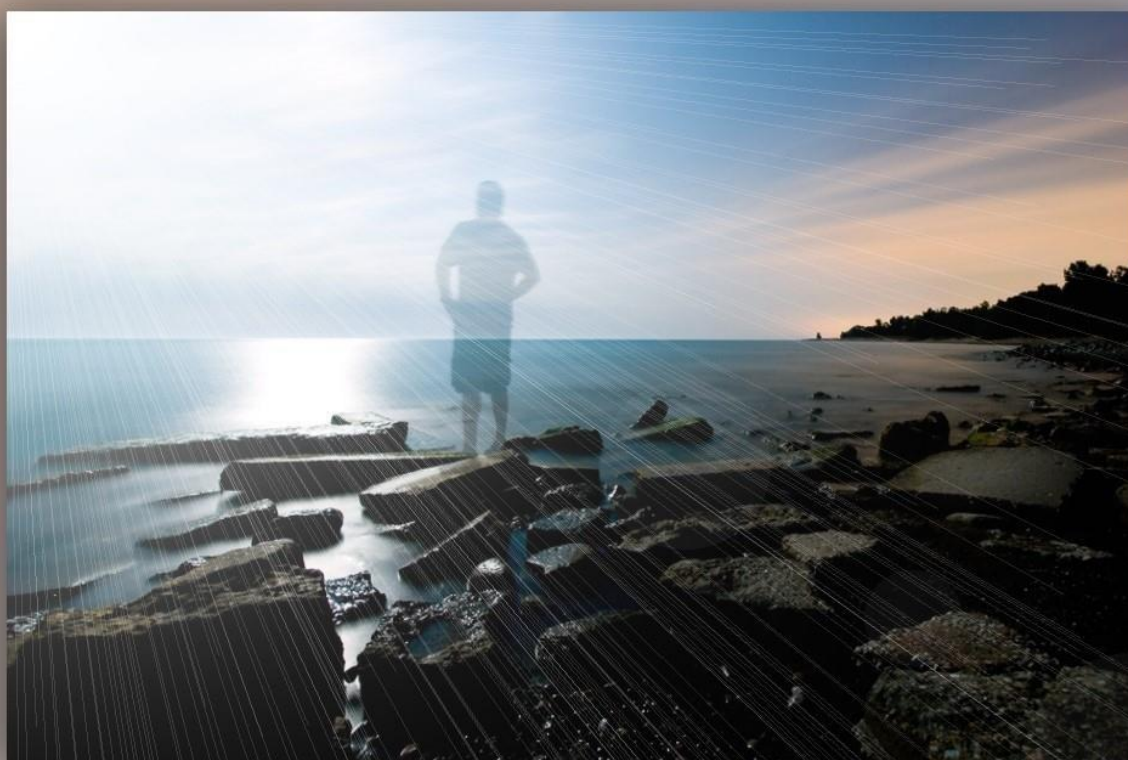


W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

Elżbiety Krajewskiej-Kułąk

Mateusza Cybulskiego

Jolanty Lewko

Wojciecha Kułąk

Tom XXII

W drodze do brzegu życia

Tom XXII

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

W drodze do brzegu życia

Tom XXII

**Praca zbiorowa pod redakcją
prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kulak
prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Mateusza Cybulskiego
dr hab. n. o zdrowiu Jolanty Lewko
prof. dr hab. n. med. Wojciecha Kulaka**

Białystok 2023

RECENZENCI MONOGRAFII

Dr n. med. Anna Ślifirczyk

Uniwersytet Przyrodniczo Humanistyczny w Siedlcach; Wydział Nauk Medycznych i Nauk i Zdrowiu; Instytut Nauk o Zdrowiu

Dr hab. n. o zdr. Katarzyna Van Damme-Ostapowicz

Western Norway University of Applied Sciences, Faculty of Health and Social Sciences, Førde, Norway

Recenzenci rozdziałów

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

REDAKTORZY MONOGRAFII

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

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Mateusz Cybulski

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr hab. n. o zdr. Jolanta Lewko

Zakład Podstawowej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

prof. dr hab. n. med. Wojciecha Kułaka

Klinika Rehabilitacji Dziecięcej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

ISBN - 978-83-67454-27-8

Wydanie I

Białystok 2023

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak-Bejda

Artykuły mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk:

RobotA Piotr Duchnowski, Zaścianki 6, 15-521 Zaścianki

*Zaraz na początku życia ktoś powinien nam powiedzieć, że umieramy.
Może wtedy żylibyśmy pełnią życia w każdej minucie.
Każdego dnia działaj.
Kiedy poczujesz, że chcesz coś zrobić, rób to od razu teraz!
Dni, które przyjdą, są policzone.*
Jack London

Szanowni Państwo

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

Problem śmierci i umierania nadal jest aktualny, a świadczą o tym dane statystyczne. W roku 2022, jak wynika z szacunków przedstawionych przez GUS, urodziło się 305 tys. dzieci, a zmarło około 448 tys. osób, co oznacza, że ludność Polski w ubiegłym roku zmniejszyła się o 143 tysięcy. Według danych UNICEF rocznie na całym świecie umiera w ciągu pierwszych 28 dni po urodzeniu około 2,5 mln dzieci. To połowa wszystkich zgonów dzieci w wieku poniżej 5. Lat, w tym milion z nich umiera w ciągu pierwszych 24. godzin. Raport UNICEF sprzed kilku lat wykazał, że ponad 80% zgonów wśród noworodków jest spowodowanych przedwczesnym rozwiązaniem, powikłaniami przy porodzie oraz infekcjami (zapalenie płuc, sepsa). W Polsce ok. 70% zgonów niemowląt stanowią dzieci urodzone przedwcześnie, przy 7% populacji wcześniaków wśród urodzeń. W ciągu ostatnich dwóch lat zmarło w Polsce 1 mln 002 tys. 714 osób. Z najnowszych danych Eurostatu za listopad 2022 roku wynika, że również w innych krajach Europy widoczne są znaczące wzrosty zgonów. Szczególnie dobrze widać tę tendencję w Finlandii, Niemczech czy Grecji, gdzie nadwyżka ponad średnią sprzed pandemii wyniosła od 15% do 20%, przy 7% nadwyżce dla całej Unii Europejskiej. Istotny wzrost w krajach europejskich widać w danych za grudzień, kiedy nadwyżka (według danych z RSC) wyniosła już 22%.

Główną i najbardziej oczywistą przyczyną wzrostu śmiertelności w społeczeństwie jest trwająca epidemia chorób zakaźnych, z duetem COVID-19 i grypy na czele. Polacy najczęściej umierają na choroby układu krążenia (34,8% zgonów). Udział zgonów z powodu nowotworów złośliwych i z powodu COVID-19 był z kolei praktycznie jednakowy (18% vs. 17,9%). Samobójstwa były też drugą co do częstości przyczyną śmierci Polaków w wieku pomiędzy 25. a 44. rokiem życia. Największy udział w przedwczesnych zgonach wśród kobiet mają nowotwory, a wśród mężczyzn - choroby układu krążenia. Niepokojący jest natomiast wzrost udziału w tym zestawieniu chorób wątroby oraz fakt, że w Polsce zanieczyszczenie powietrza zabija co roku około 50. tysięcy osób.

Redaktorzy podręcznika
prof. dr hab. Elżbieta Krajewska-Kulak,
prof. dr hab. Mateusz Cybulski,
dr hab. Jolanta Lewko,
prof. dr hab. Wojciech Kulak

SPIS TREŚCI

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCYNĄ, PRAWO

Józefa Dąbek, Halina Kulik, Kamila Wilewska, Oskar Sierka: Uporczywa terapia – stosować czy nie stosować? – opinie osób dorosłych	11
Jakub Rudzki, Zuzanna Kata, Iwo Kata, Julia Fiedziuk, Łukasz Dylewicz: Terapia daremna	24
Zuzanna Kata, Jakub Rudzki, Iwo Kata, Julia Fiedziuk, Jakub Bętkowski: Śpiączka i śmierć mózgu – aspekty kliniczne i społeczne	30
Mariola Bartusek, Barbara Kurzyńska-Skóra: Rola duchowości w opiece pielęgniarstwie	38

STEREOTYPIZACJA WIEKU PODESZŁEGO

Dominika Strzała, Adrianna Czyżnikiewicz, Patryk Budziak: Problem podwójnej stereotypizacji pacjentów w wieku podeszłym cierpiących z powodu nadmiernej masy ciała	47
Katarzyna Sudelska, Grzegorz Tarsa, Tomasz Król, Michalina Toborek: Samotność jako jedna z przyczyn depresji u osób starszych w krajach rozwiniętych	61
Grzegorz Tarsa, Tomasz Król, Katarzyna Sudelska, Michalina Toborek: Starzejące się społeczeństwo w kontekście ograniczonego dostępu do opieki geriatrycznej	71
Radosław Karaś, Konrad Barszczewski, Aleksandra Kępczyńska, Jakub Sulima, Kamil Górecki: <i>Couplepause</i> - współczesne postrzeganie problemów seksualnych w związkach osób starzejących się	78

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ I PERINATALNEJ

Emilia Reguła, Elżbieta Sobaszek: Mastektomia... i co dalej?	90
Karolina Dąbek, Maciej Kalinowski, Sylwia Mroszczyk: Zjawisko wzrostu potraumatycznego u pacjentów z chorobą nowotworową	131
Alicja Paluch, Eliza Kolasa, Emilia Kamizela: Czerniak, nowotwór o największej dynamice wzrostu zachorowań - wybrane aspekty	138
Zuzanna Kata, Jakub Rudzki, Łukasz Dylewicz, Kacper Solarz, Jakub Bętkowski: Rak trzustki – cichy zabójca	148

WYBRANE PROBLEMY W OPIECE NAD CHORYMI

Alicja Paluch, Eliza Kolasa, Emilia Kamizela: Choroby metaboliczne XXI wieku – czyli co nas czeka	154
Natalia Nowak, Weronika Biziorek, Klaudia Włodarczyk, Haytham Al Hamaydeh, Diana Ranja Rabi: Samookaleczanie bez intencji samobójczej w populacji pediatrycznej	161
Klaudia Waśko, Sara Kosina, Klara Żelazowska, Ewelina Firlej: Rozstępy - charakterystyka. Sposoby zapobiegania	180
Sara Kosina, Klaudia Waśko, Weronika Denis, Ewelina Firlej: Cellulit a zabiegi kosmetyczne	187
Sara Kosina, Klaudia Waśko, Ewelina Firlej: Trądzik różowaty okiem kosmetologa	196
Eliza Mędrek, Paulina Zegarska: Rola aktywności fizycznej w przebiegu osteoporozy u osób starszych	205
Paulina Zegarska, Eliza Mędrek: Terapia TRT u mężczyzn w okresie andropauzy - korzyści i zagrożenia	209
Jakub Bętkowski, Kacper Solarz, Jakub Rudzki, Zuzanna Kata, Łukasz Dylewicz, Laura Więcko, Natalia Szczepańska, Justyna Tałaska, Marzena Jargilo, Karol Demel: Medyczna marihuana i jej zastosowanie wśród pacjentów	212

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCYNĄ, PRAWO

**Działamy
etycznie**



Uporczywa terapia – stosować czy nie stosować? – opinie osób dorosłych

Józefa Dąbek¹, Halina Kulik², Kamila Wilewska², Oskar Sierka³

1. Katedra i Klinika Kardiologii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Katedra i Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
3. Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Kardiologii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach

WSTĘP

Śmierć choć jest nieodłącznym elementem życia i zjawiskiem naturalnym wzbudza strach i poczucie bezradności. Decyzje związane z końcem życia, a zwłaszcza dotyczące odstąpienia od leczenia pacjenta w stanie terminalnym są jednymi z najtrudniejszych w praktyce lekarskiej. Naturalnym bowiem odruchem każdego lekarza jest walka z chorobą i z grożącą pacjentowi śmiercią. Zgodnie z powszechnym mniemaniem nie po to przecież zostaje się lekarzem, by pozwalać pacjentowi umrzeć, ale po to, by zapewnić mu jak najdłuższe życie w jak najlepszym zdrowiu [1].

Jak pisał Szczeklik A. *„Lekarze skupieni na eskalacji arcykosztownej terapii poddają się na samym końcu — po rodzinie i pielęgniarzach. Lekarska etyka «do rangi najwyższej zasady wyniosła bowiem imperatyw, na przekór wszelkim przeciwnościom losu»”* [2].

Pomimo tego zdarzają się sytuacje, w których zaprzestanie uporczywej terapii i pozwolenie choremu na wejście w ostatni etap jego życia jest konieczne dla zachowania jego godności i autonomii.

Wspomniane zachowanie jest dla lekarza zarówno obowiązkiem etycznym znajdującym swoje odzwierciedlenie w punkcie 30 Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL) – *„Lekarz powinien dolożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia”*, jak i prawnym – artykuł 20 ustęp 2 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta *„Prawo*

do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności” [3, 4].

Termin „uporczywa terapia” jest pojęciem powstałym dopiero w XX wieku. Odnosi się do przekonania, że w przypadku niektórych chorych należy wycofać się z leczenia. Pogląd ten był znany już od czasów starożytnych. Grecki poeta zwany Kartinosem użył słowa „*euthanatos*”, które opisywało człowieka, którego śmierć była szybka i bezbolesna. Właśnie takie umieranie było pożądane w świecie antycznym, a kwestia godnego umierania i granic leczenia chorych była chętnie podejmowana w wielu działach. Hipokrates w swoim traktacie pt. „O sztuce”, postawił medycynie trzy kluczowe cele wskazujące na to, że ma ona „*uwalniać chorych od cierpienia, nieść ulgę w chorobie i powstrzymywać się od leczenia tych chorych, którymi choroba totalnie zawładnęła, bowiem w takich przypadkach medycyna jest bezsilna*” [5].

Za „dobrą” śmiercią tęsknili także chrześcijanie w czasach średniowiecza. We wspomnianym okresie powstał nurt „*Ars moriendi*” zajmujący się sztuką umierania. Literatura do niego nawiązująca (głównie religijna, kładąca nacisk na moralne życie) pełniła funkcję pedagogiczną oraz miała za zadanie oswoić społeczeństwo z trudnym tematem śmierci i pomóc przygotować się do jej nadejścia.

W dziełach K. Darwina można odnaleźć problematykę poruszającą temat eutanazji poprzez propagowanie pojęcia „sztucznej selekcji”, polegającej na eliminacji ludzi słabych i chorowitych, a której, według wspomnianego autora, domagała się ówczesna cywilizacja.

Realizację założeń darwinowskiej „sztucznej selekcji” zauważyć można w czasie II wojny światowej w III Rzeszy, gdzie eutanazji poddano tysiące niepełnosprawnych i chorych psychicznie ludzi. To niehumanitarne postępowanie lekarzy spotkało się ze sprzeciwem podczas Procesu Norymberskiego, co skutkowało wstrzymaniem poszukiwania „dobrej śmierci” rozumianej do tej pory jako eutanazja. Pomimo tego, wraz z powstaniem w 1948 r. „Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka” mówiącej o przysługującym każdemu człowiekowi prawu do życia, które jest dobrem nienaruszalnym, a także którego nie można się zrzec, ani zostać go pozbawionym przez inne osoby, ponownie zaczęto poszukiwać „dobrej śmierci” odchodząc od łączenia jej z eutanazją.

CEL BADANIA

Celem badania była analiza opinii osób dorosłych na temat stosowania uporczywej terapii i sztucznego podtrzymywania funkcji życiowych wobec siebie oraz najbliższych, a także innych aspektów związanych z decyzjami ostatniego etapu życia.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięło udział 200 (100%) osób dorosłych, a do jego przeprowadzenia wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety przeprowadzonej online i obejmujący swoim zakresem pytania odnoszące się do omawianego tematu oraz dotyczące danych socjodemograficznych ankietowanych.

Opisywane badanie nie zostało przedłożone do oceny Komisji Bioetycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w oparciu o opinię wydaną dnia 17.10.2017 (KNW/0022/KB/223/17) przez wspomniany organ Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach stwierdzającą, że badanie kwestionariuszowe nie jest eksperymentem medycznym, więc ani ocena, ani zgoda wspomnianej komisji na jego przeprowadzenie nie są wymagane.

Podjęto wszelkie działania mające na celu przeprowadzenie badania zgodnie z obowiązującymi zasadami etycznymi i przepisami prawnymi.

Badanie było anonimowe i całkowicie dobrowolne, a wszyscy ankietowani wyrazili świadomą zgodę na udział w nim.

Kryterium włączenia do badania stanowiło: wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu, wiek >18 lat, zdolność do rozumienia pytań i udzielania odpowiedzi.

WYNIKI

Charakterystyka ogólna badanej grupy

Charakterystykę ogólną badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka ogólna badanej grupy

Badana grupa (200; 100%)			
Zmienne		N liczebność	%
Płeć	Kobiety	160	80,00
	Mężczyźni	40	20,00
Wiek [lata]	18-25	86	43,00
	26-35	41	20,50
	36-45	36	18,00
	46-55	30	15,00
	>55	37	18,50

Miejsce zamieszkania	Miasto do 50 tys. mieszkańców	49	24,50
	Miasto $\geq$ 50 tys. do 100 tys. mieszkańców	31	15,50
	Miasto $\geq$ 100 tys. mieszkańców	60	30,00
	Wieś	60	30,00
Wykształcenie	Podstawowe	3	1,50
	Gimnazjalne	3	1,50
	Średnie	71	35,50
	Zawodowe	12	6,00
	Wyższe	111	55,50
Stan cywilny	Wdowa/-wiec	2	1,00
	Rozwódka/-odnik	11	5,50
	Zamężna/Żonaty	81	40,50
	Panna/Kawaler	106	53,00
Posiadanie potomstwa	Tak	93	46,50
	Nie	107	53,50
Aktywność społeczna/zawodowa	Bezrobotny	5	2,50
	Emeryt/Rencista	7	3,50
	Uczeń/Student	35	17,50
	Czynny zawodowo	153	76,50
Stosunek do wiary	Wierzący	153	76,50
	Niewierzący	45	22,50
	Brak odpowiedzi	2	1,00
Powiązanie z opieką nad osobami chorymi	Tak	102	51,00
	Nie	98	49,00

Większość badanej grupy stanowiły osoby w wieku 18-25 lat (86; 43,00%). Ponad 70% respondentów (153; 76,50%) było czynnych zawodowo, a ponad połowa (102; 51,00%) -powiązana z opieką nad osobami chorymi.

Opinie ankietowanych na temat przyczyn prowadzenia uporczywej terapii

W tabeli 2 przedstawiono charakterystykę badanej grupy z uwzględnieniem opinii respondentów na temat możliwych przyczyn prowadzenia uporczywej terapii.

Do najczęstszych przyczyn prowadzenia uporczywej terapii ankietowani zaliczali: „obawę personelu medycznego przed konsekwencjami związanymi z zaprzestaniem leczenia” (114; 57,00%) oraz „brak jednoznacznych przepisów prawnych regulujących omawianą kwestię” (110; 55,00%). Prawie 1/5 ankietowanych twierdziła, że przyczyną prowadzenia uporczywej terapii jest „brak jasnej deklaracji ze strony pacjenta” (38; 19,00%).

Uporczywa terapia – stosować czy nie stosować? – opinie osób dorosłych

Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy z uwzględnieniem opinii respondentów na temat możliwych przyczyn prowadzenia uporczywej terapii

Badana grupa (200; 100%)		
Możliwe przyczyny prowadzenia uporczywej terapii:	N liczebność	%
Obawa personelu medycznego przed konsekwencjami związanymi z zaprzestaniem leczenia	114	57,00
Brak jednoznacznych przepisów prawnych regulujących kwestię uporczywości terapii	110	55,00
Nacisk ze strony rodziny pacjenta	102	51,00
Wiara w poprawę stanu zdrowia, mimo braku realnych szans na wyzdrowienie	72	36,00
Brak wiedzy na temat uporczywej terapii	40	20,00
Brak jasnej deklaracji ze strony pacjenta	38	19,00
Wyznawane wartości	34	17,00

Opinie respondentów na temat prowadzenia uporczywej terapii względem siebie oraz członków najbliższej rodziny i osób niespokrewnionych

W tabeli 3 przedstawiono charakterystykę badanej grupy z uwzględnieniem opinii dotyczącej sposobu zakończenia własnego nieefektywnego leczenia, a w tabeli 4 z uwzględnieniem opinii na temat zakończenia leczenia najbliższych.

Tabela 3. Charakterystyka badanej grupy z uwzględnieniem opinii na temat sposobu zakończenia nieefektywnego leczenia względem siebie

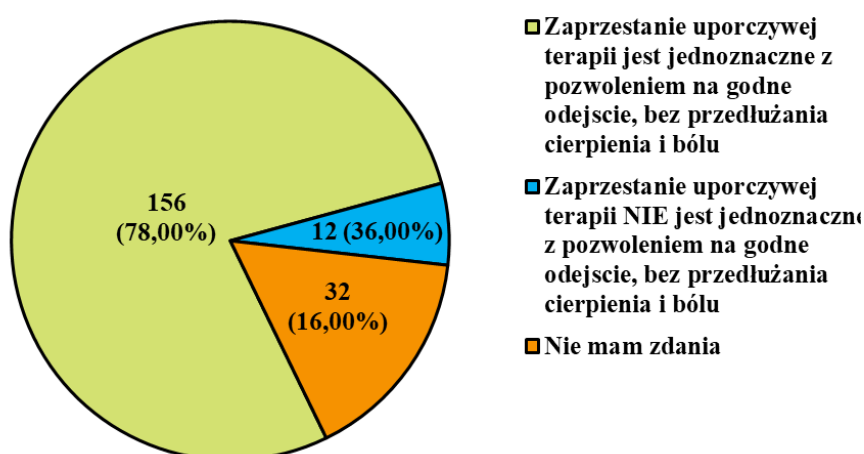
Badana grupa (200; 100%)		
Sposoby leczenia własnej osoby	N liczebność	%
Chcę, aby decyzję o zaprzestaniu terapii podjął lekarz wraz z zespołem specjalistów, jeśli stosowane dotychczas środki medyczne nie przyniosły pozytywnego wpływu na mój stan kliniczny, a dalsze leczenie wiązać się będzie z cierpieniem, bez realnych szans na wyleczenie	114	57,00
Chcę, aby decyzję dotyczącą terapii podjęła najbliższa rodzina	40	20,00
Uważam, że o momencie śmierci może zdecydować tylko Bóg i żaden człowiek nie powinien mieć na to wpływu	40	20,00
Trudno powiedzieć	20	10,00
Chcę być leczona do samego końca, wszystkimi dostępnymi środkami, nawet gdy nie ma realnych szans na poprawę stanu klinicznego, a dalsze leczenie wiązać się może z cierpieniem i przedłużaniem umierania	6	3,00

Tabela 4. Charakterystyka badanej grupy z uwzględnieniem opinii na temat sposobu zakończenia nieefektywnego leczenia najbliższych

Badana grupa (200; 100%)		
Sposoby leczenia najbliższych	N liczebność	%
Chcę, aby decyzję o zaprzestaniu terapii podjął lekarz wraz z zespołem specjalistów, jeśli stosowane dotychczas środki medyczne nie przyniosły pozytywnego wpływu na stan kliniczny, a dalsze leczenie wiązać się będzie z cierpieniem, bez realnych szans na wyleczenie	132	66,00
Trudno powiedzieć	26	13,00
Chcę, aby moi bliscy byli leczeni do samego końca wszystkimi dostępnymi środkami, nawet gdy nie ma realnych szans na poprawę stanu klinicznego, a dalsze leczenie wiąże się z cierpieniem i przedłużaniem umierania	22	11,00
Uważam, że o momencie śmierci może zdecydować tylko Bóg i żaden człowiek nie powinien mieć na to wpływu	20	10,00

Prawie 60% respondentów (114; 57,00%) deklarowało, że w sytuacji, gdyby stosowane dotychczas wobec nich środki medyczne nie przyniosły pozytywnego wpływu na stan kliniczny, a dalsze leczenie mogłoby się wiązać z cierpieniem, bez realnych szans na wyleczenie, decyzję o zaprzestaniu terapii pozostawiliby lekarzowi i zespołowi terapeutycznemu. Podobną odpowiedź, względem decyzji co do zaprzestania leczenia osoby bliskiej wybrało ponad 65% respondentów (132; 66,00%).

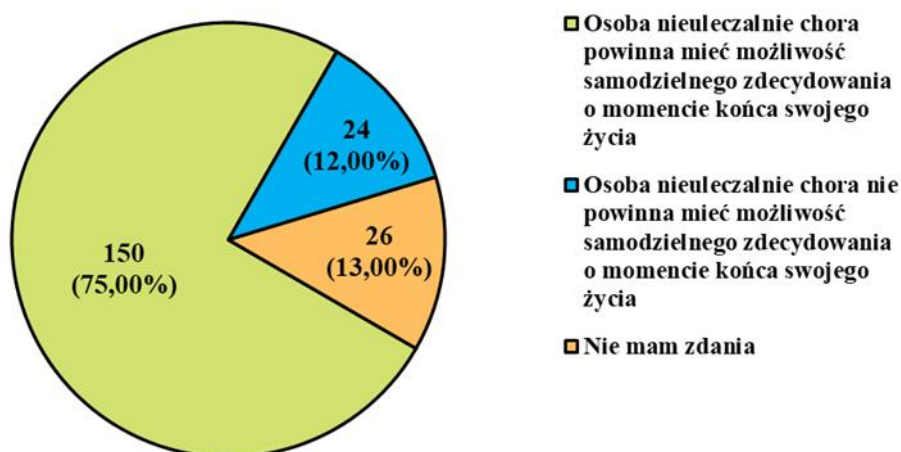
Na rycinie 1 przedstawiono charakterystykę badanej grupy z uwzględnieniem opinii na temat jednoznaczności zaprzestania uporczywej terapii, a pozwolenia na godne odejście, bez przedłużania cierpienia i bólu.



Rycina 1. Charakterystyka badanej grupy z uwzględnieniem jednoznaczności opinii respondentów dotyczącej zaprzestania uporczywej terapii i pozwolenia na godne odejście, bez przedłużania cierpienia i bólu

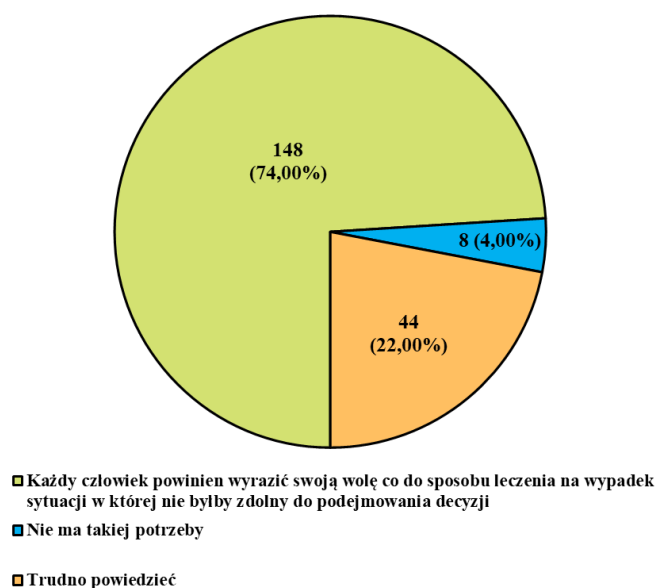
Uporczywa terapia – stosować czy nie stosować? – opinie osób dorosłych

Na rycinie 2 przedstawiono charakterystykę badanej grupy z uwzględnieniem opinii na temat możliwości samodzielnego decydowania o momencie końca życia przez nieuleczalnie chorych. Prawie 80% badanych (156; 78,00%) twierdziło, że zaprzestanie uporczywej terapii jest równoważne z pozwoleniem na godne odejście, bez przedłużania cierpienia i bólu, a $\frac{3}{4}$ (150; 75,00%) uważało, że osoba nieuleczalnie chora powinna mieć możliwość samodzielnego decydowania o momencie końca życia.

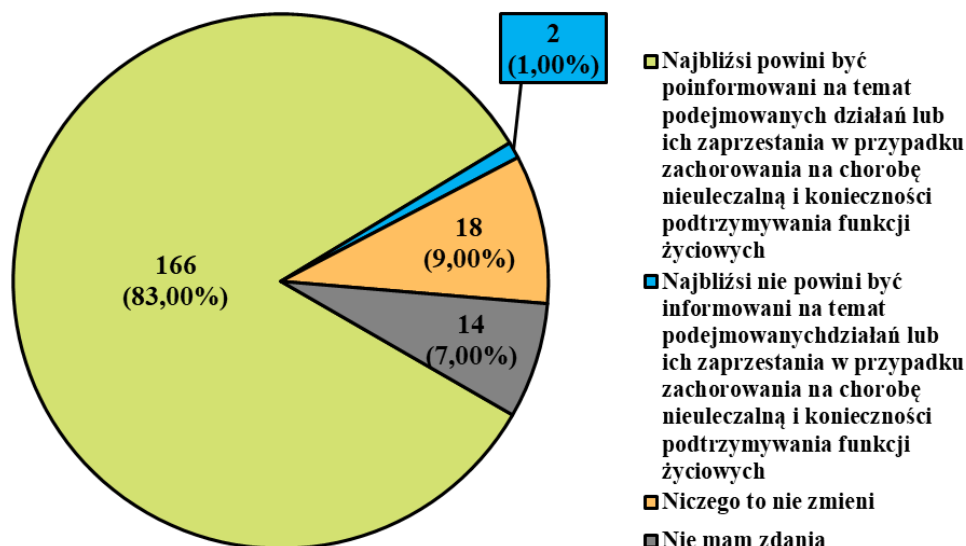


Rycina 2. Charakterystyka badanej grupy z uwzględnieniem opinii dotyczącej możliwości samodzielnego decydowania o momencie końca życia przez nieuleczalnie chorych

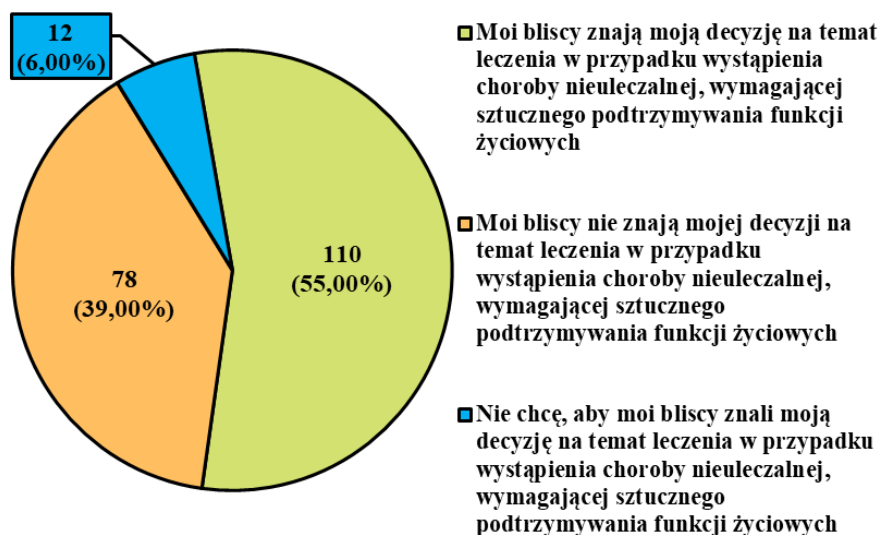
Na rycinie 3 przedstawiono charakterystykę badanej grupy z uwzględnieniem opinii dotyczącej konieczności wyrażenia przez każdego człowieka woli co do sposobu postępowania na wypadek wystąpienia choroby uniemożliwiającej podejmowanie świadomych decyzji.



Rycina 3. Charakterystyka badanej grupy z uwzględnieniem opinii dotyczącej konieczności wyrażenia przez każdego człowieka woli co do sposobu postępowania na wypadek wystąpienia choroby uniemożliwiającej podejmowanie świadomych decyzji



Rycina 4. Charakterystyka badanej grupy z uwzględnieniem opinii dotyczącej konieczności informowania najbliższych co do podejmowania działań lub ich zaprzestania w przypadku zachorowania na chorobę nieuleczalną i potrzebie podtrzymywania funkcji życiowych



Rycina 5. Charakterystyka badanej grupy z uwzględnieniem opinii respondentów w sprawie informowania najbliższych na temat decyzji dotyczącej sztucznego podtrzymywania życia

Prawie $\frac{3}{4}$ respondentów (148; 74,00%) uważało, że każdy człowiek powinien wyrazić swoją wolę co do sposobu leczenia na wypadek sytuacji, w której nie byłby zdolny do podejmowania samodzielnych decyzji. Zdecydowana większość ankietowanych (166, 83,00%) uważała, że członkowie najbliższej rodziny powinni znać swoje decyzje co do ewentualnych sposobów leczenia w przypadku choroby nieuleczalnej, wymagającej podtrzymywania funkcji

życiowych, a około 40% respondentów (78; 39,00%) nie podzieliło się z najbliższymi informacją dotyczącą decyzji co do sztucznego podtrzymywania ich życia w przypadku wystąpienia takiej konieczności.

DYSKUSJA

Przedstawione wyniki ujawniły jakim wyzwaniem dla społeczeństwa są tematy związane z decyzjami dotyczącymi końca życia. Na podstawie opinii 96 lekarzy różnych specjalizacji Willmott L. i wsp. wyodrębnili kilka kategorii czynników mogących przyczyniać się do decyzji związanej z podejmowaniem uporczywej terapii pacjentów ciężko chorych.

Do pierwszej zaliczyli czynniki związane z lekarzem zwracając uwagę na fakt, że już od wczesnych lat edukacji medycznej lekarze, a także inni pracownicy systemu ochrony zdrowia są „szkoleni” do niesienia pomocy oraz leczenia, pomimo że często wdrażane procedury nie przynoszą skutków korzystnych. Podążając za tą myślą, wymienieni autorzy zwracają uwagę na fakt nieustępliwości niektórych lekarzy i ich chęć do przedłużenia życia chorego za wszelką cenę, określając to jako lekarską „awersję do śmierci”, podsycaną przez wciąż malejący mistycyzm otaczający zawód lekarza, który w oczach społeczeństwa ma się nigdy nie poddawać i walczyć za wszelką cenę o zdrowie i życie chorego. Autorzy opisywanego badania podkreślają także, że lekarze nierzadko są związani emocjonalnie z pacjentem przewlekle chorym i nie chcą być osobami odbierającymi nadzieję w ostatnich miesiącach, tygodniach czy dniach życia. Wiedza, że już nic się nie da zrobić, popycha lekarzy w stronę myślenia, że jakakolwiek, nawet niewielka poprawa stanu zdrowia pacjenta jest lepsza niż śmierć. Istotnymi czynnikami wpływającymi na podjęcie decyzji o stosowaniu terapii uznawanej za uporczywą są również przekonania lekarza, tj. jego wiara, osobowość czy doświadczenie zawodowe. Jego brak w zakresie umierania i śmierci popycha młodych adeptów sztuki medycznej w stronę chęci prowadzenia leczenia, które ich zdaniem nie jest uporczywe. Ostatnim podawanym czynnikiem wpływającym na podejmowanie terapii uporczywej ze strony lekarza, są obawy związane z kwestiami prawnymi.

Drugą kategorią czynników, są czynniki związane z pacjentem i jego rodziną. Najważniejszym i najczęściej podawanym w wymienionej kategorii są prośby jakie lekarze niejednokrotnie otrzymują od pacjentów i/lub ich rodzin. Nierzadko stawiane lekarzom wymagania są nieosiągalne, a próba racjonalnego przedstawienia faktów dotyczących choroby nieuleczalnej kończy się zachowaniami agresywnymi w stosunku do pracowników ochrony zdrowia.

Ostatnimi, podawanymi przez zacytowanych autorów, są czynniki związane z samym systemem ochrony zdrowia i specyfiką pracy w zawodach medycznych. Autorzy zaliczają tutaj chociażby: wielospecjalistyczność leczenia bez nadrzędnej kontroli jednego lekarza, niechęć do przerywania stosowanej terapii (np. dializoterapia) oraz brak czasu i hierarchizacja medycyny (nadrzędność decyzji jednego klinicysty nad decyzją drugiego) [6].

W badaniu Rakhshan M. i wsp. można dostrzec wiele podobieństw do badania przytoczonego powyżej, ale wymienieni autorzy zwracają również uwagę na inne czynniki tj. wartości moralne zaczerpnięte z wychowania oraz wiek leczonego pacjenta [7]. W badaniu własnym do najczęstszych przyczyn prowadzenia uporczywej terapii ankietowani zaliczali: „obawę personelu medycznego przed konsekwencjami związanymi z zaprzestaniem leczenia” (114; 57,00%) oraz „brak jednoznacznych przepisów prawnych regulujących kwestię uporczywości terapii” (110; 55,00%). Prawie 1/5 ankietowanych twierdziła, że jedną z przyczyn prowadzenia uporczywej terapii jest „brak jasnej deklaracji ze strony pacjenta” (38; 19,00%).

W grupie respondentów objętej badaniem przez Bazalińskiego D. i wsp. większość twierdziła, że głównymi czynnikami determinującymi wdrażanie i kontynuowanie uporczywej terapii były: presja ze strony rodziny chorego (35; 36,8%) oraz wiara (14; 14,8%) i sumienie (10; 10,5%) [8]. Wiele z omawianych czynników jest widocznych w Polskim systemie ochrony zdrowia i jak dotychczas większości z nich nie udało się wyeliminować. Z czysto prawnego punktu widzenia, przy podejmowaniu decyzji o zakończeniu danej terapii, a tym samym niepodejmowaniu terapii uporczywej pod uwagę powinny być brane wyłącznie aspekty medyczne stanu zdrowia konkretnego pacjenta w chwili jego oceny. Ponadto, należy pamiętać, że choremu nie wolno odbierać nadziei, a także, że nigdy nie przestajemy leczyć, tylko zmieniamy jedynie cel i sposób.

Prawie 60% respondentów (114; 57,00%) deklarowało, że w sytuacji, gdyby stosowane dotychczas wobec nich środki medyczne nie przyniosły pozytywnego wpływu na stan kliniczny, a dalsze leczenie mogłoby się wiązać z cierpieniem, bez realnych szans na wyleczenie, decyzję o zaprzestaniu terapii pozostawiliby lekarzowi i zespołowi terapeutycznemu. Podobną odpowiedź, co do decyzji dotyczącej zaprzestania leczenia osoby bliskiej wybrało ponad 65% respondentów (132; 66,00%). W obu wspomnianych powyżej przypadkach zdecydowanie o zaprzestaniu terapii jest bardzo trudne. Podczas wypełniania kwestionariusza badani nie znajdowali się w sytuacji, w której rzeczywiście musieliby podjąć decyzję dotyczącą przerywania życia własnego czy też najbliższej osoby. Niemniej jednak,

determinacja do pozostawienia decyzji lekarzom zapewne przyniosłaby pozytywny skutek, zarówno dla pacjenta, jak i jego rodziny.

Prawie 80% respondentów (156; 78,00%) twierdziło, że zaprzestanie uporczywej terapii jest równoznaczne z pozwoleniem na godne odejście, bez przedłużania cierpienia i bólu, a $\frac{3}{4}$ respondentów (150; 75,00%) uważało, że osoba nieuleczalnie chora powinna mieć możliwość samodzielnego decydowania o momencie końca życia.

Z decyzjami związanymi z końcem życia i prowadzeniem uporczywej terapii nierozłącznie wiąże się uznanie nadrzędności woli pacjenta. Zgodnie z danymi Uniwersytetu Stanford, około 80% Amerykanów chciałoby umrzeć w domu. Pomimo takiej woli ponad 60% umiera w trakcie intensywnie prowadzonego leczenia szpitalnego, a około 20% w domach opieki, natomiast tylko w przybliżeniu 20% we własnym domu [9]. Jedną z przyczyn powyższego stanu jest brak jasno wyrażonej przez pacjenta informacji na temat decyzji, jakie mają być podjęte w końcowym etapie życia każdego człowieka. Biorąc pod uwagę powyższe, niezwykle interesująca staje się idea propagowana od 2013 roku przez Michael'a Hebb'a, który początkowo w Stanach Zjednoczonych, a następnie na całym świecie przeprowadził ponad 100 000 spotkań podczas których uczestnicy rozmawiali o śmierci. Rozmowy prowadzono w trakcie kolacji, stąd też nazwa projektu – „*Let's Have Dinner and Talk About Death*” (Porozmawiajmy o śmierci przy kolacji). Uczestnicy spotkań często byli dla siebie osobami zupełnie obcymi, ale jako, że od wieków wspólne spożywanie posiłków tworzy podstawę rozmowy, tak też i w tym przypadku wiele osób po zakończeniu kolacji zupełnie inaczej podchodziło do wydania wcześniejszych dyspozycji związanych z końcem swojego życia [10].

Prawie $\frac{3}{4}$ (148; 74,00%) grupy respondentów z badań własnych uważało, że każdy człowiek powinien wyrazić swoją wolę co do sposobu leczenia na wypadek sytuacji, w której nie byłby zdolny do podejmowania świadomej decyzji. Nieomal 85% ankietowanych (166, 83,00%) uważało, że członkowie najbliższej rodziny powinni znać stosunek co do ewentualnych sposobów leczenia w przypadku choroby nieuleczalnej, wymagającej podtrzymywania funkcji życiowych, a około 40% respondentów (78; 39,00%) nie podzieliło się dotychczas z najbliższymi informacją dotyczącą decyzji związanych ze sztucznym podtrzymywaniem ich życia w przypadku wystąpienia takiej konieczności. W badaniu przeprowadzonym przez Hwang H. i wsp. w grupie pacjentów powyżej 60 r.ż. i członków rodzin opiekujących się nimi autorzy wykazali, że tylko 10% badanych pacjentów i 6,7% opiekunów spotkało się z przekazywaniem informacji na temat terapii podtrzymującej życie pomiędzy członkami rodzin. Co więcej aż 61,1% osób starszych i 71,1% ich opiekunów nie odbyło rozmowy w tym zakresie z członkami swoich własnych rodzin. Ponadto prawie 70%

badanych osób starszych i 60% ich opiekunów twierdziło, że to pacjenci powinni decydować o terapii podtrzymującej życie, a jako odpowiedni czas, w którym wspomniane decyzje należy podejmować podawali – „Gdy jesteś zdrowy” [11]. Pomimo złożoności problemu ostatnich chwil życia, warto nadmienić, że wiele osób dąży do zakończenia bardziej przyziemnych dla nich spraw.

Badania przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Publicznej w 2019 dotyczące stosunku społeczeństwa Polskiego do śmierci wykazały, że 83% badanych Polaków chciałoby przed śmiercią pożegnać się z bliskimi, a 59% chciałoby uporządkować sprawy majątkowe i sporządzić testament [12].

Do ograniczeń niniejszego badania można zaliczyć niewielką liczbę respondentów (200; 100%), a także, wynikającą z braku prawnie uznanych definicji, niedokładność odpowiedzi respondentów na pytania dotyczące stosowania uporczywej terapii i decyzji związanych z końcem życia.

Pomimo tego artykuł nakreśla problem, jakim wciąż pozostają decyzje związane z końcem życia i przekazywanie informacji na wspomniany temat w społeczeństwie, które oddala myśl o nieuchronnym i naturalnym końcu ludzkiego życia.

W praktyce klinicznej warto również zachęcać pacjentów i ich bliskich do rozmawiania na wspomniane tematy, gdyż wcześniej wyrażona przez pacjenta wola, zmniejsza wielopłaszczyznowe obciążenie jakie niosą ze sobą decyzje o kontynuowaniu lub zaniechaniu danego rodzaju leczenia, które nierzadko podejmowane są bez udziału pacjenta będącego w ciężkim stanie.

Parafrazując Cook D. i Rocekra G. nie można zapomnieć, że: *zapewnienie godnej śmierci jest uosobieniem sztuki medycznej i odzwierciedleniem istoty medycyny. Wymaga od nas (lekarzy) wszystkiego co w nas najlepsze* [13].

WNIOSKI

1. Większość badanych miała negatywny stosunek do stosowania uporczywej terapii i sztucznego podtrzymywania funkcji życiowych, zarówno względem własnej osoby jak i wobec najbliższych.
2. Badani byli przekonani o konieczności prowadzenia rozmów dotyczących końcowych etapów życia człowieka, jednak wielu z nich nigdy nie odbyło takiej rozmowy.
3. Należy podejmować działania informacyjne prowadzące do pogłębiania przekonania pacjentów i osób zdrowych, że zawczasu wydane decyzje dotyczące stosowania terapii

sztucznie podtrzymującej życie oraz dyspozycji związanych z końcowymi etapami życia może pozytywnie wpłynąć na przebieg umierania i przyczynić się do zachowania pełnej godności i spokoju chorego.

PIŚMIENNICTWO

1. Szeroczyńska M. Withdrawing and withholding futile therapy – de lege lata and de lege ferenda. *Palliative Medicine*. 2013, 5(2), 31-40.
2. Szczeklik A. Nieśmiertelność. Prometejski sen medycyny. Wyd. Znak, Kraków 2012.
3. Kodeks Etyki Lekarskiej. <https://sip.lex.pl/akty-prawne/akty-korporacyjne/kodeks-etyki-lekarskiej-286454095> (data pobrania 10.07.2023).
4. Artykuł 20 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/prawa-pacjenta-i-rzecznik-praw-pacjenta-17532755/art-20> (data pobrania 10.07.2023).
5. Aszyk P. Etyczne oblicza starożytnej medycyny. Wydawnictwo Rhetos, Warszawa, 2010.
6. Willmott L, White B, Gallois C i wsp. Reasons doctors provide futile treatment at the end of life: a qualitative study. *Journal of Medical Ethics* 2016, 42(8), 496-503.
7. Rakhshan M, Joolae S, Mousazadeh N i wsp. Causes of futile care from the perspective of intensive care unit nurses (I.C.U): qualitative content analysis. *BMC Nursing* 2022, 21, 225.
8. Bazaliński D, Marciniec I, Saacińska I i wsp. Doświadczenie uporczywej terapii w pracy pielęgniarek pracujących w oddziałach intensywnej terapii – doniesienie wstępne. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2018, 12, 52-61.
9. Where do Americans die? Stanford School of Medicine <https://palliative.stanford.edu/home-hospice-home-care-of-the-dying-patient/where-do-americans-die/> (data pobrania 10.07.2023).
10. Death over dinner. <https://deathoverdinner.org/#about>. (data pobrania: 28.08.2022).
11. Hwang H, Yang S, Jeong S. Preferences of older inpatients and their family caregivers for life-sustaining treatments in South Korea. *Geriatric Nursing*, 2018, 39(4), 428-435.
12. Centrum Badań Opinii społecznych. Komunikat z badań 136/2019 - Stosunek do śmierci i zwyczaje funeralne https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_136_19.PDF (data pobrania 10.07.2023).
13. Cook D, Rocker G. Dying with Dignity in the Intensive Care Unit *New England Journal of Medicine*. 2014, 370, 2506-2514.



Terapia daremna

**Jakub Rudzki¹, Zuzanna Kata², Iwo Kata³, Julia Fiedziuk⁴,
Łukasz Dylewicz¹**

1. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, kierunek lekarski
2. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, kierunek lekarsko-dentystyczny
3. Student Uczelni Łazarskiego w Warszawie, kierunek prawo
4. Student Uczelni Łazarskiego w Warszawie, kierunek finanse i rachunkowość

WSTĘP

Zaawansowany rozwój technologii w dzisiejszych czasach dotyczy wielu sfer życia i branż, również medycyny. Poprzez nowoczesne techniki terapeutyczno-diagnostyczne oraz sprzęt szpitalny wielu pacjentów można uratować mimo początkowo niewielkich szans na przeżycie. Należy jednak pamiętać, że pomimo nieocenionych korzyści wynikających z rozwoju medycyny może dojść do sytuacji, gdzie prowadzenie działań terapeutycznych związanych z uporczywym leczeniem nie tylko prowadzi do nieosiągnięcia zamierzonego, wyznaczonego celu terapii, jak i w wielu przypadkach może być związane z długoterminowym brakiem korzyści dla samego pacjenta i wynikającym z tego przedłużonym okresem agonii i cierpienia. Coraz częściej lekarze spotykają się z sytuacjami, gdzie innowacyjny sprzęt medyczny, utrzymujący pacjentów przy życiu zamiast prowadzić do odwrócenia niewydolności wielonarządowej wydłuża w czasie ich umieranie. Ochrona zdrowia niejednokrotnie staje na swojej ścieżce zawodowej przed koniecznością zaprzestania wprowadzaniu interwencji ratujących życie pacjentów. Rezygnacja z terapii podtrzymującej życie ma sens w przypadku odwlekanej śmierci pacjenta bez korzyści dla niego oraz często związanym z tym dodatkowym cierpieniem. W Kodeksie Etyki Lekarskiej (KEL) zawarty został art. 32, mówiący o braku obowiązku prowadzenia i podejmowania reanimacji w stanach terminalnych, a decyzje o zaprzestaniu podejmuje lekarz w oparciu o oszacowane szanse lecznicze. [1] Mimo ogólnego zezwolenia na takie postępowanie, przepis ten nie jest do końca sprecyzowany i nie określa on dokładnych wytycznych i sytuacji, w których można z niego skorzystać. Ponadto Kodeks Etyki Lekarskiej nie jest aktem prawnym, a jedynie zbiorem reguł

postępowania. W przypadku złamania zasad w nim zawartych wobec lekarza nie są wyciągane konsekwencje prawne, a jedynie wynikające z odpowiedzialności zawodowej [1,2].

W związku z problematycznością tego zapisu w 2011 grupa ekspertów z Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego określiła warunki „zaniechania i wycofywania się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci”. Trzy lata później w 2014 roku przez Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii zostały wydane wytyczne eksplikujące pojęcie terapii daremnej u pacjentów bez możliwości świadomego składania oświadczeń woli. Ustawa o prawach pacjenta oraz ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie regulują kwestii terapii daremnej [1,3,4,5].

TERAPIA DAREMNA

Pojęcie terapii daremnej, dawniej określanej także jako uporczywej definiuje się jako procedury medyczne podtrzymujące funkcje życiowe nieuleczalnie chorych, przedłużające umieranie oraz wiążące się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Z perspektywy polskiego prawa pojęcie terapii daremnej nie istnieje, co oznacza brak konkretnych regulacji oraz przepisów ją obejmujących [2]. Podstawę intensywnej terapii stanowi sztuczne podtrzymywanie czynności życiowych, często niemal wszystkich narządów i układów, stwarzając możliwość przewlekłego, czasami nieuzasadnionego przedłużania życia chorego. Takie działania w konsekwencji prowadzić mogą do przewlekłego bólu i cierpienia pacjenta. Lekarz prowadzący powinien w każdym przypadku mieć na względzie fakt, że nie zawsze wykorzystanie wszystkich dostępnych działań terapeutycznych prowadzi do poprawy stanu klinicznego, odwrócenia stanu agonii i przeżycia pacjenta [2,3]. Zgodnie z zasadą „po pierwsze nie szkodzić” uzasadnione jest w przypadkach wyczerpanych możliwości leczniczych i nieuchronnego zgonu zaprzestanie działaniom ratującym życie, takich jak resuscytacja krążeniowo-oddechowa, wentylacja mechaniczna, elektroterapia serca, mechaniczne wspomaganie krążenia lub pozaustrojowe wspomaganie układu oddechowego. W przypadku złego rokowania pacjenta, w ostatnich dniach życia na personel medyczny zawsze nałożony jest obowiązek zapewnienia godnych warunków, minimalizacji bólu, odżywiania, tlenoterapii oraz walki z ewentualnymi uporczywymi dolegliwościami. Celem nigdy nie jest pozbawienie życia pacjenta, bądź przyspieszenie tego procesu, lecz jedynie zapewnienie godnych warunków w ostatnich chwilach życia oraz komfortowego procesu odchodzenia. Powyższa zasada opisana została w artykule 30 Kodeksu Etyki

Lekarskiej: „Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jako kończącego się życia” [2,6,7].

DNAR (DO NOT ATTEMPT RESUSCITATION – NIE PODEMOWAĆ RESUSCYTACJI)

Według badań, blisko 78% osób w praktyce zawodowej miało styczność z działaniami terapeutyczno-opiekuńczymi, które nie osiągały celu leczniczego, i opierały się jedynie na podtrzymywaniu funkcji życiowych chorego [2]. Protokół DNAR określa wczesną identyfikację pacjentów, u których zespół ratowniczy powinien odstąpić od czynności ratujących życie oraz zaniechanie resuscytacji w ściśle określonych przypadkach po zatrzymaniu krążenia. DNAR wymiennie stosowany z DNR (ang. *do not resuscitate* - nie podejmować resuscytacji) odnosi się jedynie do resuscytacji krążeniowo-oddechowej i nigdy nie obejmuje rezygnacji z innych świadczeń udzielanych pacjentowi w ostatnich dniach życia, co zawarte zostało w ustawie o prawach pacjenta do spokojnej śmierci oraz leczeniu bólu. W sytuacji braku przytomności chorego o czynnościach wykonywanych na OIT decyzje podejmowane są przez lekarza. U pacjentów ze stwierdzoną nieuchronną śmiercią bezskuteczność resuscytacji mieści się w granicach 70-98% [7]. Deklaracja DNAR stanowi oświadczenie woli w formie pisemnej. Umożliwia pacjentowi wyrażenie braku zgody na walkę o życie w momencie zatrzymania krążenia, bądź oddechu, a jego waga prawna jest różna w zależności od państwa i jego uregulowań. Do podpisania najczęściej dochodzi przed ciężkimi zabiegami, u pacjentów w trakcie opieki paliatywnej oraz przewlekle chorych o złym rokowaniu. W przypadku podpisania deklaracji istnieje bezwzględna konieczność uszanowania woli przez personel medyczny. Obecnie w Polsce DNAR jest tematem niezwykle kontrowersyjnym ze względu na brak uregulowań prawnych. Decyzja o zaprzestaniu resuscytacji podejmowana jest najczęściej przez grupę lekarzy po ewentualnych konsultacjach i poparta jest jedynie stanem fizycznym chorego.[8] Terapia uporczywa w znacznym stopniu dotyczy osób w zaawansowanym wieku, bowiem wykazano, że spośród chorych z tej grupy po zabiegu resuscytacji jedynie 6% opuściło szpital. W przypadku chorych objętych opieką paliatywną przewidywana skuteczność CPR (ang. *cardiopulmonary resuscitation* - resuscytacji krążeniowo-oddechowej) wynosi mniej niż 1% [9,10].

Pracownicy ochrony zdrowia, jak i pacjenci wciąż wykazują odmienne postawy wobec

terapii daremnej. Przeprowadzono badania na grupie 100 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach intensywnej terapii. Ankieta miała miejsce na oddziałach dwóch Warszawskich szpitali. Według ankiety 61% badanych rozumie zasadność przerywania leczenia w przypadku terapii uporczywej. Aż 23% nie zgadza się z takim podejściem oraz uważa leczenie do ostatnich dni jako odpowiednie i uzasadnione. Wśród ankietowanych pozostałą grupę stanowiły osoby pozostawiające decyzję o śmierci w rękach Boga, co ukazuje spory wpływ religii i wiary na aktualnie sporną kwestię postępowania w sytuacji terapii uporczywej oraz znaczny dylemat etyczny osób decyzyjnych. W badaniach przeprowadzonych na grupie 76 pracowników Instytutu Pomnika Centrum Zdrowia Dziecka zdecydowana większość badanych wyraziła poparcie wobec możliwości rezygnacji z terapii daremnej przez pacjenta [8,11]. Wśród pacjentów badanych na oddziale onkologii z chorobą nowotworową w większości przypadków w stadium zaawansowanym ponad połowa wyraziła chęć wdrożenia wobec nich czynności reanimacyjnym w sytuacji zaistnienia takiej konieczności. Przed podjęciem decyzji lekarz zobowiązany jest do rozważenia czynników korzyści, ryzyka związanego z leczeniem oraz obciążeń pacjenta. Największy problem stanowi jednak uwzględnienie konkretnej sytuacji chorego, bądź niewystarczająca ilość informacji o stanie zdrowia ze względu na często niejednoznaczny bilans. Duży wpływ często stanowią także obawy lekarzy związane z ryzykiem procesu sądowego, często skutkując rezygnacją z DNAR. Kwestie sporne pojawiają się również w przypadku pacjentów nieprzytomnych, bez aktualnej dokumentacji oraz brakiem możliwości przeprowadzenia wywiadu medycznego [10].

Według „wytycznych postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii” decyzja o odstąpieniu od czynności ratujących życie pacjenta jest procedurą wymagającą sporządzenia protokołu. W dokumentacji medycznej wymagana jest adnotacja z dokładnym uzasadnieniem, argumentacją oraz przebiegiem procesu leczniczego. Decyzja podejmowana jest przez lekarza prowadzącego w porozumieniu ze specjalistą z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii oraz kierownikiem oddziału. Dopuszczalne są także konsultacje spoza zespołu prowadzącego. Rodzina chorego nie powinna pełnić roli decyzyjnej, a jedynie o charakterze konsultacyjno-doradczym w bardziej skomplikowanych i niejednoznacznych przypadkach. Chory do końca powinien mieć zapewnioną opiekę oraz komfort, a śmierć nie powinna być w żaden sposób przyspieszana. Decyzja o niepodjęciu reanimacji nie powinna być determinowana zwolnieniem „łóżka” szpitalnego, kosztami leczenia oraz innymi przesłankami niemającymi związku ze stanem fizycznym chorego. Rezygnacja z podtrzymywania chorego nie powinna być

zarządzeniem podjętym pod wpływem presji, korzyści majątkowych bądź jakichkolwiek zysków z niej wynikających, a jedynie świadomym ustaleniem mającym na względzie jedynie dobro pacjenta [3].

PODSUMOWANIE

Terapia daremna jest często spotykanym zjawiskiem w przypadku osób starszych przewlekle chorych, osób w stanach terminalnych chorób, pod opieką paliatywną, w stanach terminalnych oraz pacjentów z niewydolnością wielonarządową. W przypadku braku zasadności dalszego podtrzymywania życia właściwym jest zaprzestanie terapii ratującej i podtrzymującej życie. Deklaracja DNAR umożliwia pacjentowi samodzielną decyzję o działaniach prowadzonych po utracie przytomności i gwałtownym pogorszeniu ich stanu. Daje ona odpowiedź lekarzowi na często najtrudniejsze pytanie w karierze zawodowej - resuscytować, czy nie? Personel medyczny w swoich decyzjach powinien kierować się przede wszystkim dobrem pacjentów. Oznacza to nie tylko walkę o życie i zdrowie, ale także wprowadzenie odpowiednich działań w przypadku nieuchronnej śmierci oraz zapewnienie godnej i jak najmniej bolesnej śmierci. Presja wywierana przez rodzinę chorego, ryzyko postępowania sądowego oraz strach przed fałszywym, pochopnym osądem i niepoprawną oceną stanu chorego często w znacznym stopniu utrudniają proces decyzyjny. Obecnie temat terapii daremnej podejmuje sporo artykułów, badań ankietowych oraz wytycznych, jednak jest to wciąż w wielu przypadkach temat sporny. Największy problem na dzień dzisiejszy stanowi brak odpowiednich uregulowań prawnych [1,2,7].

PIŚMIENNICTWO

1. Nowak P. Rezygnacja z terapii podtrzymującej życie. *Filozofia W Praktyce*, 2016, 2(17), 1-3.
2. Bazaliński D, Marciniak I, Sałacińska I. i wsp. Doświadczenie uporczywej terapii w pracy pielęgniarek pracujących w oddziałach intensywnej terapii - doniesienie wstępne. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2018,12(1), 52-61.
3. Bartkowska-Śniatkowska A, Byrska-Maciejasz E, Cettler M. i wsp. Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej. *Anestezjologia i Intensywna Terapija*, 2021, 53(5), 369-375.

4. NIL - Kodeks Etyki Lekarskiej. <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>, (data pobrania 6.07.2023).
5. Dangel T, Grenda R, Kaczkowski J, et al. Zaniechanie i Wycofanie Sie z Uporczywego Leczenia Podtrzymujacego Zycie u Dzieci, 2011 <https://ptp.edu.pl/wiadomosci/zalecenia/97-zaniechanie-i-wycofanie-sie-z-uporczywego-leczenia-podtrzymujacego-zycie-u-dzieci-wytyczne-dla-lekarzy> (data pobrania 6.07.2023).
6. Rybka M, Koszczka R. Kodeks etyki a zjawisko uporczywej terapii w pracy pielęgniarki. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach O Zdrowiu*. 2022, 7(3). 68-80.
7. Niemiec M. Aspekty etyczne dotyczące końca życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2016, 10, 1, 1–7.
8. Dzido J, Domagała P. Analiza postaw personelu pielęgniarskiego wobec uporczywej terapii. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2017, 4(25), 221-225.
9. Andruszkiewicz P, Kański A, Siciński M, et al. CPR: it is always justified? *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 2006, 38(3), 158-162.
10. Nowarska A. CPR a DNR w kontekście opieki paliatywnej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2012, 6, 1, 9–14.
11. Januszewska A, Zarzeka A, Iwanow L, et al. Próba analizy poziomu wiedzy i postaw pracowników kliniki intensywnej terapii Instytutu, Pomnika–Centrum Zdrowia Dziecka” wobec prowadzenia uporczywej terapii u dzieci. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2016, 3, 389-395.



Śpiączka i śmierć mózgu – aspekty kliniczne i społeczne

**Zuzanna Kata¹, Jakub Rudzki², Iwo Kata³, Julia Fiedziuk⁴,
Jakub Bętkowski²**

1. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, kierunek lekarsko-dentystyczny
2. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, kierunek lekarski
3. Student Uczelni Łazarskiego w Warszawie, kierunek prawo
4. Student Uczelni Łazarskiego w Warszawie, kierunek finanse i rachunkowość

WSTĘP

Śpiączka to przewlekły stan głębokiej nieprzytomności. Osoby w stanie śpiączki nie mogą się poruszać, myśleć i nie są w stanie świadomości. Nie mogą reagować werbalnie na komendy, chociaż czasem występują ruchy spontaniczne, bądź otwarcie oczu jako reakcja na bodziec zewnętrzny. Śpiączka zazwyczaj trwa do 2-4 tygodni. Zdarzają się także przypadki śpiączki utrzymującej się długimi latami. Potencjalne przyczyny śpiączki to:

- urazy głowy prowadzące do uszkodzeń mózgu,
- udar mózgu,
- choroby metaboliczne, np. cukrzyca i jej powikłania
- niedotlenienie mózgu spowodowane: tonięciem, ciężką hipotermią,
- toksyczne substancje – tlenek węgla, narkotyki, alkohol,
- infekcje ośrodkowego układu nerwowego takie jako zapalenie mózgu i opon mózgowo rdzeniowych,
- napady padaczkowe.

Większość chorych odzyskuje w końcu świadomość i może kontynuować terapię choroby podstawowej. Niestety u niektórych pacjentów w trakcie śpiączki dochodzi do śmierci mózgu. Jest to stan określany jako nieodwracalna i kompletna utrata czynności i funkcji mózgu [1].

W Polsce termin śmierć mózgu dotyczy także nieodwracalnych zmian na poziomie pnia mózgu (część mózgu, w której znajdują się ośrodki czynności życiowych odpowiedzialnych za funkcjonowanie układu sercowo – naczyniowego i oddechowego). W 2012 r. Światowa

Organizacja Zdrowia (WHO – *World Health Organisation*) określiła uniwersalną definicję śmierci człowieka: „Śmierć jest to trwała utrata przytomności oraz trwała utrata wszystkich funkcji pnia mózgu. Może być spowodowana trwałym ustaniem krążenia lub krytycznym uszkodzeniem mózgu. W kontekście stwierdzania śmierci określenie >>trwałe<< oznacza utratę funkcji, która nie może powrócić spontanicznie i nie będzie przywrócona na drodze interwencji” [2].

Śmierć mózgu stwierdza się na podstawie kryteriów neurologicznych i przebiega w dwóch etapach. Pierwszy etap polega na wyciągnięciu podejrzenia dotyczącego śmierci mózgu u pacjenta, a drugi na wykonaniu odpowiednich badań potwierdzających przypuszczenie. W skład komisji orzekającej śmierć mózgu wchodzi specjaliści z różnych dziedzin: anestezjologii i intensywnej terapii lub neonatologii, medycyny ratunkowej, kardiologii, chorób wewnętrznych, kardiologii dziecięcej lub pediatrii [3].

DIAGNOSTYKA I OCENA ZABURZEŃ ŚWIADOMOŚCI I ŚPIĄCZKI

Podstawą w diagnostyce śpiączki jest określenie czynnika, który jest za nią odpowiedzialny. Należy przeprowadzić badania laboratoryjne takie jak morfologia krwi obwodowej, poziom glukozy, mocznika, amoniaku i kreatyniny, zbadać poziom elektrolitów. W przypadku podejrzenia neuroinfekcji należy przeprowadzić punkcję lędźwiową. Jeśli podejrzewamy zatrucia lekami zlecamy badania toksykologiczne, niekiedy jednak zatrucia poszczególnymi grupami leków są na tyle charakterystyczne, np. w przypadku zatruc opioidami, że możemy bez wyników badań podać antidotum – nalokson. W niektórych przypadkach są wskazane badania neuroobrazowe, które mogą pomóc w diagnostyce [4].

We wstępnej ocenie pacjenta używa się także skali Glasgow (GSC – *Glasgow Coma Scale*). Jest to międzynarodowa skala, która pomaga na wstępną ocenę zaawansowania śpiączki. Została stworzona i zaproponowana przez dwóch szkockich neurochirurgów Bryan Jennett i Graham Teasdale w 1974 r. Ocenie podlega odpowiedź ruchowa (maks. 6 punktów), słowna (maks. 5 punktów) i oczna (maks. 4 punkty). Maksymalnie można uzyskać 15 punktów, co oznacza, że pacjent jest w pełni świadomy i przytomny, a jego odpowiedź ruchowa, słowna jest prawidłowa oraz ma otwarte oczy. Minimalnie w skali Glasgow można otrzymać 3 punkty i wynik ten świadczy o śmierci mózgu. Warto jednak zaznaczyć, że pacjent znieczulony do zabiegu operacyjnego również otrzyma 3 punkty. Pacjent, który otrzymał 8 lub mniej punktów uznawany jest za nieprzytomnego i wymagającego intubacji. Sama skala początkowo służyła jedynie do oceny pacjentów z urazami czaszkowo-mózgowymi. Na przestrzeni lat zaczęła być

wykorzystywana również w określaniu stanu chorego w innych stanach [5].

Istnieją także inne skale, które używane są w celu oceny świadomości pacjenta. Jedną z nich nazywa się FOUR – jest to akronim od „*Full Outline of UnResponsiveness*”. Została stworzona w Mayo Clinic, w 2005 r. Jest ona określana jako czuła w określaniu rokowania chorego. Ocenia 4 różne parametry neurologiczne: oddychanie, odruchy z pnia mózgu, odpowiedź ruchową i oczną. Maksymalnie otrzymać można w niej 17 punktów. Dzięki temu, że nie wymaga określenia reakcji słownej pacjenta, może być stosowana u chorych zaintubowanych.

Badania wykazują wyższość skali FOUR nad GCS. Jalali R. w swoim badaniu wykazał, że skala FOUR pozwalała dokładniej przewidzieć prawdopodobieństwo zgonu pacjentów na oddziale intensywnej terapii od skali GCS - 45.7% kontra 32% poprawności w przewidywaniu niekorzystnego rokowania chorych [6].

Podobne wyniki przedstawiały także inne badania [7,8,9]. Pozwala to wyciągnąć wnioski, że skala FOUR może być używana jako zastępstwo lub uzupełnienie oceny pacjenta przy wykorzystaniu skali Glasgow.

ŚPIĄCZKA FARMAKOLOGICZNA

Czasem niezbędne jest wprowadzenie pacjenta w stan śpiączki farmakologicznej. Jest to rodzaj śpiączki, w którą chory jest wprowadzany przy udziale lekarzy anestezjologów. Najczęściej poddawani niej są chorzy z urazami czaszkowo-mózgowymi w celu obniżenia ciśnienia śródczaszkowego i zmniejszenia zapotrzebowania komórek nerwowych na tlen. Pacjenci wprowadzeni w jej stan są głęboko nieprzytomni i nie reagują na bodźce zewnętrzne, podobnie zresztą jak w przypadku śpiączki nefarmakologicznej. Terapia śpiączką farmakologiczną prowadzona jest jedynie na oddziałach Intensywnej Terapii. W tym celu wykorzystuje się anestetyki podawane w ciągłym wlewie dożylnym, w celu utrzymania odpowiedniego stężenia leku. Przykładami takich substancji są barbiturany (np. tiopental) i propofol. Mają one podobny efekt wprowadzający pacjenta w stan głębokiej sedacji, a także wykazują działanie zmniejszające ciśnienie śródczaszkowe, przepływ krwi przez mózg i metabolizm komórek nerwowych [10].

Istnieją badania porównujące oba leki w terapii u pacjentów z ciężkimi urazami czaszkowo-mózgowymi. Shin HJ. et al. w swoim badaniu wykazali wyższość propofolu nad tiopentalem (barbituranem) w szybkości wybudzania pacjenta ze śpiączki farmakologicznej, a także użycie propofolu wykazywało mniejszy wpływ na zmniejszenie ciśnienia tętniczego,

co pozwalało redukować ilość leków stosowanych w celu utrzymaniu odpowiedniego ciśnienia. Bez znacznych różnic okazały się kontrola ciśnienia śródczaszkowego, efekty uboczne prowadzenia terapii, a także wyniki leczenia pacjentów [11].

Terapię wprowadzającą pacjenta w stan śpiączki farmakologicznej używa się także w przypadku stanu padaczkowego (*łac. status epilepticus*). Kiedyś stan padaczkowy określany był jako napad trwający powyżej 30 minut lub seria napadów, pomiędzy którymi nie następowała poprawa. Aktualnie jednak przyjęte jest, że stan padaczkowy określa się mianem napadu trwającego powyżej 5 minut napadu padaczkowego z objawami klinicznymi lub w badaniu EEG (elektroencefalografia) lub serii powtarzających się napadów bez poprawy pomiędzy nimi [12]. Śpiączka farmakologiczna wykorzystywana w stanie padaczkowym ma za zadanie zmniejszyć aktywność mózgu i zapobiec kolejnym napadom [13].

Ciekawym systemem ciągłego podawania anestetyków jest CLADs (ang. *closed-loop anesthesia delivery system* – system dostarczania znieczulenia w zamkniętej pętli). Jest to urządzenie, który w sposób ciągły monitoruje parametry pacjenta i na ich podstawie dobiera odpowiednią dawkę anestetyku w celu optymalnego podtrzymania znieczulenia. Najczęściej wykorzystywany w zabiegach operacyjnych. Puri GD. et al. w swoim randomizowanym badaniu porównywali CLADs z tradycyjną metodą podawania anestetyków u pacjentów. Wykazano w nim wyższość zautomatyzowanego systemu nad tradycyjną podażą leków przy monitorowaniu wyniku indeksu bispektralnego (BIS – ang. *bispectral index*) – pozwala on na podstawie badania EEG określić głębokość znieczulenia pacjenta niezależnie od zastosowanego anestetyku [14].

ŚMIERĆ MÓZGU, A POBÓR NARZĄDÓW – PODEJŚCIE PRAWNE I SPOŁECZNE

Śmierć mózgu, jako śmierć pnia mózgu została zdefiniowana w Akcie Jednolitego Ustania Śmierci (UDDA). Śmiercią mózgu określa się również stan „nieodwracalnego ustania czynności całego mózgu po stwierdzeniu trwałego bezdechu i braku reakcji na bodźce zewnętrzne”. Obecnie definicja śmierci mózgowej stała się bazą dla dziedziny transplantologii. [15,16,17]. Już w starożytności funkcjonowała koncepcja transplantacji, czyli przeszczepu żywych komórek, tkanek i narządów od najczęściej zmarłego dawcy do biorcy tego wymagającego. W dzisiejszych czasach medycyna wprowadziła możliwość poboru i przeszczepu organów jako standardowej procedury i w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat stała się jedną z najprężniej i najszybciej rozwijającej się dziedziny w medycynie. Wielkie zmiany w świecie transplantacji zwiastowało odkrycie antygenów zgodności tkankowej mające miejsce

po II Wojnie Światowej dokonane przez hematologa Jeana Dausetta. Kluczową rolę w rozwoju miało również odkrycie dokonane w 1942 roku określające reakcję immunologiczną organizmu jako przyczynę odrzucenia przeszczepu. Kolejna istotna data warta wspomnienia miała miejsce blisko 40 lat później. W 1983 roku do użytku klinicznego dopuszczono cyklosporynę zapobiegającą procesowi odrzucania tkanki, bądź narządu. Początkowo problematyka transplantacji była tematem bardzo kontrowersyjnym, jednak na dzień dzisiejszy większość osób wykazując pełne poparcie oraz zdają sobie sprawę z faktu, że dla wielu pacjentów jest to ostatnia i często jedyna możliwość ratunku. Mimo znacznej poprawy postawy ludzi, jest to wciąż problem na tle etycznym, któremu towarzyszą zróżnicowane poglądy. Jednym z pierwszych i podstawowych aktów prawnych regulujących transplantację i przeszczepy narządów było rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych (Dz.U. Nr 38), bowiem po roku 1949 do art. 40 dodany został zapis dotyczący eksplantacji tkanek ze zwłok. W skład struktur, które mogą podlegać poborowi i przeszczepieniu wliczają się między innymi krew, komórki, skóra, kości, nerwy, kończyny, zastawki serca, chrząstki, naczynia krwionośne oraz duże narządy, takie jak serce, płuca, nerki, wątroba, trzustka. Dawcą może być zarówno osoba zdrowa, zmarła śmiercią naturalną, jak i w wyniku wypadku [16,17,18].

Bardzo ważną rolę w Polsce pełni tzw. ustawa transplantacyjna z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek. Obecnie stanowi ona kluczową rolę w medycynie transplantacyjnej, regulując i organizując system transplantacyjny w kraju. Zgodnie z nią osoba po 16 roku życia ma prawo zgłoszenia sprzeciwu przeciwko poborowi organów do przeszczepu poprzez wpis do Centralnego Rejestru Sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich, bądź złożenie specjalnego pisemnego lub ustnego oświadczenia sprzeciwu. Zgodnie z wymienionym wyżej aktem prawnym dawcą organów w Polsce zostać może każda osoba zdrowa, która dobrowolnie i bezinteresownie wykaże chęć pomocy pacjentowi. Biorcą narządów może być zarówno osoba spokrewniona, jak i nie będąca bliskim krewnym. W Polsce z ramienia Ministra Zdrowia funkcjonuje tzw. „Poltransplant”, czyli Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji będące jednostką odpowiedzialną za nadzór nad programem pobierania i przeszczepiania narządów. W Unii Europejskiej uchwalonych zostało pięć dyrektyw transplantacyjnych regulujących pobieranie, bankowanie, przeszczepianie oraz określających narządy nadające się do przeprowadzenia procedury. Współcześnie wyróżniamy przeszczepy autogeniczne w obrębie jednego organizmu, izogeniczne między dwoma organizmami identycznymi genetycznie oraz allogeniczne pomiędzy dwoma osobnikami różnymi genetycznie, ale w obrębie tego samego

gatunku. Ciekawy jest także przykład przeszczepów ksenogenicznych w obrębie dwóch odrębnych gatunków, czego przykładem może być przeszczep, w których dawcą jest zwierzę [16,17].

PODSUMOWANIE

Jak widać, śpiączka to stan czasem nieprzewidywalny na tle choroby podstawowej, a niekiedy sztucznie wywołany w celu ochrony życia i zdrowia pacjenta. Przyczyn śpiączki jest wiele, chociaż mają one wspólny punkt uchwytu – wpływ na ośrodkowy układ nerwowy. Dokładny mechanizm śpiączki wciąż pozostaje nie do końca wyjaśniony, chociaż istnieją sugestie na jego temat. Pacjenci w stanie śpiączki są nieświadomi swojego stanu, nie reagują na bodźce zewnętrzne.

Wybudzenie ze śpiączki zależy od jej typu – w przypadku farmakologicznej jest ona starannie kontrolowana przez lekarzy anestezjologów, a w przypadku nefarmakologicznej czas wybudzenia jest bliżej nieokreślony. Na przestrzeni ostatnich lat, wiele kontrowersji wywoływał temat śmierci mózgu. Obecnie istnieje wiele definicji, jednak najczęściej określana jest ona jako stan „nieodwracalnego ustania czynności całego mózgu po stwierdzeniu trwałego bezdechu i braku reakcji na bodźce zewnętrzne” [17]. Całą istotę stanowi „nieodwracalność” tego procesu przez co pacjenci mogą być dawcami organów. W Polsce najważniejszym aktem prawnym regulującym temat transplantacji jest Ust. z dnia 1 lipca 2005 roku określana jako „Ustawa transplantacyjna” [17,19].

PIŚMIENNICTWO

1. Coma. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/coma> (data pobrania 11.07.2023).
2. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP20200000073>, (data pobrania 11.07.2023).
3. Popławska A. Stwierdzenie śmierci mózgowej i możliwości pobrania narządów i tkanek od zmarłego w świetle polskiego prawa, Neurologia po Dyplomie, <https://podyplomie.pl/neurologia/38459,stwierdzenie-smierci-mozgowej-i-mozliwosci-pobrania-narzadow-i-kanek-od-zmarlego-w-swietle?page=3>, (data pobrania 11.07.2023).
4. Śpiączka. <http://www.mp.pl/social/chapter/B16.III.23.2.2>. (data pobrania 11.07.2023).

5. Jain S, Iverson LM. Glasgow Coma Scale. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2022. <http://europepmc.org/abstract/MED/30020670>, (data pobrania 11.07. 2023).
6. Jalali R, Rezaei M. A Comparison of the Glasgow Coma Scale Score with Full Outline of Unresponsiveness Scale to Predict Patients' Traumatic Brain Injury Outcomes in Intensive Care Units. *Critical Care Research and Practice*, 2014, 2014, e289803.
7. Wijidicks EFM, Kramer AA, Rohs TJ, et al. Comparison of the Full Outline of UnResponsiveness Score and the Glasgow Coma Scale in Predicting Mortality in Critically Ill Patients*. *Critical Care Medicine*, 2015, 43(2), 439.
8. Sepahvand E, Jalali R, Mirzaei M, et al. Glasgow Coma Scale Versus Full Outline of UnResponsiveness Scale for Prediction of Outcomes in Patients with Traumatic Brain Injury in the Intensive Care Unit. *Turkish Neurosurgery*. 2016, 26(5), 720-724.
9. Fischer M, Rüegg S, Czaplinski A, et al. Inter-rater reliability of the Full Outline of UnResponsiveness score and the Glasgow Coma Scale in critically ill patients: a prospective observational study. *Critical Care*. 2010, 14(2), R64.
10. Kochs E, Hoffman WE, Werner C, et al. The effects of propofol on brain electrical activity, neurologic outcome, and neuronal damage following incomplete ischemia in rats. *Anesthesiology*. 1992, 76(2), 245-252.
11. Shin HJ, Yang GY, Kim YZ. Clinical Advantage of Propofol Compared with Barbiturate for the Coma Therapy in the Patients with Severe Traumatic Brain Injury. *Journal of Neurointensive Care*, 2018, 1(1), 32-39.
12. Wylie T, Sandhu DS, Murr N. Status Epilepticus [In:] StatPearls. StatPearls Publishing; 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430686/>, (data pobrania 11.07. 2023).
13. An J, Jonnalagadda D, Junior VM, et al. Variability in pharmacologically-induced coma for treatment of refractory status epilepticus. *PLOS ONE*. 2018, 13(10), e0205789.
14. Puri GD, Mathew PJ, Biswas I, et al. A multicenter evaluation of a closed-loop anesthesia delivery system: a randomized controlled trial. *Anesthesia & Analgesia*, 2016, 122(1), 106-114.
15. Sobczak K, Janaszczyk A. Kontrowersje wokół neurologicznego kryterium śmierci mózgu. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2012, 6(4), 182–190.
16. Chudzińska M, Grzanka-Tykwińska A. Dylematy prawne śmierci mózgowej [w:] Etyczne, Medyczne i Prawne Dylematy Wokół Śmierci Mózgu. Komisja Bioetyczna BIL, CM UMK, Bydgoszcz, 2017:63-77.
17. Ziemia K, Gasik R, Wanot B. Transplantacje narządów jako ważny problem społeczny i etyczny. *Problemy Zdrowia Publicznego*. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Humanistycz-

no-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie, Częstochowa, 2020.

18. Kobyliński P., Drab P. Prawne regulacje pobierania i transplantacji narządów oraz tkanek w ujęciu europejskiej konwencji bioetycznej. *Przegląd Europejski*, 2016, 39(1), 52-65.
19. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu_2005169_1411 (data pobrania 11.07. 2023).



Rola duchowości w opiece pielęgniarskiej

Mariola Bartusek¹, Barbara Kurzyńska-Skóra²

1. Zakład Pielęgniarstwa i Społecznych Problemów Medycznych, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląski, Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Studentka/magistrantka Kierunku Pielęgniarstwo Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

WSTĘP

Opieka nad pacjentem przebywającym w podmiocie działalności leczniczej, gdzie opieka sprawowana jest całodobowo, ma bardzo szeroki wymiar. Obejmuje realizację między innymi świadczeń diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych, podejmowanych przez wielospecjalistyczny zespół pracowników medycznych.

Pielęgniarki/pielęgniarze w tej opiece stanowią najliczniejszą grupę zawodową, co wynika min. ze sprawowanej, ciągłej opieki nad pacjentem. Zakres świadczeń wykonywanych jest kompatybilny z kompetencjami pielęgniarek i w efekcie przekłada się na możliwość wykonywania określonych zadań. Te natomiast wynikają z ustalonego dla każdego pacjenta indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej, którego zasadniczym celem jest zaspokojenie potrzeb zdrowotnych jakie zostały rozpoznane w procesie chorobowym u danego pacjenta.

Przepisy prawne w sposób dokładny precyzują prawa pacjenta w zakresie realizacji jego potrzeb, w tym też potrzeb duchowych.

W obliczu istniejących zapisów pacjent ma zatem prawo oczekiwać, iż potrzeby sfery duchowej zostaną podczas realizacji świadczeń opieki pielęgniarskiej zaspokojone, bądź przy braku możliwości personelu pielęgniarskiego, znajdzie on kierunek poszukiwania rozwiązań. Natomiast Kodeks Etyki Zawodowej pielęgniarek jasno określa zakres powinności pielęgniarskiej w tym zakresie.

Biorąc pod uwagę, iż wchodzimy tu w szczególną sferę potrzeb pacjenta, zasady etyki jak najbardziej stają się kluczowym elementem pielęgniarskiej aktywności zawodowej.

Celem niniejszej publikacji jest próba zwrócenia uwagi na potrzeby pacjenta w zakresie sfery duchowej, jak i możliwości ich zaspokajania przez aktywne zawodowo pielęgniarki.

Drogą do jego osiągnięcia będzie uzyskanie odpowiedzi na pytania: czy duchowość, rozumiana jako zakres bardzo delikatnej sfery potrzeb pacjenta wpływających na relacje między pacjentem a personelem, ma znaczenie w opiece pielęgniarskiej? Czego może oczekiwać pacjent od personelu pielęgniarskiego? I w końcu, jakie są zawodowe możliwości pielęgniarek w tym zakresie?

W czasie przygotowania poniższej pracy oraz podjęcia refleksji nad tematem zwrócono uwagę na zróżnicowane ujęcie pojęcia duchowości w literaturze tematu.

Analiza wybranych zapisów Praw Pacjenta oraz Kodeksu Etyki zawodowej pielęgniarek odnoszących się do relacji jakie zachodzą pomiędzy pielęgniarką a pacjentem, zaspokojenie potrzeb duchowych pacjenta. Kodeks Etyki Zawodowej, mimo iż nie stanowi źródła prawa, jako załącznik do Uchwały Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, najwyższego organu samorządu zawodowej, stanowi platformę do zrozumienia duchowości pacjenta oraz podejmowanych decyzji związanych z opieką pielęgniarską.

DUCHOWOŚĆ JAKO INTERDYSCYPLINARNA PLATFORMA POTRZEB CHOREGO

Literatura w ostatnim czasie dość często porusza tematykę duchowości, nie definiując jej jednak jednoznacznie. Na uwagę zwraca różnorodność podejścia do tematyki. Szeroki zakres pojęciowy zdefiniowany przez pracowników medycznych rozciąga obraz pojęciowy: od rozumienia duchowości jako jednego z wielu elementów życia ludzkiego, przez relacje chorego z otaczającym światem, do nieokreślonych rozmiarów roli jaką odgrywa w utrzymaniu dobrostanu zdrowotnego i radzenia sobie w sytuacjach trudnych w czasie choroby [1]. Tym samym biorąc pod uwagę potrzeby pacjenta warto zwrócić uwagę, że żadne z nich nie będzie stanowiło platformy do rozważań o powinności pielęgniarskiej wobec duchowości pacjenta. Musi ona bowiem stanowić zakres potrzeb, jakie rozpoznać może w toku sprawowanej opieki, pielęgniarka. Oczywiście będzie ona świadoma składowej życia ludzkiego pacjenta czy jego relacji z otaczającym go światem, ale szczegóły tego istnienia musi określić w tej sytuacji sam pacjent. Literatura wiąże również pojęcie duchowości z religijnością, gdzie duchowość rozumiana jest jak myśli, uczucia oraz zachowania religijne, które są ważne dla pacjenta ze względu na tradycję, wyznanie czy aspekt kulturowy [2]. Taki aspekt rozumienia duchowości jest już bliski prawom pacjenta.

Mocą Ustawy o prawach pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta ma on bowiem zagwarantowane prawo do opieki i zaspokojenia potrzeb w zakresie duchowym: „pacjent

przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do opieki duszpasterskiej” [8]. Dopiero kolejny artykuł Ustawy zwraca uwagę, na obowiązek personelu w zakresie umożliwienia choremu kontaktu z osobą duchowną jego wyznania w przypadku pogorszenia stanu zdrowia lub zagrożenia życia [8]. Ujmuje to bardzo wąski zakres potrzeb duchowym rozumianych właśnie w kontekście religijnym. Warto jednak też zwrócić uwagę, iż personel medyczny jest tu tylko niejako odbiorcą zadania nałożonego przez pacjenta w ramach przysługujących mu praw. Oznacza to, że nie ma uprawnienie do jakiegokolwiek interwencji bez przyjęcia założenia, że zadanie to wynika z woli pacjenta lub jego opiekuna prawnego, na jego wyraźną prośbę czy żądanie. Jest to bardzo ważna kwestia zarówno dla pacjenta, jak i sprawującego nad nim opiekę personelu.

Istnieje także pogląd, iż duchowość odgrywa bardzo dużą rolę podczas zaspokajania potrzeby bezpieczeństwa, potrzeb emocjonalnych, poznawczych czy wartościujących życiowe cele człowieka [3]. Należałoby zatem ująć tu też potrzeby duchowe pacjenta jako wyciąg z katalogu potrzeb człowieka chorego, wśród których znaczące miejsce przypada właśnie potrzebom natury duchowej. Mowa wówczas o takim rozumieniu pojęcia, w którym duchowość rozpoznawana będzie jako interakcja zachodząca pomiędzy pielęgniarką a pacjentem podczas sprawowanej opieki pielęgniarskiej i wykonywaniu świadczeń medycznych. Literatura ujmuje owo zagadnienie jako interakcję celową, proces zachodzący pomiędzy pielęgniarką a pacjentem w czasie wzajemnego poznawania i realizacji świadczeń pielęgniarskich oraz poszanowanie wzajemnych wartości i doświadczeń [1]. Takie spojrzenie na duchowość łączy się bardzo wyraźnie z procesem poznania pacjenta i pozwala na wyzwolenie w nim często nieznanego mu dotąd potencjału zdrowotnego.

Podczas wykonywania świadczeń medycznych pielęgniarka wykorzystuje posiadaną wiedzę oraz zdobyte doświadczenie. Pozwala to na rozpoznanie wszystkich potrzeb pacjenta oraz przygotowanie dla niego procesu pielęgnowania z wyznaczoną ścieżką postępowania pielęgniarskiego. Korzystne w tej sytuacji jest również podnoszenie kwalifikacji w toku całej aktywności zawodowej pielęgniarki, co gwarantuje wysoką jakość świadczonych na rzecz pacjenta usług oraz postępowanie zgodne z aktualną wiedzą. Wszystko to w łączności z obowiązkiem przestrzegania i respektowania przepisów prawa oraz zapisów Kodeksu Etyki Zawodowej jest również wyrazem poszanowania godności pacjenta. Zmierza bowiem nie tylko do wykonania świadczeń adekwatnych do potrzeb chorego na najwyższym poziomie jakości, ale przyczynia się do nawiązania relacji stanowiącej podstawę zaufania pacjenta do personelu warunkującego dobrą współpracę na rzecz jego zdrowia czy powrotu do zdrowia.

Okazuje się również, iż wiąże się to nierozdzielnie z poszanowaniem godności człowieka, będące również elementem powinności zawodowej pielęgniarki i jednym z praw pacjenta. Zgodnie z art. 20 -21 Ustawy o prawach pacjenta, prawem chorego jest również poszanowanie jego intymności, zwłaszcza w trakcie wykonywania świadczeń, prawo do poszanowania godności rozumianej także jako prawo do zachowania godności oraz spokoju w czasie umierania, prawo do leczenia bólu w zależności od jego natężenia oraz prawo do obecności przy chorym osoby bliskiej [8]. Wobec tak przyjętych praw pacjenta, kolejne zapisy regulują obowiązki medyków w tym zakresie. Wśród nich z założenia przyjęcie obowiązku poszanowania intymności i godności pacjenta, ograniczenia kontaktu chorego z innymi pracownikami i to za jego wyłączną zgodą. Szczegóły realizacji przedkładane są pracownikom medycznym w przepisach prawnych dotyczących wykonywania zawodu oraz zasadach etyki zawodowej. Orzecznictwo Sądu Najwyższego wskazuje na fakt, iż prawo do intymności oraz poszanowania godności człowieka jest składowym elementem jego prywatnej sfery życia. To natomiast nadaje innego znaczenia temu prawu, wskazując na jednoczesny obowiązek traktowania pacjenta z należytym szacunkiem, zapewniając mu warunki do rozmowy oraz otwarcia się na badanie i rozmowę. Ponadto pacjentowi należy się wyrozumiałość, zwłaszcza w tak trudnej sytuacji, w jakiej się znalazł z jednoczesnym daniem mu poczucia, że jest teraz najważniejszy[4].

Biorąc zatem pod uwagę, iż potrzeby duchowe stanowią bardzo ważny dla pacjenta zakres potrzeb do zaspokojenia w obliczu podjętej dysertacji uznać należy jej ogromne znaczenie w opiece jaka jest sprawowana nad chorym. Waga tych potrzeb jest ujęta na poziomie przepisów prawa w zakresie regulującym prawa pacjenta, co stanowi o jej wysokiej randze. Zakres jej natomiast nie został doprecyzowany ani ograniczony, co może świadczyć o jej wyjątkowym charakterze i indywidualnym podejściu w opiece nad pacjentem.

DUCHOWOŚĆ W OPIECE PIEŁĘGNIARSKIEJ A ZAPISY KODEKSU ETYKI ZAWODOWEJ PIEŁĘGNIAREK

Od lat obserwuje się proces starzenia się społeczeństwa. Ma to wyraźne przełożenie na zapotrzebowanie społeczne w zakresie świadczenia opieki pielęgniarskiej. Jednocześnie zwraca się uwagę na fakt, iż nawet u osób pracujących coraz częściej dochodzi do pogorszenia stanu zdrowia i tym samym do obniżenia dotychczasowej aktywności. Zwiększa się pole niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych ludzi, co rozszerza stopniowo zakres świadczonych przez pielęgniarki usług [5].

Holistyczna opieka pielęgniarska sprawowana nad pacjentem obejmuje szeroki zakres jego potrzeb. Pozwala na całościowe objęcie chorego opieką, przy wykorzystaniu indywidualnego planu opieki przygotowanego przez pielęgniarkę dla pacjenta. Wiąże się z tym nierozdzielnie szeroki zakres obowiązków i odpowiedzialności za wykonane zadania. Pielęgniarka pełni również ważne funkcje w opiece nad pacjentem, obejmujące min. promowanie zdrowia, zakres funkcji opiekuńczych, leczniczych, rehabilitacyjnych czy psychospołecznych. To z nich między innymi wynikają nałożone na personel obowiązki oraz uprawnienia. Najogólniej ujmując można tu też wskazać drogę odpowiedzialności zawodowej za całokształt wyników sprawowanej nad pacjentem opieki [6].

Wykonywanie zawodu pielęgniarki wymaga spełnienia wielu warunków dotyczących min. kształcenia na poziomie wyższym, otrzymania tytułu licencjata i uzyskania prawa wykonywania zawodu [9]. Jednocześnie pielęgniarka zobligowana jest do podnoszenia swoich kwalifikacji przez całe swoje aktywne zawodowo życie. Rozszerza tym samym zakres swoich kompetencji i umiejętności zawodowych [7]. To sprawia, iż daje gwarancję rzetelności, wysokiej jakości świadczeń oraz profesjonalizmu zawodowego. Jednocześnie pielęgniarka ma obowiązek przestrzegać zasad etyki zawodowej, co dodatkowo wzmacnia zaufanie pacjenta do pielęgniarki.

Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej ustanowiony zostaje mocą Uchwały Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, najwyższego organu samorządu zawodowego[10]. Już od początkowych zapisów Kodeksu Etyki w PRZYRZECZENIU, pielęgniarka/pielęgniarka składają obietnice sprawowania profesjonalnej i troskliwej opieki nad pacjentem, niesienia mu pomocy, zapobiegania chorobom, pielęgowania i udziału w procesie terapeutycznym. Samym natomiast pacjentom deklarują okazywanie szacunku i empatii, nienadużywania zaufania i przestrzegania tajemnicy zawodowej. Możemy zatem powiedzieć, iż już w pierwszych słowach tak ważnego dokumentu, jakim jest Kodeks Etyki Zawodowej [...] mieści się właściwie wszystko, czego oczekuje pacjent od personelu pielęgniarskiego i co personel ten choremu może ofiarować. CZĘŚĆ OGÓLNA i CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA stanowią niejako rozwinięcie tematyczne, uszczegółowienie zapisów i wskazanie, gdzie kończy się powinność, a rozpoczyna obowiązek[10].

Dla rozwinięcia tematu duchowości w czasie trwania opieki pielęgniarskiej warto zwrócić uwagę na kilka zasad etyki zawodowej. W CZĘŚCI OGÓLNEJ, art.1 pkt. stanowi, iż „zasady etyki zawodowej pielęgniarki i położnej wynikają z uznania przyrodzonej, niezbywalnej i nienaruszalnej godności człowieka, jego podmiotowości i autonomii oraz prawa

do pełnego rozwoju fizycznego, psychicznego, społecznego, kulturowego i duchowego”[10]. To nic innego jak przyznanie, iż respektowanie zasad etyki zawodowej, które dla personelu pielęgniarskiego jest obowiązkowe, wynika z tak głębokich zasad obrony praw człowieka, że nie ma nad nimi ważniejszych. Z drugiej strony akceptacja tych zapisów zobowiązuje do takiego postępowania personelu pielęgniarskiego, by godność człowieka była jak najbardziej szanowana. Zatem ten aspekt, na który zwracają uwagę prawa pacjenta, a jednocześnie przestrzegania których oczekuje pacjent, w opiece pielęgniarskiej są mu gwarantowane. Nie może bowiem wykonywać zawodu pielęgniarka, która nie chciałaby przestrzegać zasad etyki zawodowej.

Ważne kwestie porusza art.2, który w dwóch zapisach zwraca uwagę na wykonywanie zawodu pielęgniarki. Pkt1, art.2 mówi bowiem, iż „kodeks służy należytemu wykonywaniu zawodu pielęgniarki i zawodu położnej, wyrażając ich wartości i zasady etyczne, które znajdują uznanie społeczne, wzbudzają zaufanie do pielęgniarki i położnej, potwierdzając ich przywiązanie do ideałów profesjonalizmu i dbałość o godność zawodu” [10]. Potwierdza zatem, iż każda pielęgniarka przyjmując i przekazując poznane wartości i zasady etyczne wzbudza tym samym zaufanie pacjenta. Zaufanie to jest później potrzebne do nawiązania relacji, komunikacji i współpracy pacjenta z personelem oraz do realizacji procesu pielęgnowania. Sama natomiast pielęgniarka, przez kolejny zapis art.2, w pkt.3 oświadcza, że „wykonuje zawód z należytą starannością, z poszanowaniem praw pacjenta, postępując zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i obowiązującymi standardami zawodowymi, w celu ochrony zdrowia i życia pacjenta oraz zminimalizowania zdarzeń niepożądanych” [10]. Daje tym samym pacjentowi wyraz swojego otwarcia na współpracę oraz poszanowania jego praw jako pacjenta celem ochrony jego zdrowia i życia. Niezwykle ważny wydaje się być również art. 5 stanowiący, że: „czynności zawodowe pielęgniarki, położnej nie mogą służyć aktom bezprawnym ani też powodować szkód dla zdrowia i życia ludzkiego” [10]. To świadome i wyraźne zobowiązanie wobec pacjenta, że w sytuacji, kiedy znajdzie się pod opieką pielęgniarki, jego zdrowie i życie będzie najważniejsze i nikt nie dopuści się jakiegokolwiek działania niezgodnego z prawem, które miałyby pacjentowi przynieść szkodę.

CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA to szeroki wachlarz zadań podejmowanych na rzecz ochrony życia pacjenta i jego godności deklarowany zobowiązaniem do udzielania pierwszej pomocy, zapewnienia bezpieczeństwa i przejawiający się życzliwością, empatią, cierpliwością oraz wyrozumiałością wobec pacjenta. Tu też właśnie pkt.6 art.8 nakazuje pielęgniarce umożliwienie pacjentowi kontaktu z duchownym wraz ze stworzeniem im na miarę jej możliwości, odpowiednich do spotkania warunków. Niejako potwierdzeniem, można by rzec

nawet zapewnieniem wykonania owego zadania jest zapis art.21, a mianowicie: „Pielęgniarka i położna powinny dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić pacjentowi humanitarną opiekę terminalną oraz godne warunki umierania, z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości” [10]. Składanie zobowiązania przyjęcia i respektowania zasad Kodeksu Etyki jest tożsame z przyjęciem przez pielęgniarkę obowiązujących, a zapisanych w nim zasad. Zatem pacjent, świadomy swoich praw, może czuć się bezpieczny i pewien zapewnienia mu dogodnych warunków zgodnych z wyznawanymi wartościami, a tym samym sferą duchową życia pacjenta.

Kodeks Etyki jest tu zatem nie tylko wyraźną wytyczną etycznych powinności, ale swego rodzaju drogowskazem dla realizacji i zaspokajania potrzeb chorego, w tym także potrzeb duchowych. Możemy też śmiało powiedzieć, że sama duchowość jest niejako łącznikiem pomiędzy pacjentem a pielęgniarką, który musi zaistnieć podczas realizacji jakiegokolwiek świadczenia u chorego. Znaczenie zatem duchowości jest tu bardzo duże i nie ogranicza się absolutnie do rozumienia jej jako jednej z wielu potrzeb chorego.

Biorąc pod uwagę jej ogromne znaczenie warto też zwrócić uwagę, iż nie jest ona pozostawiona sama sobie. Oznacza to, że bez względu na to o jakim zakresie świadczeń opieki pielęgniarskiej będziemy mówić, duchowość jest spoiwem dla relacji, jaka zachodzi pomiędzy pacjentem a pielęgniarką. Oczywiście ze strony pacjenta będzie ona miała najczęściej charakter potrzeby zaspokojonej lub nie, natomiast w kontekście pracy pielęgniarki będzie wytyczną do budowania relacji między sobą a chorym. I już tu nie będzie to tylko kwestia praw pacjenta czy powinności pielęgniarskiej, ale wzajemnie zachodzących relacji i komunikacji. Taka postawa bowiem będzie sprzyjała otwartości na współpracę ze strony pacjenta oraz wzmacniała pielęgniarkę do budowania więzi z pacjentem i nieustannego podtrzymywania pozytywnych relacji. A przez to, że pielęgniarka w całej swojej aktywności respektuje zapisy Kodeksu Etyki, potrzeby pacjenta w zakresie duchowości będą zaspokojone, a efekt terapeutyczny wynikający z planowania opieki i realizacji świadczeń, zostanie osiągnięty.

PODSUMOWANIE

Duchowość nie przez wszystkie naukowe gremia interpretowana jest jednakowo. Pozwala to na odniesienie się do duchowości w ujęciu zdrowotnym, jako zaspokojonej lub niezaspokojonej potrzeby chorego. Dla pacjenta stanowi ona także jedno z przysługujących mu praw podczas sprawowanej opieki, dla personelu medycznego, jest wyrazem zrozumienia chorego i jego potrzeb. Profesjonalne działanie, oparte na przepisach prawnych oraz zasadach

Kodeksu Etyki Zawodowej, zmierza zaspokojenia wszystkich potrzeb zdrowotnych pacjenta. Stanowi o pielęgniarskiej trosce.

Przeprowadzona na potrzeby pracy analiza pojęć i próba wyboru spośród znanych interpretacji pojęcia duchowości pokazał brak jednoznacznej definicji. Jej znamiona i granice najczęściej opierają się o wartości religijne. Aspekt ten w opiece nad chorymi jest uwzględniany w prawach pacjenta.

Zaprezentowane zapisy Kodeksu Etyki zawodowej pielęgniarek, nie tak dawno wprowadzone, mogą jeszcze pociągać za sobą pytania. Nie mniej zwrócono wyraźną uwagę, iż odnosząc się do relacji jakie zachodzą pomiędzy pielęgniarką a pacjentem, efektem których nastąpić może wsparcie duchowe pacjenta. A sama duchowość stanowi jedną z potrzeb pacjenta, której zaspokojenie warunkuje powrót chorego do zdrowia. I to wszystko w etyce troski o chorego, uznawania jego praw za nadrzędne, przy jednoczesnym nieokreślonym zaangażowaniu własnym.

I choć to nie było istotą aktualnego dyskursu warto pamiętać o tym, że wszelkie potrzeby człowieka, analizowane w kontekście tak wielkiej zmiany, jak pobyt w szpitalu, warunkowany jest jeszcze wieloma innymi czynnikami. To nie tylko sam pobyt, to także przyczyna leczenia, aktualny stan chorobowy i etap postępowania chorobowego oraz oczekiwane rezultaty. Zupełnie inne będą bowiem potrzeby chorego, którego pobyt będzie planowany i krótki, a nieplanowany, nagły ze złym rokowaniem.

Tylko wspólnymi siłami, wyrażającymi się odpowiedzialnością zawodową, ale i kompilacją osobowości, empatii i zrozumienia, jesteśmy w stanie zaspokoić chociażby część potrzeb duchowych pacjenta. Przy akceptacji lub na życzenie pacjenta szukajmy też innych rozwiązań, na miarę konkretnego chorego. Niczym bowiem będzie jakakolwiek naukowa dywagacja, jeśli u jej podstaw nie będzie człowieka.

PIŚMIENNICTWO

1. Zurzycka P., Czyżowicz K., Radzik T. Opieka duchowa powinnością w praktyce pielęgniarskiej – zarys problematyki. *Problemy pielęgniarstwa*, 2017, 25(3), 210-214.
2. Wojtarkowska E.: Poziom duchowości i religijności u katolików zaangażowanych i niezaangażowanych w służbę liturgiczną. *Colloquia Theologica Ottoniana*, 2019, 1, 201-221.
3. Krok D. Relacje duchowości i szczęścia w perspektywie mediacyjnej funkcji poczucia sensu życia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2016, 21(2), 238-254.

4. Karpińska A., Kopański Z., Strychar J., Małek Ł. Prawa pacjenta – wybrane zagadnienia. *Journal of Clinical Healthcare*, 2016, 3, 20-25.
5. Bartusek M. Wybrane społeczno-ekonomiczne przesłanki rozwoju pielęgniarstwa XXI wieku [w:] *Współczesne uwarunkowania i dylematy polityki gospodarczej*, Kaleta M., Laska M., Żuchowska D. [red.]. Wyd. AKSiM w Toruniu, Toruń 2021: 394.
6. Ksykiewicz D.A. Zasady organizowania pielęgniarskich stanowisk pracy [w:] *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studentów studiów licencjackich Wydziałów Pielęgniarstwa oraz Wydziałów Nauk o Zdrowiu* [red] Ksykiewicz-Dorota A., Wyd. Czelej, Lublin, 2004 : 94-95.
7. Bartusek M. Sukces życiowy pielęgniarki a zapisy Kodeksu Etyki Zawodowej [w:] Łączek T. [red.] *Sukces życiowy w warunkach dystansu społecznego*. Wyd. Diffin, Warszawa 2021: 193-194.
8. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 z pozn.zm. Rozdz.10 Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej, art.36 Zakres przedmiotowy prawa do opieki duszpasterskiej, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20090520417> (data pobrania: 29.06.2023)
9. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. 2011 Nr 174 poz. 1039, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20111741039/U/D20111039Lj.pdf> (data pobrania: 29.06.2011).
10. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, Uchwała Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 17 maj 2023. <https://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazd-pielegniarek-i-polozonych/kodeks-etyki-zawodowe-j-pielegniarki-i-polozonej-rzeczypospolitej-polskiej/> (data pobrania: 29.06.2023).

STEREOTYPIZACJA WIEKU PODESZŁEGO



Problem podwójnej stereotypizacji pacjentów w wieku podeszłym cierpiących z powodu nadmiernej masy ciała

Dominika Strzała, Adrianna Czyżnikiewicz, Patryk Budziak

Interdyscyplinarne Koło Naukowe Geriatrii działające przy Katedrze i Klinice Geriatrii Szpitala Uniwersyteckiego im. dr A. Jurasza Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy

WSTĘP

Liczba osób starszych w naszym społeczeństwie stale się zwiększa, według WHO liczba osób powyżej 60 roku życia wyniosła w 2019 roku miliard. Prognozy na przyszłe lata zakładają dynamiczny wzrost do 1,4 miliarda do 2030 roku i 2,1 miliarda do 2050 roku. Pikująca liczebność społeczności osób starszych jest wielkim sukcesem sektora medycznego, lecz jednocześnie stanowi dla niego olbrzymie wyzwanie. W najbliższych dekadach społeczeństwo będzie musiało zaadaptować się do świata, w którym tak liczną grupę będą stanowić osoby starsze. Należy zadbać o ich przyszłą opiekę tak, by jak najdłużej zapewnić im radość i godność życia. Długoterminowym celem wspomnianej opieki jest sprawienie, by seniorzy jak najdłużej mogli być istotną częścią naszego społeczeństwa [1].

Wspomniana opieka powinna zakładać przede wszystkim utrzymanie zdrowia seniorów w jak najlepszej formie, tak by zachować ich samodzielność w życiu codziennym, na jak najwyższym poziomie możliwie długo. Dbanie o wysoką sprawność seniorów umożliwi ich aktywizację w ramach zaangażowania w życie rodziny i wspólnoty lokalnej.

Biorąc pod uwagę zmieniającą się średnią wieku populacji, należy zwrócić uwagę na zjawisko ageizmu. Coraz częściej pojawiające się uprzedzenia ze względu na wiek mogą być krzywdzące dla seniorów oraz skutkować pogorszeniem się ich stanu zdrowia, jakości życia, a w rezultacie doprowadzić nawet do szybszego zgonu [2].

Poza zwiększającą się liczbą osób starszych, równie szybko rośnie liczba osób zmagających się z otyłością. Według klasyfikacji otyłości opartej na BMI tylko w roku 2017 ponad 4 miliony zgonów wystąpiło w związku z powikłaniami wynikającymi z nadmiernej masy ciała.

Problem podwójnej stereotypizacji pacjentów w wieku podeszłym cierpiących z powodu nadmiernej masy ciała

Stanowi to problem na skalę światową, o czym świadczą szacunki Światowej Organizacji Zdrowia, według której w ogólnej populacji osoby otyłe stanowią liczniejszą grupę niż osoby zmagające się z niedowagą [3].

W rezultacie coraz większe grono pacjentów stanowić mogą osoby starsze, zmagające się z problemem nadmiernej masy ciała, a co za tym idzie, mogą być one narażone na stygmatyzację wynikającą zarówno z ich podeszłego wieku, jak i otyłości. Znając ogromną skalę problemu oraz jego dramatyczne skutki, należy skupić się na poszukiwaniu jego genezy oraz efektywnych rozwiązań, które pozwoliłyby na polepszenie jakości usług oferowanych seniorom przez system ochrony zdrowia oraz mogłyby wpłynąć pozytywnie na jakość ich życia.

METODY I CEL

Niniejsza praca została przygotowana w celu zwrócenia uwagi na problem, jakim jest stygmatyzacja osób starszych oraz pacjentów zmagających się z chorobą otyłościową. Szczególnie skupiono się na występowaniu tego zjawiska w sektorze ochrony zdrowia, a także przedstawiono możliwości rozwiązań.

Dokonano przeglądu artykułów naukowych z lat 2018 - 2022 wyszukując wyrażania: “stygmatyzacja osób starszych”, “stygmatyzacja osób otyłych”, “ageizm” oraz pokrewnych, korzystając z baz danych: PubMed oraz Google Scholar.

PROCES STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA

Od wielu lat w krajach rozwiniętych, w tym w Polsce, obserwujemy wzrost udziału osób starszych w całym społeczeństwie. Przewiduje się, że w 2030 roku w naszym kraju mieszkać będzie 10,8 mln osób w wieku powyżej 60 lat, a do 2050 ta liczba będzie wynosić już 13,7 mln. Będzie to stanowiło ok. 40% całej ludności Polski [4].

Jedną z przyczyn starzejącego się społeczeństwa niewątpliwie jest szybki rozwój medycyny i poprawa poziomu opieki oferowanej pacjentom. Należy jednak pamiętać, że wraz z pojawieniem się w naszym otoczeniu większej liczby seniorów należy zwracać szczególną uwagę na problemy, z jakimi mogą się oni borykać.

Ważnym zjawiskiem, które w ostatnich latach zaczęto dokładnie badać i analizować, jest ageizm. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia jest to zbiór stereotypów

Problem podwójnej stereotypizacji pacjentów w wieku podeszłym cierpiących z powodu nadmiernej masy ciała

i uprzedzeń odnoszących się do osób starszych. Zachowania uwarunkowane ageizmem mają realne negatywne przełożenie na jakość życia seniorów, ich zdrowie oraz samopoczucie, a co za tym idzie, stanowią duże wyzwanie, także dla systemu ochrony zdrowia, którego osoby w podeszłym wieku są jednymi z głównych beneficjentów. Statystycznie przynajmniej jedna na dwie osoby wykazuje postawy charakterystyczne dla ageizmu, przy czym odsetek ten jest większy w krajach uboższych. Polska i inne kraje Europy Centralnej i Zachodniej określane są w raportach jako regiony o niskim współczynniku dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek [5].

Innym ważnym aspektem mogącym wpływać na jakość życia seniorów i dotyczące ich uprzedzenia jest otyłość. Jest to poważny problem w skali całego społeczeństwa, jednak może okazać się szczególnie dotkliwy dla pacjentów starszych. Według danych statystycznych w Stanach Zjednoczonych otyłość (klasyfikowana na podstawie $BMI > 30 \text{ kg/m}^2$) dotyka 37,1% mężczyzn i 33,6% kobiet w wieku powyżej 60 lat, a nadwaga aż 78,4% mężczyzn i 68,6% kobiet w tej populacji [6].

Na przestrzeni lat zjawisko wzrostu ilości osób otyłych w populacji seniorów w Stanach Zjednoczonych można zaobserwować na podstawie danych pochodzących z tamtejszych domów opieki. W 2000 roku, wśród podopiecznych takich ośrodków, 14,7% cierpiało z powodu umiarkowanej lub ciężkiej otyłości, natomiast w 2010 odsetek ten wzrósł do 23,9% [7]. W badaniu przeprowadzonym w latach 2018-2021 w Polsce przebadano grupę ponad 200 osób w wieku powyżej 60 lat. Niemal połowa uczestników charakteryzowała się nieprawidłowym składem ciała, przy czym izolowaną otyłość stwierdzono u 32,7% badanych [8]. W innym badaniu prowadzonym na obszarze całej Polski w latach 2019-2020 otyłość lub nadwagę, u osób w wieku 65 lat i więcej, stwierdzono u 75,6% mężczyzn i 61,8% kobiet [9].

Statystyki udowadniają, jak duża jest skala problemu stygmatyzacji osób starszych ze względu na wiek, a także jak duży odsetek z nich cierpi z powodu nadwagi lub otyłości, które również mogą wpływać na niezrozumienie ze strony społeczeństwa. Nałożenie się tych dwóch czynników – podeszłego wieku oraz problemów z utrzymaniem prawidłowej wagi, może mieć bardzo poważne, negatywne skutki dla seniorów.

NAJCZĘSTSZE STEREOTYPY ZWIĄZANE Z WIEKIEM

Wyobrażenia dotyczące osób starszych, głęboko zakorzenione w społeczeństwie, kształtują się już od najmłodszych lat. Stereotypy są przekazywane i wzmacniane przez

Problem podwójnej stereotypizacji pacjentów w wieku podeszłym cierpiących z powodu nadmiernej masy ciała

różnorodne media, powodują ujednolicenie całej grupy wiekowej, przejawiając przypisywane im cechy, zarówno te pozytywne, jak i negatywne. Przeważające w opinii publicznej stereotypy przedstawiają starsze osoby jako samotne, słabe, schorowane, niedołężne, mające problemy poznawcze. Wskazują na powolną utratę samodzielności, która prowadzi do wycofania się z życia zawodowego, towarzyskiego. Osoba starsza w oczach innych ludzi staje się ciężarem i problemem dla najbliższych, jak i całego społeczeństwa [10].

Dyskryminacja ze względu na wiek może przyjmować różne formy. Ageizm dzielimy ze względu na dwa różne podejścia do osób starszych - antagonistyczne i życzliwe. Celem podejścia antagonistycznego jest degradacja wartości seniora, usunięcie go z przestrzeni publicznej. W czasie pandemii można było zaobserwować, jak przedstawiciele takiego poglądu uznawali osoby starsze za zbędne, a ich zdrowie za mniej wartościowe, w porównaniu do młodych ludzi. Drugą formą ageizmu jest podejście życzliwe, które opiera się na potrzebie ochrony seniora. Jest on postrzegany jako niedołężny, ale zarazem jako przyjacielski i serdeczny [11]. Obie formy ageizmu mają negatywne konsekwencje. Dla pierwszej z nich jest to doprowadzenie seniora do utraty motywacji i chęci powrotu do społeczeństwa, życia towarzyskiego, czy zdrowia. Druga wzbudza w osobie starszej poczucie braku własnej wartości, utrwała w niej stereotypy.

Osoby w wieku geriatrycznym poza stygmatyzacją związaną ze swoją metryką mogą również doświadczyć piętnowania z powodu chorób, na które cierpią. W badaniu przeprowadzonym przez Hou M. i in. wykazano, że pacjenci z chorobą Parkinsona doświadczali stygmatyzacji w stopniu od łagodnego do umiarkowanego, przy czym ryzyko wzrastało wraz z długością trwania choroby, występowaniem podtypu z dominującym drżeniem, młodszy wiek, nasilonymi ograniczeniami motorycznymi oraz współwystępowaniem depresji [12].

Uprzedzenie do seniorów jest widoczne w wielu aspektach - od zatrudnienia, poprzez media, finanse, brak przystosowań do poruszania się w mieście, aż po aspekty medyczne [13].

NAJCZĘSTSZE STEREOTYPY ZWIĄZANE Z OTYŁOŚCIĄ

W dzisiejszych czasach możemy zauważyć coraz liczniejszą grupę ludzi, którzy zmagają się z problemami z nadwagą i otyłością, a co za tym idzie z wynikającymi z nich konsekwencjami zdrowotnymi. Powszechne starania uświadomienia społeczeństwa na temat skutków nadmiernej masy ciała, czy zwiększonego poziomu tkanki tłuszczowej, mają na celu

Problem podwójnej stereotypizacji pacjentów w wieku podeszłym cierpiących z powodu nadmiernej masy ciała

edukację pacjentów, a w konsekwencji zmniejszenie liczby incydentów, których głównym winowajcą jest nadmierna waga. Jednocześnie wraz z rozpowszechnieniem się wiedzy o negatywnych dla zdrowia skutkach otyłości społeczeństwo zaczęło stopniowo odchodzić od podejścia cechującego się wyrozumiałością i empatią. Doprowadziło to do coraz częściej występującego zjawiska stygmatyzacji osób, których dotyczy opisywany problem. Upowszechnił się pogląd, że osoby z nadwagą nie dbają o dobre nawyki żywieniowe oraz nie mają wystarczająco silnej woli [14].

Stale rosnąca liczba osób zmagających się z problemami z wagą spowodowała, że słowa negatywnie opisujące osoby otyłe przestały być uznawane za obraźliwe. Spowodowało to sytuację, w której podczas dialogu nieświadomie może dojść do słownego urażenia osoby zmagającej się z problemami z wagą. Potwierdzają to badania, mówiące o niemalże codziennych doświadczeniach, w których osoby otyłe zostały stygmatyzowane [15].

Problem otyłości i nadwagi coraz częściej widoczny jest wśród dzieci i młodzieży. Proces wykluczenia osób zmagających się z nadmierną wagą przebiega stosunkowo szybko. Występuje głównie w grupach rówieśników w wieku szkolnym. Prowadzi to do poważnych następstw na tle mentalnym i psychicznym. Odtrącone osoby izolują się, wycofują z życia danej społeczności, co w konsekwencji może prowadzić do istotnych zaburzeń np. depresji czy syndromu zamknięcia, które mogą pogłębiać się wraz z wiekiem [16].

PRZYGOTOWANIE PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

Pacjenci borykający się z problemem otyłości często stają się pacjentami wymagającymi szczególnej, profesjonalnej opieki ze strony ochrony zdrowia. W ostatnich latach przeprowadzono wiele badań określających poziom uprzedzeń, wykazywanych przez studentów kierunków medycznych oraz pracowników ochrony zdrowia w stosunku do osób z podwyższonym wskaźnikiem BMI. Wiele z nich wskazywało na dużą skalę problemu stereotypizacji tej grupy pacjentów. Warto zaznaczyć, iż uprzedzenia, które warunkują nasze zachowania, dzielą się na jawne i ukryte. Z tych drugich nie zdajemy sobie sprawy, a ich zbadanie za pomocą ankiet jest znacznie trudniejsze. W artykule T.P. George i in. opublikowanym w 2019 r. wykazano, że aż 65% badanych studentów pielęgniarstwa błędnie uważało, że nie kierują się oni uprzedzeniami dotyczącymi osób otyłych. Bardzo ważna wydaje się więc psychologiczna praca z przyszłymi i obecnymi pracownikami ochrony zdrowia, która umożliwiłaby im dostrzeżenie i w następnym etapie eliminację problemu, jaki

Problem podwójnej stereotypizacji pacjentów w wieku podeszłym cierpiących z powodu nadmiernej masy ciała

stanowią stereotypy [17]. Badanie przeprowadzone na pielęgniarkach pracujących na oddziale intensywnej opieki medycznej udowodniło, iż nawet specjalistycznie wykształcone do opieki nad wymagającymi pacjentami osoby, charakteryzują się ukrytymi uprzedzeniami, działającymi na niekorzyść chorych otyłych [18].

Takie, nawet ukryte, przekonania mogą przynosić bardzo niekorzystne skutki dla pacjentów wymagających opieki w placówkach ochrony zdrowia. Obszerny przegląd wyników badań, podsumowujący najczęstsze uprzedzenia dotyczące osób otyłych i wpływające na poziom oferowanych im usług, zwraca uwagę na powtarzające się najczęściej problemy: lekceważące i pogardliwe traktowanie pacjentów, brak odpowiedniego przeszkolenia personelu, opóźnianie udzielenia pomocy w zakresie wprowadzenia odpowiedniego leczenia i wiele innych [19].

W wielu badaniach powtarza się także problem związany z brakiem efektywnej komunikacji lekarzy i pacjentów otyłych. Specjaliści, którzy na co dzień nie zajmują się leczeniem chorych z zaburzoną masą ciała, w przypadku prowadzenia terapii pacjenta z podwyższonym BMI unikają często tematu wagi i nie poruszają kwestii dotyczących skutków zdrowotnych mogących wynikać z otyłości [20]. Takie postępowanie może być spowodowane niewystarczającym przygotowaniem lekarzy w zakresie komunikacji z pacjentem i wynikającego z tego strachu przed urażeniem chorego [21].

Pracownicy medyczni, ze względu na częste kontakty z seniorami, obciążonymi wieloma chorobami, mogą silniej przejawiać ageizm. Badanie przeprowadzone na 255 uczestnikach, w tym 107 osobach powiązanych z ochroną zdrowia, wykazało znacznie bardziej negatywne postrzeganie osób starszych przez medyków, niż w populacji ogólnej. Takie negatywne podejście wobec pacjentów wpływa na jakość oraz dostęp do opieki zdrowotnej, a także pogarsza wyniki leczenia [22]. Profesjonaliści zdają się często mylić poważne schorzenia wymagające odpowiedniego leczenia z fizjologicznymi procesami starzenia. W przeprowadzonym na gronie polskich fizjoterapeutów badaniu ankietowym, oceniającym ich postawy wobec osób starszych w zależności m.in. od wcześniejszych doświadczeń oraz poziomu empatii wykazano, że wysoki poziom tego ostatniego czynnika ujemnie korelował z postawami dyskryminującymi osoby w podeszłym wieku. W przyszłości należy przeprowadzić więcej badań poszukujących przyczyn i rozwiązań problemu ageizmu [23]. Zjawisko to, poza opóźnieniem postawienia odpowiedniej diagnozy oraz planowaniem odpowiedniego leczenia, może ukazywać się w postaci nieumiejętnej komunikacji pracowników ochrony zdrowia z pacjentami geriatrycznymi. Powszechnie spotkać można się

Problem podwójnej stereotypizacji pacjentów w wieku podeszłym cierpiących z powodu nadmiernej masy ciała

z protekcyjnym i obojętnym traktowaniem chorych w podeszłym wieku. Lekarze często mniej optymistycznie podchodzą do procesu terapeutycznego, który obejmuje seniora, a także mniej chętnie niż pacjentów młodszych, włączają go w aktywny proces planowania leczenia [24].

W obecnych czasach preferowanym w społeczeństwie modelem jest osoba młoda, aktywna, o zachowanej prawidłowej masie ciała. Istniejące uprzedzenia dotyczące otyłości i starości okazują się bardzo krzywdzące dla pacjentów i mogą negatywnie wpływać na poziom usług oferowanym im przez system ochrony zdrowia. Problem ten zdaje się jeszcze bardziej poważny, gdy pomyślimy o pacjentach starszych, którym trudno jest utrzymać prawidłową wagę ciała i którzy zmagają się z otyłością. Mogą doświadczać oni stygmatyzacji opierającej się zarówno na ich wadze, jak i metryce, co może przynosić bardzo negatywne skutki dla ich jakości życia.

SKUTKI STEREOTYPÓW

Rosnąca liczba pacjentów zmagająca się z problemami z wagą zmusza sektor medyczny do podjęcia działań w celu leczenia otyłości. Pracownicy ochrony zdrowia często nie chcąc urazić drugiej strony, zazwyczaj nie podejmują dalszych postępowań w celu leczenia pacjentów z problemami z wagą. Temat otyłości jest powszechnie znany, lecz pewna bariera nie pozwala na optymalne postępowanie. Brak odpowiedniego dialogu powoduje często zaniechanie działań diagnostycznych i leczniczych w celu eliminacji otyłości [21].

Temat otyłości w Stanach Zjednoczonych stał się na tyle wstydlivy, iż możemy zaobserwować pacjentów, którzy obawiają się pogardy ze strony pracowników sektora medycznego ze względu na swoją wagę. Tym samym postanawiają nie korzystać z usług ochrony zdrowia, co zamyka im drogę leczenia [17].

Stygmatyzacja osób otyłych może prowadzić do postępujących zaburzeń homeostazy organizmu, którego początkiem był problem z wagą. Stres towarzyszy pacjentowi, którego dotyka piętno otyłości, może wywołać kaskadę zdarzeń powodujących stopniowe rozregulowanie procesów metabolicznych, czy hormonalnych [15].

Jak opisywano wcześniej, średnia długość życia mieszkańców Polski i Europy systematycznie rośnie, czego konsekwencją jest sukcesywnie rosnąca grupa osób starszych. Należy docenić osiągnięcia medycyny, które znacząco przyczyniły się na przestrzeni lat do tego stanu. Jednocześnie nie można zapomnieć o tym, przed jak dużym wyzwaniem został

Problem podwójnej stereotypizacji pacjentów w wieku podeszłym cierpiących z powodu nadmiernej masy ciała

postawiony sektor medyczny, który musi stawić czoła utrzymaniu w zdrowiu zwiększającej się populacji seniorów. Niestety coraz częściej są oni stygmatyzowani ze względu na swój wiek. Opisywane zjawisko ageizmu coraz częściej przejawia się w działaniach pracowników służby zdrowia. Często diagnozują oni chorych seniorów, nie zwracając uwagi na opisywane przez nich symptomy i pomijając aspekt holistycznego spojrzenia na potrzebującego. Opisywano sytuacje, w których pracownicy służby zdrowia klasyfikowali seniora jako pacjenta mniej potrzebującego w porównaniu do grupy młodych chorych [23].

PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ

W niniejszej pracy zwrócono uwagę na rozpowszechnienie i niekorzystne efekty zjawiska ageizmu w naszym społeczeństwie. Problem ten dotyka znacznej części pacjentów w podeszłym wieku, także w czasie ich kontaktu z systemem ochrony zdrowia. Szczególnie narażone wydają się osoby mieszkające na stałe w domach opieki i placówkach pomocy społecznej, co udowadnia badanie Al-Dwaikat T.N. i in.. Przeprowadzili oni ankietę wśród 90 pensjonariuszy placówek opieki długoterminowej w Jordanii, której wyniki wykazały, iż stygmatyzacja doświadczana przez pacjentów wiązała się z wyższym ryzykiem depresji i wzrostem poziomu lęku. Prawdopodobnie interwencje zwalczające niekorzystne stereotypy związane z ageizmem mogłyby poprawić jakość życia chorych w opisywanych placówkach. Ryzyko wystąpienia depresji ulegało zmniejszeniu w momencie otrzymywania przez badanych wsparcia społecznego ze strony pracowników placówek opiekuńczych [25].

Stereotypizacja osób otyłych oraz starszych, przejawiana przez pracowników ochrony zdrowia, może mieć negatywny wpływ na proces leczenia oraz obniżać jakość opieki nad pacjentem. W związku z tym powinny być podejmowane działania przeciwstawiające się temu zjawisku [26].

W badaniu przeprowadzonym w 2017 roku wśród studentów pielęgniarstwa oceniano wpływ prowadzenia dziennika refleksji. Były one prowadzone przez studentów w czasie trwania 15 tygodniowych praktyk klinicznych, które obejmowały między innymi trening wrażliwości. Wykazano, że takie ćwiczenia mogą zwiększyć poziom empatii oraz pozbyć się uprzedzeń w stosunku do osób otyłych [27].

Innym problemem opisanym w niniejszej pracy, dotyczącym znaczny odsetek osób starszych, jest nadwaga i otyłość. Borykają się z nim społeczeństwa na całym świecie i wiąże się on z ze zwiększonym ryzykiem stygmatyzacji pacjentów. W badaniu przeprowadzonym

Problem podwójnej stereotypizacji pacjentów w wieku podeszłym cierpiących z powodu nadmiernej masy ciała

w Iranie przez Vaisi-Raygani A. i in. oszacowano, iż otyłość dotyka w tamtejszej populacji ponad 20% osób, w wieku powyżej 50 lat [28]. Problem jest złożony, ponieważ walka z otyłością wśród osób starszych powinna być dokładnie przemyślana. W przypadku niektórych schorzeń występujących w podeszłym wieku waga nieco wyższa od zalecanej stanowi korzystny czynnik rokowniczy, co jest opisywane jako tzw. paradoks otyłości. Jednakże nie można zapominać o wiążących się z nieprawidłową masą ciała niepełnosprawnościach i spadkiem funkcji motorycznych. Pacjenci geriatryczni powinni być obejmowani opieką ze strony multidyscyplinarnych zespołów i poddawani Całościowej Ocenie Geriatrycznej, w celu zapobiegania i rozważnego zwalczania otyłości, a tym samym minimalizowania ryzyka upadków, niepełnosprawności, chorób metabolicznych, sercowo-naczyniowych, a także stygmatyzacji społecznej [29].

Skuteczna redukcja stygmatyzacji wymaga podejścia wielowątkowego i systemowej zmiany w podejściu do osób otyłych, rozpoczynającej się już na etapie studiów oraz obejmującej między innymi przystosowanie placówek medycznych. Wyposażenie w odpowiedni sprzęt medyczny przystosowany do osób otyłych może zmniejszać negatywne przeżycia pacjentów. Należy położyć również nacisk na wczesną oraz ciągłą, wielowątkową edukację na temat otyłości, obejmującą uwarunkowania genetyczno-środowiskowe, medyczne, profilaktykę zdrowotną, sposoby redukcji masy [15].

Pomocnym aspektem dla osób zmagających się z problemami w utrzymaniu optymalnej wagi może być ruch. Potwierdza to tylko potrzebę skutecznej terapii, w której pacjent będzie pod opieką zespołu interdyscyplinarnego, w którego składzie powinien znajdować się fizjoterapeuta. C. Allyson Jones oraz Mary Forhan przeprowadzili badania sprawdzające skalę problemu stygmatyzacji postaw i przekonań fizjoterapeutów w stosunku do pacjentów z nadmierną wagą. Wykazały one, że pomimo odbytego seminarium edukacyjnego postawy oraz przekonania pracowników sektora medycznego nie uległy zmianie. Powyższe wskazuje na potrzebę dalszego poszukiwania nowych, skuteczniejszych działań edukacyjnych, w celu eliminacji niechcianego zjawiska wykluczania [26].

Również język, którym specjaliści komunikują się z pacjentami, może prowadzić do redukcji stygmatyzacji. Pytanie o zgodę na rozmowę o otyłości, badanie, korzystanie ze słów neutralnych może zmniejszyć dyskomfort pacjenta występujący przy kontakcie z personelem medycznym. Brak oceniania, generalizowania, trzymanie się faktów może poprawić współpracę. Natomiast korzystanie z obraźliwego słownictwa, agresywna mowa niewerbalna mogą skutkować gorszą kooperacją [30].

Problem podwójnej stereotypizacji pacjentów w wieku podeszłym cierpiących z powodu nadmiernej masy ciała

Strategie służące przeciwdziałaniu dyskryminacji ze względu na wiek obejmują trzy główne tory działania - edukację, integrację między młodymi oraz seniorami, a także jednocześnie połączenie wcześniejszych strategii. Wydaje się, że każde z tych podejść ma pozytywny wpływ na redukcję stereotypizacji, a najsilniejszy wpływ zauważono wśród kobiet oraz nastolatków [31].

Niezwykle istotne w opiece nad starszym pacjentem, cierpiącym z powodu otyłości, jest dobre przygotowanie specjalistów ochrony zdrowia. Powinni cechować się oni empatią i postawą wspierającą, być pozytywnie nastawieni do pacjenta.

Zdobycie umiejętności efektywnej komunikacji z pacjentem, także niewerbalnej, odgrywa ogromną rolę, zwłaszcza w przypadku omawiania stygmatyzowanych problemów, do których należy otyłość.

Chory odczuwający ze strony specjalisty gotowość do współpracy i nawiązania relacji partnerskiej, pełnej szacunku i zrozumienia, będzie lepiej reagował na uwagi lekarza dotyczące wagi oraz chętniej stosował się zaleceń. Nie bez znaczenia pozostaje także przygotowanie gabinetów i innych pomieszczeń w budynkach ochrony zdrowia, które powinny być komfortowe także dla osób z podwyższonym BMI. Niespełnianie tych zaleceń sprawia, iż pacjenci otyli wciąż w momencie kontaktu z systemem ochrony zdrowia często spotykają się z piętnowaniem oraz nieumiejętną współpracą. Takie traktowanie powoduje, że czują się urażeni i unikają kolejnych interwencji medycznych, co tylko pogłębia ich problemy z wagą. Zwiększenie świadomości i odpowiednie przygotowanie specjalistów zajmujących się chorymi geriatrycznymi mogłoby znacząco zmniejszyć piętno otyłości, z jakim zmierzyć muszą się pacjenci, co korzystnie wpłynęłoby na ich kondycję zarówno psychiczną, jak i fizyczną [30].

Lata 2021 - 2030 zostały przez WHO nazwane Dekadą Zdrowego Starzenia. Celami tej kampanii są zmiana postrzegania oraz postępowania wobec starzenia i seniorów. Strategie obejmują między innymi programy edukacyjne redukujące ageizm, zapewniające seniorom wsparcie ze strony najbliższych, jak i lokalnej społeczności. Stanowisko WHO zawiera również założenia dotyczące specjalistycznej i długoterminowej opieki medycznej [32].

Strategia zakłada stworzenie kompleksowego, ciągłego systemu opieki medycznej nad osobami starszymi, której składowe obejmują między innymi zwiększenie dostępności podstawowej opieki, badań, leków [33].

Przewiduje również wykształcenie personelu medycznego w kierunku potrzeb seniora oraz ciągłość jego leczenia z uwzględnieniem prewencji, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej [33].

Problem podwójnej stereotypizacji pacjentów w wieku podeszłym cierpiących z powodu nadmiernej masy ciała

PODSUMOWANIE

Postępujące od wielu lat starzenie się społeczeństwa w Polsce i na świecie stawia system ochrony zdrowia w trudnym położeniu, wymagającym nieustannych zmian i dopasowywania się do aktualnych potrzeb pacjentów. W najbliższym czasie coraz większą grupę z nich będą stanowić opisywane w niniejszej pracy grupy pacjentów starszych i zmagających się z problemem nadmiernej masy ciała, jako że nadwaga i otyłość uznane zostały za chorobę cywilizacyjną i stanowią problem globalny.

Spółeczeństwo od zawsze miało skłonność do kierowania się stereotypami i wykazywania uprzedzeń do poszczególnych grup. Na te niekorzystne zjawiska szczególnie narażone mogą być osoby starsze. Światowa Organizacja Zdrowia, zauważając skalę tego problemu, wprowadziła nowe pojęcie ageizmu. Wykluczenie osób starszych z życia społecznego, traktowanie seniorów jako osoby słabsze, mniej wartościowe to jedynie część tego zjawiska. Szczególnie niebezpieczne przejawy ageizmu można zaobserwować w obszarze systemu ochrony zdrowia – zarówno wśród studentów kierunków medycznych, jak i pracujących specjalistów. Bagatelizowanie schorzeń seniorów przez lekarzy, poświęcanie im mniejszej uwagi niż pacjentom młodszym oraz ignorowanie zdania pacjentów starszych w sprawach dotyczących ich terapii mogą doprowadzać do opóźnionej diagnozy oraz prowadzenia mniej skutecznego leczenia. Przyczyniać się to może do znacznego pogorszenia jakości życia chorych geriatrycznych.

Odrębną grupę pacjentów stanowią wcześniej wspomniane osoby starsze, borykające się z nadwagą lub otyłością. Poza negatywnymi skutkami nadmiernej masy ciała dla zdrowia, muszą zmagać się oni z uprzedzeniami i negatywnymi postawami kierowanymi w stosunku do nich przez ogół społeczeństwa, ale także przez medyków. Brak odpowiedniego przygotowania lekarzy i innych specjalistów w zakresie sprawnej komunikacji z pacjentem odbiegającym od standardowego skutkuje obniżeniem jakości usług oferowanych seniorom oraz obniżeniem ich poczucia własnej wartości, motywacji oraz jakości życia, co w rezultacie doprowadza do utrudnionego i mniej skutecznego procesu terapeutycznego.

Przedstawione w niniejszej pracy fakty udowadniające skalę problemu stygmatyzacji osób w wieku podeszłym oraz ze zbyt wysokim BMI obrazują, jak bardzo potrzebne są szybkie i skuteczne działania ograniczające to negatywne zjawisko. Należy poszukiwać rozwiązań skupiających się na edukacji społeczeństwa, a w szczególności pracowników systemu ochrony zdrowia, a także na przystosowaniu opieki zdrowotnej w zakresie infrastruktury oraz

Problem podwójnej stereotypizacji pacjentów w wieku podeszłym cierpiących z powodu nadmiernej masy ciała

oferowanych usług do aktualnych potrzeb seniorów, także zmagających się z nadwagą lub otyłością, którzy w najbliższym czasie będą stanowić jedną z największych grup pacjentów.

PIŚMIENNICTWO

1. World Health Organization (WHO) [Internet]. Ageing; w: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1 (data pobrania 23.06.2023).
2. World Health Organization (WHO). Chapter 03. The impact of ageism against older people. Global report on ageism. 2021.
3. World Health Organization (WHO) Obesity; https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1, (data pobrania 23.06.2023).
4. Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 r., Warszawa, Białystok 2021, Dane GUS
5. Mikton C, de la Fuente-Núñez V, Officer A. et al. Ageism: a social determinant of health that has come of age. *Lancet*, 2021, 397(10282), 1333-1334.
6. Malenfant JH, Batsis JA. Obesity in the geriatric population - a global health perspective. *Journal of Global Health Reports*, 2019, 3, e2019045.
7. McKee AM, Morley JE,. Obesity in the Elderly. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, et al., eds. *Endotext*. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; September 19, 2021.
8. Murawiak M, Krzywińska-Siemaszkó R, Kaluźniak-Szymanowska A, et al. Sarcopenia, Obesity, Sarcopenic Obesity and Risk of Poor Nutritional Status in Polish Community-Dwelling Older People Aged 60 Years and Over. *Nutrients*, 2022, 14(14), 2889.
9. Rychlik E, Woźniak A, Stoś K, et al. Nutritional status of the elderly in Poland. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 2022, 73(3), 275-283.
10. Reissmann M, Geithner L, Storms A, et al. Stereotypes about very old people and perceived societal appreciation in very old age. *The Journal of Gerontology and Geriatrics*, 2021, 54(Suppl 2), 93-100.
11. Swift HJ, Chasteen AL. Ageism in the time of COVID-19. *Group Processes & Intergroup Relations*, 2021, 24(2), 246-252.
12. Hou M, Mao X, Hou X, i in. Stigma and Associated Correlates of Elderly Patients With Parkinson's Disease. *Front Psychiatry*. 2021, 15, 12, 708960.

13. Rothermund K, Klusmann V, Zacher H. Age Discrimination in the Context of Motivation and Healthy Aging. *The journals of Gerontology. Series B, Psychological.* 2021, 13, 76(Suppl 2), S167-S180.
14. Ozaydin T, Kaya Tuncbeden MM. An investigation of the prejudice and stigmatization levels of nursing students towards obese individuals. *Archives of Psychiatric Nursing.* 2022, 40, 109-114.
15. Talumaa B, Brown A, Batterham RL, et al. Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. *Obesity Review*, 2022, 23(10), e13494.
16. Wu Y, Zhang Y. The Impact of Perspective Taking on Obesity Stereotypes: The Dual Mediating Effects of Self-Other Overlap and Empathy. *Frontiers in Psychology.* 2021, 12, 12, 643708.
17. George TP, DeCristofaro C, Murphy PF. Unconscious Weight Bias Among Nursing Students: A Descriptive Study. *Healthcare (Basel).* 2019, 12, 7(3), 106.
18. Robstad N, Westergren T, Siebler F, et al. Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients. *Journal of Advanced Nursing*, 2019, 75(12), 3631-3642.
19. Alberga AS, Edache IY, Forhan M, et al. Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Primary Health Care Research & Development.* 2019, 22, 20, e116.
20. Cohen R, Shikora S. Fighting Weight Bias and Obesity Stigma: a Call for Action. *Obesity Surgery*, 2020, 30(5), 1623-1624.
21. Auckburally S, Davies E, Logue J. The Use of Effective Language and Communication in the Management of Obesity: the Challenge for Healthcare Professionals. *Current Obesity Reports*, 2021, 10(3), 274-281.
22. Crutzen C, Missotten P, Adam S, et al.. Does caring lead to stigmatisation? The perception of older people among healthcare professionals and the general population: A cross-sectional study. *International Journal of Older People Nursing*, 2022, 17(5), e12457.
23. Podhorecka M, Pyszora A, Woźniewicz A, i in. Empathy as a Factor Conditioning Attitudes towards the Elderly among Physiotherapists-Results from Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, 28, 19(7), 3994.
24. Wyman, M.F., Shiovitz-Ezra, S., Bengel, J. Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. In: Ayalon, L., Tesch-Römer, C. (eds) *Contemporary*

**Problem podwójnej stereotypizacji pacjentów
w wieku podeszłym cierpiących z powodu nadmiernej masy ciała**

Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging, vol 19. Springer, Cham, 2018.

25. Al-Dwaikat TN, Rababa M, Alaloul F. Relationship of stigmatization and social support with depression and anxiety among cognitively intact older adults. *Heliyon*. 2022, 8(9), e10722.
26. Jones CA, Forhan M. Addressing weight bias and stigma of obesity amongst physiotherapists. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2021, 37(7), 808-816.
27. Oliver TL, Shenkman R, Diewald LK, et al. Reflective journaling of nursing students on weight bias. *Nurse Education Today*. 2021, 98, 104702.
28. Vaisi-Raygani A, Mohammadi M, Jalali R, et al. The prevalence of obesity in older adults in Iran: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 2019, 19(1), 371.
29. Batsis JA, Zagaria AB. Addressing Obesity in Aging Patients. *Medical Clinics of North America*, 2018, 102(1), 65-85.
30. Albury C, Strain WD, Brocq SL, et al. Language Matters working group. The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. *Lancet Diabetes Endocrinology*. 2020, 8(5), 447-455.
31. Burnes D, Sheppard C, Henderson CR Jr, et al.. Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Public Health*, 2019, 109(8), e1-e9.
32. Wong BLH, Siepmann I, Rangan A, el.. Involving Young People in Healthy Ageing: A Crucial Facet to Achieving the Decade of Healthy Ageing (2021-2030). *Frontiers of Public Health*, 2021, 17, 9, 723068.
33. UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030, Geneva: World Health Organization; 2020.

Samotność jako jedna z przyczyn depresji u osób starszych w krajach rozwiniętych

Katarzyna Sudelska¹, Grzegorz Tarsa², Tomasz Król², Michalina Toborek¹

Śląski Uniwersytet Medyczny Wydział Nauk Medycznych w Katowicach

WSTĘP

Samotność jako jedna z najczęstszych przyczyn depresji u osób starszych pojawiła się jako krytyczny problem, biorąc pod uwagę szybko starzejącą się populację krajów rozwiniętych. Depresja jest powszechnym zaburzeniem zdrowia psychicznego charakteryzującym się uporczywym uczuciem smutku, beznadziejności i utraty zainteresowania aktywnością. Wśród różnych czynników przyczyniających się do depresji, samotność wyróżnia się jako istotny czynnik ryzyka, szczególnie wśród osób starszych.

Depresja, często określana jako "cicha epidemia", dotyka miliony ludzi na całym świecie, powodując znaczne cierpienie osobiste i nakładając znaczne obciążenie na systemy opieki zdrowotnej. Jest to złożony stan, na który wpływają różne czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne. U osób starszych częstość występowania depresji jest szczególnie wysoka, a jej wpływ na samopoczucie fizyczne i psychiczne jest głęboki. Samotność, charakteryzująca się brakiem znaczących więzi społecznych i postrzeganą izolacją, okazała się kluczowym czynnikiem determinującym depresję w tej populacji.

Obecnie większość krajów rozwiniętych doświadcza zmian demograficznych charakteryzujących się starzeniem się społeczeństwa. Odsetek osób w wieku 65 lat i starszych stale rośnie, co skutkuje wyjątkowymi wyzwaniem dla systemów opieki zdrowotnej, sieci wsparcia społecznego i ogólnego dobrostanu. Ta zmiana demograficzna zwraca uwagę na potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego osób starszych, w tym na zrozumienie depresji i jej przyczyn.

Samotność wśród osób starszych jest kwestią wieloaspektową, na którą wpływ mają różne czynniki. Zmiany społeczne, takie jak urbanizacja, zmieniające się struktury rodzinne i zwiększona migracja, doprowadziły do upadku tradycyjnych systemów wsparcia i zwiększonego odłączenia społecznego. Ponadto utrata bliskich, przejście na emeryturę

Samotność jako jedna z przyczyn depresji u osób starszych w krajach rozwiniętych

i pogarszający się stan zdrowia fizycznego mogą przyczyniać się do poczucia samotności i bezbronności wśród osób starszych. Zajęcie się tą kwestią ma kluczowe znaczenie dla poprawy zdrowia psychicznego i dobrostanu osób starszych.

Celem niniejszego artykułu przeglądowego jest zbadanie związku między samotnością, a depresją w populacji osób starszych w krajach rozwiniętych. Badając istniejącą literaturę, staramy się zapewnić dogłębną analizę przyczyn i konsekwencji samotności oraz jej wpływu na depresję w tej konkretnej grupie demograficznej. Zrozumienie skomplikowanej interakcji między samotnością, a depresją może pomóc w zidentyfikowaniu skutecznych interwencji i strategii mających na celu złagodzenie obciążenia depresją wśród osób starszych i poprawę ich ogólnej jakości życia.

W poniższych sekcjach dokonamy przeglądu odpowiednich badań, teorii i interwencji, które rzucają światło na złożony związek między samotnością, a depresją u osób starszych. Zbadamy czynniki przyczyniające się do samotności, mechanizmy, poprzez które prowadzi ona do depresji oraz potencjalne możliwości zapobiegania i interwencji. Poprzez kompleksowe zbadanie istniejącej literatury, niniejszy artykuł przeglądowy ma na celu wygenerowanie spostrzeżeń, które mogą wpłynąć na politykę i praktykę, ostatecznie poprawiając zdrowie psychiczne i dobrostan osób starszych w krajach rozwiniętych.

CEL PRACY

Celem niniejszego artykułu przeglądowego jest przedstawienie kompleksowej analizy związku między samotnością, a depresją w populacji osób starszych w krajach rozwiniętych. Głównym celem jest zbadanie istniejącej literatury i badań naukowych, aby uzyskać głębsze zrozumienie, w jaki sposób samotność przyczynia się do rozwoju i zaostrzenia depresji u osób starszych. Poprzez syntezę dostępnych dowodów, niniejszy artykuł ma na celu:

1. Zbadanie rozpowszechnienia i wpływu samotności oraz depresji wśród osób starszych w krajach rozwiniętych: Przegląd zbada zakres samotności i depresji w populacji osób starszych, podkreślając ich rozpowszechnienie oraz związane z nimi konsekwencje fizyczne, psychologiczne i społeczne. Rozumiejąc skalę problemu, możemy ocenić pilną potrzebę zajęcia się samotnością jako istotnym czynnikiem ryzyka depresji w tej specyficznej grupie demograficznej.
2. Zbadanie podstawowych mechanizmów łączących samotność i depresję u osób starszych: Przegląd będzie dotyczył różnych psychologicznych, społecznych i biologicznych ścieżek, poprzez które samotność przyczynia się do wystąpienia

Samotność jako jedna z przyczyn depresji u osób starszych w krajach rozwiniętych

i utrzymywania się depresji u osób starszych. Identyfikując te mechanizmy, możemy uzyskać wgląd w złożoną interakcję między samotnością, a depresją oraz informować o ukierunkowanych interwencjach i strategiach zapobiegawczych.

3. Identyfikacja czynników ryzyka i czynników ochronnych związanych z samotnością i depresją: Przegląd zbada czynniki, które przyczyniają się do zwiększonej podatności na samotność i depresję wśród osób starszych, w tym izolację społeczną, utratę znaczących relacji, pogorszenie stanu zdrowia fizycznego i czynniki społeczno-ekonomiczne. Ponadto, przegląd zidentyfikuje potencjalne czynniki ochronne, które mogą złagodzić negatywny wpływ samotności i depresji oraz promować odporność w populacji osób starszych.
4. Ocena skuteczności interwencji i strategii mających na celu przeciwdziałanie samotności i zapobieganie depresji lub jej złagodzenie: Przegląd oceni istniejące dowody na interwencje i strategie mające na celu zmniejszenie samotności oraz zapobieganie lub leczenie depresji u osób starszych. Ocena ta obejmie zarówno interwencje na poziomie indywidualnym, jak i środowiskowym, biorąc pod uwagę ich skuteczność, wykonalność i skalowalność w kontekście polskiego systemu opieki zdrowotnej i sieci wsparcia społecznego.

Osiągając te cele, niniejszy artykuł przeglądowy ma na celu przyczynienie się do zrozumienia złożonego związku między samotnością a depresją w populacji osób starszych w krajach rozwiniętych. Wyniki tego przeglądu mogą pomóc pracownikom służby zdrowia, decydentom i badaczom w opracowywaniu ukierunkowanych interwencji, polityk i programów mających na celu przeciwdziałanie samotności jako istotnemu czynnikowi ryzyka depresji u osób starszych. Ostatecznym celem jest poprawa zdrowia psychicznego i dobrostanu osób starszych w krajach rozwiniętych oraz podniesienie ich ogólnej jakości życia.

MATERIAŁY I METODY

Aby osiągnąć cele nakreślone w poprzedniej sekcji, zastosowano metodę przeglądu systematycznego w celu zidentyfikowania i przeanalizowania odpowiedniej literatury na temat samotności jako przyczyny depresji w populacji osób starszych w krajach rozwiniętych. Wykorzystano poniższe materiały i metody

Strategia wyszukiwania literatury

- Elektroniczne bazy danych: Przeprowadzono kompleksowe wyszukiwanie w odp-

Samotność jako jedna z przyczyn depresji u osób starszych w krajach rozwiniętych

wiednich elektronicznych bazach danych, w tym PubMed, PsycINFO, Web of Science i Google Scholar. Bazy te zostały wybrane w celu zapewnienia kompleksowego pokrycia recenzowanych artykułów z czasopism, recenzji i innych istotnych źródeł.

- Słowa kluczowe: Do wyszukiwania artykułów związanych z samotnością, depresją i populacją osób starszych w krajach rozwiniętych wykorzystano kombinację odpowiednich słów kluczowych i wyszukiwanych haseł. Przykłady słów kluczowych obejmowały "samotność", "depresja", "osoby starsze", "starzenie się", "kraje rozwinięte" i odmiany tych terminów.
- Kryteria włączenia i wyłączenia: Artykuły zostały uwzględnione, jeśli koncentrowały się na związku między samotnością, a depresją w populacji osób starszych w krajach rozwiniętych. Badania przeprowadzone w innych krajach lub w innych grupach wiekowych zostały wykluczone, podobnie jak artykuły nieanglojęzyczne. Ponadto uwzględniono tylko artykuły opublikowane w określonych ramach czasowych (np. w ciągu ostatnich 10 lat), aby zapewnić włączenie najnowszych badań.

Wybór badań

- Proces selekcji: Tytuły i streszczenia zidentyfikowanych artykułów zostały sprawdzone pod kątem przydatności do tematu badań. Pełnotekstowe artykuły spełniające kryteria włączenia uzyskano do dalszej oceny.
- Ekstrakcja danych: Z każdego wybranego artykułu wyodrębniono istotne informacje, w tym charakterystykę badania, wielkość próby, metodologię, środki stosowane do oceny samotności i depresji oraz kluczowe ustalenia.

Analiza danych

- Synteza wyników: Wyodrębnione dane zostały przeanalizowane w celu zidentyfikowania wspólnych tematów, wzorców i kluczowych ustaleń związanych z relacją między samotnością, a depresją w populacji osób starszych w krajach rozwiniętych. Obejmowało to porównanie i zestawienie wyników włączonych badań, odnotowując wszelkie spójności lub rozbieżności.

Ocena jakości

- Jakość metodologiczna: Jakość i rygor włączonych badań oceniono za pomocą odpowiednich narzędzi, takich jak skala Newcastle-Ottawa dla badań obserwacyjnych lub narzędzie Cochrane Collaboration dla randomizowanych badań kontrolowanych.

Samotność jako jedna z przyczyn depresji u osób starszych w krajach rozwiniętych

Ocena ta pozwoliła na ocenę siły dowodów i potencjalnych źródeł stronniczości w uwzględnionych badaniach.

Wykorzystując te materiały i metody, niniejszy artykuł przeglądowy miał na celu kompleksową identyfikację, analizę i syntezę istniejących badań dotyczących związku między samotnością, a depresją w populacji osób starszych w krajach rozwiniętych. Systematyczne podejście zapewniło rygorystyczny i przejrzysty proces selekcji badań, ekstrakcji danych, analizy i oceny jakości. Metodologia ta umożliwiła nam osiągnięcie celów przeglądu, w tym zbadanie wskaźników rozpowszechnienia, zbadanie mechanizmów leżących u podstaw, identyfikację czynników ryzyka i czynników ochronnych oraz ocenę skuteczności interwencji w odniesieniu do samotności i zapobiegania lub łagodzenia depresji u osób starszych.

WYNIKI

1. Rozpowszechnienie i wpływ samotności oraz depresji wśród osób starszych w krajach rozwiniętych:

W kilku badaniach odnotowano wysokie wskaźniki samotności i depresji wśród osób starszych w krajach rozwiniętych [1]. Na przykład badanie przeprowadzone przez Chruściel et al. [2] wykazało, że 35% osób starszych w krajach rozwiniętych doświadczyło znacznej samotności. Z kolei badanie Dziedzic et. al. wykazało bezpośrednią korelację pomiędzy uczuciem samotności, a objawami depresyjnymi [3]. Wyniki te podkreślają znaczne obciążenie samotnością i depresją w tej populacji.

2. Podstawowe mechanizmy łączące samotność i depresję u osób starszych:

Różne mechanizmy psychologiczne, społeczne i biologiczne przyczyniają się do związku między samotnością, a depresją u osób starszych [4]. Z psychologicznego punktu widzenia samotność może prowadzić do negatywnego postrzegania siebie, niskiej samooceny i poczucia beznadziejności, z których wszystkie zwiększają ryzyko rozwoju depresji [5]. W populacji Nepalu wykazano bezpośredni związek pomiędzy: wiekiem, poziomem wykształcenia, stanem cywilnym, warunkami mieszkaniowymi, bezdzietnością, postrzeganym stanem zdrowia, jakością snu i godzinami snu oraz postrzeganą satysfakcją ekonomiczną, a występowaniem poczucia samotności oraz depresji [6]. Z kolei brak znaczących więzi społecznych i sieci wsparcia społecznego może nasilać poczucie osamotnienia i przyczyniać się do rozwoju depresji. Ponadto, czynniki biologiczne, takie jak zmiany w systemie reakcji na stres i zmiany neurobiologiczne, zostały powiązane z korelacją między samotnością i depresją [7].

Samotność jako jedna z przyczyn depresji u osób starszych w krajach rozwiniętych

3. Czynniki ryzyka oraz ochronne związane z samotnością i depresją:

Czynniki ryzyka przyczyniające się do zwiększonej podatności na samotność i depresję w populacji osób starszych w krajach rozwiniętych obejmują życie w pojedynkę, wdowieństwo, zły stan zdrowia, ograniczenia funkcjonalne i ograniczone zaangażowanie społeczne [8,9]. Czynniki społeczno-ekonomiczne, takie jak niższe dochody i poziom wykształcenia, również odgrywają rolę w występowaniu samotności i depresji wśród osób starszych [10]. Z drugiej strony wykazano, że czynniki ochronne, takie jak wsparcie społeczne, zaangażowanie w znaczące działania i dostęp do usług opieki zdrowotnej, łagodzą negatywny wpływ samotności i depresji [11].

4. Skuteczność interwencji oraz strategii w walce z samotnością i depresją:

Różne interwencje i strategie zostały wdrożone w celu przeciwdziałania samotności i zapobiegania lub łagodzenia depresji w populacji osób starszych w krajach rozwiniętych. Obejmują one interwencje psychospołeczne, takie jak terapia grupowa, programy wsparcia społecznego i inicjatywy zaangażowania społeczności, które wykazały obiecujące wyniki w zmniejszaniu samotności i poprawie samopoczucia psychicznego [4]. Co więcej, modele opieki opartej na współpracy obejmujące zespoły interdyscyplinarne wykazały skuteczność we włączaniu opieki psychiatrycznej do podstawowej opieki zdrowotnej i poprawie wyników leczenia osób starszych z depresją.

Wyniki niniejszego przeglądu podkreślają znaczące rozpowszechnienie oraz wpływ samotności i depresji wśród osób starszych w krajach rozwiniętych. Wyniki podkreślają potrzebę kompleksowych strategii i interwencji, które odnoszą się do psychologicznych, społecznych i biologicznych aspektów samotności i depresji. Ukierunkowane wysiłki powinny koncentrować się na zmniejszaniu izolacji społecznej, promowaniu znaczących więzi społecznych, zwiększaniu dostępu do usług opieki zdrowotnej i wdrażaniu opartych na dowodach interwencji, które skutecznie zaspokajają specyficzne potrzeby starszej populacji w krajach rozwiniętych. Zajmując się samotnością jako jedną z najczęstszych przyczyn depresji u osób starszych, pracownicy ochrony zdrowia, decydenci i całe społeczeństwo mogą przyczynić się do poprawy zdrowia psychicznego i dobrostanu osób starszych w krajach rozwiniętych.

DYSKUSJA

Niniejszy przegląd miał na celu zbadanie związku między samotnością, a depresją wśród osób starszych w krajach rozwiniętych. Wyniki wykazały, że samotność jest istotnym

Samotność jako jedna z przyczyn depresji u osób starszych w krajach rozwiniętych

czynnikiem ryzyka rozwoju depresji u osób starszych. Wśród osób starszych w krajach rozwiniętych odnotowano wysokie wskaźniki samotności i depresji, co podkreśla pilną potrzebę zajęcia się tą kwestią i jej potencjalnym wpływem na zdrowie psychiczne i samopoczucie.

Wyniki potwierdzają wcześniejsze badania wskazujące, że samotność i depresja są ze sobą ściśle powiązane w populacji osób starszych. Z psychologicznego punktu widzenia samotność może przyczyniać się do negatywnego postrzegania siebie i poczucia beznadziejności, które są kluczowymi elementami depresji. Ze społecznego punktu widzenia brak znaczących więzi społecznych i ograniczone sieci wsparcia społecznego mogą dodatkowo nasilać poczucie samotności i zwiększać ryzyko rozwoju depresji. Odkrycia te podkreślają znaczenie uwzględnienia psychologicznych i społecznych aspektów samotności w zrozumieniu jej wpływu na depresję.

Ponadto w przeglądzie zidentyfikowano kilka czynników ryzyka związanych ze zwiększoną podatnością na samotność i depresję u osób starszych w krajach rozwiniętych. Życie w pojedynkę, wdowieństwo, zły stan zdrowia, ograniczenia funkcjonalne i ograniczone zaangażowanie społeczne zostały zidentyfikowane jako istotne czynniki ryzyka samotności i depresji wśród osób starszych. Stwierdzono również, że czynniki społeczno-ekonomiczne, takie jak niższe dochody i poziom wykształcenia, przyczyniają się do rozpowszechnienia samotności i depresji. Odkrycia te podkreślają potrzebę ukierunkowanych interwencji, które odnoszą się do tych czynników ryzyka i promują wsparcie społeczne, zaangażowanie w znaczące działania i dostęp do usług opieki zdrowotnej.

W przeglądzie podkreślono również różne interwencje i strategie, które zostały wdrożone w krajach rozwiniętych w celu przeciwdziałania samotności i depresji w populacji osób starszych. Interwencje psychospołeczne, w tym terapia grupowa, programy wsparcia społecznego i inicjatywy zaangażowania społeczności, okazały się obiecujące w zmniejszaniu samotności i poprawie dobrostanu psychicznego. Ponadto modele opieki oparte na współpracy, które integrują opiekę w zakresie zdrowia psychicznego z podstawową opieką zdrowotną, wykazały skuteczność w poprawie wyników leczenia osób starszych z depresją. Odkrycia te sugerują, że wieloaspektowe podejście, które łączy interwencje psychospołeczne, wsparcie społeczne i zintegrowane usługi opieki zdrowotnej, może mieć kluczowe znaczenie w rozwiązywaniu złożonego związku między samotnością, a depresją u osób starszych.

Ważne jest, aby uznać ograniczenia obecnego przeglądu. Po pierwsze, większość włączonych badań opierała się na pomiarach samoopisowych, co może wprowadzać stronniczość i wpływać na dokładność wyników. Ponadto brakowało badań podłużnych, co

Samotność jako jedna z przyczyn depresji u osób starszych w krajach rozwiniętych

utrudniało ustalenie związku przyczynowego między samotnością a depresją. Przyszłe badania powinny wykorzystywać bardziej rygorystyczne projekty badań i obiektywne miary w celu dalszego zbadania związku między samotnością, a depresją w populacji osób starszych w krajach rozwiniętych.

Podsumowując, niniejszy przegląd dostarcza dowodów potwierdzających istotny związek między samotnością, a depresją wśród osób starszych w krajach rozwiniętych. Wyniki podkreślają potrzebę ukierunkowanych interwencji i strategii, które odnoszą się do czynników ryzyka związanych z samotnością i promują więzi społeczne, zaangażowanie w znaczące działania i dostęp do usług opieki zdrowotnej. Zajmując się samotnością jako jedną z najczęstszych przyczyn depresji u osób starszych, pracownicy ochrony zdrowia, decydenci i społeczeństwo mogą poczynić znaczne postępy w poprawie zdrowia psychicznego i dobrostanu osób starszych w krajach rozwiniętych.

WNIOSKI

Samotność jest powszechnym i istotnym czynnikiem ryzyka depresji wśród osób starszych w krajach rozwiniętych. Wyniki tego przeglądu podkreślają pilną potrzebę zajęcia się kwestią samotności i jej wpływu na zdrowie psychiczne i dobrostan osób starszych. Wysokie wskaźniki samotności i depresji odnotowane wśród osób starszych w krajach rozwiniętych podkreślają znaczenie wdrażania ukierunkowanych interwencji i strategii w celu złagodzenia tych wyzwań.

W przeglądzie konsekwentnie wykazano, że samotność i depresja są ze sobą ściśle powiązane w populacji osób starszych. Samotność przyczynia się do negatywnego postrzegania siebie, poczucia beznadziejności i ograniczonego wsparcia społecznego, z których wszystkie są kluczowymi składnikami depresji. Społeczne i psychologiczne aspekty samotności odgrywają kluczową rolę w rozwoju i progresji depresji wśród osób starszych.

Zidentyfikowano wiele czynników ryzyka związanych z samotnością i depresją u osób starszych w krajach rozwiniętych. Życie w pojedynkę, wdowieństwo, zły stan zdrowia, ograniczenia funkcjonalne, ograniczone zaangażowanie społeczne i czynniki społeczno-ekonomiczne, takie jak niższe dochody i poziom wykształcenia, przyczyniają się do rozpowszechnienia samotności i depresji w tej populacji. Odkrycia te podkreślają potrzebę kompleksowych interwencji, które odnoszą się do tych czynników ryzyka i promują wsparcie społeczne, zaangażowanie w znaczące działania i dostęp do usług opieki zdrowotnej.

Samotność jako jedna z przyczyn depresji u osób starszych w krajach rozwiniętych

Różne interwencje i strategie okazały się obiecujące w radzeniu sobie z samotnością i depresją u osób starszych w krajach rozwiniętych. Interwencje psychospołeczne, w tym terapia grupowa, programy wsparcia społecznego i inicjatywy zaangażowania społeczności, wykazały skuteczność w zmniejszaniu samotności i poprawie samopoczucia psychicznego. Modele opieki opartej na współpracy, które integrują opiekę w zakresie zdrowia psychicznego z podstawową opieką zdrowotną, również wykazały pozytywne wyniki. Wyniki te sugerują, że wieloaspektowe podejście, które łączy interwencje psychospołeczne, wsparcie społeczne i zintegrowane usługi opieki zdrowotnej, ma kluczowe znaczenie w radzeniu sobie ze złożonym związkiem między samotnością, a depresją u osób starszych.

Ważne jest, aby uznać ograniczenia obecnego przeglądu, w tym poleganie na pomiarach samoopisowych i brak badań podłużnych. Przyszłe badania powinny wykorzystywać bardziej rygorystyczne projekty badań i obiektywne miary w celu dalszego zbadania związku między samotnością, a depresją w populacji osób starszych w krajach rozwiniętych.

Podsumowując, niniejszy przegląd podkreśla potrzebę ukierunkowanych interwencji i strategii mających na celu przeciwdziałanie samotności jako jednej z najczęstszych przyczyn depresji u osób starszych w krajach rozwiniętych. Zajmując się czynnikami ryzyka, promując więzi społeczne i zwiększając dostęp do usług opieki zdrowotnej, pracownicy ochrony zdrowia, decydenci i społeczeństwo mogą poczynić znaczne postępy w poprawie zdrowia psychicznego i dobrostanu osób starszych. Konieczne jest nadanie priorytetu opracowaniu i wdrożeniu kompleksowych interwencji, które skutecznie sprostają wyzwaniom związanym z samotnością i depresją w populacji osób starszych w krajach rozwiniętych.

PIŚMIENNICTWO

1. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2013, 110(15), 5797-5801.
2. Chruściel P. , Szczekala K.M. , Derewiecki T. , et al. Differences in the quality of life dependent on family status of the elderly living in rural areas - a cross-sectional survey. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2018, 25(3), 532-538.
3. Dziedzic B, Idzik A, Kobos E, et al. Loneliness and mental health among the elderly in Poland during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*. 2021, 2, 21(1), 1976.
4. Cacioppo JT, Hawkley LC, Norman GJ, et al. Social isolation. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2011, 1231, 17-22.

Samotność jako jedna z przyczyn depresji u osób starszych w krajach rozwiniętych

5. Pinquart M, Sörensen S. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 2001, 23(4), 245-266.
6. Chalise HN, Saito T, Takahashi M. Loneliness, social isolation, and health among older adults in Nepal. *Journal of Aging and Health*. 2016, 28(6), 1071-1095.
7. Ezeokonkwo F.C., Sekula K.L., Theeke L.A. Loneliness in Homebound Older Adults: Integrative Literature Review. *Journal Of Gerontological Nursing*, 2021, 47.8, 13-20.
8. Pinquart M, Sörensen S. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*. 2001, 23(4), 245-266.
9. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*. 2010, 40(2), 218-227.
10. Ogińska-Bulik N., Zadworna-Cieślak M., Rogala E. Rola zasobów osobistych w podejmowaniu zachowań zdrowotnych przez osoby w wieku senioralnym. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2015, 96.3, 570-577.
11. Santini ZI., Koyanagi A., Tyrovolas S., et al. The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2015, 175, 53-65.

Starzejące się społeczeństwo w kontekście ograniczonego dostępu do opieki geriatrycznej

Grzegorz Tarsa¹, Tomasz Król¹, Katarzyna Sudelska², Michalina Toborek²

1. Bonifraterskie Centrum Medyczne Katowice
2. Śląski Uniwersytet Medyczny Wydział Nauk Medycznych w Katowicach

WPROWADZENIE

Starzenie się populacji jest zjawiskiem globalnym, które szybko narasta, szczególnie w krajach rozwiniętych. Pod wpływem różnych czynników, do których zaliczyć można szybki wzrost liczby urodzeń po II wojnie światowej, wzrost oczekiwanej długości życia na świecie, czy spadek dzietności społeczeństw w krajach wysoko rozwiniętych - populacja się starzeje [1]. W 2013 roku 11% światowej populacji miało co najmniej 60 lat. Prognozy sugerują, że odsetek ten wzrośnie do 22% w roku 2050 [1]. Polska nie jest wyjątkiem w tym trendzie. Na koniec 2021 roku populacja osób starszych w Polsce wyniosła 9730,1 tys. i zwiększyła się w stosunku do roku poprzedniego o 0,2%. Od 2006 roku obserwuje się stały wzrost udziału osób starszych w populacji Polaków [2]. Starzejące się społeczeństwo stanowi poważne wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia, zwłaszcza dla tych gałęzi medycyny zajmujących się leczeniem oraz opieką nad populacją geriatryczną.

Geriatryka to dziedzina medycyny, która swoją uwagę skupia na problemach zdrowotnych osób powyżej 60 roku życia. Specjalizacja ta łączy w sobie wiedzę z wielu różnych specjalizacji, charakteryzując się tym samym kompleksowym podejściem do sztuki leczenia chorób, które występują w tej grupie wiekowej [3]. W Polsce od wielu lat geriatryka wpisana jest na listę tak zwanych specjalizacji deficytowych, czyli kluczowych dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa [4].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest ocena wpływu starzejącej się populacji na pogorszenie dostępu do świadczeń udzielanych w specjalności jaką jest geriatryka w Polsce.

Starzejące się społeczeństwo w kontekście ograniczonego dostępu do opieki geriatrycznej

W obliczu demograficznego przesunięcia w kierunku coraz starszej populacji postaramy się ocenić wyzwania przed jakimi stoją zarówno pacjenci geriatryczni jak i świadczeniodawcy. Poprzez syntezę istniejącej literatury oraz analizę danych praca ta ma na celu naświetlić problem starzejącego się społeczeństwa w kontekście ograniczeń obecnych w systemie ochrony zdrowia.

Szczegółowe cele pracy:

- Analiza trendów demograficznych na świecie ze szczególnym uwzględnieniem problemu starzejącego się społeczeństwa w kontekście Polski. Analizie zostaną poddane obecne dane oraz prognozy na przyszłość.
- Identyfikacja wyzwań i barier z jakimi starsi pacjenci spotykają się w dostępie do specjalistycznej opieki medycznej, w tym do opieki geriatrycznej. Przegląd literatury i dostępnych materiałów spróbuje określić czynniki ograniczające dostęp pacjentów w populacji geriatrycznej do opieki medycznej. Czynniki te mogą obejmować braki specjalistów geriatrici, nierównomierne rozmieszczenie usług, brak przyjaznej dla pacjenta infrastruktury oraz komunikacji.

MATERIAŁY I METODY

W niniejszej pracy przeglądowej wykorzystano systematyczne wyszukiwanie opublikowanego piśmiennictwa w celu zbadania wpływu starzenia się społeczeństwa na pogorszenie dostępu do świadczeń w specjalności geriatrici w Polsce.

Wyszukiwanie przeprowadzono w kilku bazach danych, w tym PubMed, Google Scholar i Cochrane Library, używając słów kluczowych takich jak "starzenie się populacji", "geriatrici", "dostęp do opieki zdrowotnej" i "Polska".

W pracy posłużono się również danymi statystycznymi dostępnymi na oficjalnych stronach rządowych.

Artykuły wybrane do tego przeglądu były recenzowane, opublikowane w języku angielskim lub polskim, dotyczyły starzenia się populacji w ujęciu globalnym, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji demograficznej w Polsce.

Dane demograficzne zostały przeanalizowane pod względem wpływu sytuacji związanej z demografią na dostęp do usług opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem dostępu do geriatrici w Polsce.

WYNIKI

Demografia

Według dostępnych danych aktualnie problem starzenia się populacji nie dotyczy jedynie krajów wysoko rozwiniętych, lecz także populacji krajów rozwijających się. W ujęciu globalnym coraz częściej dostrzega się, że problem ten rozciągnął się niemalże na cały świat [5].

Jako przykład społeczeństwa, które ulega szybkiemu starzeniu się, może posłużyć populacja Tajwanu, gdzie w ostatnich latach ilość osób starszych znacznie wzrosła. W roku 1993 na Tajwanie odsetek osób starszych w społeczeństwie wynosił 7%. W maju 2017 roku osoby starsze stanowiły niemalże 13,5% ogólnej populacji. Narodowa Rada Rozwoju prognozuje, że odsetek ten wzrośnie do ponad 20% w roku 2026 co sprawi, że Tajwan stanie się „społeczeństwem superstarzejącym się” [6]. Sytuacja w Unii Europejskiej również nie napawa optymizmem. Według danych dostępnych w raporcie PARP prawie co piąta osoba (19,4%) we wspólnocie UE, ma 65 lat i więcej [7]. W Polsce w 2021 roku został przeprowadzony spis powszechny ludności. Z danych opublikowanych na stronie Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że odsetek ludzi w wieku poprodukcyjnym w 2011 wynosił 16,9%, a w 2021 roku, aż 22,3%. Dane te wskazują, że w ciągu jednej dekady odsetek ludzi w wieku poprodukcyjnym wzrósł o 5,4 punktu procentowego [8].

Problemy populacji geriatrycznej

Specjalizacja z geriatrii oparta jest o specjalizację z chorób wewnętrznych poszerzoną o elementy psychiatrii, rehabilitacji, neurologii i innych dyscyplin klinicznych oraz socjologii i psychologii w zakresie tzw. chorób zależnych od wieku starszego, a zwłaszcza w aspekcie ich złożoności [9].

W geriatrii i gerontologii istnieje pojęcie tzw. „wielkich problemów geriatrycznych”, do których zalicza się upadki lub zaburzenia mobilności, nietrzymanie moczu i/lub stolca, upośledzenie wzroku i słuchu, zaburzenia otępienne, zaburzenia depresyjne. Pojęcie to zostało wprowadzone po to, by naświetlić istotne problemy, które często bywają lekceważone [10]. Kolejnym powszechnie funkcjonującym w geriatrii pojęciem jest „Frailty”. Odnosi się ono do występującego w populacji geriatrycznej zespołu kruchości, czyli stanu zwiększonej podatności na działanie czynników stresowych (endogennych oraz egzogennych), w wyniku zmniejszania rezerw fizjologicznych, jako następstwo zmniejszonej wydolności różnych

układów oraz wielosystemowej dysregulacji, co ogranicza zdolność utrzymania homeostazy organizmu. Konsekwencją zespołu kruchości jest zwiększona podatność na wystąpienie upadków, hospitalizacji, niepełnosprawności, czy też zgonu [11].

Dostępność do opieki geriatrycznej w Polsce

Według oficjalnych danych Naczelnej Izby Lekarskiej z 30.04.2023 w Polsce jest 574 lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie geriatrii z czego 560 to lekarze aktywnie praktykujący swój zawód [12].

W 2022 roku Najwyższa Izba Kontroli (NIK) opublikowała obszerny raport na temat funkcjonowania medycznej opieki geriatrycznej w Polsce. Kontrola przeprowadzona przez NIK w okresie od 1 stycznia 2017 roku do 6 października 2021 roku wykazała, liczne braki w funkcjonowaniu geriatrii w Polsce:

- W badanym okresie wskaźniki dostępności opieki geriatrycznej uległy pogorszeniu w pięciu województwach.
- W województwie świętokrzyskim na jednego lekarza specjalistę w dziedzinie geriatrii statystycznie przypadało aż 60 tys. pacjentów.
- Jakość świadczonych usług w dziedzinie geriatrii jest niezadowalająca (brak opracowanych standardów opieki geriatrycznej).
- Pomimo uznania od 2004 r. geriatrii za priorytetową dziedzinę medycyny oraz systematycznego wzrostu liczby dostępnych miejsc specjalizacyjnych, zmniejszyło się zainteresowanie lekarzy wyborem tej specjalizacji, a zamiar odbywania jej w trybie rezydentur deklarowało corocznie jedynie kilka osób.
- Głównym problemem skontrolowanych podmiotów leczniczych były niedobór personelu medycznego. Częstymi sytuacjami okazały się te, w których lekarze zatrudnieni na umowach cywilnoprawnych wykonywali swoje obowiązki przez ponad 24h, często w przedziale 31-35 godzin, a w skrajnym przypadku ponad 240h [13].

Według materiałów przygotowanych przez dr n. med. Katarzynę Broczek z Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego w Polsce w 2020r funkcjonowało jedynie 151 poradni geriatrycznych, które udzieliły 59,7 tys. porad lekarskich. To samo źródło wskazuje również na dramatyczne niedofinansowanie specjalistycznej opieki geriatrycznej w Polsce. W 2020 roku NFZ przeznaczył na geriatryczną specjalistyczną opiekę ambulatoryjną średnio 9zł i 7 groszy w przeliczeniu na osobę powyżej 60 roku życia [14].

Kolejnym ważnym problemem w populacji geriatrycznej, który może wpłynąć na

Starzejące się społeczeństwo w kontekście ograniczonego dostępu do opieki geriatrycznej

ograniczenie dostępu do opieki geriatrycznej jest zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w systemie ochrony zdrowia. Stanowi to istotny problem, dlatego należy szkolić personel medyczny w zakresie empatii i zrozumienia pacjenta geriatrycznego, a także zainteresować lekarzy i pielęgniarki w zakresie szkolenia podyplomowego w zakresie geriatrii [15].

Następną przeszkodą w dostępie do opieki medycznej, w tym do opieki geriatrycznej w Polsce jest tak zwane wykluczenie transportowe. Rzecznik Praw Obywatelskich zwraca uwagę na mocno ograniczony dostęp do transportu publicznego zwłaszcza na terenach wiejskich oddalonych od metropolii. Wykluczenie to przekłada się na ograniczony dostęp między innymi do opieki zdrowotnej, czy rehabilitacji medycznej [16]. W kontekście wykluczenia komunikacyjnego zwłaszcza na terenach wiejskich, na uwagę zasługuje fakt, że mieszkańcy wsi stanowią 40,2% polskiej populacji [8].

DYSKUSJA

Ustalenia zawarte w tej pracy przeglądowej podkreślają znaczący wpływ starzejącej się populacji na dostęp do usług medycznych w Polsce. Dostępność do medycznej opieki geriatrycznej w Polsce jest niewystarczająca, brakuje zarówno odpowiedniej ilości poradni geriatrycznych, jak i oddziałów. Kolejnym kluczowym aspektem ograniczającym dostęp do specjalistycznej opieki w dziedzinie geriatrii jest dramatyczny niedobór wyspecjalizowanej kadry medycznej. Rosnące zapotrzebowanie na usługi geriatryczne przy niskiej podaży spowodowały długi czas oczekiwania i niewystarczający dostęp pacjentów do specjalistycznych usług.

Wyzwania stojące przed starzejącą się populacją w Polsce wymagają większych inwestycji w infrastrukturę geriatrycznej opieki zdrowotnej oraz specjalistycznych szkoleń dla pracowników ochrony zdrowia w zakresie geriatrii. Kluczowym wydaje się natychmiastowe zwiększenie ilości miejsc specjalizacyjnych w dziedzinie geriatrii oraz stosowne zachęty, które zwiększyłyby ilość chętnych do podjęcia szkolenia w tej dziedzinie.

Niezwykle ważne jest, aby decydenci i świadczeniodawcy dostrzegli wyjątkowe potrzeby zdrowotne starzejącej się populacji w Polsce i podjęli kroki w celu rozwiązania stojących przed nimi wyzwań. Wdrożenie skutecznych polityk i strategii, w których priorytetem jest zwiększenie ilości wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej, rozbudowa niewystarczającej infrastruktury oraz poprawa dostępności do opieki medycznej, zwłaszcza na terenach wiejskich często wykluczonych komunikacyjnie.

WNIOSKI

Niniejsza praca pogładowa dostarcza dowodów na to, że starzenie się populacji negatywnie wpływa na dostęp do usług geriatrycznych w Polsce. Jednak zidentyfikowane wyzwania można przezwyciężyć dzięki większym inwestycjom w infrastrukturę geriatrycznej opieki zdrowotnej, zwiększonemu finansowaniu usług geriatrycznych oraz zwiększeniu ilości specjalistów w dziedzinie geriatrii. Takie działania poprawią dostęp do usług geriatrycznych i zapewnią, że starsze osoby otrzymają specjalistyczną opiekę i wsparcie, którego potrzebują, aby zachować zdrowie i dobre samopoczucie.

PIŚMIENNICTWO

1. Newgard CB, Sharpless NE. Coming of age: molecular drivers of aging and therapeutic opportunities. *The Journal of Clinical Investigation*. 2013, 123(3), 946-950.
2. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/2/4/1/sytuacja_osob_starszych_w_polsce_w_2021_r.pdf (data pobrania 25.05.2023).
3. <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/czym-zajmuje-sie-geriatria> (data pobrania 25.05.2023r.)
4. <https://podyplomie.pl/aktualnosci/08585,nowa-lista-specjalizacji-priorytetowych-na-jakie-dziedziny-stawia-resort> (data pobrania 25.05.2023).
5. Łobodzińska A. Starzejące się społeczeństwo wyzwaniem dla zrównoważonego rozwoju. *Prace Geograficzne*, 2016, 144, 127-142.
6. Hu HM. Facing an Aging Society: Taiwan's Universities in crisis. *Gerontology & Geriatrics Education*, 2020, 41(2), 233-241.
7. https://www.parp.gov.pl/storage/publications/pdf/Starzenie_sie_spoleczenstw.pdf (data pobrania 26.05.2023r.)
8. <https://stat.gov.pl/aktualnosci/informacje-o-wynikach-narodowego-spisu-powszechnego-ludnosci-i-mieszkan-2021,422,1.html> (data pobrania 27.05.2023).
9. <https://cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/pdf/0744-program-1-2018-D.pdf> (data pobrania 27.05.2023).
10. Zdziebło K. Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa. *Studia medyczne*, 2008, 9, 63-69.

11. Skalska A *Frailty* – zespół słabości. Coś więcej niż starzenie się. Medycyna Praktyczna
<https://www.mp.pl/geriatria/wytyczne/151562,frailty-zespol-slabosci-cos-wiecej-niz-starzenie-sie> (data pobrania 27.05.2023).
12. https://nil.org.pl/uploaded_files/1684479715_zakwiecien-2023-zestawienie-nr-04.pdf
(data pobrania 28.05.2023).
13. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,25632,vp,28405.pdf> (data pobrania 29.05.2023).
14. <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2022-03/Prezentacja%20-%20dr%20Katarzyna%20Broczek%20-%20Jak%20poprawia%20dost%C4%99pno%C5%9B%C4%87%20senior%C3%B3w%20do%20opieki%20geriatrycznej.pdf> (data pobrania 30.05.2023).
15. Cybulski M, Cybulski Ł, Krajewska-Kułak E, Orzechowska M, Szpakow A Ocena opieki geriatrycznej przez osoby w podeszłym wieku w wybranych krajach Europy Środkowo-Wschodniej Gerontologia Polska, 2016, 24, 269-277.
16. https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2021-10/Do_MRiRW_wykluczenie_komunikacyjne_3.10.2021.pdf (data pobrania 01.06.2023).

Couplepause - współczesne postrzeganie problemów seksualnych w związkach osób starzejących się

**Radosław Karaś^{1,2}, Konrad Barszczewski¹, Aleksandra Kępczyńska²,
Jakub Sulima², Kamil Górecki²**

1. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Propedeutyki Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Opiekun Koła: Dr n. Hum. Halina Kulik, Prof. SUM
2. Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Anatomii Prawidłowej, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

WSTĘP

Wraz z wiekiem organizm kobiety i mężczyzny doświadcza szeregu zmian, które mogą mieć wpływ na ich seksualność oraz relacje partnerskie. Niestety zmiany te często rozpatrywane są pojedynczo jako problem mężczyzny lub kobiety. Słusznym wydaje się jednak traktowanie tych zmian jako problemu pary. To właśnie ten wyjściowy punkt widzenia umożliwia poprawę jakości życia zarówno mężczyzny, kobiety, jak i ich związku.

CEL PRACY

Celem pracy było zwrócenie uwagi na problemy z jakimi zmagają się kobiety i mężczyźni oraz przedstawienie współczesnego podejścia do rozwiązywania tych problemów jako jedności, co jest określane mianem *copulepause*.

RYS HISTORYCZNY

Zagadnienia związane z seksualnością towarzyszyły człowiekowi już w epoce prehistorycznej. Doskonałym przykładem są słynne statuetki kobiet, nazywane imieniem *Wenus* np. *Wenus z Berekhat Ram* sprzed 233-800 tys. lat czy *Wenus Tan-Tan* sprzed 300-500

tys. lat. Statuetki pozbawione są wprawdzie rysów twarzy, lecz mają niezwykle podkreślone cechy płciowe [1].

Seksualność była również tematem rozważań najwybitniejszych greckich uczonych. Hipokrates przypisywał nasieniu niezwykłą rolę. Twierdził on, że „jeżeli człowiek traci nasienie, to traci ducha życia”, a co za tym idzie przypisywał wręcz chorobotwórczą rolę zbyt częstej masturbacji, polucjom czy stosunkom płciowym. Podobne poglądy głosili Platon i Alkmenon. Ten ostatni twierdził, że nasienie powstaje w mózgu, a każda ejakulacja wiąże się z utratą jego części [1].

W średniowieczu seksualność próbowano postrzegać wyłącznie w ramach prokreacyjnych. Same zachowania seksualne były z kolei poddawane srożej ocenie moralności i etyki narzuconej przez religię chrześcijańską i liczne inne wierzenia. W takich okolicznościach od XII wieku popularność zaczęły zyskiwać pasy cnoty mające zapobiegać wrodzonej "chutliwości" kobiet [1].

Prawdziwie naukowych opisów anatomii i fizjologii kobiecych i męskich narządów rozrodczych dokonywali Leonardo da Vinci (1452-1519), Andrzej Wesaliusz (1515-1564), Kasper Berthelsen (1585-1629) czy Regnier de Graaf (1641-1673) [1].

Postrzeganie problemów seksualnych jako „utrapienia” w związku proponowane jest przez seksuologów już od dawna. W zaburzeniach tego typu jako „pacjenta” należy postrzegać „związek”, nie zaś kobietę lub mężczyznę [2].

Konieczność afirmacji wpływu wieku na funkcje i zdolności seksualne, jako czynnika niezbędnego w skutecznej terapii par, została wyraźnie podkreślona już w 1990 r. przez Kaplana [3].

Nie sposób nie zauważyć, że podejście to jest proponowane w literaturze naukowej od wielu lat. Pomimo tego pogląd ten nie jest powszechnie przyjęty i stosowany. Zmiana punktu widzenia pozwoliłaby na skuteczniejsze rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów osób starszych się. Postępowanie zgodne z pojęciem *couplepause* powinno stać się standardem w praktyce lekarskiej ginekologów, urologów, lekarzy rodzinnych oraz lekarzy wszelkich innych specjalizacji.

CHARAKTERYSTYKA SEKSUALNOŚCI POLEK I POLAKÓW

Z przedstawionej w 2010 roku charakterystyki seksualności Polek i Polaków wynikają różnice terytorialne. Okazało się, że południowo-wschodnia część Polski ma w sobie

zakorzenione najbardziej tradycyjne zachowania. Z kolei podejście liberalne występuje w dużych miastach oraz w zachodniej części kraju. Duże różnice występują również w zależności od wieku. Przykładem jest podejście do seksu oralnego, który w populacji osób 60+ oceniany jest negatywnie, zaś w wśród młodzieży jest on powszechny [1].

Wśród cech charakterystycznych seksualności współczesnej Polki wymienia się: wstydlivość wobec masturbacji, przywiązywanie małej wagi do seksu, preferencja pozycji klasycznej i przywiązywanie małej wagi osiągnięciu orgazmu. Mężczyźni z kolei cenią kontakty seksualne, różnorodność pozycji oraz masturbację. Chłopcy uświadamiani są głównie przez swoich rówieśników i media [1].

ORGANIZM KOBIETY PO OKRESIE MENOPAUZY

Menopauza to czas w życiu kobiety, kiedy funkcja jej jajników wygasa. Intensywne zmiany hormonalne jakie następują, niosą wiele konsekwencji dla funkcjonowania całego organizmu kobiety [4]. W Polsce zakres wieku, w którym występuje menopauza naturalna wynosi 45–56 lat. Przy czym mediana wieku to 51,25 lat [5].

Po ostatnim cyklu miesięczkowym następuje znaczne obniżenie stężenia estrogenów (głównie 17β -estradiolu) w osoczu. Na znaczeniu zyskuje wtedy obwodowa konwersja androstendionu do estronu, a estronu do estradiolu. Odpowiedzialny za ten proces jest enzym dehydrogenaza 17-hydroksysteroidowa. Takiej konwersji ulega jednak tylko 5% estronu [6] i zachodzi ona głównie w tkance tłuszczowej [7]. Wbrew temu co mogłoby się wydawać, nadmiar estronu u kobiet po menopauzie nie jest zjawiskiem korzystnym. Jest to spowodowane tym, że zbyt wysokie stężenia tego hormonu zwiększają ryzyko rozwoju raka endometrium i krwawień z macicy (gdy jego stężenie wyniesie powyżej 70-75 pg/ml) [7]. Po menopauzie stężenie progesteronu również drastycznie się zmniejsza, ponieważ za jego syntezę przestaje odpowiadać ciało żółte i rola ta przypada jedynie korze nadnerczy [6].

W konsekwencji opisanych zmian czynnościowych w okresie pomenopauzalnym następuje zmniejszenie stężeń: 17β -estradiolu poniżej 30 pg/ml, testosteronu, androstendionu i dehydroepiandrosteronu (DHEA) oraz podwyższenie stężenia folikulotropiny (FSH) powyżej 30 jmi.

Następstwa menopauzy można podzielić na wczesne i późne. Do wczesnych objawów, zwanych zespołem klimakterycznym, należą uderzenia gorąca, zlewne poty, kołatania serca, bóle i zawroty głowy, problemy ze snem, wahania nastrojów, trudności w koncentracji

i zapamiętywaniu, przygnębienie mogące rozwinąć się w depresję [8,9]. Zwiększa się także ryzyko wystąpienia zespołu metabolicznego [10]. Wraz z upływem czasu w okresie pomenopauzalnym może rozwinąć się osteoporoza, choroba niedokrwienna serca, czy też choroba Alzheimera [11].

Jest to również czas, gdy kobieta martwi się o dorastające dzieci, które opuściły dom rodzinny (tzw. zespół pustego gniazda), choroby męża oraz o starzejących się rodziców [7].

SEKSUALNOŚĆ KOBIETY PO MENOPAUZIE

Okres pomenopauzalny i związany z tym hipostrogenizm często prowadzi do zmian zanikowych układu moczowo-płciowego kobiety. Najczęstszymi dolegliwościami są: suchość pochwy (22-55%), dyspareunia (32-41%), uczucie pieczenia w pochwie (10%) oraz nietrzymanie moczu (17-56%). Wymienione dolegliwości, gdy występują u kobiet z dłuższą abstynencją seksualną niefortunnie określane są w praktyce klinicznej jako “zespół wdowy” [1]. 53% kobiet w wieku 45-55 lat współżyje średnio raz w tygodniu. Jednak tylko 13,5% każdorazowo osiąga orgazm [12].

U kobiet po menopauzie zmniejsza się przepływ krwi przez naczynia pochwy i sromu. Konsekwencją tego jest zmniejszenie dopływu do tych narządów estrogenów, których stężenie już i tak jest niskie. Prowadzi to do suchości pochwy [1]. Nabłonek pochwy staje się cienki. Atrofia ta prowadzi do tworzenia się w niej licznych szczelin. To wszystko powoduje ograniczenie naturalnej bariery ochronnej i sprawia, że pochwa i srom stają się wrotami zakażenia dla drobnoustrojów chorobotwórczych [13]. Ponadto procesom tym towarzyszy niekorzystny wzrost pH w pochwie, co stanowi dodatkowy czynnik ryzyka infekcji bakteryjnych i grzybiczych [1,13]. Infekcje te spowodowane są głównie bakteriami migrującymi ze skóry sromu i okolicy odbytu (*Streptococcus sp.*, *Enterococcus sp.*, *E. coli*) [13], ale także *Candida spp.*, *Gardnerella vaginalis* [1].

Zaburzenia seksualne kobiet dzieli się na te związane z pożądaniem, podnieceniem i orgazmem [1]. Leczenie objawów polega na modyfikacji stylu życia (zaprzestanie palenia tytoniu, regularne stosunki płciowe) oraz stosowaniu preparatów nawilżających [14]. Korzystny wpływ ma także regularna, indywidualnie dopasowana aktywność fizyczna, która łagodzi objawy klimakterium oraz poprawia jakość życia seksualnego [15]. Pozytywny efekt przynoszą także regularne ćwiczenia mięśni dna miednicy (mięśni Kegla) [15,16]. Kiedy powyższe metody nie przynoszą wystarczającego skutku, można również zastosować

hormonalną terapię zastępczą [14], a w przypadku zaburzeń orgazmu małych dawek selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI) [1].

Oprócz dolegliwości fizycznych, wraz z wiekiem kobiety mogą tracić poczucie swojej atrakcyjności i negatywnie postrzegać siebie i własne ciało. Ucieczką od pojawiających się problemów nierzadko stają się książki obyczajowe lub pracoholizm [1]. Jest to tzw. okres negacji i przewartościowań [7].

ORGANIZM MĘŻCZYZNY W OKRESIE ANDROPAUZY

Andropauza (gr. *andras* - mężczyzna, *pause* - ustanie) to okres w życiu mężczyzny, kiedy w wyniku obniżenia stężenia testosteronu w surowicy, dochodzi do licznych zmian w jego organizmie [17]. Są to zmiany nie tylko fizyczne, lecz także psychiczne i emocjonalne. Andropauza występuje zazwyczaj u mężczyzn po 5. dekadzie życia [18]. Mężczyznom afirmacja tego stanu niejednokrotnie przychodzi z trudem. Wcześniej sprawne i silne ciało traci na swej kondycji. Osłabieniu mogą także ulec funkcje seksualne. Często pogarsza to nastrój mężczyzny i stanowi powód utraty wiary w swoje możliwości oraz obniżenie samooceny. Może to prowadzić nawet do utraty zdolności odczuwania przyjemności, określanej jako anhedonia [19]. Po raz pierwszy na konsekwencję tych zjawisk uwagę zwrócili w 1944 r. Hellers i Meyers [20].

Androgeny to męskie hormony płciowe. Wśród nich oprócz testosteronu, wyróżnia się androstendion oraz dihydrotestosteron (DHT) [21]. Ich źródłem są komórki Leydiga zlokalizowane w jądrach. Wraz z wiekiem w jądrach dochodzi do zmian histomorfologicznych: zmniejszenia liczby komórek Leydiga i Sertoliego czy pogrubienia błony podstawnej kanalików nasiennych [22]. Szacuje się, że roczny ubytek wydzielania testosteronu wynosi ok. 1% rocznie i rozpoczyna się od 30 r. ż. [17,19]. Andropauza wynika z obniżonego stężenia testosteronu w organizmie. Należy jednak podkreślić, że u ponad połowy mężczyzn po 50 r.ż. z obniżonym stężeniem tego hormonu, objawy andropauzy nie rozwijają się [23].

Wyjątkowe szerokie spektrum działania androgenów na organizm sprawia, że ich niedobór prowadzi do wielu zróżnicowanych objawów takich jak obniżone libido, brak energii, zaburzenia erekcji, zasypianie w porze obiadowej po posiłku, trudności z zapamiętywaniem, utratę owłosienia łonowego, smutek, zrzędlivość, pogorszenie wydajności pracy [24].

Organizm mężczyzny w okresie andropauzy jest także znacznie bardziej narażony na ryzyko rozwoju choroby Alzheimera, czyli najczęstszej choroby neurodegeneracyjnej mózgu,

która objawia się zaburzeniami pamięci oraz utratą części funkcji poznawczych. Przyczyną tych niekorzystnych zmian jest odkładanie się w mózgu β -amyloidu oraz uszkodzenia budowy białka tau w neuronach poprzez nadmierną fosforylację [25]. Mężczyźni z obniżonym stężeniem testosteronu są na to schorzenie szczególnie narażeni, ponieważ testosteron hamuje działanie korzystnego enzymu jakim jest β -sekretaza, co zwiększa odkładanie się β -amyloidu w mózgu [26]. Ponadto niedobór DHT sprawia, że dochodzi do słabszego pobudzenia odczytywania genu dla białka neprylizyny, co prowadzi do wzmożonego odkładania się β -amyloidu w mózgu [27].

SEKSUALNOŚĆ MĘŻCZYZNY W ANDROPAUZIE

Zmniejszające się wraz z wiekiem stężenie testosteronu we krwi mężczyzn często wiąże się z wieloma problemami sfery seksualnej. Powszechne objawy to zaburzenia erekcji, obniżone libido, problemy z przeżywaniem orgazmu oraz ejakulacją. Częstość i nasilenie tych problemów koreluje ze stężeniem testosteronu i wiekiem mężczyzny. Zaburzenia erekcji występują u ok. 10% mężczyzn w wieku 40-49 lat, u 20% mężczyzn w wieku 50-59 lat i u ok. 37% w wieku 60-69 lat [28]. Gdy poziom testosteronu obniża się do wartości poniżej 140 ng/dl prowadzi do upośledzenia nocnych i pobudzanych psychicznie erekcji [29]. Warto mieć na uwadze, że zaburzenia wzwodu u mężczyzn po 30. r.ż mogą zwiastować choroby układu krążenia [30].

W procesie erekcji szczególną rolę fizjologiczną odgrywa tlenek azotu II (NO). Pobudza on w pierwszej kolejności cyklazę guanylanową, a ta z kolei poprzez tworzenie cGMP, aktywuje kinazę białkową G. Efektem końcowym jest rozszerzenie naczyń (wazodylatację) doprowadzających krew do prącia i erekcję. Wspomniany cGMP jest rozkładany przez enzym fosfodiesterazę typu 5, dla której gen zlokalizowany jest na chromosomie 4. Doprowadza on do obniżenia efektu erekcji [31]. Dlatego też w leczeniu zaburzeń erekcji duże znaczenie mają inhibitory tego enzymu w postaci leków: awanafil, sildenafil, wardenafil, tadalafil. Podczas ich zalecania oraz stosowania należy jednak mieć bezwzględnie na uwadze to, że ich rola ogranicza się do poprawy erekcji. Nie ma jednak wpływu na pozostałe, często dotkliwe objawy andropauzy [28].

Inną objawową metodą leczenia zaburzeń erekcji jest aparat wspomagający erekcję (VED), który powoduje pasywny napływ krwi do ciał jamistych prącia, co w połączeniu z pierścieniem zaciskającym umieszczonym u podstawy prącia daje efekt erekcji na ok. 20-30

minut. Ostateczną formą leczenia jest zabieg chirurgiczny polegający na wszczepieniu implantu prącia [30].

Pomimo tego, że w przeciwieństwie do kobiet, mężczyźni fizjologicznie zachowują zdolności reprodukcyjne przez całe swoje życie, to należy mieć na uwadze, że wraz z wiekiem zmieniają się jednak parametry nasienia. Zjawisko to przyjmuje postać zmniejszenia liczby ruchliwych plemników lub zmniejszenia objętości nasienia podczas ejakulacji [32]. Często przyczyną jest łagodny rozrost gruczołu krokowego. Dotyka on nawet 50% mężczyzn po 50 r.ż., a jego konsekwencją może być zmniejszenie objętości ejakulatu, obniżenie stężenia fruktozy (materiał energetyczny dla plemników), wzrost stężenia miedzi, wapnia, cynku i siarki. Co więcej, późne ojcostwo ma częściej negatywny wpływ na zdrowie potomstwa [30].

Słowo “impotencja” nie jest terminem medycznym i nie zaleca się jego stosowania. Jego brzmienie zawsze ma podtekst pewnego oskarżenia wobec mężczyzny. Aktualnie używa się sformułowania “zaburzenia erekcji”. Jednak i ono sugeruje, że problem leży w “hydraulicce” i dotyczy wyłącznie mężczyzny i jego penisa. Nie jest to pełną prawdą. Dysfunkcja w tym zakresie może mieć bardzo zróżnicowane podłoże. Zawsze jednak z łatwością prowadzi do wielu negatywnych emocji u mężczyzny i w związku. Utrata pewności siebie, obniżona samoocena, a także lęk, panika i strach, że stan ten utrzymywać się będzie do końca życia, to tylko niektóre z myśli, które mogą zrodzić się w głowie mężczyzny [33].

DLACZEGO POJĘCIE COUPLEPAUSE JEST TAK WAŻNE?

O konieczności zwiększenia świadomości lekarzy i społeczeństwa na temat seksualności w związkach świadczy wiele danych. Badanie przeprowadzone przez Nappi i wsp. wykazało, że aż 28% kobiet nie powiedziało swoim partnerom, gdy podczas stosunku seksualnego po raz pierwszy odczuły dyskomfort w pochwie. Fakt ten argumentowały głównie stwierdzeniem, że jest to naturalny element starzenia się (52%) oraz zawstydzeniem (21%). W kontekście dyskusji na temat *couplepause* znamienne jest, że aż 82% partnerów tych kobiet chciało, żeby ich partnerki poinformowały o dyskomforcie podczas seksu. Konsekwencją atrofii pochwy jest zazwyczaj rzadsze uprawianie seksu, czerpanie mniejszej satysfakcji z seksu oraz odkładanie go w czasie [34].

Zaburzenia erekcji z łatwością prowadzą do obniżenia samooceny mężczyzny. Zmniejszenie zainteresowania seksem lub niemożność współżycia może wpływać na zdrowie psychiczne partnerki. Kobieta może zacząć kwestionować własną atrakcyjność i umiejętności.

Lekarze często postrzegają problem zaburzeń erekcji jako problem wyłącznie medyczny, kobiety z kolei niejednokrotnie opisują zmiany w związku wynikające z tych zaburzeń jako zanikającą miłość. Zaburzenia erekcji mogą wywoływać u mężczyzny złość i wściekłość na samych siebie, a emocje te mogą być także rzutowane na partnerkę. Z drugiej zaś strony kobieta może czuć złość na siebie lub partnera. Niezależnie od ścieżki, skutki mogą być wyjątkowo złe dla ogólnej relacji partnerów w związku [33].

Zaangażowanie kobiet w aktywność seksualną zmniejsza się po tym jak u ich partnera zaczęły występować zaburzenia erekcji. Jednocześnie odsetek kobiet, które doświadczały pożądania seksualnego, podniecenia i orgazmu „prawie zawsze” lub „większość razy” był istotnie wyższy w grupie, której partnerzy stosowali obecnie inhibitor fosfodiesterazy 5 [35], co świadczy o niezwyklej roli tych leków w poprawie satysfakcji z życia seksualnego starszych par. Niestety aż 50% mężczyzn zmaga się z zaburzeniami erekcji przez 2 lata, zanim zasięgnie porady eksperta [36]!

Kobiety czasami zwracają uwagę, że zaburzenia erekcji ich partnera nie miały negatywnego wpływu na ich ogólną relację. Wskazywały jednak na wysoką wartość emocjonalną w tych związkach. Na część kobiet zaburzenia erekcji ich partnera miało jednak niekorzystny wpływ. Zdarza się bowiem, że w takich sytuacjach kobiety próbują domyślić się przyczyny takiego stanu, a ich myślenie nie jest nakierunkowane na aspekty medyczne i fizjologiczne, co znacznie pogarsza ich samopoczucie i zdrowie psychiczne. Badanie O'Connor i wsp. wykazało, że niektóre kobiety napotykając taki problem w związku kwestionują własną atrakcyjność, wierność partnera, a w konsekwencji nawet zastanawiają się czy ich związek ma sens dalszego bytu [37].

Okazuje się jednak, że zaburzenia erekcji mogą, w ocenie części kobiet, prowadzić do poprawy stosunków intymnych w ich związku. Wynika to z mniejszej koncentracji na osiągnięciu orgazmu, a poświęceniu większej uwagi na przykład na przytulanie się i bliskość [38].

COUPLEPAUSE – JAK POSTĘPOWAĆ?

W celu prawidłowego i kompleksowego rozpoznania problemów seksualnych w parze, należy w pierwszej kolejności przeprowadzić rozmowę osobno z partnerką i partnerem. Kolejnym krokiem jest rozmowa i postępowanie z parą, będącą w gabinecie razem. Tematy z zakresu seksualności pacjentów, często wzbudzają zawstydzenie, niechęć lub blokadę

w rozmowie. Z tego powodu lekarz musi wykazać się szczególną cierpliwością i zrozumieniem. Ważnym elementem jest umiejętne operowanie pytaniami otwartymi i zamkniętymi. Należy bezwzględnie pamiętać, aby podczas rozmowy z parą nie ujawnić informacji, które zostały pozyskane podczas indywidualnej rozmowy, a których ujawnienia nie życzy sobie jedno z pacjentów.

Praktyczną wskazówką jest także unikanie stosowania żargonu i terminologii medycznej lub dokładne i przystępne tłumaczenie używanych pojęć. Należy także wystrzec się czynienia zbyt pochopnych założeń [39].

Należy mieć na uwadze, że objawy oraz informacje zgłaszane przez pacjentów są subiektywne. Salazar-Molina i wsp. wykazali, że mężczyźni wykazują w takich rozmowach tendencję do przeceniania zadowolenia z życia seksualnego swoich partnerek, podczas gdy kobiety wykazują tendencję do zaniżania oceny satysfakcji swoich partnerów [40].

Na funkcje seksualne wpływ wykazuje niezwykle wiele czynników zarówno fizycznych, jak i psychicznych. Są to m.in. długość trwania związku, spożywany alkohol, romanse pozamałżeńskie, depresja [41], kłótnie w parze oraz konflikty rodzinne [42].

Pacjentom warto uświadomić, że na świecie co czwarty mężczyzna w pewnym momencie swojego życia zmaga się z zaburzeniami erekcji [43]. Również podczas wizyty pary w gabinecie należy ponownie zapewnić o tym, że problemy seksualne są powszechne a ich leczenie i wyleczenie jest możliwe [39]. Wiedza ta może uspokoić pacjenta, zmniejszyć jego lęk i obawy oraz wprowadzić element pozytywnego myślenia. Jest to ważne z punktu widzenia komfortu pacjenta, ale także efektywności dalszej terapii i leczenia.

Podczas włączania leczenia farmakologicznego zaburzeń erekcji, warto zalecić pacjentowi, aby poinformował on o takim wdrożeniu swoją partnerkę lub zalecić wspólną wizytę w gabinecie lekarskim. Jest to zalecane, ponieważ tak nagła poprawa erekcji może wywołać niepokój u partnerek. Szczególnie jest to możliwe po długim czasie abstynencji seksualnej [44]. Takie podejście zgodne z paradygmatem *couplepause* może być szczególnie ważne w sytuacji, kiedy partnerka nie odczuwa wysokiego popędu seksualnego lub dotykają ją dyskomfort podczas stosunku np. ból. Farmakologiczna poprawa erekcji partnera mogłaby w takiej sytuacji negatywnie wpłynąć na relacje w związku.

Terapia *couplepause* sprowadza się do multidyscyplinarnego spojrzenia na problemy seksualne występujące w związku. Wyznaczane cele powinny być stopniowe i osiągalne. Drobne, ale systematyczne kroki zwiększają szansę na powodzenie, skuteczność terapii i szczęście partnerów [45].

Z inicjatywy prof. Marii Beisert i prof. Zbigniewa Lew-Starowicza w Polsce powstał nowy zawód medyczny. Jest nim specjalizacja z psychoseksuologii, którą mogą uzyskać absolwenci psychologii [46]. Jest to kolejny niezwykle ważny moment w rozwoju polskiej opieki seksuologicznej po tym, gdy 13 maja 1962 r. prof. Imieliński jako pierwszy lekarz w Polsce uzyskał specjalizację z seksuologii.

PODSUMOWANIE

Problemy seksualne osób starszych występują powszechnie a wraz z wiekiem częstość ich występowania narasta. Indywidualne podejście do pacjenta lub pacjentki może prowadzić do pozornego rozwiązania problemu. Skuteczne leczenie powinno przyjmować formę terapii skierowanej i dobranej do pary, z uwzględnieniem wspólnych oczekiwań.

PIŚMIENNICTWO

1. Lew-Starowicz M., Skrzypulec V.: Podstawy Seksuologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
2. Masters W. H., Johnson V. E.: Human sexual inadequacy. Bantam Books, 1980.
3. Kaplan H.S.: Sex, intimacy, and the aging process. Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 1990, 18(2), 185-205.
4. World Health Organization. Research on the menopause in the 1990s: report of a WHO scientific group. 1996, 866, 1–107.
5. Kaczmarek M.: Określenie wieku menopauzy naturalnej w populacji polskich kobiet. Przegląd Menopauzalny, 2007, 2, 77–82.
6. Al-Azzawi F, Palacios S.: Hormonal changes during menopause. Maturitas, 2009, 20, 63(2), 135-7.
7. Skabała P.: Endokrynologia ginekologiczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
8. López-Baena M. T., Pérez-Roncero G. R., Pérez-López F. R., Mezones-Holguín E., Chedraui P.: Vitamin D, menopause, and aging: quo vadis?. Climacteric, 2020, 23(2), 123-129.
9. Fuentes N, Silveyra P.: Estrogen receptor signaling mechanisms. Advances in Protein Chemistry and Structural Biology, 2019, 116, 135-170.

10. Mumusoglu S., Yildiz B. O.: Metabolic syndrome during menopause. *Current Vascular Pharmacology*, 2019, 17(6), 595-603.
11. Suchecka-Rachoń K., Rachoń D.: Rola hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) u kobiet w okresie pomenopauzalnym. *Choroby Serca i Naczyń*, 2005, 2(3), 115–124.
12. Kremska A.: Potrzeby i reakcje seksualne kobiet w wieku okołomenopauzalnym. *Seksuologia Polska*, 2020, 18, 25–32.
13. Sobczuk A., Wrona M., Pertyński T.: Stany zapalne pochwy u kobiet w wieku menopauzalnym. *Przegląd Menopauzalny*, 2007, 3, 155-161.
14. Drews K., Pieńkowski W., Perlik M.: Atrofia pochwy–diagnostyka i leczenie. *Przegląd Menopauzalny*, 2005, 5, 16-23.
15. Dąbrowska J., Naworska B., Dąbrowska-Galas M., Skrzypulec-Plinta V.: Rola wysiłku fizycznego w okresie menopauzy. *Przegląd Menopauzalny*, 2012, 11(6), 445-448.
16. Wiśniewska A., Napierała M., Pezala M., Zukow W.: Wpływ aktywności fizycznej na psychomotorykę kobiet w okresie menopauzy. *Journal of Health Science*, 2014, 4(14), 257-272.
17. Effiom B. E., Ebuara M. O., Ekwok M. L., Bassey Q. B., Asuquo P. N.: Exploring the Treatment, Symptoms and Management of Male Andropause: The Analysis of Guidance and Counselling Imperative as Sub-Normality in Men. *International Journal of Health and Pharmaceutical Research*, 2022, 7(2), 39-45.
18. Seidman S.N.: Normative hypogonadism and depression: does ‘andropause’ exist? *International Journal of Impotence Research*, 2006, 18, 415–422.
19. Jakiel G., Makara-Studzińska M., Ciebia M., Słabuszewska-Jóźwiak A.: Andropause – state of the art 2015 and review of selected aspects. *Przegląd Menopauzalny*, 2015, 14(1), 1-6.
20. Heller C. G., Myers G. B.: The male climacteric, its symptomatology, diagnosis and treatment. *Journal of the American Medical Association*, 1944, 126, 472-477.
21. Samaras N., Frangos E., Forster A., Lang P. O., Samaras D.: Andropause: A review of the definition and treatment. *European Geriatric Medicine*, 2012, 3, 368–373.
22. Stas S. N., Anastasiadis A. G., Fisch H., Benson M. C., Shabsigh R.: Urologic aspects of andropause. *Urology*, 2003, 61(2), 261-266.
23. Araujo A. B., Esche G. R., Kupelian V., O'Donnell A. B., Travison T. G., et al.: Prevalence of symptomatic androgen deficiency in men. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2007, 92(11), 4241-4247.

24. Wu C. Y., Yu T. J., Chen M. J.: Age related testosterone level changes and male andropause syndrome. *Chang Gung medical journal*, 2000, 23, 348-353.
25. Ahmad M. H., Fatima M., Mondal A. C.: Role of hypothalamic-pituitary-adrenal axis, hypothalamic-pituitary-gonadal axis and insulin signaling in the pathophysiology of Alzheimer's disease. *Neuropsychobiology*, 2019, 77(4), 197-205.
26. McAllister C., Long J., Bowers A., Walker A., Cao P., et al.: Genetic targeting aromatase in male amyloid precursor protein transgenic mice down-regulates β -secretase (BACE1) and prevents Alzheimer-like pathology and cognitive impairment. *Journal of Neuroscience*, 2010, 30(21), 7326-34.
27. Yao M., Nguyen T. V., Rosario E. R., Ramsden M., Pike C. J.: Androgens regulate neprilysin expression: role in reducing β -amyloid levels. *Journal of neurochemistry*, 2008, 105(6), 2477-88.
28. Jannini E. A., Nappi R. E.: Couplepause: a new paradigm in treating sexual dysfunction during menopause and andropause. *Sexual Medicine Reviews*, 2018, 6(3), 384-395.
29. Jarecka, K., Bielawska-Batorowicz, E.: Andropauza – efekt zmian w drugiej połowie życia. W: Dzieciatkowska U, Otocka B (red.). *Andropauza czy kryzys wieku średniego. Jakość życia mężczyzn 50+*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2021, 11-30.
30. Słowikowska-Hilczner J.: *Andrologia. Zdrowie mężczyzny od fizjologii do patologii*. PZWL, Warszawa 2021.
31. Samidurai A., Xi L., Das A., Kukreja R. C.: Beyond erectile dysfunction: cGMP-specific phosphodiesterase 5 inhibitors for other clinical disorders. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 2023, 63, 585-615.
32. Inegbenebor U., Ebomoyi M. I.: Andropause: can it be properly diagnosed." *Journal of Medical Science*, 2010, 1(12), 557.
33. Quilliam S.: Erectile dysfunction: a couple problem. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2007, 33(1), 61.
34. Nappi R. E., Kingsberg S., Maamari R., Simon J.: The CLOSER (Clarifying Vaginal Atrophy's Impact On Sex and Relationships) Survey: Implications of Vaginal Discomfort in Postmenopausal Women and in Male Partners. *The journal of sexual medicine*, 2013, 10(9), 2232-2241.
35. Fisher W. A., Rosen R. C., Eardley I., Sand M., Goldstein I.: Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: the female experience of men's

- attitudes to life events and sexuality (FEMALES) study. The journal of sexual medicine, 1005, 2(5), 675-684.
36. Haro J. M., Beardsworth A., Casariego J., Gavart S., Hatzichristou D., et al.: Treatment-seeking behavior of erectile dysfunction patients in Europe: results of the Erectile Dysfunction Observational Study. The journal of sexual medicine, 2006, 3, 530–540.
 37. O'Connor E. J., McCabe M. P., Conaglen H. M., Conaglen J. P.: Attitudes and experiences: qualitative perspectives on erectile dysfunction from the female partner. Journal of health psychology, 1012, 17(1), 3-13.
 38. Conaglen H. M., Conaglen J. V.: The impact of erectile dysfunction on female partners: A qualitative investigation. Sexual and relationship therapy, 2008, 23(2), 147-156.
 39. Bręborowicz G. H., Rechberger T.: Ginekologia 2. PZWL, Warszawa 2020.
 40. Salazar-Molina A., Klijn T. P., Delgado J. B.: Sexual satisfaction in couples in the male and female climacteric stage. Cadernos de saude publica, 2015, 31, 311-320.
 41. Corona G., Petrone L., Mannucci E., Magini A., Lotti F., et al.: Assessment of the relational factor in male patients consulting for sexual dysfunction: the concept of couple sexual dysfunction. Journal of andrology, 2006, 27(6), 795-801.
 42. Boddi V., Fanni E., Castellini G., Fisher A. D., Corona G., et al.: Conflicts within the family and within the couple as contextual factors in the determinism of male sexual dysfunction. The journal of sexual medicine, 2015, 12(12), 2425-2435.
 43. 'Sex and the Modern Man'. A report based on a global survey commissioned by Bayer HealthCare, 2005. <http://www.vitalsexual.com> [Accessed 12 October 2006].
 44. Dean J., Rubio-Aurioles E., McCabe M., Eardley I., Speakman M., et al.: Integrating partners into erectile dysfunction treatment: improving the sexual experience for the couple. International journal of clinical practice, 2008, 62(1), 127-133.
 45. Bitzer J., Platano G., Tschudin S., Alder J. Sexual counseling in elderly couples. The Journal of Sexual Medicine, 2008, 5(9), 2027-2043.
 46. Lew-Starowicz M.: Psychoseksuologia. Metody diagnostyczne i terapeutyczne. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2022.

**PROBLEMY OPIEKI
PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ
I PERINATALNEJ**



Mastektomia... i co dalej?

Emilia Reguła, Elżbieta Sobaszek

Uniwersytet Opolski, Wydział Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

Rak piersi jest jednym z nowotworów o największym stopniu zapadalności i śmiertelności wśród kobiet w Polsce, równocześnie z niezbyt szerokim stopniem świadomości. Obecnie w Polsce, pomimo zmniejszenia stopnia śmiertelności w innych krajach Europy, śmiertelność na raka piersi wciąż rośnie. Metody oraz wiedza o sposobach profilaktyki tego nowotworu, pomimo licznych promocji, wciąż nie jest zapewniona na wystarczającym poziomie. Niesie to za sobą pewne konsekwencje, socjalne jak i ekonomiczne związane z kosztami i długością leczenia w zależności od stadium choroby. Ponadto, kobiety z nowotworem piersi często chorują na choroby współistniejące i nie korzystają z bezpłatnych środków profilaktyki. Ma na to też wpływ fakt, że coraz więcej kobiet w wieku 45-69 lat zapada na nowotwór. Powoduje to, że gdy kobiety są zajęte pracą i rodziną, nie mają czasu na rozmyślanie o swoim stanie zdrowia. Dodatkowo, presja wywierana przez social media jak i przemysł kosmetyczny, sprawiają, że wzięcie pod uwagę takich zabiegów jak mastektomia czy samo przyznanie się do choroby dotyczących jeden z symboli kobiecości jakimi są piersi, obniża stopień dociekliwości kobiet o swoim stanie zdrowia.

NOWOTWÓR PIERSI

Nowotwór definiuje się jako niekontrolowane podziały komórek, które uległy mutacji genetycznej, pochodzące z prawidłowo rozwiniętych tkanek organizmu. Dokładna przyczyna powstawania nowotworów nie została jeszcze odkryta, jednak wiadomo jakie czynniki wpływają na zwiększone ryzyko wystąpienia mutacji genetycznych pozwalających na powstanie nieprawidłowej tkanki [1].

Nowotwory można klasyfikować według różnych sposobów, ale obecnie stosuje się

klasyfikację bazując na ich histopatogenezie.

Z tego względu wyróżnia się: nowotwory zarodkowe, nowotwory nabłonkowe oraz nowotwory nie nabłonkowe [2].

Do nowotworów zarodkowych należą nowotwory, które powstały z multipotencjalnych komórek macierzystych gonad, nazywane też nowotworami germinalnymi. Do tego rodzaju nowotworów nie zalicza się nowotworu choristoma, który jest uznawany za odprysk heterotopowy oraz błędniaka, czyli tkanek imitujących nowotwór ale nie będących nowotworem [2].

Nowotwory nabłonkowe dzieli się na nowotwory niezróżnicowane, zróżnicowane narządowo (przykładowo rak wątrobowokomórkowy), zróżnicowane z uwzględnieniem pochodzenia tkanki nabłonkowej od jednego z trzech listków zarodkowych (ektoderma, endoderma i mezoderma) [2].

Nowotwory nienabłonkowe dzieli się na mezenchymalne, mezodermalne, zróżnicowane i niezróżnicowane [2].

Ponadto nowotwory mezenchymalne można podzielić według kryteriów klinicznych na kostniakomięsaki i mięsaki tkanek miękkich [2].

Mięsaki tkanek miękkich dzieli się według Suenna na nowotwory drobno-okrągłokomórkowe, nowotwory pleomorficzne oraz nowotwory wrzecionowatokomórkowe. Wyróżnia się też nowotwory tkanki barwnikotwórczej, tkanki paragangialnej i nerwowej [2].

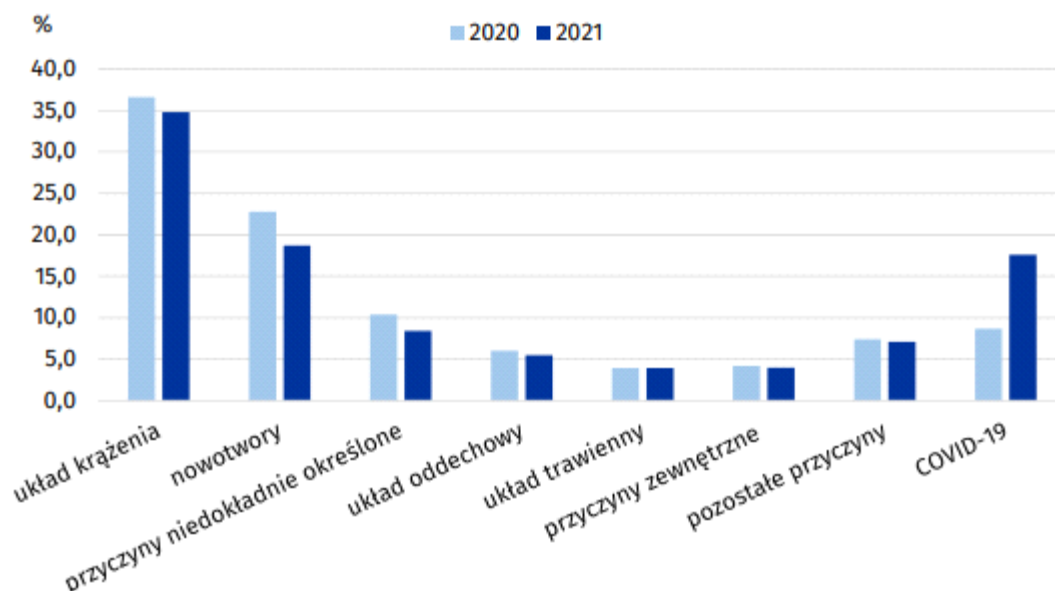
Z kolei nowotwory lite można klasyfikować według skali TNM. Każda litera skrótu pochodzi od pierwszych liter trzech łacińskich słów – tumor, nodes, metastasis [2].

Słowo tumor, w odniesieniu do skali TNM, odnosi się do wielkości guza pierwotnego. Rozmiar guza opisuje się w skali od 0 do 4, przy czym jeśli nie jest możliwe wykrycie guza pierwotnego, oznacza się wtedy rozmiar jako X [3]. Słowo nodes określa stopień rozprzestrzenienia się nowotworu do pobliskich węzłów chłonnych. Zwykle używa się skali od 0 do 3, lecz przy niektórych nowotworach skalę zmniejsza się o jeden lub dwa stopnie [3]. Słowo metastasis oznacza obecność przerzutów do odległych części ciała. W tym przypadku stosuje się skalę od 0 do 1 [3].

Epidemiologia

Według Głównego Urzędu Statystycznego, w Polsce w roku 2021, nowotwory znajdują się na drugim miejscu pod względem umieralności, będąc poprzedzane tylko przez choroby układu krążenia [4],

Mastectomia... i co dalej?



Rycina 1. Zgony według przyczyn, źródło [4]

Nowotwory złośliwe stanowią przyczynę około 18% zgonów kobiet i około 22% zgonów mężczyzn w 1996 roku, na które składa się grupa złożona z sześćdziesięciu chorób. Zależnie od płci, inne rodzaje nowotworów u innym umiejscowieniu są odpowiedzialne za większość zgonów [4,5].

Według dostępnych danych, u mężczyzn nowotwór złośliwy płuca stanowi największy odsetek jako przyczyna zgonów, a u kobiet jest to nowotwór złośliwy piersi [5].

Wśród populacji Polski, znacznie zwiększa się śmiertelność na nowotwory złośliwe, bez względu na płeć. Jednak to mężczyźni umierają częściej na nowotwory niż kobiety. Na różnicę umieralności pomiędzy płciami może mieć wpływ większa promocja zachowań profilaktycznych nakierowana na kobiety – dni świadomości o raku piersi, liczne organizacje charytatywne oraz akcje mające na celu nauczanie zachowań prewencyjnych. Do takich można zaliczyć projekty edukacyjne w szkołach podstawowych na temat samodzielnego badania piersi czy znaczenia badania szyjki macicy. Ponadto w Polsce kobietom w wieku 50-69 przysługuje bezpłatna mammografia. Tego samego niestety nie można powiedzieć o profilaktyce nowotworów u mężczyzn. Profilaktyka narządów płciowych nie jest rozgłaszana ani promowana, a pozostałe nowotwory często też są ignorowane. Państwo podejmuje różnorodne inicjatywy mające na celu zwiększenie świadczeń profilaktycznych, jednak sporo osób dalej nie wie o przysługującym im świadczeniach. Ponadto dostępność do lekarzy specjalistów w Polsce refundowanych przez NFZ nie należy do najlepszych w Europie. Niska świadomość oraz brak dostępnych specjalistów sprawia, że wiele osób ignoruje badania profilaktyczne,

a nawet pierwsze objawy mogące poprzedzać pogorszenie się stanu zdrowia.

Rodzaje, etiologia i patogeneza

Nowotwory można podzielić na wiele rodzajów pod różnymi względami. Najczęściej dzieli się je ze względu na rodzaj tkanek, z których się wywodzą – raki, mięsaki, chłoniaki, nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz czerniaki. Można też podzielić je biorąc pod uwagę ich charakter i stopnie zaawansowania – łagodne i złośliwe, zaawansowane w skali od 1 do 4 [1,2,3].

Dokładne przyczyny powstawania nowotworów nie są poznane, jednak znamy czynniki ryzyka i proces powstawania nowotworu. Wiadomo, że około 80-90% nowotworów złośliwych powstaje przez wpływ czynników karcynogennych, czyli zewnętrznych. Najczęściej w badaniach styl życia i dieta są wskazywane jako czynniki o największym znaczeniu w powstawaniu nowotworu. Do kolejnych czynników zalicza się palenie tytoniu, spożycie alkoholu i dieta [5].

Do czynników ryzyka zalicza się także wszelki kontakt z substancjami rakotwórczymi oraz szkodliwym promieniowaniem, które może uszkodzić materiał genetyczny w komórce. Sposób odżywiania ma jeden z największych wpływów na występowanie zmian nowotworowych. Dieta ma wpływ także podczas okresu rozwoju nowotworów – karcynogenezy. Dieta bogata w tłuszcz sprzyja powstawaniu nowotworów piersi, gruczołu krokowego, jelita grubego i płuca. Ponadto, w przetworzonej żywności, pomimo wielu prawnych zakazów, nadal występują substancje rakotwórcze. Co prawda w małych ilościach nie powinny być szkodliwe, jednak ich obecność w wielu pokarmach sprawia, że zwiększa się rzeczywista ilość spożytych substancji szkodliwych [5].

Do kolejnych czynników należy palenie tytoniu, które sprzyja powstawaniu nowotworów płuc, jamy ustnej, gardła, krtani i przełyku.

Picie alkoholu w większych ilościach także sprzyja powstawaniu nowotworów, szczególnie wątroby. Ponadto życie w długotrwałym stresie oraz narażanie się na szkodliwe promieniowanie nadfioletowe. Proces powstawania nowotworu jest nazywany karcynogenezą. Proces ten dzieli się zwykle na pięć etapów, podczas których nowotwór powstaje, rozrasta się i „rozsiewa się” po organizmie. Ogniska nowotworowe, które powstały na skutek transportu komórek nowotworowych do innych części ciała są nazywane przerzutami [5].

Do powstania nowotworu potrzebne jest zaistnienie odpowiednich warunków. Ponieważ układ odpornościowy człowieka wyewoluował mając na celu walkę z wszelkimi zagrożeniami, zwykle organizm jest w stanie zatrzymać powstawanie nowotworu. Dlatego

komórki, które zostały poddane aktywacji przez karcynogen i przechodzą do fazy aktywacji, są zwykle wykrywane przez organizm. Do naturalnych zachowań ochronnych organizmu należy sposób działania komórki, która została genetycznie zmieniona poprzez czynnik zewnętrzny lub wewnętrzny. Czynnik ten nazywa się karcynogenem. Komórki, które uległy mutacji genetycznej, są zaprogramowane by ulec samozniszczeniu gdy uszkodzenia są zbyt duże, by komórka była je w stanie samodzielnie naprawić. Organizm posiada również komórki NK (ang. *natural killer*), które mają za zadanie między innymi wyszukiwanie komórek nieprawidłowych i ich zniszczenie. Mechanizmów takich jak wyżej organizm posiada w dużych ilościach, jednak nawet tak skomplikowana maszyna popełnia błędy. Jeśli komórka w fazie aktywacji nie została zniszczona, następuje faza promocji [5]. Gdy zmian w genomie komórki następuje zbyt dużo, lub jeśli komórka nowotworowa nie zostanie zauważona i zniszczona, zaczyna się ona namnażać niekontrolowanie. W fazie konwersji komórki nowotworowe intensywnie się namnażają i mutują. Faza ta jest określana od powstania zmiany przedrakowej aż do przekształcenia się w rak. Faza ta jest bezobjawowa, zmiana rozrasta się wtedy do około jednego miliona komórek nowotworowych o objętości jednego centymetra sześciennego [5]. Progresja jest ostatnią fazą rozwoju nowotworu i obejmuje czas od końca konwersji aż do wyleczenia lub śmierci organizmu. Zmiana nowotworowa wymusza tworzenie naczyń krwionośnych do jej odżywienia i ułatwienia transportu komórek przerzutowych. Nowotwór rozrasta się, w przypadku nowotworu złośliwego tworząc nacieki, a w przypadku nowotworu łagodnego rozrastając się i wywierając nacisk na pobliskie tkanki. Ten etap jest fazą przejścia nowotworu z fazy przedklinicznej do klinicznej [5].

Rozpoznanie i diagnostyka

Nowotwory najczęściej wykrywa się przy badaniach przesiewowych lub gdy nowotwór daje objawy kliniczne. Ze względu na to, że nowotwór w fazie początkowej daje największe szanse na całkowite na wyleczenie, badania przesiewowe są bardzo istotne by utrzymać większość populacji we względnie dobrym stanie zdrowia. Jako że faza bezobjawowa może trwać około roku, osobom narażonym zaleca się coroczne badania. Zanim nowotwór się rozrośnie i pojawią się przerzuty, na tym etapie chory ma największą szansę na wyleczenie [5].

Ponieważ badania przesiewowe są trudne do zorganizowania na dużą skalę i wymagają dużych nakładów pieniężnych i dostępu do specjalistycznego sprzętu i pracowników będących w stanie obsługiwać urządzenia i interpretować wyniki, dlatego nie są one w dużym stopniu dostępne. Co prawda, coraz więcej refundowanych badań i projektów mających na celu profilaktykę i wczesne wykrywanie nowotworów jest realizowanych. Badania prostaty

zapobiegające nowotworom gruczołu krokowego, rozpowszechnione mammografie oraz przysługujące osobom po pięćdziesiątym roku życia kolonoskopie mające na celu profilaktykę nowotworu jelita grubego stają się coraz bardziej dostępne. Jednak wciąż nie jest to poziom, który byłby konieczny do osiągnięcia maksymalnie wydajnej profilaktyki nowotworów.

W zależności gdzie znajduje się zmiana potencjalnie nowotworowa, może ona dawać inne objawy i wymagać innych badań mających na celu rozpoznanie. Jeżeli zmiana nie jest wyczuwalna podczas badania fizykalnego, stosuje się różnorodne badania obrazowe [5].

Jednym z najczęściej wykonywanych badań obrazowych, podczas procesu diagnozowania zauważalnej zmiany lub w przypadku występowania u pacjenta zwiększonych czynników ryzyka, jest badanie ultrasonograficzne. Wykonanie takiego badania jest obarczone nieznacznym ryzykiem i jest stosunkowo tanie, przez co ma dużą dostępność [5]. Badaniem obrazowym wymagającym większych nakładów materialnych jest tomografia komputerowa oraz rezonans magnetyczny. Badanie pozwala na dokładne zbadanie zmiany bez konieczności wykonywania zabiegu operacyjnego. Jednak oba te badania stanowią wyzwanie dla pacjenta, ze względu na klaustrofobiczne warunki i w przypadku rezonansu magnetycznego – hałas. Na potwierdzenie obecności nowotworu w organizmie pozwalają badania krwi, czyli oznaczenie markerów nowotworowych. Markery nowotworowe pozwalają na określenie rodzaju, a nawet wielkości nowotworu. Używa się ich także do określenia skuteczności leczenia jak i do monitorowania stanu pacjenta po leczeniu i wczesnego wykrywania nawrotów choroby [5]. Jednak pomimo tak dużego zakresu badań obrazowych i mało inwazyjnych, najskuteczniejszą metodą diagnostyki oraz rozpoznania typu, charakteru, oraz stopnia zaawansowania są badania cytologiczne i histopatologiczne. Do badania cytologicznego wykorzystuje się metodę oceny rozmazów, a do badania histopatologicznego ocenę wycinków tkankowych. W wielu przypadkach dopiero badanie tkanki i zbadanie jej stanowi finalne potwierdzenie diagnozy i podstawę do doboru sposobu leczenia [5].

Leczenie i opieka pielęgniarska

Leczenie nowotworów opiera się na traktowaniu ich jak zakażeń bakteryjnych. Główne założenie jest takie, że organizm należy wyjaławić z patogenu powodującego chorobę i wesprzeć go w regeneracji po chorobie [5].

Do metod leczenia nowotworów piersi należą: hormonoterapia, radioterapia, chemioterapia oraz leczenie chirurgiczne. Rzadko stosuje się tylko jedną metodę leczenia, najczęściej zalecane jest leczenie skojarzone z uwzględnieniem kilku metod, jak i zaleca się wprowadzenie zmian w trybie życia chorego [5,6,7].

Hormonoterapia jest stosowana tylko w przypadku wystąpienia nowotworów hormonozależnych, takich jak rak piersi, rak trzonu macicy oraz rak gruczołu krokowego. Ten sposób leczenia wykorzystuje fakt, że tego typu nowotwory rozrastają się pod wpływem hormonów. Dlatego też u osób, u których wykryto nowotwór hormonozależny, stosuje się kastrację chirurgiczną. Ponadto wywołuje się też farmakologiczne wywołanie menopauzy lub andropauzy, by spowolnić lub zahamować niekontrolowany rozrost tkanki nowotworowej [5,8].

Radioterapia przy chemioterapii i leczeniu chirurgicznym stanowi podstawę leczenia nowotworów złośliwych. Wykorzystuje ona promieniowanie jonizujące, które uszkadza komórki nowotworowe szybciej niż komórki zdrowe. Najczęściej używaną metodą leczenia z pomocą radioterapii jest teleradioterapia. Polega ona na zastosowaniu promieniowania spoza obszaru organizmu, kierując wiązki promieniowania do obszarów objętych chorobą. Pozwala to na jak najbardziej możliwe oszczędzenie tkanek otaczających nowotwór, pozwalając na leczenie organów wewnętrznych z najmniejszymi uszkodzeniami. Drugą metodą wykorzystywaną do leczenia za pomocą radioterapii jest brachyterapia. Polega ona na umieszczeniu źródeł promieniowania w obrębie organizmu chorego, bezpośrednio w guzie lub w jego sąsiedztwie. Brachyterapię stosuje się zwykle w leczeniu guza pierwotnego. Ta metoda może być stosowana także w leczeniu radykalnym i paliatywnym [5,6,8].

Chemioterapia pierwotnie była używana do leczenia nowotworów rozsianych. W późniejszym okresie zaczęto stosować chemioterapię jako uzupełnienie leczenia, ponieważ jest ona w stanie oddziaływać na cały organizm, w przeciwieństwie do radioterapii i leczenia chirurgicznego, które pozwala na niszczenie ognisk miejscowych nowotworu. Chemioterapia działa na zasadzie zatruwania całego organizmu w celu osiągnięcia jak największej ilości komórek nowotworowych. Ze względu na różnice w cyklu komórkowym pomiędzy zdrowymi komórkami organizmu a nowotworowymi, organizm jest w stanie przetrwać i odbudować komórki, które uległy zniszczeniu, podczas gdy w przypadku nowotworu, chemioterapia może hamować jego rozwój lub też doprowadzać do zmniejszenia ilości żywych komórek. Jednak ze względu na fakt, że chemioterapia za każdym razem niszczy taki sam odsetek komórek, leki cytostatyczne używane do chemioterapii nie są w stanie zniszczyć każdej komórki nowotworowej w organizmie [5,6,7].

Leczenie chirurgiczne jest obecnie najczęściej stosowaną metodą miejscowego leczenia nowotworów. Polega na wycięciu zmiany nowotworowej w całości lub częściowo, często łącznie z otaczającymi tkankami. Sposób leczenia nowotworów zależy od ich typu, stopnia rozwoju oraz charakteru. W przypadku wczesnego wykrycia zmiany, zanim rozprzestrzeni się

ona na sąsiednie tkanki, zwykle stosuje się chirurgiczne usunięcie zmiany. Ponadto stosuje się radioterapię jako dodatkowe zapewnienie o zniszczeniu wszystkich komórek nowotworowych, których nie usunięto podczas zabiegu chirurgicznego. Obecnie zaniechano stosowanie mastektomii jako sposobu leczenia nowotworów, priorytetyzując zabiegi takie jak lumpektomia. Ma to na celu nie tylko zmniejszenie ryzyka związane z przeprowadzeniem tak dużego zabiegu, ale także ma znaczenie sentymentalne i estetyczne dla chorych, które często już muszą zmagać się z problemami z postrzeganiem własnej wartości z powodu choroby [5,6,7]. Lumpektomia w połączeniu z chemioterapią i/lub radioterapią jest uznawana jako jedna z najskuteczniejszych metod leczenia wcześnie wykrytych nowotworów piersi. Ustalono bowiem, że pacjentki, które przeszły zabieg mastektomii jako wybraną metodę leczenia, miały statystycznie mniej pozytywne rokowania co do długości życia. Szczególnie duże znaczenie miało to dla chorych w wieku powyżej pięćdziesięciu lat i z nowotworem hormonowrażliwym [6,7]. Mastektomia jest uważana za radykalną metodę walki z rakiem piersi. Ze względu na mniejsze obciążenie organizmu, jak i mniejszy impakt psychiczny na pacjentce, lumpektomia oraz operacja polegająca na wycięciu tylko nowotworu i tkanek dookoła są preferowanymi metodami leczenia chirurgicznego. Jednak ze względu na różnorodność przypadków oraz różnice ryzyka pomiędzy poszczególnymi pacjentami, mastektomia dalej jest zaliczana do sposobów leczenia nowotworów metodą chirurgiczną [5,6,7]. Pacjenta, który kwalifikuje się do leczenia onkologicznego, należy traktować biorąc pod uwagę wszystkie sfery jego życia, ponieważ nowotwór oddziałuje na większość, jak nie wszystkie sfery życia chorego. Dlatego też kompleksowa opieka pielęgniarska odbywa tak dużą rolę w walce chorego z nowotworem.

Podstawową rolą pielęgniarki podczas sprawowania opieki nad pacjentem onkologicznym to udzielanie wsparcia psychicznego i fizycznego. Należy być empatycznym i wspierać pacjentów ze szczególną uwagą, ponieważ społecznie nowotwory są postrzegane jako „wyrok śmierci”. Pacjenci często nie godzą się z diagnozą i bez wsparcia mogą popadać w skrajności, od uzależnień i „przygotowywania się na śmierć”, po depresje i stany lękowe, a nawet samobójstwa [9].

Do obowiązków pielęgniarki należą: regularna ocena stanu pacjenta, planowanie opieki wraz z pacjentem, jego rodziną i zespołem medycznym, monitorowanie stanu pacjenta, zarządzanie bólem, przeciwdziałanie i zapewnienie jak największego komfortu podczas występowania skutków ubocznych terapii, edukacja pacjenta i jego rodziny oraz zapewnienie specjalistycznej pomocy i prowadzenie edukacji na temat dostępnych możliwości dalszego postępowania w zakresie obowiązków pielęgniarskich [9]. Ponadto pielęgniarka ma za zadanie przygotowywać pacjenta do wszelkiego rodzaju zabiegów i informować go o sposobie

i potrzebie wykonywania danych czynności na poziomie dostosowanym do możliwości intelektualnych pacjenta [9].

Zabieg operacyjny mastektomii jako metoda leczenia i profilaktyki nowotworów piersi

Mastektomia jest jednym z najważniejszych i najskuteczniejszych sposobów profilaktyki i leczenia nowotworów piersi. Zabieg polega na chirurgicznym usunięciu całej lub części piersi w celu usunięcia powstałego nowotworu lub jako działanie zapobiegawcze, zanim nowotwór powstanie. Wskazaniami do mastektomii jest istniejący już nowotwór piersi lub jako profilaktyka u pacjentek z grupy wysokiego ryzyka, ze względu na mutacje genowe, historię rodzinną lub zmiany w strukturze piersi, które mogą w późniejszym okresie zmienić się w nowotwór. Mastektomia dzieli się na trzy rodzaje: usunięcie części piersi, tzw. „zawartości”, usunięcie piersi z pozostawieniem tkanki podskórnej i brodawki sutkowej oraz usunięcie całej piersi. Ponadto jest jeszcze mastektomia radykalna, gdzie usuwa się nie tylko całą pierś, a także zawartość okolicy pachowej [10,11]. Obecnie coraz bardziej odchodzi się od mastektomii jako usunięcia całej piersi i coraz częściej wybiera się lumbektomię. Jest ona mniej radykalna i daje lepsze rokowania. Jednak ze względu niemożności wycięcia tylko fragmentów piersi u niektórych pacjentek, zabieg ten dalej jest wykonywany. Oprócz tego, po zabiegu lub jeszcze w jego trakcie, o ile to możliwe, można wykonać zabieg rekonstrukcji piersi [5,10,11]. Profilaktycznie zabieg mastektomii jest głównie zalecany w trzech przypadkach. Jeśli u pacjentek rozpoznano genetyczne mutacje wywołujące nowotwór piersi, a jeszcze nie zachorowały, zaleca się im wykonanie zabiegu. Drugi przypadek to pacjentki, które przeszły już jeden zabieg mastektomii z powodu nowotworu i profilaktycznie chcą usunąć drugą pierś. Oraz oczywiście osoby chore na nowotwór piersi w trakcie leczenia, zawczasu usuwając także zdrową pierś w ramach profilaktyki. Ponadto występuje też inny rodzaj pacjentek – takie, które mają w rodzinie występujące nowotwory piersi, jednak nie ma wskazań genetycznych do skłonności na zapadalność. Wtedy kobiety często wykonują zabieg także mastektomii jako formę leczenia psychicznego [7,9,10,11,12].

Rehabilitacja i wpływ leczenia na życie codzienne

Leczenie nowotworu ma ogromny wpływ na życie w trakcie i po zakończeniu leczenia. U wielu pacjentek choroba może spowodować obsesję lub wręcz świadome ignorowanie problemu i konsekwencji zdrowotnych. Wiąże się to z desperackim pragnieniem, by znowu czuć się bezpiecznie – ponieważ rak równa się niebezpieczeństwo. Z tego powodu u pacjentek po przebytym nowotworze piersi należy prowadzić rehabilitację holistyczną, obejmującą

wszystkie sfery życia pacjentki. Powinno zacząć się od stylu życia. Ma on największy wpływ na powstawanie nowotworów jak i wszelkie procesy chorobotwórcze. Zmian nie powinno wprowadzać się nagle, tylko stopniowo, oswajając się z nimi, tak by przyzwyczajenia zostały wdrażone w codzienność. Wprowadzenie zasad nie tylko pozwoli na uniknięcie powikłań po wszelkich zabiegach i szybszym powrocie do zdrowia, ale też da poczucie kontroli nad własnym życiem pacjentki, nadając im charakter terapeutyczny. Kolejną zmianą zależną od trybu życia jest dieta. Jej odpowiednie dopasowanie do indywidualnych potrzeb organizmu pacjentki i dobre zbilansowanie dodatkowo pomagają w szybszym powrocie do zdrowia i są uważane za rodzaj profilaktyki prozdrowotnej [13].

Rehabilitacji powinny podlegać pacjentki po mastektomii radykalnej jak i częściowej oraz pacjentki ze znacznym osłabieniem po chorobie i intensywnym leczeniu. Oczywiście, przeprowadzanie rehabilitacji krótko po zabiegu często jest niemożliwe, ponieważ zabieg jest nie tylko obciążający pod względem fizycznym, ale w szczególności dla kobiet stanowi wielkie wyzwanie. Piersi stały się jedną z oznak kobiecości, łącznie z włosami i szerokimi biodrami. Utrata nawet jednej z tych cech wiąże się z ogromnym obciążeniem psychicznym, a pacjentki przed zabiegiem mastektomii często są poddawane chemioterapii, przez co już tracą lub utraciły włosy. Utrata piersi, które przecież nie odrosną stanowi ogromne wyzwanie dla zdrowia psychicznego kobiety i po takim zabiegu pacjentka potrzebuje wsparcia, ale i czasu na „przetrawienie” tego, co się stało. Ponadto, pacjentki nie przebywają w szpitalu długo przed i po zabiegu. Zwykle spędzają kilka dni na oddziale i są wypisywane do domu [13].

Rehabilitacja w przypadku nowotworów piersi opiera się więc na rehabilitacji pozabiegowej oraz w związku z osłabieniem organizmu i jest dobierana indywidualnie.

CHOROBA HASHIMOTO - DEFINICJA I KLASYFIKACJA

Choroba Hashimoto, znana również jako przewlekłe autoimmunologiczne zapalenie tarczycy, jest jednym z najczęstszych schorzeń tarczycy. Nazwa choroby pochodzi od japońskiego lekarza Hakaru Hashimoto, który po raz pierwszy opisał ją w 1912 roku. Jest spowodowana autoimmunologicznym uszkodzeniem tarczycy, w wyniku którego dochodzi do przewlekłego stanu zapalnego i zniszczenia narządu [14].

Choroba Hashimoto jest przewlekłym stanem zapalnym tarczycy, w wyniku którego dochodzi do niszczenia komórek tarczycy przez własny układ odpornościowy. Jest to choroba autoimmunologiczna, w której układ odpornościowy organizmu błędnie identyfikuje komórki tarczycy jako zagrożenie i atakuje je, powodując stan zapalny. Głównym mechanizmem

patologicznym w chorobie Hashimoto jest produkcja przeciwciał skierowanych przeciwko antygenom tarczycy, takim jak tyreoglobulina (Tg) i peroksydaza tarczycowa (TPO). Te przeciwciała powodują reakcję zapalną, która prowadzi do stopniowego uszkodzenia tarczycy i zaburzenia jej funkcji [14,15,16,17].

Choroba Hashimoto jest przewlekłym stanem zapalnym tarczycy, w wyniku którego dochodzi do niszczenia komórek tarczycy przez własny układ odpornościowy. Jest to choroba autoimmunologiczna, w której układ odpornościowy organizmu błędnie identyfikuje komórki tarczycy jako zagrożenie i atakuje je, powodując stan zapalny. Głównym mechanizmem patologicznym w chorobie Hashimoto jest produkcja przeciwciał skierowanych przeciwko antygenom tarczycy, takim jak tyreoglobulina (Tg) i peroksydaza tarczycowa (TPO). Te przeciwciała powodują reakcję zapalną, która prowadzi do stopniowego uszkodzenia tarczycy i zaburzenia jej funkcji [14,15,16,17].

Epidemiologia

Niedoczynność tarczycy występuje na całym świecie, przeważająco u kobiet, a niedobory jodu i choroba Hashimoto są rozpoznawane w większości przypadków jej występowania. W Europie częstotliwość występowania niedoczynności tarczycy wynosi około 0,2% – 5,3%. Zapadalność na chorobę Hashimoto wynosi średnio 0,3-1,5/1000 osób rocznie. Wykrycie tej choroby jest utrudnione, ponieważ nie zawsze daje ona oczywiste objawy lub wcale chory ich nie zauważa, a jej wykrycie nieraz jest powodem wykonania badań profilaktycznych [18].

Rodzaje, etiologia i patogeneza

Choroba Hashimoto jest jednym z rodzajów niedoczynności tarczycy. Wyróżnia się cztery typy: niedoczynność pierwotna, wtórna, wrodzona i nabyta. Pierwotna niedoczynność tarczycy wynika ze zmian w obrębie organu, powodujących niemożność produkcji wystarczającej ilości hormonów tarczycy. Może to być na przykład uszkodzenie mechaniczne. Wyróżnia się formę wrodzoną lub nabytą. Szacunkowo choroba dotyczy około 6% kobiet i 1% mężczyzn [19,20]. Wtórna niewydolność tarczycy także może być nabyta lub wrodzona. Ten rodzaj niedoczynności dzieli się na drugorzędową oraz trzeciorzędową. Drugorzędowa niedoczynność tarczycy jest spowodowana chorobami przysadki mózgowej – organu wytwarzającego między innymi hormony pobudzające tarczycę do wytwarzania hormonów. Z kolei trzeciorzędowa niedoczynność tarczycy jest spowodowana zmianami zachodzącymi w podwzgórze. Jest więc wynikiem zaburzeń w układzie podwzgórzowo-przysadkowym. Te

trzy elementy oddziałują na siebie na zasadzie sprzężenia zwrotnego, przedstawionego na poniższej grafice [19, 20, 21].

Wrodzona pierwotna niedoczynność tarczycy, ma o wiele niższą zapadalność wśród wszystkich rodzajów niedoczynności tarczycy. Choruje na nią 1 na 4000 noworodków. Główne przyczyny jej występowania to wrodzone wady rozwojowe tarczycy, takie jak jej brak, źle wykształcony organ, niedorozwój gruczołu, niewłaściwa lokalizacja tarczycy, niedobór jodu oraz dyshormonogeneza [19, 20].

Z kolei wrodzona, wtórna niedoczynność tarczycy jest najrzadszym rodzajem niedoczynności tarczycy. Jest diagnozowana 1/25-100 tys. urodzeń. Jej przyczyny to niedoczynność przysadki mózgowej, niedobór TSH, genetyczne mutacje w układzie podwzgórzowo-przysadkowym, niedoczynność podwzgórza, choroba Sheehana, nowotwory, choroby autoimmunologiczne oraz przyczyny jatrogenne [19].

Nabyta niedoczynność tarczycy jest stanem niedoboru hormonów tarczycy, który występuje po okresie pozostawania w eutyreozy z różnych powodów. Do przyczyn NNT zalicza się niedobory jodu, choroba Gravesa-Badesowa, wole Riedla, podostre zapalenie tarczycy, jatrogenna niedoczynność tarczycy oraz choroba Hashimoto. Z kolei w przypadku wtórnej niedoczynności tarczycy, rozwija się ona z powodu występowania chorób nowotworowych przysadki lub podwzgórza, choroby Sheehana, chorób autoimmunologicznych oraz w wyniku różnych zabiegów neurochirurgicznych [19].

Choroba Hashimoto należy do NNT. Patomechanizm opiera się na wytwarzaniu przez organizm przeciwciał antytarczycowych anty-TPO. Przeciwciała atakują tkankę tarczycy, doprowadzając do jej niedoczynności i stanu zapalnego. Kobiety zapadają na Hashimoto częściej do mężczyzn, średnio dziesięć kobiet przypada na jednego mężczyznę. Zapadalność na chorobę Hashimoto osiąga swój szczyt w przedziale wiekowym 30-50 lat [19, 22].

Rozpoznanie i diagnostyka

Obecnie diagnozowanie choroby Hashimoto opiera się na kilku kluczowych działaniach. Jednym z nich jest zebranie szczegółowego wywiadu w celu uzyskania informacji o objawach. Należą do nich:

- sucha i zimna skóra,
- kruche paznokcie,
- bradykardia,
- podwyższone ciśnienie tętnicze,
- zmęczenie,

- senność,
- wypadanie włosów,
- opuchlizna twarzy,
- zaparcia.

Ważne jest też wykonanie badania fizykalnego tarczycy, pozwalające na określenie, czy dodatkowo nie występują jakieś wyczuwalne malformacje [20, 21, 22].

Kolejnym krokiem w potwierdzeniu podejrzeń, że pacjent jest chory na Hashimoto, jest wykonanie badań laboratoryjnych. Ważne jest ustalenie poziomów hormonów tarczycy. Należą do nich hormon TSH, tyroksyna i trijodotyronina. Zwykle przy Hashimoto obserwuje się podwyższony poziom TSH oraz obniżone FT4. Wykrywa się także obecność przeciwciał anty-TPO oraz anty-Tg. Jest to spowodowane autoimmunologicznym podłożem choroby Hashimoto. Obecnie rzadziej stosuje się badania obrazowe w celach diagnostycznych, takie jak badanie USG czy scyntyografię [20, 22].

Przy wykryciu guzków lub niepokojących zmian w tarczycy, lekarz może zlecić wykonanie biopsji zmiany. W trakcie procesu diagnostyki ważne jest wykluczanie innych przyczyn niedoczynności tarczycy i upewnienie się, że diagnozowana choroba to właśnie Hashimoto.

Leczenie i opieka pielęgniarska

Leczenie choroby Hashimoto skupia się na leczeniu objawowym, jako że nie opracowano skutecznego leczenia przyczynowego. Choremu podaje się L-tyroksyny i wyrównuje się poziomy hormonów tarczycowych oraz wprowadza się odpowiednio dostosowaną dietę. Polega ona głównie na unikaniu spożywania pokarmów wolotwórczych, ograniczeniu spożycia glutenu, laktozy i mięsa i zwiększone spożycie tłustych ryb i owoców oraz warzyw. Osoby chore na chorobę Hashimoto często mają też nadwagę, dlatego po rozpoznaniu choroby, zaleca się wizytę u dietetyka [23, 24].

Najważniejszymi aspektami opieki pielęgniarskiej jest pomoc w farmakoterapii, edukacja pacjenta, monitorowanie i ocena stanu zdrowia, udzielanie wsparcia emocjonalnego i opieranie działań na współpracy z pacjentem. Edukacja pacjenta oraz nawiązanie dobrego kontaktu z chorym są podstawą leczenia choroby Hashimoto. Ponieważ u pacjentów z tą chorobą często rozpoznaje się także otyłość. Dla takich pacjentów kluczowe jest wytłumaczenie powodu potrzeby zmiany trybu życia, diety oraz sposobu leczenia. Obowiązkiem pielęgniarskim jest edukacja pacjenta w sposób dostosowany do jego możliwości. Pozwala to na nawiązanie owocnej współpracy zespołu pielęgniarskiego z chorym, która jest istotna

w procesie leczenia. Pozwala to też na kompleksowe ocenianie stanu zdrowia pacjenta oraz wyczulenie go na wczesne zauważanie objawów zaostrzenia choroby [23, 24].

Wsparcie emocjonalne również jest istotne, ponieważ choroba nie tylko wpływa na samopoczucie pacjenta, ale jej objawy są dokuczliwe i mogą wpłynąć na pewność siebie i samoocenę [23, 24].

Powikłania

Powikłania spowodowane chorobą Hashimoto są w dużej mierze łatwe do uniknięcia. Dolegliwości są niespecyficzne, rozwijają się wolno oraz często są interpretowane jako objawy innych chorób. Jednak u większości osób, u których rozpoznano Hashimoto, należy zastosować długofalową profilaktykę i poprawę stylu życia, co w dużej mierze skutecznie ogranicza powstawanie powikłań [22, 23, 25]. Powikłania pojawiające się przy chorobie Hashimoto są następujące:

- przyrost masy ciała,
- zwiększenie ryzyka rozwoju choroby układu sercowo-naczyniowego,
- hiperlipidemia,
- depresja,
- niepłodność,
- zmiany skórne,
- zwiększone wypadanie włosów.

Osoby, u których rozpoznaje się niedoczynność tarczycy, często zgłaszają się do lekarza w celu uzyskania pomocy ze zmniejszeniem masy ciała. Powiązane jest to ze znacznym spowolnieniem procesu przemiany materii, zatrzymaniem wody w organizmie spowodowanym zmniejszonej filtracji kłębuszkowej oraz zmniejszenie poziomu termogenezy. Przez to, przy nieodpowiednim leczeniu i nierozpoznanym stanie chorobowym, zwiększanie masy ciała zdarza się dość często [25].

Niedoczynność tarczycy ma związek z zachorowalnością na hiperlipidemię, co zwiększa ryzyko narażenia na choroby układu sercowo-naczyniowego. Wykazano, że z powodu podwyższonego poziomu cholesterolu wywołanego niedoczynnością tarczycy, pacjenci są narażeni na powstawanie zmian miażdżycowych w tętnicach. Ponadto, nieprawidłowości w równowadze hormonów tarczycy wpływa na czynność mięśnia sercowego, co może prowadzić do patologicznych zmian w układzie i funkcjonowaniu [25].

Pacjenci z podwyższonym stężeniem TSH są bardziej narażeni na występowanie depre-

sji, niż pacjenci bez problemów z tarczycą. Ponadto u osób z rozpoznanym Hashimoto, zauważono około sześciokrotnie większe ryzyko zachorowania na zaburzenia depresyjne, niezależnie od stopnia intensywności [25].

W przypadku niedoczynności tarczycy, skóra staje się sucha, a wypadanie włosów zwiększa się w stosunku do wcześniejszego tempa wypadania. Po wdrożeniu leczenia w większości przypadków kondycja skóry i włosów ulega unormowaniu po rozpoczęciu odpowiedniego leczenia [25].

DEPRESJA I ZABURZENIA DEPRESYJNE

Definicja i klasyfikacja

Depresja we współczesnych czasach dotyka coraz większej ilości osób. W związku z rozwojem social mediów i internetu, przeładowanie informacjami jest o wiele łatwiejsze niż kiedykolwiek do tej pory. Wszelkie standardy beauty, obwinianie za występowanie negatywnych zjawisk społecznych, czy dostęp do wydarzeń z całego świata na żywo są jednymi z wielu czynników sprzyjających powstawaniu depresji [26].

Ze względu na zwiększoną świadomość społeczną, wizyty u psychiatry czy u psychologa są coraz rzadziej postrzegane jako temat tabu, przeznaczony tylko dla, kolokwialnie mówiąc, "wariatów", a częściej jako normalizowanie sięganie po pomoc. Depresja jest definiowana przez WHO jako "powszechnie występująca choroba psychiczna, objawiająca się smutkiem, utratą zainteresowania przyjemnościami, poczuciem winy i niską samooceną, zaburzeniami snu i apetytu, poczuciem zmęczenia i słabą koncentracją". Objawy somatyczne mogą się różnić, zależnie od indywidualnego przypadku, gdyż na przykład często jako objaw rozpoznawana jest utrata apetytu, niektórzy z kolei mają wzmożony apetyt [27].

Za epizod depresyjny uznaje się nieustępowanie objawów przez przynajmniej dwa tygodnie. Większość osób doświadczających tego zaburzenia będzie miała nawroty choroby w późniejszym czasie.

Według ICD-10, depresję można podzielić na kilka rodzajów: epizod depresyjny łagodny, umiarkowany, ciężki bez zaburzeń psychotycznych, ciężki z zaburzeniami psychotycznymi, inne epizody depresyjne, epizod depresyjny nieokreślony, zaburzenia depresyjne nawracające w wyżej wymienionych stopniach nasilenia, w remisji lub nieokreślone [27, 28]. Lęk i depresja są jednym z najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych wśród pacjentów nowotworowych [29].

Epidemiologia

Według raportu NFZ z dnia 6 stycznia 2023 roku, na depresję w Polsce cierpi około 1,2 miliona osób. Największa liczba osób zdiagnozowanych na to osoby w wieku 55-64 lat. Świadczenia najczęściej były udzielane za pośrednictwem podstawowej opieki zdrowotnej oraz w poradniach psychiatrycznych [28]. W Europie, kraje z największym odsetkiem osób chorych na depresję to Finlandia, Portugalia, Estonia, Szwecja i Litwa. Zauważa się też trend, gdzie kobiety mają większą zapadalność na depresję, ale to mężczyźni statystycznie popełniają więcej samobójstw. Może mieć na to wpływ nacisk norm społecznych, który od wczesnego wieku wdraża opinie typu "chłopaki nie płaczą" czy "jesteś chłop czy baba?", implikujące że okazywanie smutku i przyznanie się do słabości, to zachowania dozwolone dla kobiet, nie dla mężczyzn. Powoduje to, że mężczyźni często nie szukają pomocy, jeśli nie zostaną do tego zmuszeni, przez co ich odsetek udanych samobójstw wzrasta [28].

Alarmujące jest też to, że odsetek depresji oraz dokonywanych prób samobójczych wśród młodszych grup wiekowych stale wzrasta. Dodatkowo, efekt został spotęgowany przez pandemię SARS-CoV-2, która wymusiła większą izolację od kontaktów międzyludzkich.

Rodzaje, etiologia, i patogeneza

Ogólnie wyróżnia się dziesięć rodzajów zaburzeń depresyjnych.

Epizod depresyjny jest najczęściej występującą formą depresji. Może rozwinąć się nagle, w ciągu kilku dni, lub na przestrzeni wielu tygodni. Warunkiem stwierdzenia wystąpienia epizodu depresyjnego jest utrzymywanie się objawów przez co najmniej dwa tygodnie. Epizody depresyjne często mogą nawracać, dlatego osobom, które wyleczono, powinny w dalszym ciągu kontynuować leczenie. Jeśli epizod powtórzy się, wtedy pacjent ma do czynienia z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi [27].

Dystymia jest łagodniejszą formą depresji, najczęściej rozwijającej się w okresie dojrzewania i trwającą od dwóch do dziesiątek lat. Osoby z rozpoznaniem tym typem depresji często cierpią dodatkowo na epizody depresyjne. W przypadku występowania dystymii i epizodów depresyjnych diagnozuje się tzw. podwójną depresję [27].

Depresja **dwubiegunowa typu I** występuje u pacjentów z rozpoznaną afektywną chorobą dwubiegunową. U takich osób występują na przemian epizody manii i depresji. Zmiany nastroju u chorych na ten typ depresji mogą zachodzić bardzo szybko, nawet w ciągu jednego dnia, nawet po miesiącach lub latach ustabilizowanego nastroju. Podczas gdy fazy depresyjne przebiegają podobnie w innych przypadkach depresji, fazy maniakalne cechują się nadpobudliwością, gadatliwością, drażliwością i ogólnym poczuciem niepokoju. Epizody

manii zaburzać poczucie osądu, prowadząc do ryzykownych zachowań. Faza depresji jest trudna do odróżnienia od epizodu depresyjnego, że względu na duże podobieństwo objawów [27].

Depresja dwubiegunowa typu II jest diagnozowana, gdy zamiast manii pacjent doświadcza epizodów hipomanii, czyli mniej wyraźnej manii, która nie prowadzi do problemów psychospołecznych. Jeśli u pacjenta zdiagnozowano epizody hipomanii, epizody depresyjne są diagnozowane jako epizody depresyjne typu II [27].

Depresja mieszana i lęk są schorzeniem, którego objawy to mieszane objawy lęku i depresji.

Depresja psychotyczna jest szczególną formą epizodu depresyjnego, któremu towarzyszą urojenia i omamy. Pacjenci z depresją psychotyczną prawie zawsze wymagają hospitalizacji psychiatrycznej, że względu na bardzo duże ryzyko zachowań autoagresywnych. Ten rodzaj depresji może występować zarówno w depresji jednobiegunowej jak i dwubiegunowej [27].

Depresja atypowa cechuje się takimi samymi objawami jak depresja, jednak zamiast zmniejszenia apetytu następuje jego zwiększenie, a zamiast insomnii występuje nadmierna senność [27].

Choroba afektywna sezonowa - SAD - objawia się nietypowymi objawami charakterystycznymi dla depresji atypowej, jednak jej czas trwania ograniczasz się do poszczególnych pór roku, w szczególności jesieni i zimy. Po minięciu sezonu depresyjnego, pacjenci bez pomocy terapii wracają do zdrowia [27].

Krótkotrwale nawracające zaburzenia depresyjne to łagodna forma depresji, która dotyczy głównie młodych ludzi i charakteryzuje się krótkimi okresami depresji i szybkich zmian nastroju, trwających około dwóch tygodni [26].

Depresja często jest postrzegana, jako choroba wynikająca z traumatycznych wydarzeń i traum, co nie jest prawdą. Na depresję może zachorować każdy, niezależnie od tego, czy przeżył traumę czy nie i nie ma znaczenia ani sensu porównywanie typu "od jak poważnego przeżycia można dostać depresji". Jednak pomimo szczegółowych badań, nie udało się do tej pory odkryć dokładnego patomechanizmu powstawania depresji. Znamy tylko jej objawy konsekwencje fizjologiczne i sposób postępowania [29]. Pod względem fizjologicznym, depresja zaczyna się od wystąpienia nieprawidłowości w poziomach serotoniny. Ponadto, wyróżniono też wpływ poziomu glutamianu na jej występowanie. Wpływ mają też poziomy estrogenów i neuroprzekaźników [29, 30].

Rozpoznanie i diagnostyka

Podstawowymi metodami diagnozowania depresji jest badanie psychiatryczne oraz rzetelnie zebrany wywiad. Ważne jest też, aby rozpoznać dolegliwości towarzyszące, takie jak lęk, bezsenność czy brak apetytu, oraz dowiedzieć się czy pacjent przyjmuje jakiekolwiek substancje psychoaktywne [32, 33]. Istotne jest także wykluczenie innych możliwych przyczyn depresji, takich jak niedoczynność tarczycy, zaburzenia gospodarki hormonalnej czy niedobory mikro- i makroelementów [33, 34].

Leczenie i opieka pielęgniarska

Odpowiedni dobór metod leczenia zależy od kilku czynników. Jedną z pierwszych rzeczy, które należy ustalić, to bezpośrednia przyczyna choroby – czy jest to spowodowane inną jednostką chorobową jako objaw, uzależnieniami czy traumatycznymi przeżyciami [35].

Najskuteczniejszą metodą leczenia depresji jest psychoterapia połączona z farmakoterapią.

Leczenie farmakologiczne pozwala na wyciszenie i przyniesienie ulgi emocjonalnej, a psychoterapia zajmuje się przyczyną choroby i pomaga w wyuczeniu zachowań, które po zakończeniu leczenia farmakologicznego, pozwolą na zdrowe radzenie sobie z traumą przeszłości i trudnościami życia codziennego [35].

Pielęgniarka opiekująca się pacjentem z depresją musi wziąć pod uwagę problemy wszystkich aspektów życia osoby chorej. Powinna też być w stanie rozpoznać i ocenić aktualny stan zdrowia pacjenta i adekwatnie planować opiekę [33, 34, 35]. Najważniejszym zadaniem jest udzielanie wsparcia psychicznego. Nie musi ono polegać na pocieszaniu lub zachęcaniu do działań, ale często osoby chore chcą po prostu być wysłuchane lub po prostu nie chcą być same. Nieraz po prostu wypicie herbaty albo przebywanie w towarzystwie poprawia nastrój pacjenta.

Osoby depresyjne zwykle nie mają motywacji o dbanie o siebie. Pozwalają więc sobie na zaniechanie czynności higienicznych czy zaprzestanie brania leków i spożywania posiłków. Należy więc przypominać o potrzebie brania leków i zachęcać do wykonywania podstawowych czynności dla zachowania higieny.

OTYŁOŚĆ

Definicja i klasyfikacja

Według WHO za otyłość uznaje się nieprawidłowe i/lub nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej, której obecność może negatywnie wpłynąć na zdrowie. Zaś według

Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, otyłością nazywa się stan nadmiernego nagromadzenia tkanki tłuszczowej, powodujący cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, miażdżycę oraz zwyrodnienie wielostawowe. Za kryterium rozpoznania otyłości przyjmuje się wynik obliczenia wskaźnika masy ciała BMI oraz procentowy poziom tkanki tłuszczowej w organizmie.. Podział na stopnie otyłości różni się zależnie od dwóch podstawowych klasyfikacji.

Według WHO:

- BMI pomiędzy 25 a 29,9 świadczy o nadwadze;
- BMI pomiędzy 30 a 39,9 świadczy o otyłości;
- BMI przekraczające 40 świadczy o otyłości olbrzymiej [36].

Według klasyfikacji masy ciała:

- BMI w granicach 25-30 – nadwaga;
- BMI w granicach 30-35 – I stopień otyłości;
- BMI w granicach 35-40 – II stopień otyłości;
- BMI powyżej 40 – III stopień otyłości [37].

Ponadto, u kobiet diagnozuje się otyłość, gdy procent tkanki tłuszczowej przekracza 25% masy ciała, a u mężczyzn 20% [37].

Epidemiologia

Liczba osób chorych na otyłość wynosi około 1,9 miliarda ludzi na całym świecie. Pomimo zwiększania stopnia świadomości o chorobie i jej następstwach, liczba ta stale i nieprzerwanie rośnie, zwłaszcza w krajach rozwiniętych. Jej występowanie zależy od wielu czynników, jednak pomimo zwiększonych nakładów finansowych oraz procesów edukacyjnych społeczeństw, nie udało się do tej pory zmniejszyć lub chociaż spowolnić wzrostu ilości osób otyłych. Może też przyczyniać się coraz większe rozpowszechnienie kultury tzw. „kultu pracy”, który stwarza sprzyjające warunki do przybierania na wadze i nieprawidłowego odżywiania [38, 39]. W Polsce około 600% dorosłych cierpi na nadwagę, a aż 25% jest otyłych. Jest to zatrważająca liczba, szczególnie biorąc pod uwagę tendencje wzrostowe, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży [39].

Rodzaje, etiologia i patogeneza

Otyłość jest chorobą, którą należy leczyć, jednak może też ona być objawem. Z tego względu, ma ona wiele podłoży. Czynniki środowiskowe, wpływające na powstanie otyłości

opierają się głównie na niezdrowym trybie życia. Niska aktywność fizyczna, długotrwały stres, regularne przekraczanie spożycia zapotrzebowania kalorycznego organizmu oraz zła dieta bogata w tłuszcze nasycone i cukry stanowią główne warunki środowiskowe do powstawania otyłości [38].

Czynniki genetyczne, mogą sprzyjać powstawaniu otyłości, nie powinny być uznawane jednak za główną przyczynę lub wymówkę od poprawy stylu życia. Z wielu przeprowadzonych badań wynika, że to odziedziczenie nawyków i zachowań, a nie genów doprowadza do otyłości [38].

Zaburzenia psychiczne i emocjonalne często wpływają na wystąpienie zaburzeń w odżywianiu, w konsekwencji skutkując zaburzeniami wagi. Trudności z samoakceptacją, przewlekły stres czy zajądanie silnych emocji mogą spowodować spadek jak i wzrost wagi.

Zaburzenia hormonalne, szczególnie endokrynologiczne, doprowadzają do otyłości, jako objaw lub konsekwencja nieleczenia. Działania niepożądane leków również mogą sprzyjać powstawaniu otyłości. Leki oddziałujące na szybkość procesu przemiany materii, pobudzające apetyt lub wpływające na poziom cukru we krwi w działaniach długofalowych mogą być powodem wystąpienia otyłości [38, 39].

Rozpoznanie i diagnostyka

Rozpoznanie otyłości stwierdza się na podstawie obliczenia BMI pacjenta oraz pomiarze procentowej masy tkanki tłuszczowej w stosunku do całego ciała. Zwykle rozpoznanie jest w stanie stwierdzić lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej po wykonaniu badania fizykalnego oraz dokonaniu pomiarów. Zwykle przeprowadzany jest także wywiad oraz dodatkowe badania mające na celu określenie przyczyny [38, 39, 40].

Leczenie i opieka pielęgniarska

Leczenie otyłości opiera się głównie na usunięciu przyczyny lub wprowadzeniu fundamentalnych zmian w sposobie życia pacjenta.

Edukacja pacjenta na temat jego obecnej sytuacji, stylu życia, diety oraz prowadzenia aktywności fizycznej są podstawą leczenia otyłości. Uświadomienie pacjenta o powikłaniach otyłości jak i niezdrowego stylu życia jest kluczowe do zmotywowania pacjenta do działania. Ważne jest, by poinstruować pacjenta, jak w zdrowy sposób uczyć się nawyków prozdrowotnych oraz kontrolować swoją wagę i budowę ciała [39, 40].

W niektórych przypadkach osobom otyłym zaleca się leczenie chirurgiczne lub farmakologiczne [40].

Leczenie chirurgiczne opiera się zwykle na wykonaniu zabiegu zmniejszenia żołądka, lub w celach bardziej kosmetycznych, usunięcie tkanki tłuszczowej [40].

W przypadku farmakoterapii przypisuje się pacjentowi leki zmniejszające apetyt, przeciw cukrzycowe oraz leki zmniejszające wchłanianie tłuszczu są używane coraz częściej w celu wspomagania procesu odchudzania [40].

Bardzo ważne jest udzielanie wsparcia psychicznego osobom, które chcą zrzucić z wagi. Tacy pacjenci często mają niską samoocenę i boją się uprawiać aktywność fizyczną w miejscach publicznych, więc istotne jest zapewnienie im atmosfery wsparcia i zrozumienia [40].

Powikłania

Do powikłań otyłości należą:

- Zaburzenia oddychania
- Schorzenia układu sercowo-naczyniowego
- Cukrzyca
- Kamica żółciowa
- Dna moczanowa
- Udar mózgu
- Choroba niedokrwienności serca
- Zmiany zwyrodnieniowe stawów
- Nowotwory złośliwe
- Żylaki kończyn dolnych

Większa ilość tkanki tłuszczowej nie tylko obciąża ciało swoją wagą, ale także naciskiem. Komórki tłuszczowe rozszerzają się, wywierając większy nacisk na tkanki otaczające, prowadząc do uszkodzeń i chorób. Większa masa powoduje też większe obciążenie serca, które musi doprowadzać krew do większych ilości tkanek. Ciężar obciąża stawy, które pod wpływem wagi się deformują, a skóra rozciągana szybkim wzrostem tkanki tłuszczowej nie jest w stanie na tyle szybko się rozciągnąć, by nie powstały rozstępy [38, 39, 40].

Oprócz tego, zwiększona ilość tłuszczu powoduje uszkodzenia naczyń krwionośnych, sprzyjające powstawaniu zmian miażdżycowych, zaburzenia metaboliczne spowodowane zwiększoną ilością przyjmowanego pokarmu czy większe prawdopodobieństwo zachorowania na nowotwory [39, 40].

ZAUFANIE WOBEC PRZEDSTAWICIELI SŁUŻBY ZDROWIA W PROCESIE LECZENIA

Zaufanie stanowi podstawę tworzenia relacji międzyludzkich. W medycynie, zaufanie ma ogromne znaczenie, ponieważ pacjent nieposiadający wiedzy o chorobie i procesach leczenia, musi zaufać lekarzowi, pielęgniarce czy innemu przedstawicielowi personelu medycznego, że ten chce zrobić wszystko, co może, dla dobra chorego [41, 42].

Zaufanie jest każdego dnia wystawiane na próbę, także wobec przedmiotów nieożywionych. Każdego dnia mamy nadzieję, że nic się nie stanie, że samochód się nie zepsuje, czy że koleżanka z pracy napisze sprawozdanie. W tych sytuacjach można stosować metodę ograniczonego zaufania, jednak są niekiedy sytuacje, gdzie jest potrzeba pełnego zaufania wobec innych. Jedną z takich sytuacji jest zaufanie wobec przedstawicieli służby zdrowia. [41, 42]

W procesie diagnostyki i leczenia, zaufanie pacjenta i jego wiara w kompetencje pracowników ochrony zdrowia są nieraz prawie bezgraniczne. Nieraz określa się taką sytuację jako „powierzenia życia w czyjeś ręce”. Bez tego, pacjent nie ma powodu, by słuchać jakichkolwiek zaleceń lekarza czy pielęgniarki, ponieważ nie wie, czy chcą oni jego dobra [42].

Powody utraty zaufania pacjentów przez przedstawicieli służby zdrowia

Zaufanie, jako niematerialne dobro, ma szczególnie ważne znaczenie w relacji typu lekarz-pacjent. Pozwala ono na nawiązanie współpracy, usprawnia proces diagnostyki i leczenia oraz wpływa na wykształcanie zachowań prozdrowotnych. Bez podstawowego poziomu zaufania, proces leczenia jest bardzo utrudniony, jeśli nie praktycznie niemożliwy [42, 43]. Do utraty zaufania pacjenta wobec – przykładowo – lekarza, może doprowadzić kilka czynników. Sprawianie wrażenia niezainteresowanego, podmiotowe traktowanie dają uczucie wrogości, na co pacjent również reaguje wrogo. Jednak największy problem następuje, gdy pacjent zostanie źle zdiagnozowany lub zignorowany. Wtedy zaufania prawie nie da się odbudować, gdyż chory nie będzie w stanie zaakceptować praktycznie żadnych działań lub porad mających na celu diagnostykę, profilaktykę czy leczenie.

METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ

Cele i założenia pracy

Głównym celem pracy było przedstawienie modelu opieki pielęgniarskiej nad pacjen-

tem po zabiegu mastektomii z różnymi chorobami współistniejącymi i nieufnością wobec personelu medycznego.

Do celów szczegółowych zaliczono:

- rozpoznanie ryzyka związanego z wykonanym zabiegiem operacyjnym i obecnymi chorobami współistniejącymi: chorobą Hashimoto, nadciśnieniem tętniczym, otyłością, oraz obniżonym zaufaniem do przedstawicieli służby zdrowia
- poszerzenie wiedzy i umiejętności pacjenta o postępowaniu w związku z przebytą chorobą i możliwościach uzyskania wsparcia
- poprawa jakości i stylu życia pacjenta po zabiegu mastektomii
- określenie roli i zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentem po zabiegu z wymienionymi jednostkami chorobowymi
- przygotowanie zindywidualizowanego do możliwości pacjentki planu opieki oraz procesu pielęgnowania

MATERIAŁ BADAWCZY

Materiały konieczne do napisania pracy dyplomowej gromadzono w okresie od grudnia 2022 r. do maja 2023 r. Podmiotem badania była kobieta w średnim wieku po wykonanym zabiegu mastektomii przebywająca w środowisku domowym wraz z rodziną. Badana wyraziła dobrowolną zgodę na udział w badaniu, udostępniła swoją dokumentację medyczną do wglądu oraz została zapewniona o pełnej anonimowości.

METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE

W pracy wykorzystano metodę studium indywidualnego przypadku chorobowego.

Do gromadzenia danych o pacjencie zostały użyte metody takie jak: kwestionariusz wywiadu, dokumentacja medyczna, analiza parametrów życiowych, ciśnieniomierz, waga, termometr, pulsoksymetr napalcowy, wyniki badań laboratoryjnych, skale medyczne. Informacje o pacjentce uzyskano w trakcie wywiadu planowanego oraz spontanicznego z chorą i jej bliskimi. Wywiad był przeprowadzony w sposób holistyczny, obejmując wszystkie strefy życia chorej, nie tylko stanu fizycznego ale też stanu psychicznego, sytuacji materialnej, impakcie chorób współistniejących na sfery socjalne i ekonomiczne pacjentki. Rozmowa z badaną pozwoliła na uzyskanie dokładnych informacji o obecnych dolegliwościach, występowania różnych objawów na przestrzeni lat, dotychczasowych sposobów leczenia

i postępowania z dolegliwościami, stosowanej diety, intensywności i częstotliwości wykonywania aktywności fizycznej oraz o życiu towarzyskim w obliczu choroby. Badana odpowiadała na pytania w sposób kompleksowy i logiczny, udostępniając dokumentację medyczną oraz materiały prywatne. Podczas badania rodzina również odpowiadała na pytania i opowiedziała o obserwacjach i uwagach na temat chorej i jej chorób.

Badaną obserwowano w środowisku domowym. Obserwacje prowadzono z zamiarem wykrycia dolegliwości i trudności towarzyszących pacjentce w ciągu dnia i nocy. Dzięki temu możliwe było wykonanie analizy stopnia sprawności, określenie budowy ciała, występowanie zmian skórnych, sposobu ubioru i stanu higieny. Podczas obserwacji zwrócono szczególną uwagę na stan emocjonalny i psychiczny pacjentki, jej zachowanie w odpowiedzi na różne bodźce i działania oraz poziom wiedzy o swoim stanie zdrowia i chorobach towarzyszących. Podczas prowadzenia badania wykonano pomiary parametrów pacjentki. Metodą bezpośrednią wykonano pomiary masy ciała, wzrostu, BMI, ciśnienia tętniczego, ilości oddechów, poziomu saturacji, temperatury ciała. Zastosowano także pomiary pośrednie za pomocą skali NRS (oceniająca intensywność odczuwanego bólu). W celu uzyskania dokładniejszych i szczegółowych informacji dokumentacja medyczna pacjentki została poddana analizie ilościowej i jakościowej. Dokumentacja zawierała historię chorób, karty informacyjne, opisy zabiegów chirurgicznych, karty wypisów ze szpitala, recepty oraz wyniki badań laboratoryjnych. Wszystkie wyżej wymienione metody i techniki zostały wykorzystane w pracy w celu opracowania indywidualnego procesu pielęgnowania pacjentki i w celu wdrożenia go do opieki nad badaną.

STUDIUM INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU CHOREGO PO ZABIEGU MASTEKTOMII

Opis przypadku

Dane personalne

- Płeć: Kobieta
- Wiek: 49 lat
- Stan cywilny: Zameżna
- Wykształcenie: Wyższe
- Wykonywany zawód: Nauczycielka
- Miejsce zamieszkania: Mieszka wraz z mężem i dwójką dzieci w domu rodzinnym

Wywiad i ocena stanu chorej

- Wzrost: 161 cm
- Waga: 123 kg
- BMI: 47,84
- Temperatura: 36,8°C
- Ciśnienie tętnicze: 134/82 mmHg
- Tętno: 73 ud/min. mierzone na tętnicy promieniowej
- Oddech: 15/min.
- Umieszczenie i ocena bólu: ból rany pooperacyjnej w skali NRS oceniony na 5, ból stawów kolanowych w skali NRS oceniony na 4 (bole umiarkowane)
- Grupa krwi: B RhD+ (dodatni)
- Alergie lub uczulenia: Nietolerancja laktozy, występowanie wysypek po spożyciu większej ilości cytrusów
- Styl życia: Siedzący
- Uzależnienia lub nałogi: Brak
- Dieta: Podstawowa
- Warunki socjalne: Dobre

Ocena funkcjonowania poszczególnych układów

- Układ krążenia

- Tętno: miarowe, napięte, dobrze wyczuwalne
- Zawroty głowy lub omdlenia: występują bardzo rzadko
- Retencja płynów: obrzęki kończyn dolnych
- Inne: żylaki kończyn dolnych.

- Układ oddechowy

- Charakter oddechów: przyspieszony
- Dusznosc: Nieobecna podczas spoczynku, pojawia się przy dłuższym wysiłku fizycznym
- Kaszel: Brak

- Układ pokarmowy:

- Język: różowy, o prawidłowej powierzchni
- Błona jamy ustnej: różowa z miejscowymi uszkodzeniami

- Uzębienie: stałe, kompletne, pierwszy ząb górnej szczęki od strony lewej z obumarłym nerwem
- Połykanie: Prawidłowe
- Łaknienie: Wzmożone
- Pragnienie: Prawidłowe
- Wydalanie: czasami występują zaparcia, poza tym prawidłowe
- Dolegliwości dyspeptyczne: występują po spożyciu posiłków z większą zawartością tłuszczu, także po spożyciu większej ilości czosnku lub cebuli
- Układ moczowo-płciowy:
 - Diureza: Prawidłowa
 - Sposób oddawania moczu: Fizjologiczny
 - Trudności w oddawaniu moczu: Brak
 - Cykl miesięczny: Po menopauzie
- Układ kostno-mięśniowo-stawowy:
 - Pacjentka: Chodząca
 - Poruszanie się: ograniczone przy pokonywaniu dłuższych odległości, problemy z wchodzeniem po schodach oraz przy poruszaniu się po stromej powierzchni
 - Napięcie mięśniowe: Prawidłowe
 - Skóra:
 - Odleżyny: Brak
 - Zabarwienie: Bładoróżowa, miejscami blada
 - Wilgotność: Prawidłowa
 - Ucieplenie: Obniżone
 - Napięcie: Prawidłowe
 - Stan higieniczny: Zadbana, czysta
- Ocena stanu narządów zmysłów i funkcji poznawczych
 - Wzrok: wada wzroku
 - Słuch: Prawidłowy
 - Stosowany sprzęt kompensacyjny: Okulary
 - Równowaga: Prawidłowa
 - Komunikacja: Werbalna, prawidłowa
- Układ nerwowy
 - Nastrój: Obniżony

- Stan świadomości:
W pełni świadoma
- Rytm snu i czuwania:
Zaburzony, trudności w zasypianiu i zaburzenia snu
- Zachowanie i reakcje emocjonalne:
Uczucie przygnębienia, lęku o własne zdrowie, poczucie bezsilności, obojętność, złość, nieufność, w skali depresji Becka chora uzyskała 19 pkt., co oznacza łagodną depresję
- Stosunek do własnego stanu zdrowia:
Negatywny

Aktualne przyjmowane leki:

- Duomox 1g 2 x 1
- Dexak 25 mg 3 x 1
- Poltram Combo 2 x 1
- Trittico 1 x 2/3 tabletki (wieczór)
- Effectin 75 mg 1 x 1 (rano)
- Colostrum 1 x 1 (rano)
- D-Vitum Forte 4000 j.m. 1 x 1 (rano)
- Magne B6 Forte 1 x 1 (rano)
- TEVA Calperos Osteo 1g + 880 IU 1 x 1 (rano)
- DOZ Product Witamina C 1000+ bioflawonoidy 1 x 1 (rano)
- Paracetamol 500 mg 20. tabl (doraźnie)

Choroby współistniejące i przebyte zabiegi:

- Stan po usunięciu piersi prawej
- Stan po usunięciu piersi lewej
- Zaburzenia depresyjne
- Choroba Hashimoto
- Otyłość III stopnia
- Zmiany zwyrodnieniowe w obu stawach kolanowych
- Stan po histerektomii
- Ogólne osłabienie organizmu po intensywnym leczeniu na tle nowotworowym i wielu zabiegach operacyjnych

- Hipercholesterolemia

Wywiad zdrowotny, socjalny i społeczny oraz analiza dokumentacji medycznej

Pacjentka lat 49, z rozpoznaną chorobą Hashimoto, otyłością i zaburzeniami lękowo-depresyjnymi, po zabiegu mastektomii piersi lewej. Pacjentka przeszła zabieg mastektomii piersi prawej oraz wycięcia macicy, jajowodów oraz jajników w 2021 roku, obecnie jest po zabiegu mastektomii piersi lewej. Pacjentka została poddana zabiegom w ramach profilaktyki nawrotu choroby nowotworowej rozpoznanej w 2020 roku w piersi prawej. Kobieta mieszka wraz z mężem i dwójką dzieci w domu rodzinnym na wsi. Z powodu przebytej choroby i zmniejszeniu możliwości stopnia aktywności fizycznej, większość obowiązków domowych została przejęta przez pozostałych domowników. Warunki mieszkaniowe i materialne dobre. Mieszkanie jest średnio dostosowane do potrzeb pacjentki – schody na piętro są zbyt wysokie i stanowią wyzwanie do przebycia dla pacjentki. Pacjentka jest logiczna w rozmowie i komunikatywna. Pomimo początkowej niechęci, rozmawia o przebytej chorobie, z chęcią żałując się o problemach, które ją spotkały. Jej sprawność fizyczna jest ograniczona ze względu na bóle stawów, ranę pooperacyjną oraz ogólne osłabienie po intensywnym leczeniu w ciągu kilku poprzednich lat. Przy dłuższym wysiłku, takim jak gotowanie, chodzenie na dłuższe odległości czy wchodzenie po schodach, musi przystawać by odpocząć. U pacjentki zdiagnozowano wadę wzroku w wieku dziecięcym, a otyłość wystąpiła po urodzeniu drugiego dziecka. Chorej doskwierają także bóle stawowe kolan od kilkunastu lat. Po wykonaniu badań diagnostycznych, stwierdzono, że nie jest to RZS, jak pacjentka początkowo podejrzewała. Pacjentka, po śmierci matki z powodu nowotworu piersi, zdecydowała się na rozpoczęcie dokładnej profilaktyki w obawie o wystąpienie choroby. Pacjentka wykonywała badanie mammografii oraz USG piersi. U pacjentki wykryto torbiele w piersi lewej oraz łagodne guzki w piersi prawej. Stwierdzono, że nie są one powodem do niepokoju i przez kilka następnych lat pacjentka co roku udawała się na ponowne badania. W sierpniu 2019 r. W badaniu mammograficznym stwierdzono obecność łagodnych guzków w piersi prawej. Pacjentkę zaniepokoił fakt, że guzki w badaniu w 2018 r. Miały średnicę 28 mm, a przy obecnym badaniu określono ich rozmiar jako 34 mm. Chora poprosiła o wydanie skierowania na dalsze badania diagnostyczne, spowodowane lękiem o swój stan zdrowia. Spowodowane jest to faktem, że matka pacjentki zachorowała i zmarła na nowotwór piersi w okresie mniejszym niż dwa lata, co dla niej było odstępem pomiędzy profilaktycznym badaniem mammograficznym. Pacjentka dostała odpowiedź od lekarza, cyt. „skierowanie na rezonans dostają tylko ci chorzy na raka”. Pomimo nacisków pacjentki, lekarz skwitował wizytę słowami „[...] mój dziadek też chorował

na raka i żyje, dlatego nie dostanie pani tego skierowania[...]”. Pacjentka zgłosiła się więc na prywatną wizytę u lekarza onkologa, który wystawił jej skierowanie na rezonans magnetyczny. W badaniu, które wykonano 4 września w Bydgoszczy, wykryto ognisko o nieregularnym zarysie, odpowiadającej zmianie rozrostowej, wraz z pachwinowym węzłem chłonnym o średnicy 15 mm, który uznano za podejrzan.

Dnia 30 września zmiana w piersi została wycięta wraz z najbliższymi węzłami chłonnymi. Po badaniu histopatologicznym, pacjentka uzyskała rozpoznanie: rak inwazyjny NST o stopniu dojrzałości G2. Rak został usunięty w fazie przedinwazyjnej. Wynik badania przeraził pacjentkę, która już obawiała się o własne zdrowie. Straciła ona zaufanie do przedstawicieli służby zdrowia, ponieważ wcześniejsze interakcje, badania i ignorowanie mogły według pacjentki doprowadzić do jej śmierci, tak jak to się stało u jej matki. Obecnie chora bardzo szczegółowo dopytuje się lekarzy o wszystko, jest nastawiona wrogo do służby zdrowia, szczególnie w Opolu, ze względu na fakt, że musiała udać się do Wrocławia, by otrzymać pożądaną pomoc. U pacjentki rozpoczęto chemioterapię w listopadzie 2019 roku, a radioterapię w marcu 2020 r..



Fotografia 1. Zdjęcie rany pacjentki w siódmej dobie po zabiegu (Archiwum prywatne)

Ze względu na występowanie zaburzeń depresyjnych i dużego lęku o swój stan zdrowia, pomimo uznania jej za wyleczoną, pacjentka została poddana leczeniu psychiatrycznemu i terapii psychologicznej. Pomimo tego, pacjentka zdecydowała się na dodatkowe zabiegi mające na celu zminimalizowanie ryzyka nawrotu choroby. W listopadzie 2020 r, przeszła

zabieg histerektomii. W dniu 11 kwietnia 2022 r. wykonano profilaktycznie zabieg usunięcia piersi prawej, a 19 grudnia 2022 r. wykonano mastektomię piersi lewej. Pacjentka została wypisana ze szpitala dnia 27 grudnia 2022 r. Obecnie przebywa w domu pod opieką innych domowników. W wyniku zabiegu chirurgicznego, pacjentka ma ranę pooperacyjną w miejscu piersi lewej, rozciągającą się od mostka do linii pachowej. W siódmym dniu po zabiegu, zauważono wokół rany powstawanie stanu zapalnego. Po poinformowaniu lekarza oraz stosowaniu przepisanych leków, stan zapalny zanikł.

PROCES PIELEGNOWANIA

1. Diagnoza pielęgniarska: Dyskomfort spowodowany bólem okolic rany pooperacyjnej.

Cel: zmniejszenie dyskomfortu.

Interwencje:

- Monitorowanie poziomu bólu w skali VAS i NRS
- Obserwacja i pielęgnacja okolic rany mająca na celu wczesne wykrycie stanu zapalnego
 - Pomoc i edukacja na temat prawidłowego ułożenia ciała zmniejszającego poczucie bolesności
 - Konsultacja z lekarzem jeśli ból nie ustępuje
- Udział w farmakoterapii
- Instruktaż i edukacja pacjentki na temat wykonywania czynności mogących zwiększyć lub zmniejszyć poczucie bólu

Ocena: Dyskomfort i poczucie bólu zostało zmniejszone.

2. Diagnoza pielęgniarska: Dyskomfort spowodowany uczuciem gorąca i pieczenia okolic rany pooperacyjnej, w związku z wystąpieniem miejscowego stanu zapalnego rany

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu i zminimalizowanie powikłań wystąpienia stanu zapalnego

Interwencje:

- Codzienna zmiana opatrunku przy zachowaniu zasad aseptyki i antyseptyki zgodnie z zaleceniami lekarza
- Prowadzenie karty obserwacji stanu rany
- Codzienne przemywanie rany za pomocą Octaniseptu
- Regularne pomiary parametrów życiowych, w szczególności temperatury ciała, dla wczesnego wykrycia możliwego dalszego postępowania stanu zapalnego
- Edukacja pacjentki na temat prawidłowego postępowania z raną

Ocena: Stan zapalny zanikł, powodując zanik uczucia gorąca i pieczenia.

3. Diagnoza pielęgniarstwa: Lęk spowodowany poczuciem utraty kontroli na punkcie zdrowia po zawodzie zaufania wobec przedstawicieli służby zdrowia

Cel: Zmniejszenie lęku i stopniowe odbudowywanie zaufania wobec personelu medycznego

Interwencje:

- Prowadzenie rozmów terapeutycznych
- Zachęcanie do udziału w psychoterapii
- Odpowiadanie na pytania dokładnie i w sposób zrozumiały dla pacjentki
- Utrzymanie pozytywnego nastawienia i pozytywnej atmosfery wobec pacjentki
- Tłumaczenie przebiegu każdej procedury przed jej wykonaniem i na życzenie pacjentki
- Wykazywanie empatii wobec sytuacji pacjentki
- Edukacja pacjentki o odpowiednim postępowaniu koniecznym do poprawy jakości i stylu życia
- Zachęcanie pacjentki do współpracy
- Układanie planów opieki wraz z pacjentką, by zapewnić jej poczucie znaczenia i kontroli nad własnym zdrowiem

Ocena: Zmniejszono poczucie lęku i zostało odzyskane zaufanie pacjentki.

4. Diagnoza pielęgniarstwa: Ograniczenie ruchomości spowodowane ogólnym osłabieniem po zabiegu oraz po przebyciu intensywnego leczenia.

Cel: Zmniejszenie ograniczenia ruchomości i pomoc w rehabilitacji

Interwencje:

- Udział w rehabilitacji pacjentki
- Zachęcanie do wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych
- Zachęcanie do podejmowania aktywności fizycznej w miarę możliwości
- Udzielanie wsparcia psychicznego
- Nakłanianie pacjentki do wykonywania drobnych czynności, które wykonywała przed zabiegiem
- Edukacja pacjentki o pozytywnym wpływie ćwiczeń i stopniowym zwiększaniu stopnia wysiłku na ogólne samopoczucie

Ocena: Zmniejszono ograniczenie ruchomości i uruchomiono pacjentkę, zwiększając jej samodzielność.

5. Diagnoza pielęgnarska: Poczucie zmęczenia i rezygnacji spowodowane przebyłą traumą psychiczną związaną z historią choroby w rodzinie i potraktowaniem pobłażliwie przez innych.

Cel: Zmniejszenie poczucia zmęczenia i rezygnacji

Interwencje:

- Udzielanie wsparcia psychicznego pacjentce
- Zapewnianie pacjentki o znaczeniu jej uczuć
- Zachęcanie do rozmów o swoim stanie zdrowia i dzieleniu się swoimi przemyśleniami
- Prowadzenie dyskusji z pacjentką o jej stanie zdrowia, pozwalając na jej zwiększony udział
- W rozmowach stwarzanie atmosfery bezpieczeństwa i znaczenia zdania chorej
- Motywowanie pacjentki do dalszej terapii i udziału w leczeniu

Ocena: Zmniejszono poczucie zmęczenia i rezygnacji.

6. Diagnoza pielęgnarska: Ograniczenie aktywności fizycznej spowodowane otyłością

Cel: Zwiększenie stopnia aktywności fizycznej

Interwencje:

- Edukacja pacjentki na temat powikłań otyłości i długotrwałego bezruchu
- Zachęcanie pacjentki do wykonywania różnych ćwiczeń
- Instruktaż i prezentacja wybranych ćwiczeń, dopasowanych stopniem trudności do możliwości pacjentki
- Zachęcanie do wykonywania mniej intensywnych aktywności fizycznych, takich jak spacer czy korzystanie z roweru
- Edukacja pacjentki na temat i rodzaj ćwiczeń nieobciążających stawów kolanowych

Ocena: Zwiększono dzienny stopień wykonywania aktywności fizycznej, zmobilizowano pacjentkę do podjęcia dalszych kroków w kierunku utraty wagi i poprawy sprawności.

7. Diagnoza pielęgnarska: Zniechęcenie do zażywania leków spowodowane zawodem zaufania wobec przedstawicieli służby zdrowia i lękiem o swoje zdrowie.

Cel: Motywacja pacjentki do spożywania leków zgodnie z zaleceniami lekarza poprzez odbudowanie zaufania

Interwencje:

- Edukacja pacjentki na temat konieczności zażywania przepisanych leków
- Udzielanie odpowiedzi na temat rodzaju i powodu przyjmowania leków.
- Zachęcanie do brania leków podczas dnia

- Kontrolowanie przyjmowania leków przez pacjentkę
- Prowadzenie wraz z pacjentką dzienniczka leków – spisywanie leków na każdy dzień, dopisywanie powodu dla którego muszą być przyjmowane i ich wykreślanie po przyjęciu

Ocena: Pacjentka nie odmawia przyjmowania leków, sama sprawdza, czy spożyła wszystkie zgodnie z zaleceniami.

8. Diagnoza pielęgniarska: Dyskomfort spowodowany koniecznością noszenia specjalistycznego gorsetu i biustonosza po wszczepieniu implantu.

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu

Interwencje:

- Pomoc w dobieraniu odpowiedniego gorsetu i biustonosza
- Obserwacja okolic narażonych na tarcie oraz ich zabezpieczanie
- Pomoc w zakładaniu gorsetu i biustonosza, by zmniejszyć uczucie dużego ucisku
- Edukacja pacjentki na temat konieczności noszenia gorsetu i biustonosza

Ocena: Dyskomfort został zminimalizowany.

9. Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko wystąpienia ponownego zakażenia rany pooperacyjnej

Cel: Zminimalizowanie ryzyka ponownego zakażenia

Interwencje:

- Obserwacja rany podczas zmian opatrunku pod kątem wczesnego wykrycia występowania zakażenia
- Stosowanie odpowiednich środków dezynfekcyjnych podczas mycia rany
- Stosowanie odpowiednich jałowych materiałów
- Odpowiednie zabezpieczanie opatrunku by uniknąć kontaktu rany z niejałowymi powierzchniami
- Obserwacja chorej pod kątem wystąpienia wczesnych objawów ponownego zakażenia

Ocena: Ryzyko wystąpienia ponownego zakażenia zostało zminimalizowane.

10. Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko odmowy współpracy i odstąpienia od leczenia spowodowane lękiem i brakiem zaufania.

Cel: Zminimalizowanie ryzyka odmowy współpracy

Interwencje:

- Edukacja pacjentki na temat znaczenia i konieczności współpracy z personelem medycznym

Mastectomia... i co dalej?

- Tłumaczenie wykonywanych procedur w sposób zrozumiały dla pacjentki
- Szczere określanie zamiarów wobec pacjentki i informowanie o wszystkich szczegółach, które chce wiedzieć (mówienie „teraz zmienię pani opatrunek”, „teraz przemyję ranę jałowymi gazikami i Octaniseptem”)
- Pytanie o zgodę przed wykonaniem każdej procedury

Ocena: Zminimalizowano ryzyko odmowy współpracy.

11. Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko wystąpienia powikłań spowodowanych chorobą Hashimoto

Cel: Zminimalizowanie ryzyka

Interwencje:

- Edukacja pacjentki o chorobie Hashimoto i jej powikłaniach
- Edukacja pacjentki na temat odpowiedniej diety dla pacjentki z chorobą Hashimoto
- Obserwacja pacjentki pod kątem zaostrzania się choroby
- Obserwacja pacjentki pod kątem występowania wczesnych powikłań choroby
- Zachęcanie pacjentki do wykonywania regularnych badań profilaktycznych

Ocena: Zmniejszono ryzyko wystąpienia powikłań.

12. Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko nawrotu choroby nowotworowej.

Cel: Zmniejszenie ryzyka nawrotu

Interwencje:

- Edukacja pacjentki na temat nawrotów nowotworów
- Edukacja pacjentki o konieczności wykonywania badań profilaktycznych
- Edukacja pacjentki o znaczeniu wczesnego zgłaszania lekarzowi niepokojących objawów
- Edukacja pacjentki na temat obserwowania własnego ciała i jak szybko wykryć możliwe zmiany

Ocena: Zminimalizowano ryzyko nawrotu choroby nowotworowej.

DYSKUSJA

Świadomość o nowotworze piersi i metodach jego leczenia i zapobiegania stanowią integralną część edukacji, do której kobiety w każdym wieku powinny mieć dostęp. Szczególnie biorąc pod uwagę fakt, że coraz częściej występuje on u młodszych pacjentek. Schorzenia tarczycy, otyłość oraz depresja często wstępują razem, pomimo różnic

w patogenezie oraz czynników ryzyka. Jednak nie można stwierdzić, że obecność jednego ze schorzeń stwarza warunki podwyższonego ryzyka dla występowania pozostałych. W pracy opisano przypadek 49-letniej kobiety, u której rozpoznano te choroby w małych odstępach czasowych. Oprócz ich impaktu, ważne było zwrócenie uwagi na problem, jakim była utrata zaufania wobec przedstawicieli pracowników służby zdrowia. Ponieważ wszystkie te czynniki znacząco wpłynęły nie tylko na stan fizyczny, ale też materialny, socjalny oraz psychiczny stan pacjentki, istotą utworzenia planu opieki było wykorzystanie podejścia holistycznego do pacjenta, zrozumienia jego problemów i udzielaniu pomocy w formie edukacji, opieki nad dolegliwościami i pielęgnacją rany oraz udzielania wsparcia psychicznego. W publikacji Ośmiałowskiej O., Świątoniowskiej N. oraz Homętowskiej H. Czynnikiem decydującym o jakości życia jest natężenie poziomu lęku, depresji, stresu oraz objawów choroby. Autorki omawiają wpływ poszczególnych czynników na życie kobiet z nowotworem piersi. Z publikacji można także wywnioskować, że sama metoda leczenia nowotworu znacząco wpływa na samopoczucie i samoocenę pacjentki. Z reguły pogodzenie się z chorobą nie jest łatwym zadaniem, a radzenie sobie z nią musi opierać się nie tylko na sile psychicznej pacjentki, ale także wsparciu środowiska, w tym przedstawicieli służby zdrowia [44].

Natomiast Walden-Gałaszko K., Majkowicz M. oraz Zdun-Ryżewska A. w publikacji opisującej specyfikę zaburzeń depresyjnych występujących wśród pacjentek onkologicznych, określił konieczność opracowania narzędzi pozwalających na dokładną diagnostykę zaburzeń wśród pacjentek onkologicznych, w związku z kompleksowością ich przyczyny występowania. Według autorów, wiele objawów depresji jest podobna do objawów choroby nowotworowej oraz skutków ubocznych jej leczenia, co znacząco utrudnia diagnostykę zaburzeń depresyjnych wśród tej grupy pacjentów. Z publikacji także wynika, że zaburzenia u tej grupy pacjentów powinny być klasyfikowane osobno od innych zaburzeń, co jest powodowane kompleksowością samej natury występowania i chorowania na chorobę nowotworową [33].

Według Hall MA, Dugan E., Zheng B. oraz Mishra AK., zaufanie pacjenta wobec personelu medycznego jest podstawą wprowadzania procesów diagnostycznych, leczenia oraz profilaktyki. Znając znaczenie i warunki nawiązania relacji zaufania pacjenta, personel medyczny jest w stanie w sposób skuteczny nawiązać więź niezbędną do funkcjonowania i współpracy z chorym. W publikacji podkreśla się także, że zdobycie i odbudowanie zaufania to proces długotrwały i nie zawsze owocny, dlatego tak istotne jest nie nadwyrażanie go w jakichkolwiek interakcjach z pacjentem [45].

Przypadek opisany w niniejszej pracy pokazuje, jak duże znaczenie ma edukacja oraz zaufanie pacjenta wobec przedstawicieli służby zdrowia i jak ważne jest zastosowanie opieki

holistycznej nad takim pacjentem. Opiekując się osobami po przejściu nowotworu oraz zabiegów, które szczególnie mogą wpłynąć na ich sposób postrzegania siebie, należy pamiętać, że nie wolno skupić się tylko na problemach widocznych, ale też o dolegliwościach, do których pacjent przyzna się dopiero po zdobyciu jego zaufania.

Podsumowując – zaufanie oraz edukacja na temat profilaktyki wielu chorób jest często niezwykle ważna przy podjęciu się opieki nad pacjentem nowotworowym. Pomoc jak i wsparcie psychologiczne pozwalają nie tylko na poprawę stanu pacjenta, ale także na przeprowadzenie bardziej drobiazgowej obserwacji jak i nawiązanie współpracy, która jest istotna w leczeniu wielu schorzeń. Dzięki tej współpracy proces leczenia chorego może przebiegać lepiej zarówno jak i dla pacjenta, jak i dla personelu medycznego.

WNIOSKI

1. Pacjentów z chorobą nowotworową należy traktować w sposób całościowy, z uwzględnieniem wszystkich sfer jego życia, nie tylko tych widocznych dla pielęgniarki.
2. Zbyt mała wiedza lub jej brak na temat badań kontrolnych oraz metod diagnostycznych wielu schorzeń stanowi poważny problem wśród społeczeństwa.
3. Sposoby leczenia nowotworów mają ogromny wpływ na postrzeganie samego siebie przez chorego.
4. Nieprawidłowy styl życia i niechęć do przeprowadzania badań kontrolnych znacznie zwiększają ryzyko trwania niewykrytego procesu chorobowego, tym samym dając obraz różnych objawów klinicznych, które zostają błędnie rozpoznane w późniejszym okresie.
5. Kobiety po leczeniu nowotworowym szczególnie dotyka problem trudności z samooceną oraz zaburzeń depresyjnych.
6. Rozprzestrzenienie social mediów i standardów beauty znacząco wpływają na częstotliwość występowania depresji.
7. Otyłość jest chorobą, którą należy leczyć, ponieważ jej obecność niesie za sobą poważne konsekwencje zdrowotne jak i socjoekonomiczne.
8. Profesjonalna i kompleksowa pomoc medyczna są niezbędne w całościowym leczeniu pacjentów z nowotworem.
9. W opiece pielęgniarskiej niezwykle ważne jest zaufanie i współpraca z pacjentem a pielęgniarką. Dzięki temu pielęgniarka może prowadzić działania i uczestniczyć

w czynnościach mających na celu polepszenie jakości życia chorego i złagodzenie dokuczliwych objawów.

PIŚMIENNICTWO

1. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy - Oddział w Gliwicach. Dla pacjenta. Podział nowotworów. <https://www.io.gliwice.pl/dla-pacjenta/podzial-nowotworow>, data pobrania 1.03.2023.
2. Madej J.A. Narządowa lokalizacja i klasyfikacja nowotworów: patomorfologia, rokowanie kliniczne i podstawy terapii. Medycyna Weterynaryjna. 2018, 74, 11.
3. alivia.org.pl. Wiedza o raku. Stadia zaawansowania nowotworów – klasyfikacja TNM i pozostałe czynniki oceny nowotworów. <https://alivia.org.pl/wiedza-o-raku/stadia-zaawansowania-nowotworow-klasyfikacja-tnm-i-pozostale-czynniki-oceny-choroby/>, data pobrania 1.03.2023.
4. Umieralność w 2021 roku 16.05.2022 r. Zgony według przyczyn – dane, data pobrania 1.03.2023. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/umieralno-sc-w-2021-roku-zgony-wedlug-przyczyn-dane-wstepne,10,3.html#:~:>, data pobrania 1.03.2023.
5. Kułakowski, Andrzej. Onkologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2014.
6. Hortobagyi G. Treatment of Breast Cancer. The New England Journal of Medicine. 1998, 1,339(14), 974-984.
7. naukawpolsce.pl. Strona główna. Aktualności. Oszczędzająca terapia raka piersi związana z lepszym przeżyciem. <https://naukawpolsce.pl/aktualnosci/news%2C393887%2Coszczedzajaca-terapia-raka-piersi-zwiazana-z-lepszym-przezyciem.html>, data pobrania 1.03.2023.
8. Jagiełło-Gruszfeld A. W gabinecie lekarza specjalisty. Onkologia. Rak piersi. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2020.
9. Koper K.J., Koper A. Pielęgniarstwo Onkologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2020.
10. zwrotnikraka.pl. Portal Onkologiczny. Operacja oszczędzająca pierś i mastektomia w chirurgicznym leczeniu raka sutka, <https://www.zwrotnikraka.pl/operacja-oszczedzajaca-piers-mastektomia-rak-sutka/>, data pobrania 1.03.2023.
11. Rusby J.E., Smith B.L., Gui G.P.H.. Nipple-sparing mastectomy. British Journal of Surgery, 2010, 97(3), 305-316.

12. zwrotnikraka.pl. Portal Onkologiczny. Profilaktyczna mastektomia – prewencyjne usunięcie piersi. <https://www.zwrotnikraka.pl/mastektomia-prewencyjne-usuniecie-piersi/>, data pobrania 1.03.2023.
13. mp.pl Dla pacjentów. Onkologia. Aktualności. Rehabilitacja po leczeniu z powodu raka piersi <https://www.mp.pl/pacjent/onkologia/aktualnosci/202098,rehabilitacja-po-leczeniu-z-powodu-raka-piersi>, data pobrania 1.03.2023.
14. Amino N., Tada H., Hidaka Y., Hashimoto K. Hashimoto's Disease and Dr. Hakaru Hashimoto. *Endocrine Journal* 2002, 49(4), 393-397.
15. Luty J., Bryl E. Choroba Hashimoto – aspekt genetyczny i środowiskowy. *Wybrane Problemy Kliniczne. Forum Medycyny Rodzinnej.* 2017, 11(1), 1-6.
16. thyroset.pl. Blog. Zapalenie tarczycy – przyczyny, objawy, leczenie. <https://thyroset.pl/blog/zapalenie-tarczycy-przyczyny-objawy-i-leczenie/>, data pobrania 1.03.2023.
17. diag.pl. Pacjent. Artykuły. Autoimmunologiczne choroby tarczycy. <https://diag.pl/pacjent/artykuly/autoimmunologiczne-choroby-tarczycy/#2-Autoimm-u-nologiczne-choroby-tarczycy-rodzaje>, data pobrania 1.03.2023.
18. Tąpolska M., Szłapka S., Spalek M., Owecki M. Etiopatogeneza i epidemiologia autoimmunizacyjnego zapalenia tarczycy typu Hashimoto. *Postępy biologii komórki*, 2019, 46(3), 255-264.
19. thyroset.pl. Blog. Rodzaje niedoczynności tarczycy, <https://thyroset.pl/blog/rodzaje-niedoczynnosci-tarczycy/>, data pobrania 1.03.2023.
20. synevo.pl. Hashimoto – objawy, przyczyny, badania <https://www.synevo.pl/hashimoto/>, data pobrania 1.03.2023.
21. mamhashi.pl. Choroba Hashimoto – na czym polega?, <https://mamhashi.pl/choroba-hashimoto-na-czym-polega/>, data pobrania 1.03.2023.
22. Mattozzi S, Sabater L, Escudero D, Ariño H, Armangue T, Simabukuro M, Iizuka T, Hara M, Saiz A, Sotgiu S, Dalmau J. Hashimoto encephalopathy in the 21st century. *Neurology.* 2020,14, 94(2), e217-24.
23. Lontiris MI, Mazokopakis EE. A concise review of Hashimoto thyroiditis (HT) and the importance of iodine, selenium, vitamin D and gluten on the autoimmunity and dietary management of HT patients. Points that need more investigation. *Hellenic Journal of Nuclear Medicine*, 2017, 1, 20(1), 51-56.
24. Patil N, Rehman A, Jialal I, Saathoff AD. Hypothyroidism (Nursing). Study Guide from StatPearls Publishing, Treasure Island (FL), 2021.

25. mamhashi.pl. Choroba Hashimoto – na czym polega?. Życie z chorobą Hashimoto. Leczenie, dieta i motywacja. Powikłania nieleczonych chorób tarczycy. <https://mamhashi.pl/choroba-hashimoto-na-czym-polega/zycie-z-choroba-hashimoto-leczenie-dieta-i-motywacja/powiklania-nieleczonych-chorob-tarczycy/pression/>, data pobrania 1.03.2023.
26. Child Mind Institute. Family Resource Center. Depression and Mood Disorders. Screen Time and Technology. Does Social media Use Cause Depression? <https://childmind.org/article/is-social-media-use-causing-depression/>, data pobrania 1.03.2023.
27. iFightDepression. Rodzaje depresji, <https://ifightdepression.com/pl/dla-wszystkich/rodzaje-depresji>, data pobrania 1.03.2023.
28. ezdrowie.gov.pl. Strona główna. Badania i dane. Zdrowe dane. Raporty. NFZ o zdrowiu. Depresja. <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja>, data pobrania 1.03.2023.
29. Nowicki A., Rządkowska B. Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. Współczesna Onkologia, 2005, 9(9), 396–403.
30. Forum przeciw depresji. Aktualności. 22 września 2014. <https://forumprzeciwdepresji.pl/1069/patogeneza-depresji-spojrzenie-polskich-autorow>, data pobrania 1.03.2023.
31. Kieszkowska-Grudny A. Dystres i depresja u chorych na nowotwory–diagnostyka i leczenie. OncoReview. 2012, 4(2), 246-252.
32. Krawczyk P. Depresja w praktyce lekarza POZ–diagnostyka i farmakoterapia. Pediatria i Medycyna Rodzinna. 2014,10(2),174-189.
33. de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M, Zdun-Ryżewska A. Zaburzenia przystosowania do choroby nowotworowej–trudności diagnostyczne zespołów depresyjnych. Psychoonkologia. 2013, 1, 10-15.
34. Centrum dobrej terapii. Materiały. Depresja – objawy, diagnoza, leczenie, rokowania. <https://www.centrumdobrejterapii.pl/materiały/depresja-diagnoza-leczenie-rokowania/>, data pobrania 1.03.2023.
35. Cieślik A, Słopiecka A. Rola pielęgniarki w opiece nad chorym z depresją. Studia Medyczne. 2011, 28(4), 77-81.
36. Zgliczyński W. Tarczyca. Wielka Interna Endokrynologia.. Medical Tribune, Polska 2020.
37. rankinglekarzy.pl. Leczenie. Jak sobie radzić z otyłością. <https://www.rankinglekarzy.pl/artykuly/jak-sobie-radzic-z-otyloscia/>, data pobrania 1.03.2023.

38. Diagnostyka. Pacjent. Otyłość to choroba! Przyczyny otyłości i leczenie. <https://diag.pl/pacjent/artykuly/otylosc-to-choroba-przyczyny-otylosci-i-leczenie/>, data pobrania 1.03. 2023.
39. Zgliczyński WS. Nadwaga i otyłość w Polsce. Infos zagadnienia społeczno-gospodarcze. 2017, 04, 1-4.
40. Jung A. Otyłość-choroba cywilizacyjna. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*. 2014, 3(10), 226-232.
41. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter?. *The milbank quarterly*. 2001, 79(4), 613-639.
42. Wolfensberger M, Wrigley A. *Trust in Medicine*. Cambridge University Press; 2019.
43. Hall MA, Camacho F, Dugan E, Balkrishnan R. Trust in the medical profession: conceptual and measurement issues. *Health Services Research*, 2002, 37(5), 1419-1439.
44. Ośmiałowska E, Świątoniowska N, Homętowska H. Jakość życia pacjentek z rozpoznaniem nowotworu piersi. *Palliative Medicine in Practice*, 2018, 12(3), 143-150.
45. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter?. *The milbank quarterly*. 2001, 79(4), 613-639.

Zjawisko wzrostu potraumatycznego u pacjentów z chorobą nowotworową

Karolina Dąbek¹, Maciej Kalinowski¹, Sylwia Mroszczyk²

1. Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Psychologii, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
 2. SKN ISOMERS przy Katedrze i Zakładzie Chemii Medycznej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
- Opiekun pracy: dr n. o zdr. Joanna Milanowska

CZYM JEST TRAUMA?

Trauma to uraz psychiczny, który został wywołany przez czynniki o charakterze zagrażającym zdrowiu i życiu człowieka. Do jego powstania przyczyniają się najczęściej stresory pochodzące ze środowiska zewnętrznego, które prowadzą do powstawania głębokich zmian w funkcjonowaniu poszkodowanego [1]. Traumatyczne wydarzenie może ingerować w podstawowe przekonania na temat siebie i świata, głównie w odniesieniu do poczucia kontroli, bezpieczeństwa oraz własnej świadomości [2]. W reakcji na traumatyczne wydarzenia może rozwinąć się zespół stresu pourazowego, ostra reakcja na stres bądź wzrost potraumatyczny.

ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO

Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego traumę mogą wywoływać takie sytuacje jak: klęska żywiołowa, wypadek komunikacyjny, nieoczekiwana utrata bliskiej osoby, czy napaść na tle seksualnym [3,4]. Ciągłe utrzymywanie się stresorów traumatycznych, oraz doznanie poważnego uszczerbku fizycznego i psychicznego, może spowodować rozwój zespołu stresu pourazowego (PTSD - Post-traumatic stress disorder), znanego wcześniej jako zespół zmęczenia bojowego [4]. Każdy może rozwinąć PTSD niezależnie od wieku [5].

Osoba doświadczająca PTSD może odczuwać bezradność, intensywny strach, obniżony popęd seksualny czy uczucie przerażenia, nawet w momencie, kiedy nie występuje realne zagrożenie [4,5,6]. Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób (według definicji WHO

z 2018 roku), zespół stresu pourazowego obejmuje trudności z utrzymywaniem relacjami interpersonalnymi, regulacją afektów oraz ciągłym obwinianiem siebie [7]. Warunkiem koniecznym do zdiagnozowania PTSD jest utrzymywanie się symptomów powyżej 1 miesiąca, które zwykle rozpoczynają się w przeciągu 3 miesięcy od wystąpienia traumatycznego wydarzenia. Ponadto towarzyszące objawy powinny zakłócać aspekty życia codziennego, takie jak relacje lub pracę. Jednocześnie należy wykluczyć inne przyczyny stresu takie jak: przyjmowanie leków, zażywanie substancji odurzających oraz inne choroby [5].

Zespół stresu pourazowego dotyka około 8% światowej populacji w ciągu ich życia. Narażenie na potencjalnie traumatyczne wydarzenia występuje u około 80-90% osób narażonych na traumę, a mimo to nie rozwijają PTSD. To sugeruje międzyosobniczą różnicę w podatności na PTSD [8]. Nie można jednoznacznie stwierdzić, czy płeć predysponuje do rozwoju PTSD [9]. Na rozwój tego zespołu mają wpływ takie czynniki jak: predyspozycje genetyczne, hormony płciowe, indywidualne role i zadania przypisywane przez społeczeństwo oraz ich weryfikacja [9, 10, 11].

WZROST POTRAUMATYCZNY

Doświadczenie silnie traumatyzujących zdarzeń może powodować nie tylko trwałe negatywne następstwa, ale również pozytywne zmiany psychologiczne, które określane są jako wzrost potraumatyczny [12]. Wzrost potraumatyczny jest określeniem sukcesu, z jakim osoby z doświadczeniem traumy rekonstruuja lub wzmacniają swoje postrzeganie siebie, innych oraz znaczenia zdarzeń podczas dalszego życia [13]. Jest również opisywany jako "doświadczenie znaczącej pozytywnej zmiany wynikającej z walki z poważnym kryzysem życiowym" [13]. Wzrost pourazowy może być związany z oceną śmierci osób, które przeżyły chorobę [14]. W konsekwencji działań podjętych przez jednostkę w celu poradzenia sobie z traumatycznym doświadczeniem, pacjent może zacząć przejawiać wyższy poziom funkcjonowania niż prezentował przed traumą [15]. Warto wspomnieć, że PTG nie zastępuje procesu żałoby i bólu [16]. Wykazano trzy główne grupy zmian składające się na rozwój: zmiany percepcji własnej osoby, zmiany w relacjach interpersonalnych oraz zmiany filozofii życiowej [17]. Teoretyczny model wzrostu potraumatycznego zakłada, że w sytuacji dysonansu pomiędzy przekonaniami a znaczeniem doświadczenia, ludzie skłaniają się do zmniejszenia rozbieżności poprzez zmianę własnych przekonań [18]. Przegląd literatury wykazał, że wśród osób, które przeżyły traumę, od 58% do 83% retrospektywnie zgłosiło wzrost potraumatyczny po swoich doświadczeniach [19].

CHOROBA NOWOTWOROWA PROBLEMEM SPOŁECZNYM

Choroby nowotworowe stanowią poważny problem społeczny i zdrowotny w XXI wieku. Według GUS w 2021 roku stanowiły one drugą najczęstszą przyczynę zgonu wśród polskich obywateli, zaraz po chorobach układu krążenia [20]. Według Krajowego Rejestru Nowotworów do najczęściej diagnozowanych chorób nowotworowych u mężczyzn należą nowotwory gruczołu krokowego, płuc i okrężnicy, a u kobiet piersi, płuc i trzonu macicy [21]. W odniesieniu do śmiertelności, u mężczyzn do najczęstszych nowotworowych przyczyn zgonów należą nowotwory płuca, gruczołu krokowego i okrężnicy, a u kobiet płuca, piersi i okrężnicy [21]. Wśród czynników ryzyka zachorowań na nowotwory możemy wyróżnić predyspozycje genetyczne, promieniowanie jonizujące, palenie tytoniu, infekcję, niezdrową dietę, nadmierne spożywanie alkoholu, siedzący tryb życia oraz wpływ środowiska, a także otyłość, co wraz ze wzrostem częstości występowania czynników ryzyka przekłada się na wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe [22]. Rozpowszechnienie chorób nowotworowych stanowi problem ze względu na mnogość powiązanych z chorobą cierpień, takich jak pogorszenie zdrowia psychicznego, zmęczenie, deficyty poznawcze i problemy fizyczne [23].

WZROST POTRAUMATYCZNY U OSÓB Z CHOROBAŁĄ NOWOTWOROWĄ

Mimo traumatyczności choroby nowotworowej, część pacjentów prezentuje wzrost potraumatyczny nawet po tak obciążającym przeżyciu. Zjawisko to może dotyczyć nawet jeden na 3 pacjentów, zwłaszcza młodszych kobiet [14, 24]. Głównym czynnikiem jest osobnicza odporność psychiczna w odniesieniu do traumatyzujących zdarzeń, co przekłada się na nadawanie im takiego charakteru [25]. Występowanie tego zjawiska zależy również od formy leczenia oraz rodzaju nowotworu, ale nie zawsze od stopnia jego zaawansowania [13, 24, 26]. Zjawisko to występuje wśród pacjentów dotkniętych nowotworem piersi, hematologicznymi, obszaru głowy i szyi, jądra czy jelita grubego [27]. Do czynników predysponujących można też zaliczyć stopień edukacji, obecność chorób współistniejących oraz aktywność fizyczna [14, 27]. Inne badania wskazują zaś na wpływ wiedzy o chorobie i czas, który upłynął od momentu diagnozy [28, 29]. Jest to też zjawisko niezależne od zgłaszanej przez pacjentów jakości życia [24], natomiast jakość życia pacjentów wykazuje niewielką korelację z występowaniem nowych możliwości po traumatycznym wydarzeniu [26]. Do biologicznych czynników można zaliczyć odpowiedź organizmu na stres, jednym z jej markerów może być CRP (białko

C-reaktywne), którego wyższe stężenie koreluje z niższym stopniem wzrostu potraumatycznego oraz nasilenie objawów depresyjnych [25]. Ważnym czynnikiem umożliwiającym wystąpienie wzrostu potraumatycznego są wykształcone schematy adaptacyjne. Korzystne są aktywne radzenie sobie, posiadanie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, umiejętność odprężenia się, pozytywne przeformułowanie, planowanie, humor, akceptacja oraz religia [14, 23, 28]. Na wystąpienie wzrostu wpływa zaś negatywnie występowanie natrętnych ruminacji [23].

Wzrost może przejawiać się w różny sposób, poprzez zmianę diety na zdrowszą, czy zwiększenie aktywności fizycznej [13, 24]. Istotnie wpływa on na relację pacjenta z innymi, poczucie własnej siły oraz docenianie życia, zaś słabiej jej zaznaczony jego wpływ na sferę duchową oraz poczucie nowych możliwości [13, 26]. Wpływ nowotworu jest zaznaczony w odniesieniu do samodoskonalenia, spojrzenia na życie, samopoczucia psychicznego, zmian charakteru oraz stosunku do ciała pacjenta [13]. Zmiana percepcji własnej osoby związana jest z większym poczuciem własnej wartości, odczuciem osobistej siły oraz zaufaniu do siebie i własnego ciała [17]. Najbardziej wyraźny jest wpływ na relację z innymi – zwiększa się współczucie oraz wrażliwość na innych ludzi, a także otwartość i pewność siebie [17, 27].

Istotną rolę pełni wsparcie psychologiczne już na etapie diagnozy choroby nowotworowej [24]. Podkreśla się też wpływ środowiska rodzinnego oraz grona przyjaciół [13, 14]. Ważnym predyktorem wystąpienia wzrostu potraumatycznego jest posiadanie potomstwa [28].

Całokształt zjawiska przyczynił się do tworzenia programów promujących wystąpienie wzrostu potraumatycznego i zwiększenia jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową. Programy te opierają się na autorefleksji, autoanalizie oraz grupach pomocowych w celu zwiększenia wsparcia społecznego oraz poczucia własnej siły [30]. Takie postępowanie umożliwia istotne zmniejszenia nasilenia lęku i objawów depresyjnych u pacjentów, a także ruminacji natrętnych i celowych, co umożliwia zmniejszenie dystresu [30]. Przyczyną może być promowanie wystąpienia wzrostu potraumatycznego poprzez dzielenie się negatywnymi emocjami, budowanie pozytywnych strategii radzenia sobie oraz szeroko rozumiane wsparcie społeczne z poczuciem przynależności [31].

PODSUMOWANIE

Choroba nowotworowa, mimo traumatycznego wydźwięku, nie zawsze jest powiązana z odległymi negatywnymi doświadczeniami związanymi z traumą.

W związku z występowaniem zjawiska wzrostu potraumatycznego, jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową może ulec poprawie po chorobie.

W związku z istotnym powiązaniem wzrostu potraumatycznego ze świadomością oraz relacjami międzyludzkimi, ważne staje się promowanie grup wsparcia i odpowiednich metod terapeutycznych, które zwiększają prawdopodobieństwo jego wystąpienia.

PIŚMIENNICTWO

1. Isobel S., Goodyear M., Foster K.: Psychological Trauma in the Context of Familial Relationships: A Concept Analysis. *Trauma Violence Abuse*, 2019, 20(4), 549-559.
2. Kashyap S., Hussain D.: Cross-Cultural Challenges to the Construct “Posttraumatic Growth.”. *Journal of Loss and Trauma*, 2018, 23(1), 51-69.
3. American Psychological Association: Trauma. <https://www.apa.org/topics/trauma/#:~:text=Trauma%20is%20an%20emotional%20response%20to%20a%20terrible,and%20even%20physical%20symptoms%20like%20headaches%20or%20nausea> (data pobrania 27.06.2023)
4. Thakur A., Choudhary D., Kumar B., Chaudhary A.: A Review on Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): Symptoms, Therapies and Recent Case Studies. *Current Molecular Pharmacology*, 2022, 15(3), 502-516.
5. National Institute of Mental Health: Post-Traumatic Stress Disorder. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd> (data pobrania 27.06.2023)
6. Yehuda R., Lehrner A., Rosenbaum T.Y.: PTSD and Sexual Dysfunction in Men and Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 2015, 12(5), 1107-1119.
7. Ross S.L., Sharma-Patel K., Brown E.J., Hunt J.S., Chaplin W.F.: Complex trauma and Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy: How do trauma chronicity and PTSD presentation affect treatment outcome? *Child Abuse & Neglect*, 2021, 111, 104734.
8. Al Jowf G.I., Snijders C., Rutten B.P.F., de Nijs L., Eijssen L.M.T.: The Molecular Biology of Susceptibility to Post-Traumatic Stress Disorder: Highlights of Epigenetics and Epigenomics. *International Journal of Molecular Sciences*, 2021, 22(19), 10743.
9. Christiansen D.M., Berke E.T. Gender- and Sex-Based Contributors to Sex Differences in PTSD. *Current Psychiatry Reports*, 2020, 22(4), 19.
10. Briscione M.A., Michopoulos V., Jovanovic T., Norrholm S.D.: Neuroendocrine Underpinnings of Increased Risk for Posttraumatic Stress Disorder in Women. In: *Vitamins and Hormones*, 2017, 103, 53-83.

11. Wassell J., Rogers S.L., Felmingam K.L., Bryant R.A., Pearson J.: Sex hormones predict the sensory strength and vividness of mental imagery. *Biological Psychology*, 2015, 107, 61-68.
12. Ogińska-Bulik N.: Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2010, 15(2), 125-139.
13. Mols F., Vingerhoets A.J.J.M., Coebergh J.W.W., van de Poll-Franse L.V.: Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology & Health*, 2009, 24(5), 583-595.
14. Cormio C., Romito F., Giotta F., Mattioli V.: Post-traumatic Growth in the Italian Experience of Long-term Disease-free Cancer Survivors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 2015, 31(3), 189-196.
15. Ogińska-Bulik N.: Objawy stresu pourazowego a potraumatyczny wzrost u młodzieży – ofiar wypadków samochodowych, 2014, 11(1), 49-58.
16. Alvarez-Calle M., Chaves C.: Posttraumatic growth after perinatal loss: A systematic review. *Midwifery*, 2023, 121, 103651.
17. Tedeschi R.G., Calhoun L. G.: Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 2004, 15(1), 1–18.
18. Park C.L.: Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 2010, 136(2), 257-301.
19. Joseph, S., Linley, P.A.: Psychological Assessment of Growth Following Adversity: A Review [w]: *Trauma, Recovery, and Growth*. Joseph S., Linley P.A. (red). Wiley; 2008, 21-36.
20. GUS.: Umieralność w 2021 roku. Zgony według przyczyn - dane wstępne. https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5746/10/3/1/umieralnosc_i_zgony_wedlug_przyczyn_w_2021_roku.pdf (data pobrania 27.06.2023)
21. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2020 roku. https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2023-01/nowotwory_2020.pdf (data pobrania 27.06.2023)
22. Avgerinos K.I., Spyrou N., Mantzoros C.S., Dalamaga M.: Obesity and cancer risk: Emerging biological mechanisms and perspectives. *Metabolism: Clinical and Experimental*, 2019, 92, 121-135.

23. Szcześniak M., Madej D., Bielecka G.: Relationship between World Assumptions and Post-Traumatic Growth among Polish Cancer Patients: Moderating Effect of Rumination. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022,19(19), 12444.
24. Evans C., Saliba-Serre B., Préau M., Bendiane M.K., Gonçalves A., et al.: Post-traumatic growth 5 years after cancer: identification of associated actionable factors. *Support Care in Cancer*, 2022, 30(10), 8261-8270.
25. Gundogmus A.G., Sezer Katar K., Orsel S., Ozturk G., Yilmaz K.B.: The relationship of potential biomarkers with psychological resilience and post-traumatic growth in female patients with breast cancer. *PLoS One*, 2022, 17(12), e0277119.
26. Jansen L., Hoffmeister M., Chang-Claude J., Brenner H., Arndt V.: Benefit finding and post-traumatic growth in long-term colorectal cancer survivors: prevalence, determinants, and associations with quality of life. *British Journal of Cancer*, 2011, 105(8), 1158-1165.
27. Menger F., Mohammed Halim N.A., Rimmer B., Sharp L.. Post-traumatic growth after cancer: a scoping review of qualitative research. *Supportive Care in Cancer*, 2021, 29(11), 7013-7027.
28. Boyacıoğlu N.E., Temel M., Çaynak S.: Post-traumatic Growth in Cancer Patients: A Correlational Study in Turkey. *Journal of Religion and Health*, 2022, 61(6), 4366-4381.
29. Fauske L., Bondevik H., Bruland Ø.S., Ozakinci G.: Negative and Positive Consequences of Cancer Treatment Experienced by Long-term Osteosarcoma Survivors: A Qualitative Study. *Anticancer Research*, 2015, 35(11), 6081-6090.
30. Choi S.H., Lee Y.W., Kim H.S., Kim S.H., Lee E.H., Park E.Y., Cho Y.U.: Development and effects of a post-traumatic growth program for patients with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 2022, 57, 102100.
31. Hendson Ch., Truchot D., Canavello A.: What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissolution*, 2021, 5(4), 100195.

Czerniak, nowotwór o największej dynamice wzrostu zachorowań -wybrane aspekty

Alicja Paluch¹, Eliza Kolasa¹, Emilia Kamizela²

1. Uniwersytet Medyczny Lublin, student 4 roku
2. Uniwersytet Medyczny Lublin, student 3 roku

*Doktorzy, którzy zajmują się chorymi,
powinni koniecznie zrozumieć, czym jest człowiek,
czym jest życie i czym jest zdrowie,
i w jaki sposób równowaga i harmonia tych elementów je podtrzymuje*
Leonardo da Vinci

WPROWADZENIE

Czerniak uważany jest za najbardziej agresywny i odznaczający się wysokim wskaźnikiem śmiertelności nowotwór skóry. Częstość jego występowania stale wzrastała w ostatnich dziesięcioleciach. Obecnie jest to jeden z najczęstszych nowotworów u osób o jasnej karnacji [1].

W Europie zapadalność wynosi 10–25 nowych przypadków czerniaka na 100 000 mieszkańców; w USA 20–30 na 100 tys.; oraz w Australii, gdzie obserwuje się bardzo wysoką zapadalność, 50–60 na 100 000 [2].

Na świecie w 2020 roku odnotowano 324 635 nowych przypadków czerniaka skóry (CM) w tym 57 043 zgonów spowodowanych czerniakiem [3]. Wywodzi się z melanocytów wytwarzających pigment, zlokalizowany na granicy naskórek-skóra [4].

Czerniak związany jest z dużą zmiennością i różnorodnością mutacji somatycznych. W większości są to mutacje aktywujące szlak MAPK. Zaliczamy do nich mutacje związane głównie z genami BRAF (35–45%) i NRAS (15–25%), ale także c-KIT i PTEN [5].

Wraz z postępem medycyny i rozwojem powstały nowe terapie celowane i immunoterapie, które spowodowały wzrost przeżywalności pacjentów. Jednak niepokojącym zjawiskiem jest narastająca wśród pacjentów oporność na leczenie i obecne skutki uboczne [6]. W związku z tym tylko 23% pacjentów z czerniakiem z przerzutami przeżywa pięć lat [7].

Ponad 70% czerniaków skóry jest spowodowanych ekspozycją na promieniowanie UV [8].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie wybranych aspektów dotyczących problematyki związanej z występowaniem czerniaka w różnych lokalizacjach, dającego spektrum niespecyficznych objawów.

METODYKA

Artykuł ma charakter przeglądowy. Przeglądu piśmiennictwa naukowego dokonano z wykorzystaniem bazy danych PubMed opublikowanych w latach 2017-2023, bez ograniczeń co do metody badań. Strategia wyszukiwania została oparta na terminach, takich jak: czerniak, czerniak naczyńiówki, czerniak błony śluzowej, depresja, diagnostyka.

DIAGNOSTYKA CZERNIAKA

Rozpoznanie czerniaka można postawić na podstawie objawów klinicznych, ale w każdym przypadku wymagane jest wykonanie dermatoskopii potwierdzającej. Dodatkowo niezbędne jest wykonanie badania histopatologicznego. Jest ono kluczowe w dokładnej diagnostyce i w doborze odpowiedniej terapii.

Czerniaka należy klasyfikować zgodnie z ósmą wersją klasyfikacji American Joint Committee on Cancer [9]. W klasyfikacji stosuje się również skalę Breslowa opartą na głębokości naciekania w milimetrach:

- Stopień I: mniejszy lub równy 0,75 mm
- Stopień II: 0,76 – 1,5 mm
- Stopień III: 1,51–2,25 mm
- Stopień IV: 2,26–3,0 mm
- Stopień V: większy niż 3,0 mm [10,11].

Najważniejsze czynniki rokownicze czerniaka pierwotnego:

- Pionowa grubość guza (głębokość Breslowa),
- Obecność histologicznie zdefiniowanego owrzodzenia,

- Częstość mitotyczna (liczba mitoz/mm²) [12,13].

Rokowanie zależy od stopnia zaawansowania choroby w chwili rozpoznania, co sprawia, że wczesne wykrycie ma kluczowe znaczenie [14]. Oceniając niepokojące zmiany istotna jest historia ekspozycji na słońce, wcześniejsze nowotwory skóry i immunosupresja. Najsilniejszymi fenotypowymi czynnikami ryzyka są obecność znamion mnogich i dysplastycznych [15].

Istnieje kilka rodzajów czerniaka, które można podzielić na trzy kategorie: czerniak skóry, czerniak błon śluzowych lub czerniak oka [16].

CZERNIAK SKÓRY

Chociaż czerniak stanowi ~5% wszystkich nowotworów skóry, odpowiada za >75% zgonów z powodu raka skóry [16]. Zarówno naturalne światło słoneczne, jak i systemy sztucznego oświetlenia są źródłami promieniowania ultrafioletowego. Ekspozycja na promieniowanie ultrafioletowe jest głównym czynnikiem ryzyka rozwoju czerniaka złośliwego (CM) [17]. Nadmierna ekspozycja na słońce i promieniowanie ultrafioletowe oraz częste oparzenia słoneczne, zwłaszcza w młodszym wieku, znacznie zwiększają ryzyko rozwoju CM według Światowej Organizacji Zdrowia [18]. Istnieją różne typy czerniaka skóry, takie jak czerniak guzkowy, czerniak szerzący się powierzchownie, soczewicowaty acral i lentigo maligna [19]. Melanocyty wytwarzają melaninę, która wykazuje właściwości przeciwutleniające i prooksydacyjne. Prooksydacyjne działanie melaniny powoduje wzrost poziomu wewnątrzkomórkowych rodników tlenowych, co z kolei powoduje uszkodzenie cząsteczki DNA melanocyta. Stanowi to najwcześniejsze zdarzenie patogenetyczne inicjujące kancerogenezę [20].

Czynniki genetyczne również odgrywają znaczącą rolę w zapoczątkowaniu procesu nowotworowego. Pierwszym genem, który jest specyficznie zmieniony w 15-20% przypadków, jest *NRAS*. Mutacja w genie *BRAF* jest kolejną mutacją często występującą w CM. Stanowi około 50% przypadków [21].

Leczenie złośliwego czerniaka skóry z odległymi przerzutami stanowi wyzwanie dla współczesnej medycyny. W przeszłości leczenie ogólnoustrojowe obejmowało połączenie tradycyjnych cytotoksycznych środków chemioterapeutycznych, w tym dakarbazy, temozolomidu i paklitakselu, ale skuteczność leczenia była słaba i wiązała się ze znacznymi powikłaniami [22]. Aktualne wytyczne National Comprehensive Cancer Network wymieniają immunoterapię, chemioterapię, chirurgię i badania kliniczne jako potencjalne opcje dla

pacjentów z chorobą przerzutową, ale nie wskazują wyraźnie nadrzędnego wyboru. Uważa się, jednak, że leczenie chirurgiczne odnosi największe korzyści. Mediana przeżycia była istotnie wyższa u pacjentów leczonych chirurgicznie i systemowo, (15,8 miesiąca), w porównaniu z pacjentami, u których zastosowano samo leczenie systemowe (6,9 miesiąca) [23].

CZERNIAK BŁONY ŚLUZOWEJ

Czerniak błon śluzowych jest rzadkim i agresywnym podtypem czerniaka (około 1% czerniaków złośliwych), który występuje głównie w obrębie głowy i szyi. Pierwotne ogniska nowotworu najczęściej lokalizują się w jamie nosowej (49,1%), zatokach przynosowych (23,1%) i jamie ustnej (18,8%) [24].

Statystycznie 1,4% wszystkich czerniaków wywodzi się z tkanek błony śluzowej, wykazano wyższy wskaźnik wśród kobiet w porównaniu z mężczyznami [25].

Znamiona melanocytowe to zmiany łagodne, które nie wymagają dalszego leczenia, podczas gdy atypowy rozrost melanocytów lub znamiona atypowe są uważane za zmiany nieokreślone lub przednowotworowe [26].

Najczęściej obserwowanym miejscem występowania plamek w jamie ustnej jest cynobrowa granica wargi (30%), następnie dziąsło i wyrostek zębodołowy (23%) oraz błona śluzowa policzka (16%) lub warg (9%) [27].

Objawy jakie współtowarzyszą czerniakowi błony śluzowej to głównie krwawiąca masa wypływająca ze zmienionej śluzówki, owrzodzenie lub przebarwienie błony śluzowej [28]. Typowe sterowniki (*BRAF* i *NRAS*) występujące w czerniaku skóry mają mniejszą częstość mutacji w czerniaku błony śluzowej stąd istotnie mniejsze obciążenie mutacjami somatycznymi to niższa częstość wspólnej docelowej mutacji *BRAF* -V600E oraz gorsza odpowiedź na immunoterapię [29].

Mutacje w *KIT*, który koduje transbłonowy receptor kinazy tyrozynowej, można zidentyfikować u 7–17% wszystkich pacjentów z czerniakiem błony śluzowej [30]. Zmiany *KIT*, a mianowicie mutacje w eksonie 11 i 13 *KIT*, wykazują odpowiedź na inhibitory *KIT*, takie jak imatynib, nilotinib i dazatinib. Czerniak błony śluzowej jest agresywną chorobą o ogólnie złym rokowaniu. Uzyskano jedynie ograniczone korzyści terapeutyczne z zastosowania z inhibitorów *KIT* w połączeniu z immunoterapią [31].

Wskaźniki 5-letniego przeżycia mogą wynosić zaledwie 14%, w porównaniu z 90% w przypadku czerniaka skóry [32]. Za jedyną słuszną metodę leczenia uważa się resekcję

chirurgiczną z ujemnymi marginesami patologicznymi co wiąże się z lepszym rokowaniem wśród pacjentów [33].

CZERNIAK NACZYNIÓWKI

Czerniak błony naczyniowej jest najczęstszym nowotworem złośliwym wewnątrzgałkowym, przy czym najczęstszą lokalizacją jest naczyniówka [34].

Naczyniówka jest warstwą między twardówką a siatkówką, jest ona częścią błony naczyniowej oka, która składa się z tęczówki, ciała rzęskowego i naczyniówki [35]. Czerniak naczyniówki pochodzi z melanocytów błony naczyniowej, uważa się, że jest najczęstszym nowotworem wewnątrzgałkowym wśród dorosłych [36, 37]. Częstość występowania czerniaka naczyniówki w Europie wynosi średnio od 6 do 7,5 przypadków na milion rocznie [38].

naczyniówki ma postać guzowatej masy (75%) lub przypomina grzyba z powodu pęknięcia błony Brucha (19%) rzadko występuje jako odmiana rozlana (6%). Większość przypadków jest wykrywana, gdy guzy są duże. Dochodzi wtedy do inwazji tęczówki lub naczyniówki. Podstawą rozpoznania czerniaka naczyniówki jest szczegółowa ocena dna oka za pomocą oftalmoskopii pośredniej. Seryjne zdjęcia dna oka pomagają monitorować te zmiany [39]. Zakres objawów zgłaszanych przez pacjentów z czerniakiem naczyniówki zależy głównie od lokalizacji guza. Wśród najczęściej wymienianych wyróżnia się niewyraźne widzenie (37,8%), migające światła (8,6%), ubytek pola widzenia (6,1%), ból (2,4%) i metamorfoza (2,2%) [40].

Chirurgiczna resekcja czerniaka, zarówno resekcja wewnętrzna, czy egzoresekcja, jest jednym z najważniejszych sposobów poprawy rokowania i skutecznej kontroli miejscowej guza. Usunięcie guzów naczyniówki jest znacznie trudniejsze, dlatego zabieg ten wykonywany jest wyłącznie w wyspecjalizowanych ośrodkach [41].

ASPEKTY PSYCHOLOGICZNE

Choroby psychiczne, takie jak depresja i lęk, są powszechnymi, ale często lekceważonymi powikłaniami raka, wpływającymi na jakość życia i przestrzeganie zaleceń lekarskich. Depresja i lęk dotyczą średnio od 10% do 20% pacjentów z chorobą nowotworową [42]. Często objawy depresyjne są normalną reakcją lub bezpośrednim skutkiem tak ciężkiej i zagrażającej życiu choroby [43].

Ostatnio doniesiono, że nietypowe objawy depresyjne, takie jak niepokój, rozpacz, zmęczenie, objawy stresu pourazowego, zniekształcenia obrazu własnego ciała, niepokój wewnętrzny i wycofanie społeczne mogą występować wśród pacjentów onkologicznych i należy je brać pod uwagę w przypadku depresji [44].

Ponadto badania wykazały, że pacjenci z zaawansowanym czerniakiem doświadczali wysokiego poziomu FoP (*Fear of Progression Questionnaire-Short Form*), lęku i depresji, które utrzymywały się. FoP, lęk i depresja były ze sobą istotnie dodatnio skorelowane, a czas trwania choroby, stadium raka i progresja raka były niezależnymi predyktorami tych negatywnych objawów psychologicznych u pacjentów z zaawansowanym czerniakiem [45].

Długoterminowe obciążenie pacjentów chorujących na czerniaka, było uzależnione od niekorzystnego rokowania lub progresji przerzutów w czasie, a także wydawało się, że jest determinowane przez indywidualną podatność pacjenta, wyrażoną jako niepokój przed leczeniem, co skutkowało wzmożoną skłonnością popadania w depresję [46].

PODSUMOWANIE

Czerniak jest złośliwym i podstępny nowotworem, który przez dłuższy czas może rozwijać się w ukryciu. Często rozpoznawany jest już w zaawansowanych stadiach, co istotnie zmniejsza szansę pacjentów na długoletnie przeżycie. Istotna jest odpowiednia diagnostyka i szybka interwencja chirurgiczna, by jak najszybciej rozpocząć leczenie. Pacjenci dotknięci czerniakiem powinni otrzymać wsparcie w sferze psychicznej, gdyż samo rozpoznanie czynnej choroby nowotworowej wiąże się z ogromnym stresem jak również lękiem. Potrzebne są dobrze zaprojektowane i oparte na globalnej współpracy badania, aby pogłębić nasze zrozumienie istoty cierpienia chorych z czerniakiem.

PIŚMIENNICTWO

1. Teixido C, Castillo P, Martinez-Vila C, et al. Molecular Markers and Targets in Melanoma. *Cells*. 2021, 5, 10(9), 2320.
2. Whiteman DC, Green AC, Olsen CM. The Growing Burden of Invasive Melanoma: Projections of Incidence Rates and Numbers of New Cases in Six Susceptible Populations through 2031. *Journal of Investigative Dermatology*. 2016, 136(6), 1161-1171.
3. Santourlidis S, Schulz WA, Araúzo-Bravo MJ, et al. Epigenetics in the Diagnosis and Therapy of Malignant Melanoma. *International Journal of Molecular Sciences*. 2022,

28, 23(3), 1531.

4. Houles T, Lavoie G, Nourreddine S, et al. CDK12 is hyperactivated and a synthetic-lethal target in BRAF-mutated melanoma. *Nature Communications*. 2022, 29, 13(1), 6457.
5. Rossi A, Roberto M, Panebianco M, et al. Drug resistance of BRAF-mutant melanoma: Review of up-to-date mechanisms of action and promising targeted agents. *European Journal of Pharmacology*. 2019, 5, 862, 172621.
6. Kozar I, Margue C, Rothengatter S, et al. Many ways to resistance: How melanoma cells evade targeted therapies. *Biochim Biophys Acta Review on Cancer*. 2019, 1871(2), 313-322..
7. Mueller KL, Theoret MR, Lemery SJ, et al. Neoadjuvant Therapy for Melanoma: A U.S. Food and Drug Administration-Melanoma Research Alliance Public Workshop. *Clinical Cancer Research*. 2021, 15, 27(2), 394-401.
8. Dimitriou F, Krattinger R, Ramelyte E, et al. The World of Melanoma: Epidemiologic, Genetic, and Anatomic Differences of Melanoma Across the Globe. *Current Oncology Reports*. 2018, 24, 20(11), 87.
9. Garbe C, Amaral T, Peris K. et al. European Dermatology Forum (EDF), the European Association of Dermato-Oncology (EADO), and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 1: Diagnostics: Update 2022. *European Journal of Cancer*. 2022, 170, 236-255.
10. Davis LE, Shalin SC, Tackett AJ. Current state of melanoma diagnosis and treatment. *Cancer Biology & Therapy*. 2019, 20(11), 1366-1379.
11. Schwämmle V, Sidoli S, Ruminowicz C, et al. Systems Level Analysis of Histone H3 Post-translational Modifications (PTMs) Reveals Features of PTM Crosstalk in Chromatin Regulation. *Molecular & Cellular Proteomics*. 2016, 15(8), 2715-2729.
12. Keung EZ, Gershenwald JE. The eighth edition American Joint Committee on Cancer (AJCC) melanoma staging system: implications for melanoma treatment and care. *Expert Review of Anticancer Therapy*. 2018, 18(8), 775-784.
13. Swetter SM, Thompson JA, Albertini MR, et al. Melanoma: Cutaneous, Version 2.2021. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2021, 1, 19(4), 364-376.
14. Swetter SM, Tsao H, Bichakjian CK, Curiel-Lewandrowski C, et al. Guidelines of care for the management of primary cutaneous melanoma. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2019, 80(1), 208-250.

15. Mar VJ, Soyer HP, Button-Sloan A, et al. Diagnosis and management of cutaneous melanoma. *Australian Journal of General Practice*. 2020, 49(11), 733-739.
16. Rebecca VW, Somasundaram R, Herlyn M. Pre-clinical modeling of cutaneous melanoma. *Nature Communications*. 2020, 5, 11(1), 2858.
17. Strashilov S, Yordanov A. Aetiology and Pathogenesis of Cutaneous Melanoma: Current Concepts and Advances. *International Journal of Molecular Sciences*, 2021, 15, 22(12), 6395.
18. Raimondi S, Suppa M, Gandini S. Melanoma Epidemiology and Sun Exposure. *Acta Dermato-Venereologica*. 2020, 3, 100(11), adv00136.
19. Dildar M, Akram S, Irfan M, et al. Skin Cancer Detection: A Review Using Deep Learning Techniques. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021, 20, 18(10), 5479.
20. Obrador E, Liu-Smith F, Dellinger RW, et al. Oxidative stress and antioxidants in the pathophysiology of malignant melanoma. *The Journal of Biological Chemistry*, 2019 24, 400(5), 589-612.
21. Muñoz-Couselo E, Adelantado EZ, Ortiz C, et al. *NRAS*-mutant melanoma: current challenges and future prospect. *OncoTargets and Therapy*. 2017, 8, 10, 3941-3947.
22. Tyrell R, Antia C, Stanley S, Deutsch GB. Surgical resection of metastatic melanoma in the era of immunotherapy and targeted therapy. *Melanoma Management*, 2017 4(1), 61-68.
23. Dhanyamraju PK, Patel TN. Melanoma therapeutics: a literature review. *Journal of Biomedical Research*. 2022, 28, 36(2), 77-97.
24. Cabrera R, Recule F. Unusual Clinical Presentations of Malignant Melanoma: A Review of Clinical and Histologic Features with Special Emphasis on Dermatoscopic Findings. *The American Journal of Clinical Dermatology*. 2018, 19(Suppl 1), 15-23.
25. Farooq A, Rahman H, Bani Fawwaz BA, Hurairah A. Wandering Mucosal Melanoma Presenting as Occult Gastrointestinal Blood Loss Anemia. *Cureus*. 2022, 2, 14(6), e25614.
26. Ma Y, Xia R, Ma X, et al. Mucosal Melanoma: Pathological Evolution, Pathway Dependency and Targeted Therapy. *Front Oncol*. 2021, 19, 11, 702287.
27. Tavares TS, Meirelles DP, de Aguiar MCF, Caldeira PC. Pigmented lesions of the oral mucosa: A cross-sectional study of 458 histopathological specimens. *Oral Diseases*. 2018, 24(8), 1484-1491.
28. Tyrrell H, Payne M. Combatting mucosal melanoma: recent advances and future perspe-

- ctives. *Melanoma Management*, 2018, 8, 5(3), MMT11.
29. Nassar KW, Tan AC. The mutational landscape of mucosal melanoma. *Seminars in Cancer Biology*, 2020, 61, 139-148.
30. Öztürk Sari Ş, Yilmaz İ, Taşkin OÇ, et al/. BRAF, NRAS, KIT, TERT, GNAQ/GNA11 mutation profile analysis of head and neck mucosal melanomas: a study of 42 cases. *Pathology*. 2017, 49(1), 55-61.
31. Indini A, Roila F, Grossi F, et al. Molecular Profiling and Novel Therapeutic Strategies for Mucosal Melanoma: A Comprehensive Review. *International Journal of Molecular Sciences*, 2021, 23, 23(1), 147.
32. Lian B, Cui CL, Zhou L, et al. The natural history and patterns of metastases from mucosal melanoma: an analysis of 706 prospectively-followed patients. *Annals of Oncology*, 2017, 1, 28(4), 868-873.
33. Gündüz AK, Mirzayev I. Surgical Approach in Intraocular Tumors. *Turkish Journal of Ophthalmology*, 2022, 28, 52(2), 125-138.
34. Hamza HS, Elhusseiny AM. Choroidal Melanoma Resection. *Middle East. African Journal of Ophthalmology*, 2018, 25(2), 65-70.
35. Yang J, Manson DK, Marr BP, Carvajal RD. Treatment of uveal melanoma: where are we now? *Therapeutic Advances in Medical Oncology*, 2018, 21, 10, 1758834018757175.
36. Violanti SS, Bononi I, Gallenga CE, et al. New Insights into Molecular Oncogenesis and Therapy of Uveal Melanoma. *Cancers (Basel)*. 2019, 19, 11(5), 694.
37. Soliman N, Mamdouh D, Elkordi A. Choroidal Melanoma: A Mini Review. *Medicines (Basel)*. 2023, 5, 10(1), 11.
38. Terzidou C, Trivli A, Dalianis G, et al. Advanced choroidal melanoma with a desirable aesthetic outcome after enucleation: A case report. *Oncology Letters*, 2018, 16(1), 511-514.
39. Kaliki S, Shields CL. Uveal melanoma: relatively rare but deadly cancer. *Eye (Lond)*. 2017, 31(2), 241-257.
40. Ebert JJ, Di Nicola M, Williams BK Jr. Operative Complications of Posterior Uveal Melanoma Surgery. *International Ophthalmology Clinics*. 2022, 1, 62(3), 15-33.
41. Caminal JM, Lorenzo D, Gutierrez C, et al. Local Resection in Choroidal Melanoma: A Review. *Journal of Clinical Medicine*. 2022, 1, 11(23), 7156.
42. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with

cancer. BMJ. 2018, 25, 361, k1415.

43. Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, et al. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. Cochrane Database Systematic Reviewers. 2018, 23, 4(4), CD011006.
44. Ebede CC, Jang Y, Escalante CP. Cancer-Related Fatigue in Cancer Survivorship. Medical Clinics of North America. 2017, 101(6), 1085-1097.
45. Wang X, Li M, Shi Q, et al. Fear of Progression, Anxiety, and Depression in Patients With Advanced Melanoma in the COVID-19 and Post-COVID-19 Era. Frontiers in Psychiatry. 2022, 26, 13, 880978.
46. Rabsahl C, Boehmer D, Boeker A, et al. Depression and anxiety in patients with uveal melanoma undergoing curative proton treatment-A prospective study. Cancer Reports, (Hoboken). 2023, 6(4), e1780.



Rak trzustki – cichy zabójca

Zuzanna Kata¹, Jakub Rudzki², Łukasz Dylewicz², Kacper Solarz², Jakub Bętkowski²

1. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, kierunek lekarsko-dentystyczny
2. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, kierunek lekarski

WSTĘP

Trzustka jest podłużnym narządem gruczołowym położonym w górnej części jamy brzusznej. Spełnia ona dwie główne funkcje: produkuje sok trzustkowy, który odpowiedzialny jest za proces trawienia, a także wydziela insulinę i glukagon wpływające przede wszystkim na poziom glukozy we krwi. Dzięki tym funkcjom stanowi istotną funkcję w organizmie człowieka. W medycynie wyróżniamy wiele schorzeń trzustki, z których najniebezpieczniejszy jest rak trzustki. Pierwszy jego historyczny opis pochodzi z roku 1761, znalazł się w dziele „De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis” („O siedzibach i przyczynach chorób wykrytych drogą sekcijną”). Odpowiedzialny jest za nie Giovanni Battista Morgagni, który był Profesorem Anatomii, na uniwersytecie w Padwie, także jest ojcem współczesnej anatomii patologicznej [1].

Obecnie rak ten stanowi bardzo duże wyzwanie zarówno diagnostyczne z powodu niespecyficznych i późno występujących objawów, jak i terapeutyczne, przez co jest aktualnie przedmiotem wielu badań naukowych skupiających się na opracowaniu najskuteczniejszych metod leczenia.

O RAKU TRZUSTKI

Najczęstszym typem raka trzustki jest rak gruczołowy, który pochodzi z komórek przewodowych trzustki. Występuje w około 80% zdiagnozowanych przypadków raka trzustki [2]. Częstość występowania szacowana jest na 10-15 przypadków na 100 000 osób na rok oraz ma ona tendencję wzrostową. Jego rokowanie jest niestety bardzo niepomyślne. 5 lat od

diagnozy przeżywa około 5% osób. Prognozy na lata 2020-2030 stanowią, że rak ten może być drugą najczęstszą przyczyną śmierci wśród nowotworów. Aktualnie jednak jest on [3,4,5].

Rak trzustki często pozostaje skąpo- lub bezobjawowy aż do osiągnięcia zaawansowanego stadium choroby gdzie obecne jest naciekanie pobliskich struktur organizmu, a guz posiada duże wymiary. Objawy takie jak dyskomfort w obrębie jamy brzusznej, brak apetytu, osłabienie są mocno niespecyficzne i niestety nie ułatwiają postawienia wczesnej diagnozy. Kolejne, nieco bardziej specyficzne objawy występują już przy powiększaniu się guza i ucisku na sąsiadujące struktury. Jednym z nich jest żółtaczka, ból pleców czy nieprawidłowa tolerancja glukozy lub cukrzyca. Warta zanotowania jest tutaj nagle występująca cukrzyca u osób starszych, która powinna wzbudzić uwagę lekarza.

Wyróżnić można wiele czynników ryzyka dla raka trzustki. Można podzielić je na grupy modyfikowalne i niemodyfikowalne. Bardzo ważne są w tym miejscu nasze odpowiednie nawyki zdrowotne, które mogą przyczynić się do zmniejszenia ryzyka zachorowania na raka trzustki. Literatura naukowa, w czynnikach niemodyfikowalnych wyróżnia wiek, mutacje genetyczne, rasa (czarna), płeć, a także rodzaj grupy krwi. Z czynników modyfikowalnych wyróżnić możemy narażenie na metale ciężkie, np. kadm, arsen, żelazo; spożywanie dużych ilości czerwonego mięsa, otyłość, palenie papierosów, napoje słodzone czy nadużywanie alkoholu. Należy także zapamiętać, że choroby takie jak przewlekłe zapalenie trzustki czy cukrzyca typu II, także podnoszą to ryzyko [5].

Diagnostyka raka trzustki opiera się na badaniach obrazowych, a także histopatologicznych, które umożliwiają określenie typu guza. Wśród badań obrazowych wyróżniamy tomografię komputerową (TK), rezonans magnetyczny (MR), a także badanie endoskopowe, w których lekarz wykonujący badanie może „zajrzeć” do przewodów trzustkowych i określić lokalizację guza, a także pobrać jego fragmenty do wcześniej wspomnianych badań histopatologicznych.

Operacyjne usunięcie guza trzustki jest obecnie jedyną szansą na wyleczenie bądź znaczne wydłużenie czasu przeżycia pacjentów. Niestety nie wszyscy chorzy kwalifikują się do leczenia operacyjnego raka trzustki, które zależy od stopnia zaawansowania i naciekania sąsiednich struktur. Po operacji stosuje się leczenie adiuwantowe, czyli takie, które jest uzupełnieniem leczenia operacyjnego. Jej rodzaj dopasowuje się poprzez zastosowanie specjalnej skali sprawności wg. ECOG (ang. *Eastern Cooperative Oncology Group* – Wschodnia Grupa Współpracy Onkologicznej). W przypadku guza nieresekcyjnego stosuje się leczenie chemioterapeutyczne, mające na celu spowolnienie progresji choroby, a w niektórych przypadkach zmniejszenie rozmiaru guza w celu jego resekcji. Działanie chemioterapii

i radioterapii przedoperacyjnej (neoadjuwantej) w przypadku raka trzustki ma potwierdzoną skuteczność w literaturze naukowej i wpływa pozytywnie na długość przeżycia [6,7]. Oprócz chemioterapii bardzo ważne jest dla komfortu pacjenta leczenie objawów choroby, a także zapobieganie jej powikłaniom. Ważną rolę odgrywają tu leki przeciwbólowe, przeciwzkrzepowe, a także takie, które ma zastąpić upośledzoną funkcję trzustki [2].

Biorąc pod uwagę wcześniej wspomnianą bardzo wysoką złośliwość i niekorzystne rokowania w przebiegu raka trzustki, należy poświęcić szczególną uwagę opiece nad chorymi, u których całkowite wyleczenie nie jest możliwe. Należy w takich przypadkach dążyć do utrzymania jak największego komfortu chorego podczas leczenia. W celu określenia komfortu życia pacjenta używana jest skala QOL (ang. *Quality of Life* – jakość życia).

Ważnym aspektem jest również wsparcie psychologiczne pacjentów chorych na raka trzustki. W dobie internetu są oni w stanie zdobyć wiele informacji na temat ich choroby, między innymi niekorzystnego z reguły rokowania. Może to prowadzić między innymi do zaburzeń depresyjnych, które pogorszą wyniki leczenia, a także ogólną jakość życia pacjentów [8].

Leczenie bólu jest niezwykle ważne w przypadku wszystkich chorób, a szczególnie nowotworowych, w przypadku których pacjenci narażeni są na przewlekłe dolegliwości bólowe, które mogą być bardzo ograniczające w codziennym życiu [9].

Podstawą w leczeniu bólu jest określenie jego dokuczliwości, nasilenia i następnie personalizacja terapii przeciwbólowej. Leczenie przeciwbólowe nie opiera się obecnie jedynie przez podawanie środków przeciwbólowych. Znaczenie mają tutaj także postępowania, które przyczyniają się do zniesienia lub ograniczenia mechanizmów powodujących dolegliwości bólowe [8].

Działania te możemy pogrupować na inwazyjne oraz nieinwazyjne. W pierwszej wymienionej grupie można wyróżnić neurolizę splotu trzewnego, co oznacza, że przez wprowadzenie odpowiedniej substancji (często wykorzystywany jest alkohol etylowy) niszczone są włókna nerwowe, które odpowiadają za przekazywanie informacji o bólu. Technika ta ma udowodnione pozytywne działanie w przeciwdziałaniu bólu u pacjentów z rakiem trzustki. Nieinwazyjne działania obejmują chemioterapię mającą na celu zmniejszenie rozmiaru guza, a tym samym ograniczeniu dolegliwości z nią związanych, a także terapię zastępczą enzymami trzustkowymi, dla których dowody działania nie są zadowalające [9].

Leczenie środkami przeciwbólowymi w raku trzustki przebiega według określonej przez WHO (ang. *World Health Organisation* – Światowa Organizacja Zdrowia) „drabiny analgetycznej” – jest to III – stopniowa skala umożliwiająca dobranie „siły” leków

przeciwbólowych w zależności od natężenia bólu. Uwzględnia ona stosowanie leków takich jak paracetamol, aż do leków z grupy opioidów. Przyjmowanie leków często przebiega przez długie okresy, przez co pacjenci narażeni są na działania niepożądane leków, a także rośnie u nich ryzyko wystąpienia uzależnienia, szczególnie podczas przyjmowania leków opioidowych.

Opieka paliatywna pacjentów z rakiem trzustki ma niezwykle istotny wpływ na jakość życia, pomaga radzić sobie z zaburzeniami depresyjnymi, a także dobrze kontrolować ból i objawy. Wymaga multidyscyplinarnego zespołu medycznego. Swoje miejsce ma tutaj także opieka psychologiczna i psychiatryczna. Praca Temel et al. mówi o 7 kluczowych elementach konsultacji paliatywnych: budowanie relacji, określenie objawów, określenie problemów z radzeniem sobie z chorobą, zrozumienie choroby, dyskusja na temat opcji terapeutycznych, planowanie końca życia, a także zaangażowanie członków rodziny [10].

Wielokrotnie w literaturze naukowej wykazywana jest wysoka skuteczność wczesnej opieki paliatywnej w modyfikowaniu przebiegu choroby. Randomizowane badania wykazują, że pacjenci wcześniej poddani leczeniu paliatywnemu mają lepszą kontrolę nad objawami, np. bólem, wymiotami i nudnościami [11,12].

Leczenie paliatywne przyczynia się także do ograniczenia agresywnej terapii u chorych w końcowej fazie choroby. Wykazano, że agresywne leczenie pacjentów w terminalnej fazie choroby ma niekorzystny wpływ na jakość życia pacjentów i ich rodzin [13].

PODSUMOWANIE

Opisywany w tym rozdziale rak trzustki to niestety wciąż duży problem systemu opieki zdrowotnej. Mimo tego, że występuje stosunkowo rzadko, odpowiada za dużą ilość zgonów. Należy pamiętać, że ryzyko zachorowania można redukować poprzez stosowanie odpowiednich nawyków żywieniowych, zaprzestanie palenia papierosów, normalizację masy ciała. Bardzo niespecyficzne i późne objawy, niewielkie możliwości terapeutyczne przez często wysokie zaawansowanie nowotworu tworzą śmiertelną pułapkę. Istotne jest w razie podejrzeń zgłoszenie się do specjalisty, gdyż nowotwory w niskich stadiach zaawansowania mają znacznie wyższe prawdopodobieństwo wyleczenia. W przypadku chorych z rodzinnym występowaniem choroby warto wykonać badania genetyczne, a następnie przebywać pod opieką onkologa i wykonywać regularne kontrole.

W temacie leczenia niestety często jedynym rozwiązaniem jest leczenie paliatywne, które odznacza się skutecznością w modyfikowaniu przebiegu choroby, a także pozwalają

pacjentom na lepsze poradzenie sobie z chorobą. Bardzo ważnymi aspektami w leczeniu paliatywnym chorych z rakiem trzustki jest kontrola bólu, objawów, wsparcie psychologiczne. Działania te zapewniają godne życie o odpowiednim standardzie nieuleczalnie chorym.

PIŚMIENNICTWO

1. Zampieri F, Zanatta A, Thiene G. An etymological “autopsy” of Morgagni’s title: De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis (1761). *Human Pathology*. 2014, 45(1), 12-16.
2. Rak trzustki. <http://www.mp.pl/social/chapter/B16.II.5.4>.(data pobrania 1.07.2023).
3. Andersson R, Haglund C, Seppänen H, Ansari D. Pancreatic cancer – the past, the present, and the future. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2022, 57(10), 1169-1177.
4. Dell’Aquila E, Fulgenzi CAM, Minelli A, et al. Prognostic and predictive factors in pancreatic cancer. *Oncotarget*. 2020, 11(10), 924-941.
5. Cai J, Chen H, Lu M, et al. Advances in the epidemiology of pancreatic cancer: Trends, risk factors, screening, and prognosis. *Cancer Letters*. 2021, 520, 1-11.
6. Gemenetzis G, Groot VP, Blair AB, et al. Survival in Locally Advanced Pancreatic Cancer After Neoadjuvant Therapy and Surgical Resection. *Annals of Surgery*. 2019, 270(2), 340-347.
7. Stokes JB, Nolan NJ, Stelow EB, et al. Preoperative Capecitabine and Concurrent Radiation for Borderline Resectable Pancreatic Cancer. *Annals of Surgical Oncology*. 2011, 18(3), 619-627.
8. Chung V, Sun V, Ruel N, et al. Improving Palliative Care and Quality of Life in Pancreatic Cancer Patients. *Journal of Palliative Medicine*. 2022, 25(5), 720-727.
9. Drewes AM, Campbell CM, Ceyhan GO, et al. Pain in pancreatic ductal adenocarcinoma: A multidisciplinary, International guideline for optimized management. *Pancreatology*. 2018, 18(4), 446-457.
10. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *The New England Journal of Medicine*, 2010, 363(8), 733-742.
11. Woo SM, Song MK, Lee M, et al. Effect of Early Management on Pain and Depression in Patients with Pancreatobiliary Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Cancers*. 2019, 11(1), 79.
12. Schenker Y, Bahary N, Claxton R, et al. A Pilot Trial of Early Specialty Palliative Care

for Patients with Advanced Pancreatic Cancer: Challenges Encountered and Lessons Learned. *Journal of Palliative Medicine*. 2018, 21(1), 28-36.

13. Bhulani N, Gupta A, Gao A, et al. Palliative care and end-of-life health care utilization in elderly patients with pancreatic cancer. *Journal of Gastrointestinal Oncology*, 2018, 9(3), 495-502.

**WYBRANE PROBLEMY
W
OPIECE NAD CHORYMI**





Choroby metaboliczne XXI wieku – czyli co nas czeka

Alicja Paluch¹, Eliza Kolasa¹, Emilia Kamizela²

1. Uniwersytet Medyczny Lublin, student 4 roku
2. Uniwersytet Medyczny Lublin, student 3 roku

*Albo zbuduje się przeciw epidemii prawdziwą barierę,
albo nie warto w ogóle zaczynać.*

Albert Camus

WPROWADZENIE

Cukrzyca typu 2 (T2DM) jest jednym z najczęstszych zaburzeń metabolicznych na świecie [1]. Jest to przewlekłe zaburzenie charakteryzujące się insulinoopornością i podwyższonym poziomem glukozy we krwi [2]. Cukrzyca stanowi poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego pomimo rozwoju technologii i przemysłu farmaceutycznego [3]. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) cukrzyca jest przewlekłą, metaboliczną chorobą. Podwyższony poziom glikemii we krwi z czasem prowadzi do uszkodzenia serca, naczyń krwionośnych, oczu, nerek i nerwów. Ponad 90% przypadków cukrzycy to T2DM. Stan ten cechuje się niewydolnością komórek β wyspek trzustki- prowadząc w konsekwencji do insulinooporności (IR) [4].

Dokładne przyczyny cukrzycy typu 2 nie zostały jeszcze całkowicie wyjaśnione, wiele wcześniejszych doniesień wiązało cukrzycę typu 2 z nadmierną otyłością trzewną, siedzącym trybem życia, brakiem ruchu i złymi nawykami żywieniowymi, a także czynnikami genetycznymi. T2DM jest chorobą posiadającą wiele opcji leczenia, począwszy od zmiany stylu życia i nawyków żywieniowych. Jest to działanie podejmowane na samym początku leczenia jednak, gdy nie odnosi ono sukcesów preferowana jest farmakoterapia [5].

Patofizjologia T2DM jest głównie napędzana przez indukcję insulinooporności mięśni szkieletowych, wątroby i tkanki tłuszczowej [6]. Ponadto stwierdzono, że dysregulacja poziomu glukozy jest związana z niekorzystnymi zmianami w całkowitej masie ciała [7]. Powszechnie wiąże się z otyłością trzewną, nietolerancją glukozy, nadciśnieniem, dyslipidemią, dysfunkcją śródbłonna i podwyższony poziom markerów stanu zapalnego.

Wykazano, że sama IR znacząco zwiększa zapadalność i częstość występowania chorób sercowo-naczyniowych, które są najczęstszą przyczyną zgonów u osób z T2DM [8]. Poza tym cukrzyca typu 2 jest złożoną chorobą, której przyczyną są liczne procesy patofizjologiczne zachodzące w organizmie, powodujące rozprzestrzenianie się cech klinicznych, które do tej pory są w dużej mierze ignorowane przy rozważaniu sposobu postępowania z chorymi osobami [9].

CEL PRZEGLĄDU

Celem przeglądu jest przedstawienie złożoności problemu jakim jest masowe szerzenie się epidemii otyłości powiązanej z ryzykiem wystąpienia cukrzycy typu 2 jako realnego zagrożenia dla prawidłowego funkcjonowania ludzkości dającego skutki długofalowe.

MATERIAŁY I METODY

W pracy zastosowano metodę niesystematycznego przeglądu literatury naukowej. Dokonano przeglądu baz danych takich jak PubMed, Google Scholar i WHO według słów kluczowych: cukrzyca typu 2, otyłość, choroby stylu życia, epidemia, leczenie. Do analizy włączono artykuły z lat 2017-2023 bez ograniczeń co do metody badań.

OTYŁOŚĆ

Otyłość jest przewlekłą chorobą metaboliczną, spowodowana dodatnim bilansem energetycznym jest poważnym obciążeniem dla zdrowia, rozwija się w wyniku nadmiernego nagromadzenia tkanki tłuszczowej (AT) w organizmie. Zwiększa ryzyko rozwoju wielu towarzyszących jej zaburzeń, w tym chorób układu krążenia: choroby wieńcowej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego, miażdżycy, udaru mózgu, insulinooporności, cukrzycy typu 2 (T2D) i zaburzeń układu pokarmowego [10, 11].

Oprócz wieku, wywiadu rodzinnego i braku aktywności fizycznej, otyłość jest jednym z głównych etiologicznych czynników ryzyka T2D, przy czym 80% pacjentów z cukrzycą jest otyłych. Istnieje silny związek między tymi dwoma zaburzeniami, termin "diabesity" został w odniesieniu do ich współistnienia [12].

Osoby z $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ klasyfikowane są jako osoby z nadwagą, a $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ klasyfikowane jako otyłe [13].

METODY LECZENIA I PROFILAKTYKA OTYŁOŚCI

Utrata masy ciała powinna być zalecana wszystkim pacjentom z otyłością, a także pacjentom z nadwagą w obecności stanów współistniejących, takich jak stan przedcukrzycowy, cukrzyca, nadciśnienie i dyslipidemia. Aby z powodzeniem osiągnąć klinicznie znaczącą utratę masy ciała o 5–10%, potrzebna jest kompleksowa, intensywna interwencja dotycząca stylu życia [14]. Dostępne są diety odchudzające, które obejmują różne kombinacje ograniczeń energetycznych, makroskładników, żywności i wzorców spożycia. Ograniczenie kalorii jest powszechną drogą redukcji masy ciała [15].

Diety niskokaloryczne - określane również jako diety niskoenergetyczne lub ograniczenie kalorii - stanowią strategię odchudzania osób z nadwagą lub otyłością, mają na celu poprawę zdrowia metabolicznego i zmniejszenie ryzyka wystąpienia zaburzeń związanych z otyłością [16].

Zmniejszenie poboru energii i zwiększenie aktywności fizycznej w połączeniu z technikami zmiany behawioralnej korzystnie wpływają na zdrowie i stan psychiczny chorego. Zalecany jest również dobowy deficyt energii około 500 kcal w celu utraty wagi [17].

Farmakoterapia powinna być brana pod uwagę u pacjentów z BMI ≥ 30 kg/m² i z BMI ≥ 27 kg/m², u których występują choroby współistniejące związane z masą ciała, takie jak T2D, nadciśnienie, miażdżyca, choroba niedokrwienna serca itp. Jest ona kolejnym logicznym podejściem terapeutycznym dla pacjentów, którzy w przeszłości nie odnieśli korzyści z podejść do modyfikacji stylu życia i dla tych, którzy mają trudności z utrzymaniem utraty wagi w dłuższej perspektywie [18].

Leki nie wpływają na wybory dokonywane przez pacjentów. Sami nadal decydują o spożywanej żywności i jej ilości, nadal ważne jest, aby doradzać pacjentom zmiany stylu życia, takie jak unikanie pokarmów wysokoenergetycznych. Podobnie jak w przypadku wszystkich niechirurgicznych interwencji odchudzających, następuje pewien przyrost masy ciała, gdy obecnie zatwierdzone leki przeciw otyłości są kontynuowane przez ponad rok, a większa masa ciała zostaje przywrócona, gdy lek jest odstawiany. Po zakończonej terapii może dojść do zespołu odstawienego, który tym bardziej jest nasilony, gdy pacjent nie przestrzega zaleceń dietetycznych [14,19]. Leczenie należy przerwać po 3 miesiącach, jeśli podczas stosowania leku osiągnięto zmniejszenie masy ciała o mniej niż 5% [20].

W zaawansowanych przypadkach, gdy inne formy leczenia odniosły klęskę dostępna jest metoda chirurgii bariatrycznej. Jest odpowiednia dla osób z dużą otyłością u których

zawiodły inne metody odchudzania [21].

CUKRZYCA TYPU 2

Rzeczywiście, w ciągu ostatnich dwóch dekad T2DM pojawiła się jako nowy i bardzo poważny problem zdrowotny również u dzieci. Badania przeprowadzone wśród dzieci wykazały współwystępowanie otyłości, insulinooporności i dysfunkcji komórek β , które głównie zauważane były u starszych pacjentów z T2DM [22].

Główne grupy leków przeciwcukrzycowych to:

- biguanidy- głównym przedstawicielem jest metformina, zmniejszająca glukoneogenezę w wątrobie;
- tiazolidynodiony;
- pochodne sulfonilomocznika- zwiększające uwalnianie insuliny z wysp trzustkowych- leki starszej generacji często prowadzące do hipoglikemii u pacjentów;
- agoniści receptora γ aktywowanego przez proliferatory peroksysomów (PPAR γ), wzmacnia działanie insuliny;
- inhibitory α -glukozydazy, zakłócają wchłanianie glukozy w jelitach;
- insulina i jej analogi stosowane, gdy poziom glikemii nie ulega normalizacji po farmakoterapii doustnej [23,24].

Inhibitory α -glukozydazy to leki, które przynoszą wiele korzyści. Głównie w zmniejszaniu poziomu cukru we krwi po posiłku, gdy zwykle są łączone z innymi lekami na cukrzycę, a tym samym obniżają HbA1c. Ponadto podnoszą poziom GLP-1 po posiłku, tym samym opóźniają trawienie i zmniejszają apetyt [25]. Monoterapia w leczeniu T2DM jest ukierunkowana na redukcję glikozylowanej hemoglobiny (HbA1c). Ciągła kontrola poposiłkowego poziomu glukozy staje się bardziej istotna dla poprawy HbA1c, gdy wartość spełnia zalecaną normę poniżej 7% [26]. Poprawne i sumienne przestrzeganie zaleceń dotyczących przyjmowania leków doustnych w cukrzycy typu 2 wiąże się ze znaczną redukcją powikłań związanych z cukrzycą, poprawą jakości życia, niższym ryzykiem przedwczesnego zgonu [27].

Otyłość i cukrzyca typu 2 (T2DM) są ściśle skorelowanymi chorobami przewlekłymi o rosnącej częstości występowania na całym świecie. Coraz więcej badań i piśmiennictwa wykazują, że chirurgia bariatryczna/metaboliczna może być bezpiecznym, skutecznym i trwałym sposobem leczenia zarówno otyłości, jak i T2DM [28,29,30]. Wskazana jest, gdy,

hiperglikemia jest niewystarczająco kontrolowana pomimo optymalnego leczenia lekami doustnymi lub iniekcyjnymi [30]. Badania wskazują na opóźniony rozwój cukrzycy typu 2 u osób aktywnych fizycznie i stosujących odpowiednio zbilansowane diety. Ponadto aktywność fizyczna przyczynia się do poprawy samopoczucia, wpływa korzystnie na proces utrzymania ujemnego bilansu kalorycznego jak również zmniejsza szansę na wystąpienie otyłości [31].

WNIOSKI

Otyłość i cukrzyca typu drugiego to choroby silnie ze sobą powiązane, pod względem przyczynowo-skutkowym. Są to schorzenia masowo pojawiające się wraz z rozwojem cywilizacji, wynikającym z powyższego brakiem aktywności fizycznej i nieodpowiednim odżywianiem. Nie ma jednej uniwersalnej diety w leczeniu otyłości. Przestrzeganie diety w celu wytworzenia deficytu energetycznego, aby schudnąć, a następnie utrzymać utratę, niezależnie od wybranej diety, jest jednym z najważniejszych czynników w leczeniu otyłości. Zarówno zbilansowana dieta jak i utrzymanie aktywności fizycznej są kluczowymi czynnikami kontroli poziomu glukozy we krwi i ogólnego stanu zdrowia osób z cukrzycą i stanem przedcukrzycowym. Rosnąca świadomość i rozwijający się trend dotyczący zdrowego stylu życia wśród młodych ludzi daje nadzieję na poprawę dotychczasowych statystyk.

PIŚMIENNICTWO

1. Roden M, Shulman GI. The integrative biology of type 2 diabetes. *Nature*. 2019, 576(7785), 51-60.
2. Demir S, Nawroth PP, Herzig S, Ekim Üstünel B. Emerging Targets in Type 2 Diabetes and Diabetic Complications. *Advanced Science (Weinh)*. 2021, 8(18), e2100275.
3. Hallberg SJ, Gershuni VM, Hazbun TL, Athinarayanan SJ. Reversing Type 2 Diabetes: A Narrative Review of the Evidence. *Nutrients*. 2019, 11(4), 766.
4. Galicia-Garcia U, Benito-Vicente A, Jebari S et al. Pathophysiology of Type 2 Diabetes Mellitus. *International Journal of Molecular Sciences*. 2020, 30, 21(17), 6275.
5. Aw W, Fukuda S. Understanding the role of the gut ecosystem in diabetes mellitus. *Journal of Diabetes Investigation*, 2018, 9(1), 5-12.
6. Javeed N, Matveyenko AV. Circadian Etiology of Type 2 Diabetes Mellitus. *Physiology (Bethesda)*. 2018, 33(2), 138-150.
7. Almusaylim K, Minett M, Binkley TL, et al. Cross-Sectional and Longitudinal

- Association between Glycemic Status and Body Composition in Men: A Population-Based Study. *Nutrients*. 2018, 3, 10(12), 1878.
8. Sampath Kumar A, Maiya AG, Shastry BA, Vaishali K, Ravishankar N, Hazari A, Gundmi S, Jadhav R. Exercise and insulin resistance in type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2019, 62(2), 98-103.
 9. Pearson ER. Type 2 diabetes: a multifaceted disease. *Diabetologia*. 2019, 62(7), 1107-1112.
 10. Kinlen D, Cody D, O'Shea D. Complications of obesity. *QJM*. 2018, 1, 111(7), 437-443.
 11. Caballero B. Humans against Obesity: Who Will Win? *Advances in Nutrition*, 2019, 1, 10(suppl_1), S4-S9.
 12. Zubrzycki A, Cierpka-Kmiec K, Kmiec Z, Wronska A. The role of low-calorie diets and intermittent fasting in the treatment of obesity and type-2 diabetes. *Journal of Physiology and Pharmacology*. 2018, 69(5).
 13. Balasundaram P, Krishna S. Obesity Effects on Child Health. 2023 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570613/> data pobrania 16.07.2023.
 14. Gadde KM, Martin CK, Berthoud HR, Heymsfield SB. Obesity: Pathophysiology and Management. *Journal of the American College of Cardiology*, 2018, 2, 71(1), 69-84.
 15. Chao AM, Quigley KM, Wadden TA. Dietary interventions for obesity: clinical and mechanistic findings. *The Journal of Clinical Investigation*. 2021, 4, 131(1), e140065.
 16. Leslie WS, Taylor R, Harris L, Lean ME. Weight losses with low-energy formula diets in obese patients with and without type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity (London)*, 2017, 41(1), 96-101.
 17. Wiechert M, Holzapfel C. Nutrition Concepts for the Treatment of Obesity in Adults. *Nutrients*. 2021, 30, 14(1), 169.
 18. Sandouk Z, Lansang MC. Diabetes with obesity--Is there an ideal diet? *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2017, 84(7 Suppl 1), S4-S14.
 19. Camilleri M, Acosta A. Combination Therapies for Obesity. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*. 2018, 16(8), 390-394.
 20. Ruban A, Stoenchev K, Ashrafian H, Teare J. Current treatments for obesity. *Clinical Medicine (London)*. 2019, 19(3), 205-212.
 21. Welbourn R, Hollyman M, Kinsman R, et al. Bariatric Surgery Worldwide: Baseline Demographic Description and One-Year Outcomes from the Fourth IFSO Global

- Registry Report 2018. Obesity Surgery, 2019, 29(3), 782-795.
22. Artasensi A, Pedretti A, Vistoli G, Fumagalli L. Type 2 Diabetes Mellitus: A Review of Multi- Target Drugs. *Molecules*, 2020, 23, 25(8), 1987.
23. McGovern A, Tippu Z, Hinton W, Munro N, Whyte M, de Lusignan S. Comparison of medication adherence and persistence in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2018, 20(4), 1040-1043.
24. Chaudhury A., Duvoor Ch., Dendi VSR. , et al. Clinical review of antidiabetic drugs: implications for type 2 diabetes mellitus management. *Frontiers in endocrinology*, 2017, 24;8:6.
25. Padhi S, Nayak AK, Behera A. Type II diabetes mellitus: a review on recent drug based therapeutics. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 2020, 131, 110708.
26. Rhee S.Y., Kim H.J., Ko S.H. et al. "Monotherapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes & metabolism Journal*, 2017, 41, 5, 349-356.
27. Pednekar P, Heller DA, Peterson AM. Association of Medication Adherence with Hospital Utilization and Costs Among Elderly with Diabetes Enrolled in a State Pharmaceutical Assistance Program. *Journal Of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 2020, 26(9):1099-1108.
28. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, et al. STAMPEDE Investigators. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes - 5-Year Outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 2017, 16, 376(7), 641-651.
29. Ikramuddin S, Korner J, Lee WJ, et al. Lifestyle Intervention and Medical Management With vs Without Roux-en-Y Gastric Bypass and Control of Hemoglobin A1c, LDL Cholesterol, and Systolic Blood Pressure at 5 Years in the Diabetes Surgery Study. *JAMA*. 2018, 16, 319(3), 266-278.
30. Courcoulas AP, Gallagher JW, Neiberg RH, et al. Bariatric Surgery vs Lifestyle Intervention for Diabetes Treatment: 5- Year Outcomes From a Randomized Trial. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2020, 1, 105(3), 866–876.
31. Hemmingsen B, Gimenez-Perez G, Mauricio D, et al. Diet, physical activity or both for prevention or delay of type 2 diabetes mellitus and its associated complications in people at increased risk of developing type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017, 4, 12(12), CD003054.

Samookaleczanie bez intencji samobójczej w populacji pediatrycznej

Natalia Nowak, Weronika Biziorek, Klaudia Włodarczyk, Haytham Al Hamaydeh, Diana Ranja Rabih

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Psychiatrii, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

WSTĘP

Samookaleczanie bez intencji samobójczej (*non-suicidal self-injury*, NSSI) to działanie lub seria działań mających na celu wyrządzenie sobie szkody psychicznej lub fizycznej. Stanowi ona formę agresji, która jest skierowana wewnątrz, wobec samego siebie. Autoagresja jest objawem zaburzenia instynktu samozachowawczego i przejawia się poprzez skłonność do samookaleczeń oraz samouszkodzeń, które mogą sprawiać zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia jednostki. Osoba podejmuje takie działania z różnych powodów, a ich konsekwencją jest nie tylko fizyczne uszkodzenie ciała, ale również pogłębienie już istniejących problemów psychicznych. Zjawisko to ma złożony charakter, gdyż samookaleczanie nie jest jedynie aktualnym okaleczeniem, lecz procesem, który prowadzi do powstania ran [1].

Występuje ono najczęściej wśród nastolatków i młodych dorosłych. Szacuje się, że wskaźnik występowania w ciągu życia w tych grupach wynosi około 15% do 20%, a początek tego zachowania zazwyczaj następuje w okolicach 13. lub 14. roku życia. Wśród dorosłych, około 6% zgłasza historię NSSI [2].

Statystyki Fundacji “Dajemy dzieciom siłę” prowadzącej telefon zaufania dla dzieci wynika, że liczba samookaleczeń wśród dzieci i młodzieży znacząco wzrosła o ponad 130% w ciągu ostatnich siedmiu lat [3].

W roku 2016 1 414 młodych osób zgłosiło samookaleczanie, natomiast w 2022 roku liczba ta wzrosła do 3 301 (średnio 9 osób dziennie). Podobnie jak w przypadku interwencji, myśli samobójczych oraz prób samobójczych, dziewczynki wykazywały większą tendencję do zadawania sobie obrażeń ciała i podejmowania innych działań autodestrukcyjnych w porównaniu do chłopców (2 591 vs. 643, co stanowi odpowiednio 78,5% vs. 19,5%) [3].

NAJCZĘSTSZE FORMY NSSI

Podając za autorami *Self-Injury: A Research Review for the Practitioner* najczęściej spotykaną formą samookaleczeń wydaje się być cięcie skóry, wykorzystywane przez ponad 70% osób dokonujących samouszkodzeń (działanie bardziej charakterystyczne dla populacji żeńskiej), podobnie wysoką frekwencję wykazują samookaleczania dokonywane poprzez uderzanie się czy też oparzenia (działania bardziej charakterystyczne dla populacji męskiej). Jednak w największym jak dotąd badaniu próby osób nieleczonych, najbardziej powszechną formą było drapanie się, szczególnie w obrębie ramion, rąk, nadgarstków, ud i brzucha. Często kilka sposobów samouszkodzeń występuje u jednego pacjenta. Warto również zauważyć, że większość osób, które uległy samookaleczeniu, podjęła takie działanie tylko raz lub kilka razy - tylko mniejszość dokonuje chronicznych samookaleczeń. W przypadku tych ostatnich u podłoża pozostają pewne skłonności, a dotknięte nimi osoby podejmują próby oporu przed nimi [1].

Osoby skłonne do samookaleczeń osiągają wysokie wyniki w odniesieniu do cech takich jak negatywny temperament, dysregulacja emocji czy depresja i lęk [2,3,4]. Oprócz problemów z emocjami, osoby dokonujące samookaleczeń wydają się szczególnie podatne na samokrytykę lub doświadczają silnej samokierowanej złości lub niechęci. Samokaranie i samokierowanie gniewu są często wymieniane jako motywacje do samookaleczeń [5].

Do przyczyn dla których osoby podejmują działania samookaleczające należą m.in.:

- regulacja emocji,
- samokaranie się,
- wpływ innych osób,
- w celu przeciwdziałania myślom i próbom samobójczym,
- w poszukiwaniu uwagi
- chęć do posiadania kontroli nad czymś, nad czym inni tej kontroli nie mają (swoim ciałem) [1].

PRZYCZYNY SAMOOKALECZEŃ BEZ INTENCJI SAMOBÓJCZYCH U NASTOLATKÓW

Samookaleczanie u nastolatków stanowi wynik złożonej interakcji między genetycznymi, biologicznymi, psychiatrycznymi, psychologicznymi, społecznymi

i kulturowymi czynnikami. Eksperci podkreślają, że predysponujące podłoże biologiczne (np. zaburzenia równowagi serotoniny), cechy osobowości (np. perfekcjonizm, impulsywność) i podatności poznawcze (np. zaburzenia rozwiązywania problemów społecznych) łączą się z wystawieniem na negatywne wydarzenia życiowe oraz zaburzeniami psychiatrycznymi, zwiększając ryzyko występowania zachowań autodestrukcyjnych na przestrzeni życia, a szczególnie w wieku nastoletnim [6].

Motyw "uzyskania ulgi od strasznego stanu umysłu" jest najczęściej wymienianym powodem NSSI, zarówno u chłopców, jak i dziewcząt. Nastolatki, którzy wymieniają ten motyw jako główny powód autoagresji już na etapie wyjściowym, mają znacznie większe prawdopodobieństwo powtórnego samookaleczania [7].

Przyczyny socjodemograficzne

Spośród czynników socjodemograficznych zwiększających predyspozycję do NSSI wyróżnić można:

- Płeć (kobieta w przypadku samookaleczeń i mężczyzna w przypadku samobójstw)
- Niski status społeczno-ekonomiczny
- Orientacja seksualna - osoby homoseksualne, biseksualne lub transpłciowe
- Media społecznościowe
- Ograniczone osiągnięcia edukacyjne [6]

Badania dotyczące częstości występowania samookaleczeń bez intencji samobójczych (NSSI) są niespójne pod względem różnic płciowych. Historycznie uważano, że NSSI są specyficzne dla płci żeńskiej, niektóre badania wykazują nawet znacznie wyższe występowanie u kobiet. Jednak wiele innych badań nie wykazuje różnic między płciami [8]. Najnowsze metaanalizy pokazują, że kobiety są bardziej podatne niż mężczyźni na samookaleczenia w swojej historii (choć efekt ten jest niewielki); jest to bardziej widoczne w próbkach klinicznych i niezależne od wieku [9]. Ponadto, widoczne są różnice między płciami w metodach NSSI i kontekście, w jakim się to odbywa. Na przykład, nastoletnie dziewczęta są bardziej skłonne do stosowania metod, które prowadzą do krwawienia (tj. przecinania lub silnego drapania siebie), podczas gdy chłopcy w wieku nastoletnim są bardziej podatni na uderzanie lub oparzenia siebie [10,11].

Samookaleczanie jest związane z obawami dotyczącymi orientacji seksualnej u obu płci. W badaniu kohorty nowozelandzkiej, obserwowanej do 21. roku życia, młodzi osoby homoseksualne, biseksualne oraz transpłciowe (LGBT - Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender)

mieli sześciokrotnie większe prawdopodobieństwo próby samobójczej w porównaniu z młodymi ludźmi heteroseksualnymi. Autorzy przeglądu systematycznego doszli do wniosku, że osoby LGBT mają czterokrotnie większe ryzyko próby samobójczej w swoim życiu [12]. Możliwe mechanizmy, które mogą tłumaczyć zwiększone ryzyko u osób LGBT, obejmują większe występowanie zaburzeń nastroju, nadużywanie substancji, prześladowanie, znęcanie się i stres społeczny. Młodzi ludzie LGBT mogą mieć również mniej czynników ochronnych niż młodzi ludzie heteroseksualni [13].

W odniesieniu do ogólnoświatowego rozprzestrzeniania się NSSI, korzystanie z internetu, a zwłaszcza z mediów społecznościowych, stało się coraz bardziej interesujące dla badaczy, którzy starają się zrozumieć rozpowszechnianie treści związanych z NSSI. Wykazano, że terminy związane z wyszukiwaniem NSSI były poszukiwane 42 miliony razy w ciągu roku w Google [14]. Top 100 filmów na YouTube z treściami związanymi z NSSI zostało obejrzanych ponad dwa miliony razy, z czego 90% filmów niezawierających postaci przedstawiało zdjęcia NSSI, a 28% filmów z postaciami przedstawiało czynności związane z NSSI [15]. Aktywność online dotycząca NSSI można postrzegać jako korzystną (np. zmniejszającą izolację społeczną, dostarczającą wsparcia w procesie powrotu do zdrowia, redukującą impulsy do samookaleczania) lub potencjalnie szkodliwą (np. wywołującą impulsy do samookaleczania, wzmacniającą zachowania związane z NSSI) [16]. Przyszłe badania będą musiały zbadać, jakie środki należy podjąć, aby wykorzystać korzystny potencjał zasobów online, jednocześnie ograniczając szkodliwe konsekwencje.

Indywidualne wydarzenia życiowe i trudności rodzinne mające wpływ na częstość samookaleczeń:

- Rozstanie lub rozwód rodziców
- Śmierć jednego z rodziców
- Negatywne doświadczenia z dzieciństwa
- Historia fizycznego lub seksualnego wykorzystywania
- Choroba psychiczna jednego z rodziców
- Historia samobójczych zachowań w rodzinie
- Konflikty małżeńskie lub rodzinne
- Prześladowanie (bullying)
- Trudności interpersonalne

Ryzyko zaangażowania się w NSSI wydaje się być podwyższone przez doświadczenie niekorzystnych wydarzeń z dzieciństwa, takich jak zaniedbanie ze strony rodziców, nadużycia

lub deprywacja [17]. Badania typu case-control potwierdzają niezależny wkład wystawienia na traumy w dzieciństwie i poważnych prób samobójczych w okresie adolescencji [18].

Wykorzystywanie seksualne i fizyczne w dzieciństwie i adolescencji również wiąże się ze samoistnym samookaleczeniem w okresie dojrzewania [15,19].

Wystawienie na negatywne wydarzenia życiowe jest kluczowym czynnikiem związanym z samoistnym samookaleczeniem. Ponadto, osoby, które stosują NSSI, zgłaszają więcej stresujących wydarzeń życiowych niż ci, którzy mają myśli autodestrukcyjne, ale nie podejmują działań [20]. Faktycznie, trudności interpersonalne w okresie adolescencji (w tym trudności w zawieraniu nowych przyjaźni, częste kłótnie z dorosłymi i rówieśnikami, częste okrucieństwo wobec rówieśników, samotność i izolacja interpersonalna) są niezależnymi predyktorami prób samobójczych pod koniec adolescencji lub we wczesnej dorosłości. Badania przekrojowe i prospektywne przeprowadzone w szkołach zwracają uwagę na związek między prześladowaniami a samoistnym samookaleczeniem zarówno u chłopców, jak i dziewcząt [21,22].

Doświadczenie samookaleczenia i samobójstwa innych osób (zarówno rodziny, jak i przyjaciół) wiąże się ze wzrostem prawdopodobieństwa samookaleczeń bez intencji samobójczych w okresie adolescencji [22,23]. Samookaleczenie innych prawdopodobnie stanowi wzór zachowania dla podatnych jednostek, zwiększając tym samym prawdopodobieństwo przekształcenia myśli o autoagresji w czyny [24]. Ponadto, podatne osoby mogą grupować się razem, dzięki czemu mają wspólne źródła stresu, a NSSI jest ich reakcją na wspólne zdarzenie stresowe, a nie odpowiedzią na wzorce zachowania [25]. Wpływ społeczny jest szczególnie istotny w przypadku samoprzecięć u dziewcząt [26].

Czynniki psychiatryczne i psychologiczne

Również czynniki psychiatryczne i psychologiczne mają udowodniony wpływ na ryzyko zachowań autoagresywnych u młodzieży. Zalicza się do nich między innymi:

- Zaburzenia psychiczne, szczególnie depresja, lęk, zaburzenie nadpobudliwości psychoruchowej
- Używanie narkotyków i alkoholu
- Impulsywność
- Niska samoocena
- Słabe umiejętności rozwiązywania problemów społecznych
- Perfekcjonizm
- Poczucie beznadziejności

Odczuwanie uwięzienia, porażki, braku przynależności oraz postrzeganie siebie jako ciężaru są uznawane za czynniki predykcyjne zachowań samobójczych [27,28]. Mniej skuteczne rozwiązywanie problemów społecznych również jest powszechnym elementem zachowań samookaleczających u nastolatków, ale nie jest jasne, w jakim stopniu te deficyty są związane z depresją. Dowody wskazują, że perfekcjonizm i autokrytycyzm zwiększają prawdopodobieństwo NSSI w populacjach klinicznych i społecznych [29,30]. Szczególną uwagę należy zwrócić na perfekcjonizm, czyli przekonanie jednostki o tym, że inni mają nierozsądne oczekiwania wobec niej. Może on obniżyć próg, powyżej którego negatywne wydarzenia życiowe prowadzą do stresu. Niskie poczucie własnej wartości, społeczna izolacja, impulsywność, beznadziejność, oraz słabe więzi rodzic-dziecko są również związane z częstością występowania zachowań autoagresywnych bez intencji samobójczych u nastolatków. Co ciekawe, optymizm może działać jako bufor przeciwko samookaleczaniu, zwłaszcza u dziewcząt [6].

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych u młodych osób, które dokonują samookaleczeń, wydaje się mieć podobne znaczenie, jak w przypadku populacji dorosłych. W badaniach dotyczących młodych osób zgłaszających się do szpitali ogólnych po samookaleczeniu, odnotowano od 48% do 87% przypadków występowania tych zaburzeń. Najczęściej opisywane są depresja, zaburzenia lękowe i nadużywanie substancji, choć również często występują zaburzenia deficytu uwagi z nadpobudliwością (ADHD - *attention deficit hyperactivity disorder*) oraz zaburzenia zachowania. Wydaje się istnieć związek między ADHD, zaburzeniami zachowania a zachowaniami autoagresywnymi, co sugeruje, że ADHD zwiększa ryzyko NSSI u chłopców poprzez wpływ na nasilenie współistniejących zaburzeń, takich jak depresja czy zaburzenia zachowania. Zwiększona impulsywność i podejmowanie ryzyka mogą również przyczyniać się do tego związku [31,32,33].

Zaburzenia osobowości, które silnie wiążą się z samookaleczeniami i samobójstwami u dorosłych, zazwyczaj nie są diagnozowane przed 18. rokiem życia ze względu na trwające zmiany rozwojowe. Jednak wczesna diagnoza może być uzasadniona, jeśli istnieją wyraźne dowody na poważne i stałe objawy. Badania obserwacyjne osób zdiagnozowanych z zaburzeniem osobowości borderline przed 18. rokiem życia wykazują, że mogą one rozwinąć różne zaburzenia osobowości. Niemniej jednak, mimo tych niepewności prognostycznych, wczesne rozpoznanie zaburzenia osobowości często wiąże się z samookaleczeniami u młodzieży [34,35].

Nadużywanie alkoholu jest czynnikiem ryzyka samookaleczeń bez intencji samobójczych u nastolatków. Intensywne picie okresowe, zwane upijaniem się, wiązało się

z próbami samobójczymi nawet po skorygowaniu objawów depresyjnych [36]. To zjawisko było szczególnie widoczne u nastolatków w wieku 13 lat lub młodszych. Stosowanie narkotyków u nastolatków, którzy dokonują samookaleczeń, nie jest tak dobrze zbadane. W próbach społecznościowych zaobserwowano większą częstotliwość samookaleczeń we wszystkich kategoriach stosowania narkotyków. Ponadto, 14% spośród 1331 nastolatków zgłaszających się do szpitala ogólnego po samookaleczeniu przyznało się do nadużywania substancji, co było znacznie częstsze u chłopców niż u dziewcząt [6,15]. Okres adolescencji to czas, gdy zarówno zachowania samobójcze, jak i nadużywanie substancji wzrastają - słaba kontrola impulsów jest czynnikiem ryzyka w obu przypadkach [36,37].

Palenie tytoniu również wiąże się z samookaleczeniami u nastolatków. W jednym z badań przeprowadzonych wśród nastolatków przyjętych do szpitala psychiatrycznego ryzyko prób samobójczych było czterokrotnie wyższe u palących niż u niepalących. Nastolatkowie palący mieli również większe tendencje do samookaleczeń bez intencji samobójczych. To powiązanie może wynikać z związku między paleniem tytoniu a depresją lub ze stosowania palenia tytoniu i samookaleczeń jako sposobów radzenia sobie z ukrytymi emocjonalnymi trudnościami. Może również wskazywać na podatność na zachowania ryzykowne. Jednak konieczne jest przeprowadzenie dalszych badań w celu wyjaśnienia stopnia, w jakim czynniki stylu życia (np. palenie, picie) są czynnikami pośrednimi, a nie bezpośrednimi czynnikami ryzyka dla takiego zachowania [38,39,40].

SAMOOKALECZANIE BEZ INTENCJI SAMOBÓJCZEJ U OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

Zaburzenia zachowania mające swój skutek w samookaleczaniu bez intencji samobójczej nie dotyczą jedynie populacji w zakresie chorób psychicznych. Mogą one występować również u osób z niepełnosprawnością intelektualną. Niepełnosprawność intelektualna to termin używany w przypadku ograniczeń w zdolności uczenia się i funkcjonowania na co dzień, które występują u danej osoby na poziomie poniżej oczekiwań. Stopień niepełnosprawności intelektualnej może się znacznie różnić u dzieci. Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną mogą mieć trudności z wyrażaniem swoich pragnień i potrzeb oraz opieką nad sobą. Może sprawiać, że dziecko uczy się i rozwija się wolniej niż inne dzieci w tym samym wieku. Osobie z niepełnosprawnością intelektualną może być trudniej nauczyć się mówić, chodzić, ubierać się czy jeść bez pomocy, a także może mieć trudności w nauce w szkole.

Niepełnosprawność intelektualna może być spowodowana problemem, który występuje w dowolnym momencie przed osiągnięciem przez dziecko 18 lat - nawet przed urodzeniem. Może być wynikiem urazu, choroby lub uszkodzenia mózgu. W przypadku wielu dzieci przyczyna ich niepełnosprawności intelektualnej nie jest znana. Niektóre z najczęstszych znanych przyczyn niepełnosprawności intelektualnej, takie jak zespół Downa, zespół alkoholowego zespołu płodowego, zespół łamliwego chromosomu X, choroby genetyczne, wady wrodzone i infekcje, mają miejsce przed urodzeniem. Inne występują podczas porodu lub wkrótce po nim [41].

Zachowania autoagresywne u osób z niepełnosprawnością intelektualną, autyzmem i pokrewnymi zaburzeniami rozwojowymi występują w zakresie od 5% do 60%, w zależności od użytych metod i badanych populacji. Obecne szacunki dotyczące częstości występowania u dorosłych z upośledzeniem umysłowym sugerują, że około 1 na 5 osób mieszkających w placówkach leczniczych angażuje się w jakąś formę samouszkodzenia [42]. W kontekście niepełnosprawności intelektualnej używany jest termin “samookaleczające zachowanie” (*self-injurious behavior* - SIB), które definiowane jest jako zachowanie, w którym osoba celowo i fizycznie krzywdzi (lub próbuje zrobić krzywdę) sobie. Badania przeprowadzone przez Wieczorek sugerują, że zachowania autoagresywne u osób z niepełnosprawnością intelektualną wynikają głównie z braku rozumienia otaczającej rzeczywistości. Problem sprawiają zarówno dobre intencje które przez otoczenie odbierane są w sposób negatywny jak i emocje wyrażane w sposób dla otoczenia niezrozumiały. Po takim działaniu, osoby często wycofują się z grupy społecznej, w której funkcjonują [43]. Typowe przykłady tych zachowań to uderzanie głową, gryzienie się i drapanie się [44]. SIB jest bardziej powszechne u osób z ciężkim upośledzeniem umysłowym oraz niższym poziomem adaptacji do funkcjonowania społecznego. Istotnymi czynnikami zwiększającymi ryzyko występowania SIB są: funkcjonowanie komunikacyjne (np. umiejętności werbalne), autyzm, upośledzenia sensoryczne, psychopatologia (np. zaburzenia lękowe i nastroju - zwłaszcza depresja, niestabilność nastroju, deprivacja środowiskowa; nastroje, drażliwość, nadpobudliwość), upośledzenie wzroku lub słuchu, zespoły padaczkowe [45].

Niezwykle ważna jest świadomość w jaki sposób poszczególne grupy pacjentów czy to zmagających się z izolowaną niepełnosprawnością intelektualną, czy będącą częścią genetycznych zespołów chorobowych manifestują swoje trudne emocje pod postacią zachowań samoagresywnych. Profilaktyka takich zachowań zwykle bardzo trudna kluczowa jest nie tylko w gabinecie lekarskim i psychologa, ale też w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, a przede wszystkim w domach.

Poniżej przedstawiono, krótki przegląd zespołów chorobowych z charakterystycznymi dla nich sposobami SIB:

1. Zespół Downa to choroba genetyczna spowodowana nieprawidłowym podziałem komórek, co skutkuje dodatkową pełną lub częściową kopią chromosomu 21. Zespół Downa może różnić się nasileniem u poszczególnych osób, powodując upośledzenie intelektualne oraz opóźnienia w rozwoju. Jest to najczęstsze genetyczne zaburzenie chromosomalne i przyczyna trudności w nauce u dzieci. Często również powoduje inne problemy medyczne, takie jak wady serca i zaburzenia układu pokarmowego [46]. W przypadku zespołu Downa SIB dotyka różne części ciała. Mogą to być uderzenia w oczy, powodujące stłuczenia i skaleczenia, uderzenia dłońmi w ciało, twarz, uszy, a także uderzenia głową w przedmioty. Wydaje się, że obszary ciała najbardziej dotknięte tym zespołem to wargi/usta, dłonie, głowa i policzki [47].
2. Zespół Smitha-Magenisa (SMS) to genetyczne zaburzenie spowodowane mikrodelecją lub mutacją na chromosomie 17. Główne cechy zespołu Smitha-Magenisa obejmują łagodne do umiarkowanego upośledzenie umysłowe, opóźnione umiejętności mowy i języka, charakterystyczne cechy twarzy, zaburzenia snu oraz problemy behawioralne. Problemy behawioralne w tym zespole mogą występować na różne sposoby, takie jak: częste napady złości, impulsywność, lęk, rozproszenie uwagi, agresja oraz zachowania samookaleczające, w tym uderzanie siebie, gryzienie się, oraz drapanie skóry [48].
3. Zespół Pradera-Williego (PWS) to zaburzenie neurorozwojowe wynikające z imprintingu genomowego, charakteryzujące się brakiem ekspresji genów dziedziczonych z ojcowskiego regionu chromosomu 15q11-q13. Główne objawy obejmują niemowlęcą hipotonię, słabe ssanie, niedożywienie oraz hipogonadyzm/hypogonitalizm. Niski wzrost, małe dłonie/stopy związane z niedoborem hormonów wzrostu i innych hormonów, nadmierny apetyt (hiperfagia) i wyraźna otyłość występują we wczesnym dzieciństwie. Najczęstsze problemy poznawcze i behawioralne to napady złości, natręctwa i natrętne skubanie skóry [9]. Skubanie skóry jest główną formą SIB wykazywaną przez pacjentów z PWS, ale w przypadku pacjentów, u których zespół ten jest wynikiem delecji tej formie towarzyszy również obgryzanie paznokci i wrywanie włosów [49].
4. Zespół Lescha-Nyhana jest spowodowany kompletnym niedoborem HPRT (fosforybozylotransferazy hipoksantynowo-guaninowej) z powodu mutacji w genie HPRT1 (Xq26). Zespół charakteryzuje się niewłaściwym recyklingiem i nadmierną

syntezą zasad purynowych, co prowadzi do powstania nadmiaru kwasów purynowych. Występowanie megaloblastycznej anemii jest prawdopodobnie związane z zwiększonym zapotrzebowaniem na kwas foliowy, jednak nie reaguje na suplementację kwasem foliowym. Przyczyna objawów neurologicznych i behawioralnych nie jest znana. Obsesyjno-kompulsywne samookaleczanie (gryzienie warg lub żucie palców) może wystąpić już po pojawieniu się zębów, nie jest spowodowane brakiem czucia i może być związane lub pogłębiane przez stres psychiczny. Zachowania agresywne (np. plucie, obraźliwe słownictwo) mogą być skierowane przeciwko rodzinie i przyjaciołom [50].

5. Zespół Cornelia de Lange (CdLS) to choroba genetyczna, charakteryzująca się liczbą fizycznymi, intelektualnymi i behawioralnymi zaburzeniami. Dzieci z CdLS zazwyczaj mają niską wagę urodzeniową, są mniejsze pod względem rozmiaru i wzrostu oraz mają mniejszy obwód głowy (mikrocefalia). Większość z nich ma również opóźnienia w rozwoju, które mogą się różnić od łagodnych trudności w nauce do głębokiej niepełnosprawności intelektualnej. Zespół Cornelia de Lange był powszechnie znany jako zespół, w którym często występuje samoagresja, a często argumentowano, że zachowanie to może mieć przyczynę biologiczną. Jednak nasze badania pokazują, że samookaleczanie jest zdecydowanie częstsze u osób z zespołem Cornelia de Lange w porównaniu do innych osób z niepełnosprawnością intelektualną, związek nie jest tak silny, jak początkowo sądzono, a autoagresja zdecydowanie nie jest nieuniknionym następstwem zespołu Cornelia de Lange [51,52].
6. Zespół łamliwego chromosomu X (FXS) jest chorobą genetyczną. FXS jest spowodowany zmianami w genie o nazwie *Fragile X Messenger Ribonucleoprotein 1* (FMR1). Gen FMR1 zwykle koduje białko o nazwie FMRP, które jest niezbędne dla rozwoju mózgu. Osoby z zespołem łamliwego chromosomu X nie wytwarzają tego białka [53]. Około połowa osób z zespołem łamliwego chromosomu X wykazuje pewną formę zachowań samookaleczających (SIB). Zachowania samookaleczające się w zespole łamliwego chromosomu X mają tendencję do pojawiania się we wczesnym dzieciństwie, około 31 miesiąca życia, i utrzymują się w dorosłości, chociaż niektóre badania wskazują na stopniowy spadek po 19 roku życia. Najczęstszymi formami samookaleczania wykonywanymi przez osoby z tym zespołem są: gryzienie, zwłaszcza palców i tyłów dłoni. Osoby z tym zespołem mają trzykrotnie większe prawdopodobieństwo wykazywania gryzienia dłoni niż porównywalna grupa osób z niepełnosprawnością intelektualną. Drapanie i pocieranie również są częstymi

zachowaniami samookaleczającymi się u osób z zespołem łamliwego chromosomu X. Badania wskazują, że skłonność do SIB u tych pacjentów wzrasta gdy występuje nieoczekiwana zmiana rutyny lub gdy stawiane są przed nimi trudne zadania [54].

Niezwykle istotna jest świadomość na temat możliwości występowania skłonności do samookaleczania w tychże zespołach dla zachowania bezpieczeństwa zarówno osób nimi dotkniętych jak i ich bliskich.

ZAPOBIEGANIE SAMOOKALECZENIOM

Działania mające na celu zapobieganie samookaleczeniom i samobójstwom można podzielić na środki oparte na populacji, które są skierowane do wszystkich młodych ludzi (np. inicjatywy edukacyjne), oraz środki skierowane do grup wysokiego ryzyka (np. osoby z historią nadużyć, osoby samookaleczające się) [55]. Działania te powinny uwzględniać szczególne cechy samookaleczeń wśród młodzieży, na przykład powinny skupiać się na kwestiach związanych z społecznym przekazywaniem samobójstw i samookaleczeń, rozwiązywać problemy związane z orientacją seksualną i prześladowaniami wśród młodych ludzi, promować poszukiwanie pomocy i rozwijać poczucie własnej wartości i odporność na stres [56]. Strategie szkolne dotyczące zapobiegania samobójstwom są coraz bardziej popularne i obejmują badanie ryzyka u młodych ludzi, szkolenie opiekunów, szkolenie umiejętności oraz programy dla całej szkoły [57].

Środki dla populacji:

- Programy szkoleniowe z zakresu psychologicznego dobrostanu i umiejętności dla uczniów
- Szkolenie opiekunów (np. nauczycieli, rówieśników)
- Badanie przesiewowe w celu identyfikacji osób zagrożonych
- Ograniczenie dostępu do środków używanych do samookaleczeń i samobójstw
- Poprawa informowania przez media i przedstawiania zachowań samobójczych
- Zachęcanie do poszukiwania pomocy
- Kampanie społeczne
- Linie telefoniczne pomocy
- Internetowe źródła pomocy
- Redukcja stygmatyzacji związanej z problemami zdrowia psychicznego i poszukiwaniem pomocy

Środki dla grup wysokiego ryzyka:

- Interwencje psychospołeczne dla nastolatków zagrożonych samookaleczeniem lub samobójstwem (np. nastolatków z depresją, osób doświadczających nadużyć, uciekinierów)
- Badanie przesiewowe osób zagrożonych (np. młodych przestępców)
- Interwencje psychospołeczne dla nastolatków, którzy samookaleczają się
- Farmakoterapia dla nastolatków zagrożonych samookaleczeniem lub samobójstwem

Interwencje psychospołeczne

Biorąc pod uwagę fakt, że kryzysy związane z samookaleczaniem się u nastolatków często mogą rozwiązać się dość szybko, klinicyści, zwłaszcza lekarze rodzinni, mogą początkowo zapewnić pomoc psychospołeczną opartą na wsparciu. W wielu przypadkach będą jednak wskazane konkretne interwencje, zwłaszcza gdy problemy są poważne lub długo trwające, a samookaleczanie się wiąże się z użyciem bardziej niebezpiecznych metod lub z wyraźnym zamiarem samobójczym. Biorąc pod uwagę rozmiar samookaleczania się u nastolatków, przeprowadzono zaskakująco niewiele badań nad interwencjami psychospołecznymi u osób, które borykają się z tym problemem [58,59].

W zakresie metod mających potwierdzoną skuteczność w terapii to najlepiej udokumentowana w tym temacie wydaje się być terapia poznawczo-behawioralna. Terapia psychodynamiczna także znajduje zastosowanie, w szczególności u pacjentów z typem osobowości borderline. Farmakoterapia natomiast wykorzystywana jest głównie w celu leczenia zaburzeń czy schorzeń podstawowych jeżeli takowe występują [5].

Wyniki początkowego badania terapii grupowej dla nastolatków, którzy powtarzali samookaleczanie, wydawały się obiecujące pod względem zmniejszenia liczby powtarzalnych samookaleczeń, ale dwie kolejne próby nie potwierdziły tego pod względem powtarzalności lub innych wyników [60]. Poprawy w opiece zdrowotnej psychicznej dzieci i młodzieży mogą skutkować większą skutecznością leczenia standardowego niż wcześniej. Obserwowano również obiecujące wyniki dotyczące zachowań samookaleczających się w terapii rodzinnej opartej na wielosystemowym podejściu w porównaniu z hospitalizacją psychiatryczną u osób w wieku 10-17 lat, które miały tendencję do samobójczych zachowań [61,62].

Większość młodych ludzi, którzy się samookaleczają, nie szuka pomocy z wyprzedzeniem. Martwi ich poufność i stygmatyzacja, które są wymieniane przez nastolatków jako przeszkody w poszukiwaniu pomocy w przypadku myśli samobójczych. W badaniu ankietowym dużej grupy osób w wieku 15-16 lat respondenci sugerowali, że

rówieśnicy mogą bać się prosić o pomoc z obawy, że inni się dowiedzą i zaczną krążyć plotki w ich szkołach, a problem ten był bardziej widoczny u dziewcząt niż u chłopców. Wielu nastolatków wyraziło obawy dotyczące stygmatyzacji związanej z poszukiwaniem pomocy w przypadku samookaleczeń oraz zdiagnozowaniem choroby psychicznej. Niektórzy sugerowali, że poszukiwanie pomocy powinno stać się bardziej normalne i powinno być poprzedzone szerszym zaakceptowaniem faktu, że każdy ma problemy. Kontekst kulturowy jest istotny przy rozważaniu zachowań poszukiwania pomocy i będzie mieć wpływ nie tylko na rozpoznawanie i zarządzanie zachowaniami samobójczymi, ale także na rozwój interwencji specyficznych dla danej kultury [89,90].

PODSUMOWANIE

Samookaleczanie jest poważnym problemem zdrowia publicznego wśród młodych ludzi na całym świecie, który stanowi wiele wyzwań dla ich leczenia i zapobiegania.

Obecnie wiele wiadomo o ich epidemiologii i przyczynach, ale wysiłki badawcze powinny skupić się na dalszej identyfikacji podtypów osób samookaleczających się lub znajdujących się w ryzyku samobójstwa.

W rzeczywistości pomocne byłoby lepsze zrozumienie czynników związanych z różnymi poziomami samookaleczania (np. osób mających tylko myśli samobójcze w porównaniu do osób podejmujących próby o wysokiej śmiertelności).

Zrozumienie tego, w jaki sposób i kiedy ekspozycja na samookaleczenie zwiększa ryzyko grupowania społecznego, ma ważne implikacje kliniczne.

W dziedzinie zapobiegania dokonano tylko niewielkich postępów, a ponadto brakuje dowodów na skuteczność interwencji terapeutycznych. Rozwój i ocena nowych interwencji psychospołecznych i farmakologicznych mających na celu zmniejszenie samookaleczania i samobójstw powinny być priorytetem.

Poprawa opieki zdrowotnej w dziedzinie zdrowia psychicznego dla nastolatków, zarówno pod względem dostępu do usług, jak i jakości, jest niezbędna, zwłaszcza w krajach o niskim i średnim dochodzie.

Zmniejszenie stygmatyzacji związanej z problemami zdrowia psychicznego i poszukiwaniem pomocy również stanowi poważne wyzwanie. Nacisk na zapobieganie samookaleczaniu i samobójstwom wśród młodych ludzi w krajowych wytycznych to pozytywny krok naprzód [9].

PIŚMIENNICTWO

1. <https://psychologia.edu.pl/czytelnia/59-niebieska-linia/816-autoagresja.html> (data pobrania: 25.06.2023).
2. Klonsky E.D., Victor S.E., Saffer B.Y.: Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2014, 59(11), 565-568.
3. 30% więcej leków, 130% więcej samookaleczeń, 180% więcej myśli, zamiarów i prób samobójczych - Co nowego w Fundacji? (data pobrania 25.06.2023).
4. Klonsky E.D., Muehlenkamp J.J.: Self-Injury: A Research Review for the Practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 2007, 63(11), 1045-1056.
5. Andover M.S., Pepper C.M., Ryabchenko K.A., Orrico E.G., Gibb B.E.: Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2005, 35(5), 581-591.
6. Gratz K.L., Roemer L.: Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2004, 26(1), 41-54.
7. Klonsky E.D., Oltmanns T. F., Turkheimer E.: Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160(8), 1501-1508.
8. Klonsky, E.D.: The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 2007, 27(2), 226-239.
9. Hawton K., Saunders K.E., O'Connor R.C.: Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 2012, 379(9834), 2373-2382.
10. Rasmussen S. , Hawton K., Philpott-Morgan S., O'Connor R.C.: Why do adolescents self-harm? An investigation of motives in a community sample. *Crisis - The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2016, 37(3), 176-183.
11. King M., Semlyen J., See Tai S.: A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 2008, 8(70).
12. Fergusson D.M., Horwood L.J., Beautrais A.L.: Is sexual orientation related to mental health problems and sexuality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56(10), 876-880.
13. Lewis S.P., Mahdy J.C., Michal N.J., Arbuthnott AE. Googling self-injury: the state of health information obtained through online searches for self-injury. *JAMA Pediatrics*, 2014, 168(5), 443-449.

14. Lewis S.P., Heath N.L., St Denis J.M., Noble R.: The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube. *Pediatrics*, 2011, 127(3), 552–557.
15. Brown R.C., Plener P.L.: Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 2017, 19(20), 1-20.
16. Moran P., Coffey C., Romaniuk H., Olsson C., Borschmann R., Carlin J.B.: The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*, 2012, 379(9812), 236–243.
17. Bresin K., Schoenleber M.: Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2015, 38, 55–64.
18. Sornberger M.J., Heath N.L., Toste J.R., McLouth R.: Nonsuicidal Self-Injury and Gender: Patterns of Prevalence, Methods, and Locations among Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2012, 42(3), 266–278.
19. Vega D., Sintes A., Fernandez M., Punti J., Soler J., Santamarina P., Soto A., Lara A., Mendez I., Martinez-Gimenez R., Romero S., Pascual J.C.: Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why? *Actas Espaniolas de Psiquiatria*, 2018, 46(4), 146-55.
20. O'Connor R.C., Rasmussen S., Hawton K.: Predicting deliberate self-harm in adolescents: a six month prospective study. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 2009, 39(4), 364–75.
21. Madge N., Hewitt A., Hawton K.: Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008, 49(6), 667–677.
22. Evans E., Hawton K., Rodham K.: Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 2004, 24(8), 957–979.
23. O'Connor R.C., Rasmussen S., Hawton K.: Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: the role of perfectionism and acute life stress. *Behaviour Research and Therapy*, 2010, 48(1), 52–59.
24. Johnson J.G., Cohen P., Gould M.S., Kasen S., Brown J., Brook J.S.: Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59(8), 741–749.

25. De Leo D., Heller T.S.: Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *The Medical Journal of Australia*, 2004, 181(3), 140–144.
26. Hawton K., Rodham K., Evans E., Weatherall R.: Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*, 2002, 325(7374), 1207–1211.
27. O'Connor R.C., Rasmussen S., Hawton K.: Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, 2012, 200(4), 330–335.
28. Joiner T.E. Jr.: Contagion of suicidal symptoms as a function of assortative relating and shared relationship stress in college roommates. *Journal of Adolescence*, 2003, 26(4), 495–504.
29. Hawton K., Harris L., Rodham K.: How adolescents who cut themselves differ from those who take overdoses. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2010, 19(6), 513–523.
30. O'Connor R.C.: Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *International Handbook of Suicide Prevention: Wiley-Blackwell*, 2011, 181–198.
31. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., Braithwaite S.R., Selby E.A., Joiner T.E. Jr.: The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 2010, 117(2), 575–600.
32. O'Connor R.C.: The relations between perfectionism and suicidality: a systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2007, 37(6), 698–714.
33. Boergers J., Spirito A., Donaldson D.: Reasons for adolescent suicide attempts: associations with psychological functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998, 37(12), 1287–1293.
34. Al Ansari A.M., Hamadeh R.R., Matar A.M., Marhoon H., Buzaboob B.Y., Raees A.G.: Risk factors associated with overdose among Bahraini youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, 31(2), 197–206.
35. Manor I., Gutnik I., Ben-Dor D.H.: Possible association between attention deficit hyperactivity disorder and attempted suicide in adolescents—a pilot study. *European Psychiatry*, 2010, 25(3), 146–150.
36. James A., Lai F.H., Dahl C.: Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, 110(6), 408–415.

37. Nock M.K., Joiner T.E. Jr, Gordon K.H., Lloyd-Richardson E., Prinstein M.J.: Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 2006, 144(1), 65–72.
38. Aseltine R.H. Jr, Schilling E.A., James A., Glanovsky J.L., Jacobs D.: Age variability in the association between heavy episodic drinking and adolescent suicide attempts: findings from a large-scale, school-based screening program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2009, 48(3), 262–270.
39. Makikyro T.H., Hakko H.H., Timonen M.J.: Smoking and suicidality among adolescent psychiatric patients. *The Journal of Adolescent Health*, 2004, 34(3), 250–253.
40. Bronisch T., Hofler M., Lieb R.: Smoking predicts suicidality: findings from a prospective community study. *Journal of Affective Disorders*, 2008, 108(1-2), 135–145.
41. <https://www.cdc.gov/ncbddd/developmentaldisabilities/facts-about-intellectual-disability.html#:~:text=Intellectual%20disability%20is%20a%20term,disability%20vary%20greatly%20in%20children>. (data pobrania 25.06.2023)
42. Thompson T., Gray, D.B. *Destructive behavior in developmental disabilities: Diagnosis and treatment*. Sage Publications, 1994.
43. Wieczorek E.: Zachowania trudne i problemowe młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym. *Studia Edukacyjne*, 2019, 55, 271–282.
44. Van den Bogaard K.J.H.M., Nijman H.L.I., Palmstierna T., Embregts P.J.C.M.: Self-Injurious Behavior in People with Intellectual Disabilities and Co-Occurring Psychopathology using the Self-Harm Scale: A Pilot Study. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 2018, 30(5), 707-722.
45. Hagopian L.P., Leoni M.: Self-injurious Behavior among Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities. *Acta Psychopathologica*, 2017, 3(5).
46. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/down-syndrome/symptoms-causes/syc-20355977> (data pobrania 8.07.2023)
47. Butler M.G., Miller J.L., Forster J.L.: Prader-Willi Syndrome - Clinical Genetics, Diagnosis and Treatment Approaches: An Update. *Curr Pediatric Reviews*, 2019, 15(4), 207-244.
48. <https://smith-magenis.org/what-is-sms/> (data pobrania 25.06.2023).
49. Buono S., Scannella F., Palmigiano M.B.: Self-injurious behavior: A comparison between Prader-Willi syndrome, Down syndrome and Autism. *Life span and Disability*, 2010, 13(2), 187-201.

50. https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=EN&data_id=197 (data pobrania 25.06.2023).
51. Oliver C., Sloneem J., Hall S., Arron K.: Self-injurious behaviour in Cornelia de Lange syndrome: 1. Prevalence and phenomenology. *Journal of Intellectual and Disability Research*, 2009, 53(7), 575-589.
52. <https://rarediseases.info.nih.gov/diseases/10109/cornelia-de-lange-syndrome> (data pobrania dostępu: 25.06.2023).
53. [https://www.cdc.gov/ncbddd/fxs/facts.html#:~:text=Fragile%20X%20syndrome%20\(FXS\)%20is,do%20not%20make%20this%20protein.](https://www.cdc.gov/ncbddd/fxs/facts.html#:~:text=Fragile%20X%20syndrome%20(FXS)%20is,do%20not%20make%20this%20protein.) (data pobrania 25.06.2023).
54. <https://www.findresources.co.uk/the-syndromes/fragile-x/self-injurious-behaviour> (data pobrania 25.06.2023).
55. Lake A.M., Gould M.S.: School-based strategies for youth suicide prevention. *International handbook of suicide prevention*, 2016.
56. Scott M.A., Wilcox H.C., Schonfeld I.S.: School-based screening to identify at-risk students not already known to school professionals: the Columbia suicide screen. *The American Journal of Public Health*, 2009, 99(2), 334–339.
57. Gould M.S., Marrocco F.A., Kleinman M.: Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2005, 293(13), 1635–1643.
58. Harrington R., Kerfoot M., Dyer E.: Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1998, 37(5), 512–518.
59. Cotgrove A., Zirinsky L., Black D., Weston D.: Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence*, 1995, 18, 569–577.
60. Wood A., Trainor G., Rothwell J., Moore A., Harrington R.: Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 2001, 40(11), 1246–1253.
61. Hazell P.L., Martin G., McGill K.: Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: failure of replication of a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 2009, 48(6), 662–670.
62. Green J.M., Wood A.J., Kerfoot M.J.: Group therapy for adolescents with repeated self harm: randomised controlled trial with economic evaluation. *BMJ*, 2011, 342.
63. Fortune S., Sinclair J., Hawton K.: Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health*, 2008.

64. Cauce A.M., Domenech-Rodriguez M., Paradise M.: Cultural and contextual influences in mental health help seeking: a focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002, 70(1), 44–55.



Rozstępy- charakterystyka. Sposoby zapobiegania

Klaudia Waśko¹, Sara Kosina¹, Klara Żelazowska¹, Ewelina Firlej²

1. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Kosmetologii i Medycyny Estetycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Zakład Kosmetologii i Medycyny Estetycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WPROWADZENIE

Rozstępy są to przebiegające równolegle, wrzecionowate pasma ścięzkałej skóry. Jest to trwały defekt skórny dotykający około 50-90% populacji ogólnej, zdecydowanie częściej dotyczy kobiet. Pojawienie się rozstępów jest bezobjawowe, jednakże może być połączone z niewielkim odczuciem swędzu, rzadziej pieczenia i delikatnego bólu. Zaobserwowano większą tendencję do rozstępów u kobiet o jasnym fototypie skóry. Zarówno kobiety o ciemnym, jak i jasnym fototypie, są predysponowane do rozstępów ciążyowych (*striae gravidarum*), a największa tendencja do ich powstawania jest w pierwszej ciąży [1,2,3].

CEL PRACY

Celem pracy była analiza przyczyn, objawów klinicznych oraz sposobów redukcji rozstępów.

METODA BADAWCZA.

Do przeanalizowania omawianych zagadnień wykorzystano literaturę przedmiotu oraz artykuły naukowe z zakresu lat 2015-2022.

CHARAKTERYSTYKA ROZSTĘPÓW

Skóra w obrębie rozstępów pozbawiona jest przydatków np. mieszków włosowych czy gruczołów potowych i łojowych. Rozstępy najczęściej możemy zaobserwować na obszarze skóry brzucha, ud, piersi i pośladków [1,2,3].

Zdrową skórę właściwą tworzy tkanka łączna zwarta, zbudowana z włókien kolagenowych i elastynowych, zakończeń nerwowych, naczyń krwionośnych oraz gruczołów potowych i łojowych [1,2,3].

Włókna kolagenowe i elastynowe zapewniają skórze sprężystość i wytrzymałość mechaniczną. W obrazie histopatologicznym można zaobserwować uszkodzenie tych włókien. W procesie powstawania rozstępów, w wyniku działania „dużych sił rozciągających”, włókna kolagenowe stają się cienkie i poprzerywane. Obraz ten przypomina bliznę [1,2,3].

W porównaniu ze skórą niezmienioną, w obrębie rozstępów pigmentacja jest znacznie mniejsza, a także występuje niewielka różnica w poziomie nawilżenia. Często występują w okolicach z dużą ilością tkanki tłuszczowej, zwykle obustronnie [1,2,3].

U mężczyzn rozstępy pojawiają się najczęściej w okolicy krzyżowo-lędźwiowej, obręczy barkowej, bicepsów i kolan. Kobiety są bardziej predysponowane do powstania rozstępów ze względu na cieńszą skórę [1,2,3].

FAZY ROZWOJU ROZSTĘPÓW

- **Faza I- zapalna** - Jest to początkowy etap tworzenia się zmiany. Rozstępy mają barwę czerwoną, czerwoniębłą, purpurową lub siną. Badania potwierdzają obecność stanu zapalnego. Obecny jest obrzęk w skórze właściwej, rozszerzenie naczyń krwionośnych, nacieki limfatyczne wokół naczyń oraz zniekształcone i pofragmentowane włókna elastynowe i kolagenowe. W tej fazie rozstępy utrzymują się przez około 6 miesięcy.
- **Faza II- zanikowa (bliznowacenia)** - Następuje pozorna regeneracja rozstępów. Nie obserwuje się już stanu zapalnego. Rozstępy przyjmują kolor biały, stają się płaskie lub lekko wklęsłe, ich powierzchnia ulega pomarszczeniu. W budowie histopatologicznej możemy zaobserwować ścieńczenie i zanik naskórka, zmniejszenie grubości i degeneracji tkanki łącznej, a także zmniejszenie ilości kolagenu i elastyny[1,4].

PRZYCZYNY POWSTAWANIA ROZSTĘPÓW

Rozstępy skórne mogą towarzyszyć zarówno fizjologicznym zmianom w organizmie, jak i stanom chorobowym.

1. Uwarunkowania genetyczne - wykazano związek predyspozycji genetycznych z mniejszą wytrzymałością włókien sprężystych i kolagenowych na mechaniczne

rozciąganie, a także ze zmianami w ekspresji genów kolagenu, fibronektyny i elastyny. Jeśli w rodzinie kobiety borykają się z rozstępami, należy w okresach o podwyższonym ryzyku ich rozwoju, przeciwdziałać procesom degradacyjnym zachodzącym w skórze [1,3].

2. Zwiększony poziom kortyzolu (hormonu kory nadnerczy) - powoduje upośledzenie funkcji fibroblastów, które zaczynają produkować zmienione włókna kolagenu i elastyny, o większej kruchości i mniejszej podatności na rozciąganie [5].
3. Zwiększony poziom estrogenów np. w okresie ciąży czy przy stosowaniu antykoncepcji hormonalnej [5].
4. Długotrwałe zażywanie leków steroidowych - leki te ścieńczą skórę, upośledzają proces syntezy kolagenu, a także prowadzą do uszkodzenia istniejących włókien kolagenowych [3,5].
5. Niewłaściwa i uboga w witaminy oraz mikro- i makroelementy dieta - dużą rolę odgrywa niedostateczna ilość cynku [3,5].
6. Czynniki mechaniczne – „rozciągnięcie skóry” spowodowane zwiększeniem tkanki tłuszczowej lub mięśniowej [1].

ROZSTĘPY W STANACH FIZJOLOGICZNYCH

- Nagły przyrost tkanki mięśniowej (u osób uprawiających aktywność fizyczną).
- Nagły przyrost lub spadek masy tkanki tłuszczowej.
- Ciąża - szybka zmiana proporcji w określonych obszarach ciała; zwykle w ostatnim trymestrze.
- Okres dojrzewania (gwałtowny wzrost).
- Wszczepienie implantów np. piersi.
- W wyniku stosowania antykoncepcji hormonalnej (wzrost stężenia estrogenów).
- Silny stres (wzrost stężenia kortyzolu) [1,6,7].

ROZSTĘPY W STANACH CHOROBYCH

- Schorzenia endokrynne (zespół Cushinga),
- Zaburzenia genetyczne (zespół Marfana),
- Efekt uboczny terapii kortykosteroidami,

- Zaburzenia odżywiania,
- Czynniki jatrogenne - indinawir stosowany u pacjentów z HIV
- Otyłość [1,6,7].

SUBSTANCJE WYKORZYSTYWANE W PROFILAKTYCE ROZSTĘPÓW

Substancje oraz zabiegi dedykowane rozstępom mają na celu: pobudzić komórki naskórka do odnowy oraz polepszyć proces gojenia, spowodować wzrost liczby fibroblastów, stymulować produkcję melaniny, pobudzać syntezę kolagenu i zapobiegać jego degradacji. Substancje te powinny wywoływać:

- nowotworzenie naczyń,
- poprawiać krążenie poprzez stymulację przekrwienia skóry,
- działać przeciwzapalnie,
- działać antyoksydacyjnie,
- działać natłuszczająco,
- działać nawilżająco [1].

Rozstępy uwarunkowane są genetycznie, jednakże istnieje możliwość zminimalizowania ryzyka ich powstania. W tym celu należy szukać w kosmetykach substancji takich jak:

- Wąkrota azjatycka - działa przeciwzapalnie na skórę oraz łagodzi podrażnienia, stymuluje syntezę kolagenu i elastyny, wzmacnia ściany naczyń krwionośnych,
- Związki krzemu - powstrzymują działanie wolnych rodników, poprawiają poziom nawilżenia skóry oraz pobudzają działanie fibroblastów,
- Wyciąg z soi - pobudza fibroblasty,
- Witamina C - poprawia produkcję kolagenu,
- Kwas hialuronowy - zwiększa odporność na „rozciąganie” na siły mechaniczne,
- Silikon - zapewnia nawilżenie skóry,
- Kwas glikolowy, kwas trichloroctowy TCA - powoduje proliferację fibroblastów i stymuluje produkcję kolagenu przez fibroblasty,
- Masło kakaowe - zapewnia nawilżenie skóry [1,6,10,11].

ZABIEGI KOSMETOLOGICZNE REDUKUJĄCE ROZSTĘPY

Radiofrekwencja mikroigłowa

Radiofrekwencja mikroigłowa jest to połączenie działania radiofrekwencji i mikronakłuwania.

Po wprowadzeniu do skóry igieł przepływa przez nie prąd. Podczas zabiegu powstaje stan zapalny, który indukuje procesy naprawcze. W wyniku tego dochodzi do tworzenia nowego kolagenu [1].

Mezoterapia mikroigłowa

W mezoterapii mikroigłowej w wyniku mikrouszkodzeń skóry stymulowane są naturalne mechanizmy odnowy. Dodatkowo następuje powolne uwalnianie substancji czynnych do tkanki objętej zabiegiem, które wywierają swoje działania na komórki na poziomie skóry właściwej oraz naskórka. W wyniku tego zabiegu następuje zwiększenie syntezy elementów budulcowych skóry, tj. kolagenu, elastyny, kwasu hialuronowego [1,6,9].

Karboksyterapia

Karboksyterapia zabieg ten polega na śródskórnym lub podskórnym podaniu gazu medycznego (oczyszczonego dwutlenku węgla (CO₂)) w celach terapeutycznych. Działanie gazu na tkanki powoduje stan zapalny, który aktywuje makrofagi, fibroblasty i komórki śródbłonna. Ponadto dochodzi do przebudowy macierzy pozakomórkowej w celu naprawy skóry i regeneracji tkanek. Skutecznie poprawia się elastyczność skóry, zmniejszając szerokość i długość rozstępów [1,9].

Peelingi chemiczne

Peelingi np. z kwasem glikolowym (70%) lub trichlorooctowym (20-35%). Kwas glikolowy oraz kwas trichlorooctowy stymulują produkcję kolagenu i glikozaminoglikanów [1].

Laser frakcyjny nieablacyjny

Podczas zabiegu w wyniku absorpcji światła lasera dochodzi do podgrzania skóry, co powoduje wytworzenie stanu zapalnego. Zabieg prowadzi do wzrostu liczby włókien kolagenowych, głównie w warstwie brodawkowatej skóry właściwej. Warstwa rogowa w większości przypadków nie ulega uszkodzeniu. Na całkowitą poprawę wyglądu skóry pod wpływem fototermolizy frakcyjnej nieablacyjnej składają się: obkurczenie kolagenu, wtórna

przebudowa skóry obejmująca głównie procesy neokolagenezy oraz mikrozluszczenie skóry [1].

Mikrodermabrazja diamentowa

Podczas tego zabiegu wykorzystuje się działanie głowic ścierających pokrytych warstwą diamentu, a także pompy zasysającej złuszczone naskórek. Złuszczenie zachodzi poprzez mechaniczne tarcie oraz kontrolowane jest poprzez zastosowane podciśnienie. Zabieg, mimo że dotyczy głównie powierzchniowych warstw naskórka, pośrednio oddziałuje także na głębsze warstwy skóry. Dochodzi do wytworzenia reakcji podrażnieniowej na złuszczenie, co uruchamia procesy naprawcze [1].

Radiofrekwencja nieablacyjna

Mechanizm działania radiofrekwencji nieablacyjnej na skórę ma charakter dwuetapowy. Początkowo następuje natychmiastowy „skurcz” włókien kolagenu, a następnie wtórny mechanizm odbudowy polegający na przebudowie i syntezie nowego kolagenu. Następuje również zwiększenie ilości mukopolisacharydów oraz włókien elastycznych [1,8].

PODSUMOWANIE

Rozstępy są najczęściej trwałym defektem skórnym, dotykającym dużą część populacji ogólnej, przy czym znacznie częściej dotyczą kobiet. Powstają poprzez uszkodzenie włókien kolagenowych i elastynowych. Możemy wyróżnić dwie fazy ewolucyjne rozstępów - fazę zapalną oraz fazę zanikową. Przyczynami ich pojawienia mogą być: uwarunkowania genetyczne, czynnik biochemiczny lub też czynnik mechaniczny. Celem substancji czy też zabiegów przeciwdziałających rozstępom są głównie wzrost liczby fibroblastów oraz stymulacja syntezy kolagenu. Zabiegi przeciwdziałające rozstępom wywołują mikrouszkodzenia skóry właściwej, stymulując ją do przebudowy.

PIŚMIENNICTWO

1. Kołodziejczak A., Kosmetologia 1, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019.
2. Jastrzębska-Więsek M., Rychtyk J., Partyka A., Ludwikowska B., Wesołowska A., Współczesne możliwości terapii rozstępów, Farmacja Polska, 2018, 74(7), 417-426.

3. Rozstępy- jak z nimi walczyć? <https://polskiblogkosmetyczny.pl/rozstepy-jak-z-nimi-walczy/>, (data pobrania 24.06.2023).
4. Tarkiewicz M., Rozstępy-czym są i jak z nimi walczyć <https://tarkiewicz.pl/rozstepy-czym-sa-i-jak-z-nimi-walczy/>, data dostępu: 24.06.2023r.
5. Rozstępy, <http://www.dermedica.info/rozstepy.php>, (data pobrania 24.06.2023).
6. Lokhande A.J., Mysore V., Striae Distensae Treatment Review and Update, Indian Dermatology Online Journal 2019, 10(4), 380-395.
7. Ud-Din S., McGeorge D., Bayat A., Topical management of striae distensae (stretch marks): prevention and therapy of striae rubrae and albae, Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 2016, 30(2), 211-222.
8. Lu H., Guo J., Hong X., Chen A., Zhang X., Shen Sh., Comparative effectiveness of different therapies for treating striae distensae, Medicine (Baltimore) 2020, 25,99(39), e22256.
9. Huang Q., Xu L.-L, Wu T., Mu Y.-Z., New Progress in Therapeutic Modalities of Striae Distensae, Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology 2022, 15, 2101-2115.
10. Rozstępy. Przyczyny, zabiegi, domowe sposoby, <https://www.velvetclinic.pl/rozstepy-przyczyny-zabiegi-domowe-sposoby/> (data pobrania 24.06.2023).
11. Pawlędzio I., Przegląd kosmetyków na rozstępy, <https://www.mamazone.pl/uroda/przegląd-kosmetykow-na-rozstepy/> (data pobrania 24.06.2023).



Cellulit a zabiegi kosmetyczne

Sara Kosina¹, Klaudia Waśko¹, Weronika Denis¹, Ewelina Firlej²

1. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Kosmetologii i Medycyny Estetycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Zakład Kosmetologii i Medycyny Estetycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WPROWADZENIE

Cellulit (*gynoidlipodystrophy*, GLD) jest włókniejącym zwyrodnieniem tkanki łącznej ze zmianami w tkance podskórnej, określany jako lipodystrofia typu kobiecego. Cellulit występuje u około 80% do 90% kobiet po okresie dojrzewania. Zwykle niezależnie od budowy ciała i wskaźnika masy ciała, jest dla nich nieprzyjemnym defektem. Częstość występowania cellulitu u mężczyzn wynosi ok. 2% i najczęściej wynika z zaburzeń hormonalnych lub leczenia hormonalnego nowotworu prostaty. Zmiany są widoczne jako nierówności skóry, zgrubienia, grudki czy guzki i lokalizują się u kobiet najczęściej na pośladkach, brzuchu, górnych i bocznych częściach ud, biodrach, na plecach w okolicy łopatkowej oraz na ramionach. U mężczyzn cellulit lokalizuje się najczęściej w okolicach brzucha i karku [1,2,7].

CEL PRACY

Celem pracy była analiza przyczyn, rodzajów oraz metod redukcji cellulitu.

METODA BADAWCZA

Do przeanalizowania omawianych zagadnień wykorzystano literaturę przedmiotu oraz artykuły naukowe z przekroju lat 2010-2023.

ETIOPATOGENEZA

Etiopatogeneza cellulitu jest wieloczynnikowa i niejasna, ale wiadomo, że obejmuje czynniki środowiskowe, hormonalne i genetyczne. Tworzeniu się zmian cellulitowych sprzyja:

- Płeć, częściej występuje u kobiet niż mężczyzn.
- Rasa, występuje częściej u osób rasy kaukaskiej.
- Typ biologiczny, występuje na biodrach i udach kobiet z Ameryki Łacińskiej, ale nie na brzuchu kobiet z Europy.
- Współwystępowanie zaburzeń mikrokrążenia w obrębie tkanki podskórnej, związanych z funkcją endokrynną adipocytów i komórek śródbłónka.
- Adiponektyna i leptyna - adiponektyna to peptyd należący do grupy adipocytokin, molekuł wydzielanych przez adipocyty. Ma nie tylko silne właściwości przeciwniażdżycowe, ale także działa jako czynnik rozszerzający naczynia krwionośne i przeciwzapalnie. Niski poziom tego białka koreluje z upośledzonym mikrokrążeniem. Leptyna również jest syntetyzowana przez adipocyty. Ilość leptyny koreluje z wielkością adipocytu oraz stanem układu metabolicznego. Podwyższony poziom leptyny jest ściśle związany z miejscowym obniżeniem poziomu tlenu azotu i nieprawidłową miejscową angiogenezą. Adiponektyna i leptyna działają antagonistycznie, a ich stężenia odzwierciedlają aktualny stan metaboliczny. Wielorakie działanie tych białek na śródbłonek i układ mikronaczyniowy tkanki tłuszczowej może wskazywać na ich wpływ na powstawanie cellulitu [3,7,8].
- Nieprawidłowe funkcjonowanie układu nerwowego i jego niska odporność na stres - kortyzol w odpowiedzi na pojedynczą reakcję stresową stymuluje organizm do odkładania tkanki tłuszczowej. Przewlekłe narażenie na stres daje objawy endokrynologiczne. Zaburzenia emocjonalne powodują wydzielenie większej ilości katecholamin o silnym wpływie na metabolizm ustrojowy lipidów. Pod wpływem stresu dochodzi do zmniejszenia się światła naczyń krwionośnych, co utrudnia przepływ krwi. Przewlekłość takiego działania może prowadzić do zmian tkankowych [2].
- Hormony - pierwsze objawy zaburzeń topografii tkanki tłuszczowej pojawiają się w okresie dojrzewania. Niektórzy autorzy określają estrogen jako główny czynnik powodujący występowanie cellulitu. Nadmierne ilości estrogeny mogą powodować problemy sercowo-naczyniowe. Obserwuje się nadmierne rozkurczenie żył, powodujące zastój krwi, co skutkuje obrzękiem, niedokrwieniem i niedotlenieniem tkanki podskórnej. Estrogen zwiększa przepuszczalność ścian naczyń krwionośnych co może prowadzić do obrzęku otaczających tkanek. Ten obrzęk wywiera nacisk na małe żyły i tętniczki, co prowadzi do nieprawidłowego przepływu krwi w skórze i tkance tłuszczowej. Proces ten nasila połączenie niedoboru progesteronu i hiperestrogenizmu.

Finalnie prowadzi to do nasilenia włóknienia i powstawania guzków w tkance podskórnej, co nieuchronnie prowadzi do progresji cellulitu [2,3,6,7,8].

- Czynniki genetyczne - warianty genetyczne w genie ACE i HIF1A są związane z cellulitem u zdrowych, szczupłych kobiet. Polimorfizm ACE wyraźnie moduluje aktywność ACE17, a tym samym może wpływać na tworzenie angiotensyny II w niektórych tkankach, w tym w podskórnej tkance tłuszczowej. Zwiększone miejscowe wytwarzanie angiotensyny może indukować hipertrofię komórkową i może stymulować odkładanie się macierzy pozakomórkowej. Prowadziłoby to do powstania złożonej sieci podskórnych włókien włóknistych, która charakteryzuje cellulit. Hipoteza ta została potwierdzona, i wynika z badań interwencji farmakologicznych wykazującymi, że hamowanie ACE osłabia zwłóknienie, a blokada receptora angiotensyny poprawia przepływ krwi w podskórnej tkance tłuszczowej [3,4].
- Styl życia:
 - Nadmierne spożycie produktów spożywczych bogatych w tłuszcze, o dużej zawartości soli i konserwantów wiąże się z rozwojem różnych zaburzeń metabolicznych, w tym hiperinsulinemii, stanu, który może nasilać lipodystrofię.
 - Brak aktywności fizycznej przyczynia się do nasilenia cellulitu poprzez osłabienie warstwy mięśniowej naczyń krwionośnych co powoduje chwilową hemostazę. Stan ten prowadzi do wtórnego niedotlenienia i niedokrwienia tkanki tłuszczowej.
 - Spożywanie alkoholu - stymuluje lipogenezę i powoduje odwodnienie organizmu, skutkuje to nadmiernym i niewłaściwym magazynowaniem tkanki tłuszczowej [2,3,7,9].
 - Palenie papierosów- skutkuje znacznie większą ilością wolnych rodników w organizmie oraz skurczem drobnych naczyń krwionośnych odpowiedzialnych za miejscowe upośledzenie mikrokrażenia. Może to przyczynić się do rozwoju cellulitu powodując jego kliniczną progresję. Ponadto kobiety, które palą i mają predyspozycje genetyczne, mają 13,5 razy większe szanse na rozwinięcie umiarkowanego/poważnego cellulitu [2,3,5,7].

RODZAJE CELLULITU

- **Postać twarda.** Skóra jest dobrze napięta i elastyczna. Podczas przesuwania w poziomie tkanek wyczuwa się płaskie ułożenie zmian - nierówności/grudki.

Zazwyczaj występuje u młodych kobiet aktywnych fizycznie, także szczupłych. Skóra jest najczęściej sucha, mogą pojawiać się rozstępy i rogowacenie okołomieszkowe.

- **Postać wiotka.** Skóra jest mniej napięta i jędrna. Zmiany ukształtowania powierzchni skóry zmieniają się wraz ze zmianą pozycji ciała. Cellulit ma charakter luźno ułożonej tkanki, która jest nierówno pofałdowana i nie przylega ściśle do mięśni. Najczęściej występuje u kobiet mało aktywnych fizycznie oraz kobiet, które szybko i dużo straciły na wadze [7,8,9].
- **Postać obrzękowa.** W wyniku testu uciskowego na skórze pozostaje zagłębienie stopniowo wypełniające się. Występuje u kobiet z zaburzeniami krążenia obwodowego, ze skłonnością do obrzęków. Może występować również u kobiet, które stosują antykoncepcję hormonalną (estrogen i progestagen).
- **Postać mieszana.** Łączy cechy powyższych zmian. Jest to postać najczęściej spotykana [7,8].
- **Postać rzekoma.** Związana z silną wiotkością skóry. Polega na opadaniu skóry i tkanki podskórnej w obrębie ud, pośladków, ramion i brzucha. Dotyczy zwłaszcza kobiet w starszym wieku.
- **Cellulit wodny.** Najczęściej u młodych kobiet, związany jest z odkładaniem się rezerw tłuszczowych i retencją wody w zależności od okresu cyklu miesięczkowego.
- **Cellulit tłuszczowy (lipidowy).** Polega na niekontrolowanym odkładaniu się tkanki tłuszczowej i występuje najczęściej u dojrzałych kobiet [7].

STOPNIE CELLULITU

- **0** - Brak objawów klinicznych.
- **1** - Podczas stania i leżenia skóra jest gładka, zmiany w postaci małych uwypukleń i zagłębień są widoczne dopiero po ściśnięciu skóry. Skóra może być obrzęknięta – ciastowata.
- **2** - Skóra blada, spadek elastyczności, wzrost ciastowatości.
- **3** - Zmiany widoczne są w spoczynku (bez ucisku) z płytkimi zagłębieniami, wyczuwalne są guzki.
- **4** - Podczas stania i leżenia widać uwypuklenia oraz zagłębienia. Skóra jest nierówna, posiada wyraźne dołki i zagłębienia. Zmiany bardzo widoczne przy napięciu

pośladków. Zaawansowany cellulit może boleć. Widoczny jest znaczny spadek elastyczności skóry i jej zblednięcie na skutek spadku temperatury skóry [7,8].

FAZY ROZWOJU CELLULITU

- **I FAZA** - Dochodzi do zastoju żylnego i limfatycznego w tkance tłuszczowej. Adipocyty zwiększają swoje rozmiary.
- **II FAZA** - Przepływ krwi jest obniżony pod wpływem ucisku na naczynia krwionośne powiększonych adipocytów. Krew, która zalega w naczyniach przenika częściowo przez ściany naczyń do przestrzeni międzykomórkowych. Między komórkami tłuszczowymi zbiera się płyn tworzący obrzęk. Zwiększa się ilość i długość włókien kolagenowych.
- **III FAZA** - Pojawiają się zwłóknienia tkanki łącznej, tworzące drobne twarde grudki. Nasilają się zaburzenia krążenia, obserwuje się atrofię naskórka.
- **IV FAZA** - Złogi przekształcają się w twarde guzki, które uciskają na naczynia włosowate i włókna nerwowe. Zraziki tłuszczowe są otoczone silnie zwłókniałą tkanką łączną [7,9].

METODY REDUKCJI CELLULITU

W świetle dostępnych badań należy mówić o redukcji widoczności objawów cellulitu, a nie o jego usuwaniu. W dwóch pierwszych stadiach znaczna redukcja jest możliwa poprzez połączenie zabiegów kosmetologicznych, uwzględnienie optymalnej aktywności fizycznej oraz wdrożenie zbilansowanej diety. W trzecim stadium redukcja jest trudniejsza, lecz możliwa. W czwartym stadium natomiast zmiany są często nieodwracalne, można jednak wpłynąć na zmianę wyglądu skóry. Do metod zabiegowych służących redukcji cellulitu zaliczają się między innymi:

- **Zmechanizowany masaż podciśnieniowy** (zabiegi typu endermologia) - głównym celem zabiegu jest pobudzenie krążenia krwi i limfy; wpływa to na przyspieszenie metabolizmu i usunięcie zbędnych produktów przemiany materii, to zaś sprzyja procesom takim jak pobudzenie lipolizy czy resorpcja obrzęków. Wyniki badań po serii zabiegów wykazały między innymi zwiększoną liczbę fibroblastów w skórze oraz zmniejszenie przestrzeni śródmiąższowej skóry właściwej [7, 10,12].

- **Karboksyterapia** - polega na kontrolowanym podawaniu w tkanki oczyszczonego CO₂, na poziomie tkanki podskórnej CO₂ wpływa na wzmożenie procesów utleniania lipidów z adipocytów (lipoliza). Na skutek silnego przepływu CO₂ podanego śródskórnie dochodzi do przebudowy tkanki łącznej. Ponadto zabieg ten poprawia perfuzję tkankową.
- **Radialna fala ciśnieniowa (fala uderzeniowa)** - pod wpływem działania radialnej fali ciśnieniowej na skórę właściwą i podskórną tkankę tłuszczową dochodzi między innymi do: poprawy przepływu krwi i limfy, pobudzenia produkcji kolagenu, apoptozy komórek tłuszczowych (jest to wywołane stanem zapalnym, zwiększenie przepuszczalności błon komórek tłuszczowych) [7].
- **Radiofrekwencja nieablacyjna** - wykorzystuje prąd zmienny powodując hipertermię, temperatura skóry właściwej zostaje podniesiona do około 60°C przy czym temperatura na powierzchni skóry wynosi 40-42°C. Powoduje to skurcz włókien kolagenowych oraz wtórny mechanizm ich odnowy polegający na przebudowie i depozycjonowaniu nowego kolagenu. Pod wpływem ciepła dochodzi również do zwiększenia przepływu krwi a w tkance podskórnej zachodzi zjawisko termolipolizy [7,10,11].
- **Kawitacja ultradźwiękowa tkanki tłuszczowej** - wyróżnia się niskie częstotliwości, które wywołują efekty mechaniczne oraz wysokie częstotliwości, które wykazując efekty termiczne prowadzą do lipolizy i przebudowy tkanki łącznej. Efekt mechaniczny prowadzi do uszkodzenia adipocytów, dochodzi do selektywnej lizy komórek tłuszczowych. Ultradźwięki zmniejszają również zwłóknienia oraz stymulują przepływ krwi i limfy w obszarze zabiegowym. Podczas zabiegu nie są naruszane struktury otaczające tkankę, jak nerwy czy naczynia krwionośne [7].
- **HIFU** - jest to skupiona wiązka fal ultradźwiękowych o dużym natężeniu. W wyniku absorpcji energii ultradźwiękowej dochodzi do skrócenia włókien kolagenowych oraz koagulacji i denaturacji kolagenu. Prowadzi to do długotrwałej przebudowy skóry właściwej. Podczas badań przedklinicznych na zwierzętach nie zaobserwowano żadnych działań niepożądanych na skórze, powięzi lub innych otaczających tkankach [7,11].
- **Przezkórna lipoliza laserowa** - wykonywana jest laserem diodowym, metoda jest nieinwazyjna. Emitowana energia podgrzewa komórki tłuszczowe do temperatury 42-47°C co powoduje uszkodzenia błon i ich dalszy rozpad. Zabieg nie powoduje uszkodzenia okolicznych tkanek. Uszkodzone adipocyty są pochłaniane przez komórki

układu odpornościowego i eliminowane przez układ limfatyczny. Zabieg stymuluje również fibroblasty w skórze właściwej do produkcji kolagenu.

- **Laseroterapia niskoenergetyczna tkanki tłuszczowej (tzw. zimny laser)** - charakteryzuje się bardzo małą mocą lasera diodowego. W wyniku jego działania zachodzi efekt biostymulacyjny. Wpływa to na przyspieszenie metabolizmu komórek tłuszczowych. Nie oddziałuje na naczynia krwionośne i nerwy. Zabieg zmniejsza objętość komórek tłuszczowych oraz zwiększa przepuszczalność ich błon komórkowych [7].
- **LLLT- biostymulacja laserowa** - jest to nieinwazyjna metoda, reakcje zachodzą na poziomie komórki, dochodzi do pobudzenia ich metabolizmu oraz proliferacji. Terapia oddziałuje na aktywność fibroblastów. Ponadto przyspiesza lub zapoczątkowuje reakcje chemiczne i odpowiedzi fizjologiczne organizmu takie jak stymulacja angiogenezy, usprawnienie dysocjacji hemoglobiny czy aktywację enzymów [7,11,12].
- **Kriolipoliza** - polega na miejscowym, kontrolowanym obniżeniu temperatury tkanek. Pomimo tego, że bezpośrednio po sesji zabiegowej nie obserwuje się znaczących zmian tkanki tłuszczowej, różne badania wykazały skuteczność zabiegu w redukcji podskórnej tkanki tłuszczowej po pewnym czasie. Procedura wydaje się być bezpieczna w krótkim okresie, z ograniczonym profilem skutków ubocznych i powoduje znaczną redukcję tkanki tłuszczowej, gdy jest stosowana w przypadku miejscowej tkanki tłuszczowej. Nie dochodzi również do uszkodzenia okolicznych tkanek [7,11,13].
- **Presoterapia** - jest to pneumatyczny masaż sekwencyjny. Służy pobudzeniu układu krwionośnego i limfatycznego. W konsekwencji dochodzi do redukcji objawów zastoinowych, zmniejszenia oporu krwi w tętnicach oraz wchłaniania obrzęków. Zabieg stosowany jest jako metoda pomocnicza łączona z zabiegami skierowanymi na redukcję tkanki tłuszczowej i cellulitu.
- **Elektrostymulacja** - zabieg ma na celu wywołanie reakcji ruchowej mięśnia lub grupy mięśni, wpływa również na zmniejszenie obrzęków. Dzieje się tak dzięki poprawie lokalnego krążenia. Naprzemienne skurcze i rozkurcze mięśni powodują uruchomienie pompy mięśniowej, która przyspiesza procesy metaboliczne okolicznych tkanek (na przykład tłuszczowej).
- **LED** - pochłonięte światło będzie stymulowało procesy fizyko-chemiczne. Pod wpływem zabiegu wzrasta zaopatrzenie tkanek w tlen, następuje proliferacja i wzrost dojrzewania fibroblastów. Terapia stosowana może być w przypadku cellulitu jedynie

pomocniczo.

- **Pole magnetyczne** - jest to zabieg oparty na wykorzystaniu pulsującego pola magnetycznego. Powoduje między innymi stymulację syntezy kolagenu, zwiększenie resorpcji obrzęków, uaktywnienie reakcji enzymatycznych. Jest stosowany jako metoda wspomagająca działanie innych technologii [7,12].
- **Masaż vibracyjny** - odbywa się na specjalistycznym stole, ćwiczenia imitujące chodzenie oraz skłony do przodu i do tyłu pobudzają układ krążenia oraz przyspieszają usuwanie z organizmu nadmiaru wody i substancji toksycznych.
- **Bicze szkockie (masaż natryskowy)** - zabieg ten wykorzystuje strumień wody pod ciśnieniem 1,5-3 atmosfer. Strumień wody kierowany jest na osobę z odległości około 4 metrów. Zabieg ten sprawdza się przy zanikach mięśniowych [12].
- **Inne masaże** - szeroko pojęta kategoria, do której zaliczają się masaż klasyczny, antycellulitowy, bańką chińską, drenaż limfatyczny i tym podobne [7].

PODSUMOWANIE

Cellulit jest powszechnym problemem występującym u większości kobiet po okresie dojrzewania, choć w stanach patologicznych może występować także u mężczyzn. Wyodrębnia się 4 stadia cellulitu oraz jego 4 fazy rozwoju. Etiopatogeneza jest wieloczynnikowa i nie do końca jasna, niemniej jednak można wyodrębnić kategorie przyczyn wpływających na powstawanie tego zwyrodnienia. Istnieje wiele bardziej lub mniej inwazyjnych metod redukcji cellulitu. Mogą się one opierać na modyfikacjach masażu, podawaniu substancji w głąb skóry (karboksyterapia) czy technologiach takich jak między innymi światło LED, pole magnetyczne, prąd, laser, ultradźwięki.

PIŚMIENNICTWO

1. Sadick N., Treatment for cellulite, The International Journal of Women's Dermatology. 2019, 5(1), 68-72.
2. Maciąg M., Maciąg K. Medyczne aspekty kosmetologii i dietetyki. Wydawnictwo Naukowe TYGIEL sp. z o.o., Lublin 2018.
3. Tokarska K., Tokarski S., Woźniacka A., Sysa-Jędrzejowska A., Bogaczewicz J. ; Cellulite: a cosmetic or systemic issue? Contemporary views on the etiopathogenesis of cellulite, Postepy Dermatologii i Alergologii, 2018, 35(5), 442-446.

4. Emanuele E., Bertona M., Geroldi D. A multilocus candidate approach identifies ACE and HIF1A as susceptibility genes for cellulite, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2010, 24, 930-935.
5. Stavroulaki A., Pramantiotis G. Cellulite, smoking and angiotensin-converting enzyme (ACE) gene insertion/deletion polymorphism, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2010, 25, 1116-1117.
6. Leszko M. Cellulite in menopause, *Przegląd Menopauzalny*. 2014, 13(5), 298-304.
7. Kołodziejczak A., *Kosmetologia 1*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019.
8. Noszczyk M. *Kosmetologia pielęgnacyjna i lekarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
9. Kaniewska M. *Podstawy anatomiczno-dermatologiczne w kosmetyce*, WSiP Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2013, 192-200.
1. 10. Moortgat P., Anthonissen M., Meirte J., Van Daele U., Maerten K. The physical and physiological effects of vacuum massage on the different skin layers: a current status of the literature, *Burns Trauma*. 2016, 4, 34.
10. Alizadeh Z., Halabchi F., Mazaheri R., Abolhasani M., Tabesh M. Review of the Mechanisms and Effects of Noninvasive Body Contouring Devices on Cellulite and Subcutaneous Fat, *International Journal of Endocrinology and Metabolis*. 2016, 14(4), e36727.
11. Kołodziejczak A., *Kosmetologia 2*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021.
12. Ingargiola M.J., Motakef S., Chung M.T., Vasconez H.CSasaki., G.H. Cryolipolysis for Fat Reduction and Body Contouring: Safety and Efficacy of Current Treatment Paradigms, *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2015, 135(6), 1581-1590.

Trądzik różowaty okiem kosmetologa

Sara Kosina¹, Klaudia Waśko¹, Ewelina Firlej²

1. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Kosmetologii i Medycyny Estetycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Zakład Kosmetologii i Medycyny Estetycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WPROWADZENIE

Trądzik różowaty (*acne rosacea*) jest powszechną, przewlekłą, zapalną chorobą skóry charakteryzującą się nawracającym rumieniem twarzy, obecnością teleangiektazji, krost, grudek oraz innych zmian przerostowych. Szacuje się że dotyka od 1% do 10% populacji chociaż nowsze badania szacują częstość występowania trądziku różowatego aż do 18% (40 milionów przypadków, głównie u osób w wieku od 30 do 50 lat). Choroba dotyka przeważnie kobiety i dotyczy głównie osób z jasną karnacją zwłaszcza pochodzenia celtyckiego i północnoeuropejskiego. Trądzik różowaty występuje głównie na twarzy i dlatego wpływa na wygląd fizyczny pacjentów oraz ich samoocenę. Nasilenie zmian występuje między 40 a 50 rokiem życia [1,2,3,6,7].

CEL PRACY

Celem pracy była analiza przyczyn, objawów klinicznych oraz sposobów leczenia trądziku różowatego.

METODA BADAWCZA

Do przeanalizowania omawianych zagadnień wykorzystano literaturę przedmiotu oraz artykuły naukowe z przekroju lat 2007- 2023.

ETIOPATOGENEZA

Etiopatogeneza choroby nie jest do końca wyjaśniona, niemniej istnieje wiele dowodów naukowych potwierdzających rolę czynników: psychogennych, pokarmowych, infekcyjnych,

naczyniowych, hormonalnych i atmosferycznych. Obecnie w patofizjologii podkreśla się przede wszystkim rolę receptora TLR (Toll-like) 2 i peptydów przeciwdrobnoustrojowych.

- 1) **Predyspozycje genetyczne** - w związku z częstszym występowaniem trądziku różowatego w północnej części Europy i u osób z niskimi fototypami (I i II), upatruje się wpływu predyspozycji genetycznych na rozwój choroby. Chorzy na trądzik różowaty mają 4-krotnie większe prawdopodobieństwo posiadania w rodzinie krewnych chorych na trądzik różowaty w porównaniu z populacją ogólną. Badania genetyczne zidentyfikowały również polimorfizm genów transferazy S-glutationowej odpowiedzialnych za obronę komórki przed uszkodzeniem przez reaktywne formy tlenu (ang. *reactive oxygen species*–ROS). Te polimorfizmy mogą być genetycznym czynnikiem predysponującym do rozwoju trądziku różowatego [2].
- 2) **Etiologia autoimmunologiczna** - u około połowy pacjentów stwierdzono podwyższony poziom przeciwciał przeciwjądrowych; badania naukowe potwierdzają, że u pacjentów z trądzikiem różowatym częściej występuje infekcja *Helicobacter pylori*. Obecność tego czynnika najprawdopodobniej sprzyja produkcji cytokin o działaniu prozapalnym, które mogą powodować zaostrzenie zmian naczyniowych. Jednym z przedstawicieli receptorów odporności wrodzonej, rozpoznających stałe struktury drobnoustrojów, są receptory TLR (Toll-like). Pobudzenie tych receptorów powoduje między innymi wzmożoną syntezę czynników przeciwbakteryjnych i cytokin prozapalnych. Wykazano, że u osób z postacią grudkowo-krostkową trądziku różowatego występuje zwiększona aktywacja TLR2, poprzez zwiększenie ekspresji kolejnych czynników w konsekwencji powoduje to aktywację odpowiedzi zapalnej [2,5,6].
- 3) **Zwiększona obecność roztoczy *Demodex*** - badacze odkryli, że *Bacillus oleronius*, bakteria przenoszona przez roztocza *Demodex*, może stymulować odpowiedź immunologiczną u osób z trądzikiem różowatym. Dolegliwości związane z wrażliwą skórą u pacjentów z trądzikiem różowatym często znikają, gdy liczba roztoczy zostanie zredukowana w wyniku leczenia [2,4,5,7].
- 4) **Cytokiny proangiogenne i prozapalne** - do grupy tych białek należą katelicydyny oraz β -defensyny. Wyniki badań u osób dotkniętych trądzikiem różowatym wykazują wysoki poziom katelicydyn. W badaniach u myszy indukowanych peptydem LL-37 stwierdzono odpowiedź zapalną, teleangiektazje i rumień, co świadczy o patogennym działaniu katelicydyn i ich roli w powstawaniu trądziku różowatego.

- 5) **Zmiany naczyniowe** - rumień związany z trądzikiem różowatym jest prawdopodobnie spowodowany zwiększonym przepływem krwi w powierzchownych naczyniach krwionośnych, ponadto na skutek wazodylatacji następuje rozszerzenie światła naczyń krwionośnych. Mogą ją powodować metabolity lipidów i alkoholu, ROS (reaktywne formy tlenu, ang. *reactive oxygen species*), proteazy, polipeptyd aktywujący przysadkową cyklazę adenylanową (ang. *pituitary adenylate cyclase-activating polypeptide* – *PACAP*), naczynioaktywny peptyd jelitowy (ang. *vasoactive intestinal peptide* – *VIP*) i peptyd związany z genem kalcytoniny (ang. *calcitonin gene-related peptide* – *CGRP*). Poziom metaloproteinaz wzrasta w trądziku różowatym nawet do 300 razy we wszystkich trzech jego podtypach.
- 6) **Rola ROS** - reaktywne formy tlenu przyczyniają się do rozwoju stanu zapalnego między innymi poprzez niszczenie komórek śródbłonna czy wytwarzanie cytokin prozapalnych przez keratynocyty i fibroblasty. Stymulacja wydzielania ROS następuje również w procesach związanych z aktywacją katelicydyn, których stężenie w skórze jest większe u osób chorych na trądzik różowaty [2,7].
- 7) **Zapalenie neurogenne i nadreaktywność naczyń** - czynniki stresogenne mogą stymulować uwalnianie neuroprzekaźników i przyczyniać się do rozszerzenia naczyń, zwiększać zaczerwienienie oraz wrażliwość skóry - kłucie, swędzenie i niższe progi bólu u pacjentów z trądzikiem różowatym. Do czynników stresogennych należą między innymi: stres, promieniowanie UV, kosmetyki zawierające alkohol, aceton i mentol, kortykosteroidy stosowane miejscowo, wysoka temperatura, warunki atmosferyczne, jak wiatr i mróz oraz przyjmowane pokarmy jak na przykład gorące napoje czy pikantne potrawy [5,6,8].
- 8) **Podłoże hormonalne** - za udziałem zaburzeń hormonalnych przemawia występowanie zmian skórnych lub ich nasilenie po gestagenowych środkach antykoncepcyjnych, obserwuje się również zmienność objawów w zależności od fazy cyklu miesięczkowego [5].

OBRAZ KLINICZNY

Obraz kliniczny trądziku różowatego jest zróżnicowany i obejmuje zmiany: rumieniowo-naczyniowe, grudkowo-krostkowe, przerostowe, oczne. Można go rozpoznać na podstawie objawów takich jak: przejściowy, napadowy rumień przetrwały, rumień na nosie,

policzkach, brodzie i czole, grudki i krostki, teleangiektazje. W przebiegu można wyróżnić 4 stadia, które nie muszą następować kolejno po sobie. Wykwity chorobowe są umiejscowione symetrycznie, rzadko jednostronnie. Stadia rozwoju:

- Stadium prerosacea - widoczne są dyskretne zmiany rumieniowe, okresowo pojawia się „rumieniec”, rzadko występują teleangiektazje.
- I stadium - charakteryzuje się gwałtownym, okresowym pojawianiem się intensywnego rumienia najczęściej pod wpływem bodźców emocjonalnych bądź fizycznych. Towarzyszy temu uczucie ciepła, pieczenia i świądu.
- II stadium - zmiany naczyniowe ulegają utrwaleniu, widoczne są liczne teleangiektazje, naczynia krwionośne pozostają trwale rozszerzone.
- III stadium - na podłożu rumieniowym pojawiają się zmiany o charakterze grudek i krostek, dochodzi do tworzenia się przewlekłego obrzęku, często w tym stadium pojawiają się zmiany zapalne w obrębie narządu wzroku jak przewlekłe zapalenie spojówek.
- IV stadium - do jego rozwoju dochodzi tylko u mężczyzn. Polega na przeroście tkanki łącznej miękkich części twarzy, najczęściej nosa (*rhinophyma*) [1,2,5,8].

ODMIANY KLINICZNE

Od 2002 roku obowiązuje podział *rosacea* na cztery podtypy:

- 1) **Postać rumieniowo-teleangiektatyczna** (ang. *erythematoteleangiectatic-ETR*) - charakteryzuje się utrwalonym rumieniem na policzkach, nosie, czole i brodzie z teleangiektazjami. Rumień nasila się pod wpływem wielu czynników między innymi dietetycznych, stresowych.
- 2) **Postać grudkowo-krostkowa** (ang. *papulo-pustular – PPR*) - grudki i krostki występują na całej skórze twarzy, zwłaszcza w centralnej części, bez zaskórników. Nasilenie centralnego rumienia jest zmienne.
- 3) **Postać przerostowo-guzowata** (ang. *phymatous – PhR*) - ma różne nazwy w zależności od lokalizacji: czoło – *mentophyma*, podbródek – *gnathophyma*, uszy – *otophyma*, powieki – *blepharophyma*. Najczęstsza postać (*rhinophyma*) dotyczy nosa
- 4) **Postać oczna** (ang. *ocular – OR*) - objawy obejmują niespecyficzne dolegliwości związane z suchością, uczuciem piasku w oku, łzawieniem, swędzeniem, a także częstymi jęczmieniami w okolicy oka. Bardziej aktywny trądzik różowaty oczny

objawia się zapaleniem powiek, często z zastrzykiem do spojówki, teleangiektazjami brzegów powiek, gradówką lub tworzeniem jęczmienia. Powyższym objawom może towarzyszyć światłowstręt i uczucie obecności ciała obcego.

Nadal nie wiadomo, czy podtypy trądziku różowatego przechodzą w sposób progresywny czy też występują jako niezależne warianty. Rumień na twarzy jest opisywany jako pierwotna, stała cecha, która dotyczy wszystkich podtypów trądziku różowatego [2,5,6].

METODY LECZENIA

Postępowanie terapeutyczne w przypadku trądziku różowatego jest zróżnicowane i uzależnione od fazy choroby oraz jej nasilenia. Leczenie polega przede wszystkim na uzyskiwaniu i podtrzymywaniu remisji, która często jest niepełna. Najtrudniejszą do leczenia jest postać rumieniowo-teleangiektatyczna, natomiast najłatwiej leczeniu poddaje się postać grudkowo-kostkowa. Trądzik różowaty wymaga wieloletniego leczenia, uwzględniającego głównie produkty miejscowe, rzadziej terapię ogólną, jak i właściwą pielęgnację oraz unikanie czynników drażniących [1, 9].

Leczenie miejscowe

1. Kwas azelainowy - najczęściej stosowane jako 15% żel lub 20% krem, jest naturalnie występującym, nasyconym kwasem dwukarboksylowym, dopuszczonym w różnych krajach do leczenia trądziku różowatego o nasileniu od łagodnego do umiarkowanego [10]. Kwas wykazuje właściwości przeciwzapalne, przeciwbakteryjne (zmiana wewnątrzkomórkowego pH *Cutibacterium acnes* i *Staphylococcus epidermidis*), antyproliferacyjne (redukcja syntezy prekursorów keratyny) i antyoksydacyjne (hamowanie neutrofilów do generowania wolnych rodników w reakcji zapalnej) [1].
2. Metronidazol - lek stosuje się w stężeniu 0,75%-1,0% w różnych podłożach [2]. Preparat ten charakteryzuje się wysoką skutecznością i dobrą tolerancją. Jest uważany za złoty standard w leczeniu *rosacea*. Metronidazol jest związany z niską częstością występowania miejscowych reakcji skórnych, w związku z tym może być stosowany u pacjentów ze wszystkimi typami cery [11].
3. Sulfacetamid sodu 10% i siarka 5% - użyte w monoterapii lub w połączeniu z metronidazolem wykazują wysoką skuteczność w redukcji rumienia i grudek. Bezpieczeństwo i tolerancja leku są dobre, rzadko obserwuje się podrażnienia skóry,

suchość lub zaczerwienienie. W przypadku siarki opisuje się jednak reakcje alergiczne, polegające na obrzęku powiek, suchości skóry twarzy [11].

4. Nadtlenek benzoilu w połączeniu z klindamycyną 1% - jest skuteczny w postaci przerostowo-naciekowej. W innych może działać drażniąco [11].
5. Iwermektyna - lek ten ma działanie przeciwzapalne, hamuje produkcję szeregu cytokin prozapalnych, a ponadto działa przeciwpasożytniczo w tym na *Demodex*. Jest preparatem o udowodnionej skuteczności w leczeniu zmian zapalnych w *rosacea*, charakteryzującym się bardzo dobrym profilem bezpieczeństwa [2].

Leczenie ogólne

Leczenie ogólne polega na usuwaniu czynników przyczynowych, takich jak np. niedokwaśność soku żołądkowego czy zaburzenia hormonalne. Leczenie zakażeń *Helicobacter pylori* likwiduje zapalenie błony śluzowej żołądka, lek natomiast nie działa na zmiany bezpośrednio. Jeśli obecne są zmiany grudkowo-krostkowe stosuje się antybiotyki tetracyklinowe (tetracyklina, doksycyklina, limecyklina). W przypadku przeciwwskazań do stosowania tetracyklin zaleca się makrolidy: erytromycynę, azytromycynę, klarytromycynę. Jednym ze sposobów leczenia jest stosowanie izotretinoiny, która należy do grupy retinoidów. Jej podstawowym mechanizmem działania jest regulacja rogowacenia naskórka, zanik komórek gruczołów łojowych i regulacja wydzielania sebum. Dodatkowo hamuje aktywność układu immunologicznego, przez co zmniejsza odczyn zapalny [12, 13].

Laseroterapia

Skuteczność lasera nieablacyjnego w leczeniu trądziku różowatego polega na przebudowie tkanki łącznej w skórze oraz poprawie bariery naskórkowej. Podstawą przy trądziku różowatym są lasery naczyniowe, takie jak laser pulsacyjno-barwnikowy (585 lub 595 nm) i laser diodowy (532 nm). Promieniowanie tych laserów jest selektywnie pochłaniane przez oksyhemoglobinę, przez co następuje redukcja naczyń przy minimalnym uszkodzeniu tkanek otaczających, dzięki czemu nie tworzą się blizny. Jeśli naczynia położone są głębiej należy użyć laserów emitujących dłuższe fale, takich jak np. laser diodowy (810 nm), czy laser neodymowo-yagowy (1064 nm) [2].

PIELĘGNACJA

Skóra z trądzikiem różowatym jest bardzo wrażliwa, a także skłonna do podrażnień.

Źle znosi wysoką temperaturę (np. sauna, solarium, słońce, gorąca kąpiel itp.), niską temperaturę i jej nagłe zmiany, a także wiatr, klimatyzację czy suche powietrze w pomieszczeniach. Często występuje uczucie napięcia, pieczenia, mrowienia, ściągania czy świądu skóry [14].

Skóra pacjentów z trądzikiem różowatym łatwo czerwieni się pod wpływem różnych bodźców, takich jak stres czy emocje, a także poprzez błędy dietetyczne np. ostre przyprawy, alkohol, gorące potrawy. Skóra z trądzikiem różowatym to tzw. skóra problematyczna. Pielęgnacja musi być dobrana indywidualnie z uwzględnieniem postaci klinicznej trądziku, warunków atmosferycznych, pracy oraz potrzeb pacjenta [14].

Pielęgnacja skóry *rosacea* jest podobna do pielęgnacji cery wrażliwej, bardzo ważna jest profilaktyka uszkodzeń bariery naskórkowej oraz stosowanie preparatów uszczelniających naczynia krwionośne. Preparaty pielęgnacyjne nie powinny zawierać: alkoholu, substancji drażniących, barwników, kompozycji zapachowych, konserwantów, acetonu, alfa-hydroksykwasów (AHA), mentolu, środków ściągających i złuszcających. Powinny natomiast być bogate w substancje obkurczające i wzmacniające ściany naczyń krwionośnych oraz poprawiające czynność i kondycję tkanki. Preparaty te mogą zawierać flawonoidy, escynę, witaminę C, B₃ i K. Dodatkowo wyciągi roślinne takie jak: kora dębu, arnika, ruta, miłorząb japoński i kasztanowiec, wpływają na przepływ krwi, poprawiając odżywienie tkanek. Substancje takie jak: alantoina D-pantenol uszczelniają barierę hydrolipidową, zmniejszając przeznaskórkową utratę wody (TEWL) [15].

DIETA PRZY TRĄDZIKU RÓŻOWATYM

Przy trądziku różowatym należy unikać produktów powodujących rozszerzenie naczyń krwionośnych, takich jak np. pikantne przyprawy, pieprz, ziemniaki, czekolada, sosy, kawa i napoje zawierające kofeinę, alkohol [2].

Powinno się zminimalizować spożywanie gorących posiłków i napoi. Z diety powinny być wykluczone także sztuczne słodziki [2].

Dieta powinna być bogata w produkty o korzystnym wpływie na redukcję rumienia takie jak: wiśnie, borówki, czy produkty bogate w witaminę C, PP i B₂ [2].

W jadłospisie powinny znaleźć się także kwasy omega-3 i nienasycone kwasy tłuszczowe, które zmniejszają stan zapalny i są źródłem składników niezbędnych do produkcji prostaglandyn [2].

PODSUMOWANIE

Trądzik różowaty jest powszechną, zapalną chorobą skóry, która najczęściej dotyka kobiety i osoby z jasną karnacją. Przyczynami tego schorzenia mogą być zaburzenia odporności wrodzonej, nadreaktywność naczyń, uwarunkowania genetyczne, promieniowanie ultrafioletowe, zaburzenia hormonalne czy też zakażenie *Demodex Folliculorum* lub *Helicobacter Pylori*. Objawia się charakterystycznym zaczerwienieniem skóry twarzy w okolicy czoła, policzków, nosa i brody. Mogą występować także teleangiektazje, krostki czy grudki. Trądzik różowaty jest chorobą przewlekłą, a leczenie polega na uzyskiwaniu i podtrzymywaniu remisji. Wyróżniamy leczenie miejscowe, ogólne oraz laseroterapię. Skóra z trądzikiem różowatym jest bardzo wrażliwa i wymaga dobrze dobranej pielęgnacji. W kosmetykach należy unikać m.in. alkoholu, substancji drażniących, barwników czy też konserwantów. Dieta powinna być natomiast bogata w kwasy omega 3 i nienasycone kwasy tłuszczowe, a także w produkty zawierające witaminę C, PP, i B₂.

PIŚMIENNICTWO

1. Kołodziejczak A., Kosmetologia 1, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019.
2. Placek W., Wolska H., Trądzik różowaty- aktualne poglądy na etiopatogenezę i leczenie, Przegląd Dermatologiczny 2016, 5(103), 387-399
3. Gupta A.K., Chaundhry M.M., Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, Rosacea and its management: an overview, 2005, 19(3),273-285.
4. Significant Progress in Rosacea Research, <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/thederm/site/cathlab/event/significant-progress-rosacea-research> (data pobrania 16.06.2023).
5. Nowicka D., Dermatologia. Podręcznik dla studentów kosmetologii., Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2007.
6. Rainer B.M., Kang S., Chien A.L., Rosacea: Epidemiology, pathogenesis, and treatment, Dermato-Endocrinology. 2017, 9(1): e1361574.
7. Hu X.-M., Li Z.-X., Zhang D.-Y., et al., Current research and clinical trends in rosacea pathogenesis, Heliyon. 2022, 8(10), e10874.
8. Noszczyk M. Kosmetologia pielęgnacyjna i lekarska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010.

9. Robak E., Kulczycka L., Trądzik różowaty- współczesne poglądy na patomechanizm i terapię, Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej, 2010, 64, 439-450.
10. Korting H.C., Schöllmann C., Aktualne poglądy na temat miejscowego i ogólnego leczenia trądziku różowatego, Dermatologia po Dyplomie, 2010, 1(1), 53-64.
11. Brzeziński P., Leczenie miejscowe w trądziku różowatym, Forum Medycyny Rodzinnej 2010, 4(4), 263-272.
12. Marek L., Trądzik różowaty, <https://www.mp.pl/pacjent/dermatologia/choroby/chorobyskory/74530,tradzik-rozowaty> (data pobrania 24.06.2023).
13. Trądzik różowaty- przyczyny, leczenie, leki, krem <https://www.medme.pl/choroby/tradzik-rozowaty,423.html>, (data pobrania 24.06.2023).
14. Ciupińska M., Trądzik różowaty- objawy, leczenie i pielęgnacja, <https://www.bandip.pl/blog/tradzik-rozowaty-objawy-leczenie-i-pielęgnacja/>, (data pobrania 24.06.2023).
15. Wierucka-Rybak M., Trądzik różowaty, czyli jak prawidłowo pielęgnować skórę https://www.doz.pl/czytelnia/a11959-Tradzik_rozowaty_czyli_jak_prawidlowo_pielęgnowac_skore, (data pobrania 24.06.2023).

Rola aktywności fizycznej w przebiegu osteoporozy u osób starszych

Eliza Mędrek, Paulina Zegarska

Studentki, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Wydział Medyczny
Collegium Medicum

WSTĘP

Osteoporoza jest chorobą metaboliczną kości, stanowiącą globalne wyzwanie zdrowotne u osób starszych. Charakteryzuje się zmniejszoną masą kostną i pogorszeniem mikrostruktury tkanki kostnej, co prowadzi do zwiększonej kruchości kości i podwyższonego ryzyka złamań. Złamania osteoporotyczne, zwłaszcza złamania biodra, są poważnym problemem zdrowotnym i społecznym, prowadzącym do znacznego upośledzenia funkcjonowania, utraty niezależności, a nawet zwiększonej śmiertelności. Jednym z kluczowych elementów profilaktyki i terapii osteoporozy jest aktywność fizyczna. Wielokrotnie dowiedziono, że regularne ćwiczenia fizyczne mają korzystny wpływ na gęstość mineralną kości, co jest kluczowym czynnikiem w zapobieganiu osteoporozie. Ponadto, aktywność fizyczna jest istotna dla utrzymania siły mięśniowej.

Celem niniejszej pracy przeglądowej jest dokładne zbadanie dostępnej literatury naukowej z ostatnich 5 lat dotyczącej wpływu aktywności fizycznej na przebieg osteoporozy u osób starszych. Przegląd ten obejmuje badania dotyczące wpływu aktywności fizycznej na gęstość mineralną kości, siłę mięśniową i zdolność funkcjonowania pacjentów. Praca ta ma na celu dostarczenie przeglądu aktualnego stanu wiedzy na ten temat, a także zidentyfikowanie obszarów, które wymagają dalszych badań.

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA A GĘSTOŚĆ MINERALNA KOŚCI

Badania wykazały, że regularna aktywność fizyczna może pomóc w poprawie gęstości mineralnej kości u osób starszych, co może mieć istotne znaczenie w zapobieganiu osteoporozie. Niektóre badania sugerują, że określone typy ćwiczeń, takie jak ćwiczenia oporowe, mogą być szczególnie korzystne [1].

Z wiekiem występuje również utrata masy mięśniowej (sarkopenia). Kobiety są często dotknięte tym schorzeniem na wcześniejszych etapach życia. Zmiany w układzie kostnym, takie jak osteoporoza (utrata macierzy kostnej), są nieodłącznym zjawiskiem starzenia się. Dodatkowo, uszkodzenia chrząstki, więzadeł i ścięgien oraz innych elementów strukturalnych, wpływają na funkcjonowanie układu kostnego, ograniczając aktywność fizyczną [2].

Problem osteoporozy stanowi znaczne wyzwanie dla zdrowia publicznego na całym świecie. Analiza przeprowadzona przez Lin i wsp. wykazała, że główne czynniki ryzyka to: mniej niż 30 minut codziennej aktywności fizycznej (38%), brak spożycia produktów mlecznych lub suplementów z wapniem (28,8%) oraz mniej niż 10 minut codziennej aktywności na zewnątrz lub brak suplementacji witaminą D (29,9%). W analizie wieloczynnikowej, słaba kondycja fizyczna i średni dzienny czas ekspozycji na słońce były istotnie skorelowane z ryzykiem osteoporozy. Innymi słowy, pacjenci o słabej kondycji fizycznej mieli 2,18 razy większe prawdopodobieństwo wystąpienia osteoporozy niż ci o dobrej kondycji fizycznej. Z kolei ci z pacjentów, których ekspozycja na słońce trwała 30 minut lub więcej każdego dnia, mieli 0,24 razy większe prawdopodobieństwo wystąpienia osteoporozy niż ci, których ekspozycja na słońce była mniejsza niż 30 minut każdego dnia [3].

Badanie przeprowadzone na populacji dorosłych Latynosów pochodzenia karaibskiego wykazało, że tylko niewielka część uczestników opisała pozytywny związek między aktywnością fizyczną a zdrowiem kości. Niektórzy jednak postrzegali brak aktywności fizycznej, powszechny w ich społecznościach, jako czynnik ryzyka osteoporozy [4]. Z kolei w badaniu służącym do wykrycia czynników związanych z osteoporozą u osób starszych na południu Tajwanu wykazano, że ryzyko osteoporozy było wyższe u starszych kobiet lub u kobiet z niższym wskaźnikiem masy ciała (BMI). Mężczyźni byli mniej narażeni na rozwój osteoporozy niż kobiety [5].

OSTEOPOROZA A SARKOPENIA

Obecność osteoporozy przyczynia się również do powstania sarkopenii. Wyniki badania przeprowadzonego przez Sun i współpracowników wskazują, że wykonywanie ćwiczeń mniej niż trzy razy w tygodniu zwiększa ryzyko możliwej sarkopenii. Według tego badania osteoporoza zwiększa ryzyko możliwej sarkopenii o 1,8 raza wśród osób starszych przebywających w domu seniora [6].

W pracy Patiño-Villada i współpracowników badano związek między masą mięśniową, osteoporozą i otyłością a siłą mięśniową i zdolnością funkcjonalną osób powyżej 70 roku życia,

prowadzących niezależny styl życia. Główne wyniki wykazują, że mężczyźni i kobiety z odpowiednią ilością masy mięśniowej dostosowanej do wskaźnika masy ciała (BMI) osiągają lepsze wyniki w testach siły mięśniowej i zdolności funkcjonalnej. W badaniu nie znaleziono związku między masą mięśniową a funkcjonalnością kończyn dolnych, chociaż istnieje związek z siłą kończyn górnych. Artykuł podkreśla, że styl życia, zwłaszcza odżywianie i aktywność fizyczna, ma istotny wpływ na skład ciała osób starszych. Badania wykazały również, że zarówno aktywność fizyczna, jak i specyficzne programy treningowe są w stanie odwrócić, przynajmniej częściowo, zmiany w składzie ciała u siedzących osób starszych. Nasuwa się więc wniosek, iż aktywny styl życia pomaga utrzymać masę mięśniową, tłuszczową i kostną na zdrowym poziomie.

W odniesieniu do osteoporozy, autorzy podkreślają, że osoby z osteoporozą osiągnęły nieco wyższe wyniki w niektórych testach siły mięśniowej i zdolności funkcjonalnej, które jednak nie były statystycznie istotne, z wyjątkiem siły izometrycznej bicepsów u mężczyzn. Ten słaby związek między osteoporozą a siłą mięśniową został również zgłoszony w innych badaniach przeprowadzonych wśród populacji starszych i wydaje się przeczyć zaleceniom dotyczącym treningu siłowego w celu zmniejszenia rozpowszechnienia osteoporozy lub poprawy gęstości mineralnej kości. Podsumowując, mimo że osteoporoza i otyłość nie wykazują związku z siłą mięśniową i zdolnością funkcjonowania osoby starszej, masa mięśniowa ma związek z tymi parametrami. Styl życia, zwłaszcza odżywianie i aktywność fizyczna, ma istotny wpływ na skład ciała osób starszych.[7]

PODSUMOWANIE

Osteoporoza jest powszechnym schorzeniem związanym z wiekiem, które ma znaczący wpływ na jakość życia osób starszych. W związku z tym, zrozumienie czynników, które mogą wpływać na przebieg i leczenie osteoporozy, jest kluczowe dla poprawy jakości życia osób starszych.

Regularna aktywność fizyczna może mieć korzystny wpływ na stan kości, poprzez zwiększenie gęstości mineralnej kości i poprawę siły mięśniowej.

Nadal istnieją jednak zagadnienia, które wymagają dalszych badań. W szczególności, konieczne jest zgłębienie tematyki dotyczącej optymalnej intensywności i rodzaju ćwiczeń dla osób starszych z osteoporozą, a także badania dotyczące długoterminowych efektów aktywności fizycznej na stan kości i mięśni.

PIŚMIENNICTWO

1. Stanghelle, B., Bentzen, H., Giangregorio, L. Et al., Effects of a resistance and balance exercise programme on physical fitness, health-related quality of life and fear of falling in older women with osteoporosis and vertebral fracture: a randomized controlled trial. *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 2020, 31(6), 1069–1078.
2. Crews D.E. Aging, frailty, and design of built environments. *Journal of Physiological Anthropology*, 2022, 41, 2(2022).
3. Lin L.P., Lai W.J., Hsu S.W., Lin J.D. Early Osteoporosis Risks and Associated Factors among Caregivers Working in Disability Institutions: IOF One-Minute Osteoporosis Risk Check. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 2020, 17(9), 3319.
4. Noel S.E., Arevalo S.P., Mena N.Z. et al., Knowledge, attitudes, beliefs, and health behaviors of bone health among Caribbean Hispanic/Latino adults. *Archives of osteoporosis*, 2019, 14(1), 14.
5. Wu L.C., Chen H.J., Lin W. et al. Using a simple preliminary screening tool to explore related factors of osteoporosis in the elderly of southern Taiwan. *Medicine*, 2021, 100(9), e24950.
6. Sun J., Yuan W., Chen M. et al., Possible sarcopenia and its risk factors in a home for seniors in Shanghai. *Asia Pacific Journal Of Clinical Nutrition*, 2023, 32(1), 70–76.
7. Patiño-Villada F. A., González-Bernal J. J., González-Santos J. et al., Relationship of Body Composition with the Strength and Functional Capacity of People over 70 Years. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 2020, 17(21), 7767.



Terapia TRT u mężczyzn w okresie andropauzy - korzyści i zagrożenia

Paulina Zegarska, Eliza Mędrek (studentki)

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Wydział Medyczny. Collegium Medicum

WSTĘP

Testosteron stanowi podstawowy męski hormon płciowy z grupy androgenów. Produkowany jest przez komórki śródmiąższowe Leydiga w jądrach pod wpływem hormonu luteinizującego (LH), a także w niewielkich ilościach przez korę nadnerczy, jajniki i łożysko. Testosteron wykazuje działanie anaboliczne, wspomaga rozwój tkanki mięśniowej, zapewnia prawidłową mineralizację kości, redukuje nadmiar tkanki tłuszczowej, reguluje ciśnienie tętnicze krwi, zapewnia prawidłową pracę układu odpornościowego, a także stymuluje produkcję nasienia oraz wpływa na utrzymanie prawidłowej sprawności seksualnej. Wraz z wiekiem obserwuje się spadek produkcji męskich hormonów płciowych, w tym spadek produkcji testosteronu w jądrach, a także wzrost produkcji globuliny wiążącej hormony płciowe, co wpływa na zmniejszenie biodostępności testosteronu [1].

Andropauza jest definiowana jako zespół biochemiczny związany z postępującym niedoborem poziomu androgenów w surowicy, której może towarzyszyć obniżona wrażliwość genomu na androgeny. Najczęściej okres andropauzy przypada u mężczyzn pomiędzy 45 a 55 rokiem życia, chociaż może wystąpić także w późniejszym okresie. Baltimore Longitudinal Study of Aging wykazało występowanie hipogonadyzmu u 20% mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, 30% u mężczyzn w wieku powyżej 70 lat i 50% u mężczyzn w wieku powyżej 80 lat. Zmniejszenie poziomu testosteronu powoduje szereg zmian fizjologicznych. Należą do nich: zmiany w składzie ciała (zmniejszenie beztłuszczowej masy ciała, wzrost tkanki tłuszczowej), spadek energii i siły mięśniowej, zmniejszenie libido i zaburzenia erekcji, nasilenie osteoporozy, zmiany nastroju i pogorszenie procesów poznawczych. Może to prowadzić do upośledzenia jakości życia pacjentów i niekorzystnie wpłynąć na funkcjonowanie narządów.

Terapia TRT jest korzystną opcją leczenia, która znajduje zastosowanie u mężczyzn z niskim poziomem testosteronu i objawami hipogonadyzmu [2].

KORZYŚCI TERAPII TRT

Dokonano analizy wyników randomizowanego badania klinicznego, do którego kryteria włączenia stanowiły: średni wiek pacjentów: 66 lat; czas obserwacji: od 6 do 36 miesięcy; wyjściowe stężenie testosteronu całkowitego: 10,4 nmol/l (300 ng/dl). Na podstawie analizy wyników stwierdzono: niewielką poprawę jakości życia (ocenianą za pomocą skali AMS), niewielką ogólną poprawę funkcji seksualnych i erekcji; niewielką poprawę sprawności fizycznej (mierzoną metodą obiektywną za pomocą testu chodu i metodą subiektywną - Short Form-36 Health Survey) a także niewielki wzrost ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych lub brak wpływu stosowanej terapii na ten parametr [3].

Obecnie wiele danych wskazuje, że mężczyźni z niedoborem testosteronu mają zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń gospodarki tłuszczowo- węglowodanowej, otyłości, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2 oraz stanu przedrzucawkowego. Obserwuje się u nich również wyższe ryzyko i stopień zaawansowania zmian miażdżycowych, częstsze występowanie choroby niedokrwiennej serca i wyższą śmiertelność wywołaną chorobami układu krążenia [4].

Inne dane pochodzące z badań prospektywnych potwierdziły brak wpływu stosowania testosteronu na wzrost ryzyka wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych, głębokiej zakrzepicy żyłnej lub zatorowości płucnej u pacjentów. W badaniach wykluczono osoby aktualnie chorujące na choroby sercowo-naczyniowe. Nie stwierdzono różnicy w częstości występowania działań niepożądanych pomiędzy preparatami domięśniowymi i przezskórnymi. Badania wykazały także pozytywny wpływ terapii testosteronem na witalność, zmniejszenie odczuwanego zmęczenia oraz smutku, co może mieć korzystny wpływ na pacjentów z współwystępującą depresją. Nie wykazano wpływu terapii TRT na funkcje poznawcze [5].

PRZECIWWSKAZANIA TERAPII TRT

Korzystne działanie testosteronu rzadko jest kwestionowane, jednakże w wyniku terapii pacjenci mogą być obciążeni działaniami niepożądanymi, do których zalicza się: zaostrzenie raka gruczołu krokowego i raka piersi u mężczyzn, nasilenie łagodnego rozrostu gruczołu krokowego, czerwienicę oraz zwiększone ryzyko obturacyjnego bezdechu sennego. Działania

niepożądane występują stosunkowo rzadko i są zależne od indywidualnych czynników ryzyka [6]. Terapia testosteronem jest przeciwwskazana w patologiach takich jak: lokalnie zaawansowany lub przerzutowy rak stercza, rak piersi, chęć posiadania potomstwa, ciężka przewlekła niewydolność serca/ NYHA IV (ang. *New York Heart Association Class IV*), hematokryt >54%. Każdy mężczyzna ze współistniejącą chorobą wykluczającą przyjmowanie testosteronu powinien zostać poinformowany o potencjalnym ryzyku przez lekarza prowadzącego w celu ustalenia bezpiecznej i satysfakcjonującej ścieżki postępowania terapeutycznego [7].

PIŚMIENNICTWO

1. Bhasin S., Brito J., Cunningham G.: Testosterone therapy in men with hypogonadism: an Endocrine Society. Clinical Practice Guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2018, 103(5), 1715-1744.
2. Garvey W., Mechanick J., Brett E.: Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines for Medical Care of Patients with Obesity. Endocrine Practice, 2016, 22(3), 1-203.
3. Goodman N., Guay A., Dandona P.: AACE Reproductive Endocrinology Scientific Committee. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology position statement on the association of testosterone and cardiovascular risk. Endocrine Practice, 2015, 21, 1066-1073.
4. Morgentaler A., Zitzmann M., Traish A.: Fundamental Concepts Regarding Testosterone Deficiency and Treatment: International Expert Consensus Resolutions. Mayo Clinic Proceedings, 2016, 91, 881-896.
5. Mulhall P., Trost L., Brannigan R.: Evaluation and Management of Testosterone Deficiency: AUA Guideline, 2018, 200, 423-432.
6. Qaseem A., Horwitch C., Vijan S.: Testosterone Treatment in Adult Men With Age-Related Low Testosterone: Clinical Guideline From the American College of Physicians. Annals of Internal Medicine, 2020, 172(2), 126-133.



Medyczna marihuana i jej zastosowanie wśród pacjentów

**Jakub Bętkowski¹, Kacper Solarz¹, Jakub Rudzki¹, Zuzanna Kata²,
Łukasz Dylewicz¹, Laura Więcko¹, Natalia Szczepańska³, Justyna Talaska¹,
Marzena Jargilo¹, Karol Demel¹**

1. Kierunek Lekarski, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny
2. Kierunek Lekarsko- Dentystyczny, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny
3. Kierunek Lekarski, Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

WPROWADZENIE

Marihuana medyczna to termin obejmujący kwiatostany konopii siewnej, wyciągi z jej kwiatów oraz wszelkie leki wytwarzane ze składników tej rośliny, które spełniają wymogi Farmakopei Europejskiej [1].

Marihuana medyczna jest produkowana z roślin konopi siewnej, która różni się od bardziej rozpowszechnionej konopi indyjskiej pod względem zawartości substancji chemicznych odpowiedzialnych za działanie odurzające, a także ilości substancji chemicznych o zastosowaniu medycznym [1].

W konopiach siewnych można wyróżnić 18 grup aktywnych związków chemicznych, wśród których znajduje się około 120 kannabinoidów oraz 445 składników niekannabinoidowych. Najbardziej znane z nich to THC oraz CBD. THC jest głównym psychoaktywnym składnikiem marihuany, odpowiedzialnym za jej właściwości odurzające, które często są związane z używaniem jej rekreacyjnym. CBD natomiast nie wykazuje właściwości psychoaktywnych i posiada działanie przeciwzapalne, przeciwbólowe, przeciwłukowe, przeciwpyschotyczne. Ważnym aspektem działania CBD jest redukcja efektów psychoaktywnych THC [2].

Wśród innych związków aktywnych w konopiach znajdują się m.in. CBG, CBC, CBN, terpeny, flawonoidy i kanflawiny. Odpowiadają one za działanie przeciwzapalne, antyoksydacyjne, przeciwbólowe, neuroprotektoryjne oraz kardioprotektoryjne.

Uprawa medycznej marihuany w Polsce jest regulowana przez restrykcyjne przepisy. Możliwa jest jedynie przy uzyskaniu zezwolenia od Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego i może być prowadzona jedynie w instytutach badawczych, które spełniają odpowiednie wymogi dotyczące zabezpieczeń przed kradzieżą i zniszczeniem. Hodowla musi być również kontrolowana pod względem zawartości THC i CBD oraz sprawdzana pod kątem zanieczyszczeń, takich jak metale ciężkie, pestycydy, herbicydy i drobnoustroje chorobotwórcze [3].

SPOSOBY PODANIA

Istnieją różne sposoby przyjmowania medycznej marihuany. Różnice w sposobie podania tej substancji wynikają z powodu do jej włączenia w procesie terapeutycznym pacjenta oraz w od kraju i prawnego statusu marihuany w danym miejscu.

Pierwszym z nich jest spray doustny. W aptece na receptę kupić można lek w postaci doustnego sprayu z kannabinoidami THC i CBD pozyskiwanymi z liści i kwiatów *Cannabis sativa L.* Lek ten podawany jest na śluzówkę jamy ustnej. Trzeba zaznaczyć, że taki preparat zawiera dużą dawkę kannabinoidów co może powodować działania niepożądane takie jak zawroty głowy, senność, dlatego w trakcie terapii należy powstrzymać się od prowadzenia pojazdów i obsługi maszyn [4].

Kolejną formą jest susz konopny. Konopie medyczne to wysuszone kwiaty żeńskie danej odmiany konopi siewnej, uprawianej w wyspecjalizowanych laboratoriach, w ściśle kontrolowanych warunkach i według określonych standardów tak, aby skład chemiczny rośliny się nie zmieniał. Marihuana medyczna w takiej postaci posiada znaczną liczbę związków czynnych, takich jak. kannabinoidy, terpeny, flawonoidy i alkaloidy. Produkt dostępny jest w postaci surowca farmaceutycznego przeznaczonego do receptury aptecznej. Ponieważ nadal jednak nie ma jasnych regulacji pozwalających na przetwarzanie suszu w aptekach, w praktyce susz wydawany jest pacjentowi w oryginalnym opakowaniu producenta lub jeśli lekarz zapisze mniejszą ilość niż w opakowaniu fabrycznym - farmaceuta odważa przepisaną ilość suszu i pakuje do mniejszego pojemniczka. Obecnie w aptekach dostępne są różnego typu susze marihuany medycznej, z różną proporcją kannabinoidów THC i CBD. Warto zaznaczyć, że susz marihuany medycznej nie jest przeznaczony do palenia, ponieważ podgrzanie go do wysokiej temperatury (ok. 600°C) powoduje rozkład cennych związków odpowiadających za jego lecznicze działanie. W związku z powyższym rekomendowaną drogą podania suszu jest waporyzacja. Pacjent, który chce rozpocząć taką terapię musi zaopatrzyć się w specjalne

urządzenie - waporyzator. Sprzęt ten służy do podgrzewania substancji do ok. 220°C - 230°C, następnie pacjent wdycha opary uwolnionych związków bioaktywnych przez specjalny ustnik [2].

Kolejną metodą aplikacji medycznej marihuany jest ekstrakt, który może być wykonywany w warunkach aptecznych z suszu marihuany medycznej lub mieć postać fabrycznie wytworzonego, gotowego produktu. Ekstrakt może stanowić samodzielny preparat lub być składnikiem czopków, maści lub kapsułek. W przypadku ekstraktów z wysokim THC można je rozcieńczać m.in. olejem rzepakowym. Stanowi on dobrą alternatywę dla suszu, w przypadku którego do podania wymagany jest waporyzator [2].

ZASTOSOWANIE MEDYCZNEJ MARIHUANY W NEUROLOGII

Medyczna marihuana zdobywa coraz większe uznanie jako alternatywna metoda terapii w neurologii. Badania naukowe wskazują na obecność substancji chemicznych w marihuanie, takich jak kannabinoidy, które wykazują obiecujące właściwości terapeutyczne u pacjentów z różnymi schorzeniami neurologicznymi [5].

Jeden z głównych mechanizmów działania medycznej marihuany jest związany z wpływem kannabinoidów na układ endokannabinoidowy w organizmie. Układ ten jest odpowiedzialny za regulację różnych procesów fizjologicznych, w tym funkcji neurologicznych. Istnieje wiele badań sugerujących, że kannabinoidy mogą działać na receptory kannabinoidowe w mózgu i układzie nerwowym, wpływając na przewodnictwo nerwowe oraz redukując zapalenie i oksydacyjne uszkodzenia tkanek [5,6].

W neurologii medyczna marihuana znalazła zastosowanie w wielu jednostkach chorobowych. Przykładem jest stwardnienie rozsiane (SM), przewlekła choroba autoimmunologiczna, która prowadzi do uszkodzenia osłonki mielinowej w układzie nerwowym. Badania sugerują, że kannabinoidy mogą łagodzić objawy SM, takie jak ból neuropatyczny, skurcze mięśni, zmęczenie i zaburzenia równowagi [7].

Inną jednostką chorobową, w której medyczna marihuana znalazła zastosowanie, jest padaczka. Niektóre formy padaczki, takie jak padaczka lekooporna, nie reagują na konwencjonalne leki przeciwpadaczkowe. Badania kliniczne sugerują, że niektóre kannabinoidy, takie jak CBD, mogą zmniejszać częstość występowania napadów u pacjentów z padaczką, co stanowi obiecującą alternatywę terapeutyczną [8,9].

Ponadto, medyczna marihuana może być również stosowana w łagodzeniu objawów chorób neurodegeneracyjnych, takich jak choroba Parkinsona czy stwardnienie zanikowe

boczne (ALS). Kannabinoidy wykazują działanie przeciwbólowe, przeciwwymiotne i przeciwdrgawkowe, co może przynieść ulgę pacjentom z tymi schorzeniami [6,8].

ZASTOSOWANIE MEDYCZNEJ MARIHUANY W LECZENIU BÓLU

Ból jest kompleksowym doświadczeniem sensorycznym i emocjonalnym, które może być trudne do jednoznacznego zdefiniowania. Można go opisać jako nieprzyjemne odczucie, które może wynikać z różnych czynników i sygnalizować obecność uszkodzenia lub zagrożenia dla organizmu. W medycynie, ból jest często klasyfikowany jako ostry (krótkotrwały) lub przewlekły (trwający dłużej niż 3 miesiące) [10].

Medyczna marihuana coraz częściej rozważana jest jako potencjalna metoda leczenia różnych rodzajów bólu. Badania naukowe sugerują, że istnieją mechanizmy działania medycznej marihuany, które mogą przyczyniać się do jej działania przeciwbólowego [11,12].

Jeden z kluczowych mechanizmów, zaangażowanych w łagodzenie bólu przez medyczną marihuanę, jest związany z wpływem kannabinoidów na układ endokannabinoidowy. Układ ten odgrywa istotną rolę w regulacji procesów związanych z bólem. Wykazano, że kannabinoidy, takie jak THC i CBD, oddziałują z receptorami kannabinoidowymi w mózgu, rdzeniu kręgowym i obwodowym układzie nerwowym, co może wpływać na przewodzenie sygnałów bólowych oraz wywoływać efekt przeciwbólowy [13,14].

Medyczna marihuana znalazła zastosowanie w różnych stanach bólowych, takich jak ból neuropatyczny, ból pourazowy, ból związany z chorobami nowotworowymi czy ból związany z zapaleniem [15,16].

Badania sugerują, że składniki marihuany mogą zmniejszać intensywność bólu, poprawiać jakość snu oraz wpływać na odczuwanie dyskomfortu [15,16].

ZASTOSOWANIE MEDYCZNEJ MARIHUANY A PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

Medyczna marihuana znajduje zastosowanie u pacjentów onkologicznych. Jest używana przy obecności takich objawów jak nudności i wymioty czy ból nowotworowy. Są także badania wskazujące na wpływ medycznej marihuany na spowolnienie rozwoju nowotworów oraz na zmniejszenie wielkości guzów [16].

Nudności i wymioty spowodowane chemioterapią występują u nawet 61% pacjentów z nowotworami. Osoby u których te objawy są źle kontrolowane niewystarczającym leczeniem,

wykazują gorszą jakość życia i funkcjonowania. Stąd istotne jest leczenie i unikanie wystąpienia nudności i wymiotów. Przy tych objawach medyczna marihuana może być podawana w formie doustnej (tabletki, kapsułki) jak i poprzez jej palenie. Część pacjentów wykazuje preferencje doustnej marihuany w porównaniu do innych środków przeciwwymiotnych. Natomiast pojawiają się także działania niepożądane, które wpływają na komfort osób (suchość jamy ustnej, zawroty głowy) [17].

Występowanie bólu nowotworowego jest czynnikiem, który również wpływa na codzienną jakość życia. Z tego powodu jego leczenie jest priorytetem w onkologii [18]. Medyczna marihuana nie tylko zmniejsza dolegliwości bólowe, ale także zwiększa tolerancję bólu [19].

Uważa się też, że zwiększa działanie przeciwbólowe opioidów, dzięki czemu można stosować ich mniejsze dawki [20].

Mimo informacji przemawiających za zastosowaniem medycznej marihuany u osób z nowotworami, potrzebna jest większa ilość badań, które potwierdzą jej skuteczność i pozwolą nam bardziej zrozumieć jej mechanizm działania.

JAK UZYSKAĆ RECEPTĘ NA MEDYCZNĄ MARIHUANĘ

Receptę na medyczną marihuanę może wystawić każdy lekarz, który posiada prawo do wystawiania leków narkotycznych. Receptę tą mogą uzyskać osoby, których dolegliwości kwalifikują się do zastosowania środka jakim jest medyczna marihuana [21]. Są to np. bóle pourazowe oraz pooperacyjne, niektóre dolegliwości ze strony układu nerwowego, ADHD, PTSD, zaburzenia snu i wiele innych [2].

PODSUMOWANIE

Medyczna marihuana jest środkiem o różnorodnych środkach podania od doustnego sprayu, przez susz aż po ekstrakt.

Ma ona udokumentowane działanie w wielu dziedzinach medycznych oraz wielu jednostkach chorobowych czy też leczeniu wielu dolegliwości.

Nie należy jednak zapominać, że nie jest to cudowny środek, który jest sposobem na wyleczenie wszystkich chorób. Należy go używać z należytą ostrożnością i pod ścisłą kontrolą lekarza zalecającego tego typu leczenie.

PIŚMIENNICTWO

1. Rodzaje marihuany – konopie siewne a indyjskie. Czym się różnią i jakie jest ich działanie? <https://medicana.pl/aktualnosci/rodzaje-marihuany-konopie-siewne-a-indyjskie-czym-sie-roznia-i-jakie-jest-ich-dzialanie/> (data pobrania 01.08.2023).
2. Faliszewska J. Leczenie medyczną marihuaną w Polsce – jakie choroby, działanie <https://www.medicover.pl/zdrowie/marihuana-medyczna/>, (data pobrania 01.08.2023).
3. Sacha M. Perspektywy uprawy marihuany medycznej w Polsce <https://www.farmer.pl/produkcja-roslinna/perspektywy-uprawy-marihuany-medycznej-w-polsce,28954.html> (data pobrania 01.08.2023).
4. Talar-Śpionek A. Medyczna marihuana, <https://www.gdziepolek.pl/kategorie/medyczna-marihuana> (data pobrania 01.08.2023).
5. Koppel B.S., Brust J.C., Fife T. et al. Systematic review: efficacy and safety of medical marijuana in selected neurologic disorders: report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 2014, 82(17), 1556-1563.
6. Chagas M.H., Zuardi A.W., Tumas V. et al. Effects of cannabidiol in the treatment of patients with Parkinson's disease: an exploratory double-blind trial. *Journal of Psychopharmacology*, 2014, 28(11), 1088-1098.
7. Fernández-Ruiz J., Sagredo O., Pazos M. R. et al. Cannabidiol for neurodegenerative disorders: important new clinical applications for this phytocannabinoid? *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2013, 75(2), 323-333.
8. Cunha J.M., Carlini E.A., Pereira A.E. et al. Chronic administration of cannabidiol to healthy volunteers and epileptic patients. *Pharmacology*, 1980, 21(3), 175-185.
9. Devinsky E., Friedman D., Thiele E. et al. Cannabidiol in patients with treatment-resistant epilepsy: an open-label interventional trial. *The Lancet Neurology*, 2016, 15(3), 270-278.
10. International Association for the Study of Pain (IASP). IASP Terminology – Pain.2020, <https://www.iasp-pain.org/terminology> (data pobrania 1.08.2023).
11. Boehnke K.F., Litinas E. Medical Cannabis Use Is Associated With Decreased Opiate Medication Use in a Retrospective Cross-Sectional Survey of Patients With Chronic Pain. *The Journal of Pain*, 2019, 20(7), 830-836.
12. Russo E.B. Cannabinoids in the Management of Difficult to Treat Pain. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 2018, 14, 389-400.

13. Hill K. P., Palastro M. D., Johnson B. et al. Cannabis and Pain: A Clinical Review. Cannabis and Cannabinoid Research, 2017, 2(1), 96-104.
14. Nugent S.M., Morasco B.J., O’Neil M. E. et al. The Effects of Cannabis Among Adults With Chronic Pain and an Overview of General Harms: A Systematic Review. Annals of Internal Medicine, 2017, 167(5), 319-331.
15. Lynch M. E., Ware M. A. Cannabinoids for the Treatment of Chronic Non-Cancer Pain: An Updated Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Journal of Neuroimmune Pharmacology, 2015, 10(2), 293-301.
16. Wilkie G, Sakr B, Rizack T. Medical Marijuana Use in Oncology: A Review, JAMA Oncology, 2016, 2(5), 670–675.
17. Badowski M.: A review of oral cannabinoids and medical marijuana for the treatment of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a focus on pharmacokinetic variability and pharmacodynamics, Cancer Chemotherapy and Pharmacology, 2017, 80, 441–449.
18. Paice J, Ferrell B.: The management of cancer pain, CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2011, 61, 157-182.
19. Kramer J.: Medical marijuana for cancer, CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2015, 65, 109-122.
20. Portenoy R, Ganae-Motan E, Allende S. et al. Nabiximols for opioid-treated cancer patients with poorly-controlled chronic pain: a randomized, placebo-controlled, graded-dose trial. The Journal of Pain, 2012, 13(5), 438-449.
21. Faliszewska J. : Recepta na medyczną marihuanę – jak uzyskać, gdzie zrealizować? <https://www.medicover.pl/zdrowie/marihuana-medyczna/recepta/> (data pobrania 1.08.2023).

ISBN - 978-83-67454-27-8