



Interdyscyplinarne problemy zdrowia psychicznego

Praca zbiorowa pod redakcją

Małgorzaty Żendzian-Piotrowskiej

Michaliny Krzyżak

Agnieszki Paszko

Mateusza Maciejczyka



Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wydział Nauk o Zdrowiu

Zakład Higieny, Epidemiologii i Ergonomii

Monografia naukowa

Interdyscyplinarne problemy zdrowia psychicznego

Praca zbiorowa pod redakcją

Małgorzaty Żendzian-Piotrowskiej, Michaliny Krzyżak

Agnieszki Paszko oraz Mateusza Maciejczyka

Białystok 2021

Recenzenci

Barbara Choromańska, Katarzyna Guzińska-Ustymowicz,
Dominik Maślach, Lucyna Ostrowska, Magdalena Świderska,
Justyna Dorf, Anna Zalewska, Ewa Żebrowska

ISBN – 978-83-962852-5-6

Wydanie I

Białystok 2021

Opracowanie graficzne i skład: Mateusz Maciejczyk

Spis treści

<i>Zgony z powodu zaburzeń psychicznych i samobójstw w Polsce w latach 2002-2019 – analiza trendu</i>	5
<i>Zagrożenia świata wirtualnego w czasie izolacji społecznej</i>	18
<i>Młodzi dorośli i ich funkcjonowanie społeczne w dobie pandemii wywołanej wirusem SARS-COV2 – kształtowanie postaw i wartości</i>	29
<i>Mózg wierzący i mózg niewierzący z perspektywy neurobiologii i religii</i>	41
<i>Sacrum w oczach nauk neurobiologicznych i medycznych – przegląd badań dotyczących religijności, duchowości i wiary</i>	53
<i>Cierpienia psychiczne jako element krzywdy podlegający kompensacji oraz jako przesłanka odpowiedzialności</i>	64
<i>Zgoda Świadka Jehowy na transfuzję krwi – studium przypadku</i>	74
<i>Świadomość wpływu nikotyny na organizm człowieka a motywacja do porzucenia nałogu</i>	82

Zgony z powodu zaburzeń psychicznych i samobójstw w Polsce w latach 2002-2019 – analiza trendu

Beata Galińska-Skok¹, Dominika Ziembicka², Michalina Krzyżak²

¹Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; beata.galinska@umb.edu.pl (autor korespondencyjny)

²Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Zakład Higieny, Epidemiologii i Ergonomii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Dobrostan psychiczny jest niezbędny do prowadzenia zdrowego i produktywnego życia, ale zaburzenia psychiczne są jednym z głównych problemów zdrowotnych na świecie. Wg WHO w 2017r. 970 mln ludzi na świecie chorowało na zaburzenia psychiczne, w tym na zaburzenia lękowe 284 mln, a na depresję - 264 mln [1]. Dodatkowo depresja jest trzecią wiodącą przyczyną niepełnosprawności (*YLDs -years lived with disability*) po bólach dolnego odcinka kręgosłupa i bólach głowy, a przewlekłość i ciężkość depresji jest powiązana z samobójstwami. Kolejnym problemem zdrowotnym z obszaru zdrowia psychicznego są zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych. W 2017r. na świecie z tego powodu chorowało 175 mln ludzi, w tym 107 mln z powodu zaburzeń związanych z używaniem alkoholu [1].

Wśród dwudziestu wiodących przyczyn globalnego obciążenia chorobami (*GBD - Global Burden of Disease*) wyrażanego w DALY (utraczone lata życia skorygowane niesprawnością - *disability-adjusted life-year*) depresja zajmowała w 2000r. 16 miejsce i przesunęła się w 2019r. na 14 miejsce odpowiadając za utratę 1,8% lat przeżytych w zdrowiu [2]. W 2000r. na tej liście przed depresją widniały samobójstwa na 15 miejscu. W Polsce natomiast depresja odpowiadała w 2019r. za utratę 1,3% lat przeżytych w zdrowiu, alkohol za utratę 2,39% lat, a samobójstwa za utratę 2,17% lat.

W przeprowadzonym w latach 2009-2012 badaniu epidemiologicznym zaburzeń psychiatrycznych i dostępności opieki zdrowotnej EZOP – Polska, stwierdzono, że w badanej populacji 10 000 dorosłych Polaków w wieku 18-65 lat, przynajmniej jedno zaburzenie można rozpoznać w ciągu życia u 23,4% osób, co po ekstrapolacji na populację generalną daje ponad 6 milionów mieszkańców Polski [3]. Najczęstsze zaburzenia to zaburzenia związane z używaniem substancji (12,8%), w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu (11,9%).

Przyczyny umieralności ludności Polski w 2018r. wg danych GUS to na pierwszym miejscu choroby układu krążenia (40,5% wszystkich zgonów) i nowotwory złośliwe (24,5% wszystkich zgonów) [4]. Natomiast udział zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych (w tym samobójstwa)

wynosił 4,9%: 2,5% wśród kobiet i 7,0% wśród mężczyzn. Udział zgonów z powodu zaburzeń psychicznych wynosił 0,9% wszystkich zgonów: 0,4% wśród kobiet i 1,4% wśród mężczyzn

W krajach Unii Europejskiej zewnętrzne przyczyny zgonów, włączając wypadki, samobójstwa, zabójstwa i były odpowiedzialne za 4% wszystkich zgonów wśród kobiet i 5% zgonów wśród mężczyzn w 2017r. [5]. W tym samobójstwa stanowiły 1% wszystkich zgonów w EU w 2017r.

Na świecie samobójstwa odpowiadały za 1,3% wszystkich zgonów i były siedemnastą przyczyną śmierci w 2019r. [6]. Współczynnik zgonów z powodu samobójstw (standaryzowany względem wieku) wynosił $9/10^5$ w 2019r. (mężczyźni - $12,6/10^5$, kobiety – $5,4/10^5$).

Szkody zdrowotne związane z alkoholem są poważnym problemem zdrowia publicznego w EU. Wysoka konsumpcja alkoholu jest związana ze zwiększonym ryzykiem chorób serca i udaru, marskości wątroby, nowotworów i alkoholowego zespołu płodowego. Alkohol jest czynnikiem wpływającym na śmiertelność i umieralność z powodu wypadków, uszkodzeń, przemocy, zabójstwa i samobójstwa [5].

Cel pracy

Celem pracy była ocena poziomu i dynamiki zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i samobójstw w Polsce latach 2002-2019.

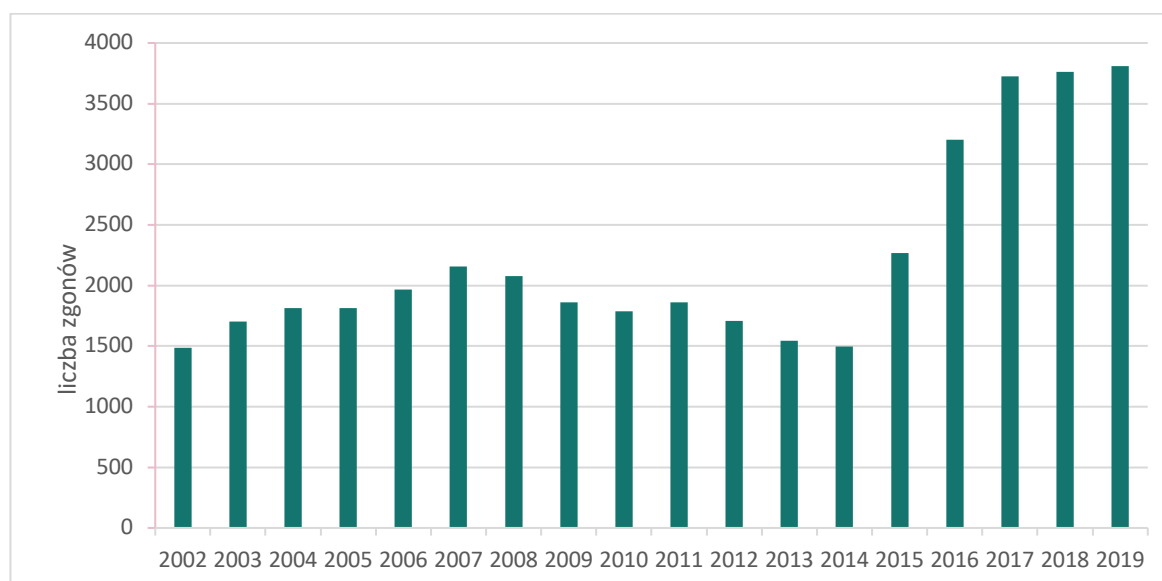
Materiał i metoda

Analizę epidemiologiczną przeprowadzono na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego obejmujących liczbę zarejestrowanych zgonów z powodu zaburzeń psychicznych (F01-F84), w tym z powodu używania alkoholu (F10) oraz z powodu samobójstw (X60-X84) w latach 2002-2019 w Polsce [7]. Obliczono surowe współczynniki umieralności z powodu zaburzeń psychicznych i samobójstw w Polsce w latach 2002-2019. Zmiany wartości współczynników umieralności z powodu zaburzeń psychicznych i samobójstw w Polsce oszacowano przy użyciu modeli joinpoint, na podstawie których obliczono średnią roczną procentową zmianę (*Average Annual Percent Change* – AAPC) oraz wartości współczynników umieralności w odniesieniu do każdego trendu. Do oceny istotności statystycznej APC wyznaczono 95-proc. przedział ufności. Za poziom istotności statystycznej przyjęto wartość $p < 0,05$. Analizę trendów wykonano przy użyciu programu *Joinpoint Regression Program Version 4.8.0.1*.

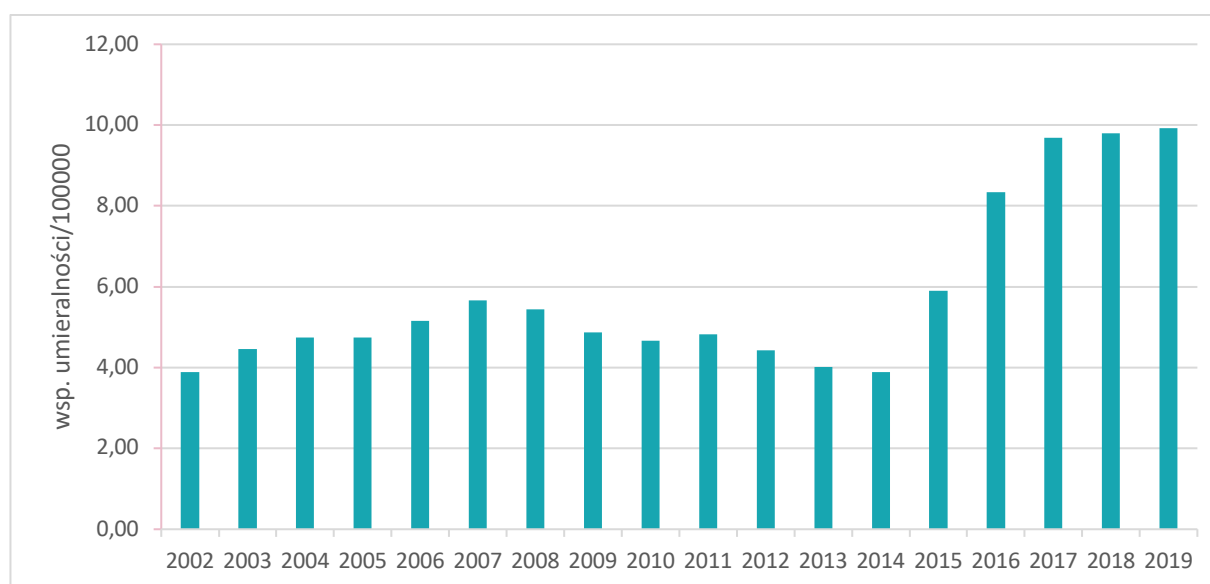
Wyniki

W Polsce w latach 2002-2019 odnotowano 40028 zgonów z powodu zaburzeń psychicznych. W analizowanych latach odnotowano wzrost liczby zgonów i współczynnika umieralności z powodu zaburzeń psychicznych. Najniższą liczbę zgonów i najniższą wartość współczynnika

umieralności odnotowano w 2002r. (odpowiednio 1485 i $3,89/10^5$) i w 2014r. (odpowiednio 1495 i $3,89/10^5$), a najwyższą liczbę zgonów i współczynnika umieralności w 2019r. (odpowiednio 3807; $9,92/10^5$) (Rycina 1 i 2).



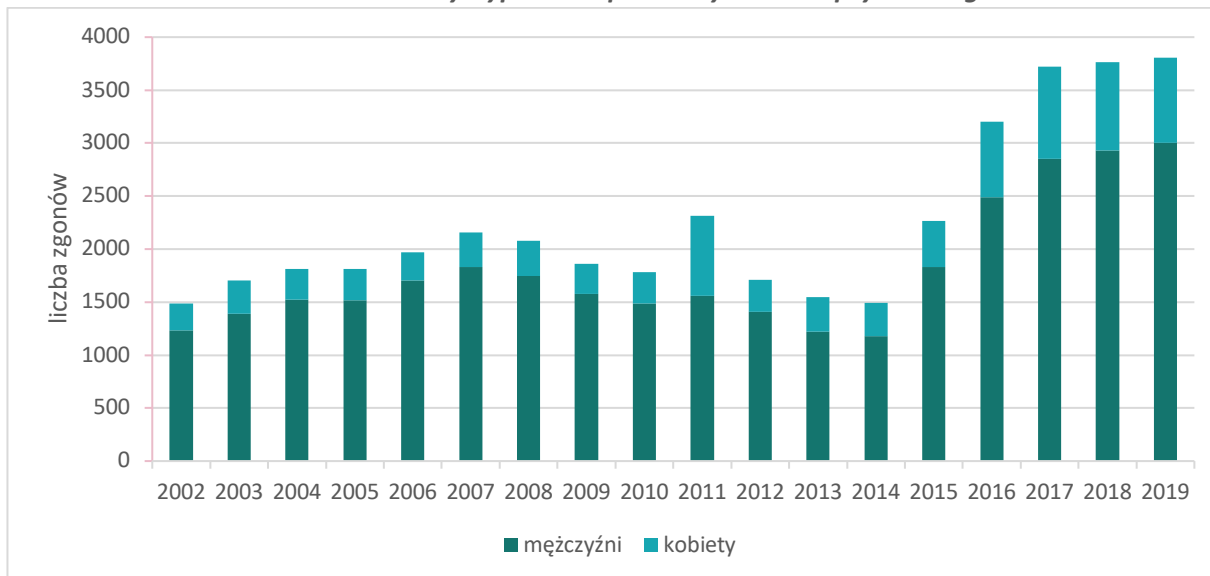
Rycina 1 Liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych w Polsce w latach 2002-2019



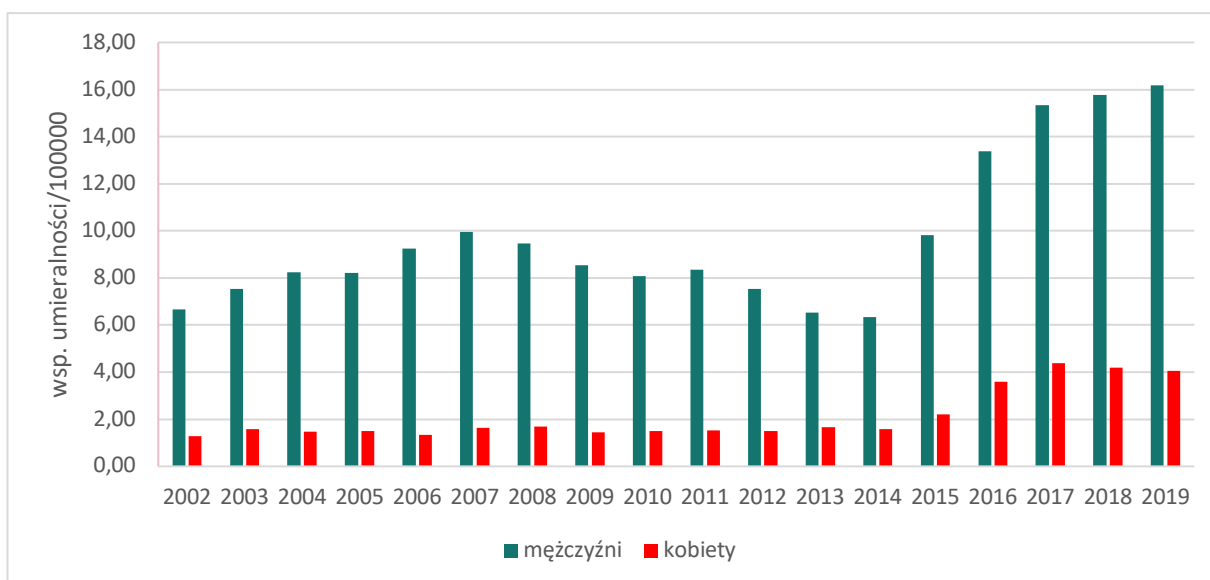
Rycina 2 Współczynniki umieralności z powodu zaburzeń psychicznych w Polsce w latach 2002-2019

Dokonano również obliczeń uwzględniając płeć. Bezwzględna liczba zgonów i współczynniki umieralności mężczyzn w porównaniu do kobiet były wyższe w każdym roku w badanym okresie. Najniższą liczbę zgonów mężczyzn odnotowano w 2014r. – 1181 (wsp. umieralności – $6,34/10^5$), a najwyższą w 2019r. – 3002 (wsp. umieralności – $16,17/10^5$). U kobiet najniższą liczbę zgonów odnotowano w 2002r – 253 (wsp. umieralności – $1,28/10^5$), a najwyższą w 2017r. – 872 (wsp. umieralności – $4,40/10^5$) (Rycina 3 i 4).

Interdyscyplinarne problemy zdrowia psychicznego



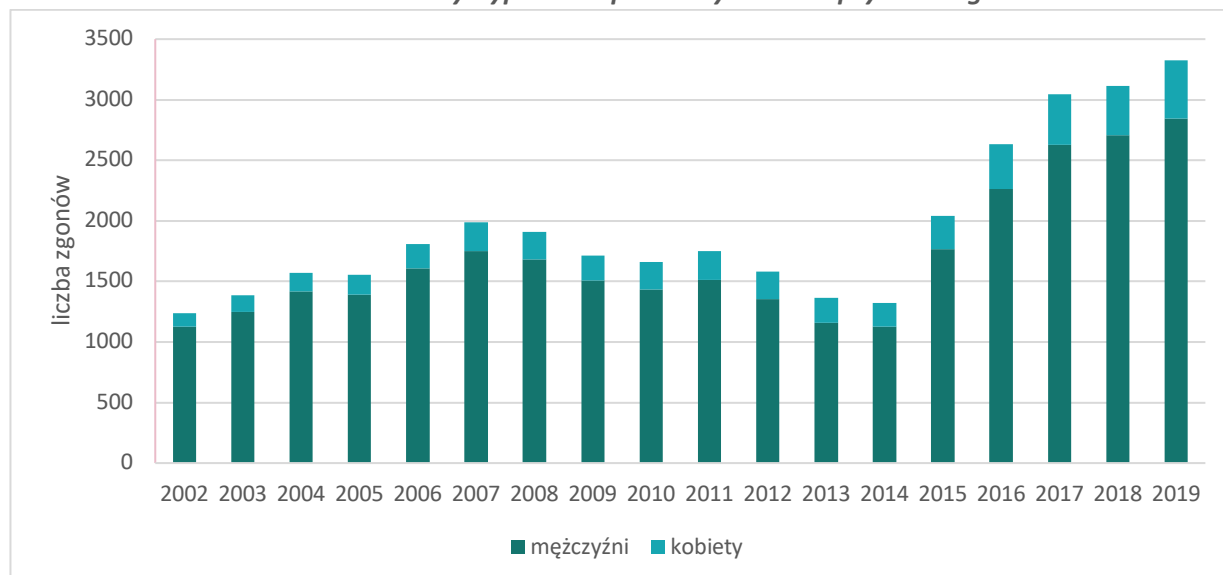
Rycina 3 Liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych w Polsce wg płci w latach 2002-2019



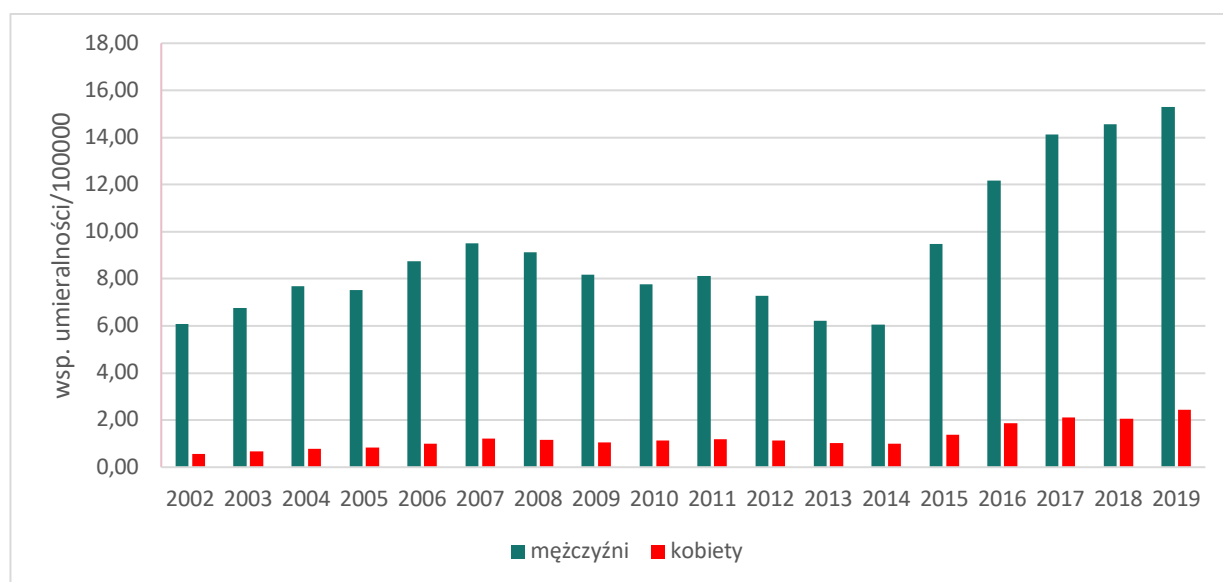
Rycina 4 Współczynniki umieralności z powodu zaburzeń psychicznych w Polsce wg płci w latach 2002-2019

Dokonano również analizy rozpoznań wg klasyfikacji ICD-10 w zakresie zaburzeń psychicznych i odnotowano najwięcej zgonów spowodowanych użyciem alkoholu (F10) - od 81,17% w 2003r. do 94,14% w 2011r. W latach 2002-2019 zmarło 35005 osób z powodu użycia alkoholu. Bezwzględna liczba zgonów i współczynniki umieralności mężczyzn w porównaniu do kobiet były wyższe w każdym roku w badanym okresie. Najniższą liczbę zgonów mężczyzn odnotowano w 2002r. – 1124 (wsp. umieralności – 6,07/10⁵), a najwyższą w 2019r. – 2842 (wsp. umieralności – 15,31/10⁵). U kobiet najniższą liczbę zgonów odnotowano w 2002r – 111 (wsp. umieralności – 0,56/10⁵), a najwyższą w 2019r. – 484 (wsp. umieralności – 2,44/10⁵) (Rycina 5 i 6).

Interdyscyplinarne problemy zdrowia psychicznego

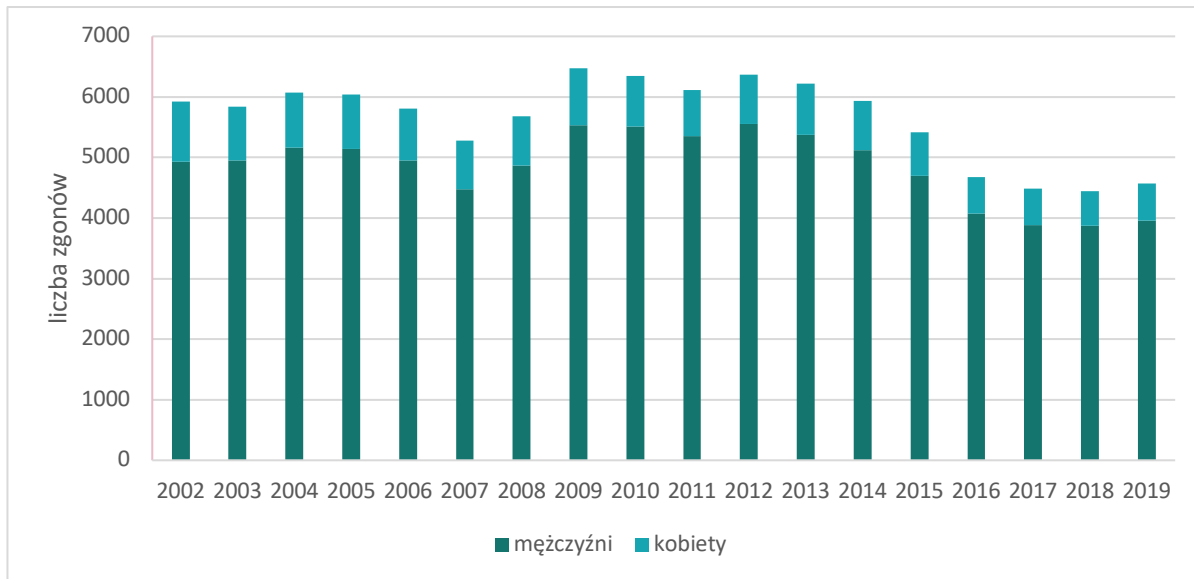


Rycina 5 Liczba zgonów z powodu używania alkoholu (F10) w Polsce wg płci w latach 2002-2019

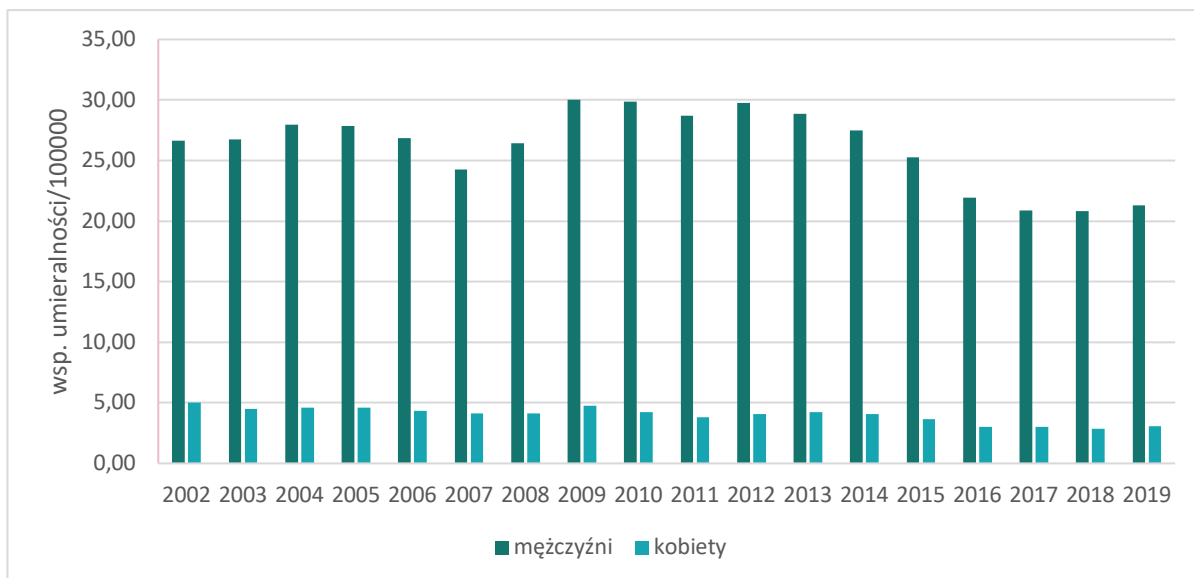


Rycina 6 Współczynniki umieralności z powodu używania alkoholu (F10) w Polsce wg płci w latach 2002-2019

W Polsce w latach 2002-2019 odnotowano 101659 zgonów z powodu samobójstwa. Najniższą liczbę zgonów i najniższą wartość współczynnika umieralności z powodu samobójstw odnotowano w 2018r. (odpowiednio 4441 i 11,56/10⁵), a najwyższą liczbę zgonów i współczynnika umieralności w 2009r. (odpowiednio 6474; 16,96/10⁵). Bezwzględna liczba zgonów i współczynniki umieralności mężczyzn w porównaniu do kobiet były wyższe w każdym roku w badanym okresie. Najniższą liczbę zgonów mężczyzn odnotowano w 2018r. – 3970 (wsp. umieralności – 20,83/10⁵), a najwyższą w 2012r. – 5555 (wsp. umieralności – 29,79/10⁵). U kobiet najniższą liczbę zgonów odnotowano w 2018r – 571 (wsp. umieralności – 2,88/10⁵), a najwyższą w 2009r. – 944 (wsp. umieralności – 4,78/10⁵) (Rycina 7 i 8).



Rycina 7 Liczba zgonów z powodu samobójstw w Polsce wg płci w latach 2002-2019



Rycina 8 Współczynniki umieralności z powodu samobójstw w Polsce wg płci w latach 2002-2019

W latach 2002-2019 odnotowano wzrost współczynnika umieralności z powodu zaburzeń psychicznych (F01-F84) i z powodu użycia alkoholu (F10) w Polsce, a średnioroczna zmiana wynosiła odpowiednio 5,3% i 5,8% była istotna statystycznie ($p < 0,05$). W latach 2002-2019 odnotowano spadek współczynnika umieralności z powodu samobójstw (X60-X84), a średnioroczna zmiana wynosiła 1,8% i była istotna statystycznie ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1 Trendy współczynnika umieralności z powodu zaburzeń psychicznych i samobójstw w Polsce w latach 2002-2019

Przyczyna zgonu	Współczynnik umieralności/10 ⁵		Lata 2002 - 2019		
	Rok 2002	Rok 2019	Różnica [%] ¹	AAPC ²	95% PU ³
F01-F84	3,89	9,92	+155	5,3*	2,6;8,2
F10	3,23	8,67	+168	5,8*	2,3;9,4
X60-X84	15,50	11,90	-23	-1,8*	-2,9;-0,6

1- Różnica (%) w wartości współczynnika umieralności pomiędzy rokiem 2002 i 2019

2- Średnia roczna procentowa zmiana (*Average Annual Percent Change*)

3- 95% przedział ufności

*-AAPC różni się istotnie statystycznie od zera ($p<0,05$)

Wśród mężczyzn w latach 2002-2019 odnotowano wzrost współczynnika umieralności z powodu zaburzeń psychicznych (F01-F84) i z powodu użycia alkoholu (F10) w Polsce, a średnioroczna zmiana wynosiła odpowiednio 5,1% i 5,4% była istotna statystycznie ($p<0,05$). W latach 2002-2019 odnotowano spadek współczynnika umieralności z powodu samobójstw (X60-X84), a średnioroczna zmiana wynosiła -1,6% i była istotna statystycznie ($p<0,05$) (Tab. 2).

Tabela 2 Średnioroczna zmiana wartości współczynnika umieralności u mężczyzn z powodu zaburzeń psychicznych i samobójstw w Polsce w latach 2002-2019

Przyczyna zgonu	Współczynnik umieralności/10 ⁵		Lata 2002 - 2019		
	Rok 2002	Rok 2019	Różnica [%] ¹	AAPC ²	95% PU ³
F01-F84	6,65	16,17	+143	5,1*	2,1;8,2
F10	6,07	15,31	+152	5,4*	1,9;9,0
X60-X84	26,65	21,31	-20	-1,6*	-2,8;-0,4

1- Różnica (%) w wartości współczynnika umieralności pomiędzy rokiem 2002 i 2019

2- Średnia roczna procentowa zmiana (*Average Annual Percent Change*)

3- 95% przedział ufności

*-AAPC różni się istotnie statystycznie od zera ($p<0,05$)

Wśród kobiet w latach 2002-2019 odnotowano wzrost współczynnika umieralności z powodu zaburzeń psychicznych (F01-F84) i z powodu użycia alkoholu (F10) w Polsce, a średnioroczna zmiana wynosiła odpowiednio 6,2% i 8,7% była istotna statystycznie ($p<0,05$). W latach 2002-2019 odnotowano spadek współczynnika umieralności z powodu samobójstw (X60-X84), a średnioroczna zmiana wynosiła -3% i była istotna statystycznie ($p<0,05$) (Tab.3).

Tabela 3 Średnioroczna zmiana wartości współczynnika umieralności u kobiet z powodu zaburzeń psychicznych i samobójstw w Polsce w latach 2002-2019

Przyczyna zgonu	Współczynnik umieralności/10 ⁵		Lata 2002 - 2019		
	Rok 2002	Rok 2019	Różnica [%] ¹	AAPC ²	95% PU ³
F01-F84	1,29	4,06	+215	6,2*	1,4;11,3
F10	0,56	2,44	+136	8,7*	5,0;12,5
X60-X84	5,03	3,08	-39	-3,0*	-4,4;-1,7

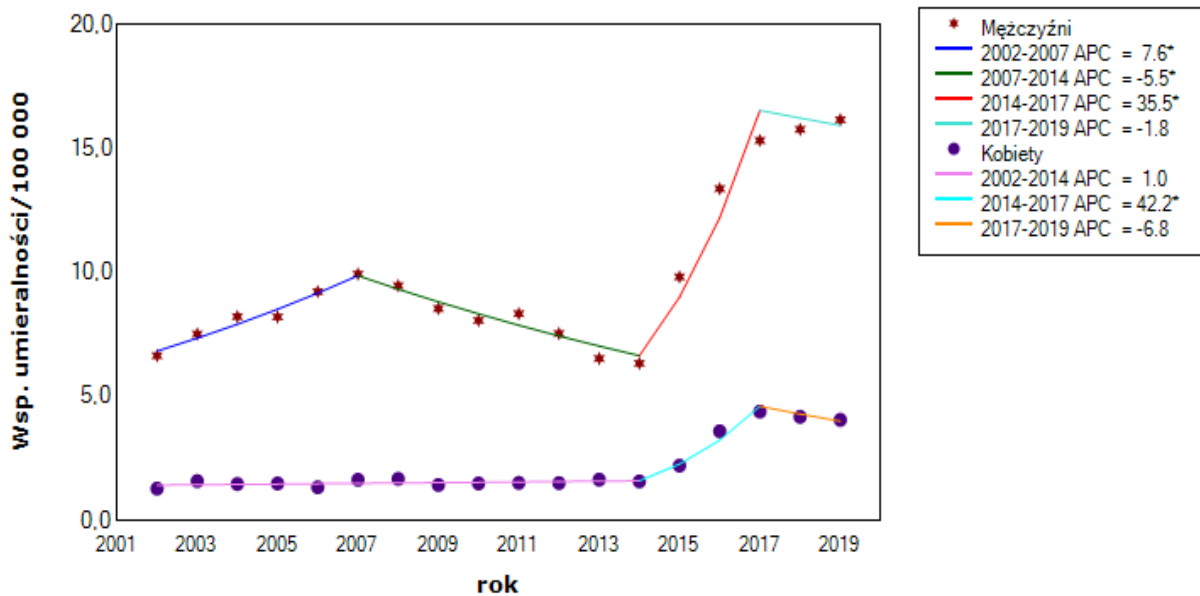
1- Różnica (%) w wartości współczynnika umieralności pomiędzy rokiem 2002 i 2019

2- Średnia roczna procentowa zmiana (*Average Annual Percent Change*)

3- 95% przedział ufności

*-AAPC różni się istotnie statystycznie od zera ($p<0,05$)

W latach 2002-2019 przebieg trendu współczynnika umieralności z powodu zaburzeń psychicznych mężczyzn i kobiet różnił się istotnie statystycznie ($p=0,0004$) (Ryc. 9). W przypadku kobiet współczynniki umieralności wykazywały powolny, ale rosnący trend do 2014r. (0,95% rocznie), w okresie 2014-2017 nastąpił gwałtowny istotny wzrost trendu (42,18% rocznie). Następnie trend uległ odwróceniu na malejący w latach 2017-2019 (-6,75% rocznie). W przypadku mężczyzn współczynniki umieralności wykazywały trend rosnący do 2007r. (7,64% rocznie), następnie trend spadkowy do 2014r. (-5,49% rocznie). Po czym w latach 2014-2017 nastąpiło odwrócenie trendu na szybko rosnący (35,50% rocznie), który od 2017r. wykazuje tendencję spadkową (-1,85% rocznie).

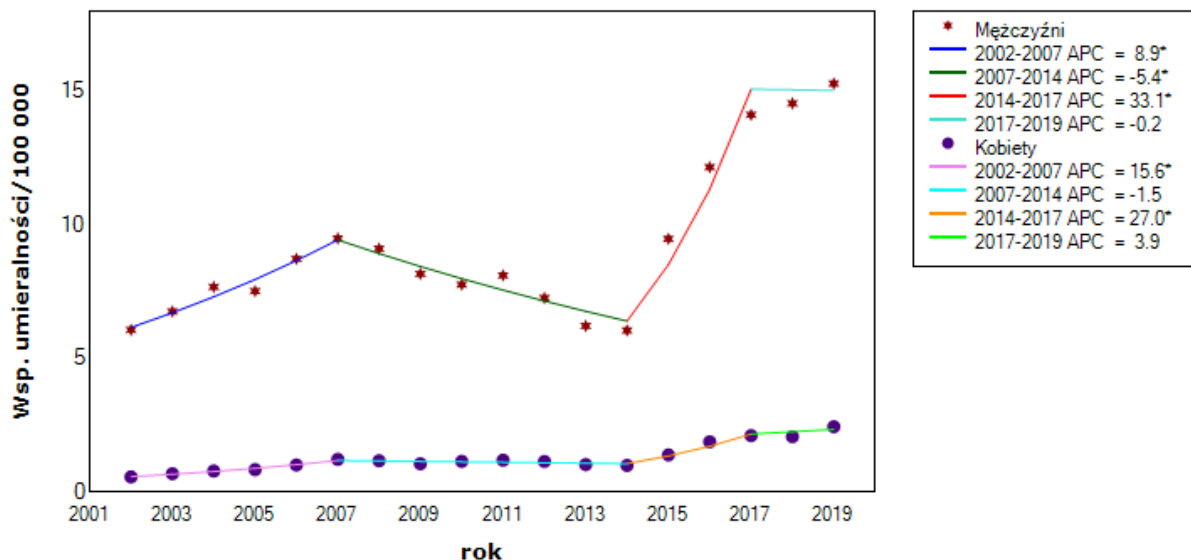


*-AAPC różni się istotnie statystycznie od zera ($p<0,05$)

Rycina 9 Trendy współczynnika umieralności z powodu zaburzeń psychicznych (F01-F84) w Polsce wg płci w latach 2002-2019

W latach 2002-2019 przebieg trendu współczynnika umieralności z powodu używania alkoholu (F10) mężczyzn i kobiet różnił się istotnie statystycznie ($p=0,0002$) (Ryc. 10). Zwraca uwagę istotny wzrost współczynnika umieralności w latach 2014-2017 u mężczyzn i kobiet: roczna zmiana wynosiła odpowiednio 33,10% i 27,01%.

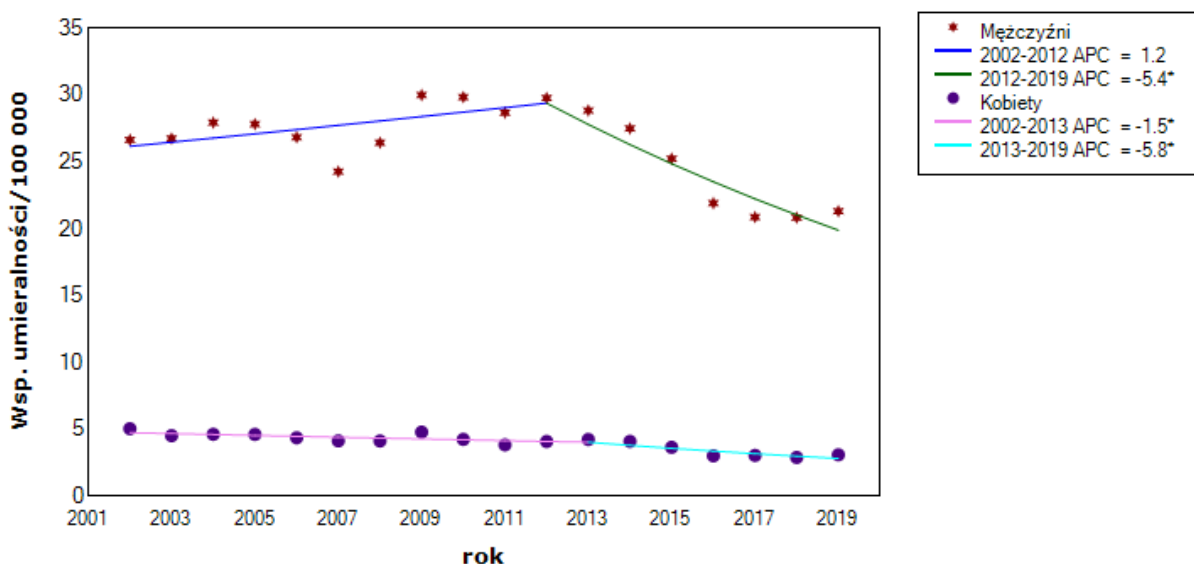
Interdyscyplinarne problemy zdrowia psychicznego



*-AAPC różni się istotnie statystycznie od zera ($p < 0,05$)

Rycina 10 Trendy współczynnika umieralności z powodu używania alkoholu (F10) w Polsce wg płci w latach 2002-2019

W latach 2002-2019 przebieg trendu współczynnika umieralności z powodu samobójstw (X60-X84) mężczyzn i kobiet różnił się istotnie statystycznie ($p = 0,0002$) (Ryc. 11). Wartość współczynnika umieralności mężczyzn miała trend rosnący w latach 2002-2012, a następnie malejący. Natomiast wartość współczynnika umieralności kobiet miała trend spadkowy w całym analizowanym okresie.



*-AAPC różni się istotnie statystycznie od zera ($p < 0,05$)

Rycina 11 Trendy współczynnika umieralności z powodu samobójstw (X60-X84) w Polsce wg płci w latach 2002-2019

Dyskusja

W niniejszej analizie zgodnie z danymi GUS współczynnik umieralności z powodu zaburzeń psychicznych miał trend rosnący, a średnioroczna zmiana wynosiła 5,3%. Analiza trendu wykazała najwyższy wzrost współczynników w latach 2014-2017 zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. Współczynniki umieralności były wyższe w grupie mężczyzn w porównaniu do kobiet. Znaczącą większość przyczyn umieralności z powodu zaburzeń psychicznych stanowiły zgony spowodowane użyciem alkoholu, a liczba zgonów i współczynniki umieralności mężczyzn były wyższe w porównaniu do kobiet. Analiza trendu wykazała najwyższy wzrost współczynników umieralności w latach 2014-2017.

Wg danych WHO w 2019r. na świecie zgony z powodu użycia alkoholu i innych substancji psychoaktywnych stanowiły 97,3% zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i używania substancji psychoaktywnych (odpowiednio 45% z powodu użycia alkoholu, 52,3% z powodu użycia innych substancji psychoaktywnych) [6]. W niniejszej analizie wg danych GUS w 2019r. 87% zgonów z powodu zaburzeń psychicznych było spowodowanych użyciem alkoholu. Może to świadczyć to o nadmiernej umieralności z powodu użycia alkoholu w Polsce w porównaniu do danych światowych.

W analizie zgonów z powodu samobójstw z 2004r. w Polsce na tle Unii Europejskiej, zanotowano wzrost współczynników zgonów z powodu samobójstw w grupie młodych mężczyzn w wieku 15-29 lat od $18,8/10^5$ w 1996r. do $22,2/10^5$, a częstość samobójstw u młodych mężczyzn przekroczyła w Polsce średni poziom krajów UE-12 [8]. W 2008r. samobójstwa były ósmą przyczyną zgonów ludności Polski (po chorobie niedokrwiennej serca, chorobach naczyń mózgowych, nowotworach złośliwych tchawicy, oskrzela i płuca, nowotworach jelita grubego, otyłości i otyłości, infekcji dolnych dróg oddechowych, przewlekłej choroby obturacyjnej płuc i cukrzycy, a szóstą przyczyną zgonów mężczyzn [9].

Wg prognozy na 2030 rok rzeczywisty współczynnik umieralności ogólnej Polaków będzie o 17-25% wyższy niż w 2008r., natomiast dla przyczyn zewnętrznych (wypadki drogowe) zgonów i samobójstw przewidywano spadek wartości współczynnika umieralności [9]. W niniejszym badaniu w analizowanym okresie umieralność z powodu samobójstw wykazywała tendencję malejącą, a średnioroczna zmiana wartości współczynnika umieralności wynosiła -1,8%. Malejąca tendencja u mężczyzn była obserwowana od 2012r, a u kobiet przez cały analizowany okres. Wyniki niniejszej analizy są zgodne z kierunkiem prognoz. W ciągu 20 lat (2000-2019) globalny współczynnik zgonów z powodu samobójstw (standaryzowany wg wieku) spadł o 36%, ale jeśli tempo spadku utrzyma się na dotychczasowym poziomie to nie zostaną osiągnięte cele WHO, aby zredukować umieralność z powodu samobójstw o jedną trzecią w 2030r. [10].

W niniejszej analizie liczba zgonów i współczynniki umieralności z powodu samobójstw są wyższe dla mężczyzn niż dla kobiet. W zestawieniu dziesięciu najważniejszych przyczyn zgonów

ludności Polski wg wieku w 2018r. samobójstwa były najczęstszą przyczyną zgonu Polaków w wieku 25-44 lat, a drugą co do częstości w wieku 15-24 lat po wypadkach w komunikacji lądowej [4]. Wg danych Komendy Głównej Policji w Polsce w 2019r. liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem wyniosła 5255 (4497 mężczyzn i 756 kobiet, odpowiednio 86% i 14%). Ponadto zaburzenia i choroby psychiczne były ustaloną przyczyną 18% samobójstw [11].

Różnice związane z płcią dotyczące samobójstw są znaczące również w innych krajach EU: zgony mężczyzn stanowią trzy czwarte zgonów z powodu samobójstw w krajach europejskich. Średnio było 11 zgonów z powodu samobójstw na 100 000 ludności w krajach europejskich w 2017r. Wskaźnik samobójstw był najniższy na Cyprze, w Grecji, we Włoszech i na Malcie – mniej niż 6/105. Litwa i Słowenia miały najwyższy współczynnik samobójstw, odpowiednio 26 i 20 zgonów na 100 000 ludności. Współczynnik samobójstw uległ zmniejszeniu w prawie wszystkich krajach EU o 50% pomiędzy 2000 a 2017r. [5].

Zgon przed dożyciem wieku 75 lat jest przedwczesny i niesie ze sobą utratę potencjalnych lat życia (*PYLL - Potential Years of Life Lost*). Udział w utraconych potencjalnych latach życia zgonów z powodu problemów zdrowotnych związanych z alkoholem wg płci wynosił w Polsce w 2018r., odpowiednio 5,9% dla kobiet i 9,5% dla mężczyzn, a w odniesieniu do samobójstw odpowiednio 1,6% i 5,5% [4].

Zgony spowodowane chorobami związanymi ze spożywaniem alkoholu oraz używaniem innych środków psychoaktywnych, a także urazami wypadkowymi i samobójstwami są zaliczane do kategorii zgonów, którym można zapobiegać (*preventable causes of death*) poprzez profilaktykę pierwotną i publiczne interwencje np. politykę ograniczania spożycia substancji psychoaktywnych czy kampanie społeczne dotyczące samobójstw [12]. W Europie w 2017r. wśród przyczyn zgonów, którym można zapobiegać, 11% stanowiły zgony związane z alkoholem, a 6% zgony samobójcze [5]. W Polsce wskaźnik liczby zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce zmniejszył się o około 10% w latach 2011-2016, ale nadal przekracza średnią europejską o ponad jedną trzecią (w Polsce 218/10⁵, w EU 161/10⁵) [13]. Natomiast wydatki na osobę na opiekę profilaktyczną w Polsce są niskie i wynoszą mniej niż średnia europejska (34 EUR vs. 89 EUR).

Interwencje zapobiegające samobójstwom wg WHO to przede wszystkim: ograniczony dostęp do narzędzi jak pestycydy czy broń palna, współpraca z mediami celem odpowiedzialnego raportowania o samobójstwach, wzmacnianie społecznych i emocjonalnych życiowych umiejętności u nastolatków, wczesna identyfikacja, ocena, postępowanie i *follow-up* każdego kto wykazuje zachowania samobójcze [14, 15].

W Polsce zalecenia profilaktyki problemów związanych ze stylem życia i czynnikach ryzyka zostały określone jako cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 [16]. Zadania związane z używaniem substancji psychoaktywnych i problemów zdrowia

psychicznego są realizowane w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii i krajowego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych poprzez działania informacyjne, edukacyjne, prowadzenie polityki na rzecz ograniczania popytu i podaży substancji psychoaktywnych, szkolenia kadr, realizowanie programów wczesnej interwencji w środowiskach zagrożonych, monitorowanie sytuacji epidemiologicznej poprzez zbieranie i analizę danych. W ramach zadań służących realizacji profilaktyki problemów zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego społeczeństwa prowadzone są m.in. działania na rzecz zapobiegania depresji, samobójstwom w populacjach o zwiększonym ryzyku. Edycja Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 znacząco poszerza zadania związane z zapobieganiem zachowaniom samobójczym [17].

Również Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 określa strategię działań mających na celu zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w tym przeciwdziałania dyskryminacji [18].

Wnioski

Analiza trendu wykazała zwiększanie poziomu umieralności z powodu zaburzeń psychicznych w tym głównie z powodu użycia alkoholu w Polsce w latach 2002-2019.

Analiza trendu wykazała zmniejszanie poziomu umieralności z powodu samobójstw w Polsce w latach 2002-2019.

Wyższy poziom umieralności z powodu zaburzeń psychicznych w tym z powodu użycia alkoholu oraz samobójstw jest obserwowany w populacji mężczyzn.

Wskazane jest kontynuowanie i wdrażanie nowych programów profilaktycznych dotyczących używania alkoholu i prewencji samobójstw.

Piśmiennictwo

1. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392: 1789-858.
2. Global Health Estimates 2020: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. Geneva, World Health Organization; 2020.
3. Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyński B. red. Kondycja Psychiczna Mieszkańców Polski. Raport z badań Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2012.

4. Wojtyniak B.: Długość i umieralność ludności Polski. W: Wojtyniak B., Goryński P. red. Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania 2020. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa; 2020. s. 69-202.
5. OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: state of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
6. Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. Geneva, World Health Organization; 2020
7. <https://demografia.stat.gov.pl/BazaDemografia/Tables.aspx>
8. Mazur J.: Zgony z powodu samobójstw w Polsce na tle Unii Europejskiej – aktualne tendencje i uwarunkowania demograficzne. Przegl Epidemiol 2007; 61: 777-784.
9. Poznańska A., Wojtyniak B., Seroka W.: Najważniejsze przyczyny zgonów Polaków w 2030 roku. Przegl Epidemiol 2011; 65: 483-489.
10. Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
11. <https://www.statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803>, Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html
12. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>
13. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela.
14. LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
15. Zapobieganie samobójstwom. Imperatyw ogólnościowy. Hołyst B. red. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2018.
16. Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, Dziennik Ustaw 2016, poz. 1492.
17. Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, Dziennik Ustaw 2021, poz. 642.
18. Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, Dziennik Ustaw 2017, poz. 458.

Zagrożenia świata wirtualnego w czasie izolacji społecznej

Katarzyna Tomaszewicz^{1*}, Karolina Wanda Borkowska¹, Anna Grajewska¹, Hubert Chabowski², Piotr Worona³, Edyta Rysiak¹

¹*Zakład Chemii Leków, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

²*Studenckie Koło Naukowe Farmacji Społecznej przy Zakładzie Chemii Leków, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; tomaszewiczkataryna@gmail.com (autor korespondencyjny)*

³*Kancelaria Adwokacka dr Piotr Worona*

Wprowadzenie

W ciągu całego swojego życia, każdy człowiek żyjący w danym środowisku społecznym, którego staje się immanentną częścią już w chwili narodzin, tworzy różnorodne relacje społeczne, naturalnie nawiązuje bliższe lub dalsze kontakty, więzi, pełni mnogie role społeczne, przypisane mu przez społeczeństwo, w którym żyje. Człowiek to niewątpliwie „istota społeczna”, co stwierdzone zostało już przez Arystotelesa, który zdefiniował człowieka jako istotę z natury zdolną do uczestnictwa w życiu społecznym [1]. To właśnie poprzez życie społeczne, a także przede wszystkim, poprzez stosunek do otaczających go ludzi, świata oraz przez same relacje z otoczeniem „określana jest osobowość człowieka, której nie można całkowicie oddzielić od pełnionych przez niego ról” [2]. Zdaniem autorki pracy „*Skazani na samotność? O konsekwencjach izolacji społecznej w wybranych jej kontekstach*”, żaden człowiek nie jest w stanie prawidłowo się rozwijać i funkcjonować w oderwaniu od świata i społeczeństwa, które stanowią jego naturalne środowisko i punkt odniesienia. Sprawne funkcjonowanie osobowości ludzkiej i samej jednostki warunkowane jest tworzeniem oraz pozostawaniem w określonej interakcji ze społeczeństwem oraz otaczającym światem zewnętrznym. To właśnie warunki, które są tworzone przez środowisko społeczne oraz świat zewnętrzny mają wpływ na funkcjonowanie w nich jednostki, jak także funkcjonowanie samej jednostki, czyli m.in. na jej dobre samopoczucie, rozwój, samoakceptację, samorealizację, nawiązywanie wartościowych relacji i więzi emocjonalnych. W sytuacji, kiedy dotychczasowe, otaczające jednostkę warunki środowiska społecznego zostają utrudnione lub mają miejsce ograniczenia związane z funkcjonowaniem w nich jednostki czy też wzajemnego oddziaływania jednostek oraz świata, może nastąpić zachwianie i zaburzenie tworzonych z otoczeniem relacji oraz samej równowagi psychicznej człowieka. Scharakteryzowaną sytuację, w której następuje zawieszenie czy nawet zerwanie tworzonych relacji człowiek-swiat nazywamy izolacją [3,4]. Poprzez termin izolacji społecznej, rozumiane jest

ograniczenie lub brak interakcji oraz komunikacji międzyludzkiej, czego przejawem m.in. jest brak kontaktu fizycznego, tworzenie barier społecznych. Dotychczas najważniejszymi powodami wyizolowania społecznego były, przede wszystkim, problemy fizyczne lub psychiczne jednostek, jednak w obecnych czasach należy dodać do nich pandemię, jak np. pandemia COVID-19, która problem izolacji społecznej podniosła do rangi jednych z najważniejszych problemów współczesnego świata.

Człowiek w pandemicznych czasach, nie mogąc funkcjonować w dotychczasowych warunkach świata rzeczywistego, jeszcze bardziej niż dotychczas, poznaje i zagłębia się w świat wirtualny, rzeczywistość wirtualną (ang. *Virtual Reality*, VR). Potwierdzają to słowa Aleksandra Cabana, członka zarządu Carbon Studio - pioniera na polskim i europejskim rynku w dziedzinie developmentu gier dedykowanych technologii VR. Stwierdził on, iż: „To jest złoty czas dla VR. Oczywiście sytuacja jest bardzo poważna, niemniej w kontekście sprzedaży gier na całym świecie można zauważyć trend wzrostowy. Co do samego sprzętu VR, można zaobserwować wyższy popyt niż podaż - niemal wszystkie gogle zostały zupełnie wyprzedane. Ludzie nie mogąc spotykać się z innymi w realnym świecie, przenieśli wspólną aktywność do wirtualnej rzeczywistości, gdzie mogą przebywać ze sobą (...)” [5]. Świat ten wydaje się tworzyć więcej możliwości niż ten realny, dostępny podczas izolacji społecznej, ponieważ zapewnia więcej atrakcyjnych rozrywek, narzędzi komunikacji, stwarza ciekawe możliwości rozwoju czy też nauki (np. szkolenia online). Pod terminem świata wirtualnego - inaczej rzeczywistości wirtualnej należy rozumieć sztuczną rzeczywistość, stworzoną za pomocą nowoczesnych technologii informatycznych. Obraz tej rzeczywistości „polega na multimedialnym kreowaniu komputerowej wizji przedmiotów, przestrzeni i zdarzeń nieistniejących w naturze. Uzyskuje się to poprzez generowanie obrazów, efektów akustycznych, a nawet zapachowych czy smakowych” [6]. Jako najprostszy przykład można podać gry komputerowe, które bazują na odzwierciedleniu mniej lub bardziej rzeczywistego świata. Nic więc dziwnego, że świat wirtualny obecnie odgrywa coraz większą rolę, a niekiedy zastępuje świat realny, z czym wiąże się wiele zagrożeń i niebezpieczeństw, będących „skutkami ubocznymi” niewłaściwego wykorzystywania technologii lub ich nadużywania. Poniżej podjęta została próba przedstawienia wybranych zagrożeń świata wirtualnego, na podstawie badań przedstawionych w raporcie SpołTech „Jakie szanse i zagrożenia niesie technologia VR?” (Dalej: Raport). Podatność na zagrożenia oraz różnego rodzaju niebezpieczeństwa, które można określić jako „skutki uboczne” świata wirtualnego, uzależniona jest m.in. od osobowości danej jednostki, jej wrażliwości czy też odporności psychicznej.

Jedno z zaprezentowanych w Raporcie badań, przeprowadzone zostało na 20 profesjonalistach w swojej dziedzinie, pracujących na co dzień z Virtual Reality (dalej: VR), którzy zapytani zostali o doświadczane skutki uboczne w związku z pełną imersją, czyli tzw.

pochłonięciem przez rzeczywistość wirtualną. Wykazano, iż 18 z 20 osób, biorących udział w badaniu przyznało, że dotknęły ich skutki uboczne korzystania z VR. Do najczęściej wymienianych należały: „ból głowy, mdłości oraz poczucie utraty kontaktu z rzeczywistością po powrocie z doświadczenia, rozkojarzenie, rzadziej problemy ze snem, koszmary lub intensywne marzenia sennie” [7]. Jak wynika z badania, skutki uboczne imersji utrzymywały się od kilku godzin do kilkudziesięciu godzin (15 z 20 osób zadeklarowało utrzymywanie się skutków kilka godzin, 3 osoby – dobę, 2 osoby – 2 doby) [8]. Skutki uboczne nadużywania VR mogą prowadzić do powstawania wielu zaburzeń, a nawet chorób, którym nadano ogólną nazwę – symptomów choroby wirtualnej, a wśród nich należy wymienić najczęstsze tj.: oszołomienie, ucisk w górnej części jamy brzusznej, podwyższona potliwość, nudności, zawroty głowy, bóle głowy, zaburzenia równowagi, apatia, senność, słaba koncentracja, depresja [9]. Warto podkreślić, iż owe skutki uboczne stanowiące jedno z zagrożeń świata wirtualnego, w sytuacji wzmożonego korzystania z VR (co ma niewątpliwie miejsce w warunkach izolacji społecznej np. spowodowanej pandemią COVID-19, w której średni, dzienny czas korzystania z Internetu, przeciętnego użytkownika wydłużył się o 1,5 h [10]) mogą nasilać się i powodować dyskomfort, utrudniający funkcjonowanie w świecie rzeczywistym czy też wykonywanie codziennych obowiązków jak i przekładać się na pogarszanie relacji i więzi z najbliższymi. W konsekwencji może to skutkować utrzymującym się złym samopoczuciem psychicznym, oddaleniem i wycofaniem.

Jednym z poważniejszych i bardziej niebezpiecznych zagrożeń świata wirtualnego wydaje się być poczucie utraty kontaktu z rzeczywistością. Co ciekawe, jak wynika z badań, może ono przybierać różne formy, a jedną z nich jest odczuwanie smutku czy też poczucie rozczarowania lub niepokoju, towarzyszące w po powrocie do realnego świata, czyli tzw. „post-wirtualny smutek”. Wyniki dowodzą, iż jest to bardzo powszechne zjawisko, a stanu tego, jak wynika z komentarzy i opinii na forach poświęconych VR doświadcza wielu użytkowników [11]. Kolejnym, budzącym duże obawy zagrożeniem, związanym z nadużywaniem korzystania z VR jest problem powrotu do świata realnego. Zdaniem profesora Jeremy Bailensona ze Stanford Virtual Human Interaction Lab jest to związane bezpośrednio z możliwością postrzegania siebie jako lepszego czy nawet przeświadczenia o byciu lepszym, atrakcyjniejszym, szczęśliwszym w świecie wirtualnym niż świecie rzeczywistym. W sytuacji, kiedy możemy przedstawiać się jako bardziej atrakcyjni, korzystając z łatwych narzędzi np. filtrów, spotkanie w rzeczywistości wirtualnej wydaje się, za pewne w wielu przypadkach, łatwiejsze i bardziej komfortowe [12]. Powszechnym jest stwierdzenie Margit Sandemo, mówiące, iż: „Człowiek szybko przyzwyczaja się do dobrego”, które adekwatnie i w sposób bardzo prosty tłumaczą udowodniony problem trudności z powrotem z wyidealizowanego świata do szarej, zwykłej codzienności. Gdy dodamy do tego jeszcze trudne warunki, wiążące się z izolacją społeczną i wszystkimi jej konsekwencjami, można stwierdzić, iż przedstawiony problem wydaje się być nazbyt realny.

Z kolei, jak podano w Raporcie, niemieccy badacze Thomas Metzinger i Michael Madary twierdzą, iż nadużywanie VR, z którym możemy mieć do czynienia w sytuacji izolacji społecznej, może prowadzić do objawów towarzyszących „zaburzeniom depersonalizacji/derealizacji (w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego: DSM-5 300.14)”, charakteryzujących się chronicznym poczuciem odrealnienia. „W przypadku depersonalizacji, jednostki doświadczają odrealnienia swojej postaci fizycznej, w przypadku derealizacji, jednostki odczuwają świat zewnętrzny jako nierzeczywisty” [13]. Ponadto, stwierdzono, iż derealizacja może przybierać formę superrealizmu, z którym mamy do czynienia, kiedy „elementy świata lub wręcz całe doświadczenia wirtualnej lub rozszerzonej rzeczywistości staną się nieodróżnialne od realnej rzeczywistości” [14].

Zagrożeniem niezwykle istotnym i niosącym ze sobą poważne, realne niebezpieczeństwo, zarówno dla samej jednostki jak i jej otoczenia, są tzw. społeczne halucynacje, które można zdefiniować jako przeświadczenie jednostki, przebywającej w świecie wirtualnym (nadużywającej VR w czasie izolacji społecznej) o tym, iż jest uczestnikiem rzeczywistych relacji czy procesów w sytuacji, gdy jej jedynym partnerem jest sztuczna inteligencja czy program komputerowy [15].

Z pewnością jednak, najpowszechniejszą formą zagrożenia związanego ze światem wirtualnym, w warunkach izolacji społecznej, jest jednak uzależnienie, dla którego izolacja społeczna stanowi doskonały grunt. Zbadania tej formy uzależnienia podjął się badacz Fiachra O'Brolcháin, a wyniki przedstawił w publikacji traktującej o połączeniu VR z sieciami społecznościowymi (2014r.). Obecnie łączenie VR i mediów społecznościowych zaczyna nabierać rozpędu, a jeden z priorytetów, w tym działaniu, stanowi zachowanie najbardziej atrakcyjnych cech zarówno wirtualnej rzeczywistości, jak i mediów społecznościowych. Perspektywa możliwości spotykania się ze znajomymi oraz eksplorowanie fantastycznych środowisk zapewni wirtualnym mediom społecznościowym jeszcze większy potencjał, niestety także bardzo uzależniający.

Zjawisko uzależnienia od technologii czy mediów społecznościowych jest dość powszechne i dobrze znane, gdyż towarzyszy od momentu ich powstania, jednak uzależnienie od VR, szczególnie w sytuacji izolacji społecznej, może mieć bardziej dalekosiężne i niezbadane jeszcze skutki oraz nieść bardziej niebezpieczne zagrożenia - zarówno psychiczne jak i fizyczne. Jest to związane przede wszystkim, ze wzmożonym oddziaływaniem na zmysły, który wynika z wielości bodźców oraz braku kontaktu słuchowego i wzrokowego z otaczającym światem zewnętrznym (realnym), a także z siły wspomnień wytwarzanych przez VR, oraz obecności wysokiej rozdzielczości i jasności soczewek optycznych [16].

W Raporcie jako kluczowe zagrożenia świata wirtualnego zdiagnozowano manipulację oraz przemoc. Faktem jest, iż komunikacja cyfrowa, która w czasie izolacji społecznej odgrywa kluczową rolę, a której służą media społecznościowe, blogi, vlogi, portale informacyjne jest środowiskiem niezwykle sprzyjającym przemocy (cyberprzemoc, hejt, bullying) oraz manipulacji [17].

Wzmoczone korzystanie z Internetu, a także świata wirtualnego, sprzyja atakom hakerskim oraz włamaniom do komputerów prywatnych i firmowych, a także rządowych. Ma to na celu kradzież poufnych danych, a także często haseł dostępu do strzeżonych informacji czy do kont użytkowników tych komputerów, co niesie zagrożenia zarówno samym użytkownikom, jak i firmom, organizacjom, instytucjom [18].

Z tym niebezpieczeństwem związane są bezpośrednio, kolejne znane zagrożenia takie jak: podszywanie się pod awatary, kradzież wirtualnej tożsamości, wirtualny trolling, ingerencje w czyjś wirtualny świat czy też wirtualne kradzieże przedmiotów i wartości. Zdaniem twórców artykułu opublikowanego w Magazynie Młody Technik, mimo iż „takie przywłaszczenia dotyczą czegoś, co nie istnieje fizycznie, jednak, ponieważ świat cyfrowy jest kopią czy też nawet doskonalszą wersją rzeczywistości, którą ktoś na własny użytek kreuje i dobrze się w niej czuje, naruszeń i modyfikacji nie można chyba lekceważyć” [19]. Wyżej wymienione wykroczenia czy też naruszenia prywatności związane są z poczuciem anonimowości, bezkarności, skrócenia dystansu czy w końcu z frustracją oraz rozładowaniem długotrwałego napięcia związanego np. ze stresem wywołanym izolacją społeczną.

Jednocześnie świat wirtualny stanowi środowisko, w którym trudno sprawować kontrolę i podejmować środki zaradcze. Przeprowadzono badania dowodzą, iż w rzeczywistości wirtualnej człowiek przyswaja informacje znacznie szybciej i bardziej efektywnie niż w świecie rzeczywistym, ponieważ „średnia skuteczność zapamiętywania w VR sięga 90%. Przy korzystaniu z komputera to tylko 78%” [20]. Badania przeprowadzone na uczniach w Pekinie dowodzą, iż wyniki egzaminów końcowych uczniów, u których edukacja prowadzona była z wykorzystaniem technologii VR, były o 20 punktów procentowych lepsze niż uczniowi edukowanych z zastosowaniem tradycyjnych metod nauczania. Potwierdzenie skuteczności tych metod stanowią, także niezależne badania Imperial College London, które dowiodły, że 83% chirurgów przeszkolonych z wykorzystaniem VR było gotowych (z minimalnym wsparciem) podjąć praktykę w warunkach laboratoryjnych. Co ciekawe, jak pokazuje badanie, lekarze przeszkoleni w tradycyjny sposób wykazali się gotowością na poziomie zerowym [21]. Jest to związane z wywieraniem wielkiego oddziaływania świata wirtualnego na pamięć i umysł ludzki oraz zintensyfikowanym przyswajaniem różnorodnych informacji, które nie pozostają bez znaczenia dla funkcjonowania psychiki ludzkiej, a co więcej mogą zmieniać sposób myślenia, stan emocjonalny, postrzeganie świata, poglądy, wartości, przekonania oraz wpływać na postawy i zachowania społeczne.

Izolacja społeczna oraz związane z nią bardziej sprzyjające warunki do korzystania z VR, potęgują zapamiętywanie przekazywanych, za pośrednictwem świata wirtualnego informacji i dzięki temu mogą sprzyjać różnego rodzaju nadużyciom takim jak manipulacja czy przemoc. W przywoływanym Raporcie wyróżniono kilka rodzajów manipulacji: manipulacja emocjonalna, manipulacja społeczna, manipulacja poprzez tworzenie i dystrybucję całkowicie fałszywych

przekazów (*deep virtual fakes*). Izolacja społeczna z pewnością stanowi doskonałe warunki zarówno do łatwiejszej manipulacji jak i wspomnianej przemocy. Wyniki przedstawionego w Rapocie badania ankietowego wskazują, iż 15 na 20 biorących w nim udział osób deklaruje, że doświadczyło w rzeczywistości wirtualnej przemocy wielokrotnie, a co więcej pamięć tego doświadczenia została zakorzeniona w ich psychice na bardzo długo. Wśród form tego typu przemocy należy wymienić przede wszystkim: przemoc bezpośrednią związaną z napaścią fizyczną, poczucie zagrożenia, agresję na tle seksualnym, rasowym, przemoc emocjonalną. Uważa się, iż o intensywności przeżyć w VR warunkuje trwałość tych wspomnień, jednak to od kondycji psychicznej osoby doświadczającej (która w warunkach izolacji społecznej z pewnością jest mocno osłabiona) oraz jej indywidualnej biografii zależy to, czy te doświadczenia będą dla niej bolesne lub szkodliwe [22].

Niezwykle niebezpieczne zagrożenie, będące osobną kategorią treści utrwalających zachowania przemocowe u graczy, które mogą nasilać się w czasie izolacji społecznej i związanego z nią zintensyfikowanego korzystania z VR oraz braku czy też ograniczonego kontaktu bezpośredniego i interakcji społecznych, są przekazy które wzmacniają niepożądane cechy osobowości, do których należy zaliczyć cechy tworzące tzw. ciemną triadę, czyli narcyzm, makiawelizm i psychopatia. Zdaniem badaczy, niektóre jednostki jako atrakcyjne postrzegają wirtualne światy zaprojektowane w oparciu o zasady nagradzające zachowania czy też cechy, charakteryzujące ciemną triadę, co może przekładać się na utrwalanie wzorców i przekonań, będących szkodliwymi czy wręcz niebezpiecznymi w warunkach realnego świata [23]. Jest to zjawisko niezwykle niebezpieczne, szczególnie w warunkach izolacji społecznej, ograniczonego dostępu do prawidłowych wzorców zachowań w relacjach międzyludzkich, kształtowania właściwych postaw moralnych i etycznych, czy też dekalogu wartości i norm społecznych. Stanowi to z pewnością olbrzymie zagrożenie zarówno dla jednostki jak i całych zbiorowości społecznych.

Na unikanie zagrożeń oraz bezpieczne funkcjonowanie w świecie wirtualnym składa się wiele aspektów, a jednym z ważniejszych jest ochrona prywatności, która wnikliwie zbadana została przez badacza Fiachra O'Brolcháina [24]. W jego badaniach założono sytuację, iż większość światowej populacji korzysta z sieci społecznościowej, która wykorzystuje imersję lub częściową imersję. W wyniku przyjętego scenariusza wyłonił się obraz, w którym: „dwa najbardziej dotkliwe i znaczące problemy etyczne związane z konwergencją wirtualnej rzeczywistości i sieci społecznościowych to kwestia prywatności oraz suwerenności [autonomy]. Dla zachowania suwerenności kluczowe jest to, aby być właściwie poinformowanym o istotnych faktach. Niestety potężne sieci społecznościowe, światy wirtualne, a przede wszystkim wyszukiwarki internetowe w roli gatekeeperów – gwarantów dostępu do informacji – stanowią zagrożenie dla suwerenności” [25]. Jednym z nich jest z pewnością, w doświadczeniu pełnej imersji, kradzież danych

biometrycznych, które następnie mogą być wykorzystywane do naruszania umysłowej autonomii użytkownika czy celów handlowych.

Nie są to jednak jedyne zagrożenia, na które narażeni są użytkownicy wirtualnej rzeczywistości, a które przybierają na sile szczególnie w sytuacji, kiedy jednostka poddana jest izolacji społecznej i w sposób znacznie bardziej intensywny zaangażowana jest w uczestnictwo w świecie wirtualnym, które stwarza tak wiele atrakcyjnych form spędzania czasu czy też nauki, niedostępnych w świecie rzeczywistym. Warto podkreślić także, iż często osoby korzystające z VR nie zdają sobie sprawy z czyhających na nie zagrożeń, gdyż nie posiadają wystarczającej wiedzy na ten temat, a jednocześnie w warunkach izolacji społecznej mają ograniczoną możliwość zweryfikowania oraz nabycia wiedzy czy też bezpośredniej wymiany doświadczeń w tym zakresie, z innymi osobami korzystającymi z VR. Osoby te są w pewien sposób zdane na siebie i bardzo często, niestety, uczą się na własnych błędach, co więcej płacą za to wysoką cenę jaką może być wykorzystanie ich prywatnych informacji i danych do celów inwigilacyjnych, modelowania określonych zachowań czy też wywierania nacisku [26].

W Raporcie przedstawiono również wyniki badania przeprowadzonego w 2020 roku, przez grupę badaczy z Uniwersytetu Stanforda, które dowodzą, iż do rozpoznania tożsamości 95% anonimowych użytkowników wystarczy analiza ich zachowań w VR [27]. Warto podkreślić, iż dane pozyskane w drodze śledzenia zachowań użytkowników w świecie wirtualnym należą do kategorii szczególnie wrażliwych, gdyż mogą identyfikować różnego rodzaju schorzenia, zaburzenia na tle psychologicznym oraz wiele różnych problemów zdrowotnych. Dzięki temu, w sposób bardzo łatwy i szybki, mogą być pozyskiwane informacje o jednostce a także jej otoczeniu, których nigdy nikomu by ona nie udostępniła, a które mogą być niezwykle cenne z punktu widzenia handlowego czy politycznego [28].

Faktem jest, iż niestety zagrożenia i niebezpieczeństwa świata wirtualnego nie są na chwilę obecną dobrze poznane, a aktualny stan wiedzy na ten temat można by uznać za tzw. „wierzchołek góry lodowej”. Dlatego też, tak trudno założyć prawdopodobny kierunek rozwoju i popularyzacji technologii immersyjnych, a także ich wszystkie skutki i zagrożenia. W Raporcie sytuacja ta została uzasadniona w następujący sposób: „Badania na użytkownikach, zarówno dorosłych, jak i małoletnich, są z oczywistych powodów ograniczone i wybiórcze. Nie można nikogo zmusić, aby do celów badawczych ryzykował zdrowie fizyczne i psychiczne, spędzając w wirtualnej rzeczywistości dni lub nawet godziny. Jeremy Bailenson podkreśla znaczenie tego problemu, jednocześnie zaznaczając, że w środowisku badawczym nie jest to sytuacja wyjątkowa. „W świecie psychologii jest niewiele długoterminowych badań, a w świecie psychologii zajmującej się VR jest ich jeszcze mniej. Dotychczas przeprowadzono jedynie kilka studiów długotrwałych skutków [stosowania VR]. Generalnie rzadko kiedy prowadzi się badania, w których ludzie przechodzą przez doświadczenie VR wiele razy.” [29]. To właśnie niepełne dane,

uzyskiwane z badań prowadzonych na niewielką skalę, stanowią największy, zasadniczy problem oceny ryzyka i zagrożeń nadużywania korzystania z technologii VR. Wiele przesłanek w tym temacie można konstruować na podstawie dotychczasowych doświadczeń, czy też czerpiąc z doświadczeń innych sektorów tj. gry. Jednak, jak uważają twórcy Raportu, „dopiero wprowadzenie technologii do mainstreamu pokaże, z czym naprawdę mamy do czynienia” [30].

Podsumowanie

W obecnych czasach - w czasach pandemii COVID-19, w których mamy coraz większy dostęp do świata wirtualnego, a jednocześnie coraz bardziej sprzyjające warunki do korzystania z niego, czyli w czasach, kiedy izolacja społeczna dotyczy nie tylko osób z ograniczeniami fizycznymi czy psychicznymi, ale dotyka całe społeczeństwa, którym jest odgórnie narzucana - z pewnością „populacja” świata wirtualnego wzrasta w zaskakującym tempie. Konieczne staje się zatem działanie związane z jak najefektywniejszymi badaniami tego, co kryje przed nami świat wirtualny i dokąd prowadzą jego nieznane ścieżki. Warto jednak podkreślić, iż badania te powinny być bezpośrednio powiązane z systematycznymi działaniami, które będą regulowały wiele kwestii, wiążących się z najbardziej niebezpiecznymi zagrożeniami świata wirtualnego oraz wymuszają na podmiotach komercyjnych i dostawcach technologii, konkretne działania np. zapewniające ochronę prywatności użytkowników oraz będą uświadamiały użytkownikom zasady funkcjonowania i prawa rządzące światem wirtualnym.

Piśmiennictwo

1. Wikipedia, dostępne na: https://pl.wikipedia.org/wiki/Politikon_zoon, data dostępu [12.06.2020].
2. Skibińska B.: „Skazani na samotność?” O konsekwencjach izolacji społecznej w wybranych jej kontekstach, Poland. Studia Edukacyjne, 2017,44, 265-284. Dostępne na: https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/22786/1/SE%2044%202017_%20Skibinska.pdf, data dostępu [12.06.2020].
3. Skibińska B.: „Skazani na samotność?” O konsekwencjach izolacji społecznej w wybranych jej kontekstach, Poland. Studia Edukacyjne, 2017,44, 265-284. Dostępne na: https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/22786/1/SE%2044%202017_%20Skibinska.pdf, data dostępu [12.06.2020].
4. Skibińska B.: „Skazani na samotność?” O konsekwencjach izolacji społecznej w wybranych jej kontekstach, Poland. Studia Edukacyjne, 2017,44, 265-284, za: Waligóra B.: Funkcjonowanie człowieka w warunkach izolacji więziennej, Poznań 1974. Dostępne na: https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/22786/1/SE%2044%202017_%20Skibinska.pdf, data dostępu [12.06.2020].
5. Strefa Inwestorów: Rynek gier VR korzysta na epidemii COVID-19. Urządzenia wirtualnej rzeczywistości sprzedają się jak świeże bułeczki, dostępne na: <https://strefainwestorow.pl/artykuly/gaming/20200420/rynek-gier-vr>, data dostępu [12.06.2020].

6. Micropedia: Wirtualny świat, dostępne na: https://micropedia.fandom.com/wiki/Wirtualny_%C5%9Awiat, data dostępu [12.06.2020].
7. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 20. Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [12.06.2020].
8. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 20. Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [12.06.2020].
9. Wilk A.K.: Wirtualna rzeczywistość – wsparcie czy zagrożenie dla bezpieczeństwa? Tom 4/39/, Journal of modern science, 2018, 277–292, za Miesięcznik Komputer Świat, dostępne na: <https://www.jomswsge.com/Wirtualna-rzeczywistosc-wsparcie-czy-zagrozenie-dla-bezpieczenstwa-85645,0,1.html>, data dostępu [12.06.2020].
10. Serwis informacyjny TELKO., dostępny na: <https://www.telko.in/czas-korzystania-z-sieci-w-czasie-pandemii-wydrazil-sie-w-polsce-o-15-h>, data dostępu: [12.06.2020].
11. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 20, za: Rebecca Searles R.: Virtual Reality Can Leave You With an Existential Hangover, 2016. Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [12.06.2020].
12. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 20, za: Jeremy Bailenson, wywiad 16.07.2020. Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [12.06.2020].
13. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 21, za: Metzinger T., Madary M.: Real Virtuality: A Code of Ethical Conduct. Recommendations for Good Scientific Practice and the Consumers of VR-Technology. Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [12.06.2020].
14. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 21, za: Slater M., Cristina Gonzalez-Liencren C., Haggard P., Vinkers Ch., Gregory-Clarke R., Jelley S., Watson Z., Breen G., Raz Schwarz R., Steptoe W., Szostak D., Halan S., Fox D., Silver J.: The Ethics of Realism in Virtual and Augmented Reality. Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [13.06.2020].
15. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 21 -22, za: Metzinger T., Madary M.: Real Virtuality: A Code of Ethical Conduct. Recommendations for Good Scientific Practice and the Consumers of VR-Technology Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [13.06.2020].
16. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 22-23.

- Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [13.06.2020].
17. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 25, za: Protecting elections from social media manipulation Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [13.06.2020].
18. Wilk A.K.: Wirtualna rzeczywistość – wsparcie czy zagrożenie dla bezpieczeństwa? Tom 4/39/, Journal of modern science, 2018, 277–292, za Komputer Świat, dostępne na: <https://www.jomswsge.com/Wirtualna-rzeczywistosc-wsparcie-czy-zagrozenie-dla-bezpieczenstwa-85645,0,1.html>, data dostępu [13.06.2020].
19. Miesięcznik Naukowo-Techniczny Młody Technik: Trudne pytania o prywatność i bezpieczeństwo wirtualnej rzeczywistości, dostępny na: <https://mlodytechnik.pl/technika/28862-trudne-pytania-o-prywatnosc-i-bezpieczenstwo-wirtualnej-rzeczywistosci>, data dostępu [13.06.2020].
20. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 25, za: Dragani R.: Brain science: Why VR is so effective for learning. Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [13.06.2020].
21. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 25, za: Johnson & Johnson wants to bring VR to doctors in training worldwide. Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [13.06.2020].
22. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 26-27. Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [13.06.2020].
23. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 30, za: Metzinger T., Madary M.: Real Virtuality: A Code of Ethical Conduct. Recommendations for Good Scientific Practice and the Consumers of VR-Technology Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [13.06.2020].
24. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 32. Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [13.06.2020].
25. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 32, za: O'Brolcháin F.: The Convergence of Virtual Reality and Social Networks – Threats to Privacy and Autonomy. Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [13.06.2020].
26. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 32-33. Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [13.06.2020].

27. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 33, za: Miller M.R., Herrera F., Jun H., Landay James A., Bailenson J.N: Personal identifiability of user tracking data during observation of 360-degree VR video, Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [13.06.2020].
28. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 34-35. Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [13.06.2020].
29. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 36, za: Jeremy Bailenson, wywiad 16.07.2020. Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [13.06.2020].
30. Brzezińska A.: „Od Mediów do rzeczywistości”, Jakie ryzyka i szanse niesie ze sobą popularyzacja VR (2020), Raport projektu SpołTech, Fundacja Centrum Cyfrowe Projekt SpołTech, Warszawa, Polska, 2020, 36. Dostępne na: https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/12/Raport_Od_mediow_do_rzeczywistosci.pdf, data dostępu [13.06.2020].

Młodzi dorośli i ich funkcjonowanie społeczne w dobie pandemii wywołanej wirusem SARS-COV2 – kształtowanie postaw i wartości

Katarzyna Tomaszewicz^{1*}, Anna Grajewska¹, Karolina Wanda Borkowska¹, Hubert Chabowski², Piotr Worona³, Edyta Rysiak¹

¹*Zakład Chemii Leków, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku;*

²*Studenckie Koło Naukowe Farmacji Społecznej przy Zakładzie Chemii Leków, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

tomaszewiczkatarzyna@gmail.com (autor korespondencyjny)

³*Kancelaria Adwokacka dr Piotr Worona*

Wprowadzenie

W dobie pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 ludzkość stanęła nie tylko przed nowymi wyzwaniami związanymi z zachowaniem zdrowia i życia, ale także przed wyzwaniami związanymi z zachowaniem wartości oraz kształtowania właściwych postaw, które w tak trudnych czasach są niemniej ważne i konieczne dla zachowania właściwego funkcjonowania i dalszego rozwoju populacji ludzkiej. Brak kontroli i zadbania o utrzymanie, kształtowanie właściwych postaw może mieć dalekosiężne skutki oraz nieść realne zagrożenia, gdyż jest bezpośrednio związane zarówno ze zdrowiem psychicznym jednostki jak i funkcjonowaniem społeczeństwa jako żywego organizmu. Organicyzm, w myśl którego społeczeństwo postrzegane jest jako żywy organizm zakłada, iż jest ono zbudowane z „tkanki społecznej”, którą tworzą rodziny, wspólnoty, naród. To one odpowiadają za zdrowie i równowagę społeczną, które nie istnieją bez właściwych postaw i wartości. Za istotę „utrzymania spójności wspólnoty i społeczeństwa uważa się wartości podzielane przez ich członków (często są to wartości „tradycyjne”) oraz kulturę” [1]. Właściwe funkcjonowanie społeczeństwa rozumianego jako organizm w dobie pandemii COVID - 19 zostało zagrożone, gdyż pojawiły się nowe zasady uczestnictwa w życiu społecznym. Codzienne funkcjonowanie stało się trudniejsze, a dostęp do tzw. tradycyjnych wzorców utrudniony za sprawą ograniczenia kontaktu zarówno z rówieśnikami jak i przekaźnikami tradycji, kultury, tożsamości, doświadczeń, historii - czyli seniorami. Za sprawą narzuconej izolacji społecznej degradacji uległy również kompetencje osobiste człowieka, które rozumiane są jako umiejętność rozpoznawania stanów emocjonalnych zarówno własnych jak i innych osób, a także zdolności używania tych emocji i radzenia sobie z nimi. Oczywistym jest także, że człowiek w obawie przed chorobą zaczął ulegać strachowi przed kontaktem z drugim człowiekiem, stał się wyobcowany, nieufny i bardziej niż kiedykolwiek zaczął obawiać się „inności”, co może skutkować dyskryminacją

oraz pogłębianiem stereotypów, dotyczących z osób ze szczególnymi potrzebami (osób niepełnosprawnych). Niewątpliwie można stwierdzić, iż osoby te znalazły się w szczególnie trudnej sytuacji, gdyż narzucone ograniczenia izolacji społecznej zbudowały jeszcze większe niż dotychczas bariery dla ich funkcjonowania, ponieważ odebrały im kontakt ze światem zewnętrznym, który był możliwy, często jedynie dzięki czy też przy pomocy innych ludzi. Taka sytuacja sprawiła, że osoby te zniknęły z przestrzeni społecznej niemal całkowicie, co nie mogło pozostać bez znaczenia dla ich zdrowia psychicznego. Odbiło się to także na kondycji całego społeczeństwa, gdyż pogłębiło stereotypy oraz przyczyniło się do spadku tolerancji i akceptacji społecznej. Strach przed „innością”, ale także strach przed drugim człowiekiem oraz nieumiejętności kształtowania relacji wśród młodych ludzi odcisnęły bolesne piętno na dzisiejszych „młodych dorosłych” w postaci zaniku empatii, poczucia wspólnoty, utraty więzi z najbliższymi, nieumiejętności kształtowania związków partnerskich, czy też właściwych postaw moralnych, co w życiu prywatnym „młodych dorosłych” może się spustoszenie. Jednym z ważniejszych zagrożeń są także te związane z brakiem możliwości kształtowania właściwych umiejętności interpersonalnych, umiejętności społecznych, wykorzystywanych w kontaktach interpersonalnych czy też zdolności kooperacyjnych niezwykle istotnych w życiu zawodowym „młodych dorosłych”. Szczególnym zagrożeniem dla kształtowania postaw i właściwych wartości są jednak zaburzenia psychiczne związane z niewłaściwym postrzeganiem świata zewnętrznego, kształtowanego jedynie przez media, w tym w szczególności social media, które przyczyniają się do niewłaściwego postrzegania własnej osoby za sprawą generowanego, wyidealizowanego przekazu. Te właśnie media społecznościowe, które podczas pandemii przybrały na sile i stały się często jednym z głównych narzędzi komunikacji i przekazywania (wyidealizowanych) wzorców osobowych (często zniekształconych), a także postaw i wartości, które często są nieadekwatne do realnego świata. Wzmoczone korzystanie z Internetu czy też świata wirtualnego, z którym mamy do czynienia podczas pandemii COVID-19, nie może pozostać zatem bez znaczenia dla zdrowia psychicznego jednostki, kształtowania jej postaw, zachowań oraz właściwych wzorców, jak i dla całego organizmu społecznego.

Funkcjonowanie młodzieży w czasie pandemii

Przyczyn pogarszającej się kondycji psychicznej człowieka należy dopatrywać się przede wszystkim w stresie, który wywołuje napięcia, niepewności, a także strach i lęk, a u którego podstaw, w obecnych czasach, leży przede wszystkim niepewność jutro, ograniczenia oraz strach przed utratą zdrowia i życia.

Jak twierdzą badacze, przyczynami wszystkich opisanych powyżej, najważniejszych konsekwencji pandemii jest przede wszystkim wysoki poziom frustracji, obniżający tolerancję co w konsekwencji skutkuje tym, iż każda próba pokonania przeszkody oparta na koncepcji poznawczo-behawioralnej (zadaniowej) zostaje zastąpiona postawą obronną i unikową (bierną) [2].

Przyjęcie określonej postawy warunkowane jest wieloma czynnikami, wśród których jako najważniejsze wymienić należy: czynniki genetyczne, osobowościowe, kompetencyjne, poczucie własnej wartości oraz poziom samooceny, a także „grupy wsparcia zgodnie z modelem Albeego” [3].

Postawa obronna i unikowa charakteryzuje zazwyczaj osoby posiadające niski poziom kompetencji, niską samoocenę i ograniczony poziom wsparcia. Natomiast, jednostki wykazujące się wysokimi umiejętnościami społecznymi, wysoką samooceną oraz silnym poczuciem wsparcia, najczęściej przejawiają postawę nastawioną na rozwiązywanie problemów, doszukują się wiarygodnych informacji oraz lepiej dostosowują się do zaistniałej sytuacji. Postawy obu grup kształtowane są nie tylko uwarunkowaniami osobowościowymi, ale zależne są w dużej mierze od poziomu doświadczanego stresu, który jak mówi koncepcja Maosa warunkowany jest również czasem, środowiskiem i innymi ludźmi [4]. Z psychologicznego punktu widzenia, zarówno jedna jak i druga grupa doświadcza różnych efektów sytuacji stresowej, a ich reakcja na stres jest odmienna i uzależniona od siły oraz rodzaju odczuwanych emocji. Bez wątplenia jednak uważa się, iż długotrwałe oddziaływanie czynników stresujących wywiera negatywne skutki zdrowotne zarówno w sferze psychicznej, jak i fizycznej. Jest to spowodowane faktem, iż w sytuacjach przewlekłego stresu, w organizmie ludzkim ma miejsce wzmożone wytwarzanie kortyzolu, obniżającego poziom neuroprzekaźników, warunkujących dobre samopoczucie psychiczne, czyli dopaminy i serotoniny. Tego typu sytuacja wywołuje zaburzenia somatyczne, takie jak nadciśnienie tętnicze, cukrzycę czy choroby autoimmunologiczne, a także zaburzenia psychiczne m.in. w postaci obniżenia zdolności koncentracji, spadku motywacji, bezsenność, apatię.

Jak dowodzą najnowsze publikacje, obecnie – w czasach pandemii COVID-19 mamy do czynienia z kilkoma fazami reakcji, w których znajduje się społeczeństwo w związku z zaistniałą sytuacją pandemiczną. Pierwszą z nich jest tzw. faza alarmowa, czyli faza szoku i reakcji emocjonalnej, drugą z nich jest faza adaptacji, czyli mobilizacji zasobów, a trzecią stanowi faza orientacji - ewentualnie: wyczerpania. Bez wątplenia pozostaje jednak fakt, iż dłuższy okres kryzysu psychologicznego, sprzyja pogarszaniu perspektyw powrotu do zdrowia oraz funkcjonowania społecznego, zaś konsekwencją przedłużającego się kryzysu jest wyczerpanie fizyczne, a także emocjonalne, czyli tzw. stan chroniczny, niosący ze sobą wiele groźnych konsekwencji [5].

Dostępne publikacje dowodzą także, iż w obecnych czasach – pandemii spowodowanej wirusem SARS-COV2, społeczeństwo przejawia silne symptomy kryzysu chronicznego, do których należą: „frustrację, obniżony poziom kontroli emocji, zachowania agresywne, alienacje oraz wzrost zaburzeń psychicznych: lękowych, urojeniowych, depresyjnych i obsesyjno-kompulsywnych” [6].

W szczególnie trudnej sytuacji znajdują się osoby młode, które nie mają jeszcze ukształtowanych mechanizmów pomagających radzić sobie ze wzmożonym stresem czy frustracją. Jak wynika z Raportu Ministerstwa Edukacji i Nauki (MEN) pt.: „Jak wspierać uczniów po roku

Pandemii” (dalej: Raport), wszystkie wymienione powyżej zagrożenia odbijają się na kształtowaniu postaw i wartości „młodych dorosłych”. Raport wskazuje, iż „o ile dzieci i młodzież są grupą stosunkowo najmniej zagrożoną ciężkim przebiegiem choroby wywołanej wirusem SARS-COV2, to właśnie tę grupę najsilniej mogą dotknąć konsekwencje psychiczne, emocjonalne i rozwojowe przedłużającego się kryzysu” [7].

Raport bazuje na badaniu sondażowym, przeprowadzonym już na początku epidemii, w kwietniu 2020, w którym udział wzięło 2476 respondentów w wieku 12-19 lat [8]. Zgodnie z badaniami Instytutu Profilaktyki Zintegrowanej (dalej: IPZIN), przytoczonymi w Raporcie, prowadzonymi okresowo podczas pandemii (kwiecień, czerwiec, październik, listopad, grudzień 2020) już w początkowej fazie pandemii, aż 20% badanych wskazywało pilną potrzebę objęcia wspierającymi działaniami profilaktycznymi [9]. Z Raportu wynika, iż przyczyną owego stanu rzeczy był, w dużej mierze, brak szeroko rozumianej sieci wsparcia na poziomie rodzinnym, rówieśniczym oraz duchowym, a osoby odczuwające silne przygnębienie były bardziej narażone na poczucie stresu spowodowanego szkołą. Do najbardziej uciążliwych skutków pandemii należał zaś brak spotkań z przyjaciółmi/rówieśnikami (78% badanych). Wprowadzone obostrzenia, mające służyć powstrzymaniu rozwoju pandemii, w tym zamknięcie szkół, spowodowały, że zarówno uczenie się jak i kontakty rówieśnicze odbywały się głównie za pośrednictwem Internetu, a media społecznościowe bardziej niż dotychczas zaczęły kształtować postawy i wartości wśród młodzieży.

W badaniach przedstawionych w Raporcie wzięli udział, także rodzice młodzieży, którzy zdefiniowali dwie najważniejsze kategorie problemów nastolatków podczas pandemii COVID-19:

1. Izolacja oraz jej wpływ na psychikę – którą wskazało ponad 50% badanych rodziców (grupa badanych obejmowała 735 rodziców uczniów z klas 6-8 szkół podstawowych oraz klas 1 szkół ponadpodstawowych z 9 województw (listopad-grudzień 2020)).

2. Uczenie się [10] – zdalne nauczanie okazało się dla wielu uczniów nie tylko ograniczeniem kontaktów z rówieśnikami czy też wygodniejszą formą nabywania wiedzy w domowych warunkach, ale dla wielu z nich stworzyło nowe możliwości, sprzyjających łatwemu oszukiwaniu nauczycieli w tym, w tak ważnych kwestiach jak sprawdziany wiedzy, których forma online jest niezwykle szerokim polem możliwości dla „kreatywnych” uczniów. Takie warunki nie tyle, nie uczą właściwych postaw, ale wręcz kształtują te zdecydowanie naganne, w których często postawa nie fair np. ściąganie okazuje się bardziej popłacać niż uczciwe wykazanie się jedynie nabytą, posiadaną wiedzą. Co więcej, sprzyjające nieuczciwemu postępowaniu warunki, już na przestrzeni młodych lat rozwoju człowieka, mogą utwierdzić go w przekonaniu, iż takie postępowanie jest czymś normalnym, często koniecznym, co w konsekwencji grozi przełożeniem nieuczciwych zachowań na inne aspekty jego postępowania już w dorosłym życiu.

Jak wynika z badań przedstawionych w Raporcie, rodzice są zdania, iż kontakty online nie są w stanie zastąpić relacji rówieśniczych/przyjacielskich „na żywo”, ponadto konsekwencję

ograniczenia tych relacji może stanowić regres umiejętności społecznych, co może mieć negatywne skutki zarówno w życiu zawodowym jak i prywatnym „młodych dorosłych”. Kształtowanie psychiki młodego człowieka, w środowisku ograniczonych kontaktów rówieśniczych oraz międzyludzkich czy też ich kształtowanie bez możliwości kontaktu „na żywo”, a jedynie za pośrednictwem Internet i telefonu, stanowi zagrożenie dla prawidłowego rozwoju oraz budowania relacji międzyludzkich w „normalnym” świecie. Rodzice biorący udział w sondażu, wśród najgroźniejszych postaw intensywnie rozwijających się w nowych warunkach pandemii COVID-19 i wymuszonej nią izolacji społecznej, której elementem jest zdalna edukacja, zdiagnozowali wśród młodzieży silne zachowania antyspołeczne i apatyczne [11]. Jak dowodzi Raport jednym z głównych skutków tych zachowań jest trudne nawiązywanie kontaktu z młodzieżą – niemożność przeprowadzenia zwykłej rozmowy, przekładające się na utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu, nie wspominając już o ogromnych trudnościach w przekazywaniu wartości, właściwych postaw czy wzorców zachowań.

Wprowadzone obostrzenia, mające służyć powstrzymaniu rozwoju epidemii, w tym zamknięcie szkół spowodowały, że zarówno uczenie się jak i kontakty rówieśnicze odbywały się głównie za pośrednictwem Internetu, a media społecznościowe, bardziej niż dotychczas, zaczęły kształtować postawy i wartości wśród młodzieży. Wypowiedzi rodziców, uzyskane podczas badania i przytoczone w Raporcie, jednoznacznie wskazują, iż izolacja społeczna niesie negatywne skutki dla psychiki dzieci i młodzieży [12]. Jedną z ich przyczyn stanowi brak możliwości kontroli czasu spędzanego w Internecie czy też świecie wirtualnym, gdyż ze postrzeżeń rodziców jasno wynika, iż nauka zdalna pogłębiła narastający problem uzależnienia młodzieży od świata wirtualnego i Internetu. Jak twierdzą rodzice młodzież spędza niemalże cały dzień przed komputerem, a nauka zdalna często przerywana jest czasem na grę lub korzystaniem z Internetu przy każdej nadążającej się sytuacji. Również przerwy w lekcjach, czy czas wolny spędzane są na surfowaniu w Internecie, graniu w gry czy korzystaniu z rzeczywistości wirtualnej [13]. W warunkach izolacji społecznej taka sytuacja wydaje się uzasadniona – ograniczenie form spędzania czasu wolnego sprawia, że Internet jest najatrakcyjniejszą formą oraz jedyną (poza telefonem) kontaktu z przyjaciółmi, rówieśnikami.

Obniżenie kondycji psychicznej dzieci i młodzieży, zdiagnozowane w Raporcie, uznane zostało jednocześnie za czynnik sprzyjający wzrostowi zachowań ryzykownych jak i problemowych. Przedstawiona sytuacja, w konsekwencji, może prowadzić nie tylko do nasilenia zaburzeń zdrowia psychicznego wśród „młodych dorosłych”, przejawiających się m.in. apatią czy postawami antyspołecznymi, ale w określonych przypadkach zacząć przejawiać się wzrostem zachowań przemoczonych, zarówno w środowisku wirtualnym jak i świecie realnym.

Do wspomnianych zachowań ryzykownych i problemowych, jak wynika z Raportu, w szczególności należą: „przemoc, cyberprzemocy, uzależnienia behawioralne (np. od Internetu,

od pornografii) oraz zwiększone korzystania z substancji psychoaktywnych i częstsze podejmowania innych zachowań ryzykownych i problemowych” [14]. Warunki izolacji społecznej, wywołane pandemią COVID-19 są niezwykle sprzyjające rozwojowi tego typu zachowań, budowanych na przeświadczeniu, iż świat wirtualny jest atrakcyjniejszy od rzeczywistego. Co więcej, możemy w nim kreować wyidealizowany wizerunek swojej osoby, który niedostępny jest w świecie realnym, w związku z czym świat ten zaczyna być postrzegany jako mniej sprzyjający czy też wrogi i radzenie sobie z codziennymi sytuacjami, czy problemami świata rzeczywistego, może stawać się coraz trudniejsze i często skłaniające do podejmowania prób ucieczki z niego przy pomocy środków psychoaktywnych.

Ograniczony kontakt z innymi osobami sprawia, że „młodzi dorośli” nie mają pełnego dostępu do właściwych wzorców zachowań w praktyce (na realnych przykładach do zaobserwowania), nie mają też możliwości przedyskutowania wielu spraw, zasięgnięcia opinii, poznania doświadczeń innych osób, w związku z czym kształtowanie właściwych postaw w środowisku izolacji społecznej jest zadaniem niezwykle trudnym.

Izolacja społeczna jako pojęcie, mogłoby nasuwać przeświadczenie, iż w jej warunkach następuje spadek poziomu przemocy i zachowań agresywnych w formie fizycznej. Niestety, podobnie jak większość aspektów życia społecznego, także te negatywne i szkodliwe zachowania przeniosły się, w dużej mierze, do Internetu. Cyberprzemoc jest o tyle trudniejszym zjawiskiem, gdyż nigdy nie stanowi aktu jednorazowego i każdy nawet najmniejszy akt przemocy może zostać powtórzony (odtworzony) dzięki czemu, jego oddziaływanie może przybierać na sile i łatwo stać się zdarzeniem publicznym, co również może sprawić, iż stanie się bardziej bolesny [15]. Ponadto, poczucie anonimowości oraz narastające poczucie frustracji, w czasie pandemii, ułatwia podejmowanie działań składających się na akty cyberprzemocy takich jak: obrażanie, wyśmiewanie, nękanie, zastraszanie, prześladowanie innych osób. Takie przykłady zachowań, postaw dostępne publicznie w Internecie, często popierane przez inne osoby (czasami osoby publiczne, niekiedy będące autorytetami wśród młodzieży), utwierdzają młodzież w przekonaniu, iż takie zachowania i postawy są właściwe również w świecie rzeczywistym, a wartości takie jak empatia, szacunek, tolerancja mogą być postrzegane jako słabość.

Zaburzony obraz świata, ale także zniekształcony dekalog wartości i postaw, może nie tylko sprawiać trudności w codziennym funkcjonowaniu, w życiu/relacjach prywatnych czy zawodowych, ale także skłaniać do popełniania przestępstw i być przyczyną wielu tragedii. Jednym z bardziej widocznych i poważnych zagrożeń w tym temacie jest nasilający się podczas pandemii COVID – 19 problem pornografii wśród młodzieży. Wyniki przedstawione w raporcie wskazują, iż korzystanie z materiałów i treści pornograficznych w sieci, wzrosło podczas izolacji społecznej wśród nastoletnich chłopców o 50% [16]. Ponadto, przedstawione badania dowodzą związku pomiędzy korzystaniem z pornografii i związanym z nim zjawiskiem seksualizacji wśród młodzieży,

a narastającą depresją oraz wzmożonymi myślami samobójczymi. Co więcej, udowodniono, iż uprzedmiotowienie seksualności oraz zainteresowania zbrutalizowaną pornografią, bezpośrednio przekładają się na wzrost prawdopodobieństwa bycia sprawcą przemocy seksualnej wśród osób przejawiających tego typu zainteresowania [17]. Natomiast, zależność pomiędzy kondycją psychiczną, a częstotliwością zażywania alkoholu czy narkotyków jest znana z wielu badań, prowadzonych na przestrzeni lat. Jest to powszechne zjawisko, wywoływane różnymi czynnikami, często związanymi z nieumiejętnością radzenia sobie z problemami, stresem, trudnościami w życiu prywatnym czy zawodowym. Oczywistym jest zatem, iż problem ten przybrał na sile podczas pandemii COVID-19 i wywołaną nią izolacją społeczną, kiedy stan psychiczny większości społeczeństwa uległ pogorszeniu. Potwierdzają to wyniki badania IPZIN przeprowadzone na grupie 13960 nastolatków, przedstawionego w Raporcie wskazujące, iż „młodzież przeżywająca stany depresyjne lub myśli samobójcze z większym prawdopodobieństwem sięga po alkohol czy narkotyki” [18]. Natomiast, przytoczone w Raporcie badania przeprowadzone przez amerykańskich ekspertów (*Talking With Children: Tips for Caregivers, Parents, and Teachers During Infectious Disease Outbreaks, SAMHSA 2020*) wskazują, iż „jednym ze skutków przeżyć psychicznych okresu pandemii będzie wzrost korzystania z substancji psychoaktywnych oraz wielu innych zachowań ryzykownych, uzależnień behawioralnych czy problemów psychologicznych” [19].

Budowanie odporności psychicznej, kształtowanie właściwych postaw, zachowań i wartości wśród „młodych dorosłych” podczas pandemii wywołanej wirusem SARS-COV2 niewątpliwie jest ogromnym i niezwykle ważnym zadaniem zarówno dla rodziców, nauczycieli, najbliższej rodziny, jak także rówieśników [20]. Badania IPZIN, przedstawione w Raporcie, szczególnie zaznaczają dość oczywistą misję rodziców w tym procesie jako najważniejszych przewodników życiowych „młodych dorosłych”. Podkreślają to także wyniki badań z każdej, z kolejnych faz epidemii udowadniające, iż to właśnie wsparcie rodziców „jest jednym z najważniejszych czynników chroniących przed złą kondycją psychiczną” [21]. Niewątpliwie to rodzice stanowią najważniejsze źródło i najsilniejszy przekaznik odpowiednich postaw oraz wartości i tak jak są odpowiedzialni za zdrowie fizyczne i kondycję psychiczną dzieci, to też odpowiadają za przekazywanie właściwych wzorców zachowań, postaw moralnych i najważniejszych w życiu wartości. Niestety, ten sam Raport ukazuje, iż rodzice w czasie pandemii COVID-19, mają coraz mniej czasu lub nie mają go wcale dla swoich dzieci - „Totalny brak czasu 8 godzin praca, dziecko w „1 klasie szkoły podstawowej, minimum 2-3 godziny nauki zdalnej, starsze dzieci też potrzebują uwagi – ósmoklasista ma egzaminy, są prace domowe, opieka nad emerytami z rodziny - doba jest zbyt krótka” [22]. W takiej sytuacji, z pewnością, może nastąpić ograniczenie uwagi rodziców oraz skupienie na rzeczach i obowiązkach uznawanych za najbardziej podstawowe – konieczne, czyli: zapewnienie pożywienia, ubrań, sprzętu do nauki zdalnej. Niestety, niemniej ważne kwestie, w procesie prawidłowego funkcjonowania i rozwoju „młodych dorosłych”, związane z wychowaniem,

wsparciem psychicznym, kształtowaniem odpowiednich postaw, właściwych zachowań czy wartości mogą schodzić na dalszy plan. Nie bez znaczenia, w tym procesie, są także relacje rodzinne czy, też relacje pomiędzy rodzicami, które obserwują „młodzi dorośli” i przyjmują jako właściwe wzorce zachowań i relacji partnerskich [23]. Bez wątpienia na trudną sytuację „młodych dorosłych”, podczas pandemii wywołanej wirusem SARS-COV2, ma wpływ również stres, zmiana sytuacji zawodowej czy dodatkowe obowiązki ich rodziców. Jednak trudna sytuacja nie zwalnia z odpowiedzialności za wychowanie i kształtowanie systemu wartości „młodych dorosłych”, którzy jako przyszli rodzice i wychowawcy muszą zostać wyposażeni zarówno w odpowiednie umiejętności, wartości oraz właściwe wzorce zachowań, co pozwoli na zachowanie dekalogu wartości społeczeństwa w nienaruszonym stanie.

Niewątpliwie, jednym z ważniejszych i skuteczniejszych środków, pozwalających na radzenie sobie z trudną dla wszystkich pandemiczną sytuacją i jej konsekwencjami, jest zapobieganie oraz radzenie sobie ze stresem [24]. Wśród najważniejszych środków, narzędzi i metod temu służących należy wymienić następujące:

1. Umiejętność adekwatnego oceniania sytuacji związanej z zagrożeniem oraz ograniczanie towarzyszących emocji;
2. Umiejętność odnajdywania i podejmowania alternatywnych rozwiązań w tych obszarach, nad którymi mamy kontrolę;
3. Umiejętność poszukiwania i stosowania nowych strategii rozwiązywania problemów na podstawie zasobów i przy wykorzystaniu mocnych strony, bazując i korzystając z doświadczenia innych osób, a także ich wsparcia;
4. Umiejętność podejmowania ważnych decyzji i wdrażania działań, które zapewnią sprostanie wyzwaniom;
5. Umiejętność odnajdywania nowych perspektyw, umożliwiających odzyskanie wiary we własne zdolności i pozwalających budowanie i wzmacnianie odporności psychicznej;
6. Umiejętność akceptowania istniejącej rzeczywistości, w celu odzyskania wewnętrznej równowagi;
7. Umiejętność sukcesywnej oceny dokonywanych postępów, czynionych podczas pokonywania przeszkód życiowych;
8. Umiejętność niwelowania i ograniczania zachowań ucieczkowych oraz zachowań lękowych, służących redukcji napięcia i wytworzenia złudnego poczucia rozwiązania problemu (w tym np. używania alkoholu czy zachowań autodestrukcyjnych);
9. Dbanie o zdrowie psychiczne, dobre relacje oraz umiejętność wypoczynku i relaksu;
10. Dbanie o kondycję fizyczną, zapewnianie aktywności, regularność w przyjmowaniu posiłków oraz zbilansowane, zdrowe odżywianie [25].

Podsumowanie

Warto podkreślić, iż obecnie całe społeczeństwo jest niezwykle mocno narażone na działanie czynników silnie rujnących psychikę ludzką, a także właściwe postawy, normy i wartości moralne. Do najważniejszych z tych czynników należy ograniczony kontakt interpersonalny, związany z nim ograniczony czy nawet całkowity brak bezpośredniej rozmowy, wsparcia, poczucie osamotnienia, brak możliwości bezpośredniego czerpania z doświadczenia innych osób, brak możliwości czerpania dobrych wzorców czy też poczucie bezradności, brak bezpieczeństwa, oddziaływanie silnego stresu związanego z nową sytuacją i niepewnością jutra. Do grupy szczególnie narażonych na te czynniki należą „młodzi dorośli”, których zarówno psychika jak i postawy oraz wartości nie są w pełni odporne i ukształtowane. Przyczyną owego stanu rzeczy jest pandemia wywołana wirusem SARS-COV2 oraz spowodowana nią przymusowa izolacja społeczna, która w połączeniu z wieloma innymi ograniczeniami, także z punktu widzenia ekonomicznego, jest zjawiskiem niezwykle niebezpiecznym dla dalszego rozwoju społeczeństwa. Jednak warto zaznaczyć, iż – jak twierdzą ekonomiści – gospodarkę wcześniej czy później można odbudować, natomiast spustoszenia w psychice pozostaną na dłużej i mogą mieć odległe konsekwencje w postaci złych stanów psychicznych [26]. Taki stan rzeczy, niestety może być destrukcyjny nie tylko dla ówczesnych „młodych dorosłych” i warunkować ich zachowania czy postawy życiowe, ale także wyrzucić dalekosiężny wpływ na kolejnych pokoleniach, za których wychowanie oraz kształtowanie postaw i wartości odpowiedzialni będą właśnie dzisiejsi „młodzi dorośli”. Dlatego tak ważne jest podjęcie wszelkich możliwych działań, które zniwelują psychologiczne skutki pandemii COVID-19 i pozwolą przetrwać społeczeństwu w dobrej kondycji.

Piśmiennictwo

1. Encyklopedia Zarządzania, (A. Heywood 2008, s. 59), dostępne na: <https://mfiles.pl/pl/index.php/Organicyzm>, data dostępu [25.06.2021].
2. Markiewicz R.: Kryzys w kryzysie. Psychologiczny wymiar pandemii, Poland. Polish Journal of Public Health, 2019, 129(4): 138-140. Dostępne na: <https://www.sciendo.com/article/10.2478/pjph-2019-0031>, data dostępu [25.06.2021].
3. Markiewicz R.: Kryzys w kryzysie. Psychologiczny wymiar pandemii, Poland. Polish Journal of Public Health, 2019, 129(4): 138-140. Dostępne na: <https://www.sciendo.com/article/10.2478/pjph-2019-0031>, data dostępu [25.06.2021].
4. Markiewicz R.: Kryzys w kryzysie. Psychologiczny wymiar pandemii, Poland. Polish Journal of Public Health, 2019, 129(4): 138-140, za: Moos R, Swindle R. Stressful life circumstances: Concepts and measures. Stress Med.1990;6:171-8. Dostępne na: <https://www.sciendo.com/article/10.2478/pjph-2019-0031>, data dostępu [25.06.2021].
5. Markiewicz R.: Kryzys w kryzysie. Psychologiczny wymiar pandemii, Polish Journal of Public Health, 2019, 129 (4), 138-140, za: Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York; 1984. 13. Reykowski J.

- Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego. Warszawa: PWN; 1966. Dostępne na: <https://www.sciendo.com/article/10.2478/pjph-2019-0031>, data dostępu [25.06.2021].
6. Markiewicz R.: Kryzys w kryzysie. Psychologiczny wymiar pandemii, Poland. Polish Journal of Public Health, 2019, 129(4): 138-140. Dostępne na: <https://www.sciendo.com/article/10.2478/pjph-2019-0031>, data dostępu [25.06.2021].
 7. Grzelak S., Żyro D.: Jak wspierać uczniów po roku pandemii? Wyzwania i rekomendacje z obszaru wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego, Polska. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, 2021: 16. Dostępne na: <http://www.kuratorium.katowice.pl/index.php/wazne/raport-jak-wspierac-uczniow-po-roku-epidemii/>, data dostępu [25.05.2021].
 8. Grzelak S., Żyro D.: Jak wspierać uczniów po roku pandemii? Wyzwania i rekomendacje z obszaru wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego, Polska. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, 2021: 17, za: Młodzież w czasie epidemii – IPZIN, 8 kwietnia 2020 (https://www.ipzin.org/images/dokumenty/RAPORT_Modziez_w_czasie_epidemii_2020_IPZIN.pdf) Młodzież w czasie epidemii. Komu jest najtrudniej? – IPZIN, 16 kwietnia 2020 (https://www.ipzin.org/images/dokumenty/RAPORT_Modziez_w_czasie_epidemii_Komu_jest_najtrudniej_2020_IPZIN_Czesc_2.pdf). Dostępne na: <http://www.kuratorium.katowice.pl/index.php/wazne/raport-jak-wspierac-uczniow-po-roku-epidemii/>, data dostępu [25.05.2021].
 9. Grzelak S., Żyro D.: Jak wspierać uczniów po roku pandemii? Wyzwania i rekomendacje z obszaru wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego, Polska. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, 2021: 18. Dostępne na: <http://www.kuratorium.katowice.pl/index.php/wazne/raport-jak-wspierac-uczniow-po-roku-epidemii/>, data dostępu [25.05.2021].
 10. Grzelak S., Żyro D.: Jak wspierać uczniów po roku pandemii? Wyzwania i rekomendacje z obszaru wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego, Polska. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, 2021: 28. Dostępne na: <http://www.kuratorium.katowice.pl/index.php/wazne/raport-jak-wspierac-uczniow-po-roku-epidemii/>, data dostępu [25.05.2021].
 11. Grzelak S., Żyro D.: Jak wspierać uczniów po roku pandemii? Wyzwania i rekomendacje z obszaru wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego, Polska. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, 2021: 28. Dostępne na: <http://www.kuratorium.katowice.pl/index.php/wazne/raport-jak-wspierac-uczniow-po-roku-epidemii/>, data dostępu [25.05.2021].
 12. Grzelak S., Żyro D.: Jak wspierać uczniów po roku pandemii? Wyzwania i rekomendacje z obszaru wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego, Polska. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, 2021: 28. Dostępne na: <http://www.kuratorium.katowice.pl/index.php/wazne/raport-jak-wspierac-uczniow-po-roku-epidemii/>, data dostępu [25.05.2021].
 13. Grzelak S., Żyro D.: Jak wspierać uczniów po roku pandemii? Wyzwania i rekomendacje z obszaru wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego, Polska. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, 2021: 29. Dostępne na: <http://www.kuratorium.katowice.pl/index.php/wazne/raport-jak-wspierac-uczniow-po-roku-epidemii/>, data dostępu [25.05.2021].
 14. Grzelak S., Żyro D.: Jak wspierać uczniów po roku pandemii? Wyzwania i rekomendacje z obszaru wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego, Polska. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, 2021: 31. Dostępne na: <http://www.kuratorium.katowice.pl/index.php/wazne/raport-jak-wspierac-uczniow-po-roku-epidemii/>, data dostępu [26.05.2021].
 15. Grzelak S., Żyro D.: Jak wspierać uczniów po roku pandemii? Wyzwania i rekomendacje z obszaru wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego, Polska. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, 2021: 32. Dostępne na:

- <http://www.kuratorium.katowice.pl/index.php/wazne/raport-jak-wspierac-uczniow-po-roku-epidemii/>, data dostępu [26.05.2021].
16. Grzelak S., Żyro D.: Jak wspierać uczniów po roku pandemii? Wyzwania i rekomendacje z obszaru wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego, Polska. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, 2021: 33, za: Problem pornografii dla zdrowia psychicznego. Badania IPZIN i opracowania wyników (Grzelak, S., Sala M., Czarnik, S. i inni Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży, ORE, Warszawa 2015 https://ipzin.org/images/pdf/vademecum_skutecznej_profilaktyki_problegow_mlodziwy.pdf. Dostępne na: <http://www.kuratorium.katowice.pl/index.php/wazne/raport-jak-wspierac-uczniow-po-roku-epidemii/>, data dostępu [25.05.2021].
17. Grzelak S., Żyro D.: Jak wspierać uczniów po roku pandemii? Wyzwania i rekomendacje z obszaru wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego, Polska. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, 2021: 33. Dostępne na: <http://www.kuratorium.katowice.pl/index.php/wazne/raport-jak-wspierac-uczniow-po-roku-epidemii/>, data dostępu [26.05.2021].
18. Grzelak S., Żyro D.: Jak wspierać uczniów po roku pandemii? Wyzwania i rekomendacje z obszaru wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego, Polska. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, 2021: 3,4 za: Problem pornografii dla zdrowia psychicznego. Badania IPZIN i opracowania wyników (Grzelak, S., Sala M., Czarnik, S. i inni Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży, ORE, Warszawa 2015 https://ipzin.org/images/pdf/vademecum_skutecznej_profilaktyki_problegow_mlodziwy.pdf. Dostępne na: <http://www.kuratorium.katowice.pl/index.php/wazne/raport-jak-wspierac-uczniow-po-roku-epidemii/>, data dostępu [26.05.2021].
19. Grzelak S., Żyro D.: Jak wspierać uczniów po roku pandemii? Wyzwania i rekomendacje z obszaru wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego, Polska. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, 2021: 35, za: SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, <https://store.samhsa.gov/product/Talking-With-Children-Tips-for-Caregivers-Parents-and-Teachers-During-Infectious-Disease-Outbreaks/PEP20-01-01-006>). Dostępne na: <http://www.kuratorium.katowice.pl/index.php/wazne/raport-jak-wspierac-uczniow-po-roku-epidemii/>, data dostępu [26.05.2021].
20. Grzelak S., Żyro D.: Jak wspierać uczniów po roku pandemii? Wyzwania i rekomendacje z obszaru wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego, Polska. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, 2021: 39. Dostępne na: <http://www.kuratorium.katowice.pl/index.php/wazne/raport-jak-wspierac-uczniow-po-roku-epidemii/>, data dostępu [26.05.2021].
21. Grzelak S., Żyro D.: Jak wspierać uczniów po roku pandemii? Wyzwania i rekomendacje z obszaru wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego, Polska. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, 2021: 41-42. Dostępne na: <http://www.kuratorium.katowice.pl/index.php/wazne/raport-jak-wspierac-uczniow-po-roku-epidemii/>, data dostępu [26.05.2021].
22. Grzelak S., Żyro D.: Jak wspierać uczniów po roku pandemii? Wyzwania i rekomendacje z obszaru wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego, Polska. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, 2021: 47. Dostępne na: <http://www.kuratorium.katowice.pl/index.php/wazne/raport-jak-wspierac-uczniow-po-roku-epidemii/>, data dostępu [26.05.2021].
23. Grzelak S., Żyro D.: Jak wspierać uczniów po roku pandemii? Wyzwania i rekomendacje z obszaru wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego, Polska. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej, 2021: 52. Dostępne na: <http://www.kuratorium.katowice.pl/index.php/wazne/raport-jak-wspierac-uczniow-po-roku-epidemii/>, data dostępu [26.05.2021].

Interdyscyplinarne problemy zdrowia psychicznego

7. 24. Markiewicz R.: Kryzys w kryzysie. Psychologiczny wymiar pandemii, Poland. Polish Journal of Public Health, 2019, 129(4): 138-140, za: Rykowski J. Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego. Warszawa: PWN; 1966.; Vitaliano P, DeWolfe D, Maiuro R, Russo J, Katon W. Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression: A test of the hypothesis of fit. J Pers Soc Psychol. 1990;59(3):582-9. Dostępne na: <https://www.sciendo.com/article/10.2478/pjph-2019-0031>, data dostępu [26.06.2021].
8. 25. Markiewicz R.: Kryzys w kryzysie. Psychologiczny wymiar pandemii, Poland. Polish Journal of Public Health, 2019, 129(4): 138-140. Dostępne na: <https://www.sciendo.com/article/10.2478/pjph-2019-0031>, data dostępu [26.06.2021].
9. 26. Markiewicz R.: Kryzys w kryzysie. Psychologiczny wymiar pandemii, Poland. Polish Journal of Public Health, 2019, 129(4): 138-140. Dostępne na: <https://www.sciendo.com/article/10.2478/pjph-2019-0031>, data dostępu [26.06.2021].

Mózg wierzący i mózg niewierzący z perspektywy neurobiologii i religii

Kamila Jończyk¹, Wiktor Orłof^{2*}, Napoleon Waszkiewicz²

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Psychiatrii UMB

² Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku; w_orlof@wp.pl* (autor korespondencyjny)

Wprowadzenie

Postęp technologiczny i naukowy sprawił, że coraz mniejszą wagę przywiązuje się do sfery duchowej człowieka. Niemniej jednym z celów osiągnięcia pełni zdrowia jest także utrzymanie zdrowia duchowego zgodnie z definicją zdrowia zaproponowaną przez WHO). Wielu lekarzy opiera swoje postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne na holistycznym podejściu z uwzględnieniem potrzeb duchowych chorego. Takie podejście zapewnia balans istocie ludzkiej prowadząc do równowagi fizycznej, emocjonalnej, społecznej i duchowej. Psychiatra i jednocześnie jeden z więźniów w nazistowskim obozie koncentracyjnym Victor Frankl napisał, że „człowieka nie niszczy cierpienie, ale zabija go cierpienie bez znaczenia”. Jednym z wyzwań, jakie stawiają sobie klinicyści, a w szczególności psychiatry, jest pomoc pacjentom w odnalezieniu sensu, zaakceptowaniu cierpienia i przewlekłości pewnych stanów chorobowych. Filozofowie medycyny przypominają w wielu publikacjach, że religia i duchowość stanowią dla wielu podstawę sensu i celowości istnienia. Części chorób nie da się wyleczyć, ale dzięki prawidłowej pracy i uzyskaniu balansu psychiczności i cielesności można dokonać „cudu” uzdrowienia. Uzdrowieniem tym może być doświadczenie wewnętrznej akceptacji choroby, a zatem ma ono wymiar duchowy [1].

Religijność jest pojęciem niezwykle szerokim. Osobom zajmującym się nauką „science”, podejście do takiego tematu może nastręczać pewnych trudności. Nie tylko dlatego, że kwestia ta dla wielu ludzi i społeczeństw jest najwyższą wartością - *sacrum*. Istotnym problemem jest znalezienie precyzyjnego i powszechnie akceptowanego zdefiniowania religii, duchowości i wiary, szczególnie w stopniu wymaganym przez metodologię naukową [1]. Autorzy pisząc poniższy artykuł przyjęli terminologię zgodną z paradygmatem pojęciowym nauk neuropsychologicznych. Wielu badaczom, szczególnie reprezentującym nauki teologiczne, religioznawstwo czy dziedziny pokrewne, mogą wydać się one zbyt redukcjonistyczne.

Przegląd piśmiennictwa przeprowadzono w czerwcu 2021 roku z wykorzystaniem bazy danych MEDLINE, używając słów kluczowych: „religia, duchowość, psychiatria, neurobiologia, ewolucja, zdrowie” W tym przeglądzie uwzględniono najważniejsze i aktualne badania.

Religie stanowią system powiązanych ze sobą wierzeń, postaw i praktyk wyznawanych indywidualnie oraz we wspólnocie. Najbardziej wymiernym empirycznie i widocznym przejawem religijności człowieka jest jego udział w wypełnianiu owych praktyk religijnych. Poszczególne

konfesje ze swoją obrzędowością stanowią pewnego rodzaju pomost między światem materialnym, widzialnym, doczesną fizyczną cielesnością, a transcendentnym światem ponadmaterialnym, duszą i duchem (w antropologii Orygenesusa trychotomia bytu ciało-dusza-duch), czy inną niematerialną postacią istoty ludzkiej. Religia odnosi się do szeroko rozumianego *sacrum*, osobowego boga – *logosu* (monoteizm) lub wielu bogów (politeizm) [2]. Ponadto, spotkać można także wiarę w inne istoty nadnaturalne, absolut czy wszechświat rozumiany w kontekście bezosobowej nadnaturalnej rzeczywistości (panteizm) [3]. Według Cyserona etymologia słowa religia wywodzi się od łacińskiego *religio*, które definiuje on jako *cultus deorum*, czyli wykonywanie obrzędów ku czci bogów [4]. Szacuje się, że na świecie istnieje około 4200 systemów religijnych [5]. Pomimo obecności w świecie różnorodnych form kultu zasadniczo odwołują się one do jakiegoś rodzaju bytu nadnaturalnego.

Religijność z kolei jest zbiorem postaw, czy to indywidualnych czy kolektywnych, wobec zbioru zasad, wierzeń, doktryn, praktyk obowiązujących w danej religii i postępowania zgodne z ich treścią [6].

Duchowość zaś jest zjawiskiem najszerszym z przedstawionych. Większość badaczy zgadza się, że dotychczas nie stworzono definicji, która obejmowałyby wszystkie jej aspekty. Jednakże, można przyjąć, że duchowość w zależności od podejścia (teologicznego, filozoficznego czy psychologicznego) odzwierciedla nadnaturalne i pozazmysłowe właściwości człowieka. Duchowość ma potencjał sprawczy do rozwoju osobistego dzięki wyznawanym wartościom, a także pozwala wznosić się na „wyższy” w wymiarze psychicznym czy poznawczym psychosom [7].

Trendy statystyczne w Polsce i na świecie

Wraz z nadejściem wielkiej rewolucji przemysłowej i rozwojem technologii, wielu naukowców, filozofów czy polityków wieściło rychły koniec złotej ery religii, stopniowy zanik jej rozpowszechnienia i wpływu na współczesne społeczeństwo. Prognozy te okazały się jednak błędne. Statystyki wyraźnie pokazują, że różnorodne przejawy religijności po dziś dzień stanowią niezwykle istotny aspekt życia zdecydowanej większości światowej populacji [8]. Oczywiście, nie sposób pominąć gwałtownie zmieniających się tendencji i trendów we współczesnej statystyce badającej religijność populacji. Jesteśmy świadkami daleko idących zmian w postrzeganiu miejsca religii w hierarchii wartości i jej wpływu na życie jednostek czy całych społeczeństw. Zmiany te w dużym stopniu korelują z położeniem geograficznym, stopniem rozwoju socjoekonomicznego poszczególnych państw i regionów świata. W państwach wysokorozwiniętych przeważają trendy sekularyzacyjne. Obserwuje się tendencje spadkowe wśród społeczności obywateli określających się jako religijnych lub wierzących [9]. Z kolei w krajach rozwijających się, religia stanowi jeden z najistotniejszych czynników tożsamościowych [10]. Nierzadko jest fundamentem funkcjonowania wielu narodów, społeczeństw i grup etnicznych wpływając na prawodawstwo włącznie.

Statystyki religii z wyszczególnieniem najczęstszych wyznań w populacji światowej wskazują na ewidentną przewagę osób deklarujących się jako wierzące nad osobami bezwyznaniowymi. Przybliżone dane z 2012 roku pokazały, że największą religią świata pod względem liczby wyznawców jest chrześcijaństwo (31,5%), następną pod względem liczności wyznawców jest islam (23,2%). Trzecią grupę stanowią osoby, które można określić jako bezwyznaniowe (niereligijni, agnostycy, ateści) i stanowią oni 16,3%. W dalszej kolejności statystyki podają: hinduizm (15%), buddyzm (7,1%), tradycyjne religie chińskie (między innymi taoizm oraz konfucjanizm), religie etniczne, afrykańskie (łącznie około 5,9%). Populację niewielką w skali świata, lecz niezwykle ważną z punktu widzenia kulturowego i historycznego stanowią Żydzi wyznający judaizm (0,2%) [8].

Polskę zalicza się do krajów stosunkowo jednolitych wyznaniowo. Dane z badania ankietowego Ipsos (2011) prezentują się następująco: około 85% badanych deklaruje się jako chrześcijanie, 8% jako osoby bezwyznaniowe, 2% określają swoją przynależność do innej religii, a 5% badanych odmówiło podania odpowiedzi [11]. Według danych z raportu „*Życie religijne w Polsce. Wyniki badania spójności społecznej 2018*” Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) [12] w Polsce przynależność do wyznania religijnego deklaruje około 94% mieszkańców (w grupie od 16 roku życia). Z kolei za osoby wierzące uznaje się w przybliżeniu 81% osób, a za niewierzące - 3%. Wskaźnik osób deklarujących praktykowanie modlitwy raz w tygodniu lub częściej wynosi około 70%, a udział w różnego rodzaju mszach czy nabożeństwach, co najmniej raz w tygodniu - około 50% badanej populacji. Inne opracowanie GUS „*Wyznania religijne w Polsce w latach 2015-2018*” [13] wyróżnia ponadto wskaźnik ogólnego zaangażowania religijnego, które deklaruje około 61% mieszkańców Polski, przy czym największą część stanowią osoby słabo zaangażowane (33%), następnie średnio zaangażowane (25%), zaś najmniejszą grupę stanowiły osoby bardzo zaangażowane (5,5%). Należy zauważyć, że sama definicja zaangażowania obejmowała szeroki zakres terminologiczny (zarówno praktykowanie wiary w zróżnicowany sposób, pracę społeczną w obrębie wspólnoty, jak i same poczucie przynależności do organizacji religijnej i przekonania związane z wyznawaną wiarą). W przedstawionych danych ewidentnie rysuje się korelacja między wzrostem zaangażowania religijnego a wiekiem. Najniższymi wskaźnikami zaangażowania cechują się osoby z grupy wiekowej 25-34 lata, a zdecydowanie najwyższymi osoby w wieku powyżej 75 lat. Dane z ISKK (Instytut Statystyki Kościoła Katolickiego) z kolei podają konkretnie informacje dotyczące wyznawców społeczności zdecydowanie przeważającej w Polsce - Kościoła Rzymskokatolickiego. Rocznik statystyczny ISKK z 2020 roku wskazuje wartości budzące zastanowienie. Wskaźnik *dominantes*, czyli odsetek katolików uczęszczających na niedzielną Eucharystię w odniesieniu do ogólnej liczby zobowiązanych (wykluczając dzieci i osoby starsze) w 2018 roku wyniósł 38,2%, natomiast wskaźnik *comunicantes* oznaczający analogicznie odsetek przyjmujących Komunię świętą w trakcie niedzielnej Eucharystii - 17,3% [14].

Ewolucja i rozwój religijności na przestrzeni dziejów

Religia jest jednym z najistotniejszych przejawów funkcjonowania zarówno indywidualnego umysłu człowieka, jak i całych społeczności. Dlatego naukowcy od wieków próbują dotrzeć do źródła tej tak unikalnej dla gatunku *Homo sapiens* cechy. Logicznym krokiem w poszukiwaniu rozwiązania tej zagadki jest zwrócenie się w ku myśli ewolucyjnej. Pierwsze wskazówki dotyczące powiązania religijności ze stopniowym rozwojem gatunku ludzkiego stanowią obserwacje innych zwierząt. Skłaniają one do postawienia tezy, że występowanie pewnych zjawisk o charakterze duchowym lub ich prekursorów występowało w czasie znacznie poprzedzającym pojawienie się przedstawicieli gatunku *H. sapiens* czy innych hominidów. Ostatni wspólny przodek (stan wiedzy na czas pisania artykułu) współczesnych człowiekowatych i naszych najbliższych krewnych z bocznej linii ewolucyjnej - szympanсів (zwyczajnych i karłowatych, inaczej zwanych bonobo) - żył około 4-8 milionów lat temu [15]. Nie wykazują one wprawdzie przejawów myśli religijnej, jednak Jane Goodall, jak i późniejsi badacze [16] zauważyli specyficzną reakcję szympanсів na zjawisko spadającej wody, czy to w postaci deszczu, czy wodospadów. Demonstrowały one gamę rytmicznych ruchów, kołysanie, czynności przypominające taniec, rzucały kamieniami bez obecności potencjalnego celu. Później siadały w pobliżu i w dalszym ciągu obserwowały w skupieniu ruchy wody. Zachowania te, wyglądające na podziw, odczuwanie estetyki czy reakcję emocjonalną na zjawiska natury można interpretować jako pierwotne przejawy duchowości. Wiadomo również, że gatunki te, jak i wiele innych wykazują objawy żałoby bądź tęsknoty za zmarłymi współtowarzyszami. Słonie prezentują rytualistyczne aktywności wokół zmarłego osobnika: licznie gromadzą się, próbują poruszać ciało, trącają trąbami, kołyszają się do przodu i do tyłu, a także w późniejszym czasie powracają do miejsca żałoby, dotykają i głaszczą pozostawione kości. Różnego rodzaju działania o podobnym charakterze obserwuje się również u delfinów, żyraf, łabędzi, kaczek, a nawet u udomowionych kotów i wielu innych [17].

Rozważania dotyczące powstania religii obejmują szereg aspektów, które prawdopodobnie są niezbędne do jej rozwoju. Jako jeden z absolutnie podstawowych należy wymienić proces encefalizacji. W bardzo szybkim tempie (jak na skalę ewolucyjną) zaszły gwałtowne zmiany mogące stanowić punkt wyjścia do wyjaśnienia znaczącej przewagi intelektualnej współczesnych *Homo sapiens* w stosunku do innych bliskich filogenetycznie gatunków. Ewenementem pod względem genetycznym była mutacja chromosomowa, która doprowadziła do zmiany funkcji genu *SRGAP2*. Gen ten, chociaż istniał już u innych naczelnych, uległ pierwszej duplikacji dopiero około 3,4 miliona lat temu, a kolejnym około 2,4 i 1 milion lat temu. Szacuje się, że mniej więcej 2-3 miliony lat temu *Australopithecus* zaczął ustępować rodzajowi *Homo*, nowemu i bardziej zaawansowanemu w rozwoju ewolucyjnym. Oznacza to, iż najprawdopodobniej zduplikowane i funkcjonalne wersje tego genu są unikalne dla linii rozwojowej człowieka. *SRGAP2* pełni niebagatelną rolę w rozwoju układu nerwowego. Uczestniczy w migracji i różnicowaniu

neuronów, a także w procesach synaptogenezy. Istotnie wpływa również na rozmiar mózgu, a w szczególności na jego część korową, odpowiadającą w znaczącym stopniu za wyższe funkcje kognitywne [18]. Nie można oczywiście wskazać jednego genu jako źródła wyjątkowości ludzkiego umysłu, jednakże korelacja czasowa między wspomnianymi mutacjami a pojawieniem się pierwszych przodków rodzaju ludzkiego pozwala dostrzec jego znaczenie w istotnym zwiększeniu potencjału umysłowego człowieka.

Inne procesy zachodzące stopniowo wraz z rozwojem rodzaju *Homo* obejmowały między innymi: powiększanie się ogólnego rozmiaru mózgu, wzrost stosunku masy mózgu do masy całego organizmu, a także wykształcenie odrębności w pewnych specyficznych części mózgu pomiędzy naszym gatunkiem a innymi naczelnymi. Badania wykazały znaczące zmiany wielkości w następujących obszarach mózgu: płatach skroniowych (odpowiedzialnych między innymi za procesy mowy i zdolności językowe), w płatach ciemieniowych, szczególnie w ich górnych częściach. Dodatkowo wskazano na odwrócenie tendencji do zmniejszania się rozmiarów mózdzku występującej w rozwoju przodków współczesnych *H. sapiens*. Ciekawym odnotowaniem jest fakt, że badania nie wykazały znaczących różnic w rozmiarach płatów czołowych (w proporcji do wielkości całego ciała), które powszechnie uznawane były za kluczowe dla wyjaśnienia przewagi intelektualnej naszego gatunku. Oprócz wyżej wspomnianych mechanizmów zwraca się uwagę na zmiany morfologiczne w obszarach odpowiadających za węch (spadek zdolności węchowych wraz z rozwojem ewolucyjnym naczelnych) czy wzrok (ogólny wzrost zdolności w procesach wizualnych między innymi w widzeniu barw czy trójwymiarowym postrzeganiu otoczenia) [19]. Jednakże, za jeden z najważniejszych aspektów, uznaje się powiększanie rozmiaru tzw. kory nowej (*neocortex*). Stopień zaawansowania funkcjonalnego kory nowej osiągnięty około 500 tysięcy lat temu u bezpośrednich przodków w linii specjacji człowieka rozumnego stanowił prawdopodobnie punkt zwrotny w historii naturalnej człowieka. Wtenczas z afrykańskiej puli genowej *H. ergaster/erectus* wyłonił się nowy gatunek hominina, prowadzący ostatecznie do powstania pierwszego człowieka prehistorycznego mianowicie *H. heidelbergensis*. Nastąpił wówczas niebywały wzrost rozmiarów mózgu i bogactwa kultury materialnej. Przemiany klimatyczne występujące w Afryce między 200 a 250 tysięcy lat temu zmusiły populację człowieka prehistorycznego do poszukiwania nowych nisz ekologicznych. Presja środowiskowa Afryki zaczęła kolejną przemianę, która doprowadziła do powstania nowego gatunku – człowieka anatomicznie współczesnego (ang. *anatomically modern humans*, AMH), czyli w nomenklaturze biologicznej – *H. sapiens* [20]. Rozwój psychiczności wynikający między innymi z większej zdolności do tworzenia połączeń synaptycznych (jako konsekwencji mutacji w obrębie genu *SRGAP2*) stanowił fundament niezbędny do świadomego przetwarzania złożonych procesów myślowych warunkujących rozwój takich sprawności jak mowa, religia oraz wyższych interakcji społecznych. Jeden z przełomowych momentów w ewolucji ludzkiego umysłu nastąpił mniej niż 200 tysięcy lat temu, kiedy w wyniku

dwóch mutacji niesynonimicznych (typ mutacji punktowej zmieniającej kodowany aminokwas) powstała nowa wersja genu *FOXP2* [19]. Ta pozornie niewielka różnica pomiędzy wersją tego genu u szympanów i u *Homo sapiens* prawdopodobnie zaowocowała właśnie tak unikalną dla naszego gatunku zdolnością – powstaniem mowy i w konsekwencji języka. Funkcjonowanie tego genu wpływa na różnorodne części mózgu powiązane z nauką i artykulacją języka mając wpływ na zdolności motoryczne. Powstanie języka z kolei, można określić jako jeden z kroków milowych niezbędnych do pojawienia się, nie tylko samej idei religijności, ale także do jej szerzenia pomiędzy członkami danej społeczności i z pokolenia na pokolenie.

Potencjał praludzi do posługiwania się narzędziami był również bardzo ważny. Umiejętność ta wskazuje na zdolność do wyobrażenia sobie obrazów przedmiotów w umyśle przed ich fizycznym zaistnieniem. Rozwój języka z kolei pozwolił na rozprzestrzenianie się myśli religijnej z poziomu wierzeń indywidualnych jednostki do świadomości całych grup społecznych, a przez to utrwalanie się pewnego zbioru założeń. To właśnie umysłowość, czyli zdolność do abstrakcyjnego myślenia, przyniosła rewolucję kultury, przez duże K, której częścią jest literatura, sztuka, religia. Wyróżnia się dwa kluczowe aspekty kultury, które wybijają się jako wyjątkowe dla ludzi. Pierwszy to religia, a drugi to przekazywanie historii. Są one w całości i autentycznie wyjątkowe dla świata ludzi. W obu przypadkach musimy wyobrazić sobie, że istnieje inny świat, odmienny i oddzielny od tego, którego doświadczamy na co dzień. Musimy być zatem w stanie zdystansować się poznawczo względem otaczającego nas świata materii. Wiedza ta pozwala założyć, że religia jako zjawisko kolektywne wymagające precyzyjnej komunikacji wykształciła się najpóźniej około 50 tysięcy lat temu, już po powstaniu współczesnej formy wyrażania języka (50-150 tysięcy lat temu) [21]. Zgodnie z obecnymi przesłankami rozwój między innymi krtani warunkujący możliwość fonacji miał miejsce jeszcze przed exodusem afrykańskim (teoria wyjścia z Afryki) [22]. Warunkiem rozwoju praktyk religijnych, oprócz komunikacji, była umiejętność życia w grupach. W tym kontekście, teorią wartą przytoczenia jest tzw. hipoteza mózgu społecznego (ang. *social brain hypothesis*). Zakłada ona, że jednym z najważniejszych czynników ewolucyjnych wpływających na powiększanie rozmiaru mózgu i wzrost zdolności intelektualnych jest funkcjonowanie poszczególnych gatunków w zbiorowiskach o różnej liczebności. Wzrost ten tłumaczy potrzebą zarządzania znacznie większą ilością informacji w licznych i złożonych grupach społecznych. Im większe grupy tworzy dany gatunek, tym proporcjonalnie większy mózg, a w szczególności jego płaty czołowe. Należy jednak nadmienić, że korelacja ta, a co za tym idzie sama teoria, ma zastosowanie tylko w przypadku oceny społeczności wśród naczelnych. Do czynników mogących ułatwiać współpracę i poczucie przynależności w grupie mogą być między innymi wspólne wartości. Za takie należy uznać wyznawaną wiarę i odpowiadające jej praktyki religijne, które jako przymioty przynależne jedynie *Homo sapiens* mogły zaistnieć właśnie, dzięki tak niezwykłemu

na tle innych gatunków potencjałowi intelektualnemu. Tworzenie zbiorowisk oparte było zatem na wspólnym rozumieniu zasad moralnych [23].

Badania archeologiczne wskazują na dowody dotyczące obecności najstarszych zachowań religijnych, które datować można na okres górnego paleolitu [24]. Istnieją jednak pewne przesłanki o prawdopodobnych przejawach duchowości już znacznie wcześniej [25]. Jednym z pierwszych znalezisk świadczących o prehistorycznym zainteresowaniu życiem pozagrobowym jest intencjonalne chowanie zmarłych. Wskazuje to na świadome analizowanie przez przodków człowieka zagadnień życia i śmierci. Stanowiska archeologiczne z towarzyszącymi umarłym przedmiotami wskazują na obecność pewnych wizji na temat życia pośmiertnego ówczesnych. Najwcześniejszymi pochówkami, które można uznać za świadomy przejaw wiary lub emocjonalnej więzi ze zmarłymi są masowe groby odnalezione w Hiszpanii (Atapuerca). Mogiły te zawierają kości należące do przodków człowieka współczesnego - *Homo heidelbergensis* [26]. Późniejsze znaleziska świadczą również o podobnych wierzeniach wśród Neandertalczyków, którzy prawdopodobnie grzebali zmarłych z różnymi przedmiotami. Takie neandertalskie pochówki odkryto między innymi w Iraku (Shanidar) czy Izraelu (jaskinia Kebara). Jedne z najstarszych stanowisk archeologicznych ukazujących zwyczaje *Homo sapiens* sprzed 100 tysięcy lat znajdują się w Izraelu (Qafzeh). Znaleziono tam szkielety zdobione czerwoną ochrą, a także kości zwierzęce ułożone intencjonalnie w ramionach jednego z pochowanych [27]. Kolejnym istotnym czynnikiem wskazującym na stopniowy rozwój religii jest pojawienie się sztuki, która świadczy o zdolności do myślenia abstrakcyjnego. Jednoznacznym dowodem obecności myślenia symbolicznego są wyobrażenia ukazujące istoty nieodzwierciedlające formy ludzkiej (np. postaci półludzkie-półzwierzęce), jak malunki naścienne odnalezione w jaskiniach we Francji (Chauvet) pochodzące z górnego paleolitu [28].

Badając potencjalne linie i schematy rozwoju religii wśród społeczeństw zbieracko-łowieckich wyróżniono pięć cech prekursorowych prehistorycznej religijności. Cechą, która najczęściej i najwcześniej charakteryzowała ówczesne społeczności był prawdopodobnie animizm. Następnie pojawiła się wiara w życie po śmierci, szamanizm i czczenie przodków. Kolejnymi, ale stosunkowo rzadkimi cechami grup zbieracko-łowieckich były wiara w duchy przodków czy bogów, przy czym praktycznie niespotykana była wiara w bogów w jakiś sposób ingerujących w życie na ziemi [29].

Milowym krokiem w rozwoju cywilizacyjnym była rewolucja neolityczna (około 10 tysięcy lat temu) [30]. Pojawienie się agrokultury poskutkowało zmianą stylu życia społeczności ludzkich. Stopniowo zaczęły one przechodzić z trybu koczowniczego na osiadły. W wyniku tych przemian stosunkowo małe, dotychczas istniejące grupy i plemiona na przestrzeni kilku tysięcy lat (co stanowi niemalże ułamek sekundy w odniesieniu do tempa ewolucyjnego) przekształciły się w państwa i imperia. Wraz z rozwojem państwowości nastąpiło powstanie i rozkwit pierwszych religii

zorganizowanych. W jednych z najstarszych cywilizacji, takich jak Mezopotamia i starożytny Egipt, religia była bezpośrednią siłą polityczną i źródłem prawodawstwa. Władcy takich teokratycznych państw byli monarchami absolutnymi, odgrywającymi dualistyczną rolę – przywódców zarówno politycznych, jak i religijnych, traktowanych i czczonych jak bogów. Najwyższą i najważniejszą warstwę społeczną stanowiło kapłaństwo, którego przedstawiciele byli uznawani za autorytet duchowy, polityczny i społeczny. Duchowni byli także najbardziej wykształconą grupą społeczną. Większość badaczy, inżynierów czy lekarzy było równocześnie kapłanami. Imhotep był pierwszym znanym ze źródeł pisanych architektem i lekarzem [30]. Ciekawym faktem jest bagatelizowanie w kulturze i religii starożytnego Egiptu najważniejszej struktury ludzkiego ciała – mózgu. Uchodził on w przeciwieństwie do serca za organ nieistotny. W procesie balsamowania zwłok mózg wyjmowany był przez nos metalowym hakiem [31]. Najstarszą odkrytą konstrukcją datowaną na około 9000 lat p.n.e., która najprawdopodobniej wykorzystywana była do celów religijnych jako miejsce kultu jest Göbekli Tepe – stanowisko archeologiczne położone na terenie obecnej Turcji [32]. Przełomowym wynalazkiem, który stanowił nagłą siłę napędową rozwoju zarówno nauki, kultury, gospodarki, jak i religii okazało się wynalezienie pisma [30]. Pozwalało to na stopniowe utrwalanie i systematyzowanie wiedzy wcześniej przekazywanej według tradycji ustnej. Za najstarszy typ pisma, który zachował się do dzisiaj uznaje się powszechnie pismo klinowe. Pierwsze archeologicznie potwierdzone dziedzictwo kultury piśmiennej wynalezione zostało na terenie Bliskiego Wschodu, prawdopodobnie przez cywilizację sumeryjską. Datowanie najstarszych glinianych tabliczek pozwoliło oszacować ich wiek na około 3100 lat (IV tysiąclecie) p.n.e. [33]. Z kolei za jedne z najstarszych do dzisiaj zachowanych świętych tekstów uznaje się: sumeryjskie Listy bogów (między innymi listy z Fary datowane na około 2600 p.n.e., listy z Abu Salabik – 2550 p.n.e.) oraz egipskie Teksty Piramid (datowane na około 2500 p.n.e.) [30]. Współcześnie za najstarszą świętą księgę religii wyznawanej do dzisiaj wskazuje się Rygwedę – pismo Hinduizmu, datowaną na około 1500-1000 lat p.n.e. [34]. Hinduizm jest również uznawany za najstarszą, wciąż powszechnie funkcjonującą religię świata (miał swój początek w kulturze Ariów w Indiach między XVIII i XV wiekiem p.n.e.) [30]. Historia ukazuje, że z biegiem lat religie zorganizowane okazały się dominować i praktycznie wyparły wierzenia plemienne. Wyraźna okazała się również tendencja do rozpowszechniania się religii monoteistycznych, które z czasem zastąpiły wierzenia politeistyczne, z pewnymi wyjątkami - najważniejszy z nich stanowi Hinduizm. Za rewolucyjny punkt zwrotny czasów nowożytnych uznaje się bezsprzecznie wynalezienie druku przez Jana Gutenberga pomiędzy 1440 a 1450 rokiem [35]. System ruchomych czcionek pozwolił na stopniowe rozprzestrzenienie się źródeł pisanych. Początkowo najliczniej wydawanymi manuskryptami była chrześcijańska Biblia, co pozwoliło rozpropagować święte teksty religijnej w całym społeczeństwie.

Pomimo, że badania archeologiczne oraz antropologiczne przedstawiają przybliżony chronologiczny przebieg pojawiania się zjawisk o charakterze duchowym i religijnym zarówno w obrębie współczesnego gatunku *H. sapiens*, jak i u jego przodków, to wciąż brakuje jednoznacznych odpowiedzi na zasadnicze pytania. Najpoważniejszym pytaniem jest: dlaczego religia w ogóle powstała? Jaki mógł być ewolucyjny „cel” i przyczyna wykształcania się systemu wierzeń, a także dlaczego dobór naturalny promował utrwalanie się tego aspektu kultury we wszystkich zakątkach świata? Mimo ogromnej różnorodności systemów wierzeń, religii i innych przejawów duchowości, większość z nich ma zasadnicze uniwersalne przymioty. Istnieją trzy główne hipotezy powstania religii, jej potencjalnego celu ewolucyjnego, sposobu rozprzestrzeniania się i przetrwania [36].

Pierwsza grupa badaczy (Sosis, 2004) uważa, że wiara i religie powstały „celowo”. Stwarzały bowiem ewolucyjną korzyść, przy czym wynikający z nich pożytek mógłby dotyczyć zarówno jednostek, jak i całych populacji. Badacze opierają swoje założenia na tzw. teorii kosztownej sygnalizacji (ang. *costly signalling theory*) wywodzącej się z szerszej teorii – hipotezy upośledzenia (ang. *handicap principle*) [36]. Zgodnie z ową teorią praktyki religijne, takie jak ofiary rytualne, chociaż pozornie wydają się zaprzeczeniem adaptacyjności zachowania, mają pewne długofalowe korzyści. Osobniki praktykujące czynności religijne wymagające dużych wysiłków i nakładów zwiększają swoją pozycję w grupie. Wykazując tego typu zaangażowanie we wspólne wierzenia mogą między innymi liczyć na większą dostępność partnerów seksualnych, zwiększając szanse na przekazanie genów. Takie wymagające poświęcenia zachowanie jednocześnie utrudnia dostęp do zasobów potencjalnym oszustom, dla których postępowanie takie byłoby nieopłacalne. Zwolennicy tej teorii wskazują również na różne korzyści zdrowotne, psychologiczne czy społeczne zachowań religijnych, a także na zwiększanie spójności, współpracy i przestrzegania wspólnych zasad moralnych [37].

Druga grupa (Gould i wsp. 1979) twierdzi, że religia stanowi niejako produkt uboczny mechanizmów prowadzących do powstania innych złożonych procesów psychologicznych czy kognitywnych, ale sama w sobie nie była „celem” ewolucji [38]. Nie oznacza to jednak, że cecha, która powstała niejako przypadkiem, nie może później okazać się korzystna, co ułatwiałoby dalsze jej rozprzestrzenianie. Rozwój religii, jako produktu ubocznego, mógłby wywodzić się z nadaktywnej tendencji naszych przodków do zakładania celowości jakiegoś czynnika, nawet jeśli takowy nie istnieje (ang. *hyperactive agency detection device* - HADD) [36]. Poboczną konsekwencją tego mechanizmu było przypisanie czynnikom nadnaturalnym zjawisk wtenczas niezrozumiałych.

Ostatnia z popularnych teorii, oparta w mniejszym stopniu na procesach ewolucji biologicznej, a głównie na transmisji kulturowej, zakłada „nieadaptacyjność” (ang. *maladaptiveness*) religii, czyli przewagę kosztów nad jej potencjalnymi korzyściami. Rozprzestrzenianie religijności przypisuje między innymi tzw. teorii memów (mem jako kulturowy ekwiwalent genu) [39]. Religię

w tym systemie teoretycznym przedstawia się między innymi jako kompleks powiązanych memów (memplex). Wskazuje się również, że teorie religijne mają potencjał bardzo szybkiego szerzenia się, ponieważ mem, w przeciwieństwie do genu, może rozprzestrzeniać się zarówno wertykalnie (z jednej generacji do kolejnej), jak i horyzontalnie (w obrębie tej samej generacji).

Teoria produktu ubocznego wyjaśniając najszerszy zakres poruszanego problemu ma najwięcej zwolenników. Jednakże, wiele aspektów pozostaje wciąż niewyjaśnionych, dlatego poszukiwanie hipotezy dokładniej opisującej procesy ewolucji religii i dowodów na nie wciąż trwa [36].

Podsumowanie

Obecny stan wiedzy biologicznej, szczególnie w kontekście ewolucyjnym nie wskazuje jednoznacznie pochodzenia ani celu religijności i duchowości w rozwoju gatunku *Homo sapiens*. Ponadto, do stworzenia spójnej teorii wyjaśniającej te zjawiska, należy uwzględnić czynniki historyczne i kulturowe. Odgrywają one istotną rolę w genezie religii, jej funkcji społecznej i rozpowszechnieniu się jej na całym świecie niezależnie od różnic geograficznych, etnicznych, kulturowych czy ekonomicznych. Zagadka ta jest warta rozwiązania, nie tylko z powodu nurtujących pytań i wątpliwości, ale również jej potencjalnych praktycznych implikacji. Wraz z postępem nauk neurobiologicznych czy medycznych pojawiają się coraz liczniejsze dane na temat wpływu duchowości na zdrowie fizyczne i psychiczne, zarówno na poziomie jednostek, jak i całych populacji. Wnikliwe badania i znajomość tego typu teoretycznych podstaw leżących u podłoża mechanizmów duchowości czy religijności, szczególnie w połączeniu z już posiadaną wiedzą na temat ich wpływu prozdrowotnego, pozwolą na stworzenie bardziej szczegółowych strategii, nie tylko w kontekście włączania ich w procesy terapeutyczne, ale także zwrócenie uwagi na ich implementację, już na etapach profilaktyki i promocji zdrowia. Jednakże, wymaga to wzbudzenia zainteresowania tego typu aspektami zarówno wśród naukowców, jak i szeroko pojętego środowiska medycznego.

Piśmiennictwo

1. McKinnon A.: *Sociological definitions, language games, and the "essence" of religion*. Method and Theory in the Study of Religion, 2002, 14, 1, 61-83.
2. Van Niekerk B.: *Religion and spirituality: What are the fundamental differences?* HTS Teologiese Studies, 2018, 74, 3, 11 stron. Dostępna na: <https://doi.org/10.4102/hts.v74i3.4933> (Open access).
3. Zdybicka Z.J.: *Człowiek i religia*. Zarys filozofii religii. Wydawnictwo RW KUL, Lublin, 1984, s. 265-275.
4. Peas, A.S.: *The Conclusion of Cicero's De Natura Deorum*. Transactions and Proceedings of the American Philological Association, 1913, 44, 25–37. Dostępne na: <https://doi.org/10.2307/282540>.
5. Adherents.com: *Religion Statistics Geography*, Church Statistics. United States, 2002. Web Archive. Dostępne na: <https://www.loc.gov/item/lcwaN0003960/>.
6. Motak D.: *Religia – religijność – duchowość: przemiany zjawiska i ewolucja pojęcia*. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Studia Religiológica, 2010, 43, 201–218.

7. Emmons R.A.: *Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern*. The International Journal for the Psychology of Religion, 2000, 10, 1, 3-26.
8. Hackett C., Grim B., Stonawski, M., i wsp.: *The Global Religious Landscape: A Report on the Size and Distribution of the World's Major Religious Groups as of 2010*. Wydawnictwo Pew Research Center's Forum on Religion & Public Life, Washington, 2012, 1-82. Dostępne na: <https://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/11/2014/01/global-religion-full.pdf>.
9. Inglehart R.F.: *Giving Up on God The Global Decline of Religion*. Foreign Affairs, 2020, 99, 5, 110-118.
10. Diener E., Tay L., Myers D.G.: *The religion paradox: if religion makes people happy, why are so many dropping out?* Journal of personality and social psychology, 2011, 101, 6, 1278–1290.
11. Ipsos MORI: *Views on globalisation and faith*, 2011. Dostępne na: https://web.archive.org/web/20130117013643/http://www.fgi-tbff.org/sites/default/files/elfinder/FGIImages/Research/fromresearchpolicy/ipsos_mori_briefing_pack.pdf
12. Główny Urząd Statystyczny: *Życie religijne w Polsce. Wyniki badania spójności społecznej*, 2018, Dostępne na: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/wyznania-religijne/zycie-religijne-w-polsce-wyniki-badania-spojnosci-spoecznej-2018,8,1.html>
13. Główny Urząd Statystyczny (2020): *Wyznania religijne w Polsce w latach 2015–2018 Religious denominations in Poland 2015–2018*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/wyznania-religijne/wyznania-religijne-w-polsce-20152018,5,2.html>
14. Instytut Statystyki Kościoła Katolickiego: *Annuario Statisticum Ecclesiae In Polonia*, Warszawa, 2020, 1-51. Dostępne na: http://iskk.pl/images/stories/Instytut/dokumenty/Annuario_Statisticum_2020_07.01.pdf.
15. Tocheri M.W., Orr C.M., Jacofsky M.C., Marzke M.W.: *The evolutionary history of the hominin hand since the last common ancestor of Pan and Homo*, Journal of Anatomy, 2008, 212, 4, 544–562.
16. Hattoria Y., Tomonaga M.: *Rhythmic swaying induced by sound in chimpanzees (Pan troglodytes)*, PNAS, 2020, 117, 2, 936-942.
17. King B.J.: *When Animals Mourn*, Scientific American, 2013, 309, 1.
18. Dennis M.Y., Nuttle X., Sudmant P.H., I wsp.: *Evolution of human-specific neural SRGAP2 genes by incomplete segmental duplication*, Cell, 2012, 149, 4, 912–922.
19. Rosales-Reynoso M.A., Juárez-Vázquez C.I., Barros-Núñez P.: *Evolution and genomics of the human brain*, Neurología, 2018, 33, 4, 254-265.
20. Callaway, E. *Oldest Homo sapiens fossil claim rewrites our species' history*. Nature, 2017. Dostępne na: <https://doi.org/10.1038/nature.2017.22114>.
21. Atkinson Q.: *Phonemic Diversity Supports a Serial Founder Effect Model of Language Expansion from Africa*, Science Magazine, 2011, 332, 6027, 346–349.
22. Rito T., Vieira D., Silva M., Conde-Sousa E., Pereira L., Mellars P., I wsp.: *A dispersal of Homo sapiens from southern to eastern Africa immediately preceded the out-of-Africa migration*. Scientific Reports, 2019, 9, 4728.
23. Dunbar R.I.: *The social brain hypothesis and its implications for social evolution*. Ann Hum Biol., 2009, 36, 5, 562-572. doi: 10.1080/03014460902960289.
24. Wunn I.: *Beginning of Religion*, Numen, 2000, 47, 4, 417–452.
25. Majkić A., d'Errico F., Stepanchuk V.: *Assessing the significance of Palaeolithic engraved cortexes. A case study from the Mousterian site of Kiik-Koba, Crimea*. PLOS ONE, 2018, 13, 5.
26. Callaway E.: *Oldest ancient-human DNA details dawn of Neanderthals*. Nature, 2016, 531, 286.
27. Bar-Yosef Mayer D.E., Vandermeersch B., Bar-Yosef O.: *Shells and ochre in Middle Paleolithic Qafzeh Cave, Israel: indications for modern behavior*, Journal of Human Evolution, 2009, 56, 3, 307-314.
28. Ferrier C., Debard E., Kervazo B., Brodard A., Guibert P., Baffier D., I wsp.: *Heated walls of the cave Chauvet-Pont d'Arc (Ardèche, France): characterization and chronology*. PALEO. Revue d'archéologie préhistorique, 2014, 25, 59-78,
29. Peoples H.C., Duda P., Marlowe F.W.: *Hunter-Gatherers and the Origins of Religion*. Human Nature, 2016, 27, 3, 261–282.

30. Righetti G.: *Dzieje cywilizacji. Prehistoria i starożytność*, Wydawnictwo Arkady, Warszawa, 1999, 1-320.
31. Hamilton R.: *Ancient Egypt Kingdom of the Pharaohs*, Wydawnictwo Parragon Books Ltd, Bath, 2007, 1-96.
32. Curry A.: *Göbekli Tepe: The World's First Temple?* Smithsonian, 2008. Dostępne na: <https://www.smithsonian-mag.com/history/gobekli-tepe-the-worlds-first-temple-83613665/>
33. Krulwich R.: *Who's the First Person in History Whose Name We Know?* National Geographic (2015-08-19). Dostępne na: <https://www.nationalgeographic.com/science/article/whos-the-first-person-in-history-whose-name-we-know>
34. Witzel M.: *Early Sanskritization: Origin and Development of the Kuru state*, Electronic Journal of Vedic Studies, 1995, 1, 4.
35. Pirożyński J.: *Johannes Gutenberg i początki ery druku*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, 2003, 216.
36. Singh D., Chatterjee G.: *The evolution of religious belief in humans: a brief review with a focus on cognition*. Journal of Genetics, 2017, 96, 3.
37. Sosis R.: *The Adaptive Value of Religious Ritual: Rituals Promote Group Cohesion by Requiring Members to Engage in Behavior That Is Too Costly to Fake*. American Scientist, 2004, 92, 2, 166-172.
38. Gould S.J., Lewontin R.C.: *The Spandrels of San Marco and the Panglossian Paradigm: A Critique of the Adaptationist Programme*. Proceedings of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences, 1979, 205, 1161.
39. Atran S.: *The trouble with memes: inference versus imitation in cultural creation*. Human Nature, 2001, 12, 4.

Sacrum w oczach nauk neurobiologicznych i medycznych – przegląd badań dotyczących religijności, duchowości i wiary

Kamila Jończyk¹, Wiktor Orlof^{2*}, Napoleon Waszkiewicz²

¹ *Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Psychiatrii UMB*

² *Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku; w_orlof@wp.pl* (autor korespondencyjny)*

Wprowadzenie

Religijność czy duchowość są jednymi z nielicznych czynników, które można określić jako cechy uniwersalnie ludzkie, unikalne i przynależne jedynie gatunkowi *Homo sapiens*, przynajmniej w tradycyjnym rozumieniu tych pojęć. Jednakże, pomimo silnego kulturowego czy społecznego wpływu religii na zdecydowaną większość światowej populacji, konwencjonalna nauka zajęła się tą tematyką stosunkowo niedawno. W niniejszej pracy autorzy podejmują próbę podsumowania dotychczasowych postępów w badaniach dotyczących szeroko rozumianych zagadnień wiary, religijności czy duchowości w kontekście neurobiologicznym, a także ich potencjalnego zastosowania w naukach medycznych, szczególnie w psychiatrii. W artykule przyjęto terminologię zgodną z obszarem nauk neuropsychologicznych, chociaż zdecydowanie uproszczoną w aspekcie teologicznym czy filozoficznym.

Religia stanowi zbiór związanych ze sobą wierzeń, dogmatów, zasad i odzwierciedlających je praktyk indywidualnych czy kolektywnych. Wspólnym ogniwem całej mnogości istniejących na świecie religii jest ich odwołanie do istot nadnaturalnych – osobowego boga, bogów, do bytów bezosobowych czy szeroko rozumianego absolutu [1].

Duchowość z kolei, jest zjawiskiem znacznie szerszym, niezwykle trudnym do zdefiniowania, różnie rozumianym zależnie od przyjętej wykładni- czy to filozoficznej, psychologicznej czy teologicznej. Jednakże, można przyjąć, iż jest to poczucie istnienia czegoś większego niż my sami, rozszerzenie właściwości psychicznych i kognitywnych ludzkiego umysłu o pewnego rodzaju element pozazmysłowy czy nadnaturalny. Natomiast w rozumieniu świeckim może być rozumiana jako zdolność do rozwoju osobistego, odzwierciedlająca najwyższy w hierarchii poziom piramidy Masłowa- potrzebę samorealizacji [2-3].

Statystyki dotyczące religijności na świecie wskazują na ewidentną przewagę osób identyfikujących się jako wierzące. Największe religie świata pod względem ilości wyznawców stanowią chrześcijaństwo (31,5%) i islam (23,2%). Trzecią najliczniejszą grupą są osoby bezwyznaniowe (16,3%). Inne wyznania zrzeszające znaczącą część światowej populacji to: hinduizm, buddyzm, tradycyjne religie chińskie, czy religie etniczne [4].

Polska natomiast, jest państwem dość jednolitym wyznaniowo. Według Ipsos 2011 [5] około 85% badanych określa się jako chrześcijanie. Drugą największą grupę stanowią osoby bezwyznaniowe (około 8%), a pozostałe zgłaszają przynależność do innych grup wyznaniowych

(2%) lub nie podają odpowiedzi (5%). Jednakże wskaźniki te wydają się nie odzwierciedlać udziału w praktykach religijnych. Dane z ISKK (Instytut Statystyki Kościoła Katolickiego) z 2020 roku podają 38,2% jako odsetek osób zobowiązanych (nieuwzględniające dzieci i osób starszych) uczestniczących w niedzielnej Eucharystii [6]. W kontekście praktyk indywidualnych, około 70% badanych deklaruje praktykowanie modlitwy przynajmniej raz w tygodniu (Dane Głównego Urzędu Statystycznego- GUS) [7].

Neuroteologia

Mając na uwadze dziejowy konflikt pomiędzy nauką a religią napawają optymizmem coraz to częstsze próby znalezienia płaszczyzny porozumienia między tymi pozornie wykluczającymi się dziedzinami. Termin neuroteologia, chociaż dość szeroki w interpretacji i definiowaniu, można rozumieć jako próbę badania i wyjaśniania zjawisk, zachowań, doświadczeń o charakterze duchowym czy religijnym i umieszczenia ich w kontekście pojęć neuronaukowych. Chociaż samo wyodrębnienie tej dyscypliny jest stosunkowo nowe, to badania nad duchowością, religijnością i różnymi ich przejawami z perspektywy neurobiologicznej podejmowane są od dekad.

Pionierskie badania w tym obszarze przeprowadził między innymi Michael Persinger, który zwrócił uwagę na płat skroniowy jako potencjalne źródło przeżyć religijnych. Zauważono, że zakłócenie funkcji mózgu (np. w wyniku przyjęcia niektórych substancji czy wywołane napadem padaczkowym) może wywoływać wrażenie obecności. W zależności od osoby, jej doświadczeń życiowych czy poglądów, interpretacja tych zjawisk może być różna (obecność istoty boskiej, anioła, ducha czy innych). Jako wyjaśnienie podaje się, że w wyniku bodźca zakłócającego, lewa półkula mózgu zaczyna odbierać wrażenia z prawej półkuli, jako działanie innego, osobnego bytu [8]. Persinger wykonał badania przy użyciu tzw. „hełmu boga” – urządzenia, które działało poprzez stymulację elektryczną skierowaną na konkretne obszary mózgu. Twierdził, że wielu z uczestników badania podawało doświadczenie „obecności”. Wyniki wskazały, że stymulacja lewego płata skroniowego indukowała odczucie przyjaznej obecności, a prawego – wrogiej. Z kolei stymulacja ciała migdałowatego wywoływała uczucie pobudzenia seksualnego [9]. Badanie Persingera zostało silnie skrytykowane, a wyniki tłumaczono jako rezultat sugestii, ponieważ uczestnicy wiedzieli czego mogą się spodziewać. Badacze, którzy odtworzyli eksperyment w 2000 roku w warunkach podwójnie ślepej próby stwierdzili, że wcześniejsze wyniki były błędne [10].

Tematem padaczki skroniowej szczególnie zainteresował się neurolog Norman Geschwind, który opisał szereg towarzyszących jej objawów: hiperreligijność, hipergrafię, zredukowany pociąg seksualny, omdlenia czy zaburzenia formalne myślenia (stąd nazwa ang. *Geschwind Syndrome*) [11].

Vilayanur S. Ramachandran weryfikował później zjawisko hiperreligijności za pomocą badania reakcji skórno-galwanicznej (GSR) próbując zweryfikować czy objaw ten jest specyficzny

dla bodźców religijnych czy jest wynikiem ogólnego podwyższonego nastroju. Uczestnikom prezentowano słowa z różnych grup: neutralne, erotyczne czy religijne. Wyniki wskazały, że osoby chore na padaczkę skroniową wykazywały najsilniejszą reakcję emocjonalną na wyrazy religijne, natomiast osoby zdrowe – na erotyczne [12].

Z kolei Beauregard i Paquette przeprowadzili próby, w których uczestniczyły zakonnice - karmelitanki, które w trakcie badania fMRI miały za zadanie przypomnieć sobie najsilniejsze doświadczenie duchowe, jakie kiedykolwiek przeżyły i emocje z nim związane. Odnotowano aktywację licznych obszarów mózgu: kory oczodołowo-czołowej przyśrodkowej prawej, środkowej kory skroniowej prawej, płacików ciemieniowych prawych - górnego i dolnego, jądra ogoniastego prawego, kory przedczołowej przyśrodkowej lewej, przedniej kory obręczy lewej, płacika ciemieniowego dolnego lewego, lewej wyspy, jądra ogoniastego lewego, lewej części pnia mózgu. Badanie to potwierdziło postawioną hipotezę, że za przeżycie duchowe nie odpowiada tylko jedna określona część mózgu, ale cały szereg struktur [13].

Przeprowadzano również badania z dziedziny psychofarmakologii pod kątem wpływu substancji serotonergicznych takich jak psylocybina czy LSD na ośrodkowy układ nerwowy. Ich działanie wydaje się indukować lub nasilać wrażenia religijno-duchowe [14]. Inną substancją, na którą zwrócono szczególną uwagę jest dimetylotryptamina (DMT). Jest ona naturalnie produkowana przez ludzką szyszynkę, prawdopodobnie głównie w warunkach ekstremalnych takich jak silny stres, narodziny, poród, psychoza czy doświadczenia z pogranicza śmierci. Postawiono hipotezę, że DMT może indukować silne wizje oraz wrażenia duchowe [15].

Liczne badania pokazują wpływ licznych systemów neuroprzekaźnikowych i hormonalnych na procesy psychiczne powiązane z wykonywaniem praktyk duchowych [14,15]. Szczególnie dokładnie pod tym kątem został przebadany wpływ medytacji. Wykazano, iż u osób medytujących dochodzi do znacznego wzrostu uwalniania dopaminy, który może być powiązany z przepływem bodźców między obszarami korowymi i podkorowymi mózgu. Wzrost ilości tego neuroprzekaźnika w płatach skroniowych jest jednym z czynników spustowych zaburzeń psychotycznych, które mogą być indukowane u niektórych predysponowanych poprzez praktykowanie medytacji [16].

Odnotowuje się również znaczący wzrost poziomu serotoniny (5-HT), szczególnie poprzez pobudzenie uwalniania z jąder szwu zlokalizowanych w pniu mózgu. Zaburzenia w funkcjonowaniu szlaków serotonergicznych uznaje się powszechnie za istotny czynnik w patogenezie depresji. 5-HT może dodatkowo potencjalizować działanie innych neuroprzekaźników. Poprzez interakcję z dopaminą zwiększa euforyczne odczucia mogące towarzyszyć medytacji, a w połączeniu z glutaminianem uczestniczy w procesie uwalniania acetylocholino (ACh). Określenie roli ACh w procesie medytacji wymaga jednak dodatkowych badań [16].

Poza wyżej wspomnianymi, poprzez aktywację układu przywspółczulnego, dochodzi do spadku poziomu noradrenaliny, kortykoliberyny (CRH) i kortyzolu, a także do zmniejszenia stymulacji baroreceptorów i zwiększenia uwalniania hormonu antydiuretycznego (AVP), którego skutkiem jest między innymi korzystny wpływ na regulację ciśnienia krwi. Jako inny, niezwykle interesujący aspekt działania AVP wskazuje się potencjalny wpływ na procesy uczenia i konsolidacji śladów pamięciowych. Z kolei za zmniejszenie odczuwania bólu w czasie medytacji odpowiedzialne jest prawdopodobnie zwiększenie uwalniania beta-endorfiny i melatoniny [16].

W trakcie medytacji obserwuje się również wzrost przekąźnictwa GABA-ergicznego, który jest jednym z głównych procesów odpowiedzialnych za działanie anksjolityczne przekładające się na zmniejszenie nasilenia zaburzeń lękowych [16].

Pomimo istotnego wzrostu poziomu glutaminianu w trakcie praktyk medytacyjnych nie uważa się jego ekscytotoksyczności. Może to wynikać ze zmniejszania się ilości dostępnego enzymu konwertującego NAAG (ang. N-acetylaspartylglutamate) do glutaminianu. Jednakże, efektem ubocznym tego procesu jest wzrost poziomu NAAG w mózgu. Substancja ta, będąc antagonistą receptorów NMDA, może imitować działanie halucynogenne dysocjantów (między innymi ketaminy) [16].

Jednego z głośniejszych odkryć w dziedzinie neuroteologii dokonał Dean Hamer, który na podstawie badań bliźniąt monozygotycznych, zidentyfikował gen *VMAT2* (ang. *Vesicular Monoamine Transporter 2*). Badacz powiązał obecność i ekspresję tego genu z możliwym wpływem na skłonność do zainteresowań wiarą i zjawiskami nadnaturalnymi [17]. Faktem jest, że działanie *VMAT2* wiąże się z funkcją wydzielniczą neuroprzekąźników: dopaminy, noradrenaliny, serotoniny i histaminy [18]. *VMAT2* potocznie nazwano „The God’s Gene – boski gen”, co oczywiście spowodowało falę krytyki i kontrowersji. Rzecz jasna nie możemy przypisać pochodzenia wiary i religijności jednemu genowi, co z resztą podkreślał sam badacz, aczkolwiek stanowi to przesłankę do kolejnych poszukiwań w dziedzinie genetyki i biologii molekularnej.

Przekrój badań neurobiologicznych

Badania współczynnika R/S (ang. religion and spirituality) wykazują potencjalne powiązania postaw czy aktywności religijnych zarówno ze zmianami funkcjonalnymi, jak i strukturalnymi ośrodkowego układu nerwowego. Do badań zakwalifikowano zakonnice, mnichów tybetańskich, osoby wierzące (vs. niewierzące), osoby wyznające konkretną religię (vs. niewierzące). Przegląd literatury z 2019 roku stwierdza, że istnieją specyficzne korelacje odróżniające grupy wierzących i/lub uduchowionych względem grupy kontrolnej [19]. Wykazano zmiany w wielu regionach mózgu, zarówno w zakresie czynnościowym – zmniejszenie lub zwiększenie aktywności w fMRI, PET czy EEG, jak i różnice strukturalne w MRI. Najczęściej odnotowywano zmiany w obszarach kory czołowej przyśrodkowej, kory oczodołowo-czołowej, przedklinki, tylnej kory obręczy, jądrze

ogoniastym oraz DMN (default mode network – sieć stanu spoczynkowego) [19]. Badania wykazały również, że wysokie zaangażowanie religijne może być czynnikiem ochronnym w patogenezie depresji. Zwiększona objętość kory mózgu w obszarach potylicznych i ciemieniowych wpływa na większą odporność na czynniki depresyjne [20], zaś zmniejszona aktywność DMN wskazuje na niższe ryzyko wystąpienia depresji (osoby o wysokim ryzyku zachorowania prezentują zwiększoną aktywność tej sieci) [21]. W badaniach EEG zaobserwowano zwiększoną ilość spoczynkowych fal alfa w regionach potylicznych, które potencjalnie mogą być związane z lepszą odpowiedzią na leczenie farmakologiczne [22].

Obserwacje dotyczące różnych stanów R/S ujawniły zwiększoną objętość kory mózgu u uczestników posiadających pozytywną relację z istotą boską. Zmiany przeciwne – zmniejszoną objętość przedklinka i kory oczodołowo-czołowej wykazano u badanych deklarujących lęk przed bogiem i zasugerowano wpływ tego typu zmian na zwiększoną szansę wystąpienia objawów depresyjnych czy psychotycznych [23].

Próby skoncentrowane na badaniu zachowań R/S wykazały różne zmiany w zależności od typu ocenianej aktywności. Obserwacje uczestników doświadczających przeżyć mistycznych czy duchowych obejmowały: zwiększoną aktywność kory oczodołowo-czołowej i przedczołowej przyśrodkowej [13], a także zwiększoną aktywność w obrębie jądra ogoniastego [24]. Badani modlący się wykazywali zwiększoną aktywność między innymi w przedklinku i korze czołowej przyśrodkowej [25]. W przypadku badań EEG u uczestników wykonujących zadania związane z konformizmem społecznym czy prowokujących reakcje lękowe, u osób religijnych odnotowano odrębności w ERP (ang. *event-related potentials* – potencjały wywołane) odzwierciedlające różnice w przetwarzaniu bodźców [26].

Reasumując, zmiany odnotowane w różnych badaniach R/S dotyczą regionów mózgu odpowiadających między innymi za wyższe zdolności kognitywne takie jak empatia, zachowania altruistyczne, regulacje emocji, zdolność refleksji czy samopoznanie [19].

Istotną przeszkodą w interpretacji, jak i porównaniu wyników w szerszym kontekście oraz jednocześnie zarzutami wobec niektórych badań były: stosunkowo małe próby i brak usystematyzowanej metodologii badawczej [19]. Chociaż same techniki wykorzystywane w tego typu badaniach są powszechnie akceptowane w środowisku naukowym i dość jednoznacznie wykorzystywane w tym kontekście (badania czynnościowe - EEG, fMRI, PET; badania struktury mózgu MRI), to szeroki i niejednorodny przekrój prób badawczych nie pozwala na wystarczająco wiarygodną ekstrapolację uzyskanych wyników. Jednakże, wykazanie przynajmniej części wspólnych wyników pozwala na wstępne zweryfikowanie niektórych hipotez, jak i wyciągnięcie wniosków, które mogą stanowić odpowiedni materiał źródłowy do dalszych badań neuroteologicznych, szczególnie jeśli dojdzie do wyłonienia pewnego rodzaju konsensusu terminologicznego i metodologicznego.

Religijność a psychiatria

Psychiatria wydaje się być dziedziną medycyny szczególnie podatną na pomijanie potrzeb duchowych pacjentów. Nie ulega wątpliwości, że do niedawna psychiatrię i religię wydawała się dzielić przepaść spowodowana niezrozumieniem i wrogością wobec zmian z obu stron barykady. Jednakże, większość ośrodków leczniczych, w tym zajmujących się chorobami psychicznymi, powstawało dawniej pod patronatem instytucji kościelnych, a ich przedstawiciele - osoby duchowne często odgrywały bezpośrednią rolę w opiece nad powierzonymi im pacjentami.

Coraz więcej badań i obserwacji wskazuje na korelację między ogólnym stanem zdrowia psychicznego, a duchowością czy religijnością. Obecny stan wiedzy medycznej pozwala wyróżnić grupę jednostek nozologicznych, w których aktywność w wymiarze duchowym może odgrywać znaczące, pozytywne oddziaływanie terapeutyczne. Jednakże niepomijalnym aspektem jest również negatywny wpływ religijności czy niektórych praktyk duchowych na pewne zaburzenia psychiczne.

Jednym z największych problemów społecznych w Polsce [27], a także na świecie jest uzależnienie od alkoholu. Zwrócono uwagę, że część pacjentów, którzy poza klasycznym leczeniem uczestniczą w grupach samopomocowych, ma większą szansę na wyjście z nałogu i utrzymanie abstynencji. Najbardziej rozpowszechnioną tego typu grupą jest AA (Anonimowi Alkoholicy). Istotną, integralną częścią programu 12 kroków, będącego zbiorem najważniejszych zasad tej społeczności, jest odwołanie do duchowości człowieka. I to właśnie ci uzależnieni, którzy silnie angażują się w program, w tym duchowo czy religijnie, mają większe szanse na wyzdrowienie [28]. Pozytywny wpływ R/S obserwowany jest również w leczeniu uzależnień od innych substancji [29].

Większość badań dotyczących powiązania depresji z religijnością czy duchowością wskazuje na pozytywny ich wpływ [30] między innymi na skuteczność leczenia farmakologicznego [22] czy szybszą remisję objawów. Wykazano również, że wyższe zaangażowanie religijne np. uczestnictwo w nabożeństwach zmniejsza prawdopodobieństwo prób samobójczych [19] oraz ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych u adolescentów [31]. Sugeruje się także korzystny wpływ wdrażania praktyk R/S u osób z dużym ryzykiem wystąpienia depresji [20].

W zaburzeniach lękowych, które są jednymi z częściej występujących w praktyce psychiatrycznej [27], religijność może odgrywać dwojaką rolę. U osób praktykujących medytację czy modlitwę obserwuje się złagodzenie często dokuczliwych somatycznych przejawów lęku np. zaburzeń autonomicznych czy sercowo-naczyniowych, co może wpływać korzystnie na nasilenie reakcji lękowych, jak i radzenie sobie z nimi [32]. Z drugiej jednak strony sama religijność może stanowić pewnego rodzaju czynnik spustowy lęku wynikający z poczucia winy, strachu przed Bogiem i jego karą [33].

Schizofrenia jest zaburzeniem, w którym pacjenci mogą czuć się stygmatyzowani i niezrozumiani przez społeczeństwo oraz swoich bliskich. Wspólnota religijna może również odrzucać chorego i prowadzić do poczucia izolacji [28]. Przegląd badań dotyczących powiązania R/S z zaburzeniami psychotycznymi wskazuje na mieszane konkluzje w tej kwestii. Niektóre z badań wskazują na korzystniejszy przebieg choroby i częstsze remisje u pacjentów z większym zaangażowaniem religijnym [34]. Inne z kolei wykazały większe nasilenie R/S z częstszym występowaniem urojeń o charakterze religijnym np. zgłaszanie słyszenia głosów Boga czy utożsamianie swojej osoby z postaciami świętych lub innymi związanymi z kultem. Zaobserwowano również, że tego typu urojenia są jednymi z częściej występujących i szczególnie opornych na perswazję, nie tylko u pacjentów ze schizofrenią, ale także z chorobą afektywną dwubiegunową [35]. Jednakże nie musi to świadczyć o występowaniu hiperreligijności w trakcie remisji. Badania pokazały, że w porównaniu z populacją ogólną osoby cierpiące na schizofrenię statystycznie nie różnią się poziomem religijności [28]. Dodatkowo, u niektórych pacjentów wiara i jej praktykowanie może prowadzić do stabilniejszego przebiegu choroby, między innymi dzięki lepszej współpracy w leczeniu i przestrzeganiu terapii farmakologicznej [28].

Interesującą jednostką psychiatryczną jest tzw. nerwica eklezjogenna. Jako źródło objawów i cierpienia pacjentów wskazuje się konflikt między religijnością a seksualnością człowieka [36]. Szerszą interpretację stanowi przyjęcie etiologii tego zaburzenia jako konfliktu między religią a innym aspektem życia jednostki, nieograniczonym tylko do seksualności. W przypadku tego zaburzenia pacjenci często próbują radzić sobie zwiększając zaangażowanie w różne praktyki religijne, jednakże nie przynosi to poprawy ich stanu [28].

Pomimo stosunkowo dużej częstości występowania choroby afektywnej dwubiegunowej w społeczeństwie, przegląd literatury wskazuje na niewielką liczbę przeprowadzonych badań dotyczących powiązania R/S i przebiegu tego zaburzenia, a uzyskane wyniki są niejednoznaczne [30].

Zaburzenia dysocjacyjne są dość specyficzną grupą jednostek chorobowych, uznawanych powszechnie za bardzo rzadkie, co nie do końca jest zgodne z prawdą. Należą do niej zaburzenia takie jak: amnezja oraz fuga dysocjacyjna, trans i opętanie, drgawki dysocjacyjne czy dysocjacyjne zaburzenie tożsamości. Istotą tego typu zaburzeń jest zaistnienie w życiu człowieka konfliktu czy traumy, z którymi jednostka nie jest w stanie poradzić sobie w konwencjonalny sposób. Prowadzi to do zaburzenia integralności, swojego rodzaju rozszczepienia tożsamości oraz oddzielenia się świadomości od krzywdzącego, patologicznego czynnika [37]. Takowym czynnikiem mogą być różnego rodzaju przekonania i wcześniej wspomniane konflikty na tle religijnym np. silnie zakorzeniony strach przed grzechem i potępieniem.

Kontrowersyjnym tematem pozostają zaburzenia dysocjacyjne takie jak trans i opętanie. W literaturze wyróżnia się opętanie pochodzenia psychicznego, jak i opętanie duchowe. Wiedza

medyczna nie przedstawia jednoznacznych dowodów na istnienie tego drugiego. Jednakże, niezależnie od podejścia do etiologii opętania, teolodzy i duchowni - egzorcyci wskazują wyraźnie, że przy podejrzeniu tego typu stanów pierwszym krokiem musi być dokładna, wielospecjalistyczna diagnostyka medyczna, szczególnie psychiatryczna i neurologiczna. Podkreśla się również na pomocną w różnicowaniu tych zjawisk obserwację pacjenta pod kątem reakcji na obiekty czy praktyki religijne. Zakłada się, że opętania pochodzenia psychicznego zazwyczaj nie łączą się z silną negatywną reakcją na bodźce religijne [38].

Należy pamiętać, że wszelkie grupy i społeczności religijne o charakterze ekstremistycznym, a także nieelastyczne, fanatyczne podejście do wyznawanych wartości, również tych duchowych, mogą prowadzić do negatywnych konsekwencji, zarówno społecznych, prawnych, jak i zdrowotnych [39]. Tyczy się to również niektórych aktywności religijnych np. praktykowanych między innymi przez chrześcijańskie ruchy charyzmatyczne, które poprzez próby indukowania pewnych specyficznych stanów świadomości, mogą być czynnikiem spustowym wystąpienia zaburzeń psychicznych czy ich zaostrzeń [28].

Wpływ duchowości na zdrowie i ogólny dobrostan

Z uwagi na coraz większe potrzeby zdrowotne społeczeństwa, szczególnie w aspekcie zdrowia psychicznego, chorób cywilizacyjnych i przewlekłych, a także niewystarczającą efektywność terapeutyczną konwencjonalnych terapii, naukowcy i personel medyczny coraz częściej odwołują się do koncepcji holistycznego podejścia do opieki zdrowotnej. Do powszechnie znanej definicji zdrowia według WHO - stanu pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu proponuje się dodać nową kategorię - wymiar duchowy jako integralny i ważny aspekt procesu terapeutycznego oraz profilaktyki i promocji zdrowia. Głosy środowiska naukowego w tej kwestii znajdują silne poparcie w coraz to szerzej przeprowadzanych badaniach.

Prace na temat wpływu duchowości czy religii, poza opisanymi wyżej efektami na zdrowie psychiczne, dotyczą także licznych korzyści fizycznych. Badania wykazują pozytywną korelację R/S z poprawą parametrów układu sercowo-naczyniowego i markerów układu immunologicznego, wpływ na redukcję stanu zapalnego oraz gospodarkę neuroprzekaźnikową i hormonalną [32]. Wnioski te zachęcają do kolejnych badań w kierunku zastosowania tej wiedzy w terapii konkretnych jednostek chorobowych oraz w działaniach profilaktycznych zmierzających do poprawy ogólnego stanu zdrowia. Piśmiennictwo wskazuje między innymi na korzystne zmiany parametrów sercowo-naczyniowych [28] - obniżanie ciśnienia tętniczego i częstości rytmu serca w wyniku praktykowania medytacji, między innymi w formie modlitwy czy regularnego uczestnictwa w nabożeństwach. Zaobserwowano, również istotne zmiany w systemach neuroprzekaźnikowych między innymi serotoninowym oraz melatoninergicznym. U osób długo praktykujących medytację poziom melatoniny jest wyższy niż u niepraktykujących [16]. Może to okazać się przydatne w

regulowaniu zaburzeń rytmu dobowego [40], wspomagając proces snu, a pozytywny wpływ melatoniny na układ immunologiczny i stres oksydacyjny posiada potencjał wykorzystania w onkologii [32]. Oprócz tego, inne badania wykazały wpływ medytacji na zwiększone uwalnianie dopaminy, przy jednoczesnym hamowaniu niektórych szlaków glutaminergicznych, ograniczając cytotoksyczność i neurotoksyczność nadmiaru tego neuroprzekaźnika [16]. Wykazano również, że modlitwa medytacyjna zwiększa tolerancję na ból, co może być szeroko zastosowane przy wspomaganiu leczenia przewlekłych zespołów bólowych [40]. Regularne praktyki duchowe mogą wpływać korzystnie na poziom prozapalnej interleukiny-6, której wysokie stężenie obserwuje się w chorobach reumatologicznych takich jak osteoporoza czy reumatoidalne zapalenie stawów oraz nowotworach hematologicznych [32]. Pozytywne immunologiczne działanie praktyk duchowych czy wysokiego zaangażowania religijnego objawia się również korzystnym wpływem na długość telomerów [40], a badania kobiet HIV-pozytywnych wskazały na niższą zapadalność na depresję, co w tej grupie powiązано ze wzrostem limfocytów T typu CD4+ [32]. Ogólny wpływ zaangażowania duchowego na zwiększoną odporność na stres może potencjalnie skutkować niższą przewalacją i łagodniejszym przebiegiem całej gamy chorób, których patogeniza jest związana z nadmierną reakcją stresową.

Podsumowanie

Niniejsza publikacja wskazuje, że uwzględnienie różnych przejawów wymiaru duchowego człowieka w nauka medycznych może korzystnie wpłynąć zarówno na zdrowie jednostek, jak i kondycję całego społeczeństwa. Dlatego też, kształcenie kadry medycznej należy uzupełnić o podstawy dyscyplin socjologicznych, psychologicznych czy teologiczno-filozoficznych. Usprawni to oraz zachęci do współpracy przedstawicieli różnych dziedzin, których badania mogą uzupełnić wiedzę medyczną o dodatkowe cenne informacje, doświadczenia i umiejętności. Umożliwi to także stworzenie skuteczniejszych strategii w opiece zdrowotnej przekładających się na lepsze działania profilaktyczne i terapeutyczne.

Piśmiennictwo

1. Van Niekerk B.: Religion and spirituality: What are the fundamental differences? HTS Teologiese Studiess, 2018, 74, 3, 11 stron. Dostępna na: <https://doi.org/10.4102/hts.v74i3.4933> (Open access).
2. Motak D.: *Religia – religijność – duchowość: przemiany zjawiska i ewolucja pojęcia*. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Studia Religiołoga, 2010, 43, 201–218.
3. Emmons, R.A.: *Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern*. The International Journal for the Psychology of Religion, 2000, 10, 1, 3-26.
4. Hackett C., Grim B., Stonawski, M., i wsp.: *The Global Religious Landscape: A Report on the Size and Distribution of the World's Major Religious Groups as of 2010*. Wydawnictwo Pew Research Center's Forum on Religion & Public Life, Washington, 2012, 1-82. Dostępne na: <https://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/11/2014/01/global-religion-full.pdf>.

5. Ipsos MORI: Views on globalisation and faith, 2011. Dostępne na: https://web.archive.org/web/20130117013643/http://www.fgi-tbff.org/sites/default/files/elfinder/FGIImages/Research/fromresearchpolicy/ipsos_mori_briefing_pack.pdf
6. Instytut Statystyki Kościoła Katolickiego: *Annuario Statisticum Ecclesiae In Polonia*, Warszawa, 2020, 1-51. Dostępne na: http://iskk.pl/images/stories/Instytut/dokumenty/Annuario_Statisticum_2020_07.01.pdf.
7. Główny Urząd Statystyczny: *Życie religijne w Polsce. Wyniki badania spójności społecznej*, 2018, Dostępne na: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/wyznania-religijne/zycie-religijne-w-polsce-wyniki-badania-spojnosci-spoecznej-2018,8,1.html>
8. Persinger M.A.: *Experimental Facilitation of the Sensed Presence: Possible Intercalation Between the Hemispheres Induced by Complex Magnetic Fields*. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2002, 190, 8.
9. Persinger M.: *Religious and Mystical Experiences as Artifacts of Temporal Lobe Function: A General Hypothesis*. Perceptual and Motor Skills, 1983, 57, 1255 - 1262.
10. Murphy T., Persinger M.A.: *The God Helmet Debate*. Behavioral Neuroscience Program, Laurentian University, 2011
11. Waxman S.G., Geschwind N.: *The Interictal Behavior Syndrome of Temporal Lobe Epilepsy*. Archives of General Psychiatry, 1975, 32, 12.
12. Ramachandran V.S.: *God and the Limbic System* (Phantoms in the Brain, 1998).
13. Beauregard M., Paquette V.: *EEG activity in Carmelite nuns during a mystical experience*. Neuroscience Letters, 2008, 444, 1-4,
14. Lyvers M., Meester M.: *Illicit use of LSD or psilocybin, but not MDMA or nonpsychedelic drugs, is associated with mystical experiences in a dose-dependent manner*. Journal of Psychoactive Drugs, 2012, 44, 5.
15. Barker S.A.: *N, N-Dimethyltryptamine (DMT), an Endogenous Hallucinogen: Past, Present, and Future Research to Determine Its Role and Function*. Frontiers in Neuroscience, 2018, 12, 536.
16. Mohandas E.: *Neurobiology of spirituality*. Mens Sana Monographs, 2008, 6, 1, 63-80.
17. Silveira L.A.: *Experimenting with spirituality: analyzing The God Gene in a nonmajors laboratory course*. CBE Life Sciences Education, 2008, 7, 1, 132-145.
18. Eiden L.E., Weihe E.: *VMAT2: a dynamic regulator of brain monoaminergic neuronal function interacting with drugs of abuse*. Ann NY Acad Sci., 2011, 1216, 86-98.
19. Rim J.I. i wsp.: *Current Understanding of Religion, Spirituality, and Their Neurobiological Correlates*. Harvard Review of Psychiatry, 2019, 27,5, 303-316.
20. Miller L., Bansal R., Wickramaratne P., i wsp.: *Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality: a study in adults at high and low familial risk for depression*. JAMA Psychiatry, 2014, 71, 128-135
21. Svob C., Wang Z., Weissman M.M., Wickramaratne P., Posner J.: *Religious and spiritual importance moderate relation between default mode network connectivity and familial risk for depression*. Neuroscience Letters, 2016, 634, 94-97.
22. Tenke C.E., Kayser J., Manna C.G., Fekri S., Kropfmann C.J., Schaller J.D., i wsp.: *Current source density measures of electroencephalographic alpha predict antidepressant treatment response*. Biological Psychiatry, 2011, 70, 4, 388-394.
23. Kapogiannis D., Barbey A.K., Su M., Krueger F., Grafman J.: *Neuroanatomical variability of religiosity*. PLoS One, 2009, 4, 9.
24. Schjoedt U., Stødkilde-Jørgensen H., Geertz A.W., Roepstorff A.: *Rewarding prayers*. Neuroscience Letters, 2008, 443, 3, 165-168.
25. Schjoedt U., Stødkilde-Jørgensen H., Geertz A.W., Roepstorff A.: *Highly religious participants recruit areas of social cognition in personal prayer*. Soc Cogn Affect Neurosci., 2009, 4, 199-207.
26. Thiruchselvam R., Gopi Y., Kilekwang L., Harper J., Gross J.J.: *In God we trust? Neural measures reveal lower social conformity among non-religious individuals*. Soc Cogn Affect Neurosci., 2017, 12, 956-964.
27. Kiejna A., Piotrowski P., Adamowski T., Moskalewicz J., Wciórka J., Stokwiszewski J., Rabczyński D., Kessler R.C.: *The prevalence of common mental disorders in the population of adult Poles by sex and age structure – an EZOP Poland study*. Psychiatr. Pol., 2015, 49, 1, 15-27.

28. Orlof W., Kostuczuk J., Waszkiewicz N.: *Rola i znaczenie duchowości pacjenta w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w psychiatrii*. Psychiatria po Dyplomie, 2021, 01, 16-21.
29. Miller W.R., Forcehimes A., O'Leary M.J., LaNoue M.D.: *Spiritual direction in addiction treatment: Two clinical trials*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2008, 35, 4, 434-442.
30. Koenig H.G.: *Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications*, International Scholarly Research Notices Psychiatry, 2012, 278730.
31. Chen Y., VanderWeele T.J.: *Associations of Religious Upbringing With Subsequent Health and Well-Being From Adolescence to Young Adulthood: An Outcome-Wide Analysis*. Am J Epidemiol., 2018, 187, 11, 2355-2364.
32. Orlof W., Alifier M.: *Nieeteryczny związek między duchowością chrześcijańską a zdrowiem człowieka*. Elpis, 2018, 20, 119-128.
33. Dein S.: *Against the Stream: Religion and mental health – the case for the inclusion of religion and spirituality into psychiatric care*. BJPsych Bulletin, 2018, 42, 1-3.
34. Verghese A., John J., Rajkumar S., Richard J., Sethi B., Trivedi J.: *Factors Associated with the Course and Outcome of Schizophrenia in India Results of a Two-Year Multicentre Follow-Up Study*. British Journal of Psychiatry, 1989, 154, 4.
35. Koenig H.G.: *Schizophrenia and other psychotic disorders, in Religious and Spiritual Issues in Psychiatric Diagnosis: A Research Agenda For DSM-V*, Peteet J., Lu F.G., i Narrow W.E., Redaktorzy, American Psychiatric Association Press, Arlington, Va, USA, 2011, 31-52.
36. Schaetzing E.: *Die ekklesiogenen Neurosen*. Wege zum Menschen, 1955, 7
37. Orlof W., Wilczyńska K.M., Waszkiewicz N.: *Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (osobowość mnoga) — powszechniejsze niż wcześniej sądzono*. Psychiatria, 2018, 15, 4, 228-233.
38. Orlof W., Kostuczuk J.: *Trance and possession – a subject of interest in theology and psychiatry*. Rocznik Teologiczny LXII, 2020, 4, 1263-1280.
39. Kunst J.R., Obaidi M.: *Understanding violent extremism in the 21st century: the (re)emerging role of relative deprivation*. Current Opinion in Psychology, 2020, 35, 55-59.
40. Ricard M., Lutz A., Davidson R.J.: *Neuroscience Reveals the Secrets of Meditation's Benefits* *Contemplative practices that extend back thousands of years show a multitude of benefits for both body and mind*. Scientific American, 2014. Dostępne na: <https://www.scientificamerican.com/article/neuroscience-reveals-the-secrets-of-meditation-s-benefits/#>

Cierpienia psychiczne jako element krzywdy podlegający kompensacji oraz jako przesłanka odpowiedzialności

Renata Zaręba¹, Ilona Ościłowska², Anna Grajewska², Karolina Wanda Borkowska², Hubert Chabowski³, Piotr Worona⁴, Edyta Rysiak²

¹*Zakład Prawa Medycznego i Prawa Prywatnego Międzynarodowego, Uniwersytet w Białymstoku*

²*Zakład Chemii Leków, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ilona.zareba@gmail.com (autor korespondencyjny)*

³*Studenckie Koło Naukowe Farmacji Społecznej przy Zakładzie Chemii Leków, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

⁴*Kancelaria Adwokacka dr Piotr Worona*

Wprowadzenie

Ludzie często w swoim życiu doświadczają sytuacji, z którymi nie potrafią sobie poradzić. Wśród nich wyróżnia się zdarzenia traumatyczne, które pozostawiają w psychice człowieka szczególne urazy. Do takich sytuacji można zaliczyć np. wypadki drogowe, naruszenia związane z udzielanymi świadczeniami medycznymi, zwłaszcza błędy medyczne, czy też śmierć osoby bliskiej [1]. Najczęściej występującymi psychologicznymi konsekwencjami wskazanych zdarzeń są zaburzenia zdrowia psychicznego, nadużywanie środków psychotropowych, jak również zakłócenia w funkcjonowaniu zawodowym [2].

Uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia może spowodować przede wszystkim negatywne skutki w sferze majątkowej poszkodowanego, ale również w niemajątkowej. Do pierwszej kategorii naruszeń zaliczyć można koszty leczenia i rekonwalescencji, czy też utratę lub ograniczenie możliwości pracy zarobkowej, druga zaś określa doznany ból i cierpienia [3]. Przepis art. 444 k.c. reguluje zatem sposób naprawienia szkód majątkowych na osobie poszkodowanej, które zostały wyrządzone czynami niedozwolonymi. Natomiast sposób określenia zadośćuczynienia za krzywdę niemajątkową regulują przepisy art. 445-448 k.c. [4].

Przepis art. 445 k.c. stanowi podstawę do zasądzenia na rzecz poszkodowanego zadośćuczynienia w przypadku naruszenia dóbr osobistych. Dobrami osobistymi chronionymi prawnie na mocy tego przepisu są m.in. życie i zdrowie człowieka, które mogą zostać naruszone z powodu uszkodzenia ciała bądź wywołania rozstroju zdrowia. Uszkodzenie ciała polega na naruszeniu integralności cielesnej poprzez pozostawienie śladów zewnętrznych lub wewnętrznych. Natomiast rozstrój zdrowia to zakłócenia w funkcjonowaniu organizmu w postaci np. choroby psychicznej, nerwicy [5]. Co istotne, pod pojęciem tym można rozumieć również

same cierpienia psychiczne, które nie mają żadnego związku z uszkodzeniem ciała. Przykładami takiego rozstroju zdrowia jest depresja czy wstrząs psychiczny. Nadto szkodą na osobie może być zarówno wystąpienie nowego schorzenia, jak i znaczne pogorszenie się istniejącego rozstroju zdrowia poszkodowanego, czy też zaostrzenie bólu fizycznego [6]. Dość duże trudności przysparza zatem oddzielenie cierpienia fizycznego pokrzywdzonego od jego cierpień psychicznych, zwłaszcza dlatego, że zwykle współistnieją one ze sobą [7].

Przepis art. 445 § 1 k.c. nie uzależnia możliwości dochodzenia roszczenia o zadośćuczynienie od doznania obrażeń lub poważnego uszczerbku na zdrowiu. Okoliczności dotyczące rodzaju uszkodzeń ciała, czas leczenia, czy chociażby istnienie bądź brak skutków trwałych mają wpływ wyłącznie na wysokość świadczenia. Przyznanie zadośćuczynienia z powodu wyrządzenia szkody na osobie nie musi mieć związku z doznaniem szkody majątkowej [8].

Krzywda

Podstawą prawną żądania zadośćuczynienia za krzywdę jest art. 445 § 1 k.c. Przepis ten stanowi, że w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia sąd może przyznać osobie poszkodowanej odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę [8].

W sytuacji, kiedy dochodzi do rozstroju zdrowia psychicznego osoby poszkodowanej, mamy do czynienia z krzywdą jako skutkiem bezprawnego zachowania sprawcy danego zdarzenia. W potocznym rozumieniu krzywdę najogólniej można tłumaczyć jako zło wyrządzone przez człowieka drugiemu człowiekowi [9]. Z prawnego punktu widzenia krzywda oznacza szkodę niemajątkową, która polega na odczuwaniu przez pokrzywdzonego cierpień fizycznych oraz cierpień psychicznych [10]. Szkodą niemajątkową charakteryzuje się odczuwaniem bólu, cierpienia, stresu, dyskomfortu, jak również świadomości życia z nieuleczalnym urazem lub innych negatywnych przeżyć psychicznych [11].

Sąd Apelacyjny w Lublinie w swoim orzeczeniu wskazał natomiast, że nie można ograniczać pojęcia krzywdy wyłącznie do bólu i cierpień fizycznych i psychicznych, ponieważ każda krzywda nie stanowi wewnętrznej cechy poszkodowanego. Jako relacja pokrzywdzonego ze sprawcą istnieje niezależnie od psychicznych, czy też fizycznych przeżyć osoby poszkodowanej, zaś wielość jej elementów o cechach psychicznych, fizycznych, materialnych i moralnych współwystępuje i wzajemnie się dookreśla [12].

W literaturze podkreśla się, że zadośćuczynienie powinno być zasądzane także w przypadkach krzywdy psychicznej, traktując ją podobnie jak rozstrój zdrowia fizycznego. Rozstrój

zdrowia bowiem polega na wywołaniu u człowieka dysfunkcji organizmu przez zakłócenie funkcjonowania jego poszczególnych systemów i układów. Nie ulega zatem wątpliwości, że rozstrój zdrowia może dotyczyć również sfery psychiki osoby poszkodowanej [13]. W tym zakresie wypowiadał się Sąd Najwyższy, wskazując, że zadośćuczynienie pieniężne obejmuje cierpienia fizyczne, jak również cierpienia psychiczne [14].

Trzeba mieć jednak na względzie, że nie w każdym przypadku, w którym będą występować dolegliwości psychiczne, zostanie zasądzone zadośćuczynienie pieniężne. Dotyczy to takich objawów, które stanowią nadwrażliwość poszkodowanego. Spotykamy się często z sytuacjami, które mogą być źródłem dość intensywnego cierpienia psychicznego, które będą normalną reakcją każdego przeciętnego człowieka. Brak możliwości domagania się ochrony prawnej w tego rodzaju przypadkach będą wynikały z tego, że te zdarzenia nie zostały uwzględnione w katalogu dóbr osobistych [11]. Powyższe wynika chociażby z orzeczenia Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu, który wskazał, że „ciężar gatunkowy poszczególnych dóbr osobistych nie jest jednakowy i nie wszystkie dobra osobiste zasługują na jednakowy poziom ochrony za pomocą środków o charakterze majątkowym” [11].

Przesłanki zasądzenia zadośćuczynienia za doznaną krzywdę

W literaturze jako podstawową przesłankę warunkującą zasądzenie zadośćuczynienia wskazuje się istnienie szkody niemajątkowej powstałej w związku z odpowiedzialnością za naruszenie dóbr osobistych pokrzywdzonego. Żaden jednak z aktów prawnych nie zawiera definicji normatywnej pojęcia dobra osobistego. Przepis art. 23 k.c. wskazuje przykładowe wyliczenie podlegających ochronie prawnej dóbr osobistych. Ochroną przewidzianą we wskazanym artykule i art. 24 k.c. są objęte wszelkie dobra osobiste rozumiane jako pewne wartości niematerialne związane z istnieniem i funkcjonowaniem podmiotów prawa cywilnego, które w życiu społecznym są uznawane za doniosłe i zasługujące z tego względu na ochronę. Na gruncie prawa cywilnego ochrona dóbr osobistych jest realizowana przez konstrukcję praw podmiotowych, które odpowiadają konkretnym dobrom osobistym. Krzywda będąca skutkiem naruszenia danego dobra osobistego jest zatem konsekwencją ingerencji w obszar określonego przez ustawodawcę prawa podmiotowego [11]. Pomiędzy jednak naruszeniem dóbr osobistych a szkodą musi istnieć adekwatny związek przyczynowo - skutkowy. Oznacza to, że szkoda musi być normalnym następstwem działania sprawcy tej szkody. Ciężar udowodnienia tych okoliczności spoczywać będzie, zgodnie z art. 6 k.c., na pokrzywdzonym [4].

Kolejną przesłanką roszczenia o zadośćuczynienie jest wyrządzenie krzywdy. Może mieć ona postać uszkodzenia ciała, wywołania rozstroju zdrowia, naruszenia integralności lub wolności

seksualnej czynem niedozwolonym. Może ona mieć charakter cierpień fizycznych lub też psychicznych [7]. Już sam fakt uszczerbku na zdrowiu i odczuwania cierpień i bólu stanowi krzywdę, która wymaga zrekompensowania. Ustalenie uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego występuje zatem jako przesłanka odpowiedzialności i umożliwia wskazanie krzywd, które podlegają kompensacji. Tym samym stanowi ona również krzywdę, która domaga się takiej kompensacji. Trzeba mieć również na uwadze, że cierpienia psychiczne nie mogą być postrzegane jedynie przez pryzmat skutków naruszenia dóbr osobistych. Cierpienia psychiczne niekiedy mają tak wysoki stopień intensywności, że same mogą również powodować rozstrój zdrowia, o którym mowa w art. 445 § 1 k.c. [15].

Wysokość zadośćuczynienia

Zadośćuczynienie ma zrekompensować osobie, która doznała negatywnych odczuć spowodowanych traumatycznym zdarzeniem, krzywdę. Podkreślić należy, że zadośćuczynienie jest świadczeniem przyznawanym jednorazowo, wobec czego powinno uwzględniać całokształt doznanych emocji, ale także te krzywdy, które mogą wystąpić w przyszłości jako możliwe do przewidzenia konsekwencje doznanego uszczerbku. Pokrzywdzonemu przysługuje zatem tylko jedno roszczenie o zadośćuczynienie, nawet jeśli wynikiem czynu niedozwolonego były zarówno cierpienia psychiczne, jak i fizyczne. Na jego wysokość wpływa natężenie tych cierpień. Rodzaj i natężenie cierpień należy oceniać indywidualnie dla każdego przypadku [7].

Zadośćuczynienie to swoistego rodzaju postać odszkodowania. Jednakże zadośćuczynienie różni się od odszkodowania. Roszczenie odszkodowawcze ma przede wszystkim na celu wyrównać szkody o charakterze materialnym. Powinno więc pokryć wszelkie koszty, które poszkodowany poniósł w związku z wypadkiem, ale również wyrównać ewentualne korzyści, które mógłby uzyskać, gdyby szkody mu nie wyrządzono. Osoba, która stara się o odszkodowanie jest obowiązana przedstawić materiał dowody, na podstawie którego żąda zwrotu poniesionych wydatków i dzięki którym można oszacować ich wysokość, jak np. dokumenty, faktury. Bardziej skomplikowana sytuacja dotyczy ustalenia wysokości zadośćuczynienia. Ustawodawca nie wskazał jakiej wysokości świadczenie poszkodowany powinien otrzymać w związku z doznany bólem i cierpieniem. W orzecznictwie wypracowano w tym zakresie pewne kryteria, które należy mieć na względzie ustalając wartość zadośćuczynienia [5]. Sąd Najwyższy stwierdził, iż „określenie wysokości zadośćuczynienia powinno być dokonane z uwzględnieniem wszystkich okoliczności mających wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, m.in. również wieku poszkodowanego i czasu trwania cierpień” [16]. Co więcej, podkreśla się, że zasądzona z tego tytułu suma ma być „odpowiednia”, co oznacza, że winna uwzględniać wszystkie okoliczności

sprawy, które mogą mieć dla niej znaczenie. Zadaniem sądu w sprawach o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę jest więc ocena wszystkich okoliczności, które wpływają na wysokość krzywdy pozostającej w normalnym związku przyczynowym ze zdarzeniem, które wyrządziło szkodę, za które odpowiedzialność ponosi osoba zobowiązana do zapłaty zadośćuczynienia. Sąd Najwyższy w orzeczeniu z 8 grudnia 1973 r. w sprawie III CZP 37/73 podkreślił, że oceniając rozmiar doznanej krzywdy, należy wziąć pod uwagę całokształt okoliczności, w tym stopień cierpień psychicznych, czas trwania oraz ich intensywność [17]. Niewystarczające będzie odwołanie się jedynie do stopnia uszczerbku na zdrowiu, konieczne też jest uwzględnienie wpływu doznanej krzywdy na inne dziedziny życia [18].

Oceniając wysokość odpowiedniej sumy istotną kwestią są również prognozy na przyszłość. Należy zbadać czy pokrzywdzony ma szanse na wyleczenie, jakie efekty może przynieść rehabilitacja. Ważna jest także ocena kryterium niemożności czerpania przyjemności z życia, kontynuowania hobby, uprawiania sportów czy możliwość wykonywania dotychczasowej pracy, jak również możliwość posiadania dzieci [19]. Znaczenie ma też wiek poszkodowanego. Kalectwo będzie stanowiło większą krzywdę dla osoby małoletniej niż dla dorosłej [20].

Rolą zatem sądu w sprawach o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę jest ocena wszystkich okoliczności, które wpływają na wysokość krzywdy pozostającej w normalnym związku przyczynowym ze zdarzeniem, które wyrządziło szkodę, za które odpowiedzialność ponosi osoba zobowiązana do zapłaty zadośćuczynienia [21].

W orzecznictwie ugruntowany jest pogląd opowiadający się za kompensacyjnym charakterem naprawienia szkody niemajątkowej. Oznacza to, że wysokość zadośćuczynienia nie może stanowić zapłaty symbolicznej, a wręcz przeciwnie, musi przedstawiać wartość ekonomicznie odczuwalną [22]. Funkcja ta ma na celu uśmierzyć negatywne emocje poszkodowanego poprzez umożliwienie mu cieszenia się otrzymanymi dobrami materialnymi, a więc możliwość uśmierzenia bólu przez „zwiększoną konsumpcję” [15].

Zadośćuczynienie stanowi niejako formę naprawienia szkody niematerialnej, tak więc już ze swej natury jest niemożliwe do ścisłego wymierzenia jego wysokości. Ustalenie jaka wartość w konkretnych okolicznościach jest odpowiednia należy do sfery swobodnego uznania sędziego orzekającego w sprawie [15].

Wysokość zadośćuczynienia za doznaną krzywdę powinna być jednak utrzymana w rozsądnych granicach, które będą odpowiadać aktualnym warunkom oraz przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa [7]. Nie powinno ono być jednak źródłem wzbogacenia osoby poszkodowanej [23].

Za konieczne zatem uważa się, przy oznaczeniu zakresu wyrządzonej krzywdy, uwzględnienie rodzaju naruszonego dobra, zakresu naruszenia oraz trwałości skutków naruszenia [24]. Sąd winien uwzględnić wszystkie okoliczności danego zdarzenia. Analizując i oceniając wystąpienie i zakres krzywdy powinien korzystać z kryteriów zobiektywizowanych, ale jednak przystających do konkretnego poszkodowanego [15].

Należy też mieć na względzie, że w przypadku przyczynienia się pokrzywdzonego do powstania lub powiększenia rozmiarów krzywdy, zadośćuczynienie powinno ulec odpowiedniemu zmniejszeniu [25].

Cierpienia psychiczne stanowiące skutek zdarzenia

Zadośćuczynienie, jak już wskazano wyżej, jest przyznawane w określonych w prawie przypadkach, które ustawodawca określa mianem krzywdy. Wiąże się to nieodzownie z cierpieniami psychicznymi.

Cierpienia psychiczne należy rozumieć jako negatywne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała bądź rozstroju zdrowia. Są one bezpośrednio związane ze stanem zdrowia, a także dalszymi następstwami, takimi jak odczuwanie dyskomfortu, zeszpecenia, niemożności wykonywania aktywności życiowych, poczuciu nieprzydatności społecznej, czy nawet wykluczenia ze społeczeństwa [26].

Szeroko pojmowane pojęcie rozstroju zdrowia powoduje, że przyznanie zadośćuczynienia może być zasądzone w przypadku doznania wstrząsu psychicznego. Często występującymi w orzecznictwie przyczynami zasądzenia zadośćuczynienia za doznaną krzywdę są ból i cierpienia psychiczne związane z wypadkami drogowymi oraz z udzielanymi świadczeniami medycznymi [26].

Najczęściej występującym zjawiskiem na drodze, które zagraża bezpieczeństwu człowieka jest niewłaściwe zachowanie kierowców. Prowadzi ono do wypadków drogowych, w wyniku których są ranni, a często też ofiary śmiertelne. W efekcie tych wydarzeń pojawiają się u osób poszkodowanych szkody fizyczne, ale również urazy psychiczne. Zdarza się bowiem tak, że uczestnik wychodzi z wypadku z niewielkimi zewnętrznymi obrażeniami, a mimo to całe zdarzenie pozostawia trwały ślad w jego psychice [27].

Wypadki drogowe należą do zdarzeń traumatycznych i mogą, w skrajnych przypadkach, powodować tzw. zespół stresu pourazowego (PTSD). Zespół stresu pourazowego to rodzaj zaburzenia lękowego, które zazwyczaj jest następstwem silnego stresu związanego z traumatycznym wydarzeniem, któremu towarzyszyło uczucie intensywnego lęku, bezsilności lub przerażenia. Zespół ten objawia się przeżywaniem tego zdarzenia poprzez wspomnienia czy

powracające koszmary senne. Osoby, u których występuje zespół stresu pourazowego często unikają miejsc, osób lub innych rzeczy, które przypominają o traumatycznej sytuacji [28].

W literaturze wymienia się jako podstawowe objawy PTSD odtwarzanie traumy, co prowadzi do koszmarów sennych, rozpamiętywania zdarzenia, trudności z funkcjonowaniem społecznym i ponowną adaptacją do życia. Powyższe utrudnia codzienne funkcjonowanie, a często również rezygnację z dotychczasowo wykonywanej pracy czy uprawiania sportu [28].

Poszkodowany w wyniku wypadku drogowego ma możliwość ubiegania się od sprawcy wypadku lub ubezpieczyciela o odszkodowanie za uraz psychiczny oraz w przypadku rozstroju zdrowia. Oznacza to, że osoba, która podjęła terapię związaną z jej stanem zdrowia psychicznego, ma prawo wystąpić o zwrot kosztów wizyt u specjalistów, a także zwrot kosztów leczenia farmakologicznego. Co jednak istotne poszkodowany może domagać się również zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, która wiąże się z odczuwanymi przez niego negatywnymi przeżyciami psychicznymi oraz powoduje problemy w codziennym funkcjonowaniu [27].

Do wyrządzenia szkody na osobie dochodzi często także w związku ze świadczonymi usługami medycznymi. Należy jednak mieć na uwadze, że roszczenia o zadośćuczynienie uregulowane w art. 445 § 1 k.c. oraz o zadośćuczynienie będące następstwem zawinionego naruszenia praw pacjenta mają odrębny charakter, inny przedmiot, a ponadto określają zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne [29]. W tym drugim przypadku kompensacja krzywdy następuje w oparciu o art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [30]. O ile bowiem art. 445 § 1 k.c. rekompensuje skutki spowodowane uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, to art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta chroni godność, prywatność, autonomię pacjenta bez względu czy zachowana została przez personel medyczny staranność i czy uzyskano korzystny efekt przeprowadzenia zabiegu leczniczego. Ponadto przepis ten dotyczy jedynie zawinionego naruszenia wymienionych praw pacjenta, które nie zawsze mają postać dóbr osobistych. W takich sytuacjach dopuszczalny w orzecznictwie jest kumulatywny zbieg roszczeń mających odrębny charakter.

W obu wskazanych wyżej przypadkach, ustalając istnienie uszczerbku należy porównać tryb życia osoby pokrzywdzonej przed zdarzeniem, w wyniku którego doznany został uszczerbek na zdrowiu z trybem życia po tym zdarzeniu. Tak więc sąd powinien mieć na względzie dotychczas prowadzony styl życia, w tym wykonywaną pracę, czy uprawiane aktywności [15].

Istnieje również możliwość uzyskania zadośćuczynienia za śmierć osoby najbliższej. Jest to dopuszczalne zarówno na podstawie art. 446 § 4 k.c., jak też w oparciu o art. 24 k.c. w zw. z art. 448 k.c. Więzy emocjonalne między członkami rodziny pozostają pod ochroną przewidzianą w art. 23 i 24 k.c. i należą do katalogu dóbr osobistych.

Z treści art. 446 § 4 k.c., z którego wynika, że sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny osoby zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Sąd Najwyższy zajął stanowisko, że zadośćuczynienie należne na mocy art. 446 § 4 k.c. nie ma żadnego związku ze szkodą majątkową lub sytuacją materialną, gdyż jego zadaniem jest wyłącznie kompensacja krzywdy i złagodzenie bólu psychicznego spowodowanego śmiercią osoby bliskiej. Ustalając rozmiar krzywdy trzeba mieć na uwadze m.in. stopień doznanego wstrząsu psychicznego i cierpień moralnych, rodzaj i intensywność więzi z osobą zmarłego, poczucie pustki i osamotnienia, wystąpienia zaburzeń psychicznych po śmierci najbliższej osoby, rola w rodzinie pełniona przez osobę zmarłą, stopień, w jakim pokrzywdzony będzie umiał odnaleźć się w nowej rzeczywistości, zdolność do jej zaakceptowania, wiek pokrzywdzonego. Przy czym istnienie relacji z osobą zmarłą powinny dać się zweryfikować.

Podsumowanie

Cierpienia psychiczne należy traktować jako krzywdę, która stanowi szkodę niematerialną. Przy ocenie wysokości zadośćuczynienia z tego tytułu należy zbadać każdy przypadek indywidualnie i dostosować odpowiednią sumę pieniędzy, która zrekompensuje poniesione przez poszkodowanego krzywdy. Określając rozmiar krzywdy należy mieć na uwadze szereg czynników, w tym m.in. wiek pokrzywdzonego, czy charakter dolegliwości zdrowotnych, w tym psychicznych. Krzywda i jej zakres stają się bowiem również konsekwencją relacji między osobą odczuwającą ból psychiczny z osobą zmarłą.

Uszczerbek na zdrowiu poszkodowanego w postaci utraty szans rozwoju zawodowego, możliwości wykonywania dotychczasowej pracy, cieszenia się życiem, uprawiania sportu, jak również poczucie pustki i osamotnienia po stracie bliskiej osoby powinny podlegać wieloaspektowej ocenie sądu orzekającego. Wydaje się bowiem, że już samo wyodrębnienie tych kwestii i powiązanie ich z konkretnym składnikiem kwoty przyznanej tytułem zadośćuczynienia pełni znaczącą funkcję obiektywizacji i kompensacji doznanej w wyniku danego zdarzenia krzywdy.

Sądy zatem orzekając o roszczeniu zadośćuczynienia muszą mieć na względzie oprócz cierpień fizycznych, również te, które wynikają z bólu i cierpienia psychicznego, w tym także relacje międzyludzkie. W razie wątpliwości ich występowanie może zostać potwierdzone opinią biegłego z zakresu psychiatrii.

Piśmiennictwo

1. Ucińska M., *Wypadek drogowy jako sytuacja traumatyczna – psychospołeczny funkcjonowanie ofiar*, „Autobusy. Technika, Eksploatacja, Systemy Transportowe”, Nr 12/2011, s. 410-416.
2. Waszkowska M., Merecz D., *Psychologiczne skutki uczestnictwa w wypadkach drogowych – wyzwanie dla zdrowia publicznego*, „Medycyna Pracy”, Nr 57/2006, s. 479-484.
3. Szpunar A., *Zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową*, Bydgoszcz 2000, s. 68.
4. Sobolewski P., *Art. 445 KC [w:] Kodeks cywilny. Komentarz*, K. Osajda (red.), 2021, <https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mjxw62zogi3damzxgq4dkmzoobqxalrvgu4tcnjzheyq#tabs-metrical-info> (dostęp: 2021-06-24).
5. Safjan M., *Art. 446 KC [w:] Kodeks cywilny. T. I. Komentarz. Art. 1-449¹⁰*, K. Pietrzykowski (red.), Wyd. 10, Warszawa 2020, <https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mjxw62zogi3damrwgm3dmmzoobqxalrvgu4tcnjzhe2q&groupIndex=1&rowIndex=2#tabs-metrical-info>, (dostęp: 2021-06-24).
6. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 1975 r., II CR 18/75, LEX nr 7669.
7. Długaszewska-Kruk I., *Art. 445 KC [w:] Kodeks cywilny. Komentarz*, M. Załucki (red.), Wyd. 2 Warszawa 2019, <https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mjxw62zogi3damrwguzdoobooobqxalrvgu4tcnjzheyq&groupIndex=0&rowIndex=0#tabs-metrical-info> (dostęp: 2021-06-25).
8. Czachórski W., *Zobowiązania. Zarys wykładu*, wyd. 10, Warszawa 2007, s. 300.
9. Gładoch M., *Odpowiedzialność odszkodowawcza pracodawcy za rozstrój zdrowia psychicznego pracownika*, „Wykłady i praktyka”, t. LX, nr 10/2019, s. 26-32.
10. Ciemiński M., *Krzywda powstała na skutek naruszenia dobra osobistego czy prawa pacjenta a inne szkody niemajątkowe [w:] Odszkodowanie za szkodę niemajątkową w ramach odpowiedzialności ex contractu*, Warszawa 2015, <https://sip.lex.pl/monograph/369364559/280553?keyword=Odszkodowanie%20za%20szkod%C4%99%20niemaj%C4%85tkow%C4%85%20w%20ramach%20odpowiedzialno%C5%9Bci%20ex%20contractu&toHit=1&cm=SREST> (dostęp: 2021-06-26).
11. Klimkiewicz A., *Krzywda i jej zadośćuczynienie w prawie cywilnym. Analiza pojęć w świetle orzecznictwa sądów polskich*, „Zeszyty Naukowe KUL”, Nr 2/2018, s. 291-306.
12. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 14 lutego 2019 r., I ACa 210/18, LEX nr 2630375.
13. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 marca 2012 r., I Pk 202/11, niepubl.
14. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lipca 2000 r., II CKN 1119/98, LEX nr 50884.
15. Wild M., *Przesłanki zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę związaną z uszkodzeniem ciała lub uszczerbkiem na zdrowiu w praktyce sądowej*, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2011, https://iws.gov.pl/wp-content/uploads/2018/08/AR_Wild-M-Przes%C5%82anki-zado%C5%9B%C4%87uczynienia-2011.pdf, (dostęp: 2021-06-29).
16. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 1972 r., II CR 57/72, LEX nr 1415.
17. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 r., III CZP 37/73, OSNCP 1974 nr 9, poz. 145.
18. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 kwietnia 1974 r., II CR 123/74, LEX nr 7457.
19. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 września 1962 r., III CR 994/61, OSNC 1963 nr 9, poz. 207.
20. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 22 Sierpnia 1968 r., II CR 318/68, OSP 1969 nr 9, poz. 201.

21. M. Wałachowska, *Zadośćuczynienie pieniężne za uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia w prawie polskim*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, nr 2/2012, s. 13-14.
22. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 września 2002 r., IV CKN 1266/00, LEX nr 80272.
23. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 czerwca 2003 r., IV CKN 213/01, LEX nr 141396.
24. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 2006 r., IV CSK 99/05, LEX nr 198509.
25. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 25 marca 2015.r., I ACa 1077/14, Legalis.
26. *Kodeks cywilny. Komentarz LEX. Tom III Zobowiązania. Część ogólna*, wyd. 2., A. Kidyba (red.), Warszawa 2014, s. 565.
27. Gołba Z., *Dochodzenie roszczeń przez poszkodowanych w wypadkach drogowych*, Warszawa 2019, <https://sip.lex.pl/#!/monograph/369458033/5?keyword=Dochodzenie%20roszcze%C5%84%20przez%20poszkodowanych%20w%20wypadkach%20drogowych&tochHit=1&cm=SFIRST> (dostęp: 2021-06-30).
28. Mikuczevska-Wośko A., Biłyj D., Tomczyk J., *Psychologiczna pomoc dla uczestników wypadków drogowych – wnioski z realizacji programu*, Medycyna Pracy, 2009, s. 405-413.
29. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 grudnia 2020 r., IV CSK 182/20, LEX nr 3148273.
30. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2020 r., poz. 849 ze zm.

Zgoda Świadka Jehowy na transfuzję krwi – studium przypadku

Renata Zaręba¹, Edyta Rysiak², Piotr Worona², Ilona Ościłowska^{2*}

¹Zakład Prawa Medycznego i Prawa Prywatnego Międzynarodowego, Uniwersytet w Białymstoku

²Zakład Chemii Leków, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ilona.zareba@gmail.com (autor korespondencyjny)

Wprowadzenie

Zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej najważniejszym zadaniem lekarza jest ochrona zdrowia i życia ludzkiego, przeciwdziałanie cierpieniu, zapobieganie chorobom oraz niesienie pomocy chorym bez różnic m.in. na rasę, religię, narodowość. Lekarz powinien kierować się zasadą *salus aegroti suprema lex esto*, czyli dobro chorego powinno być dla niego najważniejszym nakazem etycznym. Ważną kwestią jest również to, że lekarz powinien wykonywać zawód zgodnie z własnym sumieniem [1].

Kontrowersje w tym zakresie pojawiają się, gdy pacjent jest Świadkiem Jehowy i gdy powstanie potrzeba transfuzji krwi. Świadkowie Jehowy stanowią grupę bardzo dobrze poinformowanych pacjentów, znających swoje prawa i wynikające z nich obowiązki personelu medycznego. Ze względu na swoje przekonania religijne, członkowie tej grupy nie uznają zabiegów leczniczych związanych z przetaczaniem krwi, które zgodnie z ich wiarą są zabronione przez samego Boga. Konsekwencją niedostosowania się do tego zakazu religijnego, jest wykluczenie ze wspólnoty i niemożność osiągnięcia zbawienia. Dlatego też, kiedy naruszeniu ulega ich prawo do samostanowienia o sobie, w postaci przeprowadzania na nich zabiegu z użyciem krwi, dochodzą oni swoich roszczeń na drodze sądowej.

Wobec powyższego należy się zastanowić, czy lekarz powinien uszanować wolę pacjenta do odmowy przetoczenia krwi mimo zagrożenia życia, czy też zachować się zgodnie z podstawowymi zasadami etycznymi i moralnymi i dążyć do ochrony życia pacjenta? Czy w wypadku Świadków Jehowy lekarz ma prawo wykonać określony zabieg medyczny bez zgody pacjenta? W celu przedstawienia problemu niniejszej pracy zastosowano metodę studium przypadku, mającą na celu przedstawienie orzecznictwa w zakresie przeprowadzania transfuzji krwi u Świadków Jehowy. Przytoczono orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r. w sprawie o sygnaturze III CK 155/05. Ponadto zastosowano metodę formalno-dogmatyczną poprzez analizę tekstów prawnych, głównie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Zgoda na leczenie

Zasada udzielania świadczeń zdrowotnych po uprzednim wyrażeniu przez pacjenta zgody została wskazana i uregulowana w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty [2]. Zgodnie z art. 32 ust. 1 wyżej wymienionej ustawy przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych może lekarz po wyrażeniu przez pacjenta zgody. Kwestie te reguluje również ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [3]. Wskazuje ona, że pacjent ma prawo do udzielenia lub odmowy udzielania zgody na zabieg medyczny.

We wspomnianych ustawach nie wprowadzono definicji zgody pacjenta. Jednakże przyjmuje się, że jest to jednostronne, odwołalne oświadczenie woli przez pacjenta na wykonanie określonej interwencji medycznej. Aby udzielona zgoda była prawnie ważna lekarz powinien przekazać pacjentowi odpowiednie informacje medyczne dotyczące leczenia, a pacjent powinien świadomie podjąć swoją decyzję [4]. Ponadto powinna spełniać szereg warunków formalnych, czyli osoba, która udziela zgody musi posiadać uprawnienia do jej udzielenia, powinna to być swobodna decyzja po zapoznaniu z okolicznościami faktycznymi oraz powinna zostać wyrażona w odpowiedniej formie niebudzącej wątpliwości [5]. W odniesieniu do przeprowadzania operacji lub innych metod leczniczych, które stwarzają dla pacjenta podwyższone ryzyko przepisy przewidują szczególną formę zgody. W takich przypadkach musi to być pisemne oświadczenie woli, zaś lekarz powinien wyjaśnić wcześniej pacjentowi jego stan zdrowia oraz procedurę leczniczą (art. 34 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty) [2].

Co więcej, Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 15 stwierdza, że zarówno w postępowaniu diagnostycznym, leczniczym oraz zapobiegawczym wymagana jest zgoda pacjenta, a jeżeli pacjent nie jest w stanie samodzielnie takiej zgody wyrazić, wówczas powinien jej udzielić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie się nim opiekująca. Jeżeli natomiast występują szczególne przypadki zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta wówczas lekarz może dokonać czynności medycznych bez zgody pacjenta [2]. Ważne jest, aby informacja przekazana pacjentowi przez osobę wykonującą zawód medyczny była rzetelna, przystępna, dostosowana do konkretnego pacjenta. Ponadto lekarz powinien wskazać możliwe metody diagnostyczne i lecznicze, a także udzielić informacji na temat dających się przewidzieć następstw ich zastosowania lub zaniechania. Chory, który ma podjąć decyzję o leczeniu nie powinien mieć żadnych wątpliwości w tym zakresie [6]. Przestrzeganie powyższego prawa jest ważne ze względu na poszanowanie prawa pacjenta do samodzielnego decydowania o swoim zdrowiu oraz dlatego, że wykonanie zabiegu leczniczego bez uprzedniej zgody pacjenta stanowi czyn karalny, który został określony w art. 192 k.k. [7]. Sąd Apelacyjny w Warszawie w swoim orzeczeniu z dnia 31 marca 2006 r. w sprawie

o sygnaturze I A Ca 973/05 stwierdził, że zabieg medyczny, który został wykonany bez wyrażenia zgody przez pacjenta jest czynnością bezprawną, nawet w sytuacji, gdy został wykonany zgodnie z zasadami obowiązującej wiedzy i nauk medycznych [8]. Lekarz, który bez wymaganej zgody dokonał zabiegu, może ponieść również odpowiedzialność cywilną [7].

Odpowiedzialność karna lekarza

Należy zatem podkreślić, że lekarz, który bez uzyskania zgody od pacjenta wykonuje zabieg leczniczy dokonuje zamachu na jego wolność i autonomię. Zgodnie z powyższym może zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej na podstawie art. 192 § 1 k.k. [9]. Zgodnie ze wskazanym przepisem, osoba, która wykonuje zabieg leczniczy bez uprzednio wyrażonej zgody przez pacjenta, podlega karze grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Sprawca musi działać umyślnie z zamiarem bezpośrednim, czyli wie o braku niewyrażenia zgody lub z zamiarem ewentualnym, gdy przewiduje, że pacjent nie wyrazi zgody, a mimo to podejmuje się wykonania zabiegu. Artykuł 192 k.k. nie będzie miał zastosowania w przypadku uzyskania zgody zastępczej. Przestępstwo to ścigane jest tylko na wniosek osoby pokrzywdzonej, a po 5 latach karalność przestępstwa ustaje [10].

Tabela 1. Dane statystyczne policji w zakresie zabiegu medycznego (art. 192 k.k.) – w latach 2013-2017 [11]

rok	liczba wszczętych postępowań	liczba stwierdzonych przestępstw	przestępstwa wykryte	wskaźnik wykrycia (w %)
2017	8	2	1	50,0
2016	9	1	1	100,0
2015	1	0	0	-
2014	2	2	2	100,0
2013	5	0	0	-
	25	5	4	50,0

Jak wynika ze statystyk prowadzonych przez Policję liczba postępowań wszczętych zgodnie z art. 192 k.k. jest niewielka. W latach 2013-2017 wszczęto łącznie 25 postępowań, a tylko 5 zostało stwierdzonych, jako przestępstwo wykryte zaś 4 [11]. Prowadzone przez Policję statystyki w zakresie łamania art. 192 k.k. nie są jednak danymi rzeczywistymi, gdyż postępowanie w tym zakresie jest prowadzone na wniosek osoby pokrzywdzonej [9].

Odpowiedzialność cywilna lekarza

W przypadku odpowiedzialności cywilnej lekarz, który wykona zabieg bez zgody pacjenta może odpowiadać za naruszenie praw pacjenta lub wyrządzenie szkody. Za takie działania lekarz może być zobowiązany do odszkodowania. W określonych przypadkach pacjent może

domagać się także zadośćuczynienia za doznaną krzywdę lub żądania naprawienia szkody, posiada też prawo wnioskowania o rentę [12].

Lekarz będzie pociągnięty do odpowiedzialności cywilnej, jeżeli naruszył prawa pacjenta, dopuścił się czynu niedozwolonego lub wyrządził pacjentowi szkodę poprzez niewykonanie lub nienależyte wykonanie obowiązków. Jednakże to pacjent musi wykazać przed sądem zaniechania dotyczące jego osoby. Wszczęcie postępowania na drodze cywilnej następuje na wniosek rzecznika odpowiedzialności zawodowej [10].

Problem transfuzji krwi u Świadców Jehowy

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej przyznaje każdemu obywatelowi prawo do decydowania o swoim życiu osobistym oraz gwarantuje wolność sumienia i religii. Zatem nikt nie może zostać zmuszony do poddania się danemu zabiegowi medycznemu [13].

W praktyce medycznej wiele kontrowersji wzbudzają wyznawcy Świadców Jehowy. Członkowie tej grupy, ze względu na przekonania religijne nie uznają zabiegów leczniczych, które wiążą się z przetaczaniem krwi. W ich ocenie jest to zabronione przez Boga. Niedostosowanie się do tego zakazu powoduje wykluczenie ze wspólnoty i uniemożliwia osiągnięcie zbawienia [14]. Oznacza to, że w zakresie względów wyznaniowych dorosły pacjent, będący Świadkiem Jehowy ma prawo do odmowy poddania się konkretnym procedurom medycznym, a lekarz jest obowiązany do poszanowania jego woli [10].

Dorosły Świadek Jehowy może złożyć pisemne oświadczenie *pro futuro* o niewyrażeniu zgody na ewentualny zabieg, który będzie polegał na przetoczeniu krwi. Zgodnie z nim zwalniają oni również lekarzy z odpowiedzialności za powstałe z tego powodu szkody [15]. Problemem dla lekarza jest sytuacja, gdy pacjent trafia do szpitala nieprzytomny i występuje konieczność wykonania transfuzji krwi. W przypadku, gdy pacjent posiada przy sobie pisemne oświadczenie wówczas powstaje problem w stosowaniu art. 32 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie konieczności występowania do sądu opiekuńczego o wyrażenie bądź nie zgody na przetoczenie krwi. Przepis ten wskazuje, że jeżeli pacjent jest niezdolny do świadomego wyrażenia zgody lub jest osobą małoletnią wymagana jest w tym zakresie zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub nie ma możliwości się z nim porozumieć wówczas konieczna jest zgoda sądu opiekuńczego [2]. Taki stan faktyczny został przedstawiony w postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r. o sygnaturze III CK 155/05, OSNC 2006/7-8/137 [16]. Stan faktyczny w powyższej sprawie przedstawiał się następująco: Uczestniczka postępowania ulegała wypadkowi komunikacyjnemu, w skutek, którego utraciła przytomność. Przy pacjentce znaleziono pisemne oświadczenie o treści:

„Oświadczenie dla służby zdrowia – żadnej krwi”. Z oświadczenia wynikało, że „bez względu na okoliczności” pacjentka nie zgadza się na „żadną formę transfuzji krwi”, nawet gdyby było to konieczne do ratowania jej zdrowia lub życia. Zgodziła się jednak na zastosowanie alternatywnych sposobów pomocy, „bez podawania krwi”. W oświadczeniu wyjaśniła, że jest Świadkiem Jehowy i z tego względu chce być posłuszna zasadom Biblii.

Stan zdrowia poszkodowanej wymagał przetoczenia krwi. Lekarz, pod którego opieką była pacjentka zwrócił się do sądu opiekuńczego o zgodę na wykonanie transfuzji krwi. Sąd Rejonowy działając z urzędu zezwolił na wykonanie potrzebnego zabiegu w celu ratowania jej życia. Sąd powołał się na art. 24 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a w uzasadnieniu podał, jako podstawę orzeczenia art. 30 i 32 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Stwierdził, że nadrzędnym celem była potrzeba ratowania życia ludzkiego, a zatem zgoda sądu na wykonanie czynności medycznych wskazanych przez lekarzy była w tym przypadku konieczna i uzasadniona. Uczestniczka postępowania i jej syn zakwestionowali treść orzeczenia Sądu pierwszej instancji wnosząc apelację. Zarzucili naruszenia art. 34 ust. 1 i 3 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, a także art. 30, art. 31 ust. 2, art. 38, art. 41 ust. 1 i art. 47 Konstytucji RP. Wskazywali, że na podstawie wyżej wymienionych przepisów pacjent ma pełne prawo decydować, czy proponowana przez lekarzy metoda leczenia mu odpowiada. Ponadto, że zabieg był wykonany wbrew oświadczeniu woli poszkodowanej, gdyż pacjentka wyraziła swą wolę na okoliczność wystąpienia ewentualnego wypadku i wyraźnie stwierdziła, że zgody na pewne rodzaje zabiegów nie wyraża. Należy wskazać, że zarówno Sąd, jak i lekarze znali treść tego oświadczenia. Sąd Okręgowy, działając jako sąd apelacyjny postanowieniem uchylił zaskarżone postanowienie i umorzył postępowanie w sprawie. Stwierdził, że stan zdrowia pacjentki nie wymaga zastosowania zabiegów, które są związane z transfuzją krwi, a pacjentka wyzdrowiała i opuściła szpital. Zdaniem Sądu w takich okolicznościach wydawanie orzeczenia, co do istoty stało się nieaktualne. Poszkodowana wniosła kasację do Sądu Najwyższego. Sąd Najwyższy orzekł, że „oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny – wiążące” [16]. W związku z tym skierowano sprawę do ponownego rozpatrzenia przez Sąd Okręgowy.

Sąd Najwyższy doszedł do konkluzji, iż „zasada poszanowania autonomii pacjenta nakazuje respektowania jego woli, niezależnie od motywów (...), toteż należy przyjąć, że brak zgody pacjenta na określony zabieg (rodzaj zabiegów) jest dla lekarza wiążący i znosi odpowiedzialność karną lub cywilną, natomiast w wypadku wykonania zabiegu – delegalizuje go” [16]. Jednocześnie wskazał, że przepisy Konstytucji zabraniają kogokolwiek zmuszać do: „czynienia tego, czego mu

prawo nie nakazuje” (zgodnie z art. 41 ust. 1 i art. 47, a zwłaszcza art. 31 ust. 2 Konstytucji RP). Oznacza to, że „prawo nie nakazuje pacjentowi poddawać się interwencji medycznej, a lekarzowi pokonywać oporu pacjenta albo przez wykonywanie czynności, na które zgody nie wyraził lub którym się sprzeciwił, albo przez występowanie do sądu, aby taki sprzeciw pozbawić mocy” [16]. Należy także podkreślić, że powołując się na konstytucyjną gwarancję wolności, oświadczenie złożone przez osobę będącą Świadkiem Jehowy, posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych i będącą osobą pełnoletnią daje mu prawo do odmowy poddania się określonym zbiegom medycznym, a lekarz powinien to prawo respektować. Jednakże pogląd Sądu Najwyższego nie znajduje przełożenia na przypadki, które dotyczą transfuzji krwi u osób małoletnich oraz ubezwłasnowolnionych, a ich przedstawiciel ustawowy sprzeciwia się takiemu zabiegowi. Warto zaznaczyć, że to odnośnie tych osób budzą się szczególne emocje zwłaszcza w kontekście czy rodzice mogą decydować o życiu swojego dziecka. W takim przypadku należy powołać się na art. 32 ust. 9 i art. 34 ust. 6 i 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który wskazuje, że w przypadkach niecierpiących zwłoki lekarz powinien zwrócić się do sądu opiekuńczego o uzyskanie zgody [2]. Brak zgody rodziców może pociągać ich do odpowiedzialności karnej [17]. Warto przytoczyć tu zdanie M. Nestorowicza, który w Glosie do orzeczenia sądu francuskiego stwierdził, że odmawianie zgody przez Świadców Jehowy na przetoczenie krwi w sytuacji poważnego zagrożenia zdrowia jest sprzeczne z zasadami życia społecznego. Jego zdaniem życie jest wartością nadrzędną w sferze prawa. Jeżeli natomiast Świadek Jehowy został poinformowany, że może wystąpić konieczność dokonania przetoczenia krwi i zdecydował się na zabieg wówczas można przyjąć, że godzi się na wykonanie takiej czynności medycznej. Słusznie wskazuje M. Nestorowicz, że nie można oczekiwać od lekarza, żeby godził się na śmierć pacjenta poprzez nieudzielenie pomocy ze względów formalno-prawnych [18].

Podsumowanie

Transfuzja krwi u Świadców Jehowy jest bardzo kontrowersyjnym tematem ze względów etycznych i moralnych. Na szali stawiane są dwie sprzeczne ze sobą wartości: życie ludzkie i prawo decydowania o sobie.

W powyższym aspekcie ważna jest rola lekarza, który powinien działać zgodnie z zasadami etyki lekarskiej, a z drugiej strony powinien respektować konstytucyjne prawo do wolności i autonomii pacjenta. Zatem powinien on szukać takiego rozwiązania medycznego, które nie będzie naruszało woli pacjenta. W przypadku Świadców Jehowy powinien w miarę możliwości w leczeniu zastosować preparaty, które nie zawierają krwi, czyli środki niekrwiopochodne [19].

W mojej ocenie lekarz powinien postępować zgodnie z własnym sumieniem i obowiązującą wiedzą medyczną. To na nim spoczywa największa odpowiedzialność za życie pacjenta. Odnosząc się do konstytucyjnego prawa do życia to właśnie ono powinno odgrywać najważniejszą rolę.

Reasumując zgoda pacjenta na zabieg powinna być respektowana. Jednakże w przypadku, kiedy nie ma możliwości jej uzyskania ani zastosowania alternatywnych metod leczenia, wybór danej metody leczenia, w tym przypadku transfuzji krwi, nie powinien pociągać lekarza do odpowiedzialności karnej, ani cywilnej. Na podkreślenie zasługuje fakt, że lekarz ma działać dla dobra pacjenta. Ponadto bardzo ważnym aspektem jest uregulowanie prawa w zakresie dokonywania zabiegów leczniczych ratujących życie u osób małoletnich oraz ubezwłasnowolnionych. Rodzice i opiekunowie prawni w takich sytuacjach, zwłaszcza powołujących się na kwestie religijne nie powinni podejmować decyzji odnośnie przetoczenia krwi, w przypadku, kiedy może to uratować im życie.

Piśmiennictwo

1. Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. Dostępne na: <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>, data dostępu [10 luty 2019 r.].
2. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152 ze zm.
3. Ustawa z dnia 6 grudnia 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 ze zm.
4. Janiszewska B.: Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe Warszawa, 2013.
5. Nawara-Dubiel A.: Zgoda pacjenta na leczenie. Dostępne na: <http://izbalekarska.pl/zgoda-pacjenta-na-leczenie/>, data dostępu [10 luty 2019 r.]
6. Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Obejmuje okres od dnia 1 stycznia 2017 r. do dnia 1 grudnia 2017 r. Dostępne na: https://www.bpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/sprawozdania_roczne/sprawozdanie_rpp_za_2017r.pdf, 35-37, data dostępu [10 luty 2019 r.].
7. Karczewska N.: Wola pacjenta czy decyzja lekarza? – kontrowersje wobec konieczności dokonania transfuzji krwi u Świadków Jehowy, Prawo i Medycyna. Dostępne na: <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=184&PHPSESSID=28110c71704ca4550a>, data dostępu [11 luty 2019 r.].
8. Nestorowicz M.: Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z 7 listopada 2008 r., II CSK 259/08, LEX nr 5771661/PiM Nr 46. Dostępne na: <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=1313>, data dostępu [10 luty 2019 r.].
9. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny. Dz. U. 1997 Nr 88 poz. 553 ze zm.
10. Krzysztofek K.: Problematyka przeprowadzania zabiegów transfuzji krwi u świadków Jehowy w polskim porządku prawnym, Przegląd Prawa Wyznaniowego, tom 3 (2011), 51-68.

11. Zabieg leczniczy (art. 192 kk). Dostępne na: <http://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestępstwa-przeciwko-4/63487,Zabieg-leczniczy-art-192.html>, data dostępu [9 luty 2019 r.].
12. Podgórska B.: Wykonywanie zawodu lekarza a ochrona praw pacjenta i odpowiedzialność lekarza w świetle uregulowań w prawie polskim, *Annales Universitatis Mariae Curie – Skłodowska Lublin-Polonia*, Vol. LXV, 2. Dostępne na: <https://journals.umcs.pl/g/article/viewFile/6482/5849>, data dostępu [13 luty 2019 r.].
13. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Dz. U. 1997 Nr 78 poz. 483.
14. Zając P.: Odpowiedzialność lekarza za przeprowadzenie zabiegu leczniczego związanego z transfuzją krwi bez uzyskania zgody świadka Jehowy. Dostępne na: https://www.researchgate.net/publication/328417018_Odpowiedzialnosc_lekarza_za_przeprowadzenie_zabiegu_leczniczego_zwiazanego_z_transfuzja_krwi_bez_uzyskania_zgody_Swiadka_Jehowy, data dostępu [10 luty 2019 r.].
15. Nowacka M.: Autonomia pacjenta: jak dalece lekarz powinien ją szanować? (cz. 2). Dostępne na: [https://www.umb.edu.pl/medyk_bialostocki/empatia._trudne_rozmowy_z_pacjentem/autonomia_pacjenta:_jak_dalece_lekarz_powinien_ja_szanowac_\(cz.2\)](https://www.umb.edu.pl/medyk_bialostocki/empatia._trudne_rozmowy_z_pacjentem/autonomia_pacjenta:_jak_dalece_lekarz_powinien_ja_szanowac_(cz.2)), data dostępu [8 luty 2019 r.].
16. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 200 r. III CK 155/05, OSNC 2006/7-8/137.
17. Kubiak R.: *Prawo medyczne*, Warszawa, 2010, 236-237.
18. Nestrowicz M.: Glosa do wyroku sądu apelacyjnego z dnia 21 grudnia 2006 r., D. 2007, Nr 26, *Prawo Medyczne*, 2012.
19. Żukowska K.: Lekarz wobec transfuzji krwi u Świadków Jehowy, *Prawo i Medycyna*, Nr 1-4, 2018, 70-74.

Świadomość wpływu nikotyny na organizm człowieka a motywacja do porzucenia nałogu

Katarzyna Krystyna Snarska^{1*}

¹Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; khajduczek@wp.pl

Wstęp

Palenie tytoniu jest najważniejszym, pojedynczym, możliwym do wyeliminowania czynnikiem odpowiedzialnym za wiele schorzeń. Negatywny wpływ dotyczy palenia czynnego, jak i biernego. Do rozwoju uzależnienia dochodzi w wyniku farmakologicznego oddziaływania nikotyny na ośrodkowy układ nerwowy i równocześnie rozwijających się zmian behawioralnych. Palenie tytoniu traktowane jest jako choroba przewlekła występująca w fazach remisji, gdy pacjent nie pali, i nawrotów, czyli powrotu do palenia. Większość pacjentów, która pali, deklaruje chęć rzucenia palenia, chociaż tylko niewielka część z tych osób jest w stanie zrobić to skutecznie bez profesjonalnej pomocy [1,2].

Papieros zawiera przeciętnie od 15 do 20 mg nikotyny, a podczas palenia do krwi przenika około 1 mg tej substancji psychoaktywnej. Nikotyna to alkaloid o cierpkim zapachu i drażniącym smaku występujący w roślinach: *Nicotiana tabacum*, *Nicotiana rustica*, *Nicotiana persica*, w stężeniu od 0,6% do 0,9%. Najpopularniejszą formą przyjmowania nikotyny jest palenie tytoniu (papierosy, fajki, cygara), ale może być on również żuty lub wciągany do nosa (tabaka). Podejście do palenia papierosów zmieniało się na przestrzeni lat. Społeczeństwo uważało tę praktykę albo za wulgarny nawyk, albo za wysublimowany rodzaj rozrywki, a obecnie coraz częściej – za źródło wielu niebezpiecznych chorób i zagrożeń dla zdrowia [3,4].

W wielu krajach uprzemysłowionych podniesiono podatki od wyrobów tytoniowych, rozpoczęto kampanie antynikotynowe i wprowadzono przepisy zakazujące palenia w miejscach publicznych (restauracjach, pubach, sklepach itp.). Dlaczego papierosy mogą być aż tak bardzo niebezpieczne? Przeciętny palacz nie zdaje sobie sprawy, że w skład dymu papierosowego wchodzi kilka tysięcy związków chemicznych, które zagrażają zdrowiu [5].

Cel

Celem pracy była ocena motywacji do porzucenia nałogu w odniesieniu do poziomu świadomości niekorzystnego wpływu nikotyny na organizm człowieka.

Natomiast, cele szczegółowe to:

1. Określenie czy palenie nikotyny koreluje z płcią, wiekiem i miejscem zamieszkania badanych.

2. Określenie czy warunki pracy wpływają na ryzyko nałogu nikotynowego.
3. Zauważenie związku pomiędzy paleniem e-papierosów z wiekiem i miejscem zamieszkania.
4. Wyłonienie związku pomiędzy poczuciem uzależnienia z wynikami testu uzależnienia od tytoniu wg Fagerstroma.
5. Sprawdzenie czy funkcjonowanie w środowisku osób palących wpływa na wynik testu motywacyjnego do zaprzestania palenia wg Schneidera

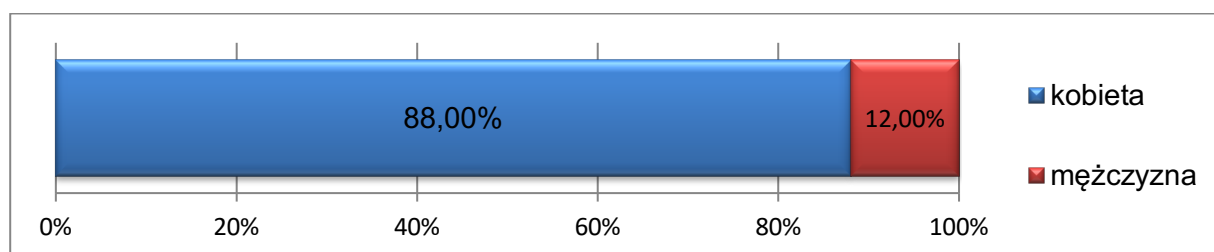
Materiał i metoda

W badaniu zastosowano metodę sondażu, technikę ankiety oraz narzędzie badawcze w postaci autorskiego kwestionariusza ankiety składającego się z 47 pytań. Pierwsze 8 pytań zawartych w kwestionariuszu dotyczyło danych społeczno-ekonomicznych respondentów. Sondaż przeprowadzono wśród 150 studentów pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku. Badania zostały przeprowadzone przez autora projektu samodzielnie.

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu oprogramowania STATISTICA wersja 7.0 firmy StatSoft Polska. Za istotne statystycznie przyjęto wyniki spełniające warunek p poniżej 0,05.

Charakterystyka badanej grupy

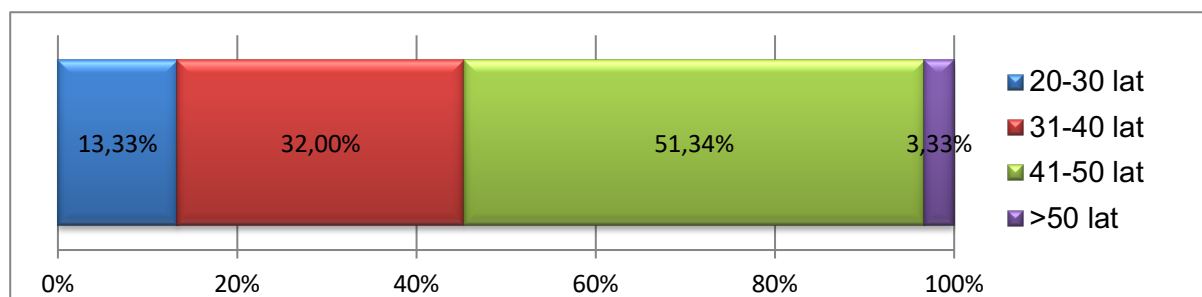
W badaniach udział wzięło 150 osób, zatrudnionych na stanowisku pielęgniarka/pielęgniarz – 132 kobiety (88%) i 18 mężczyzn (12%) (Rycina 1).



Rycina 1. Struktura badanych ze względu na płeć (n=150)

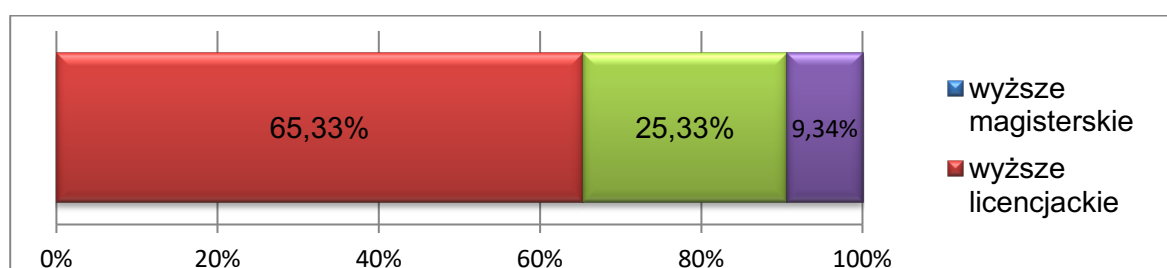
Średnia wieku badanych wynosiła 40,91 lat ($\pm 8,11$), gdzie min=23, max=53. Struktura wieku badanych przedstawiała się następująco: 20-30 lat - 13,33%, 31-40 lat - 32,00%, 41-50 lat - 51,34%, >50 lat - 3,33% (Rycina 2).

Interdyscyplinarne problemy zdrowia psychicznego



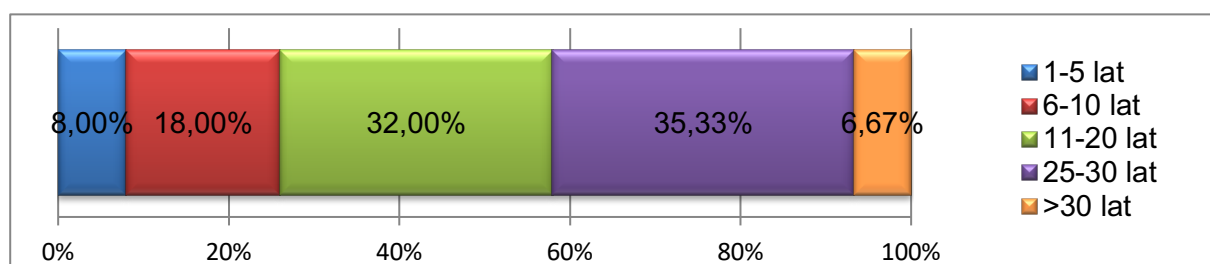
Rycina 2. Struktura badanych ze względu na wiek (n=150).

Personel pielęgniarski posiadał wykształcenie wyższe licencjackie - 65,33%, średnie ze specjalizacją - 25,33%, średnie zawodowe - 9,34% (Rycina 3).



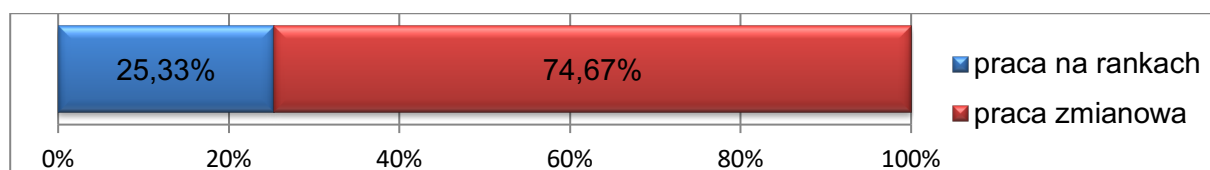
Rycina 3. Struktura badanych ze względu na wykształcenie (n=150)

Doświadczenie zawodowe ankietowanych było zróżnicowane: 1-5 lat - 8,00%, 6-10 lat - 18,00%, 11-20 lat - 32,00%, 25-30 lat - 35,33%, >30 lat - 6,67% (Rycina 4).



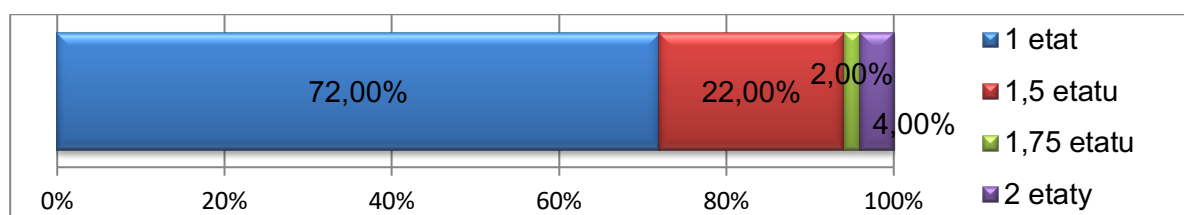
Rycina 4. Struktura badanych ze względu na staż pracy (n=150)

Personel pielęgniarski był zatrudniony w systemie zmianowym - 74,67% oraz 8-godzinny - 25,33% (Rycina 5).



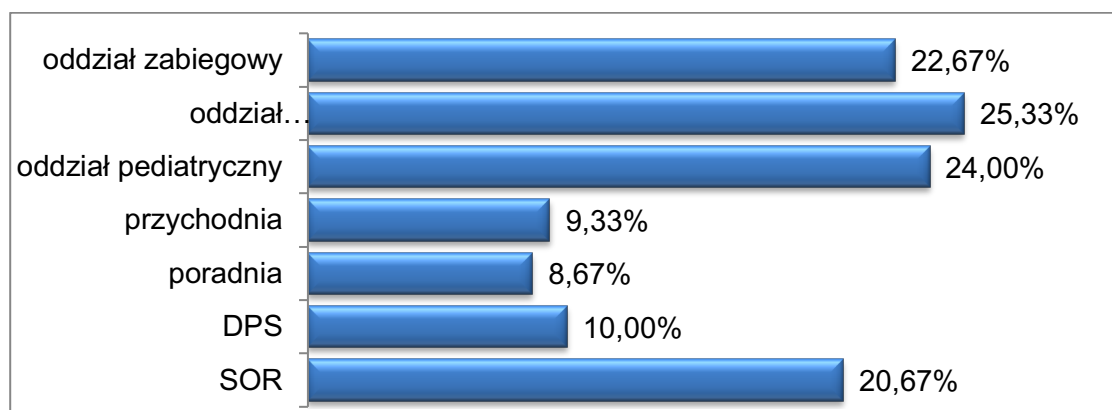
Rycina 5. Struktura badanych ze względu na system pracy (n=150)

Respondenci pracowali w wymiarze 1 etatu - 72,00%, 1,5 etatu - 22,00%, 1,75 etatu - 2,00%, 2 etaty - 4,00% (Rycina 6).



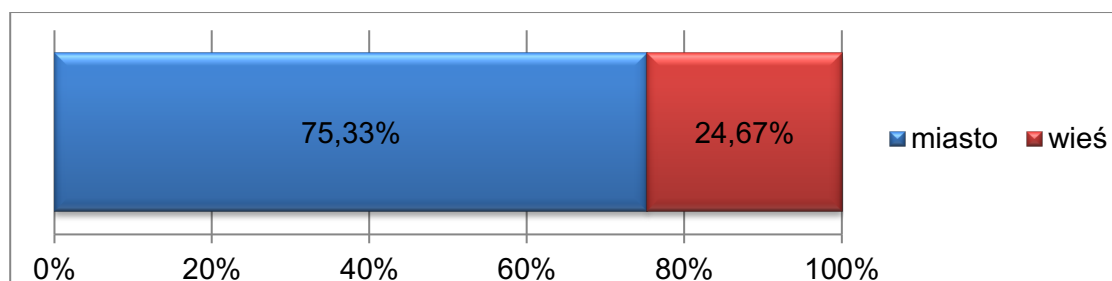
Rycina 6. Struktura badanych ze względu na wymiar etatu (n=150)

Personel pielęgniarski był zatrudniony w oddziałach zabiegowych - 22,67%, zachowawczych - 25,33%, pediatrycznych - 24,00%, SOR - 20,67%, DPS - 10,00%, przychodniach - 9,33% i poradniach - 8,67% (Rycina 7).



Rycina 1. Struktura badanych ze względu na miejsce pracy (n=150)
(wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

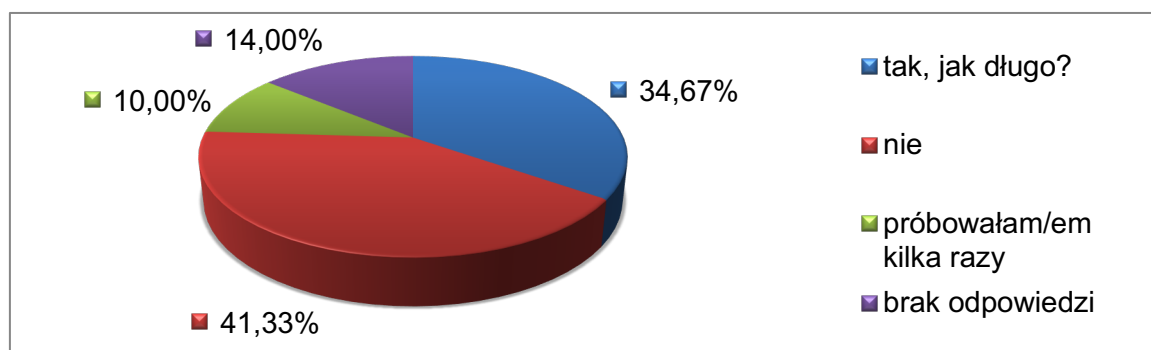
Respondenci byli mieszkańcami miast i wsi – odpowiednio: 75,33% i 24,67% (Rycina 8).



Rycina 2. Struktura badanych ze względu na miejsce zamieszkania (n=150).

Wyniki

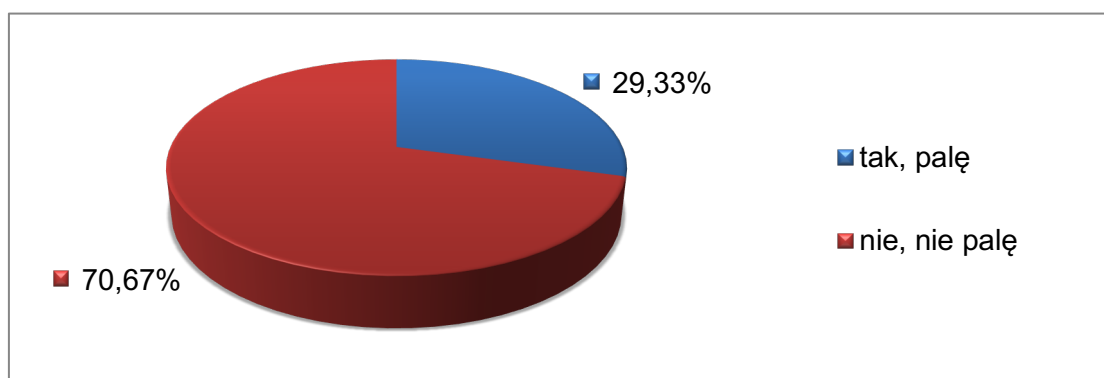
W badanej grupie papierosów nigdy nie paliło 41,33%. Papierosy paliło 34,67% respondentów, a 10,00% określiło, że kilkakrotnie próbowało. W 14,00% przypadków nie uzyskano odpowiedzi (Rycina 9).



Rycina 3. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy palił/a Pan/Pani papierosy? (n=150)

Przeciętny wiek inicjacji w zakresie palenia papierosów w badanej grupie wynosił 19,32 lat ($\pm 3,86$). Według wartości mediany oceniono, że połowa badanych sięgnęła po nikotynę po 18 roku życia. Wśród respondentów były osoby, które pierwszego papierosa wypaliły w wieku 14 lat. Badani palili przeciętnie przez 12,49 lat ($\pm 7,32$). Na podstawie wartości mediany oceniono, że połowa badanych paliła dłużej niż 10 lat, a niektóre osoby trwały w nałogu nawet 30 lat

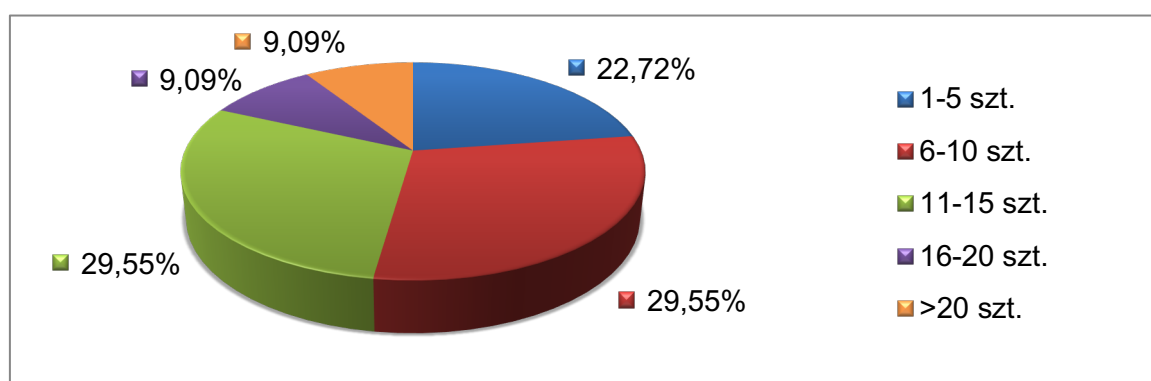
Otrzymano, że wśród ankietowanego personelu pielęgniarzkiego aktualnie nikotynę paliło 29,33%. Odpowiedź przeczącą wskazało 70,67% grupy (Rycina 10).



Rycina 4. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy pali Pan/Pani papierosy? (n=150)

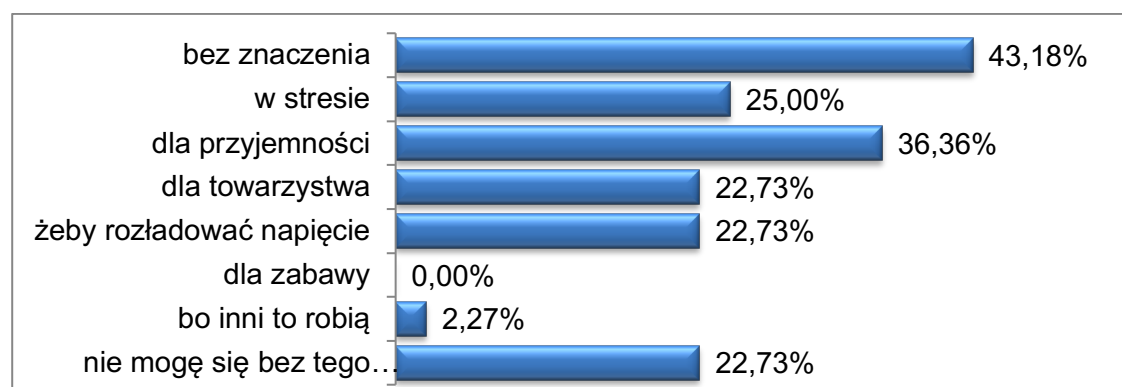
Osoby aktualnie palące przeciętnie trwały w nałogu od 15,48 lat ($\pm 8,08$). Na podstawie wartości mediany oceniono, że połowa badanych paliła dłużej niż 14 lat, a niektórzy trwali w nałogu nawet 34 lata

Dzienna liczba wypalanych papierosów była zróżnicowana: 1-5 szt. - 22,72%, 6-10 szt. - 29,55%, 11-15 szt. - 29,55%, 16-20 szt. - 9,09%, >20 szt. - 9,09% (Rycina 11).



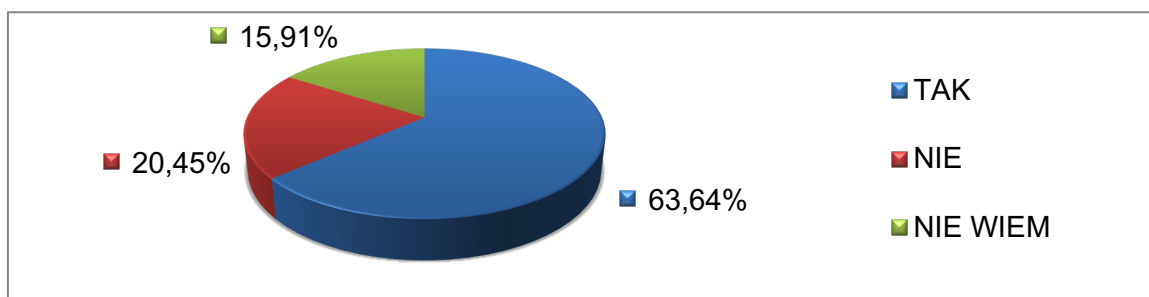
Rycina 5. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Ile sztuk papierosów wypala Pan/Pani dziennie? (n=44).

Najczęściej respondenci określili, że sięgają po papierosy bez względu na sytuację - 43,18% oraz dla przyjemności - 36,36%. Niektórzy badani zauważyli związek pomiędzy potrzebą zapalenia a odczuwaniem stresu - 25,00%, żeby rozładować napięcie - 22,73%, ale także dla towarzystwa - 22,73%. Część osób stwierdziła, że nie jest w stanie się obyć bez nikotyny - 22,73%. Najrzadziej wskazaną przyczyną palenia była odpowiedź: bo inni to robią - 2,27%. Żaden respondent nie wybrał określenia: dla zabawy (Rycina 12).



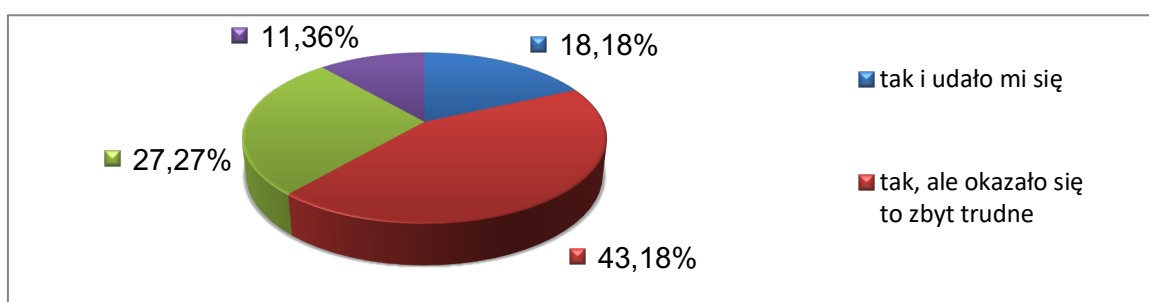
Rycina 6. Rozkład odpowiedzi na pytanie: W jakich sytuacjach sięga Pan/Pani najczęściej po papierosa (n=44)
(wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

Poczucie uzależnienia od nikotyny potwierdziło 63,64% badanych, gdy zaprzeczyło mu 20,45%. Odpowiedź: nie wiem wskazało 15,91% grupy (Rycina 13).



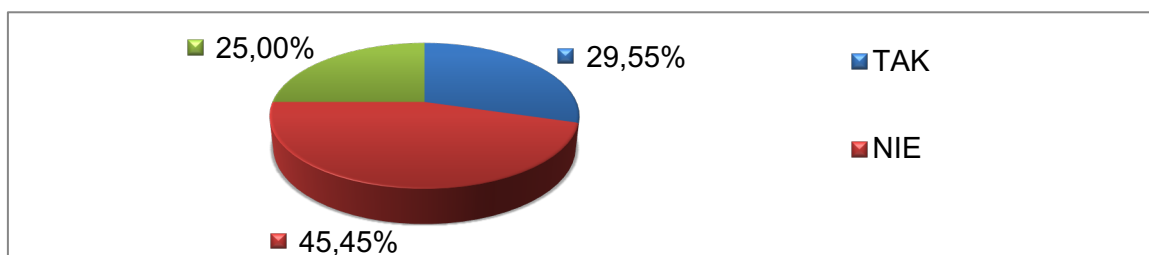
Rycina 7. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy Pani Pan czuje się uzależniona/y od palenia papierosów? (n=44)

W grupie osób aktualnie palących z nałogiem próbowało zerwać 61,36%, jednak sukces odniosło tylko 18,18%, a dla 43,18% okazało się to zbyt trudne. Z palenia papierosów nigdy nie zrezygnowało 38,63%, gdyż 27,27% nie uważało tego za konieczne, a 11,36% obawiało się zwiększenia masy ciała (Rycina 14).



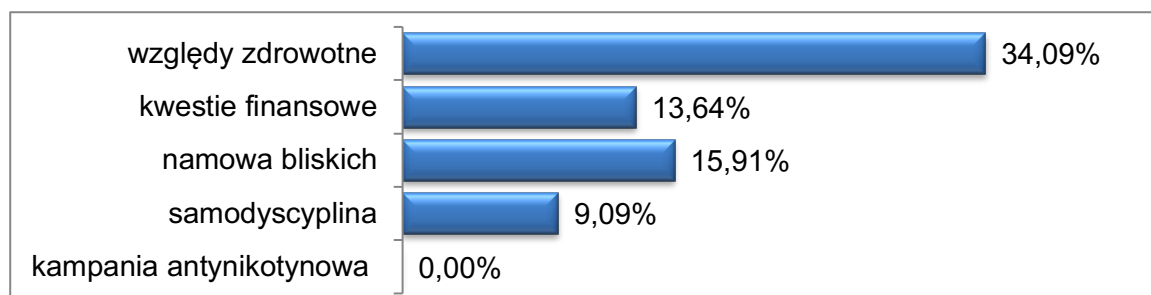
Rycina 8. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy próbował/a Pan/ Pani rzucić palenie? (n=44)

Na zamiar zerwania z nałogiem wskazało 29,55% palących osób, gdy opinię przeczącą wyraziło 45,45% grupy. Odpowiedź: nie zastanawiałam/em się wybrało 25,00% (Rycina 15).



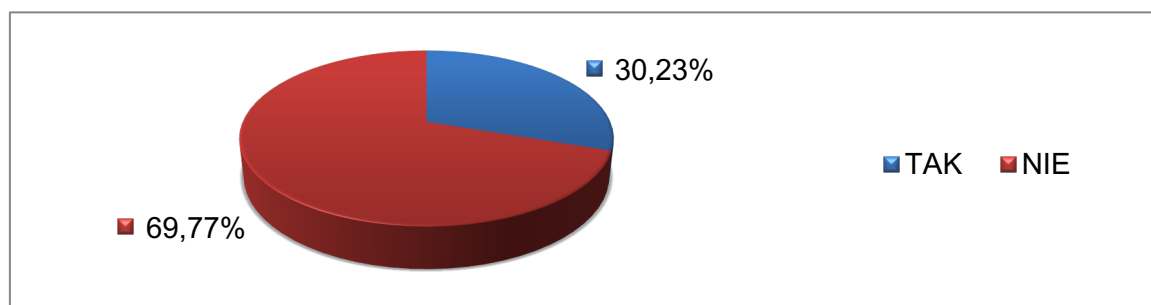
Rycina 9. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy zamierza Pan/Pani rzucić palenie? (n=44)

Osoby rzucające palenie najczęściej jako powód wskazywały względy zdrowotne - 34,09%, jak również ulegały namowom bliskim - 15,91% czy ze względów finansowych - 13,64%. Najczęściej wskazano odpowiedź: samodyscyplina - 9,09% (Rycina 16).



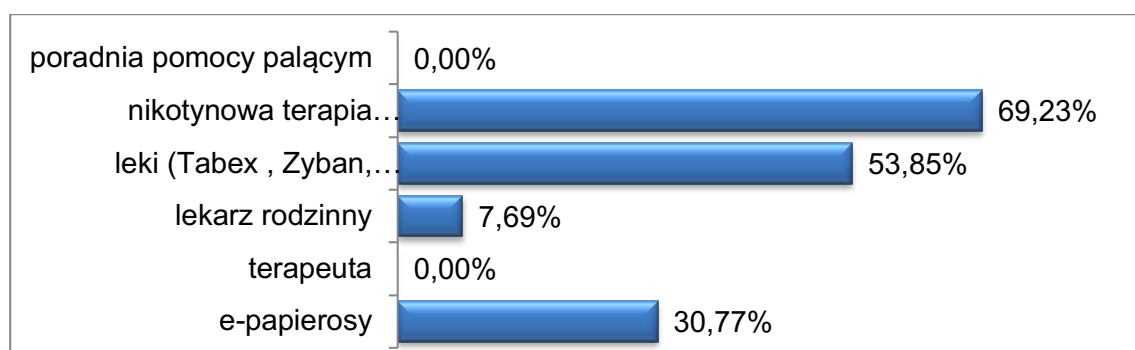
Rycina 10. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Jaki był powód zerwania z nałogiem (n=44)
(wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

Ze specjalistycznej pomocy przy rzucaniu palenia korzystało 30,23%. Odpowiedź negatywną wskazało 69,77% badanych (Rycina 17).



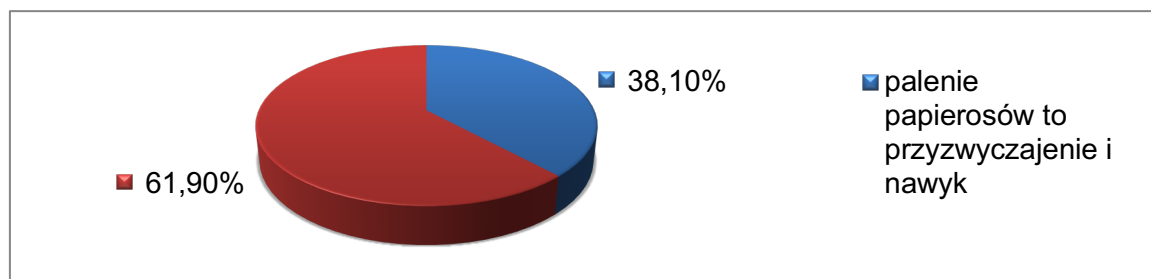
Rycina 17. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy korzystał/ła Pan/Pani ze specjalistycznej pomocy przy rzucaniu palenia? (n=44)

Osoby rzucające palenie najczęściej korzystały z nikotynowej terapii zastępczej - 69,23%, leków - 53,85%, e-papierosów - 30,77%, a najrzadziej z porady lekarza rodzinnego - 7,69% (Rycina 18).



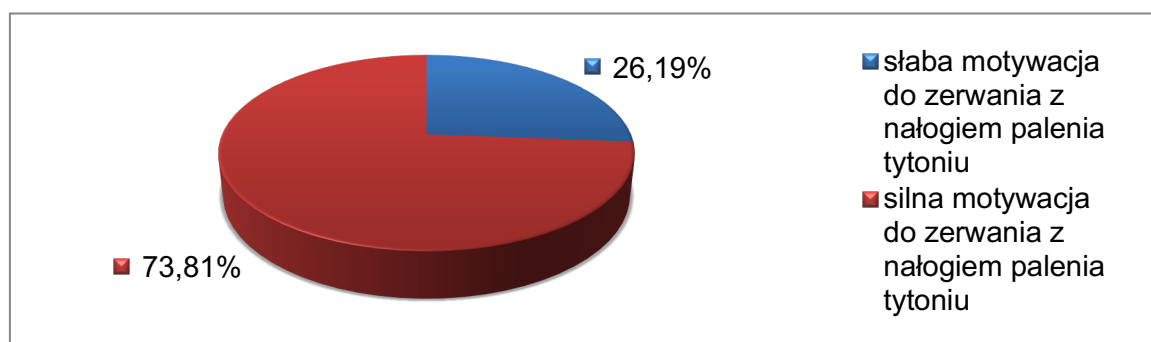
Rycina 18. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Jakie formy pomocy? (n=13)
(wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

Wyniki testu uzależnienia od tytoniu wg Fagerstroma wskazują, że w grupie osób palących tytoń u 38,10% jest to przyzwyczajenie i nawyk, gdy w 61,90% przypadków uzależnienie biologiczne i fizyczne (Rycina 19).



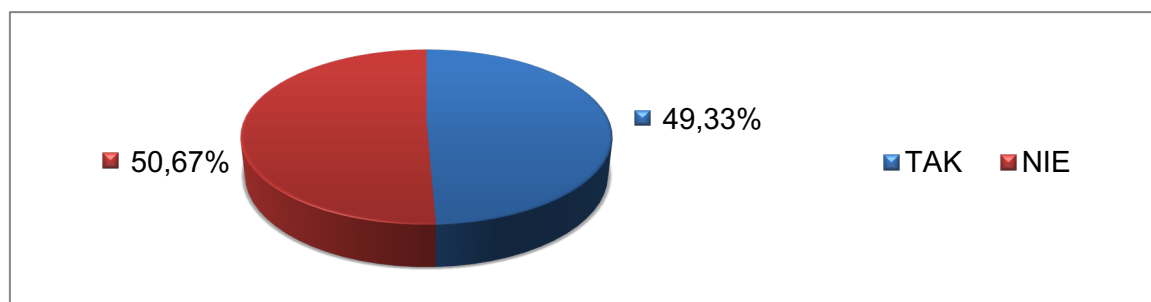
Rycina 19. Rozkład wyników testu uzależnienia od tytoniu wg Fagerstroma (n=44)

Za pomocą testu motywacyjnego do zaprzestania palenia wg Schneidera oceniono, że 26,19% palących tytoń charakteryzowała słaba motywacja zerwania z nałogiem, gdy w przypadku 73,81% uzyskany wynik zakwalifikowano jako silną motywację (Rycina 20).



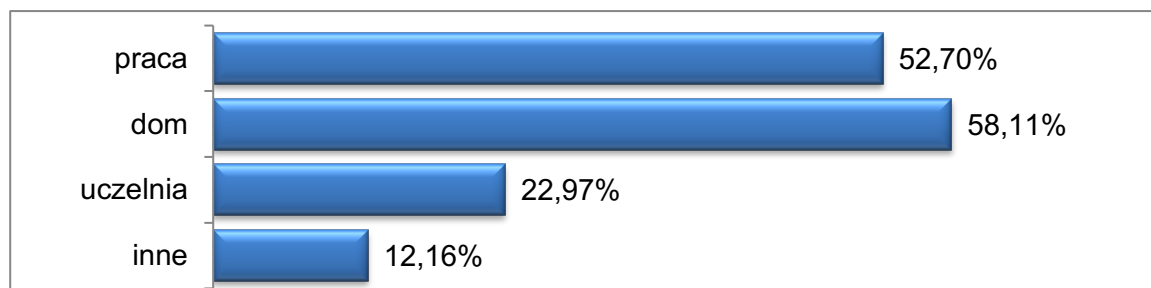
Rycina 11. Rozkład wyników testu motywacyjnego do zaprzestania palenia wg Schneider (n=44)

Narażenie na bierne palenie w swoim otoczeniu potwierdziło 49,33% badanych. Odpowiedź negatywną wskazało 50,67% badanych (Rycina 21).



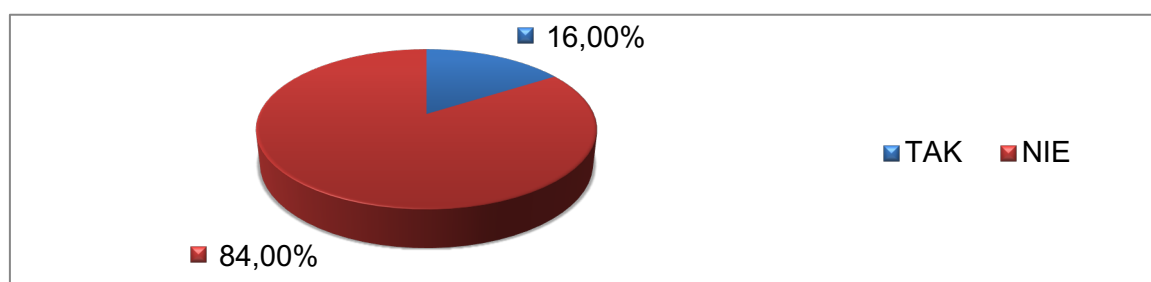
Rycina 12. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy Pani/Pan narażona/narażony jest na palenie bierne w swoim otoczeniu? (n=150)

Osoby narażone na palenie bierne najczęściej wskazywały na dom jako miejsce narażenia na bierne palenie - 58,11% i pracę - 52,70%, najrzadziej uczelnię - 22,97%, a 12,16% wskazało odpowiedź: inne (Rycina 22).



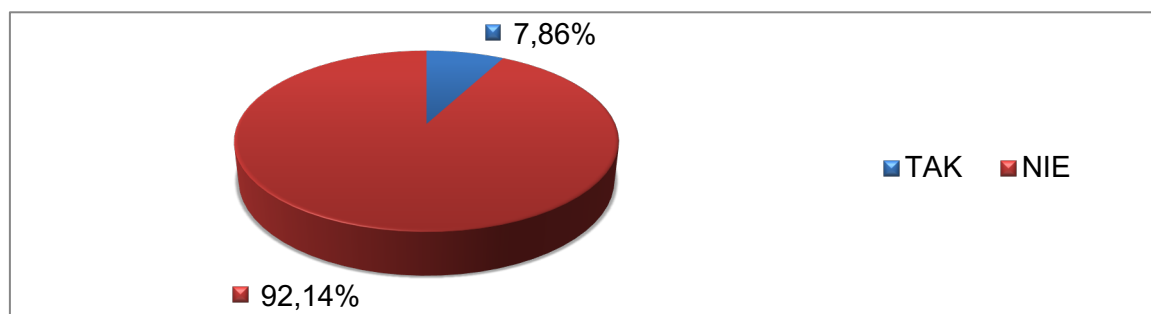
Rycina 13. Rozkład odpowiedzi na pytanie: W jakich miejscach jest Pani/Pan narażona/narażony na palenie bierne? (n=74)(wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru)

W badanej grupie e-papierosy aktualnie paliło 16,00% grupy, od 1 do 5 lat, przeciętnie 2,5 roku. Odpowiedź negatywną wskazało 84,00% badanych (Rycina 23).



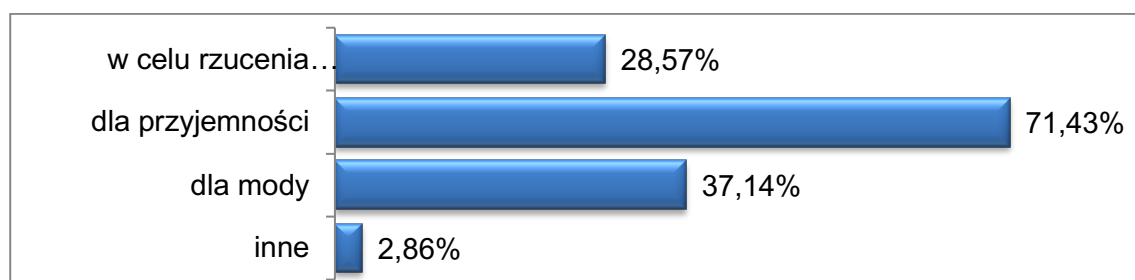
Rycina 14. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy pali Pani/Pan e-papierosy? (n=150)

W badanej grupie e-papierosy wcześniej paliło 7,86% grupy, od 1 m-ca do 2 lat, przeciętnie 1 rok. Odpowiedź negatywną wskazało 92,14% badanych (Rycina 24).



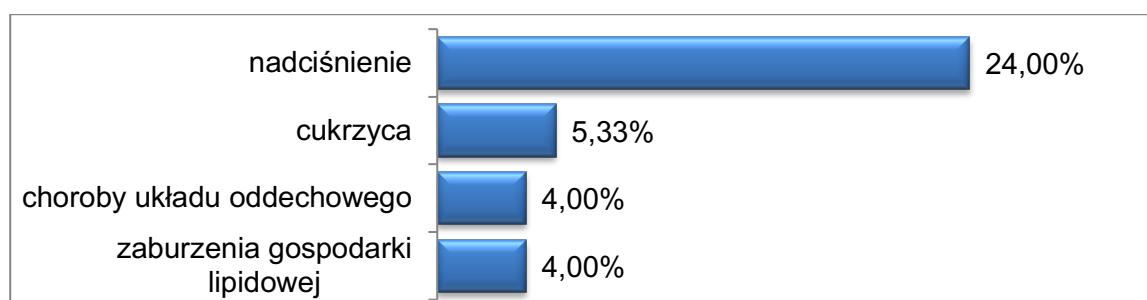
Rycina 15. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy palił/ła Pani/Pan e-papierosy? (n=150)

Badani, którzy palili lub palą e-papierosy określili, że robią to przede wszystkim dla przyjemności 71,43%, gdy inni w celu rzucenia nałogu - 28,57% czy dla mody - 37,14% (Rycina 25).



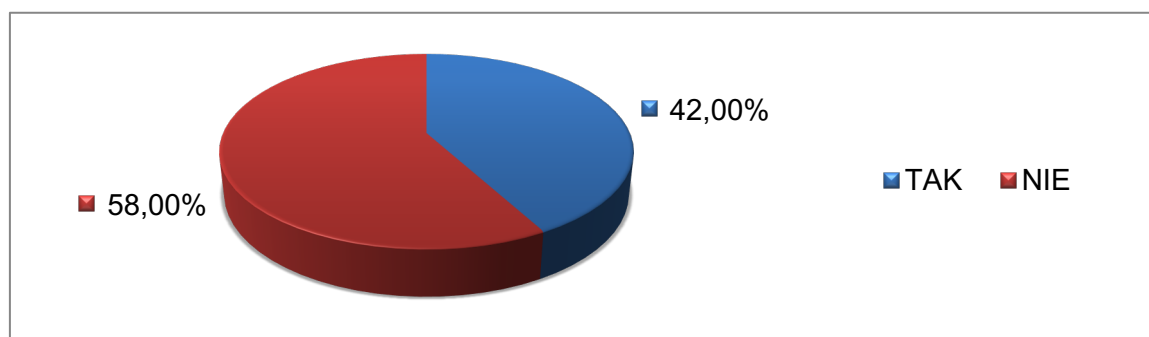
Rycina 16. Rozkład odpowiedzi na pytanie: W jakim celu Pani/Pan pali lub paliła/pali e- papierosy? (n=35)
(wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

Ankietowany personel pielęgniarski był obciążony chorobami: nadciśnienie - 24,00%, cukrzyca - 5,33%, choroby układu oddechowego - 4,00%, zaburzenia gospodarki lipidowej - 4,00% (Rycina 26).



Rycina 17. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy choruje Pani/Pan na? (n=150)
(wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

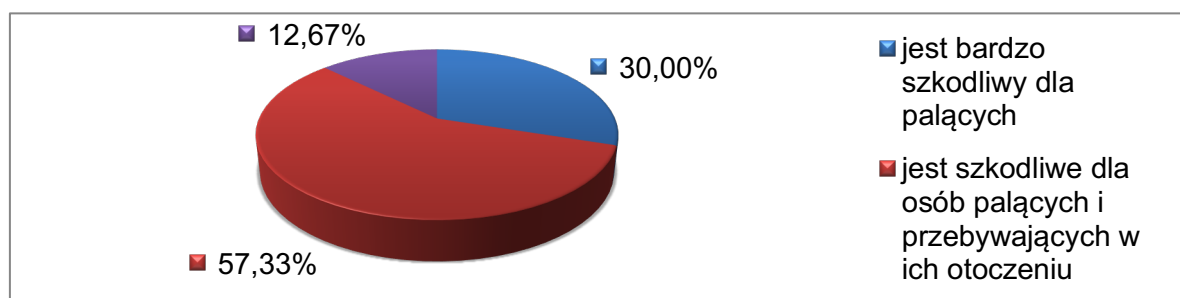
Znajomość swoich ostatnich parametrów potwierdziło 42,00% badanych. Odpowiedź przeczącą wskazało 58,00% (Rycina 27).



Rycina 18. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy Pani/Pan swoje parametry? (n=150)

Wartości średnie analizowanych parametrów: glikemia 94,71 ($\pm 14,81$), RR 124,57 ($\pm 15,80$), tętno 75,02 ($\pm 10,18$), cholesterol 179,82 ($\pm 35,40$) (Tabl.3).

Według oceny ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy palenie tytoniu jest szkodliwe dla samych palaczy - 30,00%, jak również dla palaczy i ich otoczenia - 57,33%. Pozostali badani wskazali odpowiedź: nie wiem - 12,67%. Żaden respondent nie wybrał stwierdzenia: nie jest szkodliwe (Rycina 28).



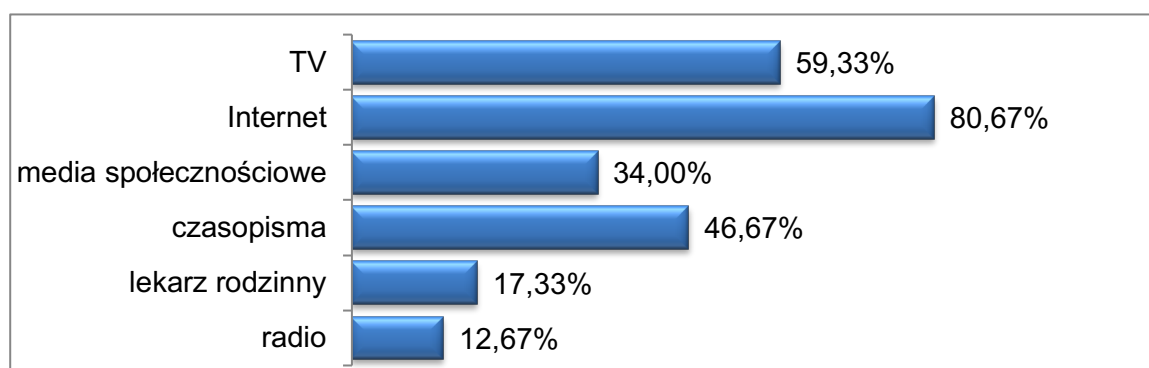
Rycina 28. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Jak ocenia Pani/Pan wpływ tytoniu na zdrowie? (n=150)

Według wiedzy badanych palenie tytoniu przyczynia się przede wszystkim do takich schorzeń jak: choroba nowotworowa płuc, krtani i trzustki 90,67% oraz obturacyjna choroba płuc 80,67%, a także choroba niedokrwienna serca 60,67%, udar mózgu 60,67%, nadciśnienie tętnicze 59,33%, miażdżycy kończyn 51,33%, gdy w mniejszym stopniu zaburzenia gospodarki lipidowej 32,67% i cukrzyca 21,33% (Rycina 29).



Rycina 29. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy zdaniem Pani/Pana palenie tytoniu przyczynia się do występowania chorób? (n=150)
(wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

Personel pielęgniarski swoją wiedzę na temat negatywnego wpływu palenia tytoniu na zdrowie czerpał głównie z Internetu - 80,67%, a także TV - 59,33%, czasopism - 46,67%, mediów społecznościowych - 34,00%. Najrzadziej jako źródło wiedzy wskazano lekarza rodzinnego - 17,33% i radio - 12,67% (Rycina 30).



Rycina 19. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Skąd Pani/Pan czerpie wiedzę na temat negatywnego wpływu palenia tytoniu na zdrowie? (n=150)
(wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

Wybrane elementy hipotez

Hipoteza 1: Palenie nikotyny koreluje z płcią, wiekiem i miejscem zamieszkania.

W badanej grupie papierosy paliło 25,00% kobiet i 61,11% mężczyzn. Stwierdzono, że płeć znacząco wpływa na występowanie nałogu $p=0.002$.

Papierosy najczęściej paliły osoby w wieku 31-40 lat - 39,58% oraz >50 lat - 40,00%, gdy w pozostałych grupach wiekowych odsetek wynosił odpowiednio: 20-30 lat - 25,00% i 41-50 lat - 23,38%. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie

W badanej grupie papierosy paliło 28,32% mieszkańców miast i 32,43% mieszkańców wsi. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie

Przyjęto hipotezę: Palenie nikotyny koreluje z płcią.

Odrzucono hipotezę: Palenie nikotyny koreluje z wiekiem i miejscem zamieszkania.

Hipoteza 2: Warunki pracy wpływają na ryzyko nałogu nikotynowego

Papierosy częściej paliły osoby pracujące w systemie rankowym niż zmianowym – odpowiednio: 39,47% i 25,89%. Stwierdzono, że system pracy znacząco wpływa na występowanie nałogu ($p=0.042$).

Częściej nałóg nikotynowy dotyczył personelu pielęgniarskiego zatrudnionego na 2 lub 1,75 etatach – odpowiednio: 50,00% i 33,33%. Stwierdzono, że wymiar etatu znacząco wpływa na występowanie nałogu ($p=0.048$).

Papierosy częściej paliły osoby pracujące w DPS i SOR – odpowiednio: 100% i 52,17%, a także w przychodniach i poradniach – odpowiednio: 33,33% i 22,22%. W zakresie szpitala najwyższy odsetek zanotowano dla oddziałów zabiegowych - 27,59%, następnie

pediatrycznych - 20,00% i zachowawczych -16,67%. Stwierdzono, że miejsce pracy znacząco wpływa na występowanie nałogu ($p=0.014$).

Przyjęto hipotezę: Warunki pracy wpływają na ryzyko nałogu nikotynowego.

Hipoteza 3: Palenie e-papierosów koreluje z wiekiem i miejscem zamieszkania.

W badanej grupie e-papierosy paliło 12,39% mieszkańców miast i 27,03% mieszkańców wsi. Stwierdzono, że miejsce zamieszkania znacząco wpływa na wybór e-papierosów ($p=0.035$).

Po e-papierosy częściej sięgały osoby do 40 roku życia: 20-30 lat - 35,00% i 31-40 lat - 20,83%, gdy w pozostałych grupach wiekowych odsetek wynosił odpowiednio: 41-50 lat - 9,09% i >50 lat - 0,00%. Stwierdzono, że wiek badanych znacząco wpływa na wybór e-papierosów.

Przyjęto hipotezę: Palenie e-papierosów koreluje z wiekiem i miejscem zamieszkania.

Hipoteza 4: Poczucie uzależnienia koreluje z wynikami testu uzależnienia od tytoniu wg Fagerstroma

Osoby mające poczucie uzależnienia od nikotyny częściej uzyskiwały potwierdzenie występowania nałogu za pomocą przeprowadzonego testu Fagerstroma.

Przyjęto hipotezę: Poczucie uzależnienia od nikotyny koreluje z wynikami testu uzależnienia od tytoniu wg Fagerstroma.

Hipoteza 5: Funkcjonowanie w środowisku osób palących wpływa na wynik testu motywacyjnego do zaprzestania palenia wg Schneidera

Silna motywacja do zerwania z nałogiem palenia tytoniu wg testu Schneidera nie korelowała z narażeniem na palenie bierne w środowisku życia i pracy osób palących. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie

Odrzucono hipotezę: Funkcjonowanie w środowisku osób palących wpływa na wynik testu motywacyjnego do zaprzestania palenia wg Schneidera.

Dyskusja

Palenie papierosów to niestety powszechny problem społeczny. Badania przeprowadzone przez Szpinger i wsp. wśród 209 mieszkańców miasta Ostrowiec Świętokrzyski wśród byłych i aktywnych palaczy wskazują, iż zaledwie 40 ankietowanych nigdy nie podjęło próby walki

z nałogiem (stanowiło to 19,12% wszystkich przypadków). Pozostałe 80,88% respondentów zadeklarowało, że chociaż raz próbowało rzucić palenie [6].

Badania własne zostały przeprowadzone wśród studentów pielęgniarstwa. Średnia wieku badanych wynosiła 40,91 lat. Struktura wieku badanych przedstawiała się następująco: 20-30 lat - 13,33%, 31-40 lat - 32,00%, 41-50 lat - 51,34%, >50 lat - 3,33%. Personel pielęgniarski posiadał wykształcenie wyższe licencjackie - 65,33%, średnie ze specjalizacją - 25,33%, średnie zawodowe - 9,34%. Doświadczenie zawodowe ankietowanych było zróżnicowane: 1-5 lat - 8,00%, 6-10 lat - 18,00%, 11-20 lat - 32,00%, 25-30 lat - 35,33%, >30 lat - 6,67%. Personel pielęgniarski był zatrudniony w systemie zmianowym - 74,67% oraz 8-godzinny - 25,33%. Respondenci pracowali w wymiarze 1 etatu - 72,00%, 1,5 etatu - 22,00%, 1,75 etatu - 2,00%, 2 etaty - 4,00%. Personel pielęgniarski był zatrudniony w oddziałach zabiegowych - 22,67%, zachowawczych - 25,33%, pediatrycznych - 24,00%, SOR - 20,67%, DPS - 10,00%, przychodniach - 9,33% i poradniach - 8,67%.

W badanej grupie papierosów nigdy nie paliło 41,33%. Papierosy paliło 34,67% respondentów, a 10,00% określiło, że kilkakrotnie próbowało. W 14,00% przypadków nie uzyskano odpowiedzi. Przeciętny wiek inicjacji w zakresie palenia papierosów w badanej grupie wynosił 19,32 lat. Według wartości mediany oceniono, że połowa badanych sięgnęła po nikotynę po 18 roku życia. Wśród respondentów były osoby, które pierwszego papierosa wypaliły w wieku 14 lat. Badani palili przeciętnie przez 12,49 lat. Z przytoczonych już powyżej badań Szpingera i wsp. wynika, iż zapalenie pierwszego papierosa najczęściej przypadało na wiek pomiędzy 16. a, 18. rokiem życia i wynikało z ciekawości oraz namowy znajomych. Średnia liczba wypalanych przez palących respondentów papierosów w ciągu jednego dnia to ok. 20 sztuk [6].

Na podstawie wartości mediany oceniono, że połowa badanych paliła dłużej niż 10 lat, a niektóre osoby trwały w nałogu nawet 30 lat.

Otrzymano, że wśród ankietowanego personelu pielęgniarskiego aktualnie nikotynę paliło 29,33%. Osoby aktualnie palące przeciętnie trwały w nałogu od 15,48 lat. Dzienna liczba wypalanych papierosów była zróżnicowana: 1-5 szt. - 22,72%, 6-10 szt. - 29,55%, 11-15 szt. - 29,55%, 16-20 szt. - 9,09%, >20 szt. - 9,09%. Jednym ze wskaźników uzależnienia od nikotyny jest liczba wypalanych dziennie papierosów. Z badań Wiraszki i Obierzyńskiej wśród 143 młodych dorosłych aktualnie palących papierosy 34,7% paliło 11–20 papierosów dziennie [7]. Zaznaczyć należy, iż szczególnie duże prawdopodobieństwo, że palący jest osobą uzależnioną od nikotyny, związane jest z wypalaniem >30 papierosów dziennie [8].

Najczęściej respondenci określili, że sięgają po papierosy bez względu na sytuację - 43,18% oraz dla przyjemności - 36,36%. Niektórzy badani zauważyli związek pomiędzy potrzebą

zapalenia a odczuwaniem stresu - 25,00%, żeby rozładować napięcie - 22,73%, ale także dla towarzystwa -22,73%. Część osób stwierdziła, że nie jest w stanie się obyć bez nikotyny -22,73%. Najbardziej wskazaną przyczyną palenia była odpowiedź: bo inni to robią - 2,27%. Żaden respondent nie wybrał określenia: dla zabawy. Poczucie uzależnienia od nikotyny potwierdziło 63,64% badanych, gdy zaprzeczyło mu 20,45%. Odpowiedź: nie wiem wskazało 15,91% grupy.

W grupie osób aktualnie palących z nałogiem próbowało zerwać 61,36%, jednak sukces odniosło tylko 18,18%, a dla 43,18% okazało się to zbyt trudne. Z palenia papierosów nigdy nie rezygnowało 38,63%, gdyż 27,27% nie uważało tego za konieczne, a 11,36% obawiało się zwiększenia masy ciała. Na zamiar zerwania z nałogiem wskazało 29,55% palących osób, gdy opinię przeczącą wyraziło 45,45% grupy. Odpowiedź: nie zastanawiałam/em się wybrało 25,00%.

Na całym świecie całkowitą chęć rezygnacji z palenia deklaruje 7 na 10 nałogowych palaczy, a co drugi stara się każdego roku to uczynić. W takich sytuacjach istotne jest wsparcie otoczenia. Realizacja programów profilaktyki i leczenia chorób odtytoniowych na różnych poziomach opieki zdrowotnej, obejmujących edukację oraz wspomaganie osób pragnących zerwać z nałogiem, nie jest niestety w naszym kraju wystarczająca [9].

Osoby rzucające palenie najczęściej jako powód wskazywały względy zdrowotne - 34,09%, jak również ulegały namowom bliskim - 15,91% czy ze względów finansowych - 13,64%. Najbardziej wskazano odpowiedź: samodyscyplina 9,09%. Ze specjalistycznej pomocy przy rzucaniu palenia korzystało jedynie 30,23%. Osoby rzucające palenie najczęściej korzystały z nikotynowej terapii zastępczej - 69,23%, leków - 53,85%, e-papierosów - 30,77%, a najbardziej z porady lekarza rodzinnego - 7,69%.

Wyniki testu uzależnienia od tytoniu wg Fagerstroma wskazują, że w grupie osób palących tytoń u 38,10% jest to przyzwyczajenie i nawyk, gdy w 61,90% przypadków uzależnienie biologiczne i fizyczne.

Za pomocą testu motywacyjnego do zaprzestania palenia wg Schneidera oceniono, że 26,19% palących tytoń charakteryzowała słaba motywacja zerwania z nałogiem, gdy w przypadku 73,81% uzyskany wynik zakwalifikowano jako silną motywację. Najważniejszy czynnik warunkujący zerwanie z nałogiem palenia tytoniu to odpowiednia motywacja. Osoby bez silnego postanowienia o rzuceniu palenia najczęściej wracają do nałogu, natomiast ludzie mający silną motywację są w stanie rzucić palenie i utrzymać stan abstynencji [6]. W badaniach Wiraszki i Obierzyńskiej 63,6% prezentowało wysoki poziom motywacji, natomiast pozostali (36,4%) nie mieli wystarczającej determinacji do zerwania z nałogiem. Szczególnie niesprzyjającym czynnikiem w budowaniu motywacji okazało się palenie papierosów przez ludzi w otoczeniu badanych,

co dotyczyło 59% badanych [7]. W badaniach Sawickiej et al. motywację do zaprzestania palenia przejawiała mniejsza grupa respondentów – 59,2% osób [10].

W badaniach własnych narażenie na bierne palenie w swoim otoczeniu potwierdziło 49,33% badanych. Osoby narażone na palenie bierne najczęściej wskazywały na dom - 58,11% i pracę - 52,70%, najrzadziej uczelnię - 22,97%.

W badanej grupie e-papierosy aktualnie paliło 16,00% grupy, od 1 do 5 lat, przeciętnie 2,5 roku. Odpowiedź negatywną wskazało 84,00% badanych. Odpowiedź negatywną wskazało 92,14% badanych. Badani, którzy palili lub palą e- papierosy określili, że robią to przede wszystkim dla przyjemności - 71,43%, gdy inni w celu rzucenia nałogu - 28,57% czy dla mody - 37,14%.

Ankietowany personel pielęgniarski był obciążony chorobami: nadciśnienie - 24,00%, cukrzyca - 5,33%, choroby układu oddechowego - 4,00%, zaburzenia gospodarki lipidowej - 4,00%. Znajomość swoich ostatnich parametrów potwierdziło 42,00% badanych. Odpowiedź przeczącą wskazało 58,00%. Ministerstwo Zdrowia podaje, iż w Polsce epidemia nikotynizmu zabija kilkadziesiąt tysięcy osób rocznie. Maciejewski i wsp. podkreślają wagę prowadzenia działań informujących o szkodliwości palenia nikotyny na każdym poziomie opieki medycznej [11,12]. Według oceny ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy palenie tytoniu jest szkodliwe dla samych palaczy - 30,00%, jak również dla palaczy i ich otoczenia - 57,33%. Warto zaznaczyć, iż żaden respondent nie wybrał stwierdzenia: nie jest szkodliwe.

Według wiedzy badanych palenie tytoniu przyczynia się przede wszystkim do takich schorzeń jak: choroba nowotworowa płuc, krtani i trzustki - 90,67% oraz obturacyjna choroba płuc - 80,67%, a także choroba niedokrwienna serca - 60,67%, udar mózgu - 60,67%, nadciśnienie tętnicze 59,33%, miażdżyca kończyn - 51,33%, gdy w mniejszym stopniu zaburzenia gospodarki lipidowej - 32,67% i cukrzyca - 21,33%. Personel pielęgniarski swoją wiedzę na temat negatywnego wpływu palenia tytoniu na zdrowie czerpał głównie z Internetu - 80,67%, a także TV - 59,33%, czasopism - 46,67%, mediów społecznościowych - 34,00%. Najrzadziej jako źródło wiedzy wskazano lekarza rodzinnego - 17,33% i radio - 12,67%.

Uzależnienie od nikotyny to aktualnie jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych [13]. Wynikające z niego konsekwencje oddziałują nie tylko na jednostkę, ale i na całe społeczeństwo. Z badań Dziankowskiej-Zaborszczyk i wsp. wynika, że na podejmowane przez pacjentów próby rezygnacji z nałogu, pozytywny wpływ mają zachowania personelu medycznego, w tym również pielęgniarek [14]. Pomimo, że promocja stylu życia wolnego od tytoniu i leczenie uzależnienia uważane są powszechnie za obowiązek pielęgniarek są to niestety osoby, które często same sięgają po wyroby tytoniowe [15].

Wnioski

1. W środowisku pielęgniarskim nałóg palenia nikotyny częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet oraz osób pracujących powyżej jeden etat.
2. Sięganie po e-papierosy jest charakterystyczne dla osób młodych, zamieszkujących tereny wiejskie.
3. Najczęściej przyczyną kontynuacji palenia jest uzależnienie biologiczne i fizyczne a nie nawyk.
4. Palenie tytoniu jest szkodliwe dla samych palaczy jak również ich otoczenia i przyczynia się do powstania choroby nowotworowej płuc, krtani i trzustki oraz obturacyjnej choroby płuc a także udaru mózgu.
5. Palących tytoń charakteryzowała silna motywacja zerwania z nałogiem z powodu względów zdrowotnych jak i namowy bliskich, rzadziej względów finansowych, korzystając z nikotynowej terapii zastępczej i leków.

Piśmiennictwo

1. Czechowska G., Mądro A., Kozicka M. i wsp.: Receptorowe mechanizmy uzależnienia od nikotyny. *Probl Hig Epidemiol.*, 2007, 88, 14-16.
2. Florek E., Piekoszewski W.: Nikotynowa i nie nikotynowa farmakoterapia uzależnienia od nikotyny. *Przewodnik Lekarza*, 2008, 10, 700-705.
3. Joško-Ochojska J., Spandel L., Brus R.: Interakcje alkoholu i dymu tytoniowego z lekami – wiedza potrzebna na co dzień. *Hygeia Public Health*, 2015, 50, 3, 474-481.
4. Nowak D., Wojciechowska M., Kopański Z. i wsp.: Mechanizm, objawy i rozpoznanie uzależnienia od tytoniu. *Journal of Clinical Healthcare*, 2014, 4, 10-13.
5. Piekoszewski W., Florek E., Napierała E.: Toksyczność dymu tytoniowego. [w:] *Toksykologia*. Jurowski K, Piekoszewski W. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2020, 105-124.
6. Sanner T., Gimsrud T.: Nicotine: carcinogenicity and effects on response to cancer treatment – a review. *Frontiers in Oncology*, 2015, 5, 196.
7. Szpringer M., Makowska A., Olędzka M.: Uzależnienie od nikotyny i ocena skuteczności rzucania palenia u dorosłych. *Medycyna Środowiskowa*, 2016, 19, 43-50.
8. Wiraszka G., Obierżyńska A.: Poziom uzależnienia od nikotyny oraz motywacja do zaprzestania palenia tytoniu wśród młodych dorosłych – studentów regionu świętokrzyskiego. *Piel Zdr Publ.*, 2019, 9, 15–22
9. Nowak D., Wojciechowska M., Kopański Z.: Skutki zdrowotne palenia tytoniu. *Journal of Clinical Healthcare*, 2014, 4, 14-33.
10. Samachowiec J., Samachowiec A.: Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz inne uzależnienia. [w:] *Psychiatria*. Jarema M. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2016, 243-290.

11. Sawicka K., Łuczyk R., Zięba K. i wsp.: Poziom uzależnienia od nikotyny oraz motywacja do zaprzestania palenia tytoniu w wybranej grupie Polaków. *J Ed Health and Sport*, 2015, 5,8,395–416.
12. Maciejewski J., Bednarek M., Korzybski D. i wsp.: Palenie tytoniu wśród podopiecznych lekarza rodzinnego. *Pneumonol. Alergol. Pol.*, 2009, 77, 248–255.
13. Michalak M., Lew – Starowicz M.: Palenie papierosów i uzależnienie od nikotyny. [w:] *Uzależnienia i substancje psychoaktywne w praktyce lekarza POZ*. Jarema M. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2018, 121-129.
14. Działkowska-Zaborszczyk E., Polańska K. i wsp.: Rozpowszechnienie palenia tytoniu i biernej ekspozycji na dym tytoniowy wśród pielęgniarek. *Przegląd Lekarski*, 2009,10, 738– 740.
15. Suwała M., Drygas W., Gerstenkorn A.: Zaprzestanie palenia tytoniu a subiektywne poczucie zdrowia osób w starszym wieku. *Nowiny Lekarskie*, 2007, 76, 3, 237–241.

WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU
UNIwersytetu Medycznego w Białymstoku



**UNIKATOWE STUDIA PODYPLOMOWE
PROMOCJA ZDROWIA
I EDUKACJA ZDROWOTNA**

Szczegółowe informacje
https://www.umb.edu.pl/studia_podyplomowe
<https://uslugirozwojowe.parp.gov.pl/>



**Wykwalifikowana kadra!
Najlepsza cena!**

Możliwość skorzystania z bonów na szkolenia
<http://bonynaszkolenia.pl/>

WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU
UNIwersytetu Medycznego w Białymstoku



**UNIKATOWE STUDIA PODYPLOMOWE
EPIDEMIOLOGIA**

Szczegółowe informacje
https://www.umb.edu.pl/studia_podyplomowe
<https://uslugirozwojowe.parp.gov.pl/>



**Wykwalifikowana kadra!
Najlepsza cena!**

Możliwość skorzystania z bonów na szkolenia
<http://bonynaszkolenia.pl/>