklaracji respondentów, że są oni przyzwyczajeni do obecności śmierci w ich pracy, wielu z nich nadal odczuwało lęk i niepokój lub czuło się dotkniętymi każdą śmiercią osobiście. Dlatego też należy potwierdzić jedynie częściowo pierwszą hipotezę badawczą, która zakładała, że personel medyczny jest przyzwyczajony do widoku śmierci i obcowania ze śmiercią.

Śmierć pacjentów w pracy personelu pielęgniarskiego najczęściej następowała raz lub dwa razy w tygodniu. Wykazano także, że personel pielęgniarski bierze udział w procedurze orzekania o śmierci mózgowej czasami, bowiem częściej na ich oddziale orzeka się tego rodzaju śmierć pacjenta, ale już bez ich osobistego udziału. Chociaż opinie badanych były podzielone, to byli oni w stanie zrównoważyć śmierć mózgową i śmierć w wyniku ustania funkcji życiowych.

Powyższa analiza pozwala na jedynie częściowe potwierdzenie drugiej hipotezy badawczej, która zakładała, że personel medyczny często jest obecny podczas umierania albo

przy śmierci pacjentów, choć znacznie częściej przy śmierci z powodu ustania czynności życiowych, a bardzo rzadko przy orzekaniu o śmierci mózgowej.

Zdaniem respondentów rodzina w większości przypadków zgadzała się z orzeczeniem lekarza o śmierci mózgowej i poddawała się jego opinii, choć czasami bliscy potrzebowali czasu na zastanowienie. Zachowanie rodziny nie miało zazwyczaj wpływu na postawy personelu pielęgniarskiego wobec śmierci mózgowej, choć wielu respondentów wskazało, że wraz z wątpliwościami rodziny, w ich osobistym odczuciu również takie wątpliwości się pojawiały. Pozwala to zatem na odrzucenie w całości trzeciej hipotezy badawczej, która zakładała, że w opinii personelu medycznego rodzina niemal nigdy nie zgadzała się z orzeczeniem śmierci mózgowej, poddając w wątpliwość śmierć człowieka, którego serce „bije" nadal Zachowanie rodziny nie przekładało się jednak na stosunek personelu medycznego do śmierci.

W badaniach własnych wykazano, że personel pielęgniarski w umiarkowanym stopniu znał objawy, które nie wykluczają śmierci mózgowej, jak również badania, jakie należy wykonać w ramach procedury orzekania o śmierci mózgowej. Choć niewielu respondentów wskazało, wyraźnie że nie zna procedury lub wskazało nie wszystkie objawy i badania, to jednak poprawnie na pytania w tym zakresie odpowiedziała niespełna połowa respondentów. Potwierdza to własną ocenę respondentów w zakresie znajomości procedury orzekania o śmierci mózgowej.

Przedstawiciele personelu pielęgniarskiego w dużej mierze przyznali że nie znają tej procedury lub znają ją częściowo. Oznacza to, że należy odrzucić czwartą hipotezę badawczą, która zakładała, że personel medyczny zna objawy, występujące przy śmierci mózgowej, a mogące mylnie świadczyć o występowaniu czynności życiowych, jak również badania, jakie należy wykonać przy orzekaniu o śmierci mózgowej, znają też samą procedurę orzekania oraz warunki jakie muszą zostać spełnione, by śmierć mózgowa mogła zostać orzeczona.

Zdaniem ankietowanego personelu pielęgniarskiego świadomość społeczna w zakresie śmierci mózgowej była przeciętna, natomiast świadomość personelu pielęgniarskiego oceniono jako dobrą. Potwierdziło to jedynie częściowo piątą hipotezę badawczą, która zakładała, że w opinii personelu medycznego społeczeństwo miało niską świadomość w zakresie śmierci mózgowej. Większą świadomością cechowali się natomiast sami przedstawiciele personelu medycznego.

W badaniach własnych wykazano również, że śmierć mózgowa zdaniem respondentów orzekana jest zasadnie, to jest istnieje zgoda na taki sposób orzekania o czyjejś śmierci, na

podstawie określonych objawów, badań oraz własnego doświadczenia. Dla większości ankietowanego personelu pielęgniarskiego śmierć mózgowa jest jednoznaczna ze śmiercią człowieka. Ale w pytaniu o możliwość wycofania się z orzekania o śmierci mózgowej zaledwie jeden na dziesięciu respondentów przyznał, że nie należy tego robić. Jedynie dla co trzeciego ankietowanego odłączenie od aparatury podtrzymującej życie jest etyczne, ale już dwóch na trzech respondentów przyznaje, że możliwość pobrania organów do transplantacji jest argumentem przemawiającym za utrzymaniem możliwości orzekania o śmierci mózgowej. Zdaniem respondentów rodzina przynajmniej w połowie przypadków zgadza się na pobranie narządów to transplantacji, wiara rodziny nie powinna mieć to wpływu na ich decyzję, choć wiadomo, że zawsze jest to silny bodziec, a sami respondenci o przypadkach pomyłek w orzekaniu o śmierci mózgowej pacjenta w większości słyszeli jedynie z przekazów. W przypadkach pytań o etykę i zasadność zdecydowana większość respondentów nie miała określonego zdania, co jedynie potwierdza złożoność tematu i trudności w jednoznacznym precyzowaniu sądów.

Powyższa analiza pozwala jednak odrzucić postawioną szóstą hipotezę badawczą, która zakładała, że personel medyczny wierzy w zasadność orzekania o śmierci mózgowej, stawiając ten rodzaj śmierci na równi z orzeczeniem śmierci na podstawie ustania funkcji życiowych i uznając za w pełni etyczny, opierając swój osąd na możliwości pobrania organów i uratowania innych istnień, choć w ich opinii rodzina rzadko się na to zgadza, ale postawa rodziny nie wpływa na postawę personelu medycznego wobec śmierci mózgowej.

Dyskusja

Badania własne koncentrowały się na analizie opinii personelu pielęgniarskiego w zakresie orzekania o śmierci mózgowej pacjentów. Badania były zasadne z uwagi na liczne kontrowersje, jakie mimo obecnego stanu wiedzy medycznej krążą wokół śmierci mózgowej oraz procedury jej orzekania, zawartej w stosownych aktach polskiego prawa.

Personel pielęgniarski jest zawsze najbliżej pacjenta, stąd opinie przedstawicieli tego personelu będą odzwierciedlały stanowisko środowiska medycznego w tej sprawie. Badania prowadzono na zróżnicowanej grupie respondentów pod względem socjodemograficznym.

W badaniach własnych wykazano, że do śmierci nie można się przyzwyczaić. Respondenci niemal w równej części wskazali zarówno na przyzwyczajenie do śmierci, jak

i na występowanie lęku i niepokoju w związku ze śmiercią pacjenta. Nieco mniej respondentów przyznało, że każda śmierć dotyka ich osobiście. W badaniach Gołębiak i wsp. [2] wykazano natomiast, że co czwarty badany deklarował, że w reakcji na obcowanie ze śmiercią pacjenta najczęściej odczuwa lęk (24,3%). 17,4% respondentów jako dominujące emocje wymieniło współczucie (17,4%). W dalszej kolejności badani deklarowali odczuwanie żalu (13,9%), bezsilności (6,1%) oraz obojętności (3,5%). Część pielęgniarek i pielęgniarzy zadeklarowała, że w zetknięciu z pacjentem umierającym odczuwają przede wszystkim spokój (10,4%). 13% ankietowanych nie pozwala sobie na odczuwanie żadnych emocji z uwagi na to, że są w pracy. Śledziona i Krzyżanowski [3] potwierdzają, że śmierci pacjenta zawsze towarzyszą emocje. Personel pielęgniarski w większości (61 osób – 50,8%) stwierdził, że często podchodzi do tego emocjonalnie, jednak potrafi kontrolować swoje emocje. 27 ankietowanych (22,5%) odpowiedziało, że umieranie pacjenta zawsze traktują emocjonalnie, jednak to od pacjenta i sytuacji zależy, czy są to emocje łatwe do opanowania, czy też emocje silne, nad którymi się nie panuje. Tyle samo osób podchodzi do tego z dystansem, rzadko angażując się emocjonalnie. U dwóch respondentów (1,7%) umieranie pacjenta nie wywołuje żadnych emocji, natomiast 3 z nich (2,5%) bardzo emocjonalnie przeżywa śmierć każdego chorego, często nie panując nad swoimi emocjami, co w konsekwencji zaburza czasem ich myślenie i koncentrację.

Śmierć na dyżurze zdarza się stosunkowo często, zwłaszcza na oddziałach szpitalnych lub w hospicjach, czy domach opieki. Śmierć mózgową znacznie częściej jednak orzeka się na oddziałach zabiegowych. Badany personel pielęgniarski w umiarkowanym stopniu uczestniczył bezpośrednio w procedurze orzekania o śmierci mózgowej, trochę częściej orzekano tego typu śmierć podczas dyżuru, ale bez bezpośredniego udziału ankietowanych osób. Należy wspomnieć, że uczestnictwo w procedurze orzekania o śmierci mózgowej jest obwarowane wieloma warunkami, w tym koniecznością posiadania specjalizacji. Nie każdy zatem może być częścią zespołu orzekającego.

Mimo szeregu kontrowersji wokół śmierci mózgowej w badaniach własnych wykazano, że niemal połowa respondentów opowiada się za uznaniem śmierci mózgowej jako śmierci organizmu i stawia śmierć mózgową na równi ze śmiercią wskutek ustania czynności życiowych, a nie tylko samej aktywności mózgu. W opinii personelu pielęgniarskiego również rodzina najczęściej poddaje się opinii lekarskiej i uznaje śmierć bliskiego wskutek braku aktywności mózgu, choć znaczna część osób bliskich decyzję o odłączeniu od aparatury podtrzymującej życie musi przemyśleć i odkłada ją w czasie. Nawet jeśli rodzina nie wierzy

w śmierć bliskiego i nie chce wydać zgody na odłączenie go od aparatury, to takie zachowanie zazwyczaj nie mają wpływu na osobiste opinie personelu medycznego wobec śmierci mózgowej, choć wielu wskazuje na występowanie pod wpływem takiego zachowania pewnych wątpliwości. Przeważa tu jednak ugruntowana wiedza medyczna, wedle której kryterium śmierci pnia mózgu jest wystarczające do orzeczenia śmierci pacjenta. Nie znaleziono żadnych badań porównawczych w tym zakresie w Polsce.

Badania opinii publicznej na temat śmierci mózgowej prowadzono w wielu krajach na świecie. W Japonii generalnie większość społeczeństwa popiera śmierć mózgową, jako śmierć człowieka (40-50%), ale już 20-30% społeczeństwa taj nie uważało. Podobna część amerykańskich obywateli ma tego typu zdanie, ale 30% członków niemieckiego parlamentu swego czasu podzielało opinię, że śmierć mózgowa nie jest śmiercią człowieka [4]. Według Nakayamy [5], również w innych krajach 20-40% populacji nie akceptuje śmierci mózgowej. Opinii personelu pielęgniarskiego w tych krajach nie badano.

Personel pielęgniarski jedynie częściowo znał procedurę orzekania o śmierci mózgowej, do czego w większości przyznają się jego przedstawiciele. Wynikać to może nie tylko z osobistych przekonań, ale również z wspomnianych warunków do spełnienia, by brać udział bezpośrednio w orzekaniu. W związku z tym personel medyczny powinien przyjmować założenia wiedzy medycznej w pełni, choć w przypadku śmierci mózgowej wnioskuje się często o niewystarczających obostrzeniach, by uniknąć błędu w orzekaniu. Tymczasem co trzeci ankietowany przyznał, że jego zdaniem procedura orzekania o śmierci mózgowej jest niedostosowana do aktualnej wiedzy medycznej i nie pozwala uniknąć błędów w orzeczeniu.

W nawiązaniu do przedstawionych badań opinii społecznej, respondenci ocenili świadomość społeczną w zakresie śmierci mózgowej jako przeciętną, ale świadomość personelu pielęgniarskiego jako dobrą. Oczywiste różnice wynikają przede wszystkim ze stanu wiedzy obu grup, na korzyść personelu pielęgniarskiego. Ocenę świadomości społecznej respondenci oparli na własnych doświadczeniach, dlatego rodzina pacjenta, wobec którego orzeczono śmierć mózgową, jest często nieuświadomiona w zakresie kryteriów tej śmierci i dlatego nie przyjmuje do wiadomości chęci „uśmiercenia" ich bliskiego mimo bicia serca i pozornego skąd inąd oddechu. Zdecydowanie w zakresie zasadności orzekania o śmierci mózgowej wynika z dużo wyższej świadomości personelu pielęgniarskiego. Wobec pacjentów, których mózg nie wykazuje żadnej aktywności nie ma bowiem innej alternatywy. Podtrzymywanie czynności życiowych przez aparatury jest tylko bezzasadnym oddalaniem

momentu nieuchronnej śmierci. Większość rodzin po zastanowieniu godzi się z opinią lekarską i zezwala na odłączenie od aparatury i na pobranie narządów do transplantacji. Są jednak takie rodziny, które nie przyjmują tego rodzaju śmierci do wiadomości. W opinii respondentów są przypadki rodzin, które całkowicie nie zgadzają się z lekarzem, nie przyjmują jego orzeczenia do wiadomości, opierając się na udokumentowanych przypadkach lub przekazach ustnych na temat wybudzenia się pacjenta po orzeczonej śmierci mózgu.

Należy nadmienić, że obecny stan wiedzy medycznej nie pozwala na tego typu pomyłki. Mimo wielu zastrzeżeń obecnie obowiązująca procedura orzekania o śmierci mózgowej jest na tyle szczegółowa, by móc na jej podstawie stwierdzić z całą pewnością, że pacjent już nie wróci. Mimo tego zdecydowana większość personelu pielęgniarskiego nie potrafi jednoznacznie wskazać, czy procedura ta jest właściwa, jak również czy powinno się wycofać z uznania kryterium śmierci mózgowej jako równoważnego śmierci w wyniku ustania czynności życiowych. Ponadto jedynie jeden na trzech respondentów z całą pewności uważa, że odłączenie pacjenta od aparatury jest etyczne, ale przeważająca część respondentów opowiada się za zrównaniem obu obowiązujących kryteriów śmierci człowieka.

Powyższa analiza daje do myślenia, głównie z uwagi na pewne rozproszenie opinii. Z jednej strony, mimo ugruntowanej wiedzy medycznej, nawet przedstawiciele personelu medycznego mają wątpliwości w zakresie orzekania o śmierci mózgowej, z drugiej natomiast większość z nich uznaje przyjęte procedury i mimo ich nieznajomości w pełnej wersji, uznaje śmierć mózgową jako śmierć organizmu człowieka, poddając jednak w wątpliwość kwestie etyczne tego rodzaju śmierci. Za kryterium śmierci mózgowej przemawia jednak fakt, że wówczas istnieje możliwość pobrania organów do transplantacji, co nie może mieć miejsca w przypadku śmierci w wyniku ustania krążenia. Zarzuca się czasami, że śmierć mózgowa jest stworzona po to, by w imię prawa móc pobierać organy do przeszczepu, że jest to sztuczny wymysł, by dać podstawy transplantologii. Myślenie takie jest błędne, niemniej powstanie kryterium śmierci mózgowej dało podwaliny do rozwoju tej dziedziny medycyny i pozwoliło na uratowanie wielu istnień ludzkich. Kontrowersji wokół samej transplantologii jest mniej, aniżeli wokół śmierci mózgowej, a jej niepodważalne zalety wpływają na wątpliwości etyczne w kwestii śmierci mózgowej. W przypadku zdecydowanej większości respondentów w badaniach własnych ten argument przemawia za uznaniem kryterium śmierci mózgowej.

W ocenie respondentów rodziny osób uznanych za zmarłe wskutek śmierci mózgowej przynajmniej w połowie przypadków zgadzają się na pobranie narządów.

Opinie personelu pielęgniarskiego o śmierci mózgowej

Badania Zawilińskiej [6] wskazują, że 100% lekarzy oraz ponad 90% pielęgniarek akceptuje ideę pobierania narządów celem ratowania życia, przy czym tylko 84,1% lekarzy i 65,2% pielęgniarek deklaruje zgodę na pobranie własnych narządów po śmierci. Okazało się także, że tylko 27,1% lekarzy i 26,4% pielęgniarek w ciągu ostatniego roku uczestniczyło w opiece nad zmarłym potencjalnym dawcą narządów lub też w procedurze stwierdzania śmierci mózgu. Zarówno w opinii pielęgniarek jak i lekarzy najczęstszą przyczyną odstąpienia od wysunięcia podejrzenia śmierci mózgu były przeciwwskazania medyczne do pobrania. Jako przyczynę niskiej liczby pobrań ankietowani przede wszystkim podawali odmowę rodziny zmarłego. Według Bener i wsp. [7] wielu lekarzy (72,4%) i pielęgniarek (74,7%) nie wiedziało, że śmierć mózgu jest kryterium śmierci człowieka, natomiast w badaniach Bardell i wsp. [8] wykazano, że aż 36% studentów medycyny nie miało świadomości, że śmierć mózgu oznacza śmierć, a nie śpiączkę. Świadczy to nie tylko o niskim stopniu wiedzy na temat samej śmierci mózgowej, ale i w zakresie potencjalnej procedury transplantacyjnej.

Kwestią sporną w aspekcie śmierci mózgowej jest wiara. Respondenci w większości przyznali, że nie powinna ona mieć wpływu na decyzję na podejście do aspektu śmierci mózgowej człowieka, ale pozostali dopuszczają taki wpływ, argumentując, że religie zabraniają tego typu poczynań, uznając kryterium ustania czynności życiowych jako jedyne i właściwe kryterium śmierci człowieka.

Magisterium Kościoła nigdy nie rościło sobie prawa do ustalania momentu śmierci, pozostawiając prawo to w gestii medycyny, co podkreślał papież Pius XII 24 listopada 1957 roku w przemówieniu do anestezjologów w Innsbrucku [9]. W 1981 roku Kongregacja ds. Nauki i Wiary przedstawiła stanowisko, że zasadniczo w sprawie kryteriów śmierci powinny się wypowiadać organy wyższe, choć stwierdzono, że wzrasta zgoda co do tego, że za zmarłego należy uznać człowieka, u którego zostałby stwierdzony całkowity i nieodwracalny brak aktywności mózgu [10]. Papieska Akademia Nauk w roku 1985 wydała Deklarację o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci, w której stwierdzono, że śmierć następuje wskutek całkowitego zahamowania czynności serca i oddechu, bądź też nieodwracalnego ustania wszystkich czynności mózgu. Przyjęto również śmierć mózgową za prawdziwe kryterium śmierci [11]. Natomiast Jan Paweł II w przemówieniu do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego w dniu 29 sierpnia 2000 roku powiedział: „*W odniesieniu do stosowanych dzisiaj wskaźników, które pozwalają stwierdzić, że nastąpiła śmierć – czy to związanych ze zjawiskami mózgowymi, czy też bardziej tradycyjnie*

z czynnikami krążeniowo – oddechowymi – Kościół nie formułuje opinii technicznych. […] W tym miejscu można orzec, że przyjęte w ostatnim czasie kryterium, na podstawie którego stwierdza się śmierć, a mianowicie całkowite i nieodwracalne ustanie wszelkiej aktywności mózgowej, jeśli jest rygorystycznie stosowane, nie wydaje się pozostawać w sprzeczności z istotnymi założeniami rzetelnej antropologii." [12].

Polski episkopat natomiast w 2007 roku uznał, że według aktualnego stanu wiedzy medycznej, podstawą do stwierdzenia śmierci jest ustanie wszelkiej aktywności mózgowej. Jednocześnie Kościół apeluje, aby w rozwiązywaniu tego doniosłego problemu były respektowane normy etyczne i medyczne [9].

Z powyższej analizy wynika jednoznacznie, że wiara katolicka, która przeważa na terytorium Polski, dopuszcza ponad wszelką wątpliwość uznanie pacjenta za zmarłego według kryterium śmierci mózgowej. Zasłanianie się kwestiami wiary nie ma tutaj zatem najmniejszego sensu, co potwierdza wyniki badań własnych i opinię respondentów na ten temat.

Pojęcie śmierci mózgowej będzie budziło wiele kontrowersji, ponieważ śmierć w wyniku ustania aktywności mózgu oraz możliwość utrzymania czynności życiowych poprzez stosowną aparaturę zawsze będzie pozostawiała dozę niepewności, czy to istotnie już śmierć, czy tylko śpiączka, lub czy moment zgody na odłączenie od aparatury nie jest zbyt wczesny. Wielu zadaje sobie pytanie, czy odłączenie od aparatury to nie ciche zabójstwo pacjenta, rodzaj eutanazji na życzenie. Tego rodzaju pytania będą się pojawiały zawsze, ale dopóki nie przedstawione zostaną wyraźne dane, przedstawiające błędy w procedurze. Póki co jest ona uznawana za zasadną, a kryterium śmierci mózgowej jest stosowane na równi z kryterium ustania czynności życiowych podczas orzekania śmierci pacjenta.

Wnioski

1. Personel pielęgniarski obcuje ze śmiercią często, ale nadal towarzyszą mu mieszane odczucia, głównie lęk i niepokój.
2. W opinii personelu pielęgniarskiego do śmierci pacjentów raczej nie można się przyzwyczaić, ponieważ w wielu przypadkach śmierć dotyka ich osobiście.
3. Zdaniem personelu pielęgniarskiego rodzina najczęściej godzi się z orzeczeniem lekarza o śmierci mózgowej ich bliskiego, ale potrzebuje czasu na zastanowienie przed decyzją o odłączeniu pacjenta od aparatury.

4. Śmierć mózgowa uznawana jest na równi ze śmiercią organizmu w wyniku ustania funkcji życiowych organizmu, a stosowanie kryterium śmierci mózgowej w opinii personelu pielęgniarskiego jest zasadne.
5. W opinii personelu pielęgniarskiego świadomość społeczna w zakresie śmierci mózgowej jest przeciętna, a znacznie wyższa w tym zakresie jest świadomość personelu pielęgniarskiego.
6. Istnieją wątpliwości natury etycznej wśród personelu pielęgniarskiego w zakresie etyczności odłączania pacjentów od aparatury podtrzymującej funkcje życiowe oraz wobec dalszego uznawania kryterium śmierci mózgowej jako kryterium śmierci człowieka
7. W opinii personelu pielęgniarskiego za utrzymaniem kryterium śmierci mózgowej przemawia dla rodzin fakt możliwości pobrania organów do przeszczepu, na co zgadzało się przynajmniej połowa rodzin pacjentów z orzeczoną śmiercią mózgową.
8. Zdaniem personelu pielęgniarskiego kwestie wiary nie powinny mieć wpływu na decyzje rodziny o odłączeniu pacjenta ze śmiercią mózgową od aparatury.

Piśmiennictwo

1. Łobocki M.: Wprowadzenie do badań pedagogicznych, Impuls, Kraków, 2011.
2. Gołębiak I., Szczepaniak R., Łazowa A., Dykowska G.: Postawy pielęgniarek wobec śmierci pacjenta,. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej, 2019, 4(1), 34-44.
3. Śledziona M., Krzyżanowski D.: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2011, 1(3), 217–223.
4. Norkowski J.: Medycyna na krawędzi. Ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów. Polwen, Radom, 2011.
5. Nakayama K.: Anti-brain-death Argumants in the United States and Germany. Horitsu Jih, 2000, 72(9), 54-59.
6. Zawilińska E.: Czynniki wpływające na liczbę pobieranych narządów w województwie podkarpackim. Rozprawa doktorska zrealizowana w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej WUM, Warszawa 2018.
7. Bener A., El-Shoubaki H., Al-Maslamani Y.: Do we need to maximize the knowledge and attitude level of physicians and nurses toward organ donation and transplant? Experimental and Clinical Transplantation, 2008, 6(4), 249–253.

8. Bardell T., Hunter D.J., Kent W.D., Jain M.K.: Do medical students have the knowledge needed to maximize organ donation rates? Canadian Journal of Surgery, 2003, 46(6), 453–457.
9. Dudzińska J., Dobrowolska B.: Zagadnienie śmierci pnia mózgu i transplantacji w świetle nauczania Kościoła Katolickiego. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2016, 15(1), 55-59.
10. Papieska Rada Cor Unum. Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających. 27.07.1981r. [w:] W trosce o życie, wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej. Wydawnictwo Biblios, Tarnów, 1998, 441.
11. Papieska Akademia Nauk. Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci, 21.10.1985r., [w:] W trosce o życie, wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej. Wydawnictwo Biblios, Tarnów, 1998, 453–454.
12. Jan Paweł II: Przemówienie do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego, 29 VIII 2000r. L'Osservatore Romano, 2000, 11-12, 228.

Wpływ śmierci pacjenta na personel medyczny

Beata Kowalewska[1], Zuzanna Nowosada[2]

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Stacja Dializ, II Klinika Nefrologii Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Wstęp

Śmierć definiowana jest przez WHO (*World Health Organization*, Światowa Organizacja Zdrowia) jako utrata życia, bez szans na to, że zostanie ono przywrócone. Polskie Ministerstwo Zdrowia podaje zaś, dokładniejszą definicję, opracowaną w 2012 roku: „*Śmierć jest to trwała utrata przytomności oraz trwała utrata wszystkich funkcji pnia mózgu. Może być spowodowana trwałym ustaniem krążenia lub krytycznym uszkodzeniem mózgu. W kontekście stwierdzania śmierci określenie „trwałe" oznacza utratę funkcji, która nie może powrócić spontanicznie i nie będzie przywrócona na drodze interwencji [1]"*. Jest to definicja uniwersalna, opracowana przez ekspertów z zakresu medycyn, w czasie międzynarodowego spotkania w Montrealu [1,2].

Postrzeganie śmierci jest różne i zależy od wielu indywidualnych doświadczeń każdego człowieka. Niemniej jednak śmierć wzbudza zazwyczaj głównie negatywne emocje oraz lęk, a towarzyszenie umierającemu człowiekowi jest niezwykle trudnym doświadczeniem. Obecnie z uwagi na zmiany kulturowe i środowiskowe, najwięcej zgonów następuje w szpitalach. Praca z umierającym pacjentem, towarzyszenie mu oraz opieka, są dużym obciążeniem psychicznym dla personelu medycznego [3].

Indywidualna konstrukcja psychologiczna, życiowe doświadczenia, wzorce wyniesione z domu, wzorce środowiskowe są czynnikami wpływającymi na typ postawy jaką przybiera personel medyczny wobec umierającego pacjenta. Spośród wielu podziałów, bodaj najbardziej popularny jest podział na postawę pozytywna i negatywną. Postawa pozytywna przejawia się poszanowaniem praw pacjenta i partnerskim podejściem do niego oraz zaspokajaniem jego potrzeb oraz traktowaniem go jako partnera. Postawa negatywna natomiast prowadzi do uprzedmiotowienia pacjenta oraz ignorowania jego potrzeb [4,5,6].

Celem pracy

Celem głównym pracy było poznanie wpływu śmierci pacjenta na personel medyczny.

Cel główny wzbogacono następującymi celami szczegółowymi:

1. Określenie czynników wpływających na postrzeganie śmierci pacjenta przez personel medyczny.
2. Określenie uczuć towarzyszących personelowi medycznemu w obliczu śmierci pacjenta.
3. Określenie reakcji personelu na stresujące wydarzenie, jakim jest śmierć pacjenta.
4. Ocena wpływu śmierci pacjenta na funkcjonowanie społeczne personelu medycznego.

Materiał i metody

Badaniem objęto 110 osób pracujących w zawodzie jako pielęgniarka/pielęgniarz oraz ratowniczka/ratownik medyczny.

Dane zostały zebrane metodą sondażu diagnostycznego, za pomocą anonimowego kwestionariusza ankiety. W pracy zostały zastosowane następujące narzędzia badawcze: ankieta konstrukcji własnej (składająca się z części metryczkowej oraz części szczegółowej), a także standaryzowana skala Mini-COPE (*Coping Orientations to Problems Experienced*, Inwentarz do Pomiaru Strategii Radzenia sobie ze Stresem), która służy do oceny sposobów radzenia sobie ze stresem.

Kwestionariusz ankiety własnej składał się z 16 pytań zamkniętych – w jednym pytaniu była możliwość zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi.

Pierwsza część ankiety składała się z części metryczkowej. Zawarte w niej były pytania o płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, wykonywany zawód i staż pracy w zawodzie medycznym osób ankietowanych.

Część druga – szczegółowa, zawierała pytania o częstotliwość kontaktu ze śmiercią pacjenta w miejscu pracy, indywidualne postrzeganie śmierci, czynniki wpływające na podejście do śmierci pacjenta, wpływ śmierci pacjenta na życie osobiste ankietowanych oraz ich uczucia, ocenę gotowości do towarzyszenia umierającemu pacjentowi oraz o umiejętność

radzenia sobie ze stresem spowodowanym śmiercią pacjenta. Ostatnia część ankiety zawierała standaryzowany kwestionariusz Mini-COPE, który zawiera 28 pytań i służy do oceny sposobów radzenia sobie ze stresem. Inwentarz ten wyróżnia 14 strategii: aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne przewartościowanie, zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań, obwinianie siebie, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, zajmowanie się czymś innym, zaprzeczenie, wyładowanie, zwrot ku religii, akceptacja i poczucie humoru.

Protokół badania został zaakceptowany przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku – numer APK.002.190.2021 .

Dokonano charakterystyki badanej zbiorowości w postaci tabel i rycin, zawierających rozkład procentowy wybranych cech lub wartości wybranych statystyk opisowych dla cech liczbowych.

Weryfikacja postawionych hipotez badawczych wymagała analizy zależności pomiędzy różnymi cechami. Dobór metod statystycznych zależał od charakteru porównywanych cech. Przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

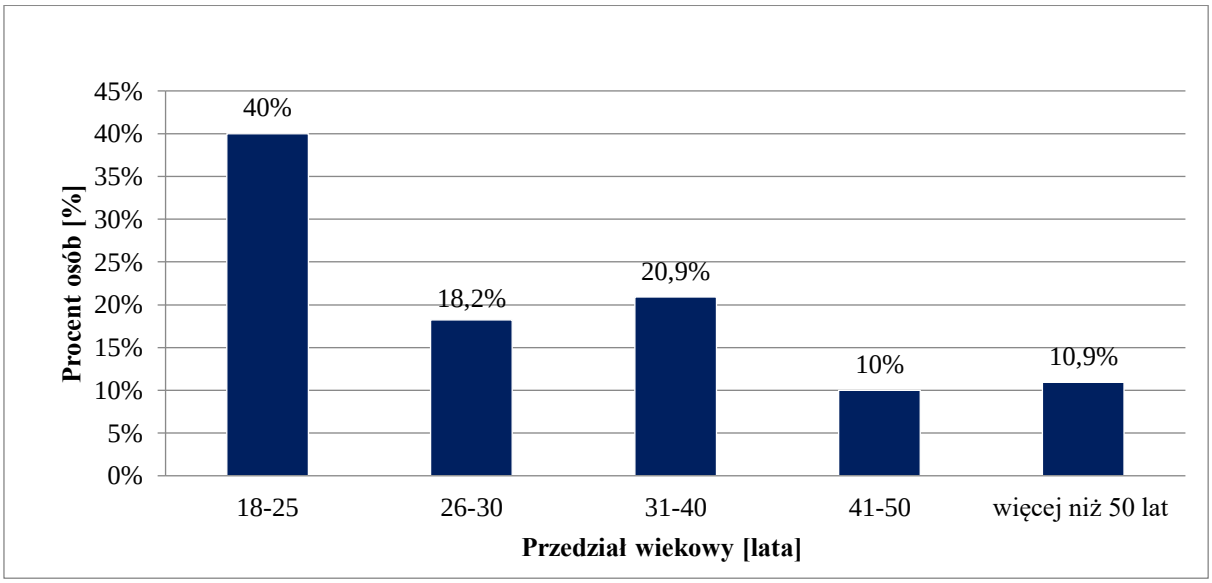
1. W badaniu zastosowano test Shapiro-Wilka, który jest przeważnie stosowany do mniejszych grup (gdzie $n<100$). Test ten służy do oceny, czy zebrane wyniki posiadają rozkład normalny i pozwala wybrać odpowiedni test do weryfikacji hipotez badawczych.
2. Do porównania dwóch grup zmiennych pod względem zmiennej ilościowej użyty został test Manna Whitney'a. Jest to nieparametryczny odpowiednik testu t-Studenta dla prób niezależnych. Może być wykorzystany kiedy zmienne różnią się od rozkładu normalnego. Test porównuje obserwacje względem mediany.

Do przeprowadzenia analizy statystycznej posłużono się oprogramowaniem Microsoft Excel oraz Statistica 10, w którym wykonano testy Shapiro-Wilka oraz Manna-Whitney'a.

Wyniki

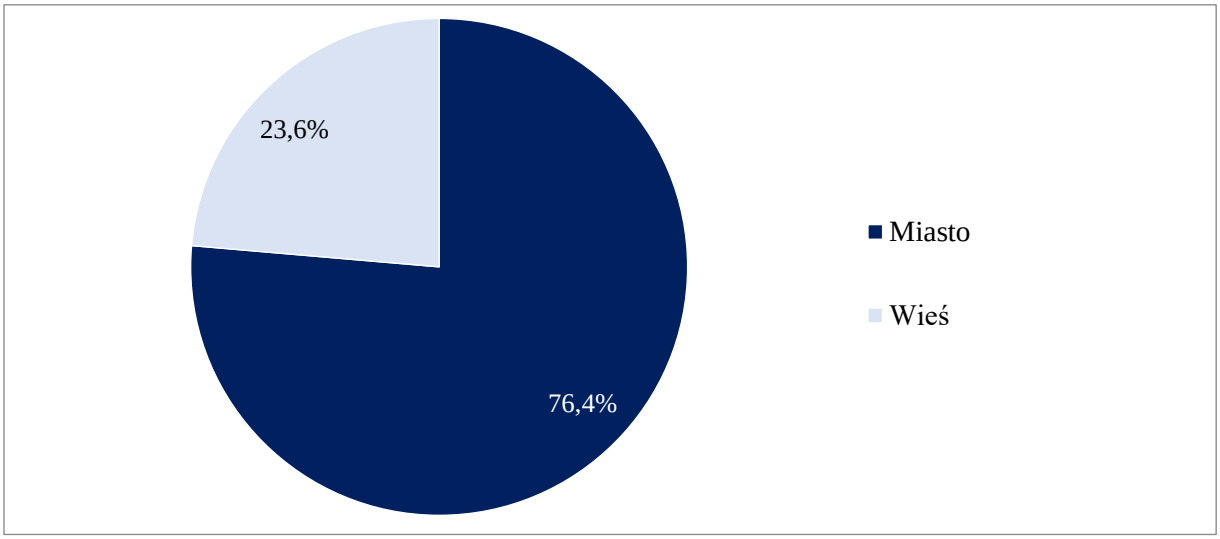
Rozpatrując strukturę wieku badanych pod kątem płci wykazano, że częściej udział w badaniu podejmowały kobiety (n=73; 66,4%) niż mężczyźni (n=37; 33,6%). Najmłodsi ankietowani, należący do przedziału wiekowego 18-25 lat stanowili najliczniejszą grupę (n=44; 40%), zaś najstarsi mieli ponad 50 lat (n=12; 10,9%) – Rycina 1.

Najmniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 41-50 lat (n=11; 10%).



Rycina 1. Rozkład wieku ankietowanych

Zdecydowana większość ankietowanych osób mieszka w mieście (n=84; 76,4%), pozostali jako miejsce zamieszkania podają wieś (n=26; 23,6%) – Rycina 2.

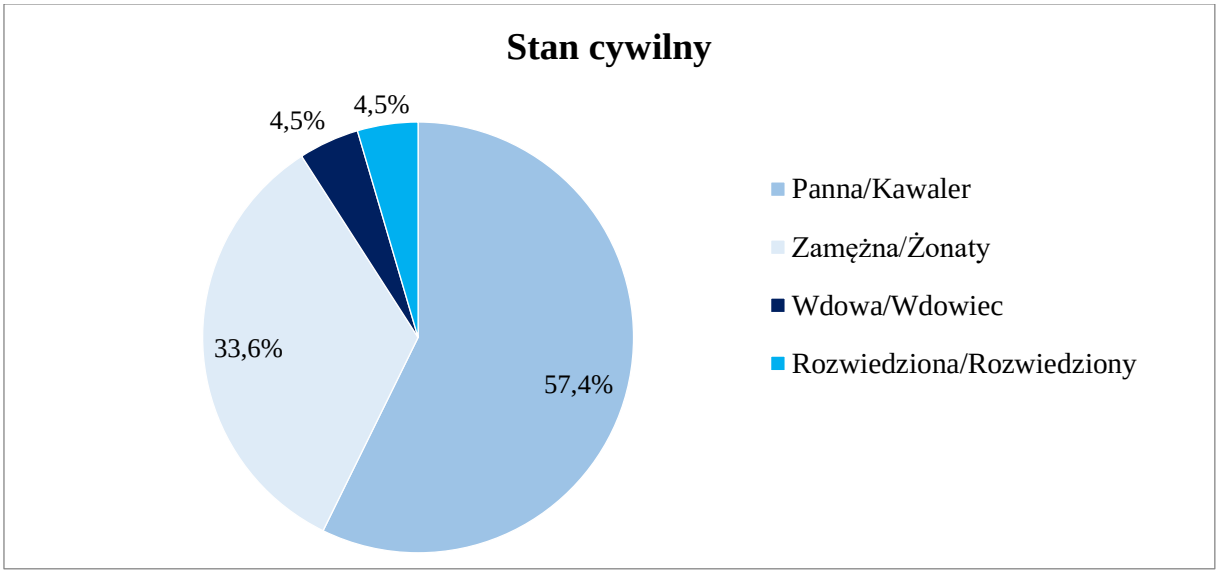


Rycina 2. Miejsce zamieszkania ankietowanych

Większość ankietowanych zadeklarowało swój stan cywilny jako panna/kawaler (n=63; 57,4%). Drugą najliczniejszą grupę stanowiły osoby zamężne/żonate (n=37; 33,6%).

Tyle samo ankietowanych zadeklarowało się jako wdowy/wdowcy (n=5;4,5%), co rozwiedzione/rozwiedzeni (n=5;4,5%) – Rycina 3.

Badana grupa składała się z personelu medycznego – pielęgniarek/pielęgniarzy (n=58; 52,7%) oraz ratowniczek/ratowników medycznych (n=52; 47,3%) – Tabela I.



Rycina 3. Stan cywilny ankietowanych

Tabela 1. Podział badanej grupy ze względu wykonywany zawód

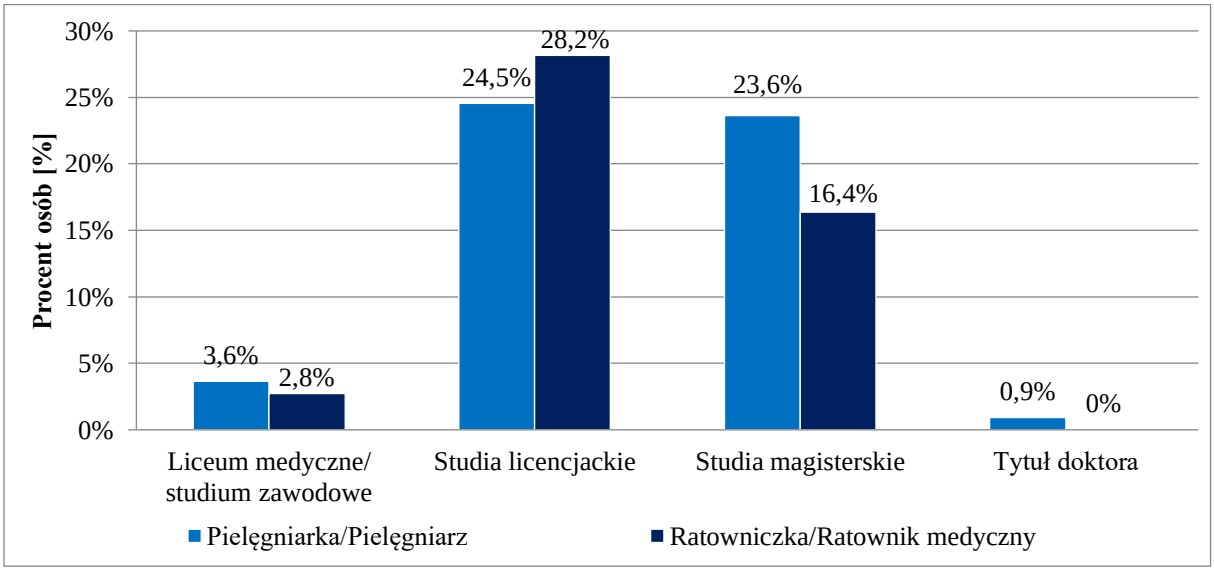
Wykonywany zawód	Liczność	Procent
Pielęgniarka/Pielęgniarz	58	52,7%
Ratowniczka/Ratownik medyczny	52	47,3%

Analizując poziom wykształcenia respondentów wykazano, że ponad 1/2 badanych ukończyła studia licencjackie (n=58; 52,7%), 2/5 ankietowanych studia magisterskie (n=44; 40%), a pozostali ukończyli liceum medyczne/studium zawodowe (n=7; 6,4%) lub posiadają tytuł doktora (n=1; 0,9%).

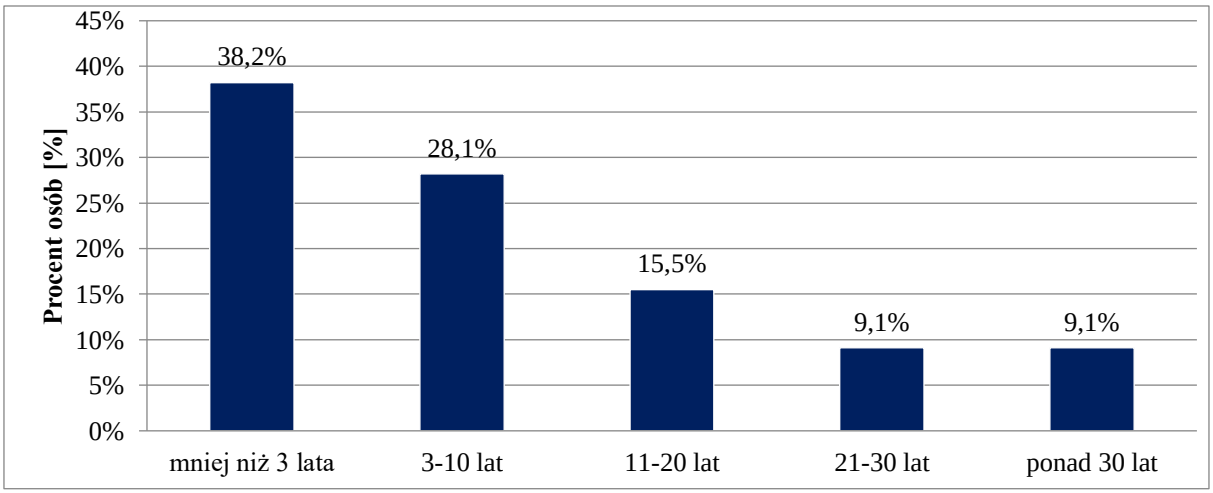
Zarówno wśród pielęgniarek/pielęgniarzy, jak i ratowniczek/ratowników medycznych większość badanych ukończyła studia licencjackie - odpowiednio (n=27; 24,5%) i (n=31; 28,2%). Liczną grupę stanowiły osoby z tytułem magistra - odpowiednio (n=26; 23,6%) i (n=18; 16,4%) – Rycina 4.

Większość ankietowanych pracuje w zawodzie medycznym mniej niż 3 lata (n=42; 38,2%). Kolejną, co do liczebności, grupę tworzą osoby ze stażem pracy od 3 do 10 lat (n=31;

28,1%). Ponad 15% stanowią osoby 11-20 lat (n=17; 15,5%). Do grup 21-30 lat oraz ponad 30 lat należało tyle samo osób (n=10; 9,1%) – Rycina 5.

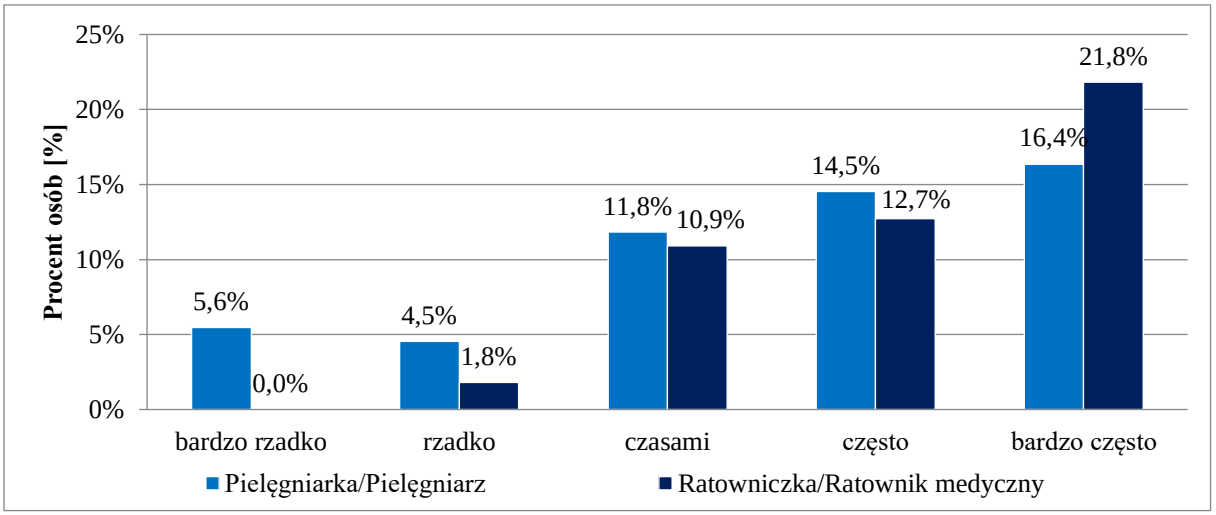


Rycina 4. Wykształcenie ankietowanych z uwzględnieniem wykonywanego zawodu



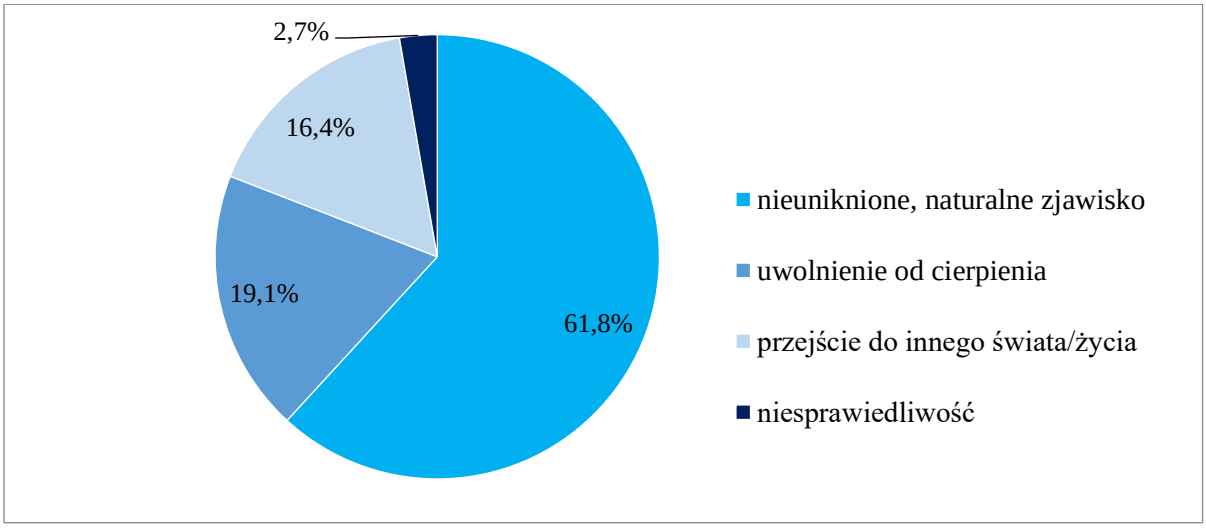
Rycina 5. Staż pracy w zawodzie medycznym

W badanej grupie tylko osoby wykonujące zawód pielęgniarki/pielęgniarza zaznaczyły, że kontakt ze śmiercią pacjenta mają bardzo rzadko (n=6; 5,6%). Częściej niż ratowniczki/ratownicy medyczni udzielali oni odpowiedzi „rzadko" (n=5; 4,5%). Odpowiedzi „czasami" oraz „często" podawane były w porównywalnych ilościach. Zarówno wśród pielęgniarek/pielęgniarzy (n=18; 16,4%) i ratowniczek/ratowników medycznych (n=24; 21,8%) przeważała odpowiedź „bardzo często" – Rycina 6.



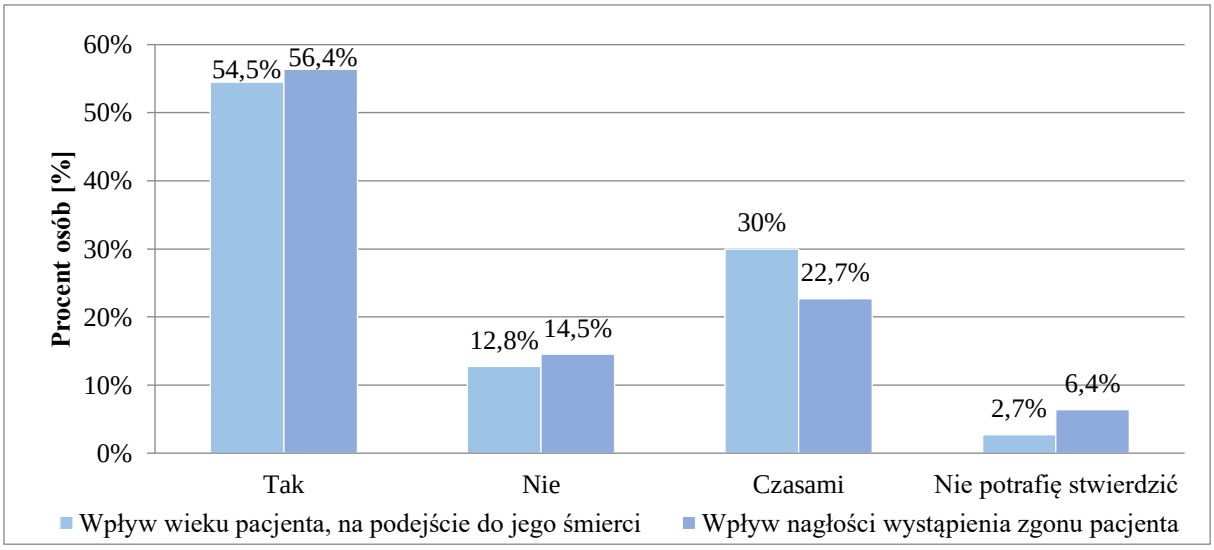
Rycina 6. Częstość styczności ze śmiercią pacjenta, z racji wykonywanego zawodu

Prawie 2/3 respondentów postrzega śmierć jako nieuniknione, naturalne zjawisko (n=68; 61,8%). Zdecydowanie mniej, prawie 1/5 badanych uważa, że śmierć jest uwolnieniem od cierpienia (n=21; 19,1%). Około 16% twierdzi, że jest ona przejściem do innego świata/życia (n=18; 16,4%). Nieliczni ankietowani wybrali odpowiedź opisującą śmierć jako niesprawiedliwość (n=3; 2,7%) – Rycina 7.



Rycina 7. Postrzeganie zjawiska śmierci przez ankietowanych

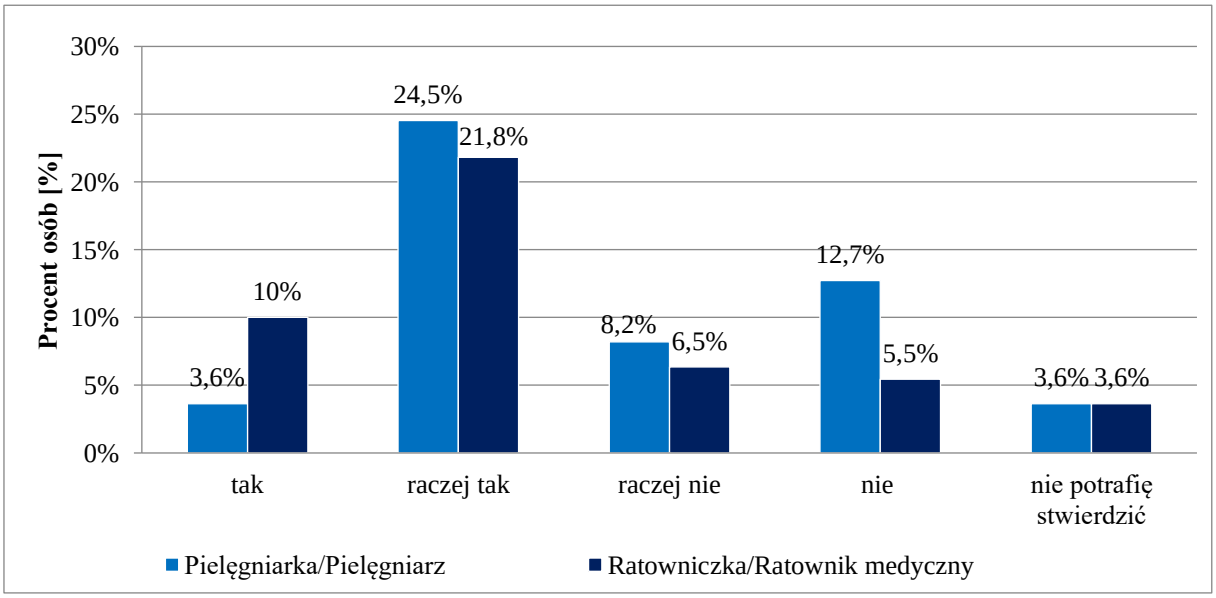
Ponad połowa ankietowanych stwierdziła, że zarówno wiek pacjenta (n=60; 54,5%), jak i nagłość jego zgonu (n=62; 56,4%) są czynnikami wpływającymi na ich podejście do jego śmierci – Rycina 8.



Rycina 8. Rozkład odpowiedzi dotyczący czynników wpływających na postrzeganie śmierci pacjenta przez badany personel medyczny

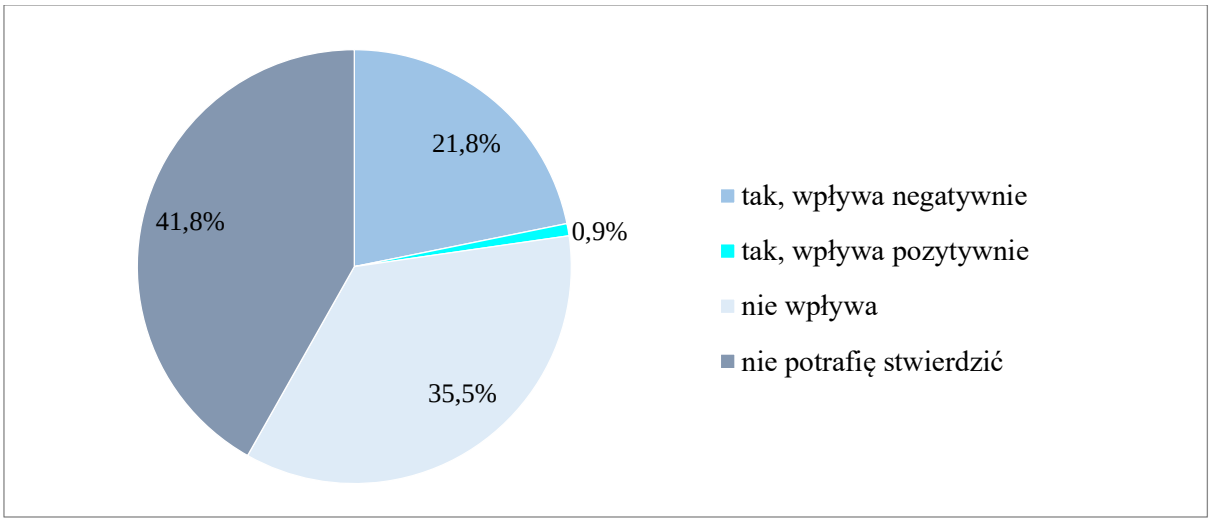
Najwięcej ankietowanych stwierdziło, że do śmierci pacjentów raczej można przywyknąć, była to blisko 1/2 medyków (n=51; 46,4%). W grupie pielęgniarek/pielęgniarzy było to 27 osób (n=27; 24,5%), a w grupie ratowniczek/ratowników medycznych 24 osoby (n=24; 21,8%). Porównując pozostałe odpowiedzi obu grup zawodowych ratowniczki/ratownicy medyczni zdecydowanie częściej udzielili odpowiedzi „tak" (n=11;0%), zaś pielęgniarki/pielęgniarze częściej odpowiadali „nie" (n=14; 12,7%) – Rycina 9.

.



Rycina 9. Rozkład odpowiedzi respondentów dotyczący pytania o to, czy do śmierci pacjenta można przywyknąć

Większość ankietowanych nie potrafiła stwierdzić, czy kontakt ze śmiercią pacjenta ma wpływ na ich życie osobiste (n=46; 41,8%). Część osób uważa, że nie ma to wpływu (n=39; 35,5%) lub wpływ jest negatywny (n=24; 21,8%). Tylko jedna osoba odpowiedziała, że wpływa to na jej życie pozytywnie (n=1; 0,9%) – Rycina 10.



Rycina 10. Rozkład odpowiedzi respondentów dotyczący pytania o to, czy śmierć pacjenta ma wpływ na ich życie osobiste

1/2 ankietowanych zadeklarowała, że w obliczu śmierci pacjenta nigdy nie czuje bezsenności (n=55; 50%), a ponad 40% osób odpowiedziało, że rzadko czuje zdenerwowanie (n=48; 43,6%) lub niechęć do pracy (n=47; 42,7%).

Ponad 2/3 badanych medyków stwierdziło, że nigdy nie odczuwa w tej sytuacji rozpaczy (n=75; 68,2%).Tyle samo osób zadeklarowało, że smutek odczuwa często lub rzadko (n=42; 38,2%).

Blisko 1/2 ankietowanych w obliczu śmierci pacjenta często czuje bezsilność (n=50; 45,5%). Niewiele osób czuje lęk (n=60; 54,5%), gniew (n=59; 53,6%) lub obojętność (n=56; 50,9%), większość z nich zaznaczyło odpowiedź „nigdy".

Ankietowani rzadko odczuwają spokój (n=45; 40,9%), ulgę (n=52; 47,3%) lub śmierć pacjenta nie ma na nich żadnego wpływu (n=49; 44,5%).

Prawie 80% respondentów odczuwa współczucie często (n=49; 44,5%) lub zawsze (n=37; 33,7%).

Nikt nie zadeklarował, że zawsze odczuwa niechęć do pracy lub gniew (n=0; 0%) – Tabela II.

Tabela II. Częstość występowania podanych uczuć w obliczu śmierci pacjenta

		Częstość			
		Zawsze	**Często**	**Rzadko**	**Nigdy**
Wpływ śmierci pacjenta	**Bezsenność**	1 (0,9%)	15 (13,6%)	39 (35,5%)	55 (50%)
	Zdenerwowanie	6 (5,5%)	37 (33,6%)	48 (43,6%)	19 (17,3%)
	Niechęć do pracy	0 (0%)	19 (17,3%)	47 (42,7%)	44 (40%)
	Rozpacz	1 (0,9%)	8 (7,3%)	26 (23,6%)	75 (68,2%)
	Smutek	15 (13,6%)	42 (38,2%)	42 (38,2%)	11 (10%)
	Bezsilność	15 (13,6%)	50 (45,5%)	32 (29,1%)	13 (11,8%)
	Lęk	2 (1,8%)	13 (11,9%)	35 (31,8%)	60 (54,5%)
	Gniew	0 (0%)	14 (12,7%)	37 (33,7%)	59 (53,6%)
	Obojętność	1 (0,9%)	10 (9,1%)	43 (39,1%)	56 (50,9%)
	Spokój	7 (6,4%)	25 (22,7%)	45 (40,9%)	33 (30%)
	Ulga	2 (1,8%)	12 (10,9%)	52 (47,3%)	44 (40%)
	Współczucie	37 (33,7%)	49 (44,5%)	19 (17,3%)	5 (4,5%)
	Brak wpływu	5 (4,5%)	23 (20,9%)	49 (44,5%)	33 (30,1%)

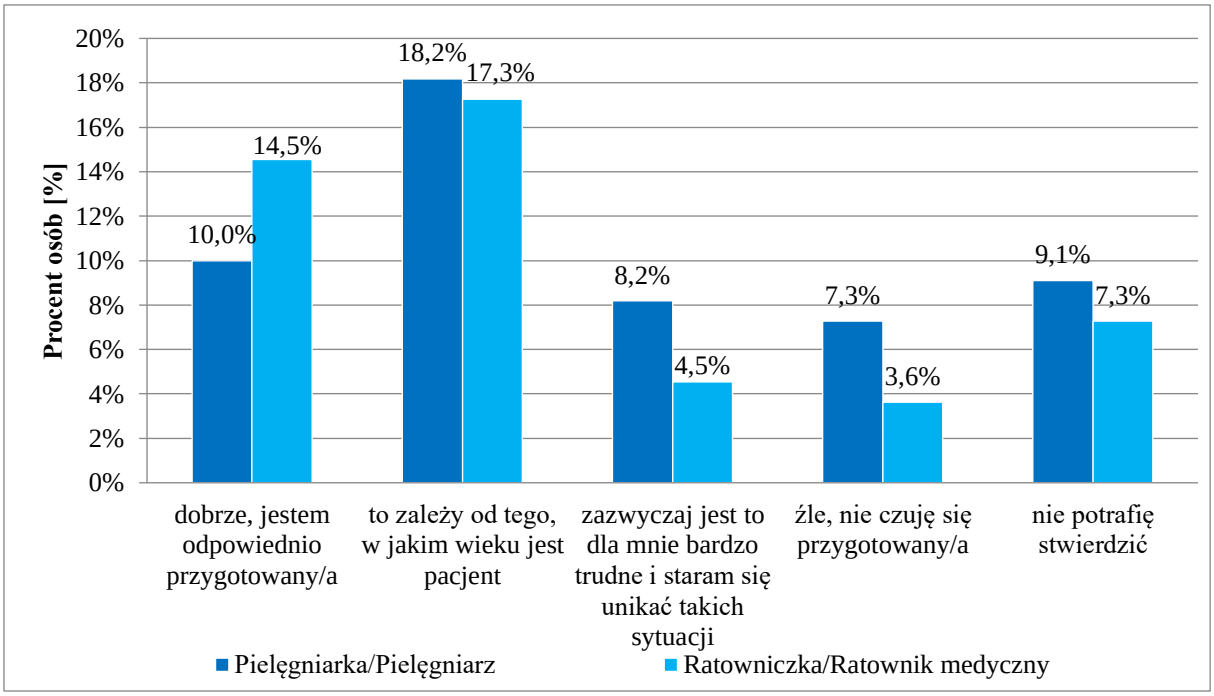
Na pytanie „Jak ocenia Pani/Pan swoją gotowość do towarzyszenia umierającemu pacjentowi?” większość ankietowanych pielęgniarek/pielęgniarzy (n=20; 18,2%) oraz ratowniczek/ratowników medycznych (n=19; 17,3%) odpowiedziało, że jest to uzależnione od wieku pacjenta.

Odpowiednie przygotowanie do tego zadeklarowało więcej ratowniczek/ratowników medycznych (n=16; 14,5%), niż pielęgniarek/pielęgniarzy (n=11; 10%).

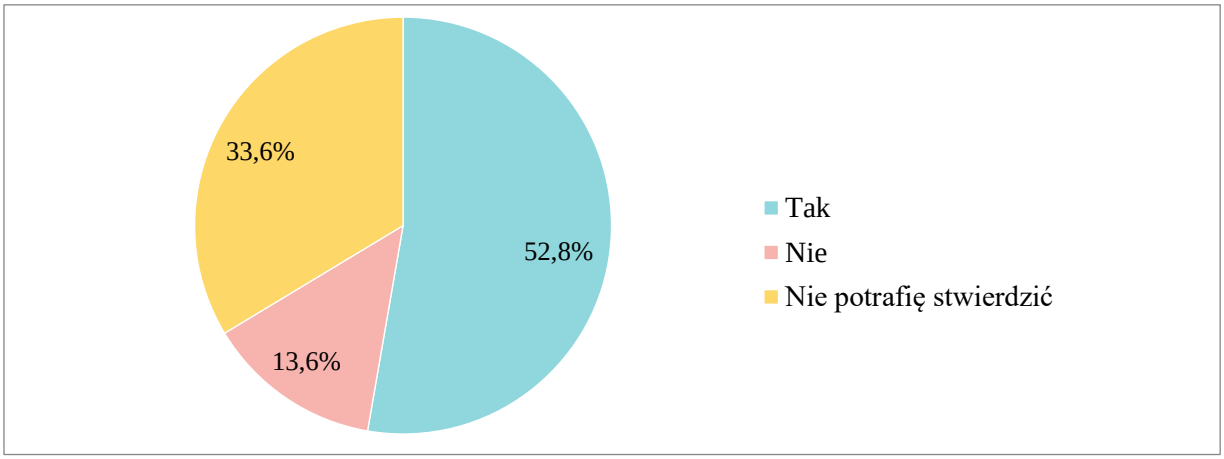
Wśród pielęgniarek i pielęgniarzy podobna liczba ankietowanych zaznaczyła odpowiedź na to pytanie "nie potrafię stwierdzić" (n=10; 9,1%), „zazwyczaj jest to dla mnie bardzo trudne i staram się unikać takich sytuacji” (n=9; 8,2%) oraz „źle, nie czuję się przygotowany/a” (n=8; 7,3%) – Rycina 11.

Ponad 1/2 ankietowanych zadeklarowała, że jest w stanie poradzić sobie ze stresem spowodowanym śmiercią pacjenta (n=58; 52,8%), a blisko 1/3 odpowiedziała, że nie potrafi tego stwierdzić (n=37; 33,6%).

Pozostali respondenci uważają, że nie umieją radzić sobie z tym stresem (n=15; 13,6%) – Rycina 12.



Rycina 11. Rozkład odpowiedzi respondentów dotyczący gotowości do towarzyszenia umierającemu pacjentowi



Rycina 12. Rozkład odpowiedzi respondentów dotyczący umiejętności radzenia sobie ze stresem spowodowanym śmiercią pacjenta

Standaryzowany kwestionariusz Mini-COPE składa się z 28 pytań. Możliwe odpowiedzi oznaczają:

0 – prawie nigdy tak nie postępuję;

1 – rzadko tak postępuję;

2 – często tak postępuję;

3 – prawie zawsze tak postępuję.

Najwięcej ankietowanych zaznaczało odpowiedzi „0” lub „1” odnośnie picia alkoholu lub zażywania innych środków oraz traktowania tej sytuacji jak zabawy (M=0,3) (pytanie 4, 11, 28). Natomiast najczęściej odpowiedzi „2” lub „3” respondenci udzielali przy stwierdzeniach dotyczących uzyskiwania wsparcia emocjonalnego, otuchy i zrozumienia od innych oraz podejmowania działań, aby poprawić trudną sytuację (M=1,7) (pytanie 5, 7, 15) – Tabela III.

Tabela III. Odpowiedzi ankietowanych na standaryzowany kwestionariusz Mini-COPE

Gdy jestem w bardzo trudnej sytuacji to zazwyczaj:	0	1	2	3	M	SD
1. Zajmuję się pracą lub innymi czynnościami, żeby o tym nie myśleć	21 (19,1%)	36 (32,7%)	29 (26,4%)	24 (21,8%)	1,5	1,0
2. Moje wysiłki koncentrują się na tym, aby coś z tą sytuacją zrobić	23 (20,9%)	33 (30%)	30 (27,3%)	24 (21,8%)	1,5	1,1
3. Mówię do siebie "to nieprawda"	74 (67,3%)	30 (27,3%)	5 (4,5%)	1 (0,9%)	0,4	0,6
4. Piję alkohol lub zażywam inne środki, aby poczuć się lepiej	82 (74,6%)	23 (20,9%)	5 (4,5%)	0 (0%)	0,3	0,5
5. Uzyskuję wsparcie emocjonalne od innych	14 (12,7%)	31 (28,2%)	43 (39,1%)	22 (20%)	1,7	0,9
6. Rezygnuję z prób osiągnięcia celu	68 (61,8%)	32 (29,1%)	9 (8,2%)	1 (0,9%)	0,5	0,7
7. Podejmuję działania, aby poprawić tę sytuację	17 (15,5%)	24 (21,8%)	40 (36,3%)	29 (26,4%)	1,7	1,0
8. Nie chcę uwierzyć, że to naprawdę się zdarzyło	59 (53,6%)	37 (33,7%)	11 (10%)	3 (2,7%)	0,6	0,8
9. Mówię o rzeczach, które pozwalają mi uciec od nieprzyjemnych uczuć	25 (22,7%)	47 (42,7%)	24 (21,8%)	14 (12,8%)	1,2	0,9
10. Szukam rady i pomocy u innych odnośnie tego, co należy zrobić	20 (18,2%)	28 (25,5%)	49 (44,5%)	13 (11,8%)	1,5	0,9
11. Piję alkohol lub zażywam inne środki, co pomaga mi przez to przejść	82 (74,5%)	21 (19,1%)	7 (6,4%)	0 (0%)	0,3	0,6
12. Staram się zobaczyć to w innym, bardziej pozytywnym świetle	27 (24,5%)	32 (29,1%)	45 (40,9%)	6 (5,5%)	1,3	0,9
13. Krytykuję samego siebie	57 (51,8%)	34 (30,9%)	15 (13,6%)	4 (3,7%)	0,7	0,8

14. Staram się wypracować strategię czy plan określający, co należy robić	18 (16,4%)	37 (33,6%)	46 (41,8%)	9 (8,2%)	1,4	0,9
15. Otrzymuję otuchę i zrozumienie od innych	15 (13,6%)	24 (21,9%)	49 (44,5%)	22 (20%)	1,7	0,9
16. Rezygnuję z poradzenia sobie z tym	77 (70%)	27 (24,5%)	4 (3,7%)	2 (1,8%)	0,4	0,6
17. Szukam dobrych stron w tym, co się zdarzyło	29 (26,4%)	31 (28,2%)	40 (36,3%)	10 (9,1%)	1,3	1,0
18. Żartuję na ten temat	42 (38,2%)	49 (44,5%)	13 (11,8%)	6 (5,5%)	0,8	0,8
19. Robię coś, aby mniej o tym myśleć, np. idę do kina, oglądam TV, czytam, śnię na jawie, śpię lub robię zakupy	25 (22,7%)	44 (40%)	25 (22,7%)	16 (14,6%)	1,3	1,0
20. Akceptuję fakt, że to się stało	16 (14,6%)	26 (23,6%)	54 (49,1%)	14 (12,7%)	1,6	0,9
21. Ujawniam swoje negatywne emocje	35 (31,8%)	57 (51,9%)	15 (13,6%)	3 (2,7%)	0,9	0,7
22. Staram się znaleźć ukojenie w religii czy w swojej wierze	40 (36,3%)	45 (40,9%)	16 (14,6%)	9 (8,2%)	0,9	0,9
23. Otrzymuję pomoc lub poradę od innych osób	17 (15,5%)	28 (25,4%)	56 (50,9%)	9 (8,2%)	1,5	0,8
24. Uczę się z tym żyć	14 (12,7%)	36 (32,7%)	50 (45,5%)	10 (9,1%)	1,5	0,8
25. Poważnie zastanawiam się nad tym, jakie kroki należy podjąć	20 (18,2%)	36 (32,7%)	42 (38,2%)	12 (10,9%)	1,4	0,9
26. Obwiniam siebie za to co się stało	62 (56,4%)	33 (30%)	12 (10,9%)	3 (2,7%)	0,6	0,8
27. Modlę się lub medytuję	41 (37,3%)	46 (41,8%)	15 (13,6%)	8 (7,3%)	0,9	0,9
28. Traktuję tę sytuację jak zabawę	76 (69,1%)	31 (28,2%)	3 (2,7%)	0 (0%)	0,3	0,5

28 pytań standaryzowanego kwestionariusza Mini-COPE połączono, za pomocą średniej, w pary odpowiadające 14 strategiom radzenia sobie ze stresem. Grupy, na których przeprowadzono testy, miały podobną liczebność.

Aby sprawdzić, czy w każdej z analizowanych grup rozkład wyników jest zbliżony do rozkładu normalnego, wykonano test Shapiro-Wilka – Tabela IV.

Do testu przyjęte zostały następujące hipotezy:

H0: Badany rozkład jest zgodny z rozkładem normalnym.

H1: Badany rozkład nie jest zgodny z rozkładem normalnym.

Przyjęty poziom istotności $\alpha = 0{,}05$

Wniosek: We wszystkich badanych grupach wartość parametru p jest mniejsza od poziomu istotności. Zatem możemy odrzucić hipotezę zerową i przyjąć hipotezę alternatywną. Oznacza to, że rozkład wyników istotnie różni się od rozkładu normalnego.

Tabela 4. Wyniki testu Shapiro-Wilka z uwzględnieniem wykonywanego zawodu

Strategie radzenia sobie w stresujących sytuacjach	**Pielęgniarki/ Pielęgniarze (n=58)**		**Ratowniczki/ Ratownicy medyczni (n=52)**	
	p			
1. Aktywne radzenie sobie	0,00010	< α	0,00185	< α
2. Planowanie	0,00197	< α	0,00205	< α
3. Pozytywne przewartościowanie	0,00016	< α	0,00012	< α
4. Akceptacja	0,00001	< α	0,00589	< α
5. Poczucie humoru	0.00000	< α	0,00000	< α
6. Zwrot ku religii	0,00001	< α	0,00000	< α
7. Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,00026	< α	0,00229	< α
8. Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,00040	< α	0,00016	< α
9. Zajmowanie się czymś innym	0,00913	< α	0,00046	< α
10. Zaprzeczanie	0,00000	< α	0,00000	< α
11. Wyładowywanie	0,00116	< α	0,00024	< α
12. Zażywanie substancji psychoaktywnych	0,00000	< α	0,00000	< α
13. Zaprzestanie działań	0,00000	< α	0,00000	< α
14. Obwinianie siebie	0,00000	< α	0,00000	< α

Aby sprawdzić czy poszczególne strategie radzenia sobie w trudnych sytuacjach różnią się istotnie pomiędzy grupą pielęgniarek/pielęgniarzy, a grupą ratowniczek/ratowników medycznych, wykonany został test Manna-Whitney'a – Tabela 5.

Do testu przyjęte zostały następujące hipotezy:

H0: Rozkład danych w grupie pielęgniarek/pielęgniarzy jest taki sam jak w grupie ratowniczek/ratowników medycznych.

H1: Rozkład danych w grupie pielęgniarek/pielęgniarzy nie jest taki sam jak w grupie ratowniczek/ratowników medycznych.

Przyjęty poziom istotności α =0,05.

Wniosek: W większości strategii wynik testu Manna-Whitney'a jest mniejszy niż α, zatem można odrzucić hipotezę zerową na rzecz hipotezy alternatywnej. Oznacza to, że w tych strategiach odpowiedzi w grupie ratowniczek/ratowników medycznych różnią się istotnie od odpowiedzi udzielonych przez pielęgniarki/pielęgniarzy. W strategiach poczucia humoru,

zaprzeczenia, wyładowywania, zaprzestania działań, zażywania substancji psychoaktywnych oraz obwiniania siebie wynik testu Manna-Whitney'a jest większy niż 0,05, oznacza to, że różnice pomiędzy odpowiedziami w badanych grupach zawodowych są nieistotne statystycznie.

Tabela V. Strategie radzenia sobie ze stresem z podziałem na pielęgniarki/pielęgniarzy i ratowniczki/ratowników medycznych

Strategie radzenia sobie w stresujących sytuacjach	Pielęgniarki/Pielęgniarze (n=58)			Ratowniczki/Ratownicy medyczni (n=52)			p (test Manna-Whitney'a)	
	M	SD	Me	M	SD	Me		
1. Aktywne radzenie sobie	1,97	0,90	2,00	1,22	0,83	1,00	0,000015	< α
2. Planowanie	1,61	0,78	2,00	1,20	0,82	1,00	0,006210	< α
3. Pozytywne przewartościowanie	1,62	0,76	2,00	0,89	0,83	1,00	0,000006	< α
4. Akceptacja	1,89	0,62	2,00	1,18	0,77	1,00	0,000001	< α
5. Poczucie humoru	0,55	0,55	0,50	0,63	0,63	0,50	0,634458	> α
6. Zwrot ku religii	1,15	0,91	1,00	0,68	0,80	0,50	0,004180	< α
7. Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	2,01	0,80	2,00	1,33	0,83	1,50	0,000089	< α
8. Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	1,71	0,76	2,00	1,29	0,88	1,50	0,010727	< α
9. Zajmowanie się czymś innym	1,57	0,81	1,50	1,21	0,97	1,00	0,034168	< α
10. Zaprzeczanie	0,58	0,61	0,50	0,42	0,70	0,00	0,056346	> α
11. Wyładowywanie	1,15	0,64	1,00	0,96	0,78	1,00	0,086192	> α
12. Zażywanie substancji psychoaktywnych	0,19	0,42	0,00	0,44	0,65	0,00	0,020347	< α
13. Zaprzestanie działań	0,50	0,65	0,00	0,35	0,54	0,00	0,194947	> α
14. Obwinianie siebie	0,62	0,73	0,50	0,67	0,80	0,50	0,855597	> α

Dyskusja

Śmierć pacjenta jest trudnym doświadczeniem dla personelu medycznego .
W szczególności dotyczy to pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy są najbliżej chorego – opiekują się nim, wysłuchują jego problemów, nierzadko bardzo się w nie angażując. Na podstawie

wielu badań i obserwacji wyróżniono postawy wobec umierającego pacjenta, typy relacji z nim, a także strategie radzenia sobie po jego śmierci. Silne emocje, czy stres w pracy wpływają również na życie prywatne medyków. Zdarza się, że z czasem nagromadzone uczucia powodują niechęć do pracy i przeradzają się w wypalenie zawodowe.

W niniejszej pracy podjęto próbę oceny wpływu śmierci pacjenta na personel medyczny. W badaniu wzięło udział 110 osób pracujących w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza lub ratowniczki/ratownika medycznego.

Według badań, większość pacjentów chciałaby spędzić ostatnie chwile swojego życia oraz umierać w domu, przy swojej rodzinie i bliskich. Niestety, nie zawsze jest to możliwe. Osoby samotne bądź pacjenci, u których stan zdrowia pogarsza się, trafiają najczęściej do oddziałów szpitalnych lub hospicjów, gdzie umierają głównie w otoczeniu personelu medycznego [7,8]. Badania ankietowe przeprowadzane przez Gołębiak i wsp. [2] wśród pielęgniarek i pielęgniarzy z województwa mazowieckiego wykazały, że ankietowani mają do czynienia ze śmiercią pacjenta często (48,7%) lub bardzo często (41,7%). Podobne odpowiedzi otrzymała Pietraszek i wsp. [9] w badaniach prowadzonych w Lublinie i Krośnie. 38,85% respondentów deklaruje, że ma w pracy częsty kontakt ze śmiercią pacjenta. W badaniach własnych 27,2% ankietowanych medyków ma częsty kontakt ze śmiercią pacjenta, a 38,2% - bardzo częsty.

Śmierć jest to nieodwracalne ustanie funkcji układu oddechowego, układu krążenia oraz funkcji pnia mózgu. Pojęcie śmierci ma jednak wiele definicji, które są zależne od branych pod uwagę kryteriów [10,11,12]. W opiece paliatywnej obowiązuje stanowisko, według którego jest ona naturalnym i nieuchronnym procesem, który należy zaakceptować [13]. Z analizy statystycznej badań prowadzonych przez Niedojad i wsp. [4] wynika, że ankietowane pielęgniarki i pielęgniarze w znacznej większości postrzegają śmierć jako naturalny proces (69%), 28% osób, że jest to zakończenie cierpienia, a 3% jako przegraną walkę o życie. W badaniu Makowicza i wsp. [14] 52,2% ankietowanych uważa, że śmierć jest naturalnym zjawiskiem, 20% że to przejście „do innego miejsca", a 19%, że to uwolnienie od cierpienia. Tylko 2,7% badanych traktuje ją jako niesprawiedliwość. Bardzo podobnie przedstawiają się wyniki badań własnych. Ankietowany personel medyczny postrzega śmierć głównie jako nieuniknione, naturalne zjawisko (61,8%), rzadziej jako uwolnienie od cierpienia (19,1%), 16,4% traktuje ją jako przejście do innego świata/życia, a 2,7% jako niesprawiedliwość.

Postawa medyków wobec umierania pacjenta często jest zależna również od jego wieku i okoliczności śmierci.

Według analizowanych badań, są to dwa najczęściej wymieniane czynniki. Z badań Gołębiak i wsp. [2] wynika, że dla 61,7% ankietowanych medyków wiek pacjenta jest czynnikiem mającym wpływ na odczucia względem jego śmierci, a dla 12,2% takim czynnikiem jest rodzaj śmierci. Według badań Kluczek i Krupniewicz, prowadzonych wśród pielęgniarek i położnych, 100% badanych uważa, że śmierć dziecka bądź osoby młodej jest najtrudniejsza do zaakceptowania [15]. Również według Makowicza i wsp. [6] wiek (82,3%) oraz fakt, czy zgon nastąpił w sposób nagły (76,9%), są najistotniejszymi czynnikami wpływającymi na postawę personelu medycznego w obliczu śmierci pacjenta. W niniejszym badaniu ponad połowa ankietowanych (54,5%) potwierdza, że wiek pacjenta wpływa na ich podejście do jego śmierci, a 30% uważa, że jest to czynnik wpływający na nich czasami. 56,4% twierdzi, że fakt czy zgon pacjenta był nagły, czy wystąpił w wyniku choroby przewlekłej jest również takim czynnikiem, a 22,7% że jest nim czasami.

Z badań przeprowadzonych przez Makowicz i wsp. [14] wśród pielęgniarek/pielęgniarzy można wyciągnąć wnioski, że do śmierci pacjenta nie można przywyknąć – deklaruje to 34,3% ankietowanych, a 23% respondentów uważa, że przyzwyczajenie się do śmierci pacjenta jest oznaką wypalenia zawodowego. Tylko 17,6% jest zdania, że tak, można przywyknąć do tego, że pacjenci umierają. Podobne pytanie ankietowanym zadała Januszewska i wsp. [16]. 27,6% badanych przez nią pielęgniarek/pielęgniarzy oraz lekarzy potwierdza, że do śmierci pacjenta można się przyzwyczaić. Większość – 68,4%, twierdzi że nie jest to możliwe. W badaniach Sleziony i Krzyżanowskiego [6] 66,6% ankietowanych uważa, że można przywyknąć do tego, że pacjenci umierają, ale większość (63,3%) z tej grupy osób zastrzega, że mimo to, zawsze towarzyszą temu wydarzeniu silne przeżycia i emocje. 33,4% ankietowanych twierdzi, że jest to raczej niemożliwe bądź równa się z wypaleniem zawodowym. Podobnie jak u Sleziony i Krzyżanowskiego, w badaniach własnych większość ankietowanych (59,9%) uważa, że można przywyknąć się do tego, że pacjenci umierają. Zaprzecza temu stwierdzeniu 32,9% respondentów.

Towarzyszenie umierającemu człowiekowi jest trudnym doświadczeniem. Bardzo często dostarcza personelowi medycznemu wielu przykrości, stresu, bezradności czy frustracji. Z drugiej strony może dostarczać również życiowej mądrości, wrażliwości, pozytywnie kształtować osobowość, a także motywować - skłaniać do cięższej pracy i wysiłku [17,18,19]. Sleziona i Krzyżanowski [6] poruszyli w swoich badaniach, temat wpływu śmierci pacjenta na

życie osobiste medyków - 55% badanych przez nich osób odpowiedziało, że dostrzega ten wpływ. 25% ankietowanych uważa, że jest on tylko pozytywny, 2,5% że tylko negatywny, zaś 25,8% stwierdza, że jest on i taki, i taki. Badani przez Binczycką-Anholcer i wsp. [20] ratownicy medyczni również, w większości, widzą wpływ traumatycznych przeżyć, związanych z pracą zawodową takich jak na przykład śmierć pacjenta, na ich życie prywatne. 7% respondentów dostrzega znaczący wpływ, a 39% czuje go sporadycznie. Brak wpływu deklaruje 39% ankietowanych. Tak jak w dwóch poprzednich przykładach, również w badaniach Januszewskiej i wsp. [16] wyniki wskazują na to, że śmierć pacjenta ma wpływ na życie osobiste i rodzinne ankietowanych. Twierdząco odpowiedziało 17,8% pielęgniarek/pielęgniarzy oraz lekarzy, częściowy wpływ zauważa 60,3%. Na pozostałych respondentów (21,9%) zdarzenie to nie ma wpływu. Badania własne przedstawiają się nieco inaczej. Najwięcej ankietowanych (41,8%) zaznaczyło odpowiedź na to pytanie - „nie potrafię stwierdzić". 39 osób (35,5%) odpowiedziało, że śmierć pacjenta nie wpływa na ich życie prywatne, a 24 osoby (21,8%) widzą negatywny wpływ. Tylko jedna osoba (0,9%) zauważa pozytywne oddziaływanie.

Wyniki ankiety Januszewskiej i wsp. [16] na temat emocji towarzyszących pracownikom ochrony zdrowia w obliczu śmierci pacjenta ukazały, że najczęstszymi doświadczanymi uczuciami są smutek (71,1%) i bezsilność (65,8%). Ankietowani pielęgniarki/pielęgniarze i lekarze najrzadziej odczuwali gniew (2,6%) i strach (1,3%). Z badań Niedojad i wsp. [4] wynika, że najczęstszymi uczuciami są smutek oraz współczucie (91%). W badaniach Makowicza i wsp. [14] również na pierwszym miejscu respondenci umieszczali współczucie (69,4%) i smutek (67,8%). Podobne wyniki badań uzyskała Głowacka i wsp. [21]. 82,7% ankietowanych pielęgniarek po śmierci pacjenta odczuwa smutek, a 74% współczucie. W badaniach własnych najczęściej występującym wśród ankietowanych uczuciem było współczucie (78,2%), kolejna była bezsilność (59,1%), a następnie smutek (51,8%). Rzadko lub nigdy niepojawiającymi się wśród badanych pielęgniarek/pielęgniarzy i ratowniczek/ratowników medycznych emocjami była rozpacz (91,8%) i obojętność (90%). Na podstawie podanych wyników badań można wyciągnąć wnioski, że smutek, współczucie i bezsilność są najczęstszymi uczuciami towarzyszącymi personelowi medycznemu w obliczu śmierci pacjenta.

Na pytanie o przygotowanie do towarzyszenia umierającemu pacjentowi, w badaniach Sleziony i Krzyżanowskiego [6], około 50% ankietowanych zadeklarowało swoją gotowość do tego zadania, a 35,8% czuje się niekomfortowo i bezradnie w tej sytuacji. Część badanych

pielęgniarek i pielęgniarzy (25,9%) unika kontaktu z umierającym pacjentem lub twierdzi, że nie mają czasu bądź nie jest to ich obowiązek. 29,2% odpowiada, że jest to zależne od sytuacji i pacjenta. Z badań Gołębiak i wsp. [2] wynika, że 60,9% respondentów jest wystarczająco przygotowana, aby towarzyszyć umierającemu pacjentowi, 29,6% określa swoje przygotowanie jako dobre i bardzo dobre. Tylko 9,6% ankietowanych czuje się nieprzygotowana do tego zadania. Pielęgniarki ankietowane przez Marcysiak i wsp. [22], w większości deklarowały, że starają się unikać sytuacji, w której muszą spędzić ostatnie chwile życia pacjenta razem z nim (60%). Pozostali (40%) badani starają się towarzyszyć umierającemu pacjentowi. W niniejszym badaniu 24,5% ankietowanych czuje się odpowiednio przygotowana do towarzyszenia umierającemu pacjentowi, a 35,5% uzależnia swoją gotowość od wieku pacjenta. 10,9% respondentów nie czuje się do tego przygotowana, zaś 12,7% stara się unikać takich sytuacji. Pozostali (16,4%) nie potrafią określić poziomu swojego przygotowania.

Śmierć pacjenta jest jedną z najczęściej wymienianych przez personel medyczny przyczyn stresu w pracy. W badaniach Gołębiak i wsp. [2] 80% ankietowanych pielęgniarek podaje śmierć i towarzyszenie umierającemu pacjentowi, jako powód stresu. Podobnie deklarowali respondenci Burby i wsp. [23] – uważa tak 84% pielęgniarek pracujących w jednym z warszawskich szpitali. Większość kobiet (80%) oraz mężczyzn (83%) biorących udział w badaniach ankietowych Rasmusa i wsp. [24] i pracujących jako ratowniczki/ratownicy medyczni, zgłasza silny stres wywołany śmiercią pacjenta. Według innych badań Rasmusa i wsp. [25] wynika, że blisko połowa ankietowanych (52,2%), w czasie kształcenia zawodowego, nie uzyskała informacji na temat sposobów radzenia sobie ze stresem, zaś 73,9% respondentów, chętnie wzięłoby udział w szkoleniu na ten temat. Na podstawie tych badań można wywnioskować, że pracownicy ochrony zdrowia bardzo często doświadczają w pracy stresu, ale nie potrafią sobie z nim radzić. W niniejszym badaniu, zadano pytanie o umiejętność radzenia sobie ze stresem spowodowanym śmiercią pacjenta. Tylko nieco ponad połowa ankietowanych (52,8%) twierdzi, że potrafi sobie z nim radzić, 13,6% respondentów przyznaje, że nie potrafi. Duża część ankietowanych (33,6%) nie jest w stanie ocenić czy posiada tę umiejętność.

Kwestionariusz Mini-COPE jest narzędziem służącym do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem. Zbudowany jest z twierdzeń opisujących możliwe reakcje na stresujące wydarzenie, a ankietowani mają za zadanie określić, jak często postępują zgodnie z nimi. Zwoźniak i wsp. [26] przeprowadzili badania, za pomocą kwestionariusza Mini-COPE, wśród

pielęgniarek pracujących na oddziałach psychiatrycznych. Z ich analizy wynika, że respondenci najczęściej stosują strategię „aktywnego radzenia sobie ze stresem" (M=2,03), na którą składają się „aktywne radzenie sobie", „planowanie", „pozytywne przewartościowanie". Również strategia „akceptacji" (M=1,82) jest często stosowana przez respondentów. Najrzadziej wybierali oni strategię nazwaną „bezradność" (M=0,79), składającą się z „zażywania substancji psychoaktywnych", „zaprzestania działań" i „obwiniania siebie". Według badań Waszczuk i wsp. [27] pielęgniarki najczęściej stosują dwie strategie - „aktywnego radzenia sobie" (M=1,8) i „poszukiwania wsparcia" (M=1,8), która to składa się ze strategii „poszukiwania wsparcia emocjonalnego" i „poszukiwania wsparcia instrumentalnego". Tutaj również najrzadziej stosowana była „bezradność" (M=0,8). Podobnie przedstawiają się wyniki badań Trojanowskiej i wsp. [28]. Najczęściej stosowane strategie to „aktywne radzenie sobie" (M=2,20) i „planowanie" (2,19), a najrzadziej – „stosowanie substancji psychoaktywnych" (M=0,30). Badania prowadzone przez Grochowską i wsp. [29] wśród pielęgniarek pediatrycznych przedstawiają się porównywalnie: najczęściej stosowaną strategią jest „aktywne radzenie sobie" (M=2,25) i „planowanie" (2,19). Niewiele z nich radzi sobie w trudnych sytuacjach poprzez „stosowanie substancji psychoaktywnych" (M=0,24). Analiza badań własnych wykazała, że wśród badanych pielęgniarek i pielęgniarzy najpopularniejszymi strategiami są „poszukiwanie wsparcia emocjonalnego" (M=2,01) i „aktywne radzenie sobie" (M=1,97), a najmniej popularna to „zażywanie substancji psychoaktywnych" (M=0,19). Ankietowane ratowniczki i ratownicy medyczni najchętniej stosują strategie „poszukiwania wsparcia emocjonalnego" (M=1,33) i „poszukiwania wsparcia instrumentalnego" (M=1,29). Najrzadziej przez nich stosowana strategia to „zaprzestanie działań" (M=0,35). Wyniki badań na temat stosowanych przez medyków strategii radzenia sobie ze stresem prezentują się dość jednoznacznie. Można zauważyć, że w każdym z wymienionych badań powtarzają się poszczególne strategie. Najczęściej wymieniana strategia „aktywnego radzenia sobie" koncentruje się na problemie, dlatego jest zaliczana do skuteczniejszych strategii radzenia sobie ze stresem. „Stosowanie substancji psychoaktywnych" i „zaprzestanie działań", które były wskazywane jako stosowane najrzadziej, zaliczane są do najmniej skutecznych strategii.

Wnioski

Na podstawie analizy zebranych danych stwierdzono, że:

1. Ponad 60% ankietowanych postrzega śmierć jako nieuniknione i naturalne zjawisko, a blisko połowa uważa, że można przywyknąć do tego, że pacjenci umierają
2. Ponad połowa ankietowanych twierdzi, że wiek oraz nagłość zgonu pacjenta są czynnikami wpływającymi na podejście do jego śmierci.
3. Ponad 1/5 ankietowanych uważa, że kontakt ze śmiercią pacjenta ma negatywny wpływ na ich życie osobiste.
4. W obliczu śmierci pacjenta, najczęściej towarzyszą ankietowanym uczucia takie jak współczucie (78,2%), bezsilność (59,1%) i smutek (51,8%).
5. W trudnych sytuacjach badana grupa pielęgniarek/pielęgniarzy znacznie częściej przyjmuje strategie aktywnego radzenia sobie, planowania, pozytywnego przewartościowania, akceptacji, zwrotowi ku religii, poszukiwania wsparcia emocjonalnego, poszukiwania wsparcia instrumentalnego oraz zajmowania się czymś innym, niż badana grupa ratowniczek/ratowników medycznych.

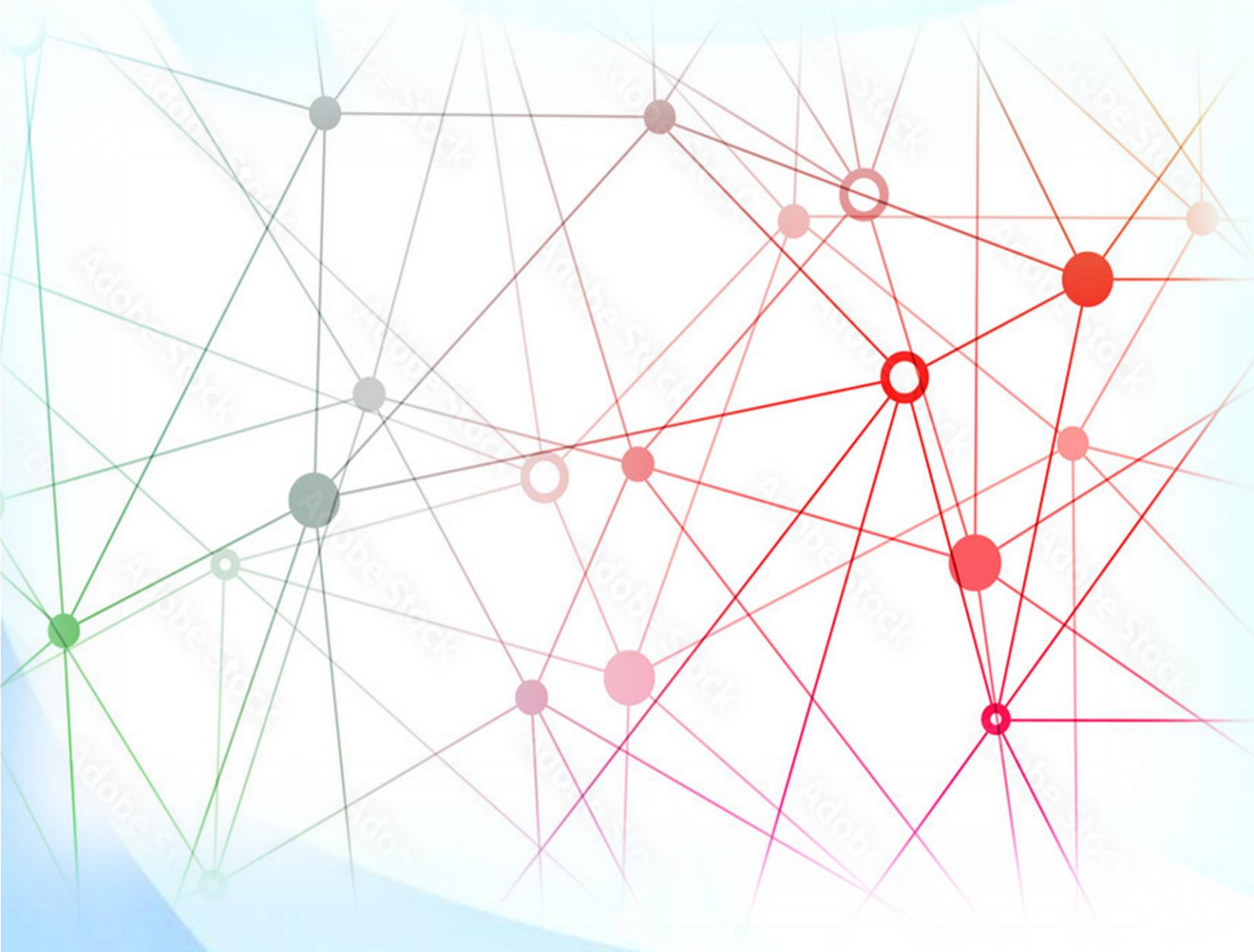
Piśmiennictwo

1. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (Monitor Polski 2020 poz. 73).
2. Gołębiak I., Szczepaniak R., Łazowa A., Dykowska G.: Postawy pielęgniarek wobec śmierci pacjenta. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej, 2019, 1(4), 34-44.
3. Dąbrowska-Chołostiakow K.M., Kocbach T.: Kontrola emocji oraz kompetencje społeczne pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w jednostkach opieki paliatywnej - raport z badania przeprowadzonego wśród pracowników zatrudnionych na terenie województwa warmińsko-mazurskiego. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2018, 12(2), 97-105.
4. Niedojad K., Rybka M., Rezmerska L., Ślusarz R.: Śmierć i umieranie w opinii personelu pielęgniarskiego. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej, 2016, 3(2), 12-18.
5. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Sarnacka E., Cybulski M.: Współczesne postawy wobec śmierci i umierania. Medycyna Paliatywna, 2013, 5(4), 163-170.
6. Sleziona M., Krzyżanowski D.: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2011, 1(3), 217-223.

7. Życzkowska M.: „Dobra śmierć", a więc jaka? Oczekiwania pacjentów w ostatnich dniach życia. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2016, 10(2), 48-53.
8. Uchmanowicz E.: Potrzeby duchowe i wsparcie psychologiczne ludzi będących u kresu życia w kontekście opieki hospicyjnej. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2012, 2(1), 67-72.
9. Pietraszek A., Charzyńska-Gula M., Łuczyk M., Szadowska-Szlachetka Z., Kachaniuk H., Kwiatkowska J.: Analiza przyczyn stresu zawodowego w opinii pielęgniarek. Journal of Education, Health and Sport, 2016, 6(9), 643-652.
10. Sobczak K., Janaszczyk A.: Kontrowersje wokół neurologicznego kryterium śmierci mózgu. Forum Medycyny Rodzinnej, 2012, 6(4), 182-190.
11. Nowak P.: Czy „śmierć mózgowa" to śmierć człowieka? Filozofia w Praktyce, 2015, 1(2), 1-3.
12. Gałuszka A.: Blisko, coraz bliżej… Biologiczne i psychologiczne aspekty umierania i śmierci. [w:] Utrata i żałoba: teoria i praktyka. Kleszcz-Szczyrba R., Gałuszka A. (red.)Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2016, 11-20.
13. Niemiec M.: Aspekty etyczne dotyczące końca życia. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2016, 10(1), 1-7.
14. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Bejda G. (red.): Kultura śmierci, kultura umierania. Tom II. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, 2019.
15. Merklinger-Soma M., Dzikowska M., Dębska G.: Postawy ratowników medycznych wobec śmierci – doniesienia wstępne. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2011, 2(35), 17-22.
16. Januszewska A., Zarzeka A., Iwanow L., Panczyk M., Gotlib J.: Próba analizy poziomu wiedzy i postaw pracowników Kliniki Intensywnej Terapii Instytutu „Pomnika – Centrum Zdrowia Dziecka" wobec prowadzenia uporczywej terapii u dzieci. Pielęgniarstwo Polskie, 2016, 3(61), 389-396.
17. Tylka J.: Psychologiczne aspekty cierpienia w chorobie i umieraniu. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2012, 6(1), 1-8.
18. Boruń T.: Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej i hospicyjnej – opis przypadku Adama. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2011, 1(3), 289-295.
19. Allie Z., Le Roux E., Mahlatsi K., Mofokeng B.: Bereavement overload and its effects on, and related doping mechanisms of health care providers and ward administrators at National District Hospital in Bloemfontein, Free State. African Journal of Primary Health Care & Family Medicine, 2018, 10(1), 1652.

20. Binczycka-Anholcer M., Lepiesza P.: Stres na stanowisku pracy ratownika medycznego. Hygeia Public Health, 2011, 46(4), 455-461.
21. Głowacka M., Haor B., Ślusarz R., Sotysiak K., Biercewicz M.: Śmierć pacjenta jako obciążenie w pracy zawodowej pielęgniarki. Problemy Pielęgniarstwa, 2014, 22(3), 276–280.
22. Marcysiak M., Szczepańska E., Ostrowska B., Marcysiak M.: Zagrożenie wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarek pracujących z terminalnie chorymi. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej, 2016, 1(4), 28-37.
23. Burba M., Gotlib J.: Ocena występowania stresu w grupie pielęgniarek zatrudnionych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie. Pielęgniarstwo Polskie, 2017, 1(63), 54-61.
24. Rasmus P., Kozłowska E., Sudra S., Machała W., Sobów T.: Czy poziom doświadczanego stresu wpływa na wystąpienie zachowań ryzykownych w grupie pracowników zespołów ratownictwa medycznego? Anestezjologia i Ratownictwo, 2015, 9, 448-456.
25. Rasmus P., Kundera S., Lipert A., Machała W.: Wpływ traumatycznych wydarzeń na życie pracowników systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Anestezjologia i Ratownictwo, 2018, 12, 386-392.
26. Zwoźniak E., Kupcewicz E.: Poczucie satysfakcji z życia a strategie radzenia sobie ze stresem w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach psychiatrycznych [w:] Przedsiębiorczość i Zarządzanie. Organizacja i zarządzanie wyzwaniem dla pielęgniarek i położnych w nowoczesnej Europie – część I. Majchrzak-Kłokocka E., Woźniak A. (red.). Wydawnictwo SAN, Łódź, 2014, 15(12), 281–295.
27. Waszczak E., Kupcewicz E.: Analiza strategii radzenia sobie ze stresem w grupie pielęgniarek anestezjologicznych. [w:] Przedsiębiorczość i Zarządzanie. Organizacja i zarządzanie wyzwaniem dla pielęgniarek i położnych w nowoczesnej Europie – część I. Majchrzak-Kłokocka E., Woźniak A. (red.). Wydawnictwo SAN, Łódź, 2014, 15(12): 313-326.
28. Trojanowska A., Trojanowska P., Piasecka K., Sobolewska-Samorek A.: Zachowania zdrowotne pielęgniarek pediatrycznych. Fides et Ratio, 2020, 3(43), 177-194.
29. Grochowska A., Bodys-Cupak I., Korus M.: Sposoby radzenia sobie z trudnościami przez pielęgniarki pracujące na oddziałach pediatrycznych. Pielęgniarstwo Polskie, 2017, 1(63), 97-104.

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ I PERINATALNEJ



Białaczka wieku dziecięcego

Monika Weronika Wojtkowska[1], Grzegorz Bejda[2]

1. Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Patogeneza i klasyfikacja białaczki

Białaczka jest złośliwym nowotworem układu krwiotwórczego powstałym w efekcie nieprawidłowych przemian na poziomie różnych linii komórkowych: limfoidalnej i mieloidalnej [1].

Inicjatorami nowotworzenia w układzie krwiotwórczym są strukturalne aberracje genetyczne, które skutkują deregulacją onkogenów i/lub utratą genów supresorowych, co w konsekwencji wywołuje zaburzenia różnicowania, niekontrolowanego wzrostu i proliferacji, zaburzenia w przebiegu i kontroli apoptozy oraz deregulacji zmian metabolicznych i układów przewodzenia sygnału [1].

Znajomość mechanizmów patogenetycznych oraz przebiegu klinicznego pozwala uporządkować białaczki według następującej klasyfikacji:

- Ostre białaczki:
  - ostra białaczka limfoblastyczna (ALL - *Acute Lymphoblastic Leukemia*) – najczęstsza postać białaczki u dzieci, stanowi około 80% białaczek wieku dziecięcego oraz 25% wszystkich chorób nowotworowych u dzieci. 70-80% ALL pochodzi z linii rozwojowej limfocytów B, natomiast pozostałe 15-20% z limfocytów T [2];
  - ostra białaczka nielimfoblastyczna (AML - *Acute Myeloid Leukemia*) – to najczęstsza postać białaczki u dorosłych, stanowi 20% białaczek wieku dziecięcego. Istotą choroby jest proliferacja i kumulacja niedojrzałych, stransformowanych nowotworowo komórek blastycznych w szpiku kostnym [3].
- Przewlekłe białaczki:
  - przewlekła białaczka szpikowa (CML - *Chronic Myelogenus Leukemia*) - stanowi 2-3% białaczek wieku dziecięcego, dotyczy głównie osób dorosłych i jedynie dla nich dostępne są w Polsce niektóre badania i leki, które mogłyby wyleczyć również dzieci z tym typem białaczki [4];

- przewlekła białaczka limfocytowa (CLL - *Chronic Lymphocytic Leukemia*) – dotyczy głównie osób w starszym wieku, średnia wieku w chwili rozpoznania wynosi 72 lata. CLL stanowi poniżej 1% białaczek wieku dziecięcego. Względnie skuteczna chemioterapia ma duże ograniczenia w stosowaniu, przez co u większości chorych CLL uchodzi za chorobę nieuleczalną, a celem ich leczenia jest jedynie przedłużenie jakości i długości życia [5];
- Przewlekła białaczka mielomonocytowa (CML - *Chronic Myelomonocytic Leukemia*) – zespół mielodysplastyczny, objawiający się monocytozą we krwi obwodowej. Dotyczy głównie osób w podeszłym wieku, dwukrotnie częściej mężczyzn [6].

- Inne, rzadkie typy białaczki:
  - białaczka włochatokomórkowa;
  - białaczka prolimfocytowa komórek T;
  - duża ziarnista białaczka limfocytowa;
  - białaczka z komórek T dorosłych [7].

Epidemiologia białaczki

Epidemiologia białaczek jest różna ze względu na typ białaczki oraz wiek, płeć i rasę ocenianej populacji.

W okresie 27 lat badań (1990-2017r.) zaobserwowano tendencję spadkową zachorowalności wśród dzieci i młodych dorosłych, zaś wzrost zachorowań u osób powyżej 70. roku życia [8].

Najwyższą zapadalnością na białaczki charakteryzują się kraje wysoko rozwinięte Europy Zachodniej, Azji, Australii i Ameryki Północnej [8].

Ostre białaczki dotyczą głównie dzieci, zaś przewlekłe dorosłych. Białaczki u dzieci rozpoznawane są w około ¼ przypadków nowotworów, stanowiąc najczęstszy nowotwór wieku rozwojowego.

Pod względem umieralności dzieci z przyczyny nowotworowej białaczki są na drugim miejscu po nowotworach układu nerwowego [9].

U dorosłych białaczki stanowią 2% nowotworów oraz powodują 2% zgonów nowotworowych [9].

Standaryzowany współczynnik zapadalności na białaczki w Polsce w 2004r. wynosił u dzieci 3,54/100 000 [10], zaś u osób dorosłych 2,2/100 000 [11].

Etiologia białaczki

Konkretne przyczyny powstawania białaczki nie są dotąd dokładnie poznane. Początkowe transformacje genetyczne powstają prawdopodobnie już w życiu płodowym, a rozwój choroby następuje wskutek inicjacji przez czynniki genetyczne i środowiskowe w życiu pozałonowym. Do czynników zwiększających ryzyko zachorowania zalicza się:

- zaburzenia genetyczne,
- zachorowania w rodzinie,
- częsta ekspozycja na promieniowanie jonizujące,
- choroby genetyczne – m.in. zespół Blooma, Klinefeltera, Schwachmana, anemia Fanconiego, neurofibromatoza, Downa (predysponuje do rozwoju białaczki przed 10. rokiem życia),
- niedobory odporności – na skutek chorób lub stosowania immunosupresji,
- czynniki demograficzne – kraje wysoko rozwinięte, wysoki status socjo-ekonomiczny,
- czynniki infekcyjne – tzw. wirusy onkogenne (m.in. HTLV-1),
- leki – m.in. cytostatyki, niektóre antybiotyki – przyjmowane nie tylko przez chorego przed chorobą, ale także przez matkę w trakcie ciąży,
- palenie papierosów,
- narkotyki,
- spożywanie nadmiernej ilości alkoholu,
- substancje chemiczne (farby, rozpuszczalniki, lakiery, związki fosfoorganiczne) [12, 13,14].

Obraz kliniczny białaczki

Rodzaje i nasilenie objawów mogą być bardzo różne, głównie ze względu na różne typy białaczki. Osoby chorujące na ten sam typ białaczki i mające nawet podobne wyniki badań, np. wskazujące na niedokrwistość, mogą mieć odmienne objawy. Symptomy białaczki mogą wystąpić nagle, ale również mogą rozwijać się długotrwale lub przebiegać bezobjawowo. Ekspresja objawów także bywa różna: od łagodnych przypominających lekkie przeziębienie lub sezonowe osłabienie do bardzo silnych i gwałtownych [7,14].

Objawy białaczki wynikają z dwóch przyczyn [7,14]:

- dysfunkcji szpiku kostnego,
- dysfunkcji narządowej wskutek miejscowego nacieku białaczkowego.

Objawy będące efektem nacieczenia białaczkowego w szpiku kostnym wynikające z [7,14]:

- niedokrwistości: bladość powłok skórnych i błon śluzowych, osłabienie, apatia, uczucie ciągłego zmęczenia, szybka męczliwość, utrata łaknienia,
- obniżonej ilości i/lub nieprawidłowej struktury płytek krwi: wybroczyny krwiste na skórze, błonach śluzowych i wewnątrzgałkowe, tendencja do zasinień, krwawienia z nosa i dziąseł,
- obniżonej ilości i/lub nieprawidłowej budowy leukocytów: obniżona odporność organizmu, częste infekcje oporne na leczenie, gorączki bez uchwytnej przyczyny, zmiany zapalne błon śluzowych na skutek przewlekłych infekcji, trudno gojące się rany.

Objawy wynikające z pozaszpikowego nacieku białaczki [7,14]:

- powiększenie węzłów chłonnych (najczęściej szyjnych, nadobojczykowych i podobojczykowych),
- splenomegalia,
- hepatomegalia,
- powiększenie jąder u chłopców,
- objawy neurologiczne przy nacieczeniu mózgu: m.in. bóle głowy, wymioty, parestezje, porażenia nerwów.

Diagnostyka białaczki

Rozpoznanie białaczki wymaga przeprowadzenia szeregu badań, począwszy od podstawowych – mających na celu ocenę stanu ogólnego pacjenta do wysokospecjalistycznych umożliwiających określenie szczegółowego typu białaczki i możliwości jej leczenia.

Diagnostyka podstawowa obejmuje [15]:

1. badanie podmiotowe – wywiad ukierunkowany na objawy białaczki, ogólnego stanu zdrowia dziecka, współistnienia innych schorzeń, przebytych w przeszłości chorób

oraz obciążenia rodzinnego chorobami nowotworowymi i genetycznymi;

2. badanie przedmiotowe:
   - badania antropometryczne – m.in. masa ciała, wzrost, BMI (*body mass index*),
   - badanie palpacyjne i wzrokowe – ocena powiększonych węzłów chłonnych, powiększonych narządów jamy brzusznej i jąder i u chłopców;
   - badania laboratoryjne krwi obwodowej – morfologia, stężenie elektrolitów, badania biochemiczne (parametry stanu zapalnego, wątrobowe, nerkowe), oznaczenie układu krzepnięcia i grupy krwi.

Diagnostyka specjalistyczna obejmuje [12,15]:

1. morfologię krwi z rozmazem – podstawowe badanie do oceny nadmiernej ilości niedojrzałych komórek – obecnych we wszystkich typach białaczki poza CML,
2. badanie rozmazu szpiku kostnego – stwierdzenie obecności 20% limfoblastów w szpiku kostnym jest podstawą diagnozy ALL. Ilość komórek białaczkowych w szpiku może znacząco odbiegać od ich ilości w krwi obwodowej. Badanie szpiku kostnego jest zasadnicze w różnicowaniu typów białaczki i obejmuje jego ocenę:
   - cytomorfologiczną – ilościowy skład szpiku,
   - immunofenotypową komórek białaczkowych – wykonywana metodą wieloparametrowej cytometrii przepływowej (MFC - *multiparameter flow cytometry*);
3. badanie płynu mózgowo-rdzeniowego - celem oceny morfologicznej i immunofenotypowej, stanowi kryterium diagnostyki białaczkowego zajęcia OUN;
4. badania obrazowe – celem diagnostyki przerzutów pozaszpikowych: RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej, rezonans magnetyczny głowy;
5. badanie cytogenetyczne – ocena powtarzalnych nieprawidłowości chromosomowych w postaci liczbowej i strukturalnej w celu oceny podtypu białaczki. W ALL szczególne znaczenie w szacowaniu niekorzystnego rokowania ma stwierdzenie rearanżacji genu MLL na chromosomie 11q23 i obecności chromosomu BCR-ABL1/Philadelphia.

Diagnostyka cytometryczna i molekularna umożliwia oszacowanie MRD (*Minimal Residual Disease*, minimalnej choroby resztkowej) wyrażonej w ilości przetrwałych w organizmie komórek białaczkowych [16].

Obecnie MRD uważane jest za najistotniejszy czynnik prognostyczny w ostrych białaczkach u dzieci [16].

Czynniki predykcyjne i prognostyczne

Kompleksowa diagnostyka umożliwia kwalifikację pacjentów do poszczególnych grup ryzyka stanowiących o przewidywalnym wystąpieniu oporności na leczenie lub wznowy choroby:

- grupa niskiego ryzyka
- grupa pośredniego ryzyka
- grupa wysokiego ryzyka.

Określenie grupy ryzyka stanowi podstawowe kryterium doboru metod leczenia. Przynależność do konkretnej grupy warunkowana jest korelacją następujących czynników ryzyka [17,18]:

- wiek dziecka poniżej 1. roku życia i powyżej 10 lat,
- wstępna ilość leukocytów powyżej 50 x 10^9/l,
- białaczka ALL wywodząca się z limfocytów T,
- brak spadku ilości komórek blastycznych w 8. dobie leczenia (na podstawie oceny MRD),
- brak remisji objawów w 15. i 33. dniu leczenia.

Leczenie białaczki

Wybór metody terapii zależy od rodzaju białaczki i jej stadium nasilenia, wieku i stanu ogólnego pacjenta, obecności przerzutów nowotworowych oraz kwalifikacji do grupy ryzyka. Powyższe składne determinują określenie celu leczenia:

- zlikwidowanie komórek białaczkowych we wczesnej fazie choroby,
- systemowe leczenie w chorobie zaawansowanej i przerzutami pozaszpikowymi
- bądź leczenie paliatywne.

W zależności od celów leczenia stosuje się monoterapię lub politerapię. Wyleczalność najczęstszej białaczki wieku dziecięcego – białaczki limfoblastycznej wynosi około 80% [10].

Ostra białaczka szpikowa cechuje się podobnym odsetkiem remisji (75-85%), jednak długotrwałe okresy przeżycia bez objawów choroby uzyskuje się u 50% przypadków [10].

W momencie zdiagnozowania choroby najważniejsza jest normalizacja morfologii i krzepnięcia krwi oraz niwelowanie innych, zagrażających życiu i zdrowiu objawów białaczki. W tym etapie głównym produktem leczniczym jest krew i jej składniki. Kolejne etapy zależą w największym stopniu od rodzaju białaczki. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej opiera się na leczeniu celowanym, gdyż znana jest konkretna przyczyna choroby. W ostrych białaczkach, po wyrównaniu niedoborów morfotycznych krwi celem leczenia jest uzyskanie jak najszybszej całkowitej remisji (CR - *complite remission*) choroby, czyli usunięcia komórek nowotworowych z organizmu [19].

Leczenie celowane w białaczkach ma na celu zahamowanie namnażania komórek nowotworowych i/lub indukcję ich apoptozy. Najczęstsze zastosowanie w immunoterapii białaczek mają rekombinowane genetycznie białka monoklonalne oraz inhibitory kinaz. Ta metoda jest jednak ograniczona do typów białaczki o dobrze poznanym patomechanizmie, dlatego stosowana jest u pacjentów z przewlekłą białaczką szpikową i ostrą białaczką limfoblastyczną. Największe sukcesy w immunoterapii odniesiono w leczeniu pacjentów będących nosicielami chromosomu Philadelphia [19].

W najczęstszym typie białaczki dziecięcej – ALL, leczenie rozpoczyna się zawsze od steroidoterapii. W zależności od natężenia remisji białaczki dołączana jest chemioterapia, którą dopasowuje się indywidualnie pod typ białaczki, wiek dziecka i grupę ryzyka określaną obecnością genu BCR-ABL1. Typy białaczek dziecięcych wymagające podania chemioterapii to ostra białaczka limfoblastyczna (ALL), ostra białaczka szpikowa (AML), przewlekła białaczka szpikowa (CML) oraz białaczka nawrotowa wszystkich typów [15,19].

Chemioterapia opiera się na podaży kilku rodzajów cytostatyków podczas 4 faz leczenia [15]:

- przedleczenie,
- leczenie indukujące,
- konsolidacja leczenia
- podtrzymanie remisji.

Faza przedleczenia ma na celu zmniejszenie ilości komórek białaczkowych i ograniczenie szerzenia się choroby. W tym celu przez 5-7 dni po postawieniu diagnozy białaczki podawany jest kortykosteroid: prednizon lub deksametazon. Możliwe jest dołączenie cytostatyku: cyklofosfamidu lub etopozydu [15].

Faza indukcji leczenia ma na celu całkowitą remisję objawów choroby do stanu, gdy nie będzie ona wykrywalna żadnymi dostępnymi metodami diagnostycznymi. Podstawą leczenia indukującego są kortykosteroidy i chemioterapeutyki: winkrystyna, L-asparaginaza i antracyklina. W 1. i 2. etapie leczenia niezbędne jest intensywne nawadnianie pacjenta i stosowanie leków rozpuszczających kwas moczowy (allopurinol, rasburykaza). Dodatkowo w indukcji należy stosować czynniki wzrostu kolonii granulocytów (GCS-F) oraz leczenie przeciwinfekcyjne. Po zakończeniu leczenia indukcyjnego wykonywane są badania kwalifikujące do fazy leczenia konsolidacyjnego (przy MRD <0,1%) lub powtórzenia fazy indukcji (przy MRD ≥0,1%) wg programu FLAM lub mini-FLAM określających dobór chemioterapeutyków [15].

Faza konsolidacji leczenia ma na celu podtrzymanie pozytywnych efektów leczenia i dalszą redukcję komórek białaczkowych. Konsolidacja polega na podaży zazwyczaj 6-8 bloków chemioterapii złożonej z cytostatyków w dużych dawkach. Najszersze zastosowanie mają tu: metotreksat, cyklofosfamid i cytarabina. Leczenie cytostatyczne wspomagane jest dexametazonem i L-asparaginazą. Według najnowszych wytycznych leczenia białaczki – protokołu PALG ALL 7, po jednym cyklu leczenia indukcyjnego należy zastosować dwa cykle leczenia konsolidacyjnego. Po każdym cyklu konsolidacji oceniany jest stan remisji i MRD, natomiast po drugim cyklu pacjent jest ponownie klasyfikowany do odpowiedniej grupy ryzyka [15,19].

Podtrzymanie remisji polega na profilaktycznym podawaniu chemioterapeutyków doustnych i kortykosteroidu przez 2 lata od uzyskania remisji, co ma na celu zapobiegnięcie nawrotowi białaczki. Codziennie należy przyjmować merkaptopurynę, raz w tygodniu metotreksat, natomiast cyklicznie dołącza się antracyklinę, winkrystynę i dexametazon [15,19].

Radioterapia białaczki stosowana jest przy podejrzeniu niewystarczającej skuteczności chemioterapii na remisję białaczkowych guzów litych oraz u dzieci z ALL z grupy wysokiego ryzyka wznowy mózgowej. Profilaktyczne napromienianie głowy, które było stosowane u dzieci z ALL w Polsce w minionej dekadzie, jest nieskuteczne jako profilaktyka przerzutów do mózgu. Skuteczność w tym wymiarze uzyskano jedynie u dzieci, które w chwili rozpoznania białaczki miały już zajęty nowotworowo OUN [20].

Ówcześnie w celu profilaktyki zajęcia OUN leczenie systemowe białaczki wspomaga się dokanałowym podaniem leków, zwykle w kombinacji trójlekowej: kortykosteroid, cytarabina i metotreksat. Ponadto dowiedziono, iż stosowanie radioterapii obarczone jest ogromnym ryzykiem późnych powikłań: m. in. zmniejszeniem inteligencji,

obniżeniem funkcji poznawczych i trudności w uczeniu się wskutek strukturalnego uszkodzenia mózgu i nowotworami wtórnymi [21,22,23]. Radioterapia całego ciała jest natomiast etapem przygotowania do przeszczepu. Zastosowane promieniowanie ma za zadanie zniszczenie układu krwiotwórczego biorcy [10].

Przeszczep komórek krwiotwórczych jest ostatnim etapem leczenia, który musi być poprzedzony całkowitą remisją objawów wskutek skutecznej indukcji i konsolidacji leczenia. Celem przeszczepu jest całkowite wyleczenie chorego, które odbywa się na drodze jednego z poniższych mechanizmów:

1. wytworzenia nowego szpiku – możliwe po kondycjonowaniu mieloablacyjnym (MAC - *myeloablative conditioning*) polegającym na uprzednim zniszczeniu chorego szpiku chemiotorepią i radioterapią;
2. reakcji przeszczepu przeciwko białaczce – uzyskiwana u chorych, których stan nie pozwolił na całkowite zniszczenie własnego szpiku (poddanych kondycjonowaniu o zredukowanym natężeniu – RIC - *reduced intensity conditioning*). Zdrowy szpik biorcy zawiera i wytwarza komórki odpornościowe, które mają zdolność rozpoznawania i niszczenia komórek patologicznych pozostałego „starego" szpiku, w tym komórek białaczkowych. Nie jest jednak dedykowane wszystkim chorym ze względu na wysokie ryzyko powikłań.

Podjęcie decyzji o przeszczepie wymaga dogłębnej analizy przewidywalnych szans na wyleczenie wobec ryzyka wcześniejszej śmierci pacjenta na skutek powikłań. Czas transfuzji również musi być wcześniej skrupulatnie zaplanowany. Zarówno zbyt wczesne, jak i zbyt późne wykonanie przeszczepu wiąże się ze zwiększeniem ryzyka zgonu pacjenta. Przeszczep komórek krwiotwórczych polega na podaniu kroplówki z zawiesiny komórek krwiotwórczych. Rodzaje transplantacji szpiku [24]:

- autologiczna – przeszczep szpiku własnego, nie zawierający komórek nowotworowych,
- allogeniczna – przeszczep od innego dawcy- może być spokrewniony: najczęściej rodzeństwa, rzadziej od rodzica lub dziecka. Wymagana zgodność chromosomowa w układzie HLA,
- syngeniczna - od bliźniaka jednojajowego,
- szpik od dawcy niespokrewnionego, wymagana jest zgodność HLA w 10 allelach (po dwa w genach A, B, C, DQ i DR). Pilne przypadki dopuszczają maksymalnie dwie niezgodności spośród wymaganych 10 alleli,

- krew pępowinowa od dawcy niespokrewnionego – wymagana zgodność 4-6 alleli w genach A, B i DR. Nie jest jednak łatwo pozyskać materiał dla dorosłego biorcy, gdyż jednostka pobieranej krwi pępowinowej wystarcza jedynie na 20-40kg masy ciała biorcy, wobec czego do transplantacji dla osoby dorosłej wymagana jest krew pępowinowa 2-3 dawców.

Leczenie paliatywne stosowane jest u chorych, którzy ze względu na stan ogólny organizmu, współistniejące choroby i wiek nie mogą być poddani agresywnemu leczeniu przeciwnowotworowemu oraz u chorych, u których choroba postępuje pomimo wdrożenia wszelkich możliwych metod terapii. Leczenie paliatywne polega na zmniejszeniu natężenia objawów i poprawie jakości życia chorego [7].

We wszystkich etapach leczenia pacjent, poza terapią zasadniczą, może wymagać dodatkowych metod leczenia w zależności od występujących objawów i parametrów klinicznych. Leczenie wspomagające opiera się na [15,19]:

- profilaktyce i zahamowaniu wymiotów,
- profilaktyce gorączki neutropenicznej i utrzymania pożądanej gęstości dawki chemioterapii – podaż G-CSF,
- intensywnym nawadnianiu pacjenta i stosowaniu leków rozpuszczających kwas moczowy (allopurinol, rasburykaza) – w 1. i 2. etapie leczenia,
- uzupełnianiu niedoborów elementów morfotycznych i osocza – transfuzja krwi i jej składników,
- profilaktyce infekcji – leki (przeciwhistaminowe, NLPZ, steroidy), izolacja,
- żywieniu parenteralnym przy niewystarczającym odżywieniu enteralnym,
- monitorowanie, profilaktyka i leczenie możliwych powikłań zastosowanego leczenia – np. leki przeciwzakrzepowe,
- skutecznym zapobieganiu zajścia w ciążę.

Leczenie białaczki, tak jak każdej innej choroby nowotworowej, obciążone jest możliwością wystąpienia powikłań związanych z konkretną metodą terapii. Najczęstszymi wczesnymi powikłaniami chemioterapii są: infekcje grzybicze, bakteryjne i wirusowe, ciężkie do wyleczenia zapalenia błon śluzowych, nudności, wymioty, biegunki, pogorszenia stanu skóry i jej przydatków. Wczesne powikłania radioterapii: osłabienie, uszkodzenie skóry i błon śluzowych, brak łaknienia. Głównym i jednocześnie najgroźniejszym powikłaniem przeszczepu jest jego odrzucenie przez organizm biorcy, co obarczone jest dużym ryzykiem śmierci chorego [15,23].

Odległe następstwa leczenia przeciwnowotworowego dotyczą 62% ozdrowieńców, z czego 27% ma ciężkie powikłania przewlekłe, a 24% niewydolność wielonarządową. Największym ryzykiem odległych powikłań obarczeni są pacjenci poddawani radio- i chemioterapii [12]. W ciągu 30 lat od zakończenia leczenia białaczki, u 20,5% dzieci rozpoznaje się nowotwór wtórny, będący z największym prawdopodobieństwem konsekwencją radioterapii [23]. Najczęstszymi powikłaniami późnymi chemioterapii jest niewydolność wątroby, zapalenie trzustki, niepłodność, kardiomiopatia, powikłania zakrzepowo-zatorowe i nowotwory wtórne [15].

Piśmiennictwo

1. Szydłowski M., Juszczyński P.: Patogeneza nowotworów układu krwiotwórczego. Hematologia, 2013, 4(4), 279-290.
2. Kaufmann J., Mazur B., Szczepański T.: Charakterystyka i częstość występowania koekspresji w ostrych białaczkach u dzieci. Annales Academiae Medicae Silesiensis, 2012, 66(3), 20-26.
3. Wierzbowska A.: Postępy w leczeniu dorosłych chorych na ostre białaczki. Hematologia, 2015, 6(1), 52-62.
4. Seferyńska I., Warzocha K.: Skuteczne leczenie dazatynibem 18-letniej chorej na przewlekłą białaczkę szpikową oporną na imatynib w leczeniu 1.linii. Hematologia, 2015, 6(2), 209-212.
5. Wołowiec D., Korycka-Wołowiec A.: Przewlekła białaczka limfocytowa slow-go – kim są chorzy i jak ich leczyć? Hematologia, 2013, 4(2), 85-96.
6. Prochorec-Sobieszek M.: Nowotwory mielodysplastyczne/mieloproliferacyjne – nowości i problemy diagnostyczne. Hematologia, 2010, 1(3), 185-194.
7. Roy M., Mikherjee A., Mukherjee S., Biswas J.: Photochemicals as an adjuvant in leukemia therapy. W Leukemia Causes, symptoms & treatment. Pod red. Scotti C., Maggi M., Bidoia C., Ali N., Ezejiofor T.I.N, Huang X.. Wydawnictwo Open Access eBook, Las Vegas, 2017, 1-14.
8. Dong Y., Shi O., Zeng Q., Lu X., Wang W., Li Y., Wang Q.: Leukemia incidence trends at the global, regional, and national level between 1990 and 2017. Experimental Hematology and Oncology, 2020, 9, 14.
9. Wojciechowska U., Didkowska J.: Cancer in Poland in 2012. Journal of Oncology, 2013, 63(3), 197-216.

10. Barełkowska M.: Rys historyczny badań nad ostrą białaczką limfoblastyczną wieku dziecięcego: co dotychczas osiągnęliśmy i dokąd zmierzamy? Medicorum Polonum, 2017, 1(7), 49-57.
11. Seferyńska I., Warzocha K.: Raport z rejestru zachorowań na ostre białaczki u osób dorosłych w Polsce w latach 2004–2010 prowadzonego przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii w imieniu Polskiej Grupy ds. Leczenia Białaczek u Dorosłych (PALG). Hematologia, 2014, 5(2), 162-172.
12. Szymborski J., Didkowska J., Wojciechowska U.: Nowotwory złośliwe u dzieci i młodzieży w Polsce [w:] Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski. Potrykowski A., Strzelecki Z, Szymborski J., Witkowski J. (red.). Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, 2014, 117-145.
13. Bispo J.A., Pinheiro P.S., Kobetz E.K.: Epidemiology and etiology of leukemia and lymphoma. Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine, 2020, 10(6), a034819.
14. Maloney K., Foreman N.K., Giller R.H., Greffe B.S., Graham D.K., Quinones R.R., Keating A.K.: Choroby nowotworowe. [w:] Pediatria. Diagnostyka i leczenie. Tom 1-2. Ha W.W., Levin M.J., Detering R.R., Sondheimer J.M., Jackowska T. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2011, 904-906.
15. Czyż A., Giebel S.: Ostra białaczka limfoblastyczna i chłoniaki limfoblastyczne. [w:] Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2019 rok. Tom 2, Krzakowski M., Warzocha K. (red.). 2020, 204-240.
16. Dębski R., Sędek Ł., Jaworska-Posadzy A., Sonsala A., Kołtan A., Szczepański T., Pogorzała M., Wysocki M., Styczyński J.: Monitorowanie i walidacja minimalnej choroby resztkowej metodą cytometrii przepływowej w ostrej białaczce limfoblastycznej u dzieci. Postępy Nauk Medycznych, 2014, 4, 225-230.
17. Jatczak-Gaca A., Styczyński J., Kołtan A., Dębski R., Pogorzała M., Wysocki M.: Analiza czynników prognostycznych w ostrej białaczce limfoblastycznej u dzieci leczonych w regionie kujawsko-pomorskim w latach 1976-2010. Postępy Nauk Medycznych, 2013, 9, 627-633.
18. Szczepański T., Kajdas L., Sędek Ł., Karpe J., Balwierz W., Ćwiklińska M., Drabko K., Kowalczyk J.R., Konatkowska B., Wachowiak J., Styczyński J., Wysocki M., Irga N., Balcerska A., Pawelec K., Matysiak M., Latos-Grażyńska E., Chybicka A., Muszczyńska-Rosłan K., Krawczuk-Rybak M., Sobol-Milejska G., Mizia-Malarz A.: Charakterystyka kliniczna, immunofenotypowa i genetyczna ostrej białaczki limfoblastycznej niemowląt. Postępy Nauk Medycznych, 2013, 26(9), 596-603.

19. Giebel S., Czerw T., Czyż A., Frankiewicz A., Gromek T., Hałka J., Lech-Marańda E., Piątkowska-Jakubas B., Piekarska A., Piszcz J., Szmigielska-Kapłon A., Wątek M.: Protokół leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej u dorosłych. PALG ALL7. Polska grupa ds. leczenia białaczek u dorosłych. Gliwice, 2018, https://palg.pl/wp-content/uploads/2018/07/Protokol_PALG_ALL7_v_2018-10-08.pdf, (data pobrania 13.08.2021).
20. Vora A., Andreano A., Pui C.H., Hunger S., Schrappe M., Moericke A., Biondi A., Escherich G., Silverman L.B., Goulden N., Taskinen M., Pieters R., Horibe K., Devidas M., Locatelli F., Valsecchi M.G.: Influence of cranial radiotherapy on outcome in children with acute lymphoblastic leukemia treated with conemporary therapy. Journal of Clinical Oncology, 2016, 34(9), 919-926.
21. Krull R., Zhang N., Santucci A., Srivastava D.K., Krasin M.J., Kun L.E., Pui C.H., Robison L.L., Hudson M.M., Armstrong G.T.: Long-term decline in intelligence among adult survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia treated with cranial radiation. Blood, 2013, 122(4), 550-553
22. Meshref M., Shazly N.E., Nasr M., Elhai R.A.: Effect of different doses of prophylactic cranial irradiation in childhood lymphoblastic leukemia on CNS relapse, late cognitive decline and learning disabilities. Journal of Cancer Therapeutic & Research, 2013, 049-7962, 2-10.
23. Travis L.B., Ng A.K., Allan J.M., Pui C.H., Kennedy A.R., Xu X.G., Purdy J.A., Applegate k., Yahalom J., Constine L.S., Gilbert E.S., Boice J.D. Jr: Second malignant neoplasms and cardiovascular diseace following radiotherapy. Journal of the National Cancer Institute, 2012, 104(5), 357-370.
24. Jędrzejczak W.W.: Przeszczep szpiku w leczeniu ostrych białaczek. Onkologia po dyplomie 2013, 05, https://podyplomie.pl/onkologia/15945,przeszczep-szpiku-w-leczeniu-ostrych-bialaczek, (data pobrania 13.08.2021).

Ocena poziomu wiedzy rodziców na temat białaczki wieku dziecięcego

Monika Weronika Wojtkowska[1], Grzegorz Bejda[2]

1. Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Wprowadzenie

Nowotwór, czyli „nowy twór" oznacza, że w organizmie na drodze niekontrolowanej proliferacji powstało skupisko nieprawidłowych komórek. Proces transformacji od komórki zdrowej do nowotworowej z cechami złośliwości przebiega wieloetapowo, poprzez wielokrotne mutacje genetyczne indukowane różnorodnymi czynnikami endo- i egzogennymi [1].

Choroba nowotworowa dotyczy głównie osób dorosłych, najczęściej w starszym wieku. Nowotwory złośliwe u dzieci do 19. roku życia stanowią w Polsce około 0,8% wszystkich nowotworów złośliwych. Każdego roku diagnozowany jest blisko 1 tysiąc nowych zachorowań wśród dzieci, a około 2-2,2 tysiąca dzieci rocznie poddawane jest terapii przeciwnowotworowej. Zachorowalność u obu płci dzieci wzrasta każdego roku o około 1,2%. Jednakże wymiernym sukcesem jest ciągły spadek umieralności na nowotwory wieku rozwojowego (3,7% wśród dziewcząt i 3% wśród chłopców). Współczynniki umieralności zmniejszyły się w ciągu ostatnich 30 lat dwukrotnie i obecnie zgony dzieci z powodu nowotworów złośliwych stanowią 0,3% wszystkich zgonów nowotworowych w Polsce [2].

W krajach Unii Europejskiej nowotwór złośliwy diagnozowany jest u 15 tysięcy dzieci rocznie, a 3 tysiące dzieci z powodu nowotworu umiera. Wyleczalność nowotworów u dzieci ulega ciągłej poprawie. Szacuje się, iż obecnie w krajach Unii Europejskiej żyje około pół miliona osób dorosłych, które w dzieciństwie przeszły chorobę nowotworową, zaś w latach 2020-2025 będzie to około milion osób. Polska medycyna onkologiczna nie odstępuje sukcesami mierzonymi w odsetku trwałych wyleczeń i wydłużenia czasu przeżycia chorych onkologicznych od medycyny europejskiej. Polska onkologia dziecięca stoi jednak przed problemem wykrywalności nowotworów u dzieci, gdyż obecnie w przeważającej części przypadków diagnoza stawiana jest w zaawansowanym stadium choroby [2].

Ze względu na zróżnicowanie genetyczne, nowotwory u dzieci występują rzadziej niż u dorosłych oraz predysponują do innych typów i lokalizacji [3].

W pierwszym roku życia dominują nowotwory zarodkowe, pomiędzy 2. a 5. rokiem życia – ostra białaczka limfoblastyczna [3].

U osób dorosłych najczęściej występują nowotwory płuc (mężczyźni) i piersi (kobiety), natomiast wśród rozpoznawanych białaczek dominuje ostra białaczka szpikowa (AML - *Acute Lymphoblastic Leukemia*) [4].

U dorosłych Polaków nowotwory złośliwe stanowią główną przyczynę przedwczesnych zgonów [5], zaś wśród dzieci stanowią drugą przyczynę zgonów po wypadkach, urazach i zatruciach [3].

Cel pracy

Celem ogólnym pracy była ocena wiedzy rodziców dzieci chorych na nowotwory oraz rodziców dzieci zdrowych na temat białaczki u dzieci.

Za cele szczegółowe uznano wykazanie rozbieżności w zakresie wiedzy rodziców o białaczce wieku dziecięcego zależnych od posiadania dzieci z chorobą nowotworową.

Materiał i metodyka

Badaniem objęto 50 rodziców dzieci chorych na nowotwory, którzy przebywają w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej lub Poradni Onkologii i Hematologii Dziecięcej w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku oraz wśród 50 rodziców dzieci nie chorujących na nowotwory. Badanie zostało przeprowadzone w terminie listopad 2020r.- marzec 2021r.

Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety, samodzielnie skonstruowany na potrzeby niniejszej pracy. Kwestionariusz ankiety umożliwił zdobycie informacji dotyczące ogólnej charakterystyki respondenta (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie) oraz poziomu wiedzy w zakresie ogólnych i szczegółowych informacji o najczęstszym nowotworze wieku dziecięcego – białaczce.

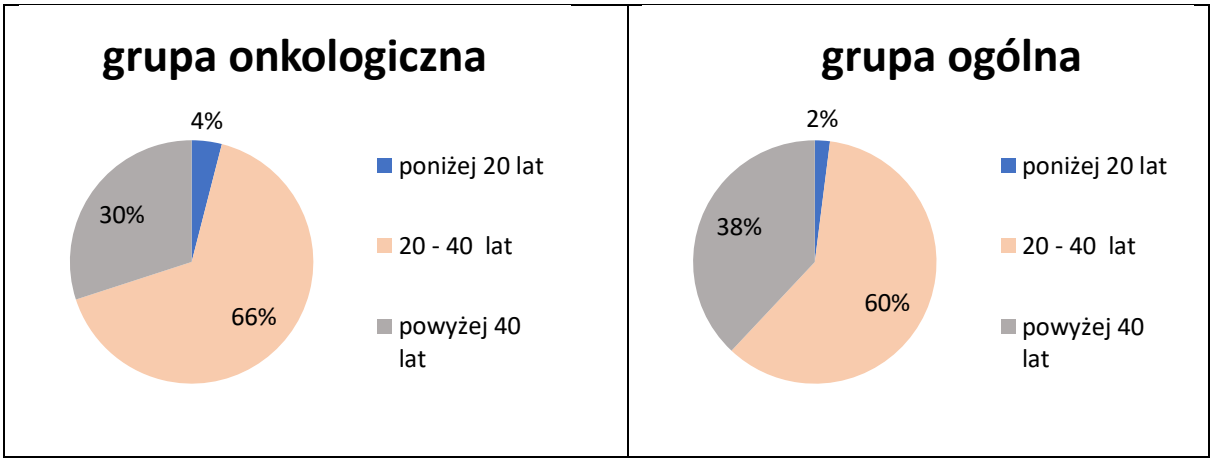
W celu czytelnego przedstawienia wyników badania grupę rodziców dzieci chorych na nowotwory nazwano - „grupa onkologiczna”, zaś grupę rodziców dzieci

nie chorujących na nowotwory - „grupa ogólna”. Wyniki przedstawiono w formie wykresów i tabel z podaniem wartości liczbowych i procentowych.

Zebrane informacje poddano analizie zbiorczej za pomocą programu MS Excel i pakietu statystycznego SPSS Statistics 21,0. Do zbadania zależności statystycznej pomiędzy analizowanymi cechami użyto testu chi kwadrat. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej testem x^2 dla prób niezależnych. Przyjęto 5% ryzyka błędu wnioskowania. Za wartość istotną statystycznie uznano poziom prawdopodobieństwa $p < 0,05$.

Wyniki

Respondenci poniżej 20. roku życia stanowili 4% grupy onkologicznej i 2% grupy ogólnej. W przedziale wiekowym 20-40 lat było 66% ankietowanych grupy onkologicznej i 60% grupy ogólnej, powyżej 40 lat miało analogicznie 30% i 38% badanych (Ryc. 1).

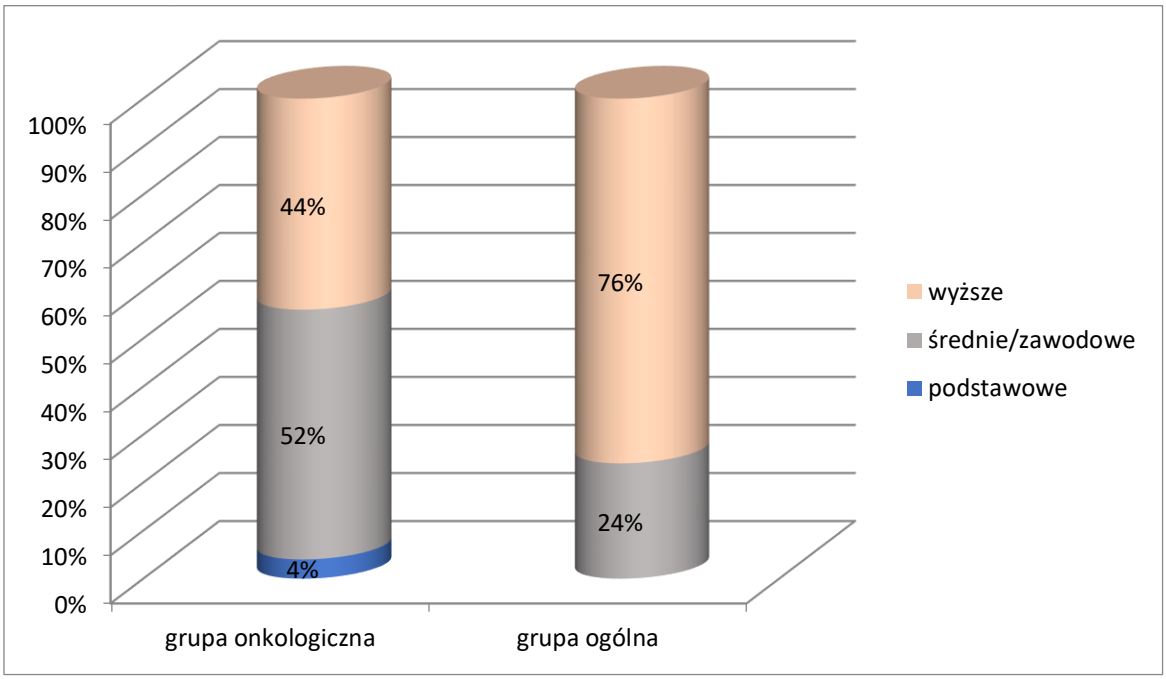


Rycina 1. Wiek respondentów obu grup badanych

Kobiety stanowiły 84% jednakowo w obu grupach badawczych, a mężczyźni – 16%.

W grupie onkologicznej 52% rodziców mieszkało na wsi i 48% w mieści. W grupie ogólnej rodzice mieszkający w mieście stanowili 90% grupy, natomiast ze wsi było 10% grupy.

W grupie onkologicznej 44% rodziców posiadało wykształcenie wyższe, 52% - wykształcenie średnie i 4% - wykształcenie podstawowe. W grupie ogólnej 76% stanowili rodzice w wykształceniem wyższym, pozostałe 24% rodziców posiadało wykształcenie średnie (Ryc. 2).



Rycina 3. Wykształcenie respondentów

Najczęstszym rodzajem nowotworu występującego wśród dzieci rodziców z grupy onkologicznej była białaczka limfoblastyczna – 58%.

Białaczka szpikowa dotyczyła 8% dzieci, 6% dzieci chorowało na mięsaka tkanek miękkich. Jednakowo 4% dzieci miały rozpoznanie: guza germinalnego, hepatoblastomy i chłoniaka limfoblastycznego. Jednakowo 2% dzieci miały zdiagnozowane: guza nerki, mięsaka Kaposiego, neuroblastomę, nowotwór wątrobowokomórkowy, RMS jamy brzusznej, czerniaka złośliwego, chłoniaka nieziarniczego dużych komórek B i chłoniaka Hodgkina (Ryc. 4).

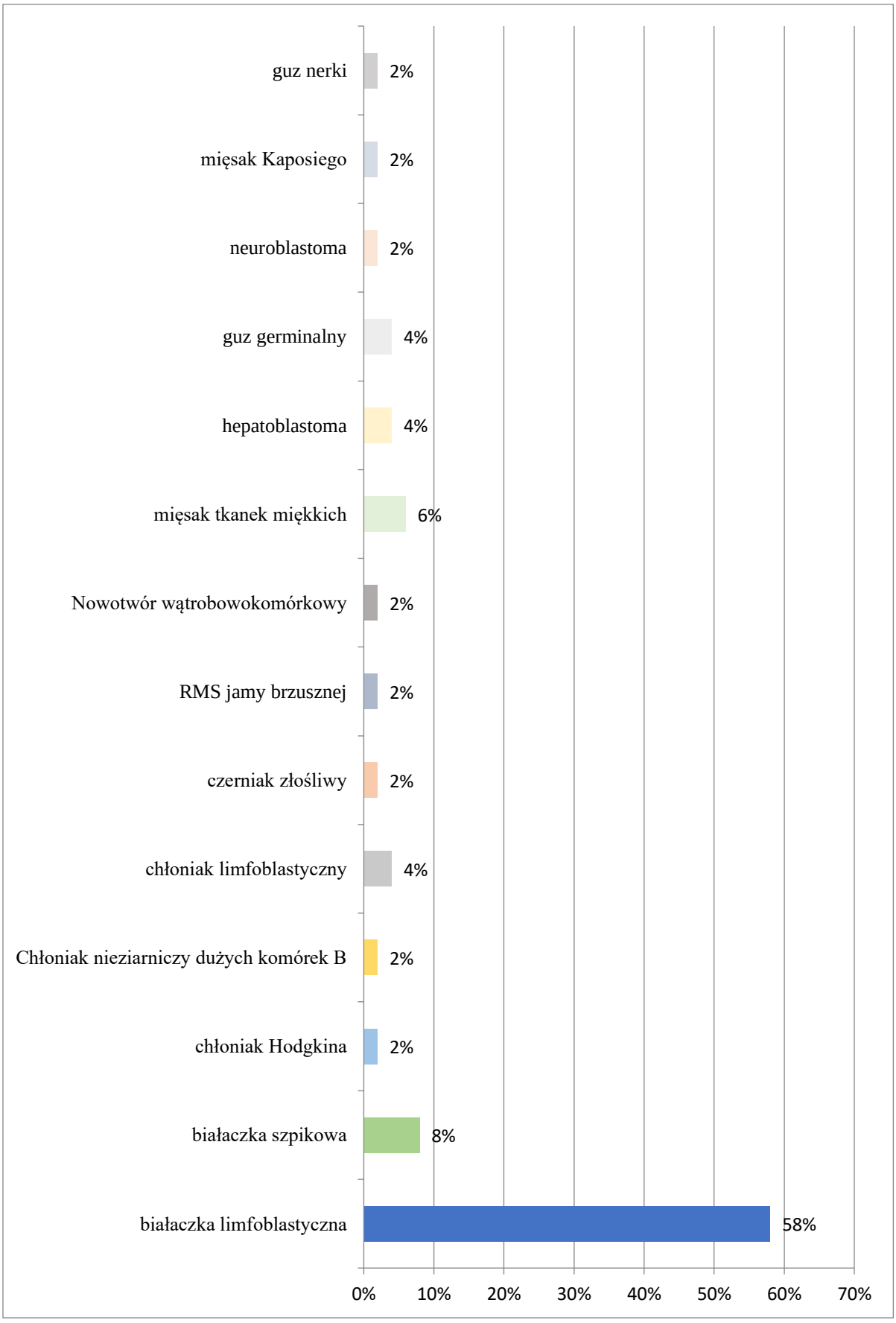
Wszyscy rodzice onkologiczni uważają, że białaczki są najczęściej występującym nowotworem wśród dzieci.

Wśród rodziców z grupy ogólnej, jako najczęstszy nowotwór dziecięcy 92% grupy wskazało białaczki, 4% - nowotwory mózgu, 2% - nowotwory układu pokarmowego i 2% - nowotwory kości (Ryc. 5).

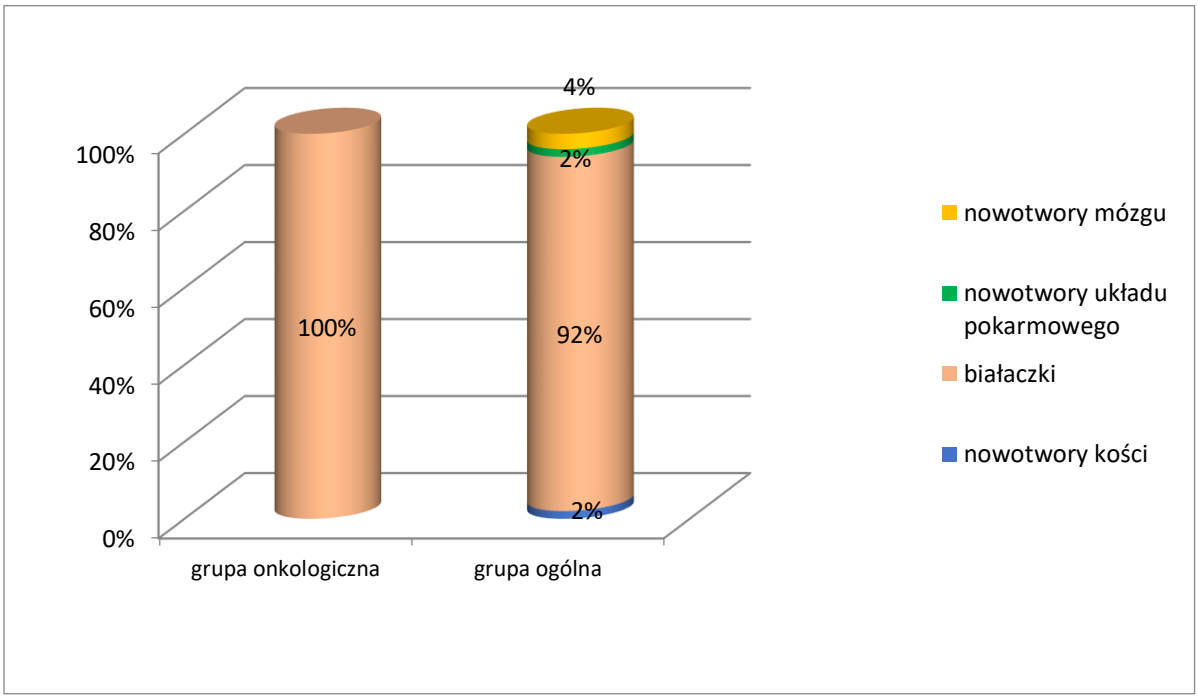
Nie wykazano zależności istotnej statystycznie ($p > 0,05$).

75% grupy onkologicznej i 68% grupy ogólnej uważają, iż najczęściej występujący rodzaj nowotworu wśród dzieci jest również najczęstszym nowotworem wśród dorosłych (Ryc. 8.). Jednakowo po 6% grupy ogólnej i grupy onkologicznej uważają, że ten sam rodzaj nowotworu występuje najczęściej wśród dzieci i dorosłych (Ryc. 5.).

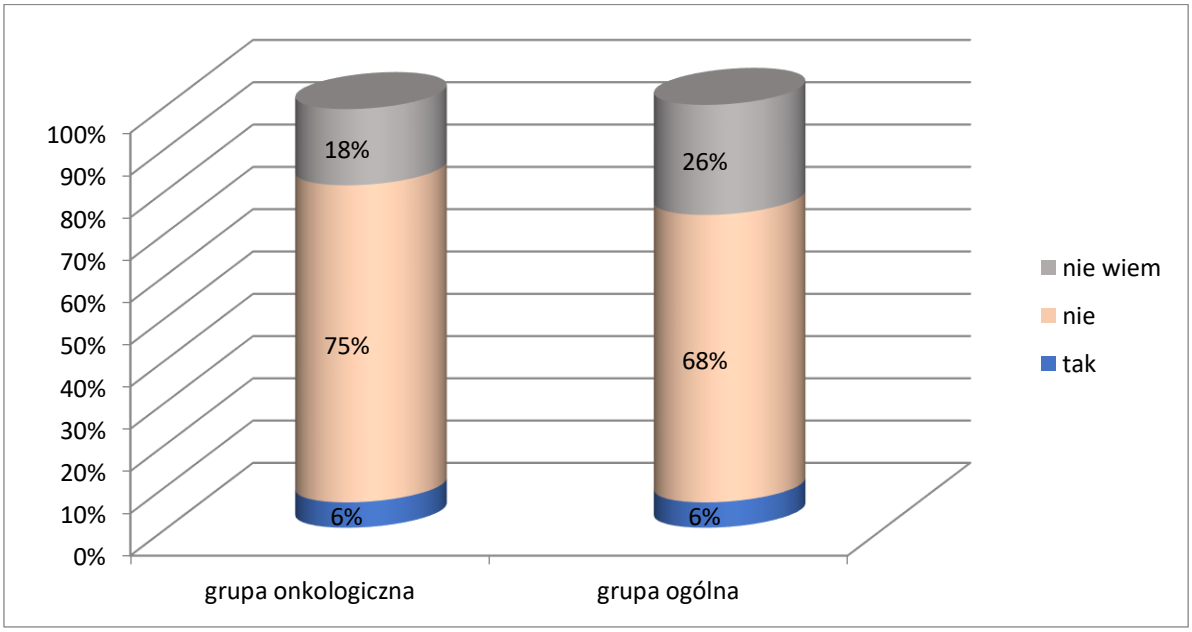
Nie wykazano zależności istotnej statystycznie ($p > 0,05$).



Rycina 4. Rodzaj nowotworu zdiagnozowanego u dziecka rodzica z grupy onkologicznej



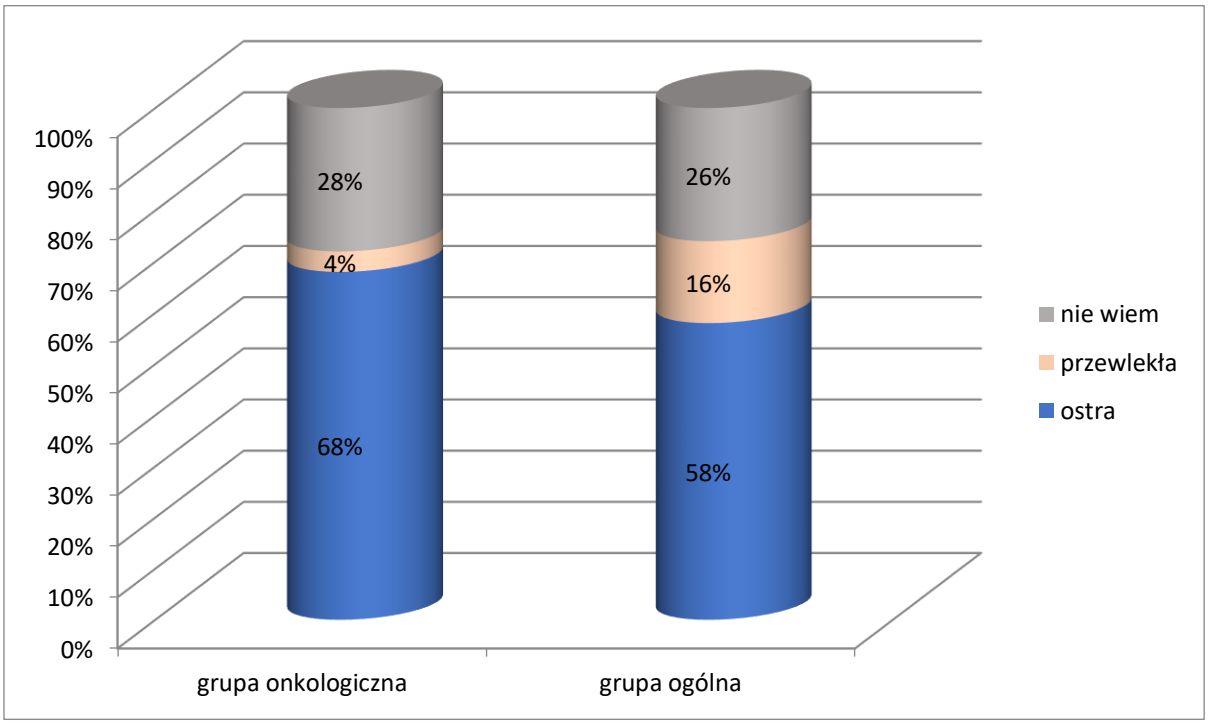
Rycina 5. Rodzaj nowotworu najczęściej występującego wśród dzieci



Rycina 6. Najczęściej występujący rodzaj nowotworu wśród dzieci jest również najczęstszym nowotworem wśród dorosłych

68% respondentów grupy onkologicznej i 58% grupy ogólnej wskazało ostrą postać białaczki, jako częściej występującą wśród dzieci. 4% grupy onkologicznej i 16% grupy ogólnej uważało, że wśród dzieci częściej występuje białaczka przewlekła (Ryc. 7).

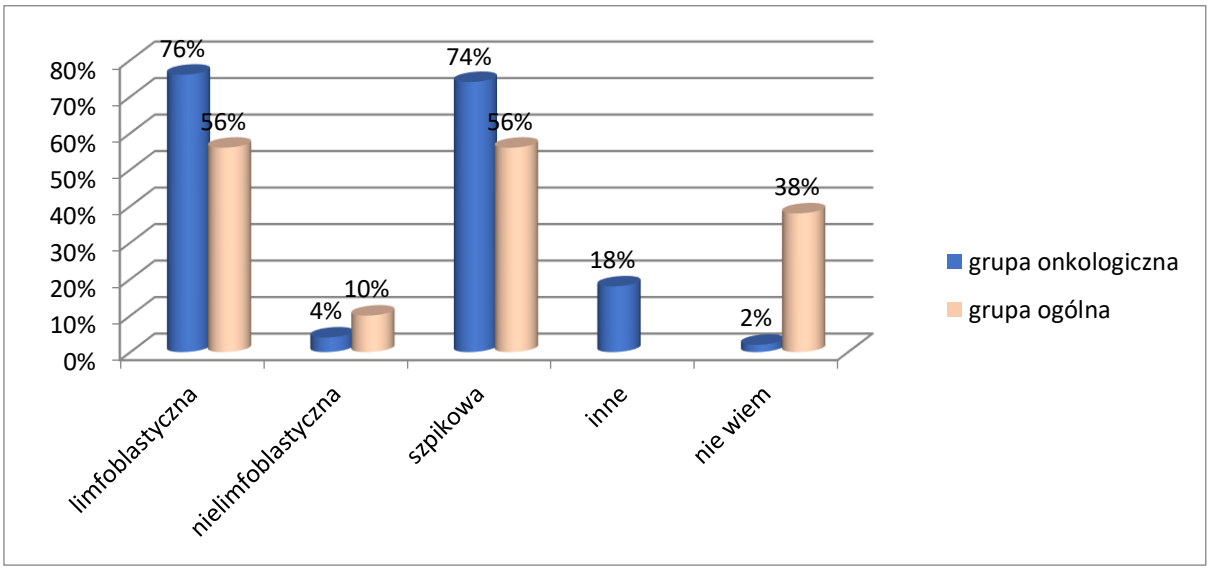
Nie wykazano zależności istotnej statystycznie ($p > 0,05$).



Rycina 7. Rodzaj białaczki częściej występujący u dzieci

Wśród wymienionych możliwych typów ostrej białaczki, postać limfoblastyczną wskazało 76% rodziców grupy onkologicznych i 56% grupy ogólnej, nielimfoblastyczną – analogicznie 4% i 10%, szpikową – analogicznie 74% i 56%. 18% ankietowanych z grupy onkologicznej deklarowało znajomość innych typów ostrej białaczki (Ryc. 8).

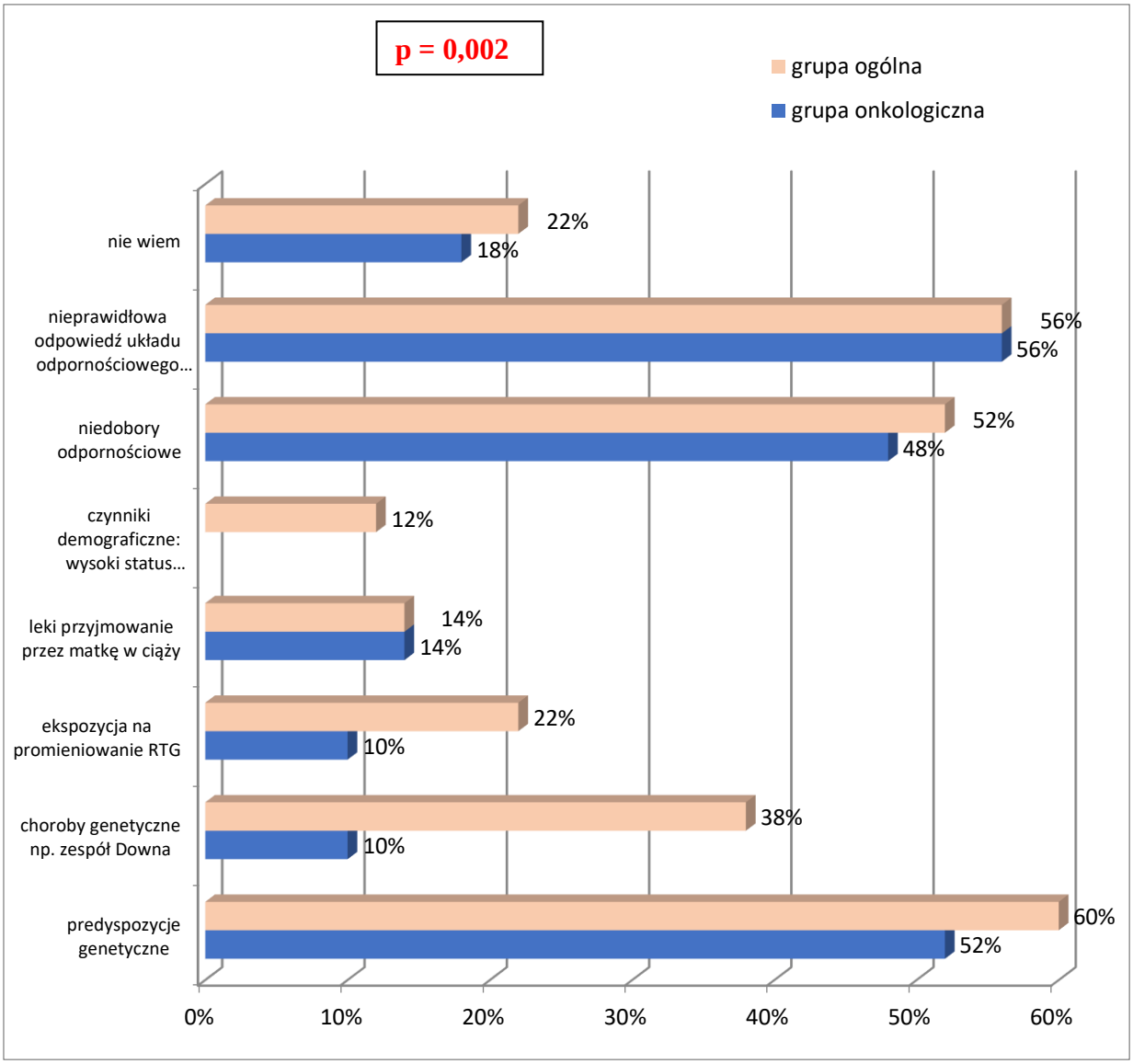
Nie wykazano zależności istotnej statystycznie ($p > 0,05$).



Rycina 8. Typy ostrej białaczki

Wśród wymienionych w ankiecie czynników ryzyka białaczki największe znaczenie według wskazań grupy onkologicznej i ogólnej mają predyspozycje genetyczne (analogicznie 52% i 60%), nieprawidłowa odpowiedź z układu odpornościowego na infekcje np. wirusowe (jednakowo 56% w obu grupach) oraz niedobory odpornościowe (48% i 52%). Choroby genetyczne jako czynnik ryzyka białaczki wskazało 10% grupy onkologicznej i 38% grupy ogólnej, ekspozycję na promieniowanie RTG – analogicznie 10% i 22%, leki przyjmowane przez matkę w ciąży – jednakowo po 14% w obu grupach badawczych. Czynniki demograficzne: wysoki status socjo-ekonomiczny, rasa biała zostały wskazane przez 12% grupy ogólnej (Ryc. 9).

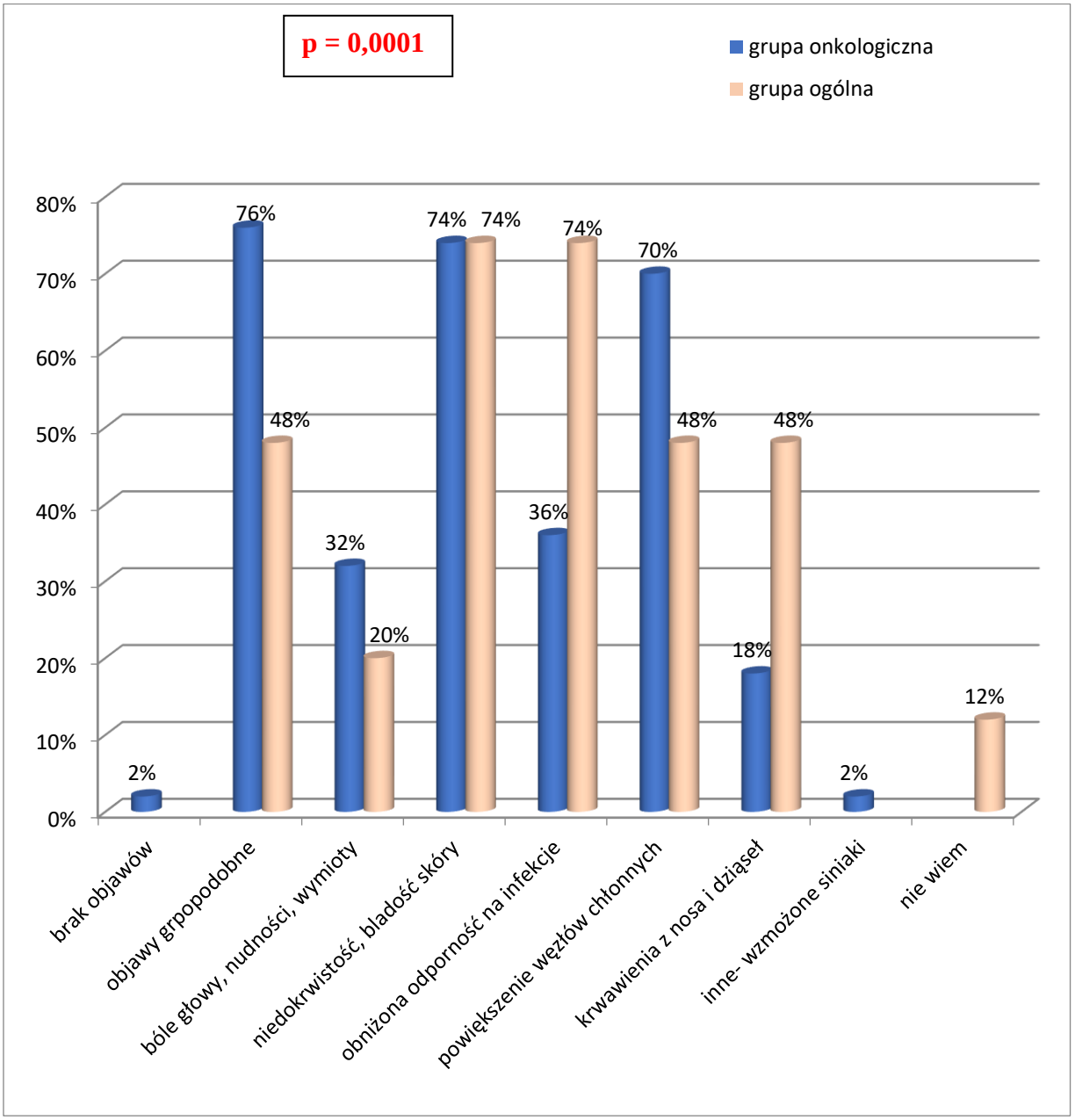
Wykazano zależność istotną statystycznie ($p < 0,05$).



Rycina 9. Czynniki ryzyka białaczki u dzieci

Wśród możliwych objawów białaczki objawy grypopodobne wskazało 76% respondentów grupy onkologicznej i 48% ankietowanych grupy ogólnej; bóle głowy, nudności i wymioty wskazało 32% grupy onkologicznej i 20% grupy ogólnej; niedokrwistość i bladość skóry – jednakowo po 74% obu grup; obniżoną odporność na infekcje – analogicznie 36% i 74%; powiększenie węzłów chłonnych – 70% i 48%; krwawienia z nosa i dziąseł – 18% i 48%. 2% rodziców z grupy onkologicznej uważa, że możliwy jest brak objawów białaczki oraz 2% rodziców onkologicznych wymieniło np. wzmożone siniaki (Ryc. 10).

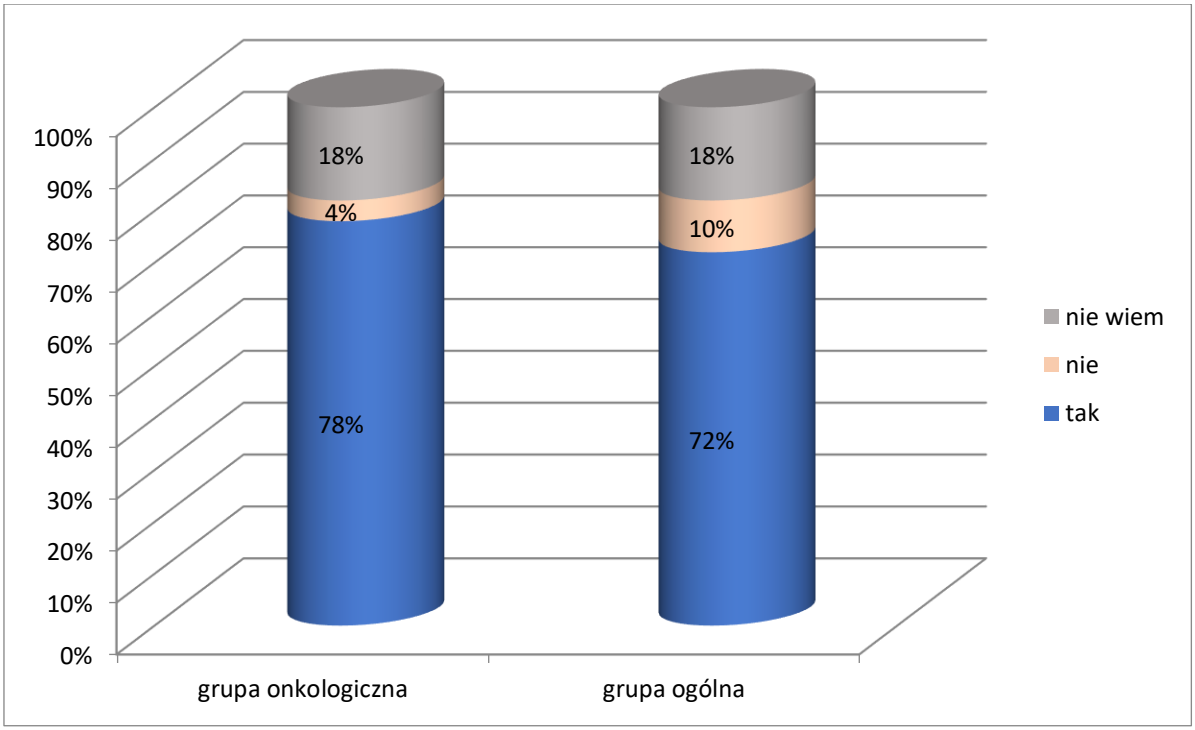
Wykazano zależność istotną statystycznie ($p < 0,05$).



Rycina 10. Możliwe objawy białaczki u dzieci

78% grupy onkologicznej i 72% grupy ogólnej uważa, iż istnieją badania i metody profilaktyki nowotworów krwi. 4% rodziców onkologicznych i 10% rodziców grupy ogólnej wskazało, iż nie ma obecnie metod i badań profilaktycznych wobec nowotworów krwi. Jednakowo po 18% z obu grup badawczych nie zna metod profilaktyki nowotworów krwi (Ryc. 11.).

Nie wykazano zależności istotnej statystycznie ($p > 0,05$).



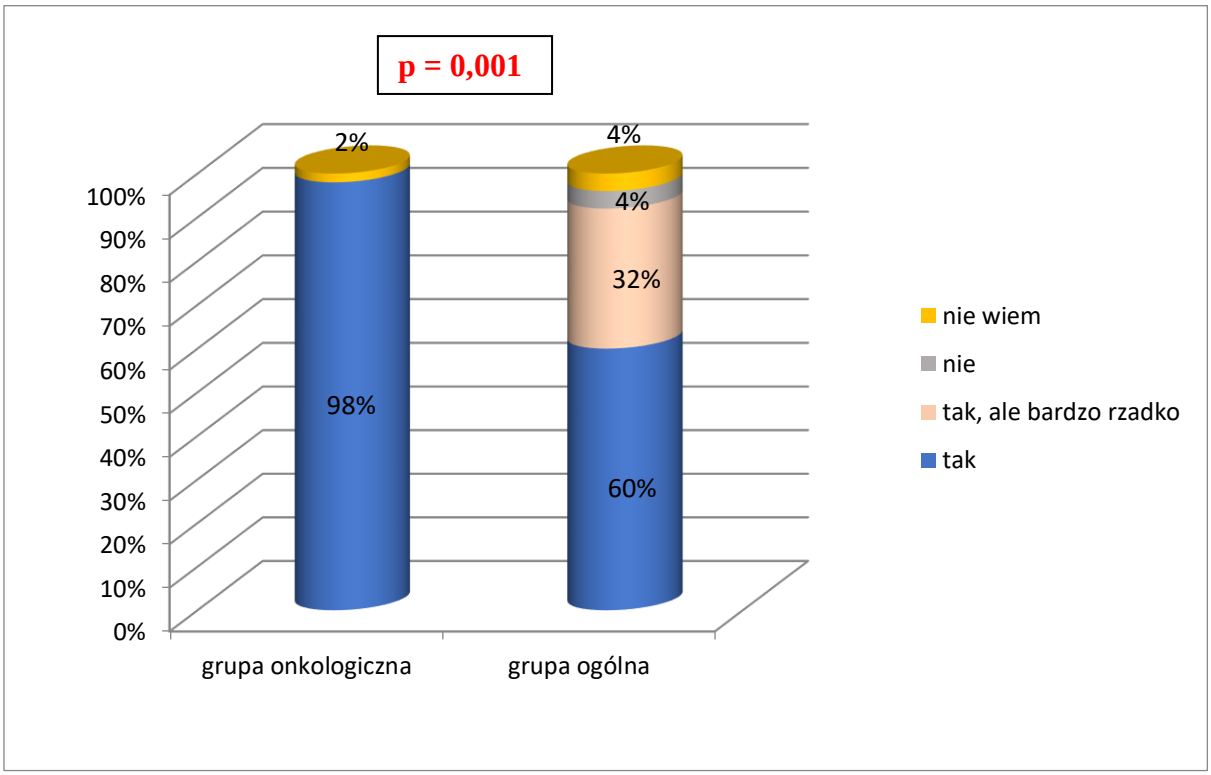
Rycina 11. Badania / metody profilaktyki nowotworów krwi

Wiedzę o możliwości wyleczenia białaczki wykazało 98% grupy onkologicznej i 92% grupy ogólnej, z czego 32% uważa, że białaczka jest uleczalna bardzo rzadko. 4% grupy ogólnej sądzi, że białaczka nie jest uleczalna (Ryc. 12).

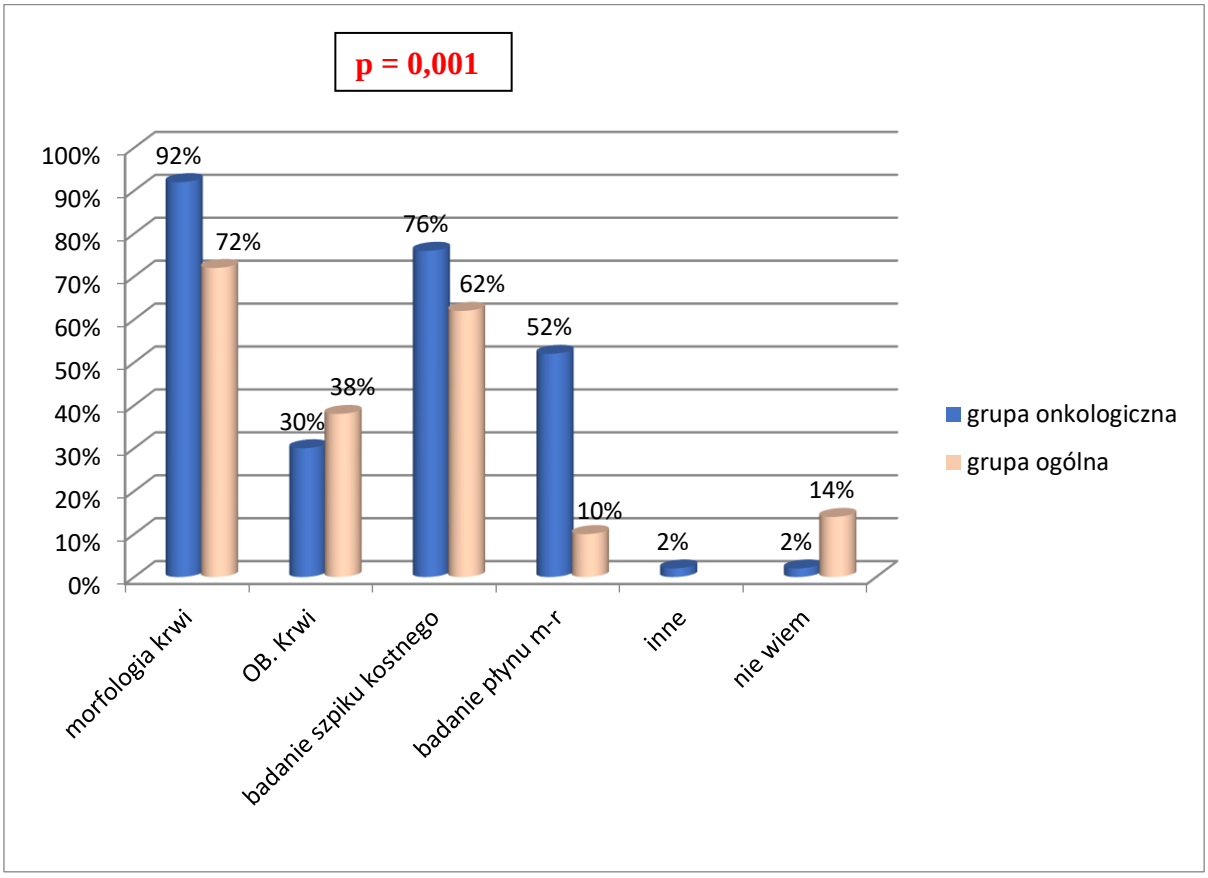
Wykazano zależność istotną statystycznie ($p < 0,05$).

Spośród wymienionych badań, które należy wykonać w celu wykrycia białaczki, morfologię krwi wskazało 92% grupy onkologicznej i 72% grupy ogólnej, OB krwi – analogicznie 30% i 38%, badanie szpiku kostnego – 76% i 62%, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego – 52% i 10%. Znajomość innych badań przydatnych w diagnostyce białaczki deklaruje 2% respondentów grupy onkologicznej. Brak znajomości badań diagnostycznych w celu wykrycia białaczki deklarowało 2% grupy onkologicznej i 14% grupy ogólnej (Ryc. 13).

Wykazano zależność istotną statystycznie ($p < 0,05$).



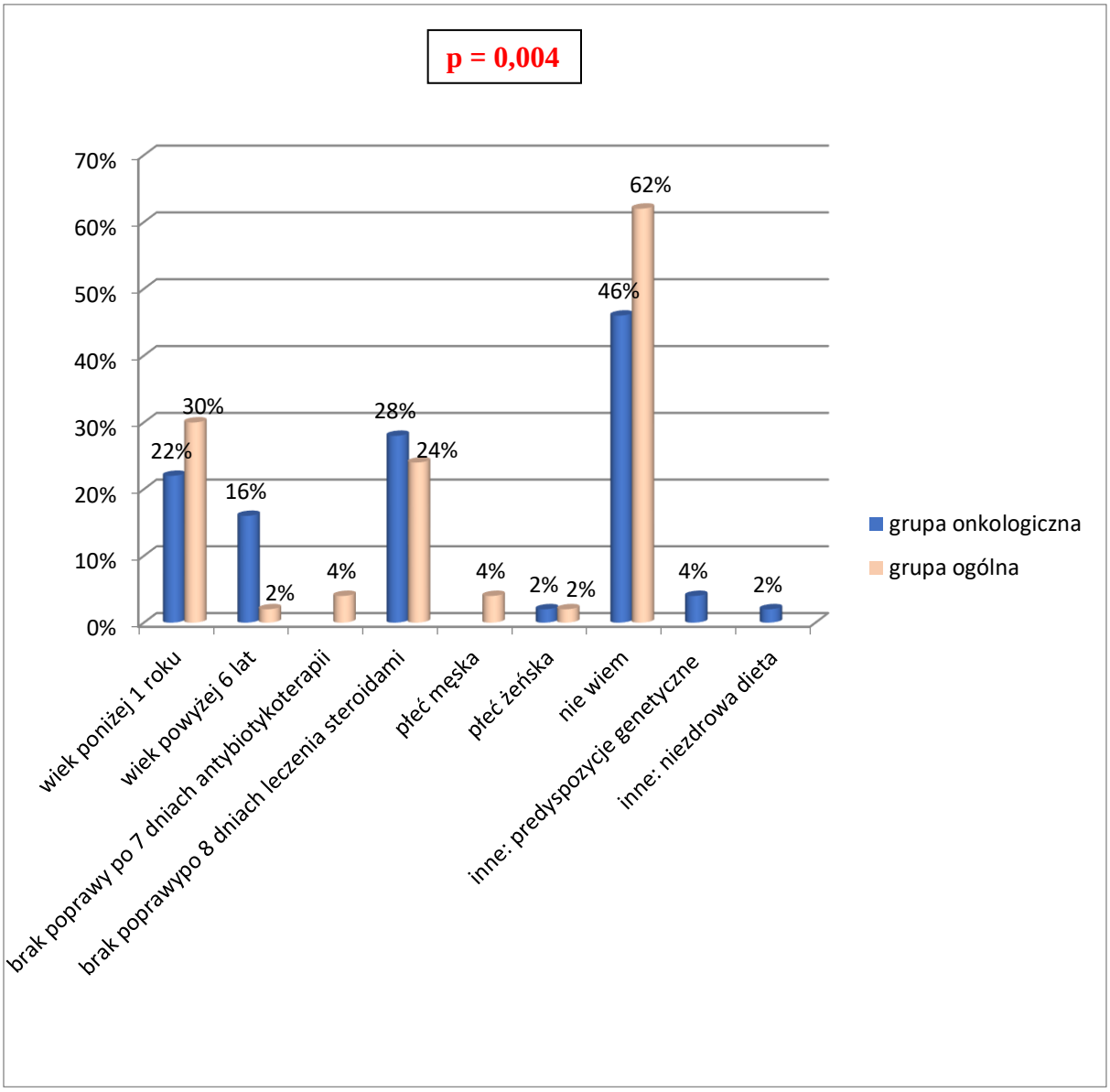
Rycina 12. Możliwość wyleczenia białaczki



Rycina 13. Badania, które należy wykonać w celu wykrycia białaczki

Wśród wymienionych propozycji czynników pogarszających szanse na wyleczenie białaczki respondenci grupy onkologicznej wskazywali najczęściej brak poprawy po 8. dniach leczenia steroidami (28%), wiek poniżej 1 roku (22%) i wiek powyżej 6. lat (16%). Wśród respondentów grupy ogólnej największe znaczenie w złej prognozie wyleczalności białaczki ma wiek poniżej 1 roku (30%) i brak poprawy po 8. dniach leczenia steroidami (24%). Brak poprawy po 7. dniach antybiotykoterapii i płeć męską wskazywali jedynie respondenci grupy ogólnej (4%). Propozycję innych czynników przedstawili jedynie respondenci grupy onkologicznej: predyspozycje genetyczne (4%), niezdrowa dieta (2%) (Ryc. 14).

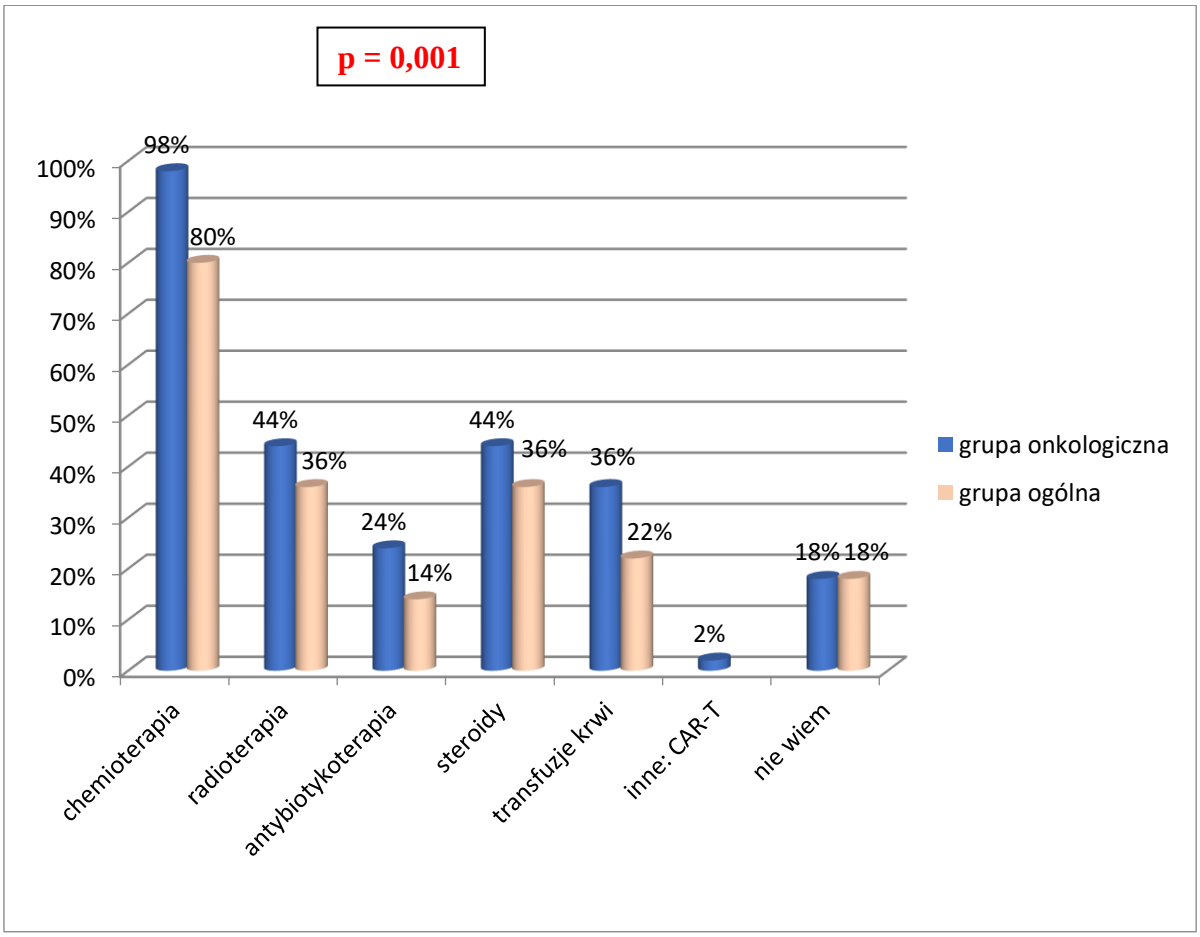
Wykazano zależność istotną statystycznie ($p < 0,05$).



Rycina 14. Czynniki pogarszające szanse na wyleczenie białaczki

Wśród wymienionych w ankiecie terapii, jako możliwą metodę leczenia białaczki, chemioterapię wskazało 98% grupy onkologicznej i 80% grupy ogólnej, radioterapię – analogicznie 44% grupy onkologicznej i 36% grupy badanej, antybiotykoterapię – 24% i 14%, steroidy – 44% i 36%, transfuzje krwi – 36% i 22%. 2% grupy onkologicznej wymieniło inną metodę leczenia białaczki: CAR-T. Brak znajomości metod leczenia białaczki deklaruje po równo 18% respondentów z obu grup badanych (Ryc. 15).

Wykazano zależność istotną statystycznie ($p < 0,05$).

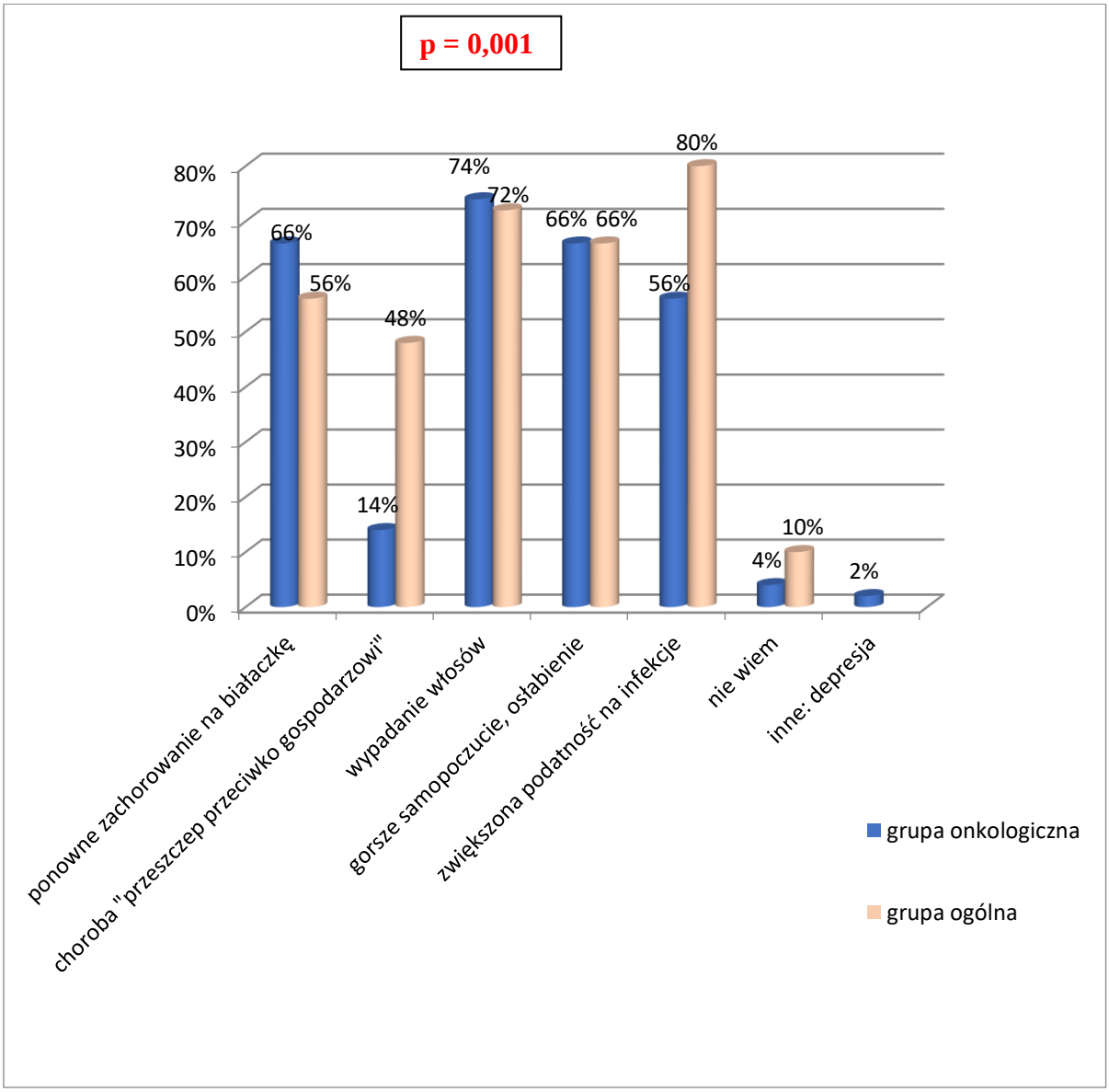


Rycina 15. Metody leczenia białaczki u dzieci

Wśród wymienionych w ankiecie sytuacji jako możliwe powikłanie leczenia białaczki 66% grupy onkologicznej i 56% grupy ogólnej wskazało ponowne zachorowanie na białaczkę. Chorobę „przeszczep przeciwko gospodarzowi" wskazało analogicznie 14% grupy onkologicznej i 48% grupy ogólnej, wypadanie włosów – 74% i 72%, gorsze samopoczucie i osłabienie – jednakowo po 64% obu grup, zwiększoną podatność na infekcje – analogicznie 56% i 80%. 2% respondentów grupy onkologicznej wymieniło depresję jako własną propozycję

możliwych powikłań leczenia białaczki (Ryc. 16).

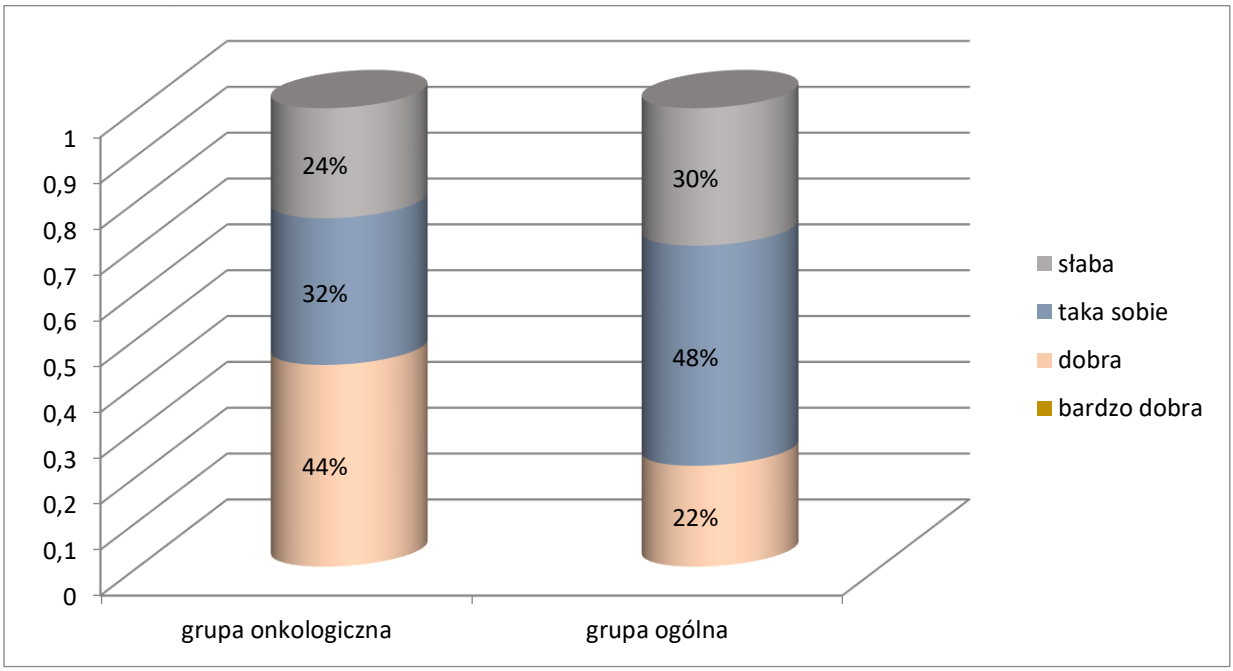
Wykazano zależność istotną statystycznie ($p < 0,05$).



Rycina 16. Możliwe powikłania leczenia białaczki

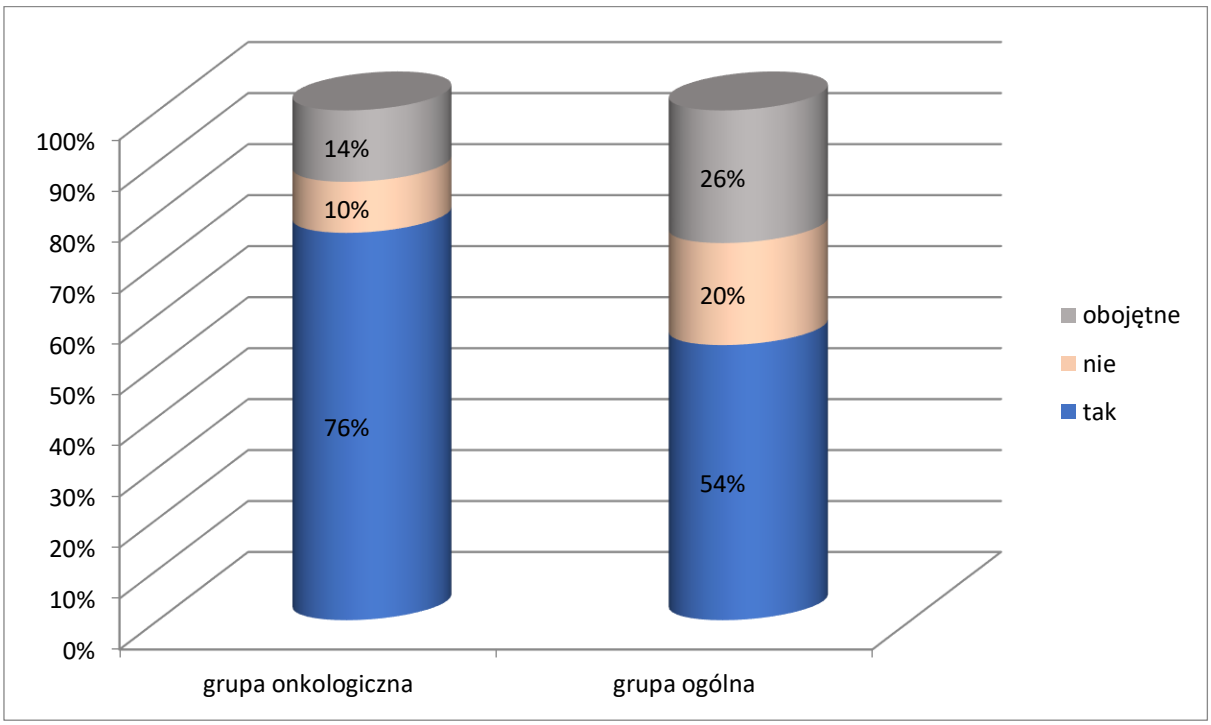
Własną wiedzę na temat białaczki 44% grupy onkologicznej ocenia jako dobrą, 32% - jako „taką sobie" i 24% jako słabą. Wśród rodziców grupy ogólnej najwięcej (48%) uważa, iż posiada „taką sobie" wiedzę o białaczce, 22% uważa swój poziom wiedzy za dobry, a 30% - za słaby. Żaden badany nie uznaje swojej wiedzy na temat białaczki jako bardzo dobrą (Ryc. 17).

Nie wykazano zależności istotnej statystycznie ($p > 0,05$).



Rycina 17. Ocena własnej wiedzy na temat białaczki

Chęć poszerzenia wiedzy na temat białaczki deklarowało 76% grupy onkologicznej i 54% grupy ogólnej. Zdecydowany brak chęci na poszerzenie wiedzy o białaczce deklarowało 10% grupy onkologicznej i 20% grupy ogólnej, obojętne było to analogicznie dla 14% i 26% (Ryc. 18).



Rycina 28. Chęć poszerzenia własnej wiedzy na temat białaczki

W grupie onkologicznej największy procent badanych dobrze oceniło własną wiedzę na temat białaczki w grupie wiekowej 20-40 lat. Największy odsetek słabej samooceny wystąpił wśród badanych powyżej 40. roku życia.

W grupie ogólnej największy procent badanych dobrze oceniło własną wiedzę na temat białaczki w grupie wiekowej poniżej 20 lat. Największy odsetek słabej samooceny wystąpił wśród badanych w wieku 20-40 lat.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wiekiem rodziców dzieci z chorobą nowotworową i dzieci zdrowych a tym jak oceniają swoją wiedzę na temat białaczki. Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności między wiekiem ankietowanych a tym jak oceniają swoją wiedzę o białaczce (Tabela I).

Tabela I. Ocena własnej wiedzy na temat białaczki w zależności od grupy wiekowej

Grupa badanych				**Jak ocenia Pani/Pan swoją wiedzę na temat białaczki?**			**Ogółem**	χ^2	**p**
				Dobra	Słaba	Taka sobie			
grupa onkologiczna	Wiek	20-40 lat	n	19	7	7	33	9,27	0,055
			%	57,6%	21,2%	21,2%	100,0%		
		poniżej 20 lat	n	1	0	1	2		
			%	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%		
		powyżej 40 lat	n	2	5	8	15		
			%	13,3%	33,3%	53,3%	100,0%		
	Ogółem		n	22	12	16	50		
			%	44,0%	24,0%	32,0%	100,0%		
Grupa ogólna	Wiek	20-40 lat	n	4	11	15	30	6,34	0,175
			%	13,3%	36,7%	50,0%	100,0%		
		poniżej 20 lat	n	1	0	0	1		
			%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%		
		powyżej 40 lat	n	6	4	9	19		
			%	31,6%	21,1%	47,4%	100,0%		
	Ogółem		n	11	15	24	50		
			%	22,0%	30,0%	48,0%	100,0%		
Ogółem	Wiek	20-40 lat	n	23	18	22	63	4,35	0,361
			%	36,5%	28,6%	34,9%	100,0%		
		poniżej 20 lat	n	2	0	1	3		
			%	66,7%	0,0%	33,3%	100,0%		
		powyżej 40 lat	n	8	9	17	34		
			%	23,5%	26,5%	50,0%	100,0%		
	Ogółem		n	33	27	40	100		
			%	33,0%	27,0%	40,0%	100,0%		

n- liczba obserwacji ; **p**- poziom istotności statystycznej; χ^2- wynik testu chi kwadrat Persona

W grupie onkologicznej kobiety najczęściej oceniły dobrze swoją wiedzę na temat białaczki, natomiast mężczyźni najczęściej ocenili swoją wiedzę jako taką sobie.

W grupie ogólnej zarówno kobiety i mężczyźni najczęściej ocenili swoją wiedzę jako taką sobie.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy płcią rodziców z chorobą nowotworową i dzieci zdrowych a tym jak oceniają swoją wiedzę na temat białaczki. Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy płcią ankietowanych a tym jak oceniają swoją wiedzę na temat białaczki (Tabela II).

Tabela II. Ocena własnej wiedzy na temat białaczki w zależności od płci

Grupa badanych				**Jak ocenia Pani/Pan swoją wiedze na temat białaczki?**			**Ogółem**	χ^2	**p**
				Dobra	Słaba	Taka sobie			
grupa onkologiczna	Płeć	kobieta	n	19	11	12	42	1,58	0,454
			%	45,2%	26,2%	28,6%	100,0%		
		mężczyzna	n	3	1	4	8		
			%	37,5%	12,5%	50,0%	100,0%		
	Ogółem		n	22	12	16	50		
			%	44,0%	24,0%	32,0%	100,0%		
grupa ogólna	Płeć	kobieta	n	10	12	20	42	0,577	0,749
			%	23,8%	28,6%	47,6%	100,0%		
		mężczyzna	n	1	3	4	8		
			%	12,5%	37,5%	50,0%	100,0%		
	Ogółem		n	11	15	24	50		
			%	22,0%	30,0%	48,0%	100,0%		
Ogółem	Płeć	kobieta	n	29	23	32	84	0,874	0,646
			%	34,5%	27,4%	38,1%	100,0%		
		mężczyzna	n	4	4	8	16		
			%	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%		
	Ogółem		n	33	27	40	100		
			%	33,0%	27,0%	40,0%	100,0%		

n- liczba obserwacji ; **p-** poziom istotności statystycznej; χ^2- wynik testu chi kwadrat Persona

W grupie onkologicznej procent badanych, którzy dobrze ocenili własną wiedzę na temat białaczki był zbliżony wśród mieszkańców miast i wsi. Słaba samoocena wystąpiła nieco częściej wśród badanych mieszkających na wsi. W grupie ogólnej procent badanych, którzy dobrze ocenili własną wiedzę na temat białaczki był zbliżony wśród mieszkańców miast i wsi. Słaba samoocena wystąpiła częściej wśród badanych mieszkających w mieście.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy miejscem zamieszkania rodziców dzieci z chorobą nowotworową i dzieci zdrowych a tym, jak oceniają swoją wiedzę na temat białaczki. Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych a tym jak oceniają swoją wiedzę na temat białaczki (Tabela III).

Tabela III. Ocena własnej wiedzy na temat białaczki w zależności od miejsca zamieszkania

Grupa badanych				**Jak ocenia Pani/Pan swoją wiedze na temat białaczki?**			**Ogółem**	χ^2	**p**
				Dobra	Słaba	Taka sobie			
grupa onkologiczna	Miejsce zamieszkania	miasto	n	11	5	8	24	0,254	0,881
			%	45,8%	20,8%	33,3%	100,0%		
		wieś	n	11	7	8	26		
			%	42,3%	26,9%	30,8%	100,0%		
	Ogółem		n	22	12	16	50		
			%	44,0%	24,0%	32,0%	100,0%		
grupa ogólna	Miejsce zamieszkania	miasto	n	10	14	21	45	0,362	0,834
			%	22,2%	31,1%	46,7%	100,0%		
		wieś	n	1	1	3	5		
			%	20,0%	20,0%	60,0%	100,0%		
	Ogółem		n	11	15	24	50		
			%	22,0%	30,0%	48,0%	100,0%		
Ogółem	Miejsce zamieszkania	miasto	n	21	19	29	69	0,697	0,706
			%	30,4%	27,5%	42,0%	100,0%		
		wieś	n	12	8	11	31		
			%	38,7%	25,8%	35,5%	100,0%		
	Ogółem		n	33	27	40	100		
			%	33,0%	27,0%	40,0%	100,0%		

n- liczba obserwacji ; **p**- poziom istotności statystycznej; χ^2- wynik testu chi kwadrat Persona

W grupie onkologicznej wszyscy badani z wykształceniem podstawowym i 50% z wyższym ocenili swoją wiedzę na temat białaczki jako dobrą.

Słaba samoocena wśród badanych z wykształceniem średnim i wyższym była na zbliżonym poziomie.

W grupie ogólnej osoby z wyższym wykształceniem 3. krotnie częściej niż z wykształceniem średnim ocenili swoją wiedzę na temat białaczki jako dobrą. Słaba samoocena była procentowo zbliżona wśród badanych z wykształceniem średnim i wyższym.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wykształceniem rodziców dzieci z chorobą nowotworową i dzieci zdrowych a tym, jak oceniają swoją wiedzę na temat białaczki. Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wykształceniem ankietowanych a tym jak oceniają swoją wiedzę na temat białaczki (Tabela IV).

Tabela IV. Ocena własnej wiedzy na temat białaczki w zależności wykształcenia

Grupa badanych				**Jak ocenia Pani/Pan swoją wiedze na temat białaczki?**			**Ogółem**	χ^2	**p**
				Dobra	Słaba	Taka sobie			
grupa onkologiczna	Wykształcenie	podstawowe	n	2	0	0	2	3,84	0,427
			%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%		
		średnie/ zawodowe	n	9	7	10	26		
			%	34,6%	26,9%	38,5%	100,0%		
		wyższe	n	11	5	6	22		
			%	50,0%	22,7%	27,3%	100,0%		
	Ogółem		n	22	12	16	50		
			%	44,0%	24,0%	32,0%	100,0%		
grupa ogólna	Wykształcenie	średnie/ zawodowe	n	1	4	7	12	1,75	0,417
			%	8,3%	33,3%	58,3%	100,0%		
		wyższe	n	10	11	17	38		
			%	26,3%	28,9%	44,7%	100,0%		
	Ogółem		n	11	15	24	50		
			%	22,0%	30,0%	48,0%	100,0%		
Ogółem	Wykształcenie	podstawowe	n	2	0	0	2	4,95	0,292
			%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%		
		średnie/ zawodowe	n	10	11	17	38		
			%	26,3%	28,9%	44,7%	100,0%		
		wyższe	n	21	16	23	60		
			%	35,0%	26,7%	38,3%	100,0%		
	Ogółem		n	33	27	40	100		
			%	33,0%	27,0%	40,0%	100,0%		

n- liczba obserwacji ; **p**- poziom istotności statystycznej; χ^2- wynik testu chi kwadrat Persona

Dyskusja

Nowotwory w wieku dziecięcym występują stosunkowo rzadko. Diagnoza choroby nowotworowej, zwłaszcza układu krwiotwórczego lub nerwowego, 40 lat temu oznaczała dla chorego dziecka niemal zawsze pewny wyrok śmierci. Obecnie wyleczalność nowotworów dziecięcych wynosi ponad 80%. Szacunkowo w Polsce żyje około 6 tysięcy dzieci, u których w przeszłości zdiagnozowano nowotwór i zastosowano skuteczne leczenie przeciwnowotworowe [6].

Pod względem skuteczności leczenia Polska nie odstępuje kroku medycynie Europejskiej i Światowej. Pomimo zadowalającego spadku umieralności dzieci z powodu nowotworów, nadal niepokojący jest stały wzrost zachorowań na nowotwory dziecięce, w tym także na najczęściej diagnozowaną białaczkę [2].

Wyleczalność choroby nowotworowej warunkowana jest głównie przez stadium zaawansowania choroby w chwili jej rozpoznania. Nowotwór rozpoznany w I. lub II. stadium zaawansowania jest wyleczalny w 90-100% przypadków. Niestety w Polsce ponad 70% nowotworów wśród dzieci rozpoznawanych jest w III lub IV stadium zaawansowania, w których wyleczalność oscyluje na poziomie jedynie 20-30% [7]. Osobami mającymi największy wpływ na wykrycie pierwszych objawów choroby, zwłaszcza u małych dzieci, są ich rodzice. W związku z tym, istotne wydaje się prowadzenie badań mających na celu poznanie determinantów posiadania przez rodziców słabszej bądź lepszej wiedzy w zakresie białaczki – najczęściej występującego nowotworu wieku dziecięcego.

Białaczki są najczęściej diagnozowanym rodzajem nowotworu wśród dzieci. W Polsce białaczki dotyczą ponad 26% dzieci z chorobą nowotworową [7]. Około 80% białaczek dziecięcych stanowi białaczka limfoblastyczna [8]. W badaniu własnym, wśród dzieci respondentów grupy onkologicznej, białaczka była rozpoznana u 64%, z czego 90% stanowiły przypadki białaczki limfoblastycznej.

Celem niniejszej pracy badawczej była ocena zróżnicowania wiedzy rodziców doświadczonych chorobą onkologiczną własnych dzieci (grupa onkologiczna) i rodziców dzieci zdrowych onkologicznie (grupa ogólna) na temat białaczki. W każdej grupie badawczej było 50. respondentów. Przeważającą część obu grup stanowiły osoby w wieku 20-40 lat, kobiety stanowiły jednakowo 84% w obu grupach. Zamieszkiwanie na wsi deklarowało 52% grupy onkologicznej i 10% grupy ogólnej. Wykształcenie wyższe posiadało 44% grupy

onkologicznej i 76% grupy ogólnej. Wykształcenie podstawowe występowało jedynie wśród respondentów grupy onkologicznej.

Czynniki sprzyjające rozwojowi białaczki są w większości niezależne od człowieka. Jednym z przypuszczalnych czynników ryzyka rozwoju białaczki jest wysoki status socjo-ekonomiczny środowiska, w którym się mieszka [2]. Potwierdzeniem na brak wpływu działań człowieka jest charakterystyka demograficzna grupy onkologicznej, w której mieszkańców wsi było 5-krotnie więcej niż w grupie ogólnej. Upatrując się ryzyka wysokiego statusu socjo-ekonomicznego w ujęciu lokalnym, zamieszkanie na wsi sugerowałoby niższe ryzyko zachorowania. Ówcześnie jednak zamieszkanie na wsi nie klasyfikuje jej mieszkańców na niższym szczeblu społecznym, zwłaszcza iż badanie nie ujmowało pytań o status socjo-ekonomiczny respondentów. Jednakże czynnikiem sugerującym niższy status socjo-ekonomiczny grupy onkologicznej jest niższy poziom wykształcenia niż w grupie ogólnej. Zatem można przypuszczać, iż czynnikiem ryzyka rozwoju choroby u dzieci respondentów grupy onkologicznej w ujęciu socjo-ekonomicznym mógł być wpływ środowiska w ujęciu globalnym, a nie tylko w rodzinnym, lokalnym.

W badaniu własnym istotnie statystycznie lepszy poziom znajomości poszczególnych czynników ryzyka rozwoju białaczki u dzieci wykazano wśród rodziców grupy ogólnej. Niższy poziom wiedzy u rodziców onkologicznych może świadczyć o pierwotnym braku wiedzy w tym zakresie i nie uzupełnianie tej wiedzy pomimo choroby własnego dziecka bądź wyparciu informacji przekazywanych przez lekarzy onkologów wskutek psychicznej reakcji obronnej rodzica na postawioną diagnozę.

Rodzice ciężko chorych dzieci po usłyszeniu diagnozy przechodzą kolejne etapy adaptacji: szok, kryzys emocjonalny, pozorne przystosowanie się i konstruktywne przystosowanie się. W pierwszych chwilach po postawieniu diagnozy w efekcie doznanego szoku do rodziców często nie docierają informacje przekazywane przez personel medyczny lub nie potrafią ich zapamiętać. Możliwość racjonalnego myślenia, umiejętności słuchania medyków i chęci zdobywania wiedzy o chorobie dziecka rozwija się dopiero w ostatnim etapie adaptacji rodzica – konstruktywnym przystosowaniu się [9].

Dostrzeżenie i obserwacja postępu dolegliwości jest możliwa jedynie przez tych rodziców, którzy posiadają jakąś wiedzę w tym zakresie i nie bagatelizują niepokojących objawów [10]. Dlatego też rozpoznanie sygnałów mogących świadczyć o chorobie nowotworowej dziecka jest zależne od poziomu posiadanej przez rodzica wiedzy w zakresie chorób onkologicznych. Poziom wiedzy w zakresie rodzajów białaczki i typów ostrej białaczki

nie różnił się istotnie w obu grupach badawczych. Wszyscy rodzice z grupy onkologicznej i 92% grupy ogólnej prawidłowo wskazali białaczki jako najczęstszy rodzaj nowotworu wśród dzieci.

Istotne statystycznie okazało się zróżnicowanie poziomu wiedzy rodziców z grupy onkologicznej i ogólnej w zakresie objawów białaczki u dzieci. Respondenci grupy onkologicznej wykazali się istotnie lepszą wiedzą o większości możliwych objawów białaczki. Specjaliści onkologii dziecięcej podkreślają, iż znajomość możliwych objawów nowotworowych i nie bagatelizowanie ich są kluczowe w efektywnym rozpoznaniu nowotworu u dziecka. A wczesne rozpoznanie ściśle koreluje z możliwością wyleczenia [10].

Jedynym optymistycznym akcentem w białaczkach dziecięcych jest wyleczalność u ponad 80% przypadków. Poza późnym stadium zaawansowania choroby w chwili rozpoznania, istnieją też inne czynniki pogarszające szanse na wyleczenie, m.in.: wiek dziecka poniżej 1. roku życia i powyżej 10 lat, brak spadku ilości komórek blastycznych w 8. dobie leczenia steroidami, brak remisji objawów w 15. i 33. dniu leczenia [11,12]. W badaniu własnym, respondenci grupy onkologicznej wykazali się istotnie większym poziomem wiedzy w zakresie wyleczalności białaczki. Aż 98% z nich miało wiedzę, iż białaczka jest chorobą możliwą do wyleczenia. Posiadali również istotnie większą wiedzę, w porównaniu do grupy ogólnej, w zakresie czynników pogarszających możliwość wyleczenia białaczki.

Niestety, wszystkie czynniki sprzyjające wyleczeniu nie są zależne od działań człowieka. Dlatego tak istotną kwestią w zwiększeniu szans na wyleczenie jest wczesne rozpoznanie choroby. Postawienie diagnozy białaczki limfoblastycznej opiera się na ocenie cytomorfologicznej krwi żylnej obwodowej, szpiku kostnego i płynu mózgowo-rdzeniowego [13]. Również w tej kwestii grupa onkologiczna wykazała się istotnie lepszym poziomem wiedzy w stosunku do grupy ogólnej.

Metody leczenia białaczki są tożsame, jak przy innych chorobach nowotworowych poprzedzone steroidoterapią oraz uzupełniane terapią wspomagającą (transfuzje krwi, leczenie przeciwinfekcyjne) i indywidualnie dobraną terapią celowaną (immunoterapia) [14,15]. Znajomość metod leczenia i możliwych powikłań leczenia daje rodzicom poczucie względnej kontroli nad sytuacją, dzięki czemu mogą okazać dziecku lepsze wsparcie i poczucie bezpieczeństwa, co przekłada się na efekty kliniczne, m.in. zmniejszenie odczucia bólu [9]. Respondenci grupy onkologicznej posiadali istotnie większą wiedzę w zakresie metod leczenia białaczki oraz możliwych powikłań leczenia, niż rodzice grupy ogólnej. Jest to prawdopodobnie efektem przejścia przez rodziców onkologicznych wszystkich etapów

adaptacji względem choroby dziecka.

Tak jak w każdej dziedzinie życia, ludzie posiadają wiedzę w zakresie konkretnej choroby zwykle wtedy, gdy dotyczy ich osobiście lub wystąpiła w kręgu bliskich im osób. Dlatego rodzice dzieci onkologicznych, nawet po wyleczeniu choroby, ostrożniej obserwują swoje dzieci pod kątem objawów chorobowych, obawiając się nawrotu choroby lub pojawienia się nowego rodzaju nowotworu [16].

Na podstawie literatury i wyników badania własnego można stwierdzić, iż korzystne warunki środowiskowe i socjalne (wyższe wykształcenie i zamieszkanie w mieście) nie warunkują lepszego poziomu wiedzy w zakresie chorób onkologicznych wieku dziecięcego, a głównym determinantem poziomu wiedzy są doświadczenia rodzinne.

Wnioski

1. Respondenci grupy ogólnej posiadali lepszy poziom wykształcenia i w większym odsetku mieszkali w mieście, niż badani grupy onkologicznej.
2. Rodzice z grupy onkologicznej posiadali istotnie statystycznie lepszą wiedzę w zakresie:
   - czynników ryzyka białaczki u dzieci,
   - możliwych objawów białaczki u dzieci,
   - możliwości wyleczenia białaczki u dzieci,
   - badań, które należy wykonać w celu wykrycia białaczki,
   - czynników pogarszających szanse na wyleczenie białaczki,
   - metod leczenia białaczki u dzieci,
   - możliwych powikłań leczenia białaczki.
3. Czynnikiem warunkującym wzrost poziomu wiedzy rodzica w zakresie białaczki jest doświadczenie choroby nowotworowej u własnego dziecka.

Piśmiennictwo

1. Tan M.C.B., Goedegebuure P.S., Eberlein T.J.: Biologia nowotworów i markery nowotworowe [w:] Chirurgia Sabiston, tom 2. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL (red.). Wydawnictwo Elsevier Urban&Partner, Wrocław, 2010, 297-301.

2. Szymborski J., Didkowska J., Wojciechowska U.: Nowotwory złośliwe u dzieci i młodzieży w Polsce [w:] Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski. Potrykowski A., Strzelecki Z, Szymborski J., Witkowski J. (red.). Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, 2014, 117-145.
3. Hełka M., Musiał P., Stojko M., Moździerz A.: Nowotwory złośliwe u dzieci i młodzieży na terenie województwa śląskiego. Review and Research on Cancer Treatment, 2016, 2(1), 18-25.
4. Seferyńska I., Warzocha K.: Raport z rejestru zachorowań na ostre białaczki u osób dorosłych w Polsce w latach 2004–2010 prowadzonego przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii w imieniu Polskiej Grupy ds. Leczenia Białaczek u Dorosłych (PALG). Hematologia, 2014, 5(2), 162-172.
5. Zatoński W., Sulkowska U., Przewoźniak K.: Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce [w:] Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski. Potrykowski A., Strzelecki Z, Szymborski J., Witkowski J. (red.). Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, 2014, 30-34.
6. Burach A.: Choroba nowotworowa dziecka jako czynnik powodujący zmiany w funkcjonowaniu rodziny – wybrane aspekty. Przegląd Pedagogiczny, 2013, 2, 133-148
7. Kowalczyk J.R.: Alarmujące objawy onkologiczne u dziecka. Pediatria po dyplomie, 2013, 17, 19-21.
8. Kaufmann J., Mazur B., Szczepański T.: Charakterystyka i częstość występowania koekspresji w ostrych białaczkach u dzieci. Annales Academiae Medicae Silesiensis, 2012, 66(3), 20-26.
9. Mess E., Kulpa M., Jerczak B., Ceglecka D., Ornat M., Sielski P., Pirogowicz I.: Postawy rodzicielskie wobec dzieci z chorobą nowotworową i alergiczną a ból odczuwany przez dzieci. Psychoonkologia, 2014, 4, 153-159.
10. Balwierz W.: Nowotwór dziecięcy w niewinnej masce. Medical Tribune, 2015, 11, 55-59
11. Jatczak-Gaca A., Styczyński J., Kołtan A., Dębski R., Pogorzała M., Wysocki M.: Analiza czynników prognostycznych w ostrej białaczce limfoblastycznej u dzieci leczonych w regionie kujawsko-pomorskim w latach 1976-2010. Postępy Nauk Medycznych, 2013, 9, 627-633.

12. Szczepański T., Kajdas L., Sędek Ł., Karpe J., Balwierz W., Ćwiklińska M., Drabko K., Kowalczyk J.R., Konatkowska B., Wachowiak J., Styczyński J., Wysocki M., Irga N., Balcerska A., Pawelec K., Matysiak M., Latos-Grażyńska E., Chybicka A., Muszczyńska-Rosłan K., Krawczuk-Rybak M., Sobol-Milejska G., Mizia-Malarz A.: Charakterystyka kliniczna, immunofenotypowa i genetyczna ostrej białaczki limfoblastycznej niemowląt. Postępy Nauk Medycznych, 2013, 26(9), 596-603.
13. Derwich K., Lejman M., Taha J., Pastorczak A.K., Młynarski W.M., Styczyński J., Szczepański T.: Standardy postępowania w ostrej białaczce limfoblastycznej u dzieci. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej. Przegląd Pediatryczny, 2019, 48(3), 12-18.
14. Czyż A., Giebel S.: Ostra białaczka limfoblastyczna i chłoniaki limfoblastyczne. [w:] Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2019 rok. Tom 2. Krzakowski M., Warzocha K. (red.. 2020, 204-240.
15. Giebel S., Czerw T., Czyż A., Frankiewicz A., Gromek T., Hałka J., Lech-Marańda E., Piątkowska-Jakubas B., Piekarska A., Piszcz J., Szmigielska-Kapłon A., Wątek M.: Protokół leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej u dorosłych. PALG ALL7. Polska grupa ds. leczenia białaczek u dorosłych. Gliwice, 2018, https://palg.pl/wp-content/uploads/2018/07/Protokol_PALG_ALL7_v_2018-10-08.pdf, (data pobrania 13.08.2021).
16. Hesselbarth B., Graubner U.: Psychoonkologia w pediatrii. [w:] Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne.. Dorfmüller M., Dietzfelbinger H. (red.). Wrocław, Wydawnictwo Elsevier, 2011, 269–279.

Czerniak – niebezpieczny nowotwór

Dominika Reducha[1], Elżbieta Krajewska-Kułak[2], Beata Janina Olejnik[3]

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

Wstęp

Nowotwory skóry wywodzą się z jej poszczególnych tkanek i struktur. Możemy je podzielić na powstające, m.in. z naskórka, komórek barwnikowych, przydatków skóry (gruczoły łojowe, gruczoły potowe, mieszki włosowe), nerwów, komórek układu chłonnego lub struktur mezenchymalnych (tkanka łączna, tkanka tłuszczowa, naczynia krwionośne, mięśnie, naczynia chłonne). Do najczęściej występujących nowotworów skóry zalicza się:

- raka podstawnokomórkowego,
- raka płaskonabłonkowego,
- raka neuroendokrynnego Merkla,
- mięsaka Kaposiego,
- raka skóry Pageta,
- czerniaka [2,4].

W obecnej pracy skupiono się na omówieniu zagadnień dotyczących czerniaka.

Epidemiologia nowotworów skóry z uwzględnieniem czerniaka

Raki skóry stanowią ponad 30% wszystkich rozpoznawanych nowotworów złośliwych [1,3]. U osób rasy kaukaskiej ryzyko zachorowania na te nowotwory wynosi ponad 20%. Zachorowalność wykazuje tendencję wzrostową wraz z wiekiem chorych, przy czym największą zachorowalność notujemy u osób, które przekroczyły 80. r.ż. Najczęściej

spotykanym rakiem skóry jest rak podstawnokomórkowy (BCC), który stanowi 80% wszystkich nowotworów skóry, drugie miejsce zajmuje rak kolczystokomórkowy (SCC) z zachorowalnością na poziomie 15-20% [1,3].

Czerniak jest nowotworem złośliwym skóry. Wywodzi się z neuroektodermalnych komórek melanocytarnych [3]. W Polsce stanowi ok. 3% wszystkich nowotworów skóry, ale z nich wszystkich ma najwyższy wskaźnik umieralności. Porównując do innych nowotworów czerniaki występują dość rzadko. Według Krajowego Rejestru Nowotworów, w 2018 roku, wśród kobiet czerniak stanowił ok 2,3% zachorowań na nowotwory, a u mężczyzn 2,1%. Mediana wieku wynosi 50 lat zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn. U kobiet w województwie warmińsko- mazurskim stanowił 3% zachorowań na wszystkie nowotwory, a u mężczyzn najwyższy odsetek (2,8%) wystąpił w województwie małopolskim. Na Podlasiu zachorowanie na czerniaka stanowiło zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn 2,7% wszystkich nowotworów. Czerniak stanowi przyczynę 1,4% u mężczyzn i 1,44% u kobiet zgonów wśród wszystkich nowotworów [3]

Jest nowotworem, którego cechuje największa dynamika wzrostu zachorowalności. W roku 2010 zachorowało 1195 mężczyzn i 1350 kobiet, zaś już w 2018 roku 1736 mężczyzn i 1962 kobiet. Prognozy na najbliższe lata nie są obiecujące i przewidują jeszcze większy wzrost [2,3].

Etiopatogeneza

Czerniak nie jest raczej uznawany za nowotwór dziedziczny, mimo to wykazano, że czynniki genetyczne są odpowiedzialne za część zachorowań, gdyż zaobserwowano, że występowanie czerniaka w rodzinie w pierwszym pokoleniu zwiększa ryzyko około 200-krotnie [5,6,7].

U 40% pacjentów, u których zachorowanie wystąpiło na tle genetycznym, występują mutacje genu supresorowego CDKN2A. Oprócz tego w czerniakach dziedzicznych stwierdza się mutacje genów CDK4 i BAP1 wraz z inaktywacją genu RB, co powoduje 80- krotny wzrost ryzyka zachorowania [5,6,7].

Promieniowanie słoneczne jest prawdopodobnie głównym czynnikiem rakotwórczym dla człowieka. Zaliczamy tutaj zarówno promieniowanie UVA, jak i UVB. Promieniowanie UVB, które ma długość fali 290-320 nm ma bezpośrednie działanie destrukcyjne na DNA

komórek skóry, zaś promieniowanie UVA o długości fali 320-400 nm powoduje uszkodzenie DNA pośrednio poprzez wolne rodniki tlenowe. UVB ma klinicznie duży wpływ na tworzenie się rumienia popromiennego, zaś UVA, które wnika w głębsze warstwy skóry odpowiada za jej starzenie się. Oba rodzaje promieniowania mają działanie immunosupresyjne, które może indukować powstawanie czerniaków. UVB promuje supresję lokalną i systemową, zaś UVA tylko systemową. Jednak zmiany nowotworowe pojawiają się nie tylko w miejscach narażonych na działanie słońca. Udowodniono, że promienie UVA, które mają działanie oksydacyjne, mogą doprowadzić do uwolnienia w skórze cytokin. Wpływają one na rozwój i aktywację komórek. W ten sposób powstaje reakcja lokalna i immunosupresja systemowa. Wyjaśnia to występowanie czerniaków także w miejscach nienarażonych na działanie promieni słonecznych [5,8,9,10].

Prawdopodobieństwo powstania nowotworów złośliwych skóry jest zależne od dawki promieniowania UV, rodzaju ekspozycji oraz typu skóry. Oznacza to, że nie każdy ma taką samą skłonność do powstawania czerniaków [5,6] Prawdopodobieństwo powstania czerniaka w zależności od fototypu skóry przedstawiono w Tabeli I [5].

Tabela I. Prawdopodobieństwo wystąpienia nowotworu skóry a jej fototyp

Fototyp skóry	Kolor skóry	Podatność na poparzenia słoneczne	Zdolność do opalania	Prawdopodobieństwo wystąpienia nowotworu skóry
I	Biały	Wysoka	Bardzo słaba	Wysokie
II	Biały	Wysoka	Słaba	Wysokie
III	Biały	Umiarkowana	Dobra	Umiarkowane
IV	Oliwkowy	Niska	Bardzo dobra	Niskie
V	Brązowy	Bardzo niska	Bardzo dobra	Bardzo niskie
VI	Czarny	Bardzo niska	Bardzo dobra	Bardzo niskie

Wyróżnia się 4 główne typy morfologiczne czerniaka:

1. LMM (ang. *Lentigo Maligna Melanoma*) - czerniak powstający z plamy soczewicowatej (jasnobrązowej zmiany skórnej), nazywany też inaczej czerniakiem lentiginalnym. Stanowi ok. 20% przypadków, charakteryzuje się łagodnym i przewlekłym przebiegiem i słabą dynamiką wzrostu. Najczęściej jest umiejscowiony na skórze twarzy, rzadziej szyi [11].
2. SSM (ang. *Superfacial Spreading Melanoma*) - czerniak szerzący się powierzchownie. Jest to najczęstsza postać tego nowotworu, stanowiąca ok 60-70% wszystkich czerniaków.

W zdecydowanej większości przypadków wywodzi się z atypowych znamion barwnikowych. U kobiet najczęściej lokalizuje się na kończynach dolnych, zaś u mężczyzn na tułowiu [11].

3. ND (ang. *Nodular Melanoma*) - czerniak guzkowy (ok. 5% wszystkich przypadków). Powstaje ze znamion barwnikowych lub ze skóry niezmienionej *de novo*. Zmiany zazwyczaj przyjmują postać ciemnych 1-2 cm guzków, mają tendencję do szybkiego wzrostu oraz mogą ulegać owrzodzeniom. Jest to jedna z najcięższych postaci czerniaka, cechuje się szybkich przebiegiem. Zmiany najczęściej występują na skórze głowy, karku oraz tułowiu [11].
4. ALM (ang. *Acral Lentiginous Melanoma*) – czerniak odsiebnych części kończyn, podpaznokciowy. Zmiany tego typu czerniaka mają powierzchnię powyżej 3 cm oraz najczęściej są owrzodzone. Charakteryzuje je także szybki rozwój z możliwymi przerzutami do innych narządów. Zlokalizowany jest głównie na części podeszwowej stóp oraz na dłoniach [11].

Czynniki ryzyka

Czerniak jest nowotworem, który ma podłoże wieloczynnikowe, bowiem zwiększone ryzyko zachorowania wiąże się z czynnikami genetycznymi, środowiskowymi oraz z występowaniem tzw. chorób ułatwiających [8].

Osoby, u których rodzinne występuje czerniak oraz z wcześniejszą diagnozą tego nowotworu są o wiele bardziej narażone na jego wystąpienie [8,12,13,15].

Przewiduje się, że u ok. 11% chorych z wcześniej zdiagnozowanym czerniakiem w ciągu następnych 5 lat pojawi się kolejne niezależne ognisko tego nowotworu. Na rodzinną skłonność do występowania czerniaka ma wpływ dodatni wywiad chorobowy w rodzinie (około 8-12% chorych) [8,12,13,15].

Do rodzinnych predyspozycji, które zwiększają ryzyko zachorowania można zaliczyć zespół znamion atypowych - FAMS (ang. *Familial Atypical Mole Syndrome*). Możemy go podejrzewać, jeśli u co najmniej 2 członków rodziny I stopnia występują atypowe znamiona oraz został zdiagnozowany czerniak. Zachorowania wśród rodziny stanowią duży czynnik ryzyka. Oszacowano, że ryzyko wystąpienia tego nowotworu, w przypadku wystąpienia go w rodzinie, wzrasta 1,7. krotnie, a jeżeli rak wystąpił u 2 członków rodziny I stopnia, to ryzyko rośnie 9-krotnie [8,12,13,15].

Promieniowanie UV jest jednym z głównych czynników środowiskowych [8,9,12,14,17,18,19]. Narażenie na promieniowanie słoneczne jest także jedynym modyfikowalnym czynnikiem ryzyka. Osoby o fototypie skóry I i II, czyli z jasną karnacją, o jasnych włosach oraz z licznymi piegami są o wiele bardziej narażone na uszkodzenia skóry związane z promieniowaniem słonecznym. Warto pamiętać, że osoby o rudych włosach są najbardziej narażone, a włosy blond stanowią ryzyko umiarkowane. Często u osób o jasnej karnacji rozwija się niezabarwiona postać czerniaka, co może utrudnić diagnozę oraz opóźnić rozpoznanie. Bardzo niebezpieczne jest okazjonalne narażenie na promieniowanie słoneczne, np. podczas wakacji lub w trakcie uprawiania sportu. Wiąże się to z tym, że stopień narażenia na promieniowanie UV nie jest wprost proporcjonalny do rozwoju tego nowotworu. W związku z tym podczas długotrwałego, przewlekłego narażenia na promieniowanie UV, np. podczas pracy fizycznej na powietrzu, ryzyko wystąpienia czerniaka jest znacznie mniejsze niż podczas silnego, krótkotrwałego narażenia na promieniowanie. Uważa się, że do powstawania zmian predysponują krótkie i częste ekspozycje na słońce, przede wszystkim w okresie letnim w godzinach 11-16. Należy pamiętać o ochronie przeciwsłonecznej, zwłaszcza u dzieci poniżej 10. roku życia, ponieważ wystąpienia oparzeń słonecznych w tym wieku wiąże się z 2-krotnie zwiększonym ryzykiem wystąpienia czerniaka. Faktem jest, iż narażenie na sztuczne promieniowane UV (np. w solariach) wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia nowotworu. Jest to spowodowane tym, że dawka promieniowania zastosowana w solarium jest kilkukrotnie większa, niż dawka promieniowania podczas naturalnego opalania. Może to skutkować wysokim ryzykiem powikłań. Kolejnym czynnikiem środowiskowym jest ekspozycja na substancje chemiczne. Udowodniono, iż osoby pracujące na terenach uprzemysłowionych częściej chorują na czerniaka złośliwego, w porównaniu do osób żyjących na innych obszarach [8,9,12,14,17,18,19].

Do chorób ułatwiających wystąpienie czerniaka możemy zaliczyć ciężką łuszczycę, w której zastosowano terapię PUVA [8,12,30]. W tym przypadku ryzyko wystąpienia czerniaka wzrasta 5-krotnie w ciągu 15 lat od leczenia i rośnie 10-krotnie po 25 latach od zastosowanego leczenia. Zakażenia wirusowe też oddziałują na zachorowania na ten nowotwór. U kobiet, które zostały zakażone wirusem HPV (w tym typ 16 i 18) odkryto częstsze zachorowania na czerniaka. U pacjentów po transplantacji narządów, którzy otrzymują stale immunosupresję stwierdzono 3-krotnie wyższe ryzyko pojawienia się nowotworów skóry, w porównaniu do grupy kontrolnej [8,12,20].

Rozpoznanie

Na wystąpienie czerniaka mogą wskazywać zmiany skórne, które powstały „*de novo*" lub rozwinęły się na istniejącym znamieniu barwnikowym. Objawy kliniczne są grupowane często w systemach, które mają ułatwić postawienie rozpoznania. Jednym z najbardziej znanych jest amerykański system kliniczny ABCD(E). Pozwala on na wstępną kwalifikację części czerniaków [2,21]. Przedstawiono go w Tabeli II [2].

System kliniczny ABCD(E) obecnie jest używany głównie do celów dydaktycznych, gdyż pozwala jedynie na identyfikację części czerniaków, głównie szerzących się powierzchownie. Nie pozwala on na zakwalifikowanie około 50% czerniaków, szczególnie czerniaków wczesnych o średnicy mniejszej niż 5 mm, czerniaków guzkowych, które zazwyczaj są jednokolorowe oraz nie mają cechy nieregularności brzegów, a także czerniaków bezbarwnikowych oraz tych zmian znajdujących się na owłosionej skórze głowy. W związku z tym nie może on służyć jako narzędzie przesiewowe w diagnostyce klinicznej [2,22,23].

Tabela II. System ABCD(E)

A (ang. asymmetry)	**Asymetria** **czerniak jest asymetryczny w każdej osi, co różni go od łagodnych zmian, które zazwyczaj są okrągłe/ owalne, prezentuje obraz nieregularny, zbudowany z wyniosłości**
B (ang. borders)	**Brzegi** nierówne i/lub postrzępione
C (ang. color)	**Kolor** od jasnobrązowego do stalowego i czarnego, z nierównomiernie rozłożonym barwnikiem, często z punktowymi depozytami
D (ang. diameter)	**Średnica** powyżej 5 mm **Dynamika** zmian morfologicznych w guzie
E (ang. elevation/evoultion)	Uwypuklenie powierzchni ponad poziom naskórka; ważniejsze od uwypuklenia zmiany pierwotnej jest powiększenie średnicy

Ważną rolę w stawianiu diagnozy czerniaka odgrywa wywiad chorobowy [2,21,23,24].

Powinien on uwzględniać pytania o stan skóry, m.in. informacje o zmianach na istniejących już znamionach, wystąpieniu nowych ognisk barwnikowych oraz towarzyszące im objawy, takie jak np. świąd. Należy także zapytać pacjenta o czynniki zwiększające ryzyko zachorowania, w tym: przebyte oparzenia słoneczne, korzystanie z solarium, występowanie czerniaków w rodzinie, przebyte leczenie immunosupresyjne, czy też zakażenie wirusem HIV. Jednym z najważniejszych elementów pozwalających na wczesne rozpoznanie jest całościowe badanie skóry. Powinno ono w miarę możliwości być przeprowadzane przez każdego lekarza podczas wizyty ambulatoryjnej lub w trakcie pobytu w szpitalu i odbyć się w dobrym oświetleniu ze szczególnym uwzględnieniem okolic trudno dostępnych - głowa, dłonie, stopy, przestrzenie międzypalcowe, okolice narządów płciowych, odbytu oraz błony śluzowe [2,21,23,24].

Rekomendowanym badaniem wykorzystywanym we wstępnej, nieinwazyjnej diagnostyce jest dermatoskopia (dermoskopia), która polega na oglądaniu zmian na skórze chorego za pomocą dermoskopu ręcznego [2,21,25]. Posiada on dwa rodzaje światła: spolaryzowane i niespolaryzowane, które dostarczają wielu cennych informacji i pozwalają diagnozować wykwity skórne. Przeprowadzanie dermatoskopii pozwala na poprawienie czułości diagnostycznej aż o około 30% [2,21,25].

Istnieje kilka metod analizy dermoskopowej, przy czym najprostsza jest trzypunktowa skala dermoskopowa wg Argenziano, opiera się ona na podejrzeniu klinicznym czerniaka, kiedy zostaną spełnione dwa z trzech następujących kryteriów: asymetria barwy i/lub struktury, atypowa siatka barwnikowa i niebiesko- biały welon [2,21,25].

Istnieją też inne metody dermoskopowe, takie jak [2,26]: metoda dermoskopowa ABCD, analiza wzorca, skala siedmiopunktowa oraz algorytm CASH (color, architecture, symmetry, homogeneity) lub metoda Menziesa.

Wszystkie charakteryzuje porównywalna czułość. Przedstawione systemy oceny dermoskopowej nie znajdują niestety zastosowania w ocenie zmian w lokalizacjach szczególnych, do których zaliczamy: twarz, dłonie, podeszwy, zmiany w okolicy płytki paznokciowej, a także na błonach śluzowych jamy ustnej i narządów płciowych. W tych przypadkach należy zastosować algorytmy opracowane specjalnie dla lokalizacji szczególnych [2,26].

Podstawą rozpoznania czerniaka skóry jest badanie histopatologiczne wyciętej chirurgicznie całościowo zmiany skóry [2,12,27].

Biopsja wycinająca jest to prosty zabieg chirurgiczny, najczęściej wykonywany podczas wizyty ambulatoryjnej. Usunięcie podejrzanej zmiany skórnej wykonywane jest w miejscowym znieczuleniu z bocznym marginesem 1-3 mm zdrowej skóry. Wybranie postępowania innego niż biopsja wycinająca nie daje prawidłowego rozpoznania. Wycięcie zmiany barwnikowej i jej ocena histopatologiczna jest postępowaniem z wyboru, ponieważ pozwala na mikroskopowe potwierdzenie rozpoznania czerniaka skóry oraz otrzymanie informacji na temat najważniejszych czynników rokowniczych, które pozwolą zaplanować dalsze leczenie. Badanie patomorfologiczne składa się z badania makroskopowego, gdzie oceniana jest: wielkość wyciętego fragmentu skóry ze zmianą w 3 wymiarach, wielkość zmiany w 2 wymiarach, zabarwienie, brzeg zmiany, obecność guzka oraz grubość marginesów zdrowej tkanki. Ocenia się także preparat mikroskopowo, gdzie bada się grubość nacieku w skali Breslova, obecność owrzodzenia, indeks mitotyczny, sposób szerzenia się (wertykalny lub powierzchowny), obecność przerzutów mikrosatelitarnych, ocena marginesu obwodowego oraz stopień zaawansowania pT (czynnik ryzyka przerzutów) [2,12,27].

W 2018 WHO stworzyło klasyfikację histopatologiczną zmian melanocytarnych (WHO *classification of Skin Tumours 4th Edition 2018*), wyróżniające poniższe typy czerniaka:

- Czerniak skóry sporadycznie narażonej na promieniowanie słoneczne:
  - Czerniak szerzący się powierzchownie;
- Czerniaki skóry przewlekle narażonej na promieniowanie słoneczne:
  - Czerniak powstający w złośliwej plamie soczewicowatej;
  - Czerniak desmoplastyczny;
- Czerniak Spitz;
- Czerniak dystalny;
- Czerniak błon śluzowych:
  - Czerniak lentiginalny błon śluzowych;
  - Czerniak guzkowy błon śluzowych
- Czerniak wywodzący się ze znamienia błękitnego;
- Czerniak wywodzący się z olbrzymiego znamienia wrodzonego;
- Czerniak narządu wzroku:
  - Czerniak błony naczyniowej;
  - Czerniak spojówki;
- Czerniak guzkowy;
- Czerniak rzekomoznamieniowy;

- Czerniak przerzutowy [2,12,27].

Po uzyskaniu wyniku histopatologicznego czerniaka skóry należy wprowadzić leczenie, zgodnie z oceną stopnia zaawansowania [2,28,29,30]. W trakcie diagnostyki czerniaka wykonuje się biopsję węzła wartowniczego. Do tego badania kwalifikuje się chorych, którzy:

- są po biopsji wycinającej zmiany skóry, gdzie rozpoznano czerniaka w badaniu histopatologicznym, ale nie wykonano szerokiego wycięcia znamienia pierwotnego;
- grubość nacieku w skali Breslova ≥ 0,8 mm i/lub owrzodzeniem na powierzchni zmiany (niezależnie od grubości nacieku);
- nie znaleziono cech przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych i narządach [2,28,29,30].

Biopsja węzła wartownika jest niezbędną techniką oceny obecności mikroprzerzutów w węzłach chłonnych. Podczas tego badania istnieje konieczność wykorzystywania metody limfoscyntygrafii przedoperacyjnej oraz śródoperacyjnej połączonej z wybarwianiem. Należy ją wykonywać po biopsji wycinającej czerniaka jednocześnie z radykalnym usunięciem blizny. Biopsja węzła wartowniczego jest minimalnie inwazyjna z powodu niewielkiej częstości wystąpienia powikłań. W wyniku badań *Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial1 (MSLT-1)* stwierdzono, że biopsja węzła wartownika u pacjentów z rozpoznanym czerniakiem pozwala na określenie grup wysokiego ryzyka wystąpienia przerzutów nowotworu. Pozwala to na właściwe określenie stopnia zaawansowania choroby, umożliwia kontrolę regionalną i kwalifikację chorych do badań klinicznych w jednolity sposób [2, 28,31,32].

W procesie diagnostycznym czerniaka wykonuje się wiele dodatkowych badań, które mają za zadanie pozwolić ocenić stopień zaawansowania choroby. Zaliczamy tutaj, m.in.: badania krwi (morfologia, AST, ALT, LDH), badanie RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej i regionalnych węzłów chłonnych. W zależności od potrzeb pacjenta diagnostyka jest rozszerzana o inne badania specjalistyczne [2].

Leczenie

Podstawą leczenia czerniaków skóry jest leczenie chirurgiczne [1,2]. Po wycięciu podejrzanej zmiany barwnikowej i rozpoznaniu w badaniu histopatologicznym czerniaka skóry należy zadecydować o radykalnym wycięciu blizny z odpowiednim marginesem, a także podjąć decyzję o wykonaniu biopsji węzła wartowniczego. W chwili stwierdzenia obecności przerzutu

w regionalnych węzłach chłonnych za pomocą BAC należy wykonać limfadenektomię, trzeba ją rozważyć także w przypadku stwierdzenia przerzutu w węźle wartowniczym. Na obecną chwilę leczenie uzupełniające jest standardem po leczeniu chirurgicznym. U pacjentów w stadium rozsiewu postępowanie terapeutyczne powinno być dobierane indywidualnie i prowadzone w wielospecjalistycznych ośrodkach, gdzie zespół ma doświadczenie w diagnostyce i leczeniu czerniaków [1,2].

Całkowite leczenie chirurgiczne ogniska pierwotnego czerniaka polega na skrupulatnym usunięciu blizny po biopsji wycinającej pierwotnej zmiany [5,33,34]. Na podstawie wyników sześciu wieloośrodkowych badań zrezygnowano z wykonywania rozległych (tj. margines powyżej 3 cm) wycięć na rzecz węższych marginesów zdrowej skóry. W świetle najnowszych wytycznych ustalono następujące marginesy zależne od grubości czerniaka (wg Breslowa): Czerniak in situ- margines 0,5 cm; Grubość ≤ 2 mm- margines 1 cm; Grubość > 2 mm- margines 2 cm. Bliznę po wycięciu czerniaka ≤ 2 mm należy wyciąć bez powierzchownej powięzi, a dla blizn po biopsji czerniaków skóry z grubszym naciekiem dobrym marginesem od dołu jest wycięta powięź. Nie stosujemy tych zasad w przypadku czerniaków zlokalizowanych na twarzy, gdzie nie występuje powięź i marginesy mogą być węższe. W przypadku wystąpienia czerniaka w lokalizacji podpaznokciowej należy wykonać wycięcie dalszego paliczka [5, 33,34].

Chorzy z przerzutami w regionalnych węzłach chłonnych stanowią różnorodną grupę pod względem rokowania [2,29,33,34]. W prospektywnych badaniach klinicznych nie udowodniono korzyści wynikających z profilaktycznej limfadenektomii u chorych bez przerzutów w węzłach chłonnych. Obecnie zabieg ten wykonuje się u chorych na czerniaki, w przypadku stwierdzenia przerzutów na podstawie wyniku biopsji cienkoigłowej z powiększonych i podejrzanych węzłów chłonnych [2,29,33,34]. Aby zakwalifikować pacjenta do limfadenektomii terapeutycznej należy brać pod uwagę wyniki badania klinicznego, badań laboratoryjnych oraz badań obrazowych. W przypadku podejrzeń wystąpienia przerzutów w narządach odległych należy skierować pacjenta na dokładne badanie TK lub PET-TK (ze szczególnym uwzględnieniem miednicy przy hipotezie wystąpienia przerzutów w węzłach chłonnych biodrowych i/lub zasłonowych) [5,35,36].

Badanie obrazowe mózgu wykonuje się przy podejrzeniu przerzutów tylko w przypadku wystąpienia objawów klinicznych. Terapeutyczna limfadenektomia w czerniaku skóry obejmuje [5,35,36]:

- w spływie pachowych wszystkie węzły zgodnie z definicją anatomiczną;
- w spływie pachwinowym - węzły chłonne okolicy pachwinowo- udowej, znajdujące się poniżej więzadła pachwinowego w trójkącie udowym z powięziami mięśni uda, węzły biodrowe umiejscowione wzdłuż naczyń biodrowych zewnętrznych, a także węzły dołu zasłonowego i w spływie szyjnym usuwa się zazwyczaj węzły chłonne powierzchowne (przednie i tylne) i głębokie jednego bloku [5,35,36].

Niestety, w wielu przypadkach następuje wznowa miejscowa i przerzuty *in-transit*. Podstawową metodą leczenia jest również leczenie chirurgiczne. Powinno ono być dobrane indywidualnie do chorego i uwzględniać liczbę zmian, wielkość, lokalizację, a także przebieg kliniczny. Przy przerzutach *in-transit* wycina się policzalne zmiany (mniej niż 10) z marginesem wolnym od nacieku. W pojedynczych zmianach nawrotowych można ponownie rozważyć biopsję węzła wartownika. Nie wykonuje się wycięcia w przypadku rozsiewu *in- transit* czerniaków. Kiedy mamy do czynienia ze zmianami mnogimi lub/i nieresekcyjnymi należy przemyśleć zastosowanie metod leczenia miejscowego - ablacja, radioterapia, krioterapia, a także immunoterapię, elektrochemioterapię lub leczenie systemowe [2,37,38].

W klinicznej praktyce u pacjentów po radykalnym wycięciu przerzutów do węzłów chłonnych obecnie zarejestrowano do systemowego leczenia uzupełniającego dabrafenid z trametynibem (tylko dla chorych z mutacją w genie BRAF), pembrolizumab i niwolumab. Istnieją także inne preparaty do leczenia uzupełniającego, takie jak m.in.: interferon α- 2b, ipilimumab i inne lecz nie są one dopuszczone do leczenia uzupełniającego w Polsce oraz inne metody immunoterapii, takie jak np. interleukina-2, szczepionki oraz leki o działaniu cytotoskycznym, lecz nie mają one zastosowania w uzupełniającym leczeniu pooperacyjnym. Po leczeniu chirurgicznym o dużym ryzyku w indywidualnych przypadkach znajduje zastosowanie radioterapia (RTH). Wskazania po wycięciu guza pierwotnego obejmują: rozpoznanie czerniaka desmoplastycznego usuniętego z wąskimi marginesami, występowanie „dodatnich" marginesów chirurgicznych (zwłaszcza po wycięciu wznowy), wzmożony neurotropizm, obecność ognisk satelitarnych. Wyłączna radioterapia niepaliatywna może być zastosowana jedynie w przypadku rozległej zmiany o typie LMM. Paliatywna radioterapia stosowana jest w indywidualnych przypadkach - kiedy zmiany są bolesne, krwawiące, nieoperacyjne i nie mogą być poddane leczeniu systemowemu [2,5,39,40].

Szczegółowy schemat postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na czerniaki skóry opisany jest w publikacji Rutkowski i wsp. [2].

Po zakończeniu leczenia niezmiernie ważna jest kontrola. Częstość i rodzaj badań oraz długość okresu obserwacji należy ustalić indywidualnie z chorym. Przy czym należy pamiętać, że ryzyko nawrotu jest możliwe nawet ponad 10 lat po zakończeniu leczenia pierwotnego. Jednak największe jest w ciągu pierwszych 3 lat, dlatego schematy badań zalecają intensywną kontrolę w tym okresie, głównie w celu wykrycia lokalnego nawrotu, który można wyleczyć metodami chirurgicznymi. Podstawą jest obserwacja blizn po wycięciu ogniska pierwotnego oraz limfadenektomii. Aby ocenić regionalne węzły chłonne, oprócz badania palpacyjnego, można zastosować badanie USG. Większość nawrotów może wykryć sam chory, dlatego należy go uczulić na dokładną samokontrolę okolicy po wyciętym czerniaku [2].

Profilaktyka

Profilaktyka pierwotna to wszystkie działania, które mają za zadanie podniesienie świadomości społeczeństwa. Do metod profilaktyki pierwotnej czerniaka możemy zaliczyć unikanie bezpośredniej ekspozycji na promieniowanie UV, zwłaszcza w godzinach 11-14, stosowanie kremów z wysokim filtrem SPF, noszenie okularów przeciwsłonecznych i okryć głowy, niekorzystanie lub znaczne ograniczenie korzystania z solarium. Nie da się całkowicie unikać promieniowania słonecznego, jest to wręcz niewskazane, gdyż w okresie wiosenno-letnim jest ono nam niezbędne do syntezy witaminy D. Należy pamiętać o regularnym używaniu kremów z SPF, powinno się je nakładać ok. 30 min. przed ekspozycją na słońce, a także pamiętać o tym, żeby nanosić je wielokrotnie, szczególnie po kąpieli w wodzie. Te wszystkie działania minimalizują ryzyko wystąpienia choroby, co stanowi nieodłączny element profilaktyki pierwotnej [12,41].

Aby zapewnić skuteczną *profilaktykę wtórną* należy regularnie oglądać swoje ciało w celu wykrycia nowych zmian barwnikowych, a także wystąpienia zmian na już istniejących zmianach melanocytowych. Każda podejrzana zmiana powinna być obejrzana za pomocą dermatoskopu przez dermatologa lub chirurga onkologa. Osoby z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku czerniaka, mnogimi zmianami barwnikowymi oraz zespołem zmian atypowych powinny być poddawane dermatoskopii co około 3-6 miesięcy. Ogromną rolę w profilaktyce odgrywa lekarz rodzinny. Często jest to pierwsza osoba, która zwróci uwagę na podejrzane znamię barwnikowe i pokieruje pacjenta na dalsze konsultacje. Niezmiernie ważne jest, aby posiadał podstawową wiedzę na temat cech czerniaka oraz edukował pacjentów w tym zakresie [12,42].

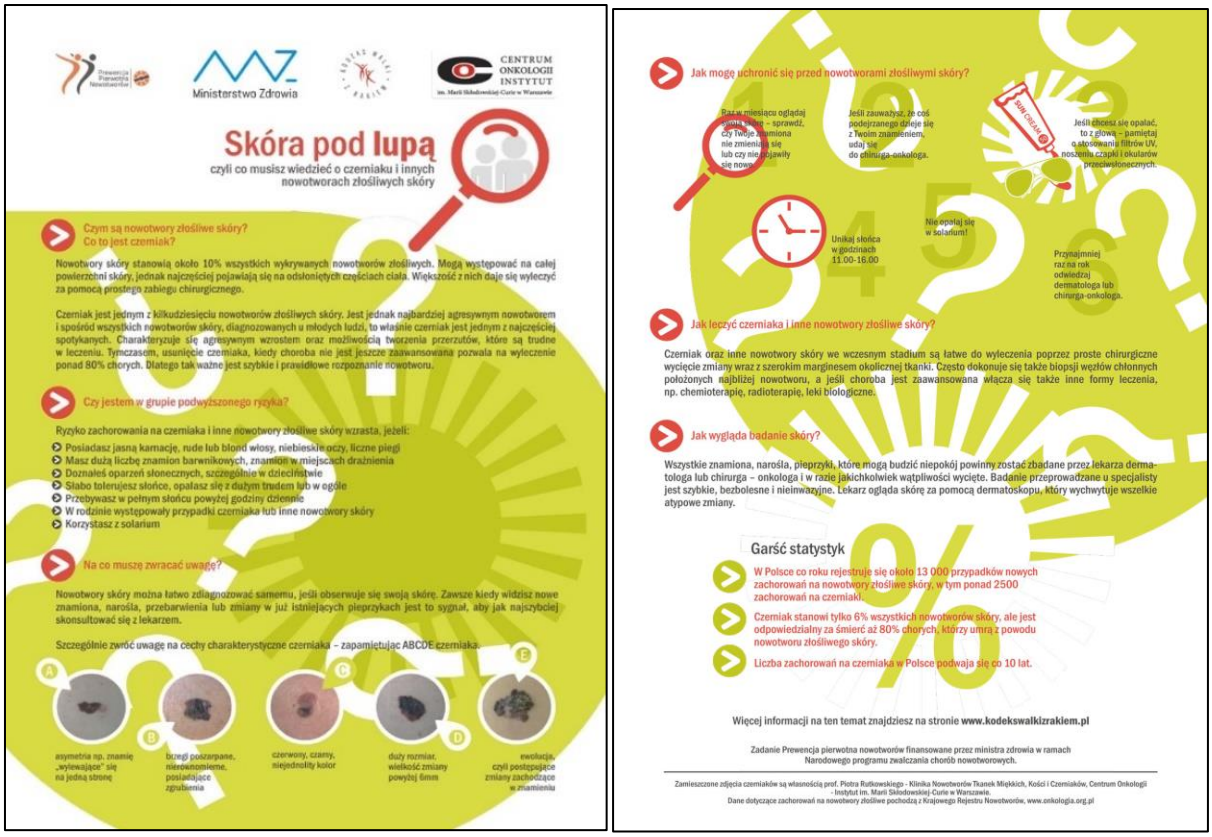
Czerniak – niebezpieczny nowotwór

12 maja obchodzony jest Światowy Dzień Walki z czerniakiem (*Euromelanoma Day*). Głównym jego przekazem jest podkreślenie, że pomimo iż czerniak wciąż zabija miliony ludzi na całym świecie, to istnieją coraz skuteczniejsze metody jego zwalczania, w tym immunoonkologia. W tym dniu odbywają się pogadanki, happeningi na temat przyczyn, objawów oraz leczenia czerniaka. Eksperci główną uwagę zwracają na sposoby zapobiegania chorobie, ostrzegają słuchaczy przed „kąpielami" słonecznymi i wizytami w solarium oraz zachęcają do stosowania produktów SPF.

Funkcjonuje też strona Akademia Czerniaka stanowiąca sekcję naukową Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Powstała ona z inicjatywy środowiska medycznego i pacjentów, a jej głównym celem jest zwiększenie świadomości społecznej w zakresie czerniaka. Popularyzuje wiedzę o tym nowotworze, przyczynia się do upowszechnienia skutecznych metod profilaktyki i prowadzi działania zapewniające pacjentom jak najlepszą opiekę w każdym stadium choroby. Patronat nad działaniami Akademii objęły Polskie Towarzystwo Dermatologiczne, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej i Polskie Towarzystwo Patologiczne - akademiaczerniaka.pl [43].

W ramach profilaktyki wykorzystywanych jest wiele plakatów, których przykłady znajdują się poniżej na Rycinie 1- [44], Rycinie 2- [45].

Rycina 1. Profilaktyka Czerniaka- plakat



Rycina 2. Ulotka informacyjna dot. profilaktyki czerniaka

Piśmiennictwo

1. Jeziorski A., Rutkowski P., Wysocki W.: Chirurgia onkologiczna T. 1, 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa. 2019.
2. Rutkowski P., Wysocki P.J., Nasierowska- Guttmejer A., Jeziorowski A., Wysocki W.M., Kalinka E., Świtaj T., Kozak K., Kalinka E., Świtaj T., Kozak K., Kamińska-Winciorek G., Czarnecka A.M., Koseła-Paterczyk H., Wiśniewski P., Szumera-Ciećkiewicz A., Zdzienicki M., Cybulska-Stopa B., Ziobro M., Fijuth J., Kawecki A., Rudnicka L., Owczarek W., Krzakowski M.: Cutaneous melanomas. Oncology of Clinical Practice, 2020, 16(4), 163-182.
3. Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy. Dostępne na stronie http://onkologia.org.pl/ raporty/ (data pobrania – 15.03.2021).
4. Kapka-Skrzypczak L., Dudra-Jastrzębska M., Czajka M., Raszewska-Famielec M., Popek S., Sawicki K., Kruszewski M.: Charakterystyka kliniczna i molekularne podstawy nowotworów skóry. Hygeia Public Health, 2014, 49(1), 39-45.

5. Rutkowski P. (red.): Złośliwe nowotwory skóry. Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk, 2014.
6. Krzakowski M. (red.): Onkologia kliniczna T.2. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk, 2015.
7. Olbryt M.: Rola mikrośrodowiska nowotworowego w powstaniu i progresji czerniaka skóry. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej, 2013, 67, 413-432
8. Goralska A., Błaszczyk J.: Charakterystyka czynników ryzyka rozwoju znamion melanocytowych czerniaka u pacjentów zgłaszających się do dermatologa w celu oceny zmian barwnikowych. Przegląd Dermatologiczny, 2013, 100, 86-95.
9. Braun- Falco O.: Dermatologia. Tom 1. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2010.
10. Kułakowski A. (red.): Onkologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2014.
11. Kaszuba A., Adamski Z. (red.): Dermatologia. Poradnik lekarza praktyka. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2012.
12. Chowaniec Z.: Czerniak- problemy diagnostyczne- terapeutyczne w praktyce kosmetologa. Kosmetologia Estetyczna, 2018, 3(7), 269-272.
13. Hałas P.: Charakterystyka czerniaka oraz ocena poziomu wiedzy studentów na temat czerniaka złośliwego. Kosmetologia Estetyczna, 2017, 6, 223-228.
14. Psaty E.L., Scope A., Halpern A.C., Marghoob A.A.: Defining the patient at high risk for melanoma. International Journal of Dermatol, 2010, 49(4), 362-376.
15. Martin-Gorgojo A., Llinares M., Virós A., Requena C., Garcia- Casado Z., Traves V., Kumar R., Nagore E.: Cutaneous melanoma primary site in linked to nevous density. Oncotarget, 2017, 8(58), 98876-98886.
16. Vogel R.I., Ahmed R.L., Nelson H.H., Berwick M., Weinstock M.A., Lazovich D.: Exposure to indoor tanning without burning and melanoma risk by sunburn history. Journal of the National Cancer Institute, 2014, 106(7), 1-3.
17. Zalewska A., Cylkowska-Nowak M.: Zdrowa skóra a Słońce- próba diagnozy wiedzy oraz wybranych postaw. Nowiny Lekarskie, 2012, 81, 214-218.
18. Ferenc T., Pacholczyk M., Czernicki J.: Wpływ słonecznego promieniowania ultrafioletowego (UV) na organizm człowieka. Część II: Mutagenne działanie promieniowania UV i uszkodzeń DNA. Acta Balneologica, 2014, 2(136), 82-87.
19. Łastowiecka-Moraz E., Bugajska J.: Naturalne promieniowanie UV a przedwczesne starzenie się skóry człowieka. Bezpieczeństwo Pracy, 2011, 6,8-10.

20. Jabłonowska E., Małolepsza E., Stycharz M., Wójcik K.: Zachorowania na nowotwory pacjentów zakażonych HIV z regionu łódzkiego w latach 1992-2010. Przegląd Epidemiologiczny, 2011, 65, 343-399.
21. Bulińska A.: Diagnostyka czerniaka- jak nie popełnić błędu. Dermatologia po Dyplomie, 2018, 9(2), 9-18.
22. Gajda M., Kaminska- Winciorek G.: Do not let to be late: overview of reasons for melanoma delayed diagnosis. The Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2014, 15(9), 3873-3877.
23. Kaminska-Winciorek G., Placek W.: The most common mistakes on dermatoscopy of melanocytic lesions. Postepy Dermatologii i Alergologii, 2015, 32(1), 33-39.
24. Rosendahl C., Cameron A., Tschandl P., Bulinska A., Zalaudek I., Kitter H.: Prediction without Pigment: a decision algorithm for non- pigmented skin malignancy. Dermatology Practical & Conceptual, 2013, 4(1), 9.
25. Kamińska-Winciorek G., Śpiewak R.: Podstawy dermoskopii zmian melanocytowych dla początkujących. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej, 2011, 65, 501-508.
26. Woźniak W., Wawrzynkiewicz M., Wojas-Pelc A.: Rola dermoskopii w ocenie akralnych zmian melanocytowych. Przegląd Dermatologiczny, 2012,99,716-722.
27. Wiśniewski P., Szumera- Ciećkiewicz A., Nasierowska- Guttmejer A.: Nowa klasyfikacja patomorfologiczna czerniaków. Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Nowotwory, 2019, 4(3-4),136-140.
28. Michielin O., Akkooi Av., Ascierto P.A., Dummer R., Keilholz U.: Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology, 2019, 30(12), 1884-1901.
29. Morton D.L., Thompson J.F., Cochran A.J., Mozzillo N., Nieweg O.E., Roses D.F., Hoekstra H.J., Karakousis C.P., Puelo C.P., Coventry B.J., Kashani-Sabet M., Smithers B.M., Paul E., Kraybill W.G., McKinnon J.G., Wang H.J., Elashoff R., Faries M.B.: MSLT Group: Final trial report of sentinel- node biopsy versus nodal observation in melanoma. The New England Journal of Medicine, 2014, 370(7), 599-609.
30. Wong S.L., Balch C.M, Hurley P., et al.: American Society of Clinical Oncology, Society of Surgical Oncology, Sentinel lymph node biopsy for melanoma: American Society of Clinical Society and Society of Surgical Oncology joint clinical practice guideline. Journal of Clinical Oncology, 2012, 30(23), 2912-2918.

31. Balch C.M., Gershenwald J.E., Soong S.J., et al.: Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. Journal of Clinical Oncology, 2009, 27(36), 6199-6206.
32. Jeffrey E. Gershenwald, Merrick I. Ross: Sentinel-lymph-node biopsy for cutaneous melanoma. The New England Journal of Medicine, 2011, 364, 1738-1745.
33. Testori A., Rutkowski P., Marsden J., Bastholt L., Chiarion-Sileni V., Hauschild A., Eggermont A. M. M.: Surgery and radiotherapy in the treatment of cutaneous melanoma. Annals of oncology, 2009, 20 (supl. 6), 22-29.
34. Ott. P.A., Berman R.S.: Surgical approach to primary cutaneous melanoma. Surgical Oncology Clinics of North America, 2011, 20, 39-56.
35. Leiter U., Stadler R., Mauch C., leiter U., Stadler R., Mauch C., Hohenberger W., Brockmeyer N., Berking C., Sunderkőtter C., Kaatz M., Schulte K.W., Lehmann P., Vogt T., Ulrich J., Herbst R., Gehring W., Simon J.C.H., Keim U., Martus P., Barbe C.: German Dermatologic Cooperative Oncology Group (DeCOG): Complete lymph node biopsy dissection versus no dissection in patients with sentinel lymph node biopsy positive melanoma (DeCOG-SLT): a multicentre, randomized, phase 3 trial. Lancet Oncology, 2016, 17(6), 757-767.
36. Frączek M., Rutkowski P., Nowecki Z., Rukaw W.(red.): Podstawy diagnostyki i terapii nowotworów. Czerniak skóry. Wydawnictwo a-medica Press, Bielsko- Biała, 2009, 111-119.
37. Mali B., Jarm T., Snoj M., Sersa G., Miklavcic D.: Antitumor effectiveness of electrochemotherapy: a systematic review and meta- analysis. European Journal Of Surgical Oncology, 2013, 39(1), 4-16.
38. Amatruda T., Senzer N., Chesney J., Delman K.A., Spitler L.E., Puzanov I., Agarwala S.S., Milhem M., Cranmer L., Curti B., Merrick Ross K.L., Guthrie T., Linette G.P., Daniels G.A., Harrington K., Middleton M.R., Miller W.H., Zager J.S., Ye Y., Yao B., Li A., Doleman S, Van Der Walde A., Gansert J., Coffin R.S.: Talimogene Laherparepvec Improves Durable Response Rate in Patients with Advanced Melanoma. Journal of Clinical Oncology, 2015, 33(25), 2780-2788.
39. Rutkowski P., Wysocki P., Nowecki Z.I., Rudnicka L., Nasierowska-Guttmejer A., Fijuth J., Kalinka-Warzocha E., Świtaj T., Wojtukiewicz W., Zegarski W., Jeziorski A., Krzemieniecki K., Zaucha R., Filipczyk-Cisarż E., Herman K., Krzakowski M.: Czerniaki skóry- zasady postępowania diagnostyczno- terapeutycznego w 2013 roku. Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2012, 8, 219-233.

40. Telka E., Szczepanik K.: Czerniak skóry - nowe zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Nowa Medycyna, 2014, 3, 125-129.
41. Kapka- Skrzypczak L., Dudra- Jastrzębska M., Czajka M., Raszewska-Famielec M., Popek S., Sawicki K., Kruszewski M.: Charakterystyka kliniczna oraz molekularne podstawy nowotworów skóry. Hygeia Public Heath, 2014, 49, 39-45.
42. Zalewska A., Cylkowska- Nowak M.: Zdrowie skóry, a słońce- próba diagnozy wiedzy oraz wybranych postaw. Nowiny Lekarskie, 2012, 81(3), 214-218.
43. Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej- portal informacyjny dot. czerniaka skóry. https://www.akademiaczerniaka.pl / (data pobrania 15.04.2021).
44. Profilaktyka czerniaka - plakat. https://sublimed.pl/ aktualności/swiatowy-dzien-walki-z-czerniakiem-melanoma-day/ (data pobrania 15.04.2021).
45. Ministerstwo Zdrowia - plakat profilaktyczny dot. czerniaka. http://www.kodekswalkizrakiem.pl/ (data pobrania 15.04.2021).

Czerniak gałki ocznej – aktualny stan wiedzy

Kaja Bator[1], Paulina Pabisz[1], Kinga Tyczyńska[1], Aneta Hill-Bator[3], Jan Gnus[1,2], Justyna Głowacka-Ślusarek[2], Agnieszka Kowal-Lange[2]

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu
3. Przychodnia i Szpital M-Med, Wrocław

Wstęp

Czerniak gałki ocznej jest nowotworem złośliwym wywodzącym się z melanocytów, komórek pigmentowych produkujących melaninę, obecnych w spojówce lub w błonie naczyniowej oka [1,2,3]. Według danych epidemiologicznych, nowotwory oka stanowią 0,2% wszystkich złośliwych nowotworów w Polsce [4]. Należy jednak dodać, że gałka oczna jest drugą najczęstszą lokalizacją czerniaka, na pierwszym miejscu jest skóra (ponad 90% przypadków), a na trzecim błony śluzowe [1,2]. Według najnowszej literatury, pomimo postępu medycyny i coraz lepszych dostępnych metod terapeutycznych wskaźniki przeżycia u pacjentów wciąż pozostają niezmienne [1,5,6]. Stąd, tak istotna jest edukacja i uświadamianie społeczeństwa o konieczności profilaktyki i częstych badań, szczególnie wśród osób ze zwiększonym ryzykiem rozwoju czerniaka, ponieważ według najnowszych prognoz Krajowego Rejestru Nowotworów liczba zachorowań na czerniaka w Polsce będzie rosła w ciągu najbliższych lat [7].

Epidemiologia

Czerniak oka zarówno czerniak spojówki, jak i czerniak błony naczyniowej stanowią od około 3 do 5% wszystkich typów czerniaka [6,8,9], natomiast spośród nowotworów oka stanowią grupę ponad 70%.

Przeważająca większość nowotworów oka to guzy pierwotne, natomiast zmiany wtórne, będące przerzutami raka z lokalizacji skórnej do gałki ocznej lub oczodołu stanowią poniżej 5% odnotowanych przypadków [1].

Najczęstszym pierwotnym guzem wewnątrzgałkowym w populacji osób dorosłych jest czerniak naczyniówki i stanowi on ok. 90% guzów [10,11]. Dużo rzadziej spotykane są czerniaki tęczówki (3-4%), czy ciała rzęskowego (5-6%), a czerniak spojówki stanowi mniej niż 2% przypadków [10,11]. Niezależnie od lokalizacji, na częstość występowania raka mają wpływ położenie demograficzne, rasa, wiek oraz płeć pacjenta [1,6,8,12,13,14].

Według danych epidemiologicznych przedstawionych przez Fallico i wsp., w Europie obserwuje się specyficzny rozkład częstości występowania czerniaka naczyniówki. W krajach skandynawskich czerniak występuje u ponad 8 osób na 1 000 000, podczas gdy w krajach basenu Morza Śródziemnego wskaźnik zapadalności jest 4-krotnie niższy. Podobnie niską liczbę przypadków odnotowuje się w Afryce oraz Azji. W Stanach Zjednoczonych w ciągu ostatnich trzech dekad wskaźnik zapadalności był stosunkowo stabilny i wynosi średnio 5 przypadków na 1000 000 i charakterystyczny rozkład demograficzny również jest obserwowany [6,11].

Podobną zależność opisał w swojej pracy także Jovanovic i wsp., ale dodatkowo zauważył, że zapadalność na czerniaka tęczówki i ciała rzęskowego jest większa w rejonach południowych niż północnych, czyli przeciwnie niż w przypadku czerniaka naczyniówki [1]. Dużo niższe wskaźniki zapadalności obserwuje się w przypadku czerniaka spojówki, według epidemiologów występuje on z częstością 0,4 na 1 000 000 osób w Stanach Zjednoczonych [1].

Większa pigmentacja skóry odgrywa rolę ochroną względem rozwoju czerniaka naczyniówki, co ma swoje odzwierciedlenie w 15-krotnie wyższym ryzyku rozwoju czerniaka u rasy kaukaskiej w porównaniu do populacji afrykańskiego pochodzenia. Tak dużej różnicy pomiędzy rasami nie widać w przypadku czarniaka spojówki, który u rasy kaukaskiej występuje 2,6-krotnie częściej niż u rasy czarnej [1,6].

Występowanie czerniaka ma też związek z wiekiem. Badania pokazują, że ryzyko rozwoju rośnie wraz z wiekiem [1], średnio rozpoznanie u osób rasy kaukaskiej stawiane jest około 62. roku życia. Natomiast w populacji azjatyckiej średni wiek diagnozy waha się od 45. do 55. roku życia. W przypadku populacji pediatrycznej czerniak gałki ocznej występuje bardzo rzadko, a u noworodków obserwuje się wyjątkowo niską liczbę przypadków [6].

Różnice w zachorowaniu na czerniaka występują także między płciami. Dane jasno pokazują, że u mężczyzn ryzyko rozwoju raka jest większe nawet o 30% w porównaniu do kobiet. W przypadku mieszkańców Australii, o większym ryzyku wystąpienia zależnym od płci można mówić dopiero porównując osoby powyżej 65. roku życia [1,6].

Czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka czerniaka błony naczyniowej

Wśród czynników ryzyka rozwoju czerniaka błony naczyniowej istotne znaczenie odgrywa podatność osobnicza oraz predyspozycje genetyczne.

Metaanaliza Weis'a i wsp. wykazała, że osoby rasy kaukaskiej z jasną karnacją, jasnym kolorem tęczówki (koloru niebieskiego, szarego bądź zielonego) oraz skłonnością do oparzeń słonecznych, mają podwyższone ryzyko zachorowania na czerniaka błony naczyniowej. Za to uwarunkowanie prawdopodobnie odpowiada mniejsza ilość melaniny, co skutkuje większą wrażliwością osobniczą na szkodliwe, kancerogenne działanie promieniowania ultrafioletowego (UV) [1,6,11,13,15].

Mutacja genu białka BAP1, zlokalizowanego na chromosomie 3, stanowi czynnik predysponujący do rozwoju czerniaka błony naczyniowej. Mutacja może być zarówno somatyczna, jak i germinalna. Należy podkreślić, że guzy, u których podłoża leżała mutacja germinalna okazują się być mniej agresywne, w porównaniu do guzów bez istniejącej mutacji. U ok. 47% chorych na czerniaka badania wykazały obecność mutacji w obrębie BAP1 [6,15].

Do kolejnych czynników predysponujących do rozwoju nowotworu należą liczne znamiona skórne, wrodzona melanocytoza oczna oraz melanocytoza oczno-skórna, inaczej znamię Ota. Jest ono bardzo silną komponentą predysponującą do rozwoju czerniaka błony naczyniowej. U pacjentów z melanocytozą oczno-skórną, ryzyko rozwoju czerniaka jest aż 35. razy większe w porównaniu do zdrowej populacji. Kolejne czynniki ryzyka to melanocytoma, znamię tęczówki, a także znamię skórne dysplastyczne, którego obecność prowadzi do zwiększenia ryzyka rozwoju czerniaka błony naczyniowej od 4 do nawet 10 razy. Nie bez znaczenia jest także rodzinny czerniak skóry oraz nerwiakowłókniakowatość typu 1.

Wpływ działania promieniowania UV na rozwój czerniaka błony naczyniowej, mimo wielu lat badań, wciąż pozostaje niepewny [1,15].

Badanie kliniczno-kontrolne przeprowadzone w Australii wykazało związek przyczynowo - skutkowy między narażeniem na działanie promieniowania UV a zwiększonym ryzykiem wystąpienia czerniaka ciała rzęskowego i naczyniówki, podczas gdy metaanaliza Shah'a i wsp. stawia pod znakiem zapytania istotność tego czynnika ryzyka. Badanie na niemieckiej populacji wykazało ten związek, ale w przypadku osób o zwiększonej podatności osobniczej, posiadających niebieskie tęczówki [1,15].

Weis i wsp. w kolejnej metaanalizie opartej na pięciu badaniach przeprowadzonych w latach 1966-2019 dowiedli istnienie statystycznie istotnego związku między narażeniem na działanie lamp kwarcowych, wykorzystywanych w solariach, a rozwojem czerniaka naczyniówki.

Obserwuje się większą zapadalność na czerniaka naczyniówki i ciała rzęskowego wśród spawaczy, którzy z przyczyn zawodowych są narażeni na działanie promieniowania ultrafioletowego [1,13,15].

Według dostępnych badań do czynników ryzyka rozwoju czerniaka błony naczyniowej zaliczyć można także działanie światła niebieskiego, które ma wpływ na proces onkogenezy poprzez zwiększenie podziałów mitotycznych komórek nowotworowych [13,15].

Trzy ostatnie wymienione czynniki ryzyka bez wątpienia należą do grupy czynników modyfikowalnych, zatem mając na uwadze rosnący wskaźnik zapadalności na czerniaka gałki ocznej, konieczne jest stałe uświadamianie i edukacja społeczeństwa w tym zakresie [5].

Czynniki ryzyka czerniaka spojówki

Czerniak złośliwy spojówki należy do rzadkich nowotworów. Szacuje się, że stanowi on ok. 1-2% wszystkich guzów gałki ocznej, choć w ostatnich latach rośnie liczba zgłaszanych przypadków [1,10,11]. Narażenie na światło słoneczne zwiększa ryzyko rozwoju tego nowotworu, mimo to nie jest to główny czynnik ryzyka. U ok. 75% pacjentów czerniak spojówki rozwija się na podłożu pierwotnie nabytej melanozy z atypią, spotykanej u osób w średnim wieku (zwykle po 45. roku życia) [11,14]. Natomiast w mniej niż 20% przypadków rozwija się on na podłożu istniejącego wcześniej łagodnego znamienia spojówki [11], tudzież powstaje *de novo* [14]. Inne źródła podają, że w 2/3 przypadków czerniaka spojówki powstaje on na podłożu pierwotnie nabytej melanozy z atypią, podczas gdy pozostałe rozwiną się na podłożu znamienia lub *de novo* [3]. Czerniaki powstałe *de novo* obarczone są większym ryzykiem wystąpienia przerzutów [16].

Obraz kliniczny czerniaka

Czerniak gałki ocznej często rozwija się nie dając żadnych objawów. Dzieje się tak w nawet 30% przypadków [6], a sama zmiana jest rozpoznawana przypadkowo podczas rutynowych badań okulistycznych lub przy okazji zgłaszania się do lekarza z innym

problemem. Gdy dolegliwości wystąpią, są one różne i różnie nasilone w zależności od lokalizacji, a także od wielkości guza.

W czerniakach naczyniówki i ciała rzęskowego objawy zgłaszane przez pacjentów najczęściej dotyczą: pogorszenia widzenia, zamazywania się obrazu, licznych mętów i fotopsji. Rzadziej, chorzy obserwują ubytki pola widzenia, metamorfopsje oraz odczuwają ból. Niektóre z występujących manifestacji są skorelowane z płcią. Zamazywania obrazu częściej są zgłaszane przez mężczyzn, natomiast fotopsja i obecność licznych mętów lub oba naraz przez kobiety [17].

Przy czerniakach ciała rzęskowego może pogłębiać się astygmatyzm, który jest z reguły nieregularny [18]. Dodatkowo, może dochodzić do podwichnięcia soczewki oraz pogorszenia akomodacji [19].

Czerniaki naczyniówki w większości występują jako zmiana barwnikowa, choć w 15% przypadków są bezbarwne [6], a w 30% przyjmują formę mieszaną. Rozrost podsiatkówkowy nowotworu powoduje jej odwarstwienie, wraz ze wzrostem dochodzi także do pęknięcia, a następnie penetracji błony Brucha, z dalszymi konsekwencjami. Guz przyjmuje kształt kopulasty, rzadziej grzybiasty, a jedynie w 5% tworzy konfigurację rozsianą. Na powierzchni zmiany mogą występować pomarańczowe złogi lipofuscyny. Rosnąca zmiana może być również przyczyną krwotoku do ciała szklistego [6].

W czerniaku tęczówki ogniska lokalizują się zazwyczaj w jej dolnym kwadrancie. Większość jest ograniczona, ale w około 10% są rozsiane i znajdują się w różnych miejscach w obrębie tęczówki. Objawami, które mogą nasunąć podejrzenie czerniaka są zmiany koloru tęczówki, a także zniekształcenie źrenicy [18].

Warto jednak podkreślić, że klinicznie czerniak może występować w kilku typach, charakteryzujących się różnym stopniem pigmentacji, od zmian amelanotycznych do mocno pigmentowanych. Nowotwór w tej okolicy wraz ze wzrostem ma tendencje do zajęcia kąta przesączania, co skutkuje wzrostem ciśnienia wewnątrzgałkowego prowadząc do rozwoju jaskry wtórnej. Pacjenci mogą zgłaszać również przewlekłe zapalenie spojówek [18].

Diagnostyka

O rozpoznaniu czerniaka decyduje obraz kliniczny oraz wyniki badań dodatkowych. W przypadku czerniaka naczyniówki głównym badaniem jest ultrasonografia

w prezentacji A i B, która w połączeniu z obrazem klinicznym pozwala z dużym prawdopodobieństwem potwierdzić rozpoznanie. Ultrasonografia w prezentacji A pozwala na określenie zdolności tkanek do odbijania ultradźwięków, a w prezentacji B na określenie wielkości guza i jego rozległości. Ten typ nowotworu można wykryć także w badaniu dna oka, w badaniu OCT, angiografii fluoresceinowej lub angiografii indocyjaninowej. Badanie OCT pozwala na wykrycie małych zmian (o średnicy < 3 mm), których zlokalizowanie przy użyciu innych dostępnych metod mogłoby być niemożliwe. Angiografia zarówno fluoresceinowa, jak i indocyjaninowa pozwala uwidocznić patologiczne unaczynienie guza. Tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny nie są szeroko stosowane w celach diagnostycznych. Do różnicowania czerniaka naczyniówki i znamion barwnikowych opracowano metodę TFSOM, gdzie T - thickness >2 mm (grubość), F - fluid (płyn podsiatkówkowy), S - symptoms (objawy zgłaszane przez pacjenta), O - orange pigment (pomarańczowe zabarwienia zmiany), M - margin ≤ 3 mm from optic disc (brzeg ≤ 3 mm dotykający tarczę nerwu wzrokowego). Spełnienie któregokolwiek z podanych kryteriów lub udokumentowanie, że zmiana się powiększa, sugeruje jej złośliwy charakter. Biopsja w celach diagnostycznych jest rzadko używana ze względu na mogące wystąpić powikłania lub potencjalny rozsiew nowotworu. W niektórych przypadkach wykonuje się biopsję prognostyczną, w której jest oceniany profil genetyczny, ryzyko późniejszych przerzutów i rokowanie [6].

W diagnostyce czerniaka tęczówki wykorzystywane jest badanie w lampie szczelinowej oraz badanie gonioskopowe, które umożliwi wykrycie ewentualnych patologii w obrębie kąta przesączania. Do bardziej zaawansowanych metod diagnostycznych należą badanie optycznej koherentnej tomografii przedniego odcinka (OCT Visante) oraz badanie biomikroskopii ultradźwiękowej (UBM) [6].

W rozpoznaniu różnicowym czerniaka od innych zmian w obrębie tęczówki przydatna jest reguła ABCDEF, gdzie:

- **A** - age (młody wiek wystąpienia zmiany),
- **B** - blood (krew w komorze ciała szklistego),
- **C** - clock-hour inferior location (lokalizacja zwykle w dolnych kwadrantach),
- **D** - diffuse flat shape (rozsiany),
- **E** - ectropion uveae (wywinięcie listka barwnikowego tęczówki),
- **F** - feathery margin (poszarpane brzegi).

W przypadku, gdy zmiana jest mała można wspomagać się wykonaniem biopsji diagnostycznej.

Diagnostyka czerniaka ciała rzęskowego jest trudna ze względu na lokalizację guza i zazwyczaj jest on rozpoznawany, gdy guz jest duży i nacieka na naczyniówkę lub tęczówkę. Kluczowym badaniem w diagnostyce małych zmian (< 4 mm) o tej lokalizacji jest UBM.

Rokowanie

Czerniak gałki ocznej jest chorobą o wysokiej śmiertelności, w której pomimo stosunkowo dobrej odpowiedzi na leczenie ogniska pierwotnego, u prawie 50% pacjentów dojdzie do powstania przerzutów odległych [20]. Lokalizują się one głównie, bo w aż 60% w wątrobie, w 25% w płucach, w 10% w skórze i w tkankach miękkich, a w około 8% w kościach [19].

Rozsiew nowotworu następuje drogą naczyń krwionośnych [21], a ryzyko powstania przerzutów ściśle koreluje i zwiększa się wraz z wielkością nowotworu, a także jego grubością. Sugeruje się również, iż wpływ ma starszy wiek oraz wystąpienie form rozsianych, które pogarszają rokowanie. W szacowaniu ryzyka bierze się pod uwagę zmiany cytogenetyczne. Monosomia chromosomu 3, addycja w obrębie ramienia długiego chromosomu 8, a także utrata całkowita lub częściowa ramienia krótkiego chromosomu i znacznie zwiększają szanse na wystąpienie przerzutów [20].

Za mającego największą skłonność do przerzutowania wskazuje się czerniaka ciała rzęskowego, który w większości jest wykrywany późno, w zaawansowanym stadium. Natomiast, najniższym wskaźnikiem śmiertelności charakteryzuje się czerniak tęczówki ze względu na niższą aktywność biologiczną i mniejszą wielkość guzów, a także młodszy wiek pacjentów, u których jest stwierdzany [6].

W przypadku stwierdzenia przerzutów czerniaka błony naczyniowej opcje terapeutyczne są mocno ograniczone, a średni czas przeżycia wynosi 6-10 miesięcy. Jedynie 8% pacjentów przeżywa do 2 lat od rozpoznania procesu rozsianego [20].

Należy szczególnie podkreślić rolę badań przesiewowych i regularnych kontroli u pacjentów, ponieważ okres utajenia choroby może być niezwykle długi i przerzuty mogą wystąpić nawet po 25 latach od rozpoznania czerniaka [19].

Zaleca się wykonywanie badań obrazowych (TK, MRI) klatki piersiowej i jamy brzusznej co 3-12 miesięcy, co zapewni możliwość wykrycia ewentualnych ognisk przerzutowych na wczesnym etapie i pozwoli zwiększyć szanse na wyleczenie [19].

Leczenie

Leczenie czerniaka naczyniówki

Leczenie guzów pierwotnych czerniaka wymaga działania wielokierunkowego, angażującego lekarzy z różnych specjalności: okulistów, onkologów, radiologów. Obecnie wyróżnia się dwie główne ścieżki stosowane w terapii. Pierwszą z nich jest enukleacja wykonywana zazwyczaj dla większych oraz bardziej zaawansowanych zmian. Drugą natomiast, są metody umożliwiające zachowanie gałki ocznej, stosowane w przypadku nowotworu o małych lub średnich rozmiarach. Ostateczny wybór leczenia jest podejmowany indywidualnie w oparciu o charakterystykę guza i stan pacjenta.

W leczeniu czerniaka błony naczyniowej stosuje się: radioterapię, resekcję zmiany lub enukleację bądź leczenie laserowe. Dodatkowo, gdy diagnoza nie jest jeszcze pewna lub gdy u pacjentów nie zaobserwowano wzrostu guza, przyjmuje się postawę wyczekującą, polegającą na obserwacji. Regularnie monitoruje się pacjenta i jeżeli zmiana powiększy się lub któreś z kryteriów TFSOM zostanie spełnione rozważa się wdrożenie leczenia.

Radioterapia jest metodą, która pozwala na zachowanie gałki ocznej przy jednoczesnej kontroli lokalnej nad nowotworem. Obejmuje brachyterapię, radioterapię protonową oraz radioterapię stereotaktyczną.

Brachyterapia jest obecnie jedną z najszerzej stosowanych metod leczenia zachowawczego. Jest wykorzystywana w przypadku zmian o grubości < 10 mm i z maksymalną średnicą < 18 mm. Polega na naszyciu w obrębie twardówki, bezpośrednio w okolicy guza, płytki zawierającej radioizotop. Czas ekspozycji zależy od aktywności płytki i grubości zmiany. Najczęstszymi radioizotopami są: jod 125, emitujący promieniowanie gamma, ruten 106, emitujący promieniowanie beta, a także pallad 103. Największe ryzyko miejscowej wznowy choroby wynoszące 14,7%, wykazano po leczeniu z użyciem rutenu 106. W sytuacji, gdy nawrót nastąpi, ponownie może zostać zastosowana brachyterapia lub przeprowadza się enukleację.

Radioterapia protonowa jest wykorzystywana, gdy lokalizacja guza uniemożliwia użycie brachyterapii. To skuteczna forma leczenia, która w kwestii kontroli lokalnej ogniska nowotworu, prognozy ogólnoustrojowej oraz zachowania widzenia zapewnia porównywalne rezultaty do brachyterapii. Pozwala zaoszczędzić otoczenie napromieniowanego guza, ale niewątpliwie jest trudna dla pacjenta i wymaga od niego dużej współpracy [6].

Radioterapia stereotaktyczna z użyciem noża gamma jest stosowana w terapii małych lub średnich zmian [22].

Najczęstszymi powikłaniami po radioterapii są makulopatia i zanik nerwu wzrokowego, które mogą być przyczyną utraty wzroku. Do innych należą jaskra neowaskularna, zaćma popromienna, krwawienia do komory ciała szklistego, zespół suchego oka. Rzadziej stwierdza się stan zapalny wnętrza gałki ocznej, błony proliferacyjne i zanik gałki ocznej [23].

Enukleacja, czyli usunięcie gałki ocznej wraz z częścią nerwu wzrokowego stosowana jest, gdy nowotwór jest duży (grubość > 10/12 mm, a średnica > 18 mm), nacieka okolicę nerwu wzrokowego lub tkanki oczodołu, a także gdy szanse na zachowanie wzroku są niewielkie [6]. Zabieg przeprowadza się zazwyczaj z jednoczasowym, śródoperacyjnym wszczepieniem implantu oczodołowego [24]. Alternatywą dla enukleacji jest resekcja zmiany, umożliwiająca zachowanie gałki ocznej. Wyróżnia się egzo- i endoresekcje. Egzoresekcje polegające na chirurgicznym wycięciu nowotworu z marginesem zdrowej tkanki pod niepełnościennym płatkiem twardówki nie są powszechnie stosowane ze względu na występujące powikłania. Są nimi krwawienia dosiatkówkowe, odwarstwienie siatkówki, zaćma, czy wznowa guza. W celu ograniczenia nawrotu stosuje się wspomagającą brachyterapię [6]. Zabiegi endoresekcji wykonuje się głównie u pacjentów ze zmianami położonymi w pobliżu nerwu wzrokowego lub plamki, a poprzedza się je radioterapią [25].

Leczenie laserowe obejmuje przezźreniczną termoterapię (TTT) oraz terapię fotodynamiczną (PDT). Przezźreniczna termoterapia wykorzystuje laser emitujący promieniowanie podczerwone, który przez rozszerzoną źrenicę dostaje się do powierzchni guza. Pod wpływem lasera temperatura w obrębie ogniska nowotworu wzrasta, niszczone są jego naczynia krwionośne, co wywołuje martwicę. Leczenie tą metodą może zostać zaproponowane, gdy zmiany są małe (o grubości ≤3 mm) i pigmentowane. Należy podkreślić, że stosowanie samego TTT w 29% przypadków prowadzi do wznowy lokalnej, dlatego terapia ta musi być łączona z radioterapią. W terapii fotodynamicznej, dożylnie podaje się środek fotouczulający, który akumuluje się w tkankach guza. Następnie eksponuje się zmienione chorobowo miejsce na działanie lasera o odpowiedniej długości w celu aktywacji środka fotouczulającego. Wywołuje to efekt cytotoksyczny, destrukcje naczyń krwionośnych i lokalne zapalenie skutkujące następczą autofagią. Najczęściej wykorzystywanym fotouczulaczem jest werteporfina lub zieleń indocyjaninowa, a terapia ta jest stosowana w przypadku małych zmian bezbarwnikowych (o grubości < 4 mm) [6].

Leczenie czerniaka spojówki

W przypadku czerniaka spojówki rodzaj podjętej terapii zależy od charakteru zmiany. W postaci ograniczonej czerniaka spojówki metodą z wyboru jest chirurgiczne usunięcie pojedynczej zmiany z 2-3 milimetrowym marginesem zdrowej tkanki. Powstały ubytek spojówki zaopatruje się przeszczepem autologicznej spojówki, ew. błoną owodniową. Aby zmniejszyć ryzyko wznowy, szczególnie w przypadku zmian rozlanych, o granicach trudnych do określenia i naciekających głębsze tkanki, niektórzy chirurdzy zalecają 5 lub 7 mm marginesu oraz uzupełniającą krioterapię. W przypadku niecałkowitej resekcji zmiany, stwierdzonej na podstawie wycinków histopatologicznych, stosuje się brachyterapię promieniami beta z aplikatora strontu lub płytki rutenu, a w przypadku zmian w obrębie mięska łzowego wiązkę protonu. Po wygojeniu spojówki można zastosować dodatkowo miejscową chemioterapię z mitomycyną C.

W przypadku dużego zaawansowania guza, przy obecność nacieczenia głębszych struktur gałki ocznej lub tkanek oczodołu, konieczne jest wykonanie odpowiednio zabiegu enukleacji (wyłuszczenia gałki ocznej) bądź egzenteracji oczodołu (usunięcie gałki ocznej wraz z wypatroszeniem oczodołu). Celem podejmowania takich radykalnych metod leczniczych jest próba zapobiegnięcia szerzenia się przerzutów nowotworu.

W przypadku zajęcia węzłów chłonnych zaleca się ich chirurgiczne usunięcie oraz radioterapię, a w przypadku stwierdzenia przerzutów odległych konieczna jest radio – i chemioterapia [11,16].

Piśmiennictwo

1. Jovanovic P., Mihajlovic M., Djordjevic-Jocic J., Vlajkovic S., Cekic S., Stefanovic V.: Ocular melanoma: an overview of the current status. International Journal of Clinical and Experimental Pathology, 2013, 6(7), 1230 - 1244.
2. Jassem J., Kordek R.: Onkologia Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk, 2019.
3. Starzycka M. (red.), Szaflik J. (red. serii): Patologia narządu wzroku i guzy wewnątrzgałkowe. Seria Basic and Clinical Science Course (BCSC 4). Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław, 2005.
4. Krajowy Rejestr Nowotworów. http://onkologia.org.pl/nowotwory-oka-c69/ (data pobrania 18.04.2021).

5. Weis E., Aghazadeh H., Roelofs K., Agi J.: Sunlamp use is a risk factor for uveal melanoma: a meta-analysis. Canadian Journal of Ophthalmology, 2021, [EPub Ahead of Print].
6. Fallico M., Raciti G., Longo A., Reibaldi M., Bonfiglio V., Russo A., Caltabiano R., Gattuso G., Falzone L., Avitabile T.: Current molecular and clinical insights into uveal melanoma (Review). International Journal of Oncology, 2021, 58(4), 10.
7. Wojciechowska U., Didkowska J., Michałek I., Olasek P.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów. Wyd. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa, 2020.
8. Tan L.L.Y., Hong J., Goh W.L., Chang E.W.Y., Yang V.S., Poon E., Somasundaram N., Farid M., Chan A.S.Y., Chan J.Y.: Clinical features and survival outcomes of ocular melanoma in a multi-ethnic Asian cohort. Scientific Reports, 2020, 10(1), 16367.
9. Singh N., Seregard S., Singh A.D.: Uveal Melanoma: Epidemiologic Aspects. [w:] Clinical Ophthalmic Oncology. Damato B., Singh A. (red.). Wydawnictwo Springer, Cham, 2019.
10. Grzybowski A.: Okulistyka. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław, 2018.
11. Kański J.: Okulistyka kliniczna. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2009, wyd.3.
12. Singh S.R.K., Malapati S.J., Kumar R., Willner C., Wang D.: NCDB Analysis of Melanoma 2004-2015: Epidemiology and Outcomes by Subtype, Sociodemographic Factors Impacting Clinical Presentation, and Real-World Survival Benefit of Immunotherapy Approval. Cancers (Basel), 2021, 13(6), 1455.
13. Logan P., Bernabeu M., Ferreira A., Burnier M.N. Jr.: Evidence for the Role of Blue Light in the Development of Uveal Melanoma. Journal of Ophthalmology, 2015, 6, 1 – 7.
14. Skowronek J., Mackiewicz A., Żygulska-Mach H. (red.): Czerniak złośliwy podręcznik dla lekarzy i studentów. Wydawnictwo Termedia, Poznań, 1998.
15. Kaliki S., Shields C.L.: Uveal melanoma: relatively rare but deadly cancer. Eye, 2017, 31(2), 241-257.
16. Vora G.K., Demirci H., Marr B., Mruthyunjaya P.: Advances in the management of conjunctival melanoma. Survey of Ophthalmology, 2017, 62(1), 26-42.
17. Sarnat-Kucharczyk M., Mrukwa-Kominek E.: Choroby spojówek [w:] Okulistyka Grzybowski A. (red.). Wydawnictwo Edra Urban&Partner, Wrocław, 2018, 117.

18. Chattopadhyay C., Kim D.W., Gombos D.S., Oba J., Qin Y., Williams M.D., Esmaeli B., Grimm E.A., Wargo J.A., Woodman S.E., Patel S.P.: Uveal melanoma: From diagnosis to treatment and the science in between. Cancer, 2016, 122, 2299-2312.
19. Ortega M. A., Fraile-Martínez O., García-Honduvilla N., Coca S., Álvarez-Mon M., Buján J., Teus M. A.: Update on uveal melanoma: Translational research from biology to clinical practice (Review). International Journal of Oncology, 2020, 57(6), 1262-1279.
20. Rodriguez-Vidal C., Fernandez-Diaz D., Fernandez-Marta B., Lago-Baameiro N., Pardo M., Silva P., Paniagua L., Blanco-Teijeiro M.J., Piñeiro A., Bande M.: Treatment of Metastatic Uveal Melanoma: Systematic Review. Cancers, 2020, 12(9), 2557.
21. Garg G., Finger P.T., Kivelä T.T., Simpson E.R., Gallie B.L., Saakyan S., Amiryan A.G., Valskiy V., Chin K.J., Semenova E., Seregard S., Filì M., Wilson M., Haik B., Caminal J.M., Catala-Mora J., Gutiérrez C., Pelayes D.E., Folgar A.M., Jager M.J., Doğrusöz M., Luyten G.P.M., Singh A.D., Suzuki S.: Patients presenting with metastases: stage IV uveal melanoma, an international study. British Journal of Ophthalmology, 2021 [Epub ahead of print].
22. PDQ Adult Treatment Editorial Board. Intraocular (Uveal) Melanoma Treatment (PDQ®): Health Professional Version. 2021. [w]: PDQ Cancer Information Summaries. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002 (data pobrania: 29.04.2021).
23. Romanowska - Dixon B., Jakubowska B., Markiewicz A., Kowal J., Dębicka -Kumela M., Bogdali A.: Zasady kontroli i postępowania po leczeniu nowotworów narządu wzroku. https://swiatlekarza.pl/zasady-kontroli-postepowania-leczeniu-nowotworow-narzadu-wzr oku/ (data pobrania: 29.04.2021).
24. Romanowska - Dixon B.: Onkologia okulistyczna. http://okulistykawpolsce.pl/onko logia-okulistyczna/ (data pobrania: 29.04.2021).
25. Bogdali A., Romanowska - Dixon B.: Metody leczenia chorych na czerniaka naczyniówki. https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/014/729/or iginal/39-44.pdf? 1480598765 (data pobrania 29.04.2021).

Rak jelita grubego – niedoceniany zabójca

Paulina Kwiatkowska[1], Elżbieta Krajewska-Kułak[2], Jolanta Lewko[3]

1. Absolwentka kierunku pielęgniarstwo, studia II stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Nowotwór jelita grubego powstaje na skutek niekontrolowanego przez organizm wzrostu komórek w obrębie jednej z części jelita grubego (esicy, wstępnicy, poprzecznicy, zstępnicy lub odbytnicy) [1].

Rak jelita grubego zaliczany jest do złośliwych nowotworów nabłonkowych, a więc rozwija się z nabłonka wyścielającego jelito [1].

Nowotwór okrężnicy i odbytnicy naciekający błonę podśluzówkową, nazywany jest rakiem wczesnym, natomiast w przypadku zajęcia głębszych warstw ściany jelita (warstwy mięśniowej, podsurowicówkowej oraz błony surowiczej) kwalifikuje się do raka zaawansowanego. Nowotwory naciekające błonę śluzową nie mają zdolności do tworzenia przerzutów [1].

W przypadku zajęcia przez raka błony podśluzówkowej występuje większe prawdopodobieństwo przerzutów odległych (do wątroby, mózgu, płuc, skóry, narządów rodnych u kobiet) oraz do regionalnych węzłów chłonnych [1].

Najczęściej nowotwór jelita grubego nacieka następujące narządy sąsiadujące: pęcherz moczowy, macicę, prostatę oraz pętlę jelita [1].

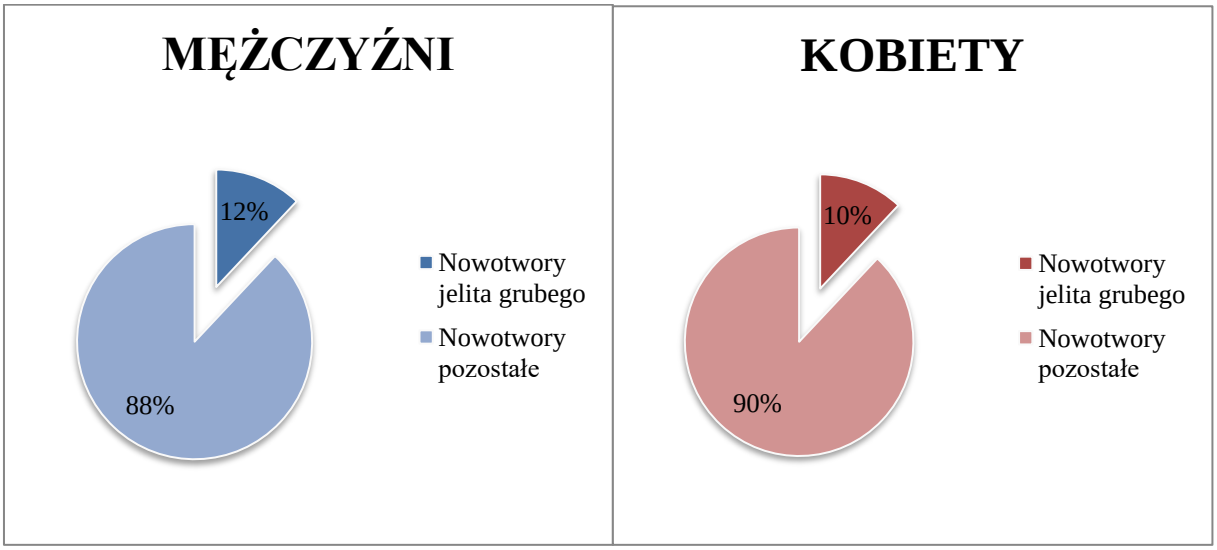
Zdecydowaną większość, bo aż 90% nowotworów jelita grubego stanowi gruczolakorak, a pozostałe 10% to raki neuroendokrynne, nabłonkowe oraz niezróżnicowane [1].

Epidemiologia raka jelita grubego

CRC (*colorectal cancer,* rak jelita grubego) jest drugim najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym wśród kobiet (po raku piersi), a trzecim wśród mężczyzn (po raku prostaty i raku płuc) [2,3,4].

Według Krajowego Rejestru Nowotworów Centrum Onkologii częstość zachorowań na nowotwory jelita grubego w Polsce stanowi 10% wśród kobiet, około 12% u mężczyzn (Rycina 1). W 2014 r. liczba osób, u których wystąpił rak jelita grubego wynosiła 17 742 (9 861 mężczyzn i 7 881 kobiet). Dwukrotnie częściej zachorowanie występuje w populacji męskiej niż żeńskiej. Badania epidemiologiczne wykazują od kilku lat wzrost liczby zachorowań oraz umieralności z tego powodu u obu płci. Szacuje się, iż w 2025 r. na tą chorobę nowotworową zachoruje 24 600 osób, z czego 15 500 będzie dotyczyło mężczyzn, zaś 9 100 kobiet [2,3,4].

Najwyższą zapadalność odnotowuje się w Europie Zachodniej, Nowej Zelandii oraz Australii, natomiast najniższą w Afryce i Południowo-Środkowej Azji [3,4].



Rycina 1. Liczba zachorowań na nowotwory jelita grubego w 2014 r. w Polsce wśród mężczyzn i kobiet

Wśród dorosłych najczęściej chorują osoby po 50. roku życia (94%), z czego 75% zachorowań występuje po 60. roku życia u obu płci. Obserwuje się wzrost liczby chorych wraz z wiekiem, a szczyt zachorowań, zarówno w populacji żeńskiej oraz męskiej, przypada w ósmej oraz dziewiątej dekadzie życia [5,6,7].

Nowotwory jelita grubego są czwartą przyczyną śmierci na świecie, stanowiąc około 12% wszystkich zgonów u obu płci. Umieralność w roku 2014 w Polsce wynosiła 11165, przy czym jest zdecydowanie wyższa wśród mężczyzn (6299 zgonów u mężczyzn vs 4866 u kobiet). W województwie podlaskim w latach 2011-2013 nowotwory dolnego odcinka przewodu pokarmowego były przyczyną 12,5% ogółu zgonów [2,6,8].

Rak we wczesnym stadium rozpoznawany jest obecnie jedynie w 30%, natomiast aż w 70% w stadium zaawansowanym [2,6,8].

W Polsce odsetek przeżyć pięcioletnich osób z chorobą nowotworową odbytnicy i okrężnicy zdiagnozowanych w latach 2008-2010 r. u mężczyzn wynosił dla okrężnicy 48%, odbytnicy 45%, natomiast u kobiet dla okrężnicy 52%, odbytnicy 48%. Wskaźnik 5-letniego przeżycia w województwie podlaskim u chorych z potwierdzonym rakiem jelita grubego w latach 2000-2002 u obu płci wynosił 41,3% i poza województwem łódzkim (36,6%), lubuskim (39,8%) oraz lubelskim (40,9%) był najniższym wskaźnikiem. Najwyższy odsetek przeżyć odnotowano w województwie mazowieckim (49,1%) i warmińsko-mazurskim (46,3%). Przedstawione wskaźniki sugerują, że należy poprawić w naszym kraju działania profilaktyczne oraz rozpocząć diagnostykę na jak najwcześniejszym etapie choroby [9,10,11,12].

Etiologia raja jelita grubego

Etiologia powstawania nowotworów dolnego odcinka przewodu pokarmowego nie jest do końca znana, a wpływ na ich rozwój mają zarówno czynniki epidemiologiczne, genetyczne, jak i środowiskowe [4,6,13,14,15].

Do głównych czynników ryzyka zalicza się [4,6,13,14,15]:

- wiek powyżej 50. roku życia;
- rasę białą;
- czynniki geograficzne;
- czynniki środowiskowe (nieprawidłowa dieta-bogatotłuszczowa, z dużą zawartością czerwonego mięsa, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu etylowego, otyłość, cukrzyca, niska aktywność fizyczna, stosowanie NLPZ (Niesteroidowe leki przeciwzapalne);
- czynniki genetyczne (zespół polipowatości rodzinnej, dziedziczny rak jelita grubego bez polipowatości – zespół Lyncha);

- nieswoiste choroby zapalne jelit (choroba Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego);
- gruczolaki oraz polipy jelita grubego;
- napromieniowania miednicy małej oraz zachorowania rodzinne na nowotwory złośliwe (rak piersi, rak jelita grubego, rak jajnika oraz prostaty).

Wymienione czynniki ryzyka można podzielić na modyfikowalne oraz niemodyfikowalne, które mają wpływ na progresję rozwoju CRC w organizmie człowieka (Tabela I) [4,6,13,14,15].

Tabela I. Czynniki ryzyka raka jelita grubego

CZYNNIKI RYZYKA RAKA JELITA GRUBEGO	
Modyfikowalne czynniki ryzyka	**Niemodyfikowalne czynniki ryzyka**
Dieta (bogata w czerwone, przetworzone mięso, niska zawartość owoców oraz warzyw)	Wiek powyżej 50. roku życia
	Płeć
Dieta niskobłonnikowa	Cukrzyca
Otyłość	Przynależność etniczna
Niska aktywność fizyczna	Nieswoiste choroby zapalne jelit
Nadużywanie alkoholu	Wywiad rodzinny
Niedobów wapnia w diecie	Wywiad gruczolaków
Palenie papierosów	Zespól polipowatości

Symptomatologia raka jelita grubego

Rak jelita grubego jest stanem ciężkim do rozpoznania ze względu na brak charakterystycznych objawów [14,16]. Często we wczesnym etapie choroby przebiega bezobjawowo, natomiast w późniejszym stadium objawy są zależne od lokalizacji i stopnia zaawansowania nowotworu. Do najczęstszych symptomów choroby nowotworowej jelita grubego można zaliczyć [14,16]:

- ból brzucha,
- obecność krwi w stolcu,
- zmianę rytmu wypróżnień,
- spadek masy ciała,

- ogólne osłabienie
- niedokrwistość bez objawów ze strony przewodu pokarmowego.

Rakom prawej połowy okrężnicy towarzyszy między innymi [14,16]:

- niedokrwistość mikrocytarna (związana z niedoborem żelaza),
- zmniejszona tolerancja wysiłku,
- dolegliwości bólowe jamy brzusznej,
- utajone krwawienie,
- spadek masy ciała (Tabela II).

Objawy raka odbytnicy i lewej połowy okrężnicy to [14,16]:

- jawne krwawienie,
- zmiana rytmu wypróżnień,
- wzdęcia
- bóle brzucha,
- stolec ołówkowaty (Tabela II).

Tabela II. Symptomatologia raka jelita grubego

OBJAWY RAKA JELITA GRUBEGO	
Objawy prawej połowy okrężnicy	**Objawy lewej połowy okrężnicy**
Niedokrwistość mikrocytarna	Krwawienie jawne
Krwawienie utajone	Krwawienie utajone
Ból brzucha	Wzdęcia i bóle brzucha
Spadek masy ciała	Zmiana rytmu wypróżnień
Zmiana rytmu wypróżnień	Stolce ołówkowate
Zmniejszona tolerancja wysiłku	Zaparcia

Według danych statystycznych 20% raków jest diagnozowanych w stadium rozsiewu nowotworowego, co oznacza, że są obecne odległe przerzuty [14].

Rak jelita grubego rozprzestrzenia się drogą limfatyczną lub krwionośną, a także przez ciągłość w obrębie jamy otrzewnowej [14].

Najczęstsze przerzuty u tych chorych występują w płucach, wątrobie, węzłach chłonnych, jamie otrzewnowej, mózgu oraz kościach. Dolegliwości, jakie towarzyszą są zatem związane z miejscem występowania przerzutów [14].

Należy również pamiętać o niespecyficznych symptomach w przypadku raka jelita grubego, do których zaliczane są [14]: gorączka o nieznanej przyczynie, sepsa, bakteriemia wywołana zakażeniem Streptococcus bovis czy Clostridium septicum oraz tworzenie przetok.

Klasyfikacja raka jelita grubego

W piśmiennictwie występuje wiele klasyfikacji nowotworów raka jelita grubego. Powszechnie stosuje się klasyfikację UICC/AJCC (*Union for International Cancer Control,* Międzynarodowa Unia Walki z Rakiem/*American Joint Committee on Cancer,* Amerykański Wspólny Komitet ds. Raka) opartą na systemie TNM (*Tumor*-guz, *Node*-węzeł chłonny, *Metastasis*-przerzut), która służy do określenia zaawansowania procesu nowotworowego, jak również wyboru metody leczenia (Tabela III).

Na jej podstawie oceniana jest [17,18,19]:

- wielkość oraz rozległość guza – cecha T,
- zajęcie węzłów chłonnych – cecha N
- obecność przerzutów odległych – cecha M.

Oprócz klasyfikacji TNM obecne są, aktualnie nie są już używane przez specjalistów [17,18,19]:

- zmodyfikowany system Astler-Coller (Tabela IV)
- klasyfikacja Dukesa (Tabela V)

Tabela III. Klasyfikacja TNM raka jelita grubego według 7. edycji UICC z 2010 roku

T (*tumor*) - guz pierwotny nowotworu	
Tx	Nie można ocenić guza pierwotnego
T0	Brak guza pierwotnego
Tis	Rak *in situ*
T1	Guz nacieka błonę podśluzową
T2	Guz nacieka warstwę mięśniową
T3	Guz nacieka przez warstwę mięśniową do warstwy podsurowiczej bądź tkanki okołoodbytnicze lub okołookrężnicze
T4a	Guz penetruje przez otrzewną trzewną
T4b	Guz bezpośrednio nacieka inne struktury lub narządy
N (*lymph nodes*) – regionalne węzły chłonne	

Nx	Nie można ocenić regionalnych węzłów chłonnych
N0	Brak przerzutu w regionalnych węzłach chłonnych
N1a	Obecność przerzutów w jednym węźle chłonnym
N1b	Obecność przerzutów w dwóch lub trzech węzłach chłonnych
N1c	Depozyty komórek nowotworowych w warstwie podsurowiczej, krezce albo w niepokrytych otrzewną tkankach okołoodbytniczych lub okołookrężniczych
N2a	Obecność przerzutów w czterech do sześciu węzłach chłonnych
N2b	Obecność przerzutów w siedmiu lub więcej węzłach chłonnych
M (*metastases*) - przerzuty odległe	
M0	Przerzut odległy nieobecny
M1	Przerzuty odległe obecne
M1a	Przerzuty do jednego narządu bez obecności przerzutów do otrzewnej
M1b	Przerzuty do dwóch lub więcej organów albo obecność przerzutów do otrzewnej

Tabela IV. Klasyfikacja Astler-Collera

Klasyfikacja Astler-Collera	
Stopień	**Cechy**
A	Nowotwór ograniczony do błony śluzowej
B1	Naciek nie przekracza warstwy mięśniowej
B2	Naciek przekracza warstwę mięśniową, obejmuje tkanki okołookrężnicze albo otrzewną
C1	Stopień B1 + zajęcie okolicznych węzłów chłonnych
C2	Stopień B2 + zajęcie okolicznych węzłów chłonnych
D	Obecne przerzuty odległe

Tabela V. Klasyfikacja Dukesa

Klasyfikacja Dukesa	
Stopień	**Cechy**
A	Nowotwór ograniczony do błony śluzowej
B	Zmiana nowotworowa przekracza błonę śluzową do błony surowiczej albo tkanki tłuszczowej okołoodbytniczej
C	Przerzuty w regionalnych węzłach chłonnych
D	Obecne przerzuty odległe

Diagnostyka i rozpoznanie raka jelita grubego

Rozpoznanie choroby nowotworowej raka jelita grubego bazuje na [14,20]:

- badaniu podmiotowym,
- badaniu przedmiotowym pacjenta
- badaniach dodatkowych.

Obejmuje ono: wywiad rodzinny, badanie przedmiotowe brzucha (oglądanie, obmacywanie, opukiwanie oraz osłuchiwanie jamy brzusznej), badanie per rectum, badania laboratoryjne (badanie w kierunku krwi utajonej w kale, stężenie CEA (*carcino-embryonic antygen*, antygen rakowo-płodowy) oraz niedokrwistość mikrocytarna), badanie endoskopowe (kolonoskopia, fiberosigmoidoskopia, rektoskopia) oraz badanie histopatologiczne materiału biopsyjnego, który należy pobrać w czasie endoskopii [14,20].

W zależności od rodzaju zgłaszanych przez chorego objawów lekarz decyduje, które z badań i w jakiej kolejności wykonać, aby potwierdzić lub wykluczyć rozpoznanie guza jelita grubego [14,20].

Część badań wykorzystuje się również w badaniach przesiewowych (skriningowych), czyli przeprowadzanych u osób zdrowych, które nie zgłaszają żadnych objawów. Badania skriningowe mają na celu wykrycie na wczesnym etapie rozwoju CRC [14,20].

Badanie kału na krew utajoną jest najprostszym, najtańszym oraz najmniej inwazyjnym badaniem przesiewowym wczesnego wykrywania guza jelita grubego, pozwalającym na ujawnienie obecności krwi niewidocznej w stolcu, natomiast nie jest w stanie wykryć zaawansowanych gruczolaków oraz zmian polipowatych. Aktualnie dostępne są trzy metody pomiarowe: testy chemiczne, testy immunochromatograficzne, badanie DNA (*deoxyribonucleic acid*, kwas deoksyrybonukleinowy). Zgodnie z obecnymi wytycznymi największą czułość wykazują testy immunochromatograficzne, które ujawniają ludzką globinę [4,21,22,23].

Kolonoskopia uważana jest za złoty standard w rozpoznawaniu nowotworu jelita grubego ze względu na wysoką czułość i swoistość badania [24,25,26]. Jest to metoda diagnostyczno-terapeutyczna pozwalająca ocenić błonę śluzową całego jelita grubego, jak również końcowy fragment jelita cienkiego. Terapia endoskopowa ułatwia tamowanie krwawień, usuwanie polipów, paliatywne udrażnianie jelita grubego oraz endoskopowe poszerzanie zwężeń pozapalnych [24,25,26].

Podczas endoskopii w wielu przypadkach pobierany jest materiał biologiczny, w celu poddania go badaniu histopatologicznemu. Na jego podstawie podejmowana jest decyzja o metodzie postepowania terapeutycznego. Wytyczne zalecają wykonywanie kolonoskopii przesiewowej u wszystkich osób po 50. roku życia o przeciętnym ryzyku zachorowania, co 10 lat [24,25,26].

Diagnostyka raka jelita grubego opiera się głównie na badaniach obrazowych, takich jak [20,27]:

- badanie dwukontrastowe okrężnicy,
- rentgenogram klatki piersiowej (RTG, zdjęcie rentgenowskie),
- ultrasonografia jamy brzusznej (USG, ultrasonografia),
- endosonografia (EUS, endoskopowa ultrasonografia),
- rezonans magnetyczny (MRI, *magnetic resonance imaging*),
- tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy (CT, *computed tomography*)
- pozytonowa tomografia emisyjna (PET/CT, *positron emission tomography/computed tomography*).

Badania obrazowe mają na celu określenie stopnia zaawansowania choroby nowotworowej [20,27].

Ultrasonografia jamy brzusznej jest badaniem nieinwazyjnym oraz łatwo dostępnym, dlatego jest często używana w celu monitorowania wyników leczenia [27].

Przezskórna ultrasonografia może uwidocznić rozległość guza, ukazać nieprawidłową perystaltykę jelit oraz zwiększoną objętość treści kałowej w odcinku prestenotycznym, ale na jej podstawie nie można wykluczyć nowotworu jelita grubego. Głównym zadaniem badania ultrasonograficznego jamy brzusznej jest wykrycie obecności przerzutów do wątroby [27].

Tomografia komputerowa stała się najbardziej powszechnym badaniem w rozpoznawaniu guza jelita grubego i dzięki niej wykrywane są przerzuty odległe (rak płuc i wątroby), zajęcie węzłów chłonnych (węzły okołoodbytnicze i okołookrężnicze) oraz uławia ocenę miejscowego zaawansowania raka jelita grubego. CT stosowana jest również w diagnostyce powikłań choroby nowotworowej jelita grubego (perforacja przewodu pokarmowego, wodonercze, niedrożność, czy krwawienie) [27,28,29].

Kolonografia CT jest nowoczesną techniką diagnostyczną służącą do analizy ściany oraz wnętrza jelita grubego w trójwymiarowym odwzorowaniu [27,27,29]. Rola wirtualnej kolonoskopii na całym świecie rośnie, ponieważ, jako metoda przesiewowa, wykonywana jest

u pacjentów w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia raka jelita grubego. Obecnie uznawana jest za „złoty standard kolonoskopii", gdyż jest techniką diagnostyczną dobrze tolerowaną przez pacjentów, która na wczesnym etapie wykrywa zmiany przedrakowe [27,28,29].

Rezonans magnetyczny jest badaniem umożliwiającym ocenę stopnia zaawansowania nowotworu odbytnicy, przetok okołoodbytniczych oraz ropni [27,30,31]. Pokazuje bardzo dokładnie ścianę odbytnicy, jak również struktury anatomiczne ją otaczające oraz uwidacznia okoliczne węzły chłonne. Z jego pomocą można ocenić, w jakim stopniu bezpiecznie usunąć mezorectum, czyli wyciąć tkankę okołoodbytniczą oraz czy radioterapia i chemioterapia powinny być wdrożone przed, czy po radykalnej operacji [27,30,31].

Kolonografia MRI, czyli trójwymiarowe obrazowanie jelita grubego z podaniem środka kontrastującego bądź nie, wskazana jest w przypadku niepełnej kolonoskopii, uchyłkowości, chorobie zapalnej jelit oraz w ocenie zespoleń jelit. Pomimo wysokiej czułości badania, braku narażenia na promieniowanie jonizujące ta metoda diagnostyczna jest rzadko wykonywana [27,30,31].

Inną metodą diagnostyczną w rozpoznawaniu guzów jelita grubego jest PET, czyli pozytonowa tomografia emisyjna [20,32]. Wskazana jest u pacjentów z podejrzeniem przerzutów oraz z przerzutami resekcyjnymi w tomografii komputerowej jamy brzusznej. Jest coraz częściej stosowana w diagnostyce CRC, ponieważ ułatwia ocenę chorego pod kątem wykrycia wznowy raka jelita grubego oraz monitorowanie leczenia [20,32].

Profilaktyka raka jelita grubego

Profilaktykę raka jelita grubego można podzielić na trzy etapy: profilaktykę pierwotną, wtórną oraz późną [6,13].

Profilaktyka pierwotna ma na celu zapobieganie wystąpieniu choroby nowotworowej poprzez modyfikację oraz kontrolowanie czynników ryzyka raka, natomiast wtórna służy wykrywaniu i diagnozowaniu zachorowania na wczesnym etapie za pomocą badań przesiewowych [6,13].

Z kolei zadaniem profilaktyki trzeciorzędowej (późnej) jest zmniejszenie ryzyka zgonu, jak również zapobieganie jej nawrotom [6,13].

Profilaktyka pierwotna guza jelita grubego polega na zmianie nawyków żywieniowych oraz stylu życia pacjentka w celu zmniejszenia umieralności. Badania kliniczne wykazały działanie profilaktyczne niektórych leków, między innymi niesteroidowych leków zapalnych

(NLPZ) i kwasu acetylosalicylowego (ASA, *acetylsalicylic acid*) oraz hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) u kobiet w okresie pomenopauzalnym [3,33].

Dietoprofilaktyka stanowi główny czynnik wpływający na rozwój nowotworu jelita grubego [34,35,36]. Spożywanie dużej ilości czerwonego i przetworzonego mięsa, pokarmów z dużą zawartością białka zwierzęcego, wysokokalorycznych oraz wysokoprzetworzonych węglowodanów wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia CRC. Udowodniono, iż dieta bogata w owoce, warzywa, zboże, błonnik, białko obecne w produktach mlecznych oraz rybach chroni przed chorobą nowotworową jelita grubego. Suplementacja wapnia, witaminy D i B_6 oraz kwasu foliowego odgrywa także istotną rolę w profilaktyce pierwotnej, ponieważ wykazuje działanie przeciwrakotwórcze. Na podstawie aktualnych danych dieta powinna zawierać dużo substancji odżywczych, przeciwutleniaczy, witamin, probiotyków, prebiotyków oraz soli mineralnych w celu zapobiegania chorobie nowotworowej, jak również aby zwalczyć wolne rodniki. Generalnie zalecenia dietoprofilaktyczne dla pacjenta obejmują [34,35,36]:

- zmniejszenie spożywania czerwonego i przetworzonego mięsa,
- wprowadzenie do jadłospisu ryb morskich bogatych w selen,
- podaż błonnika około 20-40 gram dziennie,
- codzienne spożywanie 400 gram warzyw i owoców,
- zwiększenie ilości produktów mlecznych bogatych w wapń
- unikanie napojów i pokarmów o dużej gęstości energetycznej.

Kolejnym istotnym czynnikiem w zapobieganiu powstawania raka jelita grubego jest zmiana stylu życia pacjenta [37,38]. Spożywanie alkoholu powyżej dwóch drinków na dobę, czyli około 30 gram etanolu prawie dwukrotnie zwiększa zapadalność na CRC. Duże ilości wypijanego alkoholu powodują obniżenie stężenia folianów, przyspieszają wytwarzanie kwasów żółciowych oraz zaburzają naprawę i metylację DNA. Palenie papierosów już w 15-20% przyczynia się do rozwoju nowotworu jelita grubego, a zawarte w dymie tytoniowym rakotwórcze substancje uczestniczą w procesach kancerogennych. Otyłość, tak samo jak spożywanie w nadmiarze alkoholu oraz palenie papierosów, zwiększa ryzyko powstania gruczolaków jelita grubego. Wzrost wskaźnika masy ciała BMI (*Body Mass Index,* indeks masy ciała) o 5 kg/m^2 znacząco przyczynia się do zachorowania na CRC, jak również zwiększa odsetek zgonów z tego powodu. U chorych z cukrzycą typu 2, hiperglikemia, czyli zbyt wysoki poziom cukru we krwi predysponuje także do rozwoju choroby nowotworowej jelita grubego. Aby poprawić styl życia pacjenta zaleca się: utrzymanie prawidłowej masy ciała, unikanie

otyłości brzusznej, ograniczenie picia alkoholu, wprowadzenie codziennych ćwiczeń fizycznych minimum 30 minut [37,38].

Chemioprofilaktyka, czyli stosowanie niesteroidowych leków zapalnych (NLPZ) i kwasu acetylosalicylowego (ASA) wykazuje działanie profilaktyczne [7,35,39,40]. Kwas acetylosalicylowy po zażywaniu 300 miligram na dobę przez okres od 5 do 10 lat, zmniejsza o połowę zapadalność i umieralność z powodu CRC oraz występowanie nawrotów gruczolaków. ASA nie jest powszechnie zalecany do rutynowego stosowania, ponieważ powoduje działania niepożądane: udar krwotoczny oraz krwawienie z przewodu pokarmowego. Rolę w redukcji ryzyka rozwoju raka jelita grubego u kobiet odgrywa hormonalna terapia zastępcza. HTZ wykazuje pozytywny wpływ na profilaktykę CRC, jednak może powodować powikłania sercowo-naczyniowe i raka piersi, dlatego jej stosowanie jest przeciwskazane [7,35,39,40].

Profilaktyka wtórna choroby nowotworowej jelita grubego ma na celu wykrycie na wczesnym etapie gruczolaków, które uznawane są za stan przedrakowy [24,26]. Badania statystyczne wykazały, że gruczolaki rosną powoli, a okres przemiany z małego gruczolaka (do 1 cm średnicy) do raka w polipie trwa około 7-12 lat. Im wcześniej zostaną wykryte zmiany nowotworowe w jelicie grubym, tym istnieją większe szanse na wyleczenie chorego, bo aż od 76% do 90% przypadków. Badania endoskopowe (kolonoskopia, sigmoidoskopia) pozwalają zarówno rozpoznać w fazie bezobjawowej raka we wczesanym etapie, jak również usunąć polipy. Dlatego kolonoskopia wykazuje działania skriningowe oraz profilaktyczne w rozpoznawaniu CRC. W Polsce niestety ponad połowa raków wykrywana jest dopiero w stadium zaawansowanym choroby [24,26].

Najprostszym badaniem przesiewowym w rozpoznaniu nowotworu jelita grubego jest badanie stolca na obecność krwi utajonej [41,42,43]. Dzięki tej metodzie diagnostycznej lekarz decyduje, czy dana osoba powinna być dokładniej przebadana w kierunku CRC. Coroczne powtarzanie tego badania już w 15-33% zmniejsza umieralność z tego powodu. Osoby, u których wynik badania wypada dodatnio, powinny zostać poddane kolonoskopii, która ma na celu weryfikację wyniku [41,42,43].

Z kolei sigmoidoskopię, czyli badanie endoskopowe esicy oraz odbytnicy należy wykonywać raz na 5 lat. Jeżeli podczas badania zostaną wykryte polipy w jelicie grubym to powinny zostać usunięte. W celu wykonania pełnego testu endoskopowego jelita zalecana jest kolonoskopia, która zrobiona raz na 10 lat uznawana jest za optymalną metodę przesiewową [41,42,43].

W Polsce powstało wiele programów prewencyjnych, aby zwiększyć świadomość społeczeństwa na temat wczesnego zapobiegania nowotworom poprzez wykonywanie regularnych badań kontrolnych [4,44,45,46]. Od 2000 roku istnieje Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, który obejmuje Program Badań Przesiewowych w kierunku raka jelita grubego. W ramach tego programu, do roku 2011, wykonywana była bezpłatnie kolonoskopia osobom w wieku od 60. do 65. r.ż. oraz w wieku od 40. do 65. r.ż. z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku CRC, które samodzielnie zgłosiły się do wyznaczonych ośrodków bądź zostały skierowane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Od roku 2012 zostały wprowadzone również programy populacyjne (zaproszenia imienne dla osób w wieku od 55. do 64. r.ż.), które mają na celu zwiększenie dostępności do badań oraz ocenę skuteczności skriningu w okresie prowadzonego programu. Na podstawie danych dostępnych w rejestrze PBP wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego w roku 2017 łącznie wykonano 101402 kolonoskopii przesiewowych. Liczba wykonanych badań w poszczególnych województwach jest zróżnicowana. W województwie mazowieckim przeprowadzono np. 18888 badań, natomiast w województwie podlaskim tylko 784 kolonoskopii skriningowych. Ta różnica może wynikać z faktu, że jedynie w woj. podlaskim nie funkcjonuje system populacyjny badań przesiewowych [4,44,45,46].

Leczenie raka jelita grubego

Leczenie nowotworów jelita grubego zależy głównie od umiejscowienia raka (okrężnica lub odbytnica) i stopnia złośliwości [47,48].

Najkorzystniejsza strategia leczenia zależy od kilku czynników dotyczących samego pacjenta, jak również nowotworu. Aspekty dotyczące chorego obejmują: ogólny stan zdrowia pacjenta, wywiad rodzinny, wywiad medyczny (przebyte choroby), dolegliwości fizyczne, wyniki badań przedmiotowych, laboratoryjnych (morfologia krwi, czynność wątroby i nerek i oznaczenie CEA) oraz wyniki badań obrazowych i endoskopowych. Natomiast czynniki zależne od nowotworu to: stadium zaawansowania choroby, rozległość i lokalizacja raka, obecność przerzutów oraz typ histopatologiczny zmiany [47,48].

W terapii choroby nowotworowej jelita grubego stosuje się: leczenie chirurgiczne, immunoterapię, chemioterapię oraz radioterapię [49]. Zabieg operacyjny oraz radioterapia wchodzą w skład terapii lokalnej, natomiast chemioterapia i immunoterapia – to terapia systemowa [49].

Terapia lokalna ma na celu usunięcie bądź zniszczenie guza w okolicy odbytnicy lub okrężnicy oraz na kontrolowaniu przerzutów. Natomiast terapia systemowa, za pomocą leków wprowadzonych do krwioobiegu, niszczy i kontroluje chorobę nowotworową w całym organizmie. Wymienione metody leczenia mogą być stosowane osobno bądź jako leczenie skojarzone [49].

Zabieg chirurgiczny jest podstawową metodą leczenia raka jelita grubego, mającą na celu usunięcie pierwotnego guza. Na schemat leczenia, który wybierany jest przez zespół specjalistów medycznych, ma wpływ lokalizacja zmiany nowotworowej [50,51].

W przypadku guza okrężnicy, podczas operacji usuwany jest segment jelita grubego z guzem i regionalnymi węzłami chłonnymi [7,20,47,52,53,54]. W razie konieczności, w trakcie zabiegu, wycinane są przerzuty z sąsiadujących narządów. Wśród metod leczenia chirurgicznego nowotworu okrężnicy wyróżnia się zabieg laparoskopowy oraz otwarta operację. W zależności od umiejscowienia guza w okrężnicy stosuje się różne zakresy operacji, między innymi [7,20,47,52,53,54]:

- hemikolektomię prawostronną (guz wstępniacy oraz kątnicy),
- poszerzoną hemikolektomię prawostronną (rak zagięcia wątrobowego okrężnicy),
- hemikolektomię lewostronną (guz zstępnicy),
- poszerzoną hemikolektomię lewostronną (guz poprzecznicy),
- resekcję esicy,
- subtotalną kolektomię (guz synchroniczny).

Zabieg chirurgiczny połączony z chemioterapią uzupełniającą zmniejsza ryzyko nawrotów choroby oraz może całkowicie wyleczyć pacjenta we wczesnym stadium zaawansowania [7,20,47,52,53,54]. Natomiast CTH (*chemotherapy*, chemioterapia) paliatywna wydłuża czas przeżycia chorego w późniejszym stopniu choroby nowotworowej. Radioterapia w przypadku guza okrężnicy nie jest postepowaniem rutynowym, ponieważ nie wpływa ona na poprawę przeżyć odległych, a powoduje tylko wzrost toksyczności leczenia [7,20,47,52,53,54].

Tak samo jak w przypadku guza okrężnicy, leczeniem pierwszorzędowym w sytuacji nowotworu odbytnicy jest radykalne usunięcie guza, który ma na celu usunięcie zmiany nowotworowej, ale także zachowanie ciągłości przewodu pokarmowego [7,48,52-56]. Rak odbytnicy najczęściej leczony jest w sposób skojarzony, czyli obejmujący radioterapię (przedoperacyjną, pooperacyjną) oraz chemioterapię pooperacyjną. Wśród sposobów leczenia chirurgicznego nowotworu odbytnicy wyróżnia się [7,48,52-56]:

- amputację brzuszno-kroczową
- amputację brzuszno-krzyżową,
- operację Hartmanna,
- resekcję przednią i międzyzwieraczową,
- miejscowe wycięcie guza odbytnicy.

Radioterapia stanowi leczenie uzupełniające u pacjentów z rakiem odbytnicy. Obecnie częściej stosuje się RTH (*radiotherapy*, radioterapia) przedoperacyjną niż pooperacyjną, ponieważ zapewnia mniejszą toksyczność oraz mniejszy odsetek nawrotów miejscowych choroby. Radioterapia paliatywna zmniejsza krwawienie i dolegliwości bólowe, jak również łagodzi objawy wskazujące na obecność przerzutów. W przypadku braku możliwości leczenia chirurgicznego RTH wysokodawkowa stanowi samodzielną technikę terapeutyczną u pacjentów z guzem odbytnicy [7,48,52-56].

Piśmiennictwo

1. Nasierowska-Guttmejer A., Kołos M.: Patomorfologia raka jelita grubego. Stan przedrakowy. Histochemiczne markery prognostyczne i predykcyjne. Stadia zaawansowania. [w:] Rak jelita grubego. Deptała A., Wojtukiewicz M.Z. (red.). Termedia, Poznań, 2018, 43.
2. Deptała A.: Epidemiologia, wskaźniki przeżycia, środowiskowe uwarunkowania rozwoju raka jelita grubego. [w:] Rak jelita grubego. Deptała A., Wojtukiewicz M.Z. (red.). Termedia, Poznań, 2018, 13-15.
3. Chrobak-Bień J.Z., Gawor A., Gąsiorowska A.: Wiedza chorych na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka jelita grubego. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2016, 6, 187-195.
4. Musińska M., Minkiewicz M., Wasielica-Berger J., Kidrycki K., Kurek K.: Badania przesiewowe w profilaktyce raka jelita grubego. Medycyna Rodzinna, 2018, 3, 232-244.
5. http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-jelita-grubego-c18-21/, (data dostępu 17.03.2021).
6. Krenzel I., Bilewicz-Wyrozumska T., Rogozińska E., Słoma M., Bilewicz-Stebel M., Malczyk W., Ślepecki D., Szwajnoch M., Niciak D.: Ocena wiedzy na temat wybranych programów profilaktycznych raka jelita grubego w populacji osób starszych. [w:]

Zdrowie publiczne standardem dobrostanu, Turowski K. (red.). NeuroCentrum, Lublin, 2018, 187-201.

7. Zyśk R., Wysocki P., Wyrwicz L.: Rak jelita grubego – społeczne znaczenie zmian w zakresie epidemiologii i możliwości leczenia w Polsce. Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2014, 10, 212-223.
8. Kapela I., Bąk E., Krzemińska S.A., Foltyn A.: Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2017, 1, 53-61.
9. Wojciechowska U., Czaderny K., Ciuba A., Olasek P., Didkowska J.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2016 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskie-Curie, 2018, 25-27.
10. Wojciechowska U., Didkowska J.: Zmiany wskaźników 5-letnich przeżyć względnych w Polsce u chorych zdiagnozowanych w latach 1999–2010. Nowotwory. Journal of Oncology, 2017, 2, 448–458.
11. Bielska-Lasota M., Krzyżak M., Kwiatkowska K., Bogusz J., Maślach D., Wysocki M.J.: Zróżnicowanie wyleczalności chorych na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce na tle krajów europejskich w latach 2005–2009 na podstawie badania Concord 2. Nowotwory Journal of Oncology, 2016, 3, 202–211.
12. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce – wskaźnik 5-letnich przeżyć według województw. Krajowy Rejestr Nowotworów. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskie-Curie, 2010, 16-18.
13. Markowska A., Górka J., Grochans E., Szkup M.: Ocena wiedzy wybranych grup społecznych na temat profilaktyki raka jelita grubego. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2016, 22, 303–306.
14. Powalski G., Rydzewska G.: Objawy podmiotowe, przedmiotowe oraz standardy rozpoznawania raka jelita grubego. [w:] Rak jelita grubego. Deptała A., Wojtukiewicz M.Z. (red.). Termedia, Poznań, 2018, 67-78.
15. Gawroński M., Gutowska K., Wandtke J.: Epigenetyka w rozwoju raka jelita grubego. [w:] Najnowsze badania z zakresu chorób nowotworowych. Zdunek B., Olszówka M. (red.). Tygiel, Lublin, 2016, 7-15.
16. http://onkologia.org.pl/nowotwory-jelita-grubego/, (data dostępu 17.03.2021).
17. Potemski P.: Epidemiologia, badania przesiewowe i klasyfikacja zaawansowania klinicznego raka jelita grubego. Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2010, 6, 283–289.
18. AJCC Cancer Staging Handbook. 7th Edition. Springer-Verlag Nowy Jork 2010.

19. Sobin L., Gospodarowicz M., Wittekind C.: TNM. Klasyfikacja nowotworów złośliwych. Via Medica, Gdańsk, 2010, 79–83.
20. Herman R., Reguła J., Pałucki J., Polkowski W., Potemski P.: Rak okrężnicy. [w:] Nowotwory układu pokarmowego. Potemski P., Polkowski W. (red.). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, 2015, 1, 180-197.
21. Janczak D.: Dodatni wynik testu na krew utajoną w kale (FOBT) a odległe przeżycie u osób w wieku podeszłym. Medycyna po Dyplomie, 2011, 9,25-26.
22. Kistler Ch.E., Kirby K.A., Lee D., Casadei M.A., Walter L.C.: Long-term Outcomes Following Positive Fecal Occult Blood Test Results in Older Adults. Polish Archives of Internal Medicine, 2011, 1344-1351.
23. Charchut A., Wójcik M., Kościelniak B.K., Tomasik P.J.: Testy na krew utajoną w stolcu w samokontroli i w badaniach w miejscu opieki. Diagnostyka laboratoryjna, 2017, 2, 101-106.
24. Jurczak A., Kaczmarek G., Wieder-Huszla S., Grochans E., Szkup-Jabłońska M., Stanisławska M.: Znaczenie kolonoskopowych badań przesiewowych w opinii społecznej. Family Medicine & Primary Care Review, 2012, 14, 370–372.
25. Dołoto K., Antos E., Wojciechowska M.: Kolonoskopia w profilaktyce raka jelita grubego – działania pielęgniarskie w przygotowaniu do badania. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2017, 102-106.
26. Kobus G., Łagoda K., Tyniewicka I., Sawicka J., Snarska K: Częstość występowania raka i polipów jelita grubego u chorych zakwalifikowanych do diagnostycznej kolonoskopii. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2012, 93, 327-333.
27. Walecki J., Bulski T., Furmanek M.: Diagnostyka obrazowa w raku jelita grubego. [w:] Rak jelita grubego. Deptała A., Wojtukiewicz M.Z. (red.). Termedia, Poznań, 2018, 79-94.
28. Philips A., Lubner M., Harms B.: Computed tomographic colonography. Surgical Clinics of North America, 2011, 91, 127-139.
29. Llinás M.P., Martin A.D., Colella J.R.A.: CT colonography: What radiologists need to know. Radiologia, 2011, 4, 315-325.
30. Cieszanowski A.: Zastosowanie badania rezonansu magnetycznego w onkologii. Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2013, 9, 60–69.
31. Thornton E., Morrin M.M., Yee J.: Current status of MR colonography. Radiographics, 2010, 30, 201-218 .

32. Królicki L., Kunikowska J., Kobylecka M., Mączewska J., Fronczewska K.: Znaczenie pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) w diagnostyce schorzeń onkologicznych. Postępy Nauk Medycznych, 2011, 2, 104-108.
33. Chan A.T., Giovannucci E.L.: Primary prevention of colorectal cancer. Gastroenterology, 2010, 138, 836-845.
34. Kałędkiewicz E., Doboszyńska A.: Dietoprofilaktyka raka jelita grubego. Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2012, 8, 171–177.
35. Siepsiak M., Połom A., Adrych K.: Profilaktyka raka jelita grubego. Farmacja Współczesna, 2015, 8, 1-5.
36. Larsson S.C., Orsini N., Wolk A.: Vitamin B6 and risk of colorectal cancer: a meta-analysis of prospective studies. Jama, 2010, 303, 1077-1083.
37. Reguła J., Chaber-Ciopińska A.: Profilaktyka pierwotna i wtórna raka jelita grubego. [w:] Rak jelita grubego. Deptała A., Wojtukiewicz M.Z. (red.). Termedia, Poznań, 2018, 55-65.
38. Tuchowska P., Worach-Kardas H., Marcinkowski J.T.: Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2013, 94, 166-171.
39. Leszczyńska K., Likos A., Irzyniec T., Leszczyński G.: Wpływ badań przesiewowych na zmniejszenie śmiertelności z powodu nowotworów jelita grubego. Zdrowie i Dobrostan, 2013, 1, 115-132.
40. Bibbins-Domingo K.: Aspirin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Colorectal Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine, 2016, 164, 836-845.
41. Wiltz S.A, Nelson R.M.: Jaka jest najskuteczniejsza strategia badań przesiewowych u osób z rakiem jelita grubego w wywiadzie rodzinnym? The Journal of Family Practice, 2010, 3, 176-178.
42. Kubiak A., Kycler W., Trojanowski M.: Epidemiologia i profilaktyka raka jelita grubego w Polsce. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2014, 95, 636-642.
43. Vu H.T., Burke C.A.: Postęp w badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego. Medycyna po Dyplomie, 2010, 19, 63-72.
44. Stefanowicz A., Kulik T.B, Skórzyńska H., Środa M.: Wiedza o programie profilaktyki raka jelita grubego wśród osób w wieku 50-65 lat. Geriatria, 2017, 11, 259-264.

45. Raczyńska G., Jędrzejkiewicz B., Sykut A., Dobrowolska B.: Udział pielęgniarki w działaniach edukacyjnych podnoszących poziom świadomości pacjentów na temat profilaktyki raka jelita grubego. Journal of Education, Health and Sport, 2016, 6, 195-204.
46. Kozłowska E., Kowalczyk A.: Wiedza i postawy pracowników biurowych wobec Programu Badań Przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia nowotworu jelita grubego. Journal of Education, Health and Sport, 2015, 5, 443-456.
47. Słodkowski M.: Chirurgiczne leczenie chorych na raka jelita grubego zlokalizowanego w okrężnicy. [w:] Rak jelita grubego. Deptała A., Wojtukiewicz M.Z. (red.). Termedia, Poznań, 2018, 121-133.
48. Rutkowski A.: Chirurgiczne leczenie chorych na raka jelita grubego zlokalizowanego w odbytnicy. [w:] Rak jelita grubego. Deptała A., Wojtukiewicz M.Z. (red.). Termedia, Poznań, 2018, 135-145.
49. http://onkologia.org.pl/okreznica/, (data dostępu 24.03.2021).
50. Polkowski W.P., Sitarz R.: Zasady chirurgii onkologicznej układu pokarmowego. Gastroenterologia Kliniczna, 2011, 3, 1–8.
51. Strąg-Lemanowicz A., Leppert W.: Rola onkologicznego leczenia systemowego u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2014, 8, 11–22.
52. Łacko A.: Rak jelita grubego. Postępy Nauk Medycznych, 2011, 24, 137-145.
53. Bujko K.: Rola radioterapii o założeniu radykalnym u chorych na raka jelita grubego. [w:] Rak jelita grubego. Deptała A., Wojtukiewicz M.Z. (red.). Termedia, Poznań, 2018, 233-237.
54. Potemski P.: Nowotwory jelita grubego i kanału odbytu. [w:] Aktualne zasady postepowania diagnostyczno-terapeutycznego w onkologii. Meder J. (red.). Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 2011, 61-69.
55. Bujko K.: Radioterapia u chorych na raka jelita grubego. Gastroenterologia Kliniczna, 2013, 5, 162-167.
56. Bujko K., Herman R., Pałucki J., Polkowski W., Potemski P.: Rak odbytnicy. [w:] Nowotwory układu pokarmowego. Potemski P., Polkowski W. (red.). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, 2015, 1, 198-206.

Psychodeliki w zmniejszaniu objawów lęku i depresji towarzyszących chorobie terminalnej

Emilia Nowak[1], Dominika Psiuk[1], Magdalena Ostojska[1], Piotr Stępień[1], Urszula Łopuszańska[2]

1. Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Psychologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Katedra i Zakład Psychologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

Nowotwory są jedną z najczęstszych przyczyn śmierci na świecie. Szacowana liczba zgonów z powodu nowotworu złośliwego w 2020 roku wyniosła niemal 10 milionów, najczęściej w przebiegu raka płuca, jelita grubego, wątroby, żołądka i piersi [1].

Poza negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi wywołanymi przez nowotwór oraz licznymi działaniami niepożądanymi wynikającymi ze stosowanego leczenia, niekiedy pacjenci doświadczają zaburzeń psychicznych, wynikających ze stresu związanego z życiem z chorobą nowotworową oraz wizji zbliżającej się śmierci [2].

Szacuje się, że depresja występuje u co 2-5 osoby chorującej na nowotwór [3,4]. Częste występowanie depresji i lęku w chorobie nowotworowej wynika z wielu czynników, między innymi ze: stanu zdrowotnego pacjenta, jego sytuacji socjoekonomicznej oraz typu nowotworu i rodzaju stosowanej terapii (tabela I).

Istnieją doniesienia, że współwystępowanie depresji i lęku wśród pacjentów z chorobą nowotworową mogą przyczyniać się do trudności w jej leczeniu oraz w powrocie do zdrowia. Stany lękowo-depresyjne mogą dodatkowo zmniejszać szanse przeżycia pacjentów. Istnieje zatem konieczność zapobiegania wystąpieniu zaburzeń psychicznych, jak i ich odpowiedniego leczenia w grupie osób chorujących na nowotwory [5].

Współczesne metody leczenia depresji i lęku u pacjentów z chorobą nowotworową obejmują przede wszystkim różne formy psychoterapii, między innymi trening relaksacyjny, terapię kognitywno-behawioralną i terapię interpersonalną, aktywność fizyczną, farmakotera-

pię opartą na stosowaniu leków przeciwdepresyjnych i przeciwlękowych oraz połączenie metod psychoterapeutycznych i farmakologicznych [10,11].

Tabela I. Czynniki modulujące ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych u pacjentów z chorobą nowotworową

Obszar	Czynniki
Stan pacjenta [6]	- Wiek (częściej u młodszych pacjentów) - Płeć (częściej u kobiet) - Typ osobowości - Czynniki genetyczne - Współistnienie innej choroby - Wcześniej zdiagnozowane choroby psychiczne
Czynniki socjoekonomiczne [6]	- Poziom wykształcenia - Wysokość dochodu - Dostęp do ochrony zdrowia
Ciężkość przebiegu choroby nowotworowej [7,8]	- Rodzaj nowotworu - Stopień zaawansowania choroby nowotworowej - Ciężkość objawów - Poziom bólu i stopień niepełnosprawności - Czas trwania choroby - Szansa na wyleczenie - Rokowanie
Długoterminowy przebieg choroby [8,9]	- Powikłania leczenia - Bezsenność - Przewlekły ból - Częste, niekiedy długie hospitalizacje - Niepewność wyniku wizyt kontrolnych - Lęk przed nawrotem choroby

Badania wykazują porównywalną, umiarkowaną skuteczność stosowania zarówno psychoterapii, jak i farmakoterapii w poprawianiu jakości życia i zmniejszaniu objawów depresji [12].

Stosowanie farmakoterapii wiąże się z pewnymi ograniczeniami, jakimi są między innymi: działania niepożądane, ryzyko rozwoju tolerancji i uzależnienia w przypadku niektórych leków z grupy benzodiazepin oraz wysoki odsetek depresji opornej na leczenie (nawet 30% pacjentów) [13,14,15,16].

Należy również zwrócić uwagę na ryzyko potencjalnych interakcji leków antydepresyjnych i przeciwlękowych z preparatami przeciwnowotworowymi [17].

Wybór psychoterapii i innych metod niefarmakologicznych w leczeniu depresji wydaje się bezpieczny w porównaniu z farmakoterapią, jednak wpływ tych interwencji na odpowiedź kliniczną jest niejasny, a jakość dowodów skuteczności niska [18].

Jednym z najnowszych kierunków badań nad nowymi metodami leczenia depresji i lęku jest wykorzystanie w tym celu substancji halucynogennych, wykazujących powinowactwo do receptorów serotoninowych 5-TH, zwanych również psychodelikami. Substancje należące do grupy tak zwanych "klasycznych psychodelików", takie jak: dietyloamid kwasu D-lizergowego (LSD), meskalina, psylocybina i dimetylotryptamina (DMT) są agonistami receptorów serotoninowych 2A 5-TH2AR, z kolei związki spoza tej grupy, takie jak 3,4-metylenodioksymetamfetamina (MDMA) wykazują inne działania stymulujące uwalnianie serotoniny, na przykład blokowanie receptorów SERT (sodium-dependent serotonin transporter) [19,20]. Powyższe mechanizmy uważa się za odpowiedzialne za zmiany w świadomości oraz wywoływanie halucynacji [21]. Działanie psychodelików powoduje między innymi zmniejszanie aktywności ciała migdałowatego w obliczu strachu i zwiększanie neuroplastyczności mózgu [22,23]. Efektem tych aktywności są długoterminowe zmiany w percepcji, poznaniu, afekcie i emocjach, co związane jest między innymi z poprawą nastroju i empatii [24]. Dodatkowo wydaje się, że samo doświadczenie odmiennego stanu świadomości towarzyszącemu zażyciu substancji ma silny związek z późniejszymi zmianami postrzegania własnej osoby i otaczającego świata [25].

Z racji ograniczeń dostępnych wyborów terapeutycznych, należy rozważyć potencjalne wykorzystanie substancji psychodelicznych w zmniejszaniu lęku i depresji u pacjentów cierpiących na chorobę nowotworową.

Materiał i metody

W celu podsumowania dostępnej wiedzy na temat zastosowania psychodelików w aspekcie klinicznym, zostały wyszukane adekwatne badania kliniczne przy użyciu bazy PubMed za pomocą wyrażenia "*psychedelics and cancer*", otrzymano 794 wyniki.

Kryteriami włączenia pracy były podawane substancje (psychodeliki) oraz dodatkowo rozpoznanie depresji i stanów lękowych w chorobie nowotworowej.

Wyniki wyszukiwania zostały ograniczone do randomizowanych badań klinicznych (59 wyników), które zostały opublikowane na przestrzeni ostatnich 10 lat. Jedno badanie zostało przeprowadzone w latach 70. ubiegłego wieku i nie ma charakteru randomizowanego, jednak postanowiliśmy je włączyć z racji jego pionierskości i wpływie jego obiecujących wyników na niedawno przeprowadzone badania.

Następnie odrzucono pozycje niespełniające kryteriów włączenia do pracy. Ostatecznie wybrano i opisano 7 badań klinicznych (tabela II).

Tabela II. Zestawienie analizowanych badań klinicznych dotyczących zastosowania psychodelików w zmniejszaniu objawów lęku i depresji, towarzyszących chorobie terminalnej

	Autorzy, rok	**Liczba osób badanych**	**Rodzaj badania**	**Grupa badana, rodzaj przyjmowanej substancji**	**Grupa kontrolna, rodzaj przyjmowanej substancji**
1.	Grof S i wsp, 1973 [26]	31	badanie otwarte *(ang. open label)*	n=31, LSD	-
2.	Grob CS i wsp, 2011 [28]	12	badanie eksperymentalne naprzemienne z podwójną ślepą próbą, *(ang. a double-blind, crossover study)*	Psylocybina, 0,2 mg/kg (n=12)	Niacyna, 250 mg (n=12)
3.	Gasser P i wsp, 2014 [31]	12	badanie eksperymentalne naprzemienne z podwójną ślepą próbą, *(ang. a double-blind, crossover study)*	LSD, 200 ug (n=8)	LSD, 20 µg (n=4)
4.			badanie eksperymentalne naprzemienne z podwójną ślepą próbą, *(ang. a double-blind, crossover study)* dodatkowa sesja otwarta (ang. *open-label)*	-	LSD, 200 µg (n=4)
5.	Gasser P i wsp, 2015 [32]	10	Badanie długoterminowe, kontrola po 12 miesiącach od ostatniej dawki	LSD, 200 ug (n=7)	LSD, 20 µg, 200 µg (n=3)
6.	Ross S i wsp, 2016 [29]	29	badanie eksperymentalne naprzemienne z podwójną ślepą próbą, *(ang. a double-blind, crossover study)*	Psylocybina, 0,3 mg/kg (n=29)	Niacyna, 250 mg (n=29)
7.	Griffiths RR i wsp, 2016 [30]	51	badanie eksperymentalne naprzemienne z podwójną ślepą próbą, *(ang. a double-blind, crossover study)*	Psylocybina, 22-30 mg/70 kg (n=51)	Psylocybina, 1-3 mg/70 mg (n=51)
8.	Wolfson PE i wsp, 2020 [33]	18	badanie z podwójną ślepą próbą *(ang. dobule-blind study*)	MDMA, 125 mg (n=13)	Placebo (n=5)

Wyniki

Pierwsze badanie kliniczne oceniające skuteczność stosowania psychodelików w zmniejszaniu objawów depresji u osób z chorobą terminalną zostało przeprowadzone w 1973 roku przez grupę Grof i wsp. [26] i dotyczyło użycia LSD jako dodatku do psychoterapii. Badanie miało charakter „otwarty" (ang. *open label),* bez grupy kontrolnej i randomizacji. Ze względu na jego pionierskość została podjęta decyzja o uwzględnieniu wyników badań w niniejszej pracy. Trzydziestu jeden pacjentów wzięło udział w badaniu, które składało się z trzech następujących po sobie etapów. Etap pierwszy składał się z serii sesji terapeutycznych trwających 6 - 12 godzin, mających na celu nawiązanie relacji z pacjentem. Rozmawiano o obecnej sytuacji pacjenta. Uwagę pacjentów skupiano nie na myślach dotyczących śmierci, lecz na przeżyciu pozostałego im czasu w najlepszy możliwy sposób. Podczas sesji terapeutycznych poruszone zostały tematy nierozwiązanych problemów między pacjentem a członkami jego rodziny, problemów z konfrontacją i akceptacją postawionej im diagnozy oraz znaczących konfliktów intrapersonalnych ujawnionych w czasie trwania terapii. Podczas specjalnej sesji bezpośrednio poprzedzającej przyjęcie przez pacjentów substancji psychodelicznych, udzielono im najważniejszych informacji o działaniu psychodelików i ich wpływie na świadomość człowieka. Etap drugi polegał na doustnym przyjęciu przez pacjentów LSD w dawce 200-500 µg w kontrolowanych warunkach z obecnością personelu medycznego podczas sesji trwającej średnio 11,15 h sesji. Tego samego dnia wieczorem, po odzyskaniu przez pacjentów wyjściowego stanu świadomości zaproszono osoby bliskie pacjentom, by towarzyszyły im podczas końcowej części badania. Etap 3 rozpoczął się natychmiast po zakończeniu sesji z podaniem psychodelików i polegał na serii sesji terapeutycznych w ciągu kolejnych dni, skupiających się na omówieniu i integracji doświadczeń nabytych podczas przyjęcia LSD.

W związku z brakiem możliwości uzupełnienia skal i pytań dotyczących subiektywnych odczuć pacjentów z powodu bólu i wyczerpania związanego z chorobą nowotworową, jako narzędzie pomiaru efektów terapii wykorzystano skalę stworzoną przez Pahnke'go i Richards'a, opierającą się na ocenie pacjenta z perspektywy zewnętrznych obserwatorów (lekarzy, pielęgniarek, członków rodziny, terapeutów LSD, koterapeutów i niezależnych oceniających). Uwzględniała ona 13 odrębnych ocen, od +6 do -6, odzwierciedlając poziom depresji, izolacji psychicznej, lęku, trudności w radzeniu sobie

z dolegliwościami, strachu przed śmiercią i bólu. Natężenie odczuwanego bólu lub tolerancja na ból oceniana była na podstawie ilości narkotycznych leków przeciwbólowych koniecznych w terapii pacjenta. Poprawa stanu pacjenta mierzona była przez porównanie uzyskanych wyników skali przed i po zastosowaniu terapii. Wszystkie uwzględnione parametry wykazały poprawę względem stanu sprzed terapii. Spośród 36 badanych parametrów jedynie 6 nie wykazało istotności statystycznej lub zdecydowanej tendencji do poprawy. Ogólny poziom poprawy stanu pacjentów oceniono porównując wskaźnik, który uzyskano łącząc oceny od wszystkich oceniających, w odniesieniu do każdego z pacjentów, a następnie łącząc dane wszystkich badanych parametrów. „Zdecydowaną poprawę" zdefiniowano jako wzrost ogólnego wskaźnika o 4 i więcej punktów, „umiarkowaną poprawę" jako wzrost o 2 - 4 punkty, a wzrost o mniej niż 2 punkty uznano jako „brak zmiany względem stanu sprzed terapii". 9 pacjentów (29%) wykazało zdecydowana poprawę, 13 pacjentów (41,9%) - umiarkowaną poprawę, a 7 pacjentów (22,6%) nie wykazało zmiany względem stanu sprzed terapii. Jedynie u 2 pacjentów (6,4%) po zastosowaniu terapii zarejestrowano pogorszenie badanych parametrów, co przypuszczalnie związane było nie tyle z niekorzystnym działaniem zastosowanej terapii, co z postępującym charakterem choroby nowotworowej. Liczba wymaganych w leczeniu pacjenta narkotycznych środków przeciwbólowych również wykazała pozytywne tendencje, lecz zarejestrowane zmiany nie były istotne statystycznie.

Doświadczenia doznawane przez pacjentów poddanych badaniu podczas sesji z podaniem substancji psychodelicznych nie różniły się znacząco od tych obserwowanych w poprzednich badaniach z udziałem pacjentów z innymi dolegliwościami. Największe efekty terapeutyczne odnotowano u pacjentów, którzy doświadczyli intensywnych przeżyć szczytowych - mistycznych doświadczeń jedności, poprzedzonych uczuciem agonii, śmierci z następującym duchowym odrodzeniem - dotyczyło to 25% badanych.

W czasie trwania sesji z przyjmowaniem przez pacjentów substancji psychodelicznej zauważono większą, niż w poprzednich badaniach, z pacjentami psychiatrycznymi, częstość występowania działań niepożądanych, takich jak bóle głowy, drżenia, nudności, problemy z oddychaniem i kołatanie serca. Dodatkowo zarejestrowano również występowanie objawów związanych z chorobą nowotworową, takich jak: nietrzymaniu moczu i stolca u pacjentów z guzami miednicy lub przerzutami do rdzenia kręgowego oraz wymioty u pacjentów z rakiem żołądka lub niedrożnością jelit. Odnotowano również względnie wysoki poziom zmęczenia sesją z przyjęciem substancji psychodelicznych, występujący nie tylko w dniu sesji, lecz także następnego dnia [26].

Badania nad zastosowaniem substancji psychodelicznych zostały wznowione stosunkowo niedawno, a ich wyniki są publikowane od ostatnich 10 lat. Ze względu na wyjątkowe efekty wywoływane przez zażywanie halucynogenów, badanie ich wymaga odpowiedniego przygotowania zarówno pacjenta, jak i otoczenia. Długie działanie substancji psychodelicznej i silna zależność między efektem jej działania a nastawieniem pacjenta i jego otoczeniem obliguje do stworzenia takich warunków, w których uczestnik badania będzie miał zapewnione poczucie bezpieczeństwa i wsparcia ze strony doświadczonych i zaufanych osób [27]. W tym celu badacze niżej opisanych prac korzystali z podobnego modelu sesji terapeutycznych. Na potrzeby badań gabinety, w których odbywały się sesje zostały urządzone w sposób pozwalający uczestnikowi na spoczęcie w wygodnej pozycji. Podczas sesji uczestnicy mogli leżeć w łóżku z założonymi opaskami na oczy oraz słuchać wcześniej dobranej muzyki relaksacyjnej. Przez cały okres trwania każdej sesji uczestnikom towarzyszył monitor, odpowiednio przeszkolony psychoterapeuta, którego rolą było wspieranie uczestnika badania oraz zachęcanie go do eksplorowania własnego wnętrza. Często uczestnicy badania spotykali się z monitorami przez sesją w celu nawiązania więzi opartej na zaufaniu. Po sesji terapeutycznej monitor pomagał uczestnikowi w podsumowaniu doświadczenia [19].

Psylocybina

W 2011 Grob i wsp. opublikowali wyniki pierwszego randomizowanego badania klinicznego, wykorzystującego substancję psychodeliczną u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową [28].

Dwunastu pacjentów zostało przypisanych do dwóch grup, w których przyjęli psychodelik - psylocybinę w dawce 0,2 mg/kg - oraz 250 mg niacyny jako placebo na jednej z dwóch sesji terapeutycznych oddzielonych od siebie kilkoma tygodniami. Na drugiej sesji nastąpiła zamiana i uczestnicy, którzy wcześniej przyjęli psylocybinę otrzymali placebo i *vice versa*. Informacja o kolejności podawania obu substancji w sesjach była podwójnie zaślepiona. Wśród pacjentów przyjmujących psylocybinę zaobserwowano istotną 30% redukcję objawów depresji mierzonych Inwentarzem Depresji Becka (*ang. Beck Depression Inventory, BDI)* między pierwszą a drugą sesją, która utrzymała się do 6. miesiąca po leczeniu. Ponadto zaobserwowano długoterminową, istotną redukcję lęku mierzonego Inwentarzem Stanu i Cechy Lęku (*ang. State-Trait Inventory, STAI*), utrzymującą się co najmniej 6 miesięcy

od ostatniej sesji terapeutycznej. Dodatkowo odnotowano nieistotną statystycznie poprawę nastroju, mierzoną kwestionariuszem POMS (*ang. Profile of Mood States*). Nie zaobserwowano wystąpienia ciężkich ani klinicznie istotnych działań niepożądanych psylocybiny [28].

Podobne badanie zostało przeprowadzone przez Ross i wsp. Dwudziestu dziewięciu pacjentów przyjęło psylocybinę (0,3 mg/kg) lub niacynę (250 mg) jako placebo w nieznanej kolejności na dwóch sesjach terapeutycznych oddzielonych od siebie 7. tygodniami. Po pierwszej sesji zaobserwowano istotną redukcję lęku i objawów depresji mierzonych przy pomocy kwestionariuszy BDI, STAI oraz Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (*ang. Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*) u pacjentów, którzy otrzymali psylocybinę w pierwszej kolejności. Ponadto, tydzień po pierwszej sesji 83% pacjentów z tej grupy spełniło kryteria odpowiedzi na leczenie przeciwdepresyjne (*ang. antidepressant response rate*) w BDI oraz 58% spełniło kryteria odpowiedzi na leczenie przeciwlękowe (*ang. anxiolytic response rate*), podczas gdy wśród uczestników sesji kontrolnej podobne wyniki osiągnęło odpowiednio 14% i 14% pacjentów. Dwa tygodnie po sesji z użyciem psylocybiny odnotowano redukcję zmian w emocjach wynikających z choroby nowotworowej, takich jak poczucie bezsilności czy demoralizacja oraz poprawę jakości życia i ogólnego samozadowolenia. Efekty utrzymały się co najmniej do kontroli, czyli do 6,5 miesiąca po leczeniu. Zarówno przeciwdepresyjne, jak i przeciwlękowe efekty psylocybiny utrzymały się, co zaobserwowano u 60-80% pacjentów w 6,5 miesiącu po leczeniu. Należy wspomnieć, że doświadczenie mistyczne wywołane przyjęciem psylocybiny miało silny, pozytywny wpływ na końcowy efekt terapeutyczny [29].

W celu poprawy jakości próby kontrolnej, Griffiths i wsp. zmienili substancję przyjmowaną jako placebo. W obu poprzednich badaniach została użyta niacyna wywołująca niewielkie zmiany fizjologiczne, takie jak zaczerwienienie twarzy, pobudzenie, uczucie ciepła i mrowienia, bez wpływu na stan psychiczny pacjenta. Mimo to zarówno pacjenci, jak i monitorzy, i badacze byli w stanie poprawnie odgadnąć, jaka substancja została podana w danej sesji [28,29]. W badaniu Griffiths i wsp. uczestnikom podano wysoką (22 lub 30 mg/70 kg m.c.) lub niską, kontrolną (1 lub 3 mg/70 kg m.c.) dawkę psylocybiny. Badanie potwierdziło wyniki dotychczasowych analiz. Pacjenci przyjmujący wysoką dawkę psylocybiny zademonstrowali znaczną redukcję objawów depresji i lęku zarówno w skalach klinicznych, jak i samooceniających scenariuszach. Ogólny odsetek odpowiedzi klinicznej zmierzony w 6. miesiącu od ostatniej sesji wynosił odpowiednio 78% i 83% dla depresji i lęku, a ogólny odsetek remisji odpowiednio 65% i 57%.

Co więcej, uczestnicy zgłaszali pozytywny wpływ doświadczenia na zmianę nastawienia do samych siebie i relacji z otoczeniem, a także na duchowy aspekt ich życia. Nie zgłoszono żadnych poważnych działań niepożądanych [30].

LSD

W badaniu Gasser i wsp. uczestniczyło 12 pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą terminalną. Odpowiednio 8 i 4 pacjentów zostało przypisanych do grupy przyjmującej LSD w dużej (200 µg) i małej (20 µg) dawce. Mała dawka LSD stanowiła kontrolę wywołującą łagodne, krótkie efekty działania, określone jako niewpływające na proces terapeutyczny. Ponadto po odbyciu obu sesji, pacjenci z grupy kontrolnej mieli możliwość wzięcia udziału w 2 dodatkowych otwartych sesjach '*open label'*, w których została im podana duża dawka LSD. Po dwóch miesiącach od ostatniej sesji zaobserwowano istotną redukcję lęku mierzonego kwestionariuszem STAI, co utrzymało się do kontroli w 12. miesiącu od ostatniej sesji. Spadek lęku i objawów depresji odnotowano również w skali HADS, jednak badanie nie uwzględniło istotności statystycznej tego wyniku. Nie odnotowano wystąpienia poważnych działań niepożądanych w żadnej z obu grup [31]. W 12 miesięcy po terapii LSD, dziesięciu pacjentów, 7 z grupy początkowo przyjmującej LSD i 3 z grupy placebo, zostało poddanych ponownej ocenie przy pomocy kwestionariusza STAI. Uczestnicy konsekwentnie zgłaszali wnikliwe, oczyszczające i interpersonalne doznania, którym towarzyszyło zmniejszenie lęku (77,8%) i wzrost jakości życia (66,7%) [32].

MDMA

Wolfson i wsp. przeprowadzili badanie mające na celu ocenę skuteczności i bezpieczeństwa stosowania psychoterapii wspomaganej 3,4-metylenodioksymetamfetaminą (MDMA) w leczeniu depresji i lęku związanych z chorobą zagrażającą życiu. W badaniu uczestniczyło 18 pacjentów cierpiących na nowotwór lub chorobę neurologiczną z wykluczeniem demencji. Charakteryzował ich umiarkowany bądź wysoki poziom lęku związany z chorobą. W pierwszym etapie, przebiegającym z podwójnie ślepą próbą, uczestnicy zostali losowo przydzieleni do dwóch grup: trzynastu z nich przyjęło dwie dawki MDMA po 125 mg (z opcjonalną dawka uzupełniającą wynoszącą 62,5 mg), natomiast pięciu – odpowiednio placebo (125 mg laktozy). Pomiędzy kolejnymi dawkami zachowano odstęp 2-4 tygodni [33].

Dodatkowo każdy z uczestników odbył dziewięć 60.-90.-minutowych sesji psychoterapii. W grupie pacjentów przyjmujących MDMA średni stopień redukcji lęku w kwestionariuszu STAI był większy w porównaniu z pacjentami przyjmującymi placebo i wynosił odpowiednio -23,5 oraz -8,8. Co więcej, po wyłączeniu z analizy jednego z wyników stanowiącego potencjalną wartość odstającą, redukcja poziomu lęku po zastosowaniu psychoterapii wspomaganej MDMA wykazała istotność statystyczną. Terapia MDMA zmniejszyła także objawy depresji oraz poprawiła jakość snu pacjentów. W drugim etapie badanie prowadzone było metodą otwartej próby. Pacjenci należący do grupy badawczej przyjęli dodatkowo jedną dawkę MDMA, natomiast pacjenci z grupy kontrolnej – 3 dawki MDMA. Rezultaty terapeutyczne mierzono 1, 6 i 12 miesięcy po przyjęciu trzeciej dawki MDMA z wykorzystaniem skal, takich jak: STAI, MADRS (*ang. Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale*) i BDI-II. Rezultatem zastosowanego leczenia była statystycznie istotna redukcja objawów lęku i depresji oraz poprawa samopoczucia psychicznego, co jednocześnie skutkowało poprawą jakości życia pacjentów. Ponadto wizyty kontrolne prowadzone po 6. i 12. miesiącach dowiodły, że psychoterapia wspomagana MDMA przynosi korzyści w postaci zmniejszonego poziomu lęku również w długim okresie. Wśród pacjentów przyjmujących MDMA nie odnotowano żadnych poważnych zdarzeń niepożądanych, które wymagałyby interwencji medycznych [33].

Wnioski

Wyniki dotychczas przeprowadzonych badań sugerują skuteczność stosowania środków psychodelicznych w połączeniu ze wsparciem psychoterapeutycznym w zmniejszaniu lęku i objawów depresji u pacjentów z chorobą terminalną. Ponadto nie odnotowuje się występowania poważnych działań niepożądanych wynikających z terapii, a ich przyjmowanie wydaje się bezpieczne, o ile zapewnione są odpowiednie warunki zarówno otoczenia, jak i nastawienia i oczekiwań pacjenta.

Z uwagi na ograniczoną efektywność obecnie dostępnych metod leczenia oraz w przypadku farmakoterapii, niekiedy szeroki zakres działań niepożądanych i ryzyko interakcji z lekami stosowanymi w celu terapii choroby podstawowej, kontynuacja badań nad wykorzystaniem psychodelików w zmniejszaniu obaw związanych z chorobą nowotworową i zbliżającą się śmiercią wydaje się być zasadna, szczególnie w świetle zwiększającej się zachorowalności na nowotwory.

Ograniczenia dotychczasowych badań wynikają przede wszystkim z małej liczby osób badanych. Istotne są również ograniczenia metodologiczne, przede wszystkim trudność w stworzeniu odpowiedniej grupy kontrolnej i zapewnienia warunków do spełnienia ślepej próby. Konieczne jest zatem wykonanie badań na szeroką skalę, ze stworzeniem wiarygodnej grupy kontrolnej.

Wprowadzenie substancji halucynogennych jako środka terapeutycznego będzie wymagało pewnej akceptacji społecznej oraz odpowiedniej edukacji zarówno potencjalnych pacjentów, psychoterapeutów prowadzących sesje z ich użyciem, jak i społeczeństwa.

Piśmiennictwo

1. WHO, 2021, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer (data pobrania: 30.05.2021).
2. Grassi L.: Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 2020, 29, e89.
3. Pitman A., Suleman S., Hyde N., Hodgkiss A.: Depression and anxiety in patients with cancer. BMJ, 2018, 361, k1415.
4. Walker J., Holm Hansen C., Martin P., Sawhney A., Thekkumpurath P., Beale C., Symeonides S., Wall L., Murray G., Sharpe M.: Prevalence of depression in adults with cancer: a systematic review. Annals of Oncology, 2013, 24(4), 895-900.
5. Arrieta O., Angulo L.P., Núñez-Valencia C., Dorantes-Gallareta Y., Macedo E.O., Martínez-López D., Alvarado S., Corona-Cruz J.F., Oñate-Ocaña L.F.: Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer. Annals of Surgical Oncology, 2013, 20(6), 1941-1948.
6. Götze H., Friedrich M., Taubenheim S., Dietz A., Lordick F., Mehnert A.: Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis. Supportive Care in Cancer, 2020, 28(1), 211-220.
7. Niedzwiedz C.L., Knifton L., Robb K.A., Katikireddi S.V., Smith D.J.: Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. BMC Cancer, 2019, 19(1), 943.
8. Jaiswal R., Alici Y., Breitbart W.: A comprehensive review of palliative care in patients with cancer. International Review of Psychiatry, 2014, 26(1), 87-101.

9. Simard S., Thewes B., Humphris G., Dixon M., Hayden C., Mireskandari S., Ozakinci G.: Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. Journal of Cancer Survivorship, 2013, 7(3), 300-22.
10. Cuijpers P., Berking M., Andersson G., Quigley L., Kleiboer A., Dobson K.S.: A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. The Canadian Journal of Psychiatry, 2013, 58(7), 376-85.
11. Cipriani A., Furukawa T.A., Salanti G., Chaimani A., Atkinson L.Z., Ogawa Y., Leucht S., Ruhe H.G., Turner E.H., Higgins J.P.T., Egger M., Takeshima N., Hayasaka Y., Imai H., Shinohara K., Tajika A., Ioannidis J.P.A., Geddes J.R.: Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet, 2018, 391(10128), 1357-1366.
12. Kamenov K., Twomey C., Cabello M., Prina A.M., Ayuso-Mateos J.L.: The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. Psychological Medicine, 2017, 7(3), 414-425.
13. Buckman J.E.J., Underwood A., Clarke K., Saunders R., Hollon S.D., Fearon P., Pilling S.: Risk factors for relapse and recurrence of depression in adults and how they operate: A four-phase systematic review and meta-synthesis. Clinical Psychology Review, 2018, 64, 13-38.
14. Thase M.E., Mahableshwarkar A.R., Dragheim M., Loft H., Vieta E.: A meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials of vortioxetine for the treatment of major depressive disorder in adults. European neuropsychopharmacology: The journal of the European College of Neuropsychopharmacology, 2016, 26(6), 979–993.
15. Platt L.M., Whitburn A.I., Platt-Koch A.G., Koch R.L.: Nonpharmacological Alternatives to Benzodiazepine Drugs for the Treatment of Anxiety in Outpatient Populations: A Literature Review. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 2016, 54(8), 35-42.
16. Read J., Williams J. :Adverse Effects of Antidepressants Reported by a Large International Cohort: Emotional Blunting, Suicidality, and Withdrawal Effects. Current Drug Safety, 2018, 13(3), 176-186.
17. Ostuzzi G., Benda L., Costa E., Barbui C.: Efficacy and acceptability of antidepressants on the continuum of depressive experiences in patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. Cancer Treatment Review, 2015, 41(8), 714-24.

18. Farah W.H., Alsawas M., Mainou M., Alahdab F., Farah M.H., Ahmed A.T., Mohamed E.A., Almasri J., Gionfriddo M.R., Castaneda-Guarderas A., Mohammed K., Wang Z., Asi N., Sawchuk C.N., Williams M.D., Prokop L.J., Murad M.H., LeBlanc A.: Non-pharmacological treatment of depression: a systematic review and evidence map. Evidence Based Medicine, 2016, 21(6), 214-221.
19. Johnson M.W., Hendricks P.S., Barrett F.S., Griffiths R.R.: Classic psychedelics: An integrative review of epidemiology, therapeutics, mystical experience, and brain network function. Pharmacology & Therapeutics, 2019, 197, 83-102.
20. Garcia-Romeu A., Richards W.A.: Current perspectives on psychedelic therapy: use of serotonergic hallucinogens in clinical interventions. International Review of Psychiatry, 2018, 30(4), 291-316.
21. Sherwood A.M., Prisinzano T.E.: Novel psychotherapeutics - a cautiously optimistic focus on Hallucinogens. Expert Review of Clinical Pharmacology, 2018, 11(1), 1-3.
22. Kraehenmann R., Schmidt A., Friston K., Preller K.H., Seifritz E., Vollenweider F.X.: The mixed serotonin receptor agonist psilocybin reduces threat-induced modulation of amygdala connectivity. NeuroImage Clinical, 2016, 11, 53–60.
23. Ly C., Greb A.C., Cameron L.P., Wong J.M., Barragan E.V., Wilson P.C., Burbach K.F., Soltanzadeh Zarandi S., Sood A., Paddy M.R., Duim W.C., Dennis M.Y., McAllister A.K., Ori-McKenney K.M., Gray J.A., Olson D.E.: Psychedelics Promote Structural and Functional Neural Plasticity. Cell Reports, 2018, 23(11), 3170-3182.
24. Dos Santos R.G., Bouso J.C., Alcázar-Córcoles M.Á., Hallak J.E.C.: Efficacy, tolerability, and safety of serotonergic psychedelics for the management of mood, anxiety, and substance-use disorders: a systematic review of systematic reviews. Expert Review of Clinical Pharmacology, 2018, 11(9), 889-902.
25. Majić T., Schmidt T.T., Gallinat J.: Peak experiences and the afterglow phenomenon: when and how do therapeutic effects of hallucinogens depend on psychedelic experiences? Journal of Psychopharmacology, 2015, 29(3), 241-53.
26. Grof S., Goodman L.E., Richards W.A., Kurland A.A.: LSD-assisted psychotherapy in patients with terminal cancer. International Pharmacopsychiatry, 1973, 8(3), 129-144.
27. Hartogsohn I.: Set and setting, psychedelics and the placebo response: An extra-pharmacological perspective on psychopharmacology. J. Psychopharmacol., 2016, 30(12), 1259-1267, doi: 10.1177/0269881116677852.
28. Grob C.S., Danforth A.L., Chopra G.S., Hagerty M., McKay C.R., Halberstadt A.L., Greer G.R.: Pilot study of psilocybin treatment for anxiety in patients with advanced-

stage cancer. Archives of General Psychiatry, 2011, 68(1), 71-78.

29. Ross S., Bossis A., Guss J., Agin-Liebes G., Malone T., Cohen B., Mennenga S.E., Belser A., Kalliontzi K., Babb J., Su Z., Corby P., Schmidt B.L.: Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: a randomized controlled trial. Journal of Psychopharmacology, 2016, 30(12), 1165-1180.
30. Griffiths R.R., Johnson M.W., Carducci M.A., Umbricht A., Richards W.A., Richards B.D., Cosimano M.P., Klinedinst M.A.: Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial. Journal of Psychopharmacology, 2016, 30(12), 1181-1197.
31. Gasser P., Holstein D., Michel Y., Doblin R., Yazar-Klosinski B., Passie T., Brenneisen R.: Safety and efficacy of lysergic acid diethylamide-assisted psychotherapy for anxiety associated with life-threatening diseases. The Journal of Nervous and Mental Disease, 2014, 202(7), 513-20.
32. Gasser P., Kirchner K., Passie T.: LSD-assisted psychotherapy for anxiety associated with a life-threatening disease: a qualitative study of acute and sustained subjective effects. Journal of Psychopharmacology, 2015, 29(1), 57-68.
33. Wolfson P.E., Andries J., Feduccia A.A., Jerome L., Wang J.B., Williams E., Carlin S.C., Sola E., Hamilton S., Yazar-Klosinski B., Emerson A., Mithoefer M.C., Doblin R.: MDMA-assisted psychotherapy for treatment of anxiety and other psychological distress related to life-threatening illnesses: a randomized pilot study. Scientific Reports, 2020, 10(1), 20442.

Opieka paliatywna u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym

Bartłomiej Sporniak, Kinga Bańkowska, Magdalena Pachla

Studenci, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

Wstęp

Stwardnienie rozsiane, (ang. *multiple sclerosis*) to neurologiczna jednostka chorobowa o charakterze zapalno – demielinizacyjnym obejmująca ośrodkowy układ nerwowy (OUN). Występuje u 2,3 miliona osób na całym świecie. Szacuje się, że w Polsce na stwardnienie rozsiane choruje około 40 000 osób, natomiast rocznie stwierdza się około 2000 nowych przypadków [1]. Może wystąpić w każdym wieku, jednak najczęściej ujawnia się między 20. a 40. rokiem życia i przez to jest uznawana za najczęstszą neurologiczną przyczynę niepełnosprawności wśród młodych dorosłych [2,3]. U podłoża choroby leżą zaburzenia immunologiczne, charakteryzujące się powstawaniem wieloogniskowych blaszek demielinizacji lokalizujących się najczęściej okołokomorowo, w ciele modzelowatym, móżdżku, pniu mózgu, czy rdzeniu przedłużonym, zaburzając sprawne funkcjonowanie OUN. Koncepcje dotyczące patofizjologii MS ewoluują, jednak etiologia wciąż pozostaje niejasna [2]. Wyróżniamy 4 główne kliniczne postacie choroby charakteryzujące się odpowiednią dynamiką objawów podczas rzutów i faz remisji choroby. W około 85% przypadków MS początek choroby jest ostrym epizodem neurologicznym, określanym jako odosobniony zespół kliniczny (*clinically isolated syndrome* – CIS). Objawy neurologiczne zależą od lokalizacji ogniska demielinizacyjnego. Ponadto MS może wiązać się z licznymi powikłaniami, obejmującymi wiele czynności życiowych i codziennych aktywności. Upośledzone mogą być funkcje poznawcze, połykanie, funkcjonowanie układu pokarmowego oraz moczowego. Pojawiają się również problemy z mową, zaburzenia depresyjne, chroniczny ból, przewlekłe zmęczenie, czy dysfunkcje seksualne. Zarządzanie MS wymaga pomocy szerokiego grona specjalistów przez całe życie pacjenta. Jako choroba przewlekła, często postępującą, będąca przyczyną trwałej niepełnosprawności neurologicznej, powinna wymagać rozważenia zastosowania opieki paliatywnej. Niestety, nadal nie jest ona rutynowo oferowana pacjentom z MS, tak jak ma to miejsce w przypadku pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe [4].

W Polsce z dniem 1 lipca 2018 roku pojawiła się możliwość skorzystania ze świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej dla chorych na stwardnienie rozsiane. Kwalifikacji może dokonać lekarz zatrudniony w jednostce opieki paliatywnej na podstawie występowania określonych objawów, posługując się Rozszerzoną Skalą Niewydolności Ruchowej Kurtzkego (EDSS) [5].

Niniejsza praca jest omówieniem głównych zagadnień opieki paliatywnej chorych na stwardnienie rozsiane, wraz z przybliżeniem aktualnej wiedzy na temat leczenia powikłań, które towarzyszą chorobie.

Ból w MS

Ból jest jednym z najczęstszych objawów w chorobie MS. Szacuje się że występuje u około 60% pacjentów [6]. W MS spotykamy ból o różnym charakterze i patofizjologii. Częstość występowania bólu i jego złożone przyczyny wymagają od personelu medycznego kompleksowego podejścia i dużego doświadczenia. Takie założenia mogą spełniać wielospecjalistyczne zespoły opieki paliatywnej. Najnowsza klasyfikacja oparta na mechanizmie powstawania bólu proponuje podzielić ból w MS na dziewięć typów [7]:

Bóle neuropatyczne

Stały ból kończyn

Jest najczęstszym rodzajem bólu w MS. Dotyka od 8 do 27% pacjentów [8]. Obejmuje dystalne odcinki kończyn i jest stały. Ma charakter kłujący, pulsujący i nasila się w nocy; często towarzyszą mu zaburzenia odczuwania temperatury [9]. Jego obecność jest zróżnicowana względem postaci klinicznej MS [10].

Zdecydowanie częściej występuje w postaci pierwotnie postępującej i postępująco – nawracającej, natomiast rzadziej pojawia się u pacjentów z postacią rzutowo – remisyjną [10]. Niestety, nie istnieje jedna skuteczna terapia trwałego złagodzenia tego typu bólu. Konwencjonalne leki przeciwbólowe mają tylko częściową skuteczność [11].

Dlatego leczenie opiera się na różnych lekach, które po długotrwałym stosowaniu wykazują znaczne działania niepożądane. Może to prowokować zaprzestanie leczenia i brak osiągnięcia trwałej ulgi przez pacjenta. Lekami pierwszego rzutu są trójpierścieniowe leki

przeciwdepresyjne (TCA), inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SSRI) oraz niektóre leki przeciwdrgawkowe, na przykład gabapentyna i pregebalina [12].

Leki drugiego rzutu do stosowania samodzielnego lub w połączeniu z lekiem pierwszego rzutu to opioidowe leki przeciwbólowe (np. morfina, oksykodon, czy tramadol. Leki trzeciego rzutu obejmują inne leki przeciwpadaczkowe (np. karbamazepinę, lamotryginę), czy meksyletynę [13].

Neuralgia nerwu V

Pojawia się ona u pacjentów z MS dwudziestokrotnie częściej niż w normalnej populacji i dotyka około 2% pacjentów z MS [14,15]**.** Charakteryzuje się krótkotrwałym, nawracającym, jednostronnym, przypominającym wstrząs elektryczny bólem, o nagłym początku i końcu. Może być wywoływany uciskiem na punkty spustowe. Ból jest ograniczony do obszaru unerwionego przez określoną gałąź nerwu trójdzielnego [16]**.** Zwykle jest obustronny [17]. Nie ma różnicy w częstości występowania TN *(ang. TN – trigeminal neuralgia)* w różnych postaciach MS [18].

Leczenie opiera się na metodach farmakologicznych, jednak w cięższych przypadkach można zastosować techniki zabiegowe, takie jak dekompresja mikrowaskularna, termokoagulacja zwoju Gassera, czy radiochirugia stereotaktyczna z użyciem noża gamma (ang. gamma – knife) [19].

Podstawą leczenia farmakologicznego są leki przeciwpadaczkowe, takie jak karbamazepina lub okskarbazepina. Jednak te leki, poprzez swoje działanie ośrodkowe, mogą powodować złą tolerancję [20].

Problemem w leczeniu TN u pacjentów z MS może być brak specyficznych kryteriów tej jednostki chorobowej dla chorych na MS [21].

Objaw Lhermitte

Jest to krótkotrwały epizod bólu przez pacjentów opisywany jako „przechodzenie prądu wzdłuż karku". Jest wywoływany przez pochylenie głowy do przodu. Nie jest on swoisty dla MS (w którym doświadcza go około 16% pacjentów [22]), ponieważ może występować także w niedoborze witaminy B12, a także w chorobie Devica, czy chorobach nowotworowych [23].

Podobnie jak w TN można stosować karbamazepinę lub podawać dożylnie lidokainę [24,25].

Bóle mieszane

Bolesny skurcz toniczny

Jest to bezwolny skurcz mięśni trwający zwykle mniej niż 2 minuty, specyficzny dla MS. Uważa się, że objaw ten wynika z nadmiernej aktywności motoneuronów centralnych i rozprzestrzeniania się samoistnych wyładowań generowanych przez aksony, które uległy demielinizacji. Natomiast komponenta bólu nocyreceptorowa może być spowodowana przejściowym niedokrwieniem w wyniku jednoczesnej aktywacji wielu sąsiadujących ze sobą jednostek motorycznych mięśnia [7]. Leczeniem skurczu tonicznego jest użycie blokerów kanału sodowego, jednak podjęto również próby leczenia m.in. iniekcjami toksyny botulinowej, tigabaliną, a także ekstraktem z kannaboidów [25,26,27,28].

Ból związany ze spastycznością mięśni

Spastyczność polega na wzmożonym napięciu mięśniowym, spowodowanym zaburzeniem hamowania na poziomie rdzenia kręgowego. Dotyka około 35% pacjentów z MS [29]. Na skutek przedłużającego się skurczu mięśnia dochodzi do aktywacji nocyceptorów wewnątrz tkanki mięśniowej, co powoduje ból. Leczenie spastyczność mięśni nie tylko zmniejsza ból odczuwany przez pacjenta, ale także często poprawia funkcje chodu, ułatwia rehabilitacje i dbanie o utrzymanie higieny osobistej. W terapii bólu zwianego ze spastycznością kluczowe jest rozluźnienie mięśni. Dlatego zwykle stosuje się leki zmniejszające napięcie mięśniowe. Najsilniejszą rekomendacją cieszą się bakofen, podawany dokanałowo, nabiksimol w areozolu doustnym, a także domięśniowa iniekcja toksyny botulinowej. Jednakże używa się również gabapentyny i tiazanidyny, czy dantrolenu i diazepamu [29,30]. W ostatnim czasie pojawiły się również badania wykorzystujące TMS (ang. *Transcranial magnetic stimulation*), czyli przezczaszkową stymulację magnetyczną, jednak potrzeba więcej randomizowanych badań na ten temat [31].

Ból nocyceptywny (receptorowy)

Zapalenie nerwu wzrokowego

Jest najczęstszą manifestacją okulistyczną MS. Występuje u około 20% pacjentów, a jej główną manifestacją jest ból zagałkowy o charakterze tępym [32,33].

Leczenie opiera się na podawaniu glikokortykosteroidów drogą doustną lub dożylną [34,35]. Diagnostyka i leczenie zapalenia nerwu wzrokowego powinno być prowadzone przez doświadczonego okulistę z powodu braku jasnych kryteriów diagnostycznych [34,35].

Ból mięśniowo-szkieletowy - Wtórny do wad postawy spowodowanych osłabieniem siły mięśniowej, spastycznością mięśni, przykurczami mięśniowymi i uratą mobilności. Niektóre leki stosowane w MS, np. glikokortykosteroidy, mogą powodować osteoporozę, która może nasilać bóle mięśniowo-szkieletowe [7]. Ból jest zlokalizowany głównie w dolnym odcinku kręgosłupa. Stosuje się leczenie typowe dla innych bólów mięśniowo – szkieletowych, tzn. podaje się leki przeciwzapalne i stosuje fizjoterapię [7].

Migrenowe bóle głowy - Występują znacząco częściej niż w ogólnej populacji, bo aż u ok. 31% pacjentów z MS [36]. Napady bólów migrenowych mogą znacząco wpływać na codzienne funkcjonowanie pacjentów z MS, dlatego zespół opieki paliatywnej powinien zachować uważność w kierunku tej dolegliwości. Leczenie migreny u pacjentów z MS nie różni się od standardowego leczenia migren [37].

Niefarmakologiczne metody leczenia bólu

Istnieją również niefarmakologiczne metody leczenia przewlekłego bólu w MS. Obejmują one takie techniki, jak: przezskórna stymulacja nerwów (ang. TENS – *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*), psychoterapia, hydroterapia (Ai Chi) czy refleksoterapia. Jednak z dostępnych randomizowanych kontrolowanych badań klinicznych nie da się wyciągnąć wniosków o ich skuteczności [38].

Próbowano również zastosować techniki relaksacyjne, medytacyjne i yogę w leczeniu chronicznego bólu, jednak do dziś nie ma jednoznacznie pozytywnych rezultatów [39,40].

Zaburzenia w układzie moczowym

Kolejną grupą objawów, które znacznie wpływają na jakość życia chorych z MS są objawy ze strony układu moczowego. Po 15 latach trwania choroby pojawiają się one już u 90% pacjentów [5]. Możemy wyróżnić:

Infekcje układu moczowego

Występują u ok. 80% pacjentów [41]. Najczęściej objawiają się bolesnym parciem na mocz, nykturią, poliurią, czy nietrzymaniem moczu. Zwykle za infekcje odpowiadają bakterie *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* i *Klebsiella pneumoniae*. Leczenie opiera się na antybiotykach [42,43]. Fakt, że infekcje dolnych dróg moczowych są jedną z trzech najczęstszych przyczyn hospitalizacji u chorych z MS, znacznie ją wydłużają, a także mają dużą śmiertelność, powoduję, że nie można ich bagatelizować. Należy jak najszybciej je diagnozować i prowadzić skuteczne leczenie [44,45].

Nietrzymanie moczu

Spowodowane nadmierną aktywnością mięśnia wypieracza pęcherza. Dotyczy około 35% pacjentów z MS z przewagą płci żeńskiej. Znacząco wpływa na jakość życia pacjentów [46]. Leczenie pierwszego rzutu obejmuje podawanie płynów, ćwiczenia mięśni dna miednicy (ang. PFMT – *pelvic floor muscle training*) i terapie farmakologiczne (np. leki antymuskarynowe) [7]. Leczenie drugiego rzutu obejmuje wstrzyknięcia toksyny botulinowej, stymulację nerwów (np. nerwu strzałkowego), iniekcje dopęcherzowe oraz cewnikowanie. W wybranych przypadkach wskazana może być operacja [7].

Zatrzymanie moczu

Spowodowane dyssynergią pęcherza moczowego (w której skurcz mięśnia wypieracza pęcherza i rozkurcz zwieracza cewki moczowej nie są skoordynowane) lub pęcherzem atonicznym [47]. Leczenie farmakologiczne często nie daje pożądanych efektów, dlatego zatrzymanie moczu w MS jest częstym wskazaniem do cewnikowania [47]. Często wybieraną metodą jest samocewnikowanie, nazywane sterylnym cewnikowaniem przerywanym (ang. CIC – *clean intermittent catheterization*), polegające na cyklicznym opróżnianiu pęcherza moczowego przez pacjenta [47].

Ataksja i drżenie

Są to objawy utrudniające codzienne funkcjonowanie, jednak trudne w leczeniu. Pomocna w leczeniu ataksji może być fizykoterapia. Drżenie można zmniejszyć stosując leki, takie jak propranolol czy klonazepam [48].

Zaburzenia w układzie pokarmowym

Zaparcia lub nietrzymanie stolca dotyczy ok. 68% pacjentów z MS [49]. Niestety, temat problemów z układem pokarmowym jest przez pacjentów czasem traktowany jako temat tabu. Jednak mają one znaczny wpływ na jakość życia, społeczną integrację, czy samodzielność chorego [50]. Dlatego od lekarza wymaga się uważności podczas zbierania wywiadu, tak by uniknąć pomijania przez pacjenta problemów z układem pokarmowym. Postępowanie zachowawcze rozpoczyna się od optymalizacji diety (poprzez wprowadzenie dużej ilości błonnika), ustanowieniu wraz z pacjentem regularnych pór jedzenia posiłków, a także stosowania leków przeczyszczających. Jeśli to nie pomaga, stosuje się wlewki doodbytnicze, a w najcięższych przypadkach pozostają interwencje chirurgiczne, takie jak wyłonienie stomii [50,51].

Dysfagia

Kolejnym problemem, z którym zmagają się pacjenci ze stwardnieniem rozsianym jest trudność z połykaniem, czyli tak zwana dysfagia. Według literatury, zaburzenia żucia lub połykania dotyczą około 33% pacjentów. Upośledzenie połykania może być spowodowane powstawaniem ognisk demielinizacyjnych na przebiegu dróg korowo – opuszkowych w wielu obszarach mózgu lub demielinizacją pnia mózgu [52]. W wyniku toczącego się procesu chorobowego dochodzi do osłabienia oraz zaburzenia funkcjonowania mięśni uczestniczących w procesie połykania [53]. Proces połykania obejmuje fazę ustną, fazę gardłową i fazę przełykową. Zmniejszona perystaltyka gardła i opóźnienie odruch połykania są najczęstszymi cechami w MS [54]. Do oceny stopnia zaawansowania klinicznego dysfagii stosuje się wideofluoroskopię lub zmodyfikowany testu połykania z kontrastem barowym (ang. MBSS – *Modified Barium Swallow Studies*). Poznanianie i analiza trudności w połykaniu ułatwia zaplanowanie skutecznego programu rehabilitacji. Terapia dysfagii może zapobiegać powikłaniom, takim jak zachłystowe zapalenie płuc, odwodnienie i niedożywienie. Warto podkreślić, że zachłystowe zapalenie płuc spowodowane dysfagią jest jedną z głównych przyczyn zgonów u pacjentów z MS. Zatem, wnikliwa ocena kliniczna, diagnoza i leczenie dysfagii mogą nie tylko poprawić jakość życia pacjentów, ale także, w niektórych przypadkach, zapobiegać śmierci [55].

Wśród metod leczenia dysfagii wymienia się rehabilitację połykania, czyli czynne i bierne ćwiczenia mięśni języka i ust, które mają na celu zwiększenie siły i zakresu ruchów wykonywanych podczas jedzenia, a także modyfikację diety na posiłki o konsystencji płynnej lub papkowatej, pokarmy bogatobiałkowe i wysokoenergetyczne z odpowiednią ilością witamin i soli mineralnych [56,57].

Jeśli środki zachowawcze nie przynoszą zadowalających efektów, należy rozważyć założenie przezskórnej endoskopowej gastrostomii (PEG) oraz podjęcie innych alternatywnych dróg odżywiania enteralnego [58].

Zaburzenia psychiatryczne

Ze względu na silny wpływ choroby zarówno na aspekty życia zawodowego, jak i rodzinnego, pacjenci z MS często prezentują zaburzenia psychiatryczne.

Lęk

Lęk jest odpowiedzią wielokrotnie występującą u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym na nieprzewidywalny charakter choroby. Wówczas powszechnymi metodami terapeutycznymi są grupy wsparcia, czy terapie psychologiczne, do których dostęp powinno się zagwarantować każdemu pacjentowi z MS. W skrajnych przypadkach można zastosować środki farmakologiczne, takie jak klonazepam [58].

Depresja

Kolejnym istotnym problemem, z którym borykają się osoby chorujące na stwardnienie rozsiane jest depresja. Z badań nad samobójczymi zamiarami pacjentów z MS wynika, że izolacja społeczna i współistniejąca depresja są prawdopodobnie głównym problemem u pacjentów ciężko dotkniętych MS [59].

Ryzyko wystąpienia depresji u chorych na MS w ciągu całego życia wynosi ok. 50% (współczynniki rozpowszechnienia mieszczą się pomiędzy 25% a 75%), w porównaniu do 10–15% w populacji ogólnej [58,60].

Najczęściej można zaobserwować epizody depresji o łagodnym i umiarkowanym nasileniu, rzadziej ciężkim. Przebiegają one z niepokojem, drażliwością i słabą koncentracją uwagi. Wśród pacjentów chorujących na MS i depresję ryzyko popełnienia samobójstwa zwiększa się i jest 2–7,5 razy większe niż w populacji ogólnej [61,62,63].

Według pracy o zasadności i konieczności objęcia opieką paliatywną pacjentów z MS, która ukazała się w Journal of Palliative Medicine w 2014 roku, ponad połowa przypadków depresji wśród pacjentów z MS pozostaje nierozpoznana [64]. Badania opisane w wyżej przywołanej pracy wykazały, że pacjenci z MS są zainteresowani komunikowaniem się w kwestiach dotyczących zgonu i umierania [65,66], zwłaszcza, że ciężar choroby może czasami wywoływać myśli samobójcze [67], co zostało odzwierciedlone w alarmujących wskaźnikach eutanazji i wspomaganych samobójstw u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Warto zauważyć, że z kolei na podstawie danych opublikowanych w artykule, który pojawił się w Palliative Medicine w 2007 roku, wsparcie psychologiczne zostało przedstawione jako jedna z najbardziej rozpowszechnionych niezaspokojonych potrzeb pacjentów z MS wg niemieckich lekarzy neurologów, którzy na co dzień zajmują się pacjentami chorymi na stwardnienie rozsiane [60].

Na występowanie depresji u pacjentów z MS mają wpływ czynniki psychologiczne, społeczne i neurobiologiczne. Może być ona również związana z lekami stosowanymi w terapii MS, np. interferonem β.

W północnoamerykańskim badaniu nad interferonem β obejmującym 372 pacjentów w ciągu 5 lat badania, jeden pacjent popełnił samobójstwo, a czterech podjęło próbę samobójczą. Wszystkich pięciu pacjentów było w grupach otrzymujących interferon β - Ib. Natomiast w europejskim badaniu interferonem β -Ib depresja występowała częściej w grupie placebo. W obu badaniach dotyczących interferonu β -Ia nie stwierdzono istotnych różnic w wynikach między obiema grupami [58].

W przypadku depresji indukowanej interferonem podejścia są różne. Czasami może to prowadzić do odstawienia leku i przejścia na octan glatirameru, szczególnie w depresji z myślami samobójczymi. Lekarz może tymczasowo odstawić interferon i monitorować nastrój pacjenta. Jeśli się poprawia, klinicysta powinien podejrzewać związek z terapią interferonem. Jeśli nie poprawia się, to depresja nie ma związku z terapią. Innym podejściem byłoby leczenie zespołu depresyjnego lekami przeciwdepresyjnymi lub psychoterapią i kontynuowanie terapii interferonem. Wsparcie psychologiczne powinno być zapewnione od początku choroby [58]. Leczenie depresji w przebiegu MS polega na zastosowaniu wsparcia psychoterapeutycznego oraz leków przeciwdepresyjnych. Najbardziej powszechne środki to: SSRI, TCA oraz inhibitory monoaminooksydazy [53].

TCA mogą wpływać na objawy związane z MS: na przykład mogą zaburzać czynność jelit lub pęcherza.

Zaburzenia emocjonalne

W MS mogą wystąpić zaburzenia emocjonalne, takie jak wahania nastroju, niestabilność emocjonalna, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, czy napady przymusowego śmiechu i płaczu [58].

Leczenie zaburzeń dwubiegunowych w przebiegu MS polega na zastosowaniu leków normotymicznych (lit, walproiniany), atypowych leków przeciwpsychotycznych oraz leków przeciwdepresyjnych w połączeniu z psychoedukacją, pomocą psychologiczną, niekiedy psychoterapią [53].

Patologiczny śmiech i płacz dotyczy głównie osób z poważnym inwalidztwem, zaburzeniami funkcji poznawczych i dłuższym czasem trwania choroby [68]. W leczeniu wykorzystuje się amitryptylinę oraz SSRI. Przerywane okresy złości, drażliwości można leczyć za pomocą środka stabilizującego nastrój, takiego jak sól sodowa diwalproexu i psychoterapia [58].

Zmęczenie

Zmęczenie oraz znużenie definiowane jako subiektywne odczucie braku energii fizycznej lub psychicznej, który jest postrzegany przez pacjenta jako zakłócający codzienne aktywności, należy do najczęstszych dolegliwości zgłaszanych przez chorych na MS [53]. Istotną kwestią jest podkreślenie, że wspomniany brak energii pozostaje bez związku z depresją lub osłabieniem siły mięśniowej [58,69].

Zmęczenie pojawia się nawet po minimalnym wysiłku fizycznym czy umysłowym, zwłaszcza w godzinach porannych i utrzymuje się dłużej niż u zdrowych osób. Często współtowarzyszy mu uczucie ogólnej słabości. Wypoczynek bądź sen nie zmniejszają jego natężenia. Ma ono znaczny i długotrwały wpływ na jakość życia, w aspektach, takich jak praca zawodowa, życie rodzinne i społeczne. Zgodnie ze zjawiskiem Uhthoffa, nasila się pod wpływem ciepła [56,70]. Objawy te często są jednak bagatelizowane przez lekarzy pierwszego kontaktu, a także neurologów [71,72,73].

Szacuje się, że 75–90% pacjentów z MS zgłasza zmęczenie, a ponad 50%-60% uważa je za najgorszy objaw choroby [71,72,73]. Co ciekawe, występowanie zmęczenia jest niezależne od stopnia niesprawności chorego [74].

Terapia zmęczenia obejmuje edukację, środki farmakologiczne oraz techniki oszczędzania energii. W leczeniu farmakologicznym stosuje się: amantadynę, pemolinę,

modafinil oraz selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny, jednak skuteczność takiego leczenia jest umiarkowana [58].

Dowody na niewielką korzyść ze stosowania amantadyny w leczeniu zmęczenia w MS pochodzą z randomizowanego, podwójnie zaślepionego badania, w którym porównywano skuteczność amantadyny z pemoliną lub placebo [2]. Inne metody, takie jak techniki relaksacyjne i ćwiczenia z okresami odpoczynku, modyfikacje systemu pracy oraz leczenie przyczyn wtórnych (depresja, zaburzenia snu, skutki uboczne leków) mogą pomóc w złagodzeniu zmęczenia [57,58].

Przyczyny zgonu

MS jest stosunkowo rzadko bezpośrednią przyczyną zgonu [75]. Dużo częściej są to powikłania związane z MS. Analiza ponad 700 tysięcy zgonów pacjentów z MS w latach 1986 – 2013 przez zespół Katharine Harding wykazała, że najczęstszą bezpośrednią przyczyną zgonu są: infekcje – głównie układu oddechowego i układu moczowego, stany związane z zaawansowaną niepełnosprawnością i unieruchomieniem, takie jak aspiracyjne zapalenie płuc, czy infekcje związane z odleżynami, a także przewlekłe choroby układu oddechowego u mężczyzn [45]. Kompleksowa opieka nad pacjentem z MS powinna obejmować również zapobieganie i leczenie takich powikłań. Zmniejszenie ich częstości może znacznie zwiększyć długość życia pacjentów z MS.

Podsumowanie

Pomimo szerokiego uświadamiania potrzeb w zakresie opieki paliatywnej, również pacjentów dotkniętych schorzeniami neurologicznymi, wciąż nie jest ona rutynowo wprowadzana u chorych na MS. Jednak utrzymanie jakości życia i godności pacjenta jest kluczowe, zwłaszcza w takich chorobach, które mają postępujący, przewlekły charakter oraz brak możliwości całkowitego wyleczenia.

Opieka paliatywna daje ku temu stosowne i skuteczne środki, będąc wszechstronną i całościową opieką nad chorym. Współczesne metody leczenia dają możliwość złagodzenia większości dokuczliwych powikłań MS, zapobiegania lub uśmierzania bólu, jak również innych objawów somatycznych choroby, a także łagodzenia cierpienia psychicznego. Jednak aby były skuteczne muszą być efektem pracy doświadczonego i wielospecjalistycznego zespołu.

Niezwykle ważne jest zadbanie o aspekt psychologiczny, ponieważ ze względu na silną ingerencję w życie codzienne, stwardnienie rozsiane mocno wpływa na zdrowie psychiczne pacjentów. Dlatego już od samego początku trwania choroby powinni mieć zapewnioną opiekę psychologiczną, psychiatryczną, możliwość uczestnictwa w terapii, czy przynależności do grup wsparcia. Istotną kwestią jest również umożliwienie pacjentowi uczestniczenia w wyborze leczenia modyfikującego przebieg choroby i leczenia objawowego, uwzględniając jego wartości i potrzeby.

Piśmiennictwo

1. Brola W., Fudala M., Flaga S., Ryglewicz D., Potemkowski A.: Polski rejestr chorych na stwardnienie rozsiane – stan obecny, perspektywy i problemy. Aktualności Neurologiczne, 2015, 15(2), 68–73.
2. Elman L.B., Houghton D.J., Wu GF., Hurtig H.I., Markowitz C.E., McCluskey L.: Palliative care in amyotrophic lateral sclerosis, Parkinson's disease, and multiple sclerosis. Journal of Palliative Medicine, 2007, 10(2), 433-457.
3. Róg T., Stwardnienie rozsiane. https://www.mp.pl/pacjent/neurologia/choroby/151119,stwardnienie-rozsiane (data pobrania 20.07.2021).
4. Ostgathe C., Alt-Epping B., Golla H., Gaertner J., Lindena G., Radbruch L., Voltz R.: Hospice and Palliative Care Evaluation (HOPE) Working Group: Non-cancer patients in specialized palliative care in Germany: What are the problems? Palliative Medicine, 2011, 25, 148–152.
5. Adamczyk A., Kwiatkowska M., Filipczak-Bryniarska I.: Polish Association for Palliative Medicine stand on qualification for palliative care and management of patients with amyotrophic lateral sclerosis and multiple sclerosis. Palliative Medicine, 2018, 10(3), 115-130.
6. Foley P.L., Vesterinen H.M., Laird B.J., et al.: Prevalence and natural history of pain in adults with multiple sclerosis: systematic review and meta-analysis. Pain, 2013, 154(5), 632-642.
7. Truini A, Barbanti P., Pozzilli C., Cruccu G.: A mechanism-based classification of pain in multiple sclerosis. Journal of Neurology, 2013, 260(2), 351-367.
8. Srotova I., Kocica J., Vollert J., Kolcava J., Hulova M., Jarkovsky J., Dusek L., Bednarik J., & Vlckova E.: Sensory and pain modulation profiles of ongoing central

neuropathic extremity pain in multiple sclerosis. European Journal of Pain, 2021, 25(3), 573–594.

9. Martinelli Boneschi F., Colombo B., Annovazzi P., Martinelli V., Bernasconi L., Solaro C., & Comi G.: Lifetime and actual prevalence of pain and headache in multiple sclerosis. Multiple sclerosis, 2008, 14(4), 514–521.
10. Nurmikko T.J., Gupta S., & Maclver K.: Multiple sclerosis-related central pain disorders. Current pain and headache reports, 2010, 14(3), 189–195.
11. Truini A., Cruccu G.: Treating pain in multiple sclerosis. Expert Opinion on Pharmacotherapy, 2011, 12(15), 2355-2368.
12. Chisari C.G., Sgarlata E., Arena S., D'Amico E., Toscano S., & Patti F.: An update on the pharmacological management of pain in patients with multiple sclerosis. Expert opinion on pharmacotherapy, 2020, 21(18), 2249–2263.
13. Dworkin R.H, O'Connor A.B, Audette J.: Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: an overview and literature update. Mayo Clinic Proceedings, 2010, 85(3 Suppl), S3-S14.
14. Katusic S., Williams D.B., Beard C.M., Bergstralh E.J., & Kurland L.T.: Epidemiology and clinical features of idiopathic trigeminal neuralgia and glossopharyngeal neuralgia: similarities and differences, Rochester, Minnesota, 1945-1984. Neuroepidemiology, 1991, 10(5-6), 276–281.
15. Laakso S.M., Hekali O., Kurdo G., Martola J., Sairanen T., & Atula S.: Trigeminal neuralgia in multiple sclerosis: Prevalence and association with demyelination. Acta neurologica Scandinavica, 2020, 142(2), 139–144.
16. Yadav Y.R., Nishtha Y., Sonjjay P., Vijay P., Shailendra R., & Yatin K.: Trigeminal Neuralgia. Asian journal of neurosurgery, 2017, 12(4), 585–597.
17. Cruccu G., Biasiotta A., Di Rezze S., Fiorelli M., Galeotti, F., Innocenti P., Mameli S., Millefiorini E., & Truini A.: Trigeminal neuralgia and pain related to multiple sclerosis. Pain, 2009, 143(3), 186–191.
18. Hooge J.P., Redekop W.K.: Trigeminal neuralgia in multiple sclerosis. Neurology, 1995, 45(7), 1294–1296.
19. Ferraro D., Annovazzi P., Moccia M., Lanzillo R., De Luca, G., Nociti V., Fantozzi R., Paolicelli D., Ragonese P., Gajofatto A., Boffa L., Cavalla P., Lo Fermo S., Buscarinu M.C., Lorefice L., Cordioli C., Calabrese M., Gallo A., Pinardi F., Tortorella C.: RIREMS (Rising Researchers in Multiple Sclerosis) Characteristics and

treatment of Multiple Sclerosis-related trigeminal neuralgia: An Italian multi-centre study. Multiple sclerosis and related disorders, 2020, 37, 101461.

20. Di Stefano G., Maarbjerg S., & Truini A.: Trigeminal neuralgia secondary to multiple sclerosis: from the clinical picture to the treatment options. The journal of headache and pain, 2019, 20(1), 20.
21. Ferraro D., Annovazzi P., Lanzillo R., Calabrese M., Fantozzi R., De Luca G., Cordioli C., Paolicelli D., Ragonese P., Gajofatto A., Lo Fermo S., Cavalla P., Tortorella C., Pesci I., Gallo A., Pinardi F., Di Filippo M., Maniscalco G. T., Nociti V., Radaelli M.: A multicenter survey on access to care in Multiple Sclerosis-related trigeminal neuralgia. Journal of the neurological sciences, 2021, 424, 117430.
22. Beckmann Y., Özakbaş S., Bülbül N.G., Kösehasanoğulları G., Seçil Y., Bulut O., İncesu T. K., Tokuçoğlu F., & Ertekin C.: Reassessment of Lhermitte's sign in multiple sclerosis. Acta neurologica Belgica, 2015, 115(4), 605–608.
23. Teive H.A., Haratz S., Zavala J., Munhoz R.P., Scola R.H., & Werneck L.C.: Lhermitte's sign and vitamin B12 deficiency: case report. Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina, 2009, 127(3), 171–173.
24. Al-Araji A. H., Oger J.: Reappraisal of Lhermitte's sign in multiple sclerosis. Multiple sclerosis, 2005, 11(4), 398–402.
25. Sakurai M., Kanazawa I.: Positive symptoms in multiple sclerosis: their treatment with sodium channel blockers, lidocaine and mexiletine. Journal of the neurological sciences, 1999, 162(2), 162–168.
26. Morgan J.C., Hess D.C., & Sethi K.D.: Botulinum toxin treatment of painful tonic spasms in multiple sclerosis. Neurology, 2004, 62(11), 2143.
27. Solaro C., Tanganelli P.: Tiagabine for treating painful tonic spasms in multiple sclerosis: a pilot study. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry, 2004, 75(2), 341.
28. Tisavipat N., Siritho S., Prayoonwiwat N., & Jitprapaikulsan J.: Cannabis extract for the treatment of painful tonic spasms in a patient with neuromyelitis optica spectrum disorder: A case report. Multiple sclerosis and related disorders, 2020, 44, 102278.
29. Otero-Romero S., Sastre-Garriga J., Comi G., Hartung H.P., Soelberg Sørensen P., Thompson A.J., Vermersch P., Gold R., Montalban,X.: Pharmacological management of spasticity in multiple sclerosis: Systematic review and consensus paper. Multiple sclerosis, 2016, 22(11), 1386–1396.

30. Comi G., Solari A., Leocani L., Centonze D., Otero-Romero S., & Italian Consensus Group on treatment of spasticity in multiple sclerosis. Italian consensus on treatment of spasticity in multiple sclerosis. European journal of neurology, 2020, 27(3), 445–453.
31. Şan A.U., Yılmaz B., & Kesikburun S.: The Effect of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Spasticity in Patients with Multiple Sclerosis. Journal of clinical neurology (Seoul, Korea), 2019, 15(4), 461–467.
32. Costa Novo J., & Felgueiras H.: Neuro-ophthalmologic manifestations of multiple sclerosis other than acute optic neuritis. Multiple sclerosis and related disorders, 2021, 48, 102730.
33. Agostoni E., Frigerio R., Protti A.: Controversies in optic neuritis pain diagnosis. Neurological sciences: official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology, 2005, 26 Suppl 2, 75–78.
34. Wilhelm H., Chabet M.: The Diagnosis and Treatment of Optic Neuritis. Deutsches Arzteblatt international, 2015, 112(37), 616–626.
35. Toosy A.T., Mason, D.F., & Miller D.H.: Optic neuritis. The Lancet. Neurology, 2014, 13(1), 83–99.
36. Mirmosayyeb O., Barzegar M., Nehzat N., Shaygannejad V., Sahraian M.A., & Ghajarzadeh M.: The prevalence of migraine in multiple sclerosis (MS): A systematic review and meta-analysis. Journal of clinical neuroscience: official journal of the Neurosurgical Society of Australasia, 2020, 79, 33–38.
37. Gelfand A.A., Gelfand J.M., Goadsby P.J.: Migraine and multiple sclerosis: Epidemiology and approach to treatment. Multiple sclerosis and related disorders, 2013, 2(2), 73–79.
38. Amatya B., Young J., Khan F.: Non-pharmacological interventions for chronic pain in multiple sclerosis. The Cochrane database of systematic reviews, 2018, 12(12), CD012622
39. Rogers K.A., MacDonald M.: Therapeutic Yoga: Symptom Management for Multiple Sclerosis. Journal of alternative and complementary, 2015, 21(11), 655–659.
40. Frank R., Larimore J.: Yoga as a method of symptom management in multiple sclerosis. Frontiers in neuroscience, 2015, 9, 133.
41. Jick S.S., Li L., Falcone G.J., Vassilev Z.P., Wallander M.A.: Epidemiology of multiple sclerosis: results from a large observational study in the UK. Journal of neurology, 2015, 262(9), 2033–2041.

42. Medeiros Junior W., Demore C.C., Mazaro L.P., de Souza M., Parolin L F., Melo L. H., Junior C., & Gonçalves M.: Urinary tract infection in patients with multiple sclerosis: An overview. Multiple sclerosis and related disorders, 2020, 46, 102462.
43. Phé V., Pakzad M., Curtis C., Porter B., Haslam C., Chataway J., Panicker J.N.: Urinary tract infections in multiple sclerosis. Multiple sclerosis, 2016, 22(7), 855–861.
44. Marrie R.A., Elliott L., Marriott J., Cossoy M., Blanchard J., Tennakoon A., Yu N.: Dramatically changing rates and reasons for hospitalization in multiple sclerosis. Neurology, 2014, 83(10), 929–937.
45. Harding K., Zhu F., Alotaibi M., Duggan T., Tremlett H., Kingwell, E.: Multiple cause of death analysis in multiple sclerosis: A population-based study. Neurology, 2020, 94(8), e820–e829.
46. Zecca C., Riccitelli G.C., Disanto G., Singh A., Digesu G.A., Panicari L., Puccini F., Mattioli M., Tubaro A., Gobbi C.: Urinary incontinence in multiple sclerosis: prevalence, severity and impact on patients' quality of life. European journal of neurology, 2016, 23(7), 1228–1234.
47. Stoffel J.T.: Chronic Urinary Retention in Multiple Sclerosis Patients: Physiology, Systematic Review of Urodynamic Data, and Recommendations for Care. The Urologic clinics of North America, 2017, 44(3), 429–439.
48. de Silva R.N., Vallortigara J., Greenfield J., Hunt B., Giunti P., Hadjivassiliou M.: Diagnosis and management of progressive ataxia in adults. Practical neurology, 2019, 19(3), 196–207.
49. Hinds J. P., Eidelman B. H., Wald A.: Prevalence of bowel dysfunction in multiple sclerosis. A population survey. Gastroenterology, 1990, 98(6), 1538–1542.
50. Emmanuel A.: Managing neurogenic bowel dysfunction. Clinical rehabilitation, 2010, 24(6), 483–488.
51. Preziosi G., Gordon-Dixon A., & Emmanuel A.: Neurogenic bowel dysfunction in patients with multiple sclerosis: prevalence, impact, and management strategies. Degenerative neurological and neuromuscular disease, 2018, 8, 79–90.
52. Brown S.: Swallowing and speaking: Challenges for MS patient. The International Journal of MS Care, 2000, 2, 7-13
53. Brola W., Kasprzyk M., Fudala M., Opara J.: Palliative Care in MS. Medycyna Paliatywna, 2013, 5(2), 41–47.

54. Sciortino K., Liss J.M., Case J.L., Gerritsen K.G., Katz R C.: Effects of mechanical, cold, gustatory, and combined stimulation to the human anterior faucial pillars. Dysphagia, 2003, 18(1), 16–26.
55. Prosiegel M., Schelling A., Wagner-Sonntag E.: Dysphagia and multiple sclerosis. International MS journal, 2004, 11(1), 22–31.
56. Krupp L., Rizvi, R.: Symptomatic therapy for underrecognized manifestations of multiple sclerosis, Neurology, 2002, 58(8), 32-39.
57. Samkoff L.M., Goodman A.D.: Symptomatic management in multiple sclerosis. Neurologic Clinics, 2011, 29, 449-463.
58. Ben-Zacharia A.B., & Lublin F.D.: Palliative care in patients with multiple sclerosis. Neurologic clinics, 2001, 19(4), 801–827.
59. Feinstein A.: An examination of suicidal intent in patients with multiple sclerosis. Neurology, 2002, 59(5), 674-678.
60. Kumpfel T., Hoffmann L.A., Pollmann W., Rieckmann P., Zettl U.K., Kuhnbach R., Borasio G.D., Voltz R. Palliative care in patients with severe multiple sclerosis: Two case reports and a survey among German MS neurologists. Palliative Medicine, 2007, 21, 109–114.
61. Stenager E.N., Stenager E., Koch-Henriksen N., et al.: Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 1992, 55, 542-545.
62. Fredrikson S., ChengQ., JiangG.X.,Wasserman D.: Elevated suicide risk among patients with multiple sclerosis in Sweden. Neuroepidemiology, 2003, 22, 146-152.
63. Benedict R.H.,Wahlig E., Bakshi R.: Predicting quality of life in multiple sclerosis: accounting for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. Journal of the Neurological Sciences, 2005, 231, 29-34
64. Strupp J., Romotzky V., Galushko M., Golla H., Voltz R.: Palliative care for severely affected patients with multiple sclerosis: when and why? Results of a Delphi survey of health care professionals. Journal of Palliative Medicine, 2014, 17(10), 1128-1136
65. Buecken R., Galushko M., Golla H., Strupp J., Hahn M., Ernstmann N., Pfaff H., Voltz R.: Patients feeling severely affected by multiple sclerosis: How do patients want to communicate about end-of-life issues? Patient Education and Counseling, 2012, 88, 318–324.

66. Knies A., Golla H., Strupp J., Galushko M., Schipper S., Voltz R.: A palliative care hotline for multiple sclerosis: A pilot feasibility study. Palliative and Supportive Care, 2015, 13(4), 1071-1078.
67. Galushko M., Golla H., Pfaff H., Kaiser C., Karbach U., Voltz R.: Multiple sclerosis and palliative care: Different perspectives from patients and health professionals on unmet needs in severely affected patients in Germany. Palliative Medicine, 2008, 22, 435–436.
68. Brola W., Szafraniec L.: Patologiczny śmiech i płacz w chorobach układu nerwowego. Przegląd Lekarski, 1997, 54, 356-359.
69. Coulthard-Morris L: Clinical and rehabilitation outcome measures, Multiple Sclerosis Diagnosis, Medical Management, and Rehabilitation, 2000, 221-290
70. Opara J.A., Jaracz K., Brola W.: Quality of life in multiple sclerosis. Journal of Medicina and Life, 2010, 3, 352-358.
71. Brola W., Ziomek M., Czernicki J.: Zmęczenie w przewlekłych chorobach neurologicznych. Neurologia i Neurochirurgia, Polska 2007, 41, 340-349.
72. Losy J.: Zmęczenie w stwardnieniu rozsianym. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii, 2005, 3, 279-282.
73. Dworzańska E., Mitosek-Szewczyk K., Stelmasiak Z.: Zespół zmęczenia w stwardnieniu rozsianym. Neurologia i Neurochirurgia Polska, 2009, 43, 71-76.
74. Opara J, Kucio C., Socha T., Szczygieł J.: Rola aktywności fizycznej w zapobieganiu niepełnosprawności w stwardnieniu rozsianym. Rehabilitacja Medyczna, 2012, 16, 34-46.
75. Goodin D.S., Corwin M., Kaufman D., Golub, H., Reshef S., Rametta M.J., Knappertz V., Cutter G., & Pleimes D.: Causes of death among commercially insured multiple sclerosis patients in the United States. PloS one, 2014, 9(8), e105207.

Psychofarmakoterapia – czy jest dla niej miejsce w opiece paliatywnej?

Katarzyna Pawłowicz [1], Anna Zalewska [2]

1. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Fizjoterapii, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Wprowadzenie

Leczenie osób terminalnie chorych polega przede wszystkim na łagodzeniu objawów sprawiających, że życie u jego kresu staje się pełne cierpienia i bólu. Cierpienie fizyczne w przebiegu bardzo zaawansowanej choroby jest jej nieodłącznym elementem. Mamy dostępne metody i środki, aby to cierpienie stało się mniejsze. Znacznie rzadziej myślimy o cierpieniu emocjonalnym, które może być najtrudniejszym elementem choroby. Dolegliwości psychiczne mają dwojakie pochodzenie. Z biologicznego punktu widzenia choroby nowotworowe mogą powodować zaburzenia funkcjonowania psychicznego, szczególnie jeśli dotykają ośrodkowy układ nerwowy. Z punktu widzenia psychologii życie z nieuleczalną chorobą jest jednym z najsilniejszych znanych stresogenów.

W leczeniu osób terminalnie chorych śmiało sięgamy po leki, by nieść ulgę choremu. Czy równie chętnie sięgamy po leki psychotropowe? I czy mają one zastosowanie w krańcowym etapie choroby? Moja odpowiedź na drugie pytanie jest jak najbardziej twierdząca, co postaram się udowodnić w niniejszym opracowaniu. Mam nadzieję, że dzięki znajomości wskazań i zastosowań u chorych paliatywnie będą one ordynowane zawsze, kiedy będzie zachodziła taka potrzeba, bez uprzedzeń, zgodnie z najnowszą wiedzą i z intencją działania w interesie najwyższego dobra – zdrowia ludzkiego.

Leki uspokajające i nasenne

Lęk towarzyszy wielu aspektom życia ludzkiego. Jest najtrudniejszy, kiedy mierzymy się z nieznanym i mamy duże prawdopodobieństwo, że nasze zasoby są niewystarczające do pokonania przeciwności. Czy ten opis nie pasuje idealnie do życia z chorobą? Lęk towarzyszy chorobie na każdym jej etapie. Już pierwsze dolegliwości, które skłaniają nas do skorzystania

z pomocy specjalisty, mogą budzić niepokój. Otrzymanie diagnozy choroby powoduje duży poziom stresu. W tym momencie uświadamiamy sobie, że nasze dotychczasowe życie się zmieni. Być może czeka nas długie leczenie i jego nieprzyjemne skutki. Boimy się przyszłości, bólu, walki o zdrowie i porażki w tej walce. Boimy się, że już nic nie będzie takie samo. Lęk o zdrowie miesza się z lękiem o bliskich. Jak zmieni się ich życie? Czy udźwignąą towarzyszenie drugiemu człowiekowi w najcięższych chwilach życia? Jak wpłynie na nich choroba małżonka, rodzica, siostry, brata, towarzysza życia, żywiciela rodziny? Już na pierwszym etapie choroby czynników budzących lęk jest wiele.

Proces leczenia jest nie mniej stresogenny. To nauka życia z chorobą. Nauka przewartościowania życiowych priorytetów. Nauka zrezygnowania z wielu ważnych aspektów życia na rzecz ratowania zdrowia. To zetknięcie z systemem opieki medycznej, poddawanie się zabiegom, badaniom, procedurom, to dni spędzone w surowych szpitalnych wnętrzach, to rozłąka z tym, co znane i bezpieczne. Lęk budzi oczekiwanie na wyniki, diagnoza, rozmowy z lekarzami, którzy mogą wiedzieć o nas to, czego jeszcze my nie wiemy.

W opiece paliatywnej mamy do czynienia z lękiem o to, co najcenniejsze – życie. Jak niewyobrażalny musi być lęk osoby, która otrzymała diagnozę nieuleczalnej choroby i która ma świadomość nieuchronnej śmierci. Jak duże jest wyzwanie osób towarzyszących choremu, aby ten lęk złagodzić. Na tym etapie choroby nieoceniona jest fachowa pomoc psychologiczna. Psycholodzy specjalizujący się w pracy z osobami chorymi są nieodzownymi członkami zespołów terapeutycznych szpitali onkologicznych, hospicjów stacjonarnych, hospicjów domowych. Ważne jest, aby liczba osób pracujących w takim charakterze była adekwatna do liczby potrzebujących pacjentów. Równie istotny jest moment zaproponowania tego typu wsparcia. To, kiedy pacjent potrzebuje pomocy psychologa jest sprawą bardzo indywidualną. Jedni od razu są gotowi na rozmowę, inni potrzebują czasu aż opadną te pierwsze, najsilniejsze emocje. Są też tacy, którzy z różnych powodów nigdy się na to nie zdecydują. Niezależnie od tego, jaka będzie decyzja pacjenta, możliwość konsultacji psychologicznej dla osób terminalnie chorych powinna być dostępna zawsze, bezpłatnie i bez ograniczeń.

Dla wielu pacjentów wielkie korzyści przyniesie także poświęcenie uwagi sferze duchowej. Zwłaszcza w obliczu śmierci ten obszar życia człowieka może być dla niego szczególnie bliski. Poszukiwanie sensu życia, cierpienia i śmierci, a szczególnie jego odnalezienie, działa na osoby o głębokiej duchowości bardzo pozytywnie. Skutkiem może być zmniejszenie niepokoju o przyszłość, a nawet akceptacja nadejścia ostatniego etapu życia.

Umożliwienie kontaktu z osobą duchowną, czy możliwość sprawowania praktyk religijnych w takim zakresie, na jaki pozwala stan pacjenta jest jednym z obowiązków pracowników zespołów opieki hospicyjnej. Pacjent, który dobrze funkcjonuje w obliczu ciężkiej choroby to także duże ułatwienie dla profesjonalnych opiekunów. Jest to dodatkowa korzyść, którą niesie zadbanie o tą sferę życia chorego.

Niestety, nawet przynosząca zamierzone efekty współpraca z psychologiem, czy dbałość o sferę duchową może wymagać uzupełnienia leczeniem farmakologicznym. Postępowanie zmierzające do obniżenia poziomu lęku ma korzyści zarówno emocjonalne, jak i somatyczne. Bezsporną kwestią jest bardzo znaczące obniżenie jakości życia chorego w sytuacji wysokiego poziomu lęku, ale przewlekły stres, który jest skutkiem trwałego niepokoju powoduje także negatywne skutki fizyczne, wywołane m.in. wysokim poziomem hormonów stresu we krwi.

Do osiągnięcia stanu snu fizjologicznego niezbędne jest zmniejszenie aktywności ośrodkowego układu nerwowego, natomiast w wyniku stresu dochodzi do sytuacji odwrotnej, czyli aktywizacji. Obniżenie tej aktywności przynosi podwójny skutek, tj. zmniejszenie napięcia emocjonalnego oraz ułatwienie zasypiania, dlatego leki uspokajające i nasenne tworzą wspólną grupę w klasyfikacji leków psychiatrycznych.

Przed wprowadzeniem leczenia farmakologicznego warto zapoznać pacjenta z zasadami treningu autogennego Schultza i treningu Jacobsona. Są jednymi z najskuteczniejszych, niefarmakologicznych metod rozluźniania ciała, obniżania aktywności układu współczulnego i wprowadzania w stan snu fizjologicznego [1,2].

Leki nasenne zwyczajowo dzielimy na trzy grupy: benzodiazepiny (diazepam, estazolam, flunitrazepam, flurazepam, lorazepam, lormetazepam, midazolam, nitrazepam, temazepam, tiazolam), barbiturany (barbital, cyklobarbital, fenobarbital, tiopental), leki niebarbituranowe (hydroksyzyna, kiometiazol, prometazyna, zolpidem, zopiklon) [3].

Poniżej zostaną omówione wybrane leki i grupy leków, które są często stosowane w medycynie paliatywnej [4].

Benzodiazepiny

Wszystkie leki z omawianej grupy łączy wspólny mechanizm działania na ośrodkowy układ nerwowy poprzez wpływ na receptory GABA-A oraz działanie uspokajające, nasenne i przeciwdrgawkowe. Poszczególne benzodiazepiny różnią się od siebie okresem półtrwania. W ten sposób możemy je podzielić na trzy grupy [3,4,5,6, 7]:

- krótkim okresie półtrwania – do 12 godzin (lormetazepam, midazolam, triazolam),
- średnim okresie półtrwania – do 24 godzin (lorazepam, estazolam, flunitrazepam, temazepam),
- długim okresie półtrwania – ponad 24 godziny (nitrazepam,diazepam, flurazepam).

Ze względu na potencjał uzależniający, zaleca się ich stosowanie z zachowaniem zasad bezpieczeństwa, tj. stosunkowo krótki okres leczenia (maksymalnie ok. 4 tyg.) bądź stosowanie doraźne oraz preferowanie benzodiazepin o krótszym okresie półtrwania [3,4,5,6, 7].

Decyzja o wprowadzeniu benzodiazepiny do leczenia oraz wybór konkretnej substancji zawsze należy podejmować indywidualnie, z uwzględnieniem potencjalnych korzyści i szkód. Warto zwrócić uwagę na farmakokinetykę wybieranej benzodiazepiny. Wybór jest dość szeroki, dlatego przez rozważny dobór możemy uniknąć takich niedogodności, jak nadmierna senność w ciągu dnia lub utrata możliwości prowadzenia pojazdów mechanicznych przez wiele godzin [7].

Hydroksyzyna

Hydroksyzyna blokuje receptory histaminowe typu 1. Dzięki temu jest też lekiem antyalergicznym i łagodzi świąd. Jej skutek uboczny – wywoływanie sedacji jest wykorzystywany w psychiatrii. Przewaga hydroksyzyny nad benzodiazepinami polega na braku potencjału uzależniającego, dlatego często bywa lekiem pierwszego rzutu. Podobne działanie mają też doksylamina oraz difenhydramina, ale nie zyskały tak dużej popularności jak hydroksyzyna. W zastosowaniu klinicznym obserwujemy osobniczy poziom wrażliwości na działanie sedacyjne hydroksyzyny. Nie należy jej również stosować długotrwale. Po ok. 2-3 tygodniach codziennego stosowania może dojść do pobudzenia i wzrostu napędu utrudniającego zasypianie [3,4,8].

Stosowanie hydroksyzyny w medycynie paliatywnej powinno być dokładnie rozważone, ponieważ ze względu na jej działanie cholinolityczne może nasilać powszechne objawy chorych terminalnie, tj. suchość w jamie ustnej, opóźnione opróżnianie pęcherza moczowego, czy spowolnienie perystaltyki jelit. Ostrożność w dawkowaniu leku należy zachować także u pacjentów z niewydolnością wątroby i/lub nerek, ponieważ u tych osób wydalenie cetyryzyny – głównego metabolitu hydroksyzyny jest opóźnione [9,10].

Nie możemy zapominać, że preparaty nasenne i uspokajające są lekami używanymi w tzw. paliatywnej sedacji. Są to głównie benzodiazepiny, które w tej roli wyparły stosowane

wcześniej opioidy. Sedację paliatywną stosuje się w zaawansowanej chorobie terminalnej, kiedy występują zaburzenia świadomości. Osoby stosujące ją u pacjentów podają za pozytywny skutek zmniejszenie cierpienia tuż przed śmiercią. Paliatywna sedacja poddawana jest szerokim dyskusjom natury etycznej [11,12].

Leki przeciwdepresyjne

Według najczęściej przytaczanych danych występowanie depresji w populacji ogólnej wynosi ok. 17%, a ponad 60% osób dorosłych na pewnym etapie życia wykazuje objawy depresyjne [13,14,15].

Badania pokazują, że ok. 9% pacjentów leczonych z powodu nowotworu wykazuje objawy nasilonej depresji, a około połowa z nich ma objawy depresyjne, które obniżają jakość ich życia [13,16].

Depresja może powodować takie dolegliwości, jak obniżenie nastroju, brak możliwości przeżywania radości, zobojętnienie, obniżenie napędu psychoruchowego, zaburzenie rytmów biologicznych, zaburzenia łaknienia, a więc te, których łagodzenie jest właśnie celem leczenia paliatywnego.

Rozpoznanie depresji stawiane jest na podstawie objawów i czasu ich trwania zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacja Chorób i Zaburzeń Psychicznych ICD-10. Depresja może mieć nasilenie lekkie, umiarkowane bądź ciężkie. Lekarz prowadzący pacjenta podejmuje decyzję o konieczności podjęcia leczenia i jego formie. W zależności od nasilenia choroby i możliwości pracy z psychologiem obie formy leczenia mogą się uzupełniać lub może być stosowana tylko jedna z nich. Szybkie rozpoznanie depresji i podjęcie leczenia ma wiele pozytywnych skutków. Rozważania na ich temat należy rozpocząć od faktu, że depresja jest chorobą potencjalnie śmiertelną, a więc korzyści ze skutecznego leczenia wydają się być oczywiste. Objawy depresyjne znacznie pogarszają jakość życia chorego, codzienne funkcjonowanie, relacje rodzinne i społeczne oraz motywację do leczenia i chęć życia [13].

Poniżej zostały przedstawione grupy leków przeciwdepresyjnych, które mogą być stosowane także u chorych objętych leczeniem paliatywnym.

Ze względu na szeroki wybór, oprócz działania przeciwdepresyjnego, jakie posiada każdy z leków, można wywołać aktywizację lub hamowanie stanu psychomotorycznego w zależności od efektu terapeutycznego, jaki chcemy uzyskać u konkretnego pacjenta.

Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne

Obecnie ta grupa leków jest rzadziej stosowana. Została wyparta przez selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny, które wiodą prym w leczeniu depresji. Ze względu na ich duże znaczenie w psychiatrii oraz skuteczność u niektórych chorych zasługują na omówienie [8,17].

Do najpopularniejszych substancji z tej grupy leków zaliczamy: amitryptylinę, klomipraminę, opipramol, imipraminę, dezipraminę, trimipraminę oraz lofepraminę. Z uwagi na działanie cholinolityczne trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych ich ordynowanie u pacjentów terminalnie chorych powinno być starannie rozważone z powodu prawdopodobieństwa nasilania powszechnie występujących dolegliwości u chorych paliatywnie, tj. suchość w jamie ustnej, zaparcia, zaburzenia w oddawaniu moczu. Innym działaniem niepożądanym jest możliwość wywoływania pobudzenia i bezsenności [8,17].

Z korzystnych skutków działania dla chorych paliatywnie można wymienić np. wzrost łaknienia [8,17].

Czteropierścieniowe leki przeciwdepresyjne

W grupie czteropierścieniowych leków przeciwdepresyjnych znajdują się trzy substancje: mianseryna, mirtazapina oraz maprotylina. Ze względu na zdolność hamowania afektu, czyli ekspresji emocji, leki z tej grupy często są ordynowane dla pacjentów z depresją, która przebiega z pobudzeniem i lękiem [8].

Selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny i noradrenaliny

Wiodącą substancją w tej grupie leków jest wenlafaksyna. Wskazaniem do stosowania tego leku są depresje o dużym nasileniu. Substancja hamuje zarówno wychwyt zwrotny serotoniny, jak i noradrenaliny, dlatego oprócz efektu przeciwdepresyjnego wywiera także działanie na układ krążenia, co może się objawiać podwyższeniem ciśnienia krwi oraz wzrostem częstości akcji serca [8,18].

Wszystkie inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny wpływają także na czynność płytek krwi i mogą nasilać krwawienia, dlatego należy rozważyć ich zastosowanie u pacjentów z podwyższonym ryzykiem krwawienia, np. z powodu rozpadu guza nowotworowego lub naciekania narządów wewnętrznych albo stosujących jednocześnie leki antykoagulacyjne [8,18].

Selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny

Do selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny zaliczamy preparaty z takimi substancjami, jak: citalopram, escitalopram, fluoksetyna, fluwoksamina, paroksetyna, sertralina. W tej grupie znajduje się też najczęściej stosowana substancja przeciwdepresyjna na świecie – fluoksetyna [8,19,20,21].

Poszczególne substancje mają zbliżone działanie – przede wszystkim przeciwdepresyjne i aktywizujące, a różnią się potencjałem hamującym aktywność izoenzymów cytochromu P450. Ich przewagę nad pozostałymi grupami leków przeciwdepresyjnych stanowią stosunkowo łagodne działania niepożądane, takie jak: ból głowy, zaburzenia snu oraz zaburzenia żołądkowo-jelitowe [8,19,20,21].

Selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu noradrenaliny

Do leków z tej grupy możemy zaliczyć preparaty zawierające następujące substancje aktywne: reboksetyna, bupropion, maprotylina. Selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu noradrenaliny są stosunkowo rzadko stosowane ze względu na uciążliwe działania niepożądane ze strony układu krążenia, takie jak tachykardia, hipertensja, wzmożona potliwość, zaburzenia snu, suchość śluzówek, zaburzenia oddawania moczu. Obecnie wybór leków przeciwdepresyjnych jest bardzo szeroki, dlatego preferowane są substancje powodujące łagodniejsze działania niepożądane, jednakże w sytuacjach nieskuteczności innych preparatów oraz specyficznych potrzeb konkretnego pacjenta stosuje się także leki z tej grupy [8,22].

Inhibitory monoaminooksydazy

Przedstawicielami tej grupy leków jest fenelzyna i moklobemid. Mechanizm działania leków z tej grupy polega na blokowaniu działania enzymu monoaminooksydazy. W efekcie dochodzi do wzrostu stężenia dopaminy, adrenaliny, noradrenaliny oraz serotoniny. Dzięki tej właściwości, oprócz efektu przeciwdepresyjnego, otrzymujemy także bardzo silny efekt pobudzający, dlatego preparaty tych substancji znalazły zastosowanie w leczeniu depresji ze znacznym zahamowaniem aktywności psychomotorycznej [8,23].

Ze względu na znaczą aktywację układu współczulnego inhibitory monoaminooksydazy nie są lekami pierwszego wyboru u chorych terminalnie i w praktyce stosuje się je u niewielkiej liczby pacjentów. Dodatkową ich wadą jest wchodzenie w reakcje z niektórymi składnikami pokarmów oraz liczne interakcje z lekami [8,23].

Leki przeciwpsychotyczne (neuroleptyki)

Mówiąc najogólniej, leki przeciwpsychotyczne są preparatami stosowanymi w leczeniu psychoz. Chorobą, która najczęściej kojarzy nam się ze stosowaniem neuroleptyków to schizofrenia, natomiast szeroki zakres ich działania spowodował, że znalazły zastosowanie w wielu sytuacjach klinicznych, również w opiece paliatywnej. Sytuacjami, kiedy stosujemy leki przeciwpsychotyczne w leczeniu chorych terminalnie są, np. stany pobudzenia psychomotorycznego, halucynacje, majaczenie, objawy wytwórcze, zachowania agresywne. Występują one m.in. w wyniku guzów mózgu zarówno pierwotnych, jak i przerzutowych oraz otępienia. Obecnie mamy dostępne zarówno tzw. klasyczne neuroleptyki, które są pierwszą generacją tego typu preparatów, jaki i leki II generacji (neuroleptyki atypowe). Podstawową wadą leków przeciwpsychotycznych pierwszej generacji jest duży potencjał wywoływania tzw. objawów pozapiramidowych, które mogą powodować dyskinezy mięśni twarzy, czy kończyn. Działanie wszystkich neuroleptyków jest warunkowane przez ich zdolność do hamowania przekaźnictwa dopaminergicznego w ośrodkowym układzie nerwowym. Oprócz tłumienia objawów wytwórczych, powodują też uspokojenie i działanie nasenne [24,25,26] .

Na neuroleptyki klasyczne składają się 4 grupy preparatów [24]:

- pochodne butyrofenonu (haloperidol),
- pochodne fenotiazyny (chlorpromazyna, promazyna, lewomepromazyna, flufenazyna),
- pochodne tioksantenu (chlorprotiksen, klopentiksol), pochodne difenylobutylopiperydyny (pimozyd).

Do neuroleptyków atypowych należą dwie grupy leków: pochodne dibenzodiazepiny (olanzapina, kwetiapina, klozapina), pochodne benzamidu (sulpiryd, amisulpiryd). Poniżej zostaną zaprezentowane wybrane leki znajdujące częste zastosowanie u chorych u kresu życia [24].

Haloperidol

Haloperidol to neuroleptyk z grupy leków przeciwpsychotycznych I generacji. Jest lekiem szeroko dostępnym w lecznictwie. Jeśli na oddziale o profilu niepsychiatrycznym, np. interni czy chirurgii miałby znajdować się tylko jeden neuroleptyk to w większości przypadków będzie to właśnie haloperidol [27,28].

Przyczynia się do tego z pewnością fakt, że dostępna jest także jego forma domięśniowa, która w nagłych sytuacjach działa szybciej, niż podanie doustne. Jego działanie jest stosunkowo silne w porównaniu do innych neuroleptyków, dlatego nie ma potrzeby stosowania dużych dawek. W opiece paliatywnej podawany jest najczęściej w sytuacjach silnego pobudzenia psychofizycznego oraz majaczenia. Dostępny jest także w formie płynnej, co umożliwia jego stosowanie u chorych z utrudnionym przełykaniem [27,28].

Chloroprotyksen

Chloroprotyksen z powodzeniem mógłby się znaleźć we wcześniej omawianej grupie leków – uspokajających i nasennych, ponieważ wykazuje prawdopodobnie najsilniejsze działanie przeciwlękowe z obecnie dostępnych leków przeciwpsychotycznych. Jest często ordynowany jako lek nasenny w przypadku bezsenności spowodowanej niepokojem nawet bez obecności objawów psychotycznych [27,29].

Kwetiapina

Kwetiapina, podobnie jak chloroprotyksen, mogłaby znaleźć się w grupie omawianych już leków uspokajających i nasennych. Jej przewagę nad chloroprotyksenem stanowi fakt, że ma niższy potencjał wywoływania objawów pozapiramidowych, ponieważ należy do neuroleptyków II generacji. Często jest stosowana tylko na noc w celu wywołania efektu nasennego. Zaletą kwetiapiny jest dostępność preparatu w formie o przedłużonym uwalnianiu, co ma znaczenie u osób z utrudnionym przyjmowaniem leków, a takie często spotykamy w opiece paliatywnej. Umożliwia to przyjmowanie leku rzadziej, ale z uzyskaniem pożądanej skuteczności [27,29].

Piśmiennictwo

1. Szopa J.: Podstawowe zagadnienia związane z technikami relaksacyjnymi. [w:] Stres i jego modelowanie. Szopa J. i Harciarek M. (red.). Wyd. WWZPCz, Częstochowa, 2004, 16-18.
2. Sławińska A.: Zastosowanie progresywnej relaksacji mięśni Jacobsona w praktyce klinicznej. Psychiatria i Psychoterapia, 2016, 12(4), 3-15.
3. Szczawińska K.: Leki nasenne i uspokajające [w:] Farmakologia. Rajtar-Cynke G. (red.). Wydawnictw Czelej. Lublin ,2007, 99-105.

4. Zalas A.: Podstawy farmakoterapii w opiece paliatywnej. [w:] Pielęgniarstwo opieki paliatywnej. De Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.). Wyd. PZWL, Warszawa, 2017, 409-424.
5. https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=567 (data pobrania: 26.07.2021).
6. https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=522 (data pobrania: 26.07.2021).
7. https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=217 (data pobrania: 26.07.2021).
8. Mutschler E., Geisslinger G.: Farmakologia i toksykologia. Urban & Partner, Wrocław 2004, 161-209.
9. https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=379 (data pobrania: 27.07.2021).
10. http://chpl.com.pl/data_files/2012-07-04_2012_06_atarax__tabletki_chpl.pdf (data pobrania: 27.07.2021).
11. Wach B.: Terminalna sedacja – między opieką paliatywną a eutanazją. Analiza i Egzystencja, 2017, 37, 25-41.
12. Niemiec M.: Aspekty etyczne dotyczące końca życia. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2016, 10(1), 1–7.
13. Gołota Sz., Białczyk K., Wyszkowska Z., Popiołek A., Krajnik M., Borkowska A.: Lęk i depresja u chorych na nowotwory — co tracimy? Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2017, 11(3), 111–117.
14. Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jim R., Merikangas K.R., Walters E.E.: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 2005, 62(6), 593–602.
15. Kennedy N., Paykel E.S.: Residual symptoms at remission from depression: impact on long-term outcome. Journal of Affective Disorders, 2004, 80(2-3), 135–144.
16. Tiller J.W.: Depression and anxiety. The Medical Journal of Australia, 16(199), 28-31.
17. Bidzan L.: Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym. Medycyna Wieku Podeszłego, 2011, 1(1), 31–41.
18. http://leki.urpl.gov.pl/files/Venlectine_kapstwarde_3dawki.pdf (data pobrania 29.07. 2021),
19. http://leki.urpl.gov.pl/files/25_Bioxetin_tab.pdf (data pobrania 29.07.2021),
20. http://chpl.com.pl/data_files/Escipram.pdf (data pobrania 29.07.2021),
21. http://chpl.com.pl/data_files/2013-09-18_pl-smpc-pram-17.09.2013_clean.pdf (data pobrania 29.07.2021),

22. http://chpl.com.pl/data_files/2012-02-13_zyban_150_ch.pdf (data pobrania 29.07.2021),
23. http://leki.urpl.gov.pl/files/Moklar_tabl_150mg.pdf (data pobrania 29.07.2021),
24. Szczawińska K. Leki neuroleptyczne. [w:] Farmakologia, Rajtar-Cynke G. (red.). Wydawnictw Czelej, Lublin 2007, 83-90.
24. Hui D., Dev R., Bruera E.: Neuroleptics in the management of delirium in patients with advanced cancer. Curr Opin Support Palliat Care, 2016, 10(4), 316-323.
25. Gaertner J., Eychmueller S., Leyhe T.: Benzodiazepines and/or neuroleptics for the treatment of delirium in palliative care?-a critical appraisal of recent randomized controlled trials. Annals of Palliative Care & Medicine, 2019, 8(4), 504-515.
26. Krzystanek M.: Archipelag psychofarmakologii. Sztuka farmakoterapii w psychiatrii. Termedia, Poznań, 2020.
27. http://leki.urpl.gov.pl/files/25_HaloperidoWZF02_kropl_doust_roztw.pdf (data pobrania 29.07.2021).
28. http://leki.urpl.gov.pl/files/Chlorprothixen_Zentiva_15.pdf (data pobrania 29.07. 2021).
29. http://leki.urpl.gov.pl/files/21_KventiaxSR.pdf (data pobrania 29.07.2021).

Stan kliniczny i emocjonalny oraz zaspokojenie potrzeb pacjenta umierającego w opinii personelu medycznego

Joanna Girzelska[1], Katarzyna Wiśniewska[2], Magdalena Głowacka[1], Karolina Kiszka[1]

1. Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wydział Nauk o Człowieku
2. Absolwent Akademii Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, Absolwent Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Wstęp

Śmierć człowieka jest niewątpliwie smutnym przeżyciem zarówno dla bliskich, jak i dla personelu sprawującego nad nim opiekę. Jest stanem, w którym nieodwracalnie ustają wszystkie funkcje życiowe człowieka. Podejście do śmierci i jej definiowanie na przestrzeni lat ulegały zmianom; obecnie wyróżnia się trzy typy definicji śmierci [1]:

- kliniczna,
- mózgowa (osobnicza),
- biologiczna [1].

Pierwsza z nich występuje wtedy, gdy ustaje praca serca i spontaniczny oddech. W tym czasie może być podjęta resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że będzie ona skuteczna ze względu na to, że jeżeli czynności zostały podjęte odpowiednio szybko, nie doszło do niedotlenienia mózgu i jego martwicy [2].

Druga z nich, to śmierć mózgowa. Dotyczy ona procesu obumarcia komórek mózgu. Jej stwierdzenie jest poprzedzone wieloma badaniami, a procedura diagnostyczna składa się z trzech etapów [2].

Najpierw ustalana jest przyczyna uszkodzenia mózgu i wykluczenie przyczyn dysfunkcji, które są potencjalnie odwracalne. Następnie wykazywane są oznaki kliniczne śmierci mózgu. Do tego zadania powoływana jest specjalna komisja biorąca pod uwagę wyniki badań obrazowych i instrumentalnych. Rozważeniu podlega również wykorzystanie wszystkich możliwości terapeutycznych oraz wykluczenie hipotermii, hipotensji, zaburzeń metabolicznych i wpływu różnych grup środków farmakologicznych na obecny stan pacjenta.

Obserwuje się także reakcję źrenic na światło, ruchy gałek ocznych, reakcje na bodźce bólowe, próbę kaloryczną, a także odruchy: rogówkowy, wymiotny, kaszlowy i oczno-mózgowy. Wykonane zostają także dwie próby bezdechu, podczas których obserwuje się parametry życiowe pacjenta, takie jak akcja serca, ciśnienie tętnicze krwi, ciśnienie parcjalne tlenu i dwutlenku węgla we krwi tętniczej. Jeżeli nie stwierdza się aktywności ośrodka oddechowego przy wartości $PaCO_2$ powyżej 60mmHg to uznaje się, że jest on uszkodzony [2].

Umieranie jest więc procesem, podczas którego słabną, a następnie ustają wszelkie funkcje życiowe człowieka.

W dzisiejszych czasach zarówno krążenie, jak i oddychanie mogą być sztucznie podtrzymywane, więc w takim przypadku stwierdzenie śmierci mózgu staje się wyznacznikiem śmierci człowieka [3].

Trzecim rodzajem jest śmierć biologiczna. Polega ona na ustaniu czynności i procesów na poziomie komórek organizmu. Rozpoczyna się wtedy degradacja komórek, rozkład ciała i procesy gnilne [4].

Podział śmierci i objawy

Wyróżnia się kilka podziałów śmierci. Pod względem medycznym, rozróżnia się śmierć naturalną, gwałtowną oraz z przyczyn chorobowych [5].

Pierwsza z nich jest wynikiem fizjologicznego procesu starzenia organizmu i występuje coraz rzadziej ze względu na coraz większe możliwości sztucznego podtrzymywania życia. Śmierć z przyczyn chorobowych jest wynikiem postępującej choroby i jest zazwyczaj poprzedzona agonią. Śmierć gwałtowna ma zwykle charakter urazowy – może on być fizyczny, mechaniczny, termiczny lub chemiczny. Biorąc pod uwagę czas, można podzielić śmierć na nagłą, powolną oraz gwałtowną. Pierwsza z nich postępuje bardzo szybko, dotyczy minut, a nawet sekund. Powolna śmierć jest poprzedzona agonią i trwa stosunkowo długo. To pokazuje nam, że śmierć jest procesem, którego czas trwania trudno precyzyjnie określić [5].

Do wczesnych znamion śmierci należą plamy opadowe, oziębienie i bladość ciała oraz stężenie pośmiertne [5]. Plamy opadowe świadczą o ustaniu krążenia – wtedy krew przemieszcza się do części ciała położonych najniżej, zgodnie z siłą grawitacji. Mają one barwę sino-fioletową i występują po około 30 minutach w postaci pojedynczych plam, powiększając się wraz z upływem czasu. Na skutek zgonu, najpierw dochodzi do zwiotczenia mięśni,

a dopiero po około 1-3 godzinach stają się one sztywne, co zwane jest stężeniem pośmiertnym. Jego siła zależna jest od temperatury otoczenia, masy mięśniowej oraz aktywności mięśni przed śmiercią. Stężenie ustępuje najczęściej w drugiej dobie od zgonu. Oziębienie pośmiertne występuje na skutek braku przemiany materii, co wiąże się z utratą ciepła. Po śmierci dochodzi także do zmian o charakterze rozkładu, takich jak autoliza i gnicie. Autoliza jest rozpadem tkanek na skutek własnych enzymów. Najpierw ulegają jej komórki mózgowe i narządy bogate w enzymy. Zmiany autolityczne pojawiają się najpóźniej w sercu, węzłach chłonnych, mięśniu macicy, tarczycy, chrząstkach i kościach. Procesy gnilne są natomiast spowodowane obecnością bakterii, które za życia zamieszkują ludzkie drogi oddechowe, przewód pokarmowy i skórę. Gnicie najwcześniej ujawnia się w okolicy wyrostka robaczkowego, czyli w prawym dole biodrowym. Powłoki miękkie przybierają w tym miejscu barwę zielonkawą.

Współczesne podejście do śmierci

Pomimo rozwoju medycyny, wprowadzenia w obrót nowych leków, lepszej opieki medycznej, w wielu przypadkach nadal jesteśmy bezradni wobec śmierci. Zgon kojarzony jest z czymś nieprzyjemnym, wywołuje niepewność, lęk, żal, przerażenie. Pozostawia po sobie uczucie pustki wewnętrznej, uświadamia własne słabości, kruchość życia, powoduje strach.

Coraz częstszym zjawiskiem jest umieranie w samotności. Dzieje się tak, ponieważ chorzy rzadziej umierają we własnym domu [6]. W obliczu pogorszenia stanu zdrowia bliscy dzwonią po karetkę pogotowia, licząc na pomoc ze strony personelu medycznego. Zazwyczaj miejscem umierania jest szpital lub inne placówki, takie jak ZOL (Zakład Opiekuńczo-leczniczy), DPS (Dom Pomocy Społecznej), Hospicjum. Nie zawsze jest możliwość udzielenia odpowiedniego wsparcia psychicznego pacjentowi umierającemu, gdyż wypełnienie wszelkich procedur medycznych w sytuacjach nagłego pogorszenia stanu zdrowia wymaga zaangażowania wielu osób, precyzji i szybkości działania. Ciężko chory pacjent jest wtedy pozbawiony głosu, musi zdać się na decyzje personelu medycznego. Gdy jego stan się pogarsza, nikt nie trzyma go za rękę, nie próbuje wysłuchać, gdyż nie ma na to czasu – toczy się walka o życie. Wśród nieznanej aparatury, mnóstwa zadawanych pytań, lęku i cierpienia pacjent czuje się osamotniony i zestresowany. Gdy okaże się, że już nic nie da się zrobić, nadchodzi czas pożegnania z rodziną. Wiele osób boi się tego spotkania i towarzyszenia choremu w tym trudnym dla niego czasie. Śmierć w dzisiejszych czasach jest tematem tabu [7]. Bliscy boją się zderzenia z rzeczywistością, nie umieją rozmawiać z chorym na temat jego odejścia, więc on

sam musi się zmierzyć z procesem umierania. Literatura podaje, że istnieje osiem czynników powodujących lęk przed śmiercią. Należą do nich: cierpienie fizyczne, poniżenie, zmiany zachodzące w ciele, uzależnienie od innych, konsekwencje śmierci dla innych, przerwanie realizacji życiowych zadań, nieistnienie i kara za grzechy [8].

Wizja nieustającego bólu wzbudza niepokój w każdym z nas. Cierpienie towarzyszy nam w wielu momentach naszego życia, lecz mamy nadzieję na lepsze jutro, ponieważ wiemy, że męczarnia kiedyś się zakończy. Podczas procesu umierania trudniej nam znieść ból, gdyż zdajemy sobie sprawę, że będzie się on nasilać, a potem nastąpi nieuniknione - zgon. Dla wielu pacjentów problem stanowi brak możliwości kontrolowania procesów wydalania. Doświadczają oni poczucia wstydu, podczas gdy inne osoby wykonują u nich toaletę całego ciała, pielęgnują je. To obnaża ich intymność, oczom ukazuje się wychudzone, często zdeformowanie ciało noszące znamiona terapii i cierpienia. Człowiek, mimo że jeszcze żywy, wygląda jakby był martwy, budząc tym przerażenie bliskich. Równie uwłaczające jest uzależnienie od innych, zwłaszcza dla osób, które do tej pory uważane były za okaz zdrowia, silnych i zaradnych ludzi. Wiele osób na łożu śmierci myśli o tym, jak ich najbliżsi poradzą sobie z jego zgonem. Obawiają się, że rodziny mogą stracić część środków do życia, ponieważ to chory wspomagał ich stabilność finansową. Ponadto pacjent jest świadomy, że rodzina będzie cierpieć psychicznie z powodu jego utraty. W przypadkach, gdy choroba rozpoczyna się nagle i postępuje szybko, chorzy zostawiają pewne niezrealizowane zadania w swoim życiu. Mogą do nich należeć: wychowanie dzieci, spłacenie kredytu, rozdział majątku, zaplanowane podróże, zabezpieczenie finansowe rodziny, czy ukończenie kształcenia. To wzbudza poczucie bezradności wobec kończącego się czasu. Trudno wyobrazić sobie, że życie nadal będzie się toczyło, ale już bez nas, a nasze wspomnienia, uczucia i doznania po prostu znikną. Rodzina przez jakiś czas będzie nas wspominać, lecz minie kilka pokoleń i już nikt nie będzie pamiętał o naszym istnieniu. Uświadamia nam to, że wszystko przemija. Śmierć to koniec wszystkiego, co do tej pory znaliśmy, więc na myśl przychodzi pytanie: co dalej? Religia daje możliwość innego nastawienia do procesu umierania, ponieważ wierząc w życie pozagrobowe istnieje nadzieja, że cierpienie zostanie wynagrodzone w przyszłości. Wtedy śmierć jest tylko etapem, przez który musi przejść każdy z nas, aby osiągnąć pełnię szczęścia. Bywa również tak, że u osób wierzących pojawia się strach przed karą za grzechy [8].

Człowiek analizując swoje życie uświadamia sobie, że nie było ono doskonałe. Robiąc rachunek sumienia, rozpatruje swoje słabości, decyzje, czyny, żałując, że nie może cofnąć czasu i naprawić tego, co było złe.

Proces umierania

Według Kübler-Ross istnieje pięć etapów umierania [9].

Pierwszym z nich jest zaprzeczenie i izolacja**.** Na informację o nieuleczalnej chorobie pacjenci zazwyczaj reagują negacją. Twierdzą, że to co usłyszeli nie może być prawdą. Chorzy są w szoku, ponieważ do tej pory wiedli spokojne życie, mieli plany na przyszłość, nadzieje, marzenia. Trudno im zaakceptować wiadomość, że w niedalekiej przyszłości stracą wszystko, co do tej pory było ważne. Diagnoza powoduje strach i niedowierzanie, ponieważ nic nie wskazywało na taki przebieg wydarzeń. Przed wizytą u lekarza nawet nie przeszło im przez myśl, że może być to coś poważnego. Spodziewali się, że otrzymają leki i niedługo wszystko wróci do normy. Nie dopuszczają do siebie myśli o odejściu, bo wydaje im się to nierealne, nie zdążyli się przygotować na ewentualność, jaką jest nieuleczalna choroba. W momencie usłyszenia rozpoznania lekarskiego, są zazwyczaj wciąż silni, samodzielni, nie czują się śmiertelnie chorzy. Bywa nawet tak, że tłumaczą sobie tę informację jako błąd w sztuce lekarskiej lub uszkodzenie sprzętu medycznego i zafałszowanie wyniku. Zaprzeczenie jest formą obrony ludzkiej psychiki przed wstrząsem, jakim jest nieuchronny zgon. Na tym etapie współpraca z pacjentami bywa problematyczna ze względu na to, że nie chcą oni stosować się do zaleceń, ponieważ uważają się za zdrowych. Dlatego też ważne jest, aby najpierw poznać potrzeby, pragnienia i emocje pacjenta, określić, w jakim stopniu chce on poznać prawdę, a następnie dobrać sposób i czas poinformowania go o chorobie. Czas trwania tego etapu jest indywidualny dla każdego chorego i ma związek z wiekiem, sytuacją społeczną i wsparciem ze strony rodziny. Długotrwała negacja może powodować izolację.

Drugim etapem jest gniew. Pacjent zdaje sobie sprawę, że diagnoza nie jest pomyłką. Wtedy wzbiera w nim uczucie żalu i wściekłości. Nasuwa się pytanie „dlaczego ja?" Pacjent zaczyna analizować swoje życie. W jego ocenie, istnieje wiele osób, które zasługują na śmierć bardziej niż on. Jako powód podaje starość, nieprzydatność, czy złe uczynki innych. Sam natomiast wykazuje chęć życia, myśląc o dotychczasowej działalności, niedokończonych sprawach. Jest zazdrosny widząc uśmiechnięte twarze szczęśliwych, zdrowych ludzi. Pacjent buntuje się, ponieważ uświadamia sobie, że wszystko co zrobił do tej pory, przestało mieć znaczenie.

Jedna diagnoza zniszczyła wszystkie plany życiowe, więc chory reaguje agresją, nie tylko w stosunku do bliskich, ale i do personelu. W tym czasie trudno jest współpracować

z pacjentem, gdyż mimo największych starań ciężko jest sprostać oczekiwaniom chorego, a każda czynność wyzwala w nim gniew. Ten etap wymaga od pracowników wiele cierpliwości i opanowania.

Trzecim etapem jest targowanie się. Obejmuje on „zawieranie układów" z Bogiem. Gdy pacjent zdaje sobie sprawę, że ludzie są bezradni wobec jego choroby, zwraca się do sił nadprzyrodzonych. Jest to próba odroczenia zgonu. Chory obiecuje poprawę, poświęcenie się Kościołowi lub inne rzeczy, w zamian za przedłużenie życia. Etap ten jest zazwyczaj trzymany w tajemnicy, gdyż dotyczy wiary w Boga, a nie ludzi.

Czwartym etapem jest depresja. Pacjent analizuje dotychczasowe przeżycia i doświadczenia, zastanawia się, czy powinien zrobić coś inaczej, lepiej. Rozważa, czy był wystarczająco dobry, martwi się o przyszłość bliskich, wychowanie dzieci, stabilność finansową rodziny. Zdaje sobie sprawę, że niedługo utraci wszystko, na czym mu zależało. Pojawia się poczucie straty, wynikające z powodu deformacji części ciała lub ogólnej zmiany wyglądu zewnętrznego, zubożenia atrakcyjności. Wyczerpują się też środki finansowe, ponieważ chory jest częściowo obciążony kosztami hospitalizacji. Choroba wiąże się z utratą pracy, czyli także i roli społecznej, w wyniku czego pacjent czuje się bezużyteczny. Pacjent czuje się niespełniony, nie zdążył nacieszyć się życiem, nie osiągnął zaplanowanych celów. Może on odczytywać chorobę jako karę za popełnione błędy i być dręczony przez poczucie winy. Na tym etapie ważne jest wsparcie emocjonalne pacjenta [10]. Rozmowa z nim i poświęcenie mu uwagi sprawiają, że oczyszcza się on ze skrywanych, negatywnych emocji. Ponadto czuje się zauważony i ważny, co pomaga mu przejść ten trudny okres.

Piątym i już ostatnim etapem jest pogodzenie się ze śmiercią. Występuje on, gdy pacjent miał wystarczająco dużo czasu i otrzymał wsparcie od bliskich. U kresu życia, chory staje się coraz słabszy, wyczerpany walką. Jego aktywność zmniejsza się, nie interesuje go świat zewnętrzny. Pragnie ciszy i spokoju. W tym okresie to rodzina wymaga więcej pomocy niż sam pacjent. Umierający potrzebuje już nie słów pocieszenia, ale trwania przy nim w milczeniu. Sprawia on wrażenie, jakby był pozbawiony uczuć i emocji. Jest wyciszony, akceptuje swój los i ze spokojem oczekuje końca życia.

Według Pattisona człowiek przed śmiercią przechodzi trzy etapy różniące się między sobą stopniem niepokoju, jaki odczuwa [11]. Należą do nich fazy: kryzysu, życia-umierania i terminalna. W ostrej fazie kryzysu pacjent dowiaduje się o swojej poważnej chorobie i towarzyszy mu ogromny lęk. Dochodzi wtedy do paraliżu psychicznego, do chorego nie

dociera nic z jego otoczenia, czuje się wstrząśnięty. Lęk nieustannie przybiera na sile, pacjent staje się bezradny wobec sytuacji, odczuwa strach. Jest to dla niego silny cios, z którym nie może sobie poradzić, staje się więc apatyczny, a wewnętrznie targają nim negatywne emocje.

Drugim etapem jest przewlekła faza życia-umierania. W tym czasie chory poddawany jest zabiegom, które mają na celu przedłużenie mu życia. Wymaga to podejmowania trudnych decyzji, wiele bólu i cierpienia, ale pacjent jest zdeterminowany, ponieważ chce żyć. Jednak możliwości leczenia powoli wyczerpują się, chory staje się słabszy, zmniejsza się jego dotychczasowa aktywność i nasilają się dolegliwości. Naprzemiennie towarzyszą mu emocje, takie jak nadzieja i rezygnacja. Ostatecznie pacjent uświadamia sobie, że nie ukryje się przed śmiercią.

Trzecim, ostatnim etapem jest faza terminalna. Pacjent akceptuje nieuchronność śmierci. Staje się cichy i zamknięty w sobie. Analizuje bodźce płynące z jego wnętrza, oddaje się rozmyślaniom. Świat zewnętrzny przestaje mieć dla niego znaczenie. Przestaje się bać, wszystko przyjmuje ze spokojem. Cierpliwie czeka na kres życia na ziemi [11].

Postawy wobec śmierci

Postawy personelu wobec śmierci zmieniają się na przestrzeni lat [12]. Wraz z rozwojem medycyny, coraz więcej osób jest hospitalizowanych podczas ostatnich dni swojego życia, co sprawia, że personel znacznie częściej ma styczność z procesem umierania, niż w ubiegłych latach. Z jednej strony powoduje to oswojenie się ze śmiercią, lecz z drugiej wywołuje nasilenie negatywnych odczuć i chęć odizolowania się od tego przykrego zdarzenia. Postawy wobec śmierci i umierania determinowane są przez czynniki, takie jak: doświadczenia, emocje i zachowania [13].

De Walden-Gałuszko wyodrębniła dwa rodzaje postaw: negatywne i pozytywne [14]. Do pierwszej grupy należą postawy: niechętna, obojętna, świętoszka i protekcjonalna. Postawa niechętna polega na postrzeganiu pacjenta jako źródła problemów. Opieka nad nim traktowana jest jako nieprzyjemne doświadczenie i przykra konieczność. Personel nie ma ochoty zajmować się chorym, robi to jedynie dla korzyści finansowych. Nie istnieje relacja pomiędzy podopiecznymi a ich opiekunami. Niechętnie są udzielane informacje na temat choroby, brak też szczerego zainteresowania personelu wobec problemów chorego. To sprawia, że pacjent nie ma poczucia bezpieczeństwa, ani zaufania do medyka.

Postawa obojętna charakteryzuje się traktowaniem pacjenta w sposób przedmiotowy. Jest on w oczach personelu jedynie „przypadkiem klinicznym", zamiast być jednostką, do której poziom i charakter opieki jest dobrany indywidualnie Zespół interdyscyplinarny skupia się jedynie na fizycznym problemie pacjenta, zamiast zastosować holistyczne podejście do jego zdrowia. Brak także więzi łączącej personel z chorymi, gdyż działania ograniczają się jedynie do sfery fizycznej. Uprzedmiotowienie ujawnia się w momencie, gdy podopieczni są identyfikowani ze swoim schorzeniem i postrzegani jako ciąg cyfr – numer historii choroby lub pesel, zamiast dostrzegania w nich osoby ludzkiej. Pacjenci są traktowani bezosobowo, nie zwraca się uwagi na ich człowieczeństwo i poszanowanie ich godności. Przejawem tego jest między innymi prowadzenie rozmów na osobiste tematy podczas wykonywania czynności przy chorym, nie wykazując zainteresowania jego samopoczuciem, stanem zdrowia, aktualnym natężeniem bólu i problemami pielęgnacyjnymi.

Postawa protekcjonalna polega na pobłażliwym traktowaniu pacjenta. Chory jest jak dziecko – bez możliwości do decydowania o swoim losie. Zmuszony jest on do przyjęcia szeregu decyzji personelu, bez możliwości współuczestnictwa we własnym leczeniu. Nie ma prawa sprzeciwu wobec prowadzonej terapii, ponieważ personel jest przekonany, że nie należy się zbytnio liczyć ze zdaniem chorego. W tym przypadku wszechobecny jest brak poszanowania podstawowych praw pacjenta do odmowy udzielania świadczeń i świadomego wyrażenia zgody na leczenie.

Postawa świętoszka polega na wyniszczeniu siebie dla wyższego celu, jakim jest nieustanna praca na rzecz podopiecznego. Tą postawę charakteryzuje ciężka praca i poświęcenie, aby zapewnić podopiecznemu godny koniec życia. Opiekun zaniedbuje swoje potrzeby, skupiając się całkowicie na chorym. Umierający znajduje się w centrum uwagi, więc medyk nie znajduje czasu na zaspokojenie własnych potrzeb, narażając się przy tym nawet na utratę zdrowia. To opieka nad pacjentem kreuje styl życia personelu, co po dłuższym czasie prowadzi do wyczerpania i niezadowolenia, a także do przekonania o braku skuteczności swoich działań, a nawet poczucia krzywdy i wypalenia zawodowego.

De Walden Gałuszko wyróżnia postawy pozytywne, takie jak: partnerska, filozoficzno-heterocentryczna oraz religijna [14].

Postawa filozoficzno-heterocentryczna polega na poczuciu użyteczności i sumiennego wypełniania zadań postawionych człowiekowi. Personel odczuwa powołanie do wypełnienia życiowej misji i ma poczucie odpowiedzialności za drugiego człowieka. Obecna jest także satysfakcja z wyników pracy i z tego, że jest się potrzebnym innym osobom.

Dodatkową mobilizację do pracy przynosi wdzięczność pacjentów i ich rodzin.

Postawa partnerska polega na obustronnym szacunku i wzajemnym dialogu. Medyk posiada szacunek do przekonań chorego i dba o jego autonomię. Pacjent jest partnerem, więc świadomie współuczestniczy w procesie leczenia i współdecyduje o jego sposobie. Personel pomaga choremu w niwelowaniu lęku, dostarcza informacji na temat terapii, a także wyjaśnia nieścisłości i udziela wsparcia psychicznego. Przez to pacjent odczuwa zainteresowanie ze strony zespołu interdyscyplinarnego, co wzmacnia w nim chęć do współpracy i zmniejsza napięcie emocjonalne. Główną zasadą jest dobro pacjenta i troska o niego, co sprawia, że chory ma poczucie bezpieczeństwa i darzy personel zaufaniem. Taka relacja pomiędzy opiekunem a podopiecznym daje obustronne korzyści [15].

Postawa religijna polega na pracy dla dobra drugiej osoby, jako przejawu służby Bogu. Jest ona determinowana religijnością danej osoby i jej stosunku do wiary [15]. Pacjent jest traktowany jako istota ludzka, posiadająca szereg praw, w tym prawo do życia i godnej śmierci. Choremu okazywany jest szacunek, mimo jego niepełnosprawności, ułomności, czy choroby. Działania wobec podopiecznego podlegają ocenie pod względem moralnym, a decyzje są podejmowane przez pryzmat sumienia. Personel odczuwa potrzebę pomocy chorym i cierpiącym, mając satysfakcję z wypełniania dobrych uczynków, służąc przez to Bogu.

Każdego dnia personel medyczny spotyka się z trudnymi sytuacjami. Jedną z nich jest doświadczanie śmierci ludzi, z którymi obcował przez jakąś część swojego życia - czasem są to dni, a czasem miesiące. Przez ten czas pracownicy robią wszystko co w ich mocy, aby zapewnić prawidłową opiekę i godną śmierć danemu pacjentowi. Pracę personelu medycznego stanowi nie tylko wykonywanie obowiązków zawodowych. Zgodnie z najnowszymi standardami, podejście do pacjenta powinno być holistyczne [16]. Należy spojrzeć na niego nie tylko przez pryzmat poszczególnych dolegliwości fizycznych, ale także na ogólny stan fizyczny, psychiczny i społeczny, a także na korelacje występujące między nimi. W praktyce oznacza to, że opieka nad pacjentem u kresu życia obejmuje nie tylko wiedzę medyczną, nabyte umiejętności i doświadczenie, przestrzeganie procedur, rzetelne wykonywanie obowiązków zawodowych, efektywne uśmierzanie bólu, ale także i wsparcie psychiczne pacjenta, nawiązanie z nim relacji, zapoznanie z jego środowiskiem, a także interakcję z rodziną pacjenta. Relacja z pacjentem u kresu życia wymaga szczególnego zaangażowania, empatii i życzliwości. Towarzysząc pacjentowi aż do końca, zespół interdyscyplinarny ponosi pewne koszty emocjonalne. Doświadcza on poczucia straty, tak jak po osobie bliskiej, ponieważ doszło do nawiązania więzi emocjonalnej, z powodu interakcji i wglądu w życie osobiste pacjenta. Praca

z osobami umierającymi jest szczególnie wymagająca ze względu na obciążenie psychiczne zespołu interdyscyplinarnego. Doświadczanie śmierci pacjentów jest jednym z najsilniejszych stresorów, ponieważ personel odczuwa wtedy wiele negatywnych emocji [17]. Gdy zgony zdarzają się często, wywierają negatywny wpływ na życie osobiste pracowników i mogą zwiększać zapotrzebowanie na wsparcie u personelu medycznego, sprawującego opiekę nad terminalnie chorymi. Pracownicy reagują na śmierć swoich pacjentów w różny sposób. Ma na to wpływ ich dotychczasowa sytuacja życiowa, doświadczenie, staż pracy oraz zdarzenia losowe, np. choroba w rodzinie, wypadek lub śmierć kogoś bliskiego. Poczucie straty po śmierci chorych powoduje szereg reakcji, których nasilenie zależne jest od relacji z chorym i jego rodziną, wieku pacjenta, rodzaju śmierci [15]. Wyróżnia się trzy rodzaje reakcji personelu na śmierć pacjentów: poznawcze, somatyczno-behawioralne oraz emocjonalne [18].

Śmierć jest zjawiskiem naturalnym, a mimo to, po stracie bliskiej osoby odczuwana jest pustka. To samo dotyczy personelu opiekującego się pacjentem umierającym. Najczęstszą reakcją podczas kontaktu z konającym pacjentem jest smutek [19]. Wielu zatrudnionych na oddziałach Onkologicznych, Intensywnej Terapii oraz w Hospicjach, odczuwa żal i przygnębienie, a nawet złość, co związane jest z bezsilnością wobec nieuchronności śmierci [20]. W przypadkach, gdy dochodzi do nagłego pogorszenia funkcji życiowych pacjenta rokującego, zespół medyczny podejmuje natychmiastowe działania w celu ratowania chorego. Często bywa tak, że walka o życie pacjenta jest nieskuteczna mimo stosowania specjalistycznego sprzętu, stosowania nowoczesnych metod i szybkiego podjęcia czynności medycznych. Wtedy pojawia się refleksja na temat sensu śmierci i poczucie niesprawiedliwości. Gdy dochodzi do wielu zgonów w krótkim czasie, zespół medyczny odczuwa nieustanne rozdrażnienie, które na skutek bezradności jego działań przeradza się w gniew i powoduje coraz większą niechęć do wykonywanego zawodu. W przypadku osób terminalnie chorych, patrząc na cierpienie obecne w ostatnich chwilach ich życia, zespół terapeutyczny utożsamia się z emocjami pacjenta. Jeśli pracownik przez długi czas opiekował się chorym, a ich relacje były zażyłe, może on odczuwać pewnego rodzaju tęsknotę po jego utracie. Natomiast w przypadku odnalezienia w swojej biografii elementów z biografii pacjenta, pracownik może doświadczyć lęku przed śmiercią własną lub swojej rodziny. Każdy zgon wywołuje w człowieku emocje, nie da się być obojętnym wobec tego procesu. Według analizy wyników badań Cybulskiej, aż 85% badanego personelu pamięta śmierć swojego pierwszego pacjenta oraz przeżycia wewnętrzne, jakie wtedy mu towarzyszyły [21]. Oznacza to, że nawet jeśli zespół medyczny nie ma szczególnej więzi z chorym, to i tak po jego śmierci pojawia się

poczucie dyskomfortu, zmieszania. Czasem reakcją jest także płacz i chęć ukrycia się przed światem, aby w ustronnym miejscu uporać się z sytuacją. Ogromna ilość negatywnych emocji wywiera destrukcyjny wpływ na personel. Tłumiony w sobie gniew nie może znaleźć ujścia, w wyniku czego zmniejsza się komfort psychiczny, a z czasem dochodzi do wypalenia zawodowego. Czasami przychodzi poczucie ulgi w wyniku zgonu chorego, lecz dzieje się tak jedynie w przypadku chorych agresywnych i niewspółpracujących oraz osób dotkliwie cierpiących, dla których każdy dzień życia był tylko przedłużaniem bólu, a stosowanie wobec nich uporczywej terapii powodowało poczucie winy.

Reakcja na śmierć pacjenta

Zespół interdyscyplinarny, opiekujący się osobami umierającymi, doświadcza nie tylko emocjonalnych, ale i somatyczno-behawioralnych skutków swojej pracy. Obejmują one odczucia subiektywne, takie jak ściskanie w gardle, duszność, ściskanie w klatce piersiowej, ale i schorzenia somatyczne, a nawet psychiczne. W obliczu śmierci pacjenta, może wystąpić kołatanie serca, suchość w jamie ustnej, zawroty głowy, osłabienie mięśni i organizmu [21].

Po kolejnych nieudanych reanimacjach, w wyniku nagromadzenia myśli związanych z kruchością ludzkiego istnienia i własną bezsilnością, personel zmaga się z bezsennością i snem przerywanym. Wielu pracowników skarży się także na bóle pleców, żołądka, brak apetytu oraz bóle głowy. Na oddziałach, na których występuje duża ilość zgonów w krótkim czasie, pracownicy doświadczają ciągłego uczucia zmęczenia i są przytłoczeni. Odczucie długotrwałego stresu jest przyczyną wzmożonego napięcia, które trudno rozładować. To z kolei może spowodować nadwrażliwość na różne bodźce zewnętrzne, a także wszelkiego rodzaju nerwice, psychozy, natręctwa, choroby psychosomatyczne, dewiacje społeczne, takie jak narkomania, czy alkoholizm, a nawet samobójstwa [22].

Nieustanny stres oraz negatywne emocje mogą być powodem wycofania z życia społecznego, co z kolei może skutkować depresją.

Potrzeby pacjenta w procesie umierania

Proces umierania jest smutnym zjawiskiem, lecz istnieją sposoby ułatwiające choremu przejście przez ten trudny moment. Należy wykazać się empatią i cierpliwością, co jest

wyzwaniem dla personelu ze względu na to, że chorzy wykazują różne postawy wobec śmierci i nie każdy z nich chce współpracować. Ponadto, praca z osobami umierającymi wymaga umiejętności nawiązania odpowiedniej relacji z chorym i indywidualnego podejścia do każdej z osób, aby prawidłowo odczytać potrzeby chorego. Pacjent ma prawo do pełnej informacji o swoim stanie, lecz należy wcześniej zorientować się, czy chce on ją otrzymać. Jeżeli tak, to dostarczone informacje powinny być przekazywane rzetelnie i klarownie, ale zarazem w sposób delikatny, udzielając choremu wsparcia i zarazem poczucia bezpieczeństwa. Należy wytłumaczyć mu istotne kwestie oraz wyjaśnić niezrozumiałe informacje, a przede wszystkim należy mu zapewnić warunki dobrej śmierci. Oznacza to nie tylko niwelowanie bólu, a także wsparcie emocjonalne pacjenta i zapewnienie mu pomocy psychologicznej, jeżeli tego potrzebuje. Ból powoduje nie tylko niepokój, ale i rozdrażnienie, a nawet reakcje depresyjne. Nieskuteczna terapia przeciwbólowa sprawia, że chory jest nerwowy, co z kolei wzbudza niechęć innych to wchodzenia z nim w interakcję. To z kolei powoduje, że zostaje on odrzucony i jeszcze trudniej mu przejść przez ostatni etap życia [23]. Niezwykle ważnym aspektem jest także pożegnanie z rodziną, należy więc zachęcać ją do szczerej rozmowy z chorym, gdyż zwierzenie się przynosi umierającemu uczucie spokoju, wyciszenie i ulgę oraz pomaga zmniejszyć stres spowodowany pozostawieniem na świecie wielu niedokończonych spraw [24]. Obecność bliskich daje mu także poczucie bezpieczeństwa i przekonanie o tym, że jest dla nich nadal ważny. W ostatnich chwilach życia należy zapewnić pacjentowi dostęp do wsparcia duchowego, jeżeli sobie tego życzy, ponieważ ludziom wierzącym łatwiej radzić sobie z trudnościami, gdy zawierzają je Bogu. Konieczne jest także zapewnienie warunków intymności, aby pacjent czuł się szanowany i zachował swoją godność. Przejawem tego jest np. możliwość wyboru miejsca umierania, w którym będzie czuł się dobrze. W pogodzeniu się ze śmiercią niektórym osobom pomaga wyrażenie ostatniej woli i otrzymanie gwarancji, że się ona spełni. Wynika z tego, że „dobra śmierć" to śmierć spokojna i pozbawiona bólu, z zapewnionymi warunkami intymności i godności, w obecności bliskich i w miejscu, który wybrał sam chory [25].

W ostatnich chwilach często konieczna jest modyfikacja leczenia, ze względu na postępujące osłabienie funkcji organizmu. Nie należy jednak prowadzić uporczywej terapii, gdy jest nieskuteczna pod względem leczniczym, a przedłuża jedynie cierpienie pacjenta i daje złudną nadzieję jego rodzinie. Należy wykonywać tylko podstawowe zabiegi i leczenie, czyli niwelować ból i łagodzić przykre objawy oraz karmić i pielęgnować pacjenta [23]. Rozpoznanie nadchodzącej śmierci jest istotne ze względu na konieczność udzielenia wsparcia

pacjentowi oraz dostosowania opieki do jego aktualnych potrzeb, nie przedłużając agonii. Do zwiastunów śmierci należą między innymi: stopniowe pogorszenie wydolności, postępujące osłabienie i wyniszczenie organizmu, zaburzenia świadomości, brak apetytu i apatia. Bezpośrednio przed śmiercią pojawia się sinica obwodowa, spadek diurezy, bezdechy, oddech „rybi" lub Cheyne'a-Stokesa, a także niewyczuwalne tętno na obwodowych częściach ciała [24].

Cel pracy

Celem pracy jest poznanie opinii personelu medycznego sprawującego opiekę nad pacjentem umierającym na temat jego stanu klinicznego, emocjonalnego i stopnia zaspokojenia jego potrzeb.

Materiał i metody

Metodą zastosowaną w badaniach jest sondaż diagnostyczny. W obrębie tej metody zastosowano ankietę jako technikę badawczą. Narzędziem badawczym wykorzystanym w badaniach był autorski kwestionariusz ankiety.

Wartości zmiennych ilościowych przedstawiono za pomocą średniej i odchylenia standardowego, mediany oraz wartości minimalnej i maksymalnej. W całej pracy dla celów obliczeń przyjęto istotność statystyczną na poziomie współczynnika $p<0,05$.

Wartość zmiennych jakościowych przedstawiono za pomocą wartości bezwzględnych i odsetka. Dla takich zmiennych istotność różnic w ramach poszczególnych grup była weryfikowana testem Chi ^{2} (χ^2 Pearsona).

Badania zostały przeprowadzono w maju 2020 roku, w grupie 192 osób.

Wyniki

Charakterystyka społeczno-demograficzna i zawodowa badanej grupy

Z badań wynika, że spośród 192 badanych osób większość stanowiły kobiety - 165 (85,9%), a 27 badanych (14,1%) było płci męskiej. 55 przebadanych (28,6%) miało poniżej 30 lat, 47 osób (24,5%) było w wieku od 30 do 40 lat, 53 respondentów (27,6%) znajdowało się

w przedziale od 41 do 50 lat, a 37 ankietowanych (19,3%) miało powyżej 50 lat.

Spośród badanych 54 osoby (28,1%) mieszkały na wsi, a 138 ankietowanych (71,9%) pochodziło z miasta. Dokładnie 51 respondentów (26,6%) było kawalerem lub panną, 124 osoby (64,6%) miały żonę lub męża, 6 ankietowanych (3,1%) było wdowcem lub wdową, a 11 przebadanych (5,7%) było po rozwodzie. Jedynie 33 ankietowanych (17,2%) miało średnie wykształcenie, a 159 przebadanych (82,8%) ukończyło szkołę wyższą.

Z badań wynika, że rozkład ankietowanych pod względem wykonywanego zawodu był niejednorodny, bo aż 158 ankietowanych (82,3%) stanowiły pielęgniarki lub pielęgniarze, 18 osób (9,5%) pracowało jako ratownik medyczny, a 11 przebadanych (5,7%) było zatrudnionych na stanowisku lekarza. Po 2 respondentów (po 1%) pracowało jako opiekun medyczny lub położna, a 1 ankietowany (0,5%) był managerem.

Wyniki przedstawiono w tabeli I.

Tabela I. Wykonywany zawód

Odpowiedź	n	%
Pielęgniarka/Pielęgniarz	158	82,3%
Ratownik medyczny	18	9,5%
Lekarz	11	5,7%
Opiekun medyczny	2	1,0%
Położna	2	1,0%
Manager	1	0,5%

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych

Wyniki badań dotyczące stażu pracy wykazały, że 55 osób (28,6%) pracowało w zawodzie poniżej 5 lat, po 30 ankietowanych (po 15,6%) miało staż pracy od 5 do 10 lat lub od 11 do 20 lat, 41 respondentów (21,4%) pracowało jako personel medyczny od 21 do 30 lat, a staż 36 osób (18,8%) wyniósł powyżej 30 lat.

Badania wykazały, że 56 przebadanych (29,4%) było zatrudnionych na Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 26 osób (13,5%) pracowało na oddziale Chorób Wewnętrznych, a 22 respondentów (11,5%) w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Spośród badanych, 10 osób (5,2%) pracowało na Neurologii, 9 ankietowanych (4,7%) miało etat na Chirurgii, a po 7 przebadanych (po 3,6%) pracowało na Kardiologii lub Bloku operacyjnym.

Jedynie 6 respondentów (3,1%) było zatrudnionych na oddziale Ortopedii, 5 ankietowanych (2,6%) zajmowało się medycyną paliatywną, a po 4 osoby (po 2,1%) pracowało w Domu Opieki, Onkologii, Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym, Pogotowiu

Ratunkowym lub na Psychiatrii. Po 3 respondentów (po 1,6%) miało etat na Hematologii lub Rehabilitacji, a po 2 przebadanych (1%) było zatrudnionych w Hospicjum, Neurochirurgii lub Pediatrii. Jedynie po 1 osobie wśród ankietowanych (po 0,5%) było pracownikami oddziału Ginekologii, Neonatologii, Okulistyki, Radioterapii, Stacji dializ, Toksykologii, oddziału zabiegowego lub posiadało własną działalność gospodarczą.

Stan pacjentów i jego potrzeby

Jedynie 23 respondentów (12%) stwierdziło, że pacjent przed śmiercią jest przytomny, według 32 osób (16,7%) pacjenci w tej chwili byli senni, a 137 ankietowanych (71,3%) uważało, że pacjenci przed śmiercią są nieprzytomni.

Z badań wynika, że 23 osób, które odpowiedziały, że pacjent jest przytomny w chwili śmierci, 8 z nich uznało to za okropne przeżycie, a 15 osobom trudno było udzielić odpowiedzi na to pytanie.

Wśród 32 osób, które dowiedziały, że pacjenci bywają wtedy senni, jedynie 7 z nich uznało, że to okropne przeżycie, a 25 z nich trudno było to stwierdzić.

W grupie osób, które uznały, że chorzy umierają nieprzytomni, aż 89 osób miało trudność z ocenieniem tego aspektu, 34 uznało to za okropne przeżycie, a według 14 było ono prawie idealne.

Po 80 respondentów (po 41,7%) uważało, że pacjenci na ich oddziale umierają zazwyczaj podczas wentylacji mechanicznej lub nie, a 32 przebadanych (16,6%) nie wiedziało, jak odpowiedzieć na to pytanie.

Badania wykazały, że spośród 80 osób zatrudnionych na oddziałach, na których chorzy umierają podczas wentylacji mechanicznej, jedynie 2 z nich uważa to za przeżycie idealne, 24 uznało, że jest ono okropne, natomiast 54 osoby miały trudność z oceną.

Wśród 80 osób pracujących w miejscu, gdzie pacjenci nie są podłączeni do respiratorów, jedynie 1 osoba uznała to za prawie idealne przeżycie, 16 stwierdziło, że jest ono okropne, natomiast 63 osoby miały problem z wyrażeniem opinii na ten temat.

Badania wykazały także, że według 90 respondentów (46,9%), na ich oddziale jest stosowana dializoterapia, by przedłużyć życie pacjentów, według 91 osób (47,4%) w ich miejscu zatrudnienia chorzy nie są poddawani dializie, a 11 przebadanym (5,7%) trudno było wskazać swoje zdanie na ten temat.

Większość – 31 badanych osób (68,9%) uważała, że stosowanie dializoterapii, by przedłużyć życie to okropne przeżycie. Wyniki prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Ocena aspektu stosowania dializoterapii

Umieranie pacjentów podczas wentylacji mechanicznej	**Prawie idealne przeżycie**		**Okropne przeżycie**		**Trudno stwierdzić**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Tak	2	66,7%	24	47,1%	54	39,1%
Nie	1	33,3%	16	31,4%	63	45,7%
Trudno stwierdzić	0	0,0%	11	21,5%	21	15,2%
Stosowanie dializoterapii by przedłużyć życie pacjentów	**Prawie idealne przeżycie**		**Okropne przeżycie**		**Trudno stwierdzić**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Tak	3	75,0%	31	68,9%	56	39,2%
Nie	1	25,0%	11	24,4%	79	55,2%
Trudno stwierdzić	0	0,0%	3	6,7%	8	5,6%

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych

Z opinii 90 ankietowanych (46,9%) wynika, że pacjenci otrzymują środki uspokajające w dawkach optymalnych i są one wystarczające, według 45 osób (23,4%) sedacja nie była odpowiednia, a 57 respondentów (29,7%) miało trudności z określeniem swojego zdania.

Z badań wynika, że spośród 90 ankietowanych, którzy uważali, że poziom sedacji jest odpowiedni, jedynie 13 uznało to za prawie idealne przeżycie, 16 stwierdziło, że jest ono okropne, a 61 z nich miało problem z wyrażeniem swojej oceny. Wśród 45 osób, którzy uznali, że sedacja nie jest wystarczająca, 26 stwierdziło, że to okropne przeżycie, a 19 trudno było wyrazić opinię. Spośród 57 osób mających trudność z oceną tego aspektu, 7 oceniło to jako okropne przeżycie, a 50 uznało, że trudno to stwierdzić.

Według 11 osób (5,7%) pacjenci umierający mieli kontrolę nad swoim bólem, 108 ankietowanych (56,3%) uważało, że pacjenci nie mieli nad tym kontroli, a 73 respondentów (38%) miało problemy z przedstawieniem swojego zdania.

Badania wykazały, że 11 osób twierdzących, że pacjent ma kontrolę nad swoim bólem, 2 uznało to za przeżycie prawie idealne, 4 stwierdziło, że jest ono okropne, a 5 z nich miało problem z oceną.

Wśród 108 osób twierdzących, że pacjent nie zachowuje kontroli, aż 70 uznało to za okropne przeżycie, a 38 miało trudność z wyrażeniem opinii. W grupie osób, którym trudno było stwierdzić czy chory ma kontrolę nad bólem, 16 uznało to za okropne przeżycie, a 57 miało problem z odpowiedzią.

Dokładnie 16 respondentów (8,4%) uważało, że pacjenci umierający mają kontrolę nad tym, co się dzieje wokół nich, według 112 osób (58,6%) chorzy nie mieli nad tym kontroli, a 63 ankietowanych (33%) miało trudność z określeniem swojego zdania.

Spośród 16 osób twierdzących, że pacjenci mają kontrolę nad tym, co się dzieje wokół nich, 10 uznało to za okropne przeżycie, a 6 z nich miało problem z oceną. Wśród 112 osób twierdzących, że chorzy nie zachowują kontroli nad otoczeniem, aż 72 uznało to za okropne przeżycie, a 40 respondentów miało trudność z wyrażeniem opinii. W grupie osób, którym trudno stwierdzić, czy pacjenci mają kontrolę nad tym, co się dzieje wokół nich, 7 uznało to za okropne przeżycie, a 57 badanym trudno było to stwierdzić.

Jedynie 17 przebadanych (8,9%) uważało, że pacjenci umierający pogodzili się z własną śmiercią, przeciwnego zdania było 56 osób (29,1%), a 119 ankietowanych (62%) nie wiedziało, jak ustosunkować się do pytania.

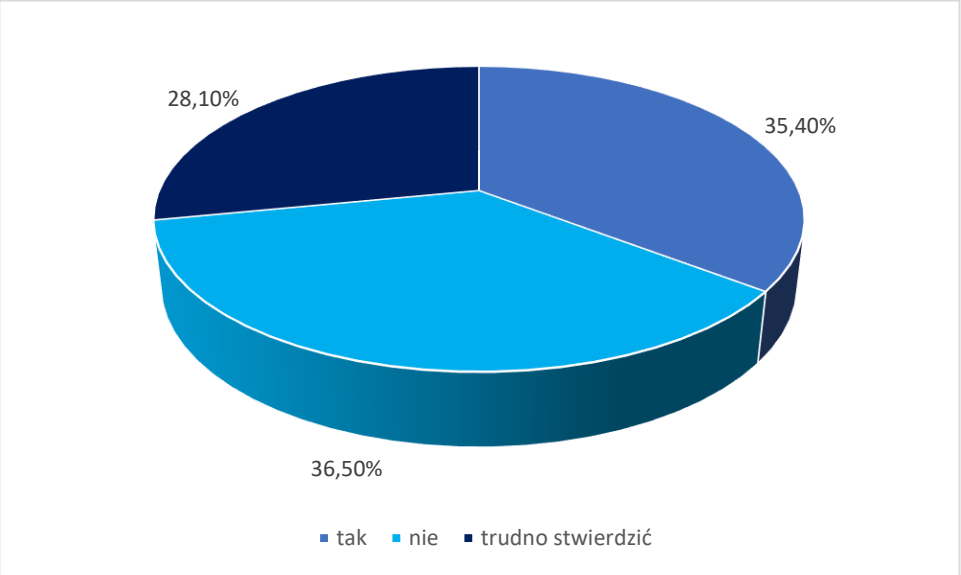
Badania wykazały, że spośród 17 osób twierdzących, że pacjenci na ich oddziale są zwykle pogodzeni z własną śmiercią, tylko 1 osoba uznała ten aspekt za prawie idealne przeżycie, 7 ankietowanych stwierdziło, że jest ono okropne, a 9 z nich miało problem z oceną. Wśród 56 osób twierdzących, że chorzy nie wydają się być z nią pogodzeni, 41 respondentów uznało to za okropne przeżycie, a 15 badanych miało trudność z wyrażeniem opinii. W grupie 119 osób, którym trudno było określić, czy kontakt jest możliwy, 17 badanych uznało ten aspekt za okropne przeżycie, jedynie 1 osoba stwierdziła, że jest ono prawie idealne, a 101 respondentom trudno było ocenić ten aspekt.

Aż 162 osoby (84,4%) uznały, że pacjenci przed śmiercią mieli możliwość kontaktu z duchownym, według 16 ankietowanych (8,3%) pacjenci nie mogli się z nim skontaktować, a 14 respondentom (7,3%) było trudno wyrazić zdanie.

Badania wykazały, że spośród 162 osób twierdzących, że pacjenci na ich oddziale mają możliwość kontaktu z duchownym, 69 uznało to za prawie idealne przeżycie, 16 za okropne przeżycie, a 77 z nich miało problem z oceną. Wśród 16 osób twierdzących, że chorzy nie mają takiej opcji, 11 respondentów uznało to za okropne przeżycie, a 5 badanych miało trudność z wyrażeniem opinii. W grupie osób, którym trudno było określić, czy kontakt jest możliwy, 3 uznało ten aspekt za okropne przeżycie, a 11 badanym trudno było to stwierdzić.

Wyniki badań dotyczące możliwości współdecydowania w leczeniu i rozmowy z personelem na temat sprawowanej opieki wykazały, że według 68 respondentów (35,4%) istniała taka możliwość, 70 ankietowanych (36,5%) twierdziło, że pacjenci nie mają takiej

szansy, natomiast 54 badanych (28,1%) miało trudność z wyrażeniem swojej opinii na ten temat. Wyniki przedstawiono na rycinie 1.



Rycina 1. Możliwość pacjenta we współdecydowaniu w leczeniu i rozmowie z personelem na temat sprawowanej opieki
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych

Z badań wynika, że spośród 68 osób twierdzących, że pacjenci mają możliwość współdecydowania w leczeniu i rozmowy z personelem na temat sprawowanej nad nimi opieki, 13 uznało ten aspekt za prawie idealne przeżycie, 7 ankietowanych stwierdziło, że jest ono okropne, a 48 z nich miało problem z opinią na ten temat.

Wśród 70 osób twierdzących, że chorzy nie mają takiej możliwości, 1 osoba uznała to za prawie idealne przeżycie, 38 respondentów stwierdziło, że jest ono okropne, natomiast 31 osób miało trudność z ocenieniem tej sytuacji.

W grupie 54 osób, którym trudno było określić, czy współdecydowanie jest możliwe, 7 badanych uznało ten aspekt za okropne przeżycie, a 47 respondentom trudno było ocenić ten aspekt.

Kolejne pytanie dotyczyło zachowania człowieczeństwa przed śmiercią i szacunku w tym czasie do własnej osoby. Według 67 respondentów (35,3%) chorzy zachowują te wartości, zdaniem 23 osób (12,1%) tak nie jest, natomiast 100 ankietowanych (52,6%) miało trudność z wyrażeniem swojej opinii na ten temat.

Badania wykazały, że spośród 67 osób twierdzących, że pacjenci w obliczu śmierci

zachowują człowieczeństwo i szacunek do siebie, 17 uznało ten aspekt za prawie idealne przeżycie, 13 ankietowanych stwierdziło, że jest ono okropne, a 37 z nich miało problem z opinią na ten temat.

Wśród 23 osób twierdzących, że chorzy nie mają takiej możliwości, 20 respondentów uważało, że to okropne przeżycie, natomiast 3 osoby miały trudność z ocenieniem tej sytuacji. W grupie 100 osób, którym trudno było określić, czy te wartości są zachowywane przed śmiercią, tylko 1 osoba uznała to za prawie idealne przeżycie, 18 uważało, że jest ono okropne, a 83 respondentom trudno było ocenić ten aspekt.

Aż 152 przebadanych (79,2%) uznało, że zazwyczaj obecny w chwili śmierci pacjenta jest personel, według 28 osób (14,6%) byli to bliscy, a 12 respondentów (6,2%) odpowiedziało, że nikt nie był obecny w momencie zgonu pacjenta.

Kolejne pytanie dotyczyło oceny aspektu towarzyszenia pacjentom podczas ich śmierci. Aż 51 osób, na których oddziale to personel jest obecny przy śmierci pacjenta uznało, że jest to okropne przeżycie, 1 osoba stwierdziła, że jest ono prawie idealne, natomiast aż 100 respondentów miało trudność z odpowiedzią na to pytanie.

Spośród osób zatrudnionych na oddziałach, na których to bliski towarzyszy pacjentowi podczas procesu umierania, jedynie 1 osoba stwierdziła, że jest to prawie idealne przeżycie, 6 osób uznało, że jest ono okropne, natomiast 21 osobom trudno było to określić.

Wśród 12 osób pracujących w miejscu, gdzie chory zazwyczaj umiera sam, 1 osoba stwierdziła, że to prawie idealne przeżycie, 4 osoby uznały, że jest ono okropne, a 7 osobom trudno było dokonać oceny.

Według 95 respondentów (49,4%) pacjenci mieli możliwość pożegnania się z rodziną, dla 61 osób (31,8%) pacjenci nie mieli takiej możliwości, a 36 przebadanym (18,8%) trudno było wskazać swoje zdanie na ten temat.

Spośród 95 osób twierdzących, że pacjenci mają możliwość pożegnania się z rodziną, 22 uznały ten aspekt za prawie idealne przeżycie, 29 ankietowanych stwierdziło, że jest ono okropne, a 44 z nich miało problem z opinią na ten temat.

Wśród 61 osób twierdzących, że chorzy nie mają takiej możliwości, 48 respondentów uznało to za okropne przeżycie, a 13 osób miało trudność z ocenieniem tej sytuacji.

W grupie 36 osób, którym trudno było określić, czy pożegnanie jest zwykle możliwe, 8 badanych uznało ten aspekt za okropne przeżycie, a 28 respondentom trudno było ocenić ten aspekt.

Wyniki przedstawiono w tabeli III.

Tabela III. Ocena aspektu możliwości pożegnania się z rodziną

Możliwość pożegnania się z rodziną	Prawie idealne przeżycie		Okropne przeżycie		Trudno stwierdzić	
	n	%	n	%	n	%
Tak	22	100,0%	29	34,1%	44	51,8%
Nie	0	0,0%	48	56,5%	13	15,3%
Trudno stwierdzić	0	0,0%	8	9,4%	28	32,9%

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Z przeprowadzonych badań wynika, że badani postrzegają pacjenta jako osobę nie mającą wpływu na proces leczenia i otoczenie.

Tabela IV. Testowanie istotności różnic w postrzeganiu pacjenta jako osobę nie mającą wpływu na proces leczenia i otoczenia a wybrane zmienne

	n	%	Chi^2	Wartość p
Obecność kogokolwiek w chwili śmierci pacjenta				
Personel	152	79,2%	183,5	<0,001*
Bliscy	28	14,6%		
Nikt	12	6,2%		
Potrzeby wsparcia ze strony bliskich				
Przytomni	23	12,0%	125,531	<0,001*
Senni	32	16,7%		
Nieprzytomni	137	71,3%		
Umieranie podczas wentylacji mechanicznej				
Tak	80	41,7%	24	<0,001*
Nie	80	41,7%		
Trudno stwierdzić	32	16,6%		
Stosowanie dializoterapii by przedłużyć życie pacjentów				
Tak	90	46,9%	65,844	<0,001*
Nie	91	47,4%		
Trudno stwierdzić	11	5,7%		
Współdecydowanie pacjenta w leczeniu i rozmowy z personelem na temat sprawowanej nad nimi opieki				
Tak	68	35,4%	2,375	0,305
Nie	70	36,5%		
Trudno stwierdzić	54	28,1%		

* wartość p dla testu chi^2 istotna statystycznie

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Z badań wynika, ze zdaniem respondentów potrzeby pacjenta nie są zaspakajane w ostatnich chwilach życia.

Przeprowadzone testy statystyczne (wartość p>0,05) wykazały, że występowały nieistotne statystycznie różnice w współdecydowaniu pacjenta w leczeniu i rozmowy z personelem na temat sprawowanej nad nimi opieki, jednak występowały statystycznie istotne różnice w obecności kogokolwiek w chwili śmierci pacjenta, potrzebach wsparcia ze strony bliskich.

Wyniki pokazują, że pacjenci w opinii respondentów z reguły nie mieli wpływu na proces leczenia i otoczenie, co jest m.in. jednym z czynników obniżających ich jakość życia (<0,001). Wyniki przedstawiono w tabeli IV i V.

Tabela V. Testowanie istotności różnic w zaspokajaniu potrzeb pacjenta w ostatnich chwilach życia

	n	%	Chi^2	Wartość p
Wystarczające scedowanie pacjenta podczas pobytu na oddziale				
Tak	90	46,9%	16,969	<0,001*
Nie	45	23,4%		
Trudno stwierdzić	57	29,7%		
Kontroli pacjenta nad swoim bólem				
Tak	11	5,7%	75,406	<0,001*
Nie	108	56,3%		
Trudno stwierdzić	73	38,0%		
Kontroli pacjenta umierającego nad tym co się dzieje wokół nich				
Tak	16	8,4%	72,016	<0,001*
Nie	112	58,6%		
Trudno stwierdzić	63	33,0%		
Możliwość kontaktu z duchownym				
Tak	162	84,4%	225,125	<0,001*
Nie	16	8,3%		
Trudno stwierdzić	14	7,3%		
Możliwość pożegnania się z rodziną				
Tak	95	49,4%	27,406	<0,001*
Nie	61	31,8%		
Trudno stwierdzić	36	18,8%		
Ocena jakości życia pacjentów w ciągu ostatnich siedmiu dni ich życia				
Prawie idealne przeżycie	4	2,1%	90,5	<0,001*
Okropne przeżycie	80	41,7%		
Trudno stwierdzić	108	56,2%		

* wartość p dla testu chi^2 istotna statystycznie
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych

Dyskusja

Badania przeprowadzono w grupie 192 osób wykonujących zawód medyczny. Respondenci byli zatrudnieni na stanowiskach: pielęgniarka, lekarz, ratownik medyczny, położna, manager.

Większość badanych pracowała na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 56 osób, (29,4%), 26 osób (13,5%) pracowało na oddziale Chorób Wewnętrznych, a 22 respondentów (11,5%) w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Specyfika pracy z pacjentem umierającym cechuje się wysokim poziomem stresu, skrajnymi emocjami i ogromną odpowiedzialnością. Czajkowska pisze, że opieka nad osobą umierającą jest trudna, bo świadomość zbliżającej się śmierci zawsze budzi silne i negatywne doznania [26]. Opiekując się pacjentami terminalnie chorymi, personel pomaga im na ostatnim etapie ich życia, ponosząc przy tym koszty emocjonalne. Podejmuje także walkę o życie tych, których da się jeszcze uratować. W obecnych czasach życie i zdrowie są traktowane jako najważniejsze wartości, a personel w swojej pracy działa ku podtrzymaniu każdej z nich.

Pomimo starań zespołu interdyscyplinarnego, potrzeby pacjentów przed śmiercią często nie są zaspokajane ze względu na utrudniony kontakt z pacjentem lub ograniczenia wywołane brakiem czasu na skutek przeciążenia personelu obowiązkami. Jeśli istnieje możliwość, chory współdecyduje w leczeniu, lecz często chorzy w obliczu śmierci są nieprzytomni lub ich stan nie pozwala na podjęcie świadomych, racjonalnych decyzji. Badania własne wykazały, że zdaniem większości respondentów pacjenci w ostatnich chwilach życia są nieprzytomni, takie zdanie prezentowało 137 ankietowanych (71,3%). Jedynie 23 respondentów (12%) stwierdziło, że pacjent przed śmiercią jest przytomny, według 32 osób (16,7%) pacjenci w czasie umierania byli senni. Ten stan, jak twierdzi Czajkowska nie usprawiedliwia braku poszanowania godności osoby umierającej. Przestrzega ona przed instrumentalnym traktowaniem człowieka, poprzez ignorowanie podstawowych jego potrzeb, uniemożliwianie kontaktu z osobami bliskimi, czy kapłanem, stosowanie uporczywej terapii i metod nadzwyczajnych w terapii [26]. W badaniach własnych wykazano, że potrzeba kontaktu z osobą duchowną jest zaspokajana. Aż 162 osoby (84,4%) uznały, że pacjenci przed śmiercią mieli możliwość kontaktu z duchownym, według 16 ankietowanych (8,3%) pacjenci nie mogli się z nim skontaktować, a 14 respondentom (7,3%) było trudno stwierdzić. Badania CBOS wykazały, że około 71% respondentów, którzy chcieliby mieć czas na przygotowanie się do śmierci, chciałoby przed śmiercią wyspowiadać się i przyjąć sakramenty [27].

Także według 95 respondentów (49,4%) pacjenci mieli możliwość pożegnania się z rodziną, dla 61 osób (31,8%) pacjenci nie mieli takiej możliwości, a 36 przebadanym (18,8%) trudno było wskazać swoje zdanie na ten temat.

Aż 152 przebadanych (79,2%) uznało, że zazwyczaj obecny w chwili śmierci pacjenta jest personel, według 28 osób (14,6%) byli to bliscy, a 12 respondentów (6,2%) odpowiedziało, że nikt nie był obecny w momencie zgonu pacjenta. Spośród 95 osób twierdzących, że pacjenci mają możliwość pożegnania się z rodziną, 22 uznały ten aspekt za prawie idealne przeżycie, 29 ankietowanych stwierdziło, że jest ono okropne, a 44 z nich miało problem z opinią na ten temat. Wśród 61 osób twierdzących, że chorzy nie mają takiej możliwości, 48 respondentów uznało to za okropne przeżycie, a 13 osób miało trudność z ocenieniem tej sytuacji. W grupie 36 osób, którym trudno było określić, czy pożegnanie jest zwykle możliwe, 8 badanych uznało ten aspekt za okropne przeżycie, a 28 respondentom trudno było ocenić ten aspekt.

Wyniki te pokrywają się z wynikami badań Bazalińskiego i wsp., którzy wykazali, że respondenci wskazując czynniki zapewniające godną śmierć wymieniali m.in. okazywanie szacunku umierającemu pacjentowi i zapewnienie kontaktu z najbliższymi osobami [28].

Zdaniem Czajkowskiej uśmierzenie bólu jest podstawowym zadaniem w ramach opieki paliatywnej i nie można więc z niej zrezygnować, narażając pacjenta na cierpienie [26]. Wyniki badań własnych wskazują, że tylko 11 badanych osób (5,7%) uważało, że pacjenci umierający mieli kontrolę nad swoim bólem i jest to wynik zasmucający. Aż 108 ankietowanych (56,3%) uważało, że pacjenci nie mieli nad tym kontroli, a 73 respondentów (38%) miało problemy z przedstawieniem swojego zdania.

Badania wykazały, że 11 osób twierdzących, że pacjent ma kontrolę nad swoim bólem, 2 uznało to za przeżycie prawie idealne, 4 stwierdziło, że jest ono okropne, a 5 z nich miało problem z oceną. Wśród 108 osób twierdzących, że pacjent nie zachowuje kontroli, aż 70 uznało to za okropne przeżycie, a 38 miało trudność z wyrażeniem opinii. W grupie osób, którym trudno stwierdzić, czy chory ma kontrolę nad bólem, 16 uznało to za okropne przeżycie, a 57 miało problem z odpowiedzią.

Zdanie badanej dotyczące kontroli bólu grupy podzielają ankietowani w badaniach Bazalińskiego, z których wynika, że aż 78,0% uważa, że pacjentom z nierokującym poprawy stanem zdrowia, w ostatnich dniach życia należy zapewnić godne warunki umierania, zgodne z etycznym postępowaniem, takie jak m.in. minimalizowanie bólu [28].

Dokładnie 16 respondentów (8,4%) uważało, że pacjenci umierający mają kontrolę nad

tym, co się dzieje wokół nich, według 112 osób (58,6%) chorzy nie mieli nad tym kontroli, a 63 ankietowanych (33%) miało trudność z określeniem swojego zdania. Podobną postawę, jak Czajkowska i ankietowani w badaniach własnych prezentuje Galewicz, który uważa, że jeśli przyjmiemy koncepcję patocentryczną i uznamy, że cierpienie pacjenta nie jest nikomu do niczego potrzebne, to nie będziemy chcieli narażać chorego na niepotrzebne cierpienie [29]. Łagodzenie cierpienia poprzez sedowanie chorego jest częstą praktyką w opiece nad chorym. Badania własne wykazały, że w opinii 90 ankietowanych (46,9%) pacjenci byli wystarczająco sedowani podczas pobytu na oddziale, według 45 osób (23,4%) sedacja nie była odpowiednia, a 57 respondentów (29,7%) miało trudności z określeniem swojego zdania. Jednakże z badań wynika, że spośród 90 ankietowanych, którzy uważali, że poziom sedacji jest odpowiedni, jedynie 13 uznało to za prawie idealne przeżycie, 16 stwierdziło, że jest ono okropne, a 61 z nich miało problem z przedstawieniem swojej oceny. Wśród 45 osób, którzy uznali, że sedacja nie jest wystarczająca, 26 stwierdziło, że to okropne przeżycie, a 19 trudno było wyrazić opinię. Spośród 57 osób mających trudność z oceną tego aspektu, 7 oceniło to jako okropne przeżycie, a 50 uznało, że trudno to stwierdzić.

W sytuacji umierania pacjenci często nie mają możliwości współdecydowania w leczeniu ani kontroli nad otoczeniem. Ostrowska donosi, że umierający pacjent zdany jest często na przekonania personelu i jego wrażliwość oraz wyczucie niż umiejętności z zakresu opieki terminalnej, za co odpowiedzialność ponosi m.in. postępująca specjalizacja medyczna i brak umiejętności komunikacyjnych i psychospołecznych personelu medycznego [8].

W badaniu CBOS 62% respondentów, którzy chcieliby mieć czas na przygotowanie się do śmierci, wyraziło chęć uporządkowania spraw materialnych, czy spisania testamentu, co może dawać poczucie kontroli chorym umierającym nad sprawami doczesnymi, które nie kończą się wraz z ich śmiercią [27]. Jednakże zdaniem badanych pracowników ochrony zdrowia większość pacjentów nie ma zachowanej kontroli nawet nad otoczeniem. Prawie 60% badanych osób - 112 (58,6%) było zdania, że chorzy nie mieli nad tym kontroli, co dzieje się wokół nich, a 63 ankietowanych (33%) miało trudność z określeniem swojego zdania. Tylko 16 respondentów (8,4%) uważało, że pacjenci umierający mają kontrolę nad tym, co się dzieje wokół nich. Spośród 16 osób twierdzących, że pacjenci mają kontrolę nad tym, co się dzieje wokół nich, 10 uznało to za okropne przeżycie, a 6 z nich miało problem z oceną. Wśród 112 osób twierdzących, że chorzy nie zachowują kontroli nad otoczeniem, aż 72 uznało to za okropne przeżycie, a 40 respondentów miało trudność z wyrażeniem opinii. W grupie osób, którym trudno stwierdzić, czy pacjenci mają kontrolę nad tym, co się dzieje wokół nich, 7

uznało to za okropne przeżycie, a 57 badanym, trudno było to stwierdzić.

Z badań własnych wynika, że po 80 respondentów (po 41,7%) uważało, że pacjenci na ich oddziale umierają zazwyczaj podczas wentylacji mechanicznej lub nie, a 32 przebadanych (16,6%) nie wiedziało, jak odpowiedzieć na to pytanie i niewiele większa grupa - 90 (46,9%) twierdziła, że na ich oddziale jest stosowana dializoterapia, by przedłużyć życie chorym. Większość badanych oceniła te zjawiska negatywnie bądź nie wyraziła opinii. Wyniki badań własnych pokrywają się z wynikami Bazalińskiego i wsp., gdzie badani pracownicy ochrony zdrowia twierdzili, że najczęściej podejmowanymi procedurami wobec pacjenta odbieranymi jako działania związane z uporczywą terapią były m.in. terapia nerkozastępcza (16,0%), wentylacja mechaniczna (14,7%) i podawanie na zlecenie leków stymulujących układ krążenia (45,3%) [28], gdyż zarówno wentylacja mechaniczna, jak i dializoterapia stosowane u pacjentów w terminalnej fazie choroby są uznawane za uporczywą terapię.

Wnioski

Przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. W opinii większości badanych pracowników ochrony zdrowia pacjenci przed śmiercią są nieprzytomni, wentylowani mechanicznie i dializowani, znajdują się pod wpływem środków uspokajających, lecz z niedostateczną kontrolą bólu. Zdaniem większości badanych pacjenci nie są pogodzeni z własną śmiercią lecz w procesie umierania zachowują poczucie godności osobistej, a w chwili śmierci towarzyszy im personel medyczny.
2. Badani postrzegają pacjenta jako osobę nie mającą wpływu na proces leczenia i otoczenie.
3. Zdaniem respondentów potrzeby pacjentów nie są wystarczająco zaspakajane w ostatnich chwilach życia.
4. Jakość życia pacjentów umierających kształtuje się na niskim poziomie w opinii badanych pracowników ochrony zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Sobczak K., Janaszczyk A.: Kontrowersje wokół neurologicznego kryterium śmierci mózgu. Forum Medycyny Rodzinnej, 2012, 6(4), 189.

2. Iwańczuk W.: Definicja i rozpoznawanie śmierci mózgu: porównanie wytycznych w różnych krajach. Anestezjologia i Intensywna Terapia, 2006, 2, 97-103.
3. Wójcik B.: Śmierć mózgu jako kryterium śmierci człowieka. Problematyka filozoficzno-etyczna. Medycyna Praktyczna, 2007, 4, 196-199.
4. Adamkiewicz M.: Wokół rozważań nad bezpieczeństwem egzystencjalnym, czyli interpretacje śmierci w nauce. Studia Bezpieczeństwa Narodowego. 2013, .48-49.
5. Szeremeta M., Niemcunowicz-Janica A.: Śmierć, rodzaje i przyczyny, wczesne i późne znamiona, metody identyfikacji. [W:] Kultura śmierci, kultura umierania. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Bejda G. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok, 2016, 2, 14-24.
6. Bejda G., Kułak A., Guzowski A.: Zmiany percepcji i postaw wobec śmierci, umierania, kultu zmarłych i pochówku. Medycyna Paliatywna, 2014, 4, 191.
7. Guzowski A., Czartoszewski A.: Problem tabuizacji śmierci. [W:] Kultura śmierci, kultura umierania. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Bejda G. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok, 2016, 1, 16-22.
8. Ostrowska A.: Postawy wobec śmierci. [W:] Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa. Ostrowska A. (red.). Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2005, 27-57.
9. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań, 2007, 55-146.
10. Tomaszewska-Laszczak M., Paprocka-Borowicz M., Gnus E.: Od diagnozy do aktu ostatecznego, czyli pacjent w obliczu śmierci. [w:] W drodze do brzegu życia. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., Kułak W. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok, 2017, 15, 33.
11. Pattison E.M.: The Living - Dying Process. [w:] Psychosocial Care of the Dying Patient. Garfield C. A. (ed.). MacGraw-Hill, New York, 1977.
12. Ostrowska A.: Przemiany postaw wobec śmierci. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2016, 10(2), 42.
13. Konczelska K.: Edukacja empatyczna – radzenie sobie z cierpieniem, śmiercią i żałobą innych. [w:] Kultura śmierci, kultura umierania. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Bejda G. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok, 2016, 1, 110.
14. De Walden-Gałuszko K.: Stres w pracy personelu medycznego. [w:] Psychoonkologia. De Walden- Gałuszko (red.).Wydawnictwo Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków, 2000, 125-126.

15. Niedojad K., Rybka M., Rezmerska L.: Śmierć i umieranie w opinii personelu pielęgniarskiego. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej, 2016, 3, 13-14.
16. Osińska H.: Nowe wyzwanie dla edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Medycyna Rodzinna, 2012, 2, 30.
17. Wzorek A.: Porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice. Studia Medyczne, 2008, 11, 34.
18. Zawiślak A.: Postawy pielęgniarek hospicyjnych wobec śmierci własnej i bliskich osób. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2016, 3, 200.
19. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Kułak W.: Współczesne postawy wobec śmierci i umierania. Medycyna Paliatywna, 2013, 4, 168.
20. Fopka-Kowalczyk M.: Poczucie straty po śmierci pacjenta doświadczane przez pracowników opieki paliatywnej. Badania jakościowe. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2014, 1, 26.
21. Cybulska A., Wieder-Huszla S., Jurczak A.: Wpływ cech osobowości i stanu zdrowia psychicznego personelu pielęgniarskiego na wybór stylu radzenia sobie ze stresem w kontakcie z umierającym człowiekiem. Pielęgniarstwo Polskie, 2017, 3, 434.
22. Górniak M., Chojnacka-Kowalewska G..: Stres pielęgniarski w opiece nad pacjentem w terminalnym okresie choroby nowotworowej. Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu, 2018, 1, 63-80.
23. Bomber K., Komarnicka-Jędrzejewska O.: Godność i śmierć w umieraniu. [w:] Kultura śmierci, kultura umierania. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Bejda G. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok, 2016, I, 52-61.
24. Życzkowska J.: „Dobra śmierć", a więc jaka? Oczekiwania pacjentów w ostatnich dniach życia. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2016, 10(2), 48-53.
25. Kuźmicz I., Repka I., Chmiel I.: Wybrane aspekty pomiaru jakości umierania i śmierci w opiece paliatywnej. Hygeia Public Health, 2016, 3, 262-268.
26. Czajkowska J.: Godność osoby umierającej powinnością moralną w medycynie. Studia Ecologiae Bioethicale, 2018, 16 (1), 27-35.
27. CBOS. W obliczu śmierci, Warszawa 2012. www.cbos.pl [data pobrania 29.07.2021].
28. Bazaliński D., Marciniec I., Sałacińska I. i wsp.: Doświadczenie uporczywej terapii w pracy pielęgniarek pracujących w oddziałach intensywnej terapii – doniesienie wstępne. Anestezjologia i Ratownictwo, 2018, 12, 52-61.
29. Galewicz W.: Początki ludzkiego życia. Antologia bioetyki. Tom 2. Universitas, Kraków, 2010.

Wpływ leczenia na funkcjonowanie pacjentów poddawanych chemioterapii

Beata Kowalewska[1], Karolina Gliniecka[2]

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. II Klinika Chorób Płuc i Gruźlicy, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Niewątpliwie jedną z najbardziej stresujących diagnoz, ze względu na niejasny przebieg kliniczny oraz rokowanie, jest choroba nowotworowa. Podstawowymi metodami leczenia jest stosowanie terapii opartej na zabiegach operacyjnych, chemioterapii, radioterapii, immunoterapii oraz hormonoterapii. Leczenie dobierane jest na podstawie badań histopatologicznych, zaawansowania choroby, stopnia sprawności chorego oraz jego chorób współistniejących. Leczenie nowotworów niewątpliwie wiąże się z wieloma powikłaniami, które zmniejszają komfort życia pacjenta. Komfort ten dotyczy nie tylko zdrowia fizycznego, ale w większym stopniu psychicznego. Jakość życia w ostatnim czasie stała się bardzo pożądanym tematem, a ze względu na wydłużenie życia pacjentów onkologicznych, wzrosło zainteresowanie poprawą ich jakości życia [1].

Termin jakość jest znany od bardzo dawna. Nie ma jednoznacznej definicji, która mogłaby zostać przyjęta bez różnicowania w zależności od interdyscypliny. Jakość jest jedną z wyróżnionych przez Arystotelesa kategorią przypadłości niesamodzielnych cech podmiotu. Nastawiona na wysoką ocenę jest wartością, która wymaga spełnienia danych oczekiwań. Przyjęcie stałej definicji umożliwiłoby porównanie badań wielu dyscyplin oraz stworzenia nowych narzędzi do badań [2].

Jakość w ujęciu historycznym

Już w czasach starożytnych pojęcie jakości było znane. Już od czasów myślicieli, takich jak Arystoteles czy Hipokrates, badacze medycyny oraz filozofii próbowali dowiedzieć się co wpływa na szczęśliwe oraz satysfakcjonujące życie. Jako pierwszy słowa jakość użył filozof

Platon, a jego definicja to „sąd wartościujący wyrażany przez osobę oraz pewien stopień doskonałości". Tłumaczył on, że człowiek w trakcie swojego życia dokonuje wyborów, wybiera to, co jest dla niego najlepsze.

Arystoteles opisuje obiektywne podejście do tego terminu. Przypisuje on jakość do kategorii filozoficznych, które opisują zjawiska i rzeczy, obok ilości, miejsca, czasu, substancji, dyspozycji, procesu, relacji oraz dyspozycji. Uważał on, że człowiek poprzez dokonywanie wyborów w ciągu całego swojego życia dąży do satysfakcji oraz przyjemności. Jego najważniejszym celem było osiągnięcie jak najwyższego dobra, które było gwarancją szczęścia.

Epikur uważał życie za najważniejszą wartość jak i największą przyjemność. Jego zdaniem życie było udane, kiedy nie było w nim nadmiaru przyjemności, jak i cierpienia.

Hipokrates, nazywany ojcem medycyny uważał życie za szczęśliwe, kiedy człowiek osiągał stan wewnętrznej równowagi, a więc zależność pomiędzy tym, co otacza ludzi, a własnym sposobem życia. Problematyka ta wiązała się z aspektami religijnymi, filozoficznymi oraz moralno-etycznych. Życie oceniało się jako dobre lub złe, smutne lub radosne, szczęśliwe lub nieszczęśliwe [3].

W średniowieczu Święty Augustyn opisał szczęście, które jest dopiero możliwe w życiu pozaziemskim, blisko Boga. Św. Tomasz uważał, że człowiek dąży do szczęścia, a to wiążę się z prawdziwym poznaniem Boga. Warunkiem szczęśliwego życia było utrzymanie stabilizacji między tym co duchowe a cielesne. Było to możliwe wtedy, kiedy człowiek postępował zgodnie ze swoim rozumem.

Lao Tsu, który był chińskim uczonym uznał jakość za coś, co można doskonalić. Uważał, że praktyka związana z dobrami materialnymi, jak i niematerialnymi jest niezwykle ważna w rozwoju ludzkości. Jego zdaniem, dzięki doświadczeniu możemy udoskonalać i poprawiać swoje życie [4].

W buddyzmie szczęście opisywano jako stan, którego można doświadczyć w nirwanie. W dosłowny tłumaczeniu na język polski oznacza to „zdmuchnięcie", „zgaśnięcie". W założeniu religijnym jest celem, do którego należy dążyć, nadaje on sens życia. Jest kojarzone ze spokojem, lekkością, pełnią szczęścia, błogością oraz uwolnieniem się od cierpienia.

Kartezjusz oraz John Locke znaczenie szerzej opisali jakość i stworzyli dualistyczną koncepcję jakości. Podzielili oni jakość na pierwotną, która tkwi w przedmiocie i wtórną – emitowaną przez przedmiot [5].

Jakość życia

Jakość życia nadal nie ma jasnej i jednoznacznej definicji ze względu na jej interdyscyplinarny charakter. Na innych elementach skupiają się przedstawiciele psychologii, na innych socjologii, ekonomiści, filozofowie czy medycy. W ekonomii jakość życia wiązana jest z rozwojem społeczno-ekonomicznym, wzrostem gospodarczym, dobrobytem ekonomicznym oraz społecznym.

Po raz pierwszy termin jakości pojawił się po II wojnie światowej w USA. Badania wzbudziły zainteresowanie w latach pięćdziesiątych XX wieku, dotyczyły one poziomu konsumpcji, dóbr. Po latach zaczęto rozszerzać badania o wartości pozamaterialne, takie jak: społeczne i psychiczne perspektywy jakości życia [6].

Analizując różne definicje jakości życia można zauważyć obiektywny i subiektywny wymiar tego zjawiska. Obiektywna jakość dotyczy poziomu życia oraz warunków, takich jak: sytuacji materialna, warunki mieszkaniowe, wyżywienie, uczestnictwo w wypoczynku i kulturze, korzystania z ubezpieczenia emerytalnego, systemu ochrony zdrowia. Natomiast subiektywna jakość życia pozwala ocenić zaspokojenie potrzeb życiowych [7].

Kompleksowe badania nad jakością życia w 1971 roku przeprowadził Campbell wraz ze swoimi współpracownikami: Conversem oraz Rodegersem. Program badawczy był przeprowadzony wśród mieszkańców USA, który dotyczył oceny zadowolenia z własnego życia. Pytania dotyczyły życia rodzinnego, zdrowia, małżeństwa, pracy zawodowej, sąsiadów, zajęć domowych, wykształcenia, standardów życia, życia w danym kraju. Kilka lat później zaproponowano zastosowanie danych dotyczących wagi, co pozwoliło na dokładniejsze analizowanie sfer życia [8].

Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia

Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQL – *health related quality of life*) została wprowadzona do współczesnej medycyny w roku 1990 przez Schippera. Pojęcie to jest powiązane ze sformułowaną przez WHO definicją zdrowia. Jest to stan pełnego umysłowego, fizycznego oraz społecznego dobrego samopoczucia, a nie tylko brak choroby. Schipper opisał HRQL następująco „*czynnościowy efekt choroby i jej leczenia, subiektywnie lub obiektywnie odbierany przez chorego*”. Pozwala to na ocenę sytuacji życiowej pacjenta w czasie choroby i jej leczenia. Dotyczy to czterech obszarów: sprawność ruchową, stan somatyczny, psychiczny

i społeczny. Celem działań medycznych nie jest wyłącznie wydłużenie życia chorego, ale poprawa kondycji i poziomu jego życia. Niewątpliwie choroba obniża jakość życia, negatywnie wpływa na strefy życia takie jak: społeczne, odizolowanie się rodziny, inwalidztwo [9].

Istnieją różne techniki badania jakości życia. Badania wieloczynnikowe, które umożliwiają dokładną ocenę samopoczucia pacjenta. Mają one charakter jakościowy, a tym samym są bardzo pracochłonne. Kolejnym sposobem są badania kwestionariuszowe, pozwalają one na otrzymanie wyniku ilościowego. Korzystanie z kwestionariuszy pozwala na przeprowadzenie badań większej ilości chorych. Badania wieloczynnikowe na to nie pozwalają [10].
Kwestionariusze służące do badania jakości życia można podzielić na:

- Ogólne (generic scales),
- Specyficzne (diesease or dimension specyfic),
- Mieszane.

Te pierwsze oceniają samopoczucie chorego w bardzo prosty i ogólny sposób. W ich skład wchodzą relacje rodzinne, stan emocjonalny, aktywność zawodowa oraz stan zdrowia badanego [11].

Kwestionariusze specyficzne używane są do badania jakości życia w określonej jednostce chorobowej lub grupie schorzeń, np. w chorobie nowotworowej. Dzielą się ona na dwie grupy: jedna z nich skupia się na konkretnych sferach funkcjonowania chorego, a druga zaś na problemach wynikających z samej choroby. Dzięki temu możliwa jest ocena samopoczucia chorego, stan psychiczny podczas choroby, stopień nasilenia objawów, wystąpienie działań niepożądanych leczenia, jak również ich wpływ na codzienne życie pacjenta. Przykładem takich kwestionariuszy są:

- Kwestionariusz QLO – C30 – stosowany w chorobach nowotworowych
- Asthma Quality of Life Questionnaire - AQLO – stosowany w astmie oskrzelowej,
- QLS 100 – stosowany jest w chorobach psychiatrycznych,
- Kwestionariusz Parfreya – stosowany u chorych dializowanych [12].

Kwestionariusze mieszane jest to połączenie kwestionariusza ogólnego z elementami kwestionariusza specyficznego.

Jakość życia pacjenta możemy ocenić za pomocą:

- Wywiadu z pacjentem,
- Miar pośrednich,
- Standaryzowanych kwestionariuszy,
- Testów psychometrycznych [13].

Chemioterapia

Chemioterapia czyli leki cytostatyczne jest jedną z trzech podstawowych metod leczenia nowotworów [14].

Po raz pierwszy nazwa została użyta przez Paula Ehrlicha w około 1900 roku. Początki współczesnej chemioterapii miały miejsce już w okresie trwania I Wojny Światowej do użycia gazu bojowego z zastosowaniem iperytu siarkowego i azotowego. Wówczas już zaobserwowano działania uszkadzające szpik kostny [14].

W 1942 roku podczas eksplozji amerykańskiego statku przewożącego iperyt azotowy, który zatonął we Włoszech u rozbitków tego statku zaobserwowano objaw pancytopenii. To zdarzenie doprowadziło do odkrycia pierwszego leku cytostatycznego – nitrogranulogen. Za początek chemioterapii i leczenia nowotworów uważa się 1942 rok, a pierwszą osobą w Polsce podającą ten lek w latach pięćdziesiątych XX wieku był wybitny radiolog warszawskiego Instytutu Onkologii, profesor Janusz Buraczewski [14].

Dzisiejszą metodą chemioterapii jest podawania leków cytostatycznych w postaci schematów wielolekowych. Podawane są one w stałych odstępach czasowych, co pozwala na osłabienie objawów toksycznych, które powoduje leczenie [15].

W trakcie leczenie cytostatykami należy przestrzegać podstawowych zasad:

- Poddawany chemioterapii nowotwór powinien mieć ustaloną chemiowrażliwość,
- Leczenie raka, który jest chemiooporny naraża pacjenta na wystąpienie kolejnych dolegliwości i tym samym spadek jakości jego życia,
- Terapia powinna składać się z programów wielolekowych, które posiadają inne mechanizmy działania przeciwnowotworowego (najczęściej terapia zawiera 2-3 różne cytostatyki), zmniejszają one również ryzyko wystąpienia chemiooporności,
- Chemioterapia powinna podawana być w dawce należnej, czyli takiej dawce, której toksyczność jest odwracalna, dawka obliczana jest w m^2na powierzchnię masy ciała,
- Podczas terapii trzeba wziąć pod uwagę: stan sprawności chorego, choroby współistniejące, wiek, stan naczyń żylnych, stan odżywienia, dolegliwości związane z nowotworem,
- Po chemioterapii należy ocenić wskaźnik przeżycia oraz wpływ leczenia na jakoś życia,
- Należy podczas chemioterapii oceniać obiektywną odpowiedź na leczenie,
- Leki cytostatyczne należy podawać, jeżeli to możliwe drogą pozajelitową, ze względu na ich lepszą biodostępność [16,17].

Rodzaje chemioterapii

Przyjęto dwa podziały leków cytostatycznych: podział ze względu na oddziaływanie w poszczególnych fazach cyklu komórkowego oraz podział na podstawie budowy chemicznej i mechanizmu cytotoksyczności. Chemioterapię możemy podzielić też ze względu na czas podjęcia procesu leczenia:

- Chemioterapia indukcyjna – celem jest zmniejszenie masy guzowej, przygotowuje chorego do zabiegu operacyjnego usunięcia nowotworu,
- Chemioterapia uzupełniająca – stosowana u pacjentów po radykalnym leczenie chirurgicznym, aby zapobiec przerzutom oraz nawrotowi choroby,
- Chemioterapia paliatywna – stosowana w celu poprawy jakości życia, wydłużenia czasu przeżycia, stabilizacji zmian nowotworowych oraz niewielkich remisji choroby,
- Terapię cytostatykami możemy podzielić również ze względu na sposób ich podania:
- Chemioterapia doustna – cytostatyk jest podawany doustnie, po przedostaniu się do krwi dochodzi do jego aktywacji,
- Chemioterapia dożylna – podawana jest do naczyń obwodowych lub za pomocą portów naczyniowych i wkłuć centralnych do głównych naczyń żylnych,
- Chemioterapia dojamowa – cytostatyk podawany jest bezpośrednio do worka osierdziowego, jamy opłucnej lub jamy otrzewnej,
- Chemioterapia dokanałowa – podawana jest za pomocą cewnika Qmaya bezpośrednio do komór mózgu lub poprzez nakłucie lędźwiowe; stosuje się ją w nowotworach struktur ośrodkowego układu nerwowego ze względu na słabe przenikanie cytostatyków przez barierę krew – mózg [18,19].

Wpływ chemioterapii na organizm człowieka

Chemioterapia jak każde leczenie niesie ze sobą działania niepożądane i skutki uboczne. Leki cytostatyczne mają wąską granicę terapeutyczną, co oznacza niewielką różnicę miedzy dawką skuteczną a dawką, która skutkuje trudno odwracalnymi powikłaniami. Na działania niepożądane najbardziej narażone są narządy i tkanki, w których dochodzi do szybkiego podziału komórek: włosy, szpik kostny, skóra, gonady, układ moczowy i przewód pokarmowy oraz nabłonek dróg oddechowych.

Działania niepożądane stosowania chemioterapii może podzielić na:

- Ostre (natychmiastowe) – zazwyczaj jest związana z drogą podania cytostatyku, występuje ona już podczas podawania leku, takimi objawami są: biegunka, nudności, wymioty, objawy alergiczne lub niedrożność przewodu pokarmowego,
- Wczesne – obserwowane są w 4-6 tygodniu od podania cytostatyku są to: wypadanie włosów, zmiany skórne, niedokrwistość, leukopenia, trombocytopenia, zapalenie błony śluzowej przewodu pokarmowego oraz jamy ustnej, biegunki, zaburzenia kwasowo-zasadowe oraz wodno-elektrolitowe,
- Opóźnione – wynikają z kumulacji leczenie cytostatycznego, obserwowane są po kilkunastu tygodniach od zakończonego leczenia np. kardiomiopatia, uszkodzenie układu nerwowego, uszkodzenie nerek,, zwłóknienie płuc, uszkodzenie wątroby,
- Późne –dają objawy po kilku miesiącach lub latach, są to: uszkodzenie czynności gonad, bezpłodność, wtórne choroby nowotworowe.

Każdy lek może wywołać reakcje uczuleniowe, tak samo możliwe jest to podczas podawania cytostatyków, ponieważ układ odpornościowy broni się przed dostaniem się leku do organizmu. W przypadku wystąpienia reakcji uczuleniowej należy natychmiast zaprzestać podawania leku oraz podać leki przeciwdziałające alergii. Zazwyczaj reakcja uczuleniowa mija i można kontynuować leczenie, jednak należy pacjenta obserwować. Objawami reakcji uczuleniowej mogą być : zaczerwienienie, świąd skóry, pokrzywka, bóle w klatce piersiowej, bóle kostno-stawowe, spadki ciśnienia tętniczego krwi, duszność, niepokój, dreszcze, ból głowy [20].

Nudności i wymioty są najczęstszym objawem niepożądanym leczenia cytostatykami. Mogą one wystąpić w trakcie podawania leku, po zakończeniu jego podawania oraz kilka dni po zakończonym leczeniu. Dzieli się je na ostre, które występują do 24 godzin od zaprzestania podawania leków cytostatycznych, późne – następują po 24 godzinach od podania chemioterapii, przełamujące, które występują mimo zastosowanego leczenia profilaktycznego oraz wyprzedzające – występują przed podaniem leku. W celu zmniejszenia wystąpienia wymiotów oraz nudności stosuje się leki przeciwwymiotne. Zazwyczaj podawane są przed rozpoczęciem podawania chemioterapeutyków.

Kolejnym powikłaniem dotyczącym układu pokarmowego leczenia cytostatycznego są zaparcia oraz biegunki. Najczęstszą przyczyną biegunek ostrych są następujące leki: kapecytabina, cisplatyna, cyklofosfamid, doksorubicyna,daunorubicyna, docetaksel, paklitaksel, 5-fluorouracyl, interferon, metotreksat,pertuzumab, irynotekan. Biegunki mogą

doprowadzić do zaburzeń elektrolitowych oraz odwodnienia, które będą wymagały hospitalizacji. Pomocna okazać może się dieta uboga w błonnik oraz tłuszcze. W przypadku zaparć dietę należy wzbogacić o błonnik oraz pełnowartościowe produkty.
Niekiedy pacjent wymaga podania leków przeczyszczających oraz zmiękczających stolec. Podczas długotrwałych zaparć mogą ujawnić się hemoroidy. Mogą one powodować krwawienie, dyskomfort oraz ból przy wypróżnianiu [21].

Zmiany zapalne w jamie ustanej spowodowane upośledzeniem funkcji układu odpornościowego oraz zmniejszoną produkcją śliny. Doprowadza to do nadżerek, owrzodzeń, rumieni, obrzęków błony śluzowej, które mogą doprowadzić do infekcji.

Zmiany podczas leczenia cytostatycznego mogą zachodzić również w krwi i układzie krwiotwórczym. Takimi powikłaniami jest niedokrwistość, która jest związana z uszkodzeniem szpiku kostnego. Spadek hemoglobiny skutkuje osłabieniem, zmęczeniem, dusznością, sennością, bólami oraz zawrotami głowy, mroczkami przed oczami, szumem w uszach oraz kołataniem i przyspieszoną akcją serca. W niektórych przypadkach zachodzi potrzeba przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych lub podania leków stymulujących proces powstawania czerwonych krwinek. Kolejnym powikłaniem jest trombocytopenia, czyli małopłytkowość. Zmniejszenie płytek krwi prowadzi do zaburzeń procesów krzepnięcia. Może to doprowadzić do krwawienia dziąseł, z nosa, układu moczowego, przewodu pokarmowego – jego objawem są fusowate wymioty oraz smoliste stolce. Na skórze mogą pojawić się liczne siniaki i wybroczyny [22].

Neutropenia, czyli zmniejszenie ilości białych krwinek, które odpowiadają za reakcje obronne organizmu jest kolejnym niepożądanym i niebezpiecznym skutkiem ubocznym chemioterapii. Organizm narażony jest na infekcje, szczególnie wywołane przez grzyby i bakterie. Rozpoznanie neutropenii opóźnia podanie kolejnej dawki cytostatyku. Niekiedy podaję się czynnik wzrostu neutrofilów po kursie chemioterapii, aby zapobiec ich spadkowi. W sytuacji małej liczby neutrofili może dojść do gorączki neutropenicznej > 38 st. Celcjusza. Jest to groźne powikłanie, ze względu na zaatakowanie przez infekcje, nieaktywny układ odpornościowy. Leczeniem jest wdrożenie odpowiednich antybiotyków oraz czynnika wzrostu neutrofili [23].

Zaburzenia płodności, których przyczyną jest podawanie chemioterapii oraz opóźnienie lub zanik cyklu miesiączkowego, lub w przypadku mężczyzn wpływ na proces produkcji plemników. Niepłodność możemy podzielić na trwałą oraz przejściową. Kobietom mogą doskwierać objawy menopauzy, ze względu na uszkodzenie jajników [23].

W okresie chemioterapii nie powinno planować się prokreacji, ze względu na ryzyko uszkodzenia płodu, czy wad rozwojowych dziecka [23].

Kolejnym powikłaniem jest wypadanie włosów oraz uszkodzenie paznokci, ze względu na ich tkankowa budowę, która podlega intensywnym podziałom. Niektóre cytostatyki powodują jedynie osłabienie włosów oraz przerzedzenie. Szczególnie w przypadku kobiet jest to najbardziej dokuczliwa dolegliwość, ze względów estetycznych [24].

Zespół „ręka - stopa" jest to pojawienie się obrzęku i zmian rumieniowatych na dłoni i podeszwie stopy. Objawom może towarzyszyć suchość skóry, uczucie mrowienia, czy ból. Zmiany mogą występować również w okolicy krocza, pachwin, pod piersiami. Zmniejszenie dolegliwości powoduje podanie preparatów witaminy B6 oraz środków natłuszczających, nawilżających skórę [23,24].

Drętwienia, piekący ból palców, mrowienia, czyli objawy neuropatii obwodowej, są powikłaniem leczenia cytostatycznego. Podczas kontynuacji leczenia objawy mogą ulec nasileniu. Dodatkowo mogą wystąpić zaburzenia czucia, osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia odczuwania temperatury, zaburzenia chodu, niezborność ruchowa, upadki. Takie choroby współistniejące, jak: HIV, cukrzyca, alkoholizm, niedobory witaminowe mogą zwiększyć ryzyko wystąpienia neuropatii obwodowej [25].

Wpływ chemioterapii i chorób onkologicznych na jakość życia

Zdiagnozowanie choroby nowotworowej jest ogromnym stresem dla samego pacjenta, jak i jego rodziny. Sama diagnoza wywołuje negatywne emocje, chociaż szanse przeżycia na nowotwory złośliwe znacznie wzrosły. Choroba onkologiczna wpływa negatywnie na zdrowie psychiczne. Wywołuje żal, smutek, gniew czy niedowierzanie, jak i bardzo często depresję. W czasie choroby przewlekłej następują zmiany w życiu człowieka w sferze psychicznej, jak i fizycznej. Spada aktywność i wydolność fizyczna, kontakty towarzyskie, zmienia się rytm dnia, który musi zostać podporządkowany pod chorobę i jej leczenia. Ograniczenie życia towarzyskiego spowodowane zmianą wyglądu, która nie jest akceptowana przez chorego. Rozwój zawodowy, jak i praca stają się czasami niemożliwe z powodu choroby nowotworowej, jak i jej leczenia. Chemioterapia, która jest podawana w cyklach, wymaga niekiedy cotygodniowych pobytów w szpitalu.

Negatywne emocje, które towarzyszą chorobie, takie jak: lęk czy gniew mają także działanie motywujące. Pacjent chce walczyć z chorobą, ma chęć do życia. Niestety, kiedy

zostanie przekroczony optymalny próg nasilenia lęku u chorego nasilają się zachowania destrukcyjne. Poprzez obawę o utratę swojego życia, nie jest w stanie opanować niepokoju, izoluje się od społeczeństwa, przez co nie jest w stanie myśleć optymistycznie [26].

W 2014 roku w Centrum Onkologii w Bydgoszczy [26] przeprowadzono badania, którym poddano pacjentów otrzymujących pierwszą chemioterapię oraz chorych otrzymujących kolejne jej cykle. Analizowano wpływ choroby na początku leczenia oraz w kolejnych cyklach leczenia cytostatycznego na funkcjonowanie psychiczne. Przebadano 80 osób w wieku 23-70 lat. Osoby w wieku 45 lat stanowiły 28,75 %, od 45-60 lat wynosiły 45,00%, powyżej 60 lat 26,25%. Z badań wynika, iż większość pacjentów reaguje pozytywnie na zaplanowane leczenie. Pacjenci poddani kolejnym cyklom chemioterapii odpowiedzieli, że postrzegają swoje leczenie raczej negatywnie 30%, a 27,5%, że raczej pozytywnie. Możemy zauważyć również spadek określenia pozytywnego nastawienia na leczenia przez pacjentów w kolejnych cyklach podawania chemioterapeutyków. Zdecydowana większość badanych odpowiedziała, iż nie unika kontaktów z rodziną oraz znajomymi. Natomiast w czasie dalszego leczenia 23,75% ankietowanych odpowiedziało „raczej tak". Złość również dominuje w dalszym leczeniu. 15% chorych odpowiedziało „bardzo często" i 35% „często", kiedy przy początkowym leczeniu odpowiedzi wynosiły odpowiednio 6,25% oraz 18,75%. W pierwszych dniach leczenia 20% chorych odpowiedziało „nigdy", a 55% „czasami". Z dalszą terapią wzrasta również strach przed leczeniem. Pacjenci na początku leczenia w większości 42,5% odpowiedzieli „czasami" na pytanie czy czują strach przed leczeniem. 38,75% badanych odpowiedziało, że odczuwają smutek i przygnębienie często przed leczeniem i bardzo często w trakcie leczenia 26,25%. Taka sama liczba ankietowanych odpowiedziała „czasami" – 36,25%. W trakcie leczenia większy odsetek badanych zadeklarował bezradność. Najmniej osób z obu grup odpowiedziało, że nigdy nie czuli się bezradni. Znaczna część badanych osób zaczynających terapię odpowiedziało „raczej akceptuje swój wygląd" 55%, w trakcie terapii już 36,25% zaświadczyła, że raczej go nie akceptuje. Na pytanie „czuję się niepotrzebny" ponad połowa ludzi z obu grup odpowiedziała „zdecydowanie nie" lub „raczej nie". Na podstawie badań możemy stwierdzić zależność funkcjonowania społeczności od etapu ich leczenia.

Przekazanie przez lekarza diagnozy na temat raka budzi niewątpliwie negatywne emocje. Większość pacjentów poddawana leczeniu czuje niepokój, strach i bezradność, które nasilają się podczas leczenia z obawy o własne życie i zdrowie. Niepewność przyszłości oraz szybkie wdrożenie leczenia również nie wypływają korzystnie na samopoczucie psychiczne pacjenta.

Na początku leczenia chorym najczęściej towarzyszy złość. Natomiast w dalszym leczeniu najczęstszą odpowiedzią była bezradność oraz ograniczenie kontaktów z rodziną. Ze względu na negatywne emocje, które się pojawiają, często chorych dotyka depresja.

W 2016 przeprowadzono badanie „Związek akceptacji choroby, lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą gruczołu piersiowego" w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu na grupie 112 kobiet [27]. Z przeprowadzonych badań wynika, iż 39,29% w średnim stopniu akceptuje swoją chorobę, 32,14% w wysokim stopniu, natomiast 17,86% respondentek w niskim stopniu. Średnia ogólnego poziomu akceptacji choroby wynosi 27,21%. Największa średnia 3,65 obawia się, że choroba przyczyni się do bycia ciężarem dla rodziny. Najmniejsza średnia 3,04 odczuwa strach przed utratą możliwości wykonywania czynności, które lubią.

Na podstawie kwestionariusza HADS-M, największa liczba kobiet odczuwa lęk średnia – 7,97. Najmniej badanych odpowiedziało, że czuje rozdrażnienie 2,59. Natomiast 5,14 kobiet doświadcza depresji.

Tak jak przedstawiono, aż 69,64 % ogółu ma brak zaburzeń i niepodwyższony poziom depresji. Najmniej bo aż 14,29 % otrzymało wartości nieprawidłowe, stwierdzone zaburzenia depresyjne. 16,07% stwierdzone ma stany graniczne depresji, 21,43% stany graniczne lękowe. 27,68% ogółu ma wartości nieprawidłowe, stwierdzone zaburzenia lękowe. Aż 50,89% brak zaburzeń lękowych, niepodwyższony poziom lęku. Większość badanych nie wykazuje zaburzeń oraz podwyższonego poziomu lęku oraz depresji.

Kolejnym częstym, bo występującym aż u 30-95% chorych, powikłaniem chemioterapii są nudności i wymioty. Występują najczęściej około pierwszej doby po podaniu leków cytostatycznych, mogą utrzymywać się do kilku dni po ich zaprzestaniu. Powikłanie to, może doprowadzić do zaburzeń wodno – elektrolitowych, zachłystowego zapalenia płuc, anoreksji oraz wychudzenia [27].

Zaburzenia wodno – elektrolitowe najczęściej spowodowane są poprzez nieprawidłowe działanie innych układów w tym pokarmowego, układu hormonalnego oraz nerek. Leczenie polega na wyeliminowaniu przyczyny powstania tych zaburzeń oraz usunięciu lub dostarczeniu potrzebnych płynów lub jonów [28].

Zachłystowe zapalenie płuc – spowodowane dostaniem się treści z żołądka do dróg oddechowych, często dotyczy osób w podeszłym wieku, leżących, z chorobami neurologicznymi oraz nowotworowymi okolicy szyi, czy też przełyku. Stanowi ono 5 – 15% przypadków zapalenia płuc pozaszpitalnych [29].

Czynnikiem zwiększającym ryzyko zachłystowego zapalenia płuc jest kacheksja nowotworowa, wymioty oraz przyjmowanie leków opioidowych, które zmniejszają odruch kaszlowy (np. morfina, kodeina). Chorzy z nowotworem w obrębie szyi i głowy, którzy mają wady anatomiczne w obrębie układu pokarmowego, czy też oddechowego, są narażeni na dostanie się wymiocin do dróg oddechowych. U pacjenta z zachłystowym płuc diagnoza jest dość trudna, można zauważyć kaszel z odksztuszaniem ropnej wydzieliny, apatię, dreszcze, gorączkę, ból w klatce piersiowej czy też duszność [29].

Niezwykle ważne jest powstrzymanie wymiotów oraz złagodzenia uczucia nudności, dlatego też podaje się profilaktycznie leki przeciwwymiotne. W niektórych przypadkach wymioty mogą pojawić się przed podaniem leków, są spowodowane psychicznym nastawieniem do chemioterapii.

Wystąpienie nudności i wymiotów wyraźnie obniża jakość życia chorych leczonych onkologicznie. Długotrwałe wymioty prowadzić mogą do zaburzenia stanu odżywiania, a w konsekwencji do dłuższej rekonwalescencji. Powikłania wymiotów nie tylko pogarszają stan fizyczny, ale mogą stanowić zagrożenia dla życia pacjenta. Stan ogólny chorego oraz jego samopoczucie ulega pogorszeniu, co finalnie może doprowadzić do negatywnego podejścia do leczenia. Wielu pacjentów traci apetyt, nie chce jeść obawiając się nieprzyjemnych dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Aby zmniejszyć ryzyko nudności i wymiotów należy spożywać małe porce posiłków, ale częste, nie należy spożywać tłustych, obfitych posiłków. Powinno unikać się smaków i zapachów, które powodują nudności [30].

Spadek masy ciała dotyczy aż 80% pacjentów chorych onkologicznie i jest uważany za nieodłączny element choroby. Nieprawidłowy stan odżywienia może wynikać ze złego wchłaniania składników odżywczych czy też zwiększonego zapotrzebowania na dane substancje pokarmowe. Niedożywienie może być przyczyną dyskwalifikacji z leczenia chemioterapią, radioterapią lub z zabiegu operacyjnego. W przebiegu chorób onkologicznych może dojść do wyniszczenia nowotworowego, jest ono wynikiem zmniejszenia ilości przyjmowanych pokarmów oraz zaburzenia ich metabolizmu [30].

Największą grupę pacjentów narażonych na niedożywienie stanowią chorzy na nowotwory przewodu pokarmowego, w tym: raka przełyku, trzustki, żołądka oraz pacjenci w wieku podeszłym. Szybkie rozpoznanie problemu niedożywienia, ocena, wdrożenie leczenia oraz właściwe zapobieganie pogłębiania się problemu, może być pomocne w leczeni nowotworowym, wydłużeniu czasu przeżycia oraz poprawie jakości życia chorego.

Przyczyną niedożywienia może być guz uciskający na przewód pokarmowy, powodując

problemy z połykaniem, ból, wczesne uczucie sytości lub brak apetytu. U około 2/3 pacjentów hospitalizowanych problem niedożywienie pogłębia się ze względu na badania diagnostyczne, które wymuszają bycie na czczo pacjenta. Zmniejszone przyjmowanie pokarmów może być również spowodowane poprzez zabiegi chirurgiczne, radioterapię oraz chemioterapię, które to zmniejszają apetyt pacjenta [39].

Wyniki badań wskazują na obniżenie jakości życia oraz ryzyko wzrostu niepowodzenia terapii. Wpływa to bardzo często na odroczenie leczenia oraz zwiększenia działań niepożądanych terapii onkologicznej. Niedożywienie zwiększa również ryzyko infekcji oraz dłuższy okres gojenia się ran, co wydłuża pobyt pacjenta w szpitalu oraz naraża go na dodatkowy stres, jak również wydłuża oczekiwanie na dalsze leczenie, co może być przyczyną zagrożenia życia [30].

Postępujące niedożywienie jest przyczyną osłabienia, zmęczenia, zwiększenia podatności na depresję oraz infekcje w tym: infekcję dróg oddechowych, układu moczowego, zaburzeń funkcji wątroby oraz nerek, co skutkuje powstawaniem obrzęków [30].

Ważnym elementem w trakcie leczenia jest dokładna, przesiewowa ocena stanu odżywienia pacjenta onkologicznego. Powinna ona dotyczyć spadku masy ciała w ostatnich 6. miesiącach. Szybka ocena stanu odżywienia pozwala na wdrożenie odpowiedniego leczenia przeciw pogłębieniu się niedożywienia.

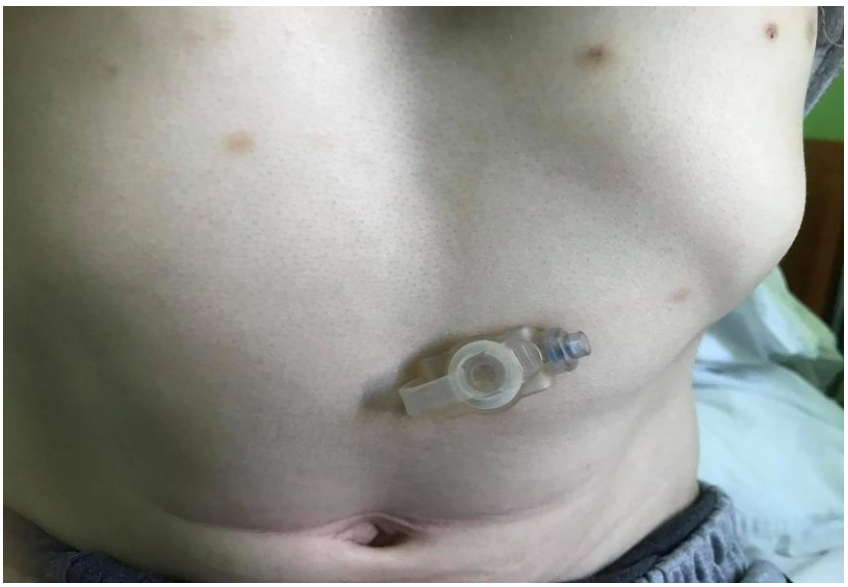
Do oceny przesiewowego stanu odżywania stosuje się [30]:

- formularz subiektywnej globalnej oceny stanu odżywienia (SGA),
- indeks masy ciała (BMI),
- formularz oceny ryzyka związanego z niedożywieniem NRS 2002 (Nutritional Risk Score),
- NST (Nutrition Screening Tool),
- MNA (Mini Nutritional Assessment),
- MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), NRI (Nutritional Risk Index),
- Prognostyczny Indeks Odżywienia (PNI, Prognostic Nutritional Index).

W leczeniu niedożywienia niezwykle ważne jest indywidualne podejście do pacjenta. Niestety w większości przypadkach jest ono wprowadzone zbyt późno. W naszym kraju zbyt mało pacjentów jest objęta specjalistycznym leczeniem czy też poradą w dziedzinie żywienia. Leczenie żywieniowe prowadzone jest przez lekarza, który ocenia stan odżywienia oraz zapotrzebowanie na energię i substancje odżywcze. Niekiedy leczenie poprzez suplementację nie wystarcza [30].

W przypadku nowotworów uciskających i dotyczących układu pokarmowego niezbędne jest leczenie enteralne – jest to podanie mieszaniny odżywczej przez sztuczne wytworzone dostępy do przewodu pokarmowego (przetokę przez skórną, zgłębnik dojelitowy lub dożołądkowy). Metoda ta stosowana jest u chorych, którzy nie mogą przełykać, gryźć lub przemieścić pokarmu przez przełyk do żołądka i dalej do jelit. Leczenie to może być zastosowane tymczasowo lecz częściej chorzy wymagają leczenia długotrwałego, niekiedy do końca życia. Pacjenci u których zastosowano żywienie dojelitowe niewątpliwie odczuwają pogorszenie jakości swojego życia. Zgłębniki dożołądkowe, wymagają pielęgnacji i systematycznej wymiany, co pozwala na uniknięcie odleżyn. Do sondy podawane są posiłki miksowane, płynne. Chorzy z założonym zgłębnikiem bardzo często nie akceptują swojego wyglądu. Pielęgnacja i przygotowanie odpowiednich posiłków wymaga ich czasu i zaangażowania. Chorzy bardzo często rezygnują z wyjść towarzyskich jak również kontaktu z rodziną [30].

W przypadku gastrostomii lub jejunostomii chory jest zobowiązany do codziennej wymiany opatrunku wokół rany, zakupu odpowiedniego żywienia. Powinien systematycznie dostarczać pokarm do gastro/jejunostomii. Pożywienie powinno być podawane do PEG-a 5-6 (Fotografia 1) razy na dobę o objętości 200-300 ml [31].



Fotografia 1. PEG – gastrostomia wykorzystywana do podawania żywienia drogą enteralną [źródło: zasoby własne]

Jeżeli pacjent ma możliwość spożywania pokarmów drogą doustną, tylko przyjmuje jego niewystarczającą ilość możliwe jest podłączenie żywienia na noc za pomocą pompy żywieniowej. Pacjent jest w stanie funkcjonować bez większych utrudnień i wyrzeczeń. W

porównaniu do sondy żołądkowej PEG poprawia jakość życia pacjentów, nie tylko ze względów estetycznych. Są wygodniejsze w użyciu, poprzez dostęp do gotowych mieszanek są proste i szybkie w obsłudze, nie narażają pacjenta na stres i nieprzyjemne doznania z wymianą oraz obecnością sondy żołądkowej [31].

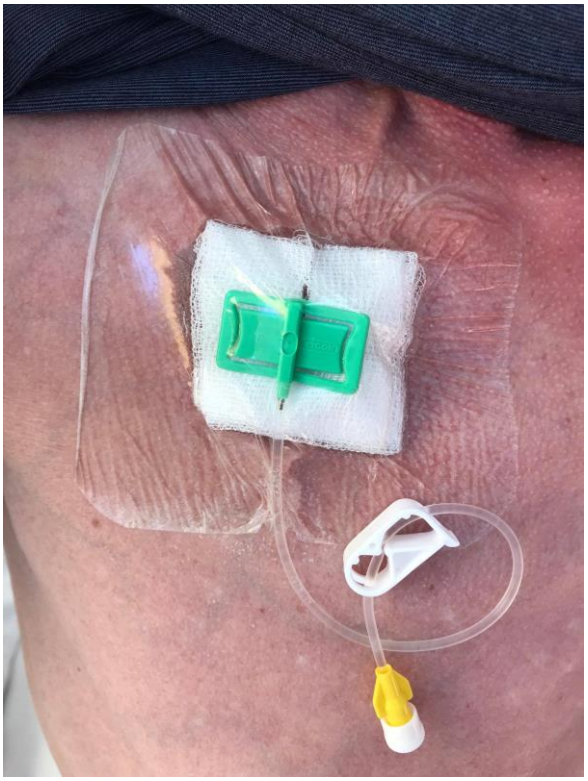
Do podawania żywnienia dojelitowego wykorzystywane są pompy żywnieniowe, umożliwiają ona podawanie określonych precyznyjnie porcji w mililitrach na godzinę. Pozwalają na ciągłą podaż pożywienia ułatwiając pacjentowifunkcjonowanie.

Niekiedy żywienie drogą dojelitową jest niemożliwe lub przeciwwskazane, wtedy żywienie pacjenta odbywa się drogą pozajelitową – dożylną przykład takiego żywienia przedstawiono. Może być stosowane jako uzupełnienie diety lub jedyna droga podawania pożywienia. Wyróżnia się dwa dostępy do podawania żywienia parenteralnego: dostęp do żyły centralnej podobojczykowej lub udowej nazywany wkłuciem centralnym lub dostęp obwodowy poprzez wkłucie do żył obwodowych igłą Vigo.

Chemioterapia jest podawana w cyklach, zgodnie ze schematem terapeutycznym. Najczęściej chemioterapia podawana jest drogą dożylną, maga to dostępu do naczyń obwodowych lub centralnych. Większość pacjentów jednak nie posiada wkłucia do centralnych naczyń. Wymagają założenia dostępu obwodowego, co zwiększa ryzyko wynaczynienia chemioterapeutyku. Żyły obwodowe po kilku cyklach leczenia stają się słabe, mniej widoczne, kruche. Założenie dostępu dożylnego staje się trudniejsze ze względu na liczne zrosty, co wiąże się z dodatkowym cierpieniem i bólem chorego. Niebezpieczne jest wynaczynienie chemioterapeutyku, który ma miejsce w 0,1-7% wszystkich iniekcji dożylnych cytostatykami, co powoduje odczyny miejscowe – ból, zaczerwienienie obrzęk, owrzodzenie, zapalenie żyły, a nawet martwicę tkanek wymagającej interwencji chirurgicznej [31].

Port naczyniowy zapewnia bezpieczny i długotrwały dostęp do naczyń krwionośnych. Zakładany jest do żyły podobojczykowej lub żyły szyjnej wewnętrznej. Pomiędzy skórą, a mięśniem piersiowym większym umieszcza się komorę portu naczyniowego, która umocowana jest do mięśnia szwami. Prawidłowe umocowanie cewnika sprawdza się za pomocą zdjęcia RTG. Przed podaniem leków do portu zakłada jest igła Hubera, która umożliwia podawanie leku [32].

Port naczyniowy (Fotografia 2) zdecydowanie zmniejsza ryzyko wynaczynienia leków cytostatycznych. Poprawia się znacznie jakość życia pacjentów poddanych chemioterapii, oszczędzając im stresu oraz bólu związanego z licznym kłuciem. Umożliwia choremu swobodne poruszanie się, bez ryzyka usunięcia czy uszkodzenia wkłucia [32].



Fotografia 2. Port naczyniowy z założoną igłą Hubera [źródło: zasoby własne]

Kolejnym negatywnym skutkiem chemioterapii jest wypadanie włosów, aż 65 % pacjentów poddanych leczeniu onkologicznemu doświadcza tego problemu. Według badań [33], aż 47% leczonych kobiet uważa łysienie za najbardziej traumatyczny aspekt leczenia przeciwnowotworowego. Efekt ten jest odwracalny od zaprzestania podawania cytostatyków po 1-2 miesiącach włosy zaczynają odrastać. Mimo to dla kobiet to źródło ogromnego stresu oraz poważne obciążenie psychiczne. W dzisiejszych czasach dostęp do peruki jest duży. Można wybrać te ze sztucznych włosów oraz naturalnych. Peruki są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia potrzebne jest tylko skierowanie od lekarza [33].

W przypadku podania niektórych cytostatyków, takich jak np. paklitaksel, cisplatyna bardzo często obserwowane są zmiany skórne. Pacjenci uskarżają się na piekącą, palącą ogniem skórę. Zaobserwować można łuszczenie się skóry płatami ze stóp, dłoni oraz twarzy. Na twarzy można zaobserwować zaczerwienienie, które po czasie ciemnieje powodując brązowe plamy.

Chorzy bardzo często uskarżają się na suchość skóry oraz jej swędzenie [34].

Średnio 50% pacjentom z chorobą onkologiczną towarzyszy ból, aż u 75% z zaawansowaną chorobą nowotworową. Niewątpliwie ból u pacjentów chorych na nowotwory ogranicza ich codzienną aktywność oraz destrukcyjnie wpływa na stan psychiki. Nieodłącznym elementem leczenia choroby nowotworowej jest terapia bólu, jest to jedna z najważniejszych potrzeb

chorych na nowotwory. Odczucie bólu może pojawić się na każdym etapie tej choroby. Ważne jest, aby przed jego leczeniem oraz po zakończeniu ponownie go ocenić. Weryfikuje to skuteczność terapii oraz możliwość jej modyfikacji [35].

Do prawidłowego zdiagnozowania bólu konieczne jest zbadanie przedmiotowe, jak i podmiotowe pacjenta. Wywiad powinien zawierać szczegółowe dane na temat początku zaobserwowanych dolegliwości bólowych, natężeniu, lokalizacji, charakteru, czynników, które nasilają i zmniejszają dolegliwości bólowe. Ważne są również, choroby współistniejące oraz przyjmowane leki, mogące zmniejszać działanie leków przeciwbólowych[35].

Do leczenie przeciwbólowego przedstawioną na stosowana jest drabina analgetyczna, która została zdefiniowana w 1986 r. przez WHO i stała się standaryzowanym programem leczenia przeciwbólowego. Wraz ze wzrastającym bólem stosuje się coraz to wyższy stopień drabiny analgetycznej [35].

Podsumowanie

Zdecydowanie choroba nowotworowa wpływa negatywnie na jakość życia pacjenta ze zdiagnozowaną chorobą onkologiczną. Leczenie cytostatyczne powoduje spadek sprawności fizycznej – chorzy nie są w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb dnia codziennego. Jak wskazuje wiele badań, leczenie chemioterapeutyczne zmniejsza pozytywny pogląd na ten rodzaj leczenia, a opinia ta jest inna przed rozpoczęciem leczenia i w trakcie jego trwania. Nie bez wpływu na opinię pozostają skutki uboczne chemioterapii doświadczane przez pacjentów. Jak dowodzą badania, aż 30-95% pacjentów doświadcza nieprzyjemnych skutków ubocznych leczenia w postaci nudności i wymiotów.

U 80% pacjentów onkologicznych diagnozuje się niedożywienie, które wpływa negatywnie nie tylko na jakość ich życia i wygląd fizyczny, ale również może być przyczyną dyskwalifikacji z leczenia przyczynowego. Udowodniono, że niedożywienie wpływa na zmniejszenie skuteczności terapii nowotworów, opóźnia rekonwalescencje organizmu oraz zwiększa podatność na infekcje.

Nie bez znaczenia dla odczuwanej jakości życia osób leczonych dożylną chemioterapią jest fakt, że w przypadku 0,1-7% pacjentów dochodzi do wynaczynień cytostatyków. Zdarzenie takie jest źródłem dodatkowego cierpienia, powikłanie to powoduje bowiem ból, obrzęk, zaczerwienienie, owrzodzenia tkanek w okolicy wynaczynienia oraz ich martwicę. W niektórych przypadkach potrzebna jest interwencja chirurgiczna.

Jak dowodzą badania prowadzone w zakresie medycyny onkologicznej i paliatywnej około 50% pacjentów z rozpoznanym rakiem odczuwa ból, zaś 75% pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową doświadcza cierpienia wieloaspektowego.

Należy podkreślić, ze intensywny rozwój medycyny, nowe techniki i technologie, postęp w aspektach szeroko rozumianej terapii pozwala skutecznie wpływać na zmniejszenie wielu trudnych do zniesienia przez pacjentów dolegliwości towarzyszących chorobie nowotworowej i chemioterapii. Nie jest jednak w mocy medycyny całkowite ich wyelimonowanie.

Piśmiennictwo

1. Kulpa M., Owczarek K., Stypuła-Ciuba B.: Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. Medycyna Paliatywna, 2013, 3(06), 113.
2. Trojanowska A.: Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. Zdrowie Publiczne, 2011, 121(1), 99-103.
3. Sompolska – Rzechuła A.: Jakość życia jako kategoria ekonomiczna. Oeconomica, 2013, 71, 127–140.
4. Papuć E.: Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania. Current Problems of Psychiatry, 2011, 12, 141–145.
5. Wnuk M., Marcinkowski J.T.: Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2016, 1, 21–25.
6. Kłak A., Mińko M., Siwczyńska D.: Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2012, 93, 632-638.
7. Hartman J., Szabat M.: Problematyka umierania i śmierci w perspektywie medycznokulturowej. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa, 2016.
8. Kanasz T.: Uwarunkowania szczęścia. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2015.
9. Cieślik B., Podbielska H.: Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. Acta Bio-Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna, 2015, 21(2), 102-135.
10. Radecka B.: Jakość życia uwarunkowana zdrowiem – znaczenie i sposoby oceny u chorych na nowotwory. Current Gynecologic Oncology, 2015, 13(3), 172–179.
11. Szyguła-Jurkiewicz B., Kowalska M., Mościński M.: Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-

naczyniowego. Viamedica, 2011, 1(60), 62-71.

12. Radecka B.: Jakość życia uwarunkowana zdrowiem – znaczenie i sposoby oceny u chorych na nowotwory. Current Gynecologic Oncology, 2015, 13(3), 172–179.
13. Golicki D.: EQ-5D-5L Polish population norms. Archives of Medical Science 2017, 13(1), 191–200.
14. Petryszyn P, Kempa K. Użyteczności stanów zdrowia eq-5d oceniane z zastosowaniem metod bezpośrednich przez studentów V roku farmacji UM we Wrocławiu. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2015, 3(44), 170-176.
15. Zaffiri L., Gardner J., Toledo-Pereyra L.H., History of antibiotics. From salwarsan to Cephalosporins. J. Invest Surg., 2012, 25, 67-77.
16. Huszno J., Nowara E., Suwiński R.: Znaczenie polimorfizmów genowych w chemioterapii nowotworów. Journal of Oncology, 2011, 2, 141-149.
17. Jeziorski A.: Onkologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2015.
18. Koper A., Koper J.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową i opieka interdyscyplinarna. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2021.
19. Krzakowski M.: Chemioterapia raka gruczołu krokowego. Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2005, 2, 72–75
20. Leppert W., Dzierżanowski T., Stachowiak A., Ciałkowska-Rysz A., Pyszkowska J.: Zaparcie stolca u chorych na nowotwory – zalecenia postępowania Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. Medycyna Paliatywna, 2014, 6(3), 117–126
21. Aapro M., Molassiotis A., Dicato M. i wsp.: The effect of guideline-consistent antiemetic therapy on chemotherapy-induced nausea andvomiting (CINV): the Pan European Emesis Registry (PEER). Animals of Oncology, 2012, 23, 1986–1992.
22. Archana, Khare S., Singh K.: Effect of vincristine on motility and histology of gastrointestinal tract of albino rats. Neurogastroenterology & Motility, 2018, 22(2), 18–21.
23. Averbuch D., Orasch C., Cordonnier C. i wsp.: European guidelines for empirical antibacterial therapy for febrile neutron penicpatients in the era of growing resistance: summary of the 2011, 4th European Conference on Infections in Leukemia. Haematologica, 2013, 98, 1826–1835.
24. Butrym A., Zywar K., Dzietczenia J. i wsp.: Inwazyjne zakażenia grzybicze u pacjentów z nowotworami hematologicznymi. Mikologia Lekarska, 2011, 18, 47–53.

25. Czyż A. : Powikłania infekcyjne w hematologii. Hematologia, 2015, 6(2), 136–154.
26. Arendrup M.C., Bille J., Dannaoui E. i wsp.: ECIL-3 classical diagnostic procedures for the diagnosis of invasive fungal diseasesin patients with leukaemia. Bone Marrow Transplant., 2012, 47, 1030–1045.
27. Kozieł P., Lomper K., Uchmanowicz B., Polański J.: Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2016, 10(3), 28-36.
28. Adamczyk N., Makara – Studzińska M., Sidor K., Pucek W., Wdowiak A.: Problemy psychiczne i społeczne występujące u osób z rozpoznaniem nowotworowym, po zabiegach chemioterapii. European Journal of Medical Technologies ,2014, 3, 67-75.
29. Budziszewska B.K.: Zaburzenia metaboliczne i wodno-elektrolitowe u pacjentów z hematologicznymi chorobami nowotworowymi. Varia Medica, 2018, 2(3), 201-215.
30. Zasowska-Nowak A., Nowak P. A.: Zachłystowe zapalenie płuc – profilaktyka, diagnostyka i leczenie. Medycyna Paliatywna, 2019, 11(3), 106-114.
31. Kalinka-Warzocha E., Warzocha K.: Zasady profilaktyki nudności i wymiotów indukowanych chemioterapią i radioterapią u chorych leczonych z powodu nowotworów układów krwiotwórczego i chłonnego. Hematologia, 2014, 5(4), 332-339.
32. Tokajuk A., Car H. Wojtukiewicz M.: Problem niedożywienia u chorych na nowotwory. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2015, 9(1), 23–29.
33. Barwińska-PobłockaK., Wydra D., Abacjew-Chmyłko A., Szkop-Dominiak A.: Zastosowanie portów naczyniowych u chorych onkologicznych. Ginekologia Polska, 2013, 84, 339-343
34. Potocki P., M. : Chemioterapia metronomiczna w interdyscyplinarnym leczeniu pacjentki ze skórnym rozsiewem raka piersi. Onkologia w Praktyce Klinicznej – Edukacja, 2018, 4, 16-19.
35. Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T.: Podstawowe zasady farmakoterapii bólu u chorych na nowotwory i inne przewlekłe, postępujące, zagrażające życiu choroby. Medycyna Paliatywna, 2014, 6, 1–6.

WYBRANE PROBLEMY W OPIECE NAD CHORYMI

Choroba przewlekła a problem samotności przewlekle chorych

Sylwia Bryszewska[1], Elżbieta Krajewska-Kułak[2], Jolanta Lewko[3]

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Podstawowej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wpływ choroby przewlekłej na funkcjonowanie chorego i jego rodziny

Choroba - przewlekła lub ostra może dotyczyć każdego człowieka [1]. Choroby przewlekłe stanowią jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych, z którym zmagają się wszystkie kraje na świecie [2]. Według WHO (*World Health Organization*, Światowa Organizacja Zdrowia) stanowią one 60% zgonów na świecie [2,3].

Obecnie choroby przewlekłe stanowią największe zagrożenie i wyzwanie, z którym kraje cywilizowane muszą się mierzyć i uważane są za problem XXI wieku, a główną przyczyną zgonów są nowotwory oraz choroby układu krążenia [3]. Definicja choroby przewlekłej nie jest jasno sprecyzowana. Niektórzy autorzy opierają się w jej tworzeniu na czasie trwania choroby przewlekłej, a inni koncentrują się na jej charakterystycznych cechach [2,4]. Światowa Organizacja Zdrowia definiuję chorobę przewlekłą jako: „*chorobę o długim czasie trwania i powolnym postępie*", która nie jest przenoszona z człowieka na człowieka [2,5]. Z kolei Komisja Chorób Przewlekłych (*Commission on Chronic Illness*) przy Światowej Organizacji Zdrowia chorobę przewlekłą określa jako „*wszelkie zaburzenie lub odchylenie od normy, które posiada jedną lub więcej następujących cech charakterystycznych: jest trwałe, pozostawia po sobie inwalidztwo, spowodowane jest przez nieodwracalne zmiany patologiczne, wymaga specjalnego postępowania rehabilitacyjnego, albo według wszelkich oczekiwań wymagać będzie długiego nadzoru, obserwacji lub opieki*" [1,2,4,5,6]. Z punktu widzenia nauk medycznych określenie choroby przewlekłej opiera się na czasie trwania choroby. Natomiast

definicje tworzone w naukach społecznych odwołują się do charakterystycznych cech schorzenia i na tej podstawie próbuje się określić, czym ona jest i jakie są jej cechy charakterystyczne [2,4,5].

Chorobę przewlekłą od choroby ostrej różnicuje się na podstawie: przyczyny, przebiegu i istoty choroby oraz jej konsekwencji i sposobu leczenia [1,5]. Za przewlekłą chorobę uznaje się, np. astmę, choroby serca, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, stwardnienie rozsiane, chorobę Alzheimera, niedoczynność tarczycy, padaczkę i wiele innych [1,2,4]. Objawy w chorobie ostrej występują nagle, a ich czas trwania jest krótki. Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia taka choroba jest uleczalna i nie powoduje długotrwałych skutków w życiu człowieka [2]. Natomiast charakterystyczną cechą chorób przewlekłych jest długi czas jej trwania. Jest to choroba, która nie mija - może utrzymywać się miesiącami, latami, a czasem do końca życia [2,5]. Zastosowanie leczenia może zatrzymać rozwój choroby, ale nie jest możliwe całkowite jej wyleczenie. Efektem jest kumulacja wielu negatywnych konsekwencji, które mogą obejmować wszystkie aspekty funkcjonowania człowieka [5]. Podsumowując, leczenie choroby przewlekłej polega na umożliwieniu pacjentowi funkcjonowania, pomimo wystąpienia choroby [2].

Według Sęk H. pojawienie się choroby przewlekłej należy traktować jako wydarzenie życiowe, które w istotnym stopniu zaburza równowagę w życiu chorego, wydarzenie nagłe i niespodziewane [5]. Ponadto jest to dla pacjenta sytuacja wymagająca od niego przekroczenia dotychczasowych możliwości adaptacyjnych, ponieważ zarówno diagnoza, jak i rozpoznanie choroby przewlekłej istotnie wpływa na życie człowieka, powodując wywołanie wiele zmian w dotychczasowym życiu pacjenta [3,7]. Funkcjonowanie człowieka opiera się na sferze fizycznej, psychicznej oraz duchowej [5]. Te sfery życia nakładają się na siebie i uzupełniają [8], dlatego choroba wpływa na wszystkie życiowe procesy człowieka, zmieniając styl życia oraz sposób codziennego funkcjonowania i naruszając jego dobrostan fizyczny, psychologiczny oraz społeczny [5]. Choroba powoduje, że człowiek nie jest w stanie pełnić dotychczasowych ról, stoi przed koniecznością borykania się z bólem i cierpieniem, a także uzależnieniem od innych osób oraz przyczynia się do zmiany hierarchii wartości przez chorego [1]. Często chory musi przerwać pracę zawodową, przez co jego zarobki i stan finansowy pogorszają się, co może dotyczyć nie tylko chorego, ale także całej jego rodziny [1]. W związku z powyższym pojawienie się choroby przewlekłej jest wyzwaniem także dla rodziny chorego i sprawia, że członkowie rodziny muszą nabyć nowe umiejętności oraz nauczyć się nowego funkcjonowania w chorobie [1,2,5,8].

Jak już wspomniano powyżej, konsekwencje choroby przewlekłej dotyczą wszystkich obszarów życia człowieka [6,8,9].

Do negatywnych skutków choroby ze sfery biologicznej zalicza się: zmniejszenie sprawności organizmu, które mogą prowadzić do niepełnosprawności, występowanie silnych dolegliwości bólowych oraz zmiany w wyglądzie i w aktywności seksualnej. Występujące objawy mogą się pogłębić lub spowodować, że pojawiają się nowe trudności [3].

W psychicznej sferze funkcjonowania następstwa choroby mogą dotyczyć sfery emocjonalnej lub poznawczej, a zmiany w sferze poznawczej polegają na zmianie myślenia o sobie, swoich przekonań oraz oczekiwań do przyszłego życia [3].

Następstwa w sferze emocjonalnej dotyczą cierpienia, a dokładnie sposobów, jak osoba chora przeżywa cierpienie, nieprzyjemne uczucia i emocje np. lęk, złość, obniżenie nastroju. Mogą występować zmiany nastroju, czyli apatia, przygnębienie, niechęć do leczenia. Choroba przewlekła często zmusza chorego do zaadaptowania się do nowej sytuacji społecznej, czyli wejścia w nową rolę społeczną i wyznaczenia sobie nowych celów życiowych. Pacjent może izolować się od społeczeństwa poprzez wycofanie z kontaktów z innymi ludźmi. Konsekwencje w aspekcie behawioralnym obejmują zmianę stylu życia, w tym w codziennym funkcjonowaniu oraz w pracy zawodowej, życiu rodzinnym i/lub społecznym. Często musi zrezygnować z aktywności, które sprawiały zadowolenie i przyjemność oraz były sensem życia. Ponadto są zobowiązani do wykonywania nowych czynności, np. wprowadzenie zdrowej diety. Z kolei następstwa ze sfery środowiskowej dotyczą pogorszenia sytuacji finansowej pacjenta, co ściśle związane jest, np. z wydatkami na leki, dojazdami do ośrodków specjalistycznych [4,5].

Choroba przewlekła jest także wyzwaniem dla chorego oraz rodziny i jego bliskich [1]. Chorujące osoby postrzegają chorobę „*jako sytuację trudną, która może zaburzać istniejący porządek i wpłynąć na zmianę planów życiowych*” [3].

Funkcjonowanie najbliższego otoczenia chorego zostaje zaburzone przez chorobę przewlekłą. Członkowie rodziny, tak samo jak osoba chora, mogą odczuwać strach, przygnębienie, lęk i bezsilność. Chory, odczuwający smutek i żal, może bowiem często swoją złość i agresję kierować do bliskich oraz wyładowywać na nich swoją agresję i nawet obwiniać za chorobę. Chorzy są często przekonani, że rodzina i bliscy nie rozumieją jego położenia oraz nigdy nie będą w stanie jego zrozumieć, ponieważ nie doświadczają takich emocji jak on [1]. Jednak otoczenie chorego również może odczuwać takie emocje, jak chory i dodatkowo być obarczone nieuzasadnionym zachowaniem chorego. Z reguły środowisko pacjenta stara się

jednak zapewnić jak najlepsze warunki dla chorego, aby mógł kontynuować leczenie [1,2,5].

Jedną z chorób przewlekłych jest nowotwór, czyli *„nieprawidłowa tkanka charakteryzująca się nadmiernym rozrostem, niepodporządkowanym prawidłowym funkcjonowaniem organizmu. Niekontrolowane przez mechanizmy fizjologiczne mnożenie się komórek prowadzi do uszkodzenia narządu macierzystego oraz sąsiadujących*" [10].

Nowotwory złośliwe stanowią najczęstszą przyczynę zgonów, po chorobach układu krążenia w Polsce i na świecie [7]. Zachorowalność i śmiertelność na raka rośnie na całym świecie związku ze starzeniem się populacji, wzrostem ludności oraz rozwijającą się globalizacją. Według GLOBOCAN 2020 opracowanym przez Międzynarodową Agencję Badań nad Rakiem szacuje się, że na całym świecie odnotowano 19,3 mln nowych przypadków zachorowania na nowotwór oraz 10 mln zgonów, których przyczyną był rak [11]. Według WHO 204 575 mln ludzi zachorowało na nowotwór w 2020 r. [11] Nowotwory złośliwe są więc narastającym i poważnym problemem zdrowotnym, społecznym oraz ekonomicznym występującym w Polsce. Skale tego zjawiska ukazują liczby zachorowań (167,5 tys.), zgonów (101,4 tys.) oraz ludzi chorujących na nowotwór (1,17 mln ludzi) w 2018 roku [12]. Według danych KRN szacuje się, że w 2018 r. na każde 100 tys. osób w społeczeństwie zdiagnozowano nowotwór u 436 osób [12]. Nowotwory są drugą przyczyną zgonów w Polsce - w roku 2018 r. nowotwory złośliwe przyczyniły się do 25,9% zgonów u mężczyzn, natomiast 23,1% zgonów kobiet [12].

Struktura wieku społeczeństwa oraz zmiany związane z czynnikami rakotwórczymi w populacji polskiej powodują, że widoczny jest wzrost zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów złośliwych w Polsce [13]. W 2018 r. największy odsetek zgonów u mężczyzn były zgony z powodu raka płuca – 28,2%, gruczoły krokowego – 10,1%, okrężnicy – 7,6%. Natomiast u kobiet największy odsetek zgonów stanowił rak płuc – 17,5%, następnie nowotwory złośliwe piersi – 15%, okrężnicy – 8%, jajnika – 6,1% [12].

Słowo nowotwór najczęściej wywołuje u ludzi negatywne skojarzenia związane z bólem oraz cierpieniem. Choroba nowotworowa kojarzy się z długotrwałym leczeniem, ciężkim przebiegiem oraz zmianą codziennego życia. Może dotknąć każdego bez względu na pozycję społeczną, status ekonomiczny oraz relacje w rodzinie, stanowiąc duże obciążenie dla chorego i zmuszając go do zmiany stylu życia [8].

Diagnoza nowotworu w szczególny sposób wpływa na życie człowieka i stanowi wyzwanie dla chorego oraz jego rodziny (aspekty psychologiczne, społeczne, finansowe oraz relacje panujące w rodzinie), w związku z czym oprócz leczenia choroby, bierze się pod uwagę

też funkcjonowanie z chorobą na co dzień [13]. Choroba onkologiczna, w szczególności w zaawansowanym stadium, ma znaczący wpływ na zmniejszenie sprawności fizycznej pacjenta. Wszystko, co było przed chorobą „zanika", przestaje mieć znaczenie –cele życiowe pacjenta, plany, wyznawane wartości [13,14]. Codzienne życie chorego oraz jego rodziny zmienia się [14]. Choroba, dolegliwości oraz konsekwencje z zastosowanej terapii w istotny sposób wpływają na potrzeby chorego oraz jego najbliższych, stwarzając sytuację stresową, z którą często nie są w stanie sobie poradzić [1,8,15].

Według Fopka-Kowalczyk M., choroba jest cierpieniem wpływającym na ogólne działanie człowieka i coraz częściej bierze się pod uwagę ból i cierpienie dotykające każdej sfery funkcjonowania, a nie tylko ból i dolegliwości somatyczne [15].

Choroba nowotworowa, która dotyka zdrowego człowieka czyni go w pewnym sensie „*niepełnosprawnym członkiem społeczeństwa*" [13]. Podkreślić należy, że przebieg choroby i jej objawy odmiennie będą postępowały u osoby młodej, niż u osoby w podeszłym wieku. Inaczej u osoby zdrowej, niż u osoby, która wcześniej cierpiała na jakiekolwiek schorzenie [13]. Długotrwałe leczenie oraz przebieg choroby jest bardzo obciążający dla człowieka, tymczasowo lub na stale wyłączając go z pełnienia określonych ról społecznych [14].

Społeczny wymiar choroby onkologicznej można intepretować jako zmianę, która przejawia się w wypełnianiu określonych obowiązków oraz zadań społecznych. Osoba z chorobą nowotworową przyjmuje nową rolę, a dokładnie rolę pacjenta [16]. Gdy pacjent dowiaduje się o diagnozie nowotworu utrata zdrowia nie jest dla niego tragedią, a raczej przygnębiający jest fakt nagłego braku kontroli nad swoim ciałem i życiem [14]. Choroba jest dużym stresem dla chorego, który powoduje niepewność co do przebiegu choroby oraz rokowań [13]. Przebieg leczenia i jej możliwe skutki często zmuszają chorego do zaprzestania wykonywanej pracy zawodowej [16]. Praca dla człowieka jest bowiem często nie tylko źródłem dochodu, ale także spełnianiem jego marzeń. Podnosi jego wartość siebie i poczucie, że jest potrzebny społeczeństwu [16]. W pracy zawodowej zazwyczaj ma kontakt z innymi ludźmi, więc zaprzestanie pracy może być skutkiem wykluczenia z grupy, do której przynależy [17]. Dodatkowo brak kontroli nad swoim ciałem powoduje, że nie jest się w stanie np. zaopiekować swoimi dziećmi w takim stopniu, tak jak przed chorobą [14]. Ponadto nowa rola, którą jest bycie pacjentem powoduje, że niezbędne jest nawiązanie nowych interakcji społecznych, co pociąga ze sobą dodatkowy stres dla pacjenta [14]. Choroba nowotworowa zmienia także relacje ze znajomymi, kolegami i innymi. Niektórzy boją się rozmawiać na temat choroby i jej skutków. Czują się zakłopotani, więc omijają sytuacje, które budzą nieprzyjemne odczucia.

Często okazuje się, że najbliżsi przyjaciele wycofują się i nie biorą udziału w walce chorego z nowotworem [16]. Następuje weryfikacja znajomych i przyjaciół [15]. Chory czuje się opuszczony, beznadziejny i niepotrzebny. Często swój stan odbiera jako obciążenie dla innych [4,8,16]. Dlatego tak duży wpływ ma postrzeganie choroby przez pacjenta onkologicznego ma otoczenie chorego. Chory, który postrzega postawę bliskiego otoczenia może intepretować swój stan jako ciężar dla innych lub jako przeszkodę w prawidłowym funkcjonowaniu rodziny. Niestety czasem otoczenie, w którym znajduje się chory przejawia niechęć do walki, więc chorujący jest narażony na stygmatyzację [16]. Powoduje to dodatkowe obciążenie psychiczne pacjenta oraz pogłębia jego dyskomfort związany z doświadczaniem choroby [13,16].

Pojawienie się nowotworu ma wpływ także na status finansowy pacjenta. Dodatkowe wydatki na leki, sprzęt, dojazdy powodują spadek ekonomicznego statusu pacjenta. Pogarsza się sytuacja materialna chorego oraz jego rodziny, a dodatkowo pogłębia to koszt zakupów sprzętów medycznych [9,16]. W wyniku zastosowanego leczenia często konsekwencją jest wypadanie włosów, uzębienia lub nietrzymanie moczu [16]. Pacjentowi przysługuje refundacja, jednak nie pokrywa ona całego kosztu, np. peruki lub pieluchomajtek. Pacjent sam ponosi koszty zakupu we własnym zakresie, co wpływa znacząco na status ekonomiczny pacjenta [16]. Często rodziny chorych szukają innych źródeł zarobkowych lub biorą dodatkowe godziny pracy, aby wesprzeć finansowo rodzinę, co stanowi dodatkowo powód do zmartwień i stresu [9].

Występowanie choroby onkologicznej całkowicie zmienia pogląd na świat osoby chorej, która coraz bardziej i częściej zastanawia się nad sensem życia i powodami, dlaczego choroba dotyka właśnie ich [8,15] Pojawiają się lub nasilają się problemy duchowe, nie tylko nawiązujące do wiary w Boga, ale i kwestii o moralność [8,13]. Według Fopka-Kowalczyk M. cierpienie duchowe polega na obawie przed utratą życia, lękiem przed bólem, bezradnością i bycie zależnym od innych [15]. Jest to również strach przed byciem zapomnianym przez bliskich i myśleniem, że choroba jest karą za grzechy [15].

We współczesnym świecie nie istnieje rodzina, której nie dotknęłaby choroba przewlekła, a rodzina to przecież najważniejsza i podstawowa komórka życia społecznego. [15,16,18,19,20]. To system złożony z elementów (z pojedynczych członków rodziny) tworzących razem całość [18,19,20,21]. Gdy w strukturze nastąpi jakakolwiek, nawet pojedyncza zmiana, np. pojawienie się choroby nowotworowej u jednego z członków rodziny,

rodzinie grozi destabilizacja [16,18,19,20,21,22]. Rodzina jest naturalnym środowiskiem człowieka, przywracającym lub utrzymującym równowagę psychiczną oraz będącym wsparciem i motywacją do walki z nowotworem [23].

Myśli i zachowania rodziny wobec chorego na nowotwór określają nastawienie członków rodziny do choroby, jej przebiegu i leczenia [24]. W psychoonkologii wyróżnia się cztery charakterystyczne postawy wobec choroby nowotworowej [13,24]:

- aktywnej współpracy – dotyczy członków rodziny i chorego, ale także zespołu leczniczego i przejawia się w rozumieniu i przyjmowaniu informacji oraz rad od personelu oraz wyrażanie własnych obaw i uwag,
- biernego wypełniania zadań od personel medycznego, ale bez własnego zaangażowania,
- nadmiernego krytykowania terapii z jednoczesnym wdrażaniem własnych zasad terapii,
- przenoszenia całej opieki na personel medyczny (w opiece nad pacjentem należy zachować balans w sprawowaniu opieki przez zespół terapeutyczny oraz bliskich, aby chory nie czuł się niepotrzebny dla rodziny) [23,24].

Rozpoznanie nowotworu powoduje, że członkowie rodziny bardzo cierpią z powodu zachorowania bliskiej osoby, a stres psychiczny, który odczuwają spowodowany jest ich poczuciem bezradności i brakiem kontroli [9,14]. Najczęściej odczuwają złość, zdenerwowanie, lęk, frustrację oraz rozpacz, ale pamiętać trzeba, iż każdy członek rodziny w różnym stopniu odczuwa emocje i każdy inaczej sobie z nimi radzi [9,14]. Wcześniejsze słabe relacje rodzinne nie pomagają w walce z nowotworem, ponieważ bliscy chorego mogą mieć problem z komunikacją i utrzymywaniem relacji z pacjentem onkologicznym, nie wiedząc jak wspierać chorego członka rodziny [9,13]. Cała rodzina musi zmienić sposób funkcjonowania, ponieważ swój czas i zajęcia dostosowuje do potrzeb chorego, jego wizyt lekarskich lub pobytów w szpitalu [15]. Bliscy osoby chorej czasami są zmuszeni do pełnienia ról, które wcześniej realizowane były przez osobę chorującą [15,19]. Dodatkowo choroba powoduje konieczność nauczenia nowych, nieznanym im wcześniej czynności, związanych np. z pielęgnacją chorego [19]. Według Białek K. w rodzinie, w której pojawiła się choroba onkologiczna występują zaburzenia snu, wypoczynku oraz nieodpowiednie odżywianie zdrowych członków rodziny [19]. Bardzo dużym problemem dla rodziny, u której występuje choroba onkologiczna jest zmieniająca się sytuacja finansowa [15,19,20].

Podsumowując, choroba onkologiczna wywołuje wiele różnych konsekwencji. Pojawienie się nowotworu zaburza normalne oraz codzienne funkcjonowanie rodziny. Często wystąpienie choroby w życiu człowieka jest punktem zwrotnym. Dotyczy to relacji rodzinnych,

ale także samej osoby chorej. Rodzina pacjenta musi poradzić sobie z nową sytuacją, wejść w nowe role, które dotychczas były wypełniane przez osobę chorą [15,19]. Chorzy, którzy są wspierani przez rodzinę i bliskich lepiej przechodzą fazy choroby niż osoby, które takiego wsparcia nie doświadczają [13]. Choroba nowotworowa, jej zarys i związane z nią przeżycia mają istotny wpływ na funkcjonowanie chorego oraz jego rodziny [15]. Jest wydarzeniem trudnym i stresującym dla chorego i jego bliskich, dlatego wymagają wsparcia i pomocy, ponieważ nowotwór występujący u jednego członka rodziny nie dotyczy tylko jego, ale także pozostałych osób [7].

Jakość życia przewlekle chorych, ze szczególnym uwzględnieniem chorych onkologicznie

Zachorowanie na nowotwór, ze względu na swój przebieg, leczenie oraz rokowanie, jest jednym z najbardziej dramatycznych i stresujących wydarzeń, jakie może spotkać człowieka. Rozpoznanie nowotworu ma istotny wpływ na jakość życia we wszystkich wymiarach egzystencji człowieka, czyli w psychicznym, fizycznym i społecznym, ponieważ wywołuje bardzo negatywne uczucia, np.: bezradność, strach oraz lęk [7,24,25,26,27,28,29].

W literaturze istnieje wiele definicji zdrowia. Według Światowej Organizacji Zdrowia zdrowie to „*nie tylko brak choroby czy kalectwa, lecz także stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)*" [1,25,30]. Powyższa definicja zwraca uwagę na fakt, że zdrowie nie jest tylko brakiem choroby, ale także swoistym dobrostanem w wymiarach - fizycznym, psychologicznym i socjalnym, stanowiąc jedną z najważniejszych wartości w życiu człowieka [25,30,31]. Inaczej mówiąc, zdrowie „*jest zasobem sprzyjającym rozwojowi społecznemu oraz gospodarczemu*" człowieka, dzięki któremu człowiek może realizować swoje plany oraz cele życiowe [25].

Wystąpienie choroby przewlekłej, w tym nowotworu, wiąże się ze zmianą jakości życia (JŻ). Pojęcie JŻ jest różnie intepretowane, dlatego nie ma jednoznacznej określonej definicji. Mimo trudności w sformułowaniu konkretnej jej definicji powstało kilka wyjaśnień. De Walden-Gałuszko oraz Majkowicz w książce „Jakość życia w chorobie nowotworowej" jakość życia rozumieją jako „*obraz własnego położenia życiowego w pewnym okresie*" [27]. Można to rozumieć jako ocenę pewnego okresu życia, który wydarza się pomiędzy człowiekiem a otaczającym go środowiskiem zewnętrznym i wewnętrznym [27].

Położenie życiowe jest pojęciem względnym, ponieważ każdy człowiek ocenia swoje życie pod innym kątem, w tym np. wykreowanych standardów, przeżytych doświadczeń oraz przyjętych wartości. Ocena sytuacji życiowej dokonuje się także poprzez porównanie własnego życia z sytuacją innych osób [6,27].

Światowa Organizacja Zdrowia jakość życia definiuje jako *„osobiste postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji życiowej, w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości, w jakich żyje w odniesieniu do stawianych celów, oczekiwań, wzorców i obaw”* [22,26,30,32,33,34,35,36]. Ponadto jakość życia jest pojęciem *„wielowymiarowym, subiektywnym i dynamicznym”* [32]. Wielowymiarowość pojęcia jakości życia polega na tym, że obejmuje wszystkie dziedziny funkcjonowania człowieka:

- fizyczną – funkcjonowanie fizyczne określa się na podstawie stopnia sprawności ruchowej, który wynika z występujących objawów chorobowych, skutków procesu terapeutycznego oraz zdolności do samoobsługi [30,35].
- psychologiczną – stan psychiczny chorego zależy od wielu czynników. Funkcjonowanie psychologiczne zwraca uwagę na stopień przystosowania do choroby, sposób radzenia sobie z pozytywnymi i negatywnymi emocjami oraz możliwe zaburzenia psychiczne, np. depresja [24,30,35,37].
- socjalną – ma związek z funkcjonowaniem w rodzinie oraz społeczeństwie, a ocenia się chęć nawiązywania i utrzymywania kontaktów społecznych i interpersonalnych [24]
- duchową – dotyczy odniesienia do istoty wyższej – Boga [30,32,33,35,37].

Subiektywizm polega na tym, że tylko sam pacjent jest w stanie określić swoje dobre samopoczucie lub satysfakcję z życia, zaś dynamizm to „*płynność i zmienność w czasie*”, dlatego należy brać pod uwagę regularność podczas wykonywania pomiarów jakości życia [32].

Jakość życia jest pojęciem „*wieloznacznym, dynamicznym i zmiennym*” [32]. Podlega ocenie:

- obiektywnej, dokonywanej przez osoby trzecie, gdy bierze się pod uwagę ogólną ocenę stanu fizycznego, psychicznego, społecznego oraz psychologiczną orientację człowieka we własnym życiu [27]
- subiektywnej (bezpośredniej) - dokonywanej przez osobę badaną, która ocenia własną sytuację oraz położenie życiowe [26,27].

Należy mieć na uwadze, że ocena dokonywana przez osoby z zewnątrz jest ujmowana jako informacja dodatkowa, ponieważ osoby z różnych zawodów zwracają uwagę na inne

aspekty, np. lekarz bierze pod uwagę stan somatyczny, a psycholog stan psychiczny [27,33]. Całościowa ocena dokonywana przez chorego często różni się od oceny wykonanej przez osoby z różnych profesji [27,33].

W naukach medycznych najczęściej spotyka się pojęcie jakości życia uwarunkowanej od stanu zdrowia (*health related quality of life*, HRQL), którą wprowadził Schipper i jego współpracownicy w 1990 roku. Jakość życia może być różnie intepretowana, jednak biorąc pod uwagę doświadczanie choroby przewlekłej, w tym nowotworu i jej wypływu na życie, należy skupić uwagę na definicję HRQL. Shipper uważa, że HRQL to *„funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta"* [1,27,33,35]. HRQL można rozumieć jako indywidualną ocenę sytuacji życiowej pacjenta, dokonywaną podczas trwania choroby oraz leczenia, biorąc pod uwagę konsekwencje choroby, jej znaczenie i rolę [1,32,33,35]. Ocenie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia podlega nie tylko postawa pacjenta wobec choroby, ale także zdolność radzenia sobie z dolegliwościami schorzenia i swoimi emocjami [27,30]. Pacjent określa, w jaki sposób proces terapeutyczny wpływa na obszary życia chorego, które są dla niego ważne, czyli:

- stan fizyczny i sprawność ruchowa,
- stan psychiczny,
- stan społeczny, w tym warunki ekonomiczne,
- objawy somatyczne [1,6,27,31,32,33,35,36].

Podsumowując, wysoka wartość jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia wskazuje, że osoba chora, mimo dotkniętej choroby, postrzega siebie jako osobę dobrze funkcjonującą, zaś niska - odzwierciedla odczuwane ograniczenia wynikające z choroby [33,35,37].

W 2010 r. w Polsce na nowotwór umarło prawie 93 tys. ludzi (w tym 41 tys. mężczyzn i 52 tys. kobiet) [38].

W styczniu 2021 roku ukazał się najnowszy raport Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN), a dane w nim pochodzą z roku 2018, w którym zarejestrowano 167 tys. 500 przypadków nowotworów złośliwych. Zmarło 101,4 tys. osób, a prawie 1,17 mln żyje z nowotworem rozpoznanym w ciągu 15 poprzedzających raport lat. Choroby nowotworowe stanowią w Polsce drugą, najczęstszą przyczynę zgonów. Rocznie z powodu nowotworów umiera niemal 100 tys. ludzi, czyli każdego dnia ok. 300 osób. Narodowy Test Zdrowia w grupie ponad 400 tys. Polaków wykazał, że nowotwór zdiagnozowano u 3% z nich, a w grupie wiekowej 65+ choroba nowotworowa dotyka co dziesiątą osobę [39].

Jakość życia chorych na nowotwór określają występujące dolegliwości somatyczne i to, w jaki sposób wpływają na codzienne funkcjonowanie pacjenta. Możliwość ich zmniejszenia lub wyleczenia ma istotny wpływ na jakość życia pacjenta [32].

Leczenie choroby nowotworowej może być długie oraz trudne, wyczerpujące. Często jedynym sposobem ratowania życia pacjenta jest zastosowanie leczenia okaleczającego, przez co dochodzi do zmian w sferach funkcjonowania pacjenta [40,41]. Powoduje ono, że chory nie jest w stanie pełnić dotychczasowych ról społecznych i często musi zrezygnować ze swoich celów oraz marzeń życiowych [32,36,37]

Jakość życia u osób z rozpoznanym nowotworem determinuje wiele czynników, w tym np. umiejętność radzenia sobie z dolegliwościami zastosowanego leczenia, możliwość realizacji celów życiowych, satysfakcja z życia oraz wsparcie otrzymywane od bliskich osób [32,37]. Dużą wartość w poczuciu wysokiej jakości życia mają także relacje z innymi ludźmi. [37]. Otrzymywane wsparcie powoduje, że nasilony niepokój, lęk i stres zmniejsza się oraz prowadzi do większego zrozumienia obecnej sytuacji. Nie można zapominać, że człowiek jest istotą ludzką i potrzebuje interakcji z innymi ludźmi, a kontakt społeczny jest jedną z fundamentalnych potrzeb w prawidłowym funkcjonowaniu [37].

Podsumowując, choroba przewlekła, w tym nowotwór, obniża jakość życia poprzez negatywny wpływ na wszystkie sfery funkcjonowania człowieka, często powodując zmianę dotychczasowego stylu życia [25,29,31,41,42].

Osoby chorujące na nowotwór gorzej oceniają swoją jakość życia, niż osoby zdrowe [43]. W związku z tym ocena jakości życia u osób z rozpoznaną chorobą nowotworową zależy od dolegliwości fizycznych, oceny sprawności ruchowej, wsparcia społecznego oraz skuteczności zastosowanego leczenia [37].

Akceptacja choroby

W sytuacji, gdy człowiek uznaje swoją chorobę jako stresujące wydarzenie życiowe oznacza to, że osoba dotknięta nią nie ma jeszcze wypracowanych reakcji lub gotowych zachowań, których celem jest zaadaptowanie i przystosowanie się do nowej zaistniałej sytuacji [2].

W literaturze przedmiotu opisany jest model radzenia sobie z nowotworem, w którego skład wchodzi pięć postaw, czyli duch walki, unikanie/zaprzeczanie, akceptacja oraz bezradność/beznadziejność i zaabsorbowanie lękowe [15,44,45]. Każda z postaw przejawia się

charakterystycznymi zachowaniami chorego oraz emocjami, które są przez niego odczuwane. Bardzo dużą wartość w egzystencji człowieka chorującego na nowotwór ma akceptacja choroby oraz przyjęcie roli pacjenta. Akceptacja choroby przez pacjenta jest nie tylko jednym z głównych problemów związanych z jakością życia pacjentów z nowotworem, ale także przewidywanym predyktorem świadczącym o wysokiej jakości życia, sposobie funkcjonowania i przystosowania się do choroby przez pacjenta [6,29,42,44,45].

Według Smoleń E. akceptacja choroby jest to wyrażenie zgody na zachodzące zmiany w życiu [46]. Mazurek J. w artykule „Skala akceptacji choroby i jej znaczenie w praktyce klinicznej" uważa, że akceptacja choroby jest sposobem funkcjonowania i przystosowania człowieka, czyli „*stopniem jej uznania, aprobaty i potwierdzenia"* [42].

Ocena akceptacji choroby przez pacjenta odbywa się na poziomie poznawczo-behawioralnym oraz emocjonalnym, a procesy te są integralną częścią jakości życia pacjenta [29].

Reakcja pacjenta na chorobę nowotworową jest zależna od:

- cech osobowościowych pacjenta,
- zdolności radzenia sobie w sytuacjach stresowych,
- stopnia nasilenia odczuwanych przez niego dolegliwości somatycznych
- wyuczonych mechanizmów obronnych [29,32,37,47,48].

W piśmiennictwie przedmiotu opisane są trzy płaszczyzny, na których mogą występować obecne utrudnienia, ale także ułatwienia w akceptacji choroby nowotworowej:

1. płaszczyzna społeczna – dotycząca prawidłowej komunikacji
2. płaszczyzna dotycząca samego chorego, w ramach której wyodrębnione są trzy rodzaje osobistych czynników:
    a. interpersonalne, czyli sposoby radzenia, dojrzałość emocjonalna, doświadczenie oraz wyobrażenia i przeświadczenia o chorobie
    b. intrapersonalne, czyli wsparcie społeczne;
    c. socjoekonomiczne, czyli dostęp do opieki, stan finansowy oraz klasa społeczna
3. poglądy związane z chorobą – objawy, rokowanie, przebieg, leczenie, funkcjonowanie [45].

Aby pacjent w pełni zaakceptował swoją chorobę, najpierw musi się przystosować do niej, a następnie ją zaadaptować. Przystosowanie do choroby to proces lub efekt danego procesu, w którym celem postępowania człowieka jest osiągnięcie równowagi pomiędzy potrzebami psychicznymi a oczekiwaniami życia [49]. Jest to także zdolność do radzenia sobie

z chorobą oraz jej konsekwencjami, czyli także ze związaną z powyższym zmianą jakości życia [22,46,50].

W artykule „Czynniki warunkujące akceptację choroby u pacjentów leczonych onkologicznie" napisano, że adaptacja do choroby to *„umiejętność radzenia sobie z chorobą i jej konsekwencjami (bólem, cierpieniem, osamotnieniem i złym samopoczuciem)"* [48].

Według Lelonek B. i Kaczmarczyk M. adaptacja to nic innego jak zachowania, których celem jest optymalne funkcjonowanie człowieka [49]. Wskaźnikami adaptacji choroby nowotworowej jest akceptacja do obecnego stanu, aktywne codzienne funkcjonowanie oraz umiejętność zmagania się z chorobą [46,48]. Udowodniono, że im wyższa adaptacja i przystosowanie do choroby, tym lepsza jej akceptacja [46]. Negatywne uczucia mogą obniżyć adaptację do nowej, zmienionej oraz nieznanej dotychczas sytuacji życiowej, a tym samym powodować brak akceptacji choroby [45,46].

Akceptacja choroby dodatkowo wpływa na samoocenę chorego [48]. Samoocena jest to nic innego, jak zaakceptowanie własnej osoby biorąc pod uwagę wygląd zewnętrzny, charakter oraz życie emocjonalne [25,48]. Jest to również wskaźnik oceny zdrowia, w którym osoba określa swoją zdolność do codziennego funkcjonowania [25]. W trakcie leczenia choroby nowotworowej samoocena i akceptacja mają duże znaczenie [48]. Reasumując, aby pacjent w pełni zaakceptował chorobę najpierw musi się przejść etap adaptacji oraz przystosowania do choroby.

Pacjent, który akceptuje chorobę i swój stan zdrowia częściej podejmuje się czynności, których celem jest dążenie i zachowanie dobrego samopoczucia, zmniejszenie odczuwanego dyskomfortu i bólu oraz powrót do zdrowia. Dodatkowo, takie osoby doświadczają mniej nasilonych przykrych emocji i reakcji, które są związane nie tylko z samym schorzeniem, ale także z zastosowanym leczeniem [48].

Akceptacja choroby może przejawiać się poprzez zaakceptowanie bólu lub ograniczeń, które wynikają z choroby. Tacy pacjenci także godzą się z faktem, że ich stan może się pogorszyć [29,42,45]. Pamiętać jednak także należy, że niepodejmowanie działań zmierzających do utrzymania dobrego stanu zdrowia nie zawsze świadczy o nieakceptacji choroby [29,42,45].

Podsumowując, akceptacja choroby przez chorującego ma bardzo duży wpływ na leczenie oraz przebieg choroby. W przypadku, gdy pacjent nie akceptuje swojej choroby i ogólnego stanu zdrowia może dojść do wyczerpania i bezradności [46,48]. Brak akceptacji nowotworu wiąże się z kolei z negatywnym nastawieniem postrzegania choroby, jej leczenia

oraz opieki, co powoduje pogłębienie objawów, szybszy progres choroby oraz zwiększa poczucie dyskomfortu psychicznego [46-50].

Satysfakcja z życia

Sama myśl o chorobie przewlekłej, a w szczególności o chorobie nowotworowej, wywołuje niepokój, przerażenie, poczucie bezsilności oraz bezradności prowadzące do niskiej samooceny i złego samopoczucia u chorego [51,52]. Dochodzi także do obniżenia zadowolenia ze swojego życia. Satysfakcję z życia ocenia się stopniem zadowolenia ze swojego życia [52,53,54]. Według Glińskiej i wsp. satysfakcja z życia jest *„pojęciem wymiarowym*" [40], ponieważ dla każdego pacjenta oznacza coś innego. Pacjent ocenia swoje zadowolenie z życia biorąc pod uwagę to, co posiada, np. rodzinę lub pracę. Często porównuje swoją sytuację życiową z oczekiwanymi powszechnymi standardami, przyjętymi kryteriami oraz normami [40,53,54]. Pojęcie jakości życia jest zamiennie używane z takimi terminami, jak: satysfakcja z życia, zadowolenie oraz szczęście [6,32,34,54,55].

Wpływ na pełną satysfakcję z życia ma wiele komponentów, dzięki którym pacjent jest w stanie określić swoje zadowolenie z życia. Jednym z determinantów jest zachowanie relacji z innymi ludźmi, w tym z rodziną i bliskimi, co daje pacjentowi poczucie, że zawsze może na nich liczyć [37,40].

Golecka opisuje, że „*wsparcie łagodzi psychologiczne skutki stresu, prowadzi do lepszego rozumienia własnej sytuacji, umożliwia dokonanie poznawczej reinterpretacji i nadawanie sensu krytycznym doświadczeniom"* [37].

Kolejnym wyznacznikiem, który daje zadowolenie z życia jest praca, dzięki której człowiek może realizować swoje ambicje życiowe. Mimo wszystko, największym czynnikiem decydującym, czy człowiek jest zadowolony ze swojego życia, czy nie - jest zdrowie. Nowotwór jest chorobą przewlekłą, która najczęściej pojawia się nagle i burzy dotychczasowy styl życia człowieka [40]. Powoduje, że staje się on mniej zadowolony ze swojego życia [55]. Gdy dojdzie do zaburzenia z któryś z wyznaczników - jakość życia pogarsza się [40].

Satysfakcja z życia osób z nowotworem stanowi jeden z najważniejszych determinantów jakości życia [37,43]. Na jakość życia pacjenta z rakiem składają się przede wszystkim dolegliwości, które wynikają z umiejscowienia nowotworu oraz wiara w prawdopodobieństwo wyleczenia i zminimalizowania tych dolegliwości [30].

Także obniżenie sprawności ruchowej w czynnościach dnia codziennego oraz ograniczenie sprawności zmysłów u osoby chorującej powoduje zmniejszenie poziomu satysfakcji z życia [55,56]. Niezadowolenie z życia wiąże się również z cierpieniem psychicznym pacjentów onkologicznych [43,57]. Moczydłowska A. zaznacza, że satysfakcja z życia jest *„jednym z elementów subiektywnego dobrego samopoczucia, na które składają się również pozytywne uczucia oraz brak uczuć negatywnych*" [55].

W opiece nad pacjentem onkologicznym dużą wartość ma podejmowanie kompleksowych czynności, które swoim działaniem obejmują leczenie oraz zapewnienie wysokiej jakości życia i zdrowia po zakończonej terapii [25]. Niskie poczucie zadowolenia z życia wpływa bowiem na niskie funkcjonowanie fizyczne chorego [40,41,43].

Podsumowując, satysfakcję z życia uznaje się jako wskaźnik jakości życia, ponieważ ukazuje ona swoisty poziom zadowolenia z życia [57]. Można uznać, że satysfakcja z życia jest subiektywnym rodzajem dobrego samopoczucia stanowiącym dobrostan chorego [40,41,43,57]. Niezadowolenie życia powoduje obniżenie jakości życia u pacjentów chorujących na nowotwór [57]. Podkreślić należy, że określenie satysfakcji z życia zależy od indywidualnych potrzeb pacjenta, jego statusu społecznego oraz procesów poznawczych [53].

Problem samotności przewlekle chorych, ze szczególnym uwzględnieniem chorych onkologicznie

Przebieg i leczenie choroby onkologicznej ma bardzo duże oddziaływanie na życie człowieka oraz powoduje konsekwencje poznawcze, behawioralne i emocjonalne [29,58]. Pacjent, który dowiaduje się o swojej chorobie potrzebuje czasu, aby zaadaptować się do nowej sytuacji życiowej oraz przyjąć nową rolę – rolę pacjenta. Pacjent musi stanąć w walce z problemami wynikającymi z choroby na poziomie psychicznym, fizycznym oraz emocjonalnym [58]. W czasie trwania choroby nowotworowej pacjent doświadcza lęku, przerażenia oraz niepokoju. Często u chorego rozwija się depresja, która jest jednym z najbardziej powszechnych zaburzeń psychicznych występujących u chorych onkologicznie [58]. Na rozwój zaburzeń depresyjnych wpływa także bezsilność wobec choroby, poczucie utraty kontroli nad własnym życiem, brak bezpieczeństwa i sensu życia oraz samotność [59]. Poczucie samotności jest stanem, który także rozwija się w przebiegu choroby onkologicznej. Jednak każdy człowiek może doświadczyć samotności bez względu na jego wiek, płeć stan społeczny lub finansowy [58,59,60].

Niestety samotność jest powszechnym, uniwersalnym i ponadczasowym zjawiskiem w życiu każdego człowieka [34,45,58]. Wszystkie obawy związane z chorobą – jej dolegliwościami, przebiegiem, rokowaniem oraz leczeniem powodują, że chory może błędnie postrzegać rzeczywistość i swoją sytuację życiową. Może żywić przekonanie, że został opuszczony w walce z nowotworem [45]. W rozumieniu tych zagadnień należy wziąć pod uwagę, że samotność i osamotnienie według niektórych autorów są to dwa odmienne stany, a według innych - pojęcia bliskoznaczne [34,60,61].

De Jong Garvield opisuje, że samotność jest subiektywnym i negatywnym doświadczeniem, którego rezultatem jest poznawcza ocena jednostki dotycząca ilości i jakości relacji z innymi ludźmi [62,63]. Człowiek postrzega więzi społeczne i je ocenia pod względem przyjętych standardów, a następnie porównuje swoje relacje z ludźmi z oczekiwaniami wobec relacji z innymi [62,63]. Samotność może być wynikiem oceny sytuacji, w której znaczenie ma ilość tych relacji. To zależy od predyspozycji człowieka, czy w danej sytuacji będzie odczuwał samotność [62,63].

Według Szczepańskiego samotność oraz osamotnienie są to dwa odrębne stany [34,60,61,64]. Powyższy autor definiuje osamotnienie, jako „*utratę kontaktu nie tylko z ludźmi, ale także ze sobą i swoim światem wewnętrznym*" [64]. Uważa się także, że osamotnienie jest rezultatem subiektywnej oceny jakości relacji interpersonalnych [59,64]. Człowiek nie ma oparcia ani w innych ludziach, ani we własnej osobie [34], dlatego nie ma nawiązanych żadnych relacji [60,61]. Natomiast samotność definiuje jako stan, który wynika z własnej decyzji i wyboru polegający na przebywaniu tylko z samym sobą [59,60,61]. Człowiek samotny nie ma nawiązanych relacji z innymi ludźmi, ale ma kontakt z samym sobą (ze swoim światem wewnętrznym) [61]. Można rozumieć, że samotność skupia się na poszukiwaniu własnej osoby, koncentrowaniu się na przeżyciach emocjonalnych oraz na swoim świecie wewnętrznym [34,59,60,61].

W literaturze przedmiotu pojęcie osamotnienia jest także opisywane jako jeden z rodzajów samotności [45,58]. Poczucie samotności jest najczęściej doświadczane negatywnie – inaczej nazywane osamotnieniem [45,58]. Osamotnienie stwarza ograniczenia w rozwoju człowieka, zaburza jego codzienne funkcjonowanie oraz powoduje lęk, który może przyczyniać się do negatywnych stanów emocjonalnych [45,58,60]. Jest to *„stan, w którym człowiek nie znajduje oparcia w innych ludziach ani we własnym świecie wewnętrznym*" [59]. Należy zwrócić uwagę, że osamotnienie jest zazwyczaj wynikiem subiektywnej oceny jakości kontaktów z innymi ludźmi [59].

Definicja osamotnienia jest trudna do określenia, ponieważ ten stan jest indywidualnie oceniany przez wartości jednostki. Może różnorodnie oddziaływać na innych ludzi [61]. Innym rodzajem samotności opisanym w literaturze to samotność, która przeżywana jest pozytywnie tzw. dobra samotność [45,58]. Pacjent jej doświadczający uważa, że stoi przed nim szansa do rozwoju, poszukiwania i poznania własnej osoby. Często sam poszukuje sensu własnego życia koncentrując się na swoim świecie wewnętrznym oraz przeżywaniu emocji [45,58,59].
Dodatkowo wyróżnia się także inne, trzy typy samotności:

- Poczucie samotności społecznej – nazywane też fizyczną i obiektywną samotnością – wymienia się w niej brak kontaktów społecznych, przynależności do określonej społeczności, przeżywanie izolacji oraz odosobnienia. Człowiek czuje się niepotrzebny, niedostrzegany i pomijany przez innych ludzi [34,60,62,63,65].
- Poczucie samotności emocjonalnej - inaczej nazywane samotnością subiektywną – niedostatek pozytywnych uczuć, emocji i kontaktów z innymi ludźmi, którzy są wyjątkowo ważni dla jednostki. Dlatego człowiek ma przeświadczenie, że jego relacje z innymi nie mają wystarczającej i zadowalającej więzi. Poczucie samotności emocjonalnej powoduje, że człowiek negatywnie ocenia swoją osobę pod kątem nawiązywania i utrzymania relacji społecznych. Może czuć się niezrozumiany oraz bezwartościowy [34,60,62,63,64]. Doświadczanie tego rodzaju samotności może być powiązane z utratą bliskiej osoby/partnera [62,63].
- Samotność egzystencjalna – brak tożsamości z przyjętymi wartościami, normami lub celami życiowymi. Samotność egzystencjalna wiąże się z nieakceptacją określonej rzeczywistości. Opiera się także na negatywnej ocenie własnego życia, jego warunków [34,60,62].

Podsumowując, samotność jest jednym z podstawowych i fundamentalnych wartości wpisanych w charakter ludzkiego życia [45,58].

Każdy może doświadczyć tego zjawiska na różnym etapie swojego życia. [34,45]. Jednak człowiek jest istotą ludzką i potrzebuje wzajemnych kontaktów z innymi ludźmi. Dolegliwości fizyczne wynikające z choroby nowotworowej często mogą nasilać poczucie samotności [34,45].

Samotność negatywna wraz z chorobą onkologiczną powoduje trudność w radzeniu sobie w pokonaniu choroby [58]. Walka z nowotworem stanowi jedno z najtrudniejszych wyzwań, które obciążają stan psychicznych chorych. Poczucie samotności przez chorego jest jednym z podstawowych czynników do poszukiwania pomocy oraz wsparcia [45,58].

Piśmiennictwo

1. Raniszewska-Wyrwa A.: Doświadczanie somatycznej choroby przewlekłej a poczucie jakości życia. Perspektywa filozoficzno-psychospołeczna. Pielęgniarstwo Polskie ,2013, 1, 37-41.
2. Ziarko M.: Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2014.
3. Andruszkiewicz A., Nowik M., Kubica A., Goch A., Idczak H.: Stan zdrowia a akceptacja choroby w grupie pacjentów przewlekle chorych. Przedsiębiorczość i Zarządzanie, 2013, 14, 233-242.
4. Bielan O., Ejdys M.: Percepcja własnej choroby u pacjentów z rozpoznaną chorobą przewlekłą. Przedsiębiorczość i Zarządzanie, 2013, 14, 279-292.
5. Sęk H., Ziarko M.: Człowiek w sytuacji przewlekłej choroby. Czasopismo Psychologiczne, 2017, 23, 89-96.
6. Kupcewicz E.: Akceptacja choroby nowotworowej wyznacznikiem jakości życia. Przedsiębiorczość i Zarządzanie, 2013, 14, 419-431.
7. Krok D.:W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, 2017.
8. Kamińska M., Pawlak-Warszawska A., Baczewska B., Bronikowska A., Ferańska M.: Efficiency of patients with carcinoma and acceptance of the disease. Studia Medyczne, 2014, 30, 6–13.
9. Jane Golics C., Khurshid Azam Basra M., Yule Finlay A., Salek S.: The impact of disease on family members:a critical aspect of medical care. Journal of the Royal Society of Medicine, 2013, 106,399-407.
10. https://ptok.pl/dla_pacjentow/wazne_informacje/informacje_ogolne (data pobrania 1.03. 2021r).
11. Sung H., Ferlay J., Siegiel R., Laversanne M., Soerjomataram I., Jemal A., Bray F.: Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. A Cancer Journal for Clinicians, 2021, 1-41.
12. Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy. Dostępne na stronie http://onkologia.org.pl/raporty/ (data pobrania 1.03.2021r,).

13. Rospęk P.: Konsekwencje choroby nowotworowej w rodzinie. Studia Pastoralna, 2020, 16, 126-141.
14. Gapik L., Kosmala J.: Wpływ choroby nowotworowej na sytuację rodzinną i relacje partnerskie partnerek. Seksuologia Polska, 2004, 2, 25-29.
15. Fopka-Kowalczyk M.: Wsparcie społeczne w chorobie nowotworowej. Psychoonkologia, 2013, 4, 156-162.
16. Kowalski S., Moskal A., Dąbrowski M., Żak K.: Wpływ choroby nowotworowej na status ekonomiczny, społeczny i relacje rodzinne. [w:] Zadania i wyzwania medycyny – charakterystyka problemów i postępowanie terapeutyczne. Maciąg K., Maciąg M. (red.). Wydawnictwo Naukowe TYGIEL sp. z o.o., Lublin, 2018.
17. https://hematoonkologia.pl/aktualnosci/news/id/2707-konsekwencje-spoleczne-choroby-nowotworowej-perspektywa-pacjenta (data pobrania 13.03.2021 r.).
18. Zielazny P., Zarzeczna-Baran M., Wojtecka A.: System rodzinny a nowotwór – wybrane zagadnienia. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, 19, 439-444.
19. Białek K.: Rodzina pod wpływem choroby jako stresora. Państwo i Społeczeństwo, 2015, 4, 79-88.
20. Dorfmuller M., Dietfelbinger H.: Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2012.
21. Pietrzyk A.: Ta choroba w rodzinie. Psychologia o raku. Wydawnictwo Impuls, Kraków, 2006.
22. Czerw A., Bilińska M., Deptała A.: The assessment of the impact of socio-economic factors in accepting cancer using the Acceptance of Illness Scale (AIS). Contemporary Oncology, 2016, 20, 261-265.
23. De Walden-Gałuszko: Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011.
24. Machnik-Czerwik A.: Funkcjonowanie na płaszczyźnie psychofizycznej a jakość życia chorych onkologicznie. Psychoonkologia, 2010, 2, 55-59.
25. Smoleń E., Słysz M., Hombek K., Jarema M., Kalita K.: Samoocena zdrowia i funkcjonowania osób z chorobą nowotworową. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2020, 10, 27-34.
26. Ostrzyżek A.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2008, 9, 467-470.
27. de Walden-Gałuszko K. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.

28. Wnuk M., Marcinkowski J.: Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2012, 93, 21-26.
29. Franke E., Kupcewicz E.: Akceptacja i przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej. Przedsiębiorczość i Zarządzanie, 2014, 15, 373-387.
30. Leppert W., Forycka M., de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., Buss T.: Ocena jakości życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej. Psychoonkologia, 2014, 1, 17-29.
31. Socha B., Kutnohorska J., Zielińska M., Kowalik J., Kopański Z., Skura-Madziała A., Tabal J.: Jakość życia uwarunkowana stanem chorego. Journal od Public Health, Nursing and Medical Rescue, 2011, 2, 6-8.
32. Jabłońska I., Drabik U.: Charakterystyka aspektów jakości życia pacjentów z rakiem odbytnicy. Problemy Pielęgniarstwa, 2009, 17, 144-151.
33. Radecka B.: Jakość życia uwarunkowana zdrowiem – znaczenie i sposoby oceny u chorych na nowotwory. Current Gynecologic Oncology, 2015, 13, 172-179.
34. Nowicki G., Młynarska M., Ślusarska B., Jabłuszewska K., Bartoszek A., Kocka K., Przybylska-Kuć S.: Poczucie samotności jako czynnik warunkujący jakość życia osób powyżej 65. roku życia. Medycyna Rodzinna, 2018, 2, 208-215.
35. Kulpa M., Stypuła-Ciuba B.: Ból nowotworowy i uciążliwość objawów somatycznych a jakość życia u pacjentów z chorobami nowotworowymi. Medycyna Paliatywna, 2013, 5, 171-179.
36. Komendarek-Kowalska M.: Jakość życia pacjenta z chorobą nowotworową. Ból i depresja – nasilenie objawów w zależności od płci. Medycyna Paliatywna, 2018, 10, 30-36.
37. Golecka B.: Jakość życia pacjentek z chorobą nowotworową leczonych metodą chemioterapii. Medycyna Rodzinna, 2013, 2, 35-40.
38. http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-ogolem-2/ (data pobrania 10.04.2021 r.).
39. Narodowy Test Zdrowia Polaków 2020 https://www.nn.pl/dam/zasoby/raporty /Narodowy-Test-Zdrowia-Polakow-2020-raport.pdf (data pobrania 20.04.2021).
40. Glińska J., Jaros A., Lewandowska M., Dziki Ł., Dziki A., Brosowska. B.: Ocena stopnia satysfakcji z życia u osób ze stomią jelitową w zależności od wybranych czynników demograficznych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2014, 3, 128-132.
41. Kapela. I., Bąk E., Krzemińska S., Foltyn A.: Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2017, 26, 53-61.

42. Mazurek J., Lubiecki J.: Skala akceptacji choroby i jej znaczenie w praktyce klinicznej. Polskie Towarzystwo Lekarskie, 2014, 36, 106-108.
43. Czerw A., Religioni U., Banaś T.: Perception of cancer in patients diagnosed with the most common gastrointestinal cancers. BMC Palliative Care, 2020, 19, 144.
44. Kulpa M., Owczarek K., Stypuła-Ciuba B.: Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. Medycyna Paliatywna, 2013, 5, 106-113.
45. Rębiałkowska-Stankiewicz M.: Samotność w chorobie nowotworowej –z praktyki działalności Akademii Walki z Rakiem w Toruniu. Forum Oświatowe, 2014, 1, 159-166.
46. Smoleń E., Jarema M., Hombek K., Słysz M., Kalita K.: Akceptacja i przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych onkologicznie. Problemy Pielęgniarstwa, 2018, 26, 37-43.
47. Kozieł P., Lomper K., Uchmanowicz B., Polański J.: Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2016, 10, 28-36.
48. Smoleń E., Hombek K., Jarema M., Kalita K.: Czynniki warunkujące akceptację choroby u pacjentów leczonych onkologicznie. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2018, 24, 37-43.
49. Lelonek B., Kaczmarczyk M.: Przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych na oddziale chirurgicznym. Studia Medyczne, 2011, 24, 45-52.
50. Kołpa M., Wywrot-Kozłowska B., Jurkiewicz B., Grochowska A.: Czynniki determinujące akceptację i przystosowanie do choroby nowotworowej. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2015, 3, 165-195.
51. Nowicki A., Marciniak J., Fabricka P.: Banaszkiewicz Z.: Satisfaction with life and disease acceptance by patients with a stomy related to surgical treatment of the rectal cancer – determinants of quality of life? Polski Przegląd Chirurgiczny, 2015, 87, 434–442.
52. Emerson S., Guhn M., Gadermann A.: Measurement invariance of the Satisfaction with Life Scale: reviewing three decades of research. Quality of Life Research, 2017, 26, 2251-2264.
53. Polański J., Chabowski M., Świątoniowska-Lonc N., Jankowska-Polańska B., Mazur G.: Can life satisfaction be considereda predictor of quality of life in patients with lung cancer? European Review for Medical and Pharmacological Sciences, 2020, 24,11128-11138.

54. Miśkiewicz H., Antoszewski B., Woźniak E. Iljin A.: Satysfakcja z życia a czynniki społeczne w aspekcie podejmowania decyzji o rekonstrukcji piersi u kobiet po mastektomii. Polski Przegląd Chirurgiczny, 2016, 88, 475-487.
55. Moczydłowska A., Krajewska-Kułak E., Kózka M., Bielski K.: Stopień satysfakcji z życia chorych hospitalizowanych na oddziała zabiegowych i zachowawczych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2014, 1, 24-34.
56. Wysokiński M., Fidecki W., Korzeniowska M., Wrońska I.: Jakość życia pacjentów w podeszłym wieku z nowotworami przewodu pokarmowego hospitalizowanych na oddziale chirurgii ogólnej. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2012, 2, 72-77.
57. Lorenzo-Seva U., Calderon C., Ferrando P., Del Mar Munoz M., Beato C., Ghanem I., Castelo B., Carmoca-Bayonas A., Hernandez R., Jimenez-Fonesca P.: Psychometric properties and factorial analysis of invariance of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) in cancer patients. Quality of Life Research, 2019, 28, 1255-1264.
58. Dyk T., Mroczek B.: Samotność człowieka w zdrowiu, chorobie i niepełnosprawności. [w:] Samotność i trauma kobiet w chorobie nowotworowej piersi. Zdończyk S. (red). Szczecin, 2015, 102-109.
59. Herman A., Ciszek P., Gortat M.: Samoocena i poczucie samotności a zadowolenie z życia u pensjonariuszy domów pomocy społecznej. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J Paedagogia-Psychologia, 2018, 31, 219-227.
60. Sendyk M.: Osamotnienie jako konsekwencja zaburzeń więzi emocjonalnych w rodzinie. Wychowanie w Rodzinie, 2011, 4, 139-150.
61. Śliwak J., Reizer U., Partyka J.: Poczucie osamotnienia a przystosowanie społeczne. Studia Socialia Cracoviensia, 2015, 7, 61–78.
62. Kosowski P., Mróz J.: Ocena komunikacji a poczucie samotności i satysfakcji z życia w czasie pandemii. Kwartalnik Naukowy, 2020, 42, 214-226.
63. De Jong Gierveld J., Broese van Groenou M., Hoogendoorn A. W., Smit, J.H.: Quality of Marriages in Later Life and Emotional and Social Loneliness. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 2009, 64, 497–506.
64. Szczepański J.: Indywidualność i Społeczeństwo. Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny, 1988, 50, 3, 1-13.

Samotność, satysfakcja z życia i akceptacja choroby u pacjentów oddziału chirurgii onkologicznej

Sylwia Bryszewska[1], Elżbieta Krajewska-Kułak[2], Jolanta Lewko[3]

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Podstawowej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Wystąpienie choroby nowotworowej związane jest z poważną zmianą w sytuacji chorego. Charakterystyczny przebieg, leczenie oraz rokowanie przyczyniają się, że nowotwór jest kojarzony jako bardzo ciężka i uciążliwa choroba przewlekła. Informacja o chorobie powoduje, iż pacjent potrzebuje czasu, aby się zaadaptować się do nowej sytuacji i roli – w tym przypadku chorego.

Każdej chorobie, a zwłaszcza nowotworowej towarzyszy lęk, poczucie zagrożenia i obawa przed cierpieniem. Chory może chorobę zaakceptować lub nie. Powyższe może spowodować, że osoba chora będzie błędnie postrzegała swoją sytuację i może czuć się samotna w zmaganiu z chorobą. Z kolei poczucie samotności, opuszczenia, obcości może uruchamiać poszukiwanie przez chorego pomocy, wsparcia oraz zrozumienia w walce z chorobą.

Cel pracy

Celem pracy była ocena wybranych aspektów jakości życia (poczucie samotności, satysfakcji z życia, akceptacji choroby) przez pacjentów oddziału chirurgii onkologicznej.

Cel główny został rozbudowany o następujące cele szczegółowe:

1. Określenie wpływu poczucia samotności na jakość życia u chorych oddziału chirurgii onkologicznej.

2. Określenie satysfakcji z życia pacjentów leczonych na oddziale chirurgii onkologicznej.
3. Ocena wpływu akceptacji choroby przez chorych na jakość życia.

Materiał badawczy

Badanie zostało przeprowadzone w grupie 100 pacjentów Oddziału Chirurgii Onkologicznej w Białostockim Centrum Onkologii. W badaniu uczestniczyły 53 kobiety i 47 mężczyzn. W badanej grupie dominowały osoby w przedziale wiekowym 46-69 lat (40%). Natomiast najmniej liczną grupą byli pacjenci w przedziale wiekowym - 18-29 lat (10%). Średni wiek wszystkich ankietowanych mieścił się w przedziale wieku 30-45 lat. Najwięcej ankietowanych miało wykształcenie średnie (43%), a najmniej podstawowe (15%). Badani mieszkali zarówno w mieście (53%), jak i na wsi (47%). Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety zamężne, które mieszkały z mężem (16%). Natomiast w grupie mężczyzn odnotowano taki sami % żonatych zamieszkujących z żoną lub z żoną i dziećmi (16%). W badaniu uczestniczyli także respondenci (32%), którzy mieszkali samotnie.

Metodyka badań

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego w grupie 100 pacjentów Oddziału Chirurgii Onkologicznej w Białostockim Centrum Onkologii.

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr APK.002.317.2020 oraz Dyrekcji Białostockiego Centrum Onkologicznego. Respondentów poinformowano o celu oraz dobrowolnym i anonimowym charakterze przeprowadzanych badań.

Respondenci zostali powiadomieni, że wypełnienie ankiety było jednoznaczne ze zgodą na uczestnictwo w badaniu i mieli prawo do rezygnacji z udziału w badaniu na każdym etapie ich trwania.

Materiał zebrano z wykorzystaniem narzędzi badawczych, takich jak:

- autorski kwestionariusz ankiety skonstruowany na potrzeby badań
- skali poczucia samotności
- skali satysfakcji z życia SWLS
- skali akceptacji choroby AIS

Autorski kwestionariusz badań

Autorski kwestionariusz ankiety składał się z dwóch części. W pierwszej części zawarte są:

- pytania o płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz z kim mieszka badany,
- pytania o powód, rodzaj i metodę wykonywanego zabiegu, która operacja, rodzaj zastosowanego znieczulenia, niwelowanie bólu oraz na co miał wpływ myśli o zabiegu operacyjnym i ból.

Natomiast drugiej części zawarte były pytania zasadnicze.

Skala do pomiaru poczucia samotności De Jong Gierveld polska adaptacja: P. Grygiel, G. Humenny, S. Rębisz, P. Świtaj, J. Sikorska

Skala do pomiaru poczucia samotności De Jong Gierveld składa się z 11 twierdzeń, w tym 6 itemów zawiera zdania negatywnie sformułowane, opisujące brak satysfakcji z kontaktów społecznych, a 5 – pozytywnie sformułowane – mierzące satysfakcję związaną z relacjami interpersonalnymi [1].

Osoba badana musi wskazać, w jakim stopniu zawarte w skali twierdzenia wyrażają jej obecną sytuację i odczucia. Odpowiedzi udzielane są na skali 5. stopniowej: od „zdecydowanie tak" do „zdecydowanie nie".

Im wyższy sumaryczny wynik uzyska badany, tym charakteryzuje go większe poczucie samotności. Wskaźnik poczucia samotności obliczano rekodując 6 itemów „negatywnych" (tj. twierdzenia nr 2, 3, 5, 6, 9 oraz 10), następnie zaś sumując wszystkie pozycje testowe.

Współczynnik wewnętrznej stabilności alfa Cronbacha skali jest wysoki ($\alpha = 0,89$), podobnie jak wartość średniej korelacji międzypozycyjnej ($r = 0,42$) oraz współczynnik homogeniczności H Loevinger ($H = 0,47$) [1].

Skala Satysfakcji z Życia (SWLS - *Satisfaction With Life Scale*) Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larson, Sharon Griffin, polska adaptacja Juczyński

Skala zawiera pięć stwierdzeń oceniających satysfakcję z życia [2]. Badany oceniał, w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia, gdzie:

- 1 - oznacza - zupełnie nie zgadzam się,
- 2 - nie zgadzam się,
- 3 - raczej nie zgadzam się,

- 4 - ani się zgadzam, ani nie zgadzam,
- 5 - raczej zgadzam się,
- 6 - zgadzam się,
- 7 - całkowicie zgadzam się.

Uzyskane oceny podlegały sumowaniu, zaś ogólny wynik oznaczał stopień satysfakcji z własnego życia. Zakres wyników mieści się w granicach od 5 do 35 punktów, przy czym im wyższy wynik uzyska badany, tym większe ma poczucie satysfakcji z życia:

- 5 – 9 pkt. – osoba zdecydowanie niezadowolona ze swojego życia,
- 10 – 14 pkt. – osoba bardzo niezadowolona ze swojego życia,
- 15 – 19 pkt. – osoba raczej niezadowolona ze swojego życia,
- 20 pkt. – osoba ani zadowolona, ani niezadowolona ze swojego życia,
- 21 – 25 pkt. – osoba raczej zadowolona ze swojego życia,
- 26 – 30 pkt. – osoba bardzo zadowolona ze swojego życia,
- 31 – 35 pkt. – osoba zdecydowanie zadowolona ze swojego życia.

W interpretacji wyniku stosowano się także do właściwości charakteryzujących skalę stenową:

Punkty wynik surowy	**Sten**
5-9	1
10-11	2
12-14	3
15-17	4
18-20	5
21-23	6
24-26	7
27-28	8
29-30	9
31-35	10

Wyniki w granicach:

- 1-4 stena - niskie,
- 5-6 – przeciętne
- 7-10 stena - wysokie

Wskaźnik rzetelności (*alfa* Cronbacha) *SWLS,* ustalony w badaniu 371 osób dorosłych wynosi 0,81. Wskaźnik stałości skali, ustalony w dwukrotnym badaniu grupy 30 osób w odstępie sześciu tygodni, wyniósł 0,86 [2].

Standaryzowana skala akceptacji choroby (AIS - *Acceptance of Illness Scale)* Felton, Revenson i Hinrichsen, polska adaptacja Juczyńskiego

Skala akceptacji choroby – AIS (*Acceptance of Illness Scale,* skala akceptacji choroby), autorstwa Felton, Revenson i Hinrichsen, w polskiej adaptacji Juczyńskiego, składa się z ośmiu pytań opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. Pytania dotyczyły ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżonej własnej wartości [2].

Każde pytanie zawierało pięciostopniową skalę, a badana osoba określała swój obecny stan zdrowia, zaznaczając odpowiednio cyfrę:

- 1 – zdecydowanie zgadzam się,
- 2 – zgadzam się,
- 3 – nie wiem,
- 4 – nie zgadzam się,
- 5 – zdecydowanie nie zgadzam się.

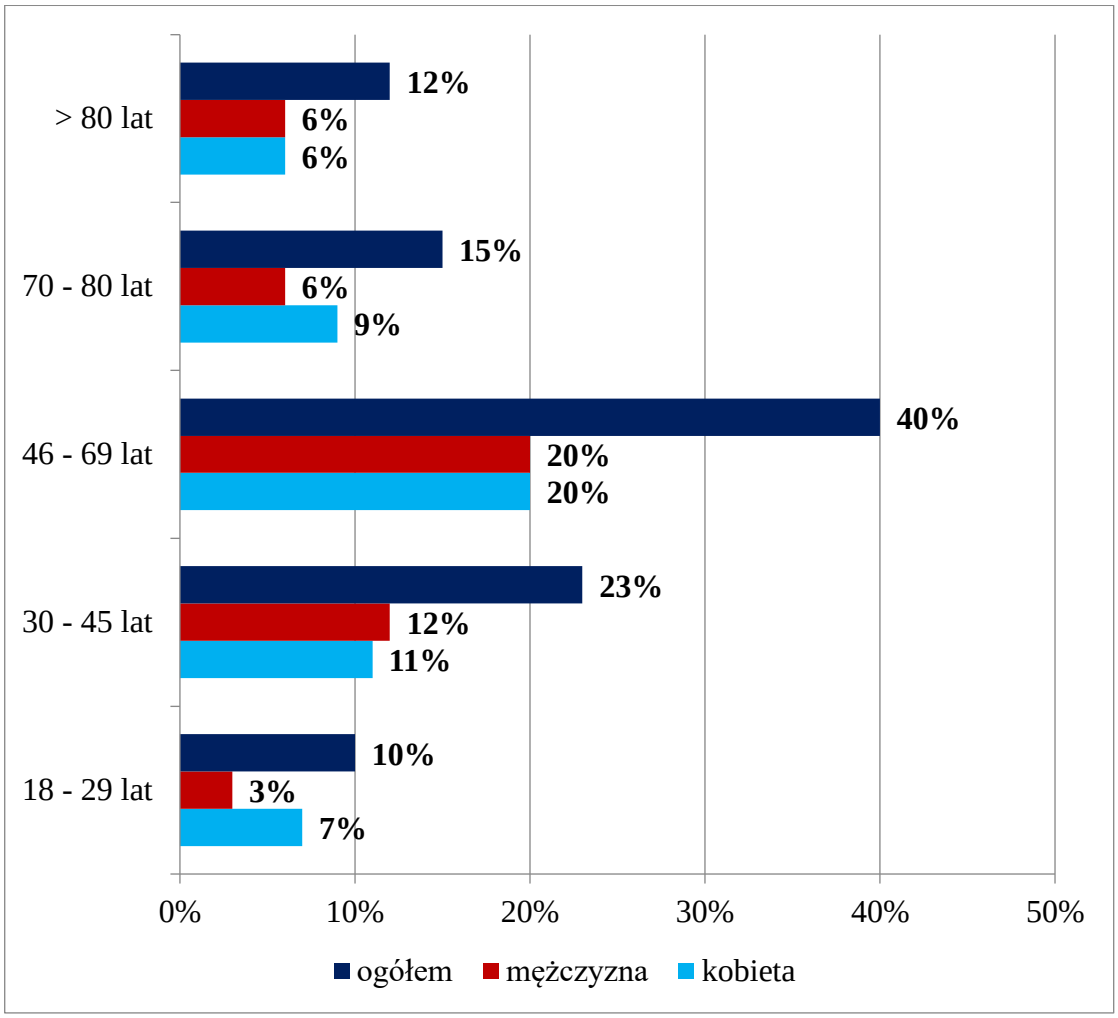
Zdecydowana zgoda oznaczała złe przystosowanie do choroby, natomiast brak zgody - akceptację choroby. Miarą stopnia akceptacji obecnego stanu zdrowia była suma wszystkich punktów, mieszcząca się w zakresie od 8 do 40. Do określenia stopnia akceptacji utworzono trzy przedziały punktowe. Liczba punktów od 8 do 18 oznaczała brak akceptacji choroby, od 19 do 29 – średnią akceptację i od 30 do 40 – dobrą akceptację.

Ogólnie rzetelność polskiej wersji skali zbliżona jest do rzetelności wersji oryginalnej, dla której alfa Cronbacha wynosi 0,82, zaś wskaźnik stałości test-retest na przestrzeni siedmiu miesięcy 0,69 [2].

Wyniki

W grupie 100 respondentów objętych badaniem najwięcej osób znalazło się w przedziale wiekowym 46-69 lat (n=40; 40%), najmniej zaś w najniższym przedziale wiekowym - 18-29 lat (n=10; 10%). Średni wiek wszystkich ankietowanych mieścił się w przedziale wieku 30-45 lat.

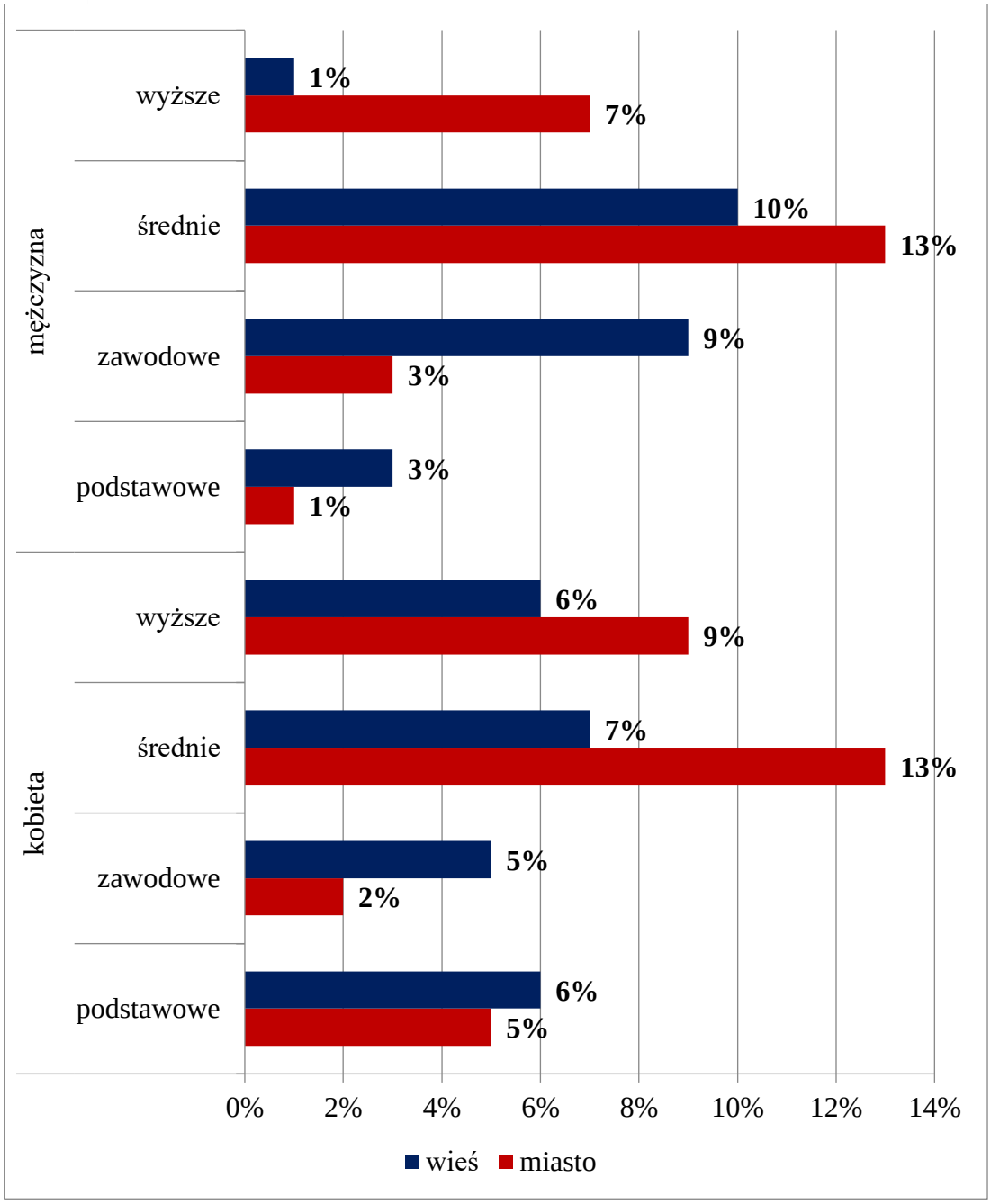
W grupie badanych dominowały kobiety (n=53; 53%), a nie mężczyźni (n=47; 47%). Najwięcej panów przystępujących do badania znalazło się w przedziale wiekowym 30-45 lata (n=12; 12%), zaś pań w przedziale wiekowym 70-80 lat (n=9; 9%). W grupach wiekowych 46-69 lat oraz >80 lat odnotowano taki sam % udziału obu płci. Średni wiek kobiet mieścił się w przedziale 30-45 lat, natomiast średni wiek mężczyzn znalazł się w przedziale 46-69 lat Strukturę wieku badanych z uwzględnieniem płci przedstawiono na Rycinie 1.



Rycina 1. Struktura wieku badanych z uwzględnieniem płci

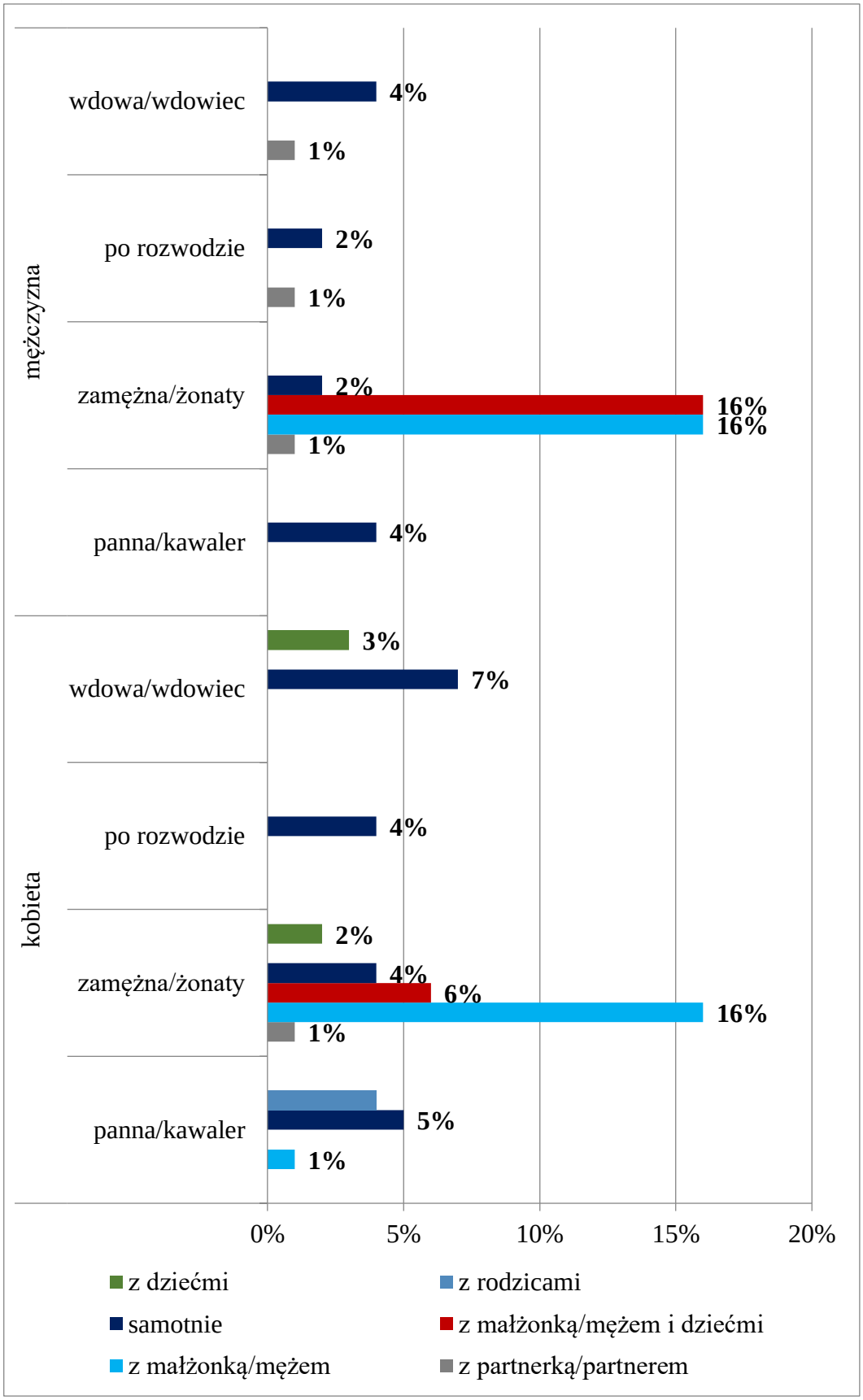
Analizując status społeczno-demograficzny badanej grupy wykazano, że blisko 1/4 ankietowanych posiadała wykształcenie wyższe (n=23; 23%), ponad 2/5 wykształcenie średnie (n=43; 43%), 19% zawodowe (n=19), a zaledwie 15% osób podstawowe (n=15).

Z kolei rozpatrując miejsce zamieszkania - ankietowani porównywalnie często wskazywali na miasto i wieś - odpowiednio n=53; 53% i n=47; 47%. Szczegółowe wyniki przedstawiono na Rycinie 2.



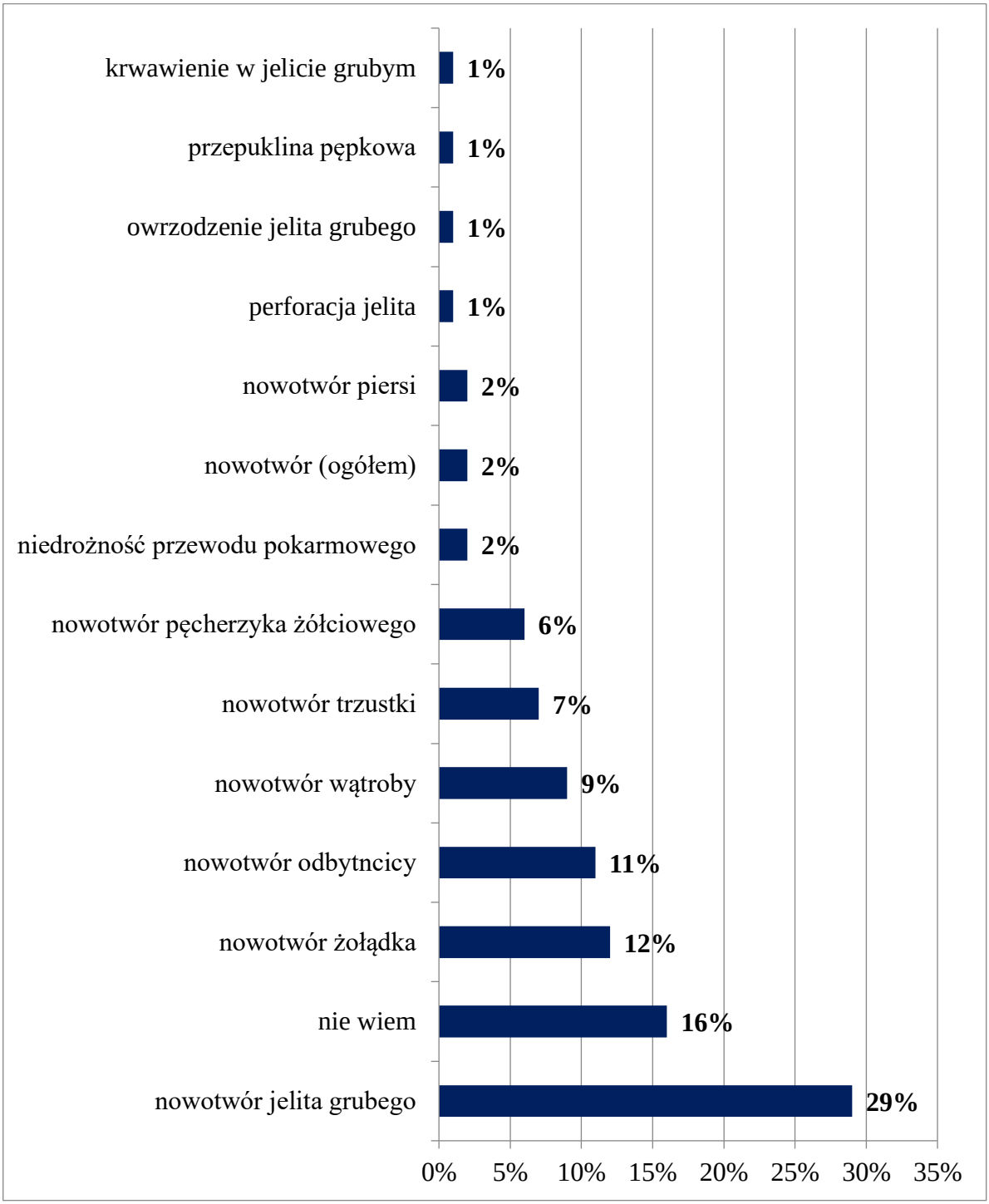
Rycina 2. Status społeczno-demograficzny badanych z uwzględnieniem płci, wykształcenia oraz miejsca zamieszkania

Wykazano również, że najliczniejszą grupę stanowiły kobiety zamężne, mieszkające z mężem (n=16; 16%), natomiast w grupie mężczyzn odnotowano taki sam % żonatych zamieszkujących z żoną lub z żoną i dziećmi (n=16; 16%). Tylko 4% ankietowanych mieszkał z rodzicami (n=4), 5% wychowywało samotnie dzieci (n=5), a 32% mieszkało samotnie (n=32). Szczegółowe wyniki przedstawiono na Rycinie 3.



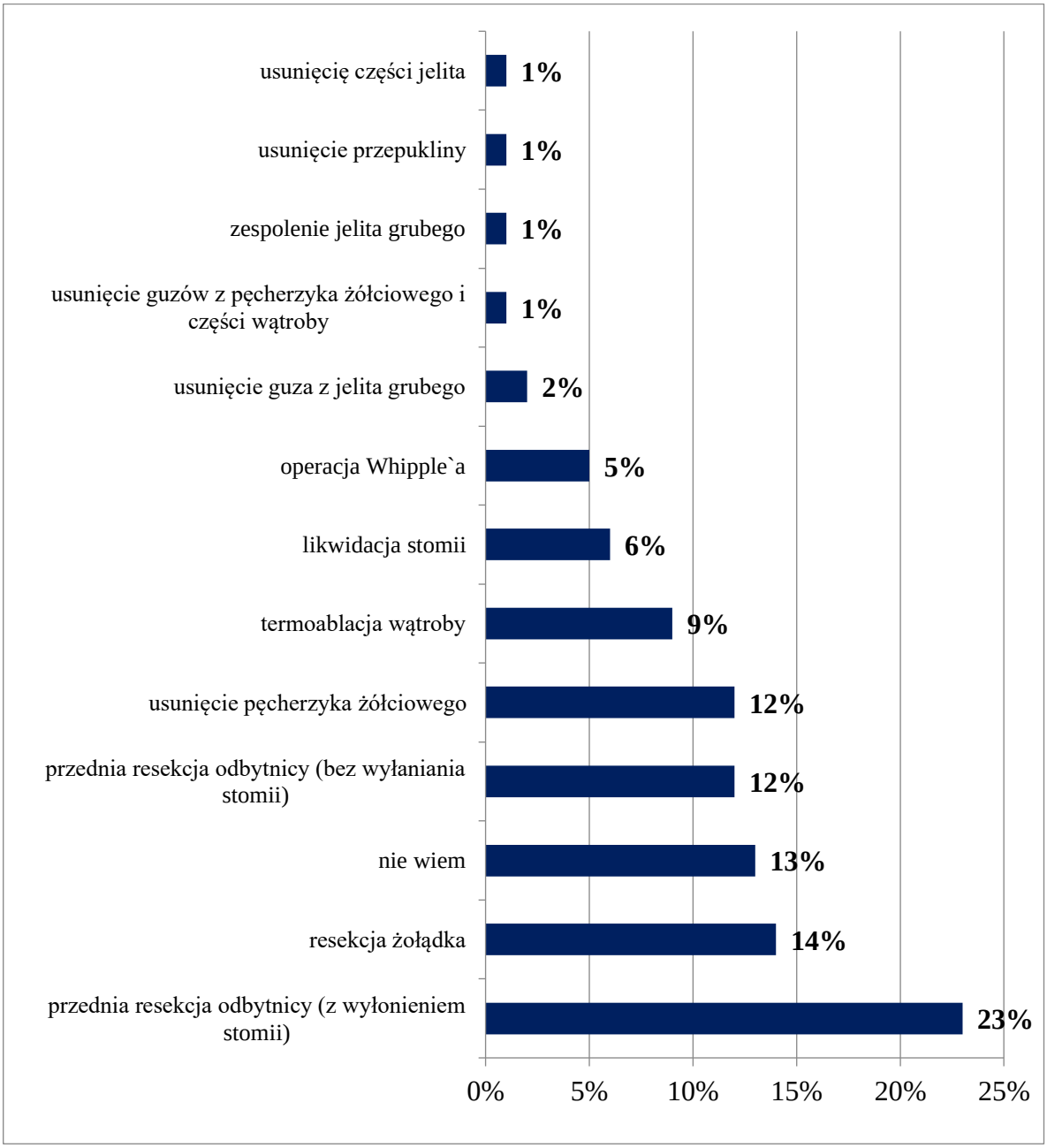
Rycina 3. Status społeczno-demograficzny badanych z uwzględnieniem płci, stanu cywilnego oraz statusu zamieszkania

W dalszej analizie zauważono, że najczęstszą przyczyną operacji wśród pacjentów chirurgii onkologicznej w Białostockim Centrum Onkologii był nowotwór jelita grubego (n=29; 29%), na drugim miejscu znalazł się nowotwór żołądka (n=12; 12%), na trzecim - nowotwór odbytnicy (n=11; 11%). 16 ankietowanych nie potrafiło określić, co było przyczyną operacji, którą musieli przejść (16%). Szczegółowe wyniki przedstawiono na Rycinie 4.



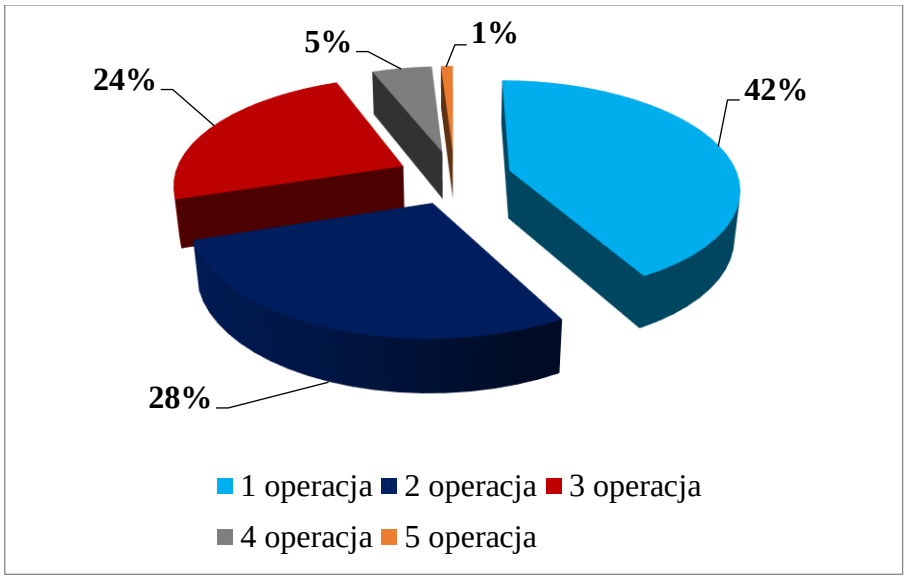
Rycina 4. Przyczyny wykonania zabiegu operacyjnego wśród pacjentów objętych badaniem

Wśród rodzajów zabiegów operacyjnych, którym zostali poddani pacjenci oddziału chirurgii onkologicznej w Białostockim Centrum Onkologii najczęstszym okazała się przednia resekcja odbytnicy z wyłonieniem stomii (n=23; 23%), na drugim miejscu - resekcja żołądka (n=14; 14%), na trzecim zaś porównywalnie często przednia resekcja odbytnicy bez wyłonienia stomii (n=12; 12%) oraz usunięcie pęcherzyka żółciowego (n=12; 12%). 13% respondentów nie potrafiło określić, jaki rodzaj zabiegu operacyjnego został u nich przeprowadzony. Szczegółowe wyniki przedstawiono na Rycinie 5.



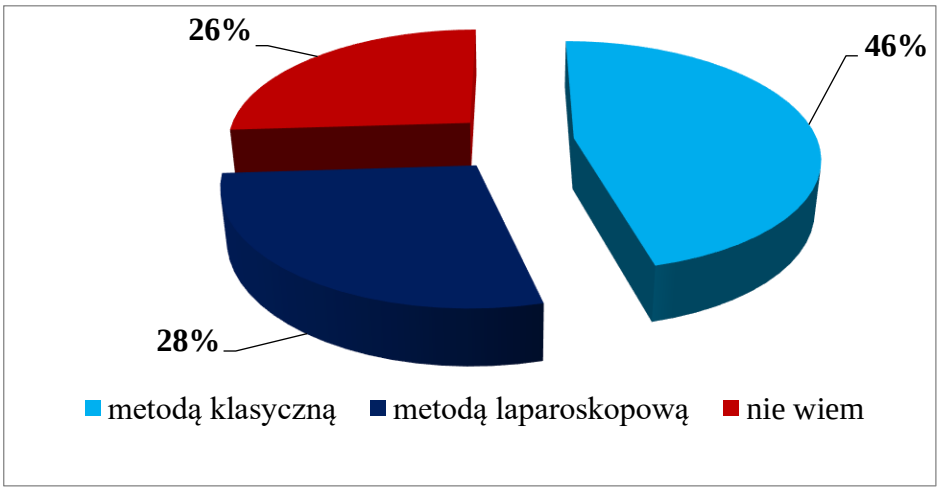
Rycina 5. Rodzaj zabiegu operacyjnego wśród pacjentów objętych badaniem

W przypadku ponad 2/5 ankietowanych była to ich pierwsza operacja (n=42; 42%). Blisko 1/4 chorych miało do czynienia już z 3 operacją (n=24; 24%), natomiast najczęściej respondenci wskazywali, że to ich druga operacja (n=28; 28%). Szczegółowe wyniki przedstawiono na Rycinie 6.



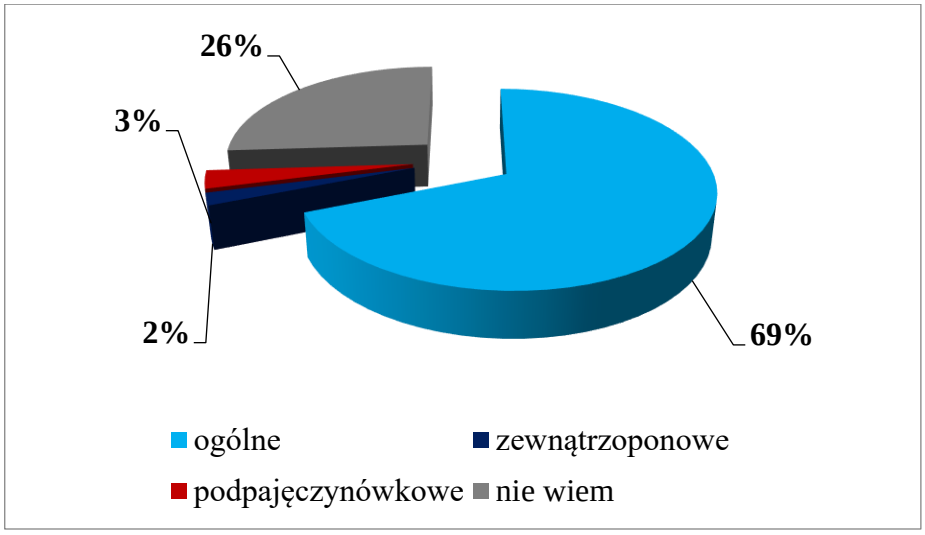
Rycina 6. Liczba operacji, którą przeszli pacjenci chirurgii onkologicznej objęci badaniem

Wśród pacjentów oddziału chirurgii onkologicznej najczęściej wykonywano zabieg metodą klasyczną (n=46; 46%), ponad 1/4 chorych miała przeprowadzany zabieg metodą laparoskopową (n=28; 28%), zaś 26% pacjentów nie wiedziało, w jaki sposób przeprowadzono u nich operację. Graficzną prezentację opisanej analizy przedstawiono na Rycinie 7.



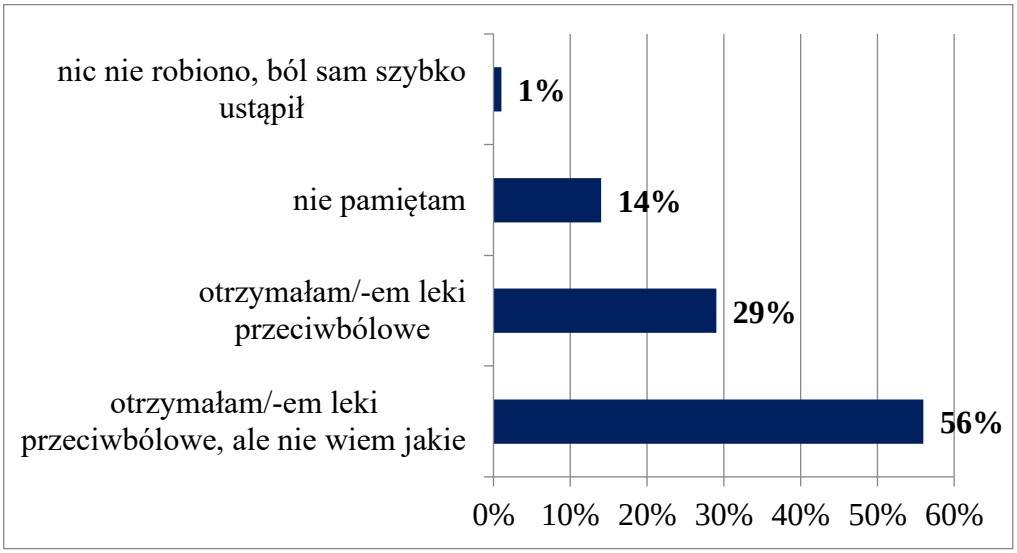
Rycina 7. Metoda wykonania operacji wśród pacjentów chirurgii onkologicznej

Najczęściej stosowanym rodzajem znieczulenia podczas operacji wśród pacjentów chirurgii onkologicznej było znieczulenie ogólne (n=69; 69%). Podobnie często stosowano znieczulenie podpajęczynówkowe i zewnątrzoponowe – odpowiednio n=3; 3% i n=2; 2%. Ponad 1/4 badanych nie wiedziało, jaki rodzaj znieczulenia zastosowano podczas ich operacji. Graficzną prezentację opisanej analizy przedstawiono na Rycinie 8.



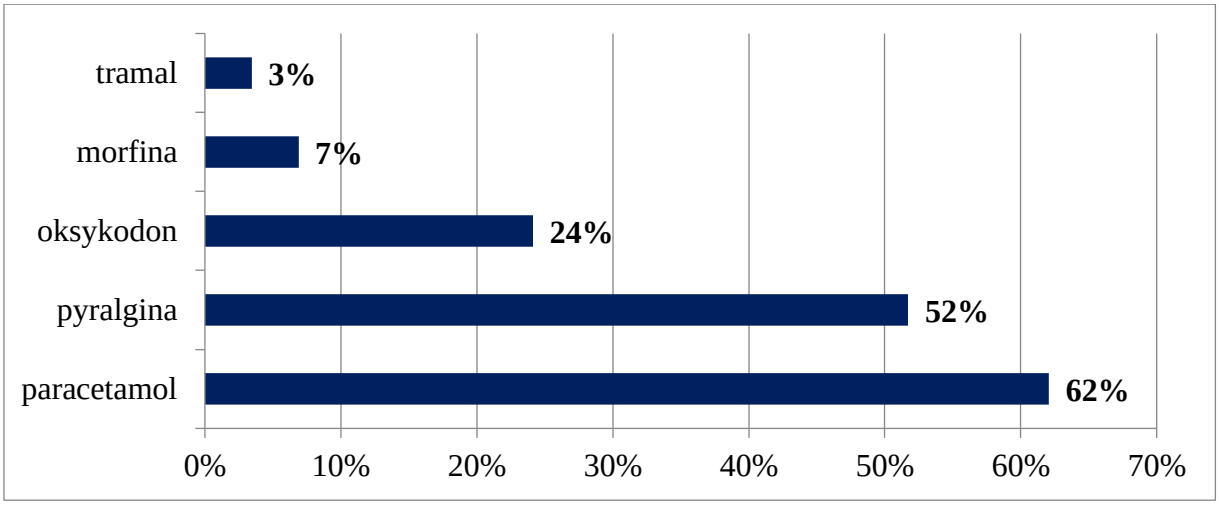
Rycina 8. Rodzaj zastosowanego znieczulenia podczas operacji wśród pacjentów chirurgii onkologicznej

U ponad 4/5 pacjentów chirurgii onkologicznej BCO po przeprowadzonym zabiegu chirurgicznym zastosowano środki przeciwbólowe (n=85; 85%), przy czym 56% z nich nie wiedziało, jakie leki przeciwbólowe im podano (n=56) - Rycina 9.



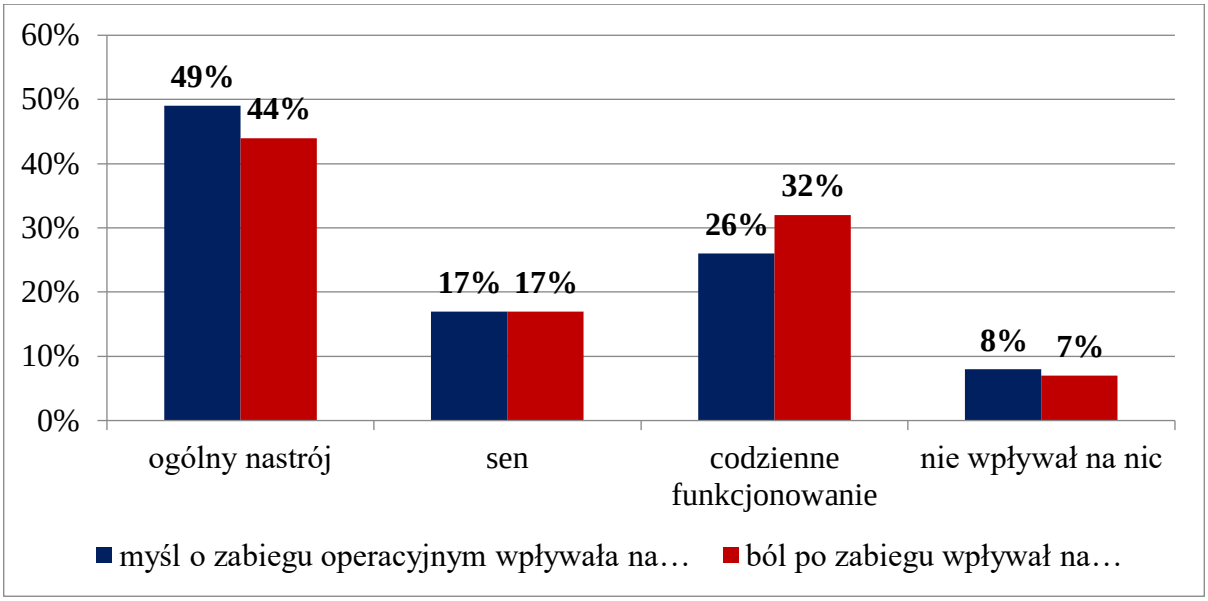
Rycina 9. Sposoby uśmierzania bólu pooperacyjnego wśród pacjentów chirurgii onkologicznej

Wśród 29 chorych, którzy wiedzieli, jakie środki uśmierzające ból im podano, najczęściej wskazywali oni na paracetamol i pyralginę - odpowiednio n=62; 62% i n=52; 52% - Rycina 10.



Rycina 10. Środki przeciwbólowe podawane pacjentom chirurgii onkologicznej

Podczas analizy danych stwierdzono, że zarówno myśl o operacji, jak i ból pooperacyjny najczęściej wpływały na ogólny nastrój pacjentów chirurgii onkologicznej - odpowiednio n=49; 49% i n=44; 44%. Porównywalnie często oba te czynniki wpływały również na jakość snu chorych (n=17; 17%). Ponadto, w przypadku prawie 1/3 chorych ból po operacji wywierał wpływ na ich codzienne funkcjonowanie (n=32; 32%). Szczegółowe wyniki przedstawiono na Rycinie 11.



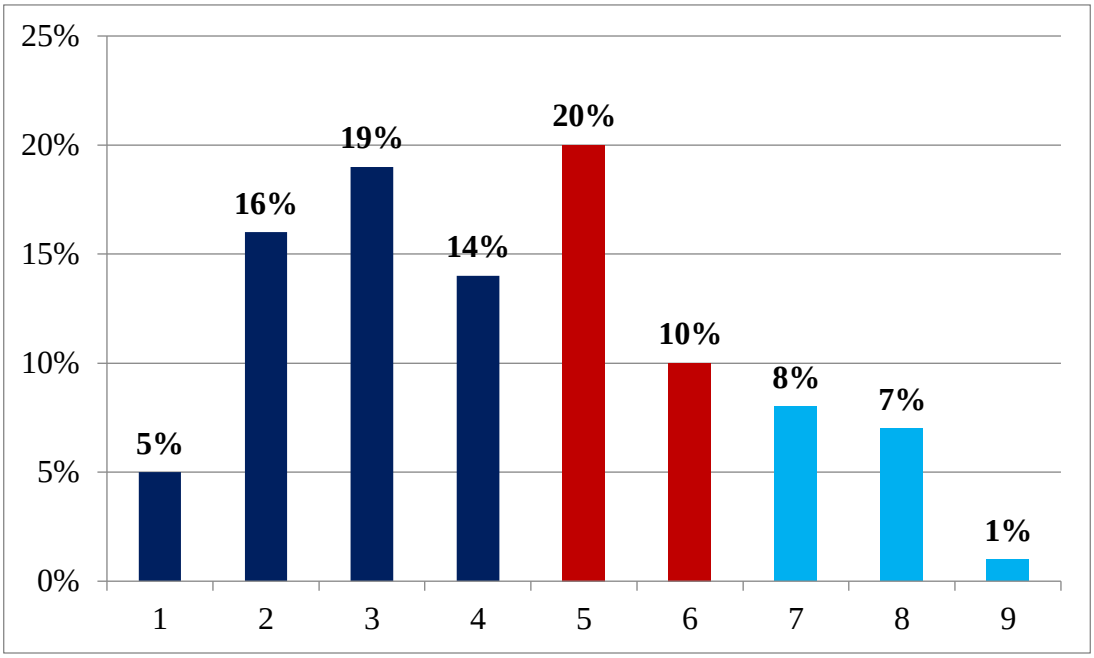
Rycina 11. Wpływ myśli o zabiegu operacyjnym oraz bólu pooperacyjnego na niektóre aspekty życia wśród pacjentów chirurgii onkologicznej

Badając stopień poczucia samotności pacjentów chirurgii onkologicznej, poproszono ich o uzupełnienie 11 stopniowej skali De Jong Gierveld. Analiza zgromadzonych danych wykazała, że pacjenci chirurgii onkologicznej wykazują przeciętny stopień poczucia samotności - średni wynik na skali poczucia samotności w badanej grupie wyniósł 28,05 pkt (±8,70), mediana 27, na 55 możliwych do uzyskania. Maksymalny uzyskany wynik wynosi 50 pkt, minimalny zaś 11 pkt. Chorzy odczuwający samotność najczęściej doświadczają odczucia ograniczonego kręgu przyjaciół i znajomych (2,85 pkt ± 1,15), najrzadziej zaś odczuwają ogólną pustkę (2,54 pkt ± 1,06). Na podstawie danych uzyskanych w skali poczucia samotności De Jong Gierveld wyłonił się obraz badanej grupy. Mniej niż 1/5 badanej grupy doświadcza ogólnej pustki (17%), braku naprawdę bliskiego przyjaciela (29%), braku towarzystwa innych ludzi (25%), czuła się odrzuconymi (22%), czuła, że ma zbyt ograniczony krąg przyjaciół i znajomych (31%) i brak ludzi wokół siebie (24%) – Tabela I.

Tabela I. Wskaźnik pomiaru samotności wg skali De Jong Gierveld

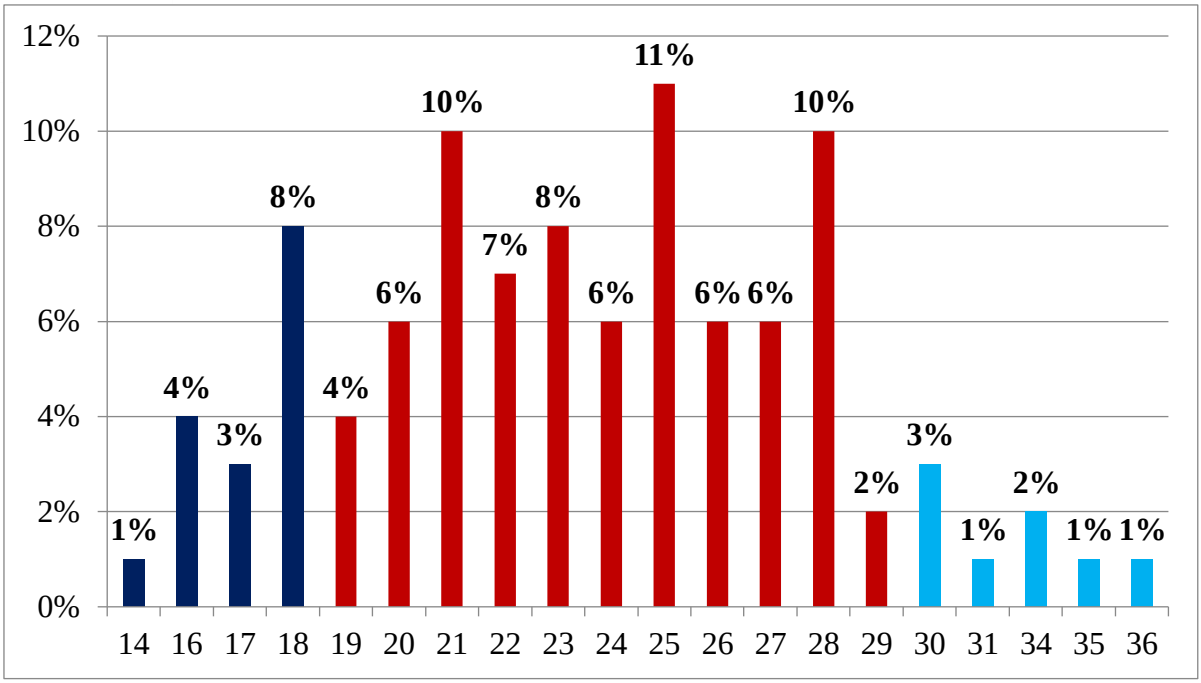
Lp.	Twierdzenie	Śr.	±SD	%
1	Zawsze jest ktoś, z kim mogę porozmawiać o codziennych problemach.	2.19	1.06	67%
2	Brak mi naprawdę bliskiego przyjaciela.	2.62	1.24	29%
3	Doświadczam ogólnej pustki.	2.54	1.06	17%
4	Jest wiele osób, na których mogę polegać gdy mam problemy.	2.44	1.17	60%
5	Brak mi towarzystwa innych ludzi.	2.68	1.11	25%
6	Czuję, że mam zbyt ograniczony krąg przyjaciół i znajomych.	2.85	1.15	31%
7	Jest wiele osób, którym mogę całkowicie zaufać.	2.54	1.14	56%
8	Jest wystarczająco dużo osób, z którymi czuję się blisko związany.	2.53	1.05	57%
9	Brakuje ludzi wokół mnie.	2.70	1.11	24%
10	Często czuję się odrzucony.	2.61	1.13	22%
11	Mogę liczyć na przyjaciół, gdy tylko tego potrzebuję.	2.35	1.07	60%
	Ogólny wskaźnik pomiaru samotności	**2.55**	**1.12**	**41%**

Zbadano również poczucie satysfakcji z życia osób objętych badaniem, przy zastosowaniu Standaryzowanej Skali Satysfakcji z Życia (SWLS). Analiza danych wykazała, że średni poziom satysfakcji z życia w grupie chorych oddziału chirurgii onkologicznej wyniósł 16,88 pkt (± 5,74) co oznacza, że pacjenci ci należą do osób raczej niezadowolonych ze swojego życia. Minimalny uzyskany wynik wyniósł 6 pkt (osoba zdecydowanie niezadowolona ze swojego życia - n=1; 1%) zaś maksymalny 30 pkt (osoba bardzo zadowolona ze swojego życia - n=1; 1%). Rozpatrując wynik wg skali stenowej wykazano, że ponad połowa z nich zalicza się do niskich wyników poczucia satysfakcji z życia (n=54; 54%), 30% należy do wyników przeciętnych (n=30%), a tylko 16% zalicza się do wyników wysokich (n=16) - Rycina 12.



Rycina 12. Poczucie satysfakcji z życia pacjentów chirurgii onkologicznej wg skali stenowej

Ostatnim etapem pracy była ocena stopnia akceptacji choroby wśród pacjentów chirurgii onkologicznej przy pomocy skali – AIS (*Acceptance of Illness Scale,* skala akceptacji choroby). Średni wynik stopnia akceptacji choroby wyniósł 23,52 pkt (±4,51), co oznacza średnią akceptację choroby. Minimalny uzyskany wynik wyniósł 14 pkt (brak akceptacji choroby - n=1; 1%), zaś maksymalny 36 pkt (dobra akceptacja choroby - n=1; 1%). Rozpatrując uzyskane wyniki sumarycznie tylko 16% chorych wykazuje brak akceptacji choroby (n=16), 76% wykazuje średni poziom akceptacji (n=76), zaś 8% cechuje się dobrą akceptacją swojej choroby (n=8). Szczegółowe wyniki przedstawiono na Rycinie 13.



Rycina 13. Stopień akceptacji choroby wśród pacjentów chirurgii onkologicznej wg skali AIS

Aby sprawdzić, czy kobiety i mężczyźni różnią się między sobą stopniem poczucia samotności, stopniem satysfakcji z życia oraz stopniem akceptacji choroby wykonano test t-Studenta klasyczny. Przyjęto poziom istotności α=0,05. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy płcią a stopniem poczucia samotności (p=0,87). Analiza danych nie potwierdziła również zależności statystycznej pomiędzy płcią a stopniem satysfakcji z życia (p=0,81) oraz stopniem akceptacji choroby (p=0,78). Szczegółowe wyniki przedstawiono w Tabeli II.

Tabela II. Wyniki testu t-Studenta dla wybranych wskaźników oraz płci badanych

Wskaźnik	Kobieta		mężczyzna		wynik testu	poziom istotności
	Śr.	±SD	Śr.	±SD		
stopień poczucia samotności (De Jong Gierveld)	27,85	8,82	28,28	8,67	t = 0.175	p = 0.94
stopień satysfakcji z życia (SWLS)	25.54	6.89	25.2	7.21	t = 0.244	p = 0.81
stopień akceptacji choroby (AIS)	57.60	14.77	56.73	15.81	t = 0.280	p = 0.78

Dyskusja

W naukach medycznych przeprowadzane badania nad jakością życia społeczeństwa mają duże znaczenie oraz wprowadzają wiele istotnych aspektów, które należy wykorzystywać w planowaniu leczenia oraz opieki nad pacjentem.

W medycynie badania jakości życia chorych skupiają się nie tylko na występowaniu dolegliwości somatycznych, ale także na stanie psychicznym chorego oraz jego codziennym funkcjonowaniu. Najczęściej badana jest jakość życia chorujących na choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca lub nadciśnienie tętnicze. Niestety badania nad jakością życia u chorych onkologicznie nie są często poruszanym tematem.

Analiza jakości życia u chorych z problemem nowotworowym szczególnie dotyczy akceptacji i przystosowania psychicznego do choroby, metod radzenia sobie z nią oraz satysfakcji z życia. Ważnym zagadnieniem w poczuciu wysokiej jakości życia, a często niedocenianym jest doświadczanie samotności. Jednak mimo tak ważnego aspektu jest mało dostępnych badań nad poczuciem samotności, w szczególności u chorych onkologicznie.

Na konieczność napisania niniejszej pracy badanie własne zostało przeprowadzone wśród pacjentów chirurgii onkologicznej w Białostockim Centrum Onkologii. W literaturze przedmiotu wymienia się, że na ogólny poziom jakości życia mają wpływ:

- akceptacja choroby,
- satysfakcja z życia
- poczucie samotności.

Przeprowadzone badania własne wskazują, że jakość życia osób z nowotworem w kontekście wymienionych aspektów pogarsza się. Może to być konsekwencją samej jednostki chorobowej (nowotwór), ale także zastosowanego leczenia, w tym przypadku leczenia chirurgicznego. Operacje przeprowadzane w obrębie jamy brzusznej mają bowiem istotny wpływ na jakość życia pacjentów.

Przewidywanym czynnikiem świadczącym o jakości życia, sposobie funkcjonowania i przystosowania przez pacjenta do choroby jest stopień jej akceptacji [3-7]. Z kolei akceptacja choroby jest ważnym elementem procesu przystosowania człowieka do życia z chorobą [9], zmniejsza nasilenie negatywnych emocji, które wynikają z choroby [8] i jest ujmowana jako „*emocjonalny wyznacznik funkcjonowania w chorobie*” [9].

W badaniach własnych średni wynik stopnia akceptacji choroby wyniósł 23,52 pkt., co oznacza, że pacjenci przejawiali średni poziom akceptacji choroby, ale są do niej przystosowani. Dotyczyło to ponad połowy pacjentów (76%) .

Podobny średni wynik akceptacji choroby (wynosił 23,27 pkt.) uzyskała Wiraszka oraz Lelonek [10], przeprowadzając badanie wśród pacjentów z białaczką.

Także Smoleń i wsp. [11] stwierdzili, że niemal połowa pacjentów (49,8%) prezentowała średni stopień akceptacji choroby, uzyskując 25,03 pkt [11]. W badaniach Kołpy i wsp. [12] ogólny średni stopień akceptacji choroby wyniósł 25,35 pkt., co także wskazuje na przeciętny poziom przystosowania do choroby nowotworowej [12]. Podobny wskaźnik akceptacji choroby wykazały Łuczyk i wsp. [13], badając akceptację choroby w grupie kobiet leczonych chirurgicznie z powodu nowotworu piersi. Ogólny średni wynik akceptacji choroby badanych kobiet wynosił 25,82 pkt, co świadczy o przeciętnym stopniu akceptacji choroby [13]. Lelonek i Kaczmarczyk [14] za pomocą skali AIS badali akceptację choroby u pacjentów leczonych na oddziale chirurgicznym. Ogólny wskaźnik akceptacji choroby u 76% badanych wynosił 27,04 pkt. [14]. Wyższy średni stopień akceptacji choroby 27,21 pkt. uzyskali Kozieł i wsp. [8], w grupie kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego (44%) [8]. Znacznie wyższy wynik niż w badaniach własnych odnotowała Kapela i wsp. [15], uzyskując średni ogólny poziom akceptacji choroby u pacjentów z nowotworem jelita grubego leczonych za pomocą chemioterapii (63,7%) o wartości 28,4 pkt [15] oraz Piperek i wsp. [16] u pacjentów z kolostomią, gdzie 60% z nich wykazywało średnią akceptację choroby uzyskując 28,48 pkt. [16].

Czerw i wsp. [17] przeprowadzili badanie wśród 74 chorych ze zdiagnozowanym rakiem trzustki i jelita grubego. Średni wynik skali akceptacji choroby wynosił 27,56 pkt., co świadczy, że badani pacjenci wskazywali na wysoki poziom akceptacji nowotworu [17]. Autorzy [18] przeprowadzili także inne badanie, w którym udział wzięli pacjenci z nowotworem przewodu pokarmowego (rak jelita grubego, żołądka lub trzustki) leczeni chemioterapią, radioterapią lub terapią celowaną. Średnia wartość akceptacji choroby u chorych z rakiem przewodu pokarmowego wynosiła 25,0 pkt., u chorych z rakiem trzustki - 23,41 pkt., a z rakiem żołądka – 23,82 pkt [18]. W badanej grupie najwyższą akceptacją choroby odznaczali się chorzy z nowotworem jelita grubego, uzyskując 27,76 pkt. [18]. Najwyższy stopień akceptacji choroby wykazywali ankietowani biorący udział w badaniach przeprowadzonych przez Wojtas i wsp. [19]. Ogólny poziom akceptacji choroby wśród ankietowanych pacjentów w wieku 18-35 lat z chorobą onkologiczną wynosił 29,0 pkt., jednakże zgodnie z wytycznymi autorów wskazuje to na średnią akceptację choroby [19].

Kozak [9] w swoich badaniach uzyskała niższe wyniki (średni stopień akceptacji choroby wynosi 18,6 pkt.), niż w badaniach własnych. Najniższą akceptację przejawiali chorzy z rakiem jelita grubego (śr. 16,58), a najlepszą akceptację - pacjenci cierpiący na nowotwór narządów rodnych (21,93 pkt.) [9]. Autorka podkreśla, że poziom satysfakcji z życia, akceptacja choroby oraz ogólna jakość życia pacjentów zależały od rodzaju i lokalizacji nowotworu [9]. Najniższe wyniki w badaniach akceptacji choroby uzyskała Kupcewicz oraz Abramowicz [20]. Średni ogólny wynik akceptacji choroby u wszystkich 96 pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobę płuc wyniósł 19,00 pkt. co wskazuje na przeciętne przystosowanie do choroby [20].

W obecnie badanej grupie 8% ankietowanych świadczyło o wysokiej akceptacji choroby. Nieznacznie wyższy wynik wykazujący wysoki stopień akceptacji choroby przez respondentów (15,5%) wykazały Wiraszka i Lelonek [10]. Odmienne wyniki uzyskali Smoleń i wsp. [21], w badaniach, w których 28,8% badanych wykazało wysoki stopień akceptacji choroby. Także Kozieł i wsp. [22] udowodnili, że 36% kobiet z rozpoznanym nowotworem gruczołu piersiowego oceniło swoją akceptację choroby jako wysoką. Łuczyk i wsp. [13] również w swoich badaniach potwierdzili, że aż 39,43% ankietowanych wykazywało wysoki poziom akceptacji choroby. Wyniki powyższych autorów znacznie odbiegają od wyników uzyskanych w badaniach własnych.

Niski poziom akceptacji choroby w badaniach własnych wykazywało 16% ankietowanych. Nieznacznie wyższy wynik przedstawili Lelonek i Kaczmarczyk [14], którzy stwierdzili brak akceptacji choroby u 18% pacjentów [14]. W badaniach Smoleń i wsp. [21] 21,4% badanych pacjentów charakteryzowało się niską akceptację choroby, a w badaniach Łuczyk [13] - 26,76% kobiet. Przytoczone badania innych autorów potwierdzają, że w badaniach własnych niską akceptację choroby wykazywała mała grupa respondentów.

W badaniach własnych nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy płcią, a stopniem akceptacji choroby. Podobne wyniki uzyskała Franke i Kupcewicz [4], Kozak [9] oraz Wojtas [19]. Kołpa [12] również nie wykazała związku płci z poziomem przystosowania do choroby na poziomie istotności, ale dowiodła, że kobiety charakteryzowały się większym stopniem przystosowania do choroby, niż mężczyźni [12]. Podobne wyniki uzyskała Czerw i wsp. [17] wykazując, że kobiety bardziej akceptują choroby niż mężczyźni (w skali AIS grupa kobiet uzyskała średnią 29,59, a mężczyźni 26,17) [17]. Natomiast w badaniach Lelonek i Kaczmarczyk [14] również nie wykazano istnienia zależności na poziomie istotności statystycznej między płcią a akceptacją choroby, ale stwierdzono tendencję, że mężczyźni oznaczali się lepszym przystosowaniem do choroby, niż kobiety [14]. Kupcewicz oraz Abramowicz [20] udowodniły, że płeć miała związek istotny statystycznie na akceptację choroby u pacjentów z przewlekłą chorobą

płuc (POCHP), a kobiety mniej akceptowały swoją chorobę niż mężczyźni [20]. Z kolei Majda i Józefowska, w grupie 105 pacjentów z POChP, hospitalizowanych z powodu zaostrzenia choroby w wybranych oddziałach pulmonologicznych na terenie, uzyskały średni wskaźnik akceptacji choroby na poziomie 20,6 punktów, w tym wśród kobiet był znacznie wyższy i wynosił 24,6, zaś dla mężczyzn - 18,9 [23]. Michalak i wsp. [24] przedstawił wyniki, które udowadniają, że mężczyźni mają mniejszy problem z zaakceptowaniem choroby oraz ograniczeń wynikających z schorzenia niż kobiety [24].

Satysfakcja z życia zależy od wielu czynników, które w decydujący sposób wpływają na dobre samopoczucie i nastrój człowieka. Zachowanie zdrowia determinuje zadowolenie z życia, a zachorowanie na nowotwór powoduje, że dotychczasowy tryb życia się zmienia. Ludzie często są przyzwyczajeni do swojego stałego stylu życia, a pojawienie się choroby zaburza ich funkcjonowanie. Niewątpliwie więc wystąpienie choroby onkologicznej ma wpływ na ocenę zadowolenia ze swojego życia.

Badania własne przeprowadzone za pomocą skali SWLS wykazały, że ponad połowa (54%) pacjentów oddziału chirurgii onkologicznej miała niskie poczucie satysfakcji z życia (ogólny średni poziom satysfakcji z życia wyniósł 16,88 pkt.). Okazało się, że 30% ankietowanych należy do wyników przeciętnych, a tylko 16% charakteryzuje swoją satysfakcję z życia na wysokim poziomie. Nieznacznie wyższy średni wskaźnik satysfakcji z życia (17 pkt.) uzyskały Abramowicz oraz Kupcewicz [20], badając chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. 54% chorych charakteryzowało się niską satysfakcją z życia, a 46% - przeciętnym poziomem zadowolenia z życia [20]. W przeprowadzonym badaniu nie było osób, które określały swoją satysfakcję z życia na wysokim poziomie [20].

Niższy wynik satysfakcji z życia, niż w badaniach własnych, uzyskała Glińska i wsp. [25] w grupie osób ze stomią jelitową – wahała się ona od 12,20 pkt. (u kobiet) do 14,75 (u mężczyzn) [25]. Badacze odnotowali, że w badanej grupie pacjentów poziom satysfakcji z życia był na bardzo niskim poziomie, co wskazuje na brak zadowolenia z życia [25].

Inne wyniki z zastosowaniem tej samej skali zostały uzyskane przez Rogowską i wsp. [26]. W badaniu uczestniczyli pacjenci po wyłonieniu stomii i okazało się byli oni ani zadowoleni, ani niezadowoleni ze swojego życia (średnia pkt. skali SWLS 20,49) [26]. Dodatkowo 32% respondentów nie akceptowało swojej choroby, 56% prezentowało średnią akceptację, a tylko 12% w pełni ją akceptowało [26].

Kapela i wsp. [15] badali poziom satysfakcji z życia u chorych na nowotwór jelita grubego, leczonych metodą chemioterapii w szpitalu. Badacze uzyskali wyższe wyniki, niż w naszych

badaniach własnych, ponieważ satysfakcja z życia 55,8% chorych osiągała wartości 21,7 pkt. [15].

Michalak i wsp. [24] przeprowadzali badanie wśród osób ze stomią z zastosowaniem m.in. skali AIS oraz SWLS. Wyniki obrazujące satysfakcję z życia u tych pacjentów przedstawiały się następująco: 30% ankietowanych było zadowolonych ze swojego życia, 40% oceniało je jako przeciętne, a 30% charakteryzowało się niskim poziom satysfakcji z życia [24]. Dodatkowo jedna czwarta ankietowanych deklarowała, że mają trudności z przystosowaniem się do ograniczeń spowodowanych chorobą. Ogólny średni poziom akceptacji choroby wynosił 26,06 pkt, co znacznie odbiegało od wyniku uzyskanego w badaniu własnym [24].

Natomiast przeprowadzone badania przez Moczydłowską i wsp. [27] miały na celu ocenę satysfakcji z życia u pacjentów na oddziale zachowawczym oraz zabiegowym. Zarówno na oddziale zabiegowym i zachowawczym - 48% pacjentów przejawiało wysoką satysfakcję z życia. Z kolei 31% pacjentów leczonych na oddziale zachowawczym nie miało jednoznacznego zdania co do satysfakcji z własnego życia, a 17,3% badanych uznało, że są niezadowoleni ze swojego życia (poniżej 20 pkt. wg skali SWLS) [27]. Natomiast na oddziale zabiegowym 25,3% ankietowanych wykazywało przeciętne zadowolenie ze swojego życia, a 19,3% pacjentów było niezadowolonych ze swojego życia [27].

Badania przeprowadzone przez Stadnicką i wsp. [28] miały na celu przedstawienie satysfakcji z życia u pacjentek po histerektomii za pomocą kwestionariusza LISAT-11, który ocenia satysfakcję z życia w 10 domenach. W badaniach autorzy udowodnili, że histerektomia powoduje, że kobiety oceniają swoją satysfakcję z życia na poziomie średnim, wskazując raczej zadowolenie w większości domen z życia [28]. Jednakże interesujący jest fakt, że kobiety, które przebyły histerektomię z powodu nowotworu wykazywały niższy stopień satysfakcji z życia w wielu domenach, niż kobiety, które przeszły daną operację z przyczyn łagodnych zmian ginekologicznych [28].

Na podstawie przeprowadzonej analizy nie wykazano zależności istotnie statystycznie określającej związek płci z satysfakcją z życia. Podobne wyniki uzyskała Kapela i wsp. [15] oraz Abramowicz i Kupcewicz [20]. Natomiast Glińska i wsp. [25] mieli inne spostrzeżenia i stwierdzili, że mężczyźni wykazywali większe zadowolenie ze swojego życia niż kobiety. Natomiast Rogowska i wsp. [26] wykazały, że płeć miała istotny wpływ na odczuwanie satysfakcji z życia - kobiety bowiem były mniej zadowolone z życia niż mężczyźni [26].

Analizując wyniki badań własnych wykazano, że pacjenci leczeni na oddziale chirurgii onkologicznej należą do osób niezadowolonych ze swojego życia. Powodem niskiej satysfakcji

z życia u tych pacjentów może być fakt wyłonienia stomii, ponieważ najczęstszą przeprowadzaną operacją na tym oddziale była przednia resekcja odbytnicy z wyprowadzeniem stomii.

Satysfakcja z życia jest jednym z komponentów jakości życia. Jabłońska i Drabik [29] w swojej pracy opisują, że *„jakość życia po przedniej resekcji odbytnicy, a zwłaszcza niskiej przedniej nie jest zadowalająca (...)"*[29]. Od momentu rozpoznania nowotworu oraz przeprowadzenia zabiegu, jakość życia u chorych stopniowo pogarsza się [28,30]. Okres po wyłonieniu stomii - to satysfakcja na najniższym poziomie, która następnie ulega nieznaczniej poprawie, jednak dalej nie jest na poziomie, który zadowala chorego [30]. Gastecka i wsp. [31] wykonali przegląd piśmiennictwa na temat jakości życia pacjentów z wyłonioną stomią w wyniku leczenia chorób nowotworowych. Badacze w swoich rozważaniach udowodnili, że zmieniona fizjologia wypróżnień powoduje obniżenie poczucia wartości chorego oraz jego samoocenę. Dodatkowo badacze dowiedli, że wyłonienie stomii powoduje trudności w zaakceptowaniu własnego ciała [32].

W literaturze przedmiotu stwierdza się, że u pacjentów po leczeniu chirurgicznym, u których została wyłoniona stomia występuje lęk i obawa przed brakiem akceptacji ze strony partnera oraz rodziny [29,31]. W związku z tym chorzy ograniczają swoją aktywność społeczną, zawodową oraz seksualną. Przyczyną unikania kontaktów z innymi jest także stres, strach oraz niepewność, że w każdej chwili treść jelitowa oraz gazy mogą wyciec z worka [31,33]. Niska satysfakcja z życia powoduje ból oraz cierpienie, ale także obniża jakość życia pacjenta onkologicznego [31,33]. Pacjenci często doświadczają smutku oraz żalu spowodowanego własnym stanem zdrowia [31,33].

Mimo że przed zachorowaniem pacjenci mogli czerpać satysfakcję z własnego życia choroba powoduje, że ich zadowolenie z życia obniża się. W ocenie satysfakcji z życia u chorych onkologicznie ma także wpływ zastosowane leczenie. W przypadku leczenia operacyjnego nowotworów przewodu pokarmowego może zostać wyłoniona stomia, która jest często jedynym ratunkiem dla pacjenta, jednakże wiąże się z okaleczeniem ciała [33]. Tak jak opisuje Nowicki i wsp. [33] sam zabieg operacyjny wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań, a szczególne znaczenie mają operacje z wyłonieniem kolostomii [33]. W badaniach własnych udowodniono, że satysfakcja z życia pacjentów leczonych na oddziale chirurgii jest na niskim poziomie. Możliwą przyczyną odczuwania niskiego zadowolenia z życia jest sam proces nowotworowy, zabieg chirurgiczny lub obawa przed życiem ze stomią.

W ocenie jakości życia u chorych onkologicznie znaczenie ma występowanie objawów wynikających z choroby nowotworowej [34]. Najczęstszymi objawami jest ból, zmęczenie,

nudności i wymioty oraz zaburzenia snu [34]. Kulpa i Stypuła Ciuba [34] podaje, że ból odczuwa 50% chorych, a w zaawansowanym etapie choroby aż 75%. Obecność bólu nowotworowego powoduje negatywne skutki w fizycznym oraz psychicznym funkcjonowaniu pacjenta, co może wiązać się z rozrostem samego guza lub występowaniem przerzutów do innych narządów [34] Obecność bólu może być też konsekwencją zastosowanej terapii przeciwnowotworowej (chemioterapia, radioterapia lub zabieg operacyjny) [34]. U chorych na nowotwór leczonych na oddziale chirurgii ból może wynikać z przebytego zabiegu operacyjnego lub samego procesu nowotworowego [34].

Wyniki niniejszej pracy wykazują, że myśl o operacji (49%) i ból pooperacyjny (44%) najczęściej wpływały na ogólny nastrój pacjentów chirurgii onkologicznej w Białostockim Centrum Onkologii. Według 17% pacjentów oba te czynniki wpływały również na jakość snu chorych. Natomiast 32% chorych uważało, że ból pooperacyjny miał wpływ na codzienne funkcjonowanie.

Pacjenci z chorobami nowotworowymi z reguły przystosowują się do życia z chorobą, leczenia oraz występującego stresu, stąd często dochodzi do rozwoju depresji lub zaburzeń lękowych [35,36,37]. Ból jest jednym z uciążliwych objawów, który stanowi przyczynę lęku przed rozwojem choroby onkologicznej [35]. Ferenc i wsp. [37]. przeprowadzili badanie z zastosowaniem m.in. skali oceny bólu wg Headley, która pozwala ocenić, w jaki sposób ból zaburza funkcjonowanie w życiu codziennym. W badaniu uczestniczyły kobiety z chorobą nowotworową piersi. Stwierdzono, że 41,60% kobiet wykazywało, że odczuwany ból jest związany z leczeniem (ból po zabiegu), 44% respondentek uważało, że jest związany z rozpoznaniem choroby, a u 14,4% ból był konsekwencją choroby [37]. Autorki w badaniach dowiodły, że respondentki, które doświadczały dolegliwości bólowych i budziły się podczas snu miały częściej ciężkie objawy depresji niż kobiety, które miały normalny sen, trudności z zasypianiem lub chorowały na bezsenność. Zespół badaczy udowodnił, że istnieje zależność pomiędzy wpływem bólu na codzienne funkcjonowanie a nasileniem objawów depresji [37].

Lewandowska i wsp. [38] przeprowadzili badania wśród pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową, których celem było określenie jakości życia pacjentów w trakcie terapii przeciwbólowej z powodu choroby nowotworowej [38]. 43% ankietowanych uważało, że ból wpływa na ich jakość życia w średnim stopniu, 26% - że w dużym stopniu, a 31% - że w niskim. Badani wykazywali, że ból najczęściej powoduje u nich smutek oraz przygnębienie, a wszyscy badani odczuwali lęk przed bólem [38]. Natomiast Komendarek- Kowalska [35] przeprowadziła badanie, w którym udział wzięło 71 pacjentów chorujących na nowotwór, będących pod opieką

poradni. 42% badanych deklarowało brak bólu nowotworowego. Ból łagodny zgłosiło 36% pacjentów, a ból umiarkowany 14% badanych. Natomiast silny ból występował u 8% chorych, jednak żaden pacjent nie zgłosił bólu tak silnego, który był nie do wytrzymania [35].

Analizując badania Gawlik oraz Kurpas [39], przeprowadzone wśród pacjentów będących pod opieką zespołu domowej opieki paliatywnej wywnioskowano, że dolegliwości bólowe ograniczają codzienne funkcjonowanie chorych. Największe trudności występowały w wykonywaniu prac domowych oraz w zdolności w poruszaniu się [39].

Kapela i wsp. [15] przeprowadziła analizę wpływu najczęstszych objawów choroby nowotworowej, czyli ból, zmęczenie oraz nudności na poziom akceptacji choroby, satysfakcji z życia oraz styl zmagania się z chorobą. Badacze udowodnili, że ból istotnie wpływa na satysfakcję z życia u chorych. Pacjenci zgłaszający duży stopień dolegliwości bólowych charakteryzują się niskim poziomem satysfakcji z życia. Stwierdzono, że im był wyższy stopień dolegliwości bólowych, tym niższy poziom na skali satysfakcji z życia [15].

W badaniach własnych 32% pacjentów chirurgii onkologicznej wykazywało, że ból wpływa na ich codzienne funkcjonowanie. Podobne wyniki uzyskali Szczudłowski i Płaszewska-Żywko [40]. Badacze opisywali, że wykonywanie czynności dnia codziennego, takie jak: sen, toaleta ciała, spożywanie posiłków oraz przemieszczanie się są ograniczone poprzez występowanie bólu, najbardziej w pierwszych 3. dobach po operacji [40]. ¼ ankietowanych deklarowała, że ból wpływał na sen w sposób wpływ na jakość snu.

Szczudłowski i Płaszewska-Żywko [40] opisują także, że ból pooperacyjny powstaje w wyniku naruszenia ciągłości tkanek i przyczynia się do rozwinięcia procesów patofizjologicznych. Leczenie bólu, które nie uśmierza dolegliwości bólowych, wywołuje cierpienie fizyczne oraz emocjonalne pacjenta. Dodatkowo, powoduje zwiększenie ryzyka wystąpienia powikłań pooperacyjnych, wydłużenie czasu hospitalizacji oraz zwiększenie kosztów leczenia. W związku z tym bardzo ważnym aspektem w leczeniu operacyjnym u chorych na nowotwór jest uśmierzanie w bólu [40]. Z badań własnych wynika, że u 85% pacjentów chirurgii onkologicznej zastosowano leczenie przeciwbólowe .

Podsumowując, dolegliwości bólowe u chorych na nowotwór mogą być wynikiem procesu nowotworowego lub zastosowanej terapii. Ból powoduje ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, a nieodpowiednie leczenie dolegliwości bólowych po zabiegu operacyjnym zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych oraz wpływa na dłuższy okres rekonwalescencji chorego.

Poczucie samotności lub osamotnienia może wystąpić u każdego człowieka – zdrowego

oraz chorego. Odczuwanie tych emocji oraz radzenie sobie z nimi w głównej mierze zależy od stanu psychicznego człowieka. W literaturze przedmiotu opisuje się, że samotność wiąże się z subiektywnym odczuwaniem więzi społecznych oraz ich ocenie [41-45]. Człowiek jest bowiem istotą ludzką i potrzebuje kontaktu z innymi [46], co ma istotny wpływ na poczucie dobrej jakości życia przez chorego [8,47].

Doświadczanie samotności lub osamotnienia może być wynikiem nieracjonalnego postrzegania własnej osoby oraz brakiem lub niedostateczną liczbą relacji międzyludzkich [41-46]. Kornaszewska-Polak opisuje, że *„poczucie osamotnienia jest przykrym, niepożądanym doznaniem, które nie pozwala na czerpanie radości z życia, niweluje odczuwanie szczęścia oraz znacząco obniża jakość życia (...)”* [48].

Na podstawie przeprowadzonego badania własnego, w którym zastosowano 11. stopniową skalę poczucia samotności De Jong Gierveld można stwierdzić, że pacjenci chirurgii onkologicznej wykazują przeciętny stopień poczucia samotności, gdyż uzyskano ogólny wynik równy 28,05 pkt. na 55 możliwych do uzyskania. Nieco niższe wyniki uzyskał Nowicki i wsp. [41], oceniając poczucie samotności u osób powyżej 65. roku życia oraz jej wpływ na jakość życia. Średni wynik poczucia samotności wynosił 26,62 pkt. na 55 możliwych do uzyskania. Stwierdzili także, że poziom poczucia samotności istotnie korelował z jakością życia badanych - im wyższy był poziom poczucia samotności, tym niższa była ocena jakości życia [41].

Przeprowadzone badania przez Zalewską-Puchałę i wsp. [49] wśród starszych osób leczonych w szpitalu miały na celu ocenić poczucie osamotnienia. Respondenci uczestniczący w badaniu uzyskali średnik wynik na skali poczucia samotności De Jong Giervels i Kamphuis wynoszący 31,8. pkt, co znacznie odbiega od wyniku uzyskanego w badaniu własnym [49].

Kornaszewska – Polak i wsp. [48] określali poziomu poczucia samotności w bliskich związkach przez pacjentów z przewlekłymi schorzeniami płuc. Zespół badaczy zastosowali Skalę Osamotnienia DLS (*Differential Loneliness Scale* – wersja Nonstudent) N. Schmidta i V. Sermata służącą do samooceny poczucia osamotnienia i braku satysfakcji w różnych relacjach dyssatysfakcji u pacjentów [48]. Wyniki badania pokazały, że 64% ankietowanych pacjentów miało niski poziom osamotnienia, 32% doświadczało osamotnienia w stopniu umiarkowanym, a tylko 4% nie czuło się osamotnionymi. Badacze udowodnili, że osamotnienie było doświadczane w różnych rodzajach relacji międzyludzkich. Jednak największe poczucie osamotnienia było odczuwane w bliskich związkach, które stwierdzało 53% pacjentów [48].

Bidzan M. i wsp. [50] przeprowadzili badanie, których celem była ocena poczucia osamotnienia wśród kobiet leczonych z powodu niepłodności w porównaniu z kobietami, których

problemy prokreacyjne nie dotykają. Badacze zastosowali inną skalę do oceny poczucia samotności – Skalę Poczucia Samotności UCLA Russel, Peplau i Cythron [50]. Badacze udowodnili, że kobiety, które leczą się z powodu niepłodności nie różnią się istotnie w poczuciu osamotnienia od kobiet, których nie dotykają problemy prokreacyjne [50].

Za pomocą skali UCLA Loneliness przeprowadzono badanie wśród 81 kobiet chorujących na nowotwór piersi, poddanych mastektomii z rekonstrukcją piersi lub bez [51]. Celem badania było znalezienie związku pomiędzy stanem psychicznym, samotnością oraz postrzeganiem choroby a jakością życia u młodych pacjentek z rakiem piersi. W badaniu wykazano, że pacjentki chorujące na nowotwór piersi bez wykonanej rekonstrukcji piersi zgłaszały większe poczucie samotności [52]. Dodatkowo jakość życia była wyższa u kobiet po przeprowadzonej rekonstrukcji piersi, niż u kobiet, u których taki zabieg nie był wykonany. Stwierdzono, że niski poziom poczucia samotności wiązał się w wyższą jakością życia oraz niższym poczuciem lęku [51].

Deckx i wsp [53]. przeprowadziła badania, których celem była ocena samotności u osób z nowotworem, w porównaniu z młodszymi pacjentami chorującymi na raka oraz osobami starszymi bez choroby onkologicznej. W badaniu wykazano, że starsi pacjenci chorujący na raka odczuwają mniejsze poczucie samotności, niż osoby starsze bez nowotworu oraz że starsi pacjenci z nowotworem byli mniej samotni niż ludzie, którzy nie chorowali na raka [53].

Z przeprowadzonej analizy własnej wynika, że 31% respondentów czuła, że ma zbyt ograniczony krąg przyjaciół i znajomych, 29% odczuwała brak bliskiego przyjaciela, 25% - brak towarzystwa innych ludzi, 24% - brak ludzi wokół siebie, 17% - doświadczała ogólną pustkę, a 22% czuła się odrzucona. Inny obraz badanej grupy uzyskali Zalewska – Puchała i wsp. [49]. Autorzy analizy dowiedli, że 47% chorych objętych badaniem doświadczało uczucia ogólnej pustki, 46% - brak naprawdę bliskiego przyjaciela, 44% - brak towarzystwa innych oraz poczucie bycia odrzuconym, 43% respondentów deklarowało, że ma zbyt ograniczony krąg przyjaciół i znajomych, a 42% - brak ludzi wokół siebie [49].

W badaniach własnych nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy płcią, a poczuciem osamotnienia. Podobne wyniki uzyskała Zalewska-Puchała i wsp. [49].

Nowicki i wsp. [41] również wykazali, że płeć nie wpływała istotnie statystycznie na poczucie samotności, jednak mężczyźni odczuwali wyższy jej poziom niż kobiety [41]. Inne wyniki uzyskał zespół badaczy prowadzony przez Kornaszewska – Polak i wsp. [48] stwierdzając, że mężczyźni częściej odczuwali uczucie izolacji, zwłaszcza w momencie rozpoznania choroby. Kobiety z kolei doświadczały większego wsparcia i motywacji do działania od swojego partnera. Dodatkowo 64% kobiet starało się komunikować ze swoimi partnerami, a tylko 36% mężczyzn –

rozmawiać ze swoimi partnerkami w związku [48].

Podsumowując, na ogólną jakość życia u chorych onkologicznie mają wpływ akceptacja choroby, satysfakcja z życia oraz poczucie samotności. Dodatkowo podkreśla się także rolę przystosowania psychicznego do choroby [25].

Nie można zapominać, że obecność dolegliwości somatycznych oraz negatywnych emocji u chorego tworzą problemy, które stwarzają trudności w akceptacji i przystosowaniu się do choroby. Pacjenci po zabiegach chirurgicznych, szczególnie chorzy na nowotwór wymagają wsparcia od bliskich i rodziny w akceptacji choroby oraz w walce z nią. U pacjentów występuje lęk oraz obawa przed niemożnością samodzielnego funkcjonowania oraz byciem zależnym od drugiej osoby. Nowotwór powoduje obniżenie poczucia własnej wartości oraz jakości życia chorego onkologicznie.

Wnioski

Przeprowadzone badania własne pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Pacjenci chirurgii onkologicznej wykazywali średni stopień poczucia samotności.
2. Ponad połowa chorych leczonych na oddziale chirurgii onkologicznej posiadała niskie poczucie satysfakcji z własnego życia.
3. Ponad 1/6 pacjentów zmagających się z nowotworem miała problemy z zaakceptowaniem swojej choroby oraz wiążących się z nią konsekwencji życiowych.
4. Płeć nie różnicowała poziomu poczucia samotności, poziomu satysfakcji z życia oraz stopnia akceptacji choroby wśród pacjentów oddziału chirurgii onkologicznej.

Postulat

Osoby chore na nowotwór wymagają opieki najbliższych oraz wsparcia doświadczonych psychologów w walce z chorobą.

Piśmiennictwo

1. Grygiel P., Humenny G., Rębisz S., Świtaj P., Sikorska-Grygiel J.: Validating the Polish adaptation of the 11-item De Jong Gierveld Loneliness Scale. European Journal of Psychological Assessment, 2013, 29(2), 129-139.

2. Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa, 2011.
3. Kupcewicz E.: Akceptacja choroby nowotworowej wyznacznikiem jakości życia. Przedsiębiorczość i Zarządzanie, 2013, 14, 419-431.
4. Franke E., Kupcewicz E.: Akceptacja i przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej. Przedsiębiorczość i Zarządzanie, 2014, 15, 373-387.
5. Mazurek J., Lubiecki J.: Skala akceptacji choroby i jej znaczenie w praktyce klinicznej. Polskie Towarzystwo Lekarskie, 2014, 36, 106-108.
6. Kulpa M., Owczarek K., Stypuła-Ciuba B.: Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. Medycyna Paliatywna, 2013, 5, 106-113.
7. Rębiałkowska-Stankiewicz M.: Samotność w chorobie nowotworowej – z praktyki działalności Akademii Walki z Rakiem w Toruniu. Forum Oświatowe, 2014, 1, 159-166.
8. Kozieł P., Lomper K., Uchmanowicz B., Polański J.: Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2016, 10, 28-36.
9. Kozak G.: Zróżnicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych. Anestezjologia i Ratownictwo, 2012, 6, 162-170.
10. Wiraszka G., Lelonek B.: Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. Studia medyczne,. 2008, 10, 21-26.
11. Smoleń E., Hombek K., Jarema M., Kalita K.: Czynniki warunkujące akceptację choroby u pacjentów leczonych onkologicznie. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2018, 24, 37-43.
12. Kołpa M., Wywrot-Kozłowska B., Jurkiewicz B., Grochowska A.: Czynniki determinujące akceptację i przystosowanie do choroby nowotworowej. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2015, 3, 165-195.
13. Łuczyk M, Pietraszek A., Łuczyk R., Stanisławek A., Szadowska-Szlachetka Z., Charzyńska-Gula M.: Akceptacja choroby w grupie kobiet leczonych chirurgicznie z powodu nowotworu piersi. Journal of Education, Health and Sport. 2015, 5, 569-576.
14. Lelonek B., Kaczmarczyk M.: Przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych na oddziale chirurgicznym. Studia Medyczne, 2011, 24, 45-52.
15. Kapela. I., Bąk E., Krzemińska S., Foltyn A.: Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią.

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publicznem 2017, 26, 53-61.

16. Piperek P., Młynarska A.: Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z kolostomią. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia, 2018, 7, 89-92.
17. Czerw A., Bilińska M., Deptała A.: The assessment of the impact of socio-economic factors in accepting cancer using the Acceptance of Illness Scale (AIS). Contemporary Oncology, 2016, 20, 261-265.
18. Czerw A., Religioni U., Banaś T.: Perception of cancer in patients diagnosed with the most common gastrointestinal cancers. BMC Palliative Care, 2020, 19, 144.
19. Wojtas K., Pietrasik A., Oskędra I.: Akceptacja choroby nowotworowej przez młodych dorosłych a strategie radzenia sobie – doniesienia wstępne. Problemy Pielęgniarstwa, 2017, 25, 252-256.
20. Abramowicz A., Kupcewicz E.: Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia u pacjentów leczonych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Hygeia Public Health, 2015, 5, 142-148.
21. Smoleń E., Jarema M., Hombek K., Słysz M., Kalita K.: Akceptacja i przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych onkologicznie. Problemy Pielęgniarstwa, 2018, 26, 37-43.
22. Doroszkiewicz K.: Bliskie związki a jakość życia. Psychologia jakości życia, 2008, 7(1-2), 5-18
23. Majda A., Józefowska H.: Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Problemy Pielęgniarstwa, 2009, 17(4), 283-293.
24. Michalak S., Cierzniakowska K., Banaszkiewicz Z., Szewczyk M.: Ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią jelitową. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2008, 3, 91–98.
25. Glińska J., Jaros A., Lewandowska M., Dziki Ł., Dziki A., Brosowska. B.: Ocena stopnia satysfakcji z życia u osób ze stomią jelitową w zależności od wybranych czynników demograficznych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2014, 3, 128-132.
26. Rogowska J., Krajewska-Kułak E., Kondzior D.: Przystosowanie się do życia pacjentów po wyłonieniu stomii. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2013, 2, 44-54.
27. Moczydłowska A., Krajewska-Kułak E., Kózka M., Bielski K.: Stopień satysfakcji z życia chorych hospitalizowanych na oddziała zabiegowych i zachowawczych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2014, 1, 24-34.
28. Stadnicka G., Iwanowicz-Palus G., Mazurek A., Pięta B.: Poczucie satysfakcji z życia u pacjentek po histerektomii. Ginekologia Polska, 2012, 5, 347-352.

29. Jabłońska I., Drabik U.: Charakterystyka aspektów jakości życia pacjentów z rakiem odbytnicy. Problemy Pielęgniarstwa, 2009, 17, 144-151.
30. Kędra E., Wiśniewski W.: Wybrane aspekty oceny jakości życia chorych na nowotwór jelita grubego i członków ich rodzin w świetle wyników badań własnych. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2018, 8, 33-38.
31. Gastecka A., Tarkowska M., Szeliski K., Głowacka-Mrotek I., Buhl M., Nowikiewicz T., Zegarski W., Drewa T.: Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u pacjentów z wyłonioną stomią w wyniku leczenia wybranych chorób nowotworowych – przegląd piśmiennictwa. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2019, 2, 196-202.
32. Socha B., Kutnohorska J., Zielińska M., Kowalik J., Kopański Z., Skura-Madziała A., Tabal J.: Jakość życia uwarunkowana stanem chorego. Journal od Public Health, Nursing and Medical Rescue, 2011, 2, 6-8.
33. Nowicki A., Marciniak J., Fabricka P.: Banaszkiewicz Z.: Satisfaction with life and disease acceptance by patients with a stomy related to surgical treatment of the rectal cancer – determinants of quality of life? Polski Przegląd Chirurgiczny, 2015, 87, 434–442.
34. Kulpa M., Stypuła-Ciuba B.: Ból nowotworowy i uciążliwość objawów somatycznych a jakość życia u pacjentów z chorobami nowotworowymi. Medycyna Paliatywna, 2013, 5, 171-179.
35. Komendarek-Kowalska M.: Jakość życia pacjenta z chorobą nowotworową. Ból i depresja – nasilenie objawów w zależności od płci. Medycyna Paliatywna, 2018, 10, 30-36.
36. https://podyplomie.pl/medycyna/26949,sposoby-oceny-bolu-u-pacjentow-onkologicznych?page=2 [data pobrania 30.04.2021r.]
37. Ferenc W., Kulik T., Pacian A., Krawczyk M.: Ocena bólu przez kobiety z chorobą nowotworową. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania, 2016, 19, 109-127.
38. Lewandowska A., Boguń E., Lewandowski T., Laskowska B.: Ból nowotworowy a jakość życia pacjentów. Journal of Education, Health and Sport, 2017, 7, 143-153.
39. Gawlik M., Kurpas D.: Ocena skuteczności terapii bólu i jego wpływu na codzienne funkcjonowanie pacjentów objętych domową opieką paliatywną. Family Medicine & Primary Care Review, 2015, 17, 98–102.
40. Szczudłowski B., Płaszewska-Żywko L.: Lokalizacja i natężenie bólu u chorych po zabiegach kardiochirurgicznych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2012, 4, 161-166.

41. Nowicki G., Młynarska M., Ślusarska B., Jabłuszewska K., Bartoszek A., Kocka K., Przybylska-Kuć S.: Poczucie samotności jako czynnik warunkujący jakość życia osób powyżej 65. roku życia. Medycyna Rodzinna, 2018, 2, 208-215.
42. Herman A., Ciszek P., Gortat M.: Samoocena i poczucie samotności a zadowolenie z życia u pensjonariuszy domów pomocy społecznej. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J Paedagogia-Psychologia, 2018, 31, 219-227.
43. Sendyk M.: Osamotnienie jako konsekwencja zaburzeń więzi emocjonalnych w rodzinie. Wychowanie w Rodzinie, 2011, 4, 139-150.
44. Śliwak J., Reizer U., Partyka J.: Poczucie osamotnienia a przystosowanie społeczne. Studia Socialia Cracoviensia, 2015, 7, 61–78.
45. Kosowski P., Mróz J.: Ocena komunikacji a poczucie samotności i satysfakcji z życia w czasie pandemii. Kwartalnik Naukowy 2020, 42, 214-226.
46. Golecka B.: Jakość życia pacjentek z chorobą nowotworową leczonych metodą chemioterapii. Medycyna Rodzinna 2013, 2, 35-40.
47. Szczepański J.: Indywidualność i Społeczeństwo. Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny 1988.
48. Kornaszewska-Polak M., Marcinkowska U., Skrzyńska-Rafałkowska A., Rogoziński P.: Poczucie osamotnienia wśród pacjentów z przewlekłymi schorzeniami płuc. Część 1. Poczucie osamotnienia w bliskich związkach. Hygeia Public Health 2016, 51, 215-221.
49. Zalewska-Puchała J., Kostrz M., Majda A., Kamińska A.: Poczucie samotności starszych osób. Problemy pielęgniarstwa 2015, 23, 233-238.
50. Bidzan M., Podolska M., Bidzan L., Smutek J.: Cechy osobościowe a poczucie osamotnienia kobiet leczonych z powodu niepłodności. Ginekologia Polska 2011, 82, 508-513.
51. Fanakidou I., Zyga S., Alikari V., Tsironi M., Stathoulis J., Theofilou P.: Mental health, loneliness, and illness perception outcomes in quality of life among young breast cancer patients after mastectomy: the role of breast reconstruction.. Quality of Life Research 2018, 27, 539–543.
52. Fanakidou I., Zyga S., Alikari V., Tsironi M., Stathoulis J., Theofilou P.: Mental health, loneliness, and illness perception outcomes in quality of life among young breast cancer patients after mastectomy: the role of breast reconstruction.. Quality of Life Research 2018, 27: 539–543.

53. DeckX L., Akker M., Driel M., Bulens P., Abbema D., Tjan-Heijnen V., Kenis C., de Jonge E., Houben B., Buntix F.: Loneliness in patients with cancer: the first year after cancer diagnosis. Psycho-Oncology 2015, 24, 1521-1528.

Postrzeganie osób z zaburzeniami mowy przez respondentów z Polski na przykładzie pacjentki z dysartrią móżdżkową

Monika Nowak, Aleksandra Snopkowska, Magdalena Mroziak, Marta Grelowska, Dawid Falkowski

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Neurologii, opiekun dr n. med. Marta Nowakowska-Kotas**,** Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Wstęp

Móżdżek (łac. *cerebellum*) to osiowy narząd będący częścią mózgowia, związany rozwojowo z tyłomózgowiem (łac. *metencephalon*), umiejscowiony podnamiotowo w tylnym dole czaszki [1]. Jego funkcjami są: koordynacja i precyzja ruchów dowolnych, utrzymywanie i stabilizacja postawy ciała, zapewnienie odpowiedniego napięcia mięśniowego. Narząd uczestniczy w rozpoczynaniu i przebiegu ruchów prostych i złożonych, nauce nowych ruchów oraz w wykorzystaniu wyuczonych wzorców ruchowych do wykonywania nowych czynności i zadań [2]. Ponadto wykazano udział móżdżku w regulacji sprawności poznawczej, kontroli procesów językowych oraz istotną rolę w patogenezie chorób, takich jak schizofrenia oraz autyzm. Zaburzenia zachowania związane z uszkodzeniem móżdżku określa się jako móżdżkowy zespół poznawczo-emocjonalny(ang. *cerebellar cognitive affective syndrome*) [3].

Zaburzenia związane z uszkodzeniem móżdżku objawiają się głównie jako zaburzenia postawy, chodu oraz koordynacji celowych ruchów dotyczącymi znacznej grupy mięśni tułowia, kończyn, gałkoruchowych, a także odpowiedzialnych za połykanie i zdolność artykulacji [2]. Ze względu na podwójne krzyżowanie się dróg móżdżkowych objawy uszkodzenia półkul móżdżku występują homolateralnie (po stronie uszkodzenia). Skutkiem zaburzeń funkcji móżdżku jest zespół objawów zwany zespołem móżdżkowym (ang. *cerebellar syndrome*), na który składają się [1]:

- Asynergia tułowia
- Dysartria móżdżkowa - tzw. mowa skandowana
- Dysgrafia - pisanie powiększonych liter

- Hipotonia mięśniowa
- Niesymetryczne zbaczanie kończyny górnej - przy próbie mijania kończyna górna odchyla się na zewnątrz po stronie uszkodzonej półkuli móżdżku
- Niezborność kończyn - ataksja móżdżkowa
- Objaw z odbicia - brak możliwości natychmiastowego zahamowania rozpoczętego ruchu
- Oczopląs poziomy
- Odruchy wahadłowe - po wykonaniu odruchu kolanowego otrzymujemy kilka patologicznych wahadłowych wychyleń kończyny dolnej
- Zaburzenia chodu - chód na szerokiej podstawie
- Zaburzenia równowagi - w próbie Romberga opadanie w stronę uszkodzonej półkuli lub do tyłu przy uszkodzonym robaku móżdżku.

Wśród przyczyn, uwzględniając przebieg kliniczny choroby, zespołu móżdżkowego można wyróżnić [4]:

Tabela 1. Przyczyny zespołu móżdżkowego z podziałem według przebiegu klinicznego

Ostre zespoły móżdżkowe	**Przewlekłe zespoły móżdżkowe**
Zatrucie alkoholem	Choroba Wilsona
Choroby zapalne	Alkoholowe zwyrodnienie móżdżku
Niedokrwienie móżdżku	Guz tylnej jamy czaszki
Krwotok do móżdżku	Choroby prionowe
Encefalopatia Wernickiego	Niedoczynność tarczycy
Zatrucie lekami przeciwpadaczkowymi	Paranowotworowe zwyrodnienie móżdżku
Urazy głowy	Wady wrodzone tylnej jamy czaszki
	Stwardnienie rozsiane
	Dziedziczne ataksje móżdżkowe

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: [4]

Wstępne rozpoznanie zespołu móżdżkowego ustala się głównie na podstawie badania neurologicznego, które ujawnia typowe objawy zaburzeń funkcji móżdżku [5].

Deficyt sprawności pacjenta ocenia się na podstawie skal ICARS (ang. *International Cooperative Ataxia Rating Scale*), SARA (ang. *Scale for the Assessment and Rating of Ataxia*) oraz BARS (ang. *Brief Ataxia Rating Scale*). Początkową ocenę kliniczną dopełniają testy neuropsychologiczne [5].

W celu potwierdzenia diagnozy oraz wykrycia dokładnej przyczyny zespołu wykonuje się badania obrazowe (MRI/CT), laboratoryjne (morfologia, elektrolity, hormony tarczycy, poziom witaminy B1) oraz w przypadku niewykrycia innej przyczyny badanie genetyczne [6].

Postępowanie lecznicze, w zależności od etiologii oraz stopnia uszkodzenia móżdżku, polega na usunięciu przyczyny uszkodzenia o ile jest to możliwe (m.in. detoksykacja, wyrównanie niedoborów witaminy B1, leczenie niedoczynności tarczycy) oraz na postępowaniu objawowym, do którego zalicza się rehabilitację, terapie neuromodulacyjne i łagodzenie negatywnych skutków choroby [7].

Jednym z istotnych objawów uszkodzenia móżdżku może być właśnie dysartria móżdżkowa – opisywana jako mowa wybuchowa, z przypadkowym rozłożeniem akcentów (mowa skandowana), źle artykułowana (“zamazana”) i spowolniała [1].

Ludzie cierpiący na to schorzenie mogą sami ograniczać kontakt z rodziną i znajomymi, ponieważ wstydzą się sposobu, w jaki mówią. Potrzebują więcej czasu, aby uformować całe zdanie lub nawet jego fragmenty.

Także społeczeństwo może postrzegać osoby z zaburzeniami mowy w sposób negatywny, nie łącząc sposobu mówienia z chorobą, która jest przecież niezależna od chorego i przez to nie okazując empatii czy zrozumienia.

Zdarza się, że osoby z dysartrią są odbierane jako osoby upośledzone umysłowo lub jako osoby będące pod wpływem alkoholu, ponieważ ich mowa jest często niezrozumiała.

Cel pracy

Ocena i analiza społecznego odbioru głosu osoby z zespołem móżdżkowym w przebiegu zespołu paranowotworowego.

Materiał i metody

Badanie miało na celu pozyskanie informacji określających stosunek społeczeństwa do nagranego głosu osoby z zespołem móżdżkowym. Wzięło w nim udział 213 respondentów. Zostali oni pozyskani wśród losowej zbiorowości internautów korzystających z różnych portali społecznościowych. Ponad 75% należało do przedziału wiekowego 18-25 lat. Kobiety stanowiły 66% ogółu. Zdecydowana większość ankietowanych posiadała wykształcenie średnie lub wyższe, natomiast tylko 13% z nich wykonywało zawód medyczny. Ankieta została udostępniona i rozpowszechniona internetowo w formie elektronicznego autorskiego kwestionariusza.

Kwestionariusz składał się z 16 pytań i został podzielony na 4 główne części: metryczkę, nagranie głosowe, badanie postrzegania oraz badanie wiedzy respondentów o istnieniu zespołu móżdżkowego.

W części pierwszej znalazły się pytania o podstawowe dane demograficzne, takie jak: płeć, wiek, rodzaj wykształcenia, rodzaj wykonywanego zawodu oraz miejsce zamieszkania.

W części drugiej znalazło się nagranie urywków rozmowy z pacjentką, na które składała się luźna wypowiedź oraz przeczytane fragmenty książki. Pacjentka – kobieta 51-letnia, z wykształceniem zawodowym, rencistka z ustalonym rozpoznaniem guza jajnika, w przebiegu którego rozwinął się zespół paranowotworowy w postaci zespołu móżdżkowego udzieliła zgody na nagranie głosu.

W trzeciej części, która miała na celu określenie postrzegania pacjentki przez respondentów, zostały zbadane pierwsze odczucia ankietowanych po usłyszeniu nagrania, uczucia mogące im towarzyszyć długoterminowo po odbyciu rozmowy z taką osobą, ocena możliwości zatrudnienia, prawdopodobny stopień wykształcenia oraz ogólne wyobrażenie o pacjentce.

Ankietowani nie zostali uprzednio poinformowani o chorobie nagranej kobiety, dlatego w ostatniej części formularza zostali poproszeni również o scharakteryzowanie możliwej przyczyny słyszalnych objawów pacjentki. Sprawdzona została wiedza na temat zespołu móżdżkowego oraz popularność tego zjawiska. Na koniec ankietowani zostali poproszeni również o ocenę umiejętności samodzielnego funkcjonowania pacjentki tylko i wyłącznie na podstawie jej głosu, bez zobaczenia jej.

Wyniki zostały opracowane przy pomocy programu Microsoft Excel oraz Statistica 13.1 (StatSoft Polska).

Wyniki

Respondenci od razu po wysłuchaniu nagrania mogli określić swoje pierwsze wrażenia. Najczęściej badani stwierdzali, że głos należy do osoby chorej (15%) lub do osoby pod wpływem alkoholu (9%). Badani skarżyli się także na trudności ze zrozumieniem wypowiedzi (31%). Odczucia, jakie towarzyszyły badanym to zdziwienie (10%), współczucie (5%), dyskomfort (3%) oraz smutek (2%). Pacjentka została także określona jako osoba starsza (3%).

Ankietowani mężczyźni (47%) znacznie częściej niż kobiety (29%) zgłaszali niechęć, irytację czy też rozbawienie po usłyszeniu wypowiedzi.

Według respondentów największymi problemami, jakie stwarzałaby dłuższa rozmowa z osobą z nagrania to brak zrozumienia sensu wypowiedzi (91%) oraz poczucie dyskomfortu (51%). Ponadto dość często badani wymieniali uczucie smutku (33%), niechęci (18%), irytacji (15%) oraz lęku (12%).

Według badania osoby wykonujące zawód medyczny prawie cztery razy częściej zgłaszały dyskomfort w kontakcie z pacjentką niż osoby pracujące w zawodach niemedycznych.

Także respondenci mieszkający w większych miastach znacznie częściej zgłaszali uczucie niechęci i irytacji niż mieszkańcy mniejszych miast i wsi.

Ankietowani w średnim wieku w znacznie mniejszym stopniu niż pozostali wskazywali dyskomfort słuchając osoby chorej. Natomiast osoby z wykształceniem wyższym w większym stopniu od osób z innym wykształceniem reagowały smutkiem po odsłuchaniu rozmowy, podczas gdy żaden z respondentów należących do młodzieży do 18. r.ż. nie zgłosił uczucia smutku.

Ankietowani zostali również poproszeni o ocenienie poziomu wykształcenia osoby wypowiadającej się na nagraniu. Najczęściej padającymi odpowiedziami było wykształcenie podstawowe i średnie. Wśród "innych" blisko połowa osób zwróciła uwagę na fakt, że osoba wypowiadająca się może mieć każde z wymienionych poziomów wykształcenia. Z kolei 45% osób z grupy zaznaczającej “inne” zwraca uwagę na fakt, że potrzeba więcej danych na temat tej osoby i że sposób mówienia może nie mieć korelacji z poziomem inteligencji i wykształceniem.

W grupie wiekowej poniżej 18. r.ż. ani jedna osoba nie uważa, że pacjentka może mieć wykształcenie wyższe. Im starsza grupa wiekowa tym większy procent ankietowanych udziela

odpowiedzi “średnie” lub “wyższe”. Wśród najmłodszej grupy wiekowej jedynie 28,6% udzieliła powyższych odpowiedzi, natomiast w najstarszej grupie wiekowej aż 62,5%.

Z kolei przy ocenie możliwości osoby wypowiadającej się na nagraniu blisko połowa osób zarówno w populacji ogólnej, jak i wśród osób wykonujących zawód medyczny jako możliwe zatrudnienie wymieniali pracę fizyczną. Procent osób, które jako jedyny warunek dały brak kontaktu z klientem to wśród populacji ogólnej 21,3%, a wśród osób reprezentujących zawód medyczny 13,8%. Natomiast procent osób wśród tych grup, które w swojej odpowiedzi zawarły stwierdzenie "praca bez konieczności rozmowy z klientem" lub temu określeniu odpowiadające to odpowiednio 33% i 20,7%.

Również jedno z pytań, które zostało zadane respondentom miało na celu zbadanie ich zachowania po przybyciu do salonu fryzjerskiego, w którym osobą wykonującą usługę jest kobieta z nagrania. Zabieg ten miał na celu określić, jak sposób wypowiedzi wpłynie na ich decyzję dotyczącą skorzystania, czy też rezygnacji z usługi. Zawód fryzjerki został wybrany nieprzypadkowo, ponieważ jest to praca, która wymaga kontaktu i współpracy z klientem, bezproblemowej komunikacji oraz w pewnym stopniu zaufania ze strony klienta.

Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że liczba osób w populacji ogólnej, które decydują się zostać w salonie fryzjerskim przewyższa prawie trzykrotnie liczbę osób, które rezygnują.

Wśród osób pracujących w zawodzie medycznym prawie 6 razy więcej osób decyduje się zostać niż zrezygnować.

Wśród osób wykonujących zawód medyczny większy odsetek dokonuje wyboru o pozostaniu, niż ma to miejsce w populacji ogólnej.

Duża część osób zwróciła uwagę na fakt, że sposób mówienia niekoniecznie wiąże się z brakiem umiejętności manualnych.

U prawie ⅕ osób, które zdecydowały się pozostać za decyzje odpowiedzialne były emocje, takie jak wstyd przed wyjściem lub szacunek wobec fryzjerki.

Ponad połowa osób rezygnujących, jako powód rezygnacji podała problem z komunikacją mogący skutkować brakiem zrozumienia potrzeb i oczekiwań klienta oraz wątpliwości co do umiejętności i kwalifikacji fryzjerki.

W ostatniej części badania ankietowego, do której respondenci mieli dostęp dopiero po udzieleniu wcześniejszych odpowiedzi, znalazły się pytania dotyczące objawów samego zespołu powstającego w przebiegu uszkodzenia móżdżku. Ponad 75% ankietowanych nie

słyszała o zespole móżdżkowym, z czego co dziesiąta wykonuje zawód medyczny. Ponadto, największy odsetek (82%) osób nieznających tego schorzenia mieszka w największych miastach Polski.

Respondenci, którzy zadeklarowali wcześniej znajomość określenia "zespół móżdżkowy" mogli wykazać się wiedzą na temat jego przyczyn. Polecenie zostało wykonane poprawnie w 95%. Pozostałe 5% ankietowanych nie podjęła się zadania.

W większości ankietowani zdawali sobie sprawę z trudności przywrócenia stanu pacjentki do stanu prawidłowego, gdyż tylko 0,5% określiło zaburzenia jako w pełni odwracalne. Dominowały stanowiska, że objawy zespołu móżdżkowego mogą częściowo ustąpić lub jest to stan prawie lub całkowicie nieodwracalny.

Podczas oceny stopnia samodzielności pacjentki znacząca większość ankietowanych uznała pacjentkę za całkowicie zdolną do samodzielności (42%) lub jako potrzebującą niewielkiej pomocy w codziennym funkcjonowaniu (41%).

Dyskusja

Zgodnie z definicją przedstawioną w Narodowej Strategii Integracji Społecznej wykluczenie społeczne jest to "*brak lub ograniczenie możliwości uczestnictwa, wpływania i korzystania z podstawowych instytucji publicznych i rynków, które powinny być dostępne dla wszystkich, a w szczególności dla osób ubogich*" [8]. Aby zmniejszyć stopień wykluczenia należy rozważyć kilka sfer życiowych osób z mową skandowaną. P. Huxley i współpracownicy (2006) przedstawili Indeks Inkluzji Społecznej zawierający wskaźniki, do których należą m. in. aktywność rodzinna, społeczna, zawodowa, dochód i czas wolny. Poprawianie konkretnych wskaźników podwyższa Indeks Inkluzji Społecznej. Pokazuje to, jak ważne jest wspomaganie osób wykluczonych społecznie wielopłaszczyznowo [9].

Wykluczenie społeczne osób z zespołem móżdżkowym jest szczególnie widoczne w kontekście rynku pracy. Co trzecia osoba wśród respondentów w naszym badaniu odpowiedziała, że osoba chora może znaleźć pracę jedynie bez kontaktu z drugim człowiekiem. Pokazuje to skalę problemu. Praca jest formą realizacji osobistej, zaspokaja potrzeby wyższego rzędu. Ponadto zabezpiecza potrzeby egzystencjalne [10]. Umożliwienie osobom chorym zatrudnienia zapewni im poczucie przynależności do społeczeństwa i wypełni ich potrzebę samorealizacji [11]. Dostosowana do ich możliwości praca będzie źródłem utrzymania,

sposobem na utrzymanie kontaktów międzyludzkich. W związku z tym należałoby promować wśród pracodawców zatrudnianie osób z niepełnosprawnością. Ponadto zapewnienie osobom z zespołem móżdżkowym dostępu do różnego rodzaju kursów i szkoleń mogłoby podnieść ich kwalifikacje i zwiększyć prawdopodobieństwo znalezienia zatrudnienia.

Ze względu na to, że ponad połowa osób ankietowanych zgłaszała dyskomfort po wysłuchaniu nagrania należy zastanowić się nad zjawiskiem uprzedzeń w stosunku do osób z zespołem móżdżkowym. Uprzedzenia, rozumiane jako nieuzasadniony, negatywny stosunek do kogoś lub czegoś [12] stanowią bowiem istotny problem w życiu osób chorych. Ważne też jest to, iż obecnie w dobie pandemii, gdzie coraz więcej spraw jest załatwianych "zdalnie" sytuacja pacjentów neurologicznych, jak to wykazano na przykładzie zespołu móżdżkowego, staje się wyjątkowo niekorzystna. Znaczna część respondentów deklaruje niechęć do kontynuowania rozmowy z osobą chorą, powołując się na problemy ze zrozumieniem jej słów, co może być dodatkowo nasilone przez komunikatory internetowe i telefony komórkowe.

Edukację w zakresie uprzedzeń należałoby rozpocząć już od najmłodszych lat. Na odpowiednim etapie edukacji można pomyśleć o wizytach uczniów w punktach pomocy społecznej, aby mieli szansę zetknąć się z niepełnosprawnością i chorobą. Uwrażliwiłoby to młodych ludzi na potrzeby osób chorych i pokazało, że nie należy się ich bać. Ponadto w kontekście mowy skandowanej, a także innych zaburzeń mowy, dużą zmianę mogłyby zrobić zajęcia z logopedą. Przybliżenie dzieciom różnego rodzaju zaburzeń mowy mogłoby się przyczynić do akceptacji rówieśników z tego typu problemami, ale również przyczyniłoby się do zmniejszenia uprzedzeń do osób z mową skandowaną w życiu dorosłym.

Warto zauważyć, że już na podstawie głosu ludzie nabierają pewnych przekonań, które mogą utrudniać pacjentom funkcjonowanie w społeczeństwie. Na szczęście spora część osób uważa, że sposób mówienia niekoniecznie wiąże się z brakiem umiejętności manualnych. Ponadto prawie 15% respondentów zaznacza, że według nich sposób mówienia niekoniecznie koreluje z poziomem inteligencji i wykształceniem.

Duże znaczenie dla poczucia przynależności osób niepełnosprawnych do społeczeństwa mają grupy samopomocowe. Są to struktury dobrowolnie zrzeszające ludzi z podobnymi problemami i z podobnymi wyzwaniami dnia codziennego. Celem jest wspólne pokonywanie problemów i osiąganie zmian społecznych. Istotną część w działalności grup stanowi edukacja społeczeństwa oraz wpływ na kształtowanie świadomości społecznej [13]. Grupa samopomocy dla osób z zespołem móżdżkowym mogłaby zajmować się wsparciem w zakresie szukania

pracy, organizacją kursów podnoszących kwalifikacje, a także edukacją społeczeństwa w zakresie przyczyn i skutków choroby, która ich dotknęła. Ponadto w ramach tej grupy można by rozwijać zainteresowania i organizować czas wolny.

Równie istotne jest wsparcie ze strony rodziny i rozbudowywanie sieci społecznej. Budowanie kontaktów z innymi, tzw. "wychodzenie do ludzi", funkcjonowanie w przestrzeni publicznej przybliży społeczeństwu wizerunek osoby z zespołem móżdżkowym i pozwoli na istotne zmniejszenie wykluczenia i stygmatyzacji, zwłaszcza w środowiskach lokalnych osób chorych. Osoba z zespołem móżdżkowym nie będzie już budzić strachu i uprzedzeń, a przez zapewnienie zatrudnienia stanie się w wielu aspektach samowystarczalna.

Wnioski

Uzyskane wyniki pozwoliły nam wyciągnąć wniosek, iż wiedza o zespole móżdżkowym w społeczeństwie jest stosunkowo mała. Ponadto ponad połowa ankietowanych wykonujących zawód medyczny nigdy nie słyszała o zespole móżdżkowym. Brak wiedzy na temat zespołu móżdżkowego występuje zarówno wśród osób mieszkających w największych miastach w Polsce, jak i na wsiach. Nie ma natomiast istotnych zależności między poziomem wykształcenia a wiedzą na ten temat.

O braku podstawowej wiedzy na temat zespołu móżdżkowego świadczy także fakt, iż znacząca większość ankietowanych uważa, że pacjentka jest w stanie całkowicie lub z niewielką pomocą funkcjonować samodzielnie, podczas gdy zespół móżdżkowy jest chorobą pogłębiającą się i ciężką do całkowitego wyleczenia.

Z uwagi na powyższe wnioski, aby poprawić sytuację osób z mową skandowaną należy zwiększyć świadomość społeczeństwa na temat choroby i jej skutków oraz zapewnić chorym kompleksową pomoc w zakresie między innymi zatrudnienia, rehabilitacji, w tym pracy z neurologopedą. Ponadto warto zapewnić pomoc zorganizowaną, na przykład w postaci grup samopomocowych oraz dołożyć starań, aby osoby z mową skandowaną były widoczne w społeczeństwie, a nie usuwane w cień.

Piśmiennictwo

1. Podemski R. (red.).: Kompendium neurologii. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk, 2017, 24, 137-139.

2. Rudzińska M., Szczudlik A.: Atlas Ataksji. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Wydanie 1, Kraków, 2010, 13-18.
3. Starowicz-Filip A., Milczarek O., Kwiatkowski S., Bętkowska-Korpała B., Piątek P.: Rola móżdżku w regulacji funkcji poznawczych - ujęcie neuropsychologiczne. Neuropsychiatria i Neuropsychologia, 2013, 8(1), 24-31.
4. Kozubski W., Liberski P. (red.): Neurologia, podręcznik dla studentów medycyny T.1, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, cop. 2014, 119-121.
5. Bodranghien F., Bastian A., Casali C., Hallett M., Louis E.D., Manto M., Mariën P., Nowak D.A., Schmahmann J.D., Serrao M., Steiner K.M., Strupp M., Tilikete C., Timmann D.,van Dun K.: Consensus Paper: Revisiting the Symptoms and Signs of Cerebellar Syndrome, Cerebellum. 2016, 15(3), 369–391.
6. Cerebellar syndromes. https://www.amboss.com/us/knowledge/Cerebellar_syndromes (data pobrania 17.03.2021).
7. Mitoma H., Manto M., Gandini J.: Recent Advances in the Treatment of Cerebellar Disorders. Brain Sciences, 2020, 10(1), 1-24.
8. Zespół Zadaniowy do Spraw Reintegracji Społecznej, któremu przewodniczył Minister Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej - Jerzy Hausner, Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski, 20-21 https://www.ipiss.com.pl/wp-content/uploads/downloads/ 2012/ 08/nsis_2000.pdf (data pobrania: 03.06.2021)
9. Brzezińska, A.I., Kaczan, R., Rycielski, P.: Model czynników warunkujących wykluczanie / inkluzję osób z ograniczeniami sprawności na rynku pracy. Polityka Społeczna. Numer monograficzny, "Diagnoza potrzeb i podstawy interwencji społecznych na rzecz osób z ograniczeniami sprawności", Warszawa 2010, 42-45
10. Fajfer-Kruczek I.: Wykluczenie społeczne osób z niepełnosprawnością w środowisku lokalnym, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2015, 80-82
11. Wysocka E.: Praca jako czynnik warunkujący jakość życia lud,zi młodych - psychospołeczna perspektywa teoretyczna. Forum Pedagogiczne UKSW 2011, 1, 15-16
12. uprzedzenie [hasło w:] Słownik języka polskiego PWN, https://sjp.pwn.pl/slowniki/ uprzedzenie.html [data pobrania 03.06.2021)
13. Nowak A.: Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych. Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych, 2014, 19/2, 21-30.

Choroba Alzheimera - współczesne metody leczenia

Daria Matyja, Hanna Ćwirko, Karina Lissak, Karolina Mikołajczak

Studenci Wydziału Lekarskiego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

Wstęp

Liczba osób cierpiących na choroby otępienne zwiększa się z roku na rok. Mimo to w krajach wysoko rozwiniętych częstość występowania chorób otępiennych może być niższa. Wiąże się to z lepszą opieką kardiologiczną oraz lepszą prewencją rozwoju chorób naczyniowych. Jedną z najczęstszych chorób otępiennych jest choroba Alzheimera (AD) [1]. Organizacja *The Alzheimer's Disease International* (ADI) szacuje, że w 2019 roku z AD zmagało się ponad 50 milionów pacjentów na całym świecie. Ponadto ADI przewiduje, że do 2050 roku liczba ta zwiększy się do 152 milionów [2]. Z badań przeprowadzonych przez ADI w 2019 roku na 70000 dorosłych z 54 różnych krajów wynika, że 95% badanych uważa, że w dalszym toku życia zachoruje na chorobę otępienną, natomiast 75% sądzi, że rozwój chorób otępiennych w wieku podeszłym jest jednym z naturalnych i fizjologicznych procesów starzenia się [3].

Etiopatogeneza

Istnieje wiele powiązanych ze sobą procesów metabolicznych, które mogą przyczyniać się do rozwoju AD. Przetwarzanie białek, transport lipidów, apoptoza, stres oksydacyjny, zmiany związane z białkiem Tau, zmiany neurodegeneracyjne, metabolizm energetyczny mózgu, czy homeostaza - każda patologia związana z tymi procesami może pośrednio lub bezpośrednio wpływać na rozwój AD [4,5]. Coraz to nowe badania dostarczają dowodów na to, iż kluczową rolę odgrywa kumulacja białka β amyloidu (Aβ). Nagromadzenie Aβ oraz jego agregacja do płytek amyloidowych (AP) i związane z nią wystąpienie procesu zapalnego poprzedza zmiany neurodegeneracyjne oraz obumieranie neuronów [6]. Aβ jest białkiem fizjologicznie produkowanym w organizmie przez całe życie człowieka. AP są natomiast

zmianami patologicznymi charakterystycznymi dla AD. Agregację Aβ do AP indukuje mutacja w białku prekursorowym amyloidu (APP) [7]. APP jest białkiem transbłonowym posiadającym zewnątrzbłonową domenę. Fizjologicznie jego rola polega na modulacji wzrostu i przeżycia komórek, w tym również wzrostu i funkcji neuronów [8,9]. APP uwalnia również różne polipeptydy powstające na skutek alternatywnego splicingu, fosforylacji, glikozylacji, czy złożonej proteolizy. Niemniej nie wyjaśniono jest jeszcze dokładnie mechanizmu działania APP [10,11]. APP ulega proteolizie przez enzymy α-sekretazę oraz γ-sekretazę między resztą 16 a 17 domeny Aβ do niepatogennych i rozpuszczalnych cząsteczek [12]. U pacjentów cierpiących na AD APP ulega proteolizie przez dwa enzymy: zewnątrzbłonową β-sekretazę (BACE1) oraz wewnątrzbłonową γ-sekretazę. Powstają w ten sposób nierozpuszczalne i neurotoksyczne cząsteczki Aβ. BACE1 przecina APP tuż przy błonie komórkowej, usuwając w ten sposób znaczną część zewnątrzkomórkowej domeny APP, pozostawiając C-koniec APP22. Jest on dalej odcinany na C-końcu Aβ, co prowadzi do powstania oligomerów Aβ, które dalej polimeryzują, tworząc zagregowane AP [13,14]. Innym, szczególnie istotnym mechanizmem jest wewnątrzkomórkowa agregacja splątków neurofibrylarnych (NFTs) złożonych z hiperfosforylowanego białka tau (τ). τ posiada domenę wiążącą mikrotubule. Tworzy ono mostki między sąsiadującymi mikrotubulami stabilizując je i tworząc sieci mikrotubul [15,16]. Gdy τ wchodzi w reakcję z kinazami ulega fosforylacji i późniejszej oligomeryzacji. Prowadzi to do destabilizacji mikrotubul oraz przekształceniu ich w duże fragmenty τ, które dalej agregują do NFTs. NFTs są dużymi, nierozpuszczalnymi cząsteczkami, które zakłócają przekaźnictwo międzyneuronalne, co skutkuje apoptozą neuronów [17].

Inhibitory cholinoesterazy

Donepezyl, rywastygmina oraz galantamina są rekomendowanymi lekami używanymi w terapii pacjentów z łagodną, umiarkowaną lub ciężką postacią AD [18]. Efekty terapeutyczne wszystkich tych substancji są do siebie zbliżone. Decyzja o użyciu konkretnego leku powinna się opierać na preferencjach pacjenta, doświadczeniu lekarza prowadzącego oraz względach ekonomicznych [19]. Jedną z dominujących przyczyn pogorszenia się funkcji poznawczych u pacjentów z AD jest zmniejszenie przewodnictwa cholinergicznego w mózgu, jak również zmniejszenie syntezy acetylocholiny [20]. Odpowiedzią terapeutyczną na ten stan jest zwiększenie stężenia cholinoesterazy poprzez zastosowanie inhibitorów cholinoesterazy

hamujących enzym rozkładający acetylocholinę. Klinicznie zwiększenie poziomu cholinoesterazy u pacjentów z AD manifestuje się jako poprawa funkcji poznawczych, zwiększenie aktywności w ciągu dnia, jak również poprawa stanu ogólnego [21,22].

Antagoniści receptora NMDA

Jedynym używanym niekompetycyjnym antagonistą receptora N-metylo-D-asparaginowego jest memantyna. Wiąże się ona z otwartymi kanałami wapniowymi receptora NMDA, blokuje przepływ jonów i tym samym łagodzi szkodliwe skutki utrzymującego się, podwyższonego stężenia glutaminianu [23,24].

Memantyna jest zalecana do stosowania przez pacjentów z umiarkowaną oraz ciężką postacią AD [25,26].

Aducanumab

Aducanumab jest rekombinowanym ludzkim przeciwciałem, które selektywnie wiąże zagregowane cząsteczki Aβ zarówno nierozpuszczalne fibryle, jak i rozpuszczalne oligomery. Został on pozyskany z limfocytów pobranych od ochotników w podeszłym wieku, u których nie stwierdzono cech występowania AD [27].

Badanie na 165 pacjentach leczonych przez rok aducanumabem w dawce od 1 do 10 mg/kg masy ciała, przy użyciu obrazowania PET z użyciem florbetapiru, wykazało zmniejszoną ilość AP w ośrodkowym układzie nerwowym osób cierpiących na AD po zastosowaniu terapii z użyciem aducanumabu. Przełożyło się to na lepsze wyniki uzyskiwane u tych pacjentów w *Mini–Mental State Examination* oraz w *Clinical Dementia Rating* [28].

Zagregowane cząsteczki Aβ są usuwane najprawdopodobniej na skutek fagocytozy dokonywanej przez mikroglej. Jednak kwestia ta jest dalej badana [28].

7 czerwca 2021 roku Amerykańska Agencja Żywności i Leków (FDA) dopuściła lek o nazwie Aduhelm, którego substancją czynną jest aducanumab, do leczenia pacjentów cierpiących na AD. Decyzja ta została wykonana w trybie przyspieszonym, gdyż prawdopodobne korzyści przeważają prawdopodobne zagrożenia wynikające ze stosowania leku. Niemniej lek ten jest i będzie dalej badany pod kątem poprawy stanu klinicznego pacjentów z AD zarówno przez producenta, jak i FDA [29].

Podsumowanie

Choroba Alzheimera jest jedną z najczęstszych chorób otępiennych występujących na świecie. Liczba pacjentów cierpiących na tę chorobę wzrasta z roku na roku. Szacunkowo do 2050 roku osiągnie ona zawrotną liczbę 152 milionów osób. Z danych, które posiadamy w 2021 roku można wysunąć tezę, iż jest to poważny problem, który wymaga rozwiązania. Choroba Alzheimera posiada złożoną patogenezę, angażuje dużo różnych szlaków metabolicznych, jednocześnie atakując ośrodkowy układ nerwowy - tą część organizmu człowieka, która jest istotna do prawidłowego funkcjonowania, a jednocześnie tak trudno dostępna zarówno pod względem diagnostyki, jak i leczenia. Dotychczas terapie stosowane, by pomóc pacjentom cierpiących na chorobę Alzheimera jedynie hamowały rozwój choroby nie działając na przyczynę, a jedynie spowalniając jej objawy. W 2021 roku podjęto przełomową, ale również ryzykowną decyzję o przyspieszonym dopuszczeniu do obrotu leku działającego przyczynowo - przez usuwanie płytek amyloidu z mózgu. Czy aducanumab będzie odpowiedzią na rosnącą liczbę zachorowań na chorobę Alzheimera oraz czy decyzja amerykańskiej Agencji Żywności i Leków była słuszna, pokażą następne lata.

Piśmiennictwo

1. Scheltens P., Blennow K., Breteler M.M., de Strooper B., Frisoni G.B., Salloway S., Van der Flier W.M.: Alzheimer's disease. Lance,2016, 30, 388(10043), 505-517.
2. Li S., Guo Y., Men J., Fu H., Xu T.: The preventive efficacy of vitamin B supplements on the cognitive decline of elderly adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatrics, 2021, 21(1), 367.
3. Lynch Chris: "World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia, a global survey: Public health: Engaging people in ADRD research. Alzheimer's & Dementia, 2020, 16, e038255.
4. Hampel H., Prvulovic D., Teipel S., Jessen F., Luckhaus C., Frölich L., Riepe M.W., Dodel R., Leyhe T., Bertram L., Hoffmann W., Faltraco F.: German Task Force on Alzheimer's Disease (GTF-AD). The future of Alzheimer's disease: the next 10 years. Prog Neurobiol., 2011, 95(4), 718-228.
5. Robinson N., Grabowski P., Rehman I.: Alzheimer's disease pathogenesis: Is there a role for folate? Mech Ageing Dev., 2018, 174, 86-94.

6. Zhang H., Zheng Y.: β Amyloid Hypothesis in Alzheimer's Disease: Pathogenesis, Prevention, and Management, 2019, 30, 41(5), 702-708.
7. Gouras G.K., Olsson T.T., Hansson O.: β-Amyloid peptides and amyloid plaques in Alzheimer's disease. Neurotherapeutics, 2015, 12(1), 3-11.
8. Oh E.S., Savonenko A.V., King J.F., et al.: Amyloid precursor protein increases cortical neuron size in transgenic mice. Neurobiol Aging, 2009, 30(8), 1238–1244.
9. Thinakaran G., Koo E.H.: Amyloid precursor protein trafficking, processing, and function. Journal of Biological Chemistry, 2008, 283(44), 29615–29619.
10. Hefter D., Kaiser M., Weyer S.W., et al.: Amyloid precursor protein protects neuronal network function after hypoxia via control of voltage-gated calcium channels. Journal of Neuroscience, 2016, 36(32), 8356–8371.
11. Shoji M., Golde T.E., Ghiso J., Cheung T.T., Estus S., Shaffer L.M., Dan Cai X., McKay D.M., Tintner R., Frangione B., Younkin S.G.: Production of the Alzheimer amyloid beta protein by normal proteolytic processing. Science, 1992, 258(5079), 126–129.
12. Kimberly W.T., Zheng J.B., Guenette S., Selkoe D.J.: The intracellular domain of the ß-amyloid precursor protein is stabilized by Fe65 and translocates to the nucleus in a notch-like manner. Journal of Biological Chemistry, 2001. doi:10.1074/jbc.C100447200
13. Bergmans B.A., De Strooper B.: γ-secretases: from cell biology to therapeutic strategies. The Lancet Neurology, 2010, 9(2), 215–226.
14. Tu S., Okamoto S.I., Lipton S.A., Xu H.: Oligomeric Aβ-induced synaptic dysfunction in Alzheimer's disease. Molecular Neurodegeneration, 2014, 9(1), 48.
15. Claeysen S., Cochet M., Donneger R., Dumuis A., Bockaert J., Giannoni P.: Alzheimer culprits: cellular crossroads and interplay. Cell Signaling Technology, 2012, 24(9), 1831–1840.
16. Marcus J.N., Schachter J.: Targeting post-translational modifications on tau as a therapeutic strategy for Alzheimer's disease. The Journal of Neurogenetics, 2011, 25(4), 127–133.
17. Lee V.M., Goedert M., Trojanowski J.Q.: Neurodegenerative tauopathies. Annual Review of Neuroscience, 2001, 24(1), 1121–1159.
18. Weller J., Budson A.: Current understanding of Alzheimer's disease diagnosis and treatment. F1000Res. 2018, 31, 7.

19. National Institute for Health and Care Excellence Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease. London, NICE, 2011.
20. Bartus R.T., Dean R.L., III, Beer B., Lippa A.S.: The cholinergic hypothesis of geriatric memory dysfunction. Science, 1982, 217, 408–417.
21. Birks J.S., Harvey R.J.: Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. Cochrane Database Systemic Reviews, 2018, 18, 6(6).
22. Sharma K.: Cholinesterase inhibitors as Alzheimer's therapeutics (Review). Molecular Medicine Reports, 2019, 20(2), 1479-1487.
23. Berman K., Brodaty H., Withall A., Seeher K.: Pharmacologic treatment of apathy in dementia. The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, 2012, 20(2), 104–122.
24. Danysz W., Parsons C.G.: The NMDA receptor antagonist memantine as a symptomatological and neuroprotective treatment for Alzheimer's disease: preclinical evidence. International Journal Of Geriatric Psychiatry, 2003, 18(Suppl 1), S23–32.
25. Weller J., Budson A.: Current understanding of Alzheimer's disease diagnosis and treatment. F1000Res. 2018, 31, 7: F1000 Faculty Rev-1161.
26. Wang Rui, Hemachandra Reddy P.: Role of Glutamate and NMDA Receptors in Alzheimer's Disease. Journal of Alzheimer's disease: The Journal of Affective Disorders, 2017, 57, 4, 1041-1048.
27. Kastanenka K.V., Bussiere T., Shakerdge N., et al. Immunotherapy with Aducanumab Restores Calcium Homeostasis in Tg2576 Mice. Journal of Neurosciences, 2016, 36(50), 12549-12558.
28. Sevigny J., Chiao P., Bussière T., Weinreb P.H., Williams L., Maier M., Dunstan R., Salloway S., Chen T., Ling Y., O'Gorman J., Qian F., Arastu M., Li M., Chollate S,. Brennan M.S., Quintero-Monzon O., Scannevin R.H., Arnold H.M1, Engber T., Rhodes K., Ferrero J., Hang Y., Mikulskis A., Grimm J., Hock C., Nitsch R.M., Sandrock A.: The antibody aducanumab reduces Aβ plaques in Alzheimer's disease. Nature, 2016, 537, 50–56.
29. Cavazzoni P.: FDA's Decision to Approve New Treatment for Alzheimer's Disease. https://www.fda.gov/drugs/news-events-human-drugs/fdas-decision-approve-new-treatment-alzheimers-disease (data pobrania 07.06.2021).

Depresja- kalectwo duszy

Aleksandra Milena Kalinowska[1], Grzegorz Bejda[2], Agnieszka Kułak-Bejda[3]

1. Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Definicja depresji (zaburzeń depresyjnych z łaciny *depressio* co oznacza głębokość od *deprimere* - przygniatać) jest najbardziej znanym i powszechnie używanym terminem w psychiatrii [1].

Jest to zaburzenie afektywne (choroba afektywna, zaburzenie nastoju), czyli takie, w którym na pierwszym planie wysuwają się między innymi chorobowe zmiany nastroju takie jak nadmierne jego obniżenie (depresja) lub podwyższenie (mania). Również towarzyszące inne liczne objawy takie jak np. zaburzenia myślenia, aktywności, zachowania, zaburzenia rytmów biologicznych, lęk, pojawiające się w odpowiednim odstępie czasowymi i konfiguracjach, dając całościowo obraz choroby afektywnej [2].

Zaburzenia depresyjne, dość często współwystępują z licznymi chorobami somatycznymi, co może mieć bardzo duży wpływ na ich rokowanie i leczenie [3].

Rys historyczny

Depresja od zawsze towarzyszyła ludziom na całym świecie. Poglądy dotyczące zaburzeń depresyjnych zmierzały w dwóch odrębnych kierunkach. Jeden z nich powiązany był z racjonalizmem, czyli dążeniem do poszukiwania biologicznego podłoża depresji, natomiast drugi podążał w stronę mistycyzmu, szlachetnego myślenia oraz choroby duszy. Wraz z postępem i rozwojem kultury, słowa pisanego zwiększano wiedzę na temat depresji oraz zaczęto doszukiwać się przyczyn zachorowalności i sposobów leczenia. Pierwsze wzmianki na temat depresji, bez rozróżnienia zaburzeń natury psychicznej, wywodzą się

z czasów najdawniejszych. W neolicie depresję powiązano z działaniem złych duchów, które miałyby opanowywać ciało. Tamtejsi ludzie wierzyli, bowiem iż wyleczenie tego będzie konieczne poprzez naruszenie ciągłości czaszki, na co wskazują znalezione w szczątkach ubytki trepanacyjne. Pogląd ten przejawili również mieszkańcy obszarów wpływu cywilizacji Egiptu, Peru, Meksyku i Sumerii. Teoria, która uważała depresję, jako karę za sprzeciwienie się Bogu wytrzymała próbę czasu i przejawiana była w późniejszych kulturach, najbardziej charakterystyczna była dla Babilonu. Tak zwane „cierpienie duszy'' [1] leczone było muzykoterapią. Już w czasach Starożytności wielcy myśliciele pisali o zaburzeniu depresyjnym. Jednym z nich był Hipokrates (ok 460-377 r.p.n.e), który opisał depresję w bardzo prosty sposób, a mianowicie, jako przygnębienie i smutek, nazwał ją melancholią. Ojciec medycyny wysnuł idee, iż podstawą emocji i zachowania były płyny wewnątrzustrojowe człowieka tzw. humory (teoria humoralna) podstawa typologii temperamentu. Teoria ta zakładała istnienie czterech płynów: krwi, flegmy, żółci i „czarnej żółci' [1], które w zależności od przewagi określały temperament. Nadmiar „czarnej żółci''[1] *(melanos- czarny, cholos- żółć)* określały temperament melancholiczny powiązany z chorobowymi zmianami nastroju. Główne cechy melancholii opisane przez Hipokratesa w V w. p.n.e., to między innymi, wstręt do jedzenia, zaburzenia snu, poczucie beznadziejności, rozdrażnienie, ciągłe zmęczenie oraz strach przed wydłużającą się depresją [1,3,4].

Hipokrates jest również autorem pojęcia „lęku" [1] oraz „dystomii" [1]. Natomiast pojęcie „manii" [5] przypisuje się lekarzowi rzymskiemu Aretajosowi z Kapadocji. Jako pierwszy rozróżnił manię od melancholii oraz zwrócił uwagę na możliwość nawrotów choroby, okresy remisji oraz charakterystyczne przed chorobowe cechy osób zmagających się z zaburzeniami nastroju. Melancholię określał, jako skłonność do społecznej izolacji, smutek, ogólne wyczerpanie, zobojętnienie, myśli samobójcze oraz podniecenie [1,5,6].

Arystoteles źródła melancholii dopatrywał się w aktywności seksualnej, obserwował również przyrost zachorowalności wśród osób starszych, a także ludzi wykształconych, objawy dokładnie analizował i klasyfikował. Rufus z Efezu zaobserwował, iż ludzie częściej chorowali wiosną i jesienią. Galen twierdził, że wszelkie stany emocjonalne mają swój początek w mózgu, pojawienie się melancholii tłumaczył nadmiarem oparów czarnej żółci w mózgu człowieka. Uważał również, że najlepszym leczeniem melancholii jest stosunek płciowy [1,5,6].

W Średniowieczu melancholię traktowano jako karę za grzechy lub opętanie przez złe duchy. Ludzie cierpiący na nią byli potępiani, torturowani, zmuszani do modlitwy, pokutowania, a w najgorszym przypadku paleni na stosie [1,5,6].

W VIII i IX wieku zaczęły powstawać pierwsze arabskie szpitalne oddziały dla chorych psychicznie. W Europie pojawiły się one dopiero w XII wieku. W tym samym wieku Majmonides zaleca osobą cierpiącym na melancholię muzykoterapię. W Renesansie Wesaliusz stwierdził, że melancholia to choroba o podłożu somatycznym i wynika z zaburzeń gospodarki hormonalnej. Leczenie melancholii odbywało się poprzez ciepłe kąpiele, stosowanie diet bogatych w chude mięso, jaja, winogrona oraz słodkowodne ryby, stosowano również puszczanie krwi. W wieku XVI i XVII zaczęto dokonywać analiz klinicznych melancholii oraz wyodrębniać jej poszczególne objawy [1,5,6].

Ojciec medycyny nowożytnej, Paracelsus, szczególną uwagę zwrócił na opanowującego chorego smutek, zniechęcenie, przygnębienie, ogólne osłabienie oraz skłonność do nadmiernego rozmyślania [1,5,6]. Willis zaś pojęcie melancholii tłumaczył jako destrukcyjną reakcję chemiczną zachodzącą w sferze mózgu i serca negował zaś teorię humoralną. Żyjący w latach 1530- 1606 Markeriusz oraz 1643-1704 Belini zauważyli, że uczuciu melancholii towarzyszą liczne zaburzenia ze strony układu pokarmowego oraz zahamowanie procesów poznawczych. W roku 1621 powstał pierwszy podręcznik z psychopatologii autorstwa Roberta Burtona pt „Anatomia melancholii" zostały wymienione w niej cechy osobowości przedchorobowej, między innymi wymieniony został ciągły smutek, dokładność i nadmierna tendencja do kontemplacji. Burton, jako pierwszy podkreślił rodzinne podłoże melancholii. Natomiast Bright w roku 1586 spróbował dokonać klasyfikacji rodzajów melancholii, jego zdaniem pierwszy typ to ta, która występuje pod postacią somatyczną, związana jest ogólnym osłabieniem organizmu człowieka zaproponowane zostało przez niego leczenie pod postacią fizyczną. Drugi typ melancholii to ten, w której dominuje osłabienie umysłu. Współcześnie wymieniamy dwa typy depresji psychogennej i egzogennej. W 1800 roku Cullen zaproponował pojęcie „depresji" która określała ogólne obniżenie funkcjonowania psychicznego i fizycznego. Żyjący w latach 1794- 1870 Farlet scharakteryzował depresję, stany mieszane i manię, zwrócił szczególną uwagę, iż w depresji okresowo zahamowane są funkcję sfery behawioralnej, intelektualnej i afektywnej [1,5,6]. Jak stwierdził Rush żyjący w latach 1745-1813 przyczyna wystąpienia melancholii wywodzi się z pobudzenia sercowo-naczyniowego. Ziehn w 1849 roku wprowadził pojęcie psychozy afektywnej, a w późniejszych latach Maudsley zaproponował termin zaburzeń afektywnych. W roku 1917 Freud w swojej pracy pt. „Rozpacz i melancholia" sugerował iż utrata pierwszego obiektu pożądania lub miłości czy też konflikt ego i superego mogącego prowadzić do nieustannego poczucia winy i skłonności masochistycznych mają duży wpływ na rozwój depresji bardzo ważną role odgrywają też

bieżące wydarzenia i konflikty. Wyróżniona została depresja reaktywna i endogenna. W 1924 roku Abraham połączył teorię libido i struktury osobowości Freuda i wyszedł z założenia, że osoby chorujące na depresję wyróżniają się cechami masochistycznymi, obsesyjnymi, nasilonym narcyzmem wieku dziecięcego, niezaspokojonymi potrzebami emocjonalnymi powiązanym z kompleksem Edypa [1,5,6].

Termin melancholii zastąpiła depresja za sprawą Meyera żyjącego w latach 1866- 1950, określił ją jako zahamowanie procesów psychicznych, motorycznych i wegetatywnych. Leonard dokonał podziału na postać jednobiegunową i dwubiegunową chorób afektywnych. Jednak brak jednolitego nazewnictwa choroby i przypisanych jej typowych i jednoznacznych objawów powodował problem diagnostyczny przez lata [1,5,6]. W związku tym rozpoczęto pracę nad jednolitym systemem klasyfikacji chorób psychicznych. Na początku powstało kolejno DSM-I, DSM-II i 1980 roku DSM-III, które jest kompatybilne z ICD-9, czyli klasyfikacją uznawaną przez WHO. W kolejnych latach ukazało się DSM-IIIR (1987r.) i DSM-IV (1994r.), która aktualnie obowiązuje w Stanach Zjednoczonych. W Europie obowiązuje natomiast klasyfikacja ICD-10, wyróżniająca epizod maniakalny, epizod depresyjny, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zaburzenia depresyjne nawracające, utrwalone zaburzenia nastroju w tym dystymię i cyklotymię, inne zaburzenia nastroju obejmujące mieszany epizod afektywny i krótkotrwałe nawracające zaburzenia depresyjne. Współcześnie depresję dzielimy ze względu na przyczyny jej wystąpienia są to czynniki egzogenne, czyli te wynikające ze schorzeń somatycznych lub w wyniku stosowanych leków i endogenne, czyli wynikające z zaburzeń metabolicznych w ośrodkowym układnie nerwowym oraz reaktywne do których zalicza się wydarzenia życiowe, które wywołują epizod depresyjny [1,5,6].

Etiologia depresji

Do dziś etiologia tej choroby do dnia dzisiejszego nie jest wystarczająco wyjaśniona. Depresja jest schorzeniem, które nie występuje pojedynczo, jest to grupa zaburzeń o podobnych objawach. Jest to również choroba ogólnoustrojowa.

Według literatury główna przyczyna tej choroby ma charakter biologiczny [7]. Jedną z podstawowych przyczyn są zaburzenia wychwytu i uwalniania neuroprzekaźników – głownie noradrenaliny, serotoniny i dopaminy. Należy zwrócić również szczególną uwagę na czynniki

psychospołeczne. Relacje przyczynowo - skutkowe mające miejsce pomiędzy wewnętrznymi czynnikami psychologicznymi, biologicznymi, fizycznymi i socjologicznymi cechami otoczenia są niezwykle trudne do ustalenia. Trudno też określić ich hierarchię od tych najważniejszych, pierwotnych czy wtórnych. Jednak wszystkie te czynniki odgrywają ważną rolę w tak zwanym patogenetycznym „łańcuchu depresji" [7]. Mając styczność z odmianą endogenna aspekt biologiczny mówiący o funkcjonowaniu mózgu jako narządu jest sugerowany jako pierwsze ogniwo łańcucha. Jednak współwystępowanie zewnętrzny czynników ryzyka i chroniących ma znaczący wpływ na aspekt biologiczny, który może się zmniejszyć lub też znacząco zwiększyć. Stwierdzenie te jest istotne dla wszelkich podjętych działań profilaktycznych w zakresie zaburzenia depresyjnego. Dzięki wywieraniu silnego wpływu przez aspekty otaczające i zewnętrzne, profilaktyka zapobiegania wystąpienia depresji jest wykonywalna i możliwa, gdyż nie da się w sposób trwały zmienić czynników biologicznych mających miejsce u podłoża depresji. Takie czynniki można jedynie skorygować poprzez zażywanie środków farmakologicznych. Badania wskazują, że na przykład zmiana okoliczności zewnętrznych, takich jak zmiana warunków oświetlenia w domu ma nie tylko znaczący wpływ na leczenie depresji, ale również zapobiega jej wystąpieniu. Warto podkreślić, iż w przypadku każdego działania zapobiegawczego udowodnienie ich rzekomej skuteczności jest niezwykle trudne, ponieważ wynikiem korzystnej profilaktyki jest brak wystąpienia choroby. W Europie dąży się do opisywania i wyodrębnienia charakterystyki klinicznej stanów depresyjnych zależnie od ich przyczyny. Mowa tu o podejściu nozologicznym [5].

Tabela I. Nozologiczna klasyfikacja depresji, (Źródło: [5])

Przyczyny endogenne	**Przyczyny somatyczne**	**Przyczyny psychologiczne**
Psychoza schizoafektywna	Depresje w chorobach organicznych	Depresje nerwicowe
Choroby afektywne	Depresje w schorzeniach somatycznych	Depresje reaktywne
	Depresje związane ze stosowaniem leków	Depresje w reakcji żałoby
	Depresje związane z umyślnym lub też nieumyślnym przyjmowaniem innych substancji chemicznych	Depresje w przebiegu reakcji adaptacyjnych

Jednak granice pomiędzy trzema przedstawionymi wyżej w tabeli kategoriami diagnostycznymi depresji są płynne [8,9]. Współistnienie 2, a nawet 3 czynników przyczynowych występuje niejednokrotnie u jednego chorego. Stąd też lekarze diagnozujący pacjenta, posiadający wiedzę na temat czynnika reaktywnego, który mógłby być odpowiedzialny za wystąpienie depresji u danego chorego, nie może od razu zaliczyć zaburzenia na przykład, jako reakcji związanej ze stosowaniem leków, czy żałoby. Natomiast psychiatrzy amerykańscy traktują zaburzenia depresyjne całościowo, uważając, że przyczyną są liczne zaburzenia nakładające się na siebie i wchodzące ze sobą w różne związki. Koncentrują się na diagnostyce i określeniu w tym kierunków dokładnych kryteriów diagnostycznych. Podejście te nazywa się unitarystycznym. Każde z tych podejść ma swoje wady i zalety. Podsumowując obraz kliniczny depresji, nie jest ściśle związany z domyślnymi lub też rzeczywistymi przyczynami. Jako przykład można podać pacjenta, który zgłosił się do swojego lekarza pierwszego kontaktu w związku z pogorszeniem samopoczucia związanego z utratą bliskiej osoby. Lekarz w tym przypadku nie może jednoznacznie określić czy stan pacjenta wynika z reakcji żałoby czy jest to depresja endogenna, ważne jest w tym przypadku duży zasób wiedzy dotyczący przyczyn występowania, okoliczności i przebiegu zaburzenia depresyjnego. Znajomość domniemanych przyczyn ma znacznie dla dalszego rokowania choroby. Depresje endogenne będą nawracać, a depresja wynikająca z reakcji żałoby zwykle mija bezpowrotnie [8,9].

Epidemiologia

Epidemiologia została nazwana królową nauk związanych z medycyną [2,10]. Depresja jest chorobą towarzyszącą ludziom od tysięcy lat, jednak często jest nierozumiana i akceptowana przez społeczeństwo, w tym w Polsce. Światowa Organizacja Zdrowia stwierdziła, że depresja tuż obok choroby niedokrwiennej serca jest główną przyczyną niepełnosprawności wśród ludzi na świecie, oraz obok otępienia starczego jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym występującym wśród ludzi. Społeczeństwo niepełnosprawność kojarzy zazwyczaj z niedomaganiem fizycznym bądź też kalectwem, które poważnie ogranicza kontakty międzyludzkie, czy też życie zawodowe. Stwierdzenie te znajduje oczywiście odzwierciedlenie w rzeczywistości, jest jednak niepełne i niewystarczające żeby w pełni zdefiniować niepełnosprawność. Pojęcie te nie obejmuje tak ważnej sfery działania

człowieka, odnoszącej się do tego iż człowiek jest jednostką zdolną i w pełni świadomą do podejmowania przemyślanej i celowej aktywności. Mowa tu o ludzkiej psychice, która jest nierozłącznym elementem funkcjonowania. Człowiek nie może istnieć tylko w rozumieniu fizycznym, gdyż jest on swoistą całością, która łączy cielesność i psychikę w jedność. Jest to nierozłączne pomimo tego, że zdarzyłoby się, iż któraś z sfer lub obydwie mogłyby być uszkodzone. Psychiczna niepełnosprawność to ta, która odnosi się do ograniczenia bądź zaburzenia w sferze funkcjonowania psychicznego człowieka. Z niepełnosprawnością ściśle powiązane jest zjawisko naznaczania czy tez stygmatyzacji. Ludzie ci postrzegani są inaczej ze względu na widoczne deficyty dotyczące sprawności czy zdolności radzenia sobie w życiu codziennym [2,10].

Depresja jest chorobą coraz bardziej szerząca się wśród ludzi żyjących we współczesnych czasach [4,11,12]. Chorują na nią ludzie bardzo młodzi, jak i ci w starszym wieku. Według szacunków WHO wynika, że aktualnie choruje na nią około 350 milionów ludzi żyjących na świecie. W ciągu życia rozpowszechnienie depresji waha się od 14,4% do 18%, dwukrotnie częściej chorują na nią kobiety niż mężczyźni. Według Analiz Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że depresja w 2002 roku była na czwartej pozycji na liście przyczyn niepełnosprawności chorobowej na świecie. Rokuje się, że depresja w 2030 roku będzie już na trzecim miejscu wśród przyczyn niepełnosprawności w krajach niskorozwiniętych, zaś na drugim w krajach wysokorozwiniętych. Niosąca ze sobą szereg konsekwencji występująca depresja to dla współczesnego państwa ogromne wyzwanie, zarówno w odniesieniu osobowym jak i finansowo gospodarczym. Ludzie chorujący na zaburzenia depresyjne gorzej funkcjonują w rodzinie jak i w społeczeństwie, są mniej wydajni w pracy, większość z nich korzysta z zasiłków chorobowych, czy też podlegają inwalidyzacji. Jednak tylko 20% z nich korzysta z opieki medycznej [4,11,12]. Ludzie korzystający z opieki psychiatrycznej stanowi niski odsetek, wynika to między innymi ze strachu przed stygmatyzacją, niekorzystnym działaniem przepisanych leków czy też uzależnienia. W obecnych czasach zarówno w grupie mężczyzn jak i kobiet po 50. roku życia depresja jest jednym z powodów pobytu w szpitalu. W Europie od kilku lat obserwowany jest systematyczny wzrost liczby osób chorych na choroby afektywne. Wiele przeprowadzonych badań wskazuje na zwiększone występowanie zaburzeń depresyjnych u osób cierpiących na choroby somatyczne. Depresja jest powodem znacznego pogorszenia, jakości życia. Schorzenie to ma charakter przewlekły, nawracający. Występowanie zaburzeń depresyjnych szacuje się na 3% wśród populacji ogólnej, występowanie depresji u dzieci około 3%, epizod ciężkiej depresji

szacuje się na 17% populacji biorąc pod uwagę całe życie, natomiast u około 10% występuje mała depresja. Z przeprowadzonych badań wynika, że częściej na depresję chorują ludzie z ekstrawertywnymi cechami osobowości, niż introwertycy. Samookaleczenia wśród chorych to około 20-25% są to również osoby chcące popełnić samobójstwo, które jest przyczyną około 10% zgonów wśród tych osób [4,11,12]. Tylko u 7% chorujących nie ma nawrotów choroby. Depresja zwykle pojawia się między 15. a 24. rokiem życia, jednak początek choroby może pojawić się w każdym wieku. U chorych stwierdzonych nawracające zaburzenia depresyjne, mogą doznać pierwszego epizodu depresji mając 40, a nawet 50 lat. Prognozuje się również, że u jednego na pięciu chorych z rozpoznaniem nawracających zaburzeń depresyjnych w przyszłości rozwinie się choroba dwubiegunowa. Określenie rzeczywistego występowania depresji jest niezwykle trudne między innymi przez to, że choroba ta u znacznej ilości osób nie jest wcale rozpoznawana. Wpływ na to ma mają względnie łagodne nasilenie pojawiających się objawów czy też mylący obraz zaburzenia. Szacuje się, że tylko około 15% z nich to ci, którzy chorują na depresję, jednak tylko połowa ma postawioną diagnozę rozpoznania depresji będącej bezwzględnym wskazaniem do leczenia. Natomiast podsumowując całą grupę osób z depresją zgłaszających się do lekarza czy nie, tylko nieliczna mniejszość leczy się specjalistyczni. Szacuje się, że jest to tylko 20-25 %. Zaburzenia depresyjne o mniej typowym obrazie klinicznym między innymi depresje maskowate, należą do tych liczniej występujących wśród społeczeństwa [4,11,12].

W Polsce dzięki pierwszemu ogólnopolskiemu badaniu EZOP zbadano występowanie zaburzeń psychicznych wśród Polaków [13,14,15]. Przeprowadzono je wśród ludzi w wieku od 18 do 64 lat. Wyniki oczywiście potwierdziły istnienie zaburzeń depresyjnych wśród polskiego społeczeństwa. U około 13,1% rozpoznano wahania nastroju i zaburzenia nerwicowe, czyli problem ten występuje u około 5 milionów mieszkańców Polski. Około 3% populacji naszego kraju wśród osób starszych, a także najmłodszym i produkcyjnym wystąpił w ciągu dotychczasowego życia doświadczyło przynajmniej jednego epizodu depresyjnego o zróżnicowanym nasileniu. Badanie te również objęło rozpowszechnienie skarg depresyjnych (symptomów), takich jak obniżenie aktywność i nastroju, unikanie, drażliwość czy przewlekły lęk. Symptomy te nie były wystarczające do postawienia rozpoznania, ale w znacznym stopniu wpływają na jakość życia i mogą być zwiastunami pojawienia się depresji. Występowanie tych objawów pojawia się u 20-30% populacji, czyli 8 milionów Polaków. Badanie te pokazało również zależność występowania zaburzeń depresyjnych z różnymi uwarunkowaniami społeczno-demograficznymi takimi, jak stan cywilny, brak zatrudnienia,

miejsce zamieszkania gdzie wskazano ryzyko obciążenia wśród mieszańców większych miast i znaczące ryzyko wzrostu zachorowania wśród kobiet [13,14,15].

W EZOP zostały również zawarte dane dotyczące jednego z najważniejszych wskaźników zdrowia psychicznego, a mianowicie mowa tu o wskaźniku zgonów spowodowanych samobójstwem [13,14,15].

Depresja stanowi bowiem jeden z najważniejszych czynników ryzyka odebrania sobie życia, około 80% ofiar chorowało na depresję. Porównując inne kraje należące do Unii Europejskiej Polska należy do krajów o największej liczbie popełnionych samobójstw w przeliczniku na 100 tysięcy mieszkańców. Jest to wskaźnik równy 16,6. Według opracowań Zięby i Dudek 17% samobójstw ma miejsce po 40 roku życia. Ryzyko znacznie zwiększa się przy wystąpieniu depresji psychotycznej, oraz życiu w ciągłym stresie, niepokoju i lęku. U chorych cierpiących na pobudzenie psychoruchowe wzrasta ryzyko, gdyż taki człowiek nie może znaleźć sobie swojego miejsca na ziemi i postanawia on zwykle zakończyć swoje życie, odwrotność tej sytuacji jest również niebezpieczna mowa tu o zahamowaniu psychoruchowym, które występuje u 50% chorych [13,14,15].

Podsumowując można stwierdzić, że zaburzenia depresyjne to jednostka chorobowa o dużym znaczeniu zdrowotnym i ciągle rosnącym wymiarze społecznym [16].

Patogeneza

Patogeneza depresji ma charakter wieloczynnikowy i do dziś nie można wskazać dominującego mechanizmu, chociaż na świecie przebadane zostały obszary mózgu, które wiążę się z dysfunkcją powiązaną z patomechanizmami zaburzeń depresyjnych [17-21].

Farmakoterapia depresji nadal jest niezadowalająca - jedynie tylko od 40% do 50% skuteczności. Niestety do dziś brak jest jednolitej i całościowej koncepcji tej choroby. Istnieją liczne teorie i hipotezy dotyczące pojawienia się depresji. Jedną z głównych jest teoria depresji monoaminergiczna, gdzie szczególną uwagę zwraca się na niedobór amin biogennych serotoniny (5-hydroksytryptaminy, 5HT), noradrenaliny(NA) oraz dopaminy(DA). Kolejną jest hipoteza depresji, jako syndromu obniżonego stężenia melatoniny oraz hipoteza dotycząca zaburzeń plastyczności neuronalnej. A także teoria zaburzenia depresyjnego, mówiąca o istotnym znaczeniu w rozwoju choroby, dysfunkcji tarczycy. Obserwuje się także zaburzenia metaboliczne, układu immunologicznego oraz istotne zmiany w kształcie, liczbie, funkcji

neuronów i komórek glejowych w każdym regionie mózgu. Przeprowadzono wiele badań, z których wynika, że obecny długotrwały stres głównie psychospołeczny, i ściśle powiązana z nim sekrecja kortyzolu odgrywają ważną rolę w patogenezie depresji. U wielu chorych obserwuje się zaburzenia układu hormonalnego, co z tym idzie zwiększone wydzielanie kortyzolu [17-21].

U cierpiących za zaburzenia depresyjne obserwuje się wyraźnie zwiększoną aktywność osi podwzgórze – przysadka mózgowa – nadnercza (HPA), należy nadmienić, że występujący stres bardzo często zwiastuje wystąpienie epizodu depresji. Stres jest dla organizmu reakcją wywołaną przez bodziec niekorzystny i niespodziewany tak zwany stresor. Pojawienie się stresora ma za zadanie w pierwszej kolejności wywołanie mobilizacji organizmu, do zwyciężenia wyzwania, a następnie do przywrócenia homeostazy poprzez uruchomienie mechanizmów [17-21].

Należy zwrócić uwagę iż krótkotrwała reakcja na stres jest jak najbardziej zmianą korzystną, która umożliwia organizmowi psychicznie i fizycznie przygotować się do postawionego mu wyzwania, a także daje szanse uformowaniu się nowym działaniom adaptacyjnyjnym w celu usunięcia stresu. W sytuacji długotrwałego stresu mechanizmy adaptacyjne, hamujące mogą zostać znacznie zaburzone, co prowadzić może do rozwinięcia innych różnych chorób, w tym depresji. Wiele badań potwierdza, że w depresji dochodzi do braku odpowiedniego zahamowania reakcji stresowej [17-21].

Na depresję pochodzenia endogennego choruje coraz więcej ludzi na całym świecie, stwarza to poważny problem społeczny i medyczny. Jest to główna przyczyna zaburzonego funkcjonowania w społeczeństwie, jak i w rodzinie, cierpienia. Należy także podkreślać, że choroba ta niesie ze sobą zwiększone ryzyko popełnienia samobójstwa. Główną cechą choroby jest jej przewlekłość, nawracalność, występujące okresy remisji i zaostrzeń [17-21].

Patomechanizm tego schorzenia wciąż pozostaje nieznany, duży wpływ na pojawienie się depresji mają uwarunkowania genetyczne, osobowość chorego oraz czynniki środowiskowe. Główne źródło powstania depresji to zaburzenia w mózgowym poziomie neuroprzekaźników takich jak serotonina, noradrenalina i dopamina, a także zmiany w gęstości ich receptorów, również aktywowanych przez nie dróg wewnątrzkomórkowego przekazu sygnału [17-21].

Teoria zwana monoaminerogiczną została w większości sformułowana w oparciu o mechanizm działania dużej liczby stosowanych leków przeciwdepresyjnych, które zwiększają poziom monoamin [17-21].

Objawy i diagnostyka

Każdy człowiek żyjący na świecie przynajmniej raz w ciągu swojego życia przechodził bądź przechodzi, dłuższe lub krótsze okresy złego samopoczucia, przygnębienia, smutku [4,8,14, 22].

Społeczeństwo w czasach nowoczesnych jest coraz bardziej zapracowane, ciągła pogoń za karierą, a co z tym idzie większymi pieniędzmi, stanowczo ogranicza spędzanie czasu wolnego na odpoczynku i regeneracji. W dużej mierze ważną role odgrywają też stosunki międzyludzkie ciągłe kłótnie, nieporozumienia, kłopoty rodzinne, miłosne oraz finansowe. Człowiek jest wręcz obciążony psychicznie i fizycznie, życie w ciągłym pośpiechu jest wpisane w życiorys. Dodatkowo przychodzi się zmierzyć ze smutkami wynikającymi z życia, np. śmierć osób biskich, katastrofy czy rozstania. Jednak stany smutku wynikające z wcześniej wymienionych sytuacji maja charakter przelotny i trwają krótko. Jednak kiedy stan smutku zmienia się w stan przedłużony, wtedy złe emocje stają się dominujące, zwykłe czynności sprawiają trudności, a człowiekowi coraz trudniej sobie z nimi poradzić wtedy można już stwierdzić wystąpienie zaburzenia depresyjnego. Do dziś nie ma jednak obiektywnej metody rozpoznania depresji. Według kryteriów diagnostycznych zaproponowanych przez DSM-IV depresję można rozpoznać po wystąpieniu u osoby minimum pięciu objawów przez okres dwóch tygodni [4,8,14,22].

Objawy depresji według klasyfikacji DSM- IV obejmują [4,8,14,22]:

- obniżenie nastroju,
- anhedonię - brak odczuwania przyjemności,
- znaczne ograniczenie wszystkimi czynnościami,
- znaczny wzrost lub spadek apetytu,
- obniżony napęd psychoruchowy,
- podwyższony napęd psychoruchowy,
- stale utrzymującą się bezsenność,
- nadmierną senność,
- obniżenie sprawności myślowej,
- poczucie zmęczenia,
- nieuzasadnione poczucie winy,
- obniżenie poczucia własnej wartości,
- obecne i nawracające myśli suicydalne.

Natomiast według klasyfikacji ICD-10, muszą wystąpić dwa z trzech objawów przez okres co najmniej dwóch tygodni [4,8,14,22]:

- anhedonia
- obniżenie nastroju
- utrata energii

Poza tym wymagane jest wystąpienie dwóch lub więcej objawów [4,8,14,22]:

- niska samoocena,
- problem z koncentracją,
- pesymizm,
- poczucie winy,
- problemy ze snem,
- brak apetytu,
- myśli i zachowania suicydalne,
- autoagresja.

Typowymi objawami afektywnymi depresji to przygnębienie i smutek, trwające ponad dwa tygodnie [4,8,14,22]. Dodatkowo wyróżnia się drażliwość i płaczliwość. Charakterystyczna jest anhedonia, która objawia się niemożnością przeżywania radości w każdym obszarze życia. Objawy dotykające sferę emocjonalną to utrata zainteresowań, radości życia, znajomości wszystko to prowadzić może do zaniedbania podstawowych potrzeb biologicznych i fizjologicznych. Obniżenie nastroju zwykle poddające się małym wahaniom z dnia na dzień , głownie zależy ono od występujących wydarzeń, wykazuje wahania w ciągu doby. Najgorszy nastrój występuje w godzinach porannych zaraz po przebudzeniu, natomiast nieco lepszy nastrój występuje w godzinach wieczornych. W ciągu dnia dominuje uczucie utraty sił, zmęczenia i witalności. Jednak w głębokiej depresji wahania te są praktycznie nieobecne. Ponowne pojawienie się wahań u ludzi leczonych jest pierwszą oznaką poprawy i sukcesu w leczeniu. Zmienność nastroju w ciągu dnia może spowodować, że lekarz badający pacjenta w godzinach wieczornych, może wysnuć mylne wnioski dotyczące głębokości zaburzenia u danej osoby, gdyż występująca różnica nastrojów pomiędzy porami dnia może być kolosalna. Jest to jedna z najważniejszych zasad przeprowadzonego badania u pacjenta z występującym zaburzeniem depresyjnym. Dlatego też należy poważnie traktować relacje zdaną przez chorego i osób z jego otoczenia, dotyczącego wahania nastroju w ciągu dnia. Chorujący nie mają zazwyczaj problemów z zaśnięciem, większość z nich wręcz czeka na moment, w którym będą się mogli w końcu położyć spać i zapomnieć o wszystkich

zmartwieniach, które miały miejsce w ciągu dnia. Sprawia im to przyjemność, daje nadzieje na odpoczynek. Po kliku godzinach płytkiego snu występują zaburzenia pod postacią zbyt wczesnego wybudzania bez możliwości ponownego zaśnięcia, czyli tak zwane zaburzenia drugiej i trzeciej fazy snu. Charakterystyczne dla depresji spłycenia snu powodują, że chory budzi się rano zmęczony [4,8,14,22]. Po przebudzeniu chory odczuwa niepokój i lęk, co skutkuje rozpoczęciem rozważań depresyjnych. Dosyć często pacjenci zgłaszają problem ze snem, jako główna, a nawet i jedyną dolegliwość, sugerując lekarzowi, że jedyne, co im potrzebne do szczęścia to leki nasenne. Niestety leki te wpływają tylko na wydłużenie i nieznacznie, na jakość snu, a nie na występującą depresję. Chorzy na depresję wielokrotnie uskarżają się na niemożność przeżywania radości życia, cierpią na brak odczuwania przyjemnych doznań. Ludzie zdrowi często nie zauważają, że podczas wykonywania czynności dnia codziennego, towarzyszy im poczucie satysfakcji, która jest następstwem tego, że coś idzie po naszej myśli i wszystko funkcjonuje tak jak trzeba. Takie podejście do życia gwarantuje dobre samopoczucie i spełnienie [4,8,14,22].

Chorzy na depresję natomiast odczuwają ciągły smutek, żal, zobojętnienie, zniechęcenie, przygnębienie, brak satysfakcji, utrata zainteresowań, po prostu nic ich nie cieszy [4,8,14,22]. Zdarza się, wystąpienie depresji bez uczucia smutku, które zastąpione jest zobojętnieniem. Pacjenci opisują swój smutek, jako trwający bez przerwy, głęboki i ciągle obecny w niezmienionym nasileniu. Człowiek doświadczając zwykłego smutku czy rozpaczy wynikającej z występujących wydarzeń w życiu np. utraty bliskiej osoby, jest zwykle podatny na zmiany. Niechorujący na depresję może się jeszcze mocniej zasmucić lub trochę rozweselić, natomiast chorujący w depresji o dużym nasileniu, ma problem z przyswajaniem informacji tych dobrych i tych z złych z otoczenia. Sprawia wrażenie jakby słyszał i rozumiał, ale nie jest zdolny do wyrażenia żadnych reakcji emocjonalnych. Smutek występujący w depresji często powstaje bez wyraźnej przyczyny bądź też jest niewspółmierny do reakcji chorego. Występuje jednak możliwość pojawienia się depresji w następstwie tragicznych przeżyć, jednak nie musi to oznaczać związku przyczynowo- skutkowego. W takiej sytuacji pacjent podaje to właśnie przykre wydarzenie, jako przyczynę swojego ciągłego smutku. Główną cechą jest to, że pomimo ustąpienia przyczyny, głębokość smutku nie zmienia się. Chorzy często określają swój smutek, jako zobojętnienie wobec całego świata [4,8,14,22].

Dochodzi do tego, że chory zaczyna zmuszać się do wykonywania prostych czynności, co sprawia mu wielką przykrość i trudność [4,8,14,22]. Lekarz, który ma mały kontakt z osobami chorymi na depresję, może odbierać ich relacjonowane problemy przesadnie

i lekceważąco. Większość chorych zgłasza brak chęci do podstawowych czynności w ciągu dnia takich jak wstanie z łóżka, umycie zębów, kąpiel, czy chociażby przygotowanie posiłku, który według nich sprawia im wielką trudność. Chorzy przestają wykonywać te czynności lub też wykonują je z poczucia obowiązku, lecz bez żadnej przyjemności. Zaczynają dostrzegać obowiązki, jako przykrą konieczność. Zdrowy człowiek wykonuje te czynności automatycznie, natomiast chory na depresję musi te czynności dokładnie rozważyć, rozplanować ułożyć plan działania, rozważa czy wykonane aktywności mają jakąś celowość i sensowność [4,8,14,22].

Dopiero po dokładnej analizie podejmuje bądź nie wykonanie zadania. Ludzie zaniedbują rodzinę, a nawet przestają interesować się swoimi zwierzętami, które z nimi żyją. Wtedy obowiązek posiadania zwierzęcia zmienia się w coś uciążliwego, wpędza ich w stan przygnębienia i napięcia. Zdarza się, że dochodzi do śmierci zwierzęcia, poprzez uśpienie go, gdyż chory postrzega zmęczenie życiem u towarzysza, jak i u niego i uważa, że jest to najlepsze wyjście z sytuacji. Jednak może to być wstępem do prób samobójczej [4,8,14,22].

Często osoby bliskie z otoczenia chorego odbierają zachowania chorego, jako lenistwo, komentując je, co dodatkowo pogłębia pogorszenie się jego stanu zdrowa. W tym momencie ważne jest pojawienie się lekarza bądź psychologa, aby wyjaśnili oni rodzinie i bliskim, że zachowanie takie wynika z choroby i nie ma ono żadnego powiązania z lenistwem [4,8,14,22].

Chorzy mają negatywny pogląd na swoje dokonania z przeszłości i wskutek tego boją się przyszłości, utracili nadzieję, nie widzą nic pozytywnego tylko same przykre perspektywy [4,8,14,22]. Dochodzi do samooskarżeń, widzą swoją śmierć w wyniku wymyślonej choroby bądź kataklizmu. Właśnie w tym momencie mogą pojawić się myśli i tendencje samobójcze, które występują u 80% chorych, większość z nich nie ujawnia ich w swoich wypowiedziach. U chorych są to nasilające się rozważania dotyczące wartości życia i odebrania sobie go, snucie planu, prowadzącego do wyboru konkretnego narzędzia, czasu czy okoliczności zdarzenia. Przyjęło się, że osoby spontanicznie mówiące o odebraniu sobie życia, nigdy sobie tego nie zrobią. Jest to nieprawdą, gdyż niejednokrotnie osoba taka w przeszłości mówiła o swoich planach najbliższym, albo lekarzowi. Zadawanie pytań choremu dotyczących myśli suicydalnych, nie zwiększa ryzyka samobójstwa, a wręcz przeciwnie. Zadanie tego pytania przez lekarza pozwala na uzyskanie obrazu głębokości choroby, a dla pacjenta przynosi ulgę [4,8,14,22]. W momencie potwierdzenia myśli samobójczych, lekarz każdy taki przypadek musi traktować poważnie i indywidualnie, bez paniki, zawsze sugerując się całościowym

obrazem choroby u danej jednostki. Określenie stopnia ryzyka samobójstwa w zaburzeniu depresyjnym jest niespotykanie trudne. Przebadano bardzo dużo potencjalnych i różnych czynników ryzyka, mających wpływ na zwiększenie wystąpienie odebrania sobie życia. Jednak wnioski są rozbieżne. Według badań do czynników ryzyka należą wiek powyżej 40 roku życia, płeć damska, brak małżonka/partnera, brak wsparcia ze strony rodziny i bliskich, występowanie choroby somatycznej w tym przewlekłej, nieuleczalnej, z ciągle trwającym bólem, brak perspektyw, poczucie beznadziejności. Skuteczne leczenie depresji prowadzi do zahamowania myśli samobójczych. Obserwuje się też wzrost zachowań ryzykownych, do których zalicza się stosowanie substancji psychoaktywnych czy nadmiernej ilości alkoholu. Następnym objawem jest spowolnienie, zmniejszenie energii, która prowadzi do wzmożonej męczliwości i zmniejszonej aktywności fizycznej [4,8,14,22].

Spowolnienie w depresji to zaburzenie napędu psychoruchowego, objaw ten jest stosunkowo łatwy do rozpoznania i zaobserwowania, warunek jest jednak jeden, trzeba pacjenta znać i znać jego zachowania sprzed zachorowania [4,8,14,22]. Zaburzenie psychoruchowe w tym szybkość mówienia, poruszania się, reagowania na pytania, myślenia u każdego jest inna. I w momencie kiedy lekarz nie znał wcześniej pacjenta powinien wziąć pod uwagę takie czynniki jak wiek, poziom wykształcenia czy wykonywany zawód oraz poziom sprawności sprzed zachorowania zbierając obiektywny wywiad środowiskowy od najbliższych bądź rodziny, ponieważ sam chory będzie opisywać siebie jako człowieka całkowicie niedołężnego [4,8,14,22].

Cierpiący na depresję nie potrafią poradzić sobie z czynnościami codziennymi, uskarżają się na spowolnienie myślenia, niedołężność intelektualną, trudność w koncentracji, zmęczenie, ciężko im podejmować jakiekolwiek decyzje [4,8,14,22]. Osłabienie koncentracji pojawia się, gdy chory próbuje zająć się oglądaniem filmu, czytaniem, słuchaniem muzyki. Zrozumienie czytanego tekstu jest o wiele bardziej utrudnione. Wielokrotnie musi wracać do początku tekstu, który przeczytał, żeby chodź trochę zrozumieć sens. Chory wielokrotnie wybiera czasopisma zawierające w dużej ilości ilustracje niż tekst, które ułatwiają zrozumienie. Pacjenci, o zwiększonych potrzebach intelektualnych mogą poczuć się otępiałe, niesprawne umysłowo, co stanowi kolejny niekorzystny czynnik wpływający na ich samopoczucie i nastrój. Zauważono, że chorzy częściej wybierają wiadomości i relacje sportowe, gdyż przy tego typu programach nie muszą oni pamiętać ciągłości akcji, zwracając tylko uwagę na to, co się dzieje w danym momencie. Gdy u człowieka wystąpią ciężkie zaburzenia koncentracji skutkujące wyraźnie zauważalnym problemem z porozumiewaniem się mamy do czynienia

z głęboką depresja. W takiej sytuacji ciężko mu zrozumieć jakiekolwiek zadane pytanie, jak i równie trudno na nie odpowiedzieć. Często subiektywnie odczuwa zaburzenia związane z porozumiewaniem się, które obiektywnie bardzo trudno jest stwierdzić. Chory obwinia się, że powiedział coś czego powiedzieć nie chciał [4,8,14,22]. W konfrontacji lekarz pacjent może dojść do licznych nieporozumień, tacy chorzy często zarzucają im brak empatii i wnikliwości. Zaburzenia pamięci i koncentracji mają tendencję do utrzymywania się dłużej niż spowolnienie i obniżenie nastroju. Dlatego też niekiedy po zakończonym leczeniu coraz częściej spotykamy się z sytuacją, że pozornie zdrowy już pacjent nadal ma problemy z bardziej skomplikowanymi pracami umysłowymi. W takim przypadku występuje trwające zaniepokojenie, ze strony chorującego jak i rodzin, która zaczyna podejrzewać początki otępienia. Analiza tych czynników pomoże oszacować prawdopodobny niezaburzony napęd u pacjenta i będzie stanowić podstawę do postawienia diagnozy [4,8,14,22].

Ocena stopnia obniżenia nastroju jest stosunkowo łatwiejsza od oceny stopnia zahamowania psychoruchowego [4,8,14,22]. Wystąpienie spowolnienia jest jedną z głównych cech zespołów depresyjnych pochodzenia endogennego. Zaburzenie depresyjne często przebiega z towarzyszącym niepokojem motorycznym takim jak nerwowa ruchliwość czy niemożność usiedzenia w miejscu, jak i niepokojem psychicznym, który objawia się natłokiem nieprzyjemnych myśli, brak możliwości odprężenia się i napięciem. Jednym z najczęstszych zaburzeń wegetatywnych jest kołatanie serca, zawroty i bóle głowy, suchość jamy ustnej, spłycenie oddechu, suchość w jamie ustnej, zaparcia, utrata masy ciała, spadek apetytu i szereg innych dolegliwości występujących ze strony układu pokarmowego [4,8,14,22].

W depresji o umiarowym i łagodnym nasileniu dosyć często obecne jest uczucie, że jedzenie nie ma żadnego smaku, wcale nie dostarcza przyjemnych doznań, czy też nie ma takiego jedzenia, na które chory miały ochotę. Natomiast w ciężkiej depresji ludzie mocno ograniczają spożywany pokarm lub też odmawiają jego spożycia. Zdarza się również, że zaczyna udawać, że je posiłek, zwykle robi to w tak przekonywujący i sprytny sposób, że ludzie z otoczenia dopiero po długim czasie, gdy chory zaczyna chudnąć, zaczynają podejrzewać i obserwować zachowania chorego. Niestety często kończy się to pomocą, pilnowaniem i dokarmianiem [4,8,14,22].

Utarcie łaknienia towarzyszy spadek masy ciała, zatrzymanie procesu chudnięcia jest bardzo czułym wskaźnikiem wpływającym na poprawę stanu zdrowia chorego [4,8,14,22]. Ważne jest w tym przypadku regularne ważenie, które pozwoli na uzyskanie informacji o ewentualnym wzroście masy ciała. Objawem zaburzonych rytmów biologicznych u kobiet są

między innymi zaburzenia cyklu miesiączkowego. Występujące u obu płci zmniejszenie popędu seksualnego oraz libido szacuje się na około 70% chorych, dolegliwość ta może znacznie wpłynąć na samoocenę chorego i wprowadzić go w poczucie dyskomfortu. Pacjenci stosunkowo rzadko zgłaszają problemy z tą sferą życia, lekarze natomiast równie rzadko pytają o to. Z przeprowadzonych badań wynika, że dla 75% chorych na depresję zaburzenia związane z funkcjonowaniem seksualnym są bardzo ważne i powoduje to u nich gorsze samopoczucie. Niemal zawsze towarzyszącym objawem depresji jest lęk. Występowanie lęku szacuje się na 2/3 chorujących na depresję. Najczęściej jest wolno-płynący pochodzenia około sercowego. Nieraz chorzy podają lęk za główne źródło swoich dolegliwości. Uważają, że kiedy lęk minie ich stan zdrowia znacznie się polepszy. Jednak nie jest to słuszne podejście, ponieważ leki uspokajające nie wyleczą depresji. Lęk jest osobny i dość obszerny problem [4,8,14,22].

Niska samoocena i mała wiara w siebie, nie jest bezpośrednio komunikowana przez chorującego, zazwyczaj będzie się on porównywać do innych i wyciągać wnioski. Chorzy będą opowiadać o innych ludziach, sytuacjach życiowych mówiąc o tym, jakie ich szczęście spotkało. Jego wywód będzie odnosił się do przykrej i niezmiennej rzeczywistości, jaką on doświadcza w życiu. Częste odczuwanie poczucia winy i małej wartości w ciężkiej depresji występuję pod postacią urojeń winy, jakże i kary. Niekiedy pacjent urojenia wyraża w tak absurdalny sposób, że niekiedy trudno jest go zrozumieć [4,8,14,22].

W umiarkowanej depresji poczucie winy przejawia się w znacznie łagodniejszy sposób. Pacjenci często rozważają przeszłość, zwracając szczególną uwagę na te momenty życia, gdzie postąpili źle. Są to raczej sugestie poczucia winy i wyrzuty sumienia. Ważne jest w tym momencie posiadanie przez lekarza obiektywnego wywiadu, gdyż tylko w ten sposób może on ocenić racje pacjenta. Każdy człowiek w swoim życiu niejednokrotnie podjął niewłaściwą decyzję, jednak lekarz szczególną uwagę powinien zwrócić na namolność powracania chorego do nieprzyjemnych dla niego wspomnień z przeszłości. Człowiek w pełni zdrowi psychicznie również popełnia błędy w swoim życiu, lecz częściej będzie opowiadać on o tych lepszych momentach, sukcesach niż porażkach. Pacjent cierpiący na depresję niestety jednak będzie cały czas dawał do zrozumienia, że wszytko co złe na świecie spotyka właśnie jego [4,8,14,22].

Diagnostyka zaburzenia depresyjnego jest wbrew pozorom dość łatwa. Problem sprawia wielopostaciowość choroby [2,3,11,23]. Nie istnieje, bowiem na świecie jeden test, który stwierdzałby wystąpienie choroby. Diagnostykę depresji warto rozpocząć od Kwestionariusza PHQ-9 (w wersji pełnej lub skróconej do dziewięciu pytań), co pozwoli szybko zdiagnozować depresję, uwzględniając wszystkie najważniejsze kryteria diagnostyczne

DSM-V epizodu dużej depresji. Według wytycznych DSM-V standardowych kryteriów klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego z 2013 roku, do ustalenia diagnozy depresji wymaga się stwierdzenie występowania objawów podstawowych wraz z wystąpieniem, co najmniej pięciu innych objawów, przez co najmniej okres dwóch tygodni [2,3,11,23].

Kryterium rozpoznania depresji według DSM-V [2,3,11,23]:

- Występowanie depresyjnego nastroju, w ciągu większości dnia lub prawie codziennie.
- Widoczny spadek zainteresowania przyjemnościami, które do tej pory sprawiały radość i czynnościami występującymi w ciągu dnia, prawie codziennie.
- Widoczny spadek masy ciała, bez stosowania diet odchudzających lub też przyrost masy ciała, do >5% zmiany w wadze.
- Bezsenność lub nadmierna senność w ciągu całego dnia, wczesne wybudzania się i budzenie się w nocy, prawie codziennie.
- Ciągłe nieuzasadnione poczucie winy, poczucie braku wartości, prawie codziennie.
- Nadmierna męczliwość, brak energii, niemal codziennie.
- Pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe.
- Zaburzenia funkcji poznawczych, trudność w myśleniu, podejmowaniu decyzji, koncentracji, występujące niemal codziennie.
- Stałe, powracające myśli suicydalne.

Do diagnostyki depresji stosuje się również kryterium według dziesiątej edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób- ICD-10. W której zawarte są podstawowe i dodatkowe objawy [2,3,11,23].

Kryteria Depresji według ICD- 10 [2,3,11,23]:

- Objawy podstawowe:
  - Widoczne obniżenie nastroju(smutek, przygnębienie, zobojętnienie, rozpacz).
  - Spadek energii, wzmożona męczliwość(nawet po małym wysiłku).
  - Spadek zainteresowań i zdolności cieszenia się.
- Objawy dodatkowe:
  - Zaburzenia snu.
  - Widocznie osłabiona koncentracja.
  - Niska samoocena, i brak wiary w siebie.
  - Stałe poczucie winy i małej wartości.
  - Pesymistyczny pogląd na przyszłość.

- Myśli i tendencje samobójcze.
- Zmniejszony apetyt, obniżenie popędu płciowego.

W zależności od wystąpienia liczby objawów podstawowych i/lub dodatkowych można dokonać podziału depresji na zaburzenia o łagodnym, umiarkowanym i ciężkim stopniu. Stopień nasilenia objawów depresyjnych według ICD-10 [2,3,11,23]:

- F32.0 Łagodna depresja – wystąpienie 2-3 objawów podstawowych oraz minimum 2 z 7 objawów dodatkowych. Minimum 2 tygodniowy czas utrzymywania się zaburzeń. Pacjent zdolny do wykonywania czynności dnia codziennego.
- F32.1 Umiarkowana depresja- wystąpienie 2-3 objawów podstawowych i minimum 4 z 7 objawów dodatkowych. Objawy o szybkim narastaniu i podwyższonym nasileniu. Pacjentowi z trudem przychodzi wykonywanie codziennych zajęć.
- F32.3 Ciężka depresja- wystąpienie wszystkich objawów podstawowych oraz minimum 4 z 7 objawów dodatkowych. Minimum dwa tygodnia utrzymujących się objawów. Duże prawdopodobieństwo wystąpienia objawów psychotycznych w tym omamów i urojeń. Pacjent całkowicie niezdolny do wykonywania czynności codziennych.

Diagnozując osoby starsze należy zwrócić szczególną uwagę na wystąpienie omamów i urojeń [2,3,11,23]. Depresja w wieku podeszłym wiąże się ze zmianami psychofizycznymi z roku na rok starzejącego się organizmu. Wśród ludzi starszych wystąpienie ciężkich problemów z koncentracją, pamięcią, coraz to gorsze radzenie sobie w życiu codziennym, spowolnienie, apatia, zaniedbywanie swoich obowiązków mogą być zarówno objawem pojawiającej się depresji jak i początków otępienia. Rekomenduje się podczas psychiatrycznego badania osób starszych użycie Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (GOD). Istnieją 3 wersje tej skali: pełna 30 pytań, skrócona 15 pytań i bardzo krótka z 4 pytaniami [2,3,11,23]. Liczba uzyskanych punktów od 0 do 10 brak depresji, od 11 do 20 punktów depresja lekka, uzyskanie ponad 21 punktów mówi nam o obecności depresji głębokiej [2,23].

W wersji krótkiej zawarte jest pytanie numer 1, 3, 8 oraz 9 (wersji tej nie stosuje się jedynie u chorych po udarze mózgu) [2, 23].

Krótszą wersję powinien zastosować lekarz podczas wizyty chorego, kiedy zaniepokoi go zmiana w zachowaniu pacjenta między innymi wystąpienie zauważalnego niepokoju. Kiedy pacjent uzyska wynik dodatni, należy przejść do pełnej wersji testu. Ważne jest, aby test został rozwiązany samodzielnie w swoim tempie lub przy pomocy drugiej osoby czytającej pytania w przypadku, gdy chory jest niewidomy lub słabo widzący, możliwe jest też odpowiadanie na pytanie przez telefon [2,23].

Tabela II Geriatryczna Skala Oceny Depresji, (Źródło: [2])

Pytanie	Tak	Nie
1. Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan(i) z niego zadowolony?	T	N
2.Czy zmniejszyła się liczba Pana(i) aktywności i zainteresowań?	T	N
3. Czy ma Pan(i) uczucie, że życie jest puste?	T	N
4. Czy często czuje się Pan(i) znudzony?	T	N
5.Czy myśli Pan(i) z nadzieją o przyszłości?	T	N
6.Czy miewa Pan(i) natrętne myśli, których nie może się Pan(i) pozbyć?	T	N
7.Czy jest Pan(i) w dobrym nastroju przez większość czasu?	T	N
8.Czy obawia się Pan(i), że może się zdarzyć Panu(i) coś złego?	T	N
9.Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(a)?	T	N
10.Czy często czuje się Pan(i) bezradny?	T	N
11.Czy często jest Pan(i) zaniepokojony?	T	N
12.Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan(i) w nim zostać?	T	N
13.Czy często martwi się Pan(i) o przyszłość?	T	N
14.Czy czuje Pan(i), że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni ludzie?	T	N
15.Czy myśli Pan(i),że wspaniale jest żyć?	T	N
16.Czy często czuje się Pan(i) przygnębiony?	T	N
17.Czy obecnie czuje się Pan(i) gorszy od innych ludzi?	T	N
18.Czy martwi się Pan(i) tym, co zdarzyło się w przeszłości?	T	N
19.Czu uważa Pan(i), że życie jest ciekawe?	T	N
20.Czy trudno jest Panu(i) realizować nowe pomysły?	T	N
21.Czy czuje się Pan(i) pełna energii?	T	N
22.Czy uważa Pan(i), że sytuacja jest beznadziejna?	T	N
23.Czy myśli Pan(i), że ludzie są lepi niż Pan(i)?	T	N
24.Czy drobne rzeczy często wyprowadzają Pana(ią) z równowagi?	T	N
25.Czy często chce się Panu(i) płakać?	T	N
26.Czy ma Pan(i) kłopoty z koncentracją uwagi?	T	N
27.Czy rano budzi się Pan(i) w dobrym nastroju ?	T	N
28.Czy ostatnio unika Pan(i) spotkań towarzyskich?	T	N
29.Czy łatwo podejmuje Pan(i) decyzje?	T	N
30.Czy zdolność Pana(i) myślenia jest taka sama jak dawniej?	T	N

Skala GDS jest rzetelnymi i trafnym testem przesiewowym, które ma zastosowanie w sytuacjach wymaganych diagnostyki depresji u ludzi starszych. Jednak należy podkreśli, że kwestionariusz nie jest w stanie zastąpić wywiadu klinicznego, czy też złożonego procesu diagnostycznego. Skala powinna być używana jako narzędzie przesiewowe, pozwalające wskazać kogo należy poddać dalszej bardziej szczegółowej diagnostyce. Ważne jest, aby pamiętać, że wszystkie wersje skali dotyczą zachowania i nastroju chorego w przeciągu ostatnich 2 tygodni. Niezwykle ciężkie jest postawienie trafnej diagnozy u ludzi starszych bez

porównania depresji z otępieniem. Depresja towarzysząca otępieniu wielokrotnie jest nierozpoznawalna i nieleczona, co znacznie pogarsza stan pacjenta i rokowanie. Dlatego tak ważne i pomocne w diagnostyce w wieku podeszłym jest dokładna znajomość cech depresji i otępienia starczego [2,23].

Tabela III. Porównanie cech depresji i otępienia

Zaburzenie depresyjne	Otępienie
Spowolniona mowa, pisanie, zdolności motoryczne.	Całkowicie zaburzona mowa, pisanie, zdolności motoryczne.
Zaburzenia snu, wczesne wybudzanie, płytki sen, nadmierna senność.	Odwrócenie rytmu dobowego, czuwanie nocne.
Problem ze skupieniem się i koncentracją.	Zaburzenia pamięci krótkotrwałej.
Pogorszenie funkcji poznawczych na przełomie dni tygodni, początek zmian łatwy do określenia.	Pogorszenie funkcji poznawczych trwające miesiącami, latami, trudno zaobserwować początek.
Chory jest w stanie zauważyć pojawiające się problemy z pamięcią.	Chory nie zauważa pojawiających się problemów z pamięcią oraz problemów z codziennym funkcjonowanie.
Chory zwykle jest w stanie podać miejsce, datę w którym obecnie przebywa.	Chory nie jest w stanie podać miejsca, gubi się, tarci orientację, nawet w tych miejscach, które znał.

(Źródło: opracowanie własne)

Wystąpienie depresji w wieku podeszłym nie zawsze skutkuje pojawieniem się objawów charakterystycznych w tej chorobie, często są to zaburzenia wybiórcze (mała depresja, dystymia) bądź zaburzenia mieszane (organiczne uszkodzenia mózgowia, depresje psychotyczne) [2,23].

Rodzaje depresji

Wcześniej wymieniona klasyfikacja została stworzona ściśle na potrzeby kliniczne. Istnieje jednak podział choroby, który pozwala podzielić ją na poszczególne rodzaje, wynika on z okoliczności, w jakiej choroba się pojawiła bądź wynikające z wieku lub choroby somatycznej [4].

Depresja typowa (endogenna) - cechą charakterystyczną jest widoczne obniżenie nastroju, spowolnienie procesów ruchowych i psychicznych tak zwane zahamowanie

psychoruchowe. Występują również liczne objawy somatyczne, lęk, zaburzenia rytmów biologicznych [4].

Depresje poronne (atypowa, depresje maskowane, subdepresje) – pojęcie te odnosi się do zaburzeń depresyjnych, w których występujące objawy podstawowe i wtórne są nie tak bardzo nasilone(subdepresja) bądź tez w przypadku zespołów, kiedy depresja, jako objaw podstawowy nie występuje lub jest trudna do rozpoznania. Występują natomiast inne cechy zespołu depresyjnego i objawy. Często jest to jeden zespół objawów to, którego można zaliczyć bóle głowy, przewlekły lęk, zaburzenia snu, różnego rodzaju natręctwa [4].

Depresja maskowana – termin odnosi się do depresji, w której główne problemy dotyczą przeżywania ciągłego przygnębienia i smutku. Depresja jest wtedy „maskowana". Osoby cierpiące z tym typem depresji, częściej zasięgają pomocy lekarza pierwszego kontaktu. Najczęstsze objawy to uczucie osłabienia fizycznego, zaburzenia snu lub nadmierna senność, ciągłe uczucie zmęczenia, uczucie gorszego funkcjonowania psychicznego, problem z koncentracją, gorsza pamięć, liczne dolegliwości bólowe, drętwienie, pieczenie, parastezje, nerwobóle, brak apetytu lub apetyt wzmożony, zaburzenia somatyczne [4].

Dystymia – dawniejszy odpowiednik depresji charakterologicznej i nerwicowej, w nowoczesności jednak jej zakres jest obszerniejszy [4]. Ważne jest, aby dystymię pierwotną odróżnić od trwających przewlekłych objawów depresji. Ponieważ objawy te są bezpośrednią patologią fizjologiczną choroby somatycznej. Często mówi się o wystąpieniu dystymii wtórnej, która może być konsekwencją nadużywania substancji psychoaktywnych, czy organicznym zaburzeniu nastroju. Cechą charakterystyczną występującej dystymii jest trwający, co najmniej dwa lata lub nawet powyżej dziesięciu lat nieprzerywane obniżenie nastroju, gorsze samopoczucie, niska samoocena, anhedonia, obojętność, oskarżanie się, nadmierny samokrytycyzm, nadmierne zamartwianie się, brak zdolności odczuwania pozytywnych emocji. Występują kilkudniowe, czasem kilkutygodniowe okresy remisji. Przebieg dystymii jest o wiele łagodniejszy niż w depresji endogennej. Pacjenci zazwyczaj dobrze funkcjonują w strefie zawodowej i rodzinnej, jednak nie do końca przynosi im to satysfakcję. Około 3 do 5 % populacji świata posiada objawy dystymiczne. Dystymię zalicza się do zaburzeń nastroju. Chorobę tą ciężko jest określić i rozpoznać. Nieleczona skutecznie może obniżyć jakość życia człowieka oraz negatywnie wpłynąć na jego funkcjonowanie społeczne. Pacjenci mogą sygnalizować myśli i zamiary suicydalne lekarzowi, jednak popełnienie samobójstwa wśród nich jest rzadsze niż u osoby z epizodem depresji, co nie oznacza, że nie powinno się reagować na tego typu zgłaszane problemy. Dystymię według Akiskala dzieli się na - występująca

zazwyczaj wśród populacji ludzi młodych, czyli pierwotną występująca samodzielnie, jak i wtórną występującą u osób starszych. Wtórna zazwyczaj towarzyszy innym chorobom przewlekłym np. psychicznym, neurologicznym lub takimi, które grożą kalectwem. Im wcześniejsze wystąpienie choroby somatycznej, tym zwiększone jest ryzyko wystąpienia dystymii przez całe życie i będzie nierozłącznym elementem jego osobowości. Wczesny początek wystąpienia choroby szacuje się na późny okres dorastania bądź też trzecia dekada lub późny między 30. a 50. rokiem życia [4].

Depresja poporodowa – występuje ona wśród kobiet znacznie częściej niż jakakolwiek choroba przewlekła, choruje na nią około 10 do 15% [4]. Zwykle pojawia się w okresie pierwszych czterech tygodni po porodzie i utrzymuje się nawet do 9 miesięcy. Okres ciąży, następnie porodu, a później połogu to dla kobiety okres szybkich zmian hormonalnych, występują też liczne zaburzenia w obciążonej psychice kobiety. Związane jest to głównie z nową funkcją społeczną, jak i pojawiającymi się problemami zdrowotnymi. Główne predyspozycje do wystąpienia zaburzeń emocjonalnych w tym okresie życia kobiety to czynniki psychospołeczne, biologiczne, uwarunkowania socjoekonomiczne, socjodemograficzne. Również pojawiające się konflikty partnerskie oraz rodzinne. Ciągły stres również ma duży wpływ na pojawienie się zaburzenia, uważany jest za czynnik wyzwalający. W depresji poporodowej możemy wyróżnić objawy, takie jak: obniżenie nastroju, trudność ze snem, zmniejszenie zainteresowań przez minimum 2 tygodnie, uporczywe zmęczenie, przygnębienie, niezdolność do przestrzegania higieny osobistej, pobudzenie, lęk, niepokój, niezdolność do opieki nad noworodkiem lub nadmierna opieka, zaobserwowanie utrudnienia w życiu, czynnościach domowych, myśli samobójcze dotyczące zrobienia krzywdy dziecku. Powinno się różnicować depresję poporodową z tak zwanym zespołem „Baby blues". Zespół ten dotyka nawet 80% kobiet. Główne cechy to płaczliwość, obniżony nastrój, lęk, drażliwość, smutek, nerwowość, zakłopotanie, poczucie przytłoczenia wynikające z nowych obowiązków, obniżona koncentracja. Jednak objawy „Baby blues" [4] nie sprawiają trudności w normalnym funkcjonowaniu. Zwykle pojawia się do 14 dni po porodzie, osiągając swoje największe nasilenie pomiędzy 3. a 7. dniem, właśnie w tym okresie dochodzi do największych zmian hormonalnych w organizmie. Zespołu nie leczy się psychiatrycznie, ważne zapewnienie bezpieczeństwa, wsparcie i pomoc w czynnościach codziennych. Należy pamiętać o szczególnej trosce w tym momencie życia, gdyż nie leczona depresja poporodowa, może skutkować w przyszłości problemami na wielu płaszczyznach życia rodzinnego. Okres poporodowy jest trudnym przeżyciem dla nowej mamy, która nie do końca rozumie natłok

zmian które dochodzą w jej organizmie jak i w psychice [4,24,25].

Depresja u dzieci i młodzieży – według szacunków około jedna trzecia ludzi młodych choruje na zaburzenia depresyjne, w większości mają one charakter przejściowy, a 25% z nich wymaga leczenia [4,26,27]. Wystąpienie pełnoobjawowej depresji znacznie upośledza samopoczucie, sprawność poznawczą, relacje międzyludzkie, sprawność fizyczną, oraz znacznie wpływa na pogorszenie wyników w nauce. Pojawienie się depresji w tak młodym wieku zależy w głównej mierze od złożonego współdziałania wielu czynników. Są to czynniki genetyczne, osobowe, dotyczące środowiska rodzinnego, związane ze zdobytymi doświadczeniem życiowym. Można też stwierdzić, że pojawienie się choroby wynika z formowania się tożsamości a także z przechodzeniem kryzysu kształtowania się osobowości. Wystąpienie zaburzenia wśród rodziców trzy krotnie zwiększa zachorowalność wśród dzieci, dziedziczenie depresji szacuje się na około 50% [4,26,27].

Młodzi ludzie zaczynają intensywnie przeżywać ich nową rolę w społeczeństwie, często zderzenie z rzeczywistości i nowymi obowiązkami jest dla nich zbyt trudne. Czas na usamodzielnienie się formalne i emocjonalne. Pojawiają się zaburzenia lękowe, które powiązane są z podejmowaniem trudnych decyzji jest to obawa o przeszłość. Dlatego tak ważne jest wsparcie ze strony rodziny i prawidłowe wychowanie. Zdarza się, że rodzice są zbyt wymagający, chłodni, niedostępni, surowi, są mało wrażliwi na potrzeby potomka, odrzucają chorobę dziecka. Przyczyn choroby należy także doszukiwać się w trudnościach życia w społeczeństwie dotyczy to stawianych oczekiwań wobec młodego i zaczynającego życie człowieka, niejednokrotnie przez rówieśników. Wystąpienie krytycznego wydarzenia piętnuje wystąpienie depresji, trwający smutek, lęk, strach spowodowany utratą rodzica, przyjaciela, żałoba, samobójstwo bliskiej osoby. Depresja wieku młodzieńczego jest często lekceważona przez dorosłych z bliskiego otoczenia chorego [4,26,27]. Komentując zachowanie dziecka często mówią o młodzieńczym buncie. Co skutkuje najczęściej cierpieniem w milczeniu. Zdarza się, że osoby chore chcą zwrócić na siebie uwagę otoczenia, podejmując niebezpieczne działania. Są to między innymi nadużywanie alkoholu, substancji psychoaktywnych, samookaleczenia, a nawet próby samobójcze. Główne objawy to stały lęk, złe samopoczucie fizyczne, bóle somatyczne, przewrażliwienie na punkcie funkcjonowania swojego organizmu i ewentualne doszukiwanie się patologii, dysforia, anhedonia, zmęczenie, zmienność nastroju, przygnębienie, zaburzenia funkcji poznawczych koncentracji i zapamiętywania, niskie poczucie własnej wartości, niska ocena rzeczywistości i przyszłości, samego siebie, stałe uczucie znudzenia, utrata motywacji, zachowania autodestrukcyjne. A także znaczny przyrost

masy ciała bądź zaburzenia łaknienia. W Polsce szacuje się około 6 tysięcy przypadków wśród dzieci, które chcą popełnić samobójstwo. Możliwe są również napady paniki i natręctwa. W momencie diagnostyki depresji u dziecka należy wziąć pod uwagę możliwość współistnienia choroby somatycznej, które często dają rzekomy obraz zaburzenia depresyjnego. Są to między innymi zaburzenia funkcjonowania tarczycy, mononukleoza, niedobory żelaza, niewydolność nerek, choroba układowa, przewlekłe zapalenie oskrzeli, zespoły bólowe różnego pochodzenia. Leczenie depresji w wieku młodzieńczym polega na połączeniu psychoterapii z farmakoterapią. Ważne jest indywidualne podejście do chorego, przy równoczesnym edukowaniu rodziny. Ważne jest odbudowanie dobrej relacji rodzinnej. Włącznie w leczenie leków następuje w przypadku, gdy objawy występują w dużym nasileniu, pojawienie się depresji psychotycznej, tendencji suicydalnych lub w przypadku, kiedy dotychczasowe leczenie psychoterapeutyczne jest nieskuteczne, a depresja nawraca [4,26,27].

Depresja w wieku podeszłym po 65. roku życia – chorzy w wieku emerytalnym w Polsce stanowią 20% społeczeństwa [2,28,29]. Zaburzenie występuje znacznie częściej niż u osób młodych, głównym czynnikiem predysponującym w tym wieku są inne choroby organizmu, które trwają latami. Inne to psychologiczne i endogenne, społeczno-socjalne. Często bywa tak, że etiologia choroby jest mieszana, co sprawia trudność oceny, który z czynników najbardziej przyczynił się do zachorowania. Wystąpienie dystymii negatywnie wpływa na przebieg i powodzenie leczenia współistniejących chorób somatycznych. Starzejące się społeczeństwo Polski, co roku przyczynia się do systematycznego wzrostu zachorowań osób z depresją. Starzejący się mózg jest jednym ze swoistych czynników ryzyka, sytuacja psychospołeczna w tym osamotnienie, ,,zespoły utraty", czynniki finansowe, liczne choroby współistniejące w tym nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, stan po przebytych udarach, w tym niepełnosprawność. Dodatkowo zalicza się przyjmowanie leków przeciwcukrzycowych, przeciwciśnieniowych, steroidy. Przyczyna endogenna (biologiczna) głównie wynika z niewłaściwego funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego ze szczebla komórkowego lub białkowego. Brane są pod uwagę obciążenia genetyczne, oraz zmiany organiczne mózgu, które prowadzą do znacznej utraty neuronów i neuroprzekaźników [2,29,30].

Czynniki psychospołeczne to syndrom ,,opuszczonego gniazda", straty biskich, rodziny, straty materialne, znacznie obniżona samoocena, negatywny sposób myślenia i nastawienie do świata, również spory i konflikty rodzinne czy nawet strata ukochanego zwierzęcia. Doprowadza to do wycofania się społecznego oraz bezczynności. Istotna jest też ludzka emocjonalna nadwrażliwość, nadmierne odczuwanie wewnętrznego stresu, które

formuje się już w latach młodzieńczych równolegle z nieprzyjemnymi doświadczeniami, które spotkały młodego człowieka. Z czynników demograficznych wyróżnić można jeden najważniejszy, jakim jest płeć żeńska. Ludzie po 65. roku życia zaczynają być postrzegani, jako osoby, które są mniej zainteresowani tym, co ich otacza [2,28,29]. W dużej mierze skupieni są oni na swoich chorobach i dolegliwościach, gdyż z roku na rok przybywa im chorób. Wraz z tym ich sprawność i aktywność fizyczna jest gorsza, co znacznie wycofuje ich z pasji bądź sportów, które dotychczas były dla nich przyjemnością i oderwaniem. Spada również sprawność intelektualna. Do objawów zaburzenia depresyjnego, więc zaliczyć można: lęk, zaburzenia łaknienia, utrata zainteresowań, zaburzenia snu, niemożność odczuwania przyjemności, poczucie bezradności i małej wartości, spadek energii, szybsza męczliwość nawet przy małym wysiłku, przeświadczenie o byciu dla kogoś ciężarem, zaburzenia pamięci, koncentracji, uwagi, negatywna ocena przeszłości, przyszłości, ciągłe poczucie winy, beznadziei, częste myśli o śmierci, niewiara w swoje możliwości. U ludzi starszych rzadko występuje obniżony nastrój, dlatego mówi się o wystąpieniu depresji maskowanej bądź, depresji bez smutku. Diagnostyka i rozpoznanie depresji w wśród ludzi geriatrycznych stanowi nie lada wyzwanie. Liczne dolegliwości zgłaszane przez chorego jak i rodzinę stanowić mogą chorobę otępienia starczego jak i depresję. Otępienie może również zwiększyć ryzyko wystąpienia depresji jak i być maską [2,28,29].

Depresja sezonowa – już w czasach starożytności zauważono, że pora roku ma istotny wpływ na samopoczucie człowieka [30]. Zaobserwowano już wtedy zjawisko tak zwanego zimowego smutku. Na początku lat osiemdziesiątych oficjalnie uznano ten rodzaj depresji i nazwano SAD - *seasonal affective disorder*. Choroba ta charakteryzuje się corocznym nawracaniem objawów depresyjnych w okresie jesienno – zimowym (wrzesień – maj), oraz ich znikaniem w okresie wiosenno – letnim. Wyróżnia się dwa rodzaje: zimową tą występującą zazwyczaj krajach północnych oraz letnią występującą o wiele rzadziej, zwykle w krajach okołorównikowych. Choroba zwykle ujawnia się w trzeciej dekadzie życia, czyli pomiędzy 20. a 30. rokiem życia człowieka. Objawy to wzmożony apetyt, bóle głowy, ogólna bolesność, płaczliwość, ociężałość okolic nóg i ramion, zwiększona potrzeba snu, wyraźny spadek energii, uczucie smutku, niepokój, lęk, utrata zainteresowań, anhedonia, poczucie beznadziejności, brak motywacji, problemy ze skupieniem uwagi, spadek libido, poczucie winy, a nawet myśli samobójcze. Przypadki depresji sezonowej rzadko, ale zdarzają się również u dzieci. Objawami są problemy z wstawaniem, nauce, wagarowanie zasypianie na lekcjach w szkole, zmęczenie, apatia, obniżona sprawność fizyczna. Objawy nasilają się w stosunku do wieku, i łagodnieją na

starość. Praktycznie nie występuje u osób powyżej 55. roku życia. Częściej chorują kobiety około 80% przypadków [30].

Depresja lękowa (agitowana) – charakteryzuję ją stałe występowanie stanów lękowych. Chory ciągle odczuwa zagrożenie, napięcie, wystąpienie niepokoju ruchowego (prowadzącego do pobudzenia), manipulacyjnego. Występuje tutaj wyższe ryzyko samobójstw [11].

Depresja urojeniowa (psychotyczna) – występują tu głównie urojenia o charakterze kary, winy, grzeszności, nihilistyczne, poniżenia, zubożenia. Chory z nastawieniem ksobnym z poczuciem zagrożenia, nieufny w stałym lęku, niepokoju ruchowym. Bardzo duże ryzyko podjęcia próby samobójczej również samobójstwa rozszerzonego. Pacjenci z tym typem depresji wymagają bezwzględnej hospitalizacji [11].

Depresja hipochondryczna (bólowa) - chorzy wręcz przewrażliwieni na punkcie swego zdrowia somatycznego. Cecha główna to stałe dolegliwości bólowe, poczucie braku zdrowia i zaburzenia powiązane z dysfunkcją autonomiczną. Często przekształca się w depresję urojeniową [11].

Leczenie farmakologiczne i niefarmakologiczne

Depresja jest chorobą w pełni uleczalną. Jednak przyjęło się stwierdzenie, iż wyleczenie schorzenia nie daje stu procentowej pewności wyzdrowienia na zawsze, ponieważ choroba w każdym momencie życia może pojawić się znowu [2,4,10].

Po terapii i leczeniu trwa okres remisji choroby, który może utrzymywać się często do końca życia, bez nawrotu choroby. Najważniejszym celem w leczeniu depresji jest jak najszybsze osiągnięcie całościowej odpowiedzi terapeutycznej, remisji objawowej, oraz szybkiego powrotu do stanu sprzed choroby. Główną zasadą leczenia jest właściwy dobór leków, które działają całościowo i kompleksowo, a nie tylko na poszczególne objawy, takie jak: strach, zaburzenia snu czy lęk. Wybierając leki należy również zwrócić szczególną uwagę na stan chorego, sposób przyjmowania leku oraz na występowanie innych chorób w tym somatycznych, gdyż osoba taka przyjmuje już swoje leki, które mogłyby wchodzić w interakcje z lekami przeciwdepresyjnymi [2,4,10].

W procesie terapeutycznym równie ważna jest pełna współpraca z chorym w tym wytłumaczenie i przekazanie mu istotnych informacji dotyczących rozpoznania, przebiegu, możliwych metod leczenia, regularności przyjmowania leków. Lekarz powinien wytłumaczyć

choremu jak zapobiegać objawom i na jakie pojawiające się symptomy należy zwrócić uwagę, żeby zapobiec wczesnemu nawrotowi choroby. Osiągniecie działania leków występuje głównie po okresie od 2 do 4 tygodni, dlatego tak ważna jest sumienność przyjmowania środków leczniczych i cierpliwość. Leczenie depresji opiera się na dwóch metodach, jakim jest leczenie niefarmakologiczne oraz leczenie farmakologiczne [2,4,10].

Leczenie farmakologiczne – o tym, że zostanie podjęta metoda leczenia za pomocą środków leczniczych decyduje lekarz najlepiej psychiatra [2,4,10].

Ważne jest w tym momencie rozważenie decyzji o hospitalizacji i obserwacji zachowań chorego. Możliwe jest również leczenie tylko ambulatoryjne. [2,4,10].

Do określenia miejsca leczenia pacjenta ważne jest przeanalizowanie kilku czynników, jakimi są [2,4,10]:

- nasilenie zaburzenia depresyjnego,
- ryzyko farmakoterapii,
- ryzyko wystąpienia możliwego samobójstwa,
- aktualny stan somatyczny,
- warunki środowiskowe chorego w tym pomoc i wsparcie najbliższych,
- stały kontakt z lekarzem.

Leczenie zaburzenia depresyjnego odbywa się w trzech etapach [2,4,10]:

- Prawidłowe rozpoznanie i leczenie ostrej fazy choroby.
- Leczenie podtrzymujące – zazwyczaj trwające od 3 do 6 miesięcy po ustąpieniu objawów depresyjnych.
- Skuteczne zapobieganie nawrotom – trwa około do dwóch lat, a nawet całe życie. Stosowane zazwyczaj leki przeciwdepresyjne i przeciwlękowe.

Przy wyborze leku przeciwdepresyjnego nie bierzemy pod uwagę samej skuteczności, ale najważniejszym czynnikiem jest indywidualna tolerancja środka medycznego i bezpieczeństwo jego stosowania [2,4,10].

Ważne jest również uwzględnienie cech klinicznych depresji, współistniejących chorób somatycznych i przyjmowanych leków, wystąpienie możliwych działań niepożądanych, masa (otyłość niedożywienie), wiek chorego, współwystępowanie innych chorób psychicznych, poprzednio zastosowane leczenie w momencie epizodu depresji. Jak również określenie stopnia nasilenia symptomów depresyjnych w tym występowanie objawów psychotycznych [2,4,10].

Istotna jest tutaj systematyczność i prawidłowość przyjmowania leków, jeżeli współpraca z chorym jest utrudniona należy wybrać jak najprostszy schemat dawkowania, wsparcie rodziny i jej edukacja w zakresie leczenia oraz doświadczenie lekarza dotyczące stosowanego lekarstwa, cena i dostępność leku [2,4,10].

Depresja z zahamowaniem, apatią, widocznym spadkiem energii [2,4,10]:

- Reboksetyna (Edronax)
- Wenlafaksyna (Velafax, Venlafaxine, Efectin ER)
- Bupropion (Welbox, Zyban)
- Moklobemid (Moklar, Mobemid)
- Wortioksetyna (Brintellix)

Depresja z natręctwami myśli i czynność [2,4,10]:

- Selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny(SSRI)
  - Citalopram (Cital, Citabax)
  - Fluoksetyna (Bioxtin)
  - Escitalopram (Mozarin)
  - Fluwoksamina (Fevarin)
  - Sertralina (Zoloft,Asentra) pacjenci obciążeni kardiologicznie
  - Paroksetyna (Parogen)
  - Klomipramina (Anafranil)

Mieszane zaburzenia depresyjno – lękowe, lęk uogólniony, napadowy [2,4,10]:

- SSRI
- Wenlafaksyna
- Tianeptyna (Coaxil)

Depresja z bezsennością [2,4,10]:

- Trazodon (Trittico CR)
- Mianseryna (Lerivon, Deprexolet, Miansec)
- Agomelatyna (Valdoxan)
- Mirtazapina (Mirtagen, Mirtor)

Depresja z niepokojem [2,4,10]:

- Trazodon
- Mianseryna
- Mirtazapina
- Trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (TLDP)

- Amitryptylina (Amitriptylinum VP) w przewlekłych zespołach bólowych
- Doksepina (Doxepin Teva)
- Klomipramina (Anafranil)

Depresja z zaburzeniami funkcji poznawczych [2,4,10]:

- Agomelatyna
- Wortioksetyna

Depresja z bólem [2,4,10]:

- Amitryptylina
- Wenlafaksyna
- Duloksetyna (Depratal, Dulsevia, Duloxetine Mylan)

Etapy leczenia depresji

Faza ostra – ciągłe i konsekwentne leczenie trwające zazwyczaj od sześciu do nawet ośmiu tygodni. Jest to czas rozpoczynający postępowanie lecznicze i trwający aż do uzyskania remisji objawowej. W tym czasie najważniejsze jest prawidłowe dobranie leku przeciwdepresyjnego oraz jego dawki terapeutycznej. W tym okresie wizyty pacjenta powinny odbywać się stosunkowo często, ponieważ ważne jest stałe kontrolowanie tolerancji przyjmowanego leku, reakcji terapeutycznej oraz wystąpienie możliwych działań niepożądanych. Już na początku terapii możliwe jest wystąpienie objawów sygnalizujących poprawę, jednak całościowy obraz zastosowanego leczenia dawką terapeutyczną można ocenić dopiero około czwartego a zwykle szóstego tygodnia [31,32,33].

Leczenie podtrzymujące – po uzyskaniu remisji objawowej, ważna jest kontynuacja przyjmowania leków prze okres, co najmniej 6 miesięcy, a nawet do roku czasu. Przez en okres dawka leku powinna być stała, lub zmniejszona do jak najmniejszej dawki terapeutycznej. Czas trwania leczenia zależy w głównej mierze od nasilenia objawów w chwili jego rozpoczęcia, długości utrzymywania się symptomów przed planowanym początkiem leczenia, szybkości uzyskania odpowiedzi terapeutycznej oraz towarzyszących niekorzystnie wpływających czynników środowiskowych(trudna sytuacja rodzinna, osobista, ekonomiczna, zawodowa). Jeżeli w tym momencie u pacjenta zostanie zaobserwowane znaczne nasilenie objawów depresyjnych lekarz powinien zwiększyć dawkę przyjmowanego leku lub zmienić go na taki, który wykazuje inny mechanizm działania bądź też koniecznie jest wprowadzenie leczenia skojarzonego [31,32,33].

Leczenie profilaktyczne – głównym celem jest przeciwdziałanie ponownemu zachorowaniu pacjenta w przypadku nawracających zaburzeń depresyjnych lub zaburzeń afektywnych dwubiegunowych [31,32,33].

Odstawienie leków – leki należy odstawiać stopniowo i powoli, ze względu na zwiększone ryzyko wystąpienia objawów odstawiennych. W zależności od długości terapii odstawienie zajmuje od 1 do 2 tygodni w przypadku krótkiego leczenia, leczenie trwające od 6 do 8 miesięcy dawki redukuje się w przeciągu 6, a nawet i 8 tygodni. Natomiast w przypadku leczenia długoterminowego dawkę należy zmniejszać, o 25% co 4 do 6 tygodni, aż do momentu całkowitego odstawienia [31,32,33].

Leczenie przeciwdepresyjne ma na celu zaprzestanie występowaniu objawów i jak najszybsze przywrócenie zdrowia przede wszystkim psychicznego oraz zapobieganie nawrotowi choroby. Jednak wiele przypadków ludzi chorujących na depresję, pomimo wielokrotnej modyfikacji leczenia farmakologicznego nie udaje się osiągnąć poprawy, a co z tym idzie remisji. Występowanie działań niepożądanych powoduje, że znaczna większość chorych przerywa leczenie. Badania wykazują, że nawet 30% przyjmujących leki przeciwdepresyjne pacjentów nie reaguję na zastosowane leczenie. Zjawisko te nazywamy „lekoopornością rzekomą". Nie wystąpienie efektu terapeutycznego wiąże się z błędnym rozpoznaniem, a co z tym idzie złym doborem leków, zbyt mała dawka, niestosowanie się pacjenta co do zaleceń lekarskich czy też zbyt mała dawka leku lub wystąpienie interakcji z innymi przyjmowanymi lekami [31,32,33].

Do metod niefarmakologicznych leczenia zaburzeń depresyjnych zaliczam: fototerapię (stosowana głównie w depresjach sezonowych), psychoterapię (powinna być prowadzona równolegle z leczeniem farmakologicznym, metoda zastosowanej terapii zależy od stanu chorego), elektrowstrząsy(ciężkie postacie depresji, z wysokim ryzkiem samobójstwa, depresje lekooporne, pacjentki w ciąży, depresje z osłupieniem), deprywacja snu (wymuszenie bezsenności u pacjenta przez kolejne 3 noce) [31,32,33].

Stany lękowe w depresji

Współwystępowanie depresji oraz lęku znane było już w IV wieku przed naszą erą. Kiedy to Hipokrates pisał *„Jeśli lęk i strapienie trwają długo, to jest to melancholia"* [31]. Praktycznie wszyscy pacjenci chorujący za zaburzenia depresyjne odczuwają mniejszy lub

większy lęk. Co znacznie wpływa na ich funkcjonowanie w ciągu dnia, jak i w społeczeństwie.

U ludzi cierpiących na zaburzenia lękowe znacznie częściej odnotowuje się nieobecność w pracy. Może on towarzyszyć im od wczesnych godzin porannych, aż do momentu zaśnięcia. Stany lękowe znacznie częściej występują u kobiet. Mówi się, że depresja i lęk są ściśle ze sobą powiązane i są niemal nierozerwalne. Lekarze psychiatrzy traktują lęk jako tak zwany objaw osiowy. Występujące zaburzenie depresyjne może generować lęk, a on natomiast może indukować pojawienie się zaburzenia. Jednoczesne występowanie lęku i depresji jest powiązane z zaburzeniami snu, niskim poczuciem własnej wartości, większym poczuciem winy, zmęczeniem, drażliwością, brakiem odczuwania przyjemności, ale i również zwiększa ryzyko hospitalizacji chorego lub zamiarów samobójczych [7,31].

Zespoły depresyjno – lękowe charakteryzując się przewlekłym przebiegiem i opornością na leczenie. Lęk u osób cierpiących na dużą depresję wiąże się z dużym ryzykiem przerwania farmakoterapii. Element oczekiwania jest częścią lęku występującego w depresji. Jest to wyczekiwanie na wydarzenie mogące mieć destrukcyjny wpływ na życie chorego, jak również lęk przed zagrożeniem, które mogłoby dotyczyć bliskich. Najbardziej typowym objawem jest lęk wolnopłynący, występujący przewlekle, nie zależnie od czynników zewnętrznych, posiadający niewielką amplitudę. Charakterystyczne umiejscowienie lęku to okolica przedsercowa jest to tak zwany lęk przedsercowy. Natężony lęk może prowadzić nawet do osłupienia depresyjnego. Zaburzenia lękowe mogą stanowić dominującą dolegliwość, często odsuwając obniżenie nastoju i inne na dalszy plan. Wolnopłynący lęk oraz napady paniki są pojedynczymi symptomami lękowymi, które mogą towarzyszyć depresji [7,31].

Często u chorujących na zaburzenia depresyjne występują zespoły objawowe, które pozwalają postawić rozpoznanie swoistego zaburzenia lękowego [34,35]. Są to między innymi zespół lęku społecznego, zaburzenia paniczne, zaburzenie lękowe uogólnione i zaburzenie obsesyjno-kompulsywne. Rozróżnić należy objawy występujące w depresji z współistniejącymi zaburzeniami lękowymi, oraz depresji z towarzyszącym podprogowym lękiem. Badania przeprowadzone potwierdzają, że występowanie epizodu dużej depresji wraz z podprogowym lękiem w porównaniu z współistnieniem dużej depresji i zaburzenia lękowego lub też współwystępowaniu jednoczenie zaburzenia lękowego i podprogowej depresji jest ściśle powiązane z częstszym wystąpieniem myśli suicydalnych, zaburzeń seksualnych, spowolnienia psychoruchowego, utraty masy ciała, myśli hipochondrycznych. Chorzy ci stosunkowo trudniej reagują na zastosowane leczenie przeciwdepresyjne. Szacuje się, prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzenia lękowego zaraz po przebytym epizodzie

depresji na 47-58% mając na uwadze całe życie. Natomiast u około 57% chorych z zaburzeniami lękowymi pojawi się depresja. Najczęściej zaburzenia lękowe pojawiają się przed depresją. Coraz częściej, bo aż od 30 do 75% dzieci chorujących na depresję rozpoznaje się zaburzenia lękowe. Stosowane leczenie sekwencyjne zakłada, że w pierwszej kolejności leczy się zaburzenie pierwotne, a następnie leczone jest zaburzenie współistniejące. Dlatego więc leczenie odbywa się za pomocą leków przeciwdepresyjnych i przeciwlękowych. Napady lękowe bardzo często występują równocześnie z licznymi chorobami somatycznymi mowa tu między innymi o schorzeniach kardiologicznych (zawał, choroba niedokrwienna serca, wypadanie płatka zastawki mitralnej). Zaobserwowano również dużą tendencję lękową u chorych na atopowe zapalenie skóry, nowotwory czy u operowanych i pacjentów z guzem chromochłonnym [34,35].

Piśmiennictwo

1. Musiał A.: Depresja - rys historyczny. Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 2007, 7(1), 42-46.
2. Kałucka S.: Cechy depresji w wieku podeszłym- etiologia, rozpoznawanie i leczenie. Geriatria, 2014, 8, 240-247.
3. Majkowicz M., Zdun-Ryżewska A.: Rozpoznawanie i leczenie depresji w sytuacji choroby somatycznej. Medycyna Paliatywna, 2012, 2, 75-79.
4. Klimaszewska K., Bondaruk I., Rolka H., Krajewska-Kułak E., Kowalczuk K.: Rola edukacyjna pielęgniarki w zakresie postępowania z chorym na depresję. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2007, 88(4), 408-416.
5. Prużyński S.: Choroby afektywne nawracające. Psychiatria. Tom II. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2002.
6. Marneros A.: Origin and development of concepts of bipolar Mied states. The Journal of Affective Disorders, 2001, 67, 229-239.
7. Jaeschke R., Siwek M., Grabski B., Dudek D.: Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych. Psychiatria, 2010, 7(5), 189-197.
8. Święcki Ł.: Depresje- definicja, klasyfikacja, przyczyny. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej, 2002, 2(3), 151-156.
9. Poniatowska-Leszczyńska K., Małyszczak K.: Depresja a patologia osobowości w ujęciu psychodynamicznym. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2013, 22(3), 201-209.

10. Steć M.: Depresja jako element naznaczenia niepełnosprawności człowieka. Wydział Pedagogiki i Psychologii Zakład Psychologii Klinicznej, 2010, 23, 130-145.
11. Pełka-Wysiecka J., Samachowiec J.: Depresja – czy faktycznie zróżnicowana farmakoterapia. Psychiatria, 2014, 11(3), 141-147.
12. Łoza B., Parnowski T.: Nowa depresja. Nowe leczenie. Warszawa 2012.
13. Kiejna A., Piotrowski P., Adamowski T., Moskalewicz J., Wciórka J., Stokwiszewski J., Rabczenko D., Kessler RC. Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska. Psychiatria Polska, 2015, 49(1), 15–27.
14. Michalska – Leśniewicz M., Gruszczyński W.: Czynniki psychologiczne w depresji. Psychiatria, 2010, 7,3, 95-103.
15. Dudek D., Zięba A.: Depresja – wiedzieć, aby pomóc. Wydawnictwo Medyczne, Kraków, 2002.
16. Osińska M., Kazberuk A., Celińska-Janowicz K., Zadykowicz R., Rysiak E.: Depresja-choroba cywilizacyjna XXI wieku. Geriatria, 2017, 11, 123-129.
17. Lasoń W., Budziszewska B., Basta-Kaim A., Kubera M., Maes M.: New trends in neurobiology and pharmacology of affective disorders. Pharmagological Reports, 2013, 65, 1441-1140.
18. Pels K.K: O molekularnej patogenezie stresu i depresji. Kosmos Problemy Nauk Biologicznych, 2020, 69(1), 169-183.
19. Budziszewska B.: Stres a depresja. Wszechświat, 2016, 17(1,3), 5-10.
20. Janowska M, Czernikiewicz A.: Depresja – spojrzenie przez pryzmat w układzie odpornościowym. Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu, 2014, 20, 4, 396-399.
21. Gałecki P.: Teoria zapalna depresji – podstawowe fakty. Psychiatria 2012, 9(2), 68-75.
22. Michalska – Leśniewicz M., Gruszczyński W.: Psychologiczne wyznaczniki jakości życia kobiet z rozpoznaną depresją. Psychiatria Polska, 2010, 44(4), 529-541.
23. Albiński R., Kleszczewska- Albińska A., Bedyńska S.: Geriatryczna Skala Depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań. Psychiatria Polska, 2011, 45(4), 555-562.
24. Hanley J.: Zaburzenia psychiczne w ciąży i połogu . Wyd Urban & Partner, Wrocław, 2020.
25. Kowalska J., Olszowa D., Markowska D., Teplik M., Rymaszewska J.: Aktywność fizyczna i szkoła rodzenia w czasie ciąży a poziom postrzegania stresu i objawów depresyjnych u kobiet po porodzie. Psychiatria Polska, 2014, 48(5), 889-900.

26. Dymowska A., Nowicka-Sauer K.: Depresja wśród młodzieży – problem wciąż aktualny. Forum Medycyny Rodzinnej, 2015, 9(2), 124-126.
27. Kalinowska S., Nitsch K., Duda P., Trześniowska-Drukała B., Samachowiec J.: Depresja u dzieci i młodzieży - obraz kliniczny, etiologia, terapia. Rocznik Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 2013, 59(1), 32-36.
28. Pacian A., Kulik T.B., Chruściel P., Mazurek-Sitarz M., Sitarz K., Derewiecki T.: Quality of life and risk of depression among elderly people. Hygeia Public Health, 2014, 49(4), 820-824.
29. Ciesielska N., Dembowski Ł., Kędziora-Kornatowska K.: Zaburzenia depresyjne u osób w wieku podeszłym – przegląd literatury. Gerontologia Polska, 2015, 4, 215-219.
30. Bereza B.: Depresja sezonowa – wybrane aspekty diagnostyczne i terapeutyczne. Pediatria Medycyny Rodzinnej, 2009, 5(2), 113-119.
31. Patejuk-Mazurek I.: Wybrane leki przeciwdepresyjne i o działaniu przeciwlękowym – praktyczne wskazówki stosowania i opisy przypadków. Psychiatria, 2017, 14(3), 135-142.
32. Rybakowski J., Dudek D.: Standardy farmakologicznego leczenia chorób afektywnych. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii, 2011, 3-4, 135-157.
33. Antosik-Wójcińska A., Chojnacka M.: Inne biologiczne metody leczenia. Rozpoznawanie i leczenie depresji, red. nauk Święcicki Ł. Bonnier Business Polska, 2016, 85-100.
34. Potoczek A.: Związki pomiędzy przewlekłością choroby, nasileniem objawów lękowych i depresyjnych a mechanizmami obronnymi, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym u pacjentów z rozpoznaniem zespołu lęku napadowego. Psychiatria Polska, 2010, 1, 101-116
35. Otlewska A.: Współistnienie chorób somatycznych i psychicznych. Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu, 2018, 24(1), 54-58.

Depresja w chorobie somatycznej

Aleksandra Milena Kalinowska[1], Grzegorz Bejda[2], Agnieszka Kułak-Bejda[3]

1. Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Wiadomo już od lat, że choroby somatyczne oraz psychiczne idą z sobą w parze, co skutkuje wzajemnym oddziaływaniem na siebie [1,2,3].

Zaburzenia somatyczne, takie jak przewlekle choroby mogą wywoływać pojawienie się choroby psychicznej jak i odwrotnie. Prawdą jest, że osoby chore z obciążeniami psychiatrycznymi znacznie częściej zapadają na choroby przewlekłe. Są to między innymi choroby płuc (astma), sercowo – naczyniowe (nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, przebyte zawały), cukrzyca czy też nowotwory złośliwe, udary mózgu, choroba Parkinsona, zespoły bólowe, a także wystąpienie Alzhaimera. Chorzy cierpiący na choroby nowotworowe zazwyczaj w każdym przypadku zmagają się nierozłączną chorobą psychiatryczną, w tym depresją, która w większości przypadków jest trudna do zdiagnozowania, gdyż objawy somatyczne zazwyczaj wiąże się z toczącym się procesem chorobowym, a uczucie smutku i przygnębienia jest wpisane przecież w chorobę nowotworową [1,2,3].

Zaburzenie depresyjne może być również następstwem leczenia farmakologicznego obecnej w życiu pacjenta choroby somatycznej [1,2,3]. Są to, między innymi, leki hipotensyjne, kortykosteroidy, leki o działaniu immunosupresyjnym i stosowane w leczeniu nowotworowym interferony. Depresja może występować również, jako powikłanie. Według badań około 20-35% chorujących na przewlekłą chorobę somatyczną zmaga się również z uprzykrzającym życie rozpoznaniem psychiatrycznym, jakim jest depresja. Pacjenci tacy są mniej zdyscyplinowani, a współpraca z nimi jest znacznie trudniejsza, co znacznie spowalnia proces leczenia, a także zwiększa śmiertelność wśród chorych. Współistniejące choroby somatyczne

wśród takich chorych bardzo często pozostają na długo bez diagnozy. Lepsze w tym przypadku byłoby błędne i nietrafne rozpoznanie depresji u chorego, który na nią nie choruje niż zostawienie chorego na zaburzenie depresyjne bez leczenia [1,2,3].

Depresja w chorobie somatycznej znacznie częściej występuje u kobiet po 50. roku życia [1,2,3]. Do postawienia diagnozy depresji epizod musi trwać, co najmniej dwa tygodnie. Oprócz występującego znacznego obniżenia samopoczucia, depresje charakteryzuje również występowanie licznych objawów somatycznych. Między innymi są to zaburzenia snu, apetytu, znaczne zmęczenie, nudności, zawroty i bóle głowy, kołatanie serca, bóle stawowe, mięśni, uczucie duszności również bóle klatki piersiowej oraz brzucha [1,2,3].

Chorzy na zaburzenie depresyjne borykają się ze zmianami w układzie immunologicznym, wyniki markerów stanu zapalnego są u nich podwyższone [1,2,3]. Co znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej. Często też pacjenci prowadzą nie zdrowy tryb życia, palenie papierosów i nadużywanie alkoholu jest niemal nieoderwalnym sposobem odreagowania ludzi chorych w sytuacjach stresujących i pozwalających zapomnieć o złych momentach. Chory na depresje zazwyczaj odżywia się nieodpowiednio oraz nie podejmuje zbyt dużej aktywności fizycznej, zazwyczaj jest to dzień spędzony w łóżku bądź spaniu. Większość stosowanych leków przeciwdepresyjnych również przyczynić się może do zwiększenia masy ciała chorego. Nasilające i uciążliwe objawy somatyczne występujące w depresji często doprowadzają do tego, że chory trafia do innego lekarza niż psychiatra. Według badań prowadzonych przez *American Psychiatric Association* obecna przewlekła choroba somatyczna jest głównym czynnikiem ryzyka prowadzącym do szybkiego nawrotu zaburzenia depresyjnego [1,2,3].

Depresja może być również chorobą współwystępującą, współistniejącą przypadkowo lub poprzedzającą chorobę somatyczną [1,2,3].

U pacjentów hospitalizowanych z powodu schorzeń somatycznych epizod depresji dużej występuje dwukrotnie częściej niż w populacji ogólnej. Liczne badania potwierdzają, że konsekwentne leczenie nawet mniej nasilonej czy podprogowej depresji ma korzystny wpływ na ogólne funkcjonowanie organizmu chorego na inne choroby somatyczne. Prowadzić również może do szybszego wyzdrowienia. Zdarza się, że pojawienie zaburzenia depresyjnego jest istotną wskazówką lub wyznacznikiem choroby podstawowej bądź też prekursorem zapowiadającym rozpoznanie poważnego schorzenia somatycznego, zwłaszcza kiedy depresja pojawia się pierwszy raz w środkowym okresie życia człowieka lub później [1,2,3].

Depresja w chorobach sercowo – naczyniowych

Choroby sercowo – naczyniowe są najczęstszą przyczyną śmierci w krajach rozwiniętych, jak i stanowią znaczny odsetek chorób przewlekłych, w których chorzy zapadają również na schorzenia psychiatryczne między innymi depresję [4,5,6].

Zaburzenia rytmu serca oraz zwężanie się naczyń skutkuje ciągłym poczuciem lęku, spadkiem nastoju, pogorszeniem samopoczucia, co prowadzi do utrzymującego się stanu depresyjnego [4,5,6]. Według statystyk jest to ponad 45% wszystkich zgonów przede wszystkim w wyniku zawału mięśnia sercowego i choroby niedokrwiennej serca. Najczęściej są to mężczyźni oraz osoby starsze. W roku 2010 w Polsce odnotowano, że prawie 46 tysięcy osób zmarło w wyniku choroby niedokrwiennej serca, a na zawał 18 tysięcy. Podsumowując, zawał serca i choroba wieńcowa to około 36% wszystkich zgonów z powodu chorób układu krwionośnego. Szacuje się, że 65% chorych po zawale mięśnia sercowego ma widocznie obniżony nastrój, a u 22% pacjentów stwierdza się dużą depresję [4,5,6].

Choroba niedokrwienna serca to zespół objawów, które są skutkiem niewystarczającej podaży substratów energetycznych jak i ważnego dla organizmu tlenu w porównaniu do aktualnych potrzeb serca [4,5,6]. Jedna z głównych przyczyn to toczący się w organizmie proces miażdżycowy, który prowadzi do niebezpiecznego zwężania się tętnic wieńcowych, do czynników ryzyka zaliczamy również wrodzone czy pourazowe anomalie tętnic, zmiany zapalne czy zatory. Objawy choroby niedokrwiennej serca to uciskający ból w klatce piersiowej, uczucie gniecenia, ściskania, rozpierania, ciężaru. Pojawia się w wyniku stresu lub wysiłku fizycznego. Ma miejsce w okolicy zamostkowej i najczęściej jest promieniujący na szyję, żuchwę i bark. Zazwyczaj znika po podaniu nitrogliceryny i w spoczynku. Choroba niedokrwienna serca często doprowadza do zawału. Do czynników ryzyka zalicza się [4,5,6]:

- modyfikowane – palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, mała aktywność fizyczna, hipercholesterolemia, nieprawidłowe odżywianie, alkohol, cukrzyca, stres, otyłość i nadwaga, zespół metaboliczny,
- niemodyfikowalne – płeć, wiek, wywiad chorób układu krążenia w rodzinie.

Zalicza się również zbyt niski status społeczno – ekonomiczny (bezrobocie, niskie wykształcenie, mieszkanie na wsi, brak wsparcia innych ludzi, izolacja). Badania potwierdzają, że występowanie zaburzenia depresyjnego może w przyszłości ściśle wiązać się z pojawieniem choroby niedokrwiennej serca i zawału [4,5,6].

Szacuje się nawet, że w przeciągu 10 lat od pierwszego objawu depresyjnego istnieje podwyższone ryzyko wystąpienia zawału mięśnia sercowego, gdzie uczucie niepokoju i stałego lęku uznaje się za podstawowe objawy zawału. Ważne jest, aby zwrócić uwagę, że zaburzenie depresyjne nie stanowi tylko i wyłącznie czynnika ryzyka, ale również intensyfikuje ich przebieg chorobowy [4,5,6].

Badacze zwracają szczególną uwagę u chorych na depresję na aktywację osi stresowej, patologiczny wzrost układu krzepnięcia oraz aktywności ludzkiego układu odpornościowego, działanie katecholamin, a nawet uszkodzenie śródbłonka naczyniowego [4,5,6].

Liczne badania potwierdzają również, że pojawienie się chorób układu krwionośnego poprzedza pojawienie się depresji. Według przeprowadzonych badań ryzyko wystąpienia depresji u osób z chorobą niedokrwienna serca jest dwukrotnie wyższe. Przyśpieszenie akcji serca, ból, kłucie czy też kołatanie mogą być również świadczyć o obecności zaburzeń lękowych, w tym lęku uogólnionego i napadowego. Zjawisko te nazywane było kiedyś nerwicą serca. Badania potwierdzają iż współwystępowanie depresji i zaburzeń lękowych jest niezwykle niebezpieczne dla zdrowia organizmu człowieka, gdyż wiążę się to z istotnymi konsekwencjami klinicznymi. Za przykład może posłużyć badanie przeprowadzone przez Frasure – Smith i wspólników potwierdza, że w grupie badanych chorych po przebytym zawale obecny i znacznie podwyższony poziom lęku ma znaczący wpływ na pojawianie się nawracających incydentów ze strony układu sercowo naczyniowego również arytmii [4,5,6].

Zabiegi na otwartym mięśniu sercowy między innymi koronarografia ma za zadanie poprawę komfortu życia człowieka poprzez zmniejszenie dolegliwości stenokardialnych [1,7,8]. Zabieg ten jednak może być również bardzo silnym stresorem, u większości pacjentów tuż przed operacją pojawiają się zaburzenia depresyjne oraz lękowe. Niestety pojawienie się tych zaburzeń niekorzystnie wpływa na dalsze rokowanie i ma wpływ na pogorszenie się stanu psychicznego po przebytej operacji [1-8].

Wystąpienie przedoperacyjnej depresji wiąże się z wystąpieniem licznych incydentów takich jak zawał serca, niestabilna dławica, powtórna koronarografia czy też angioplastyka. Wystąpienie depresji po przebytym zawale znacznie przyśpiesza i zwiększa ryzyko śmiertelności wśród chorych. U chorych z potwierdzoną depresją i chorobą serca występuje szybsza akcja serca oraz częstoskurcz komorowy. Również ciągłe zmiany trybu życia, utrata prestiżu społecznego czy też zdolności do pracy w zawodzie znacznie obniża jakość życia, a co z tym powiązane zwiększa ryzyko wystąpienia depresji wśród chorych kardiologicznie [1-8].

Depresja w przebiegu cukrzycy

Cukrzyca i depresja są w grupie chorób najczęstszych wśród populacji ludzkiej [9,10,11]. Istnieje dużo dowodów i badań naukowych prowadzonych przez ponad 30 lat, które potwierdzają, iż zaburzenie depresyjne współistnieje razem obok cukrzycy. Pacjenci chorujący na cukrzyce typu 1 bądź 2 prawie dwukrotnie częściej chorują na depresję niż ci, którzy na cukrzycę nie chorują. Objawy zaburzenia depresyjnego występują u 10%-27% chorych na cukrzyce obu typów. Również pojawienie się w pierwszej kolejności depresji zwiększa ryzyko pojawienia się cukrzycy typu 2 aż o 60% w latach późniejszych. Zdecydowana większość chorych to kobiety [9,10,11]. Do czynników ryzyka depresji w cukrzycy można zaliczyć złą sytuację materialną, młody wiek, stan wolny, brak wykształcenia, płeć żeńską. Pacjenci chorujący przewlekle na cukrzycę typu 1 wymagają stałego leczenia insuliną są od niej wręcz zależni. Stale muszą kontrolować poziom glikemii, odpowiednio dawkować ilość insuliny, restrykcyjnie przestrzegać diety cukrzycowej oraz stosować się do zaleceń dotyczących wysiłku fizycznego te zobowiązanie wobec człowieka są istnym obciążeniem psychicznym. Chorzy cierpią na stałe napięcie emocjonalne co wiąże się z szybkim pojawieniem depresji. Tak wiec objawy depresyjne u nich mogą mieć podłoże psychiczne, fizyczne bądź też środowiskowe [9,10,11].

Długoletnie badania potwierdzają, że objawy zaburzenia depresyjnego ściśle powiązane są z wysokim stężeniem glukozy we krwi ludzkiej i nasileniem powikłań cukrzycy między innymi choroby niedokrwiennej serca [12,13]. Chorzy na cukrzyce i depresje jednocześnie podchodzą do leczenia mniej konsekwentnie, raczej nie stosują się do zalecanej diety czy wysiłku fizycznego. Wyrównie poziomu glikemii u takich pacjentów stanowi nie lada wyzwanie. Występujące powikłania cukrzycowe, które utrudniają funkcjonowanie w życiu codziennym mogą bardzo szybko wywołać lub też nasilać zaburzenie depresyjne oraz mogą w dużym stopniu zmniejszyć odpowiedź organizmu na zastosowane leczenie przeciwdepresyjne. Pacjenci chorujący na schorzenie psychiatryczne oraz na cukrzyce znacznie częściej korzystają z opieki ambulatoryjnej, a co z tym idzie wykupują większą liczbę wypisanych recept [12,13]. Osoby te również w większej mierze cierpią na niesprawności czynnościową między innymi są to zaburzenia funkcjonowania w życiu społecznym czy też w pracy. Duży procent, bo aż połowa chorych jest bezrobotna. Chorzy charakteryzują się niższym poczuciem, jakości życia w obszarze zdrowia oraz niższym poziomem energii. Również ryzyko wczesnego zgonu jest

aż o 2, 3 razy większe niż u chorych tylko na cukrzycę bez depresji. U chorych na cukrzycę oraz na depresję epizody depresyjne trwają zwykle dłużej i mają skłonność do szybszego i częstego nawracania [12,13]. U pacjentów z cukrzycą typu 1 pojawienie się depresji było powiązane ze zwiększonym ryzykiem bo aż 86% ciężkiego epizodu hipoglikemii, a konieczność pobytu na oddziale szpitalnym lub pojawienie się na oddziale ratunkowym wzrasta aż ponad dwukrotnie. Istnieją również badania potwierdzające, iż obniżenie nastroju, zaburzenie łaknienia, problem ze snem, myśli samobójcze mają związek z podwyższonymi wartościami hemoglobiny glikowanej. U chorych duża amplituda, glikemii z pojawiającą się często hiperglikemią i hipoglikemią wiążę się ze stałym uczuciem zmęczenia oraz ciągłym nastrojem depresyjnym [12,13].

W cukrzycy ma się do czynienia z podwyższonym stężeniem markerów zapalnych oraz stałymi zaburzeniami hormonalnymi, co znacząco wpływa na pojawienie się zaburzenia psychicznego oraz wzrostu insulinooporności [11,14].

Objawy depresji znacznie częściej obserwuje się u pacjentów z cukrzycą typu 2. Rozpoznanie i leczenie zaburzenia depresyjnego u chorych na cukrzycę odbywa się tak samo jak u innych ludzi. Jednak powikłania kliniczne są większe, gdyż depresja ma zły wpływ na leczenie cukrzycy. Skuteczne w leczeniu jest zastosowanie leków przeciwdepresyjnych oraz psychoterapii. Najważniejsze w procesie leczenia depresji, jak i lęku występującego w cukrzycy jest przystosowanie pacjenta i jego samo motywacja do współpracy z lekarzem. Najczęściej u chorych jest zastosowanie leków, takich jak fluoksetyna i bupropion, które jednocześnie zmniejszają objawy depresyjne oraz wykazują działanie hipoglikemiczne. Leczenie depresji zazwyczaj trwa u nich dłużej. Tak więc każda choroba przewlekła znacznie zwiększa ryzyko wystąpienie depresji w życiu człowieka i na odwrót [11,14].

Depresja w chorobach układu oddechowego

Choroba przewlekła nie występuje nigdy w pojedynkę, zawsze występują razem z nią inne procesy chorobowe, a w szczególności schorzenia psychiczne, co szczególnie niebezpiecznie prowadzi do nasilenia jednych bądź drugich objawów chorobowych [15,16].

Chorzy cierpią również na choroby związane z układem krążenia mowa tu o sercu płucnym [15,16]. Ogólny obraz kliniczny i stan chorującego na przewlekłą chorobę układu oddechowego jest zależny od wielu czynników. Jest to przede wszystkim: wiek chorego,

przewlekły stan zapalny, palenie papierosów, interakcje zastosowanych środków leczniczych, stałe monitorowanie chorób współistniejących a także zaniedbanie dotyczące rozpoznania [15,16].

Pacjent chorujący na przewlekłą chorobę układu oddechowego jest stale skazany na cierpieniem fizyczne, a mowa tu o normalnej i powtarzającej się dla każdego człowieka czynności jaką jest miarowe oddychanie [15,16]. Jedną z najbardziej uporczywych i uprzykrzających życie chorób układu oddechowego jest astma, a w szczególności astma trudna, która znacznie częściej dotyczy kobiet. Choroba ta powoduje powstanie pułapki powietrznej i rozdęcie płuc, schorzenie to wymaga wielokrotnej hospitalizacji. Znaczny odsetek pacjentów doświadcza w zawiązku z tym dolegliwości psychicznych, jakimi są stany lękowe i depresja. Występować zaczyna znaczne spowolnienie psychomotoryczne i pogorszenie funkcji poznawczych, które powiązane są z niedoborem tlenu we krwi człowieka, a także nawet niedotlenieniem mózgu. Znaczne obniżenie, jakości życia spowodowane jest stałym uczuciem duszności, stałą produkcją wydzieliny płucnej która wiąże się z znacznym obniżeniem wydolności płucnej czy też stały męczący kaszel. Wielu pacjentów potwierdza ze szczególnie uprzykrzające życie są napady duszności, które nierozerwalnie wiążą się z uczuciem lęku i stresu. Spadająca wydolność płucna powoduje, że pacjent zmuszony jest zmienić swój dotychczasowy tryb życia na bardziej spokojny i monotonny, co w dłuższym okresie czasu skutkuje pojawieniem się zaburzeń depresyjnych spowodowanych rezygnacją i bezradnością, co do przebiegu choroby przewlekłej [15,16].

Chorzy zaczynają rezygnować z dotychczas wykonywanej pracy, zaczynają się izolować od rodziny i bliskich, zaczynają zwracać uwagę na to, co mogą wykonywać, aby nie pogorszyć swojego stanu i nie doprowadzić do wystąpienia duszności. Zaczynają unikać tłocznych miejsc, znacznie skracają dystans, jaki mogą wykonać, zwracają większą uwagę, co temperatur, a nawet pory dnia. Stałe kontrole lekarskie, a co z tym idzie ciągłe zażywanie leków staje się uciążliwe. Lecz pacjenci, którzy nie wykazują współpracy z lekarzem znacznie pogarszają swoje zdrowe nie tylko fizyczne, ale i psychiczne. Aż 22% pacjentów z ustabilizowaną POChP i 43% z zaostrzeniem choroby cierpi na zaburzenia sprawności poznawczej, co przejawia się pogorszeniem płynności słownej, koordynacji wzrokowo – ruchowej, pamięci operacyjnej oraz słuchowo – wzrokowej, wyobraźni przestrzennej, myśleniem abstrakcyjnym czy też zaburzoną koncentracją [15,16]. Większość leków pulmonologicznych wykazuje również działanie przeciw lękowe. Zaburzenie depresyjne stwierdza się u około 40% chorych na POChP.

Przeprowadzone badania wykazują, że u chorych na przewlekłe choroby układu oddechowego napady lękowe występują jako pierwsze i dotyczą ok 8% do prawie 70 % chorych , a następnie później rozwija się zaburzenie depresyjne [15,16]. Duże znaczenie w pojawieniu się zaburzenia psychicznego ma stosowanie leków sterydowych, dlatego tam ważne jest stałe kontrolowanie stanu psychicznego pacjenta. Niestety brak wsparcia ze strony bliskich, trudna sytuacja materialna i rodzina, uczucie bezsilności, negatywne nastawienie do obecnego życia znacznie zwiększają zachorowalność człowieka na schorzenia psychiczne. Znacznie częściej kobiety doświadczają uczucia lęku, strachu, a później depresji, Leczenie takich pacjentów będzie skuteczne tylko wtedy kiedy ich stan psychiczny będzie kontrolowany, a nawet leczony jednocześnie. Zaburzenie depresyjne i lękowe może znacząco wpływać na ogólną postawę chorego wobec choroby przewlekłej układu oddechowego, jak i jej leczenia [15,16].

Depresja w chorobie nowotworowej

Zaburzenie depresyjne jest najczęściej spotykanym schorzeniem współistniejącym w chorobie onkologicznej stanowi to 20-60% przypadków [7,17]. Największym problemem wystąpienia depresji jest zbyt późne rozpoznanie i nie leczenie jej. Pojawienie się depresji znacząco wpływa na stan kliniczny chorego oraz przyczynia się do wzrostu zgonów w tej grupie chorych. Pacjenci onkologiczny podczas trwania swojej choroby codziennie doświadczają setki nie miłych doznań czy cierpienia. Sfera emocjonalna jest szczególnie narażona, występowanie zaburzeń lękowych, depresji, a nawet agresji jest stale obecne. Sfera somatyczna jest szczególnie dotknięta przez uczcie stałego bólu. Depresja w dużej ilości przypadków poprzedza wystąpienie choroby nowotworowej, a więc jest jednym z czynników ryzyka zachorowania na raka. Tak więc współistnienie obydwu schorzeń nowotworu i depresji negatywnie i poważnie wpływa na ogólny przebieg choroby onkologicznej, podobnie jak pojawienie się depresji w chorobie nowotworowej [7,17].

Zauważono znaczący wzrost prób samobójczych i samobójstw w wyniku oddziaływania na siebie dwóch wymienionych chorób. Sam fakt rozpoznania i leczenie choroby onkologicznej jest dla psychiki ludzkiej ogromnym obciążeniem, człowiek musi się zmierzyć z wieloma badaniami, konsultacjami i wynikami. Co niejednokrotnie prowadzi do wystąpienia zaburzenia depresyjnego i licznych zaburzeń lękowych, ponieważ dla chorego diagnoza raka to nie tylko bolesna i poważna choroba somatyczna, ale również wizja zagrożenia życia, a co najgorsze

śmierci [7,17]. Również ważną kwestią jest zdrowie psychiczne bliskich chorego na nowotwór. U których pojawienie się depresji występuje w skutek silnych emocji, przeżywania strachu o utratę bliskiej osoby. Zaburzenie u nich jest rozpoznawane w trakcie choroby bliskiej osoby lub też później. Coraz więcej osób zgłasza się do lekarzy psychiatrów, oczekując pomocy w związku z przeżywaniem choroby nowotworowej w najbliższym otoczeniu bądź też śmierci z powodu tej choroby. Niezależnie od przyczyny wykazano, że zaburzenie depresyjne u chorych onkologicznie wywiera dodatkowy wpływ na wyniki leczenia nowotworu. Chorzy na depresję i rakiem cierpią na obniżoną jakość życia , współpraca z oferowaną opieką medyczną przebiega z trudnościami, a co z tym idzie ich hospitalizacja jest zwykle dłuższa [7,17].

Zaburzenie depresyjne jest także powiązane z odczuwaniem silniejszego i mocniejszego bólu, a co z tym powiązane występowanie licznych ograniczeń w funkcjonowaniu w społeczeństwie i życiu codziennym [18,19]. Tak więc zarówno depresja, jak i nowotwór są niezaprzeczalnymi dowodami na cierpienie ludzkie. Cierpienie powiązane z chorobą onkologiczną to stały ból, liczne dolegliwości somatyczne oraz szereg niepożądanych działań związanych z zastosowanym leczeniem, a przeżywanie dodatkowo depresji w tym ciężkim okresie życia jest analogiczne i równe co przeżywanie cierpienia związanego z rakiem tylko, że w sferze psychicznej. Pacjenci często mówią o odczuwaniu uwięzienia w swoim chorym ciele, bez możliwości ucieczki, poczuciu beznadziejności, a nawet pragną swojej śmierci. Aby on sam i najbliżsi mogli odetchnąć. W powinności lekarza leży przyniesienie ulgi choremu, leczenie depresji ma za zadanie przyniesienie ulgi choremu oraz poprawę jakości życia. Obecna depresja w chorobie nowotworowej znacząco wpływa na przebieg leczenia onkologicznego. Obniżona motywacja do walki z chorobą i stałe myślenie depresyjne oraz brak napędu życiowego źle wpływa na leczenie raka. Często osoby te mówią: „nic nie ma sensu, umieram, wszystko jest beznadziejne” , „po co walczyć skoro i tak umrę” [18,19]. Powoduje to zaburzenia współpracy pacjent – lekarz. Chorzy z zahamowanym procesem motywacyjnym unikają wizyt u lekarza, nie przestrzegają procedur leczenia, nie przyjmują leków, nie stosują się do zaleconej diety. Chorzy z depresją nie widzą nic pozytywnego w swoim życiu, dlatego też obowiązki z tytułu leczenia nie są dla nich istotne. Wystąpienie zaburzenia depresyjnego jest istotnym czynnikiem ryzyka śmierci w przebiegu choroby somatycznej. Istnieje wiele teorii, które objaśniają związek między zaburzeniem depresyjnym, a pojawieniem się nowotworu [18,19]. Pierwszą z nich jest to, że depresja może wywierać negatywny wpływ na

ogólne funkcjonowanie układu immunologicznego, co jest dużą predyspozycją do rozwoju choroby onkologicznej. Kolejna mówi, że depresja może wpływać na mechanizmy naprawy DNA, co powiązane jest z obroną organizmu przed pojawieniem się raka. Trzecia teoria mówi, iż depresja ma wpływ na aktywność osi podwzgórzowo – przysadkowo – nadnerczowej, powodując rozregulowanie wydzielania kortyzolu, który jest odpowiedzialny za podziały komórek i ich wzrost. Około 10 – 25% chorych na nowotwór ma wskazania do rozpoczęcia zażywania leków przeciwdepresyjnych. Jednak problem stanowi wciąż rozpoznanie depresji, ponieważ objawy zaburzenia depresyjnego i choroby onkologicznej nakładają się. U pacjentów występują liczne działania niepożądane zastosowanych leków, co wiąże się szybką rezygnacją z leczenia. Uczucie stałego bólu, potęguje i nasila objawy depresji, co stanowi niezwykle trudne wyzwanie kliniczne dla lekarza. Pacjenci onkologiczni, a zarówno depresyjni to przypadki ciężkie do leczenia i wymagający stałej kontroli [18,19].

Depresja w schorzeniach endokrynologicznych, nerek, wątroby, poudarowa

Depresja w schorzeniach endokrynologicznych występuje coraz częściej [1,20]. Chorzy stanowią 20-30 % przypadków. Szczególnie narażenie są na wystąpienie depresji pacjenci z niedoczynnością tarczycy, który mają stałe problemy z koncentracją. Natomiast pacjenci z nadczynnością tarczycy z uwagi na częste występowanie zaburzeń psychicznych między innymi manii i hipomanii są zazwyczaj leczeni lekami, przeciwdepresyjnymi, przeciwpsychotycznymi oraz przeciwlękowymi. Chorzy na zaburzenia endokrynologiczne są częstymi pacjentami oddziałów psychiatrycznych. Kolejną chorobą jest zespół Cushinga, w którym często występują zaburzenia afektywne, takie jak depresja czy zaburzenia snu i rzadko, ale występuje zespół paranoidalny oraz psychozy. Również cierpiący na akromegalię maja predyspozycję do zachorowania na depresję, występują u nich zaburzenia osobowości i funkcji poznawczych, pacjenci tacy często uskarżają się na obniżoną jakość życia spowodowaną swoim wyglądem [1,20]. Liczne badania kliniczne wykazują związek pomiędzy zwiększonym mianem przeciwciał przeciwtarczycowych w chorobach endokrynologicznych, a znacznie zwiększonym ryzykiem wystąpienia depresji, niezależnie od zaburzenia jej funkcji wewnątrzwydzielniczej. Występowanie autoimmunologicznego zapalenia tarczycy może doprowadzić do niewydolności tarczycy, co wiążę się z powstaniem czynnika ryzyka rozwoju zaburzenia depresyjnego opornego na zwykle stosowane leczenie [1,20].

Depresja w chorobie nerek i wątroby to jedna z najczęstszych chorób psychicznych występujących obok wyżej wymienionych schorzeń somatycznych [21]. Przewlekła niewydolność wątroby najczęściej przebiega z encefalopatią, w momencie zaawansowania pojawiają się zaburzenia świadomości, urojeniowe oraz otępienie, a nawet prowadzi do śpiączki. Choroba Wilsona charakteryzuje się zaburzeniem metabolizmu miedzi, co prowadzi do jej odkładania w narządach ludzkiego ciała prowadząc do ich uszkodzenia, w szczególności narażona jest wątroba. Również i w tej chorobie występują zaburzenia nastroju i osobowości, upośledzenie funkcji poznawczych, objawy psychotyczne. Choroby nerek w tym przewlekłe często współistnieją z dysforią, lękiem, depresją, zaburzeniami poznawczymi, świadomości, snu, również bezsenność i nadmierna senność. Najczęściej depresja występuję u pacjentów dializowanych [21].

Często dla chorych depresja to ucieczka, sposób na inne życie [1,14]. Wśród objawów można wyróżnić: lęk, obniżenie napędu/aktywności, zaburzenia snu, uczucie zmęczenia i zniechęcenia, obniżenie popędu seksualnego, tak zwane bierne samobójstwo, (które dotyczy nieprzestrzegania wytycznych, co do podaży płynów, diety czy nie stosowanie leków), zamartwianie się o przyszłość. U tej grupy chorych utrata apetytu i chęci do jedzenia może skutkować niebezpiecznymi powikłaniami metabolicznymi, spadek napędu i motywacji może szczególnie zagrażać zdrowi, a nawet życiu chorego, gdyż często dochodzi do zaprzestania dializ [1,14].

Depresja poudarowa to 25 – 35% przypadków [22]. Depresja ta jest uważana za jeden z najczęstszych neuropsychiatrycznych powikłań udaru mózgu. Obraz kliniczny zaburzenia depresyjnego jest podobny do epizodu depresji endogennej, lecz występuję z bardziej nasilonymi zaburzeniami poznawczymi, dystymią i spowolnieniem psychoruchowym. Nasilenie objawów jest zazwyczaj łagodne do umiarkowanego. W tym typie depresji występuje w znacznie mniejszym nasileniu anhedonia, obniżenie nastroju i myśli samobójcze. Nasilone są natomiast zaburzenia snu, popędu seksualnego, łaknienia oraz nadmierne zmęczenie. Osoby po przebytym udarze mózgu niestety cierpią na szereg niedomagań ruchowych, zaburzenia nastroju, funkcji poznawczych, emocji, co wiąże się ze znacznym spadkiem jakości życia [22]. Ludzie ci gorzej funkcjonują w społeczeństwie, a co z tym idzie zaniedbują rehabilitację, brakuje im motywacji. Według badań przeprowadzonych przez Morrisa ryzyko wystąpienia zgonu w trwającej depresji poudarowej w przeciągu dziesięciu lat po wystąpieniu udaru jest trzykrotnie większe niż u chorych bez depresji. Objawy

zwykle pojawiają się od 3 do 6 miesięcy po wystąpieniu udaru, zwykle po wypisie ze szpitala. Leczenie depresji poudarowej zwykle odbywa się przy pomocy leków przeciwdepresyjnych, przy jednoczesnym udziale w psychoterapii ze wsparciem psychologa. Jednak należy pamiętać, że u większości chorych po przebytym udarze występuję zaburzenie połykania, dlatego też przyjmowanie tabletek i kapsułek będzie niemożliwe. Proponowane jest leczenie lekami w postaci kropli – dostępny na polskim rynku jako jedyny jest escitalopram lub tabletki, które ulegają rozpuszczeniu w jamie ustnej. Przeprowadzone badania w 2007r. dotyczące profilaktycznego stosowania leków przeciwdepresyjnych po przebytym udarze mózgu, skutkują redukcją ryzyka rozwoju zaburzenia depresyjnego poudarowego [22].

Piśmiennictwo

1. Otlewska A.: Współistnienie chorób somatycznych i psychicznych. Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu, 2018, 24(1), 54-58.
2. Carney R. M., Freedland K.E: Are Somatic Symptoms of Depression Better Predictors of Cardiac Events than Cognitive Symptoms in Coronary Heart Disease? Psychosomatic Medicine, 2012, 74(1), 33-38.
3. Kok G.D., Bockting C., Burger H., Hanning W., Pijnenborg G., Cuijpers P., Hollon S.D.: Double Trouble. Does Co-Morbid Chronic Somatic Illnes Increase Risk for Recurrence in Depression? A Systematic Reviev. Plos One, 2013, 8(3), 1-7.
4. Pawlak A., Krejca M., Janas-Kozik M., Krupka-Matuszczyk I., Rajewska J., Bochenek A.: Ocena lęku w okresie okołooperacyjnym u pacjentów poddawanych rewaskulyzacji mięśnia sercowego. Psychiatria Polska, 2012, 46(1), 63-74.
5. Ufnal M., Wolynczyk-Gmaj D.: Mózg i cytokiny – wspólne podłoże depresji, otyłości i chorób układu krążenia? Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej, 2011, 65, 228-235.
6. Barańska I., Wróbel A.: Związek pomiędzy występowaniem choroby niedokrwiennej serca a zaburzeniami depresyjnymi – przegląd literatury. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2018, 24(1), 59-64.
7. Osińska M., Kazberuk A., Celińska-Janowicz K., Zadykowicz R., Rysiak E.: Depresja-choroba cywilizacyjna XXI wieku. Geriatria, 2017, 11, 123-129.
8. Piotrowicz R., Potocka J., Araszkiewicz A., Wojnar., Nawacka-Pawlaczyk D.: Depresja problem kardiologiczny w praktyce podstawowej opieki zdrowotnej. Folia Cardiologica, 2003, 10(2), 177-184.

9. Groot M., Kushnick M., Doyle T., Merrill J., McGlynn M., Shubrook J.: Depresja u dorosłych chorych na cukrzycę: rozpowszechnienie, znaczenie i możliwości terapeutyczne. Diabetologia po Dyplomie, 2010, 2, 14-16.
10. Witek L., Kowalska I., Adamska A.: Związek między depresją a cukrzycą – rola osi podwzgórzowo – przysadkowo – nadnerczowej i przewlekłego stanu zapalnego. Diabetologia Praktyczna, 2019, 5(2), 136-140.
11. Duda – Sobczak A., Zozulińska – Ziółkiewicz D., Wierusz – Wysocka B.: Częstość występowania objawów depresyjnych oraz rozpoznanych zaburzeń depresyjnych u osób z długim wywiadem cukrzycy typu 1 bez zaawansowanych przewlekłych powikłań, hospitalizowanych z powodu niewyrównania metabolicznego. Diabetologia Praktyczna, 2016, 2(6), 201-205.
12. Solowiejczyk J.: Depresja a cukrzyca: kwestie do przemyślenia. Diabetologia po Dyplomie, 2010, 7(2), 8-11.
13. Kalka D.: Poczucie jakości życia a objawy depresji i sposoby radzenia sobie ze stresem u osób z cukrzycą typu 2 – doniesienia wstępne. Psychiatria Polska, 2014, 48(5), 931-940.
14. Makara – Studzińska M., Partyka I., Ziemiecki P., Ziemiecka A., Andrzejewska D.: Anxiety and depression in patients with diabetes – literature reviev. Current Problems of Psychiatry, 2013, 14(2), 98-102.
15. Andysz A., Merecz D.: Psychologiczne konsekwencje przewlekłych chorób układu oddechowego. Rola personelu medycznego w ich przezwyciężaniu. Pneumonologia Alergologia Polska, 2012, 80(4), 329-338.
16. Potoczek A.: Płeć i obecność doznanych urazów psychicznych a współwystępowanie zespołu lęku napadowego i depresji w astmie ciężkiej i trudnej oraz w astmie aspirynowej. Psychiatria Polska, 2010, 44(6), 785-799.
17. 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.
18. Murawiec S.: Depression in patients with cancer. Diagnosis and treatment in clinical practice. OncoReview, 2012, 2(3), 201-208.
19. Osmańska M., Borkowska A., Makarewicz R.: Ocena jakości życia, nasilenia cech lęku i depresji u pacjentów ze złośliwym zarodkowym nowotworem jądra w trakcie

chemioterapii i po zakończonym leczeniu onkologicznym. Psychiatria Polska, 2010, 46(4), 543-556.

20. Broniarczyk – Czarniak M.: Zaburzenia psychiczne współistniejące z chorobą Hashimoto – przegląd piśmiennictwa. Psychiatria, 2017, 14(4), 209- 216.
21. Klimaszewska K., Bondaruk I., Rolka H., Krajewska-Kułak E., Kowalczuk K.: Rola edukacyjna pielęgniarki w zakresie postępowania z chorym na depresję. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2007, 88(4), 408-416.
22. Wysokiński A.: Depresja poudarowa. Psychiatria Psychologia Kliniczna, 2016, 16(3), 171-175.

Współistnienie chorób somatycznych a depresja i stany lękowe

Aleksandra Milena Kalinowska[1], Grzegorz Bejda[2], Agnieszka Kułak-Bejda[3]

1. Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

W życiu istnieje prosta zależność dotycząca naszego zdrowia. Kiedy pojawia się choroba somatyczna, to zwykle po jakimś czasie szwankować zaczyna także zdrowie psychiczne i odwrotnie. Organizm zaczyna się rozregulowywać do tego stopnia, że dana osoba przestaje nad nim panować i traci kontrolę. Kiedy ciało odmawia posłuszeństwa, większość z ludzi podupada na zdrowiu psychicznym. Ciało i rozum są od siebie bardzo zależne.

Każda walka człowieka o wyzdrowienie ma swój początek w psychicznym nastawieniu do choroby.

W momencie pojawienia się choroby zwykle tej nieuleczalnej, np. raka, strach, lęk, obawa o życie własne i swojej rodziny pozbawia nas siły do życia i sprawia, że zamykamy się w sobie, izolujemy od bliskich. Taki stan w końcu kończy się dla wielu ludzi depresją. Z dnia na dzień pod wpływem choroby, bólu i cierpienia powoli traci się sens i wolę życia. To czego doświadcza się w życiu, a głównie te zdarzenia, które wywierają niewyobrażalne uczucie strachu, stresu paniki i cierpienia, jakim są informacje o naszym stanie zdrowia np. „Jest Pan chory, ma Pan raka", „Zostało Pani co najwyżej kilka lat życia", całkowicie zmieniają życie człowieka.

W przeprowadzonym badaniu postarano się udowodnić, że istnieje zależność pomiędzy chorobami somatycznymi a depresją. Depresja to choroba, która nie ma wieku. Może dotknąć każdego i jej początki są bardzo trudne do zdiagnozowania. Każdy bowiem nieraz odczuwał smutek, każdego ogarniały czarne myśli, apatia czy zniechęcenie. To normalne emocje towarzyszące codzienności. To oczywiście naturalne zachowanie ludzkiego ciała na życiowe porażki i stres. Istnieje jednak pewna różnica w długości trwania takiego stanu. Kiedy ogarnie

nas uczucie pustki i rozpaczy i przez dłuższy okres czasu się utrzymuje powodując zastój naszego organizmu w normalnym funkcjonowaniu, kiedy nie jest się w stanie cieszyć się z osiąganych sukcesów, a wszystko wokół jest obojętne, to może to oznaczać, że rozwija się depresja.

Według danych na depresję cierpi 350 mln osób, czyli 5% ludzi na świecie, w Europie to 83 mln – 27%, a w Polsce 1, 5 mln, co daje 4% osób zmaga się z tą chorobą. Ogólne koszty leczenia tej choroby są bardzo wysokie [1].

W Polsce rocznie wydaje się na leczenie depresji ok. 2,6mln złotych (dane z 2014 roku). Z szacunków Światowej Organizacji Zdrowia z roku 2014, do 2030 roku depresja będzie najczęściej występującą chorobą na świecie. 23 lutego, co roku obchodzony jest Międzynarodowy Dzień Walki z Depresją. Potocznie kojarzymy depresję z uczuciem smutku, rozpaczy [1].

Pacjenci z depresją opisują swój stan, jakby żyli w „czarnej dziurze, poza czasem". Ponieważ przebieg tej choroby jest bardzo indywidualny, niektórzy chorzy w ogóle nie skarżą się na uczucie smutku, natomiast są apatyczni, wyobcowani, pozbawieni energii do działania, tracą sens życia.

W długofalowej perspektywie depresja to taki stan, który nie pozwala człowiekowi funkcjonować w życiu społecznym. To stan, który „rozkłada człowieka na łopatki". Nagle osoba dorosła staje się bezradna, nie może pracować, uczyć się, jeść, spać, przestaje dbać o higienę, przestaje żyć pełnią życia, nic ją nie cieszy. To, co kiedyś wydawało się proste, wręcz banalne teraz sprawia olbrzymie trudności. W takim stanie osoba chora powoli wycofuje się z życia, zamyka się w sobie. Wykonywanie codziennych obowiązków przytłacza.

Depresja to stan, który pojawia się niespostrzeżenie. Człowiek powoli traci poczucie sensu, staje się bierny, nie wykazuje ochoty na żadną aktywność. Chory ma poczucie niezrozumienia przez bliskich, wszystko, co do tej pory przynosiło radość, jest dla obojętne. Przyczyn depresji jest bardzo wiele. Praca jest próbą pokazania zależności pomiędzy chorobami somatycznych zwykle tych nieuleczalnymi a depresją.

Cel pracy

Celem pracy było pokazanie wpływu chorób współistniejących na ogólną kondycję zdrowotną człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia psychicznego.

Materiały i metodyka badań

Badaniem objęto 102 osoby, przy czym 2 osoby odmówiły w trakcie wzięcia udziału w badaniu. Ostatecznie do analizy wyników badania zakwalifikowano 100 osób.

Z uwagi na stan epidemii i wynikające z niego ograniczenia badanie zostało przeprowadzone na populacji pacjentów Szpitala Psychiatrycznego w Suwałkach na Oddziale Psychosomatycznym i Psychogeriatrycznym.

Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej i wyrażeniu zgody przez ankietowanego. Badanie zostało przeprowadzone dzięki pacjentom, którzy zechcieli podzielić się własnymi przemyśleniami na temat swojej kondycji zdrowotnej.

Respondentami były osoby cierpiące na różne schorzenia somatyczne, tak samo różny był ich stopień zaawansowania, u których zdiagnozowano depresję.

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Pierwszych sześć pytań kwestionariusza to tzw. metryczka, czyli pytania pozwalające dokonać charakterystyki grupy badanej pod względem płci, wieku poziomu wykształcenia czy miejsca zamieszkania. Następne pytania ankiety dotyczyły już przedmiotu badań i koncentrowały się na wychwyceniu zależności występowania depresji wśród pacjentów cierpiących na nieuleczalne schorzenia somatyczne. Ankieta była anonimowa a jej wyniki zostały wykorzystane do napisania tej pracy.

Wykorzystano także Skalę Depresji Becka - (ang. *Beck Depression Inventory, BDI*). Jest to narzędzie często wykorzystywane w diagnostyce depresji. Autor stworzył kwestionariusz w oparciu o najbardziej typowe objawy depresji bazując na subiektywnych odczuciach badanego. Aaron Beck, amerykański profesor psychiatrii, prekursor terapii poznawczej. BDI został tak pomyślany, aby osoba badana mogła samodzielnie, wstępnie rozpoznać u siebie depresje. Kwestionariusz ten jest także pomocny w pracy lekarzy psychiatrów. Eksperci sprzeczają się na temat wiarygodności testu. Zwolennicy jego wykorzystania wykazują na jego wysoką zgodność i innymi testami diagnostycznymi. np. Test Dziewięciu Pytań, czyli Test PHQ-9 autorstwa Roberta L. Spitzera, Janet B.W. Williams i Kurta Kroenke. W praktyce istnieje wiele odmian testu Becka. Powstały testy komputerowe, papierowe, testy skrócone testy dostosowane dla osób starszych, dzieci od 13. r.ż.

Test Skala Becka składa się z 21 pytań, na które trzeba samodzielnie udzielić odpowiedzi wybierając właściwą spośród 4 kategorii odpowiedzi. Każdy wariant odpowiedzi jest oceniany w skali od 0 do 3 punktów. Odpowiedzi zostały tak pomyślane, aby odpowiadać

niskim natężeniu, co pozwala sądzić, że osoba nie ma zaburzeń depresji. 3 na skali oznacza najmocniejsze nasilenie badanego objawu.

Test wykonuje się w czasie 10 minut. Po podliczeniu i przeanalizowaniu punktów można uzyskać odpowiedź na pytanie czy mam depresję?

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 epizod depresyjny został ujęty pod kodem F32. Wyróżnia się 3 stopnie nasilenia depresji: epizod depresyjny łagodny, epizod depresyjny umiarkowany i epizod depresyjny ciężki z/lub bez objawów psychotycznych.

Test Becka bada depresję w oparciu o:

- obniżony nastrój,
- poczucie pesymizmu,
- poczucie porażki,
- brak poczucia satysfakcji i przyjemności,
- poczucie zasługiwania na karę,
- poczucie winy,
- negatywny stosunek do siebie,
- niską samoocenę,
- zachowania autodestrukcyjne,
- płaczliwość i drażliwość,
- wycofanie społeczne,
- niezdecydowanie,
- obniżona energia,
- niskie poczucie własnej atrakcyjności,
- zaburzenia snu,
- poczucie zmęczenia,
- zmiany apetytu,
- utratę wagi,
- skupienie na swoich dolegliwościach,
- utrata libido.

Poziom depresji według skali Becka obliczany jest jako suma liczby punktów:

- 0 –11 pkt. oznacza brak depresji lub obniżenie nastroju;
- 12–19 pkt. łagodna depresja

- 20 - 25 pkt. depresja umiarkowaną,
- 26 - 63 pkt. depresja ciężka.

Według autora narzędzie to określa natężenie objawów depresji i pomaga we właściwym doborze terapii. Oczywiście, jak każdy test jest on tylko pewną wskazówką we właściwym planie leczenia, a nie diagnozą. Jeśli wykonując ten test okaże się liczba punktów sugeruje występowanie objawów depresyjnych, należy zgłosić się psychologa lub lekarza psychiatry. Test to tylko narzędziem, które nie zastąpi badania specjalistycznego. Tylko lekarz specjalista można postawić właściwą diagnozę i zaproponować właściwe leczenie.

W celu zebrania numerycznych wyników badań posłużono się programem Microsoft Excel.

W niniejszej pracy, wyniki uzyskanych badań przedstawiono w dwojaki sposób: za pomocą tabel oraz opisowo.

Wyniki badań

Charakterystyka badanej populacji

Tabela I. Charakterystyka badanych ze względu na wiek

Przedział wiekowy	Ilość badanych ogółem	Wartość%	Kobiety	Mężczyźni
18-24	7	7,00	4	3
25-34	9	9,00	6	3
35-44	23	23,00	19	4
45-54	26	26,00	16	10
55-59	29	29,00	17	12
60 i więcej	6	6,00	4	2
ogółem	100	100,00	66	34

(opracowanie własne)

Tabela II. Miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Ilość badanych	Wartość %
Miasto	73	73,00
Wieś	27	27,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Badaniem objęto 100 osób, w tym 34 mężczyzn i 66 kobiet. Wśród respondentów dominowały osoby w wieku średnim, tj. w przedziale od 35 lat do 59 lat, stanowiły one 78% ogółu badanych (tabela I) oraz mieszkańcy miasta - 73% (tabela II).

Status na rynku pracy osób badanych

Wśród badanych największy odsetek stanowiły osoby bezrobotne (49% ogółu) oraz emeryci/renciści (27% ogółu). Wyniki szczegółowe obrazuje Tabela III.

Tabela III. Status na rynku pracy badanej populacji

Status na rynku pracy	Ilość badanych	Wartość %
Osoba pracująca	20	20,00
Emeryt/rencista	27	27,00
Uczeń/ student	4	4,00
Osoba bezrobotna	49	49,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Poziom wykształcenie osób badanych

Wśród osób badanych największy odsetek stanowiły osoby z wykształceniem średnim 31% oraz osoby z wykształceniem podstawowym 22%. Badani z wykształceniem wyższym 18%, z zasadniczym zawodowym stanowili 17% ogółu respondentów (Tabela IV).

Tabela IV. Charakterystyka badanych według poziomu wykształcenia

Poziom wykształcenia	Ilość badanych	Wartość %
Podstawowe	22	22,00
Gimnazjalne	12	12,00
Zasadnicze zawodowe	17	17,00
Średnie	31	31,00
Wyższe	18	18,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Sytuacja rodzinna osób badanych

Wśród badanych dominowały (39%) osoby określające swój stan cywilny jako „żonaty/zamężna" oraz osoby stanu wolnego, tzw. kawaler/panna, którzy stanowili 23% ogółu badanych. Reasumując, wśród respondentów osoby stanu wolnego stanowiły 61% ogółu badanych (Tabela V).

Tabela V. Stan cywilny osób badanych

Stan cywilny	Ilość badanych	Wartość %
Kawaler/panna	23	23,00
Żonaty/zamężna	39	39,00
Rozwiedziony/a	21	21,00
W związku nieformalnym	0	0,00
Wdowiec/wdowa	17	17,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Obraz depresji na przykładzie populacji osób badanych

Wśród przebadanych osób 7% chorowało na depresję mniej niż rok, natomiast aż 41% badanych żyło z depresją od roku do 4 lat. Bardzo dużo osób - 28% badanych - twierdziło, że nie pamięta od ilu lat zmaga się z depresją. Obraz długości trwania choroby u badanych przedstawia Tabela VI.

Tabela VI. Od kiedy choruje Pan/Pani na depresję

Czas	Ilość badanych	Wartość %
Mniej niż rok	7	7,00
1-4 lata	41	41,00
4-6 lat	17	17,00
6-10 lat	5	5,00
Więcej niż 10lat	2	2,00
Nie pamiętam	28	28,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Częstotliwość pobytu w szpitalu osób badanych w związku z depresją, a metody leczenia

W odpowiedzi na to pytanie 94,0% pacjentów twierdziło, że nie pamięta (Tabela VII bardzo dokładnie obrazuje tę sytuację.

Tabela VII. Jak często był/a Pan/i hospitalizowana w związku z depresją?

Częstotliwość przebywania w szpitalu	Ilość badanych	Wartość %
Tylko raz	4	4,00
2-4 razy	0	0,00
Kilka razy w roku	2	2,00
Inne, jakie?	0	0,00
Nie pamiętam	94	94,00
Ogółem	100	100,00

Wśród osób badanych najczęściej (75%) stosowanymi metodami leczenia była psychoterapia i farmakoterapia. 23% stosowało tylko farmakoterapię, a 2% pacjentów stosuje inne formy leczenia, jednak nie sprecyzowało, jakie (Tabela VIII).

Tabela VIII. Jakie metody leczenia depresji stosuje Pan/i?

Metody leczenia	Ilość badanych	Wartość %
Psychoterapia	0	0,00
Farmakoterapia	23	23,00
Psychoterapia i farmakoterapia	75	75,00
Inne, jakie?	2	2,00
Żadne	0	0,00

(opracowanie własne)

Wśród przebadanych osób 75% deklarowało, że różnie bywało z regularnością przyjmowania leków. Tylko 10% badanych zażywało leki regularnie, a 5% zażywało leki nieregularnie (Tab. IX).

Tabela IX. Jeżeli była stosowana farmakoterapia to czy leki były przyjmowane regularnie

Odpowiedź	Ilość badanych	Wartość %
Tak	10	10,00
Nie	5	5,00
Różnie z tym bywało	75	75,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Depresja jej akceptacja, próby samobójcze i samookaleczenia

Okazuje się, że próby samobójcze podejmowało 36% badanych. Natomiast 64% pacjentów nie podejmowało takich prób lub nie chciało do tego się przyznać. Wśród badanych samookaleczeń dokonywało tylko 13% (Tabela X i XI).

Tabela X. Czy podejmował Pan/i próby samobójcze?

Odpowiedź	Ilość badanych	Wartość %
Tak	36	36,00
Nie	64	64,00
Wielokrotnie	0	0,00
Nie podejmowałem i nie miałem takich myśli	0	0,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Tabela XI. Czy kiedykolwiek dokonał Pan/i samookaleczeń?

Odpowiedź	Ilość badanych	Wartość %
tak	13	13,00
nie	77	77,00
ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Depresja akceptacja choroby, wiedza na jej temat i wsparcie w chorobie

Wyniki badań zawarte w tabeli XII pokazują, jak wielu spośród osób przebadanych może liczyć na wsparcie w swoim otoczeniu. Głównie chodzi tu o rodzinę i osoby bliskie.

W grupie osób badanych 64% twierdziło, że ze wsparciem ze strony rodziny i bliskim bywało różnie. Tylko 20% ogółu badanych mogło liczyć na pomocną dłoń i wsparcie rodzinny w chorobie.

Tabela XII. Czy chorując może pan /i liczyć na wsparcie rodziny

Odpowiedzi	Ilość badanych	Wartość %
Rodzina wspiera pomaga	20	20,00
Brak wsparcia pomocy	15	15,00
Różnie z tym bywało	65	65,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

W tabeli XIII pokazano, że 70% badanych miało świadomość i akceptowało fakt bycia chorym na depresję. Nie akceptowało swojej choroby 6% respondentów, 16% nie ma zdania na ten temat, a dla 8% badanych jest to obojętne.

Tabela XIII. Czy akceptuje Pani /Pan diagnozę depresji?

odpowiedzi	Ilość badanych	Wartość %
Tak	70	70,00
Nie	6	6,00
Nie wiem	16	16,00
Jest mi obojętne	8	8,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Tabela XIV. Czy zdiagnozowanie depresji zmieniło Pana/i dotychczasowe życie?

odpowiedzi	Ilość badanych	Wartość %
Tak	95	95,00
Tak, częściowo	2	2,00
Nie	3	3,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Aż 95% badanych uważa, że depresja zmieniła ich życie, 2% - że zmieniła jej tylko częściowo, a 3% - że nic nie zmieniła w ich życiu. Rozkład odpowiedzi pokazuje tabela XIV.

Wiedzę na temat depresji posiada 81% badanych, natomiast 19% ogółu badanych nie ma wiedzy na temat tej choroby (Tab. XV).

Tabela XV. Czy posiada Pani/pan wiedze na temat depresji?

Odpowiedzi	Ilość badanych	Wartość%
Tak	81	81,00
Nie	16	16,00
Nie mam pojęcia	3	3,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Objawy depresji

Wśród osób badanych 57% twierdziło, że różnie bywało z odczuwaniem smutku i przygnębienia, a 20% twierdziło, że odczuwa smutek i przygnębienie bardzo często (12% często, 7% rzadko). Uczucie smutku i przygnębienia towarzyszyło codziennie 4% badanym (Tab. XVI).

Tabela XVI. Jak często towarzyszy Panu/i uczucie smutku, przygnębienia?

Odpowiedzi	Ilość badanych	Wartość %
Nigdy	0	0,00
Rzadko	7	7,00
Często	12	12,00
Bardzo często	20	20,00
Każdego dnia	4	4,00
Różnie z tym bywa	57	57,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Na pytanie o stany lękowe i uczucie strachu 59% respondentów udziela odpowiedzi – różnie z tym bywało, 19% badanych odczuwało lęk i strach bardzo często, a 14% często.

Natomiast 6% badaniach codziennie doświadczało tych uczuć (Tabela XVII).

Tabela XVII. Jak często towarzyszą pani/panu stany lekowe, uczucie strachu?

Odpowiedzi	Ilość badanych	Wartość %
Nigdy	2	2,00
Często	14	14,00
Bardzo często	19	19,00
Każdego dnia	6	6,00
Różnie z tym bywa	59	59,00
ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Wśród badanych dominowały osoby (78%), które stwierdziły, że z uczuciem radości w życiu i spełnienia różnie bywało. 10% ogółu - że odczuwa radość i spełnienie, a 2% populacji kategorycznie twierdzi, że nie jest zadowolona i spełniona w swoim życiu (Tab. XVIII).

Tabela XVIII. Czy odczuwa Pan Pani radość i spełnienie w życiu?

Odpowiedzi	Ilość badanych	Wartość %
Tak	10	10,00
Nie	12	12,00
Różnie z tym bywa	78	78,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Problemy ze snem miewało 28% badanych. Nie zgłaszało takich problemów 19%, a 53% badanych stwierdziło, że różnie tym bywa (Tab. XIX).

Tabela XIX. Czy miewa Pan/i problemy ze snem?

Odpowiedzi	Ilość badanych	Wartość %
Tak	28	28,00
Nie	19	19,00
Różnie z tym bywa	53	53,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Kłopoty z łaknieniem zgłaszało 43% badanych, przy czym w tej grupie 24% zaobserwowało u siebie mniejszy apetyt, a 19% większy apetyt. Badani, którzy nie mieli takich problemów stanowili 13%. 44% respondentów stwierdziło, że jeśli chodzi o łaknienie to różnie z tym bywało (Tab. XX).

Tabela XX. Czy odczuwa Pan /i problemy z łaknieniem?

Odpowiedzi	Ilość badanych	Wartość %
Nie	13	13,00
Tak, mam mniejszy apetyt	24	24,00
Tak mam większy apetyt	19	19,00
Różnie bywa	44	44,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Osoby badane najczęściej (48%) odpowiadały, że z akceptacją swojego wyglądu różnie bywa (Tabela XXI).

Tabela XXI. Czy akceptuje Pan /i swój wygląd zewnętrzny?

Odpowiedzi	Ilość badanych	Wartość %
Tak	9	9,00
Nie	43	43,00
Różnie z tym bywa	48	48,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Choroby współistniejące a ich wpływ na depresję

Stwierdzono, że 92% osób poddanych badaniu ankietowemu cierpi na choroby współistniejące. Najczęściej zmagali się oni z chorobami układu sercowo – naczyniowego 38% (nadciśnienie tętnicze, zawał serca), 22% cierpiało na choroby inne – np. nowotwory, 14% badanych - na choroby układu oddechowego np. astmę i inne choroby płuc, a 16% badanych cierpi na choroby układu pokarmowego np. wrzody, Szczegółowe dane zawierają tabele XXII, XXIII oraz XXIV.

Tabela XXII. Czy leczy się Pani/pan na inne dolegliwości tzw. Choroby współistniejące?

Odpowiedzi	Ilość badanych	Wartość%
Tak	92	92,00
Nie	8	8,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Tabela XXIII. Grupa chorób

Choroby	Ilość badanych	Wartość %
Układ oddechowy	14	14,00
Układ pokarmowy	16	16,00
Układ sercowo-naczyniowy	38	38,00
Układ nerwowy	10	10,00
Choroby skóry	0	0,00
Inne, jakie?	22	22,00
Nie wiem	6	6,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Tabela XXIV. Czy cierpi Pan/pani na jedną z poniższych chorób?

Choroba	Ilość badanych	Wartość %
Nadciśnienie tętnicze	32	32,00
Cukrzyca	16	16,00
Astma	17	17,00
Nowotwór złośliwy	14	14,00
Zespoły bólowe	3	3,00
Choroby tarczycy	2	2,00
Zawał serca	6	6,00
Stan po udarze mózgu	10	10,00
Choroby zakaźne HIV, AIDS, żółtaczka itp.	0	0,00
Inne, jakie?	0	0,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Z danych zawartych w Tabeli XXV wynika, że 88% badanej populacji uważało, że choroby współistniejące miały wpływ na rozwój depresji, 7% badanych twierdziło, że choroby współistniejące nie miały wpływu na depresję, natomiast 4% respondentów nie miało zdania na ten temat.

Tabela XXV. Czy choroby współistniejące miały wpływ na rozwój depresji w Pana/pani przypadku?

Kategorie odpowiedzi	Ilość badanych	Wartość %
Tak	88	88
Nie	7	7,00
Częściowo	1	1,00
Nie wiem	4	4,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Z analizy odpowiedzi z tabeli XXVI wynika, że 89% jest zdania, iż depresja ma duży wpływ na rokowania i leczenie chorób współistniejących, natomiast 11% - że nie ma żadnego wpływu.

Tabela XXVI. Czy uważa Pan/Pani, że depresja ma duży wpływ na dalsze rokowania i leczenie chorób współistniejących?

Kategorie odpowiedzi	Ilość badanych	Wartość %
Tak	89	89,00
Nie	11	11,00
Ogółem	100	100,00

(opracowanie własne)

Skala depresji BECKA

Zgodnie z założeniami Becka przyczyną depresji są „automatyczne myśli, dysfunkcyjne przekonania i negatywne samookreślenia". Podstawą schematu depresji Becka jest poznawcza triada depresyjna. Zgodnie z koncepcją poznawczą Aarona Becka, osoby chorujące na depresję:" wykorzystują depresyjne nieświadome schematy myślenia, a następnie weryfikują je i wyszukują ze swoich doświadczeń aspekty dysfunkcjonalne". Według Becka negatywne dysfunkcyjne myśli powstają w trzech obszarach: negatywne spostrzeganie świata

i zdarzeń, negatywne spostrzeganie siebie, negatywne spostrzeganie przyszłości. Zgodnie z tą teorią owe „czarne myśli „powstają automatycznie. Negatywne spostrzeganie jest podstawą niskiej samooceny, do tego dochodzi poczucie beznadziejności, brak motywacji oraz emocjonalnych i fizycznych objawy charakterystyczne dla depresji. Zdaniem amerykańskiego psychiatry Becka depresja jest interakcją czynników biologicznych, psychologicznych oraz środowiskowych. W ankiecie skupiono się na badaniu tych aspektów w odniesieniu do respondentów poprzez konstrukcje pytań kwestionariusza ankiety. Dysfunkcjonalne przekonania nie są źródłem zaburzeń, ale ich silne natężenie. Zdaniem autora Skali Becka wpływ na depresję ma negatywny model ”Ja”, który kształtuje się w procesie socjalizacji i jest wynikiem braku akceptacji, zaniedbań i negatywnych ocen ten mechanizm uaktywnia się w sytuacjach trudnych dla człowieka. Okazuje się, że czynniki związane z naszym wychowaniem i środowiskiem jak i fakt w jaki sposób byliśmy traktowani przez rodziców i rodzeństwo, czy mieliśmy szczęśliwe dzieciństwo ma ogromne znaczenie. Wypaczony obraz własnego „Ja” w przyszłości skutkuje zniekształceniami poznawczymi, :myślenie „czarno-białe” – radykalne spostrzeganie świata, nadmierna generalizacja – nie branie pod uwagę wszystkich czynników sytuacyjnych ,arbitralne wnioskowanie – osobiste wytłumaczenie sytuacji niezgodnych z rzeczywistością, minimalizowanie i wyolbrzymianie – sukcesy są minimalizowane, a porażki powiększane, selektywne abstrahowanie – skupienie się na tym, co nieistotne, personalizacja – niesłuszne odnoszenie wydarzeń do siebie. Zniekształcenia poznawcze są kluczowe w terapii poznawczo-behawioralnej. Z analizy testu wynika, że wśród respondentów dominowały osoby z umiarkowaną depresją 47% i depresją łagodną 45% ogółu badanej populacji. Objawy ciężkiej depresji wykazało 10% badanych (Tab. XXVII).

Tabela XXVII. Rozkład wyników testu według skali Becka wśród respondentów

Skala punktów	Rodzaj depresji	Ilość	%
0-11	Brak depresji	2	2,00
12-19	Łagodna depresja	45	45,00
20-25	Depresja umiarkowana	47	47,00
26-63	Ciężka depresja	10	10,00
Ogółem		100	100,00

(opracowanie własne)

Dyskusja

W pracy podjęto próbę udowodnienia, że istnieje silny związek pomiędzy zachorowalnością na różne choroby a występowaniem depresji i stanami lękowymi. Osoby chorujące na schorzenia przewlekle, zagrażające życiu, takie jak rak, cukrzyca, choroby serca, często zapadają na depresję. Strach i obawa o życie, a dodatkowo także wizja nieuchronnej, lub nagłej śmierci sprawiają, że ludzie zamykają się w sobie i wycofują z życia. Powoli tracą sens i wolę walki. Każda choroba osłabia i wyniszcza nasz organizm, upośledza funkcje życiowe.

W badanej grupie dominowały kobiety 66%, co być może związane z faktem, że kobiety częściej niż mężczyźni sięgają po pomoc. Mężczyźni stanowili 34% badanej populacji. Panowie chorują bardziej introwertycznie, taka jest „Męska Twarz Depresji". Ma to swoje uzasadnienie w społeczno-kulturowym wizerunku mężczyzny [2]. Są oni przez społeczeństwo postrzegani, jako jednostki silne, obrońcy, wojownicy, dlatego zwykle ukrywają swoją chorobę, bojąc się reakcji otoczenia, a także bliskich. Choroba w ich przekonaniu to oznaka słabości, a słabość umniejsza męskości. Mężczyźni ze względu na uwarunkowania społeczne związane z płcią sami rzadko przyznają się do tej choroby i podobnie rzadko udają się na leczenie czy terapię. W naszej kulturze mamy stworzony wyidealizowany obraz mężczyzny i zburzenie tego wizerunku, mitu często opłacone jest osobistymi tragediami, samotnością, popadaniem w uzależnienia, jako sposobu na wyjście z trudnej sytuacji lub próbami samobójczymi. Wielu mężczyzn ukrywa swoją chorobę. Wstydzi się depresji. W pracy Michalskiej [3] dokonano analizy wśród 70 osób chorujących na zaburzenie depresyjne obu płci, byli to pacjenci hospitalizowani. Liczną grupę, bo aż 76% stanowiły kobiety, natomiast mężczyźni to tylko 24% badanych.

Według szacunkowych danych z WHO z 2018 roku tylko 10-15% kobiet wspiera swoich partnerów w walce z depresją akceptując chorobę i konsekwencje z niej wynikające. Nie jest to dużo. Pewien odsetek kobiet nigdy nie odnajduje się w sytuacji opiekuna chorującego mężczyzn i odchodzi, nie akceptując i nie rozumiejąc choroby partnera. Te kobiety postrzegają depresję u mężczyzn jako przejaw lenistwa, braku zaangażowania czy nieróbstwo. Około 20% kobiet, według WHO z 2018r., odrzuca myśl o tym, że ich partner, mąż choruje na depresję. Może to być swoisty mechanizm obronny [1].

W przypadku kobiet proces chorobowy przebiega podobnie. One także boją się reakcji otoczenia na chorobę, utraty partnera, rodziny, męża, pracy itp. Mimo wszystko kobiety

bardziej otwarcie i częściej komunikują o swojej chorobie. Być może jest to wynikiem większej świadomości kobiet, ale także może to być wpływ kampanii społecznych prowadzonych w mediach, w tym Internecie, dzięki czemu coraz więcej znanych i lubianych osób otwarcie przyznało się do chorowania na depresję, np.: polska aktorka Danuta Stenka, amerykański aktor Robin Williams i wielu innych. Coraz więcej także pojawia się artykułów w prasie i Internecie na temat tej choroby. To pozwala ludziom oswoić tę chorobę i zwiększa świadomość na temat jej objawów, przyczyn i konsekwencji, aby chorowanie na depresję przestało być tematem tabu. Oczywistym jest, że im więcej osób będzie mówiło otwarcie o tej chorobie, że ona jest i że może dotknąć każdego i, że można z nią walczyć, tym będzie można pomóc większej ilości kobiet i mężczyzn szczególnie z małych miejscowości i wsi. Takie działania sprawiają, że depresja nabiera konkretnych kształtów, imion i twarzy i z naszego otoczenia.

Ponieważ depresja jest chorobą, która może dotknąć osobę w każdym wieku interesujące wydało się zbadanie, jak rozkłada się zachorowalność w poszczególnych grupach wiekowych. Z danych na podstawie raportów WHO z 2014 roku wynika, że około 11% młodzieży w wieku 18 lat cierpi na zaburzenia depresyjne, natomiast w przedziale wiekowym 20-40 lat najczęściej diagnozuje się depresję na świecie [4]. W Polsce statystyki podają, że jeden na 10. Polaków cierpi na depresję, a ponad 80% osób chorujących w Polsce to osoby w wieku 30-59 lat, czyli ludzie młodzi w wieku produkcyjnym, których choroba wypiera z rynku pracy [4]. W obecnym badaniu dominowały osoby w wieku średnim tj. w przedziale od 35 lat do 59 lat, co stanowiło 78%. W badaniach przeprowadzonych przez Michalską [3] najliczniejsza grupa badanych to osoby w wieku 51-60 lat, co stanowiło 37%, żadna osoba poniżej 20. roku życia nie wzięła udziału w badaniu, natomiast z własnych badań osoby najmłodsze stanowiły grupę 7% ankietowanych. Od kilku lat lekarze zwracają uwagę na rozpowszechnienie tej choroby wśród osób w wieku 60 lat i więcej. Najnowsze statystyki Ministerstwa Zdrowia pokazują, że 25% populacji osób starszych leczących się na tzw. schorzenia ogólne cierpi na depresję, a w domach opieki dotyczy to nawet 30%. Pensjonariuszy. W Polsce przewidywany jest wzrost zachorowań na depresję wśród osób po 65. r. ż. i do roku 2030 roku ma ich być nawet 8,5 mln, co stanowić będzie 25% społeczeństwa. W Stanach Zjednoczonych trwają prace nad wynalezieniem testu, który w sposób bardziej skuteczny i wiarygodny w oparciu o biomarkery diagnozowałby depresję. Obecnie większość diagnoz związanych z depresją stawiana jest w oparciu o „Diagnostyczny i statystyczny podręcznik

zaburzeń psychicznych", psychiatra stawia diagnozę w oparciu o odpowiedzi pacjenta. Biomarkery to substancje wytwarzane przez organizm, takie jak białka, wskazujące na obecność określonych schorzeń lub na procesy zachodzące w ciele pacjenta". Te badania mogą stanowić przełom w diagnostyce depresji [4].

W Polsce prowadzi się badania między innymi nad: lekooporną depresją oraz wpływem pandemii Covid na depresję. Grupa badaczy z Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego pod kierunkiem dr hab. Małgorzaty Gambin opublikowała raport z badania dotyczącego objawów depresji i lęku w trakcie epidemii koronawirusa. Wynika z niego ,że najsilniej odczuwają objawy depresji i lęku są osoby w wieku od 18. do 24. roku życia [5]. „Dodatkowo podwyższony poziom tego rodzaju objawów występował m.in. u osób przebywających w kwarantannie lub izolacji oraz u osób, które straciły pracę lub ciągłość wynagrodzenia w wyniku epidemii." Badanie przeprowadzono na próbie 1179 dorosłych Polaków. Badanie było panelem internetowym. Cały raport jest dostępny na stronie Wydziału Psychologii UW. Jego współautorami są naukowcy z Instytutu Studiów Społecznych im. Profesora Roberta Zajonca UW oraz Instytutu Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej i Wydziału Nauk Społecznych Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II. Depresja najczęściej dotyka osoby młode jednak coraz częściej diagnozuje się ją także u osób w wieku podeszłym. U seniorów częściej można zaobserwować objawy somatyczne natomiast u osób młodych objawy psychiczne. Zgodnie z wynikami badań ciężkie zaburzenia depresyjne występują u około 2% osób po 65. roku życia, a od 8 do 15% osób starszych spełnia kryteria zaburzeń depresyjnych [5].

Według badań Polsenior [cyt. za 6] na depresję choruje 32% osób w wieku 65-79 lat i 40% wśród kobiet powyżej 80 lat. Zdiagnozowanych jest zaledwie 25% przypadków, a depresja nierozpoznana pozostaje nieleczona. Właściwe rozpoznanie depresji u osób starszych związane jest z procesem starzenia i nasileniem w tym czasie czynników związanych z chorobami tego okresu, np. cukrzycą, chorobą wieńcową i nadciśnieniem. Nieleczona depresja może stać się powodem rozwoju tych chorób. Właściwe rozpoznanie depresji u osób starszych wynosi zaledwie 15%. Obecna sytuacja związana z pandemią koronawirusa, sprzyja zaburzeniom depresyjnym w każdej populacji, a zwłaszcza wśród osób starszych, dzieci i młodzieży. Wymuszona izolacją ludzi od siebie. Brak kontaktu z rodziną, rówieśnikami zaburza zdrowie psychiczne. Dla osób przewlekle chorych, przebywających w szpitalach, domach opieki, hospicjach czy nawet własnych mieszkaniach, zakaz odwiedzin czy brak

kontaktów i wsparcia wśród bliskich potęguje uczucie smutku, przygnębienia, samotności i alienacji. Te czynniki sprzyjają depresji. Osoby cierpiące bardziej potrzebują wsparcia bliskich, sprzyja to procesowi zdrowienia i ma pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne. Z przeprowadzonych badań wynika, iż tylko u 20% osób odpowiadających na pytanie o wsparcie może liczyć na najbliższych, 15% mówi otwarcie o braku pomocy, natomiast 65% osób przyznaje, że różnie z tym bywało. Z badań przeprowadzonych przez Piwońskiego i wsp. [7] wynika, że 68% ankietowanych odpowiada, że raczej spotykali się niskim poziomem wsparcia ze strony bliskich im osób jak i społeczeństwa. U Babiarczyk i wsp. [8] lekkie objawy depresyjne stwierdzono u 43,6% seniorów, a ciężkie u 10,9%. Na pojawienie się depresji u seniorów duży wpływ mają choroby przewlekłe powodujące ogólne osłabienie organizmu oraz pogorszenie sprawności ruchowej, w tym samodzielności. Każdy stres emocjonalny, ma wpływ na psychikę człowieka. Do czynników sprzyjających depresji możemy zaliczyć: śmierć osoby bliskiej współmałżonka, dzieci, partnera, wyprowadzka dzieci, zmiana miejsca zamieszkania, przeprowadzka do domu opieki, samotność, kłopoty finansowe, choroba i inne. Jak pokazują statystyki i badania depresja tak naprawdę nie ma wieku. To choroba zdradliwa, która może dotknąć ludzi w każdym etapie życia.

W obecnym badaniu największy odsetek stanowili mieszkańcy miasta 73%. Według przeprowadzonych badań przez Michalską [2] wśród chorych na depresję również dominowali mieszkańcy miasta stanowili oni 70% wszystkich badanych. W literaturze przedmiotu istnieje wiele potwierdzeń, że miejsce zamieszkania ma wpływ na nasze zdrowie. Ważne jest bowiem środowisko, powietrze, którym się oddycha, dostęp do atrakcji kulturalnych, ale przede wszystkim dostęp do służby zdrowia i do szybkiej pomocy medycznej. Wprawdzie na przestrzeni lat warunki zdrowotne związane z ochroną zdrowia uległy poprawie, jednak nadal są one dalekie od ideału. Niewątpliwie mieszkańcy większych miast mają lepszy dostęp do specjalistów lekarzy, do nowoczesnych metod diagnostycznych. Mieszkańcy wsi, małych miasteczek ten dostęp mają bardziej utrudniony. Powszechnie wiadomo, że wczesna pomoc specjalistów lekarzy daje większe szanse na wyleczenie. Wśród mieszkańców wsi niska jest świadomość chorób psychicznych i większa skłonność do myślenia stereotypowego na temat tych chorób. W obecnym badaniu 80% respondentów stanowiły osoby bierne zawodowo, w tym 53% spośród nich nie posiadało źródła dochodów. Do tej grupy zaliczono uczniów, studentów oraz osoby bezrobotne. Ten fakt może mieć duży wpływ na stan zdrowia. W populacji uczniów i studentów duży wpływ na ich zdrowie będą miały relacje, więzi

rodzinne oraz kontakty interpersonalne. Obecna sytuacja związana z pandemią, zdalne nauczanie źle wpływają na rozwój i zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Powszechnie wiadomo, że to, co się robi zawodowo, kim jest się pod względem społecznym, może mieć znaczący wpływ na zdrowie psychiczne i nie tylko. Z badań Michalskiej [2] wynika, że 61% badanych nie realizuje się zawodowo oraz 79% ankietowanych odpowiedziało, że nie czerpie satysfakcji z wykonywanej pracy. Status materialny, pozycja społeczna może nam ułatwiać życie lub przysparzać dodatkowego stresu, kłopotów i problemów finansowych. Prawdą jest, że na depresję cierpią tak samo osoby biedne, jak i bogate, z tą jednak różnicą, że tych drugich stać na lepsze i kosztowniejsze leczenie i terapię często w prywatnych klinikach. Czytając codzienne gazety, śledząc portale społecznościowe, Internet można dowiedzieć się, że wielu znanych i bogatych, o wysokim statusie społecznym, zawodowym cierpi na depresje. Wydaje się więc, że sprawdza się stare przysłowie „pieniądze szczęścia nie dają". Sława, kariera, wysokie stanowiska stawiają przed człowiekiem większe wymagania, a to z kolei rodzi więcej stresu [2]. Życie na wysokich obrotach, pod presją, nie sprzyja zdrowiu psychicznemu. Jednostki silne radzą sobie z wyzwaniami, słabsi sięgają po „wspomagacze" – używki, narkotyki, alkohol. W początkowej fazie jest to dla nich jakieś wyjście z sytuacji, długo falowo zwykle źle to się kończy. Silny stres, presję, smutek odczuwają nie tylko ludzie pracujący, ale także osoby uczące się, studenci, maturzyści, ale i osoby bezrobotne, emeryci itp. Powody tego stanu są różne. Jedni cierpią, bo mają za dużo i boją się to stracić, inni zaś, bo nie mają nic, ledwie wiążą koniec z końcem. Inni odczuwają presję otoczenia rodziny pragnąc sprostać coraz to wyższym oczekiwaniom, np. maturzyści, uczniowie, studenci. Inni cierpią, bo dowiedzieli się, że są chorzy na raka, bo zmarł im ktoś bliski, bo małżonek ich zdradza, bo utracili pracę itp. Tych powodów jest bardzo wiele. Żyjemy w czasach dużych wyzwań i często na pokaz próbując dogonić innych powoli tracimy cząstkę samego siebie. Ustabilizowana sytuacja zawodowo – finansowa na pewno ułatwia wiele spraw w życiu i daje poczucie bezpieczeństwa. Niepewność, brak pracy, brak źródła dochodu, brak możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb swoich i rodziny, rodzi frustracje i lęk o jutro. Osoby takie częściej narażone są na depresje [2].

Wśród osób badanych największy odsetek stanowiły osoby z wykształceniem średnim 31% oraz osoby z wykształceniem podstawowym 22%, oraz wyższym 18%. Z badań Michalskiej [2] można wywnioskować podobieństwa, co do poziomu wykształcenia chorych. Wykształcenie średnie stanowiło 48% ankietowanych, podstawowe 29%, natomiast wyższe

23%. W literaturze fachowej wykazano, że poziom wykształcenia ma wpływ na status społeczny jednostki, a tym samym na styl i jakość życia. Jednak nie jest to reguła. Wydaje się, że osoby wykształcone powinni mieć większą świadomość swoich potrzeb zdrowotnych, szybciej decydują się na kontakt z lekarzem, terapię. „*W rzeczywistości żadna z chorób nie ma wykształcenia. Na depresję chorują tak samo osoby niewykształcone jak wykształcone*" [2].

Wśród badanych dominowały osoby zamężne 39% oraz osoby stanu wolnego 23%, rozwiedzeni stanowili 21%, wdowcy 17%. Trudno jest ocenić jednoznacznie, czy osoby te są samotne w sensie społecznym, ponieważ jakikolwiek status formalny nie oznacza samotności w życiu codziennym. Niewątpliwie posiadanie bliskich, rodziny, partnera, przyjaciół wspomaga proces terapeutyczny i sprzyja powrotowi do zdrowia. Według danych WHO ryzyko rodzinne zachorowania na depresję dla krewnych I stopnia wynosi około 10-13% [1]. Z analizy badań Michalskiej [2] osoby zamężne stanowiły 54%, rozwiedzione 19%, stanu wolnego 17%, oraz wdowcy 10%.

Depresja jest chorobą globalną dotykającą coraz więcej ludzi w różnym wieku, z różnym wykształceniem o różnym statusie społecznym. Nie istnieje jedna przyczyna tej choroby. Część osób zajmujących się tą chorobą zawodowo twierdzi, że wpływ na depresję mają czynniki psychospołeczne i biologiczne. Trwa spór naukowy o to, które są ważniejsze i mają większy wpływ na zachorowalność człowieka. Jest oczywiste, że bez względu na to, które z czynników przeważają najważniejsze jest w odpowiednim czasie trwania tej jednostki chorobowej postawienie właściwej diagnozy i rozpoczęcie procesu terapeutycznego leczenia. Z punktu widzenia pacjenta ważna jest swojej akceptacja choroby i podjęcia aktywnej walki o swoje zdrowie. Wśród przebadanych dominowały osoby chorujące na depresję od roku do 4 lat. Analiza skali depresji Becka wykazała, że wśród respondentów przeważały osoby z umiarkowaną depresją 47% i depresją łagodną 45%. Według badań Michalskiej – Leśniewicz [9] przeprowadzonych na pacjentach największy odsetek stanowiły osoby z umiarkowaną i ciężką depresją 58,75% oraz łagodną 37,50%, bardzo ciężkie nasilenie to tylko niecałe 4%.

Osoby z depresją niechętnie dzielą się wiedzą na temat swego stanu zdrowia, nie chcą zagłębiać się w szczegóły. Wstydzą się swojej choroby, niechętnie udzielają odpowiedzi na pytania kwestionariusza, odczuwając przy tym dyskomfort. Wydaje się, że im dłużej trwa choroba tym szanse na jej pełne wyleczenie maleją. Przeprowadzone badanie przedstawia, że tylko 9% chorych akceptuje siebie, odpowiedzi na nie było 48%, a pozostali, czyli aż 53% mówili, że różnie to bywało. Według badań Michalskiej [2] tylko 34 % ankietowanych mówiło o sobie pozytywnie i akceptowało siebie.

Częstotliwość pobytów w szpitalu świadczy o natężeniu i poziome zaawansowania objawów choroby i o jej częstych nawrotach. W obecnym badaniu 94% grupy twierdziło, że nie pamięta, ile razy byli w szpitalu. W pewnym sensie może tak być, że za którymś pobytem w szpitalu osoby chore przestają liczyć.

Według danych publikowanych w mediach na różnych portalach w Polsce w 2016 roku około 5,5 tysiąca osób chorych na depresję popełniło samobójstwo [10]. Ze statystyk policyjnych wynika, że samobójstwa najczęściej popełniają mężczyźni i jest to 4638 przypadków, a kobiety to prawie 800 przypadków. Jest faktem udowodnionym, że osoby chorujące na depresję częściej niż inni popełniają samobójstwa. Dla ludzi chorych, cierpiących samobójstwo wydaje się jedynym wyjściem ze stanu bezsilności, pustki braku sensu życia [10].

W obecnym badaniu próby samobójcze podejmowało aż 36% badanych, a samookaleczeń - 13%. Według Dudek i Zięby [11], aż 70 % samobójstw to te popełnione po 40. roku życia. Również w badaniu przeprowadzonym przez Michalską [2] 46% potwierdziło myśli suicydalne.

Depresja przybiera różne oblicza u chorych. Dotyczy to zarówno jej objawów oraz nasilenia, jak i skuteczności prowadzonej terapii. Różnić się mogą także kolejne epizody depresji u tego samego pacjenta. Najczęściej depresję z dużym powodzeniem daje się leczyć ambulatoryjnie. Leczenia szpitalnego jest ostatecznością. Do Szpitala psychiatrycznego trafiają chorzy, u których zwykle pojawiają się myśli samobójcze, szczególnie, kiedy istnieje realna obawa, że myśli te wcielą w życie, albo już dokonali takiego czynu. Według wszelkiej wiedzy medycznej leczenia szpitalnego wymagają osoby z ciężko przechodzą depresję, które nie są zdolne do samodzielnej egzystencji, czasami mają zaburzone łaknienie, przestali brać leki, nie dbają o higienę. Hospitalizowani są także pacjenci mający urojenia i omamy, tacy, u których choroba nie przebiega w sposób standardowy oraz osoby, u których leczenie farmakologiczne nie przyniosło pożądanego skutku. Zgodnie z prawem polskim zwykle leczenie szpitalne tych osób odbywa się za ich zgodą. Jednak istnieją pewne wyjątki. Dotyczą one osób, które zagrażają bezpośrednio sobie lub swoim bliskim. Na podstawie ustawa z 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (art.23ust.1), leczenie szpitalne takich osób może się odbyć bez ich zgody lub na podstawie orzeczenia sądu, kiedy wnioskują o to rodzina lub opiekun prawny [12]. W przypadku tych osób brak opieki szpitalnej może doprowadzić do pogorszenie stanu zdrowia psychicznego albo, kiedy chory nie jest zdolny do samodzielnej egzystencji. Przyjmowanie leków w szpitalu, podczas stałego nadzoru

Pielęgniarskiego i lekarskiego, umożliwia odpowiednią i szybką reakcję w razie wystąpienia objawów niepożądanych lub nieskuteczności zastosowanych leków. Przyjęcie do szpitala osoby chorej na depresję pozwala na kontrolę skuteczności przyjmowania leków oraz na obserwację ewentualnych skutków ubocznych i zachowania pacjenta. Oczywistą wartością dodaną leczenia szpitalnego jest bezpośredni kontakt z lekarzem psychiatrą, terapeutą czy psychologiem. W razie potrzeby istnieją większe możliwości konsultacji z innymi specjalistami. Najczęściej pacjenci poza leczeniem farmakologicznym uczestniczą w psychoterapii indywidualnej, grupowej lub terapii zajęciowej. W dzisiejszych czasach szpitale oferują pacjentom różne formy zajęć w ramach terapii np.: treningi relaksacyjne, terapia poprzez ruch, wycieczki, muzykoterapia.

Problemy ze snem miało 28% ankietowanych, natomiast 53% odpowiada, że różnie z tym bywało, według Michalskiej [2] osoby cierpiące na bezsenność stanowiły 66% wszystkich badanych, a 83% stanowiły osoby odczuwające nadmierne zmęczenie i brak energii.

Kiedy stan zdrowia pacjenta się poprawia w wielu placówkach istnieje możliwość czasowego opuszczania oddziału na przepustkę. Terapeutycznie sprzyja to stopniowemu przystosowywaniu do powrotu do domu, rodziny do codziennych obowiązków. W przypadku depresji o ciężkim nasileniu z myślami samobójczymi, pobyt w szpitalu może trwać nawet kilka miesięcy. Dość powszechnym sposobem leczenia depresji jest leczenie na oddziale dziennym. Pacjent przebywa tam od godzin rannych do popołudnia przez 5 dni w tygodniu. Po skończonych zajęciach wraca do domu. Plusem takiego leczenia jest to, że pacjent może wieść w miarę normalne życie. Leczenie w oddziale dziennym trwa średnio kilka tygodni, po czym, pacjent kierowany jest na leczenia w poradni zdrowia psychicznego. Depresja najczęściej leczona jest farmakologicznie za pomocą leków przeciwdepresyjnych, które mają wpływ na stężenie serotoniny i noradrenaliny we krwi. Efekty przyjmowania leków zwykle występują po kilku tygodniach. Najczęściej w szpitalach prowadzona jest terapia: interpersonalna, poznawczo – behawioralna czy psychogeniczna.

Z Raportu Narodowego Funduszu Zdrowia [13] wynika, że „w Polsce na depresję choruje ok. 1 mln osób. Są to przede wszystkim kobiety (73%). W roku 2018 świadczenia z rozpoznaniem (głównym lub współistniejącym) depresji udzielono 631,6 tys. osobom. Wartość refundacji świadczeń z powodu depresji wyniosła w 2018 r. 250 mln zł i była wyższa o 30 mln zł (14 proc.) niż w 2013 r. Liczba zwolnień z tego powodu wyniosła 300 tys. w 2018

r. i utrzymywała się w latach 2013–2018 na podobnym poziomie. Pacjenci z powodu depresji najczęściej korzystali ze świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) i w poradniach psychiatrycznych. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczenia w POZ i poradniach psychiatrycznych zmalała w 2018 r. w stosunku do 2018—w POZ o 24,9 tys. (9%), a w poradniach psychiatrycznych o 17,5 tys. (6%). Jednocześnie w POZ zaobserwowano wzrost (4-krotny) liczby pacjentów, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem Z76 wg ICD-10, w ramach których wystawiono receptę na refundowane leki przeciwdepresyjne. W przypadku psychiatrycznych oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego odnotowano w latach 2013–2018 wzrost liczby pacjentów, którym udzielono świadczenia (wzrost odpowiednio o 0,4 tys. – 8% i 2,5 tys. – 63%). Liczba osób, którym udzielono świadczenia z powodu depresji na psychiatrycznych oddziałach szpitalnych oraz w SOR/IP/ZRM (szpitalne oddziały ratunkowe, izby przyjęć, zespoły ratownictwa medycznego) pozostawała w latach 2013–2018 na zbliżonym poziomie. W przypadku liczby świadczeń udzielonych z powodu depresji w latach 2013–2018 obserwowano podobne trendy jak w przypadku liczby pacjentów-liczba świadczeń w POZ zmalała o 104,5 tys. – 20% (najprawdopodobniej z powodu wcześniej wspomnianych zmian w sprawozdawczości), w poradniach psychiatrycznych o 60,7 tys. (5%). Liczba świadczeń udzielanych w oddziałach dziennych oraz w zespołach leczenia środowiskowego wzrosła w latach 2013–2018 (odpowiednio o 34,7 tys.-16% i o 17,6 tys.-51%). W przypadku psychiatrycznych oddziałów szpitalnych, świadczeń udzielanych na szpitalnych oddziałach ratunkowych, w izbach przyjęć oraz świadczeń udzielanych przez zespoły ratownictwa medycznego nie odnotowano znaczących zmian w liczbie świadczeń. Liczba zwolnień z powodu dużej depresji wyniosła 300 tys. w 2018 r. i utrzymywała się w latach 2013–2018 na podobnym poziomie. Zwolnienia średnio trwały 19 dni. Dodatkowo odnotowuje się spadek liczby orzeczeń lekarskich o niezdolności do pracy dla celów rentowych wystawionych z powodu dużej depresji. W 2013 r. wystawiono 7,5 tys. takich orzeczeń, zaś w 2018 r. 4 tys. [13].

Bardzo ważnym elementem procesu leczenia jest wsparcie społeczne, ponieważ osoba chora, cierpiąca na depresje sama sobie nie poradzi przynajmniej w początkowym etapie choroby. Istotne jest, aby ktoś dostrzegł, że osoba taka ma problem i pomógł jej z nim się zmierzyć: umówił wizytę do lekarza, zaprowadził, zadbał o przyjmowanie regularne leków, posiłków a czasami, żeby po prostu był obecny.

W obecnie badanej grupie osób większość stwierdziła, że ze wsparciem ze strony

rodziny i bliskim bywało różnie. Ten brak pomocy często związany jest z brakiem dostatecznej wiedzy na temat choroby, czasami powodowany jest strachem, obawą o swoje życie, ale co zdarza się dość często znieczulicą. Czasami osoby bliskie zostawiają chorych samych sobie, niektóre rodziny wykorzystują chorych, aby czerpać korzyści z przysługujących im świadczeń. Czasami brak pomocy w rodzinie jest objawem zaburzonych relacji wśród jej członków. Przyczyn takiego stanu jest bardzo wiele i często są one bardzo indywidualne, dlatego nie warto jest oceniać i uogólniać, a za każdym razem należy zrozumieć dwie strony. Tak jak ważne w procesie leczenia jest wsparcie osób bliskich tak samo ważna jest świadomość tego, że jestem chory/a, że zmagam się z różnymi chorobami w tym z depresją.

W obecnym badaniu większość badanych miała świadomość swojej choroby i akceptowała fakt bycia chorym na depresję, stanowił oni 70% ankietowanych, natomiast aż 95% respondentów twierdziło, że depresja zmieniła ich życie.

Z ogólnopolskich badań nad depresją wynika, że ok 1/3 Polaków zaobserwowała u siebie objawy depresji, które się nasiliły w związku z pandemią SARS COVID – 19 [14]. Jednymi z takich objawów jest stałe uczucie smutku, brak radości z życia przygnębienie, lęk, strach, problemy z łaknieniem. W obecnym badaniu bardzo często odczuwało smutek i przygnębienie 20%, a lęk i strach - 19% badanych. Jedynie 10% ogółu odczuwało radość i spełnienie. Kłopoty z łaknieniem zgłaszało 43% badanych (24% - mniejszy apetyt, 19% większy apetyt), co może być powiązane z rodzajem leków stosowanych w ich terapii [14]. „Jedna na cztery osoby odczuwała spadek energii, 17% wszystkich respondentów zmagała się z bezsennością, 13% z trudnościami z koncentracją, a 9% miało kłopoty z pamięcią. Zaledwie 18%. osób, które dostrzegły u siebie takie objawy, skonsultowało je ze specjalistą, co może świadczyć o rozwijającej się depresji. Aż 65% osób nie zamierzała skonsultować swoich dolegliwości z psychiatrą lub psychologiem w ciągu najbliższych sześciu miesięcy” [14].

Stwierdzono, że istnieje wiele czynników mających wpływ na depresję. Można do nich zaliczyć czynniki genetyczne, biologiczne, społeczne. Warto pamiętać, że poczucie satysfakcji z życia, zadowolenie z siebie i swoich osiągnięć czy wygląd zewnętrzny mają także wpływ na kondycję psychiczną człowieka. W obecnym badaniu swój wygląd akceptowało jedynie 9% badanych. Kobiety najczęściej nie akceptują swojego wyglądu, a mężczyźni rzadziej koncentrują się na swoim wyglądzie zewnętrznym. Zwykle z wiekiem, kiedy człowiek się starzeje i zmienia się także jego wygląd zewnętrzny, skóra traci elastyczność, przybywa zmarszczek, siwych włosów i innych niedoskonałości wtedy wzrasta nasze niezadowolenie ze

swojego wyglądu. Często też choroba ma wpływ na to, że w samoocenie stajemy się mniej atrakcyjni, nie czujemy się kobieco czy męsko, nie dbamy o siebie. Niezadowolenie z własnego „ja" doprowadza ich do rozpaczy, popadają w depresję, wycofują się z życia, np. osoby po operacjach twarzy w związku z wypadkiem, chorobą genetyczną, po operacji nowotworu lub po niezbyt udanych operacjach plastycznych.

W pracy próbowano skupić się na pokazaniu zależności pomiędzy chorobami przewlekłymi a depresją. Aż 92% osób poddanych badaniu ankietowemu cierpiało na choroby współistniejące, najczęściej choroby układu sercowo – naczyniowego (38%), 88% badanej populacji uważało, że choroby współistniejące miały wpływ na rozwój depresji, a 89% - iż depresja ma duży wpływ na rokowania i leczenie chorób współistniejących. Również według Jasik i wsp. [15] chorzy wiązali pojawienie się depresji w związku ze swoją chorobą przewlekłą (aż 65%), 29% ankietowanych zaznaczyło odpowiedź dotyczącą choroby somatycznej, przewlekła choroba serca stanowiła 42,31%. Badano zależności pomiędzy występowaniem chorób somatycznych a zachorowaniem na depresję w ocenie respondentów. U podstaw tej pracy leży założenie, że jednym z powodów zachorowań na depresję są choroby somatyczne. Ten fakt został potwierdzony w badaniu i znajduje pokrycie w wynikach .

Podobne badania były prowadzone przez Dudek i Siwka z Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie po tytułem:" Współistnienie chorób somatycznych i depresji": „*Obecnie nie ma już wątpliwości, że zaburzenia depresyjne oraz schorzenia somatyczne, zarówno na poziomie psychologicznym, jak i na poziomie zjawisk patofizjologicznych, pozostają ze sobą we wzajemnym, niekorzystnym dla leczenia i rokowania oddziaływaniu*" [16]. Jak dowiedziono, obecność objawów depresyjnych wiąże się z wysokim ryzykiem zapadalności na choroby układu krążenia, szybszą progresją AIDS, znaczącym utrudnieniem kontroli glikemii w przebiegu cukrzycy. Z raportu wynika, że choroba Parkinsona u badanych 51% zwiększa częstotliwość występowania depresji, zespoły bólowe – o 50%, nowotwory złośliwe o 20–40%, choroby tarczycy o 20–30%, cukrzyca o 10–27%, zawał serca o 16–28%, udar mózgu o 23–35%, choroba niedokrwienna serca o 17–20%, HIV/AIDS o 12%, choroba Alzheimera o 11%. Negatywny wpływ depresji na przebieg choroby somatycznej został najlepiej udokumentowany w przypadku choroby niedokrwiennej serca. Zgodnie z wynikami tych badań: "przebycie w ciągu życia choćby jednego epizodu depresji znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia zawału serca". Leczenia depresji przebiega trudniej, jeśli choroba somatyczna jest bardzo zaawansowana. Współwystępowania depresji i schorzeń

somatycznych związane jest z wyższym wskaźnikiem samobójstw w stosunku do ogółu społeczeństwa. Zgodnie z wyni8kami tychże badań ryzyko samobójstwa jest duże w sytuacji kiedy depresja towarzyszy: AIDS, nowotworom złośliwym [16]. Badania pokazały, że 92% respondentów chorujących na depresję leczy się na choroby współistniejące. Tak więc istnieje silna korelacja pomiędzy tymi chorobami, tak też twierdzi 45% badanych uznając, że choroba somatyczna miała wpływ na zachorowanie na depresję.

Każda choroba ma wpływ na psychikę pacjenta. Jednak istnieją takie choroby, których doświadczanie jest ponad jego siły, a towarzyszące im uczucie strachu i leku sprawia, że chory czuje się bezradny.

W XXI wieku najbardziej przerażającą diagnozą jest ciągle nowotwór lub potocznie rak. Rak to główna przyczyna zgonów na świecie. Na skutek chorób nowotworowych umiera prawie 10 milionów osób rocznie [17].

W Polsce rak zabija około 100 tysięcy osób. Możemy jednak wiele zrobić, żeby im zapobiegać i skutecznie leczyć. Pomimo głośnych kampanii społecznych, uświadamiających konieczność przeprowadzania badań profilaktycznych, rak jest drugą przyczyną zgonów w Polsce [17].

W 2020 roku Polacy otrzymywali zwolnienie, jeśli chodzi o zaburzenia psychiczne, głównie z powodu reakcji na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (512 tys. zaświadczeń), epizodów depresyjnych (253 tys.), innych zaburzeń lękowych (248 tys.) i zaburzeń depresyjnych nawracających (133 tys. zaświadczeń) [18]. Częściej ze zwolnień z powodu zaburzeń psychicznych korzystały kobiety (921 tys. zaświadczeń) niż mężczyźni (535 tys. zaświadczeń). Z raportu „*Health at a Glance 2019*", przygotowanego przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, wynika, że wskaźnik zachorowalności na nowotwory w Polsce jest relatywnie niski - w naszym kraju chorują średnio 254 osoby na 100 tysięcy [18].

Według przeprowadzonego badania leki regularnie przyjmowało tylko 10% ankietowanych, natomiast 75% przyznało, że różnie z tym bywało. Odpowiedź dotycząca nieprzyjmowania leków to 5% przypadków.

Według Michalskiej [2] chorzy w 69% przekonani byli, co do swojej farmakoterapii i przyjmowali leki, 31% osób nie było przekonanych, co do swojego leczenia i nie przyjmowali leków.

Zwykle tak jest, że osoby zmagające się z chorobami psychicznymi, w tym depresją, posiadają bardzo dużą wiedzę na tego schorzenia, jego przebiegu, leków podawanych czy objawów. Podobnie było w przypadku osób, które przystąpiły do badania.

Wnioski

Przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Na depresję chorują osoby młode i starsze, przy czym większa zachorowalność na depresję występowała wśród kobiet - 66% ankietowanych oraz mieszkańców miast.
2. Chorym na zaburzenie depresyjne towarzyszyło stałe uczucie lęku, smutku, przygnębienia, lęk, ciągła obawa o swoje zdrowie.
3. 92% respondentów chorujących na depresję leczyło się na choroby współistniejące, a 45% badanych uznało, że choroba somatyczna miała wpływ na zachorowanie na depresję.
4. Zgodnie ze wynikami osiągniętymi z zastosowaniem skali Becka respondenci cierpiący na depresję typu łagodnego stanowili 45% badanych, natomiast cierpiący na depresję typu umiarkowanego - 47% badanej populacji.
5. Ankietowani nie byli przekonani, co do skuteczności stosowanego u nich leczenia i przyznawali, że nie przyjmują leków regularnie.
6. Większość osób chorujących na depresję akceptowało sam fakt doświadczania tej choroby, a 10% badanych odczuwa spełnienie i satysfakcję w życiu.
7. Chorzy na depresję cierpieli na zaburzenia snu, bezsenność lub nadmierną, senności w większości nie akceptowali swojego wyglądu zewnętrznego
8. Chorzy przyznali, że diagnoza depresji miała negatywny wpływ na ich obecny stan psychofizyczny, a podwójna diagnoza dotycząca choroby somatycznej bardziej pogłębiła ich w zaburzeniu depresyjnym.
9. Chorzy zwykle wracali na oddziały szpitalne z powodu myśli suicydalnych, nieprzyjmowania leków lub prób samobójczych.
10. Pacjenci czuli duże obciążenie w związku z przyjmowaniem leków przeciwdepresyjnych, jak i tych w terapii chorób somatycznych.

Piśmiennictwo

1. https://www.medonet.pl/zdrowie,who--depresja-w-czolowce-chorob-na-swiecie,artykul,1724647.html (data pobrania 15.05.2021).
2. Styron W.: Ciemność widoma. Esej o depresji. Świat Książki, 2012.
3. Michalska K.: Analiza Funkcjonowania pacjentów z depresją w odniesieniu do poprawy

jakości ich życia. Long- Term Care Nursing, 2019, 2(2), 19-28.

4. Dymowska A., Nowicka-Sauer K.: Depresja wśród młodzieży – problem wciąż aktualny. Forum Medycyny Rodzinnej, 2015, 9, 2, 124-126
5. Gambin M. Raport z badania na temat objawów depresji i lęku podczas epidemii, 2021, https://www.uw.edu.pl/raport-z-badania-na-temat-objawow-depresji-i-leku-podczas-epidemii/, (data pobrania 15.05.2021).
6. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P.: Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzie w Polsce. Wyd. Termedia, Poznań, 2012.
7. Piwoński J., Piwońska A., Głuszek J., Bielecki W., Pająk A., Kozakiewicz K., Wyrzykowski B.: Ocena częstości występowania niskiego poziomu wsparcia społecznego oraz objawów depresji w populacji polskiej. Wynik programu WOBASZ. Kardiologia Polska, 2005, 63(6), 1-4.
8. Babiarczyk B., Schlegel-Zawadzka M., Turbiarz A.: Ocena częstości występowania objawów depresji w populacji osób powyżej 65. roku życia. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, 19(4), 453–457.
9. Michalska – Leśniewicz M., Gruszczyński W.: Czynniki psychologiczne w depresji. Psychiatria, 2010, 7(3), 95-103.
10. Hołyst B.: Zapobieganie samobójstwom. Imperatyw ogólnoświatowy. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa, 2018.
11. Dudek D., Zięba A.: Depresja – wiedzieć, aby pomóc. Wydawnictwo Medyczne, Kraków, 2002.
12. Ustawa z 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (art.23ust.1).
13. https://www.politykazdrowotna.com/54083,depresja-nfz-opublikowal-raport (data pobrania 15.05.2021).
14. https://www.politykazdrowotna.com/66834,podczas-pandemii-polacy-obserwuja-u-siebie-objawy-depresji (data pobrania 15.05.2021).
15. Jasik K., Jaślikowska U., Zbrojkiewicz M., Ślusarska B., Jasińska M., Grzegorczyk M., Nowicki G.J.: Czynniki związane z występowaniem depresji u osób dorosłych. Przegląd systematyczny literatury polskiej w latach 2009-2014. Journal of Education, Health and Sport, 2016, 6(4), 297-318.
16. Dudek M., Siwek M.: Współistnienie chorób somatycznych i depresji. Psychiatria, 2007, 4(1), 17-24.

17. Krajowy Rejestr nowotworów, http://onkologia.org.pl/, (data pobrania 15.05.2021).
18. Raport Health at a Glance 2019, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en, (data pobrania 15.05.2021).

Schizofrenia – co to za choroba

Karolina Stefańska[1], Grzegorz Bejda[2], Agnieszka Kułak-Bejda[3]

1. Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Epidemiologia schizofrenii

Schizofrenia to choroba która występuje na całym świecie i dotyczy od 0,5 do 1,5% ogólnoświatowej populacji. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) z powodu schizofrenii na świecie choruje 21 mln osób. W ciągu roku na powyższą chorobę zapada od 15 do 30 przypadków na 100 tys. osób. Według szacunków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w Polsce ze świadczeń zdrowotnych korzysta około 179 tys. osób [cyt. za 1].

Początek objawów psychotycznych, może uaktywnić się w każdym wieku, jednak najbardziej narażoną grupą są osoby młode, przed 25 rokiem życia. W tym okresie pierwsze objawy choroby doświadcza od 20 do 40% chorych. Mężczyźni na schizofrenię zazwyczaj zapadają w wieku między 15. a 25. rokiem życia, natomiast u kobiet jest to między 25. a 34. rokiem życia. Schizofrenia występuje częściej u mężczyzn i ma bardziej burzliwy przebieg niż u kobiet. Rokowanie funkcjonowania schizofreników w społeczeństwie jest zbliżone do „reguły trzech", czyli około 1/3 osób cierpiących na schizofrenię prowadzi względem normalne życie, kolejna grupa, która stanowi 1/3 są to pacjenci, którzy wykazują objawy, ale dobrze funkcjonują w społeczeństwie, i ostatnia 1/3 chorych są to pacjenci, którzy wykazują duże zaburzenia funkcjonowania w społeczeństwie oraz są często hospitalizowani. Odsetek nawrotów choroby w okresie dwóch lat wynosi 40% u osób systematycznie zażywających leki i 80% u chorych, które samowolnie zaprzestały ich przyjmowania [2].

Według Światowej Organizacji Zdrowia, choroba skraca życie pacjentów o średnio 10-20 lat. U osób dotkniętych schizofrenią ryzyko wystąpienia zgonu jest o 2,5 razy większa niż u ludzi zdrowych, głównie ze względu na 12-krotnie większe ryzyko samobójstw, które występują u około 50% ludzi chorych z czego 10-12% kończy się śmiercią. Samobójstwa

w schizofrenii jest efektem postrzegania swojej sytuacji jako beznadziejnej. Próbom samobójczym towarzyszą negatywne przewidywania co do przyszłości i brak rozwiązań problemów. Schizofrenia jest głównie uzależniona od indywidualnego radzenia sobie ze stresem oraz emocjami. Na jej rozwój istotny wpływ mają licznie czynniki, tzw. predysponujące, czyli dziedziczne oraz środowiskowe, m.in. życie w dużym mieście, ciężkie przeżycia, emigracja oraz nałogi [3].

Patogeneza schizofrenii

Schizofrenia jest chorobą przewlekłą i bardzo zindywidualizowaną. Pomimo ciągłego rozwoju medycyny oraz postępu nauki, rozwój choroby nie jest jeszcze do końca poznany. U każdego z pacjentów występuje wiele objawów, które mogą rozwijać się w zupełnie innym kierunku oraz o różnym nasileniu, dlatego jest trudno wykryć chorobę we wczesnym stadium. Często zdarza się, że schizofrenia jest diagnozowana nawet po kilku latach. Późne wykrycie wpływa na wolniejsze wdrożenie leczenia oraz powoduje tym samy zaawansowanie objawów, a także obniżenie poziomu funkcjonowania w społeczeństwie [4]. Schizofrenia charakteryzuje się ostrymi zaburzeniami psychotycznymi, które występują okresowe między remisjami, czyli okresami poprawy. Czas trwania epizodów bywa różny, zależy bowiem od odpowiedniej terapii, a także postawy pacjenta i jego opiekunów. Osoby doświadczone chorobą są znacznie zaburzone, trudne w kontakcie oraz niekontrolujące swojego zachowania. Bywają często nieprzewidywalne oraz agresywne. Cechą charakterystyczną schizofrenii jest ukazanie się epizodów psychotycznych, czyli omamów, urojeń czy zdezorganizowanego zachowania, oraz okresów zubożenia emocjonalnego, wycofania i apatii. Powyższe objawy można w znaczymy stopniu leczyć, jednak zaburzenia nadal pozostają stanem złożonym i nie do końca poznanym [5].

Uważa się, że przyczyną schizofrenii są zaburzenia równowagi pomiędzy substancjami chemicznymi w mózgu, zwanymi neuroprzekaźnikami. Mózg posiada zdolność modyfikacji strukturalno-funkcjonalnej, zwaną neuroplastycznością. Dlatego uszkodzony mózg przynajmniej w jakimś stopniu jest zdolny do regeneracji, który w konsekwencji może zaowocować pełnym lub częściowym odzyskaniem utraconej sprawności [6]. Niektórzy autorzy uważają jednak, że schizofrenie może tworzyć proces neurorozwojowy, na który narzucane są procesy neurodegeneracyjne związane ze zniszczeniem synaps, dendrytów

i aksonów. Skutkiem zaburzeń neurorozwojowych mogą być nieprawidłowe działanie programu genetycznego, który nadzoruje migracje neuronów w mózgu, tworzenie synaps, tworzenie połączeń nerwowych oraz selekcję neuronów w celu przeżycia czyli neurony które przeżyją nie są w stanie migrować do właściwych części mózgu oraz tworzyć połączeń. Przyczyną zmian neurodegeneracyjnych może być nieprawidłowe zaprogramowanie genetyczne pod wpływem różnorodnych czynników [7].

Osoba chora na schizofrenię jest w takim stanie, w którym jej myśli, emocje oraz zachowanie są zaburzone w takim stopniu, że trudną bądź nawet niemożliwą jest prawidłowa ocena rzeczywistości. Powyższe procesy tworzą podłoże, na którym rozwijają się różnorodne objawy choroby. Zazwyczaj należą do nich urojenia, omamy, zubożenie emocjonalne, apatia, zaniedbanie wyglądu, dziwaczne zachowanie oraz wycofanie społeczne. Schizofrenia rzutuje na większość obszarów człowieka i prowadzi do wystąpienia objawów, które są odebrane jako przerażające i dziwaczne zarówno przez osobę chorą jaki i ludzi z jego otoczenia. Oczywiste jest, że osoba cierpiąca z powodu zaburzeń z kręgu schizofrenii, doświadcza wysokiego poziomu stresu związanego z kolejnymi epizodami choroby, narastaniem objawów psychopatologicznych oraz koniecznością kolejnych hospitalizacji. Dlatego ważne jest aby osoba chora na schizofrenię miała wsparcie osób najbliższych [8].

Objawy i rozpoznanie choroby

Schizofrenia to zaburzenie, które wymaga wielowymiarowego podejścia w rozpoznaniu z powodu różnorodnych objawów, ale jednocześnie braku możliwości potwierdzenia przez badania laboratoryjne. Z tego powodu choroba diagnozowana jest głównie na podstawie rozmowy, wywiadu z pacjentem, podczas którego psychiatra zbiera informacje o objawach doświadczanych przez chorego. Lekarz ustala także jak długo trwają oraz w jakim stopniu oddziałują na życie codzienne chorego. Często specjaliści rozmawiają z rodziną oraz przyjaciółmi chorego, aby ustalić jak najwięcej informacji z życia pacjenta. Niestety czasem jest niemożliwe rozpoznanie schizofrenii we wczesnym okresie choroby, ponieważ objawy bywają zbyt słabo nasilone lub niespecyficzne [9].

Według psychiatrów w określeniu choroby psychiatrycznej, konieczne jest stosowanie kompleksowej diagnostyki funkcji poznawczych. W powyższym przypadku nie trzeba korzystać ze skomplikowanych narzędzi neuropsychologicznych, wystarczy szczegółowy

wywiad oraz testy przesiewowe takie jak *The Montreal Cognitive Assessment* – test MoCCA bądź specjalnie opracowana skala *Cognitive Screening Scale for Schizophrenia* (CSSS). Powyższa skala jest prosta w zastosowaniu, nawiązuje do trudności poznawczych doświadczonych przez pacjentów ze schizofrenią. Wykonanie testu nie trwa dłużej niż 15-20 minut, a uzyskane w badaniach przesiewowych wstępne dane pozwolą określić ocenę stanu pacjenta. Poniżej przedstawiono przykładową skalę CSSS [10].

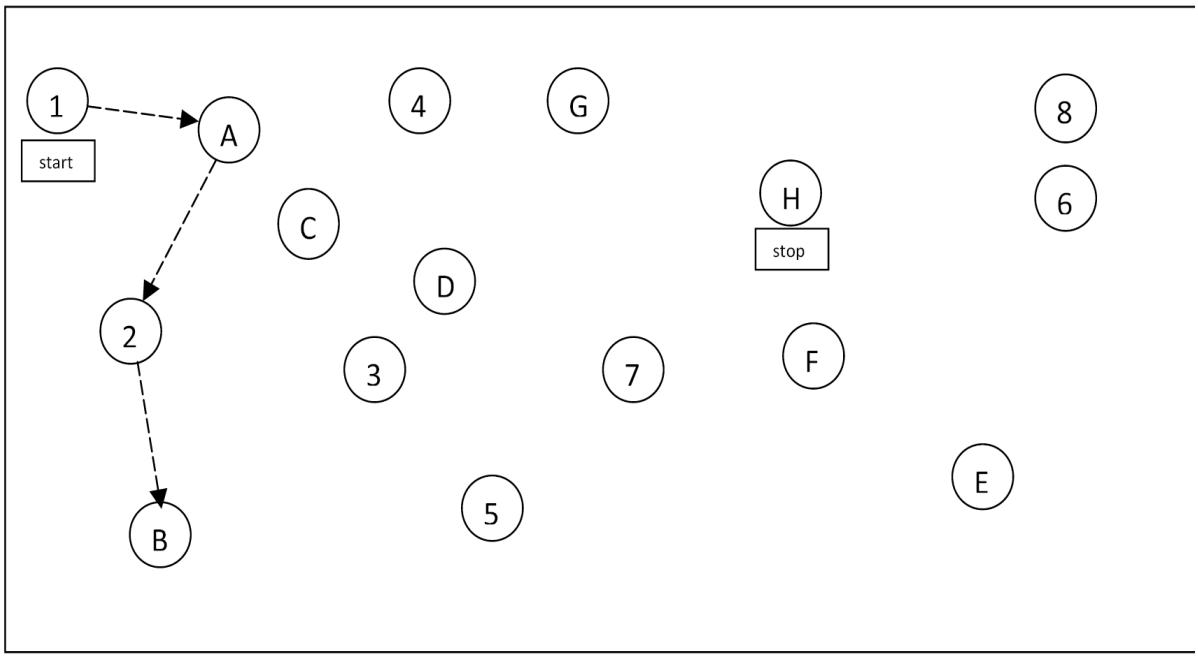
Skala Cognitive Screening Scale for Schizophrenia-CSSS

Imię i nazwisko:	
Wiek:	
Płeć:	
Ilość lat formalnej edukacji	
Badający:	

I. Planowanie i przełączanie	
Prawidłowe wykonanie bez interwencji badającego – 2 pkt. Prawidłowe wykonanie z 1 interwencją badającego – 1 pkt. Jakikolwiek błąd – 0 pkt.	Wynik ...../2 pkt.
II. Uczenie się werbalno-językowe	
W 3 próbie badany wymienia wszystkie słowa – 2pkt. W 3 próbie badany wymienia 6 lub 7 słów – 1pkt. W 3 próbie badany wymienia mniej niż 6 słów – 0 pkt.	Wynik ...../2 pkt.
III. Uwaga i podatność na interferencję	
Badany odpowiada prawidłowo na każdy sygnał – 2pkt. Badany popełnia 1 błąd – 1pkt. Badany popełnia 2 lub więcej błędów – 0 pkt.	Wynik ...../2 pkt.
IV. Kontrola inhibicyjna	
Badany odpowiada prawidłowo na każdy sygnał – 2pkt. Badany popełnia 1 błąd – 1pkt. Badany popełnia 2 lub więcej błędów – 0 pkt.	Wynik ...../2 pkt.
V. Pamięć mechaniczna	
4-5 poprawnych serii – 2pkt. 3 poprawne serie– 1pkt. mniej niż 3 poprawne serie – 0 pkt.	Wynik ...../2 pkt.
VI. Myślenie przez analogię	
Przyznaje się po 1 pkt. za odpowiedzi: drewno; jezdnia.	Wynik ...../2 pkt.
VII. Tworzenie pojęć nadrzędnych	
Przyznaje się po 2 pkt. za odpowiedzi: ptaki; strony świata, kierunki świata Przyznaje się po 1 pkt. za odpowiedzi: zwierzęta; kierunki Odpowiedzi konkretne: mają skrzydła; części mapy, północ jest na górze, południe na dole – 0 pkt.	Wynik ...../4 pkt.
VIII. Myślenie abstrakcyjne	
Przyznaje się po 1 punkcie za prawidłowo wyjaśnione przysłowie („istnieją trudności, których najmądrzejsi ludzie nie mogą rozwiązać"; „Każdy może rozwiązać łatwe zadanie")	Wynik ...../4 pkt.
IX. Funkcje wzrokowo-konstukcyjne	
Prawidłowo odtworzona figura centralna i figury peryferyjne – 2pkt. jakikolwiek błąd (dodanie, brak) w figurze centralnej lub brak figury peryferyjnej – 1pkt. Dwa lub więcej błędów w odtworzeniu figury – 0 pkt.	Wynik ...../2 pkt.
X. Fluencja słowna	
Przyznaje się po 1 punkcie za: 11 i więcej słów na literę A 9 i więcej słów oznaczających ostre przedmioty	Wynik ...../2 pkt.
XI. Pamięć – wydobywanie z pamięci	
Przyznaje się po 0,5 pkt. za każde prawidłowo odtworzone słowo	Wynik ...../4 pkt.
----------	**SUMA: /28 pkt.**

I. Planowanie i przełączanie

Proszę połączyć cyfry i litery naprzemiennie w porządku wzrastającym, tak, jak zaczęto poniżej. Proszę rozpocząć od cyfry „1". Kiedy zmienia się cyfra, zmienia się też litera.



II. Uczenie się werbalno-językowe

Przeczytam Pani/Panu listę 8 słów. Kiedy skończę, proszę o powtórzenie jak największej ilości z nich. Nie muszą być w tej samej kolejności. *W kolejnych próbach:* Teraz ponownie przeczytam 8 słów. Proszę o powtórzenie jak największej ilości, łącznie z tymi, które wymieniał(a) Pani/Pan wcześniej.

	Małpa	Samochód	Sklep	Dąb	Długopis	Włos	Łopata	Pióro
Próba 1								
Próba 2								
Próba 3								

III. Uwaga i podatność na interferencję

Proszę wziąć ołówek. Proszę stuknąć 2 razy, kiedy ja stuknę raz. *Badający wystukuje sekwencję **1-1-1**.* Proszę stuknąć raz, kiedy stuknę 2 razy. *Badający wystukuje sekwencję **2-2-2**.* Teraz wymieszam te 2 sygnały. Proszę odpowiednio odpowiadać. *Badający wystukuje sekwencję:* **2-1-1-1-2-1-2-1-1-2-1-2**

IV. Kontrola inhibicyjna

Proszę stuknąć raz, kiedy ja stuknę raz. *Badający wystukuje sekwencję **1-1-1**.* Proszę nie stukać, kiedy ja stuknę 2 razy. *Badający wystukuje sekwencję **2-2-2**.* Teraz wymieszam te 2 sygnały. Proszę odpowiednio odpowiadać. *Badający wystukuje sekwencję:* **2-1-2-1-2-2-2-1-2-1-2**

V. Pamięć mechaniczna

Cyfry wprost: Przeczytam Pani/Panu serię cyfr. Kiedy skończę, proszę o ich powtórzenie w tej samej kolejności.
Cyfry wspak: Przeczytam Pani/Panu serię cyfr. Kiedy skończę, proszę o ich powtórzenie wspak, od ostatniej do pierwszej. Np.kie powiem 4-2, Pani/Pan powie….? *Podtest Cyfry Wspak rozpoczynamy po udzieleniu prawidłowej odpowiedzi na pytanie próbne.*

WPROST	
6-8-4-2	
3-5-9-0-1	
2-4-0-1-5-7-2	
WSPAK	
4-2-9-8	
2-0-7-3-1	

VI. Myślenie przez analogię

Książka do papier ma się tak, jak krzesło do…

ogień	woda	czytać	drewno	pismo

Narty do stok ma się tak, jak samochód do…

szybkość	wypadek	jezdnia	kierowca	łyżwy

VII. Tworzenie pojęć nadrzędnych

W czym są do siebie podobne pietruszka i burak? *Jeśli badany udziela odpowiedzi nadmiernie konkretnej, np. 'mają zielone liście', badający udziela podpowiedzi:* Do jakiej jednej grupy należą? Jeśli badany odpowiada 'warzywa', badający pyta: W czym są do siebie podobne…

kruk – bocian	
północ – zachód	

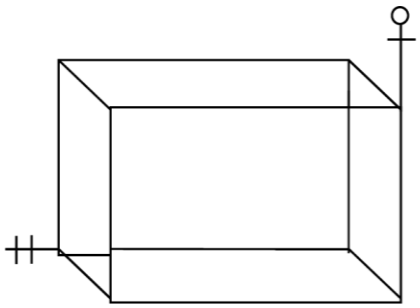
VIII. Myślenie abstrakcyjne

Co to znaczy…

…z pustego i Salomon nie naleje?	
…na pochyłe drzewo każda koza skoczy?	

IX. Funkcje wzrokowo-konstrukcyjne

Proszę skopiować figurę



X. Fluencja słowna (t = 60 sek.)

Za chwilę poproszę, aby wymienił/a Pani/Pan jak najwięcej słów na literę którą powiem. Ważne, żeby to nie były żadne nazwy, imiona, ani słowa, które są mocno do siebie zbliżone (kwiat, kwiatek, kwiatowy). Ta litera to A. Proszę wymienić jak najwięcej słów na literę A.

Słowa na literę „**a**"	

Proszę wymienić jak najwięcej nazw ostrych przedmiotów. Mogą się rozpoczynać na dowolną literę.

Słowa z kategorii „**ostre przedmioty**"	

XI. Pamięć – Wydobywanie z pamięci.

Na początku uczył/a się Pani/Pan 8-miu wyrazów. Proszę spróbować przypomnieć sobie jak najwięcej z nich.

	małpa	samochód	sklep	dąb	długopis	włos	łopata	pióro
Odp.								

Występują dwa główne systemy klasyfikacji chorób psychicznych, dzięki którym można rozpoznać schizofrenię. Są to:

- Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), która została opracowana przez WHO. Stosowana jest w Polsce jak i całej Europie
- Klasyfikacja DSM-5 (Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychicznych wydanie piąte), została wydana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, stosowane w Stanach Zjednoczonych [1].

Kryteria rozpoznania schizofrenii zostały przedstawione w poniższej tabeli I.

Tabela I. Kryteria rozpoznania schizofrenii według klasyfikacji ICD-10 i DSM-5, źródło [1]

ICD-10		**DSM-5**	
G1.	Co najmniej jeden z zespołów wymienionych w punkcie 1 lub co najmniej dwa z objawów wymienionych w punkcie 2 – jeżeli występują przez większość czasu trwania epizodu psychotycznego, utrzymującego się co najmniej jeden miesiąc (lub okresowo w ciągu większości dni tego okresu) 1. a) Echo, nasyłanie, zabieranie, rozgłaśnianie (odsłonięcie) myśli b) urojenia oddziaływania, wpływu, owładnięcia c) omamy słuchowe komentujące, dyskutujące w 3. osobie lub inne głosy omamowe pochodzące z jakiejś części ciała d) utrwalone urojenia innego rodzaju (niedostosowane kulturowo) 2. e) utrwalone omamy z jakiegokolwiek zmysłu, jeżeli występują każdego dnia przez co najmniej miesiąc i towarzyszą im urojenia f) neologizmy, przerwy, wstawki w toku myślenia prowadzące do rozkojarzenia g) zachowania katatoniczne h) objawy ubytkowe (negatywne)	A.	Obecność dwóch (lub więcej) spośród wymienionych objawów, z których każdy jest obecny przez znaczną część czasu w okresie miesiąca (lub krócej, jeśli wdrożono odpowiednie leczenie). Jeden z objawów (1), (2) lub (3) musi występować 1. Urojenia 2. Omamy 3. Dezorganizacja mowy (np. częste ześlizgiwanie się lub niespójność) 4. Zachowania rażąco zdezorganizowane lub katatoniczne 5. Objawy negatywne (np. spłycenie afektywne lub awolicja)

G2. 1. Wykluczenie stanu maniakalnego, depresyjnego 2. Zaburzenie nie jest związane z chorobą mózgu, zatruciem, uzależnieniem lub odstawieniem substancji psychoaktywnej	B.	Przez istotną część czasu od początku zakłócenia jeden lub więcej takich obszarów funkcjonowania, jak praca, związki interpersonalne lub troska o siebie, są znacznie poniżej poziomu osiągniętego przed zachorowaniem (lub, jeśli zachorowanie przypadło w okresie dzieciństwa bądź dorastania, nieosiągnięcie oczekiwanego poziomu dokonań interpersonalnych, szkolnych lub zawodowych)
	C.	Ciągłe oznaki zakłócenia trwają co najmniej 6 miesięcy, okres ten musi obejmować co najmniej miesiąc objawów (lub mniej, jeśli są z powodzeniem leczone), które spełniają kryterium A (tzn. objawów fazy aktywnej), i może obejmować okresy zwiastunowy i rezydualny

Rozpoznanie schizofrenii powinno być początkowo wykluczeniem innych zaburzeń o podobnych objawach, które mogą występować w różnych stanach chorobowych, np. w zaburzeniach afektywnych, urojeniowych, depresyjnych czy psychozach. Jednak niekiedy w niektórych chorobach somatycznych czyli neurologicznych, np. guzy mózgu, w zaburzeniach hormonalnych i elektrolitowych. Możliwe jest też, że objawy podobne do schizofrenii mogą wystąpić podczas leczenia farmakologicznego innych schorzeń[11].

Dlatego przed postawieniem ostatecznego rozpoznania, powinny być konsultacje z innymi specjalistami oraz dodatkowe badania [11].

Wynikająca z choroby niepełnosprawność, a także epizody psychozy charakteryzują się szeregiem objawów. Wyróżnia się dwa główne rodzaje objawów, tj. pozytywne i negatywne. Są głównymi symptomami związanymi ze schizofrenią. Jednak mogą wystąpić objawy, które nie są charakterystyczne w klasycznym przebiegu choroby, czyli zaburzenia poznawcze oraz zaburzenia afektu [12].

Objawy schizofrenii mają wpływ na działanie chorego w domu, jak i w pracy, a także na najbliższe otoczenie. Pacjenci mają problem z utrzymaniem koncentracji, zaburzeniem procesów zapamiętywania oraz uczenia się. Wymagają wsparcia w życiu codziennym i wykonywaniu podstawowych czynności [12].

Objawy pozytywne, czyli wytwórcze, to przede wszystkim urojenia i omamy. Urojenia są to nierealne i fałszywe sądy. Pacjent jest przekonany o istnieniu zjawisk, rzeczy lub wydarzeń które nie istnieją w rzeczywistości. Chory jest pewny prawdziwości swoich przeżyć i myśli i nie da się go przekonać, że jest inaczej. Przeżycia te mają często dziwaczny i niezwykły charakter. Najczęstszym rodzajem urojeń są [1,13]:

- **Urojenia ksobne** – odnoszą się do zauważonych przez chorego działań zewnętrznych, które błędnie zinterpretował jako dotyczące jego osoby. Urojenia zazwyczaj dotyczą zwykle nieuzasadnionego bycia negatywnie krytykowanym lub ocenianym.
- **Urojenia prześladowcze** – odnosi się do przekonań, że jest się śledzonym, podsłuchiwanym. Osoba z powyższymi urojeniami odczuwa zagrożenie oraz strach o życie i zdrowie.
- **Urojenia wielkościowe** – pacjent postrzega swoją osobę w nierealnym świetle, np. z nadprzyrodzonymi mocami. Urojenia te mogą prowadzić do podejmowania ryzykownych i niebezpiecznych zachowań, np. skok z mostu.

Omamy zwane również halucynacjami są to zaburzenia sensoryczne, które ukazują się bez zewnętrznej stymulacji. Powodują doznania zmysłowe powstałe bez żadnego bodźca. Dzielimy je na [1,14]:

- **Omamy słuchowe** – polegają na tym, że chory słyszy różne głosy i dźwięki, które tak naprawdę nie istnieją. Doznaje ich 50-70% osób ze schizofrenią.
- **Omamy wzrokowe -** skutkują, ż chory widzi różne przedmioty lub postacie, które nie istnieją

Objawy negatywne określane są jako „negatywne'' gdyż oznaczają zanik cech prawidłowych. Występują one z różnym nasileniem i czasem trwania, pomiędzy aktywnymi okresami choroby, czyli między epizodami psychotycznymi [1,14].

Chorzy stopniowo wycofują się z dotychczasowych aktywności oraz relacji z ludźmi. Objawami tej grupy są [1,14]:

- Awolicja – czyli apatia oraz brak napędu, aby wykonywać jakiekolwiek czynności
- Alogia – zubożona wypowiedź, która jest krótka oraz z małą ilością informacji
- Anhedonia – brak zdolności do odczuwania przyjemności
- Wycofanie społeczne – czyli izolowanie się od ludzi, rezygnowanie ze związków uczuciowych, oraz seksualnych
- Spowolnienie ruchowe, a także brak bądź spadek dbałości o siebie.

Według badań, w przeciwieństwie do pozostałych chorych na schizofrenię, pacjenci z przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi mają gorsze rokowanie, a także są częściej oporni na leczenie [1].

Zaburzenia poznawcze - polegają na pogorszeniu koncentracji i upośledzeniu pamięci oraz inteligencji. Chory nie może się skupić na podstawowych czynnościach, ma problemy z zaplanowaniem i organizacją dnia. Pacjent odczuwa pogorszenie inteligencji, a także sprawności myślenia [1].

Zaburzenia afektu – czyli zaburzenia nastroju, to przede wszystkim, żal, zmniejszenie radości z życia, smutek, a także depresja. Bywa że, uczucia są dziwaczne oraz niezgodne z okolicznościami, czasami nawet sprzeczne [1].

Po wycofaniu się ostrych objawów, choroba może też rozwinąć się w depresję popsychotyczną czy poschizofreniczną. W tym stanie istnieje szczególnie duże zagrożenie samobójstwem [1].

Pomimo powyższych objawów, pacjenci często uważają, że nie maja poważnych problemów ze zdrowiem. Nie odczuwają potrzeby regularnego przyjmowania leków, a tym samym lekceważą niezbędną terapię [15].

Choroba z każdym miesiącem wyklucza młodych ludzi z życia zawodowego. Trudnością są nawet najprostsze czynności i obowiązki [15].

Chorzy mają upośledzone funkcje poznawcze, które uniemożliwiają pełne funkcjonowanie w społeczeństwie, większość pacjentów traci pracę, aż 61% jest na rencie, a tylko 15% wraca do pracy po epizodach psychotycznych [15].

Rodzaje schizofrenii

Schizofrenia rozpoczyna się w sposób nagły i ostry, a także stopniowy. W pierwszym przypadku objawy występują nawet w ciągu kilku dni, natomiast w przebiegu stopniowym choroby trwa to kilka miesięcy a nawet lat.

Występują różne podtypy schizofrenii, ale nie są one odrębnymi jednostkami, zazwyczaj charakteryzują się przewagą bądź nasileniem pewnych objawów [16].

Poniżej w tabeli II przedstawiono główne postacie schizofrenii według klasyfikacji ICD-10.

Tabela II. Klasyfikacja schizofrenii wg ICD-10, źródło [16]

F20.0	**Schizofrenia paranoidalna,**
F20.1	**Schizofrenia hebefreniczna,**
F20.2	**Schizofrenia katatoniczna,**
F20.3	**Schizofrenia niezróżnicowana,**
F20.4	**Depresja poschizofreniczna**
F20.5	**Schizofrenia rezydualna,**
F20.6	**Schizofrenia prosta**

Schizofrenia paranoidalna – głównym objawem są trwałe urojenia, często paranoidalne, towarzyszą im również omamy zwykle słuchowe, ale również inne zaburzenia postrzegania. Zaburzenia woli i mowy, afektu oraz objawy katatoniczne nie występują wcale albo są słabo nasilone. Powyższa postać schizofrenii występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn [1].

Schizofrenia hebefreniczna – jest to rzadki typ schizofrenii. Występuje on zazwyczaj u osób bardzo młodych. Głównym objawem są zmiany afektywne, Reakcje emocjonalne są płytkie, a myślenie i mowa charakteryzuje się cechami rozkojarzenia i dezorganizacji. Zachowanie osób chorych jest zazwyczaj dziwaczne i nie stosowne do sytuacji. Pacjenci często izolują się od społeczeństwa, są zaniedbani i wywołują wrażenia osób z głębokim upośledzeniem umysłowym. Omamy i urojenia występują rzadko i nie są zbyt nasilone. Cechą charakterystyczną schizofrenii hebefrenicznej są także manieryzmy czyli dziwne celowe ruchy, często powtarzane. Rokowania w powyższym typie są zazwyczaj niekorzystne, z powodu szybkiego rozwoju objawów negatywnych [1].

Schizofrenia katatoniczna - głównie występują nasilenia psychomotoryczne. Mogą przybierać dwie skrajne postacie, takie jak hiperkinetyczną, a także postać zahamowania katatonicznego. Postać hiperkinetyczna czyli nadmierne niekontrolowane gwałtowne pobudzenie, a także postać zahamowania katatonicznego która polega na spowolnieniu psychoruchowym, braku interakcji z otoczeniem, a także przestania przyjmowania pokarmów i płynów. Pacjent przyjmuje również nienaturalne pozycje ciała, które mogą utrzymywać się dłuższy czas. Okresy znieruchomienia, w których chory zostaje w stanie czuwania, nazywane są osłupieniem [16].

Schizofrenia niezróżnicowana – jest rodzaj w którym stany psychotyczne spełniają ogólne kryteria diagnostyczne schizofrenii, jednak nie przypominają żadnej postaci F20.0-

F20.2. Często wykazują cechy więcej niż jednej kategorii, ale bez wyraźnej przewagi konkretnego zespołu cech diagnostycznych [16].

Depresja poschizofreniczna – jest to epizod depresyjny, który trwa minimalnie dwa tygodnie. Objawy schizofreniczne głównie negatywne są nadal obecne, ale nie dominujące. Depresja bywa częścią schizofrenii jako zaburzenia, a także może być efektem leczenia farmakologicznego. Jest to okres w którym pacjent, patrzy na swoje przeżycia chorobowe z pewnego dystansu. Bardzo silnie odczuwa ograniczenia, które są skutkami choroby. Reaguje na nie głębokim smutkiem, który można porównać do żałoby, ponieważ depresja jaki i żałoba jest stanem który przemija. Podczas depresji poschizofrenicznej zwiększa się ryzyko wystąpienia samobójstw, dlatego nie można ignorować tego że chory zdradza nam swoje myśli lub zamiary samobójcze [17].

Schizofrenia rezydualna – jest to przewlekły etap schizofrenii. Rozpoczyna się od wyraźnego postępu psychozy do późnego etapu nacechowanego objawami negatywnymi, które są nie zawsze nieodwracalne. Głównie charakteryzuje się spowolnieniem ruchowym, biernością, zubożeniem wypowiedzi, upośledzeniem komunikacji czy braku dbałości o siebie, a także izolacji od rodziny i przyjaciół [16].

Schizofrenia prosta – charakteryzuje się powolnym, ale postępującym rozwojem dziwactw w zakresie zachowania. Chory jest niezdolny do spełniania wymagań społecznych. Charakteryzuje się również całościowym spadkiem sprawności. Głównymi objawami schizofrenii rezydualnej jest spłycenie afektu oraz brak woli. Rozwija się ona zazwyczaj bez jakichkolwiek poprzedzających objawów psychotycznych [1].

Przebieg choroby

Przebieg choroby oraz występowanie charakterystycznych objawów, różni się u pacjentów. Jest on indywidualny oraz niepowtarzalny, nie możemy przewidzieć przebiegu choroby u konkretnych osób. Schizofrenia ma charakter nawracający, jednak dużo zależy od samej osoby chorej oraz jej otoczenia. Ważne jest to, aby osoba, u której rozpoznano schizofrenię sama uznała, że potrzebuje leczenia oraz widziała konieczność terapii. Zazwyczaj jest to długa droga, która wymaga wsparcia bliskich. Jednak najważniejszym czynnikiem zapobiegającym nawrotowi schizofrenii jest to czy, chory odpowiednio przyjmuje leki zalecone przez psychiatrę [8].

Możemy wyróżnić zasadnicze okresy w przebiegu schizofrenii [1,3]:

- **Faza prodromalna** - początek choroby bywa nagły, ale może być poprzedzony tygodniami, miesiącami czy nawet latami narastania objawów. Objawy w fazie prodromalnej bywają niespecyficzne i obejmują zazwyczaj różne formy izolowania się od społeczeństwa, utratę zainteresowania pracą bądź nauką czy zaniedbywania higieny osobistej.
- **Faza ostrego epizodu** - objawy mogą narastać szybko, przez kilka-kilkanaście dni, ale też miesięcy, czasami nawet i lata. Charakteryzuję się wystąpieniem objawów pozytywnych, czyli urojeń, omamów, leku czy utraty rzeczywistości. Około 60-70% zachorowań występuje przed 30. r.ż. Rozwój objawów bywa trudny do zaobserwowania przez bliskich, jaki i samego chorego. Jednak im wcześniej objawy choroby zostaną wykryte, tym szybciej zastosuje się odpowiednie leki, dzięki którym chory wyjdzie z okresu zaostrzenia choroby i przejdzie do kolejnej fazy.
- **Faza stabilizacji** - w tym okresie, dzięki stosowaniu leków, dochodzi do znacznego zmniejszania się objawów, jednak chory nadal ma problemy z pełnieniem ról społecznych.
- **Faza remisji** - jest to stan zdecydowanej poprawy stanu zdrowia pacjenta. Objawy występują w niewielkim nasileniu albo są nieobecne. Chory powoli wraca do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. W tej fazie przyjmuje się zmniejszone dawki leków.

Przebieg choroby jest jednak niemożliwy do przewidzenia po wystąpieniu pierwszego ostrego epizodu. U około 15% chorych, u których doszło do ostrego epizodu schizofrenii, kolejne ostre ataki nigdy nie występują, czyli całkowicie wyzdrowieją. Niestety bardziej prawdopodobne jest to, że u pacjenta wystąpią następne epizody psychotyczne, okresami z objawami rezydualnymi. W związku z tym całkowita remisja staje się bardzo mało prawdopodobna, jeśli w długim czasie występowały liczne epizody schizofrenii. Ponad 50% osób ze stwierdzoną schizofrenią próbuje popełnić samobójstwo, co u 10% chorych kończy się śmiercią [1,3].

Leczenie

Głównym punktem leczenia jest farmakoterapia. Stanowi ona podstawę do kolejnych działań, takich jak psychoedukacja, psychoterapia czy rehabilitacja. W wyniku na złożony obraz kliniczny schizofrenia to duże wyzwanie terapeutyczne dla lekarzy psychiatrów. Leczenie jest długotrwałe i brak wsparcia ze strony najbliższych potęguje konsekwencje

choroby. Psychiatra u każdego pacjenta dobiera lek oraz dawkę w sposób indywidualny. Szczególnie na pierwszym etapie leczenie może nie być to łatwe i wymaga czasu, jest tak ponieważ każdy reaguje na farmakoterapię zupełnie inaczej. W związku z tym ważne w leczeniu jest współpraca, między pacjentem, a psychiatrą. Dzięki informacji od chorego, jego odczuć spostrzeżeń oraz wątpliwości, lekarz ma szansę na dobranie odpowiedniego leczenia [18].

Leczenie farmakologiczne ma na celu zmniejszenia objawów oraz ograniczenia działań niepożądanych terapii. Podstawowymi lekami stosowanymi w farmakoterapii są leki przeciwpsychotyczne, zwane również neruleptykami dzielą się leki I i II generacji [19]:

- Leki I generacji – działają głównie na blokadę receptorów dopaminergicznych, które powodują zmniejszenie nasilenia lub całkowitą likwidację objawów pozytywnych, jednak skuteczność leków w zakresie objawów negatywnych jest znikoma. Podczas stosowania leków I generacji występują specyficzne i uciążliwe objawy uboczne, szczególnie neurologiczne.
- Leki II generacji - działają na blokadę receptorów dopaminergicznych, ale również serotoninergicznych. Neuroleptyki atypowe są to leki o przedłużonym działaniu. Są związane z mniejszym nasileniem objawów neurologicznych, ale lepszym efektem w zakresie objawów negatywnych, oraz redukcją objawów pozytywnych. Stosowanie leków II generacji wiąże się również z objawami ubocznymi szczególnie metabolicznymi.

Poniżej w tabeli III przedstawiono neuroletyki typowe I generacji i neuroleptyki atypowe II generacji.

Tabela III. Neuroleptyki typowe i atypowe, źródło [17]

Neuroleptyki I generacji typowe	Neuroleptyki II generacji atypowe
• Chloropromazyna • Flufenazyna • Haloperidol • Sulpiryd • Klopentiksol • Perzyna • Trilafon • Clopixol	• Amisulpryd • Olanzapina • Aripiprazol • Paliperidon • Kwentapina • Risperidon • Klozapina • Sertindol • Lurazidon • Ziprazidon

Przy wyborze leków przez specjalistę należy jednak kierować się nie tylko objawami i potrzebami pacjenta, ale także oszacować korzyści i straty biorąc pod uwagę efektywność farmakoterapii oraz obecność objawów ubocznych. Występowanie skutków ubocznych zależy jednak od rodzaju stosowanego leku. Objawy uboczne leków przeciwpsychotycznych, to [19]:

- Objawy pozapiramidowe – związane są z układem ruchu, np. drżenie, skurcze, sztywność, ruchy mimowolne;
- Działanie antycholinergiczne - czyli suchość w ustach, pogorszenie ostrości wzroku, zawroty głowy, zaparcia;
- Sedacja – charakteryzuje się uczuciem zmęczenia, znużenia oraz nadmierną sennością;
- Wzrost stężenia prolaktyny – hamuje owulacje, może prowadzić do mlekotoku, a także obniża popęd płciowy u kobiet. U mężczyzn natomiast dochodzi do zaburzenia erekcji oraz obniżenia popędu płciowego;
- Napady padaczkowe;
- Przyrost masy ciała;
- Złośliwy zespół neuroleptyczny – jest to bardzo rzadki objaw uboczny, powodujący problemy z oddychaniem oraz czynnością serca.

Zasady farmakoterapii w schizofrenii [19]:

1. W stanie ostrym z pobudzeniem, agresją silnymi objawami psychotycznymi oraz lękiem, stosuje się leki domięśniowe, aż do czasu uspokojenia, zazwyczaj 3-4 dni. Następnie stosuje się duże dawki leków doustnych, do momentu ustąpienia objawów psychotycznych. Reakcja na leki powinna wystąpić w ciągu 2-4 tygodni, jednak w razie braku działania farmakoterapii należy niezwłocznie zmienić leczenie.
2. W stanach podostrych stosuje się leki doustne, najczęściej II generacji, zazwyczaj w ciągu 7-14 dni. Podnosząc dawkę leku należy ocenić skuteczność leczenia oraz skutki uboczne.
3. W stanach przewlekłych, mniej nasilonych zazwyczaj 2-3 tygodnie, dawka leku II generacji jest niższa niż w punkcie 1 i 2.

Według ekspertów wyniki leczenia zależą bardziej od tego, czy i jak chory przyjmuje leki, niż od skuteczności danego preparatu. Przestrzeganie zaleceń jest najważniejszą kwestią w terapii schizofrenii oraz podstawowym warunkiem osiągnięcia zysku z leczenia. Chorzy, którzy nie stosują się do zaleceń lekarza psychiatry doświadczają zaostrzenia objawów choroby oraz ponownego pogarszania się ich funkcjonowania w społeczeństwie [20].

Jednak, oprócz farmakoterapii, w leczeniu schizofrenii ważna jest psychoterapia, psychoedukacja oraz rehabilitacja społeczna i zawodowa.

Kilkanaście lat temu uważano, że skuteczne leczenie schizofrenii odbywa się tylko i wyłącznie w szpitalu psychiatrycznym. Aktualnie jednak twierdz się, że leczenie powinno odbywać się w najbliższym środowisku pacjenta, tak aby nie wypadł on ze swojej sieci rodzinnej, edukacyjnej, społecznej i zawodowej. Obecnie w Polsce przeprowadzana jest reforma opieki psychiatrycznej, której celem jest odejście od lecznictwa szpitalnego na rzecz opieki środowiskowej. Jednak niekiedy pobyt w szpitalu jest niezbędny, gdy chory zagraża sobie i innym, oraz wykazuje ostre objawy psychotyczne, których nie leczy się w warunkach ambulatoryjnych [21].

Głównym założeniem psychiatrii środowiskowej jest opieka nad chorym jak najbliżej jego miejsca zamieszkania, tak aby pacjent miał dobry dostęp do poradni zdrowia psychicznego, dziennych form opieki oraz zespołu leczenia środowiskowego. Ważnym aspektem obok formy zdrowotnej jest również oferta wsparcia społecznego, np. pomoc mieszkaniowa czy bytowa. Terapie często mają postać centrum zdrowia psychicznego która łączy większość z poniżej opisywanych form leczenia [19].

- Oddziały dzienne – zapewniają opiekę 5 dni w tygodniu. Pobyt zazwyczaj trwa do 3 miesięcy. Odbywają się tam zajęcia terapeutyczne w różnej formie, rehabilitacja a także psychoterapia grupowa.
- Zespoły leczenia środowiskowego – zapewniają opiekę pacjentom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi. W skład zespołu wchodzą lekarze, psycholodzy, pielęgniarki psychiatryczne oraz terapeuci. Zespół leczenia środowiskowego prowadzi opiekę czynną, czyli terapeuci odwiedzają pacjentów w ich miejscu zamieszkania. Udzielają wsparcia w życiu codziennym, współpracują z opieką społeczną oraz innymi instytucjami pomagającymi w rehabilitacji zawodowej, a także koordynują opiekę lekarską, tzn. przypominają o wizytach i leczeniu, obserwują pod kątem zaostrzenia objawów, czuwają nad współpracą chorego z lekarzem.
- Oddziały psychiatryczne – funkcjonują w ramach szpitali wielospecjalistycznych. Pozwala to na uniknięcie stresu związanego z pobytem w szpitalu psychiatrycznym. Oddział składa się z 20-30 łóżek.
- Hostele, mieszkania chronione, kluby pacjenta – wchodzą w skład opieki społecznej. Pomagają chorym odnaleźć się w społeczeństwie. W mieszkaniach chronionych

przebywa kilku pacjentów, którzy pod okiem terapeuty uczą się samodzielnego funkcjonowania w życiu domowym.

Powyżej opisane formy mają na celu leczenie i pomoc pacjentom, co pozwala uniknąć długich hospitalizacji w szpitalach psychiatrycznych. Regularna terapia wpływa na ograniczenie nawrotów choroby oraz pozwala funkcjonować w społeczeństwie i daje szanse na powrót do aktywności zawodowej [22].

Piśmiennictwo

1. Szulc A., Samochowiec J.: Schizofrenia z objawami negatywnymi- obciążenie chorobą pacjentów i ich bliskich. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2019.
2. http://ippez.pl/wp-content/uploads/2019/03/Nie-trace-siebie-w-schizofrenii-raport.pdf (data pobrania 21.05.2021).
3. Marzec E.: Studium przypadku pacjenta chorego na schizofrenię. Puls uczelni, 2012, 6(3), 18-22.
4. Wiener D., Andrzejewska M., Bodnar A., Rybakowski J.: Disturbances of the theory of mind and empathy in shizophrenia and bipolar affective illness. Neuropsychiatria i Neuropsychologia, 2011, 6(2), 1-7.
5. Chuchra M.: Zmiany osobowości u chorych na schizofrenię paranoidalną w percepcji pacjentów i ich rodziców. Psychiatria Polska, 2008, 42(4), 547-559.
6. Lech M., Ostrowska L.: Otyłość u pacjentów ze schizofrenią. Forum Zaburzeń Metabolicznych, 2015, 6(3), 103-111.
7. Mak M., Tybura P., Bieńkowski P., Karakiewicz B., Samochowiec J.: Skuteczność rehabilitacji neuropsychologicznej z wykorzystanie programów RehaCom u pacjentów z rozpoznaną schizofrenią. Psychiatria Polska, 2013, 47(2), 213-223.
8. Witkowska – Łuć B.: Schizofrenia i poczucie koherencji. Psychiatria Polska, 2018, 52(2), 217-226.
9. Mirucka B.: Poczucie własności ciała u osób ze schizofrenią: badania w paradygmacie iluzji gumowej ręki. Psychiatria Polska, 2016, 50(4), 731-740.
10. Mosiołek A.: Schizofrenia jako choroba funkcjonowania poznawczego. Psychiatria, 2015, 12(3), 128-136.
11. Szczotka J., Majchrowicz B.: Schizofrenia jako zaburzenie „ja" ucieleśnionego. Psychiatria Polska, 2018, 52(2), 199-215.

12. Leszczyńska A.: Percepcja ekspresji emocjonalnej twarzy a objaw schizofrenii. Psychiatria Polska, 2015, 49(6), 1159-1168.
13. http://www.dobra4.waw.pl/TXT/PORADNIK.pdf (data pobrania 21.05.2021).
14. https://www.centrumdobrejterapii.pl/materialy/schizofrenia-coraz-mniej-tajemnicza-choroba/ (data pobrania 21.05.2021).
15. Krzyminski S.: Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2016, 2, 264-265.
16. Gałecki P., Szulc A., Kępiński A.: Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe F20-F29. Wydawnictwo Urban&Partner, Wrocław, 2018.
17. https://www.lundbeck.com/upload/pl/files/pdf/Poradniki/schizofreiniaporadnik.pdf (data pobrania 21.05.2021).
18. Simonienko K., Wygnał N., Cwalina U., Kwiatkowski M., Szulc A., Waszkiewicz N.: The reasons for use of cannabinoids and stimulants in patiens with schizophrenia. Psychiatria Polska, 2018, 52(2) 261-273.
19. Gałązka-Sobotka M., Gryglewicz J., Gierczyński J., Sielicki P., Śliwczyński A.: Schizofrenia-kluczowe aspekty organizacyjne i finansowe. Instytut zarządzania w ochronie zdrowia, Warszawa, 2019.
20. Cechnicki A., Hanuszkieicz I., Polczyk R., Bielańska A.: Prospektywna ocena wpływu czasu nie leczonej psychozy na przebieg schizofrenii. Psychiatria Polska, 2010, 44(3), 381-394.
21. Kostecka M., Namysłowska I., Ostoja-Zawadzka K.: Problemy etyczne w terapii schizofrenii. Psychiatria Polsk, 2012, 46(3), 421-428.
22. Badura-Brzoza K., Piegza M., Błachut M., Ścisło P., Leksowska A., Gorczyca P.: Ocena wpływu wybranych czynników psychicznych i socjodemograficznych na jakość życia pacjentów ze schizofrenią. Psychiatria Polska, 2012, 46(6), 975-984.

Dalsze losy pacjentów z SM ze szczególnym uwzględnieniem problemu stygmatyzacji i przewlekłego zmęczenia

Karina Lissak, Hanna Ćwirko, Daria Matyja, Karolina Mikołajczak

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Choroba o tysiącu twarzy

Corocznie, 30 maja, obchodzimy Światowy Dzień Stwardnienia Rozsianego. Ustanowiony przez MSIF (*Multiple Sclerosis International Federation,* Międzynarodową Federację Stwardnienia Rozsianego) w 2009 r., ma przede wszystkim na celu podnoszenie świadomości na temat tej jednostki chorobowej oraz walkę ze stygmatyzacją, która ma negatywny wpływ na postrzeganie pacjentów przez samych siebie i prowadzi do stopniowego wycofywania się podjętych wcześniej aktywności życiowych i życia towarzyskiego. U pacjentów z SM stwierdza się istotnie wyższy poziom wstydu w porównaniu do osób zdrowych. Jest to skorelowane z faktem, że w społeczeństwie wciąż panuje silne przekonanie, że zachorowanie na chorobę przewlekłą i związane z nią powikłania wiążą się z czymś wstydliwym [1,2,3].

Stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex*, SM) jest nieuleczalną chorobą demielinizacyjną ośrodkowego układu nerwowego (mózgu oraz rdzenia kręgowego) [1,4,5].

W Polsce cierpi na nią około 45 tys. osób, a na całym świecie liczba ta dochodzi aż do 2,5 miliona. W odpowiedzi na nieznany dotąd bezpośredni czynnik etiologiczny dochodzi w niej do wieloogniskowego uszkodzenia OUN (ośrodkowego układu nerwowego), czego skutkiem są różne objawy neurologiczne i postępująca niepełnosprawność. Duża część chorych dodatkowo zmaga się z przewlekłym zmęczeniem, bólem i zaburzeniami lękowo-depresyjnymi [1,4,5].

Sclerosis multiplex dotyka najczęściej rasę białą (40-100 przypadków na 100 tys. populacji) pochodzącą z krajów skandynawskich. Choroba może się ujawnić w każdym wieku - nie tylko u dorosłych, ale również u dzieci i młodzieży oraz osób starszych. Najczęściej jednak diagnozuje się ją u młodych kobiet mieszczących się w przedziale wiekowym od dwudziestu do trzydziestu lat. Mniej niż 10% wszystkich przypadków ma początek poniżej osiemnastego roku życia [1,6].

Obecnie, dysponując wieloma grupami leków, jesteśmy w stanie hamować aktywność choroby i jej progresję, ale mimo wielu wnikliwych badań wciąż nie wynaleziono skutecznego leczenia, które doprowadziłoby do całkowitego wycofania się objawów. Podejrzewa się, że do potencjalnych czynników etiologicznych mogących mieć wpływ na zwiększone ryzyko zachorowania, mogą należeć następujące: przebyte dotąd infekcje wirusowe, obecność SM u krewnych I stopnia, niedobory witaminy D3 oraz palenie tytoniu [4,6,7].

Najczęstszą postacią SM jest RRMS (*relapsing- remitting multiple sclerosis,* postać rzutowo- remisyjna SM), w której okresy progresji objawów występują naprzemiennie z okresami remisji, kiedy stan neurologiczny jest stabilny. Choroba ma charakter postępujący, który prowadzi do znacznego pogorszenia jakości życia, całkowitej niezdolności do samodzielnego funkcjonowania, a w końcowej fazie do nieuchronnego inwalidztwa. Jej przebieg jest nieprzewidywalny i zindywidualizowany (stąd określenie SM jako choroby o tysiącu twarzy). Końcowym stadium jest postać zaawansowana, w której pacjent wymaga leczenia paliatywnego. Ze względu na stale pogarszający się stan chorego, dotyczący wielu narządów i układów, chory powinien być objęty opieką przez wielu specjalistów [1,4,8,9].

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization*, Światowa Organizacja Zdrowia) pochodzącej z 2002 r., opieka paliatywna obejmuje wszelkie postępowanie, które ma na celu poprawę jakości życia pacjentów z nieuleczalną chorobą i ich rodzin, bliskich. Obejmuje nie tylko łagodzenie bólu, ale również pomoc psychologiczną i duchową [10].

Podstępny początek i problemy diagnostyczne

Początek choroby manifestuje się wystąpieniem tzw. klinicznie izolowanego zespołu (CIS - *clinically isolated syndrome*). Jest to pierwszy epizod demielinizacji. U ponad 80% pacjentów początek ma charakter ostry, a u większości z nich dochodzi do wycofania się objawów klinicznych, co usypia czujność pacjentów, a tym samym opóźnia diagnostykę i wdrożenie szybkiej terapii [2,3].

Niektóre objawy jednak często są powodem niepokoju pacjentów i skłaniają ich do szybkiego wszczęcia poszukiwania przyczyny. Jednym z nich są zaburzenia widzenia, do których dochodzi w przypadku RBON (*retrobulbar optic neuropathy,* pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego). Pacjent zgłasza wówczas obniżenie ostrości i pojawianie się mroczków

w polu widzenia lub całkowite zaniewidzenie. Rzadko ma miejsce sytuacja, w której objawy się całkowicie nie wycofują i pozostaje trwały ubytek widzenia lub ślepota.

Innym przykładem CIS jest IO (*internuclear ophthalmoplegia*, porażenie międzyjądrowe), które powstaje w wyniku uszkodzenia pęczka podłużnego przyśrodkowego. Pęczek podłużny przyśrodkowy jest strukturą nerwową, która poprzez połączenie jąder nerwu III (okoruchowego) i VI (odwodzącego), koordynuje pracę mięśni gałek ocznych. W wyniku uszkodzenia tego ważnego połączenia dochodzi do upośledzenia przywodzenia gałki ocznej po stronie uszkodzenia oraz wystąpienia oczopląsu izolowanego w drugim oku.

Oprócz wyżej wymienionych manifestacji wzrokowych u chorego mogą wystąpić: zawroty głowy, neuralgia (nerwoból) nerwu trójdzielnego, nietrzymanie moczu oraz parastezje (zaburzenia czucia) [1,4,7,11].

Jeśli zachodzi podejrzenie, że mogło dojść do wystąpienia zespołu CIS, w pierwszej kolejności należy potwierdzić rozpoznanie postaci RRMS (rzutowo- remisyjnej), kierując się kryteriami diagnostycznymi SM, czyli kryteriami McDonalda. Według nich stwardnienie rozsiane ma miejsce, gdy stwierdza się rozsianie zmian zarówno w czasie i przestrzeni. Rozpoznanie stawia się wówczas, gdy stwierdza się dwa lub więcej rzutów choroby potwierdzonych badaniami obrazowymi, w których są widoczne charakterystyczne zmiany demielinizacyjne. Gdy liczba rzutów i/lub ognisk jest mniejsza niż dwa, konieczne jest dalsze poszukiwanie ognisk w RM, oczekiwanie na kolejny rzut lub wykazanie obecności prążków oligoklonalnych w PMR (płynie mózgowo-rdzeniowym) [12,13]. Po spełnieniu wszystkich kryteriów i wykluczeniu prawdopodobieństwa innego czynnika etiologicznego - zaleca się wdrożenie leczenia immunomodulującego, szczególnie jeśli jest wysokie ryzyko szybkiego przejścia CIS w SM [7,812].

Współczesne metody leczenia

Jest dostosowywane indywidualnie do pacjenta. Zależy między innymi od rokowania, współistniejących chorób i woli chorego.

Wyróżnia się leczenie: rzutu choroby, przyczynowe (wpływające na naturalny przebieg choroby) oraz objawowe. Rzutem choroby nazywamy nasilenie lub pojawienie się nowych objawów, któremu nie towarzyszy infekcja lub gorączka. Wystąpienie rzutu skorelowane jest z nasileniem zmian zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym, dlatego terapia

obejmuje zastosowanie GKS (glikokortykosteroidów). Zaleca się podawanie dożylne metyloprednizolonu w dawce 500 mg na dobę w ciągu pięciu kolejnych dni. W łagodniejszych postaciach można rozważyć podawanie leków przez trzy dni. Wielu autorów, po zakończeniu podawania dożylnego, postuluje za włączeniem podawania GKS w formie ustnej [8,9].

Zarówno metyloprednizolon, jak i glikokortykosteroidy są inhibitorami CYP3A4 (enzymu cytochromu P450). Jednoczesne ich stosowanie może zwiększać ryzyko wystąpienia działań niepożądanych GKS (należą do nich między innymi powikłania żołądkowo-jelitowe). Aby tego uniknąć, w ramach profilaktyki, stosuje się IPP (*proton pump inhibitions*, inhibitory pompy protonowej), które poprzez hamowanie wydzielania kwasu solnego przez pompę protonową, działają osłaniająco na błonę śluzową żołądka. Jeżeli powyższe leczenie nie prowadzi do ustąpienia objawów klinicznych, lekarz kierujący zleca włączenie plazmaferezy lub zastosowanie wlewów immunoglobulin [8,9,14].

Drugim rodzajem jest leczenie przyczynowe, które modyfikuje przebieg choroby. Dostępne są leki pierwszej i drugiej linii (odpowiednio I i II rzutu). Leki I rzutu (IFN β (interferon beta), octan glatirameru, teryflunomid, dimetylfumarat) cechują się przeważnie umiarkowaną skutecznością i szerokim zakresem terapeutycznym. Leki II rzutu (natalizumab, fingolimod, kladrybina, alemtuzumab) mają wyższą skuteczność, jednak stosowanie ich wiąże się z dużym ryzykiem działań niepożądanych [7,8].

Inne metody klasyfikacji uwzględniają podział leków na dwie grupy: podtrzymujące remisję i prowadzące do rekonstrukcji układu immunologicznego. Leczenie podtrzymujące jest stosowane przewlekle i w zależności od stanu klinicznego może być modyfikowane przez lekarza. Natomiast rekonstrukcja układu immunologicznego jest krótkoterminowa i wywołuje długotrwałe zmiany w funkcjonowaniu układu immunologicznego (przykładowym lekiem jest kladrybina) [6,11].

Wykładniki skuteczności leczenia

Obecnie, dysponując różnymi nowoczesnymi metodami leczenia SM, u wielu pacjentów po szybkim wdrożeniu terapii od rozpoznania, udaje się zahamować epizody zaostrzeń i narastanie niepełnosprawności, co ostatecznie doprowadziło do wprowadzenia pojęcia NEDA (*no evidence of disease activity*, brak oznak aktywności choroby). Oznacza ono, że w odpowiedzi na leczenie postaci RRMS, nie obserwuje się rzutów klinicznych oraz nowych

lub powiększających się ognisk demielinizacyjnych w sekwencji T2 rezonansu magnetycznego. Wyróżnia się kilka rodzajów tego parametru, a najczęściej stosowanym jest NEDA-3, w przypadku którego muszą być spełnione następujące kryteria: brak rzutów w ciągu jednego roku, brak nowych zmian w badaniach obrazowych (MRI) oraz brak cech postępującej niepełnosprawności.

W zależności od ośrodków specjalizujących w prowadzeniu chorych na stwardnienie rozsiane, stosuje się również wskaźniki rozszerzone. Należą do nich: NEDA-4 i NEDA-5, gdzie odpowiednio dodatkowymi kryteriami są: brak zaników tkanki nerwowej w mózgu i brak obecności prążków oligoklonalnych w badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego [6,11,15].

Wykładniki stopnia niepełnosprawności, kwalifikacja chorego do leczenia paliatywnego

W obiektywnej ocenie postępu stopnia niepełnosprawności stosuje się skalę EDSS (*Expanded Disability Status Scale*, Rozszerzona Skala Niepełnosprawności Ruchowej). Ocenia się w niej między innymi zdolność do samodzielnego poruszania się, funkcjonowanie układu piramidowego, móżdżku (równowagę), pnia mózgu (mowę i połykanie), a także funkcje wzrokowe i umysłowe. W zależności od nasilenia zaburzenia funkcji danego układu, przyznawane się punkty, a ich końcowa suma wskazuje na stopień nasilenia niepełnosprawności. Im większa liczba punktów, tym stwierdza się wyższy stopień niepełnosprawności. Skala ma duże znaczenie, gdy lekarz musi zadecydować, czy skierować pacjenta na leczenie paliatywne [16,17].

Przewlekłe zmęczenie

Oprócz postępującej niepełnosprawności i narastających objawów dysfunkcji ośrodkowego układu nerwowego, chorzy często borykają się również z przewlekłym bólem, zmęczeniem oraz zaburzeniami psychicznymi (przede wszystkim są to zaburzenia lękowo-depresyjne), co dodatkowo wymaga włączenia leczenia objawowego [3,18].

Przewlekłe zmęczenie (ang. *fatigue*) jest niespecyficznym objawem, który towarzyszy wielu chorobom ośrodkowego układu nerwowego (OUN), mięśni, układu sercowego,

chorobom psychicznym oraz nowotworom. Spośród nich wszystkich, największe nasilenie jest stwierdzane właśnie w stwardnieniu rozsianym. Aż połowa pacjentów uważa je za najdokuczliwszy objaw. Pacjenci zazwyczaj opisują je jako zaburzenia koncentracji i pogorszenie pamięci, któremu może towarzyszyć depresja [1,3].

Dokładna patogeneza powyższych objawów nie jest jeszcze znana, jednak bierze się pod uwagę zaburzenie wydzielania cytokin prozapalnych, takich jak TNF-α (czynnik martwicy nowotworów) i IL-2 oraz IL-35 (odpowiednio interleukiny 2 i 35) oraz hormonów - między innymi kortyzolu, DHEAS (siarczan dehydroepiandrosteronu) i ACTH (hormon adrenokortykotropowy). Inne doniesienia za źródło problemu wskazują na rozregulowanie osi HPA (podwzgórze- przysadka- nadnercza) [19,20,21].

Niestety, próby leczenia farmakologicznego (mimo skojarzenia wielu leków) często nie przynoszą oczekiwanych efektów. W piśmiennictwie podkreśla się istotną rolę aktywności fizycznej oraz stosowanie psychoterapii i rehabilitacji. Warto pamiętać, że zmęczenie u chorych na SM może wyzwalać się pod wpływem czynników prowokujących, do których należą stosowanie opioidów, benzodiazepin, leków przeciwdepresyjnych, depresja, brak akceptacji choroby, stosowanie alkoholu i palenie papierosów, czynniki powodujące zmianę ciepłoty ciała (gorączka, spożywanie gorących posiłków, wysoka temperatura otoczenia). Nasilenie jego jest istotnie skorelowane z postacią *Sclerosis multiplex* oraz stopniem niepełnosprawności [18, 19, 11,12,22].

Sklasyfikowano różne metody podziału. Bierze się w nim pod uwagę: lokalizację demielinizacji/uszkodzenia nerwów (ośrodkowe i obwodowe), czas nasilenia objawów (wyróżniamy tu postać epizodyczną i przewlekłą) oraz charakter SM (pierwotny i wtórny).

W przypadku wysunięcia podejrzenia przewlekłego zmęczenia, w pierwszym kroku istotne jest przeprowadzenie badań różnicujących z depresją. Jeśli u pacjenta nie stwierdza się depresji, to w kolejnym postępowaniu zleca się badania ogólne krwi z oznaczeniem poziomu TSH (hormonu tyreotropowego), glukozy oraz wykładników funkcji nerek (kreatynina, mocznik). Jeśli badania wykażą nieprawidłowość któregokolwiek z tych parametrów, wdraża się leczenie przyczynowe. Natomiast w przypadku braku odchyleń zaleca się modyfikację stylu życia (zaprzestanie palenia tytoniu, spożywania alkoholu) połączoną ze stosowaniem różnych grup leków (między innymi amantadyny i pemoliny). Niestety, jak już wcześniej zostało wspomniane - stosowanie samych leków często nie przynosi pożądanych rezultatów, dlatego metoda farmakologiczna dodatkowo powinna być wspomagana rehabilitacją i terapią psychologiczną [3,16,18,22].

Podsumowanie

Choroba o tysiącu twarzy nie bez powodu zyskała taką nazwę. Przebieg jest zindywidualizowany, stąd SM nie jest uważany za jednorodną jednostkę chorobową. Objawy somatyczne możemy skutecznie leczyć, prowadząc do ustabilizowania się choroby, natomiast nie należy zapominać, że chorzy ci borykają się również z innymi problemami dotyczącymi natury psychicznej, które istotnie obniżają jakość życia tych pacjentów. Depresja, wzmożone poczucie wstydu, wycofanie społeczne to tylko niektóre z nich. Problem pogłębia fakt, że większość społeczeństwa nie jest świadoma całokształtu choroby, co wiąże się z utrwaleniem pewnych wzorców stereotypów i stygmatyzacją. W tym błędnym myśleniu tkwią często również i pacjenci, którzy stopniowo izolują się, ograniczając życie społeczne i dotychczasowo podejmowane aktywności życiowe [1,7,18, 20].

Piśmiennictwo

1. Malec-Milewska M.: Ból u chorych na stwardnienie rozsiane. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2014, 8(1), 29-40.
2. Furmańska J., Rzepa T. N., Koziarska D., Rutkowska E., Bulsa M.: Stereotypy kontra realia: wstyd i sposoby radzenia sobie z nim przez osoby zdrowe i chore na stwardnienie rozsiane - badanie wstępne. Psychiatry Neurology, 2020, 29(1), 11-24.
3. Krajewski S., Dobek A., Zawadka-Kunikowska M., Kowalewski M., Jakimiec R., Kunikowski K.: Zespół przewlekłego zmęczenia problem osób chorych na stwardnienie rozsiane. Hygeia Public Health, 2014, 49(3), 519-525.
4. Selmaj K.: Choroby demielinizacyjne [w:] Kompendium neurologii. Podemski R. (red.). Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2019, 299-321.
5. Światowy Dzień SM 2020: https://www.pfron.org.pl/komunikaty-z-regionu/szczegoly-komunikatu/news/swiatowy-dzien-sm-2020/ (data pobrania: 22.07.2021).
6. Stasiołek M., Pałatyńska K.: Przyszłość terapii stwardnienia rozsianego u dzieci i młodzieży. Neurologia dziecięca, 2015, 24(49), 39-46.
7. Losy J., Bartosik-Psujek H., Członkowska A., Kurowska K., Maciejek Z., Mirowska-Guzel D., Potemkowski A., Ryglewicz D., Stępień A.: Leczenie stwardnienia rozsianego Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego. Polski Przegląd Neurologiczny, 2016, 12(2), 80-95.

8. Bartosik-Psujek H., Gernand K.: Strategia stwardnienia rozsianego. Neurologia po Dyplomie, 2016, 3, https://podyplomie.pl/neurologia/21883,strategia-leczenia-stwardnie nia-rozsianego, (data pobrania 10.06.2021).
9. Woroń J.: Interakcje leków immunosupresyjnych - dlaczego są tak istotne w praktyce klinicznej? Forum Neurologiczne, 2019, 12(2), 106-113.
10. Idea opieki paliatywno-hospicyjnej. Hospicjum "światło". http://www.hospicjums wiatlo .pl/opieka/idea-opieki-paliatywno-hospicyjnej (data pobrania 19.07.2021).
11. Giovannoni G.: Disease-modyfying treatments for early and advanced multiple sclerosis: a new treatment paradigm. Current Opinion in Neurology, 2018, 31, 233-243.
12. Bartosik- Psujek H.: Algorytmy diagnostyczne i kryteria kwalifikacji do leczenia immunomodulacyjnego w stwardnieniu rozsianym. Polski Przegląd Neurologiczny, 2012, 8(2), 76-83.
13. Potemkowski A.: Kryteria rozpoznania stwardnienia rozsianego. Polski Przegląd Neurologiczny, 2008, 4(supl. A), 64-66.
14. Konarska I.: Stosowane jednocześnie glikokortykosteroidy i inhibitory pompy protonowej mają niekorzystny wpływ na ryzyko złamań u chorych z RZS. https://www.termedia.pl/ reumatologia/Stosowane-jednoczesnie-glikokortyksteroidy-i-inhibitory-pompy-protonowej-maja-niekorzystny-wplyw-na-ryzyko-zlaman-u-chorych -z- RZS,41921.html (data pobrania 10.06.2021).
15. Gocyła-Dudar K., Stępień A.: Wpływ terapii immunomodulującej z zastosowaniem INF-β, GA i DMF na zahamowanie aktywności rzutowo-remisyjnej postaci stwardnienia rozsianego. Lekarz wojskowy, 2020, 98(1), 9-15.
16. Walczak A., Arkuszewski M., Adamczyk-Sowa M.: Rozszerzona Skala Niesprawności (EDSS, Expanded Disability Status Scale) - według J. Kurtzkego. Polski Przegląd Neurologiczny, 2017, 13(1), 32-35.
17. Kurtzke JF: Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). Neurology, 1983, 33(11), 1444-1452.
18. Brola W., Fudala M.: Problem zmęczenia w stwardnieniu rozsianym. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2010, 2, 237-243.
19. Heesen C., Nawrath L., Reich C., Bauer N., Schulz K-H, Gold S.M.: Fatigue in multiple sclerosis: an example of cytokine mediated sickness behaviour? The Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 2006, 77(1), 34-39.

20. Akcali A., Zengin F., Aksoy S. N., Zengin O.: Fatigue in Multiple Sclerosis: Is it related to cytokines and hypothalamic- pituitary- adrenal axis? Multiple Sclerosis and Related Disorders, 2017, 15, 37-41.
21. Ysrraelit M.C., Gaitan M.I., Lopez A.S., Correale J.: Impaired hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity in patients with multiple sclerosis. Neurology, 2008, 71(24), 1948-1954.
22. Adamczyk A., Kwiatkowska M., Filipczak-Bryniarska I.: Stanowisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej dotyczące kwalifikacji do opieki paliatywnej i postępowania z pacjentem ze stwardnieniem zanikowym bocznym i stwardnieniem rozsianym. Medycyna Paliatywna, 2018, 10(3), 115-130.

Rola terapeutyczna psa w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej

Renata Bociarska[1], Mateusz Rabiański[1], Alicja Diak[2], Andrzej Guzowski[3], Elżbieta Krajewska-Kułak[3]

1. Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu
2. Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Słowo "kryzys" wydaje się być obecnie powszechnym pojęciem. Każdy doświadcza kryzysów na różnych etapach życia, które mogą obejmować wewnętrzne konflikty i lęki, np. związane z tożsamością, intymnością czy zależnością oraz autonomią i pojawiają się zwykle w punktach zwrotnych życia [1].

Kryzys jest reakcją na sytuację, z którą w żaden sposób człowiek nie potrafi sobie poradzić. To stan dezorganizacji i zamieszania pojawiający się, gdy na drodze do realizacji ważnych, życiowych celów stają przeszkody nie do pokonania [2]. Nieudane próby poradzenia sobie z nimi prowadzą do rozstroju psychicznego oraz utraty wewnętrznej równowagi i zdolności do racjonalnego myślenia/działania [3].

Grecka etymologia słowa „kryzys" nie wskazuje jednak na jego pejoratywny charakter. Czasownik *krinein* oznacza *rozdzielać, odsiewać, rozstrzygać, decydować, sądzić*, zaś pochodzący od niego rzeczownik *krisis* to *wybór, rozstrzygnięcie* [1].

Źródła słownikowe, np. The Webster's Encyclopedic Dictionary of the English Language /1988/ przy haśle "kryzys" /crisis/ podają następującą treść: "punkt zwrotny w chorobie, decydujący moment szczególnie w tragedii [1].

Współczesna rzeczywistość stwarza wiele okazji do tego, aby sądzić, że czas, w którym żyjemy jest potencjalnym czasem kryzysowym, a problem sytuacji kryzysu psychologicznego od dawna budzi zainteresowanie środowisk badawczych i naukowych, świadomych tego, w jaki sposób traumatyczne wydarzenia mogą wpływać na losy jednostki, wielokrotnie prowadząc do zaburzeń w jej funkcjonowaniu [2].

Szeroko pojęta nauka psychologiczna, nastawiona na walkę ze stresem i z sytuacjami kryzysowymi próbuje wykształcić w swoich pacjentach mechanizmy radzenia sobie

z sytuacjami trudnymi, ze stresem i z kryzysem, a także z przeżywaniem wydarzeń traumatycznych. Są one niezbędne do pozytywnej adaptacji – np.: sytuacji choroby (i radzenia sobie z nią), do walki z własnymi schorzeniami psychosomatycznymi czy somatycznymi, do utraty pracy, starości, a nawet umiejętności przeżywania żałoby i śmierci bliskiej osoby [4].

Kryzys emocjonalny jest także naturalnym składnikiem przeżywania człowieka. Rozstrzygają się w nim ważne dla człowieka sprawy – stan zdrowia, relacje z otoczeniem, kierunek i sens dalszego życia. Rozumiany jest także jako stan braku równowagi psychicznej, mający znaczenie przełomowe, punkt zwrotny życia wymagający natychmiastowych rozwiązań [2].

Kryzys psychologiczny jest naturalną reakcją na wydarzenia krytyczne, zazwyczaj niespotykane, często nieprzewidywalne, wobec których dotychczasowe zasoby i umiejętności rozwiązywania problemów stają się niewystarczające. W klasycznych psychologicznych ujęciach kryzysu opisywany jest on jako utrata równowagi w przebiegu narastania stresu, przynosząca poczucie ekstremalnego dyskomfortu, niepokój, panikę [5].

Za czynniki ryzyka rozwoju kryzysu uznawany jest zazwyczaj brak adekwatnych mechanizmów zaradczych równoważących współwystępowanie nierealistycznej percepcji sytuacji i braku wsparcia środowiskowego lub niedostatek zasobów, ze szczególnym uwzględnieniem braku efektywnych mechanizmów obronnych [1].

Boimy się kryzysu, który może stanowić punkt zwrotny w naszym życiu. Obawiamy się, że będą to zmiany na gorsze. Kryzys jednak nie zawsze musi być pojęciem rozumianym pejoratywnie i nie musi być związany wyłącznie z trudnymi sytuacjami życiowymi. Może stać się także szansą na rozwój, wyzwaniem i początkiem zmiany na lepsze, co nie zawsze na początku sytuacji kryzysowej sobie uświadamiamy [4].

Chińczycy do wyrażenia słowa kryzys używają ideogramu, który ma dwa znaczenia – „niebezpieczeństwo” oraz „ukryte możliwości”. Wiedzą więc, że można nie tylko przezwyciężyć trudności, ale zamienić je w zwycięstwo. Sprostanie temu wyzwaniu wymaga jednak podjęcia ważnych decyzji i działań, które wybiegają poza codzienną rutynę. W odzyskaniu równowagi psychicznej i emocjonalnej w sytuacji kryzysu, kluczową, wspierającą rolę ogrywa relacja z empatyczną osobą, którą może być ktoś bliski, jak również terapeuta [6].

Rozwój cywilizacyjny coraz bardziej oddala człowieka od świata natury, dlatego też podświadomie coraz częściej zwracamy się ku zwierzętom, szukając w relacji z nimi ratunku dla naszego człowieczeństwa i lekarstwa na rany będące skutkiem życia w ludzkim świecie [7].

Rola terapeutyczna psa w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej

Relacja między człowiekiem i psem jest fenomenem w ujęciu psychologicznym i biologicznym. Pies towarzyszy człowiekowi już kilkanaście tysięcy lat, we wszystkich kulturach, na każdym kontynencie i pod wszystkimi szerokościami geograficznymi. Jak to dokładnie było z udomowieniem psa, naukowcy spierają się do dziś. Faktem jest, że psy na trwałe stały się towarzyszami ludzi, a ich zadania w życiu domowym, funkcje psów na służbie i rola w kulturze zmieniała się na przestrzeni lat, podobnie jak postrzeganie psa i jego misja [7].

Pomimo rozwoju technologii i coraz powszechniejszym dostępie do nowych rozwiązań technologicznych, psy są niezastąpione w wykonywaniu tych trudnych zadań. Wielokrotnie uratowały życie ludzkie. Wiadomo, że przebywanie w obecności zwierząt daje ludziom wiele radości, wpływa na sferę emocji. Naukowcy zajmujący się wpływem obcowania ze zwierzętami na kondycję psychiczną człowieka podkreślają, iż ludzie, którzy są posiadaczami psa lub mają częsty kontakt z psami, zdecydowanie lepiej radzą sobie w kontaktach społecznych, nawiązywaniu znajomości i budowaniu relacji. Bliski kontakt ze zwierzętami daje im poczucie bezpieczeństwa i stałości. Podkreślają również, jak istotne jest, aby już od najmłodszych lat uczyć dzieci troski o zwierzęta, co dodatkowo uczy ich empatii, odpowiedzialności i troski o inną istotę [7].

W sytuacji kryzysowej, kiedy lęk w człowieku się nasila, pomocne jest wszystko, co choć nieznacznie go obniży. Osoba w kryzysie potrzebuje jak najwięcej wsparcia od każdego, kto tylko jest w stanie go udzielić. Taką role spełnia nierzadko pies. Rozmowa z kimś życzliwym, bardziej doświadczonym przez los, kto ma za sobą podobne zmagania, obniża napięcie i dodaje nadziei. W opanowaniu lęku pomocne są też techniki relaksacyjne. Obecność psa wpływa na człowieka kojąco, ogrzewa go w sensie dosłownym (temperatura ciała tych zwierząt jest wyższa niż ludzka) i emocjonalnym. Powoduje odczuwanie bezpieczeństwa i przyjemności wynikających z życzliwej obecności. Przytulanie się do psa lub głaskanie go obniża ciśnienie krwi zarówno u pupila, jak i u człowieka. Dotyk stymuluje ośrodkowy układ nerwowy, powoduje redukcję stresu i niepokoju oraz podwyższenie poziomu hormonów odpowiedzialnych za wytwarzanie więzi, tj.: prolaktyny i oksytocyny. W konsekwencji pojawia się uczucie radości i przyjemności oraz wzrasta poziom dopaminy i endorfiny, czyli tzw. hormonów szczęścia [7].

Psy poprzez samą swoją obecność pomagają człowiekowi radzić sobie ze stresem. Doskonale, w sposób wręcz fenomenalny, potrafią odczytywać pozawerbalne komunikaty i emocje, jakie człowiek przeżywa. Pies doskonale rozumie sygnały zapachowe oraz intonację głosu człowieka. Potrafi również czytać z jego wyrazu twarzy, odróżnić go od psa

i zachowywać się inaczej w stosunku do niego. Psy, zwłaszcza pozostające w bliskiej relacji z konkretną osobą, przejawiają wysoką zdolność do empatii. Potrafią bronić właściciela oraz chronić przed tym, co postrzegają jako zagrożenie. Psy mają fenomenalne zdolności wyczuwania zmiany pracy i rytmu serca oraz zapachu skóry. Potrafią również rozpoznać tkankę zdrową i chorą. Tworzą więzi podobne jak w relacjach międzyludzkich. Szczególna relacja łącząca człowieka z psem oraz zdolności emocjonalne psa stały się podstawą koncepcji korzystania z pomocy psa jako terapeuty [8].

O początkach dogoterapii można mówić już w IX wieku naszej ery. Odbywała się ona pierwotnie przy klasztorach, gdzie w przytułkach umieszczano upośledzone dzieci, a psy pełniły funkcję towarzyszy zabaw i opiekunów-strażników [7].

Współcześnie dogoterapia stanowi wyspecjalizowaną gałąź oddziaływań terapeutycznych, w których rolę terapeuty pełni oczywiście człowiek, zaś rola psa jest wspomagająca [7].

Dogoterapia jest metodą rehabilitacji opierającą się na odpowiednio wyszkolonych i przygotowanych psach, wspomagającą terapię osób niepełnosprawnych, ruchowo i intelektualnie, osób starszych oraz samotnych. Jest też bardzo skuteczna w leczeniu poważnych zaburzeń emocjonalnych [7].

Wciąż jednak nie znamy skali możliwości, jakie otwiera przed świadome ze strony człowieka nawiązywanie i pogłębianie relacji ze swoim czworonożnym przyjacielem. Z powodu tego, że pies jest stworzeniem, które nie ocenia, nie wyznacza jakichkolwiek reguł oraz kocha bezwarunkowo, tworzy niezwykłą więź z człowiekiem. Doświadczenia dogoterapii wskazują na pozytywny, terapeutyczny charakter relacji człowieka ze światem przyrody.

Cel pracy

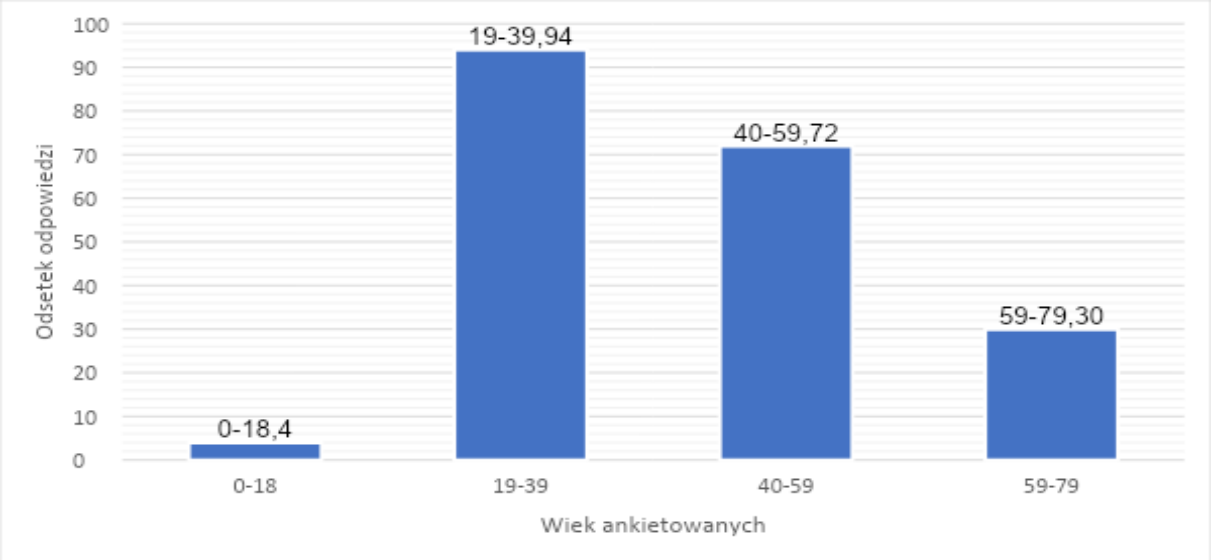
Ocena, w jakim stopniu posiadanie własnego psa pomaga człowiekowi w sytuacji kryzysowej.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety internetowej (gogle,.com) w grupie 200 Internautów.

Zdecydowaną większość respondentów stanowiły kobiety (n=156, 78%), natomiast liczba ankietowanych mężczyzn stanowiła 44 osób (22%).

Ankietowanych podzielono na cztery grupy wiekowe. Najliczniejszą z nich stanowiły osoby w wieku od 19. do 29. roku życia – 94 osoby oraz od 40. do 59. – 72 osoby. Wyniki obrazuje Rycina 1.

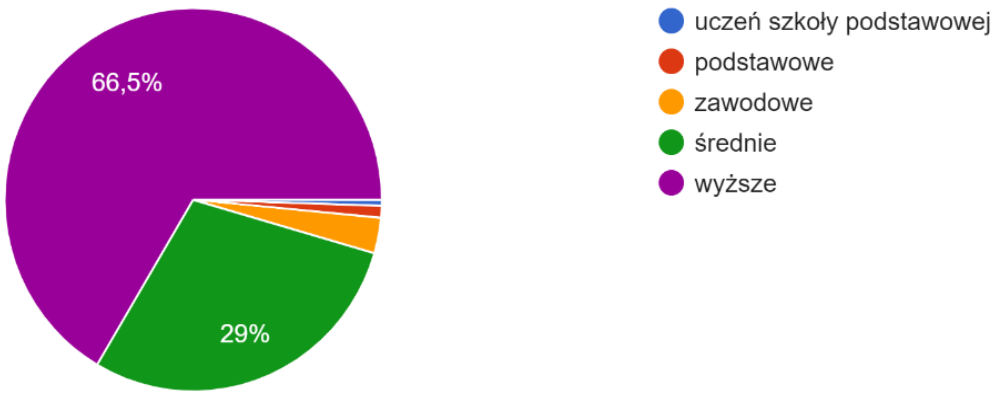


Rycina 1. Wiek ankietowanych

Jednakowa liczba respondentów zamieszkiwała miasta do 200 tysięcy mieszkańców (n=71) lub powyżej 200 tysięcy mieszkańców (n=71). Niespełna jedną trzecią ankietowanych stanowiły osoby zamieszkujące obszary wiejskie (n=58). Wyniki obrazuje Rycina 2.

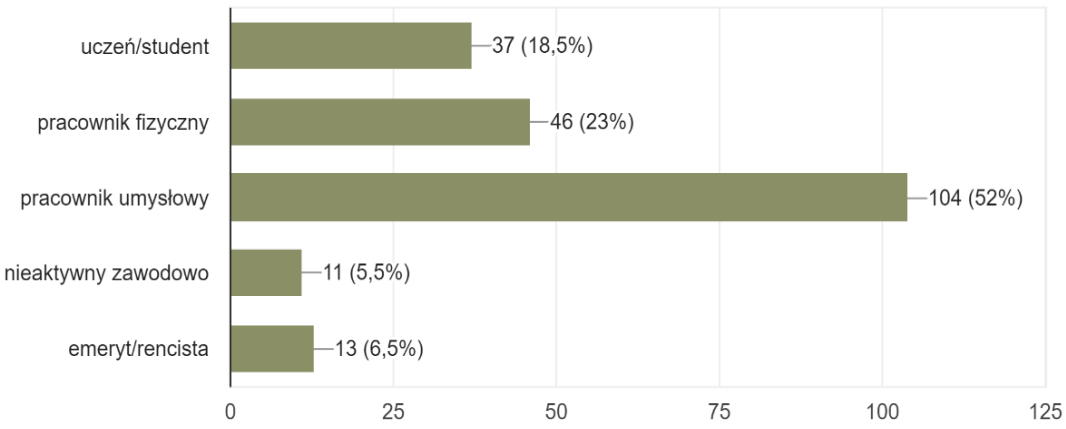
Rycina 2. Miejsce zamieszkania respondentów

Największa liczba ankietowanych deklarowała posiadanie wykształcenia wyższego (n=133). Istotna część ankietowanych (n=58) posiadała wykształcenie średnie. Wyniki obrazuje Rycina 3.



Rycina 3. Wykształcenie respondentów

Ponad połowa respondentów zajmowała się pracą umysłową (n=104). Pozostali respondenci byli pracownikami fizycznymi (n=46), uczniami (n=37), osobami nieaktywnymi zawodowo (n=11) oraz emerytami lub rencistami (n=13). Wyniki obrazuje Rycina 4.

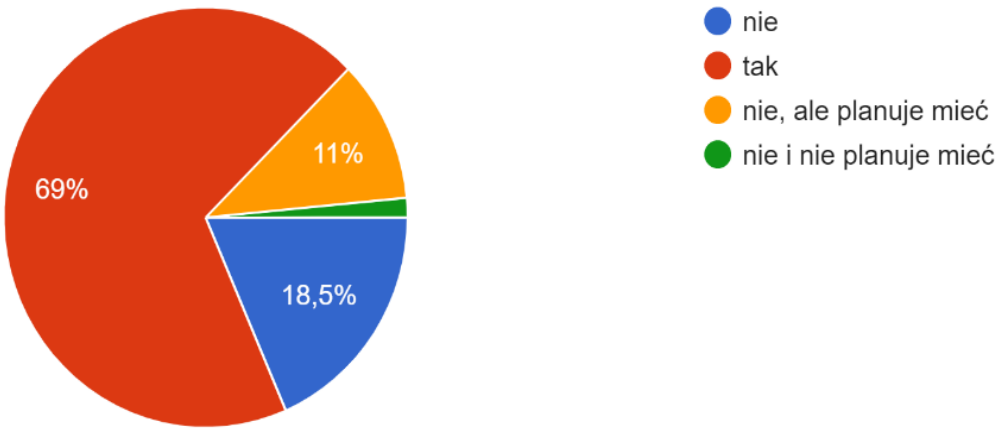


Rycina 4. Status społeczny ankietowanych

Osoby ankietowane mieszkały głównie z rodziną lub bliskimi (n=159). Osoby samotne stanowiły jedną piątą badanych (n=41).

Wyniki

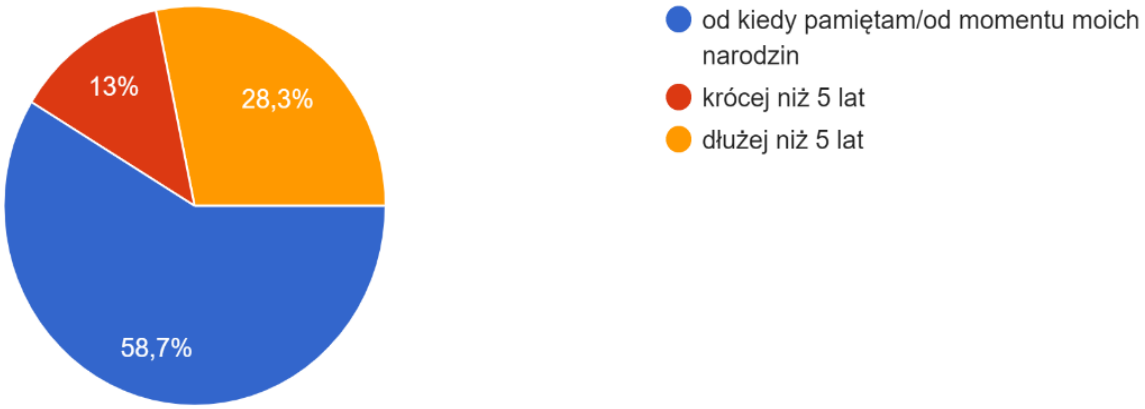
Większość ankietowanych posiadała obecnie psa (n=140). Nie miało go 37 (18,5%) ankietowanych, a pozostali ankietowani nie posiadali psa, lecz planowali go mieć (n=22) lub nie posiadali i nie planowali go mieć w przyszłości (n=3). Wyniki obrazuje Rycina 5.



Rycina 5. Posiadanie psa przez ankietowanych

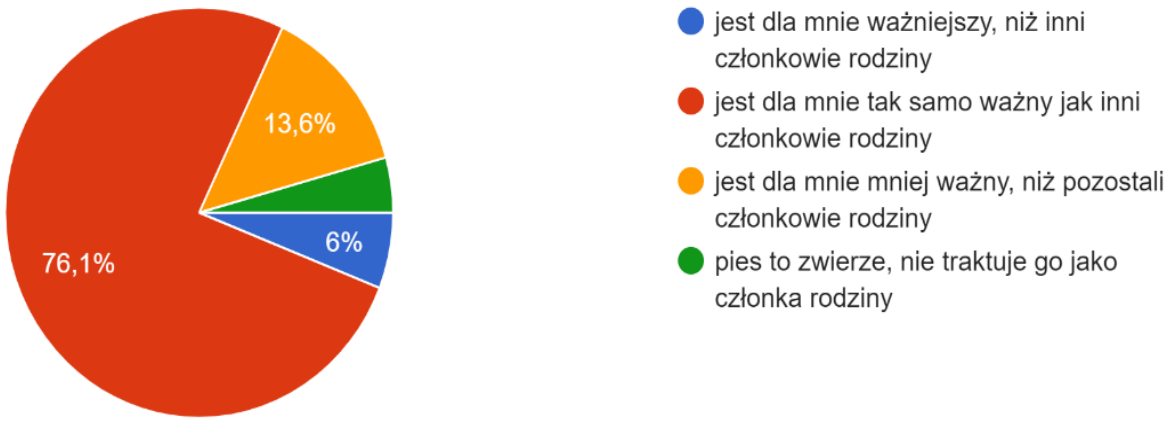
Spośród respondentów, którzy nie posiadali obecnie psa, aż 74% deklarowało posiadanie psa w przeszłości (n=46). Nie miało go nigdy 25,8% badanych.

Spośród respondentów, którzy posiadają psa ponad połowa (n= 108) posiadała jakiegoś psa od momentu swoich narodzin. Pozostałe wyniki obrazuję Rycina 6.



Rycina 6. Okres posiadania psa przez ankietowanych

Zdecydowana większość respondentów twierdziła, iż w hierarchii rodziny pies jest tak samo ważny, jak inni członkowie rodziny (n=140). Ośmiu respondentów uważało, że pies jest tylko zwierzęciem i nie ma potrzeby traktowania go jak członka rodziny (Rycina 7).



Rycina 7. Miejsce psa w rodzinnej hierarchii ankietowanych

W ostatnim roku u większości badanych (53,8%) wystąpiła jakaś sytuacja kryzysowa. Pozostałe 46,2% respondentów takowej nie doświadczyli.

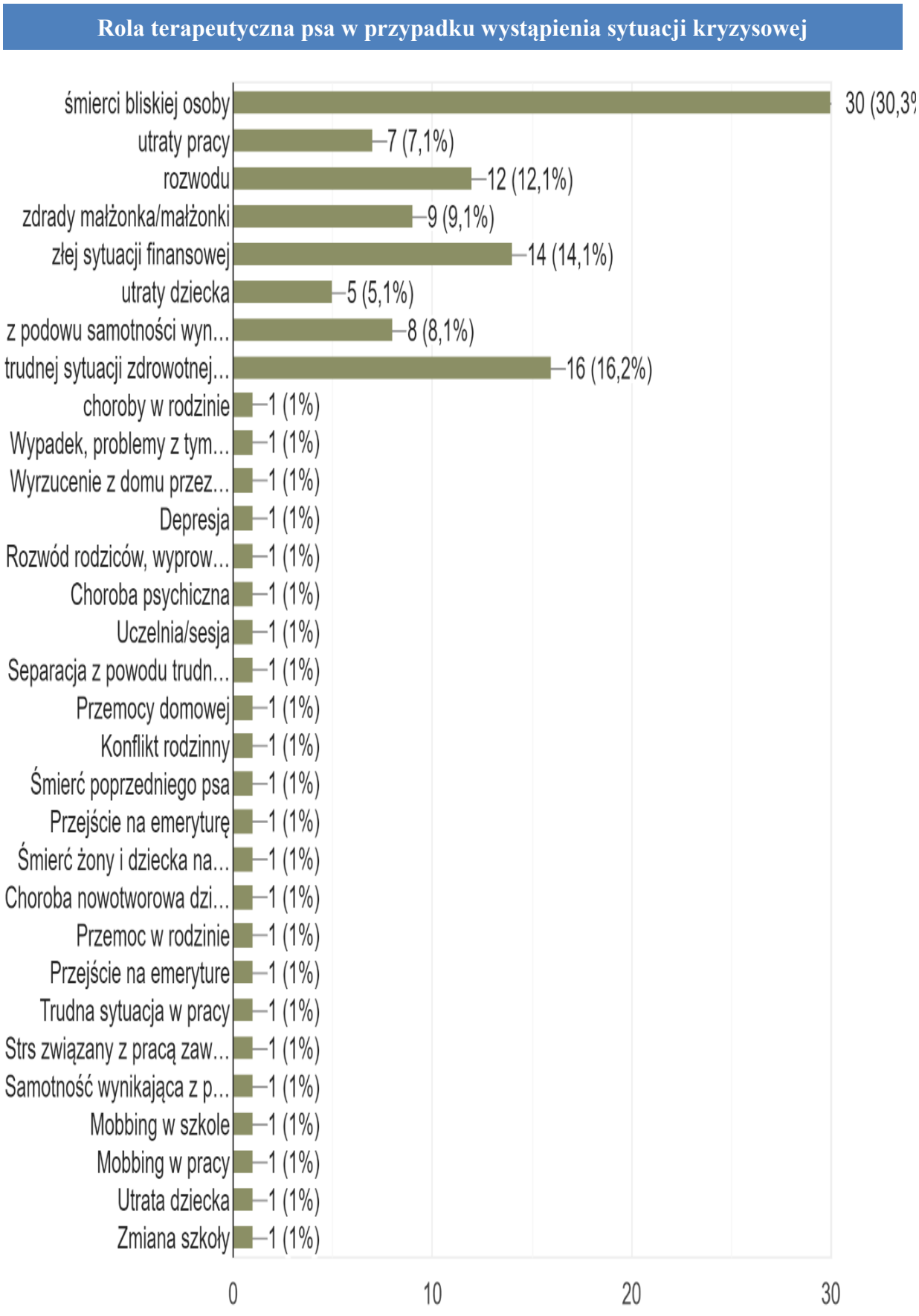
Najczęstszym powodem wystąpienia sytuacji kryzysowej wśród respondentów była śmierć bliskiej osoby (n=30), innymi często wymienianymi przyczynami kryzysu były kolejno: wystąpienie trudnej sytuacji zdrowotnej/niepełnosprawności, zła sytuacja finansowa, rozwód, zdrada małżonka/małżonki, utrata dziecka, samotność z powodu opuszczenia domu przez dzieci oraz wiele innych przyczyn przedstawionych na Rycinie 8.

Osoby, które doświadczyły sytuacji kryzysowej w ostatnim roku bardzo wysoko oceniły poziom odczuwanej samotności (Rycina 9).

Spośród dziewięćdziesięciu dziewięciu ankietowanych, którzy doświadczyli w ciągu ostatniego roku sytuacji kryzysowej, najwięcej (n=58) otrzymało wsparcie ze strony rodziny. Innymi formami wsparcia wymienianymi przez respondentów były: pomoc lekarza specjalisty, psychologa oraz pomoc duchowa, wsparcie męża oraz praca (Rycina 10).

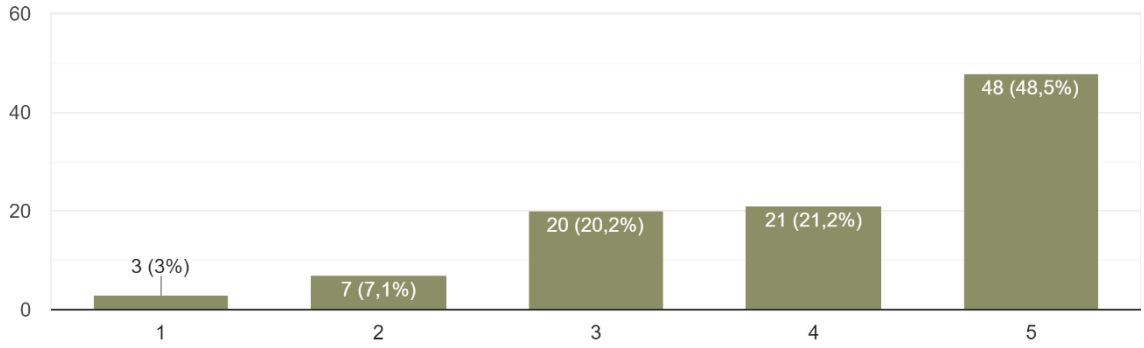
Większość ankietowanych, którzy doświadczyli sytuacji kryzysowej stwierdziła, że obecność psa miała na nich pozytywny wpływ w tym trudnym okresie (n=99). Wyniki obrazuje Rycina11.

W opinii większości ankietowanych (n=163) pies powinien przebywać w domu przy wszystkich domownikach (Rycina 12).

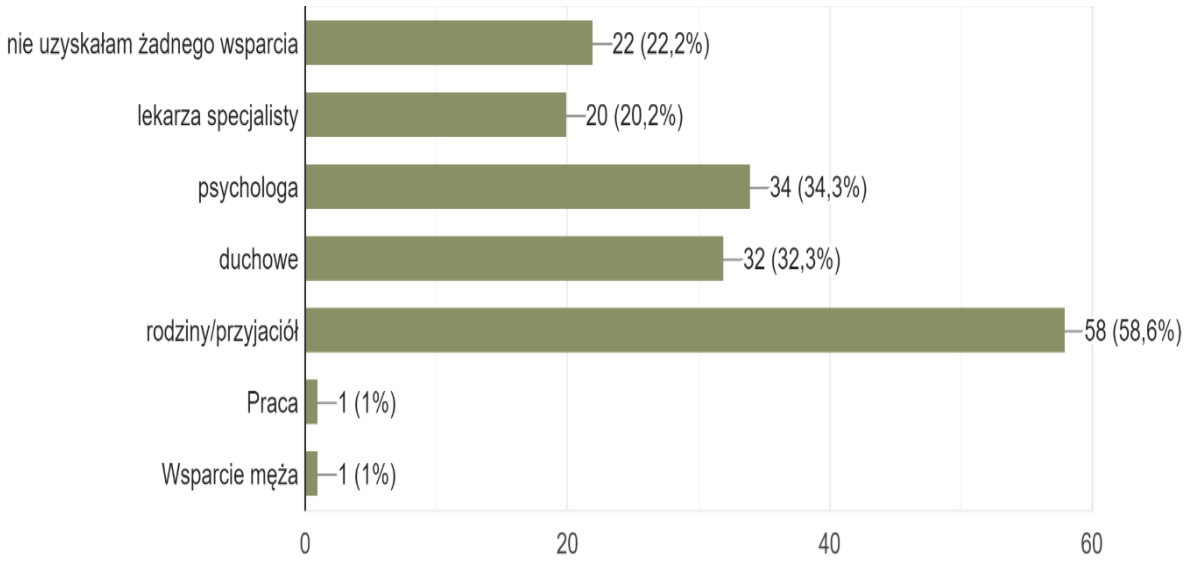


Rycina 8. Przyczyny wystąpienia sytuacji kryzysowej w życiu ankietowanych

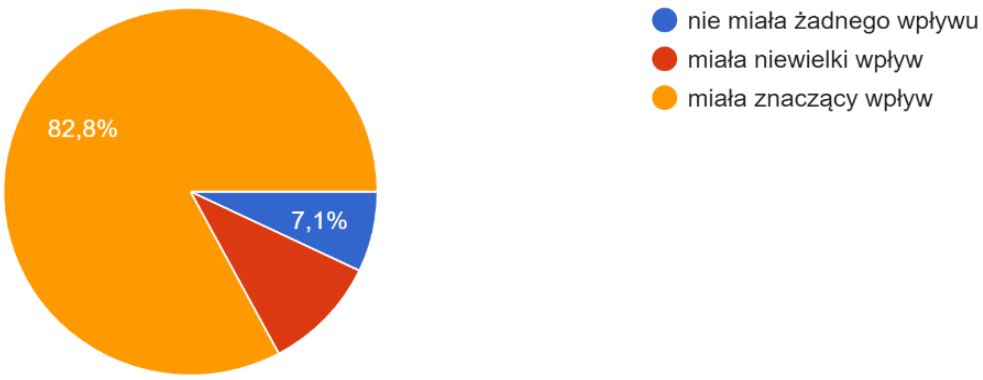
.



Rycina 9. Poziom odczuwanej samotności przez ankietowanych



Rycina 10. Źródła wsparcia otrzymanego przez respondentów w sytuacjach kryzysowych

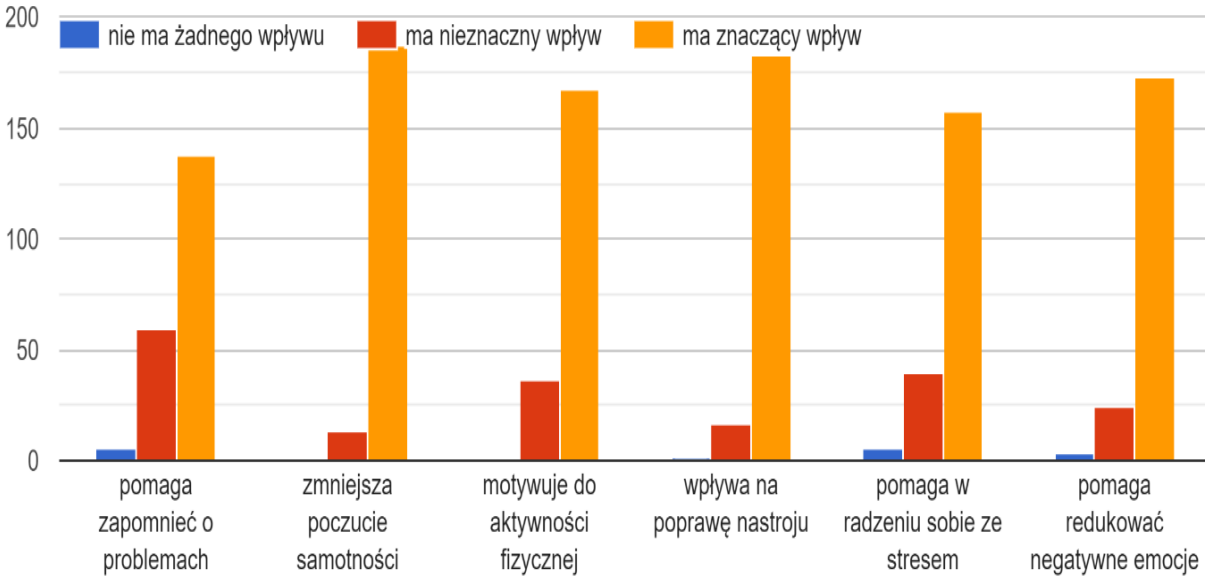


Rycina 11. Wpływ obecności psa na ankietowanych w okresie przeżywania sytuacji kryzysowej

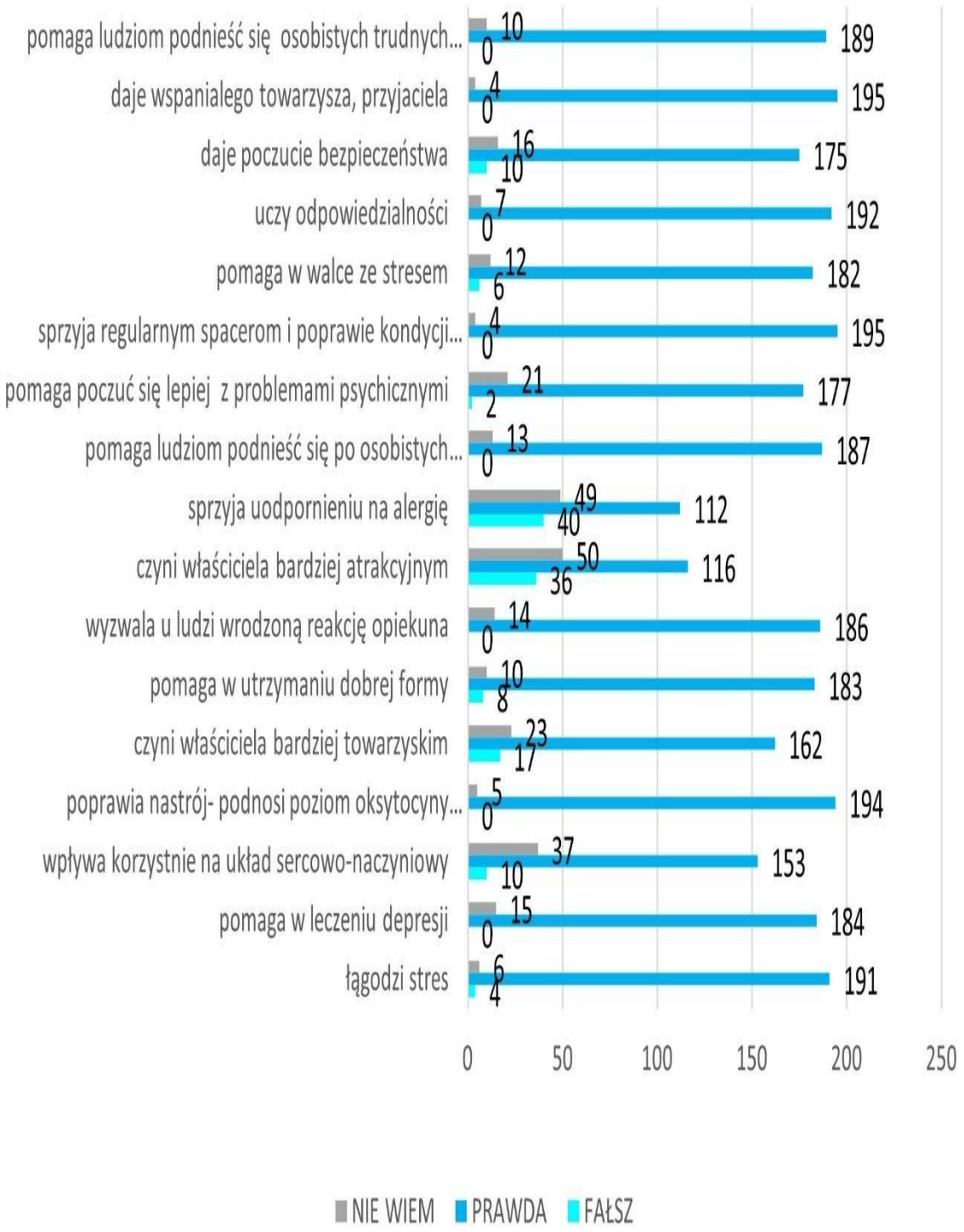
Rycina 12. Opinia respondentów na temat miejsca, w którym powinien przebywać pies

Większość ankietowanych twierdziła, iż pies pomaga zapomnieć o problemach, zmniejsza poczucie samotności, motywuje do aktywności fizycznej, wpływa na poprawę nastroju, pomaga w radzeniu sobie ze stresem oraz pomaga redukować negatywne emocje (Rycina 13).

Za główne zalety posiadania psa badani uznali fakt, że ma się wspaniałego przyjaciela, towarzysza, nauczyciela odpowiedzialności, który poprawia nastrój i sprzyja regularnym spacerom oraz poprawie kondycji. Pozostałe wyniki obrazuje Rycina 14.

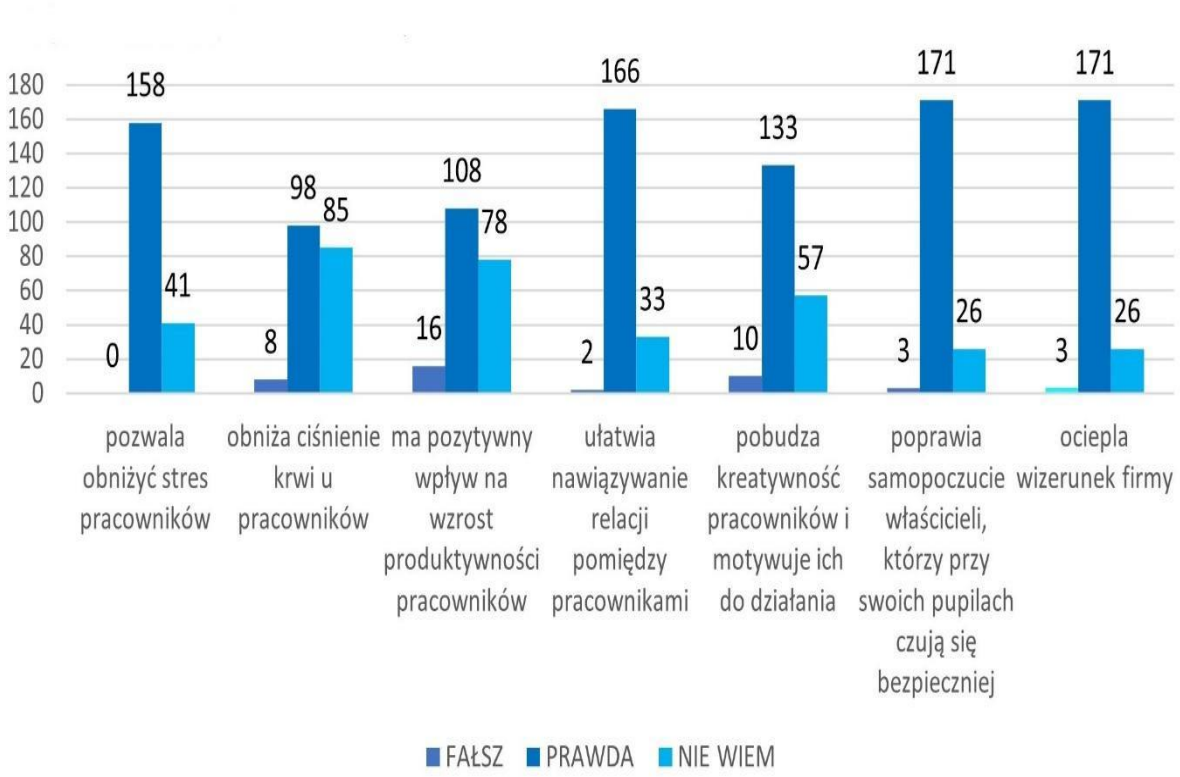


Rycina 13. Stopień, w jakim pies wpływa na poszczególne aspekty życia codziennego



Rycina 14. Zalety posiadania psa

Większość ankietowanych widziała pozytywny wpływ oddziaływania psa w miejscu pracy, twierdząc najczęściej, że ociepla on wizerunek firmy, poprawia samopoczucie pracownika właściciela psa, ułatwia nawiązywanie relacji pomiędzy pracownikami i obniża ich stres (Rycina 15).



Rycina 15. Zalety posiadania psa w miejscu pracy

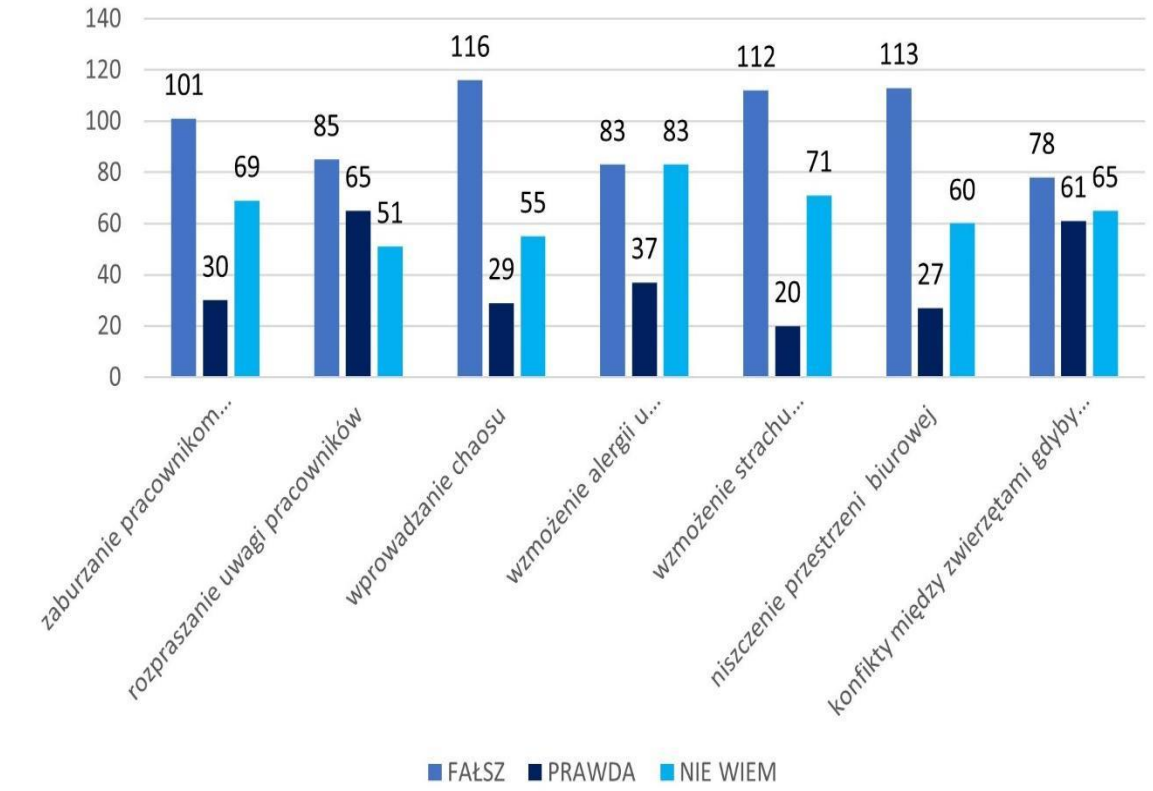
Większość respondentów była także zgodna, iż wadą obecności psa w pracy jest możliwość wprowadzenia chaosu, niszczenie przestrzeni biurowej oraz wzmożenie strachu (Rycina 16).

Respondenci poproszeni o określenie różnic między właścicielami psów a osobami, które nie posiadają psa wyrażali bardzo zróżnicowane opinie (Rycina 17) .

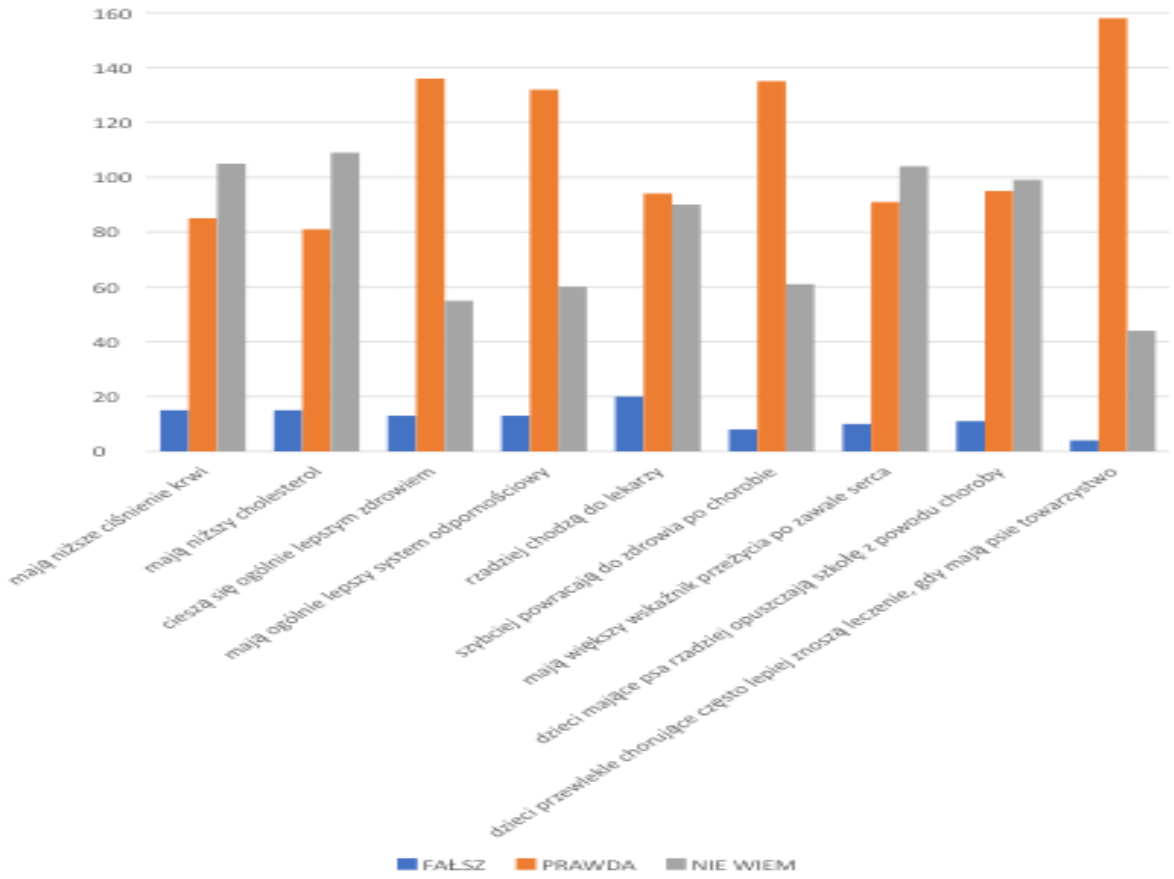
Większość respondentów była zgodna, iż życie ze szczeniakiem przypomina opiekę nad niemowlęciem i twierdziła, że posiadanie psa wymusza dostosowanie stylu życia pod jego potrzeby (Rycina 18).

Prawie wszyscy ankietowani (n=197) byli zgodni, iż pies może pełnić rolę terapeutyczną, a zaledwie 3 ankietowanych (1,5%) udzieliło odpowiedzi: nie wiem.

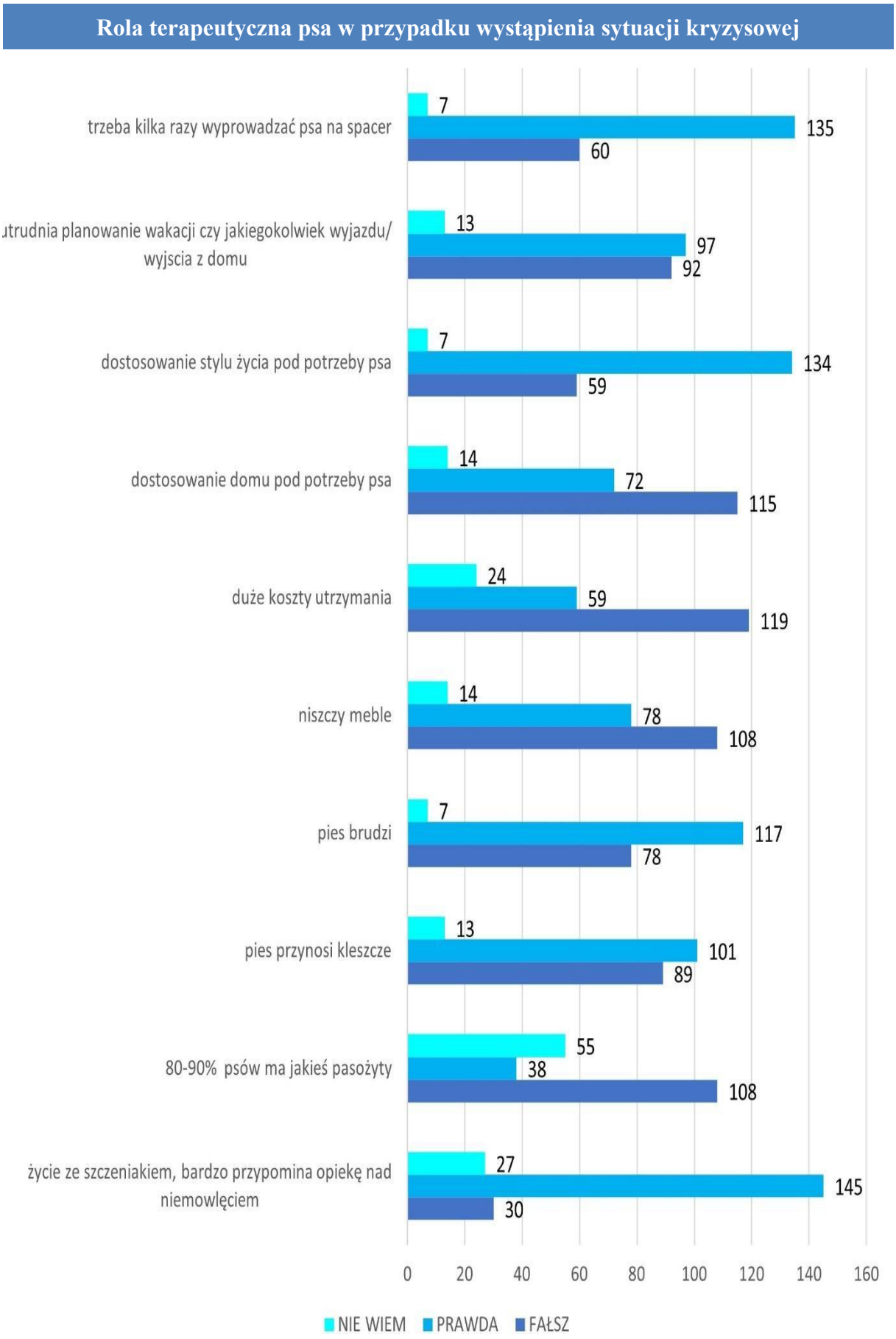
W opinii respondentów pies w sytuacji kryzysowej pozytywnie wpływa na człowieka, na przykład przez poprawę nastroju (n=189) oraz poprzez zmniejszenie poczucia samotności (n=184). Inne odpowiedzi obrazuje Rycina 19.



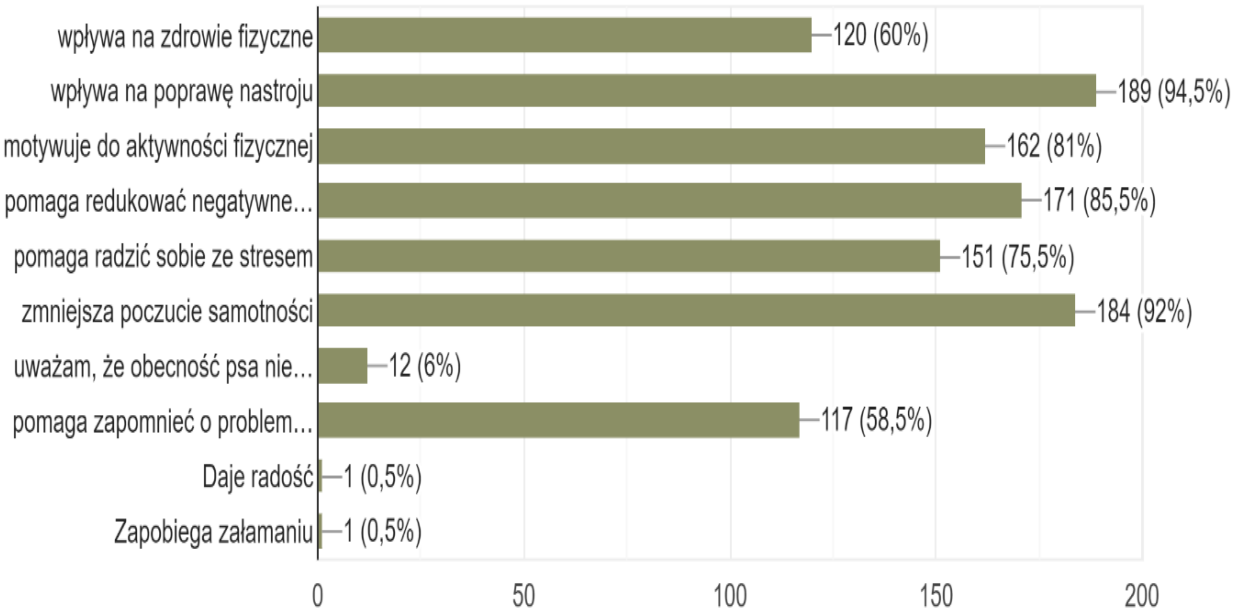
Rycina 16. Wady obecności psa w miejscu pracy



Rycina 17. Różnice pomiędzy właścicielami psów a osobami, które psów nie posiadają

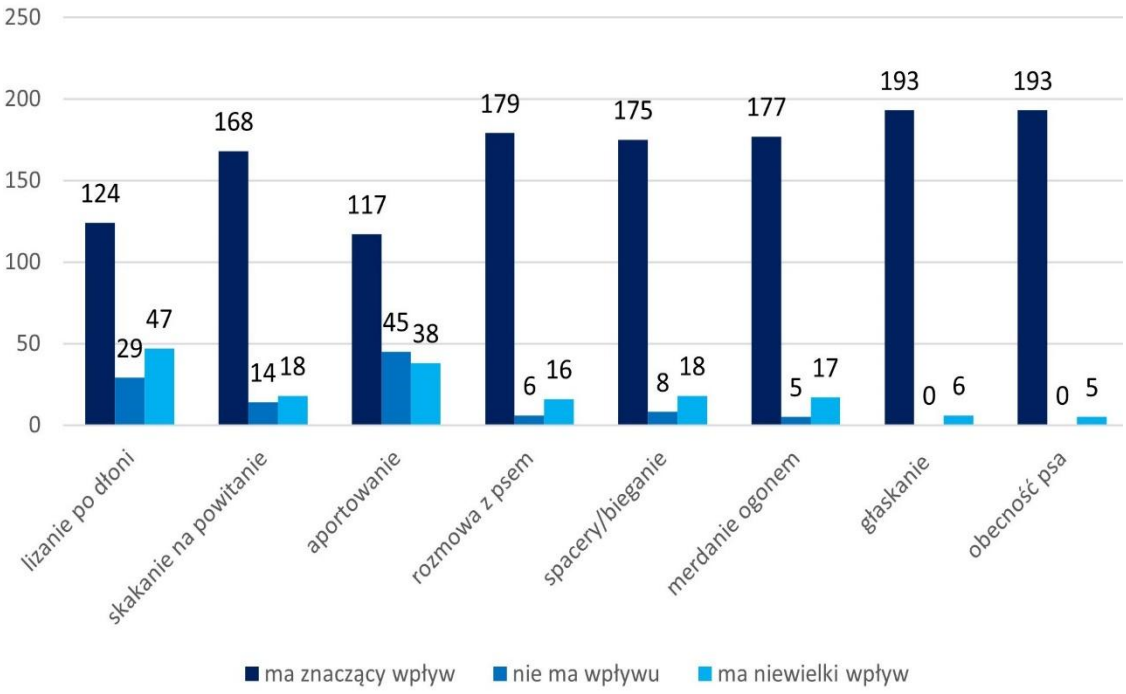


Rycina 18. Wady posiadania psa



Rycina 19. Sposoby pozytywnego oddziaływania psa na człowieka w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej

Większość ankietowanych twierdziła, iż poniżej interakcje zobrazowane na Rycinie 20 mają znaczący wpływ terapeutyczny na człowieka. Najwięcej respondentów za największą wartość terapeutyczną uznało już samą obecność psa oraz jego głaskanie.



Rycina 20. Terapeutyczne interakcje człowieka z psem

Dyskusja

Psy towarzyszą człowiekowi od wieków. Kiedyś jako zwierzęta do pracy, dzisiaj jako członkowie rodziny, przyjaciele, partnerzy w pracy i wierni towarzysze życia.

W obecnym badaniu większość ankietowanych posiadała obecnie psa (n=140). Były także 22 osoby, które nie miały psa, lecz planowały go mieć. W grupie respondentów, którzy nie posiadali obecnie psa, aż 74% deklarowało posiadanie go w przeszłości, a ponad połowa (n= 108) posiadała jakiegoś psa od momentu swoich narodzin. Większość badanych twierdziła, iż w hierarchii rodziny pies jest tak samo ważny, jak inni członkowie rodziny (n=140) i powinien przebywać w domu przy wszystkich domownikach (n=163).

Wiele zalet posiadania psa potwierdzono naukowo, a każdy człowiek posiadający czworonoga i tworzący z nim pewną więź jest w stanie wyrazić nieocenioną wartość takiej relacji. Polepszają nasze samopoczucie, redukują niepokój i stres, dają poczucie bezpieczeństwa [9].

Niewiele jest informacji o tym, jak Polacy odnoszą się do zwierząt domowych. Z komunikatu CBOS z 2003 roku z badań w grupie 880 osób wynika, że: co drugi Polak (52%) mieszkał pod wspólnym dachem z jakimś zwierzęciem domowym i najczęściej (36%) były to psy. Co trzeci respondent (31%) miał jedno zwierzę domowe (lub jeden gatunek), co szósty (16%) – dwoje (lub dwa gatunki), a mieszkało pod jednym dachem z trzema zwierzętami - 4% badanych lub z czterema - 1% [10].

Istnieją dowody naukowe, które przemawiają za tym, że psy zmniejszają reaktywność na stres oraz percepcję sytuacji jako stresującej. Psy, za Jagielski i wsp. [11] wpływają nie tylko na psychikę człowieka, ale także na jego stan fizyczny. Kontakt z nimi uspokaja, rozluźnia i odpręża. Pies akceptuje chorego takim, jaki jest. Nie zwraca uwagi na dysfunkcje i odmienny wygląd [11].

W obecnych badaniach większość ankietowanych twierdziła, iż pies pomaga zapomnieć o problemach, zmniejsza poczucie samotności, motywuje do aktywności fizycznej, wpływa na poprawę nastroju, pomaga w radzeniu sobie ze stresem oraz pomaga redukować negatywne emocje. Badani za główne zalety posiadania psa badani uznali fakt, że ma się wspaniałego przyjaciela, towarzysza, nauczyciela odpowiedzialności, który poprawia nastrój i sprzyja regularnym spacerom oraz poprawie kondycji.

Katcher oraz Beck, za Kokocińska i wsp. [12], wyróżnili kilka ról i funkcji zwierząt, z których za najważniejsze uznali: towarzyszenie, okazję do pielęgnacji kogoś i opieki nad nim,

okazję do zajęcia się czymś, możliwość dotykania i głaskania, bezpieczeństwo, obiekt zainteresowania, sposobność do ćwiczeń fizycznych.

Także w obecnym badaniu, najwięcej respondentów za największą wartość terapeutyczną uznało już samą obecność psa oraz jego głaskanie.

Początki dogoterapii datują się na IX wiek naszej ery i odbywała się ona przy klasztorach, a psy pełniły wówczas funkcję towarzyszy zabaw i opiekunów (strażników) w przytułkach, w których umieszczano upośledzone dzieci [13].

W roku 1969 Levinson (psychiatra dziecięcy i psychoterapeuta, twórca definicji i filozofii pomagania o nazwie *pet therapy*) wydał książkę *Pet-oriented child psychotherapy*, gdzie opisywał wykorzystanie terapii z udziałem zwierząt w leczeniu autyzmu, zespołu Aspergera, zaburzeń uwagi oraz depresji [cyt. za 13]. Jednakże nie zostało to przyjęte przychylnie przez środowisko medyczne. Lekarz jednak w kolejnych latach nadal prowadził badania, w których kilkadziesiąt dzieci z zaburzeniami psychicznymi podzielono na grupy. Każda z grup miała ćwiczenia z czworonogami odmiennych ras, takich jak labrador i owczarki niemieckie, w tym szczeniaki. Lekarz zaobserwował, że dzieci który obcowały ze szczeniakami osiągały najlepsze wyniki – nastąpił u nich wzrost reakcji na bodźce zewnętrzne i percepcji oraz zmniejszyły się objawy depresji [cyt. za 13].

W latach 70. XX wieku, psychiatrzy z Uniwersytetu Stanowego Ohio (Elizabeth O'Leary Corson i jej mąż Samuel Abraham Corson) powrócili do badań Levinsona i przeprowadzili ocenę interakcji pomiędzy genetycznymi i psychosocjalnymi czynnikami w reakcji na stres a siłą więzi społecznych [14]. Do eksperymentu włączyli 20. psów różnych ras oraz 50. chorych, u których tradycyjne metody leczenia (farmakoterapia, elektrowstrząsy) nie przynosiły rezultatów. W pierwszym etapie badań pacjenci zaznajamiali się z psami, odwiedzając je na ich oddziale. W drugim etapie role odwrócono i psy przyprowadzano na oddział chorych. W przypadku, gdy pacjent nie poruszał się samodzielnie, psy doprowadzano do jego łóżka. Pacjenci mieli kontakt z wieloma psami i mogli wybrać tego, który najbardziej, w odniesieniu do rodzaju schorzenia i temperamentu, pasował do nich. W kolejnym etapie chorych podzielono na cztery grupy: 1. pełniącą opiekę nad zwierzętami na oddziale; 2. wychodzącą z psami na spacery wokół budynku; 3. wychodzącą na spacery z psami do przyszpitalnego parku i 4. biegającą z psami po parku. Najlepsze wyniki osiągała grupa 3 i 4. Po zakończeniu badania (dogoterapii), aż 47 z 50 chorych spełniało kryteria pozwalające na wypis z placówki [14].

W obecnym badaniu prawie wszyscy ankietowani (n=197) byli zgodni, iż pies może pełnić rolę terapeutyczną.

Rola terapeutyczna psa w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej

Obserwacje, jakie uzyskano w ostatnim czasie istniejącej pandemii, potwierdziły terapeutyczny wpływ psa na personel medyczny, co zostało objęte badaniem pilotażowym. Personel medyczny zajmujący się pacjentami z COVID-19 w Szpitalu Powiatowym w Jarocinie wspierał pies terapeutyczny - labrador. To pierwszy tego typu pilotaż w Polsce, a zapewne kluczowy, w zaistniałej trudnej sytuacji pandemii, z którą zmierzył się personel medyczny. Pies był przygotowywany do wspierania weteranów wojennych z zespołem stresu pourazowego (PTSD). Obecnie, w ramach unikatowego w skali kraju projektu "Pies na stres", pomagał lekarzom i pielęgniarkom pracującym z najciężej chorymi na COVID-19. W przerwach w pracy, w interakcji z psim terapeutą, personel medyczny redukował stres, niepokój i objawy depresji [15]. Walka z koronawirusem trwała już wówczas niemal rok, więc większość osób walczących na pierwszej linii z COVID-19 przejawiało znamiona stresu pourazowego. Uraz w obecnym przypadku rozumiany jako praca ponad normy i siły z ciężkimi przypadkami chorych na COVID-19 i przekracza to zdolności adaptacyjne [15].

Od wielu lat również w klinice psychiatrycznej w Marienheide Andreas Sobottka prowadzi badania naukowe na grupie pacjentów, którzy otrzymują dwa razy w tygodniu, oprócz rutynowych zabiegów, specjalną psią terapię. Przez cztery tygodnie pacjent ma kontakt z tym samym czworonogiem. Jak wynika z dotychczasowych obserwacji, ich obecność pozwala łagodzić sytuacje stresowe, stany lękowe, przywraca poczucie wiary w siebie, obniża ciśnienie krwi oraz łagodzi ból [16].

W ostatnim roku u większości obecnie badanych (53,8%) wystąpiła jakaś sytuacja kryzysowa i najczęstszym powodem jej wystąpienia była śmierć bliskiej osoby (n=30). Większość ankietowanych, którzy doświadczyli sytuacji kryzysowej stwierdziła, że obecność psa miała na nich pozytywny wpływ w tym trudnym okresie (n=99), głównie przez poprawę nastroju (n=189) oraz poprzez zmniejszenie poczucia samotności (n=184).

Obiektywnym wynikiem, który sugerowałby pozytywny wpływ kontaktu z psem na ogólną kondycję i zdrowie człowieka, są długoterminowe badania przeprowadzone w Niemczech i Australii pokazujące, że ludzie, którzy posiadają zwierzęta dłużej niż 5 lat deklarowali mniejszą ilość wizyt u lekarza średnio o około 10% [16].

Współcześnie dogoterapia, za Bagnowska [13] jest wyspecjalizowaną gałęzią *„oddziaływań terapeutycznych, w których rolę terapeuty pełni oczywiście człowiek, zaś rola psa jest wspomagająca. Dogoterapia jest metodą rehabilitacji opierającą się na odpowiednio wyszkolonych i przygotowanych psach”*. Idealnie wspomaga terapię osób niepełnosprawnych, ruchowo i intelektualnie, osób starszych oraz samotnych. Uznana jest za bardzo skuteczną w leczeniu zaburzeń emocjonalnych.

Wnioski

1. Większość ankietowanych posiadała obecnie psa, a w grupie osób, które nie posiadali obecnie psa, większość deklarowało posiadanie psa w przeszłości oraz twierdziła, iż w hierarchii rodziny jest on tak samo ważny jak inni jej członkowie.
2. W ostatnim roku u większości badanych wystąpiła jakaś sytuacja kryzysowa, głównie śmierć bliskiej osoby i bardzo wysoko oceniła poziom odczuwanej samotności, mimo najczęściej otrzymywanego wsparcie ze strony rodziny.
3. Większość ankietowanych, którzy doświadczyli sytuacji kryzysowej stwierdziła, że obecność psa miała na nich pozytywny wpływ w tym trudnym okresie, zwłaszcza poprzez poprawę nastroju oraz zmniejszenie poczucia samotności.
4. Większość ankietowanych twierdziła, iż pies pomaga zapomnieć o problemach, zmniejsza poczucie samotności, motywuje do aktywności fizycznej, wpływa na poprawę nastroju, pomaga w radzeniu sobie ze stresem oraz pomaga redukować negatywne emocje.
5. Respondenci za pozytywny wpływ oddziaływania psa w miejscu pracy uznali ocieplenie wizerunku firmy, poprawę samopoczucia pracowników, ułatwienie nawiązywania relacji pomiędzy pracownikami i obniżenie ich stresu, a za wady możliwość wprowadzenia chaosu, niszczenie przestrzeni biurowej oraz wzmożenie strachu.

Piśmiennictwo

1. Skłodowski H.: Człowiek w kryzysie– psychospołeczne aspekty kryzysu. Wydawnictwo Społecznej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania, Łódź, 2010.
2. Cierpiałkowska L., Sęk H. (red.): Psychologia kliniczna,. PWN, Warszaw, 2019.
3. Kubacka- Jasieck D.: Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych. Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa, 2010.
4. Bloom A.: Umysł zamknięty, przekł. T. Bieroń. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań, 2012.
5. Sobczak K., Leoniuk K.: Krytyczna analiza modelu postaw wobec śmierci i umierania Elisabeth Kubler-Ross [w:] Człowiek - Medycyna - Wartości, Starzyńska-Kościuszko E., Kucnera A. (red.). Instytut Filozofii UWM w Olsztynie, Olsztyn, 2014, 287-295.

6. Kubler- Ross E.: Pytania i odpowiedzi na temat śmierci i umierania Odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania dotyczące śmierci. Wydawnictwo Laurum, Warszawa, 2010.
7. Sipowicz K., Najbert E., Pietras T.: Dogoterapia. PWN, Warszawa, 2016.
8. Fine A.H.: Handbook on Animal Assisted Therapy. Oxford, 2010.
9. Govt K.C.B., Patankar W.W.: Health and mood- boosting powers of dogs as pets. Indian Journal of Scientific.Research, 2017, 2(2), 200-203.
10. Komunikat z badań CBOS. 2013. Postawy wobec zwierząt. Czerwiec 2013.
11. Jagielski D., Jagielska A., Pyszora A.: Dogoterapia — historia, założenia, cele. Propozycja zastosowania w opiece paliatywnej. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2014, 8(4), 163–167.
12. Kokocińska A.M., Kaleta T., Lewczuk D.: Zooterapia z elementami etologii. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2016.
13. Bagnowska M.: Najlepszy przyjaciel człowieka. Pies w roli terapeuty. Parezja, 2019, 2(12), 108-121.
14. Corson S.A., O'Leary Corson E.: Pet facilitated psychotherapy in a hospital setting. Current Psychiatric Therapies, 1975, 15, 277–286.
15. https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/aktualnosci/256116,pies-na-stres, data pobrania (16.08.2021).
16. Heady B., Grabka M., Kelley J., Reddy P., Tseng Y.: Pet ownership is good for your health and saves public expenditure too: Australian and German longitudinal evidence. Australian Socjal Monitor, 2002, 4, 93-99.

KRS: 0000690380 prosalute.com.pl

PRO SALUTE

DZIĘKUJEMY ZA WSPARCIE!

Stowarzyszenie Pro Salute
wspiera terapię i rehabilitację dzieci chorych
na Dystrofię Mięśniową Duchenne"a (DMD)
Chcesz nam pomóc?

Przekaż 1% - STOWARZYSZENIE PRO SALUTE
KRS 0000690380

wpłać na konto

Konto Stowarzyszenia na wszystkie cele statutowe
28 1950 0001 2006 0038 7745 0002
Bank: IDEA BANK S.A

Konto wyłącznie dla dzieci z dystrofią
71 1950 0001 2006 0038 7745 0004
Bank: IDEA BANK S.A

ISBN - 978-83-959846-7-9